



Developing a model of psychological self-care training and its effectiveness on the resilience of vulnerable adolescent girls in Tehran

68

Tooba Orang¹ | Simin Hosseinian² | Sayed Monavar Yazdi³ | Ali Akbar samari⁴

Vol. 19
Autumn 2024

Research Paper

Received:
17 September 2023

Revision:
06 March 2024

Accepted
16 April 2024

issuance
5 May 2024
P.P: 1-18

ISSN: 2645-4955
E-ISSN: 2645-5269

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigate the development of a psychological self-care model and its effectiveness on the resilience of vulnerable adolescents in Tehran.

Method: The present research method was mixed (qualitative-quantitative) of exploratory type. In the qualitative part, the narrative research method was used, and in the quantitative part, the semi-experimental design of pre-test, post-test and follow-up with the control group was used. The research community was formed by teenage girls aged 13 to 18 years old in Tehran in 1401-1402. In the qualitative section, after interviewing a sample of 12 people, theoretical saturation was done in the targeted method, and in the quantitative section, 30 people were selected by non-random sampling method. Available randomly selected. The research tool was a semi-structured interview in the qualitative part, and the Connor and Davidson (2003) resilience scale was used in the quantitative part. After developing the educational model of psychological self-care, the subjects of the experimental group were exposed to the intervention for 12 90-minute sessions, and finally, the data were analyzed using the combined variance analysis method.

Method: The present research method was mixed (qualitative-quantitative) of exploratory type. In the qualitative part, the narrative research method was used, and in the quantitative part, the semi-experimental design of pre-test, post-test and follow-up with the control group was used. The research community was formed by teenage girls aged 13 to 18 years old in Tehran in 1401-1402. In the qualitative section, after interviewing a sample of 12 people, theoretical saturation was done in the targeted method, and in the quantitative section, 30 people were selected by non-random sampling method. Available randomly selected. The research tool was a semi-structured interview in the qualitative part, and the Connor and Davidson (2003) resilience scale was used in the quantitative part. After developing the educational model of psychological self-care, the subjects of the experimental group were exposed to the intervention for 12 90-minute sessions, and finally, the data were analyzed using the combined variance analysis method.

Conclusion: According to the results of this research, the educational model of psychological self-care focusing on self-efficacy, source of control, emotion regulation and problem solving leads to improving the resilience of vulnerable teenagers.

Keywords: educational model of psychological self-care, resilience, vulnerable teenagers

1. PhD student in Counseling , Counseling Department , Mashhad Branch , Islamic Azad University , Mashhad , Iran.
2. Corresponding Author: Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran. hosseinian@alzahra.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

Cite this Paper: Orang'T, Hosseinian'S; Yazdi'M & samari'A . Developing a model of psychological self-care training and its effectiveness on the resilience of vulnerable adolescent girls in Tehran. The Women and Families Cultural-Educational, 68(3), 1-18.

Publisher: Imam Hussein University

© Authors



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) .



تدوین الگوی آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی و اثربخشی آن بر تاب‌آوری دختران نوجوانان آسیب‌پذیر شهر تهران

طوبا اورنگ^۱ | سیمین حسینیان^{۲*} | سیده منور یزدی^۳ | علی‌اکبر ثمری^۴

۶۸

سال نوزدهم
پاییز ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶

صص: ۱-۱۸

شاپا چاپی: ۴۶۴۵-۴۹۵۵
الکترونیکی: ۴۶۴۵-۵۲۶۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تدوین الگوی خودمراقبتی روان‌شناختی و اثربخشی آن بر تاب‌آوری نوجوانان آسیب‌پذیر شهر تهران بود. روش: روش پژوهش حاضر آمیخته (کیفی-کمی) از نوع اکتشافی بود. در بخش کیفی از روش روایت پژوهی و در بخش کمی از طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه پژوهش را دختران نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل دادند که از این جامعه در بخش کیفی پس از مصاحبه با نمونه ۱۲ نفری به روش هدفمند اشباع نظری صورت پذیرفت و در بخش کمی ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش در بخش کیفی مصاحبه نیمه ساختار یافته بود و در بخش کمی از مقیاس مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پس از تدوین الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی، آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در معرض مداخله قرار گرفتند و نهایتاً داده‌ها به روش تحلیل واریانس ترکیبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: در بررسی کیفی پدیدار شناسی مؤلفه‌های خودمراقبتی پس از کدگذاری مقوله‌ها، پنج مضمون اصلی ظرفیت‌های درون‌فردی خودمراقبتی روانی، خودمراقبتی روانی بین‌فردی، ارزیابی خودمراقبتی، تسهیلگرهای خودمراقبتی و راهبرد‌های خودمراقبتی روانی احصاء شد. در بخش کمی نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که در گروه مداخله بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مراحل پیش‌آزمون و پیگیری، در نمرات متغیر تاب‌آوری، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$)؛ اما بین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش، در پس‌آزمون با پیگیری تفاوتی مشاهده نشده است ($p > 0/01$). در گروه گواه نیز، در مقایسه‌های زوجی سه‌گانه تفاوت معناداری بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون یافت نشد ($p > 0/01$). همچنین به منظور واکاوی بهتر تفاوت‌های گروهی در زمان ارزیابی، از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن نشان داد که پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش، در دو گروه درمان و گواه تفاوتی ندارند ($p > 0/01$)؛ متغیرهای در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت گروهی معناداری نشان داده‌اند ($p < 0/01$). این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که درمان بر متغیر پژوهش، تاثیر داشته است و تفاوت گروهی در پس‌آزمون و پیگیری وجود داد. از سوی دیگر، طبق نتایج تعامل زمان و گروه نیز تاثیر معناداری بر بازسازی معنا داشت. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی با تمرکز بر خودکارآمدی، منبع کنترل، تنظیم هیجان و حل مسئله به بهبود تاب‌آوری نوجوانان آسیب‌پذیر می‌انجامد.

