

## اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی آسیب‌دیدگان اجتماعی مورد مطالعه (دختران ۱۵-۱۸ سال مرکز کودکان کار)

ماندانا نیکنام<sup>۱</sup>، فائزه برادران<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>دکتری مشاوره از دانشگاه علوم و تحقیقات تهران؛ استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خاتم  
<sup>۲</sup>کارشناس ارشد مشاوره خانواده مشاور و زوج درمانگر دانشگاه غیرانتفاعی رفاه

### چکیده

این مقاله با هدف اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران ۱۵-۱۸ ساله آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار صورت گرفت. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار شهر ساری در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنها با روش نمونه‌گیری دردسترس و مبتنی بر معیارهای مورد نظر مطالعه تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه امنیت روانی زارع (۱۳۹۰) و پرسشنامه رشد فردی روییتشک (۱۹۹۸) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای رشد فردی و امنیت روانی دختران نوجوان آسیب‌دیده وجود دارد. یافته‌ها نشان دادند که مشاوره گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر مثبت و معنی‌دار دارد ( $P < 0/05$ ). با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد می‌توان از برنامه مشاوره گروهی راه حل محور در جهت رشد فردی و امنیت روانی استفاده نمود.

**کلمات کلیدی:** مشاوره راه‌حل محور، رشد فردی، امنیت روانی، دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار

## مقدمه

امروزه جوامع گسترده به دلیل پیچیدگی‌های خاص خود با مشکلات و مسائل فراوانی در زمینه‌های مختلف اجتماعی روبرو هستند (نوروزی، ۱۳۹۸). مسائل مربوط به آسیب‌های اجتماعی از دیرباز در جوامع بشری مورد توجه اندیشمندان بوده است (مساواتی، ۱۳۹۶). آسیب اجتماعی به هر نوع عمل فردی یا جمعی اطلاق می‌شود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد جامعه قرار نمی‌گیرد و در نتیجه با منع قانونی یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبه‌رو می‌گردد (نلسون، ۲۰۱۹). پرخاشگری، جنایت، خودکشی، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، روسپیگری، کودکان کار، زنان آزاردیده و سرقت نمونه‌هایی از آسیب‌های اجتماعی جامعه امروزی ایران‌اند (پاکیزه، ۱۳۹۵). در این بین دخترانی هستند که در شرایط خاص نیاز به حمایت ویژه دارند تا بتوانند بدون اتکا به دیگران به زندگی سالم ادامه دهند. این دختران که از افراد در معرض آسیب یا آسیب‌دیده اجتماعی نام گرفته‌اند، دختران کار هستند (محمدخانی، ۱۳۹۸).

در تمامی جوامع، مسئله آسیب‌های فردی و اجتماعی و پیامدهای گوناگون آن موضوعی است که به آن پرداخته می‌شود (کانکایا، ۲۰۱۸). آسیب‌های اجتماعی که در پی مسائل و مشکلات اجتماعی متعدد پدید می‌آید، زندگی دختران را بیشتر از پسران تحت تأثیر قرار می‌دهد. زیرا، یکی از عوامل زمینه‌ساز مربوط به آسیب‌پذیری در مقابل فشارهای روانی اجتماعی، داشتن جنسیت مؤنث است (امیکو، ۲۰۱۷). به این معنا که دختران بیشتر از پسران در موقعیت‌های فاجعه‌آمیز، فشار روانی و در نتیجه کاهش سلامت عمومی را تجربه می‌کنند. دختران و پسران از نظر نوع آسیب‌هایی که بعد از اختلال فشار روانی آسیب‌زاد به آن دچار می‌شوند و نیز از آسیب‌پذیری برای ابتلا به استرس و کاهش سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند (اسمیت ۴ و همکاران، ۲۰۱۶). دختران آسیب‌دیده اجتماعی از لایه‌های پنهان جامعه هستند که مولود زنجیره‌ای از عوامل نظیر فقر و مشکلات مالی و اقتصادی، گسست‌های ارزشی و اخلاقی هستند (هالر، ۲۰۱۷). دختران آسیب‌دیده اجتماعی از جمله دختران کار، دختران آزاردیده جسمی و جنسی، دختران فراری، دختران بزه‌کار، دختران روسپی و دختران معتاد بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند (عارفی، ۱۳۹۶).

مداخلات مختلفی در زمینه ارتقا کیفیت زندگی و بهبودی مشکلات روان‌شناختی دختران و زنان آسیب‌دیده اجتماعی به کار رفته است به عنوان مثال یکی از این مداخلات، درمان راه حل محور است. درمان راه حل محور رویکردی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه‌حل‌ها مبتنی است (رادفوردر ۶ و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد به جای مشکلات فعلی و ریشه‌های قبلی آن، به منابع جاری و امیدهای آینده می‌پردازد و آغازی برای کنار گذاشتن عادات فکری و الگوهای رفتاری پیشین می‌باشد (ایوسون ۷، ۲۰۱۲). در رویکرد راه حل محور اعتقاد بر این است که افراد شایستگی‌ها و خلاقیت‌های لازم برای تغییر را در درون خود دارند (چونگ ۸، ۲۰۱۵). تا کنون تأثیر درمان راه حل محور بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی نظیر افزایش سازگاری کودکان یتیم (سفریور، ۱۳۹۶)، کاهش استرس و بهبود نگرش (کوروران، ۲۰۰۶)، افزایش خودکارآمدی (کوارم ۹، ۲۰۱۷) و کاهش مشکلات هیجانی (داک ۱۰، ۲۰۱۸) مورد بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن در کاهش مشکلات روانی تأیید شده است، اما تاکنون مطالعه‌ای که تأثیر روش راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی را

<sup>1</sup> Nelso

<sup>2</sup> Cankaya

<sup>3</sup> Emiko

<sup>4</sup> Smithj

<sup>5</sup> Haller

<sup>6</sup> Ratherford

<sup>7</sup> Iveson

<sup>8</sup> Cheung

<sup>9</sup> Kvarme

<sup>10</sup> Daki

بررسی کند، یافت نشد. بنابراین مساله اصلی این تحقیق این است که آیا درمان گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب دیده اجتماعی ۱۵-۱۸ سال مرکز کودکان کار تاثیر دارد؟

