

بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر افزایش تاب آوری نوجوانان پسر

در معرض خطر در یکی از شهرک‌های نظامی

Studying the influence of Solution-Focused Brief Therapy on increasing resiliency of boy teenagers at risk in one of military counties

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۰

Lotfi A. MSc[✉], Motamedi A. PhD

علی لطفی[✉]، عبدالله معتمدی^۱

Abstract

Introduction: This investigation have studied the effectiveness of Solution -Focused Brief Therapy on the increasing resiliency of boy teenagers at risk in one of military counties.

Method: This studying have been conducted in pseudo experiment and carrying out pretest-posttest on the two experiment and control groups. Sampling society include all of boy teenagers in the mentioned zone who are studying in the high school first and second section in 2015-16. Since their number is limit and determinate, then 75 persons have been studied in Census. All of them have been studied by completing questionirrie that used as pretest and finally 30 persons who have the least resiliency have been randomly alternated as teenager at risk of choosing in two experiment (15) and control (15) groups. Solution-Focused Brief Therapy intervention have been conducted in group and during 6 sessions (two hour sessions every week) on experiment group. In the last posttest was conducted and consequently follow-up test was carried out during one month. During this time, control group did not perceived any intervention. Finally, data analysis was carried out by using from co-variance analysis T-test.

Results: conclusion showed that average scores of experiment group compared control group have increased significantly regarding resiliency.

Discussion: with noting the teenager properties and developmental approach regarding growth and resiliency, Solution-Focused Brief Therapy as one of psychological intervention is of the strong practical potential in increasing resiliency in the teenagers at risk.

Key words: Developmental approach, resiliency, boy teenagers at risk, Solution -Focused brief Therapy

چکیده

مقدمه: این پژوهش اثربخشی درمان راه حل مدار کوتاه مدت بر افزایش تاب آوری نوجوانان پسر در معرض خطر یکی از شهرک‌های نظامی را مورد بررسی قرار داده است.

روش: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و به صورت اجرای پیش‌آزمون - پس آزمون بر روی دو گروه (آزمایش و کنترل) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان پسر یکی از شهرک‌های نظامی است که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در مقطع متوسطه اول و دوم (دامنه سنی نوجوانی) مشغول به تحصیل می‌باشند از آنجا که تعداد این افراد محدود و مشخص است (۷۵ نفر) لذا به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. تمامی این افراد با تکمیل پرسشنامه تاب آوری که به عنوان پیش آزمون استفاده شد مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت از این میان ۳۰ نفری که کمترین میزان تاب آوری را داشتند به عنوان نوجوانان در معرض خطر انتخاب و به شکل تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵) جایگزین شدند و مداخله درمان راه حل مدار به صورت گروهی و طی ۶ جلسه (هفته ای دو جلسه دو ساعته) بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و در نهایت پس آزمون انجام شد و متعاقب آن، در فاصله یک ماه، آزمون پیگیری به عمل آمد لازم به ذکر است که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و نهایتاً تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس و T-test انجام پذیرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از نظر تاب آوری افزایش معناداری یافته است.

بحث: با در نظر داشتن ویژگی های سن نوجوانی و رویکرد تحولی که به رشد و تاب آوری وجود دارد لذا درمان راه حل مدار کوتاه مدت به عنوان یکی از مداخلات روانشناختی از قابلیت عملی خوبی در افزایش تاب آوری در نوجوانان در معرض خطر برخوردار است.

کلید واژه‌ها: رویکرد تحولی، تاب آوری، نوجوانان در معرض خطر، مداخله راه حل مدار گروهی

[✉]Corresponding Author: Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
E-mail: karbordi@gmail.com

[✉]گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۱-گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

در سال‌های اخیر تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای، مخصوصاً در حوزه‌های روانشناسی تحولی، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی، به خود اختصاص داده است (کمپل، کوهان و استین، ۲۰۰۶؛ به نقل از جوکار، ۱۳۸۶). نیل^۱ (۲۰۰۶)، تاب‌آوری را به صورت ظرفیت افراد برای اجتناب از آسیب‌شناسی علی‌رغم مشکلات محیطی تعریف می‌کند. به طور کلی تاب‌آوری به الگویی از عملکرد که نشان‌دهنده سازگاری مثبت در بافت «خطر» یا گرفتاری است، اشاره دارد (تولان^۲، ۱۹۹۶) از طرف دیگر میتوان گفت که تاب‌آوری آمادگی و توانایی بالقوه برای برنامه‌ریزی، بازیابی و سازگاری موفقیت‌آمیز با وقایع آزارنده است (والش دیلی، ولفورد و مک‌کارتی^۳، ۲۰۱۶). تاب‌آوری یک فرایند تحولی است و شکل‌گیری تاب‌آوری را می‌توان به عنوان یک فرایند تحولی در نظر گرفت زیرا موفقیت در غلبه کردن بر موقعیت‌های ناگوار، خودکارآمدی و اعتماد به توانایی‌های خود را برای تأثیر گذاشتن در محیط افزایش می‌دهد (کیاتو و لویس^۴، ۲۰۰۵). در دیدگاه آسیب‌شناسان تحولی معاصر، تاب‌آوری به عنوان فرایندی پویا تعریف می‌شود که باعث ایجاد سازگاری یا انطباق مثبت در شرایط ناگوار یا تروماتیک می‌شود (کیم کوهن^۵، ۲۰۰۷). در رویکرد تحولی به تاب‌آوری دو مولفه اصلی و کلیدی وجود دارد که عبارتند از در معرض خطر قرار گرفتن و سازگاری خوب و مثبت. در معرض خطر قرار گرفتن عوامل خطر زایی شامل گرفتاری‌های روانی اجتماعی مانند فقر، فقدان اعضای خانواده، بدرفتاری یا سایر حوادث آسیب‌زا و عوامل غیرروانی اجتماعی مانند آسیب‌های قبل از تولد یا بعد از تولد، عوامل عفونی یا سایر بیماری‌های بیولوژیکی را

