MEJDS. 2022; 12:4.

Published online 2022 Apr. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Solution-Focused Brief Counseling, FRIENDS Psychological Teaching, and Aerobic Exercise on Students' Resilience

Arkian A[1], *Jadidi M[2], Mihandust Z[3]

Author Address
1. Ph.D. Student, Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahr-e-Quds Branch, Islamic Azad University, Shahr-e-Quds, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
***Corresponding author Email:** jadidi.mohsen@gmail.com

Received: 3 October 2020; **Accepted:** 25 January 2021

Abstract

Background & Objectives: Adolescence and youth are two critical periods of life. The essential physiological and psychological changes, on the one hand, and the environmental challenges (such as those imposed by the family or the society), on the other hand, cause severe stress during these critical periods. Many adolescents experience stress due to family conflicts, physical and emotional changes, and personal identity development. Resilience is one of the concepts that has been introduced in positive psychology and refers to successful adaptation to threats and challenges. Psychological training may include different counseling approaches, such as solution-focused brief therapy, FRIENDS program, and aerobic exercise. It is necessary to solve students' resilience problems by recognizing the factors affecting their resilience. This study compared the effectiveness of the FRIENDS program, solution-focused brief counseling, and aerobic exercise on students' resilience.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest, three-month follow-up design, and a control group. The statistical population included all male adolescents aged 13-15 years studying in the first grade of Tehran Province, Iran, high school (Kahrizak education area) in the academic year 2019-20. The total number of students was 219. In this study, 60 students were selected as study subjects and randomly assigned to three experimental groups and one control group (each group with 15 members). The inclusion criteria included being 13 to 15 years old, having a severe mental disorder or incurable disease, and not being treated with other psychological interventions during the study. The exclusion criterion for the experimental groups was an absence of more than two sessions from the intervention. The experimental group 1 was trained (FRIENDS program) by the researcher for 10 sessions of 60 minutes each; the experimental group 2 received solution-focused brief counseling, and group 3 received aerobic exercise training for 45 minutes in 12 sessions. No intervention was applied to the control group. The study data were collected for all groups in the pretest, posttest, and follow-up using the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003). For data sorting, central and dispersion indicators such as mean and standard deviation, and for data analysis, repeated measures analysis of variance and Tukey and Bonferroni post hoc tests were used. The Chi-square test was used to compare the four groups in terms of gender, and an analysis of variance was used to compare age. The mentioned statistical analyzes were performed in SPSS software version 22. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results of the analysis of the variance of the resilience variable were significant for the effects of time (p<0.001), group (p<0.001), and time×group interaction (p<0.001). The groups of aerobic exercise (p<0.001), solution-focused counseling (p<0.001), and FRIENDS program (p=0.006) were significantly different from the control group in terms of resilience. There were significant differences between the two groups of aerobic exercise and solution-focused counseling (p=0.009) and also between the two groups of solution-focused counseling and the FRIENDS program (p<0.001) regarding resilience; however, there was no significant difference between the two groups of aerobic exercise and the FRIENDS program (p=0.167). Resilience scores in the three experimental groups in the posttest stage were higher than that in the pretest stage (p<0.001). However, in the groups of aerobic exercise (p=0.157), solution-focused counseling (p=0.196), and the FRIENDS program (p=0.237), no significant difference was observed between the two stages of posttest and follow-up, indicating the persistence of the effectiveness of all three interventions in the follow-up stage.

Conclusion: According to the research findings, interventions of solution-focused brief counseling, FRIENDS psychological training, and aerobic exercise effectively increase students' resilience. Nevertheless, solution-focused brief counseling is more effective on students' resilience than the other two interventions.

Keywords: Students, Counseling, Practice, Resilience.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۴.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، آموزش روانی فرندز و ورزش‌های هوازی بر میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان

علیرضا ارکیان[۱]، *محسن جدیدی[۲]، زینب میهن‌دوست[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، ایلام، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** jadidi.mohsen@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۲ مهر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۶ بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ کمک به دانش‌آموزان برای حل مشکلات مربوط به تاب‌آوری، شناخت عوامل مؤثر بر تاب‌آوری است. هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، آموزش روانی فرندز و ورزش‌های هوازی بر میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان پسر ۱۳تا۱۵ساله در دورهٔ اول متوسطهٔ نمونه‌دولتی تهران منطقهٔ آموزش‌وپرورش کهریزک در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و در چهار گروه پانزده نفره قرار گرفتند. صرفاً گروه آزمایش یک به‌مدت ده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای برنامهٔ آموزش فرندز، گروه آزمایش دو آموزش مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور به‌مدت پنج جلسهٔ پنجاه‌دقیقه‌ای و گروه آزمایش سه آموزش ورزش‌های هوازی را در دوازده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای دریافت کرد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) صورت گرفت. داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه‌های ورزش‌های هوازی ($p<۰/۰۰۱$)، مشاورهٔ راه‌حل‌محور ($p<۰/۰۰۱$) و آموزش روانی فرندز ($p=۰/۰۰۶$) تفاوت معناداری با گروه گواه از نظر تاب‌آوری داشتند. بین دو گروه ورزش‌های هوازی و مشاورهٔ راه‌حل‌محور ($p=۰/۰۰۹$) و بین دو گروه مشاورهٔ راه‌حل‌محور و آموزش روانی فرندز ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری مشاهده شد؛ اما بین دو گروه ورزش‌های هوازی و آموزش روانی فرندز تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۱۶۷$). نمرات تاب‌آوری در سه گروه مداخله در پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در هر سه گروه تفاوت معناداری بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که حاکی‌از ماندگاری اثربخشی مداخلات در مرحلهٔ پیگیری برای متغیر تاب‌آوری بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، مداخلات مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، آموزش روانی فرندز و ورزش‌های هوازی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثرند؛ اما مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور درمقایسه با دو مداخلهٔ دیگر اثربخشی بیشتری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دارد.

