

## اثربخشی مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء تاب‌آوری نوجوانان

فاطمه سادات هاشمی نطنزی\*، مرضیه قرائت خیابان\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۰

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار بر ارتقای تاب‌آوری نوجوانان انجام گردید. این مطالعه به روش شبه آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بر روی گروه کنترل و آزمایش انجام شد. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول می‌باشد که اسامی آن‌ها در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ در مدرسه ایران به ثبت رسیده است. برای نمونه‌گیری تمامی محصلین آن مقطع از نظر تاب‌آوری بررسی شدند. سپس ۳۰ نفر که میانگین تاب‌آوری پایینتر و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله موردنظر را دریافت نمود. جلسات به صورت هفتگی (۱٫۵ ساعت) برگزار شد. در طی آموزش گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون (پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون) روی گروه‌های آموزش و کنترل به اجرا درآمد و یک ماه بعد آزمون پیگیری از دو گروه انجام گردید. در تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی - استنباطی استفاده شد. نتایج بیانگر افزایش مقادیر میانگین در نمرات گروه آزمایش در تاب‌آوری و ابعاد آن بود و تفاوت معناداری را نسبت به گروه کنترل نشان داد. بنابراین مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار از سودمندی بالینی در ارتقای تاب‌آوری در دختران نوجوان برخوردار است.

**واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری، دختران نوجوان، مداخله راه‌حل‌مدار، مددکاری اجتماعی گروهی.

\* کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران، ایران (نویسنده مسئول).

f\_hasheminatanzi@atu.ac.ir  
gharaat95@gmail.com

\*\* استادیار مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

## بیان مسئله

نوجوانی دوره‌ای از رشد است که در فاصله سنی بین ۱۳ تا ۱۸ سالگی به وقوع می‌پیوندد و با خصیصه‌هایی همچون استقلال از والدین، وابستگی بیشتر به قضاوت همسالان و افزایش علاقه به مواجهه و انجام فعالیت‌های جدید مشخص می‌شود (Samson et al, 2016: 2). همچنین، نوجوانی دوره رشد و تغییرات سریع است که پیامدهای مهمی مانند حضور رفتارهای پرخطر را در برمی‌گیرد. در این ارتباط فیچ هاف و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نیز دریافتند که نوجوانان به این دلیل که خود را در معرض خطر نمی‌بینند (افسانه شخصی)، بیشتر در کارهای پرخطر مشارکت می‌کنند. آن‌ها ممکن است با انتخاب‌های ضعیف، خود را در معرض آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی قرار دهند. با توجه به این شرایط، شناسایی متغیرهای محافظتی ضرورت می‌یابد و یکی از این متغیرها تاب‌آوری و ابعاد آن است که به‌عنوان عامل محافظتی در زمینه سلامت روانی افراد مختلف عمل می‌کند. در این ارتباط، هافل و گیکنرنکو<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) معتقدند، زمانی که فرد نمی‌تواند، اتفاق‌های استرس‌زا را از یاد ببرد، می‌توان میزان آسیب‌پذیری شناختی فرد را با افزایش میزان تاب‌آوری، تحت کنترل درآورد. تاب‌آوری را می‌توان توانایی خارج شدن از شرایط دشوار یا تعدیل آن تعریف نمود (Furunham, 2008: 947).

در چند سال اخیر مقیاس تاب‌آوری<sup>۳</sup> جایگاه خاصی، به‌خصوص در حوزه‌های روانشناسی تحولی، بهداشت روانی و روانشناسی خانواده پیدا کرده است. این مفهوم به عنوان اطمینان افراد به توانمندی‌هایشان برای غلبه بر چالش‌ها، داشتن توانایی با آن‌ها، ثبات هیجانی و خصوصیات فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگر افراد را افزایش می‌دهد، تعریف شده است (Pinkwart, 2008: 603). افرادی که میزان تاب‌آوری بالاتری دارند، درجه سلامت و استقلال بیشتری را از خود نشان می‌دهند. در واقع،

- 
1. Fichhoff et al.
  2. Hafel & Gikrenko
  3. Resiliency

مقیاس تاب‌آوری می‌تواند، سلامت روان فرد را تضمین کند. در نتیجه، فرایند تاب‌آوری، اثرات ناگوار تحول و رشد را اصلاح یا تعدیل می‌کند و حتی آن را از بین می‌برد. در رویکرد تحول به مقیاس تاب‌آوری، دو مؤلفه کلیدی وجود دارد که شامل در معرض خطر بودن و سازگاری مثبت است. در معرض خطر بودن، به عوامل خطرآفرین مانند گرفتاری روانی - اجتماعی از قبیل؛ فقر، از دست دادن عضوی از خانواده، بدرفتاری و یا حوادث آسیب‌زای دیگر و حتی عواملی غیر از عوامل روانی اجتماعی مانند: آسیب‌های پیش از تولد یا پس از تولد و بیماری‌های بیولوژیکی را شامل می‌شود که می‌تواند، تحول سالم افراد را در معرض خطر قرار دهد (Kim-Cohen et al, 2007: 280). سازگاری مثبت نیز دال بر این مسئله است که عوامل محافظت‌کننده‌ای وجود دارند که منجر می‌شوند، فرد با وجود اینکه در شرایط سخت قرار می‌گیرد، الگوهای ناسازگاری از خود نشان ندهد (Kim-Cohen et al, 2007: 278).

اگر در هر مرحله از رشد فرد نتواند، وظایف تحولی خود را به‌طور مثبت به مرحله عمل درآورد و سازگاری مناسبی در برابر حوادث منجر به آسیب نداشته باشد، مشکلات زیادی گریبان‌گیر او می‌شود؛ بنابراین مداخلاتی که در این زمینه باید انجام شود، لازم است با در نظر داشتن شرایط رشد و توجه هم‌زمان به عوامل خطر و محافظتی در دوره نوجوانی باشد و با ارتقاء عامل محافظتی، به تحول سازگاران تاب‌آوری در نوجوانی کمک کند؛ به‌ویژه به رشد مهارت‌های حل مسئله و احساس خودکارآمدی نوجوانان بینجامد. یکی از مداخلاتی که در این حوزه مرتبط به نظر می‌رسد، درمان کوتاه‌مدت مبتنی بر راه‌حل (SFBT) است. این رویکرد توسط اینسوکیم برگ و دشازر<sup>۲</sup> که هر دو مددکار اجتماعی بودند، بنیان‌گذاری شد. مطالعات نشان می‌دهد که درمان راه‌حل‌مدار در کار با کودکان و نوجوانان دوره راهنمایی و دبیرستان مداخله بسیار مناسبی است (Taathadi, 2014: 87).

همچنین، پیکات و دولان<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) مطرح می‌کنند که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، مداخله مناسبی برای نوجوانان و بزرگسالان در بسیاری از زمینه‌هاست. درمان راه‌حل‌مدار، هم در زمینه اختلالات بالینی و هم در زمینه‌های آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است. فرا تحلیل‌ها و بررسی‌ها نشان داده که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، یک مداخله امیدبخش برای جوانان و نوجوانان با مشکلات بیرونی سازی رفتاری و دارای مشکلات تحصیلی و دانشگاهی است که در این پژوهش‌ها اثربخشی متوسط تا بالایی را نشان داده است (Kim & Franklin, 1997: 138). پس با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که به آن‌ها اشاره شد و اهمیت بحث سلامت روان به‌عنوان اساسی‌ترین مقوله‌های حوزه بهداشت، می‌توان گفت: بدون شک مناسب‌ترین زمان آموزش و توانمندسازی در این زمینه در دوران نوجوانی است که جایگاه آن در خانه و مدرسه است. نیمی از مشکلات سلامت روان از سن ۱۴ سالگی در نوجوانان آغاز می‌شود و با شیوع اختلالات روانی، آسیب‌ها رو به افزایش می‌رود. فلسفه این درمان همسو با ارتقاء توانمندی‌ها و مدیریت آسیب‌های دوران نوجوانی است و همچنین، شیوع آسیب‌های اجتماعی که در مدارس ایران رخ می‌نمایند، از قبیل خود آسیب‌رسانی، اقدام به خودکشی، فرار از خانه، تیغ‌زنی، مصرف مواد مخدر و ارتباطات ناسالم با جنس مخالف در بین دختران نوجوان از جمله مشکلات روانی و اجتماعی است که نیازمند توجه خاص و اقدام مقتضی است.

بنابراین کاربست مداخلات مددکاری اجتماعی مؤثر برای بهبود متغیرهای محافظتی نوجوانان از جمله تاب‌آوری، امری ضروری است. چراکه مددکاران اجتماعی مدرسه<sup>۲</sup> تلاش زیادی در راستای منعطف‌سازی استراتژی‌های مداخلاتی خود در زمینه مدرسه و کار با دانش‌آموزان کرده و از مداخلات و روش‌های مداخله‌ای خود در جهت حذف و کاهش موانع یادگیری، تأکید بر رشد حمایت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان در

---

1 Pichot, T. & Dolan

2 School social workers

اثربخشی مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد ... ۱۳۵

معرض خطر و خدمات فردی و خانوادگی به گروه هدف دانش آموزان استفاده نموده‌اند. در ۲۰ سال گذشته بیشترین تمرکز کاری مددکاران اجتماعی مدرسه تقویت متغیرهای سلامت روان در میان دانش آموزان است. بنابراین هدف اصلی این تحقیق بررسی اثربخشی مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقای تاب‌آوری دانش آموزان دختر نوجوان است.