براساس نتایج مطالعات، داشتن احساس امنیت روانی و ارتقای رشد فردی در افراد می‌تواند بر میزان سلامت روان آن‌ها موثر باشد (یحیی‌زاده و خدروی، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد آموزش‌هایی که بر پردازش و اصلاح شناخت‌ها، رفتارها و افکار نامطلوب افراد متمرکز باشد بتواند اقدام برای رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب دیده اجتماعی را افزایش دهد. اگرچه مواجهه با برخی حوادث آسیب‌زا در افراد امری اجتناب‌ناپذیر است، ولی با شناسایی، تشخیص و ارائه درمان‌های مؤثر و زود هنگام می‌توان از عوارض بعدی آن‌ها جلوگیری کرد (رادرفورد و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که درمان راه حل محور توانسته است بر مهار اضطراب کودکان موفق عمل کند ولی پژوهشی در مورد رشد فردی و امنیت روانی کودکان کار با تمرکز بر رویکرد راه حل محور صورت نگرفته است. براتون ۱۱ و همکاران (۲۰۱۷) در مروری از هشتاد و دو مطالعه تجربی نتیجه گرفتند که درمان راه حل محور نتایج موثری را در خودپنداره، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت‌های اجتماعی و اضطراب نشان داده است. نظر به نقش مهمی که سلامت رفتاری و روانی در زندگی افراد دارند، می‌توان با انجام این پژوهش‌ها و ارائه مداخلات بهنگام زمینه را برای ارتقاء رشد فردی و امنیت روانی دختران کار با انجام مداخلات روان-شناختی فراهم نمود (ارول ۱۲ و همکاران، ۲۰۱۰) که این امر ضرورت انجام این پژوهش بود. همچنین با توجه به رشد روز افزون کودکان کار اگر برای حمایت این کودکان توجه ویژه‌ای صورت نگیرد، آن‌ها دچار آسیب‌های روانی جدی خواهند شد. با این وضعیت تقویت رشد فردی و امنیت روانی برای این کودکان امری بسیار ضروری به نظر خواهد آمد بنابراین لازم است راهکارهای تقویت برنامه مراقبت از این کودکان مورد بررسی قرار بگیرد و برنامه‌ریزی‌های بیشتری در این زمینه انجام شود. لذا هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار است. بدین ترتیب بهره‌وران از نتایج این پژوهش از قبیل مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مسئولان اورژانس اجتماعی و دست‌اندرکاران سازمان بهزیستی می‌توانند در راستای کمک به این گروه از افراد جهت آگاه‌سازی و طرح ریزی اقدامات اجتماعی قدم‌های بیشتری بردارند.

هدف مقاله حاضر اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر رشد فردی و امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار است. بدین ترتیب بهره‌وران از نتایج این پژوهش از قبیل مشاوران، روانشناسان، مددکاران اجتماعی، مسئولان اورژانس اجتماعی و دست‌اندرکاران سازمان بهزیستی می‌توانند در راستای کمک به این گروه از افراد جهت آگاه‌سازی و طرح ریزی اقدامات اجتماعی قدم‌های بیشتری بردارند.

## ادبیات نظری

### مفهوم امنیت روانی

امنیت روانی، حالتی را گویند که در آن شخص از ارضای نیازهای روانی خود، به ویژه ارضای نیاز خود به محبوب بودن، احساس اطمینان کند. احساس امنیت روانی بستگی دارد به محبت و عطف، مقبولیت و ثبات روابط. احساس امنیت روانی به توانایی احساس امنیت و اطمینان، زمانی که شخص درگیر یک رابطه صمیمانه با یک شریک عشقی است، اطلاق می‌شود، به این شرط که با اینکه فرد آسیب پذیر است، ترس از پیامد هیجانی منفی تجربه نشود (کردوا، ۲۰۰۷). مهم است که توجه شود که برای شروع فرایند صمیمیت، وجود آسیب پذیری ضروری است و اینکه آسیب‌پذیری در یک بافت آرامش‌بخش و اطمینان‌بخش، فرایند ایجاد احساسات امنیت روانی را خلق می‌کند (کردوا، ۲۰۰۷).

<sup>11</sup> Bratton

<sup>12</sup> Erol

### رشد فردی

رشد فردی<sup>۱۳</sup> که توسط روبیتشک (۲۰۰۳) مفهوم‌سازی شده است، نوعی درگیری فعال و قصدمندانه در فرایند رشد فردی و همچنین در فرایند تغییر و رشد به عنوان یک فرد می‌باشد. در تعریف رشد فردی آمده است که رشد فردی مجموعه‌ای از مهارت‌ها به منزله تمایل برای اقدام به بهبود خود در یکی از حوزه‌های زندگی است (روبیتشک، ۲۰۰۳). در واقع رشد فردی سازه‌ای است که نمایانگر علاقه و توجه فرد به رشد و تغییر در زندگی فردی خودش به طور کل است، اما می‌تواند برای رفتار واقعی در حیطه‌های خاصی از زندگی نیز کاربرد داشته باشد. می‌توان به رشد فردی به عنوان سازه‌ای فراشناختی، نوعی آگاهی و کنترل درگیری عمدی نگریت، یعنی کنترل و آگاهی‌ای که بر شناخت‌ها و رفتارهای ارتقاءدهنده رشد در تمام حیطه‌های زندگی عمل می‌کند (مارتین، ۲۰۰۹). رشد فردی به عنوان فرایند شرکت فعال و عمدی فرد در رشد و تغییر خودش تعریف شده و شامل چهار فرایند نسبتاً متمایز است: آمادگی برای تغییر (به عنوان مثال، آمادگی فرد برای ایجاد تغییرات خاص)، طرح آگاهانه (یعنی توانایی ایجاد برنامه‌های مؤثر برای تقویت رشد)، استفاده از منابع پیش‌بینی شده (به عنوان مثال، توانایی سرمایه‌گذاری بر منابع موجود) و رفتار عمدی (یعنی آگاهانه به دنبال رشد فردی بودن) (چانگ و یانگ، ۲۰۱۶). این مقیاس مجموعه‌ای از مهارت‌های گسترش یافته است که شامل شناخت، رفتار، نگرش و انگیزش می‌شود که یک فرد در هر یک از تجربیات زندگی از خود نشان می‌دهد (روبیتشک و آشتون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹).

### درمان راه‌حل محور

درمان راه‌حل محور، رویکرد درمانی هدف‌گرا و آینده مدار است که استیو دیشیزر و اینسوکیم برگ<sup>۱۵</sup> آن را در اوایل دهه ۱۹۸۰ در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت، واقع در میلواکی به وجود آوردند (کری<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱). درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور یکی از شاخه‌های رویکرد پست مدرن در حیطی خانواده درمانی است که با تمرکز به حل مساله، تغییر و توجه به راه‌حل‌ها به درمان مشکلات می‌پردازد. این درمان به دلیل دیدگاه غیرآسیب شناختی، کوتاه‌مدت بودن، ماهیت کاربردی و عملی آن و تکنیک‌های ساده قابل آموزش، یکی از رایج‌ترین رویکردهای درمانی کنونی است (بکوار و بکوار<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۳). درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور با دوری جستن از گذشته به نفع حال و آینده، با درمان‌های مرسوم تفاوت دارد. درمانگران بر آنچه امکان‌پذیر است تمرکز می‌کنند و به کسب آگاهی از اینکه چگونه مشکل ایجاد شده است، علاقه چندانی ندارند. دیشیزر<sup>۱۸</sup> (۱۹۸۸، ۱۹۹۱) معتقد است که برای حل کردن مشکل لازم نیست از علت آن آگاه باشیم بین علت‌های مشکلات و راه‌حل‌های آن‌ها رابطه ضروری وجود ندارد. برای اینکه تغییر رخ دهد، ارزیابی مشکلات ضروری نیست (به نقل از کری، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱).