کلیدواژه‌ها: دانش‌آموزان، مشاوره، تمرین، تاب‌آوری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

۱ مقدمه

نوجوانی و جوانی از دوره‌های حساس زندگی هستند. الگوهای رفتاری مهمی که می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند، در این دوران شکل می‌گیرند. تحولات فیزیولوژیک و روان‌شناختی عمده‌ای که نوجوانان با آن‌ها مواجه می‌شوند از یک‌سو آنان را تحت استرس شدید قرار می‌دهد و از سوی دیگر به چالش با محیط زندگی به‌ویژه والدین و سایر اعضای خانواده و حتی جامعه وا می‌دارد (۱). بسیاری از نوجوانان در جریان پرداختن به مسائلی ازقبیل تعارض خانوادگی[1]، کنارآمدن با تغییرات جسمانی و هیجانی و ساختن هویت شخصی برای خود، دستخوش طوفان و استرس[2] می‌شوند (۲). بردلی و انگلیش درخصوص دوران نوجوانی معتقد هستند این دوره، تولدی دوباره شامل تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی است و به‌دلیل این تحولات، نوجوانی حساس‌تر و آسیب‌پذیرتر است و استرس و فشار عمیق‌تری بر آن‌ها حاکم است (۳).

تاب‌آوری[3] یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجاری است که در روان‌شناسی مثبت‌گرا مطرح می‌شود و به سازگاریِ موفقیت‌آمیز در حضور تهدیدها و چالش‌ها اشاره می‌کند (۴). تاب‌آوری با متغیرهای مختلفی در زندگی رابطه دارد و می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد، سلامت روانی و نظایر آن مؤثر باشد (۵). تحقیقات نشان داده است، تاب‌آوری درکنار فعالیت‌های بدنی می‌تواند به‌عنوان مکانیزمی محافظتی، دربرابر مشکلات روانی و دیگر آسیب‌های روان‌شناختی عمل کند (۶). همان‌گونه که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، متغیرهای مذکور تابع شرایط مختلفی هستند. گاهی افراد براساس آموزش‌های خانوادگی صفات بیان‌شده را در خود ایجاد می‌کنند، گاهی براساس آموزش‌های رسمی در مدارس و نهادهای آموزشی و گاهی نیز براساس آموزش‌های روان‌شناختی خاص است که عموماً در مراکز مشاوره اتفاق می‌افتد. طیف این آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند شامل رویکردهای مشاوره‌ای مختلفی اعم‌از درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، آموزش روانی فرندز و ورزش‌های هوازی باشد (۷).

برنامهٔ آموزش روان‌شناختی راه‌حل‌محور یکی از رویکردهای مشاوره‌ای است که به پیداکردن راه‌حل‌های بهینه برای مسائل زندگی می‌پردازد (۸). رویکرد درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، رویکرد درمانی آینده‌محور و هدف‌مداری برای درمان کوتاه‌مدت است که ابتدا توسط استیور دشی‌زر و اینسوکیم‌برگ در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت واقع در میلواکی رشد یافت. این رویکرد تمرکزش را از حل مسئله، به تأکید بر راه‌حل‌ها تغییر داد. این رویکرد بر نقاط قوت و انعطاف‌پذیری‌های فرد، تفاوت مشکلات و راه‌حل‌های مفهوم‌سازی‌شدهٔ افراد تأکید دارد. درمانگران با مجموعه مداخلاتی درمان‌جویان را تشویق می‌کنند، رفتارهایی را که در گذشته برایشان کارایی داشته است، افزایش دهند (۸). مشاورهٔ راه‌حل‌محور مشابه و مقارن با روان‌شناسی مثبت است؛ زیرا در این روان‌شناسی نیز بیشتر بر چیزهای درست و کارا تمرکز شده است و کمتر به نقایص، ضعف‌ها و مشکلات پرداخته می‌شود (۹). درمان‌جویان با تأکید بر ابعاد مثبت، به‌سرعت درگیر حل مشکلاتشان می‌شوند و همین دلیل این رویکرد را بسیار نیرومند می‌کند. این نوع مداخلات تأثیر مثبتی بر سازگاری دانش‌آموزان و تاب‌آوری ایشان دارد (۱۰).