### پیشینه پژوهش

پژوهش‌های متعددی در داخل و خارج از ایران با تمرکز بر دو متغیر این پژوهش درمان راه‌حل‌مدار و تاب‌آوری در زمینه‌های مختلف انجام گردیده است که در ادامه به بعضی از آن‌ها در قالب جدول پرداخته می‌شود. اولین یافته‌های مطالعاتی در زمینه تاب‌آوری در فعالیت‌های محقق روانشناسی تحولی نورمن گارمزی<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) منتشر شد. او از همه‌گیری‌شناسی بر مبنای اینکه چه کسانی بیمار می‌شوند و چه کسانی سالم می‌مانند و چرا، برای معلوم کردن خطرها و عوامل حمایتی که تاب‌آوری را تعریف می‌کند، استفاده کرد. سپس، در دهه ۱۹۷۰ میلادی، تمرکز تحقیقاتی بسیاری از محققان اجتماعی بر این بود که چرا برخی از افراد در مواجهه روزمره با مشکلات و بحران‌ها نه تنها سالم می‌مانند، بلکه عملکرد بهتری نیز دارند. این تمرکز به پیدایش اصطلاح تاب‌آوری منجر شد (Patterson, 2002: 18).

نتایج	عنوان پژوهش	محققان
مؤثر بودن درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در افزایش تاب‌آوری علمی و خودکارآمدی، ارتقاء تحصیلی و خودکارآمدی در گروه آزمایش	تحلیل اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت با تمرکز برافزایش تاب‌آوری علمی و خودکارآمدی	هندار <sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹)
کاهش میزان افسردگی و افزایش سطح تاب‌آوری در زنان اندونزیایی	اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر راه‌حل کوتاه‌مدت بر میزان افسردگی و تاب‌آوری بین زنان مهاجر کارگر اندونزیایی در مالزی	جوینتا پاریا <sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۸)
افزایش معنادار میانگین نمرات گروه آزمایش در مقیاس تاب‌آوری و ابعاد آن را نشان داده است. همچنین تفاوت قابل معناداری را در مقایسه با نمرات گروه کنترل نشان می‌دهد.	اثربخشی مداخله راه‌حل محور بر ارتقاء تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار	مقامی (۱۳۹۶)
این نوع مداخله به‌عنوان یکی از مداخلات کارآمد در حوزه مددکاری اجتماعی و روان‌شناختی در افزایش تاب‌آوری و کاهش عود افراد وابسته به مواد مخدر از قابلیت خوبی برخوردار است.	اثربخشی درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت بر ارتقاء تاب‌آوری و پیشگیری از عود اعتیاد مردان وابسته به مواد مخدر در شهرستان قروه	قادری بگه جان و همکاران (۱۳۹۴)
این درمان می‌تواند، برمقیاس تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مبتلا به مالتی پل اسکروزیس (MS) مفید و کارآمد باشد.	اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر ارتقاء تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مالتی پل اسکروزیس	میر هاشمی و نجفی (۱۳۹۳)
میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر مقیاس تاب‌آوری افزایش قابل توجهی یافته است.	اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت بر ارتقاء تاب‌آوری نوجوانان پسر در معرض خطر یکی از شهرک‌های نظامی شهر همدان	لطفی و معتمدی (۱۳۹۵)

1. Kus Hendar, Awalya Awalya, Sunawan Sunawan
2. Ellys Juwita Purba & Syed Mohamad Syed Abdullah

با توجه به نتایج تحقیقات ذکر شده، مقیاس تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن به‌عنوان یک متغیر محافظتی در مسائل سلامت روان دوره نوجوانی جایگاه پراهمیتی ایفاء می‌کند و از سوی دیگر، مداخله مددکاری اجتماعی راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت نیز در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن بر بهبود و ارتقاء تاب‌آوری و سایر متغیرهای سلامت روان گزارش شده است. سودمندی این درمان به‌ویژه در کار با نوجوانان نیز مورد تأکید قرار گرفته است. در مطالعات داخلی نیز، در کار با نوجوانان کاربرد وسیعی داشته اما محدودیت‌های پژوهشی در مطالعات لطفی و معتمدی مبتنی بر این است که فقط در کار با نوجوانان پسر به‌کار برده شده و در جامعه آماری دختران اثرات آن مورد بررسی واقع نشده است. بر این اساس، در این پژوهش اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر بهبود و ارتقای تاب‌آوری دختران نوجوان در دوره متوسطه در مدرسه ایران با الگوگیری از روش تجربی و همچنین پروتکل و ابزارهای مورد استفاده در پژوهش‌های پیشین مورد ارزیابی و سنجش علمی قرار گرفته است.

## رویکردهای نظری به تاب‌آوری

مطابق نظر مک‌دانلد (۲۰۰۷) رویکرد منحصر به فردی برای تاب‌آوری وجود ندارد، بلکه تعداد وسیعی از رویکردها وجود دارد که باهم همپوشانی دارند. از این‌روی، به سه مدل یا الگوی تاب‌آوری که مدنظر قرار گرفته است، اشاره می‌گردد؛ مدل‌های جبرانی<sup>۱</sup>، عامل‌های محافظتی<sup>۲</sup> و چالش<sup>۳</sup>. این سه مدل این‌چنین بیان می‌کنند که مقیاس تاب‌آوری چگونه می‌تواند، فرد را در شرایط دشوار حفظ کند (Fergus & Zimmerman, 2004: 401). «مدل جبرانی» مانند عوامل حفاظتی عمل می‌کند که در مواردی تأثیرات مخرب عامل خطر را از بین می‌برد. مدل عامل‌های محافظتی به‌صورت مستقیم آثار عامل خطر را کاهش می‌دهد.

- 
1. Compensatory model
  2. The protective factor model
  3. Challenge model

سومین مدل، «چالش» است، بر اساس این مدل تعامل و پیامد میان عامل خطرناک همیشه خطی و مستقیم نیست، به همین دلیل پیامدهای موفق و همراه با تاب‌آوری بستگی به سطوح مواجهه با عامل خطر دارد (Fergus & Zimmerman, 2005: 410). مدل چالش پیشنهاد می‌کند که برخی از سطوح رویارویی با عامل خطر قابل مدیریت است و می‌تواند، کارآمد باشد، زیرا فرصتی را فراهم می‌کند تا بتوان منابع حفاظتی و حمایتی را فراهم آورد. همچنین، به صورت مداوم در معرض سختی‌ها بودن به شرطی که فرد به صورت موفقیت‌آمیز با آن روبرو شود، توانایی فرد را برای مواجهه موفق با خطرات بعدی تقویت می‌کند (Fergus & Zimmerman, 2005: 409). در همین راستا برخی مدل‌های دیگری در تاب‌آوری مطرح است که در ادامه بررسی می‌شوند:

#### مدل تاب‌آوری کامپفر<sup>۱</sup>

این مدل دارای ۶ مؤلفه است، ۴ مؤلفه مربوط به حوزه‌های تأثیرگذار فرد و ۲ مؤلفه دیگر مربوط به ارتباط بین مؤلفه‌ها است. ۴ حوزه تأثیرگذار، چالش‌ها، شرایط محیطی، ویژگی‌های فردی و پیامدها است و حوزه‌های تعاملی تلاقی بین محیط با فرد و فرد با انتخاب پیامدها است. خلاصه این شش مؤلفه به شرح زیر است:

استرس‌ها و چالش‌ها محرک درونی هستند که تاب‌آوری را در افراد فعال می‌کنند و ممکن است، در تعادل حیاتی، سازمان‌دهی فرد خللی ایجاد کنند. محیط فرد در ارتباط با عوامل حفاظتی با خطر حوزه‌های مؤثر او از قبیل خانواده و همسالان دخالت دارد. محیط و حوزه تعاملی فرد شامل تعامل بین فرد و محیط اوست. ویژگی‌های افراد شامل همه ظرفیت‌های شناختی، رفتاری، عاطفی، هیجانی و درونی او می‌باشد. پیامدهای سازگاری مثبت در تکالیف به سازگاری با تکالیف رشدی مراحل بعدی کمک می‌کند (Kampfer, 1999: 50).

