

تأثیر روش درمانجو مداری راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان

■ سیدعلی‌اکبر مرتضوی امامی* ■ قدسی احقر**

چکیده:

هدف از این پژوهش تعیین تأثیر روش درمانجو مدار راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دوره متوسطه دوم شهر تهران بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم مدارس دولتی شهر تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳ و نمونه پژوهش شامل ۲۴۰ نفر از این دانش‌آموزان بود که از میان مدارس به روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب و هم‌تاسازی شدند. سپس به‌صورت تصادفی ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که تاب‌آوری آن‌ها پایین‌تر از میانگین بود به‌طور تصادفی از دو مدرسه انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (برای هر گروه ۲۰ نفر). جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) که دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای و روش درمانجو مداری راجرز طی ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون کوواریانس) استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که میزان تاب‌آوری دانش‌آموزانی که روش درمانجو مدار راجرز را دریافت کرده‌اند به‌طور معنادار بالاتر از میزان تاب‌آوری دانش‌آموزانی است که روش درمانجو مدار راجرز را دریافت نکرده‌اند. این روش در افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر و در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است. روش درمانجو مدار راجرز، همانند یک سپر بلا، افراد در معرض خطر را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می‌کند و سبب افزایش تاب‌آوری آن‌ها می‌شود.

تاب‌آوری، روش درمانجو مدار راجرز، دانش‌آموزان

کلید واژه‌ها:

□ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۷

□ تاریخ شروع بررسی: ۹۴/۳/۲۴

□ تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۳/۱۷

*کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد کرمان..... emami_sajjad67@yahoo.com

** عضو هیئت علمی پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش

■ شماره ۵۷
■ سال یازدهم
■ بهار ۱۳۹۵

۱۰۴

مقدمه

یکی از اهداف مهم نظام‌های تعلیم و تربیت مدرن، پرورش افرادی است که قادر باشند بر مسائل و مشکلاتشان در زندگی روزمره و در محیط اجتماعی به آسانی غلبه کنند (سلجوق، کالیسکان و ایروول^۱، ۲۰۰۷). فردی که دارای تاب‌آوری^۲ است چاره‌ساز، دارای درک متقابل و با باور به آینده روشن و انعطاف‌پذیر است. این شخص خود را با تغییرات محیطی وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردد (سبیرت^۳، ۲۰۰۷). مروری بر ادبیات پژوهش بیانگر آن است که تاب‌آوری عبارت است از ظرفیت روبه‌رو شدن با مشکلات و غلبه کردن بر آن‌ها و حتی قوی‌تر شدن نسبت به قبل، از طریق تجربه کردن مشکلات یا آسیب‌هاست (شانون^۴، ۲۰۰۸). کامپفر^۵ (۱۹۹۹) در مطالعه خود به این نتایج دست یافت که تاب‌آوری با خصوصیات شخصیتی متفاوت از قبیل شوخ‌طبعی، شادی، خردمندی، همدلی، کفایت عقلانی و هدفمندی زندگی در ارتباط است. یکی از متغیرهایی که احتمالاً کمک به بهبود خودشکوفایی افراد می‌کند تاب‌آوری است. در تعریفی دیگر، تاب‌آوری را عبارت از ظرفیت فرد برای پاسخ دادن و شکوفا شدن در شرایط فشارزای مثبت یا منفی می‌دانند (لاتانس، یوسف و اولیو^۶، ۲۰۰۷). زوترا، هال و مورای^۷ (۲۰۱۰) تاب‌آوری را حاصل انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط نامطلوب می‌دانند. تاب‌آوری در هر سن و سطحی رخ می‌دهد و سازه‌ای شناختی است که قابل آموزش است (هاکینز، کاتالونا و میلر^۸، ۱۹۹۲). با پرورش راهبردهای مشاوره، فرد سیستم جایگزینی رفتاری و هیجانی خود را گسترش می‌دهد، بنابراین می‌تواند تجارب را از طریق جدیدی ارزیابی و پردازش نماید. به‌عنوان مثال یک موقعیت پرمخاطره را به‌عنوان یک فرصت، نه به‌صورت تهدید، در نظر بگیرید و در دشواری‌ها به‌جای اضطراب موفقیت را تجربه کنید (کابات زین^۹، ۲۰۰۵). هاوولی^{۱۰} (۲۰۰۰) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که اگر افراد به‌طور منظم تاب‌آوری خود را مورد بررسی قرار دهند می‌توانند به بهبودی و دلایل آن پی ببرند. اولین موج پژوهش‌های تاب‌آوری بر روی ویژگی‌های افراد تاب‌آور تمرکز داشت و در پی توصیف ویژگی‌های تاب‌آورانه درونی و بیرونی بود به افراد کمک می‌کند تا خود را تطابق داده و کارکرد قبلی خود را باز یابند. اما موج دوم پژوهش‌ها در این حوزه، بیشتر بر شناخت فرآیندهایی متمرکز بود که از راه آن‌ها افراد توانایی سازگارکردن موفق و تطابق خود با شرایط ناگوار را پیدا می‌کنند (کمپیل، کوهن و استین^{۱۱}، ۲۰۰۶). گارمزی، ماستن و تلگن^{۱۲} (۱۹۸۴) نیز در خصوص تاب‌آوری سه مدل به نام‌های جبرانی، چالشی و محافظتی ارائه نموده‌اند. مطابق با مدل تاب‌آوری سه عامل وجود دارند که نقش اساسی در تاب‌آوری ایفا می‌کنند از جمله عوامل خطرزا هستند که شامل مواردی از قبیل فقر، سوءاستفاده در کودکی و نژادپرستی در جامعه می‌شود. در مدل چالشی، عامل خطر خود ارتقادهنده ذاتی تطابق موفق است. مطابق مدل محافظتی، یک عامل به‌منظور کاهش احتمال یک پیامد منفی با یک عامل خطرزا در تعامل قرار می‌گیرد. در این مدل یک عامل محافظ،