### پیشینه پژوهش

#### پژوهش‌های داخلی

میرحسینی (۱۳۹۸) در پژوهشی با استفاده از روش تحقیق کیفی و انجام مطالعات پدیدارشناسانه، تجربه‌ی زیسته‌ی دختران کار مورد مطالعه و بررسی قرار داد. بدین منظور با ۲۳ دختر ۶ تا ۱۶ ساله که تجربه‌ی زیسته‌ی مشترک کار و زندگی در خیابان دارند، مصاحبه‌های عمیق کیفی شده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، درک و توصیف دختران از کار در خیابان و فهم روایت‌های آن‌ها در چهار مضمون اصلی «ویژگی‌های زمینه‌ای و قومیتی»، «سنخ‌شناسی فعالیت‌های روزمره مبتنی بر جنسیت»، «حیطه‌های فضایی و مکانی کار» و «مهارت‌ها و ترفندها» قابل مقوله‌بندی است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان

<sup>13</sup> Personal Growth Initiative

<sup>14</sup> Ashton

<sup>15</sup> Steve Deshazer & Insoo kim berg

<sup>16</sup> Cari

<sup>17</sup> Becvar & Becvar

<sup>18</sup> Dishizer

می‌دهد، زمینه‌ها و بسترهای کار دختران در خیابان، در چهار مقوله‌ی «زندگی در خانواده‌های از هم گسیخته»، «فرودستی و درماندگی»، «کار دختران به‌مثابه حمایت از خانواده» و «استثمار مضاعف و کنترل شدید دختران کار» قابل مقوله‌بندی است. اسدی و همکاران (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی درمان راه حل- محور به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی فرزندان انجام داد. طرح پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی با گروه آزمایش و گواه با استفاده از روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری است. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان راه‌حل‌محور به شیوه گروهی، کیفیت زندگی فرزندان و مولفه‌های آن (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) را در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری به طور معنی‌داری افزایش داده است.

نامجو (۱۳۹۸) پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان پردازش شناختی بر تنظیم شناختی هیجان و رشد فردی فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر انجام داد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه فرزندان خانواده‌های شاهد و ایثارگر بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در مدارس متوسطه دوم شاهد و دانشگاه یاسوج مشغول به تحصیل بودند. نتایج حاکی از تأثیر درمان پردازش شناختی بر تنظیم هیجانی راهبرد انطباقی، تنظیم هیجان راهبرد غیرانطباقی و اقدام به رشد فردی در مرحله پس‌آزمون و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود.

### پژوهش‌های خارجی

آیار و سابانسیگولاری<sup>۱۹</sup> (۲۰۲۲) تأثیر درمان راه‌حل‌محور بر سطوح افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده از بیماران افسرده را مورد بررسی قرار دادند و با انجام ۱۰ جلسه درمان راه حل محور بر بیماران افسرده نشان دادند که درمان راه‌حل-محور بر افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر معنی‌داری ندارد.

آیار و سابانسیگولاری (۲۰۲۱) در مطالعه دیگری تأثیر رویکرد راه‌حل‌محور در بیماران افسرده بر سطوح عملکرد اجتماعی و احتمال خودکشی را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که رویکرد راه‌حل‌محور بر سطوح عملکرد اجتماعی و کاهش احتمال خودکشی بیماران افسرده تأثیر مثبت معناداری دارد.

گان<sup>۲۰</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افراد پس از آسیب مغزی و خانواده‌های آنان را مورد بررسی قرار دادند. پژوهشگر فرضیات، اصول راه حل محور را توصیف می‌کند و بر نقاط قوت و موفقیت متمرکز می‌شود. نتایج این پژوهش این‌گونه بود که راه‌حل‌محور از مشکل که زمینه‌ساز رویکردهای سنتی است فاصله می‌گیرد که این موضوع مورد استقبال قرار می‌گیرد که این رویکرد مبتنی بر نقاط قوت است و یک مداخله درمانی امیدوارکننده است که شاسیته بررسی بیشتر در مورد جمعیت افراد پس از آسیب مغزی است.

### روش پژوهش

پژوهش با هدف اثربخشی درمان گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی و امنیت روانی آسیب‌دیدگان اجتماعی مورد مطالعه (دختران ۱۵-۱۸ سال مرکز کودکان کار) صورت گرفت. با توجه به فرضیه‌های عنوان شده، روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود جدول (۱) نشان‌دهنده شکل پژوهش است:

جدول ۱- طرح پژوهش

پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	گروه‌ها
T2	X درمان راه حل محور	T1	گروه آزمایش (E)
T2	-	T1	گروه کنترل (C)

<sup>19</sup> Ayar & Sabancioğullari

<sup>20</sup> Gan

## فرضیه‌های پژوهش

- ۱- درمان گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر دارد.
- ۲- درمان گروهی راه‌حل‌محور بر امنیت‌روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر دارد.

## ابزار گردآوری اطلاعات

### پرسشنامه امنیت روانی

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط مازلو به منظور سنجش امنیت روانی برای نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله بر اساس مطالعات وسیع نظری و بالینی، در زمینه احساس ایمنی تهیه شده است. دارای ۶۲ سوال دو گزینه‌ای با گزینه‌های بلی و خیر است، و برای شناخت و سنجش آن دسته از خصوصیات فردی که احساس ایمنی و نایمنی را به وجود می‌آورد و شناسایی افرادی که نا ایمنی روانی و هیجانی دارند قابل استفاده است. از آن می‌توان به منظور تشخیص افرادی که احیانا به روان درمانی و مشاوره احتیاج دارند، خصوصا در مواردی که امکان مطالعه فردی وجود ندارد، استفاده کرد. این آزمون از هوش، عملکرد تحصیلی، پایگاه تحصیلی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی تاثیر نمی‌پذیرد. معمولا در ۷ تا ۱۲ دقیقه به صورت فردی و گروهی قابل اجرا است. نیاز به زمان کم، اجرای سریع با قدرت تشخیص بالا بین افراد روان رنجور و عادی از مزیت‌های این آزمون است.

در پژوهش یوسف (۲۰۰۷) روایی اکتشافی این پرسشنامه بررسی شد و آماره‌های **CFI** و **RMSEA** در این مدل به ترتیب ۰٫۹۷ و ۰٫۰۸ بدست آمد و ضریب آلفای پرسشنامه نیز بین ۰٫۸۷ تا ۰٫۸۹ ذکر شد. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون الفای کرونباخ در پژوهش زارع (۱۳۹۰) ۰/۷۸ بدست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور خوب ارزیابی و تایید شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه امنیت روانی ادراک شده ۰/۷۸ محاسبه شد.