---

1. Kampfer



### رویکرد اصل سلامتی (سالوتوژنیک<sup>۱</sup>) به تاب‌آوری

این رویکرد به پیامدهای مثبت سلامت روان برای افراد و سازمان‌ها مربوط می‌شود، مضمون اصلی در این مدل مربوط به ارتقاء سلامت روان است. این رویکرد اغلب به‌عنوان فرآیند کارآمدی فرد، گروه و سازمان با تأکید بر توانمندی، منابع کمکی، توانایی‌ها، قابلیت‌ها و شایستگی‌ها به‌منظور ایجاد حس منسجم و قدرت درک زندگی به‌صورت معنادار، فهم‌پذیر و قابل‌تغییر، تعریف می‌شود (Erickson, 2017: 93).

### رویکرد ماستن<sup>۲</sup>

بر اساس رویکرد ماستن، تاب‌آوری مشخصه‌ای است که باوجود تهدیدهای جدی که برای فرایند سازگاری یا رشد فرد وجود دارد، پیامدهای مثبتی را برای فرد به همراه دارد. از نظر وی مؤلفه تاب‌آوری یک مقیاس استنباطی است که به دو نوع پیش‌داوری و ارزیابی نیاز دارد. اولین پیش‌داوری درباره استنباط تهدید برای افراد است، فردی که فقط قادر است، تاب آور باشد تا در برابر تهدیدهای گذشته رشد متعادلی داشته باشد. دومین پیش‌داوری مربوط به استثنائات درباره مقیاس تاب‌آوری در فرد است که شامل این ملاک‌ها می‌شود: آیا کیفیت سازگاری و یا پیامد رشد فرد مثبت بوده است.

### رویکردهای نظری مداخله راه‌حل محور نظریه تفکر راه‌حل محور و ارتقاء مهارت‌های خودکارآمدی

پیش‌فرض این نظریه بر این اصل استوار است که تغییر زمانی رخ می‌دهد که مراجع مشکل را چگونه در نظر بگیرد و در مورد مشکل به چه نحوی صحبت کند (Cavanagh & Grant, 2010: 60). همچنین، بر این امر تأکید دارد که مردم توانمندی کافی را دارا بوده و منابع اجتماعی و محیطی لازم به‌عنوان راه‌حل مشکلات خود را در

---

1. Salutogenic  
2. Mastn

اختیار دارند. شیوه تفکر مداخله راه‌حل‌محور نقطه مقابل روش مسئله‌محور است. مداخله راه‌حل‌محور به‌جای تمرکز بر کشف علت مسئله، توجهش را بر راه‌حل‌های موجود برای حل مشکل موجود معطوف نموده و مستقیماً بر این مسئله تمرکز می‌کند که تغییر چگونه باید رخ دهد. فرض اصلی این نوع مداخله این است که تلاش برای کشف علت یک مسئله امری بیهوده است و موجب پیچیدگی مسئله شده و مانعی در راه شناسایی راه‌حل‌های مؤثر است. همین امر باعث کاهش باور خود توانمندی افراد می‌شود و با از بین بردن انگیزه و تاب‌آوری افراد، مشکلات مراجع را بیشتر می‌نماید. (McKergow & Stellamans, 2010: 102). پردازش در حوزه شناختی بخش اعظمی از انرژی فرد را برای شناخت راه‌حل‌های کاربردی و استفاده مناسب از منابع شناختی حفظ می‌کند و به یافتن مهارت‌های مؤثر در حل مسائل می‌انجامد.

#### نظریه شکست سیکل معیوب و ارتقاء توانمندی‌ها:

فرض اصلی نظریه شکست سیکل معیوب و ارتقاء توانمندی‌ها هم بر این مبناست که جست‌وجوی راه‌حل‌های مؤثر در حل مشکلات در واقع موجب ارتقاء تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. مداخله راه‌حل‌مدار با تمرکز بر راه‌حل‌های کاربردی سیکل معیوب شکست را قطع کرده و درمان‌جو را از تفکر به ضعف و ناتوانی‌های خود دور می‌کند و وی را بر توانمندی‌هایش متمرکز می‌سازد (McKergow & Stellamans, 2010: 108).

#### چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری این مطالعه به‌صورت ترکیبی انتخاب شده است و تلاش بر این است که نظریاتی در نظر گرفته شوند که بتوانند، جنبه‌های مختلف متغیر مستقل و وابسته را مورد بررسی قرار دهند. در رابطه با متغیر وابسته این پژوهش از بین نظریات مرتبط با

تاب‌آوری، دو رویکرد مورد بررسی در این پژوهش، اصل سلامتی (سالوتوژنیک) به تاب‌آوری و رویکرد محافظتی به تاب‌آوری است. بر اساس این نظریه تأکید اصلی باید بر تقویت توانمندی‌ها و خودمختاری نوجوانان در جهت سالم باشد. مبنای مدل محافظتی تاب‌آوری بر این است که سازگاری با مشکلات به شکل انطباقی پیامد وجود تاب‌آوری در فرد است و ضعف در برخی از خصوصیات فردی منجر به عدم توانمندی لازم برای غلبه مؤثر بر خطرات و مواجهه با آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر، تأکید رویکرد سالوتوژنیک بر ارتقاء توانمندی‌های فرد و تقویت حس خودکارآمدی او است که به پیامدهای مثبتی منجر می‌شود و زمانی فرد به میزان بیشتری خود را توانمند و مسلط می‌بیند که مشکلات را قابل تغییر و مدیریت بداند که قاعدتاً سلامت روانی و اجتماعی بیشتری را برای او در پی خواهد داشت. در این نظریه پیش‌فرض اصلی این است که بخشی از مفهوم مؤلفه تاب‌آوری شامل مواردی چون: حمایت اجتماعی<sup>۱</sup>، مدل‌های نقش مثبت<sup>۲</sup>، خوش‌بینی<sup>۳</sup>، شوخ‌طبعی<sup>۴</sup>، داشتن ایمان قوی<sup>۵</sup>، سبک‌های انطباقی مثبت<sup>۶</sup>، تمرین مناسب<sup>۷</sup> و توانایی بهبود یافتن از حوادث منفی هستند که نوجوان را در برابر استرس‌های زندگی تحصیلی به‌عنوان عامل حفاظتی فرد، محافظت می‌کنند.

از آنجاکه دوره نوجوانی حجم وسیعی از این عوامل پرتنش و استرس‌زا را شامل می‌شود و تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر حفاظتی در زندگی نوجوانان عمل می‌کند، بنابراین در کار با این افراد مداخلاتی که در تلاش برای افزایش این توانمندی هستند، از طریق تقویت و بهبود عوامل ذکر شده در بالا می‌توانند، این امر را تحقق بخشند. در این رابطه متغیر مستقل این مطالعه از بین نظریات مرتبط با مداخله راه‌حل محور، نظریه

- 
1. Social Support
  2. Positive Role Models
  3. Optimism
  4. Humor
  5. Having a Strong Faith
  6. Positive Coping Styles
  7. Appropriate Exercise

شکست سیکل معیوب و ارتقاء توانمندی‌های کاورانگ و گرانت<sup>۱</sup> مورد توجه است. در این نظریه پیش‌فرض اصلی این است که سبک مداخله راه‌حل محور چون بر مبنای راه‌حل بنا شده است، بنابراین مزیت فراوانی را در مقایسه با سبک‌های مسئله محور دارد. در واقع از دید این نظریه، پردازش شناختی که مبتنی بر یک تفکر راه‌حل‌مدار باشد، هیچ تمرکزی بر روی مشکلات و علل آن‌ها نخواهد داشت، بنابراین، این پژوهش به بررسی اثربخشی سودمندی این نوع مداخله بر بهبود و ارتقاء تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطه اول مدرسه ایران پرداخته است.

### فرضیه‌های پژوهش

#### فرضیه اصلی:

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء تاب‌آوری نوجوانان دختر مؤثر است.

#### فرضیه‌های فرعی:

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء استحکام شخصی نوجوانان دختر مؤثر است؛

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء پذیرش عواطف مثبت نوجوانان دختر مؤثر است؛

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء اعتماد به‌غرایز شخصی نوجوانان دختر مؤثر است؛

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء کنترل و مهار نوجوانان دختر مؤثر است؛

مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقاء میزان معنویت نوجوانان دختر مؤثر است.

## روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل و پیگیری در مدت‌زمانی یک ماه بعد از انجام مداخله بوده است. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان دختر در مقطع متوسطه اول مدرسه ایران (منطقه ۳) است که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ اشتغال به تحصیل داشتند که در مجموع ۳۰۰ نفر بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی بود؛ به صورتی که از میان کسانی که نمره تاب‌آوری‌شان پایین بود تعداد افراد نمونه به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد پرسشنامه‌های توزیع شده بر طبق فرمول کوکران ۱۶۸ عدد بود، بنابراین بر اساس حجم نمونه ۳۰ نفر از کسانی که نمره مؤلفه تاب‌آوری آن‌ها از میانگین سایر دانش‌آموزان کمتر بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند را در برمی‌گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم وجود بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی شدید، تمایل به شرکت در تمام جلسات و کسب نمره پایین در پرسشنامه تاب‌آوری. منظور از نمره پایین، پایین‌ترین نمره نسبت به سایرین است اما مطابق با پرسشنامه نمره کمتر از ۵۰ به معنای تاب‌آوری پایین در نظر گرفته شد.