تأثیر روش درمانجو مداری راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان

اثرات عامل خطر را بر پیامد رفتاری منفی، تعدیل می‌کند (گارمزی و همکاران، ۱۹۸۴؛ ماستن، کاوس ورس و کارال^{۱۳}، ۱۹۹۸). بر اساس مدل محافظتی گارمزی، روش درمانجو مداری راجرز با استفاده از عوامل حفاظتی و عوامل خود همچون حرمت نفس غیرشرطی، شرایط ارزش و توجه مثبت می‌تواند بر بهبود تاب‌آوری تأثیرگذار باشد. فیتزپاتریک و ریچی^{۱۴} (۱۹۹۴) دو جهت‌گیری مؤثر بر تاب‌آوری شامل گفت‌وشنود^{۱۵} و جهت‌گیری^{۱۶} هم‌نوایی را معرفی کردند. جهت‌گیری گفت‌وشنود، به فضایی اشاره دارد که اعضا به تعاملات خودانگیزه با یکدیگر، همدلی و مشارکت آزاد در مباحث مرتبط با طیف وسیعی از موضوعات و نیز ابراز ایده‌های جدید تشویق می‌شوند. منظور از جهت‌گیری هم‌نوایی میزان فشاری است که اعضا برای هم‌رایی و یکسان‌سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها بر یکدیگر وارد می‌آورند (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). فرآیند تاب‌آوری درون‌بافت اجتماعی رخ می‌دهد. دو بافت اجتماعی که رشد و تحول نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهند مدارس و خانواده‌هایشان هستند (راک و پاترسون^{۱۷}، ۱۹۹۹) روش درمانجو مدار راجرز از جمله روش‌هایی است که تطابق مناسبی با جهت‌گیری‌های فیتزپاتریک و ریچی دارد و می‌تواند بر بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان با جهت‌گیری همدلی، تجربه ارزش‌ها و باورها، همراهی، مشارکت آزاد و خودکارآمدی تأثیرگذار باشد. درمانگران درمانجو مدار (مانند وکسلر^{۱۸}، ۱۹۷۴؛ زیمرینگ^{۱۹}، ۱۹۷۴)، درمان را به صورت فرایند گسترش‌دهنده‌هشیاری و آگاهی در نظر گرفتند که درمانگران از طریق آن به درمانجویان کمک می‌کنند تا اطلاعات را به نحو مؤثرتری پردازش کنند.

راجرز درباره رابطه درمانجو - درمانگر که امکان تغییر مثبت را فراهم می‌کند مطالب زیادی نوشته است. شرایط تسهیل‌کننده صداقت، توجه مثبت و همدلی خالصانه درمانگر تنها شرایط ضروری برای آزاد کردن گرایش فطری درمانجو به سمت شکوفایی و شرایط ارزش هستند. در طول دهه ۱۹۶۰، راجرز و همکاران او (راجرز، جندلین، کیسلر و تراکس^{۲۰}، ۱۹۶۷)، فرض کردند که فرایند درمان‌کننده (شفابخش)، مستلزم ابراز مستقیم و عمیق احساسات است که به تجربیات هیجانی اصلاحی منجر می‌شود. برای توصیف نحوه تأثیرگذاری تجربه هیجانی و رفتاری بر رفتار، آیزنبرگ و اسپینارد^{۲۱} (۲۰۰۴)، نظریه‌ای را مطرح کرده‌اند که تجربه هیجان‌پذیری و تاب‌آوری را در یک چارچوب به هم وصل می‌کند. بنابراین، در حال حاضر، فرایندهای تغییر درمانجو مداری راجرز به صورت ترکیبی از بالا بردن آگاهی و تجربه کردن هیجان اصلاحی، در قالب رابطه صادقانه و همدلی، روی می‌دهد که مشخصه آن توجه مثبت است و دقیق‌تر توصیف می‌شود. روش درمانجو مداری روشی است که راجرز جهت درمان مراجعان ابداع نموده است. درمانگر در این روش، سعی دارد، فضایی آکنده از گرمی و پذیرش به وجود آورد، با این هدف که درمان‌جویان بر ترس خود غلبه کنند و به تجارب ارگانیک درونی خویش نزدیک‌تر شده و ارتباط برقرار سازند. درمانگر در وضعیت درمانی باید احساس تعادل و توافق کند. باید احساس کند که درمانجو را به‌طور غیرمشرط پذیرفته و نسبت به