یکی دیگر از مداخلاتی که اخیراً توجه پژوهشگران و سیستم‌های آموزشی را به خود جلب کرده است، برنامهٔ فرندز[4] است. برنامهٔ فرندز یکی از برنامه‌هایی است که نشان داده است می‌تواند در عرصهٔ آموزش‌های روان‌شناختی مؤثر باشد. این برنامه مجموعه‌ای از برنامه‌های انعطاف‌پذیری است که پروفسور بارت آن را ساخت. همچنین با هدف افزایش مهارت‌های اجتماعی و عاطفی، ارتقای قابلیت انعطاف‌پذیری و جلوگیری از اضطراب و افسردگی در طول عمر تدوین شد. به‌عنوان پروتکل پیشگیری، فرندز از برنامه‌های بسیار قوی پیشگیری از درونی‌کردن اختلالات، با تعدادی از آزمایش‌های کنترل تصادفی در سطح جهان نشان داده شده است (۱۱). در اصل، این برنامه با رویکرد روان‌شناسی مثبت به‌جای پرداختن به نقاط ضعف به نقاط قوت توجه دارد و متمرکز بر سبک زندگی سالم یا بهزیستی هیجانی است (۱۲). براساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی[5] و ادارهٔ ملی ثبت پژوهش‌ها و تمرینات عملی[6] مشخص شد، این برنامه می‌تواند در بهبود مهارت‌های اجتماعی، افزایش تاب‌آوری، درمان و پیشگیری از افسردگی و اضطراب مؤثر باشد (۱۳).

فعالیت‌های ناکافی جسمانی چهارمین عامل مرگ‌ومیر به‌شمار می‌رود؛ طوری‌که هر سال نزدیک ۳/۲میلیون مرگ ناشی‌از این عامل است. در افراد بدون فعالیت ورزشی درمقایسه با افرادی که حداقل سی دقیقه ورزش در طول روزهای هفته انجام می‌دهند، ۲۰تا۳۰درصد احتمال مرگ‌ومیرشان افزایش می‌یابد (۱۴). پژوهش‌ها مزایای سلامتی و بهزیستی بسیاری را برای ورزش‌های هوازی مطرح کرده است؛ افرادی که به‌صورت منظم ورزش می‌کنند، سطوح خوش‌بینی و کارآمدی بیشتری نشان داده‌اند. رابطه بین ورزش و تمرینات هوازی با بهزیستی روان‌شناختی، انعطاف‌پذیری روانی و خودکارآمدی نیز همواره مدنظر بوده است. تحقیقات نشان می‌دهد، این متغیرها ارتباط چندسویه‌ای با یکدیگر دارند (۱۵).

هندر و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور موجب بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان می‌شود (۸). سنورمانسی و همکاران در پژوهشی دریافتند که ورزش‌های هوازی، تاب‌آوری و بینش و عملکرد افراد را بهبود می‌بخشد (۱۶). روتلج و همکاران مشخص کردند، برنامهٔ آموزشی فرندز منجربه نتایج مثبتی برای دانش‌آموزان ازجمله بهبود تاب‌آوری عاطفی و نیز بهبود احساس ارتباط با مدرسه در دانش‌آموزان می‌شود (۱۷).

باتوجه به آنکه شیوه‌هایی که دانش‌آموزان با تاب‌آوری زیاد به‌کار می‌برند، امکان برخورد مؤثر و سازنده را با موانع موجود در راه رسیدن

---

1. Family conflict
2. Stress
3. Resilience
4. FRIENDS program
5. World Health Organization (WHO)
6. The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

به اهدافشان، افزایش می‌دهد و در نحوهٔ واکنش آن‌ها به این موانع تأثیر می‌گذارد، همچنین با درنظرگرفتن میزان فشار روانی در دورهٔ نوجوانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش روانی فرندز، مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و ورزش‌های هوازی بر میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان پسر ۱۳تا۱۵ساله در دورهٔ اول متوسطهٔ نمونه‌دولتی تهران منطقهٔ آموزش‌وپرورش کهریزک در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۲۱۹ نفر بود. در این تحقیق برای انتخاب نمونه ابتدا دانش‌آموزان داوطلب شرکت در پژوهش به‌طور دردسترس در نظر گرفته شدند. سپس از بین آن‌ها، دانش‌آموزانی انتخاب شدند که در مرحلهٔ غربالگری در مقیاس تاب‌آوری (۱۸) نمرهٔ ۶۵تا۸۰ کسب کردند. در ادامه از بین این افراد شصت نفر به‌عنوان آزمودنی انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه براساس اندازهٔ اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه بود که حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مدنظر، پانزده نفر در هر گروه و درمجموع شصت نفر به‌دست آمد. ملاک‌های ورود دانش‌آموزان به پژوهش شامل سن بین ۱۳تا۱۵ سال، مبتلانبودن به اختلال روانی شدید یا بیماری صعب‌العلاج و تحت درمان قرارنداشتن با سایر مداخلات روان‌شناختی در هنگام اجرای پژوهش بود. ملاک‌های خروج دانش‌آموزان گروه‌های آزمایش از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