شامل می‌شود که می‌تواند تحول سالم در معرض خطر قرار دهد (کیم کوهن و همکاران، ۲۰۰۷ به نقل از خشوعی، ۱۳۸۸). از طرف دیگر سازگاری خوب به معنای دستیابی به وظایف تحولی در هر مرحله یا عدم وجود اختلال روانی و یا وجود هر دوی این عوامل می‌باشد. علاوه بر این، سازگاری خوب دلالت بر این مسئله دارد که عوامل محافظت‌کننده مهمی وجود دارد که باعث می‌شود تا فرد با وجود آن که در معرض شرایط ناگوار قرار می‌گیرد الگوهای ناسازگارانه‌ای نشان ندهد (کیم کوهن، ۲۰۰۷). در واقع رابطه بین تاب‌آوری و رشد منعکس‌کننده این واقعیت است که این فرآیندها تعاملی‌اند و در طول زمان پایدار خواهند ماند (نانسی و همکاران^۶، ۲۰۰۸) و اگر در هر مرحله از رشد فرد نتواند وظایف تحولی خود را به طور سازگارانه‌ای پشت سر بگذارد و نتواند سازگاری خوبی در برابر حوادث تروماتیک داشته باشد مشکلات زیادی را در پی خواهد داشت در این میان و باتوجه به رویکرد تحولی که به تاب‌آوری وجود دارد نوجوانی دوره بسیار مهم و حساسی است، نوجوانی دوره رشد و تغییرات سریع است که پیامدهای مهمی مانند حضور رفتارهای پرخطر را دربرمی‌گیرد (نانسی و همکاران، ۲۰۰۸). اریکسون^۷ (۱۹۸۶) مطرح کرد که مرحله هویت‌یابی که از ویژگی‌های دوران نوجوانی است می‌تواند خطرات عمده‌ای را در بر داشته باشد. طبق نظر اریکسون ریسک کردن یک عنصر جوهری و ذاتی در فرآیند هویت‌یابی و آزمایش هویت‌های مختلف است لذا دوران نوجوانی دوره ریسک‌های عمده است. فیش‌کات و همکاران^۸ (۲۰۰۱) نیز دریافته‌اند که نوجوانان به این دلیل که خود را در معرض خطر نمی‌بینند (افسانه شخصی) بیشتر در کارهای پرریسک مشارکت می‌کنند آنها ممکن است با انتخاب‌های ضعیف خود را در معرض آسیب‌های

خانواده ثابت کند و برای خود نقش و پایگاهی داشته‌باشند ممکن است به رفتارهای مخرب و پرخطر روی بیاورند (فتحی و ذاکری پور، ۱۳۹۳). این رفتارهای پرخطر به هر واکنش یا رفتاری دلالت دارد که بالقوه می‌تواند ابعاد سلامت جسمانی، انجام تکالیف بهنجار رشدی، اجرای نقش‌های اجتماعی مورد انتظار، اکتساب مهارت‌های اساسی، دستیابی به احساس کفایت، سلامت و شایستگی و آمادگی مناسب برای دوره‌های بعدی رشد را به خطر اندازد (خوشخوی، ۱۳۹۲). لذا از دیدگاه رشدی و تحولی بسیار پراهمیت است، غالباً مهمترین رفتارهای پرخطر به ترتیب مصرف الکل، مصرف دخانیات، مصرف مواد، روابط جنسی نالیمن و... است (کلوئوپ و همکاران، ۲۰۰۹، به نقل از سجاد پور و همکاران، ۱۳۹۲). لذا باتوجه به عواملی که ذکر شد در روانشناسی تحولی این فاکتورها که از ویژگی‌های سنین نوجوانی هستند به عنوان عامل خطر عمل می‌کنند و اگر در فرآیند رشد و تحول سازگاری مناسبی با این عوامل خطر صورت نگیرد آسیب‌های جبران ناپذیری بر پیکره فرد، خانواده اجتماع و حتی نهادهای سیاسی خواهد بود به این دلیل که رفتار پرخطر نوجوانان، یک عامل اساسی در نظم و امنیت کلی در هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند بر همین اساس برای کمک به سازگاری مثبت در این مرحله از فرآیند رشد باید به بعد دوم تاب‌آوری که در رویکرد تحولی مطرح است توجه ویژه‌ای داشته باشیم همان‌گونه که قبلاً ذکر شد بعد دوم که در برابر عوامل خطرساز قرار دارد عوامل محافظتی است لذا باشناخت و شناسایی عوامل محافظتی می‌توان با آزمایش و بررسی مداخلات مختلف متناسب با این عوامل در جهت ارتقای تاب‌آوری و کمک به نوجوانان برای طی یک فرآیند سازگارانه در رشد گام‌های مهمی برداشت،

جسمی و روانشناختی قرار دهند. این مساله به حدی است که به طور سنتی بزرگسالان نگران رفتارهای ریسک‌پذیرانه نوجوانان خود هستند (نانسی و همکاران، ۲۰۰۸). نوجوان از روانشناسی خاصی برخوردار است؛ وی از سویی سرشار از خیر خواهی و عواطف رقیق انسانی و از سوی دیگر بلندپرواز، ماجراجو و قهرمانگر است. از یک سو به دنبال یافتن هویت مشخصی برای خودش بر می‌آید و از سوی دیگر به همنوایی با جمع همسالانش می‌پردازد و غالب ارزشهای خویش را از این گروه اخذ می‌کند. استقلال‌طلبی، هیجان‌جویی، تغییر در تأثیرپذیری از والدین، نگرانی‌های ناشی از تغییرهای شکلی و بدنی، دوگانگی روانی و ... در مجموع حالتی سیال را برای نوجوان پدید می‌آورند. نوجوان در این فضای خاص آماده شکل‌پذیری است بسته به اینکه چه کسی به وی توجه می‌نماید و برایش سرمایه‌گذاری می‌کند اغلب به همان سمت و سو متوجه می‌شود (هزار جریبی، ترکمان و مرادی، ۱۳۸۹). در دوره نوجوانی افراد تجربه‌آموزی می‌کنند و از این رو با خطرهای گوناگونی روبه‌رو می‌شوند، در این مرحله نوجوان از خانواده به سوی جامعه کشیده می‌شود و در راستای به دست آوردن جایگاه اجتماعی می‌کوشد (کاظمی، ۱۳۸۳ به نقل از فتحی و ذاکری پور، ۱۳۹۳). در این مسیر اغلب نوجوانان با خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر بکشانند (فتحی، ۱۳۹۲) در این دوران آنها ممکن است دوستانی برگزینند که والدین نمی‌پذیرند و یا ممکن است پوششی داشته باشند که والدین آنها را نپسندند و یا اینکه به مقایسه خانواده خود با سایر خانواده‌ها بپردازند. در این دوره نوجوان برای اینکه بتواند خود و جایگاه خود را در جامعه و