وی احترام قائل است و با او احساس یگانگی و وابستگی دارد (دیکاروالو^{۲۲}، ۲۰۰۵). راجرز جوهر وجودی انسان را دارای توانایی‌هایی خردمندانه، هشیارانه و اجتماعی می‌داند، او ارگانیسم انسان را دارای فرآیندی سیال و پویا می‌داند، همچون رودخانه‌ای روان که دائماً به صورت پویا در جهت (شدن) در حرکت، تغییر و دگرگونی است، نه مانند ستونی ایستا و ثابت (راجرز، ۱۹۸۰). مفهوم (به‌سوی شدن) یکی از مهم‌ترین مفاهیم در این دیدگاه است که فرآیند تبدیل همیشگی انسان به چیزی را بیان می‌کند (زیگلر و هاداپ^{۳۳}، ۱۹۸۶). عنصر اساسی برای دستیابی به این هدف را تمایل به خود شکوفایی و تجربه کردن خود می‌داند که به‌عنوان گرایش درونی موجب حفظ و اعتلا و توسعه قابلیت‌های ارگانیسم می‌شود (راجرز، ۱۹۸۷). از مهم‌ترین واژگانی که در روش تاب‌آوری و روش درمانجو مدار راجرز به کار می‌رود واژه «انسان کارآمد» است. راجرز این واژه را برای افراد کامل به کار می‌برد و این ویژگی‌ها را برای آنان بیان می‌کند ۱. باز بودن نسبت به فرآیند تجربه؛ ۲. افزایش زندگی اگزیستانس؛ ۳. اعتماد فزاینده به ارگانیسم و ۴. احساس آزادی داشتن (مادی^{۲۴}، ۱۹۸۹). از نتایج تحقیق اسمیت، گلاس و میلر^{۲۵} (۱۹۸۰) معلوم شد که تأثیر درمان درمانجو مدار بر جمعیت‌های آشفتنه و درمانجویان غیر روان‌پریش به‌طور متوسط ۶۳٪ را نشان می‌دهد. این تأثیر به این صورت تعبیر شد که: روش درمانجو مداری راجرز مناسب و آشکارا بهتر از بدون درمان، ولی قدری بیشتر از درمان دارونما اثربخش است. معلوم شد که درمان درمانجو مدار از نظر اثربخشی بر روی درمانجویان غیر روان‌پریش با درمان‌های روان‌پریشی و سایر درمان‌های بینش‌گرا قابل مقایسه ولی از حساسیت‌زدایی منظم و درمان‌های رفتاری متمرکز اندکی پایین‌تر است (شاپیرو و شاپیرو^{۲۶}، ۱۹۸۲). فرض بر این است که تاب‌آوری فردی بر توانمندی‌ها، ظرفیت‌ها و قدرت فرد، به‌عنوان سپری در مقابل مشکلات و استرس، اشاره دارد (والش^{۲۷}، ۲۰۰۶؛ ملوین، گروس، هیات، جنینگر و کامپبل^{۲۸}، ۲۰۱۲) و واکنش‌ها و عملکردهای مختلفی را در موقعیت‌های گوناگون فرامی‌خواند (بونانو^{۲۹}، ۲۰۰۵) با ارتقای تاب‌آوری فردی، می‌توان در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داد و بر آن‌ها غلبه کرد (کانر^{۳۰}، ۲۰۰۶؛ ویلسون و دروزدک^{۳۱}، ۲۰۰۴؛ آنگ، برگمن و بوکر^{۳۲}، ۲۰۰۹) پژوهش ایساکسون^{۳۳} (۲۰۰۲) نشان داد که دانش‌آموزان تاب‌آور قادرند احساس خود کارآمدی‌شان را حفظ کنند، شرایطشان را ارزیابی کنند، در تعهد به تقویت اهدافشان بکوشند و انگیزش خود را افزایش دهند تا پیشرفت بالایی کسب کنند.

نتایج پژوهش بهزادپور (۱۳۹۲) تحت عنوان «رابطه بین حل مسئله و تاب‌آوری با میزان رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان» مبین آن است که بین رفتارهای پرخطر و تاب‌آوری رابطه منفی وجود دارد. طارمیان (۱۳۸۷) در مطالعه خود به این نتایج دست یافت که تاب‌آوری ناشی از عواملی است که همانند یک سپر بلا، افراد در معرض خطر را در برابر آثار سوء مواجهه با عوامل

تأثیر روش درمانجومداری راجرز بر تاب‌آوری دانشجویان

خطر محافظت می‌کنند. محمدی (۱۳۸۴) در مطالعه خود اعتماد به نفس، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و منبع کنترل را از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری دانست. نتایج تحقیق مارتین^{۳۴} (۲۰۰۲) بیانگر آن است که عوامل خودکارآمدی، کنترل، پشتکار و تلاش پیش‌بینی‌کننده‌های مهم تاب‌آوری در دانش‌آموزان هستند. پژوهش فردریکسون، توگاد، واف و لارکین^{۳۵} (۲۰۰۳) نشان داد که تاب‌آوری با احساسات مثبت مرتبط است و نقش محافظتی دارد. به اعتقاد آرک و همکاران^{۳۶} (۲۰۰۸) افرادی که دارای تاب‌آوری هستند، اغلب پس از رویارویی‌های فشارزا به حالت طبیعی بازمی‌گردند. افراد تاب‌آور بدون اینکه سلامت روانشان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارد، همچنین به نظر می‌رسد در بعضی موارد با وجود تجارب سختشان پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده‌اند (واف، فردریکسون و تایلر^{۳۷}، ۲۰۰۸).