### پرسشنامه رشد فردی

این مقیاس توسط روبیتشک در سال ۱۹۹۸ تهیه شد و یک ابزار خود گزارشی ۱۶ عبارتی است و هدف آن بررسی مولفه‌های اقدام برای رشد فردی (آمادگی برای تغییر، برنامه ریزی، استفاده از منابع، رفتار هدفمند) می‌باشد.

### روایی و پایایی

این آزمون در ایران به وسیله جوشن لو و قانودی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. به منظور هنجاریابی مقیاس اقدام برای رشد فردی در ایران ۲۰۵ دانشجوی دانشگاه تهران (۱۱۷ دختر و ۸۸ پسر) وارد مطالعه شدند. همسانی درونی این مقیاس معادل ۰/۸۷ به دست آمده است که نشان از اعتبار مطلوب این مقیاس در نمونه حاضر داشت. همبستگی میان این مقیاس و مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، مقیاس عواطف مثبت و مقیاس عواطف منفی حاکی از روایی همگرای این آزمون است. همسانی درونی این آزمون در بررسی‌های مختلف بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ به دست آمده است. اعتبار حاصل از بازآزمایی این مقیاس نیز در طول زمان‌های متفاوت بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش رابیتچک (۲۰۱۲) با محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه رشد فردی ۰/۸۱ محاسبه شد.

### روش اجرای پژوهش

پژوهش در دو مرحله مطالعه مقدماتی و بررسی اصلی اجرا گردید. اقدامات مرحله مقدماتی عبارت بود از کسب مهارت در روش درمانی، آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و بررسی اعتبار و پایایی آن‌ها بود. اقدامات مرحله بررسی اصلی نیز شامل دریافت

مجوز از دانشگاه، مراجعه به مرکز کودکان کار شهر ساری، نمونه‌گیری بر اساس معیارهای مورد نظر پژوهش، انجام جلسه مقدماتی و توجیه شرکت‌کنندگان در خصوص جلسات و مقررات گروه، توافق درباره اهداف، موضوع و نحوه اجرا، زمان و مکان برگزاری جلسات بود. سپس پیش‌آزمون به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در دو گروه اجرا شد در مرحله بعدی که اجرای متغیر مستقل در گروه آزمایش بود؛ پروتکل راه‌حل‌محور جعفری (۱۳۹۹)، در ۸ جلسه و در ۸ هفته به مدت ۲ ساعت در شهرپور و مهر ۱۴۰۰ اجرا شد و در این مدت برای گروه کنترل درمان روان‌شناختی خاصی ارایه نشد؛ در مرحله آخر نیز پس‌آزمون در هر دو گروه جهت جمع‌آوری داده‌ها اجرا شد. داده‌های گردآوری شده از اجرای پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

### روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تجزیه و تحلیل‌های آماری پژوهش حاضر از نرم‌افزار SPSS-۲۱ استفاده شد. تجربه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید. آمار توصیفی مورد استفاده به منظور توصیف بهتر متغیرها و شامل جدول و نمودار مقایسه-ای میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. هم‌چنین با توجه به ماهیت طرح و استفاده از دو گروه نمونه (کنترل و آزمایشی) از روش آمار استنباطی تحلیل کوواریانس، تک متغیره (ANOVA) و چندمتغیره (MANCOVA) و اندازه اثر استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

#### یافته‌های استنباطی

**فرضیه اول پژوهش: درمان گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر دارد.**

جهت آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شده به این صورت که ابتدا به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و سپس به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل‌محور بر مؤلفه‌های رشد فردی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس لازم است از رعایت شدن مفروضات آن اطمینان حاصل کرد. علاوه بر مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر رشد فردی و مؤلفه‌های آن است، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد فردی و مؤلفه‌های آن نتایج آزمون F در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲- نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع	SS	df	MS	F	P
گروه*پیش‌آزمون رشد فردی	۷/۸۳	۱	۷/۸۳	۲/۴۳	۰/۰۶
گروه*پیش‌آزمون آمادگی برای تغییر	۱/۹۸	۱	۱/۹۸	۱/۰۳	۰/۳۲
گروه*پیش‌آزمون برنامه‌ریزی	۲/۱۰	۱	۲/۱۰	۱/۱۵	۰/۲۹
گروه* پیش‌آزمون استفاده از منابع	۰/۹۶	۱	۰/۹۶	۰/۱۲	۰/۸۵
گروه*پیش‌آزمون رفتار هدفمند	۲/۴۵	۱	۲/۴۵	۱/۲۳	۰/۱۸

آماره F آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد فردی ( $F=۲/۴۳$  ,  $P=۰/۰۶$ )، آمادگی برای تغییر ( $F=۱/۰۳$  ,  $P=۰/۳۲$ )، برنامه‌ریزی ( $F=۱/۱۵$  ,  $P=۰/۲۹$ )، استفاده از منابع ( $F=۰/۱۲$  ,  $P=۰/۸۵$ ) و رفتار هدفمند

( $P=0/18$  ,  $F=1/23$ )، در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برابر است.

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون لوین

متغیر	F	df1	df2	P
پس‌آزمون رشد فردی	۲/۳۳	۱	۲۸	۰/۰۷
پس‌آزمون آمادگی برای تغییر	۰/۹۸	۱	۲۸	۰/۱۶
پس‌آزمون برنامه‌ریزی	۰/۸۵	۱	۲۸	۰/۲۲
پس‌آزمون استفاده از منابع	۰/۷۶	۱	۲۸	۰/۳۴
پس‌آزمون رفتار هدفمند	۰/۵۹	۱	۲۸	۰/۴۳

نتایج آزمون F لوین برای بررسی همگنی پس‌آزمون رشد فردی ( $P=0/07$  ,  $P > 0/05$ )، آمادگی برای تغییر ( $P=0/05$ ) ، ( $P=0/16 >$ )، برنامه‌ریزی ( $P=0/22$  ,  $P > 0/05$ )، پس‌آزمون استفاده از منابع ( $P=0/34$  ,  $P > 0/05$ )، و رفتار هدفمند ( $P=0/43$  ,  $P > 0/05$ ) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر می‌باشد.

هم‌چنین جهت رعایت مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. براساس این آزمون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس کوواریانس برقرار است ( $F=1/84$  ,  $P=0/06$  ,  $MBOX=10/54$ ).