از آنجا که متغیرهایی که می‌توانند تاب‌آوری را پیش‌بینی کنند نهایتاً واسطه افزایش تاب‌آوری به عنوان یک متغیر محافظتی کلی و تحولی باشند لذا به بررسی تعدادی از آنها می‌پردازیم و نهایتاً به مداخله متناسب با آنها می‌پردازیم، به عنوان مثال سجاد پور و همکاران (۱۳۹۲) مطرح کردند که بین مولفه‌های خودکارآمدی نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر همبستگی منفی و معناداری وجود دارد، همچنین نتایج پژوهش خباز و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد که سبک مقابله‌ای مساله محور قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری در نوجوانان است، لذا مداخلاتی که در این زمینه انجام می‌شوند باید با در نظر داشتن شرایط رشدی و توجه توأمان به عوامل خطر و محافظتی در نوجوانان باشد و با ارتقای عوامل محافظتی به تحول سازگاران تاب‌آوری در نوجوانی کمک کنند به ویژه به رشد مهارت‌های حل مساله و احساس خودکارآمدی نوجوانان بیانجامد یکی از این مداخلات که در این حوزه مرتبط به نظر می‌رسد درمان راه حل مدار کوتاه مدت^۹ یا (SFBT) است، درمان راه حل مدار گروهی نتیجه تلاش‌های کسانی همچون دشازر و کیم برگ و همکاران آنها در موسسه خانواده درمانی مرکز محلی سلامت میل واکسی بود (گلدنبرگ و گلدنبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۰). از نظر این رویکرد تغییرات تحولات اموری اجتناب ناپذیر هستند بخصوص تحولات مثبت در این رویکرد تمرکز اصلی به جای جنبه‌های ناخوشایندی که تغییر پذیر نیستند بر جنبه‌های ناخوشایندی از زندگی است که به شکل بالقوه می‌توان تغییر داد (نظری و گلی، ۲۰۰۷). درمان راه حل مدار متناسب با ارزشهای انسانی با فرض‌های نیروبخشی شروع به مداخله می‌کند، مراجعان با کفایت هستند و از توانایی ایجاد کردن راه حل‌هایی که می‌توانند زندگی‌شان را بهتر کنند برخوردارند

(پروچاسکا و نورکراس^{۱۱}، ۲۰۰۷). درمانگران راه حل مدار به مراجعان کمک می‌کند تا این دید متفاوت را درباره آینده در خود شکل دهند که مشکلات در آن حل شدنی هستند و می‌توانند لحظات استثنایی را که به عنوان مطلوب و بدون مشکل تجربه کرده نموده اند کشف و تقویت کنند، همچنین بتوانند نقاط قوت و منابع حمایتی خاص خود را مشخص و تعریفی نو و مختص به خودشان را از اهداف، استراتژی‌ها، نقاط قوت و منابع حمایتی خود بیابند (ترپر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۰). مفروضه اصلی درمان راه حل مدار این است که اهداف توسط مراجع انتخاب می‌شوند؛ درمانگر به شیوه‌ای محترمانه و مشارکتی، در حالی که متوجه مرجع قیاس درونی مراجع است، کار را به سوی اهداف مراجع پیش می‌برد. از مشکل حرفی به میان نمی‌آید و از گفتگو در خصوص انگیزه یا منظور نشانه‌ها اجتناب می‌شود همچنین اعتقاد بر این است که برای حل مشکلات افراد بررسی گذشته مشکل ضرورت چندانی ندارد. به عبارتی این مداخله بر زمان حال تاکید دارد و بر این باور مبتنی است که تغییر در همه اوقات رخ می‌دهد، درمانگران به طور کاملی انتخاب و خودانگیزگی بیماران را تقویت می‌کنند (دشازر^{۱۳}، ۱۹۸۵). این مداخله به جای تاکید بر مشکلات بر راه حل‌های آنها و تلاش برای یافتن راه حل‌های ممکن تاکید می‌کند، مطالعات نشان می‌دهد که درمان راه حل مدار در کار با کودکان و نوجوانان دوره‌ی راهنمایی و دبیرستان مداخله‌ی بسیار مناسبی است (تاسادی^{۱۴}، ۲۰۱۴).

همچنین پیکات و دولان^{۱۵} (۲۰۰۳) مطرح می‌کنند که درمان راه حل مدار کوتاه مدت مداخله مناسبی برای نوجوانان و بزرگسالان در بسیاری از زمینه‌ها است. درمان راه حل مدار هم در زمینه اختلالات بالینی هم در زمینه‌های آموزشی مورد استفاده قرار

گرفتند و در نهایت از این میان ۳۰ نفری که کمترین میزان تاب‌آوری را داشتند به عنوان نوجوانان در معرض خطر انتخاب و به شکل تصادفی ساده در در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵) جایگزین شدند و مداخله راه حل مدار طی ۶ جلسه دوساعته و به شکل گروهی اجرا شد که روش نهایتاً پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون^{۱۷} (۲۰۰۳) به عنوان پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت و به فاصله‌ی یک ماه نیز آزمون پیگیری به عمل آمد و داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های تی تست و تحلیل کوواریانس مورد مقایسه و بررسی قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شده است.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: تاب‌آوری به وسیله مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) اندازه‌گیری شد این مقیاس توانایی سازگاری با تنش و مدیریت شرایط آسیب‌زا را اندازه می‌گیرد. طراحی اولیه این ابزار با دو هدف انجام شد، یکی تهیه مقیاسی برای سنجش تاب‌آوری در نمونه‌های بالینی و بهنجار و همچنین ارزیابی میزان تغییر نمرات تاب‌آوری در پاسخ به درمان (کمپبل - سیلس، و استین^{۱۸}، ۲۰۰۷)، این مقیاس دارای دونسخه است، نسخه اصلی و بلند (cd risc) از ۲۵ آیتم تشکیل شده است که تاب‌آوری را در ماه گذشته می‌سنجد که نمره بالاتر، تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد هر کدام از آیتم‌ها در ۵ رتبه از کاملاً غلط تا کاملاً صحیح رتبه‌بندی می‌شوند رنج امتیازات نیز از صفر تا صد است این مقیاس به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود پنج خرده مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، پذیرش مثبت تغییر،