در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات برای مؤلفه تاب‌آوری از طریق پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) انجام شد. پنج خرده‌مقیاس‌های استحکام شخصی و شایستگی، غرایز شخصی و تحمل عواطف منفی، معنویت، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمنی و کنترل برای این مقیاس، مورد تأیید و معتبر می‌باشند. محمدی (۱۳۸۴) مقیاس تاب‌آوری را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی تعداد ۲۴۸ نفر اجرا کرد که پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ به دست آمد. در این بررسی پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب آن ۹۱٪ به دست آمد (شاکری نیا و محمد پور، ۱۳۸۹: ۶۲).

شیوه اجرای بدین صورت بود که نمونه موردبررسی به صورت تصادفی در گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی مدت هشت

هفته و به مدت زمان یک ساعت و نیم در هر هفته طبق پروتکل تحت آموزش قرار می‌گرفتند. در این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (پس‌آزمون) توسط دو گروه آزمایش و گروه کنترل تکمیل گردید. نهایتاً، به فاصله یک ماه پس از آزمون، آزمون پیگیری از هر دو گروه به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

## تعریف تاب‌آوری

واژه تاب‌آوری به معنای اعتماد فرد به توانمندی‌های خود برای غلبه بر تنیدگی، توانایی مقابله با موقعیت‌های سخت و سازگاری مثبت با آن، داشتن عزت‌نفس، ثبات هیجانی - عاطفی، برخورداری از حمایت‌های دیگران و توانایی خارج شدن از شرایط ناگوار یا تعدیل آن‌هاست. فاکتور اصلی در تمام تعاریف، بهبودی و برگشت به تعادل اولیه است.

### تعاریف خرده مقیاس‌های تاب‌آوری:

استحکام شخصی و شایستگی<sup>۱</sup>: زمانی که فرد برای رسیدن به اهداف تلاش می‌کند، سرسختی و مقاومت یک رکن اصلی در شرایط دشوار است که باعث می‌شود حتی هر شکست را فرصتی برای یادگیری در نظر بگیرد و هر چالش جدید را با انرژی و تمرکز پیش ببرد.

اعتماد به خرایز شخصی، تحمل اثرات منفی و قوی استرس<sup>۲</sup>: غریزه یا شهود، درک فوری فرد از چیزی است و نیازی به فکر کردن یا درخواست نظر از دیگری نیست. به این دلیل که فرد فقط به آن آگاه است؛ اعتماد به شهود اعتماد به خود است. گوش دادن به شهود به فرد کمک می‌کند از روابط و موقعیت‌های ناسالم دوری کند و یا می‌تواند

---

1. Personal Competence and Tenacity

2. Trust in one's instincts, Tolerance of negative affect, and Strengthening effects of stress

احساسات ناخوشایند را کنترل کند. از سوی دیگر این مقیاس به فرد کمک می‌کند، توانایی حل مسئله و کنار آمدن با شرایط دشوار زندگی را بیاموزد، بنابراین حس تسلط فرد بر محیط نیز ارتقا می‌یابد.

پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن<sup>۱</sup>: پذیرش تغییر به روشی مثبت به فرد کمک می‌کند انعطاف‌پذیر باشد. اهمیت پذیرش تغییر این است که افراد نگرش آشکاری به یادگیری کسب می‌کنند.

کنترل و مهار<sup>۲</sup>: اعتقاد به اینکه فرد میزانی کنترل بر زندگی خود دارد برای سلامت روان مهم است. افراد بدون کنترل محیط خود در برابر احساس درماندگی، انفعال و افسردگی، آسیب‌پذیر هستند.

تأثیرات معنوی<sup>۳</sup>: اعتقاد به اینکه گاهی اوقات سرنوشت یا خدا می‌تواند، کمک کند؛ یک باور معنوی است که نتایج و پیامدهای مثبتی را در تحقیقات بین‌المللی مشخص می‌کند. فعالیت‌های مذهبی و معنوی باعث تقویت شبکه‌های اجتماعی، ارتباط با خانواده و دوستان و رضایت از زندگی می‌شو (Stoll et al, 2012). مایرز<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) در یک بررسی اساسی در رابطه بین دخالت‌های مذهبی و شکوفایی انسان، دریافت که افرادی که درگیر دین بودند، شادی و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند، افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند و بعد از بحران‌های زندگی سریع‌تر بهبود می‌یابند تا افراد غیرمذهبی.

#### تعریف رویکرد راه‌حل‌مدار

رویکرد کوتاه‌مدت مبتنی بر راه‌حل یک رویکرد پست‌مدرن است که به‌ویژه در خانواده‌درمانی مورد استقبال قرار گرفته است و به فرد کمک می‌کند با توجه به توانایی‌ها

1. Positive Acceptance of Change and Secure Relationships
2. Control
3. Spiritual influences
4. Myers

و قابلیت‌هایش به راه‌حل‌ها و استثنائات دست یابد. در این رویکرد هیچ‌چیز غیرقابل تغییری وجود ندارد و بر راه‌حل‌ها و قدرت زبان تأکید می‌گردد. در این رویکرد به افراد کمک می‌شود که تصورات ذهنی را به‌عنوان راه‌حل شکل داده و راه‌حل‌هایی که امکان دسترسی به اهدافشان را برای آن‌ها میسر می‌کنند، تکرار نمایند (Fitzgrald, 2010: 80). تمرکز این رویکرد به مشکلات گذشته فرد نیست بلکه به خود مشکلات موجود نیز با کم‌توجهی می‌نگرد و تأکید اساسی را فقط بر راه‌حل‌های موجود می‌گذارد.

## تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

### تعریف نظری

مؤلفه تاب‌آوری به معنای توانایی مقاومت افراد به‌صورت کارآمد در برابر موقعیت‌های دشوار همراه با تهدید است. در واقع وجود ویژگی تاب‌آوری در افراد، شرایطی فراهم می‌کند که به‌رغم وجود تمام تهدیدها و چالش‌ها، نهایتاً افراد به یک نتیجه مثبت دست می‌یابند. تاب‌آوری به معنای سازگاری مطلوب و مناسب در برابر شرایط محیطی تحمیل‌شده به فرد است و به معنای تجدیدقوای سلامت پس از تروما و آسیب‌ها می‌باشد (Agaibi & Wilson, 2005: 200).

### تعریف عملیاتی

نمره‌ای که فرد در مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به دست می‌آورد، در واقع معیاری برای تعریف عملیاتی مؤلفه تاب‌آوری می‌باشد. در طول مراحل مختلف پژوهش، رضایت آگاهانه افراد شرکت‌کننده برای مشارکت در این پژوهش جلب شد. پژوهشگر از اینکه مداخله آسیبی برای مشارکت‌کنندگان ندارد، اطمینان حاصل نمود و مراقبت‌های لازم در مورد آنان برای جلوگیری از بروز هرگونه خطر و صدمه ناشی از شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. مشارکت‌کنندگان



### اثربخشی مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد ... ۱۴۷

نیز، در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند، آزادانه به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند. از سوی دیگر، تمام ملاحظات در ارتباط با محرمانه بودن اطلاعات افراد صورت گرفت و نهایتاً اینکه برای مخفی ماندن هویت دانش آموزان، جلسات محرمانه و فقط با اطلاع مشاور مدرسه صورت گرفت و از دانش آموزان خواسته شد تا محتوای جلسات و هویت افراد شرکت‌کننده را برای دیگر دانش آموزان بازگو نکنند. علاوه بر آن، نه در ارتباط با مسئول مدرسه و نه خود دانش آموزان مستقیماً برچسبی به دانش آموزان زده نشد و جلسه یک دوره ارتقاء مهارت سازگاری با شرایط سخت معرفی شد و نه جلساتی که به شرکت‌کننده در مداخله احساس ضعف بدهد. تمام این موارد به دلیل ملاحظات اخلاقی اعمال گردید.

#### خلاصه طرح مداخله راه‌حل محور گروهی

جلسه اول	آماده‌سازی افراد برای تشکیل جلسات مداخله، گزینش اعضا، مصاحبه، ایجاد رابطه بدون پیش‌داوری و مشخص کردن اهداف جلسه آینده و شرح مقررات تشکیل جلسات. محتوای جلسه به شرح زیر است: معرفی اعضا و مددکار اجتماعی به یکدیگر؛ ارائه تصویر کلی درباره جلسه آینده، تعیین زمان و محل مناسب، تعداد جلسات؛ بیان اهداف طرح پژوهشی.
جلسه دوم	هدف این جلسه شناسایی مسائل و مشکلات اعضا است. بنابراین از اعضا پیرامون انتظارات از جلسات درمان سؤال می‌شود. پرسش‌هایی از قبیل تصور کنید مشکلاتان حل شده است؛ چه چیزهایی تغییر خواهد کرد؟ در حال حاضر چه چیزی را می‌خواهید، تغییر دهید؟ انجام تکلیف پرسش استثناء. محتوای جلسات پیرامون: تعیین اهداف اعضا، مسائل اعضا، نحوه مشارکت اعضا و فرمول بندی اهداف.
جلسه سوم	هدف در این جلسه تمرکز بر توانمندی‌ها و قابلیت‌ها و انگیزه دانش آموزان است. با استفاده از انجام تکلیف پرسش معجزه‌گر آن‌ها را به توصیف اقدامات به شکلی عملیاتی تشویق می‌کنند و مسیر مداخله را از گفت‌وگوی مشکل‌مدار به گفتگوی راه حل مدار انتقال می‌دهند. افراد را به ایجاد اهداف مؤثر سوق می‌دهند. از اعضا درخواست راه‌حل و دادن بازخورد به آن می‌کنند. سپس از احساسات هریک از اعضا در پایان جلسه پرسش می‌شود.