پس از اطمینان از رعایت شدن مفروضات نرمال بودن، همگنی شب رگرسیون، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل محور بر رشد فردی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) نمره متغیر رشد فردی در دو گروه آزمایش و گواه

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta (اندازه اثر)
گروه	۱۴۵/۴۸	۱	۱۴۵/۴۸	۵۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر رشد فردی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان گروهی راه‌حل محور، بر افزایش رشد فردی تأثیر داشته است. به منظور بررسی دقیق این تغییر نتایج میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌های کنترل و آزمایش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد تعدیل‌شده متغیر رشد فردی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

متغیر وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	معناداری انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
رشد فردی	کنترل	۴۳/۳۰	-۹/۲۰*	۰/۰۰۰۱	۵/۶۷	حد پایین -۱۰/۲۵ حد بالا -۸/۸۵
	آزمایش	۵۲/۵۰	۹/۲۰*	۰/۰۰۰۱	۵/۶۷	حد پایین ۸/۸۵ حد بالا ۱۰/۲۵

با توجه به جدول ۴ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آزمایش و گواه برای متغیر رشد فردی معنی‌دار است یعنی درمان گروهی راه‌حل محور با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر داشته است. در ادامه به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل محور بر مؤلفه‌های متغیر رشد فردی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.



جدول ۶- نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های رشد فردی

شاخص‌ها	مقدار	F	df	Edf	P	Eta	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۲	۳۲/۸۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۳۲/۸۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
اثر هتلینگ	۶/۲۵	۳۲/۸۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
بزرگترین ریشه	۶/۲۵	۳۲/۸۵	۴	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

روی

نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/001$ )،  $F = 32/85$ ، مقدار لامبدای ویلکز =  $0/13$ ).

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نمرات مؤلفه‌های رشد فردی در دو گروه آزمایش و

گواه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta	توان آماری
آمادگی برای تغییر	۵۵/۳۹	۱	۵۵/۳۹	۲۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
برنامه‌ریزی	۷۱/۲۱	۱	۷۱/۲۱	۳۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
استفاده از منابع	۵۸/۲۵	۱	۵۸/۲۵	۲۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
رفتار هدفمند	۶۵/۳۷	۱	۶۵/۳۷	۲۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱

در جدول ۷ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های رشد فردی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان گروهی راه‌حل‌محور، بر افزایش مؤلفه‌های رشد فردی تأثیر داشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه اول پژوهش مورد پذیرش واقع می‌شود. برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون مؤلفه‌های رشد فردی پس از تعدیل و مهار نمرات پیش‌آزمون بیشتر است در جدول ۸ میانگین‌های تعدیل شده گزارش شده است.

جدول ۸- میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده مؤلفه‌های رشد فردی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	معناداری انحراف		حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				استاندارد	انحراف	حد پایین	حد بالا
آمادگی برای تغییر	کنترل	۱۱/۸۲	*۴/۸۰	۳/۱۸	۰/۰۰۱	-۵/۱۳	-۴/۳۳
	آزمایش	۱۶/۶۲	*۴/۸۰	۳/۱۸	۰/۰۰۱	۴/۳۳	۵/۱۳
برنامه‌ریزی	کنترل	۱۳/۶۰	*۶/۲۱	۳/۶۸	۰/۰۰۱	-۶/۹۵	-۵/۸۵
	آزمایش	۱۹/۸۱	*۶/۲۱	۳/۶۸	۰/۰۰۱	۵/۸۵	۶/۹۵
استفاده از منابع	کنترل	۷/۲۲	*۴/۹۸	۳/۲۳	۰/۰۰۱	-۵/۳۵	-۴/۵۵
	آزمایش	۱۲/۲۰	*۴/۹۸	۳/۲۳	۰/۰۰۱	۴/۵۵	۵/۳۵
رفتار هدفمند	کنترل	۱۱/۸۰	*۵/۹۵	۳/۳۵	۰/۰۰۱	-۶/۴۵	-۵/۱۵
	آزمایش	۱۷/۷۸	*۵/۹۵	۳/۳۵	۰/۰۰۱	۵/۱۵	۶/۴۵

با توجه به جدول ۸ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های رشد فردی معنی‌دار است یعنی درمان گروهی راه‌حل محور با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش مؤلفه‌های رشد فردی دختران آسیب دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر داشته است.

**فرضیه دوم پژوهش: درمان گروهی راه‌حل محور بر امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر دارد.**

جهت آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چند متغیری استفاده شده به این صورت که ابتدا به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل محور بر امنیت روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و سپس به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه‌حل محور بر مؤلفه‌های امنیت روانی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس لازم است از رعایت شدن مفروضات آن اطمینان حاصل کرد. علاوه بر مفروضه نرمال بودن که نتایج بیان گر نرمال بودن توزیع متغیر امنیت روانی و مؤلفه‌های آن است، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون رشد فردی و مؤلفه‌های آن نتایج آزمون F در جدول ۹ گزارش شده است.

جدول ۹- نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون

منبع	SS	df	MS	F	P
گروه*پیش‌آزمون امنیت روانی	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۲/۳۲	۰/۰۹
گروه*پیش‌آزمون ناسازگاری محیطی	۱/۹۰	۱	۱/۹۰	۰/۹۸	۰/۴۳
گروه*پیش‌آزمون پارانوئیا	۲/۰۵	۱	۲/۰۵	۱/۱۰	۰/۳۱
گروه*پیش‌آزمون اعتقاد به خود	۰/۹۳	۱	۰/۹۳	۰/۱۰	۰/۸۸
گروه*پیش‌آزمون اشتیاق به زندگی	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	۱/۰۸	۰/۳۴
گروه*پیش‌آزمون افسردگی	۳/۳۶	۱	۳/۳۶	۱/۸۹	۰/۱۳
گروه*پیش‌آزمون احساس سعادت‌مندی	۳/۱۵	۱	۳/۱۵	۱/۷۶	۰/۱۶
گروه*پیش‌آزمون امنیت اجتماعی	۲/۸۶	۱	۲/۸۶	۱/۲۲	۰/۳۰
گروه*پیش‌آزمون خودآگاهی	۱/۸۳	۱	۱/۸۳	۰/۹۳	۰/۵۰
گروه*پیش‌آزمون اعتماد به نفس	۲/۰۲	۱	۲/۰۲	۱/۰۶	۰/۳۶
گروه*پیش‌آزمون احساس عصبانیت	۰/۹۹	۱	۰/۹۹	۰/۰۹	۰/۹۲
گروه*پیش‌آزمون یأس و ناامیدی	۲/۸۰	۱	۲/۸۰	۱/۱۸	۰/۳۲
گروه*پیش‌آزمون علاقه به زندگی	۱/۵۶	۱	۱/۵۶	۱/۱۳	۰/۳۳
گروه*پیش‌آزمون سازگاری با دیگران	۳/۳۰	۱	۳/۳۰	۲/۱۶	۰/۱۱
گروه*پیش‌آزمون احساس	۲/۹۰	۱	۲/۹۰	۲/۰۵	۰/۱۶