گرفته است، فرا تحلیل‌ها و بررسی‌های سیستماتیک نشان داده که درمان راه حل مدار کوتاه مدت یک مداخله امید بخش برای جوانان و نوجوانان با مشکلات بیرونی‌سازی رفتاری و دارای مشکلات تحصیلی و دانشگاهی است که در این پژوهش‌ها اثربخشی متوسط تا بالایی را نشان داده است (کیم و فرانکلین^{۱۶}، ۱۹۹۷). لذا با توجه به نتایج پژوهش‌هایی که به آنها اشاره شد از آنجا که فلسفه این درمان به نوعی مبتنی بر تقویت خودمختاری و خودکارآمدی مراجعان است (مساله‌ای که در دوران نوجوانی بسیار حیاتی است) و آموزش فرآیندهای موثر حل مسائل و مشکلات را در دستور کار خود قرار داده و از همه مهم‌تر اینکه در گروه‌های نوجوانان و کودکان دارای اثربخشی مناسبی است لذا به نظر می‌رسد می‌تواند با تقویت متغیرهای محافظتی به ارتقای تاب‌آوری در نوجوانان در معرض خطر و با تاب‌آوری کم بیانجامد بر همین اساس سوال اصلی این پژوهش این است که با در نظر داشتن رویکرد تحولی به تاب‌آوری در دوران نوجوانی آیا مداخله راه حل مدار کوتاه مدت می‌تواند منجر به ارتقای تاب‌آوری در این قشر شود یا خیر؟

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل اجرا شد، جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان پسر یکی از شهرک‌های نظامی شهر همدان می‌گردد که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در مقطع متوسطه اول و دوم (دامنه سنی نوجوانی) مشغول به تحصیل می‌باشند از آنجا که تعداد این افراد محدود و مشخص است (۷۵) نفر لذا به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار می‌گیرند تمامی این افراد با تکمیل پرسشنامه تاب‌آوری به عنوان پیش‌آزمون مورد بررسی قرار

آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد. جوکار (۱۳۸۶) نیز پس از ترجمه و سنجش پایای ۰/۹۳ درصد را گزارش نمود و برای تعیین روایی از روش تحلیل عامل استفاده نمود نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی بیانگر وجود یک عامل کلی در مقیاس بود. ملاک استخراج عوامل بالاتر از یک بود. شاخص KMO شیب منحنی اسکری و ارزش ویژه برابر ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۲۱۷۴ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری سؤال‌ها و ماتریس همبستگی بودند (جوکار ۱۳۸۶).

در رابطه با ساختار جلسات لازم به ذکر است که افراد گروه آزمایش به مدت شش جلسه دو ساعته تحت مداخله راه حل مدار به شیوه گروهی قرار گرفتند محتوای مداخله درمان راه حل مدار اقتباسی است از پژوهش‌های مختلف این حوزه با تمرکز بر کارهای دی شازر و همکاران (۲۰۰۶) است که به طور خلاصه ایجاد یک راه حل مثبت و منطقی با موضع متمرکز، بررسی راه حل های مثبت قبلی، جستجوی استثنائات، پرسیدن سوال در مقابل دستور یا تفسیر، سوالات حل و آینده محور در مقابل سوالات گذشته محور را شامل می شود. قبل از شروع دوره با هریک از اعضا به صورت جداگانه محتوای جلسات در میان گذاشته شد. محتوای جلسات به طور خلاصه در جدول شماره (۱) است:

غرایز شخصی، تحمل عواطف منفی، کنترل، روابط ایمن و معنویت را برای این مقیاس تأیید شده اما چون پایایی و روایی زیرمقیاسها هنوز به طور نهایی تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳، نقل از شفیع‌زاده، ۱۳۹۱). مطالعه اولیه این آزمون در جمعیت عمومی و بیماران، همسانی درونی و پایایی پیش‌آزمون - پس آزمون و اعتبار همگرا و واگرایی مناسبی را نشان داد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). اسکالی و همکاران (۲۰۱۲) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ درصد را گزارش نمودند. کومپل سیل و استین نیز در سال ۲۰۰۷ نسخه کوتاه‌تر آنرا (cd-Risc-10-campbel & stein) تهیه نمودند که ده آیتم دارد و در طیف لیکرت سنجیده می شود نسخه خلاصه‌تر آن منعکس کننده توانایی تحمل تجاری مانند تغییرات، مشکلات فردی، فشار بیماری شکست و احساس درد به عنوان مثال توانایی سازگاری با تغییرات و گرایش به عقب نشینی از بیماری و سختی است (اسکالی و همکاران، ۲۰۱۲). در این آزمون ما از نسخه اولیه و بلند آن که دارای ۲۵ آیتم است استفاده می کنیم، محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. وی این مقیاس را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا کرد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ به دست آمد (شاکری نیا و محمدپور، ۱۳۸۹). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق

ساختار و محتوای جلسات درمان راه حل مدار کوتاه مدت

محتوای جلسات

جلسه اول آشنایی اعضاء گروه و روانشناس با یکدیگر و ایجاد رابطه جهت ایجاد راپورت درمانی نظرخواهی از اعضا در مورد احساسشان راجع به جلسه درخواست از اعضا برای بیان کردن اهدافشان از درمان به وسیله عبارات و واژه‌های مثبت و قابل دستیابی و عملیاتی به عنوان مثال نتیجه‌ای که از این مداخله می‌خواهید بگیرید

چیست؟ به جای مشکلات چه چیزی را می‌خواهید جایگزین کنید؟ پس از رسیدن به این اهداف چه تغییراتی در زندگی شما ایجاد می‌شود؟ فرمول‌بندی اهداف و جمع‌بندی آن توسط روانشناسان و تعیین زمان و محل تشکیل جلسه آینده