سؤال پژوهش: با توجه به شواهد موجود، اینک این پژوهش کوششی است در پاسخ به این سؤال که: آیا روش درمانجومدار راجرز در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر است و در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار می‌باشد؟

■ فرضیه‌های پژوهش

۱. روش درمانجومداری راجرز در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر دارد.
۲. روش درمانجومداری راجرز در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

■ روش‌شناسی

این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پی‌گیری است. در مرحله پی‌گیری (یک ماه بعد از پس‌آزمون)، مجدداً متغیر وابسته روی دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا و اثر پایداری آن در طول زمان مشخص گردید.

جدول ۱. طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پی‌گیری

مرحله	مرحله پیش‌آزمون	متغیر مستقل (روش درمانجومداری راجرز)	مرحله پس‌آزمون	مرحله پی‌گیری	گروه
	T_b	X	T_a	T_a	گروه آزمایش
	T_b	-	T_a	T_a	گروه گواه

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

کلیه دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم مدارس دولتی شهر تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳. چون مقیاس اندازه‌گیری پیوسته و فرضیه پژوهش یک دامنه در سطح اطمینان ۹۵ درصد است حجم نمونه طبق فرمول کوکران به شرح زیر محاسبه شد (شریفی، ۱۳۸۹). تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه در دو مدرسه) در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{\delta^2 - Z_{(1-\alpha)}^2}{d^2} \rightarrow n = \frac{0.75 * (1.64)^2}{0.05} = \frac{0.75 * 2.68}{0.05} = \frac{2.01}{0.05} = 40.2 \approx 40$$

n: حجم نمونه

δ: واریانس جامعه بر اساس تحقیقات انجام شده پیشین برابر است با ۰/۷۵ (رحمتی، ۱۳۸۳)

Z_(1-α): برای فرضیه یک دامنه در سطح اطمینان ۹۵ درصد ۱/۶۴

d: خطای قابل قبول برابر ۰/۰۵

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول از بین مناطق آموزشی تهران یک منطقه و در مرحله دوم از بین مدارس پسرانه دوره متوسطه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری (CD-RIS): در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه تاب‌آوری کونو و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شده که دارای ۲۵ عبارت یا گویه است و در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۱۰۰ و حداقل صفر است و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات، یا کل ارزش‌های به‌دست‌آمده از هر یک از سؤالات است. میزان تاب‌آوری هر آزمودنی برابر با نمره خام (تقسیم بر ۱۰۰ ضرب در ۱۰۰) محاسبه شده است. ضریب پایایی پرسش‌نامه به وسیله محمدمدی (۱۳۸۴)؛ سامانی، جوکار و صحرگرد (۱۳۸۶)؛ عبادت پور، نوابی نژاد، شفیع‌آبادی و فلسفی نژاد (۱۳۹۲) با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب پایایی در پژوهش حاضر به این صورت انجام گردید که ۵۰ نفر از دانش‌آموزان به صورت تصادفی انتخاب، پرسش‌نامه روی آن‌ها اجرا شد ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مشخص شد که بیانگر آن است که پرسش‌نامه در طول زمان از ضریب پایایی بالا و قابل قبول برخوردار است.

روش اجرا

جهت هم‌تاسازی در دو مدرسه، پرسش‌نامه تاب‌آوری و آزمون ریون پیشرفته روی ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان (۱۸-۱۷ سال) اجرا شد. افراد در معرض خطر نمرات تاب‌آوری پایین‌تر از میانگین را کسب می‌کنند (محمدمدی، ۱۳۸۴). بنابراین در هر مدرسه دانش‌آموزانی که نمره تاب‌آوری پایین‌تر از

تأثیر روش درمانجومداری راجرز بر تاب‌آوری دانشجویان

میانگین (۵۰) داشتند، بهره‌های هوشی آنها طبیعی و بین نمره ۱۱۰-۹۰ و مادران آنها خانه‌دار و والدین آنها دارای مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم هستند مشخص شدند. از بین ۲۴۰ دانش‌آموزی که پرسش‌نامه تاب‌آوری روی آنها اجرا شده بود، ۸۵ نفر، که ویژگی‌های مطروحه را داشتند (از یک مدرسه ۵۰ نفر و از مدرسه دیگر ۳۵ نفر) مشخص شدند. در هر مدرسه ۲۰ نفر دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شدند، آنگاه به حکم قرعه دانش‌آموزان یک مدرسه به عنوان گروه آزمایش و دانش‌آموزان مدرسه دوم به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. آنگاه، گروه آزمایش، روش درمانجومدار راجرز را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد ولی گروه گواه هیچ‌گونه روش درمانجومدار را دریافت نکرد. یک ماه بعد در مرحله پی‌گیری متغیر وابسته (پرسش‌نامه تاب‌آوری) روی گروه آزمایش و گواه اجرا شد.