گروه آزمایش یک، توسط پژوهشگر طبق دستورالعمل آموزشی به‌مدت ده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای (دو بار در هفته) آموزش برنامهٔ فرندز را دریافت کرد. سپس پس‌آزمون روی گروه آزمایش صورت گرفت و بعد از گذشت سه ماه، مرحلهٔ پیگیری روی این گروه اجرا شد. گروه آزمایش دو، توسط پژوهشگر در پنج جلسهٔ پنجاه‌دقیقه‌ای (یک بار در هفته) تحت آموزش مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور (۱۹) قرار گرفت و بعد از گذشت سه ماه مرحلهٔ پیگیری برای این گروه اجرا شد. گروه آزمایش سه، برنامهٔ تمرینات ورزشی هوازی را در چهار مرحلهٔ گرم‌کردن با حرکات کششی اندام‌ها، پیاده‌روی تند و مداوم، انجام تمرینات ملایم اندام‌های فوقانی و تحتانی و دویدن نرم، حرکات کششی و نرمشی به‌منظور بازگشت به حالت اولیه در دوازده جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای (سه جلسه در هفته) دریافت کرد و بعد از گذشت سه ماه، مرحلهٔ پیگیری روی این گروه اجرا شد. در این پژوهش سعی شد با برگزاری تمامی برنامه‌های آموزشی طی یک ماه، اثر گذشت زمان در گروه‌ها خنثی شود. تعداد جلسات در گروه‌ها تفاوت داشت؛ اما باتوجه به اینکه حجم مداخله و تکنیک‌های به‌کاررفته در طول این مدت برای هر درمان به اندازهٔ مناسب بود، مشکلی برای اعتبار درونی پژوهش ایجاد نکرد. افراد در گروه‌ها در زمان متفاوتی در جلسات مداخله حاضر شدند و به این ترتیب پژوهشگر از رودرروشدن آن‌ها با یکدیگر جلوگیری کرد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[1]: این مقیاس را کانر و دیویدسون به‌منظور اندازه‌گیری تاب‌آوری در سال ۲۰۰۳ تهیه کردند (۱۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. این مقیاس ۲۵ سؤال دارد. برای هر سؤال طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، دارای یک نمرهٔ کل است؛ بنابراین طیف نمرات آزمون بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بیشتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نمرهٔ ۸۰ یا بیشتر به‌عنوان بسیار تاب‌آور، ۶۵تا۸۰ بهتر از غالب افراد، ۵۰تا۶۵ کم اما مناسب، ۴۰تا۵۰ شما در تلاش و تقلا هستید و ۴۰ یا کمتر، کمک بخواهید، تعریف شده است (۱۸). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله‌ای چهارهفته‌ای ۰/۸۷ بود (۱۸). در پژوهش صفاری‌نیا و همکاران، پایایی درونی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۰). پایایی مقیاس در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش شد.

به‌منظور توصیف داده‌ها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. برای مقایسهٔ چهار گروه از نظر جنسیت، آزمون خی‌دو و برای مقایسهٔ سن، آزمون تحلیل واریانس به‌کار رفت. اجرای تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه‌های مشاورهٔ راه‌حل‌محور، ۱۴/۱۱±۲/۸۰ سال، فرندز ۱۴/۵۰±۳/۳۸ سال، ورزش‌های هوازی

[1]. Connor-Davidson Resilience Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

۱۴/۸۷±۳/۱۹ سال و گواه ۱۴/۸۰±۲/۸۱ سال بود. براساس آزمون خی‌دو، چهار گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۵۶۹). شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش (درمان‌های راه‌حل‌محور، فرندز و ورزش‌های هوازی) و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	گواه	۲۰/۴۰	۵/۰۱	۲۳/۱۰	۵/۵۶	۲۲/۱۰	۴/۷۴
	ورزش‌های هوازی	۲۳/۰۷	۵/۴۶	۲۷/۷۰	۷/۴۸	۲۶/۲۵	۶/۰۷
	راه‌حل‌محور	۲۴/۶۰	۶/۰۲	۳۰/۸۱	۸/۱۲	۳۰/۷۲	۷/۰۲
	فرندز	۲۰/۰۱	۴/۸۳	۲۶/۶۳	۶/۸۵	۲۵/۱۸	۴/۷۹