جلسه دوم

مقدمه‌ای از اقدامات جلسه قبل، گفتگو مختصر درباره مشکل و پس از اظهار مشکل توسط مراجعان ارائه فن موارد استثنایی که بر توانمندی‌ها و قابلیت‌های مددجویان استوار است (چه مواقعی در مقابل مشکلات تحصیلی و خانوادگی سنین نوجوانی بهتر عمل می‌کنید، چه مواقعی در مدرسه و روابط خانوادگی خود بهتر عمل می‌کنید، نهایتاً اینکه چه مواقعی رفتارهای خود را به شکل مطلوب‌تری ارزیابی می‌کنید) و فن سوال معجزه در مورد کسانی که مدعی هستند مورد استثنایی را تجربه نکرده‌اند. (تصور کنید که امشب معجزه‌ای اتفاق افتد و مشکلات ناشی از تعارض با والدین و دوستان و مشکلات مختص به نوجوانی همگی به یکباره از بین بروند اما شما از این واقعه بی‌اطلاع باشید و به خواب بروید اولین نشانه‌ای که فردای آن شب به شما خواهد گفت که این معجزه رخ داده چه خواهد بود؟ و تشویق مراجع به توصیف اقداماتی که فردای روز معجزه انجام خواهد داد به شکلی عملیاتی و مشخص) و ثبت پاسخ‌های افراد همچنین انتقال درمان از گفت و گوی مشکل مدار به گفت و گوی راه حل مدار، ارائه ملاک‌های ایجاد اهداف موثر در طی گفت و گوهای اعضای گروه به فراخور بحث مراجعان، که به این شرح است: هدف مثبت: به جای هدف‌های منفی هدف باید مثبت باشد. (مثلاً به جای هدف می‌خواهم از شر این مشکلات خلاص شوم هدف به جای این مشکلات چه جه کار مثبتی انجام دهم، به عنوان مثال تقویت مهارت‌های حل مساله). فرآیند: چگونه این گزینه سالم تر را انجام خواهیم داد. زمان حال: وقتی امروز اینجا را ترک کردید چه کار متفاوتی خواهید کرد. عملی: این هدف چقدر دست یافتنی است مشخص و روشن: مشخصاً چگونه به این راه حل می‌رسید. خود تصمیم‌گیری درمانجو: وقتی این گزینه اتفاق افتاد شما چه کار خواهید کرد استفاده از زبان درمانجو برای تشکیل اهداف؛ ایجاد توجه گروه به اینکه همان گونه که هر مراجع بی‌همتاست هر راه حل نیز بی‌همتاست، درخواست از اعضا برای مشخص کردن چند تکلیف و راه حل بر اساس ملاک‌های مطرح شده و اعلام آن به گروه. تشویق اعضا به دادن بازخورد در مورد راه حل‌های دیگران

جلسه سوم

بیان مختصر آنچه که در جلسه پیش توسط اعضا ارائه شده بود. پی‌گیری تکالیف اعضا و بازخورد مناسب به تکالیف صحیح و رفع مشکلات تکالیف ناصحیح توسط خود مراجعان و اعضای گروه و ارائه ۴ رهنمود مطرح شده برای انتخاب راه حل‌ها (بحث به صورت گروهی در مورد هر کدام از این مسائل). - اگر راه حل موثر است آنرا ثابت نگه دارید و به دفعات بیشتری آنرا انجام دهید. - اگر اتدکی موثر است تصمیم بگیرید بیشتر روی آن کار کنید - اگر به نظرتان هیچ راه حلی موثر نیست معجزه‌هایی را تجسم و آزمایش کنید - تصمیم بگیرید با هر جلسه به عنوان آخرین جلسه برخورد کنید تغییر حالا شروع می‌شود نه هفته بعد القای این عقیده که همه افراد می‌توانند برای مشکلات خود راه حل بیابند جمع‌بندی جلسه و تعیین اهداف جلسه بعد، توسط روانشناس

جلسه چهارم

توضیح مختصری از آن چه در جلسه قبل توسط اعضا گفته شد، آموزش مهارت‌های حل مساله به شکل مختصر و جویا شدن درباره اینکه چه زمان‌هایی و با چه اقداماتی احساس تاب‌آوری بیشتری درباره مشکلات و مسائل روزمره خود دارند و توصیف این اقدامات و تلاش برای تکرار آنها تشویق مراجع به درجه بندی میزان دستیابی به اهداف تعیین شده شان با نمره ای بین صفر تا ده که ده بیشترین میزان دستیابی را منعکس

می‌کند (بیکر وهمکاران، ۲۰۱۰) و مشخص کردن این مسئله که برای رسیدن به این اهداف چه اقداماتی را انجام داده‌اند و ارائه تکلیف در همین رابطه و نهایتاً جمع بندی جلسه

جلسه پنجم تصحیح اشکالات-توسط خود اعضای گروه و روانشناس بیان راه کارهایی که برای رفع اشکالات وموانع در زمانی که مراجعان به قدر کافی پیشرفت کرده اند و از عملکرد خود رضایت دارند دادن تکلیف در مورد عملیاتی کردن نحوه انجام این تصحیحات

جلسه ششم بررسی تکالیف و بازخورد چگونگی انجام این تصحیحات بعد از اتمام جلسات درمان با هدف گذاری خودانگیزخته خود مراجع، جهت دهی تعمیم دستاوردهای جلسات به سایر موقعیت‌ها، کشف دقیق میزان پیشرفت اعضا در ارتقای تاب‌آوری و غلبه بر مشکلات ارتباطی و مسائل مربوط به مرحله تحولی نوجوانی، از آخرین دیدارهای ما چه چیزی رو به بهبودی گذاشته است؟ پرسیدن روانشناس از استثنائاتی که در طول درمان به وجود آمده است و تاکید بر اینکه این راه حل‌ها را خود مراجع به دست آورده است و در آینده نیز توانایی آنرا خواهد داشت پرسیدن احساس و نظرات مراجعان راجع به اتمام درمان و ارزیابی آنها از جلسات، و تعیین تاریخ جلسه ی نهایی برای انجام پس آزمون. و درنهایت در آخرین جلسه که به عنوان جلسه که جزو جلسات مداخله ای محسوب نمی شود به ارزیابی دستاوردهای مراجعان در طول دوره مداخله توسط مراجعان و تعداد بارهای که مراجعان توانسته اند بر مشکلات و مسائل روزمره خود غلبه کنند پرداخته شد و نهایتاً اجرای پس آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش به صورت جداگانه، تشکر و قدردانی از همکاری آنها در اجرای آزمون.