<p>محتوای این جلسه، مختصری پیرامون مشکل، تمرکز بر توانمندی‌ها و قابلیت‌های آن‌ها، پیگیری تکالیف جلسه قبل و دادن تکلیف جلسه آینده: پرسش معجزه‌گر است.</p>	<p>جلسه چهارم</p> <p>هدف این جلسه حذف الگوهای رفتاری مُخل است. ابتدا تکالیف جلسه قبل پیگیری شد و بازخورد مناسبی ارائه شد. با شناسایی الگوهای رفتاری تخریب‌کننده، ارائه پرسش معجزه‌آسا و سؤال استننا الگوهای مخل رفتاری حذف شد. سپس برای اهداف مقیاس بندی شده و مناسب با توانمندی اعضا و مطابق با نظرات اعضا برنامه‌ریزی شد.</p> <p>محتوای جلسه بدین‌صورت بود: تنظیم اهداف درجه‌بندی‌شده و عملیاتی توسط اعضا و مددکار اجتماعی. انتخاب راه‌حل مؤثر با کمک مددکار اجتماعی. تمام تلاش مددکار اجتماعی در این مدل القای این عقیده است که همه افراد می‌توانند برای مشکلات خود راه‌حل بیابند. مددکار اجتماعی این‌گونه آموزش می‌دهد: اگر راه‌حل موردنظر شما مؤثر است، به‌دفعات بیشتری آن را انجام بدهید. اگر اندکی مؤثر است، تصمیم بگیرید، بیشتر روی آن کار کنید. اگر به نظرتان هیچ راه‌حلی مؤثر نیست، معجزه‌هایی را تجسم کنید. تصمیم بگیرید با هر جلسه به‌عنوان آخرین جلسه برخورد کنید.</p>
<p>هدف این جلسه عملیاتی کردن اهداف تعیین‌شده است.</p> <p>توضیح راه‌حل‌ها جهت پیدا کردن الگوی رفتاری مناسب، تأیید و تقویت اجراهای موفق، رفع‌ورجوع نقش اجراهای ناموفق توسط گروه، اجرای قدم‌به‌قدم اهداف تعیین‌شده، ارائه تکلیف تجسم راه‌حل‌های جدید در طی فاصله زمانی تا جلسه آینده ازجمله روش‌ها جهت عملیاتی کردن اهداف است.</p> <p>محتوای جلسه بر تأکید بر توانمندی‌ها و شایستگی‌های گروه، مشخص کردن تکلیف اجرای قدم‌به‌قدم اهداف تعیین‌شده و تأکید بر مشارکت اعضا است.</p>	<p>جلسه پنجم</p> <p>هدف این جلسه درجه‌بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده است که از طریق تشویق به درجه‌بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین‌شده با نمره‌ای بین صفر تا ده مشخص می‌شود. از آن‌ها در رابطه با اقدامات در راستای اهدافشان سؤال می‌شود.</p> <p>محتوای جلسه بر پیگیری تکالیف جلسه قبل، در نظر گرفتن توانمندی‌ها و کارآمدی‌های خود و باور به توانمندی‌های خود در مواجهه با مشکلات آینده، جمع‌بندی جلسه می‌باشد.</p>

<p>جلسه هفتم</p> <p>هدف در این جلسه دست یافتن به روش روشنی از تغییرات ایجادشده است؛ از طریق تصحیح اشکالات اعضا و بیان راهکار برای رفع اشکالات توسط مددکار اجتماعی، اطمینان یافتن از پیشرفت دانش آموزان از جمله روش‌ها برای دست یافتن به تغییرات است. در پایان این جلسه تکلیفی در مورد عملیاتی کردن تصمیمات داده می‌شود. ارائه تکلیف جلسه بعد هم پیرامون این سؤال بود که از اعضاء خواسته شد جلسه بعد در خصوص این سؤال بیندیشند که اگر بخواهند احساس خود را از تاب‌آوری در برخورد با مسائل بر روی نمودار صفر تا ده درجه‌بندی کنند خود را در کجای نمودار نسبت به جلسه اول می‌بینند؟ بنابراین محتوای کلی این جلسه بر آگاهی از توانمندی‌ها و مهارت‌های فردی برای ایجاد تغییرات است.</p>	<p>جلسه هشتم</p> <p>جلسه آخر به جمع‌بندی مطالب جلسات قبل، مرور تکنیک‌های آموخته‌شده در گروه و چگونگی تعمیم دادن دستاوردهای گروه به دنیای بیرون از گروه اختصاص یافت. محتوای کلی جلسه آخر پیرامون پرسش از دانش آموزان در رابطه با احساس و نظراتشان راجع به اتمام مداخله، ارزیابی آن‌ها از جلسات جمع‌بندی است. سپس پس‌آزمون اجرا شد. از اعضاء درخواست می‌شود در فاصله یک ماه بعد از آخرین جلسه برای تکمیل مقیاس تاب‌آوری در مرحله پیگیری در گروه حضور یابند و نهایتاً از تمام افراد تشکر و قدردانی جهت حضور در جلسات به عمل می‌آید.</p>
--	--

### یافته‌ها

در این بخش در ابتدا به بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش پرداخته می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت، در گروه کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۵-۱۴ سال با ۴۶/۶ درصد و پایین‌ترین مربوط به گروه سنی ۱۶ سال به بالا با ۲۰ درصد است. در گروه آزمایش نیز این وضعیت وجود دارد؛ بالاترین میزان فراوانی در گروه سنی ۱۴-۱۵ سال با ۵۳/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۱۶ سال به بالا با ۶/۶ درصد است.

## میزان تاب‌آوری

جدول ۱- میزان تاب‌آوری افراد در مراحل آزمایش

مرحله	گروه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	کنترل	۱۹	۵۰	۳۵/۴۰	۱۱/۴۱
	آزمایش	۲۱	۵۲	۳۴/۲۸	۹/۳
پس‌آزمون	کنترل	۲۰	۵۴	۳۶/۱۱	۱۲/۵۰
	آزمایش	۵۴	۸۱	۶۱/۶۲	۸/۱۳
پیگیری	کنترل	۱۹	۵۵	۳۹/۱۵	۱۱/۸۵
	آزمایش	۵۶	۷۹	۶۰/۹۳	۶/۹۴

در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی حاصل از تغییرات متغیر وابسته پژوهش (تاب‌آوری) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه نشان داده شده است. با توجه به تغییر میانگین نمره کل تاب‌آوری در افراد گروه کنترل (۳۵/۴۰، ۳۶/۱۱ و ۳۹/۱۵) و مقایسه آن با تغییرات میانگین کل تاب‌آوری گروه آزمایش (۳۴/۲۸، ۶۱/۶۲ و ۶۰/۹۳) در گروه آزمایش میانگین نمرات تاب‌آوری به‌طور معنادار افزایش داشته که به نظر می‌رسد، به دلیل اثرات دوره مداخله‌ای می‌باشد. برای بررسی دقیق‌تر این نتیجه، در بخش آمار استنباطی آزمون‌های متناسب مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن در ادامه قید شده است.

### یافته‌های تحلیلی داده‌ها

#### آزمون فرضیه‌های پژوهش:

بررسی فرضیه: مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار بر ارتقاء ابعاد تاب‌آوری نوجوانان دختر مؤثر است.

به‌منظور بررسی این فرضیه بایستی از آزمون کوواریانس استفاده نمود که این آزمون مستلزم چند پیش‌فرض است که هرکدام از شروط به ترتیب بررسی شده‌اند. الف) توزیع داده‌ها بایستی نرمال باشد. این پیش‌فرض از طریق آزمون کلموگراف-اسمیرنوف صورت گرفته است.

جدول ۲- آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها

پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	تعداد نمونه	
۳۰	۳۰	۳۰		
۵۰,۴۴	۵۱,۱۷	۳۶,۰	میانگین	پارامترهای نرمال بودن
۱۶,۰۹	۱۶,۳۹	۱۱,۰۳	انحراف معیار	
۰,۵۶	۰,۶۹	۰,۶۳	مقدار Z کلموگراف اسمیرنوف	
۰,۸۳	۰,۶۲	۰,۷۷	سطح معناداری	

با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کلموگراف اسمیرنوف در هر سه مرحله بیشتر از ۰,۰۵ است می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها به شکل نرمالی توزیع شده است.

