

# اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده

## The Effectiveness of Resilience Training on Psychological Well-being of Female Street Children with Externalizing Disorders

**Marzieh Dousti**  
MA in Psychology and  
Exceptional Children  
Education  
Tehran, Iran

**Masoumeh Pourmohamadreza-Tajrishi, PhD**  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences  
Tehran, Iran

**معصومه پورمحمدرضای  
تجریشی**  
استادیار دانشگاه علوم  
بهزیستی و توانبخشی  
تهران، ایران

**مرضیه دوستی**  
کارشناس ارشد روان‌شناسی و  
آموزش کودکان استثنایی  
تهران، ایران

**Bagher GhojariBonab, PhD**  
Tehran University

**باقر غباری‌بناب**  
دانشیار دانشگاه تهران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی واجد اختلال‌های برونی‌سازی شده بود. در این مطالعه شبه‌تجربی، از جامعه آماری دختران ۱۲ تا ۱۶ ساله عضو جمعیت دفاع از کودکان کار و خیابان شهر تهران، ۹۴ نفر به مقیاس خودگزارش‌دهی آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) پاسخ دادند. ۳۰ نفر با نمره ۶۳ و بالاتر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به تعداد مساوی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۵ جلسه آموزش تاب‌آوری شرکت کردند. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (ریف و کیز، ۱۹۹۵) قبل و بعد از جلسات آموزشی توسط دختران تکمیل شد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان دادند در تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به استثنای استقلال عمل، نمره‌های دختران گروه آزمایش بالاتر از گروه گواه بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش تاب‌آوری موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی، کودکان خیابانی، اختلال‌های برونی‌سازی شده

### Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of resilience training on psychological well-being of street female adolescents with externalizing disorders. In this semi-experimental study, 94 female adolescents aged between 12 and 16 who were the members of the Society for Defending Street and Working Children in Tehran completed the Achenbach Self-Report Scale (Achenbach & Rescorla, 2001). Thirty adolescents with 63 and higher scores on the Achenbach Self-Report Scale were selected randomly and assigned into either experimental or control group. The experimental group received 15 weekly sessions of Resilience Training. Both experimental and control groups completed the Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire (RPWB; Ryff & Keyes, 1995) before and after the training sessions. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results indicated that experimental group had higher scores in all components of psychological well-being than the control group except for autonomy. The findings suggest that the resilience training program increases the psychological well-being of female street adolescents with externalizing disorders.

**Keywords:** resiliency training, psychological well-being, street children, externalizing disorders

received: 1 October 2013

accepted: 25 February 2014

Contact information: [mpmrtajrishi@gmail.com](mailto:mpmrtajrishi@gmail.com)

دریافت: ۹۲/۷/۹

پذیرش: ۹۲/۱۲/۶

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران است.

**مقدمه**

کودک خیابانی اصطلاحی است که برای توصیف افراد زیر ۱۸ سال (اعم از دختر و پسر) به کار می‌رود. تعداد کودکان خیابانی در حال حاضر، با رشد جهانی جمعیت، مهاجرت و افزایش شهرنشینی رو به افزایش است (یونیسف، ۲۰۱۲). این کودکان با مشکلات متعدد مانند افسردگی و اضطراب (آپتکار، ۲۰۰۴؛ بتمن قلیدج، ۲۰۰۶) روان‌گسستگی و تفکر پارانوئید (زرگر، مرادی و ایمانی، ۱۳۸۷)، سوء استفاده جنسی (احمد خانی‌ها، ترکمن‌نژاد و حسینی‌مقدم، ۱۳۸۱؛ ریو، تیلور، توماس و یوکی، ۲۰۰۱)، شرایط نامساعد زندگی، خشونت خانوادگی، ناسازگاری‌های خانوادگی (هیگسون و گایدون، ۱۹۸۹؛ پاتل، ۱۹۹۰؛ سابراهمانیام و سوندهی، ۱۹۹۰)، شیوه‌های نامناسب رفتاری-تربیتی پدر و مادر، عوامل اقتصادی، بدرفتاری، اعتیاد والدین و جدایی آنها (اقلیما، ۱۳۸۶؛ شاوردی، ۱۳۸۱؛ دونالد و اسورت، ۱۹۹۴)، بی‌سوادی والدین (آدرینتو، ۲۰۰۰)، گرسنگی و تغذیه نامناسب، مشکلات بهداشتی، بیماری، تأخیرهای تحولی، مشکلات روان‌شناختی و تحصیلی (رافرتی و شین، ۱۹۹۱)، آزار جسمی (سایپنگتون، ۲۰۰۰) و روانی (هاتی، دیویس و بورک، ۱۹۹۴)، رفتارهای پرخطر مانند احساس استیصال، آسیب‌پذیری<sup>۱</sup>، خودآسیب‌رسانی<sup>۲</sup>، خودکشی و خودکارآمدی پایین (ووان، لین، آرسوالد، ۲۰۱۳) مواجهند. شواهد نشان می‌دهند کودکان و نوجوانان کار و خیابان شهر تهران دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده هستند، ۸۰ درصد پرخاشگری و خشونت، ۵۰ درصد ارتکاب به سرقت، ۴۱ درصد ارتکاب به خرید و فروش مواد مخدر، ۸۵ درصد تخریب اموال عمومی، ۵۴ درصد بی‌توجهی به حقوق دیگران و مشکل در برقراری ارتباط و همچنین ۵۵ درصد بزهکاری، ۵۶ درصد بی‌سوادی، ۳۲ درصد دارای مشکلات حافظه، ۳۰ درصد دارای مشکلات یادگیری، ۶۱ درصد کم‌توانی ذهنی خفیف، ۲۱ درصد کمبود کنجکاو، ۶۴ درصد کمبود شناخت محیط و ۶۱ درصد دارای مشکلات گفتاری هستند (قاسم‌زاده، ۱۳۸۱). یافته‌های پژوهش افشانی، اسکری‌ندوشن، حیدری و نوریان‌نجف‌آبادی (۱۳۹۱) در مورد کودکان کار و خیابان شهر اصفهان بیانگر آن است که ۷۵/۴ درصد این کودکان، پسر و