جلسه پیگیری برگزاری آزمون پیگیری و تشکر از حضور اعضا در جلسات

یافته ها

یافته‌های این پژوهش در قالب چند جدول و به شرح زیر ارائه می شود:

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات بدست آمده از پرسشنامه تاب‌آوری در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۹/۳۳	۸/۹	۴۴/۳۳	۲۱/۶	۴۳/۸	۲۲/۲۳
کنترل	۲۸/۵۳	۹/۶	۲۷/۴	۷/۷	۲۷/۶۶	۸/۹۹

ولی در گروه کنترل افزایشی دیده نمی‌شود. برای اینکه معنادار نبودن تفاوت میانگین دو گروه آزمایش و کنترل را در پیش آزمون بسنجیم، آزمون تی-تست مستقل بکار برده شد که نتایج آن در جدول (۲) می‌آید.

در این جدول میانگین و انحراف استاندارد نمرات بدست آمده از پرسشنامه تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است که در گروه آزمایش می‌بینیم، میانگین نمرات بعد از اجرای متغیر مستقل؛ در پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است

جدول ۲- آزمون تی تست مستقل

معناداری	درجه آزادی	مقدار t	تفاوت میانگین‌ها	آزمون لوین (برابری واریانس‌ها)	شناسه
۰/۴۱	۲۸	۰/۸۲۵	۰/۸	Sig	F
				۰/۶۷	۰/۱۷

($P > 0/05$)

می‌توان فهمید که چون در پیش آزمون تفاوت میانگین‌ها معنادار نیست ($P > 0/05$) پس نتیجه گرفته می‌شود که بین دو گروه از نظر تاب‌آوری در ابتدای آزمایش تفاوتی وجود ندارد. برای اینکه تأثیر پیش آزمون را حذف بکنیم و تفاوت

گروه‌ها را در پس آزمون و پیگیری بسنجیم از تحلیل کوواریانس تک متغیره برای تحلیل استفاده کردیم. پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس باید رعایت شده باشد که در جدول (۳) و (۴) به آن می‌پردازیم.

جدول ۳- آزمون لون

پیش آزمون				پس آزمون				پیگیری			
F	df1	df2	Sig	F	df1	df2	Sig	F	df1	df2	Sig
۰/۱	۲۸	۱	۰/۶	۴۵/۴۷	۲۸	۱	۰/۱	۳۵/۲۹	۲۸	۱	۰/۲

جدول ۴- آزمون کالموگروف اسمیرنوف

پیش آزمون			پس آزمون			پیگیری		
میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig	میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig	میانگین	انحراف استاندارد	Asymp. Sig
۲۷/۹۳	۹/۳	۰/۹	۳۵/۱۳	۱/۸	۰/۳۱	۳۶	۱/۸	۰/۴۳

تأیید می‌شود. همچنین با توجه به مقادیر ($F=0/01$ و $Sig=0/98$)، ($F=0/03$ و $Sig=0/95$) بدست آمده برای تعامل گروه پیش آزمون در سطح پس آزمون و پیگیری به ترتیب، این تعامل معنادار نبوده ($p > 0/05$) پس نتیجه می‌گیریم پیش فرض همگونی شیب رگرسیونی رعایت

با توجه به اینکه هیچکدام از مقادیر F در سطح $0/05$ معنادار نمی‌باشد، پس فرض صفر مبنی بر برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود. نتایج نشان داد که در سه سطح آزمون؛ توزیع داده‌ها طبیعی است، چرا که در هیچکدام معنادار نبود ($p > 0/05$) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع

شده است. حال می‌توانیم آزمون تحلیل کوواریانس را اجرا کنیم که نتایج آن در زیر می‌آید.

جدول ۵- نتایج نهایی تحلیل کوواریانس تک متغیری

منبع	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	F	Sig
گروه پس آزمون	۱۶/۹	۱	۸/۶۴	۰/۰۰۷
گروه پیگیری	۱۵/۳۶	۱	۶/۱	۰/۰۱

باتوجه به جدول فوق درمی‌یابیم که تفاوت میانگین‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش با حذف اثرات پیش‌آزمون، در سطح پس آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$) لذا نتایج این یافته‌ها نشان می‌دهد که اجرای درمان راه حل مدار گروهی به عنوان متغیر مستقل توانسته تاب‌آوری را در نوجوانان در معرض خطر گروه آزمایش افزایش دهد و این تاثیر در مرحله پیگیری نیز همچنان معنادار است در حالی که این افزایش در گروه کنترل دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل مدار بر افزایش تاب‌آوری نوجوان در معرض خطر یکی از شهرک‌های نظامی شهر همدان بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان کوتاه مدت راه حل مدار موجب افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش به نسبت گروه گواه می‌شود و نوجوانانی که از این مداخله بهره مند شده بودند پیشرفت قابل توجه و معناداری در تاب‌آوری روانشناختی شان داشتند و این پیشرفت پس از یک ماه همچنان معنادار و پایدار بود. لذا با توجه به فرضیه اصلی بررسی شده اثر بخشی درمان راه حل مدار بر ارتقای تاب‌آوری نوجوانان در معرض خطر مورد تایید قرار گرفت. این یافته‌ها در اثربخشی درمان راه حل مدار در رابطه با اختلالات سازگاری و ارتقای مهارت‌های محافظتی با

پژوهش‌های نجفی ومیر هاشمی (۱۳۹۳) شاکرمی، داورنیا وزهراکار (۱۳۹۲)، کورانکوت و همکاران (۲۰۱۴)، و درائر بخشی این مداخله در ارتباط با نوجوانان و در زمینه های مشکلات آموزشی و رفتاری نوجوانان با یافته های ردی و همکاران^{۱۹}، (۲۰۱۵)، تاسادی (۲۰۱۴)، پیکات و دولان^{۲۰}، (۲۰۰۳)، فرانکلین و همکاران^{۲۱} (۲۰۰۱) و لافونتاین و گارنر^{۲۲} (۱۹۹۶) همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که از آنجا که سن نوجوانی دوره از رشد و تحول سریع و گذراست و با تعداد زیادی از تکالیف رشدی مختص به این سن همراه است اگر این دوره از رشد و تحول نوجوان موفقیت‌آمیز طی شود فرد توانایی شکل‌دهی روابط نزدیک با بزرگسالان و دیگران را خواهد داشت همچنین می‌تواند به منابع شناختی و روانشناختی لازم برای روبه رویی با چالش‌های زندگی دست یابد (هازن، اسکولزمن و برسین^{۲۳}، ۲۰۰۸). اما در برخی از نوجوانان به دلیل وجود برخی بحران‌ها و مشکلات همانند مشکلات خانوادگی و اجتماعی از قبیل بیماری والدین، کودک آزاری، طلاق و جدایی والدین این دوره دوره طاقت فرسایی است و به دلیل نبود متغیرهای محافظتی همچون تاب‌آوری برای مواجهه با بحران‌های رشدی این دوره بیشتر در معرض آسیب قرار دارند. ما در این پژوهش از رویکرد راه حل محور برای ارتقای تاب‌آوری نوجوانان در معرض خطر