محتوای جلسات آموزشی روش درمانجومدار راجرز^{۳۸}

جدول ۲. پروتکل روش درمانجومداری راجرز بر حسب جلسات و محتوا

محتوای هدف	محتوای هدف / جلسات
هدف (عدم مقاومت در برابر بررسی خویش یا ابراز خویشتن و عدم آشفتنگی) آشنایی با اهداف و قوانین گروه؛ فرد تمایلی به تفهیم و تفاهم و انتقال افکار و احساسات خویش ندارد. ارتباط به صورت صوری و خارجی صورت می‌پذیرد.	جلسه اول
هدف (توصیف و شرح احساسات گذشته و عدم ابراز احساسات منفی) ایجاد احساس پذیرفته شدن بیشتر و در نتیجه رابطه نزدیک‌تر. صحبت کردن در ارتباط با مسائل و حالات درونی افراد؛ در این مرحله احساسات آزادتر می‌شود.	جلسه دوم
هدف (بررسی و ابراز اطلاعات شخصی معنادار و بیان آنی احساسات میان فردی در گروه) بیان تجربیات در ارتباط با قدرت تحمل، سخت‌کوشی و مسائل اجتماعی؛ بیشتر مسائل را به صورت احساسی و رنجی که برده‌اند بیان می‌دارند.	جلسه سوم
هدف (توسعه ظرفیت شفابخشی گروه و پذیرش خویشتن و آغاز) اشخاص بیشتر راجع به خود صحبت می‌کنند. انگیزه‌هایشان را مطرح می‌کنند و از خود می‌گویند. درمانگر دیدگاه‌های مراجعان را به سوی کارآمدی و تجربیات مثبت سوق می‌دهد.	جلسه چهارم
هدف (کنار زدن نقاب و بازخورد) بیان احساسات و افکاری که در زیر فشار مجبور به انجام و یا طفره از آن شده‌اند. در این مرحله ارتباط درونی فرد با احساسات خود بسیار نزدیک‌تر و دقیق‌تر می‌شود.	جلسه پنجم
هدف (رویارویی و رابطه کمکی خارج از جلسات گروه) آموزش تغییر نگاه و نگرش مراجعان به مشکلاتشان، کشف مشکل در درون خود فرد نه در عوامل بیرونی. درمانگر تلاش می‌کند به کمک خود فرد در متن مشکل پیش رود.	جلسه ششم

محتوا/هدف	محتوا/هدف جلسات
هدف (رویاری اساسی و احساس نزدیکی) در این مرحله مراجعان به این بیان می‌رسند که حل مشکل را یک موفقیت تلقی کنند که باعث اعتمادبه‌نفس می‌شود. ارتباط و پیوستگی ساختارهای شخصیت ایجاد می‌گردد، انطباق‌پذیری در مسیر سلامت روان شناختی واقعی ایجاد می‌گردد. تعهد و پای بندی به هدف بازنمایی می‌شود.	جلسه هفتم
هدف (تغییر رفتار در گروه) در این مرحله مراجعان کاملاً مسائل خود را با درمانگر در میان می‌گذارند مراجعان در این مرحله به آموزش و اجرا مسائل ذیل می‌پردازند مسائل و مشکلات بیان شده را خود تحلیل می‌کنند مراجعان یاد می‌گیرند با دلیل از حق خود دفاع کنند یاد می‌گیرند از رفتار دیگران برداشت صحیح کنند آموزش بازشناسی نحو دقیق و فزاینده تضادها و ناهماهنگی‌های درون خویشتن	جلسه هشتم

یافته‌های پژوهش

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری در بین دو گروه آزمایش، گواه و مرحله بی‌گیری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه شاخص متغیر	آزمایش		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳۴/۷۰	۸/۲۲	۳۵/۲۰	۷/۲۰
پس‌آزمون	۸۳/۴۵	۵/۵۲	۳۵/۵۰	۷/۵۴
بی‌گیری	۸۲/۴۵	۵/۹۹	۳۴/۶۰	۷/۹۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت چندانی بین نمرات تاب‌آوری در بین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون مشاهده نمی‌شود. نمرات کل تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۳۴/۷۰ و نمرات گروه گواه برابر با ۳۵/۲۰ می‌باشد که نشان می‌دهد نمرات تاب‌آوری گروه آزمایش، اندکی کمتر و پایین‌تر از گروه گواه است ولی تفاوت محسوسی بین نمرات تاب‌آوری در گروه گواه و آزمایش در مرحله پس‌آزمون وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمرات کلی تاب‌آوری افراد گروه آزمایش

تاثیر روش درمانجو مداری راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان

به ۸۳/۴۵ افزایش یافته است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تفاوت چندانی بین نمرات تاب‌آوری در بین دانش‌آموزان گروه آزمایش در مراحل پی‌گیری با مرحله پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود. تاب‌آوری گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ۸۳/۴۵ بوده و در مرحله پی‌گیری نیز برابر با ۸۲/۴۵ می‌باشد که نشان می‌دهد نمرات هر دو مرحله گروه آزمایش تقریباً یکسان می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون باکس و کرویت موخلی در مورد پیش‌فرض برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها نمره‌های آزمودنی‌های مورد مطالعه

آزمون باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲۰/۶۲۱	۱/۰۵۵	۶	۱۰۴۶۲/۱۸	۰/۰۵۶
نتایج آزمون کرویت موخلی				
خی دو	درجه آزادی		سطح معناداری	
۴۷/۳۰	۲		۰/۰۰۱	

قبل از تحلیل داده‌ها به بررسی مفروضه‌های همسانی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها می‌پردازیم (در جدول شماره ۳). با توجه به نتایج آزمون کرویت موخلی ($P < ۰/۰۱$, $F = ۳۰/۴۷$) و همسان نبودن واریانس‌ها از تصحیح گرین‌هاوس-گیزر استفاده شد. نتایج آزمون باکس نشان می‌دهد که مفروضه همسانی کوواریانس‌ها برقرار است ($P < ۰/۰۵$, $M'Box = ۲۰/۶۲۱$).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثربخشی روش درمانجو مداری راجرز در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرب تغییرات
بین‌گروهی	گروه	۱	۲۴۶۵۳/۳۳	۲۵۳/۳۵۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۰
	خطا	۳۸	۳۶۹۷/۷			
درون‌گروهی	تاب‌آوری	۱/۱۶۲	۱۰۰۸۷/۳۳۵	۱۴۰۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴
	تعامل تاب‌آوری × گروه	۱/۶۲	۱۰۴۲۶/۶۰۸	۱۴۵۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵
	خطا (تاب‌آوری)	۳۱۶/۸۰	۴۴/۱۴۶	۷/۱۷۶		