۲۴/۶ درصد آنها دختر هستند. دختران خیابانی در مقایسه با پسران از فرصت‌های اقتصادی کمتر برخوردارند و حتی در برخی موارد به رغم انجام کار مشابه، دستمزد کمتری دریافت می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵/۱۳۸۸) و رفتارهای پرخطر مانند خودآسیب‌رسانی و خودکشی در آنها بیشتر است (ووان، لین و آرسوالد، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های مختلف به بررسی اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری (صرامی، امیری، طاهرشادوست، مولوی و آکوچکیان، ۱۳۸۸)، بازی‌درمانگری (تکلوی، ۱۳۹۰)، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی (ترک‌لادانی، ملک‌پور و گلپور، ۱۳۸۷؛ معرف‌زاده، بیگدلی و نعمتی، ۱۳۸۹)، آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مادران (جلالی، پوراحمدی، باباپور خیرالدین و شعیری، ۱۳۸۸) و درمانگری اسلامی (مهکام و دادستان، ۱۳۸۸) بر اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان پرداخته‌اند. در این بین یکی از برنامه‌هایی که به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند، آموزش مهارت‌های تاب‌آوری<sup>۳</sup> است. تاب‌آوری به عنوان مقاومت موفقیت‌آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدیدآمیز و چالش‌زا معرفی می‌شود و افراد تاب‌آور به‌رغم مواجهه با تنیدگی‌های مزمن، سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند (ویلسون و دروزدک، ۲۰۰۴). والر ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدها) می‌داند که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا از میزان آن کاسته شود. تاب‌آوری معمولاً سه نوع پدیده را توصیف می‌کند (ورنر، ۱۹۹۷): برخورداری از رشد مناسب به‌رغم وجود وضعیت پرخطر (مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، تحصیلات پایین مادر و فقر)، حفظ شایستگی و صلاحیت در شرایط تهدیدآمیز و تنیدگی‌زا (مانند طلاق و بیماری یکی از اعضای خانواده) و برگشت به حالت اولیه پس از تجربه ضایعه‌ای روانی (مانند بدرفتاری و سوء استفاده).

تاب‌آوری فرد از طریق تعامل با مشکلات و خطرات و عوامل محافظت‌کننده فردی تعیین می‌شود (وانبردا، ۲۰۰۱). با وجود اینکه تاب‌آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه‌های محیطی است، افراد می‌توانند ظرفیت تاب‌آوری

تاب‌آوری و افزایش سازگاری مثبت با شرایط ناگوار انجام می‌شوند، برای کودکان و نوجوانان آسیب‌پذیر، بسیار سودمند واقع می‌شوند. این‌گونه مداخله‌ها باعث کاهش احتمال عود یا وخامت مشکلات روان‌شناختی آنها می‌شوند.

درحالی‌که پژوهش‌های متعددی در مورد بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سال‌های اخیر در ایران صورت گرفته‌اند، پژوهش‌هایی معدود در مورد بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های در معرض خطر و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است. نظر به اینکه مطالعات پیشین به طور آشکار به بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کودکان خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده نپرداخته‌اند و با در نظر گرفتن آنکه توجه به این گروه از افراد جامعه، پیامدهای روان‌شناختی سالم را به دنبال خواهد داشت و از بروز بسیاری از نابسامانی‌ها در بزرگسالی پیشگیری خواهد کرد، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی دارای اختلال‌های برونی‌سازی شده است.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را ۹۴ دختر ۱۲ تا ۱۶ سال تشکیل می‌دادند که عضو جمعیت دفاع از کودکان کار و خیابان شهر تهران، و مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بودند. تمامی دختران جامعه به مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوانان<sup>۱</sup> (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) پاسخ دادند. سپس ۳۰ نفر از کودکان که در این مقیاس نمره ۶۳ و بالاتر را کسب کرده بودند، با توجه به معیارهای ورود (سن ۱۲ تا ۱۶ سال و سواد خواندن و نوشتن) و خروج از مطالعه (اختلال‌های شدید روانی براساس تشخیص روان‌پزشک مستقر در مرکز یا بیماری‌های مزمن جسمی براساس پرونده پزشکی کودک، عدم سابقه حضور در برنامه‌های آموزشی مشابه پژوهش حاضر) به شیوه نمونه‌برداری در دسترس و هدفمند انتخاب و به تعداد مساوی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. برای انتخاب افراد نمونه و بررسی اثربخشی برنامه آموزش تاب‌آوری از مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوانان (آشنباخ و

خود را با آموختن برخی از مهارت‌ها افزایش دهند (کورهونن، ۲۰۰۷). بر این اساس آموزش تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلال‌های روانی مانند پرخاشگری، افسردگی و ... تدوین شده است (کاوه، ۱۳۸۹؛ کوردیچ‌هال و پیرسون، ۲۰۰۵). با توجه به قابل پرورش بودن تاب‌آوری، باید بر گنجانیدن برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ایجاد و افزایش تاب‌آوری به واسطه ایجاد انگیزش درونی و خودکارآمدی افراد و تقویت عوامل محافظتی در آموزش و پرورش نیز تأکید شود (قاسم و حسین‌چاری، ۱۳۹۱).

بسیاری از محققان بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی به رابطه منفی معنادار دست یافته‌اند. به عقیده آنها این سازه می‌تواند به عنوان عامل میانجی بین سلامت روانی و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل تنیدگی‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که سبب بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، از خود مقاومت نشان دهد و بر آنها غلبه کند (کانر، ۲۰۰۶؛ اجایی و ویلسون، ۲۰۰۵). تاگید و فردریکسون (۲۰۰۴) و کارل و چسیون (۲۰۰۴) در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. برخی از پژوهشگران معتقدند تاب‌آوری از طریق افزایش سطح عواطف مثبت، موجب تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (بونانو، ۲۰۰۴) و از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت می‌انجامد.

پژوهش‌های بسیاری به آموزش مهارت‌های تاب‌آوری در موقعیت‌های گوناگون پرداخته‌اند. در همین راستا می‌توان به پژوهش پرینس-امبوری (۲۰۰۸) و کارلتون و دیگران (۲۰۰۶) اشاره کرد که دریافتند نوجوانان برخوردار از تاب‌آوری بالا، از سلامت روانی بالاتری برخوردارند.