گروه‌ها پیش از انجام مداخله تفاوت معناداری باهم نداشتند (p=۰/۰۵۶). قبل از انجام روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، به‌منظور رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های شاپیرو_ویلک، ام‌باکس، کرویت موچلی و لون، بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو_ویلک برای متغیر پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن رد نشد (p>۰/۰۵). ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای متغیر پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس_کوواریانس رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین معنادارنبودن متغیر پژوهش در آزمون لون نشان داد، فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد (p>۰/۰۵). درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون برای متغیر پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت شد (p>۰/۰۵)؛ ازاین‌رو آزمون لامبدای ویلکز به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل به‌کار رفت. همچنین لامبدای ویلکز با مقداری برابر با ۰/۵۶ (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی مداخلات ورزش‌های هوازی، راه‌حل‌محور و درمان فرندز بر تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر تاب‌آوری

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
تاب‌آوری	درون‌گروهی	زمان	۱۱/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۲
		زمان*گروه	۴۲/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	بین‌گروهی	گروه	۴۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴

براساس نتایج جدول ۲، تحلیل واریانس متغیر تاب‌آوری برای اثر زمان (p<۰/۰۰۱)، اثر گروه (p<۰/۰۰۱) و اثر تعامل زمان و گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر مداخلهٔ گروهی برای تاب‌آوری ۰/۶۴ بود؛ یعنی در متغیر تاب‌آوری بین سه گروه آزمایش و گروه گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت که حاکی‌از تأثیر مداخله بود. برای بررسی تفاوت در هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها

متغیرهای آزمایشی	گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
تاب‌آوری	ورزش‌های هوازی	گواه	۴/۶۰	۰/۵۹	<۰/۰۰۱
	راه‌حل‌محور	گواه	۷/۷۱	۰/۵۹	<۰/۰۰۱
	فرندز	گواه	۳/۵۳	۰/۵۱	۰/۰۰۶
	ورزش‌های هوازی	راه‌حل‌محور	-۳/۱۱	۰/۵۱	۰/۰۰۹
	ورزش‌های هوازی	فرندز	۱/۰۷	۰/۵۳	۰/۱۶۷
	راه‌حل‌محور	فرندز	۴/۱۸	۰/۵۳	<۰/۰۰۱

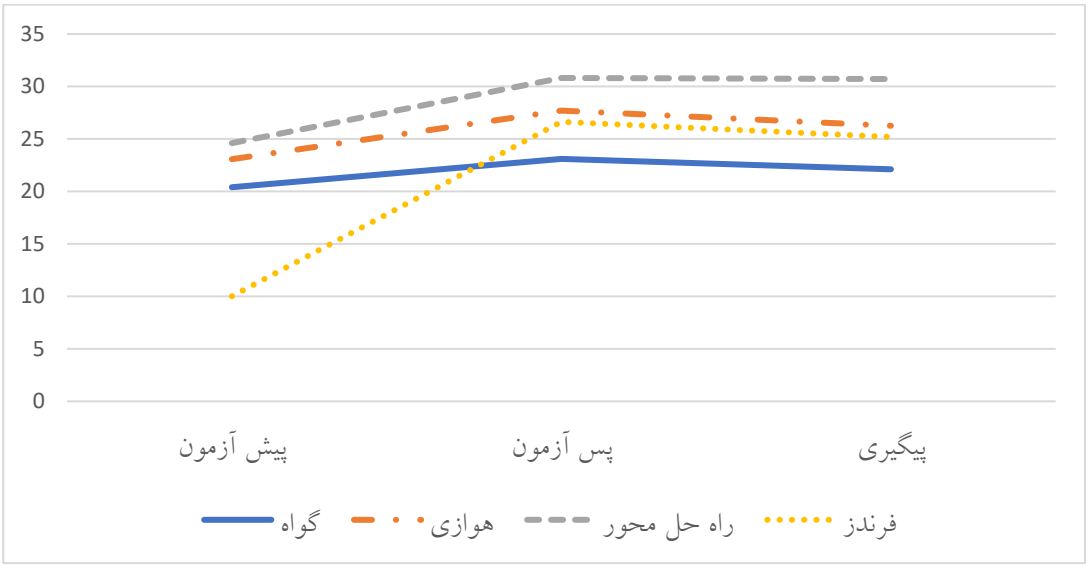
نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۳ نشان می‌دهد، گروه‌های ورزش‌های هوازی (p<۰/۰۰۱)، مشاورهٔ راه‌حل‌محور (p<۰/۰۰۱) و آموزش روانی فرندز (p=۰/۰۰۶) تفاوت معناداری با گروه گواه از نظر تاب‌آوری داشتند؛ درواقع، هر سه روش دارای تأثیر معناداری بر تاب‌آوری بودند. بین دو گروه ورزش‌های هوازی و مشاورهٔ راه‌حل‌محور تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری مشاهده شد (p=۰/۰۰۹). همچنین بین دو گروه مشاورهٔ راه‌حل‌محور و آموزش روانی فرندز تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما بین دو گروه ورزش‌های هوازی و آموزش روانی فرندز تفاوت معناداری از نظر تاب‌آوری مشاهده نشد (p=۰/۱۶۷). همچنین نتایج مشخص کرد،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