کلید واژه‌ها: الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی، تاب‌آوری، نوجوانان آسیب‌پذیر، دختران.

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

hosseinian@alzahra.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.

مقدمه

دوره نوجوانی^۱ از مهمترین و درعین حال پراسترس‌ترین و آسیب‌زاترین مراحل زندگی است (پوپووا و همکاران^۲، ۲۰۲۰). در این دوره، بلوغ باعث تغییرات فیزیولوژیکی، هیجانی، شناختی و اجتماعی در نوجوانان می‌شود و این تغییرات بر ابعاد مختلف زندگی نوجوانان تأثیر می‌گذارد (ابویی مهریزی و همکاران، ۱۴۰۰). نوجوانی سرآغاز تحولات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. رشد یک نوجوان در خانواده، محیط اجتماعی و زمینه فرهنگی که در آن زندگی می‌کند، اتفاق می‌افتد و توجه به ریسک فاکتورها می‌تواند از بروز مسائل حاد جلوگیری کند (فرزانه جاجرمی و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت که در سال‌های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان‌های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست‌گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان حاشیه‌نشین است (خاکپور و همکاران، ۱۴۰۰).

دوره نوجوانی که با تغییرات جسمانی، روانشناختی و اجتماعی گسترده همراه است، به دلیل خودمحوری و عدم درک مناسب نوجوانان از رفتارهای خود، مرحله مهمی برای شروع رفتارهای پرخطر نیز محسوب می‌شود (جوهری فرد، و همکاران، ۱۴۰۰). این رفتارها به صورت مستقیم و غیرمستقیم و با قصد مشخص مانند خودزنی (کوآرشی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ سوءمصرف مواد مخدر (سدیبه و هندریکس^۴، ۲۰۲۰)؛ رفتارهای جنسی پرخطر (اوریهوا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ رانندگی پرمخاطره و مصرف الکل (واکا^۶ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ مصرف سیگار و دخانیات (وگل^۷ و همکاران، ۲۰۲۰) و بزهکاری (الونن^۸ و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داده می‌شود. به همین دلیل موضوع سلامت و رفتارهای بهداشتی نوجوانان با تمرکز بر رفتارهای پرخطر به افکار عمومی راه یافت (قربانی و همکاران، ۱۳۹۹). از آنجایی که رفتارهای پرخطر سلامت و بهزیستی نوجوانان را به خطر می‌اندازد، شناخت عوامل مؤثر بر آن اهمیت فراوانی دارد (هوانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

1. Teenager
2. Popova, E.
3. Quarshie, E.
4. Sedibe, M., & Hendricks, G
5. Orihuela, C.
6. Vaca, F. E.
7. Vogel, E.
8. Ellonen, N.
9. Hwang, Y.

افزون بر این مفهوم تاب آوری^۱ به عنوان یکی دیگر از عوامل پیش بینی کننده رفتارهای پرخطر مطرح است (گلدستین^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). با توسعه روانشناسی مثبت گرا، محققان توجه بیشتری را به تأثیر مثبت رویدادهای منفی بر سلامت روان نوجوانان معطوف کردند (ژیائو^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر، همه افراد در مصیبت ها و شرایط سخت، پیامدهای منفی مانند اضطراب و افسردگی را تجربه نمی کنند و برخی افراد در عوض نتایج مثبت بهتری را در نتیجه شرایط منفی تجربه می کنند. از این رو، برخی از متخصصان اصطلاح تاب آوری را پیشنهاد کرده اند که به عنوان توانایی مقاومت و بازیابی از محیط های نامطلوب به شیوه ای مؤثر تعریف می شود (سینگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). تاب آوری به عنوان یکی از عوامل محافظت کننده سلامت روان، می تواند افراد را از مشکلات روانی منفی مانند استرس و اضطراب محافظت کند و عزت نفس بالا را برای کاهش علائم افسردگی ارتقا دهد (گلدستین^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات قبلی نشان داده اند که تاب آوری تحت تأثیر تعداد زیادی از عوامل تأثیرگذار از جمله عوامل محافظتی مانند روابط خانوادگی هماهنگ، روابط دوستانه با همسالان و مهارت های مقابله ای مثبت است (تانگ، دیائو، جین، پو و وانگ^۶، ۲۰۲۲) و نقش مهمی در مقابله و رویارویی با مصائب و مشکلات افراد در زندگی روزمره دارد (آلارکون، سروزوریال هویلا و بالانکا^۷، ۲۰۲۰). همچنین تاب آوری، صفت داشتن تمایلات مثبت است که افراد را قادر می سازد به طور مؤثر با موقعیت های استرس زا کنار بیایند (سانگ، یانگ، یانگ، ژو، تنگ، چن^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). این متغیر به عنوان یک منبع شخصیتی و درونی در برابر گرایش نوجوانان به سمت رفتارهای پرخطر به صورت سپر محافظتی عمل می کند و می تواند از نوجوانان در برابر رفتارهای آسیب زا مراقبت کند.

در این میان یکی از رویکردهای مهم در زمینه سلامت نوجوانان، توجه به مقوله خودمراقبتی^۹ و اصول آن، متناسب با رشد جسمی و روانی آنها است. در دنیای کنونی آموزش خود مراقبتی برای رشد ذهنی، عاطفی، اخلاقی، اجتماعی و مهارتی افراد برنامه ریزی شده و راهکار مناسبی به شمار

1. Resilience
2. Goldstein, E.
3. Xiao Y.
4. Singh R.
5. Goldstein, E.
6. Tang, Y. Diao, H. Jin, F. Pu, Y & Wang, H
7. Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S., & Blanca, M. J
8. Song, Sh. Yang, X. Yang, H. Zhou, P. Ma, H. Teng, Ch. Chen, H
9. Self care