پژوهش‌های متعدد اثربخشی برنامه‌های آموزش تاب‌آوری را تأیید کرده‌اند. برای مثال، هایمدال، آن، رینفجل، استیلز و فریبورگ (۲۰۰۷) معتقدند مداخله‌هایی که با هدف پرورش

پرخاشگرانه<sup>۱۳</sup> منجر شده است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌های اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد، رفتار پرخاشگرانه، مشکلات برونی‌سازی شده، درونی‌سازی شده و مشکلات کلی به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۷۸، ۰/۶۴، ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ضریب اعتبار دو نیمه کردن برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۷۶ و ۰/۸۳ به دست آمده است (حبیبی‌عسگرآباد، بشارت و فدایی، ۱۳۸۷).

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (RPWB):** ریف، ۱۹۸۰ نقل از ریف و کیز، (۱۹۹۵). فرم اصلی این مقیاس دارای ۱۲۰ ماده است اما در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ ماده‌ای، ۵۴ ماده‌ای و ۱۸ ماده‌ای نیز پیشنهاد شد. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی دارای شش زیرمقیاس پذیرش خود<sup>۱۳</sup>، رابطه مثبت با دیگران<sup>۱۴</sup>، استقلال عمل<sup>۱۵</sup>، زندگی هدفمند<sup>۱۶</sup>، رشد فردی<sup>۱۷</sup> و تسلط بر محیط<sup>۱۸</sup> است. در فرم ۸۴ ماده‌ای، هر عامل دارای ۱۴ ماده است. در این پژوهش از نسخه ۸۴ ماده‌ای ریف، استفاده شده است (بیانی، محمدکوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). ضریب اعتبار پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف به روش بازآزمایی برابر ۰/۸۲ و زیرمقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار است ( $P < 0/001$ ). همبستگی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با شاخص رضایت از زندگی<sup>۱۹</sup> (دینر<sup>۲۰</sup> و دیگران، ۱۹۸۵)، مقیاس شادکامی آکسفورد<sup>۲۱</sup> (آرگیل<sup>۲۲</sup> و دیگران، ۱۹۸۹) و مقیاس حرمت خود روزنبرگ<sup>۲۳</sup> (۱۹۶۵) به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (بیانی و دیگران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار این پرسشنامه و مقیاس‌های فرعی از روش آلفای

رسکورلا، (۲۰۰۱) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup> (ریف، ۱۹۸۰ نقل از ریف و کیز، ۱۹۹۵) استفاده شد.

### مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوانان

(YSR؛ آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). این مقیاس که برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال هنجاریابی شده یک مقیاس خودگزارش‌دهی است، برای نوجوانان با حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی که در مدت زمان ۱۵ دقیقه قابل پاسخگویی است. اگر نوجوان قادر نباشد به طور مستقل فرم را تکمیل کند، فرد دیگری می‌تواند فرم را برای او قرائت کند. این مقیاس از فرم‌های نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آشنباخ<sup>۲</sup> اقتباس شده که دارای دو بخش مجزا هستند (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). بخش نخست به صلاحیت<sup>۳</sup>ها و بخش دوم به نشانگان<sup>۴</sup> مربوط می‌شود. نخستین بخش مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوانان، صلاحیت نام دارد و از چهار مؤلفه فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارآمدی اجتماعی و صلاحیت کلی تشکیل شده است. فعالیت‌ها شامل انواع ورزش، سرگرمی‌های غیرورزشی، مهارت‌ها، شغل و کیفیت آن بودند. در مؤلفه عملکرد تحصیلی، کارآمدی کودک در دروس مختلف، استفاده از خدمات کمک آموزشی یا دروس خاص، مردود شدن یا سایر مشکلات تحصیلی مورد بررسی قرار می‌گیرند. کارآمدی اجتماعی شامل سازمانی است که در آن نوجوان عضویت و فعالیت دارد. میزان فعالیت در آن سازمان‌ها بر مبنای تعداد دوستان و کیفیت رابطه با آنها و رفتار با دیگران یا تنها بودن تعیین می‌شود. بخش دوم شامل ۱۱۲ ماده مرتبط با مشکلات رفتاری نوجوانان است که در آن نوجوانان، توانایی‌ها و شایستگی‌های عملکردی و رفتاری خود را در هر ماده با انتخاب یکی از سه گزینه: درست نیست (صفر)، تاحدی درست است (۱) و کاملاً درست (۲) است، مشخص می‌کنند (مینایی، ۱۳۸۴). مطالعات تحلیل عاملی آشنباخ و دیگران به شکل‌گیری هشت گروه نشانه: انزوا/افسردگی<sup>۵</sup>، شکایت‌های جسمانی<sup>۶</sup>، مضطرب/افسرده<sup>۷</sup>، مشکلات اجتماعی<sup>۸</sup>، مشکلات تفکر<sup>۹</sup>، مشکلات توجه<sup>۱۰</sup>، قانون‌شکنی<sup>۱۱</sup> و رفتار

- |   |                            |                                 |
|---|----------------------------|---------------------------------|
| 1. Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire (RPWB)     | 9. thought problems        | 17. personal growth             |
| 2. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) | 10. attention problems     | 18. environmental mastery       |
| 3. competency   | 11. rule-breaking          | 19. Life Satisfaction Index     |
| 4. syndrome   | 12. aggressive behavior    | 20. Deiner, E.                  |
| 5. withdrawal/depression                                    | 13. self-acceptance        | 21. Oxford Happiness Scale      |
| 6. somatic complaints                                       | 14. positive relationships | 22. Argyle, A.                  |
| 7. anxious/depressed  | 15. autonomy               | 23. Rosenberg Self-Esteem Scale |
| 8. social problems  | 16. purpose in life        |                                 |

۱۹۹۵) را تکمیل کنند. افراد گروه آزمایش در ۱۵ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای سه جلسه) برنامه آموزش تاب‌آوری را دریافت کردند اما گروه گواه برنامه‌های عادی مرکز را دنبال کردند.