ب) همگنی واریانس متغیرها در مرحله پیگیری:

طبق این پیش‌شرط بایستی واریانس گروه کنترل و آزمایش برابر باشد. به‌منظور آزمون این پیش‌فرض از آزمون لون استفاده گردید.

جدول ۳- آزمون لون برای تساوی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰,۳۲۰	۱	۲۱	۰,۵۶۲

از آنجاکه مقدار F برابر با ۰,۳۲۰ و سطح معناداری آن برابر ۰,۵۶۲ است می‌توان گفت که واریانس تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش برابر است؛ بنابراین این شرط نیز برقرار است.

از آنجاکه این پژوهش دارای آزمون پیگیری است، به بررسی اثر مداخله در دوره پیگیری نیز می‌پردازیم.

#### همگنی واریانس‌ها:

طبق این پیش‌شرط بایستی واریانس گروه کنترل و آزمایش برابر باشد. به‌منظور آزمون این پیش‌فرض از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۴- آزمون لون برای تساوی واریانس‌ها در مرحله پیگیری

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰,۶۹۸	۱	۲۲	۰,۴۱۲

از آنجاکه مقدار F برابر با ۰,۶۹۸ و سطح معناداری آن برابر ۰,۴۱۲ است می‌توان چنین گفت که واریانس تاب‌آوری در گروه کنترل و آزمایش برابر است؛ بنابراین این شرط نیز برقرار است.

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی راه حل محور بر بهبود ابعاد تاب‌آوری نوجوانان دختر در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	متغیر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
استحکام شخصی	پیش‌آزمون	۳۱۱/۶۱	۳۴/۱۸	۰/۰۱۶
	گروه	۶۰۴۱/۱۴	۲۶/۱۳	۰/۰۲۷
اعتقاد به غرایز شخصی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۴۱	۲/۹۱۳	۰/۰۸۸
	گروه	۱۹۴/۳۲۱	۲۷/۰۶۱	۰/۰۰۰۱
پذیرش عواطف مثبت	پیش‌آزمون	۵۱/۴۹۶	۶/۶۲	۰/۰۱۴
	گروه	۱۹۰۹۲۴/۰۴	۴۵/۰۴	۰/۰۰۰۱
افزایش مهارت و کنترل عواطف منفی	پیش‌آزمون	۵۴/۱۱۹	۸/۸۶	۰/۰۰۶
	گروه	۱۷۸/۲۷۵	۲۵/۸۴۱	۰/۰۰۰۱
معنویت	پیش‌آزمون	۱۰۴/۳۶۱	۱۱/۹۴۱	۰/۰۰۱۳
	گروه	۴۴۱/۷۶۲	۴۹/۴۵۳	۰/۰۰۰۱

در جدول شماره ۵ به بررسی مقایسه میانگین ابعاد تاب‌آوری در میان دو گروه کنترل و آزمایش پرداخته شده است. با مراجعه به داده‌های این جدول ملاحظه می‌شود که میزان استحکام شخصی، ارتقاء و پذیرش عواطف مثبت، اعتماد به غرایز شخصی، ارتقاء کنترل و مهارت نوجوانان و معنویت نوجوانان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش قابل توجهی داشته است. در این جدول به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شده است. با مراجعه به سطح معناداری در ردیف پیش‌آزمون مشاهده می‌شود که این مقادیر در مرحله پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است که نشان‌دهنده معنادار بودن اثر دوره مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار است؛ بنابراین می‌توان تغییرات میزان ابعاد تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون را ناشی از مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار دانست.

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی راه حل محور بر بهبود ابعاد تاب آوری نوجوانان دختر در مرحله پیگیری

مؤلفه	متغیر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
استحکام شخصی	پیش آزمون	۲۳۵/۹۳۶	۲۹/۲۲۳	۰/۰۰۱
	گروه	۲۴۹/۷۸۵	۳۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
اعتقاد به غرایز شخصی	پیش آزمون	۹/۵۵۶	۲/۹۱۳	۰/۰۰۷
	گروه	۲۴۶/۷۷۹	۳۸/۶۴۷	۰/۰۰۰۱
پذیرش عواطف مثبت	پیش آزمون	۱۴/۴۲۷	۲/۸۳	۰/۰۰۳
	گروه	۲۹۸/۰۹۷	۲۹/۴۳۴	۰/۰۰۰۱
افزایش مهار و کنترل عواطف منفی	پیش آزمون	۴۶/۳۷۲	۱۱/۴۴۰	۰/۰۰۲
	گروه	۱۴۹/۵۵۶	۳۷/۲۱۷	۰/۰۰۰۳
معنویت	پیش آزمون	۱۰۲/۱۷۰	۱۰/۹۴۴	۰/۰۰۲
	گروه	۴۴۱/۷۶۲	۴۹/۴۵۳	۰/۰۰۰۱

در جدول شماره ۶ به بررسی مقایسه میانگین ابعاد تاب آوری در میان دو گروه کنترل و آزمایش با توجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه حل محور بر بهبود ابعاد تاب آوری نوجوانان دختر در مرحله پیگیری پرداخته شده است. با مراجعه به داده‌های این جداول ملاحظه می‌شود که میزان استحکام شخصی، ارتقاء پذیرش عواطف مثبت، اعتماد به غرایز شخصی، ارتقاء کنترل و مهار نوجوانان و معنویت نوجوانان گروه آزمایش در مرحله پیگیری افزایش قابل توجهی داشته است. در این جداول به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس بهره گرفته شده است. با مراجعه به سطح معناداری در ردیف پیش‌آزمون مشاهده می‌شود که این مقادیر در مرحله پیگیری کمتر از ۰/۰۱ است که نشان‌دهنده معنادار بودن اثر مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه حل مدار



اثر بخشی مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد ... ۱۵۵

است؛ بنابراین می‌توان تغییرات میزان ابعاد تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیگیری را ناشی از مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار دانست. در ادامه به بررسی نتایج حاصل از بررسی فرضیه اصلی پژوهش پرداخته شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون کوواریانس در بررسی اثر مداخله در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری بر مؤلفه کلی تاب‌آوری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تفاوت مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون					
پیش‌آزمون	۱۹۵۵/۴۵	۱	۱۹۵۵/۴۵	۳۳/۲۷	۰/۰۰
گروه	۴۹۹۸/۱۷	۱	۴۹۹۸/۱۷	۱۰۸/۱۷	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۲۱/۰۱	۲۷	۵۸/۱۳	-	-
تفاوت مرحله پیش‌آزمون و پیگیری					
پیش‌آزمون	۱۸۲۱/۱۹	۱	۱۸۲۱/۱۹	۳۰/۱۲	۰/۰۰۰
گروه	۵۱۱۱/۶۰	۱	۵۱۱۱/۶۰	۹۸/۰۳	۰/۰۰۰
خطا	-	۲۷	۵۵/۱۸	-	-

در جدول ۷ به مقایسه میانگین مقیاس کلی تاب‌آوری گروه کنترل و گروه آزمایش پرداخته شده است. یافته‌های جدول حاکی از آن می‌باشد که مؤلفه تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری، افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. با مراجعه به مقادیر سطح معناداری در ردیف پیش‌آزمون و گروه مشاهده می‌شود که این مقادیر در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری کمتر از ۰,۰۱ درصد هستند که نشان‌دهنده معنادار بودن اثر دوره مداخله در گروه آزمایش است. پس با اطمینان ۹۹٪ می‌توان تغییرات میزان مؤلفه تاب‌آوری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری را ناشی

از مداخله‌ای دانست؛ بنابراین مداخله توانسته است، بر میزان مؤلفه تاب‌آوری در نوجوانان تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به‌طور معناداری افزایش دهد. افزایش این متغیر در دوره پیگیری نیز نسبت به دوره پیش‌آزمون همچنان در سطح بالایی قرار دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر مداخله در درازمدت نیز تداوم خواهد داشت و موجب تاب‌آوری بیشتری در نوجوانان خواهد بود. این جدول نشان می‌دهد که مقدار F عضویت گروهی معنادار است، به عبارتی دیگر پس از حذف اثر پیش‌آزمون تاب‌آوری بین تاب‌آوری نوجوانان گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای وجود خواهد داشت ( $p < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر ارتقای تاب‌آوری نوجوانان دخترمدرسه ایران صورت گرفت. با مراجعه به مقادیر سطح معناداری با اطمینان ۹۹٪ می‌توان تغییرات میزان تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را ناشی از این مداخله دانست؛ بنابراین مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار توانسته است، بر میزان تاب‌آوری نوجوانان تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به‌طور معناداری افزایش دهد. افزایش این متغیر در دوره پیگیری نیز نسبت به دوره پیش‌آزمون همچنان در سطح بالایی باقی‌مانده است. بنابراین اثر مداخله در درازمدت نیز تداوم خواهد داشت و موجب تاب‌آوری بیشتری در نوجوانان می‌شود. همچنین نتایج تحلیل یافته‌ها مبین آن است که افراد گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل و در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون در میزان ابعاد متغیر تاب‌آوری که شامل شایستگی، استحکام شخصی، میزان اعتماد به غرایز شخصی و پذیرش عواطف مثبت است، نمرات بهتری کسب کرده‌اند. علاوه بر آن، نتایج این بررسی نشان داد، تغییرات