می‌رود. چراکه افراد در کنار آموزش مفاهیم نظری در زمینه مهارت‌های زندگی و روابط بین فردی، مهارت‌های خود مراقبتی نیز کسب می‌کنند (خوشنویس و ستاری، ۱۳۹۷). مراقبت راهی است که به‌وسیله‌ی آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و سلامت خود را ارتقا بخشند (لیو^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). خودمراقبتی به‌عنوان عملکرد تنظیمی آموخته‌شده، به معنی توانایی انجام اعمال خودمراقبتی است (چن^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) و مراقبتی بحساب می‌آید که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیت‌شان انجام می‌شود. تأثیر خودمراقبتی در بهبود پیامدهای سلامت و کاهش هزینه‌ها، در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است (زری مقدم و همکاران، ۱۴۰۰). در واقع مراقبت از خود شامل هرگونه فعالیتی است که فرد تلاش می‌کند تا به کمک آن حیات و تندرستی خود را حفظ کند (دوزنده، صادقی و محمدی، ۱۳۹۹). اورم^۳ (۲۰۰۳) انسان را عامل مراقبت از خود می‌داند که تمام مراقبت‌های لازم برای سلامتی را انجام می‌دهد تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کند و به طور دائم احساس خوب بودن داشته باشد (چراغی و همکاران، ۱۳۹۹). آموزش خودمراقبتی می‌تواند به طور مؤثر سلامت روانی و تاب‌آوری را افزایش (فیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) و اضطراب و افسردگی، همچنین رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی مانند سیگار کشیدن، سوء مصرف الکل و آسیب‌های غیرعمدی را کاهش دهد (فنیوک-اسمیت^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین ارتقاء رفتار مراقبت از خود به نوجوانان کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه‌ی خود داشته باشند و بتوانند از عهده‌ی عملکرد اجتماعی خود برآمده و بدین وسیله کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشند.

همتی و ثابتلویی (۱۳۹۴) در پژوهشی بر اساس مدل خودمراقبتی اورم (۱۹۹۵)، پنج بعد خودمراقبتی را در جامعه ایرانی مورد شناسایی قرار داده‌اند که این ابعاد عبارت‌اند از: خودمراقبتی جسمانی، خودمراقبتی عاطفی، خودمراقبتی اجتماعی، خودمراقبتی روزانه و خودمراقبتی بهنگام بیماری. عموم پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با آموزش خودمراقبتی، مبتنی بر همه ابعاد و معطوف به بیماران بوده و تا کنون پژوهشی با هدف تدوین الگوی خودمراقبتی مبتنی بر سلامت

1. Liu, L

2. Chen, J

3. Orem, D

4. Feiss R, Dolinger SB, Merritt M, Reiche E, Martin K, & Yanes JA

5. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, & Thompson, SC

روانشناختی بر افراد در معرض آسیب های روانشناختی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه و تقویت این توانمندی ها نزد نوجوانان می توان گامی مهم در راستای ارتقای سلامت روانی آنها برداشت و بر همین اساس و به لحاظ نبود الگویی مبنی بر آموزش خودمراقبتی روان شناختی، این پژوهش قصد دارد تا به تدوین الگوی خودمراقبتی روان شناختی و سنجش اثربخشی آن بر تاب آوری نوجوانان آسیب پذیر شهر تهران بپردازد. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی تدوین الگوی خودمراقبتی روان شناختی و اثربخشی آن بر تاب آوری دختران نوجوان آسیب پذیر شهر تهران است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آمیخته (کیفی-کمی) است. پژوهش حاضر سعی در بررسی روش پدیدارشناسی نوجوانان دختر آسیب پذیر و اثربخشی آموزش مبتنی بر خودمراقبتی روانشناختی در این جامعه را داشت، لذا پژوهش حاضر از نظر هدف ترکیبی است که با هر دو روش کیفی و کمی اجرا شد. در مرحله کیفی با استفاده از روش پدیدارشناسی به بررسی شرح حال نوجوانان آسیب پذیر با استفاده از ابزار مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته پرداخته شد. جامعه پژوهش حاضر را ۱۵ نفر از نوجوانان دختر آسیب پذیر ۱۳ تا ۱۸ ساله ساکن تهران در سال ۱۴۰۱ که تحت پوشش مراکز خیریه هستند، تشکیل دادند. فرایند نمونه گیری در بخش کیفی تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. پس از نوشتن و ارزیابی مطالعه کیفی به روش روایت پژوهی، برنامه آموزش مبتنی بر خودمراقبتی روانشناختی بر اساس ابعاد بدست آمده در مصاحبه تدوین شد و در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان قرار گرفت. شاخص نسبت روایی محتوای برنامه با روش لاوشه و با ضریب توافق CVR برابر با ۰/۹۶ سنجش و مورد تأیید قرار گرفت. در بخش کمی، از روش طرح نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. هم چنین جامعه پژوهش نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دختران نوجوانان آسیب پذیر ساکن تهران در سال ۱۴۰۱ که تحت پوشش مرکز خیریه یاوری سبز تشکیل دادند. نمونه انتخاب شده به صورت هدفمند و گزینش تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه جایگزینی شدند. جهت انجام اثربخشی آموزش خودمراقبتی روانشناختی، از طرح نیمه آزمایشی استفاده شد. بدین صورت ابتدا پیش آزمون اجرا شد و سپس به صورت تصادفی بر روی یکی از دو

گروه آزمایش، الگوی آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی اجرا گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد و در پایان آموزش، پس از آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های متداول آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) و برای سنجش اعتبار پرسشنامه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده شد. در پایان برای آگاهی از پایداری اثر درمان به فاصله دو ماه، پیگیری از آزمودنی‌ها بعمل آمد. ملاک ورود به پژوهش دامنه سنی نوجوانی، تحت پوشش مراکز خیریه، عدم مصرف داروهای توهم‌زا، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌ی درمانی دیگر و تمایل به حضور در مداخله و نداشتن بیش از دو جلسه غیبت بود. ملاک خروج از پژوهش نداشتن ملاک‌های تعیین‌شده برای ورود بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس‌پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای است. مدانلو (۱۳۸۸، ص ۴۶) این مقیاس را برای استفاده در ایران انطباق داده است. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای تنظیم شده‌اند، (کاملاً نادرست = ۰، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳، همیشه درست = ۴). بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر، بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است و نقطه برش این مقیاس امتیاز ۵۰ می‌باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. این مقیاس دارای ۵ مؤلفه: تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی

است. مدانلو (۱۳۸۸) در پژوهش خود برای بررسی روایی این مقیاس از پرسشنامه عواطف مثبت و منفی، پرسشنامه شادی و افسردگی استفاده کرد و نتایج نشان داد که پرسشنامه عواطف مثبت (۰/۶۶)، پرسشنامه شادی (۰/۴۶) و افسردگی (۰/۴۵) است. پایایی این آزمون در سایر تحقیقات داخلی نیز مورد بررسی و تاکید قرار گرفته است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا، همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان، همبستگی منفی معناداری داشتند، که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله‌ی ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ درصد بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمودی (۱۳۸۴، ص ۳۷) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۱ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد. روایی، پایایی فرم فارسی ابزار در نمونه‌های بهنجار و بیمار بررسی و تأیید شده‌اند. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) روی یک نمونه‌ی دانشجویی، پایایی مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. همچنین مدانلو (۱۳۸۸) در پژوهش خود ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق روش‌های آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۴ به دست آورد. در پژوهش حاضر ابعاد تصور از شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۸۱ و ۰/۶۹ بدست آمده است.

برای انجام پژوهش حاضر، ابتدا پس از طرح پروپوزال پژوهش و دریافت کد اخلاق پژوهشی، برای گزینش نمونه پژوهش به چند مرکز خیریه در شهر تهران مراجعه شد و طی فراخوان از نوجوانان تحت پوشش خیریه دعوت به همکاری شد. سپس مصاحبه کیفی به روش نیمه ساختار یافته انجام شد و پس از پانزده مصاحبه، اشباع نظری صورت گرفت و مؤلفه‌های خودمراقبتی روان‌شناختی به روش کدگذاری استخراج شدند. سپس، برنامه آموزش مبتنی بر خودمراقبتی روان‌شناختی بر اساس ابعاد بدست آمده در مصاحبه تدوین شد و در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان قرار گرفت. شاخص

نسبت روایی محتوای برنامه با روش لاوشه و با ضریب توافق CVR برابر با ۰/۹۶ سنجش و مورد تأیید قرار گرفت .

جدول ۱. جلسات آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی به نوجوانان آسیب پذیر

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
اول	بررسی وضعیت افراد و آشنایی با مفهوم خودمراقبتی	مصاحبه اولیه با نوجوانان و ایجاد ارتباط در یک محیط امن و حمایت کننده همراه با احساس همدردی و توضیح درباره تعریف خودمراقبتی، چگونگی انجام آن و ارتباط آن با سلامت روان.	ثبت فعالیت های خودمراقبتی	برقراری رابطه و آگاهی از مفاهیم
دوم	توجه به خودکارآمدی و نقش آن در خودمراقبتی	بحث در ارتباط با خودمراقبتی های انجام شده و موانع خود مراقبتی، شناخت انواع خود و چگونگی توانمند شدن برای خودمراقبتی، آشنایی با مفهوم خودکارآمدی، کارکرد خودکارآمدی و روش های تقویت آن	فکر به انواع خودهای تجربه شده و تلاش برای تقویت خودکارآمدی	فهم انواع خود و توانمند سازی آن برای مراقبت از خود
سوم	شناخت منبع کنترل در خودمراقبتی	بحث در ارتباط با مسئولیت پذیری افراد یا شانس بودن رویداد ها و نقش افراد در کنترل اتفاقات، توجه به مفهوم منبع کنترل درونی و بیرون و کانون کنترل سلامت در خودمراقبتی، مسئولیت پذیری برای خودمراقبتی	مسئولیت پذیری فردی برای کاهش آسیب و افزایش رفتار خودمراقبتی	افزایش مسئولیت پذیری و توجه به منبع کنترل درونی
چهارم	ارتباط مؤثر و مراقبت از خود در برابر دیگران	بحث در ارتباط با روش های برقراری رابطه و اهمیت ارتباط مؤثر در غلبه بر چالش های زندگی، آگاهی از انواع ارتباط و شناسایی انواع پیام، بررسی روش های برقراری رابطه مؤثر و آموزش مهارت جرأت‌مندی	تمرین ارتباط مؤثر و جرأت‌مندانه در رابطه با دیگران	آشنایی با مهارت های ارتباطی و رفتارهای جرأت‌مندانه