سلامت					
گروه*	پیش آزمون	احساس	۱/۸۰	۱	۱/۸۰
حقارت	۰/۲۲	۱/۹۶	۱/۸۰	۱	۰/۲۲

با توجه به جدول ۱۰ آماره  $F$  آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون امنیت روانی ( $P=۰/۰۹$  ,  $F=۲/۳۲$ )، ناسازگاری محیطی ( $P=۰/۴۳$  ,  $F=۰/۹۸$ )، پارانوویا ( $P=۰/۳۱$  ,  $F=۱/۱۰$ )، اعتقاد به خود ( $P=۰/۸۸$  ,  $F=۰/۱۰$ )، اشتیاق به زندگی ( $P=۰/۳۴$  ,  $F=۱/۰۸$ )، افسردگی ( $P=۰/۱۳$  ,  $F=۱/۸۹$ )، احساس سعادت‌مندی ( $P=۰/۱۶$  ,  $F=۱/۷۶$ )، امنیت اجتماعی ( $P=۰/۳۰$  ,  $F=۱/۲۲$ )، خودآگاهی ( $P=۰/۵۰$  ,  $F=۰/۹۳$ )، اعتماد به نفس ( $P=۰/۳۶$  ,  $F=۱/۰۶$ )، احساس عصبانیت ( $P=۰/۹۲$  ,  $F=۰/۰۹$ )، یأس و ناامیدی ( $P=۰/۳۲$  ,  $F=۱/۱۸$ )، علاقه به زندگی ( $P=۰/۳۳$  ,  $F=۱/۱۳$ )، سازگاری با دیگران ( $P=۰/۱۱$  ,  $F=۲/۱۶$ )، احساس سلامت ( $P=۰/۱۶$  ,  $F=۲/۰۵$ ) و احساس حقارت ( $P=۰/۱۶$  ,  $F=۲/۰۵$ ) در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌ها برابر است.

نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در جدول ۱۰ گزارش شده است.

جدول ۱۰- نتایج آزمون لوین

متغیر	F	df1	df2	P
پس آزمون امنیت روانی	۲/۳۰	۱	۲۸	۰/۰۸
پس آزمون ناسازگاری محیطی	۰/۹۶	۱	۲۸	۰/۱۸
پس آزمون پارانوویا	۰/۸۰	۱	۲۸	۰/۲۵
پس آزمون اعتقاد به خود	۰/۷۴	۱	۲۸	۰/۳۶
پس آزمون اشتیاق به زندگی	۰/۵۷	۱	۲۸	۰/۴۵
پس آزمون افسردگی	۰/۴۹	۱	۲۸	۰/۶۷
پس آزمون احساس سعادت‌مندی	۰/۳۶	۱	۲۸	۰/۸۵
پس آزمون امنیت اجتماعی	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۷۱
پس آزمون خودآگاهی	۰/۴۰	۱	۲۸	۰/۷۵
پس آزمون اعتماد به نفس	۰/۳۲	۱	۲۸	۰/۹۳
پس آزمون احساس عصبانیت	۰/۳۰	۱	۲۸	۰/۹۶
پس آزمون یأس و ناامیدی	۰/۲۵	۱	۲۸	۰/۹۸
پس آزمون علاقه به زندگی	۰/۷۵	۱	۲۸	۰/۳۵
پس آزمون سازگاری با دیگران	۰/۶۰	۱	۲۸	۰/۴۲
پس آزمون احساس سلامت	۰/۵۵	۱	۲۸	۰/۴۵
پس آزمون احساس حقارت	۰/۴۸	۱	۲۸	۰/۶۹

نتایج آزمون  $F$  لوین برای بررسی همگنی پس آزمون امنیت روانی ( $P > ۰/۰۵$  ,  $P=۰/۰۸$ )، پس آزمون ناسازگاری محیطی ( $P > ۰/۰۵$  ,  $P=۰/۱۸$ )، پس آزمون پارانوویا ( $P > ۰/۰۵$  ,  $P=۰/۲۵$ )، پس آزمون اعتقاد به خود ( $P > ۰/۰۵$  ,  $P=۰/۳۶$ )،

( $P=$ ) پس آزمون اشتیاق به زندگی ( $P=0/43$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون افسردگی ( $P=0/67$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون احساس سعادتمندی ( $P=0/85$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون امنیت اجتماعی ( $P=0/71$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون خود آگاهی ( $P=0/75$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون اعتماد به نفس ( $P=0/93$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون احساس عصبانیت ( $P=0/35$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون یأس و ناامیدی ( $P=0/98$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون علاقه به زندگی ( $P=0/35$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون سازگاری با دیگران ( $P=0/42$  ,  $P > 0/05$ )، پس آزمون احساس سلامت ( $P=0/45$  ,  $P > 0/05$ ) و پس-آزمون احساس حقارت ( $P=0/69$  ,  $P > 0/05$ ) معنی دار نمی باشند بنابراین واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر می-باشد.

هم چنین جهت رعایت مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. براساس این آزمون و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، پیش فرض برابری ماتریس واریانس کوواریانس برقرار است ( $F=1/75$  ,  $P=0/07$  ,  $MBOX= 8/43$ ).

پس از اطمینان از رعایت شدن مفروضات نرمال بودن، همگنی شیب رگرسیون، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس واریانس- کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان گروهی راه حل محور بر امنیت روانی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۱ ارائه شده است.

**جدول ۱۱- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (آنکوا) نمره متغیر امنیت روانی در دو گروه آزمایش و گواه**

منبع	SS	df	MS	F	P	Eta (اندازه اثر)
گروه	۱۵۳/۴۶	۱	۱۵۳/۴۶	۵۶/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵

در جدول ۱۱ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیر امنیت روانی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان گروهی راه حل محور، بر افزایش امنیت روانی تأثیر داشته است. به منظور بررسی دقیق این تغییر نتایج میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های کنترل و آزمایش در جدول ۱۲ ارائه شده است.

**جدول ۱۲- میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده متغیر امنیت روانی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد**

متغیر وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	معناداری انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
امنیت روانی	کنترل	۲۵/۴۰	-۱۱/۰۳*	۰/۰۰۰۱	حد پایین -۱۱/۹۰ حد بالا -۱۰/۹۵
	آزمایش	۳۶/۴۳	۱۱/۰۳*	۰/۰۰۰۱	حد پایین ۱۰/۹۵ حد بالا ۱۱/۹۰

با توجه به جدول ۱۲ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای متغیر امنیت روانی معنی دار است یعنی درمان گروهی راه حل محور با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش امنیت روانی دختران آسیب دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر داشته است. در ادامه به منظور بررسی تأثیر درمان گروهی راه حل محور بر مؤلفه-های متغیر امنیت روانی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه شده است.