**برنامه آموزش تاب‌آوری:** یک بسته آموزشی از شیوه‌های افزایش تاب‌آوری کودکان دارای اختلال عاطفی-رفتاری است. این برنامه ترکیبی از روش دلگرم‌سازی<sup>۱</sup> شوان کر (۱۹۹۱)، روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله، آموزش معناخواهی و جست‌وجوی معنا، بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه با استفاده از روش درمانگری شناختی-رفتاری بک<sup>۲</sup> و عناصری از نظریه آدلر<sup>۳</sup>، درمانگری عقلی-هیجانی ایس<sup>۴</sup> و سبک‌های تفکر تبیینی سلیگمن<sup>۵</sup> است که در ۱۵ جلسه هفتگی، هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه اجرا می‌شود. روش‌های گوناگون مورد استفاده در این برنامه شامل سخنرانی و بحث گروهی، مدل‌سازی توسط پژوهشگر، صحنه‌سازی و تمرین‌های ایفای نقش و انجام تکلیف در منزل است که در جدول ۱ آمده است.

کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۸۵، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۶۳ و ۰/۵۸ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب این پرسشنامه است.

پس از کسب رضایت دختران عضو جمعیت دفاع از کودکان کار و خیابان از آنها خواسته شد به پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (میزان تحصیلات والدین، شغل والدین، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی-اجتماعی) و مقیاس خودگزارش‌دهی مشکلات رفتاری نوجوانان (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) پاسخ دهند. سپس ۳۰ نفر از کودکانی که نمره ۶۳ و بالاتر در این مقیاس کسب کرده بودند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به طور تصادفی انتخاب و به تعداد مساوی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند. سپس از آنها خواسته شد پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) نقل از ریف و کیز،

جدول ۱

برنامه آموزش تاب‌آوری به تفکیک جلسه و محتوا

جلسه	محتوا
۱	آشنایی با برنامه و معارفه اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر، توضیح در مورد هدف پژوهش، قوانین و چهارچوب گروه و انتظارات عمومی
۲	آموزش مفاهیم تنیدگی، تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه، ارائه تکالیف به شرکت‌کنندگان، مرور تکالیف و مطالب جلسه‌های قبل از ابتدای جلسه دوم تا پانزدهم
۳	آموزش و معرفی راهبردهای مقابله با تنیدگی
۴	آموزش شیوه‌های بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه، و نقش باورها و افکار در رفتارها و هیجان‌ها
۵	آموزش شیوه‌های بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه، دیدگاه‌گیری <sup>۶</sup> ، ادراک پدیدار شناختی <sup>۷</sup> محرک و نقش افکار، خودگویی‌های منفی و ادراک شخصی در تجربه تنیدگی
۶	چالش با افکار و خودگویی‌های منفی و تغییر و جایگزینی آنها با افکار و خودگویی‌های مثبت و سازنده، به چالش طلبیدن افکار و خطاهای شناختی اعضای گروه با ۱۰ شیوه برنز <sup>۸</sup>
۷	آشنایی با انواع سبک‌های تفکر خوش‌بینانه و بدبینانه سلیگمن، آشنا کردن اعضا با سبک‌های تفکر و تبیین سلیگمن و نقش آنها در افزایش تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی
۸	معرفی و آموزش دلگرم‌سازی و خوددلگرم‌سازی، دل‌سردسازی و تأکید بر هدفمند بودن رفتارها
۹	آموزش دلگرم‌سازی و دلگرم ساختن دیگران
۱۰	آموزش دلگرم‌سازی، تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش مثبت نسبت به آنها و انجام تکنیک صندلی خالی
۱۱	آگاه ساختن نسبت به آثار منفی غیبت و دل‌سردسازی بر روابط فرد با دیگران
۱۲	شأن و ارزش انسانی قائل شدن برای خویشتن، خوددلگرم‌سازی و گفت‌وگوی درونی مثبت
۱۳	جست‌وجوی معنا، معناخواهی و آموزش‌های معنوی، معرفی رویکرد معنا درمانگری و تأکید بر اهمیت نقش آزادی و داشتن حق انتخاب در شیوه زندگی
۱۴	معنابخشیدن به مشکلات غیرقابل تغییر، تأکید بر اهمیت معنا در زندگی و تلاش در معنا بخشیدن به مشکلات غیرقابل تغییر
۱۵	جمع بندی، مرور و نتیجه‌گیری

پس از اتمام جلسه پانزدهم، از دو گروه خواسته شد پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RPWB؛ ۱۹۸۰) نقل از ریف و کیز، (۱۹۹۵) را مجدداً تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند.

لازم به ذکر است که گروه گواه فقط در کلاس‌های متداول مرکز شرکت می‌کردند. پس از پایان جلسه‌های آموزشی، دو جلسه توجیهی در مورد معرفی برنامه آموزش تاب‌آوری برای گروه گواه برگزار شد.

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| 1. encouragement                         | 4. Ellis Rational-Emotive Behavior Therapy | 7. phenomenological perception |
| 2. Beck Cognitive Behavior Therapy (CBT) | 5. Seligman, M. E. P.                      | 8. Burens, D.                  |
| 3. Theory of Adler                       | 6. perspective taking                      |                                |

**یافته‌ها**

فردی) در دختران خیابانی گروه آزمایش در پس‌آزمون بالاتر از گروه گواه است.

سطوح معناداری همه آزمون‌ها ( $P < .001$ )،  $F = 24/514$ ،  $F(1, 104) = 24/514$  (لامبدای ویلکز) استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌سازد. این نتایج نشان می‌دهند در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنادار وجود دارد.

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال عمل، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی دختران خیابانی

پس آزمون				پیش آزمون				متغیرها
گروه گواه		گروه آزمایش		گروه گواه		گروه آزمایش		
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۷/۰۴	۴۳/۷۳	۱۰/۱۸	۵۸/۹۳	۱۰/۳۹	۴۷/۱۳	۸/۹۹	۴۰/۸۷	پذیرش خود
۸/۸۸	۴۷/۷۳	۷/۵۱	۵۹/۰۷	۸/۴۸	۵۲/۹۳	۹/۳۷	۵۰/۳۳	روابط مثبت با دیگران
۶/۱۰	۴۷/۰۰	۴/۲۹	۴۴/۴۷	۹/۲۹	۴۲/۸۰	۵/۹۶	۴۲/۶۰	استقلال عمل
۸/۹۲	۴۵/۶۰	۱۰/۰۴	۶۰/۳۳	۸/۲۵	۴۳/۴۰	۹/۵۸	۴۴/۶۷	تسلط بر محیط
۶/۲۳	۵۲/۷۳	۶/۱۷	۵۸/۲۷	۱۱/۶۵	۵۲/۴۰	۸/۶۸	۵۲/۲۰	زندگی هدفمند
۵/۲۹	۶۱/۵۳	۴/۴۷	۷۲/۰۰	۷/۷۶	۶۰/۸	۱۲/۱۳	۶۲/۲۷	رشد فردی