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که اجرای روش در مانجومداری راجرز به‌طور معناداری تاب‌آوری دانش‌آموزان مورد مطالعه را افزایش داده است ($F=1452/97, P=0/001$). در ضمن میزان این تأثیر، یعنی ضریب تغییر اتا، برابر $0/975$ شده است یعنی حدود $97/5$ درصد از افزایش تاب‌آوری در میان دانش‌آموزان گروه آزمایش در اثر اجرای روش در مانجومداری راجرز بوده است. بنابراین، نتایج نشان‌دهنده آن است که روش در مانجومداری راجرز در تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر و در طول زمان از پایداری مناسب برخوردار است و آن را افزایش داده است و این افزایش از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد.



نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پی‌گیری

همان‌طور که در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. این تفاوت میانگین‌ها پس از اعمال متغیر مستقل تفاوت معناداری پیدا می‌کند و چنانچه در مرحله پی‌گیری دیده می‌شود علی‌رغم اینکه اثر متغیر مستقل در مرحله پی‌گیری کمی کاهش پیدا می‌کند اما همچنان تفاوت میانگین دو گروه قابل توجه و معنادار است.

■ بحث و نتیجه‌گیری ■

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش درمانجومداری راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان بود. نتایج پژوهش نشان داد که روش درمانجومداری راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر و در طول زمان از پایداری مناسبی نیز برخوردار است. این نتایج با یافته‌های تحقیقات پیشین (سیبرت، ۲۰۰۷؛ ارک و همکاران، ۲۰۰۸ و برنات^{۳۹}، ۲۰۰۹) مبنی بر اینکه افرادی که دارای تاب‌آوری بالا هستند در موقعیت‌های خطرناک می‌توانند به حالت طبیعی بازگردند بدون آن‌که سلامت روانشان کاهش یابد همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها اسنایدر و لویز^{۴۰} (۲۰۰۲) معتقدند که این‌گونه افراد در مقابله با مشکلات کارآمدی بیشتری دارند؛ در واقع افرادی که دست به تلاش بیشتر و تجربه مثبت و به‌سوی خود کارآمدی (که از مفاهیم روش درمانجومداری راجرز است) می‌روند، با افزایش تاب‌آوری به بهترین شکل می‌توانند موقعیت را تغییر دهند و از عهده مشکل برآیند و در برابر مشکلات گوناگون در راستای تغییر کوشش کنند و تا پذیرش نقش خود در افزایش تاب‌آوری برای اصلاح موقعیت‌ها در برابر مشکلات پویا باشند. بر این اساس افراد برای بهبود تاب‌آوری می‌توانند از روش‌های درمانجومداری راجرز استفاده کنند. صفت کارآمدی، که راجرز برای آن ویژگی‌هایی بیان کرده است (مادی، ۱۹۸۹) و از خصوصیات افراد تاب‌آور است. این‌گونه افراد با وجود قرار گرفتن در محیط‌های آسیب‌زا روانشان آسیب نمی‌بیند و مسائل و مشکلات زندگی را به دید مثبت نگاه می‌کنند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات می‌شود. این افراد برای آینده‌شان هدف، ارزش و برنامه‌ریزی داشته و زندگی برایشان معنادار است. با توجه به ویژگی‌هایی که دانش‌آموزان با تاب‌آوری بالا دارند یکی از راه‌های مناسب کمک به آنان آموزش روش درمانجومداری راجرز است. مروری بر ادبیات پژوهش حاکی از آن است که، به دلایل زیر، آموزش روش درمانجومداری راجرز برای بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان مناسب است:

۱. آموزش روش درمانجومداری راجرز به دانش‌آموزان یاد می‌دهد که افزایش اعتماد به ادراک خود و به‌کارگیری تجارب قدیمی خویش در روش‌های تازه، که به درک خویشتن و به فهمیدن نقطه نظرات دیگران می‌انجامد، می‌تواند به همدلی و کارآمدی آنان منجر شود. این چنین برنامه‌ای با خصوصیات افراد تاب‌آور همخوانی دارد و باعث افزایش تاب‌آوری آنان می‌شود.

۲. ارزیابی ۱۷ تحقیق منتشرشده دربارهٔ درمان روش راجرز که در فرا تحلیل اسمیت (۲۰۰۲) وجود داشت نشان داد که اثربخشی ظاهری این درمان عمدتاً بر درمان مشکلاتی استوار است که در محیط‌های تحصیلی روی می‌دهند (چامپی و شولتز^{۴۱}، ۲۰۰۳). گروا، دوناتی و برنور^{۴۲} (۱۹۹۸) پس از بررسی جامع ۸۹۷ تحقیق - نتیجه درمان دربارهٔ انواع روان‌درمانی‌ها که در ایالات متحده و اروپا منتشر شدند - معلوم کردند که درمان روش راجرز در مقایسه با لیست انتظار در بیش از ۹۰ درصد تحقیقات، فوایدی را به بار آورد که از لحاظ آماری معنادار است (ریچرتز^{۴۳}، ۱۹۹۸).