مشاورهٔ راه‌حل‌محور تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری درمقایسه با ورزش‌های هوازی و درمان فرندز داشت؛ اما همان‌طورکه ذکر شد، بین گروه درمان فرندز و گروه ورزش‌های هوازی تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار برآورد	مقدار احتمال
هوازی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۶۳-	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۳/۱۸-	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۵	۰/۵۹	۰/۱۵۷
راه‌حل‌محور	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۲۱-	۰/۵۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۱۲-	۰/۵۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۹	۰/۵۲	۰/۱۹۶
فرندز	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۶۲-	۱/۰۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۱۷-	۱/۰۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۵	۰/۴۴	۰/۲۳۷



نمودار ۱. مقایسهٔ میانگین تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه

براساس نتایج جدول ۴ و نمودار ۱، نمرات متغیر تاب‌آوری در گروه‌های ورزش‌های هوازی، راه‌حل‌محور و فرندز، در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از مرحلهٔ پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داد، در هر سه گروه آزمایش، تاب‌آوری در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در گروه‌های ورزش‌های هوازی ($p=۰/۱۵۷$)، راه‌حل‌محور ($p=۰/۱۹۶$) و فرندز ($p=۰/۲۳۷$) تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که حاکی‌از آن بود که اثربخشی هر سه مداخله در مرحلهٔ پیگیری برای متغیر تاب‌آوری، ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش روانی فرندز، مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور و ورزش‌های هوازی بر میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان بود. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد، هر سه روش مذکور بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر بودند؛ اما مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور درمقایسه با دو مداخلهٔ دیگر دارای اثربخشی بیشتری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان بود. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات هندر و همکاران مبنی‌بر اثربخشی مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان (۸)، سنورمانسی و همکاران مبنی‌بر تأثیر ورزش بر تاب‌آوری، بینش و عملکرد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن (۱۶) و روتلج و همکاران مبنی‌بر آزمایش کنترل‌شدهٔ تصادفی از برنامهٔ آموزشی فرندز بر تاب‌آوری عاطفی، ارائه‌شده توسط معلمان در مدارس ابتدایی ایرلند (۱۷)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، مشاورهٔ راه‌حل‌محور، برگرفته از دیدگاه سازه‌نگری اجتماعی است که هیچ مسئله‌ای را مستقل از تبادلات اجتماعی نمی‌داند؛ براساس این دیدگاه، همان‌گونه که مسائل در گفت‌وگوهای بین افراد به‌وجود می‌آید، راه‌حل‌ها نیز در این گفت‌وگوها نهفته است. در این نوع مشاوره فرض می‌شود که برای هر مسئله یک استثنا وجود دارد. یکی از فرض‌های دیگر در این فرایند آن است که افراد از توانایی‌ها و امکانات و مهارت حل مسئله برخوردار هستند (۱۰). مشاور و مُراجع با همکاری یکدیگر در پی تعریف و تبیین مسئله و هدف درمان می‌باشند. فرایند تغییر، حول هویت مُراجع و تعقیب او

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

به جست‌وجوی استثنائات سازماندهی می‌شود و در برخی موارد حل مسئله ناشی‌از افزایش استثنائات است. در موارد دیگر تغییر تا حد زیادی ناشی‌از دیدگاه‌های افرادی است که راه‌حل‌های قابل قبولی برای چنین مسئله‌ای یافته‌اند. این امر می‌تواند به افزایش استثنائات مُراجع یا صرفاً افزایش آگاهی او از استثنائات (یا هر دو) منجر شود. مشاوران در فرایند تغییر، جنبه‌های مثبتی را که مُراجعان در خود تشخیص می‌دهند، تشویق می‌کنند و به افزایش اعتمادبه‌نفس و کارآمدی آنان می‌افزایند. این امر به‌طور خاص با تأکید بر توانایی‌ها و امکانات و پیشرفت‌های مُراجعان امکان‌پذیر می‌شود (۹). همچنین در فرایند تغییر، ارزیابی نتایج به چگونگی طرح پرسش بستگی دارد و ارزیابی باتوجه به اینکه «چه درمانی، توسط چه کسی، برای این افراد بیشترین تأثیر را دارد» صورت می‌گیرد. مشاوران در این فرایند باتوجه به جنبه‌های منحصربه‌فرد افراد مراجعه‌کننده، مداخلات متفاوتی را به‌کار می‌گیرند؛ زیرا این کار به تقویت فرایند تغییر کمک می‌کند (۸). درمانگر راه‌حل‌محور کوتاه‌مدت، مُراجع را تشویق می‌کند، دیدگاهی آینده‌نگر در خود به‌وجود آورد؛ این رویکرد تلاش نمی‌کند مشکلات را رفع کند؛ بلکه سعی دارد معانی، مفاهیم و شیوه‌های جدید نگرش به مسائل را به‌گونه‌ای توسعه دهد که بتواند فرایند ساخت راه‌حل را آغاز کند (۱۰).