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	منبع اثر	SS	df	MS	F	مجذور اتا
پذیرش خود	اثر همپراش (اثر گروه)	۲۱۰۶/۹۲	۱	۲۱۰۶/۹۲	۳۲/۶۶*	۰/۶۰
	خطا	۱۴۱۹/۰۵	۲۲	۶۴/۵۰		
	کل	۸۲۹۳۴	۳۰			
روابط مثبت با دیگران	اثر همپراش (اثر گروه)	۹۸۲/۵۸	۱	۹۸۲/۵۸	۱۳/۳۶*	۰/۳۸
	خطا	۱۶۱۸/۳۴	۲۲	۷۳/۵۶		
	کل	۸۸۴۰۶	۳۰			
استقلال عمل	اثر همپراش (اثر گروه)	۸۰/۴۰	۱	۸۰/۴۰	۲/۶۳	۰/۱۱
	خطا	۶۷۱/۸۲	۲۲	۳۰/۵۴		
	کل	۶۳۵۷۴	۳۰			
تسلط بر محیط	اثر همپراش (اثر گروه)	۱۵۹۷/۶۰	۱	۱۵۹۷/۶۰	۲۹/۰۱*	۰/۵۷
	خطا	۱۲۱۱/۵۵۸	۲۲	۵۵/۰۷۱		
	کل	۸۸۳۱۹	۳۰			
زندگی هدفمند	اثر همپراش (اثر گروه)	۳۳۳/۴۲	۱	۳۳۳/۴۲	۱۶/۶۳*	۰/۴۳
	خطا	۴۴۰/۸۵	۲۲	۲۰/۰۴		
	کل	۹۳۷۱۵	۳۰			
رشد فردی	اثر همپراش (اثر گروه)	۷۸۷/۴۷	۱	۷۸۷/۴۷	۳۰/۹۴*	۰/۵۸
	خطا	۵۵۹/۹۲	۲۲	۲۵/۴۵		
	کل	۱۳۵۲۲۷	۳۰			

\* $P < .001$

دارد. افزون بر این، در پژوهش‌های رحیمیان‌بوگر و اصغر نژادفرید (۱۳۸۷) سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، شجاعی و دیگران (۱۳۹۱) نیز رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روانی تأیید شده است. همچنین کاوه و دیگران (۱۳۹۰)، علیزاده (۱۳۹۰)، شجاعی (۱۳۹۱) به این نتیجه دست یافته‌اند برنامه‌های مداخله‌ای تاب‌آوری باعث افزایش بهزیستی روانی می‌شود.

با این حال، پژوهش اسکمیل (۲۰۰۱) با یافته پژوهش حاضر ناهمسو است. وی به این نتیجه دست یافت که شرکت در برنامه آموزش تاب‌آوری باعث کاهش ناراحتی‌های روان‌شناختی در افراد نمی‌شود. از آنجا که این پژوهش در مورد نوجوانان کم‌توان ذهنی ۱۴ تا ۱۷ سال انجام شده است، این احتمال وجود دارد که ناهمسویی یافته‌ها ناشی از تفاوت در نمونه مورد بررسی باشد.

در تبیین اثربخشی تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی می‌توان به این نکته اشاره کرد که در جلسه‌های آموزش تاب‌آوری، روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله، آموزش معناخواهی و جست‌وجوی معنا، بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه احتمالاً موجب افزایش مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی شده است. از آنجا که یادگیری برخی مهارت‌ها در برنامه تاب‌آوری مد نظر قرار می‌گیرد، به نظر می‌رسد شرکت افراد در این برنامه موجب می‌شود، آنها همواره تلاش کنند، مثبت بیندیشند، به رویدادهای ناخوشایند لبخند بزنند، روحیه شوخ‌طبعی خود را حتی در شرایط ناگوار حفظ کنند، در شرایط دشوار و سختی از دیگران کمک بگیرند، شجاعت ناکامل بودن را داشته باشند، توانایی پذیرش کمبودها و معایب خود را داشته باشند و سعی کنند با نظارت و مدیریت افکار، احساسات و اعمال خود را کنترل کنند. در واقع، ابتکار عمل کودکان در یادگیری این مهارت‌ها به شیوه‌ای که مورد پذیرش همسالان باشد نه تنها موجب افزایش تاب‌آوری شده (گیلک، زاده‌محمدی و باقری، ۱۳۹۲) بلکه به نوبه خود بهزیستی روان‌شناختی آنها را نیز ارتقا می‌بخشد.

همان طور که کاوه (۱۳۸۹) اظهار داشته است از عناصر مهم آموزش تاب‌آوری ایجاد الگوی تفکر سازنده و تاب‌آورانه و درک ارزش خود و اجتناب از خودآزاری و خودتخریب‌گری و استفاده از سبک تفکر خوش‌بینانه به جای سبک تفکر بدبینانه

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، از نظر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیر استقلال عمل، تفاوت معنادار وجود ندارد. نتایج مؤید آن است که شرکت در جلسه‌های آموزش تاب‌آوری به افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (به استثنای استقلال عمل) در کودکان خیابانی با اختلال‌های برون‌سازي شده، منجر شده است.

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند دختران کار و خیابان که در برنامه آموزش تاب‌آوری شرکت کرده بودند از لحاظ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی (میزان پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) در مقایسه با دختران گروه گواه در وضعیت بهتری قرار دارند، اگرچه بین دو گروه آزمایش و گواه پس از مداخله آموزش تاب‌آوری، از لحاظ مؤلفه استقلال عمل تفاوت معنادار مشاهده نشد. این نتیجه همسو با پژوهش‌های پرینس-امبوری (۲۰۰۸)، کارلتون و دیگران (۲۰۰۶)، ریویچ و شاته (۲۰۰۲)، گاتجار (۲۰۰۷)، صالحی‌نژاد و بشارت (۲۰۱۰)، شجاعی، به‌پژوه، شکوهی‌یکتا و غباری‌بناب (۱۳۹۱)، شجاعی (۱۳۹۱)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰)، کاوه، علیزاده، دل‌اور و برجلی (۱۳۹۰)، علیزاده (۱۳۹۰)، رحیمیان‌بوگر و اصغر نژاد (۱۳۸۷)، سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، گلداشتاين و بروکس (۲۰۰۵)، استینه‌هارد و دولبیر (۲۰۰۸)، الیکسون-شمیدت، والاندر و بایسنی (۲۰۰۵) رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روانی را مورد تأیید قرار می‌دهد.