تغییر می‌یابند معطوف می‌دارد نه اینکه چگونه به این حالت در آمده‌اند بنابر این از زبان تغییر استفاده می‌کنند در واقع این رویکرد به دلیل تمرکز معطوف به آینده نوجوانان، تاکید بر آگاهی نوجوانان از توانمندی‌های شخصی‌شان و ایجاد این باور در نوجوانان که توانایی‌های لازم برای مقابله با مسائل و مشکلات را دارند برای نوجوانان بسیار موثر است (هاپسون و کیم^{۲۴}، ۲۰۰۴). از طرف دیگر از آنجا که بعد دوم تاب‌آوری که به عوامل محافظتی اختصاص دارد و عواملی همچون توانایی‌های حل مساله، احساس خودکارآمدی، تطابق‌پذیری، جهت‌گیری مبتنی بر هدف، امید و خوش‌بینی به عنوان اجزای تاب‌آوری را شامل شده و به شکل محافظی در برابر استرس‌ها و بحران‌ها عمل می‌کنند لذا با توجه به فلسفه حاکم بر این مداخله به نظر می‌رسد که مداخله راه حل مدار با ویژگی‌های عملیاتی خود توانسته در افزایش این مولفه‌ها و به طور کلی تاب‌آوری نوجوانان در معرض خطر موثر باشد به این دلیل که درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع، کلمات و عقاید آنها استفاده می‌کنند (بانینک، ۲۰۰۷) و در این رویکرد مراجعان با توجه به ایده‌ای که از شکل زندگی خویش در آینده دارند در ایجاد تغییرات لازم در زندگی خویش مهم‌ترین نقش را ایفا می‌کنند (لی، اسپولد و یوکن^{۲۷}، ۲۰۰۲). لذا این ویژگی‌ها می‌توانند به مراجعان کمک کنند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را از طریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیزگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند. به عبارتی همسو با دی‌جونگ و برگ (۲۰۰۱) دادن حس کنترل و تصمیم‌گیری به مراجعان ضروری است این مساله به ویژه با توجه به ویژگی‌های نوجوانی که نیازمند حس خودمختاری هستند بسیار مهم به نظر می‌رسد. براساس نتایج حاصله می‌توان گفت افرادی در

استفاده کردیم به این دلیل که رویکرد راه حل محور به مراجعان کمک می‌کند تا به درستی خطرات و موانع و بحران‌های زندگی خود را شناسایی کنند و به مراجع یک بینش بسیار مناسب از توانمندی‌ها و منابع حمایتی فرد ارائه می‌دهد (کوهل^{۲۴}، ۱۹۹۵). در واقع درمان و مداخله راه حل مدار مبتنی بر یک فعالیت مشترک بین درمانگر و مراجعان برای یافتن و تمرکز بر راه‌های مواجهه با مشکلات و بحران‌هاست و نه تمرکز بر خود این بحران‌ها. اسکالر رویکرد راه حل مدار را به عنوان رویکردی معرفی می‌کند که بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های مراجع تاکید می‌کند و مراجعان را به عنوان کارشناسان زندگی خود در نظر می‌گیرند و معتقدند که اکثر مشکلات و بحران‌ها راه‌های قابل‌توانمندی‌شناسایی و کشف آنها وجود دارد. در واقع رویکرد راه حل مدار به نوجوانان کمک می‌کند تا برای تصمیم‌گیری مناسب با دسترسی به دانش و مهارت‌های لازم توانمندی‌های لازم را داشته باشند (کافمن و استینبرگ^{۲۵}، ۲۰۰۰). همچنین در این درمان بسیاری از راه‌ها از طریق هدایت نوجوان برای امیدواری و خوش‌بینی در برابر ناامیدی به دست می‌آید و در این ارتباط چندین تکنیک در جلسات به کار برده می‌شود (تکنیک سوال معجزه) و این تغییر از ناامیدی به خوش‌بینی بدین صورت اتفاق می‌افتد که با استفاده از یک زبان راه حل محور و جست‌وجوی استثنائاتی که مراجع طی آن توانسته به صورت موفق عمل کند فرد را به سمت جهت‌گیری خوش‌بینانه هدایت می‌کنند. در فرآیند درمان از مراجع دعوت می‌شود تا تغییرات کوچک در حل مسئله را شناسایی نماید به عبارتی ز آنجا که مراجع کارشناس زندگی خود است راه حل متناسب خود را می‌یابد و آنرا با موقعیت خاص خود سازگار می‌کند. این رویکرد تمرکز خود را بر اینکه مراجعان چگونه

- 9- Solution focused brief therapy
- 10-Goldenberg & Goldenberg
- 11-Prochaska j,o & Norcras,j,c
- 12-Trepper et al
- 13-De Shazer
- 14-Taathadi
- 15-Pichot, T., & Dolan
- 16-Kim, J. & Franklin
- 17-Connor ,Davidson
- 18-Campbell-sills&stein
- 19-Reddy et al
- 20-Pichot, T., & Dolan
- 21-Franklin et al
- 22-LaFountain & Garner
- 23-Hazen, Schlozman & Beresin
- 24-Kuehl
- 25-Cauffman & Steinberg
- 26-Hopson & Kim
- 27-Lee., Sebold & Uken