میانگین شاخص معنویت گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به صورت معناداری افزایش یافته است. بر این اساس، شواهد این مطالعه از مؤثر بودن مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار به‌عنوان یکی از مداخلات مهم و کارآمد، بر ارتقاء مؤلفه تاب‌آوری به‌عنوان یک شاخص کلی و تمام ابعاد آن است. همچنین، فرضیه‌های فرعی پژوهش با ضریب اطمینان بالایی مورد تأیید قرار گرفته‌اند. در ادامه یافته‌های این پژوهش از دو بعد مورد تحلیل قرار خواهند گرفت:

از دیدگاه مقایسه با نتایج مطالعات پیشین، یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر بهبود تاب‌آوری نوجوانان با یافته‌های لطفی و معتمدی (۱۳۹۵) در یک راستا است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که مداخله مددکاری اجتماعی گروهی با رویکرد راه‌حل‌مدار موجب افزایش مؤلفه تاب‌آوری در گروه آزمایش به نسبت گروه گواه می‌شود و نوجوانانی که از این مداخله بهره‌مند شده بودند، پیشرفت معناداری در تاب‌آوری روان‌شناختی‌شان داشتند و این پیشرفت پس از یک ماه همچنان به قوت خود باقی ماند. از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با یافته‌های جویتا پاربا و همکاران (۲۰۱۸) از نظر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر راه‌حل کوتاه‌مدت بر میزان افسردگی و تاب‌آوری بین زنان مهاجر کارگر اندونزیایی در مالزی هم‌سویی دارد. نتایج پژوهش آن‌ها کاهش میزان افسردگی و افزایش سطح تاب‌آوری در زنان اندونزیایی بود. علاوه بر آن، نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد راه‌حل‌مدار بر بهبود تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن با یافته‌های هندار و همکارانش (۲۰۱۹) هم‌سویی دارد. آن‌ها در طی پژوهش خود به مؤثر بودن درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در افزایش تاب‌آوری علمی و خودکارآمدی و ارتقاء تحصیلی در گروه آزمایش رسیدند.

بنابراین می‌توان گفت که این مداخله یک رویکرد مداخله‌ای مؤثر در رابطه با زمینه‌های روان‌شناختی مختلف در نوجوانان است و به‌طور خاص این درمان برای

نوجوانان در معرض بحران‌های تحولی در رشد نوجوانی و همچنین نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، بسیار کارایی دارد و دارای اثربخشی بالایی است. علاوه بر بُعد تحلیلی-مقایسه‌ای مذکور و همسانی نتایج به‌دست‌آمده با مطالعات پیشین، مشارکت علمی این پژوهش با توجه به یافته‌های ذیل در این حوزه برجسته‌تر می‌شود. در مراحل انجام مداخله و با در نظر گرفتن جامعه هدف مطالعات پیشین (نوجوانان پسر) می‌توان گفت:

گرچه تفاوت جنسیتی قابل‌توجهی در تاب‌آوری وجود ندارد و نوجوانانی که در این مطالعه قرارگرفته‌اند، ممکن است از گروه سنی پایینی انتخاب‌شده باشند تا برخی تفاوت‌های جنسیتی را در نمره تاب‌آوری نشان دهند، به نظر می‌رسد که از نظر میزان اعتقاد به معنویت به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های تاب‌آوری و میزان استرس و گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد، بین دختران و پسران تفاوت وجود داشته باشد. دانش‌آموزان دختر و پسری که در هنگام بروز مشکل به باورهای معنوی روی می‌آورند گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر مثل استعمال مواد مخدر دارند. با این حال، تعامل بین استرس و باورهای معنوی را نمی‌توان به جنس خاصی اختصاص داد اما از آنجاکه استرس می‌تواند تمایل به مصرف مواد را افزایش دهد، باورهای معنوی ممکن است یک سازوکار مقابله‌ای مناسب برای کمک به دانش‌آموزان دبیرستانی برای سازگاری با شرایط استرس‌زا باشند.

هنگام مواجهه با استرس، دختران بیشتر از پسران نیازمند حمایت می‌شوند؛ به همین ترتیب، به احتمال زیاد به جهت اینکه دختران تمایل بیشتری به مشورت و درخواست کمک از دوستان خود دارند؛ بهتر می‌توانند با حوادث استرس‌زای روزانه کنار بیایند. از آنجاکه سن نوجوانی دوره‌ای از رشد و تحول سریع و گذرا در ابعاد مختلف است و با تکالیف رشدی زیادی مختص به این سن همراه است، اگر این دوره از رشد و تحول نوجوان به‌صورت سالم سپری شود، فرد در شکل‌دهی روابط نزدیک با بزرگسالان و دیگران توانمند خواهد بود و نوجوان می‌تواند، به منابع شناختی و

روانشناختی لازم برای رویارویی با شرایط استرسزای زندگی دست یابد. دوره نوجوانی به دلیل وجود برخی بحران‌ها، چالش‌ها و مشکلات، از قبیل مشکلات خانوادگی و اجتماعی، بیماری والدین، کودک‌آزاری، طلاق و جدایی والدین، برای برخی از آن‌ها دوره طاقت‌فرسایی است و به دلیل نبود متغیرهای محافظتی همچون تاب‌آوری برای مواجهه با بحران‌های رشدی، افراد در این دوره بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرند.

رویکرد راه‌حل‌محور به مراجع کمک می‌کند تا به شناخت درستی از خطرات و موانع و بحران‌های زندگی خود دست پیدا کند و بینش بسیار مناسبی از توانمندی‌ها و منابع حمایتی به مراجع ارائه می‌دهد. در واقع مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار مبتنی بر یک فعالیت مشترک بین درمانگر و مراجع است تا به جای تمرکز بر خود بحران‌ها، برای یافتن و تمرکز بر راه‌حل‌های مواجهه با مشکلات و بحران‌ها، به بینش پایه‌ای دست پیدا کنند. اسکالر<sup>۱</sup> رویکرد راه‌حل‌مدار را به‌عنوان رویکردی معرفی می‌کند که بر موفقیت‌ها، خود کارآمدی‌ها و توانمندی‌های مراجع تأکید می‌کند و خود را به‌عنوان کارشناسان زندگی خود در نظر می‌گیرد و معتقدند که اکثر مشکلات و بحران‌ها راه‌حلی دارند که قابلیت شناسایی و کشف آن‌ها وجود دارد.

درواقع رویکرد راه‌حل‌مدار به نوجوانان کمک می‌کند تا برای تصمیم‌گیری مناسب، به دانش و مهارت‌های لازم جهت توانمندی و کارآمدی دسترسی داشته باشند. این رویکرد تمرکز خود را معطوف بر این دارد که مراجعان چگونه تغییر می‌یابند نه اینکه چگونه به این حالت درآمده‌اند؛ بنابراین از زبان تغییر استفاده می‌کنند. این رویکرد از آن جهت بسیار مؤثر است که تمرکزش معطوف به آینده نوجوانان است، تأکید بر آگاهی نوجوانان از توانمندی‌های شخصی‌شان دارد و نهایتاً به ایجاد این باور در نوجوانان که توانایی‌های لازم برای مقابله با مسائل و مشکلات را دارند، مبادرت می‌ورزد (Hampson & Kim, 2007: 27).

از طرف دیگر از آنجاکه بُعد دوم مقیاس تاب‌آوری به عوامل محافظتی اختصاص دارد و عواملی همچون توانایی‌های حل مسئله، احساس خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، جهت‌گیری مبتنی بر هدف، امید و خوش‌بینی به‌عنوان اجزای تاب‌آوری معرفی شده‌اند و به شکل محافظتی در برابر استرس‌ها و بحران‌ها عمل می‌کنند. بنابراین با توجه به فلسفه حاکم بر این مداخله به نظر می‌رسد که مداخله راه‌حل‌مدار با ویژگی‌های کارآمد خود توانسته است، در افزایش این مؤلفه‌ها و به‌طورکلی تاب‌آوری نوجوانان مؤثر باشد. به این دلیل که درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع آن‌ها، کلمات و عقاید آن‌ها استفاده می‌کنند (Baninik, 2007: 130). در این رویکرد مراجعان با توجه به ایده‌ای که از شکل زندگی خویش در آینده متصور هستند، در ایجاد تغییرات لازم در زندگی خویش مهم‌ترین نقش را دارند (Lee et al, 2002: 36). پس این ویژگی‌ها می‌توانند، به مراجعان کمک کنند تا روش‌های سازگارانه‌تری را از طریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیختگی و صلاحیت‌ها و شایستگی‌های خود تحقق بخشند.