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
پنجم	مهارت حل مسأله و تصمیم گیری در غلبه بر موانع خود مراقبتی	بحث در ارتباط با روش های غلبه بر موانع خودمراقبتی و راهبردهای حل مسأله، آگاهی از مهارت حل مسأله و مراحل آن، توجه به تصمیم گیری و روش های گزینش بهترین تصمیم برای خودمراقبتی	تمرین مهارت های حل مسأله و تصمیم گیری در یک موقعیت واقعی	آشنایی با مهارت های حل مسأله و تصمیم گیری
ششم	تنظیم هیجان و خودمراقبتی	آگاهی از نقش مفهوم هیجان و خودآگاهی هیجانی در مراقبت از خود، شناسایی خصیصه های هیجان و راهبرد های تنظیم هیجان، تمرین سبک های مواجهه ای و پیامد های هر نوع مواجهه، آموزش روش های تنظیم هیجان مؤثر	مقابله ذهن آگاهانه برای جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی	آشنایی با راهبردهای تنظیم هیجان
هفتم	خودمراقبتی و مدیریت خشم	آگاهی از هیجان خشم و چرخه پرخاشگری، انواع راهبردهای مقابله با خشم، آموزش مدل شناختی رفتاری برای فهم نقش باورها در بروز پرخاشگری و انجام تمرینات ذهن آگاهی و تن آرامی	تکلیف ثبت افکار در موقعیت های برانگیزاننده خشم	آشنایی با خشم و آموزش مدیریت خشم
هشتم	خودمراقبتی در مقابله با استرس	آشنایی با مفهوم استرس و ارتباط آن با سیستم فیزیولوژیک بدن، شناسایی علائم استرس و کارکرد آن در موقعیت های مختلف، بررسی راهبردهای مقابله با استرس و تمرین آرام سازی برای کاهش استرس و جلب حمایت اجتماعی در موقعیت های استرس زا	تمرین تکنیک آرام سازی در خانه	آموزش مهارت مقابله با استرس
نهم	خودمراقبتی و تاب آوری	آشنایی با مفهوم تاب آوری و نقش آن در خودمراقبتی، روش های تقویت تاب	بررسی مهارت تاب آوری خود	تقویت تاب آوری روانی

تدوین الگوی آموزش خودمراقبتی روان شناختی و اثربخشی آن بر تاب‌آوری دختران نوجوان آسیب‌پذیر شهر تهران

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
دهم	خودشفقت ورزی و خود مراقبتی	آشنایی با مفهوم خود شفقت ورزی و اهمیت آن در خود مراقبتی، آموزش و تمرین خود شفقت ورزی و ذهن آگاهی برای مراقبت مداوم از خود	تمرین خود شفقت ورزی	آشنایی با خود شفقت ورزی
			تمرین خانگی	رفتار مورد انتظار
			یا یکی از دوستان در موقعیت واقعی	
			آشنایی با مفهوم خود شفقت ورزی و اهمیت آن در خود مراقبتی، آموزش و تمرین خود شفقت ورزی و ذهن آگاهی برای مراقبت مداوم از خود	

یافته‌ها

جدول ۲. اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دو گروه

ابعاد	گروه	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
۱ پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۴۸/۰۰	۶۱/۰۰	۵۲/۸۰	۳/۶۴	۰/۷۲	۰/۰۴
تاب‌آوری	کنترل	۱۵	۴۹/۰۰	۶۰/۰۰	۵۲/۵۳	۳/۰۲	۱/۱۸	۱/۴۵
۲ پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۵۰/۰۰	۶۹/۰۰	۵۸/۲۰	۴/۸۸	۰/۵۴	۰/۴۷
تاب‌آوری	کنترل	۱۵	۴۹/۰۰	۵۸/۰۰	۵۲/۴۶	۳/۱۱	۰/۷۵	-۰/۸۱
۳ پیگیری	آزمایش	۱۵	۴۹/۰۰	۶۰/۰۰	۵۲/۰۶	۴/۶۸	۰/۵۸	۰/۴۴
تاب‌آوری	کنترل	۱۵	۴۸/۰۰	۶۰/۰۰	۵۲/۰۲	۳/۳۲	۱/۴۲	۱/۲۲

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین پیش‌آزمون تاب‌آوری در نوجوانان آسیب‌پذیر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۲/۸۰ و ۵۲/۵۳ و میانگین پس‌آزمون تاب‌آوری در نوجوانان آسیب‌پذیر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۸/۲۰ و ۵۲/۴۶ بود و پیگیری تاب‌آوری در نوجوانان آسیب‌پذیر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۲/۰۶ و ۵۲/۰۲ بوده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در تاب‌آوری میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و نسبت به پس‌آزمون گروه کنترل افزایش داشته است. در ابتدا مفروضه همبستگی بین متغیرهای پژوهش با کمک آزمون کرویت بارتل و مفروضه همگنی واریانس متغیر ترکیبی با کمک آزمون ام‌باکس

مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد آزمون کرویت بارتلت^۱ درمورد، معنادار است که نشان دهنده‌ی همبستگی کافی بین میانگین گروه‌ها و زمان‌ها این متغیر است ($p < 0/01$). همچنین نتایج آزمون ام باکس^۲ معنادار است ($p < 0/01$). که حاکی از عدم همگنی واریانس این متغیر ترکیبی در گروه‌های مورد پژوهش است. در ادامه، جهت بررسی تحلیل واریانس چندمتغیره مختلط، از آنجا که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نبود، آزمون اثر پیلائی گزارش می‌گردد که نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون اثر پیلائی برای متغیرهای پژوهش، معنادار است و درصد چشمگیری از واریانس آن توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود ($p < 0/01$). معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است. لذا، ابتدا به بررسی آزمون بین گروهی برای تعیین میزان تاثیرگذاری روش مداخله بر تاب آوری پرداخته می‌شود. پیش از آن، جهت اطلاع از پیش فرض همگنی واریانس متغیر وابسته در بین گروه-های پژوهش، از آزمون لوین و برای پیش فرض همگنی واریانس متغیر وابسته در درون گروه‌های پژوهش از آزمون کرویت موخلی استفاده گردیده که نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. آزمون لوین و کرویت موخلی همگنی واریانس تاب آوری

آزمون کرویت موخلی	آزمون لوین								
			مرحله		پس آزمون		پیش آزمون		
	Sig	df	χ^2	Sig	F	Sig	F	Sig	F
تاب آوری	0/001	2	38/33	0/23	1/45	0/21	2/65	0/66	0/19

طبق نتایج جدول ۳، نتایج آزمون لوین در اکثر مراحل ارزیابی تاب آوری، غیرمعنادار است که حاکی از همگنی واریانس این متغیر در گروه‌های پژوهش است. بنابراین، شرایط برای اجرای آزمون بین گروهی فراهم است. نتایج آزمون کرویت موخلی^۳ درمورد تاب آوری، غیرمعنادار است که نشان دهنده‌ی آن است که کواریانس‌های اندازه‌گیری‌های هر کدام از این مولفه‌ها در مراحل سه‌گانه ارزیابی یکسان هستند. بنابراین، جهت بررسی آزمون اثر درون گروهی، برای مولفه‌هایی که مفروضه