با توجه به این فرضیه که روش درمانجو مدار راجرز بر تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر و در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است که نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش دیگر (استنبرگ و بری^{۴۴}، ۱۹۹۴؛ گارمزی، ۱۹۹۱؛ و ایساکسون، ۲۰۰۲) مبنی بر اینکه خودشکوفایی مؤلفه‌ای اساسی در تاب‌آوری افراد است همسوست. زیرا خودشکوفایی، بخش اصلی روش درمانجو مداری راجرز است و مؤلفه‌های روش درمانجو مداری راجرز با برانگیختگی، آگاهی، مسئولیت و نگرش مثبت به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا در شرایط نامشخص و ناآشنا بتوانند تاب‌آوری خود را حفظ کرده و عملکرد مناسب داشته باشند. همچنین در این روش دانش‌آموزان می‌توانند قابلیت‌ها و استعدادهای خود را بشناسند و در نهایت در جهت خودشکوفایی گام بردارند. این مسئله بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان در طول زمان مؤثر بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت دانش‌آموزانی که موفق به کشف قواعد و اصول تاب‌آوری از طریق روش درمانجو مداری راجرز می‌شوند می‌توانند توانایی خود را به موقعیت‌های دیگر تعمیم دهند. یادگیرندگان روش درمانجو مداری راجرز با هدف خودشکوفایی تمایل به داشتن تاب‌آوری بهتر از دیگران، به‌منظور نشان دادن شایستگی خود، نسبت به دیگران تلاش می‌کنند. افرادی که در مشاورهٔ گروهی درمانجو مداری شرکت داده شدند، خصوصیات مربوط به تاب‌آوری را یاد گرفته‌اند و آن‌ها را تقویت کرده‌اند تا در طول زمان از آن بهره ببرند. بر اساس فرضیه‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود، از طریق معاونت آموزش متوسطه، مدیران و مشاوران میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان را مشخص کرده و در مدارس دانش‌آموزانی را که تاب‌آوری آن‌ها پایین است تعیین کنند و روش درمانجو مداری راجرز را به‌عنوان روشی مؤثر و پایدار جهت افزایش آن، در هر مدرسه، اجرا کنند.

تاثیر روش درمانجو مدارای راهبردی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان

منابع

- بهزادپور، سمانه. (۱۳۹۲). رابطه بین حل مسئله و تاب‌آوری با میزان رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان دارای پیشرفت بالا و پایین. فصلنامه شناخت اجتماعی ۲(۶)، ۴۲-۲۵.
- طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به‌منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان دوره راهنمایی، مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۶(۶۵)، ۷۰-۵۶.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحرارگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- رحمتی، عباس. (۱۳۸۳). آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان کرمان (پایان‌نامه دکتری). دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- شریفی، حسن پاشا. (۱۳۸۹). روش تحقیق در علوم تربیتی. تهران: انتشارات سخن.
- عبادت پور، بهناز. نوابی نژاد، شکوه. شفیع‌آبادی، عبدالله. فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده برای تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دلدزدگی زناشویی. روش‌های و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۲۹-۴۵.
- کوری، جرالدا. (۱۳۹۳). نظریه‌ها و روش‌های مشاوره گروهی (ترجمه فائزه عسگری، مریم خدابخش، مهرنوش دارینی و فرناز عسگری، چاپ دوم). تهران: نشر شبنم دانش.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. (پایان‌نامه دکتری). دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- Arce, E, Simmons, A. W., Winkielman, P., Stein, M. B., Hitckock, C. & Paulus, M. P. (2008). Association between individual differences in self- reported emotional resilience and the affective- perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 25(2), 210-222.
- Bernat, F. (2009). Youth Resilience: can schools Enhance youth Factors for Hope, optimism, and success? *Women & criminal justice*, 19(3), 251.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *American Psychological Society*, 14(3), 135-138.
- Campbel- Sills, L., Cohan, S. L., Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Champney, T. E, & Schulz, E. M. (2003). *A reassessment of the effects of psychotherapy*. Paper presented at the 55th annual meeting of the Midwestern psychological Association, Chicago, IL. (ERIC document ED237895).
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the after math of trauma. *The journal of clinical psychiatry*, 67(2), 46-49.
- DeCarvalho, R. J. (2005). Otto Rank. The Rankian circle in Philadelphia, and the origin of Carl Roger person centered psychotherapy. *History of Psychology*, 2, 132-148.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339.
- Fitzpatrick, M. A., & Rithchie, L. D. (1994). Communication schemata within the family: Multiple perspective on family interaction. *Human Communication Research*, 20, 275-301.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). The family communication patterns theory: Observations on its development and application. *Journal of Family Communication*, 4, 167-179.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2002. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building for developmental psychopathology. *Child development*, 55, 97-111.
- Garmezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Grawa, K., & Bernauer, F. (1998). *Psychotherapy in transition*. Seattle: Hogrefe & Huber.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 6-105.
- Hawly, R. D. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American journal of family therapy*, 8, 101-106.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Luthans, F., Youssef, C., & Avolio, B. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford, England: Oxford University press.
- Maddi, S. (1989). *Personality theories A comparative analysis* (5th Ed). Chicago: Dorsery Press.
- Martin, A. (2002). *Perceptions of students with emotional/ behavioral disorder regarding their construction of self-determination* (Unpublished doctoral dissertation). Denton, Texas.
- Masten, A. S. Coatsworth, J. D. & Carle, A. C. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from successful children. *American psychologist*, 53, 205-220.
- Melvin, K. S, Gross, D., Hayat, M. J, Jennings. B. M., Campbell, J. C. (2012). Couple Functioning and post-traumatic stress symptoms in US Army couples: The role of resilience. *Research in Nursing & Health*, 35 (2), 164-270.
- Ong, A., Bergamen, C. & Boker, S. (2009). Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *Journal of personality*, 77, 1778-1804.
- Rak, F. C., Patterson, L. (1999). Promoting resilience in at risk children. *Journal of counseling and development*, 21, 328-340.
- Reicherts, M. (1998). Gesprächspsy chotherapie. In U. Baumann & M. Perrez (Eds.), *Lehrbuch klinische psychologie* (pp. 67-78, 2nd Ed). Bern: Hans Huber.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1987). An interview with Carl Rogers. In A. O. Ross (Ed.) *Personality: The scientific study of complex human behavior* (PP. 118-119). New York: Holt. Rinehart & Winston.
- Rogers, C. R., Gendlin, E., Kiesler, D., & Truax, C. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Selcuk, G. s., Caliskan, s., & Erol, M. (2007). The effect of gender and grade levels on Turkish. Physics teacher candidates problem solving strategies. *Journal of Turkish since education*, 4(2), 10-19.
- Shannon, C. A. (2008). *Adult children of alcoholics and non alcoholics: A comparative of resiliency, attachment and individual protective factors* (Unpublished doctoral dissertation). University of Hartford.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Siebert, A. I. (2007). *How to Develop Resiliency Stregths*. Retrieved from <http://www.resiliency center.com>.
- Smith, M. T. (2002). Comparative meta analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of psychiatry*, 159, 5-11.
- Smith, M. T., Glass, G. V., & Miller, T. L. (1980). *The benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Snyder, C. R., & Lopez, J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford university press.
- Sternberg, J. A & Bry, B, H, (1994). Solution generation and family conflict over time in problem-solving therapy with families of adolescents: The Impact of therapist behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, 16, 65-76.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *journal of Research in personality*, 25(6), 15-21.
- Wexler, D. (1974). A Cognitive theory of experiencing self-actualization, and therapeutic process. In D. Wexler &