بر اساس نتایج حاصله می‌توان چنین نتیجه گرفت که، افراد گروه آزمایش، توانمندی بیشتری در برابر مشکلات دارند، با حس خودانگیختگی و تکیه بر نقاط قوت خود در برابر مشکلات بر راه‌حل‌های موجود تکیه می‌کنند و به شکلی مثبت می‌توانند با این بحران‌ها انطباق یابند و با خوش‌بینی به حل مسائل بپردازند. از سوی دیگر، با توجه به رویکرد تحولی که به رشد وجود دارد و ویژگی‌های خاص تحولی سن نوجوانی، مداخله مددکاری اجتماعی گروهی راه‌حل‌مدار توانسته با فلسفه خاصی که بر آن مبتنی است و تکنیک‌هایی که به‌واسطه آن مداخله انجام می‌شود، در ارتقاء تاب‌آوری و ابعاد آن کارآمد باشد.

بر این اساس، در کار با نوجوانان دختر دوره متوسطه به مدیران دبیرستان‌ها و مشاوران توصیه می‌شود که، به نقش پراهمیت تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن به‌عنوان متغیری محافظتی توجه لازم را داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌گردد، آموزش تاب‌آوری در سایر مناطق کشور و همچنین بر روی دانش آموزان پسر اجرا گردد.

از آنجاکه تاب‌آوری یک ویژگی اکتسابی است و وجود آن در افراد می‌تواند نقش مثبت و مهمی ایفا کند و همچنین آموزش تاب‌آوری به دانش‌آموزان کمک زیادی به کاهش استرس آن‌ها می‌کند؛ بنابراین مشاوران و مددکاران اجتماعی مدارس می‌توانند از این شیوه در مدارس استفاده کنند و با دانش و تجربه خود نیز بر تأثیر آن بیفزایند. این پژوهش مانند تمام پژوهش‌ها دارای برخی محدودیت‌ها می‌باشد، از جمله اینکه این مداخله صرفاً بر روی جامعه آماری متشکل از نوجوانان دختر انجام شده و پسران دانش‌آموز در این پژوهش حضور نداشتند. به دلیل وجود مشکلات مربوط به زمان و تعطیلی مدارس، امکان جلسه‌پیگیری طولانی‌تر از یک ماه میسر نبود.



## منابع

- خشوعی، مهدیه سادات. (۱۳۸۸)، «انعطاف‌پذیری از دیدگاه روان‌شناسی تحولی»، *پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد*، شماره ۱۹: ۶۰-۹۲.
- شفیع‌زاده، رقیه. (۱۳۹۱)، «رابطه تاب‌آوری با پنج عامل بزرگ شخصیت»، *نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، شماره ۳: ۴۹.
- شاکری نیا، ایرج و محمدپور، مه‌ری. (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی پرستاران زن بیمارستان‌های دولتی شهر رشت»، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، سال چهاردهم، شماره ۲: ۱۶۹-۱۶۵.
- قادری بگه جان، کاوه؛ متولی، محمد مسعود؛ اسمری پرده زرد، یوسف و لطفی، شورش. (۱۳۹۴)، «اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر پیشگیری از عود اعتیاد»، *فصلنامه پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۳: ۸۶-۸۱.
- قادری بگه‌جان، کاوه. (۱۳۹۵)، بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود تاب‌آوری معلولین جسمی حرکتی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی*، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- معتمدی، عبدالله و لطفی، علی. (۱۳۹۴)، «بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان پسر در معرض خطر در یکی از شهرک‌های نظامی»، *فصلنامه روانشناسی نظامی*، دوره ۷، شماره ۲۵: ۳۹-۴۲.
- معتمدی، هادی. (۱۳۹۲)، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تاب‌آوری و پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مقامی، رؤیا. (۱۳۹۶)، بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی راه‌حل‌مدار بر بهبود تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی*، دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد، *رساله دکتری*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- میر هاشمی، مالک و نجفی، فاطمه. (۱۳۹۳)، «اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۲۴، شماره ۳: ۱۷۵-۱۸۱.



- Agaibi, Christine E, and John P. Wilson. (2005). "Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature." *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195-216.
- Bannink, F. P. (2007). "Solution-Focused Brief Therapy." *Journal of contemporary psychotherapy*, 37(2), 87-94.
- Bandura, Albert. (1982). "Self-efficacy mechanism in human agency." *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Chwastiak, Lydia A, and Dawn Ehde. (2007). "Psychiatric issues in multiple sclerosis." *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 803-817.
- Connor, Kathryn M, and Jonathan R.T. Davidson. (2003). "Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)." *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- De Shazer, Steve, and Yvonne Dolan. (2006). *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York: Haworth Press.
- Eriksson, Monica. (2017). "The sense of coherence in the salutogenic model of health." *The handbook of salutogenesis*, Springer, Cham, 91-96.
- Farber, Eugene W, Jennifer, A.J.Schwartz, Paul, E.Schaper, DeElla, J.Moonen, and J. Stephen McDaniel. (2000). "Resilience factors associated with adaptation to HIV disease." *Psychosomatics*, 41, 140-146.
- Fergus, Stevenson, and Marc A. Zimmerman. (2005). "Adolescent resilience: A framework for understanding healthy." *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419.
- Fischhoff, Baruch, Elena O Nightingale. (2001). "Adolescent Risk and Vulnerability: concepts and measurement." *National Criminal Justice Reference Service*, 109-144.
- Fitzgerald, Pamela E, and Ivan Leudar. (2010). "In active listening in person-centered solution focused psychotherapy." *Journal of pragmatics*, 32 (12): 1346-50.
- Gingerich, WJ., and LT, Peterson. (2013). "Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies." *Journal of Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283.
- Grant, Anthony M, Michael J. Cavanagh, Sabina Kleitman, Gordon Spence, Michaela Lakota, and Nickolas YuGrant, A. M. (2012). "Development and validation of the solution-focused inventory." *The Journal of Positive Psychology*, 7(4), 334-348.

- Garnezy, Norman. (1991). "Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. " *American behavioral scientist*, 34(4), 416-430.
- Hendar, Kus, Awalya Awalya, and Sunawan Sunawan. (2019). "Solution-Focused Brief Therapy Group Counseling to Increase Academic Resilience and Self-Efficacy. " *Journal Bimbingan Counseling*, 8(3), 1-7.
- Jackson, Paul Z, and Mark McKergow. (2007). *Solutions focus*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Kim, Johnny S, and Cynthia Franklin. (2009). "Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. " *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470.
- Kim-Cohen, Julia. (2007). "Resilience and developmental psychopathology. " *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(2), 271-283.
- Kumpfer, Karol L. (1999). "Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. " *American Psychological Association*, 179-224.
- Lee, Mo Yee, Adriana Uken, and John Sebold. (2007). "Role of self-determined goals in predicting recidivism in domestic violence offenders. " *Research on Social Work Practice*, 17(1), 30-41.
- Luthar, Suniya S., Dante Cicchetti, and Bronwyn Becker. (2000). "The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. " *Child development*, 71(3), 543-562.
- Masten, Ann S., and L. Powell. (2003). *A Resilience Framework for Research, Policy. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*.
- McKergow, Mark, and Anton Stellamans. (2011). "Restoring the client's choice of action. " *InterAction*, 3(1), 98.
- Myers, David G., M. Eid, and R. Larsen. (2008). *Religion and human flourishing*. The science of subjective well-being, 323-343.
- Patterson, Joän M. (2002). "Understanding family resilience. " *Journal of clinical psychology*, 58(3), 233-246.
- Pichot, Teri, and Yvonne M. Dolan. (2014). *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. Routledge.
- Pinquart, Martin. (2009). "Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. " *Journal of applied Developmental psychology*, 30(1), 53-60.
- Purba, Ellys Juwita. (2018). *The Effective of Solution Focused Brief Group Therapy (SFBGT) On Depression and Resilience Among Indonesian*

*Women Migrant Workers In Malaysia Doctoral dissertation*, University Sains Malaysia.

- Reddy, Pashapu Dharma, Ammapattian Thirumorthy, Poreddi Vijayalakshmi, and Mohammed Ameer Hamza. "Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression." *Indian journal of psychological medicine*, 37(1), 87.
- Teicher, Martin H., Jacqueline A. Samson, Carl M. Anderson, and Kyoko Ohashi K. (2016). "The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity." *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652.
- Smith, Christian, and Melina Lundquist Denton. (2009). *Soul searching: The religious and spiritual lives of American teenagers*. Oxford University Press.
- Stoll, Laura, Juliet Michaelson, and Charles Seaford. (2012). *Well-being evidence for policy: A review*. New Economics Foundation.
- Taathadi, Mulawarman, and Soedjito Taathadi. (2014). "Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) to Enhance High School Students Self-Esteem: An Embedded Experimental Design." *International Journal of Psychological Studies*, 6(3), 96-105.