1 . Bartlett's sphericity test

2 . Box's M test

3 . Porous sphericity test

تدوین الگوی آموزش خودمراقبتی روان شناختی و اثربخشی آن بر تاب آوری دختران نوجوان آسیب‌پذیر شهر تهران

همگنی واریانس‌ها برقرار بود، آزمون مفروضه کرویت استفاده می‌شود در ادامه، در جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل واریانس بین گروهی ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی اثر آموزش خودمراقبتی روانشناختی بر تاب آوری در گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	منبع واریانس	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
تاب آوری	گروه	۱۳۵۳/۳۴	۱	۱۳۵۳/۳۴	۱۰/۵۷	۰/۰۳	۰/۲۷
	خطا	۳۵۸۲/۳۱	۲۸	۱۲۷/۹۴			

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون کرویت موخلی درمورد تاب آوری نوجوانان آسیب‌پذیر معنادار است که نشان دهنده آن است که کواریانس‌های اندازه‌گیری‌های هر کدام از این مولفه‌ها در مراحل سه‌گانه ارزیابی یکسان نیستند. بنابراین، جهت بررسی آزمون اثر درون‌گروهی، برای مولفه‌هایی که مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار نبود، آزمون جایگزین گرینهاوس گیسر گزارش می‌شود که نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر الگوی آموزش خودمراقبتی روانشناختی بر تاب آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	آزمون	منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
تاب آوری	گرینهاوس گیسر	زمان × گروه	۲۵۸/۹۵	۱/۱۳	۲۲۷/۶۴	۴/۶۵	۰/۰۳	۰/۱۴
		خطا	۱۵۵۹/۴۲	۳۱/۸۵	۴۸/۹۶			
	زمان	۲۵۶/۲۶	۱	۲۵۶/۲۶	۶/۲۵	۰/۰۱	۰/۱۸	

طبق جدول ۵، زمان تاثیر معناداری بر تاب آوری نوجوانان آسیب‌پذیر دارد و توانست درصد قابل توجهی از واریانس آنها را تبیین کند. در واقع، بین حداقل دو مرحله از مراحل ارزیابی این مولفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول فوق مبنی بر تاثیر زمان بر تاب آوری، جهت اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت، مقایسه دو به دوی مراحل سه‌گانه ارزیابی انجام شد که نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۶. مقایسه‌ی تاب آوری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	زمان ۱	زمان ۲	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
تاب آوری	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۹۰	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۸۳	۰/۶۲	۰/۰۶
	پس آزمون	پیگیری	۲/۳۶	۱/۶۱	۰/۴۶

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۶، میانگین تاب آوری نوجوانان آسیب پذیر در پیش آزمون به صورت معناداری، کمتر از پس آزمون است که نشان دهنده ی آن است که مداخله دارای تاثیر معنادار بر افزایش این مولفه ها در بازه زمان است. همچنین بین میانگین پیش آزمون و مرحله پیگیری تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی از آن است که مداخله توانست در بلندمدت نیز باعث افزایش تاب آوری به صورت معناداری گردد. همچنین بین میانگین پس آزمون و مرحله پیگیری تاب آوری تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش خودمراقبتی روان شناختی بر تاب آوری نوجوانان آسیب پذیر شهر تهران انجام شد که نتایج حاکی از اثربخشی این آموزش بر تاب آوری نوجوانان آسیب پذیر شهر تهران است. این یافته با نتایج پژوهش های سیدالشهدایی، بابائیان و سیدفاطمی (۱۳۹۸)، زری مقدم، داودی، غفاری و جمیلیان (۱۳۹۸) و مگگینس و نورداستوک (۲۰۲۱) همسو است. میرزایی، بکماز، رسولی و شمسی (۱۴۰۱) نشان دادند که آموزش خودمراقبتی معنوی بر تاب آوری اثربخش است. نورمن، پیتیچ و پیگنون (۲۰۱۰) تاب آوری را سازه‌ای می دانند که بر اساس رویکرد مبتنی بر نقاط قوت تدوین شده و حاکی از قابلیت افراد در کنار آمدن با مشکلات و خطرات است. بر اساس این تعریف می توان آموزش خودمراقبتی را مهارتی برای افزایش تاب آوری دانست؛ چرا که خودمراقبتی روان شناختی در نوجوانان آسیب پذیر سعی در ایجاد مهارت هایی دارد که نوجوانان را در مقابله با آسیب های پیش رو توانمند کند و سازگاری آنان را برای مقابله آسیب های روانی افزایش دهد. بطوریکه آشنایی با مفهوم تاب آوری و نقش آن در خودمراقبتی، روش های تقویت تاب آوری و بررسی خصیصه افراد تاب آور، انجام فعالیت