تأثیر روش درمانی بر تاب‌آوری دانشجویان

- L. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp.152-178). New York: Wiley.
- Wilson, J. P. & Drozdek, E. (Eds) (2004). Broken: the treatment spirits of traumatized asylum seekey, refugees & war & torture victim. In Agaibi, C. E., Wilson. J. P. (Eds.), *Trauma, PTSD, and resilience* (pp. 141-173).
 - Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Hnadbook of adult resilience* (pp. 85-101). New York: The Guilford Press.
 - Zigler, E., & Hodapp, R. M. (1986). *Understandig Mental Retardation*. Cambridge University Press.
 - Zimring, E. (1974). Theory and practice of client centered therapy: A cognitive view. In D. Wexler & L. Rice (Eds.), *Innovations in client centered therapy* (pp. 141-150). New York: Wiley.

پی‌نوشت‌ها

1. Selcuk, G. S., Caliskan, S. & Erol, M.
 2. Resiliency
 3. Siebert, A. L.
 4. Shannon, C. A.
 5. Kumpfer, K. L.
 6. Luthans, F., Youssef, C. & Avolio, B.
 7. Zautra, A. J., Hall, J. S. & Murray, K. E.
 8. Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y.
 9. Kabat-Zinn, J.
 10. Hawly, R. D.
 11. Campbel, L., Cohan, S. L., Stein, M. B.
 12. Garmezy, N., Masten, A.S. & Tellegen, A.
 13. Masten, A. S., Coatsworth, J. D. & Carle, A. C.
 14. Fitzpatrick, M. A. & Rithchie, L. D.
 15. Conversation orientation
 16. Conformity orientation
 17. Rak, F. C. & Patterson, L.
 18. Wexler, D.
 19. Zimring, E.
 20. Rogers, C. R., Gendlin, E., Kiesler, D. & Truax, C.
 21. Eisenberg, N. & Spinrad, T. L.
 22. DeCarvalho, R. J.
 23. Zigler, E., & Hodapp, R. M.
 24. Maddi, S.
 25. Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. L.
 26. Shapiro, D. A. & Shapiro, D.
 27. Walsh, F.
 28. Melvin, K. S., Gross, D., Hayat, M. J., Jennings. B. M. & Campbell, J. C.
 29. Bonanno, G. A.
 30. Connor, K. M.
 31. Wilson, J. P. & Drozdek, E.
 32. Ong, A., Bergamen, C. & Boker, S.
 33. Issacson, B.
 34. Martin, A.
 35. Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. & Larkin, G. R.
 36. Arce, E, Simmons. A. W., Winkielman, P., Stein, M. B., Hitckock, C. & Paulus, M. P.
 37. Waugh, C.E., Fredrickson, B. L. & Taylor, S. F.
۳۸. پروتکل برگرفته از کتاب مشاوره گروهی جرال دکوری است.
39. Bernat, F.
 40. Snyder, C. R. & Lopez, J.
 41. Champney, T. E. & Schulz, E. M.
 42. Grawa, K., Donati & Bernauer, F.
 43. Reicherts, M.
 44. Sternberg, J. A. & Bry, B. H.