**جدول ۱۳- نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های امنیت روانی**

شاخص‌ها	مقدار	F	df	Edf	P	Eta	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۵	۳۵/۹۲	۱۵	۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۳۵/۹۲	۱۵	۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
اثر هتلینگ	۶/۴۶	۳۵/۹۲	۱۵	۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
بزرگترین ریشه روی	۶/۴۶	۳۵/۹۲	۱۵	۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱

نتایج لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/001$ ،  $۳۵/۹۲$ ،  $F=0/۱۶$  = مقدار لامبدای ویلکز).

جدول ۱۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) نمرات مؤلفه‌های امنیت روانی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta	توان آماری
ناسازگاری محیطی	۲۲/۹۰	۱	۲۲/۹۰	۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
پارانویا	۵/۳۲	۱	۵/۳۲	۱/۸۵	۰/۱۲	۰/۰۳	۱
اعتقاد به خود	۱۸/۹۳	۱	۱۸/۹۳	۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
اشتیاق به زندگی	۱۹/۴۶	۱	۱۹/۴۶	۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
افسردگی	۳/۳۲	۱	۳/۳۲	۱/۳۴	۰/۱۶	۰/۰۱	۱
احساس سعادت‌مندی	۳/۳۰	۱	۳/۳۰	۱/۳۳	۰/۱۷	۰/۰۱	۱
امنیت اجتماعی	۴/۲۵	۱	۴/۲۵	۱/۶۷	۰/۱۰	۰/۰۲	۱
خودآگاهی	۲۳/۸۴	۱	۲۳/۸۴	۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
اعتماد به نفس	۱۷/۰۵	۱	۱۷/۰۵	۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
احساس عصبانیت	۶/۲۷	۱	۶/۲۷	۲/۰۹	۰/۱۱	۰/۰۳	۱
یأس و ناامیدی	۷/۷۶	۱	۷/۷۶	۲/۳۴	۰/۰۸	۰/۰۵	۱
علاقه به زندگی	۲۳/۵۲	۱	۲۳/۵۲	۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
سازگاری با دیگران	۲۴/۴۵	۱	۲۴/۴۵	۷/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
احساس سلامت	۲۲/۹۲	۱	۲۲/۹۲	۷/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
احساس حقارت	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۱/۹۶	۰/۱۱	۰/۰۳	۱

در جدول ۱۴ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های امنیت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان گروهی راه‌حل‌محور، بر مؤلفه‌های امنیت روانی تأثیر داشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه دوم پژوهش در مؤلفه‌های (ناسازگاری محیطی، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، خود آگاهی، اعتماد به نفس، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران و احساس سلامت) مورد پذیرش واقع می‌شود. برای بررسی این‌که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون مؤلفه‌های ذکر شده پس از تعدیل و مهار نمرات پیش‌آزمون تغییر یافته است در جدول ۱۵ میانگین‌های تعدیل شده گزارش شده است.

جدول ۱۵- میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده مؤلفه‌های امنیت روانی به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	تفاضل میانگین‌ها	معناداری	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵ درصد
						حد پایین      حد بالا
ناسازگاری محیطی	کنترل	۳/۶۵	۲/۵۵*	۰/۰۰۱	۱/۰۵	۲/۲۵      ۳/۰۵
	آزمایش	۱/۱۰	-۲/۵۵*	۰/۰۰۱	۱/۰۵	-۳/۰۵      -۲/۲۵
اعتقاد به خود	کنترل	۱/۲۴	-۳/۰۱*	۰/۰۰۱	۰/۸۰	-۳/۱۵      -۲/۹۰

آزمایش	۴/۲۵	*۳/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۲/۹۰	۳/۱۵
اشتیاق به	کنترل	۱/۰۲	*-۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	-۲/۶۰
زندگی	آزمایش	۳/۷۵	*۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۳/۱۰
خودآگاهی	کنترل	۰/۴۲	*-۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸	-۱/۳۵
اعتماد به نفس	آزمایش	۱/۹۳	*۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۷۶
اعتماد به نفس	کنترل	۱/۰۱	*-۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶	-۱/۵۰
اعتماد به نفس	آزمایش	۲/۶۵	*۱/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۱/۸۰
علاقه به	کنترل	۱/۰۲	*-۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳	-۱/۳۵
زندگی	آزمایش	۲/۴۵	*۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱/۷۶
سازگاری با	کنترل	۱/۰۵	*-۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷	-۱/۴۵
دیگران	آزمایش	۲/۷۰	*۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۱/۸۰
احساس	کنترل	۱/۱۲	*-۱/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱	-۱/۶۰
سلامت	آزمایش	۲/۸۵	*۱/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۱/۹۵

با توجه به جدول ۱۵ و نتیجه تفاضل میانگین‌ها مشاهده می‌شود که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های (ناسازگاری محیطی، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، خود آگاهی، اعتماد به نفس، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران و احساس سلامت) معنی‌دار است یعنی درمان گروهی راه‌حل محور با اطمینان ۹۵ درصد در کاهش ناسازگاری محیطی و افزایش اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، خود آگاهی، اعتماد به نفس، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران و احساس سلامت دختران آسیب دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر داشته است.

## بحث و نتیجه گیری

### بحث در مورد فرضیات پژوهش

**فرضیه اول پژوهش:** مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر دارد.

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر رشد فردی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش ایوب و اقبال (۲۰۱۲)، گینگریچ و پترسون (۲۰۱۸) و ردی و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. رشد فردی ابتدا بدین معناست که فرد خود را باور کند یعنی از نظر درونی به این سطح برسد که بداند می‌تواند و این توانستن به دست نمی‌آید مگر اینکه انسان به صورت واقع‌گرایانه و نه آرمانی و خیالی توانایی‌ها و ضعف‌های خود را بشناسد و بعد با استفاده از همین توانایی‌ها سعی کند که رو در روی مشکلاتش بایستد و این همان چیزی بود که من در بحث با کودکان کار به دنبال آن بودم یعنی برگرداندن حس حرمت و ارزشمندی درونی به آنها با کمک خودبچه‌ها و نه نگاه کارشناسانه‌ی صرف، در تمام طول هشت جلسه کلاس آموزشی که برگزار شد سعی بر این بود که بیشتر بچه‌ها حرف بزنند و توضیح بدهند تا هم من ذهنیتشان را بهتر بشناسم و هم خودشان بدون ترس از افکارشان آن‌ها را بیان کنند که به واسطه‌ی همین ابراز کردن شروع به شناخت بیشتر خود کنند و با فکر کردن به تغییرات جدید رفتار یا افکارشان دقیقاً طبق تعریف به صورت آگاهانه و عمدی خود را به چالش بکشند و همزمان به دنبال راه کار برای بیرون آمدن از چالش‌ها باشند تا جایی که در آخرین جلسه بتوانند تا حد زیادی به هدف و امیدی که در جلسات اولیه به دنبال رسیدن به آن بودند نزدیک شده باشند، از خوبی‌های این پروتکل این بود که ما قدم به قدم پیش می‌رفتیم حتی یکبار یک جلسه را دوبار برگزار کردیم