پرینس-امبوری (۲۰۰۸)، کارلتون و دیگران (۲۰۰۶)، ریویچ و شاته (۲۰۰۲) و گاتجار (۲۰۰۷) اظهار داشته‌اند نوجوانانی که از تاب‌آوری بالاتری برخوردارند، سلامت روانی آنها نیز بالاتر است. در همین راستا، صالحی‌نژاد و بشارت (۲۰۱۰) نیز دریافته‌اند بین تاب‌آوری و بهزیستی روانی، رابطه مثبت معنادار و بین تاب‌آوری و درماندگی روانی، رابطه منفی معنادار وجود

و دلگرم‌سازی هستند. آموزش تاب‌آوری موجب می‌شود تغییراتی در نظام باورهای دختران خیابانی رخ دهد. این باورها به آنها کمک می‌کند تا با موقعیت‌های زندگی سازگار شوند و خود را بیشتر بپذیرند، به زندگی خود معنا بخشند و در الگوهای تعاملی خود تعادل ایجاد کنند (هستینگز و تانت، ۲۰۰۲) و به این طریق در پذیرش خود آنها تغییراتی ایجاد می‌شود.

یکی دیگر از دلایل احتمالی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر روابط مثبت با دیگران، ایجاد راهبردهای مقابله و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد، و آموزش دلگرم‌سازی خود و دیگران است. همچنین، با توجه به اینکه اجتناب از سوءظن و قضاوت زودهنگام در مورد دیگران، خوش‌اخلاقی، کلام خوشایند، و رهاسازی ذهن از موضوع‌های بی‌اهمیت، بخشی از عناصر آموزش تاب‌آوری هستند، به نظر می‌رسد آموزش تاب‌آوری بر روابط مثبت با دیگران اثربخش باشد.

کوهن و دکل (۲۰۰۰) بیان کرده‌اند احساس یکپارچگی، با بهزیستی و استفاده از راهبردهای مقابله مؤثر همبستگی دارد. کورلی، هیسلیپ و هوبدی (۲۰۰۳) نشان داده‌اند سرسختی<sup>۱</sup> روانی بر سازوکارهای دفاعی افراد مؤثر است و موجب می‌شود آنها از سازوکارهای دفاعی بهتری مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده کنند. در برنامه آموزش تاب‌آوری دختران خیابانی آموزش دلگرم‌سازی و سبک تفکر خوش‌بینانه را دریافت و از این روش برای دلگرم ساختن دوستان خود در کلاس درس استفاده کرده‌اند. به نظر می‌رسد که دلگرم‌سازی و سبک تفکر خوش‌بینانه در گروه دختران موجب روابط مثبت آنها با یکدیگر شده است. با توجه به اینکه دختران خیابانی بیشتر در فعالیت‌های انفرادی از جمله پاک‌کردن سبزی، خردکردن قند، و نظافت منازل اشتغال دارند، پیش از شرکت در برنامه آموزش تاب‌آوری، نمره‌های پایینی در مؤلفه روابط مثبت با دیگران به دست آورده بودند. اما شرکت در برنامه گروهی آموزش تاب‌آوری و برقراری روابط صمیمی با دیگر دختران در خلال جلسه‌های آموزشی موجب شد آنها در مؤلفه روابط مثبت با دیگران نمره‌های بالاتری کسب کنند.

از دیگر دلایل احتمالی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر تسلط بر محیط دختران خیابانی، می‌توان به یکی از کارکردهای مهم

آموزش تاب‌آوری، معنابخشی به زندگی اشاره کرد. آموزش تاب‌آوری می‌تواند به افراد کمک کند از وضعیت مبهمی که برای زندگی خود در نظر گرفته‌اند، بیرون آیند، به معنای غایی و نهایی زندگی دست یابند، قادر شوند اهداف کوتاه‌مدت و موقت را در پرتو یک هدف والا، ماندگار، و ارزشمند معنا کنند و از تلاش‌های روزمره زندگی خسته نشوند. همان طور که پیش‌تر اشاره شد تسلط بر محیط به معنای داشتن احساس کفایت، داشتن توانایی اداره یک محیط پیچیده، انتخاب یا ایجاد زمینه‌های شخصی مناسب و در نهایت انجام درست مسئولیت‌های روزمره زندگی است. در جلسه‌های آموزش تاب‌آوری ارائه تمرین‌هایی برای تقویت کل‌نگری و اجتناب از غرق شدن در جزئیات و سختگیری‌های ناشی از آن موجب می‌شود شرکت‌کنندگان درک کنند که فعال بودن به معنای انتخاب هوشمندانه آن دسته از فعالیت‌هایی است که بیشتر به هدف واقعی زندگی نزدیک هستند. بدین ترتیب، شخص پی‌می‌برد که نمی‌بایست خود را تحت کنترل فعالیت‌هایی با منشاء محیطی بداند، بلکه به عنوان یک موجود فعال و انتخابگر عمل کند. بنابراین انتظار می‌رود آموزش تاب‌آوری تسلط فرد را بر رویدادهای محیطی افزایش دهد و احساس درماندگی و مقهور بودن را خنثی سازد (کاوه، ۱۳۸۹).

در مورد اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر رشد فردی دختران کار و خیابان اشاره به این نکته ضرورت دارد که یکی از برنامه‌های مهم آموزش تاب‌آوری، معناخواهی و آموزش‌های معنوی و در نظر گرفتن معنای غایی زندگی است. از آنجا که رشد شخصیت دربرگیرنده احساس پیشرفت مستمر و پذیرای تجارب بودن، هوشمندی و تأثیرگذاری فزاینده، و آموختن و تغییر و رشد مداوم است، می‌توان نتیجه گرفت ترغیب شرکت‌کنندگان در جلسه‌های آموزش تاب‌آوری، احتمالاً منجر به به پایبندی آنها به رشد و تعالی واقعی و خودرهبری و افزایش مؤلفه رشد فردی در آنها شده است.