گروهی برای تقویت تاب‌آوری از مراحل آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی در نوجوانان بحساب می‌آید. بنابراین با توجه به اینکه الگوی فوق‌بصورت ویژه آموزش‌هایی برای تقویت و ارتقاء تاب‌آوری در نظر گرفته است، اثربخشی آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی بر تاب‌آوری نوجوانان آسیب‌پذیر قابل‌توجه است. از آنجاییکه افراد تاب‌آور توان‌رویارویی بیشتری در برابر استرس‌ها را دارند ولی تاب‌آوری پایین با افزایش احتمال فرسودگی و آسیب‌روانی همراه است، آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی بر تاب‌آوری تأکید دارد. همچنین مقابله با استرس از مهارت‌های اساسی در الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی است. در واقع محیط نوجوانان آسیب‌پذیر، محیطی متفاوت و پر از استرس‌های موقعیتی است و گریزی از استرس در محیط زندگی آنان نیست. از طرفی افراد در مقابله با استرس به‌صورت‌های مختلف رفتار می‌کنند و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند زمینه را برای رفتارهای آسیب‌زا افزایش می‌یابد. در این بین افراد تاب‌آور هم‌مدت بیشتری در برابر فشار مقاومت می‌کنند و اینکه مهارت بازگشت به حالت سلامتی و ترمیم باورهای خود پس از آسیب را دارند. بنابراین توجه به مراقبت‌ها و آموزش‌هایی که نوجوانان را برای چنین مواجهه‌ای آماده کند، اهمیت بالایی دارد و می‌تواند تاب‌آوری روان‌شناختی را افزایش دهد. بطور کلی با توجه به اهمیت مهارت‌های مورد توجه الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی و تأکید این الگو بر تاب‌آوری بنظر منطقی می‌رسد که الگوی آموزشی خودمراقبتی روان‌شناختی بر تاب‌آوری نوجوانان آسیب‌پذیر شهر تهران اثربخش باشد.

با توجه به اینکه تاکنون در تحقیقات داخلی و خارجی توین الگوی آموزش خودمراقبتی روان‌شناختی مورد توجه قرار نگرفته است، همسو بودن یا نبودن نتایج تاثیر این آموزش در تحقیق حاضر نیاز به پژوهش‌های آتی دارد. در مورد محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که عموم مطالعات همه ابعاد خودمراقبتی را بطور کلی مورد بررسی قرار داده بودند و مطالعات کمی منحصراً به خودمراقبتی روان‌شناختی پرداخته بود. همچنین مطالعات انجام شده در ارتباط با خودمراقبتی بر بیماری‌ها تمرکز دارد و پژوهش‌های محدودی بر روی نوجوانان آسیب‌پذیر انجام شده است. پیشنهاد می‌شود بررسی فرا تحلیل در ارتباط با اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر خودتنظیمی هیجانی، تاب‌آوری و خودشفقتی نوجوانان آسیب‌پذیر شهر تهران انجام گیرد و پرسشنامه خودمراقبتی روان‌شناختی متناسب با ابعاد بدست آمده در این پژوهش در جامعه وسیع مورد

هنجاریابی قرار گیرد. از طرفی پیشنهاد می شود که خودمراقبتی روان شناختی به عنوان راهبرد مهم سلامتی در مدارس و محیط های آموزشی-تربیتی و متناسب با گروه های مختلف سنی و اجتماعی تدوین و آموزش داده شود. در آخر با توجه به اثربخشی این الگو، پیشنهاد می شود به کارگیری الگوی خودمراقبتی روان شناختی تدوین شده توسط مشاوران و روانشناسان بالینی و سلامت در مراکز بیمارستانی، مدارس، زندان ها و کانون های اصلاح و تربیت و در مراکز بهزیستی و خیریه مورد دستور کار قرار گیرد.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری در رشته مشاوره از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد با کد اخلاق (IR.IAU.MSHD.REC.1400.088) می باشد و در آن هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- خاکپور، نعیمه. محمدزاده ادملایی، رجیعی. صادقی، جمال و نازک تبار، حسین (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله شناختی-اجتماعی بر راهبردهای مقابله‌ای و احساس ناکامی نوجوانان دختر دارای رفتارهای پرخطر. روان‌پرستاری. ۹ (۱): ۷۷-۸۸.
- دوزنده، زهرا. صادقی، نرگس و محمدی، مینا (۱۳۹۹). بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۹ (۲): ۶۷۸-۶۸۸.
- فرزانه جاجرمی، حسن. ستوده اصل، نعمت. کهساری، رضا و جهان، فائزه (۱۴۰۰). ارائه مدل علی گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس نگرش مذهبی و سبک‌های فرزند پروری والدین: با میانجیگری چشم‌انداز زمان. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۲؛ صفحه ۳۵-۵۲.
- قربانی، سارا. جهانی زاده، محمدرضا. میربد، سید مهران و امید، لیلا (۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روانشناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۰ (۳۸)، ۸۳-۱۰۰.
- جنسی کودکان (سخنی با مادران، پدران، معلمان و مربیان عزیز)، تهران: انتشارات دانش.
- جوهری فرد، معصومه. زهرا کار، کیانوش. فرخی، نورعلی و مردانی راد، مژگان (۱۳۹۹). بررسی مدل علی گرایش به رفتار پرخطر نوجوانان بر اساس باورهای فراشناختی و سبک‌های هویت با میانجی‌گری افکار منفی تکرار شونده و تاب‌آوری. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۱۲، شماره ۴۷؛ صفحه ۱۶۱-۱۹۴.
- چراغی، فاطمه. برزو، سید رضا. خطیبان، مهناز و مقصودی، زهرا (۱۳۹۹). تاثیر بکارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران در ایران: یک مطالعه مروری سیستماتیک. ۱ (۲): ۳۰-۴۰.
- خوشنویس، الهه خوشنویس؛ ستاری، شیما. (۱۳۹۸). آموزش خودمراقبتی: روشی برای پیشگیری از سوء استفاده از کودکان و جلوگیری از آزار جنسی آن‌ها، نشر ثالث: تهران.
- خوشنویس، الهه؛ ستاری، شیما. (۱۳۹۷). آموزش خود مراقبتی راهی جهت پیشگیری از سوء استفاده و آزار ذوالفقاری، اکبر (۱۳۹۹). تحلیل عوامل مؤثر بر آسیب‌های اجتماعی در ساختار کالبدی محلات حاشیه‌نشین شهر یزد. فصلنامه علمی - پژوهشی برنامه ریزی توسعه کالبدی، دوره ۷، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۹؛ صفحه ۱۱۵-۱۲۸.
- زری مقدم، زهرا. داوودی، حسین. غفاری، خلیل و جمیلیان، حمیدرضا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش خودمراقبتی روانی بر سلامت روان و اشتیاق تحصیلی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۲۴ (۱): ۱۶۷-۱۵۰.
- سیدالشهدایی، مهناز و بابائیان کشتلی، فاطمه و سیدفاطمی، نعیمه (۱۳۹۸). تاثیر آموزش خودمراقبتی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به نارسایی قلبی، هفتمین سمپوزیوم و چهارمین جشنواره خود مراقبتی و آموزش بیمار: تهران