همچنین در تبیین یافتهٔ پژوهش می‌توان گفت، برنامهٔ فرندز به‌عنوان برنامه‌ای درمانی در حوزهٔ پیشگیری برای درمان اضطراب و افسردگی کودکان و به‌منظور افزایش سلامت روانی، بهزیستی هیجانی[1] و تاب‌آوری عاطفی کودکان به‌جای هدف قراردادن اختلالی خاص یا مجموعه‌ای از نشانگان طراحی شده است. در اصل این برنامه با رویکرد روان‌شناسی مثبت[2] به‌جای پرداختن به نقاط ضعف به نقاط قوت توجه دارد و متمرکز بر سبک زندگی سالم[3] است (۱۳). این برنامه با آموزش انعطاف‌پذیرسازی هیجانی به کودکان، آنان را قادر به مدیریت استرس خود می‌کند که می‌تواند با افزایش توانایی مقابله با استرس و درنتیجه کاهش علائم اضطراب و افسردگی همراه باشد؛ به‌عبارتی به کودکان کمک می‌کند در مواجهه با سختی و ناسازگاری‌های هیجانی و رفتاری، به شرایط انطباقی و انعطاف‌پذیری دست یابند (۷). نکتهٔ درخورتوجه، تأکید برنامهٔ فرندز بر اصول و شیوه‌های درمان شناختی ـ رفتاری است که می‌تواند شایستگی، احساس کفایت و انعطاف‌پذیری اجتماعی و عاطفی را افزایش دهد و نتیجهٔ آن کاهش اختلال‌های جدی روانی، عاطفی و اختلال در عملکرد اجتماعی کودکان باشد. این برنامه تاب‌آوری و مهارت‌های مدیریتی کودکان را ارتقا می‌بخشد (۱۲).

همچنین در تبیین یافتهٔ پژوهش می‌توان گفت، درخصوص ورزش‌های هوازی نیز پژوهش‌های مختلفی صورت گرفته و اعلام شده است، صرف‌نظر از زمان انجام این تمرینات (صبحگاه یا شامگاه)، تمرینات مذکور بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی تأثیر دارد (۱۵). بندرا و راتنایاک در پژوهش خود دریافتند، انجام‌دادن ورزش‌های هوازی علاوه‌بر تأثیرات جسمانی، می‌تواند بر سبک زندگی افراد نیز مؤثر واقع شود. به این ترتیب حضور در جمع افرادی که ورزش می‌کنند، یادگیری مشارکتی و گفت‌وگوهای بین‌فردی حین انجام تمرینات و توجه به الگوها، همه می‌تواند منجربه تغییر در ویژگی‌های فکری و عاطفی افراد شود (۲۱).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی بود. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد دربارهٔ خود که از این آزمون‌ها به‌دست می‌آید، با آن چیزی که واقعاً در عمل و رفتار فرد مشاهده می‌شود، متفاوت باشد. در این پژوهش عوامل محیطی و خانوادگی مانند شرایط خانوادگی، وضعیت والدین، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و استفاده‌نکردن از کمک‌درمانگر، کنترل نشد. طرح پژوهشی شبه‌آزمایشی بود و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را نداشت. پژوهش حاضر تنها روی جمعیت دانش‌آموزان دورهٔ اول متوسطهٔ نمونه‌دولتی تهران منطقهٔ آموزش‌وپرورش کهریزک صورت گرفت و در تعمیم نتایج به مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود؛ همچنین در مطالعات آتی، پژوهشگر از یک متخصص به‌عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش سود جوید تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد. توصیه می‌شود در تحقیقات آتی پژوهشگر از روش آزمایشی استفاده کند تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد؛ همین‌طور پژوهش حاضر در سایر شهرها انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به‌صورت مشاورهٔ فردی نیز پیگیری شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که مداخلات مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور، آموزش روانی فرندز و ورزش‌های هوازی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر هستند و می‌توان از این دوره‌های آموزشی درجهت بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان استفاده کرد؛ اما مشاورهٔ کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور درمقایسه با دو مداخلهٔ دیگر اثربخشی بیشتری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی دانش‌آموزان گرامی مدرسه نمونه‌دولتی تهران که قبول کردند در این برنامه‌ها شرکت کنند، کمال قدردانی و تشکر را داریم. همچنین از مدیر و اولیاء مدرسهٔ نمونه‌دولتی تهران که نهایت همکاری را داشتند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. این مقاله دارای کد کمیتهٔ

[1]. Emotional well-being
[2]. Positive psychology
[3]. Healthy lifestyle

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

اخلاق به شمارهٔ IR.IAU.SDJ.REC.1397.012 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام است.

همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان مدارس دورهٔ اول متوسطهٔ نمونه‌دولتی تهران منطقهٔ آموزش‌وپرورش کهریزک با شماره نامهٔ ۱۱۸ صادر شد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. McGuire TC, McCormick KC, Koch MK, Mendle J. Pubertal maturation and trajectories of depression during early adolescence. Front Psychol. 2019;10:1362. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01362
2. Corder K, Winpenny E, Love R, Brown HE, White M, Sluijs E van. Change in physical activity from adolescence to early adulthood: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Br J Sports Med. 2019;53(8):496–503. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097330
3. Bradley GL, Inglis BC. Adolescent leisure dimensions, psychosocial adjustment, and gender effects. J Adolesc. 2012;35(5):1167–76. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.03.006
4. Malhi GS, Das P, Bell E, Mattingly G, Mannie Z. Modelling resilience in adolescence and adversity: a novel framework to inform research and practice. Transl Psychiatry. 2019;9(1):316. https://doi.org/10.1038/s41398-019-0651-y
5. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. Med Sci Monit. 2017;23: 5969–79. https://doi.org/10.12659/msm.907730
6. Lee J-Y, Jeong D-C, Chung N-G, Lee S. The effects of illness cognition on resilience and quality of life in Korean adolescents and young adults with leukemia. J Adolesc Young Adult Oncol. 2019;8(5):610–5. https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0152
7. Barrett PM, Cooper M, Guajardo JG. Using the FRIENDS programs to promote resilience in cross-cultural populations. In: Prince-Embury S, Saklofske DH, editors. Resilience interventions for youth in diverse populations. New York, NY: Springer; 2014. pp: 85–108. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0542-3_5
8. Hendar K, Awalya A, Sunawan S. Solution-focused brief therapy group counseling to increase academic resilience and self-efficacy. Jurnal Bimbingan Konseling. 2019;8(3):1–7.
9. Hosseinpour N, Jadidi M, Mirzaian B, Hoseiny H. the efficiency of solution-focused brief therapy on adjustment problems of female students in Amol, Iran. International Journal of School Health. 2016;3(1):1–5.
10. Murphy JJ. Solution-focused approaches. In: Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings, 5th ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2015. pp: 279–316.
11. Barrett P, Fisak B, Cooper M. The treatment of anxiety in young children: Results of an open trial of the Fun FRIENDS program. Behaviour Change. 2015;32(4):231–42. https://doi.org/10.1017/bec.2015.12
12. Maggin DM, Johnson AH. A meta-analytic evaluation of the FRIENDS program for preventing anxiety in student populations. Education and Treatment of Children. 2014;37(2):277–306.
13. Barrett PM, Cooper M, Stallard P, Zeggio L, Gallegos- Guajardo J. Effective evaluation of the FRIENDS anxiety prevention program in school settings: a response to Maggin and Johnson. Education and Treatment of Children. 2017;40(1):97–110.
14. Cassidy T, Hamill A. Psychological benefits of adhering to a programme of aerobic exercise. Clinical and Experimental Psychology. 2016;2(2):2–33.
15. Rimes RR, de Souza Moura AM, Lamego MK, de Sá Filho AS, Manochio J, Paes F, et al. Effects of exercise on physical and mental health, and cognitive and brain functions in schizophrenia: Clinical and experimental evidence. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2015;14(10):1244–54. https://doi.org/10.2174/1871527315666151111130659
16. Şenormancı G, Korkmaz N, Şenormancı Ö, Uğur S, Topsaç M, Gültekin O. Effects of exercise on resilience, insight and functionality in patients with chronic schizophrenia in a psychiatric nursing home setting: A randomized controlled trial. Issues Ment Health Nurs. 2021;42(7):690–8. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1847221

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]

17. Ruttledge R, Devitt E, Greene G, Mullany M, Charles E, Frehill J, et al. A randomised controlled trial of the FRIENDS for life emotional resilience programme delivered by teachers in Irish primary schools. Educational & Child Psychology. 2016;33:69–89.
18. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. https://doi.org/10.1002/da.10113
19. Guterman JT. Honar moshavere rahehal madar [The art of solution-oriented counseling]. Fatehizade M, Mirniam L. (Persian translators). Tehran: Nahoft; 2012.
20. Saffarinia M, Mohammadi N, Afshar H. The role of interpersonal forgiveness in resilience and severity of pain in chronic pain patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016;18(4):212–9. [Persian] https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2016.7164
21. Bandara W, Rathnayake A. The effect of duration of physical exercises on biochemical parameters: A South Asian perspective. Chronicle of Medicine and Surgery. 2018;2(4):247–55.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-15]