عدم اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استقلال عمل دختران خیابانی را می‌توان این گونه تبیین کرد که احتمالاً به علت گسترده بودن مشکلات این گروه از دختران که همواره در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی و سوء استفاده خانواده و جامعه قرار دارند و بدین ترتیب فشارهای محیطی بیشتری را



تحميل می‌کنند، برنامه آموزش تاب‌آوری به تنهایی نتوانسته است موجب افزایش استقلال عمل در دختران خیابانی شود. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت گنجانیدن مداخله‌های آموزش تاب‌آوری در برنامه مراکز حمایت از کودکان و نوجوانان تا اندازه‌ای نیاز آنها را به دریافت خدمات روان‌شناختی مرتبط با مشکلات رفتاری تأمین می‌کند و از این طریق در افزایش سلامت روان‌شناختی و پیشگیری از بروز مشکلات متوجه سلامت آنها گام مؤثری برمی‌دارد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب نمونه‌ای در دسترس از دختران ۱۲ تا ۱۶ ساله عضو جمعیت دفاع از کودکان کار و خیابان بود. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر کودکان کار و خیابان بایستی جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به این نکته که ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش، از نوع کاغذ مدادی و مشتمل بر خودگزارش‌دهی بودند، برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود از مشاهده و مصاحبه بالینی نیز بهره گرفته شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود مددکاران و مشاورانی که با کودکان کار و خیابان در ارتباط هستند، منابع تاب‌آوری آنها را مورد توجه قرار دهند و برنامه آموزش تاب‌آوری را برای آنها عملی سازند.

**منابع**

احمدخانی ها، ح.، ترکمن‌نژاد، ش. و حسینی‌مقدم، م. (۱۳۸۱). همه‌گیرشناسی افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱ (۱)، ۲۰-۱۴.

افشانی، ع.، عسکری‌ندوشن، ع.، حیدری، م. و نوریان‌نجف‌آبادی، م. (۱۳۹۱). تحلیلی بر وضعیت کودکان خیابانی و کار در شهر اصفهان. *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۳ (۴)، ۱۰۲-۸۵.

اقلیما، م. (۱۳۸۶). پدیده کودکان خیابانی در تهران. *فصلنامه سیاسی-اقتصادی*، ۲۳۹ و ۲۴۰، ۱۴۷-۱۴۲.

آزادی، س. و آزاد، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه شهر ایلام. *مجله طب جانتاز*، ۳ (۱۲)، ۵۸-۴۸.

بیانی، ع.، محمدکوچکی، ع. و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی روان‌شناسی*

بالینی ایران، ۱۴ (۲)، ۱۵۱-۱۴۶.

ترک‌لادانی، ف.، ملک‌پور، م. و گلپور، م. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان سوم تا پنجم ابتدایی. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳۷، ۸۵-۶۵.

تکلی، س. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مادران بر مشکلات رفتاری کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱ (۱)، ۵۹-۴۴.

جلالی، م.، پوراحمدی، ا.، باباپورخیرالدین، ج. و شعیری، م. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش برنامه فرزندپروری مثبت بر کاهش اختلالات برونی‌سازی‌شده در کودکان هفت تا ۱۰ ساله. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۳، ۲۸-۱۵.

حیبی‌عسگرآباد، م.، بشارت، م. و فدایی، ز. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودگزارشگری مشکلات رفتاری نوجوانان آشناخ در دوقلوهای همسان و ناهمسان. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۸ (۷)، ۴۲۱-۴۱۰.

رحیمیان‌بوگر، ا. و اصغرنژادفرید، ع. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان جوانان و بزرگسالان بازمانده مناطق زلزله زده بم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۱۰)، ۷۲-۶۰.

زرگر، ف.، مرادی، ا. و ایمانی، س. (۱۳۸۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی زنان و دختران فراری و عادی در شهر اصفهان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۳ (۱۰)، ۵۸-۴۷.

سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۸). *کار با کودکان خیابانی*. ترجمه م. زاهدی اصل، م. آرزومندی، ب. مویدالدین، م. رضازاده، ک. محضری، ز. صابری و دیگران. تهران: انتشارات دانژه (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۵).

سامانی، س.، جوکار، ب. و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۵-۲۹۰.

شاوردی، ت. (۱۳۸۱). نگاهی به وضعیت کودکان خیابانی در ایران و علل و عوامل آن، مجموعه مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران (روسیگری، کودکان خیابانی و تکدی). تهران: انتشارات آگاه.