گروه آزمایش شرکت داشته اند، بیشتر می توانند توانمندی های خود را در برابر مشکلات شناسایی کنند، با حس خودانگیزگی و تکیه بر نقاط قوت خود در برابر مشکلات بر راه حل های موجود تکیه می کنند و به شکلی عملیاتی می توانند با این بحران ها تطابق یابند و با خوش بینی به حل مسائل بپردازند و به صورت خلاصه می توان گفت با توجه به رویکرد تحولی که به رشد وجود دارد و با توجه به ویژگی های خاص تحولی سن نوجوانی مداخله راه حل مدار گروهی توانسته با فلسفه خاصی که بر آن مبتنی است و تکنیک هایی که به واسطه آن مداخله انجام می شود در ارتقای تاب آوری موثر باشد. از محدودیت های این پژوهش می توان به این مساله اشاره کرد که این مداخله صرفا بر روی نوجوانان پسر انجام شده و دختران در این پژوهش حضور نداشتند. نتایج این پژوهش می تواند به سیاستگذاران اجتماعی و همچنین نهاد های امنیتی و آموزشی کشور یاری رساند همان طور که قبلا ذکر شد نوجوانی از نظر مسائل امنیت ملی و مباحث اجتماعی بسیار حائز اهمیت به نظر می رسد لذا مداخلاتی که بتوانند با ارتقای مهارت های محافظتی نوجوانان در معرض خطر را توانمند سازند نیازمند توجه بیشتر هستند که مداخله راه حل مدار یکی از این مداخله هاست لذا به روانشناسان شاغل در شهرک های نظامی و سایر حرفه های یاری رسان که با نوجوانان در ارتباط هستند توصیه می شود از این مداخله بهره جویند.

پی نوشت

- 1- Neill
- 2- Tolan
- 3- Walsh-Dilley, Wolford, McCarthy
- 4- Kitano & Lewis
- 5- Kim-Kohen
- 6- Nancy et al
- 7- Erikson
- 8- Fischhoff B et al

منابع

۱. جوکار، بهرام، (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. مجله روانشناسی معاصر، دوره دوم، شماره ۴.
۲. خباز، محمود؛ بهجتی، زهرا و ناصری، محمود (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک های مقابله، با تاب آوری در پسران نوجوان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۵ شماره ۴ (۲۰)، صفحات ۱۰۸ تا ۱۲۳.
۳. خشوعی، مهدیه سادات. (۱۳۸۸). انعطاف پذیری از دیدگاه روان شناسی تحولی. پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد شماره نوزدهم، صفحات ۶۰ تا ۹۲.
۴. سجاد پور، سید حامد، مهرابی، حسینعلی، حسینعلی زاده، محمد و عبدالمحمدی، کریم. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین مؤلفه های خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر. فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی، صفحات ۶۳ تا ۷۳.
۵. فتحی، یوسف (۱۳۹۲) بررسی اثربخشی برنامه های آگاهی بخش رشد نوجوان بر هویت عمومی، هویت جنسی و رشد اخلاقی دانش آموزان نوجوان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی.
۶. فتحی، یوسف و ذاکری پور، غلامرضا (۱۳۹۳). شناسایی علل گرایش روان شناختی نوجوانان به رفتارهای پرخطر و راهکارهای مقابله با آن. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی پایتخت، سال هفتم، شماره ۱، پیاپی، ۲۰.

- Therapy for an Adolescent Girl with Moderate Depression. *Indian J Psychol Med.* 2015 Jan-Mar; 37(1): 87–89.
20. Pichot, T., & Dolan, Y. (2003). Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings. New York: Haworth.
21. Qaderi Bagajan, K, Khan ahmadi, O, Mamaghani Chaharborj, Z and Chenaparchi, M.(2016). The Impact of Solution-Focused Brief Therapy on the Improvement of the Psychological Wellbeing of Family Supervisor Women. *International Journal of Social, Behavioural, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering* Volume: 10, Issue: 1, Pages: 29 6-300.
22. Tolan, P.T. (1996). How resilient is the concept of resilience? *Journal of The Community Psychologist.* 29 : 12 –15.
23. Trepper, Terry S. McCollum, Eric E, De Jong, Peter, Korman, Harry . Gingerich Wallace and Franklin ,Cynthia.(2010) *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals* Research Committee of the Solution Focused Brief Therapy Association.
24. Taathadi, M, S.(2014). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) to Enhance High School Students Self-Esteem: An Embedded Experimental Design. *International Journal of Psychological Studies*; Vol. 6, No. 3.
25. Walsh-Dilley, M., W. Wolford, and J. McCarthy. (2016). Rights for resilience: food sovereignty, power, and resilience in development practice. *Ecology and Society* 21(1):11
۷. هزارجریبی جعفر، ترکمان مهدی و مرادی غلامرضا.(۱۳۸۹). عوامل موثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر. پژوهش‌های مدیریت انتظامی (مطالعات مدیریت انتظامی) دوره ۵، شماره ۲.
8. DeShazer S.(1985) *Keys to Solution in Brief Therapy.* WW Norton, 1985.
9. Erikson E (1968) *Identity: Youth and Crisis.* Norton, New York.
10. Fischhoff B et al (Eds) (2001) *Adolescent Risk and Vulnerability: concepts and measurement.* National Academy Press, Washington, DC
11. Franklin, C, Biever J., Moore, K., Clemons, D, & Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution focused therapy with children in a school setting. *Research on Social Work Practice*, 11, 411.
12. Kitano, M., & Lewis, R. B. (2005). Resilience and coping: implication for gifted children and youth at risk. *Reaper review*, 27(4), 200-205.
13. Kim-Cohen, j. (2007). Resilience and Developmental Psychopathology. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(2), 271–283.
14. Kim, J. & Franklin (1997). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the literature.
15. Maqami, R, Qaderi Bagajan, K , Yousefi M, M and Moradi, S.(2016). The Effectiveness of Solution-Focused Group Therapy on Improving Depressed Mothers of Child Abuser Families. *International Journal of Social, Behavioural, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering* ,Volume: 10, Issue: 1, Pages: 29 1-295.
16. Neill, J. T. (2006). Adventure Education and Resilience: The Double Edged Sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning.* 1 : 35 -42.
17. Nancy R, A, Pamela A & Jacqueline B.(2008). Resilience and coping strategies in adolescents. *paediatric nursing.* vol 20 no 10.
18. Nazari, A., & Goli, M. (2007). The effects of solution-focused psychiatry on marriage satisfaction of couples who both work. *Danesh & Tandorosti Journal*, 4.
19. -Pashapu, Dharma Reddy, Thirumoorthy, A. Vijayalakshmi, P & Hamza, M, A.(2015). Effectiveness of Solution-Focused Brief