- مدانلو، فاطمه. (۱۴۰۱). نقش استرس ادراک شده و تاب آوری در پیش بینی وضعیت روانی زنان داغ‌دیده، فصلنامه پژوهش های کاربردی در مدیریت و علوم انسانی؛ ۳(۷): ۲۱۰-۲۱۹.
- میرزایی، سجاده؛ بکماز، کارون؛ رسولی، عزیز؛ شمسی، افضل. (۱۴۰۱). تاثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر تاب آوری پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه کووید-۱۹، طب مکمل؛ ۱۲(۲ پیاپی ۴۳): ۱۸۸-۲۰۱. همتی پاک، م.، و هاشملو، ل. (۱۳۹۴). طراحی و روان سنجی پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان. فصلنامه سالمند، ۱۰(۳)، ۱۳۰-۱۲۰.
- Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S., & Blanca, M. J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(1), 81-89.
- Ellonen, N., Danielsson, P., Tanskanen, M., Kaakinen, M., Suonpää, K., & Oksanen, A. (2020). Individual and community-level predictors of hate-crime victimization among Finnish adolescents. *Journal of Youth Studies*, 1-22.
- Feiss R, Dolinger SB, Merritt M, Reiche E, Martin K, Yanes JA, et al.(2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *J Youth Adolesc*;48(9):1668–1685.
- Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson, SC.(2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol* ;6(1):30-40.
- Goldstein, E., Benton, S. F., & Barrett, B. (2020). Health Risk Behaviors and Resilience Among Low-Income, Black Primary Care Patients: Qualitative Findings From a Trauma-Informed Primary Care Intervention Study. *Family & Community Health*, 43(3), 187-199.
- Hwang, Y. I., Arnold, S., Trollor, J., & Uljarević, M. (2020). Factor structure and psychometric properties of the brief Connor–Davidson Resilience Scale for adults on the autism spectrum. *Autism*, 2(1), 1-10.
- Orihuela, C. A., Mrug, S., Davies, S., Elliott, M. N., Emery, S. T., Peskin, M. F., & Schuster, M. A. (2020). Neighborhood Disorder, Family Functioning, and Risky Sexual Behaviors in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1-14.
- Sedibe, M., & Hendricks, G. (2020). Drug abuse amongst adolescent learners in a previously disadvantaged township in two Gauteng secondary schools. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 30(3), 341-352.
- Singh R, Mahato S, Singh B, Bhushal S, Fomani FK. (2019). Psychometric properties of Adolescent Resilience Questionnaire among Nepalese adolescents in Lalitpur. *Asian J Psychiatr* ; 45:13–17.
- Tang, Y. Diao, H. Jin, F. Pu, Y & Wang, H.(2022). The effect of peer education based on adolescent health education on the resilience of children and adolescents: A cluster randomized controlled trial. *PLoS one*, Vol.17 (2), p.1-18.

- Vaca, F. E., Li, K., Luk, J. W., Hingson, R. W., Haynie, D. L., & Simons-Morton, B. G. (2020). Longitudinal associations of 12th-grade binge drinking with risky driving and high-risk drinking. *Pediatrics*, 145(2), 1-10.
- Vogel, E. A., Ramo, D. E., Rubinstein, M. L., Delucchi, K. L., Darrow, S., Costello, C., & Prochaska, J. J. (2020). Effects of social media on adolescents' willingness and intention to use e-cigarettes: an experimental investigation. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(2), 1-10.
- Xiao Y, Wang Y, Chang W, Chen Y, Yu Z, Risch HA.(2019). Factors associated with psychological resilience in left-behind children in southwest China. *Asian J Psychiatr*; 46:1-5 .
- Chen, J., Zhao, H., Hao, S., Xie J., & Zhao, S. (2018). Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 213-217.
- Conner KM, & Davidson JR. , (2003) Development of a new resilience scale. *Depression and Anxiety*; 18: 76-82
- Goldstein, E., Benton, S. F., & Barrett, B. (2020). Health Risk Behaviors and Resilience Among Low-Income, Black Primary Care Patients: Qualitative Findings From a Trauma-Informed Primary Care Intervention Study. *Family & Community Health*, 43(3), 187-199.
- Liu, L., Wang, X., Cao, X., Gu, C., & OuYang, Y. (2018). Self-care confidence mediates the relationship between type D personality and self-care adherence in chinese heart failure patients. *Heart & Lung*, 47(3), 216-221.
- McGuinness, C., & Nordstokke, D. (2021). Mindful self-care and resilience in first-year undergraduate students. *Journal of American College Health*, 1-9.
- Orem, D E (2003). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. Mosby.
- Popova-Petrosyan, E. V., Kulanthaivel, S., & Balasundaram, K. (2020). Development of Secondary Osteoporosis in Teenage Girls with Menstrual Disorders. *Current Women's Health Reviews*, 16 (1), 26-32.
- Quarshie, E. N., Waterman, M. G., & House, A. O. (2020). Adolescent self-harm in Ghana: a qualitative interview-based study of first-hand accounts. *BMC psychiatry*, 20, 1-14.
- Song, Sh. Yang, X. Yang, H. Zhou, P. Ma, H. Teng, Ch. Chen, H. Ou, H. Li, J. Mathews, C. Nutley, S. Liu, N. Zhang, X & Zhang, N(2021). Psychological Resilience as a Protective Factor for Depression and Anxiety Among the Public During the Outbreak of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 2021, Vol.11: pp 1-8.