## منابع

- شجاعی، س. (۱۳۹۱). طراحی برنامه افزایش تاب‌آوری و بررسی اثربخشی آن بر تاب‌آوری و سلامت روانی خواهران و برادران دانش‌آموزان با نشانگان داون. پایان‌نامه دوره دکتری رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- شجاعی، س.، به‌پژوه، ا.، شکوهی‌یکتا، م. و غباری‌بناب، ب. (۱۳۹۱). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت روانی بر اساس تاب‌آوری در خواهران و برادران نوجوان با کم‌توانی ذهنی شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰. *مجله روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۲(۶)، ۴۶-۲۱.
- صرامی، ز.، طاهر نشاط‌دوست، ح.، امیری، ش.، مولوی، ح. و آکوچکیان، ش. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و سواس مادران بر افسردگی کودکان آنها. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۰(۵)، ۵۵۳-۵۳۳.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۰). تدوین برنامه پرورش تاب‌آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال‌های رفتاری برون نمود درون نمود. طرح پژوهشی پژوهشکده کودکان استثنایی، سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور.
- قاسم‌زاده، ف. (۱۳۸۱). راه‌کارهای مناسب جهت کنترل پدیده کودکان خیابانی. طرح معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران.
- قاسم، م. و حسین‌چاری، م. (۱۳۹۱). تاب‌آوری روان‌شناختی و انگیزش درونی-بیرونی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۳)، ۷۱-۶۱.
- کاوه، م. (۱۳۸۹). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آموزش آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. پایان‌نامه دوره دکتری رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- کاوه، م.، علیزاده، ح.، دلاور، ع. و برجعلی، ا. (۱۳۹۰). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تأثیر آن بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. *فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی*، ۱۱(۲)، ۱۴۰-۱۱۹.
- گیلک، م.، زاده‌محمدی، ع.، و باقری، ف. (۱۳۹۲). رابطه تاب‌آوری و خودپنداشت با خودکارآمدی معلولان جسمی دختر: نقش واسطه‌ای خلاقیت. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان*
- ایرانی، ۹(۳۵)، ۳۱۵-۳۰۷.
- معرف‌زاده، ع.، بیگدلی، ز. و نعمتی، ش. (۱۳۸۹). بررسی دیدگاه مسئولین کتابخانه‌های عمومی استان خوزستان در ارائه خدمات اطلاعاتی به کودکان خیابانی. *مجله مطالعات کتابداری و علم اطلاعات*، ۱۶(۵)، ۴۸-۲۹.
- مهکام، ر. و دادستان، پ. (۱۳۸۸). تأثیر درمانگری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی شده در کودکان و نوجوانان. *روان‌شناسی و دین*، ۷، ۸۸-۶۹.
- مینیایی، ا. (۱۳۸۴). *کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنیخ (ASEBA) ساخت و هنجاریابی*. تهران: انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی کشور.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *ASEBA school age forms profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Aderinto, A. A. (2000). Social correlates and coping measures of street children: A comparative study of street and non-street children in South-Western Nigeria. *Child Abuse and Neglect*, 24 (9), 1199-1213.
- Agabi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6 (3), 195-216.
- Alriksson-Schmidt, A. I., Wallander, J., & Biasini, F. (2005). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Psychology*, 32 (3), 370-379.
- Aptekar, L. (2004). The changing developmental dynamics of children in particularly difficult circumstances: Examples of street and war-trauma-tized children, (Chapter 15) in *Childhood and adolescence: Cross-cultural perspectives and applications*. Praeger Publishers: Westport, CT.
- Batmanghelidj, C. (2006). *Shattered lives: Children who live with courage and dignity*: London:

- Hastings, R. P., & Taunt, H. M. (2002).** Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on mental Retardation, 107*, 116-127.
- Hatty, S., Davis, N., & Burke, S. (1994).** No exit: Violence, gender and the streets. *Australian Journal of Social Issues, 24* (4), 230-240.
- Hickson, J., & Gaydon, V. (1989).** Counseling in South Africa: The challenge of apartheid "Twilight Children": The street children of Johannesburg. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 17* (2), 85-89.
- Hiemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C. & Friborg, O. (2007).** Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlation study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*, 91-104.
- Kordich-Hall, D., & Pearson, J. (2005).** Resilience, giving children the skills to bounce back. *Journal of Education and Health, 23* (1), 12-15.
- Korhonen, M. (2007).** *Resilience: Overcoming challenges and moving on positively*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.
- Patel, S. (1990).** Street children hotel boys and children of pavement dwellers and construction workers in Bombay: How they meet their daily needs. *Environmental and Urbanization, 2* (2), 9-26.
- Prince-Embury, S. (2008).** Translating resiliency theory for assessment and application in schools. *Canadian Journal of School Psychology, 23*, 4-10.
- Rafferty, Y., & Shinn, M. (1991).** The impact of homelessness on children. *American Psychologist, 46* (11), 1170-1179.
- Reivich, K., & Shatté, A. (2002).** *The resilience* Jessica Kingsley.
- Bonanno, G. A. (2004).** Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Carle, A. C., & Chassion, L. (2004).** Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation internalizing symptomatology and positive affect. *Journal of Applied Development Psychology, 25*, 577-596.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., & et al. (2006).** Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry, 52*, 291-308.
- Cohen, O., & Dekel, R. (2000).** Sense of coherence, ways of coping and well-being of married and divorced mothers. *Contemporary Family Therapy, 22* (4), 467-485.
- Connor, K. M. (2006).** Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67* (2), 46-49
- Crowley, B. J., Hayslip, B. J. R., & Hobdy, H. (2003).** Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development, 10* (4), 237-248.
- Donald, D., & Swart, J. (1994).** The South-African street child: Developmental implications. *South African Journal of Psychology, 24* (4), 169-174.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005).** *Handbook of resilience in children*. New York: Springer.
- Gutjahr, A. R. (2007).** *Child resilience program: An intervention for children of chronically mentally ill parents*. PhD Thesis, School of Psychology, Spalding University, Louisville, Kentucky.

- Health*, 56 (4), 445-453.
- Subrahmanyam, Y., & Sondhi, R. (1990).** Child porters: Psychosocial profile of street children. *International Journal of Social Work*, 51 (4), 577-582.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004).** Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- UNICEF (2012).** *The state of the world's children: Excluded and invisible*. United Nations Publications Report No. 9280639161; 2012.
- Van Breda, A. D. (2001).** *Resilience theory: A literature review*. Retrieved 10 November 2010 From: <http://www.vanbreda.org/Adrian/resilience.htm>.
- Waller, M. A. (2001).** Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-296.
- Werner, E. E. (1997).** Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica Supplement*, 422, 103-105.
- Wilson, J. P., & Drozdek, B. (2004).** *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. New York, Routledge Press.
- Woan, J., Lin, J., & Auerswald, C. (2013).** The health status of street children and youth in low-and middle-income countries: A systematic review of the literature. *Journal of Adolescent Health*, 53 (3), 314-321.
- factor. New York: Broadway.
- Rew, L., Taylor, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001).** Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 33-40.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995).** The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- SalehiNezhad, M. A., & Beshart, M. A. (2010).** Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in a sample of athlete. *Procedia Social and Behavioral Sciences Journal*, 5, 494-757.
- Sappington, A. A. (2000).** Childhood abuse as a possible locus for early intervention in the problems of violence and psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (3), 255-266.
- Schoenaker, T. (1991).** *Mut tut gut: Ich weibich bin okay: Das encouragement training (Courage does good: I know I'm okay: The encouragement training)*. Stuttgart: Horizone Verlag GmbH.
- Skehill, C. M. (2001).** *Resilience, coping with an extended stays outdoor education program, and adolescence mental health*. Unpublished Honours thesis, University of Canberra.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008).** Evaluation of a resilience intervention for enhance coping strategies and protective factors and decrease sympathy. *Journal of American College*