تا کاملاً برای بچه‌ها قابل فهم باشد و بیشتر به فکر فرو بروند که در این جای کار باید برای تکلیفی که دارند (مثلاً اینکه این هفته چه قدم کوچیکی برای کنترل خشم خود قرار است بردارند) چه تصمیمی بگیرند تا آرام آرام این فکر کردن‌ها تبدیل به عمل بشود و احساس رضایت ناشی از تغییر مثبت و حذف شدن احساس قربانی بودن در وجود آن‌ها پدیدار شود شما فرض کنید چه احساس خوبی میتواند در افراد ایجاد شود وقتی که به آن‌ها میگوییم که آن‌ها هم میتوانند و قدرت دارند در حالیکه همیشه به چشم بی‌ارزشی و ضعف در رفتار و افکار به آن‌ها نگاه شده است و خودشان هم متاسفانه آن را پذیرفته و تن به ه چیزی میدهند نتیجه نهایتاً آن بود که شاید کار کردن با این دختران که در محیطی مردانه و نامتناسب با روحیتشان است بزرگ شده اند سخت باشد اما امکان پذیر است و اگر به جای نصیحت و آموزش مستقیم واز همه مهمتر پرداختن مداوم به گذشته احساس اعتماد به خود را به آن‌ها بدهیم و افکارشان را به سمتی ببریم که ریز ترین تغییرات مثبت را هم مهم در نظر بگیرند و به جای ترس از مقابله با مشکلات یا انتظار برای حضور فردی که به آن‌ها رسیدگی کند، با کمک سطح توانایی‌های خود به دنبال راه حل‌های جدید بگردند حتی اگر نتیجه‌ی کار آن‌ها مثبت هم نباشد به خاطر تلاشی که از جانب خودشان بوده است احساس بدی را تجربه نمیکند و اتفاقاً در مسیری که پیش رو دارند رشد میکنند و و حتی در آینده این استثنائات رفتاری را به یاد می‌آورند و با مرور زمان گنجینه‌ای از رفتارهایی را دارند که متفاوت عمل کرده و متفاوت نتیجه گرفته اند و به آن‌ها کمک میکند برنامه ریزی منظمی برای رفتار و افکارشان دارند ولو اینکه در یک محیط نامناسب باشند در مجموع فنون و تکنیک‌های مشاوره راه‌حل‌محور به شیوه گروهی موجب گردید تا مراجعان تفکر و نگرش خود را در باره‌ی مسائل و مشکلات زندگی تغییر دهند و با ایجاد احساس خوب در مراجعان نسبت به خودشان و با نمایان کردن نقاط قوت و موفقیت‌های آنان تمرکز مراجعان را از مشکل و ضعف‌های ناشی از آن به سمت راه‌حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق به مراجعان کمک می‌شود که خودشان را فردی توانمند ارزیابی کرده و رشد فردی در آنان بهبود یابد.

### **فرضیه دوم پژوهش: مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر امنیت‌روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر دارد.**

نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر امنیت‌روانی دختران آسیب‌دیده اجتماعی مرکز کودکان کار تاثیر دارد و مقدار زیادی از فشار روانی و استرس آن‌ها دور می‌کند. در تعریف امنیت روانی گفته بودیم که فرد احساس اطمینان نسبت به محیط زندگی خود داشته باشد و اگر بخواهیم این مفهوم را بر اساس پرسشنامه امنیت روانی مزلو بررسی کنیم و آن را به کودکان کار اختصاص بدهیم باید بگوییم که منظور این است که نوجوان احساس بکند می‌تواند به طریقی در این محیط نیازهایش را برآورده بکند یا حتی امید به برآورده کردن نیازهایش داشته باشد و این پروتکل به این دلیل اثربخش است که از همان جلسه‌ی اول وقتی که از بچه‌ها خواستم یک امید و هدفی را تعیین کنند که دوست دارند در طی جلسات به آن نزدیک بشوند در واقع به نوعی افکارشان را درگیر هیجان مثبتی می‌شد که اولاً پس چیزی هست که دوست داشته باشم به آن برسم و در مرحله‌ی بعد قرار هست راهی‌هایی برای رسیدن و یا نزدیکی شدن به آن پیدا کنم و این خود امید بخش است و به نوعی حتی جو کلاس را هم به سمت شادی میبرد با پیشرفت در جلسات هر چه قدر که بچه‌ها بیشتر احساس کردند که میتوانند رفتارهایی انجام دهند که مهم به شمار می‌رود و آن‌ها را به صورت کمی و عددی بر روی مقیاس‌های رفتاری راه حل محور بیاورند و قدم‌هایشان را به سمت هدفشان بشمارند از ناامیدی فاصله می‌گرفتند و اعتماد بیشتری به خود پیدا میکردند که تا همین جا چند مولفه‌ی امنیت‌روانی یعنی افسردگی و ناامیدی کم‌رنگ و مولفه‌های اشتیاق به زندگی، اعتماد به نفس پررنگ تر میشود. البته این را هم باید ذکر کنم که اصلاً قصد این را نداشتم که همه یز را عادی و به دور از خطر و ناامنی جلوه بدهم ما بارها با بچه‌ها در رابطه با مشکلاتی که در راه رسیدن به خواسته‌هایشان با توجه به محیطی که وجود داشت صحبت کردیم و اشتباهات رفتاری خود و دیگران را هم بررسی کردیم اما این‌ها مانع از آن نمی‌شد که دست از تلاش برداریم نهایتاً با اعتقادی که به خودشان پیدا میکنند که همسو با مولفه‌ی رشد فردی نیز هست سازگاری بیشتری با اطراف و انسان‌ها دارند چرا که از پانمی‌نشینند و با قدرت به دنبال خلق روش‌های ابداعی جدید برای رسیدن به هدف‌های تعیین شده هستند و با

کمک زمان حال نگاه به آینده دارند. و این همه ی آن چیزی است که من تلاش کردم تا بدان دسترسی پیدا کنند. بنابراین با کمک جلسات هشت گانه تا حد زیادی میتوان به مقیاس های امنیت روانی نزدیک شد.

### پیشنهاد های پژوهشی

پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده به منظور بررسی دوام مداخله، مطالعات پیگیری در فواصل ۹ ماه، ۶ ماه و یک سال در نظر گرفته شود.

- پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده این پژوهش در مورد نوجوانان پسر آسیب دیده اجتماعی و در شهرهای مختلف با توجه به تفاوت وضعیت گروه خاص نمونه در شهرها و فرهنگ های مختلف، انجام گردد و نتایج مقایسه گردد.  
- دلیل اثربخش بودن مشاوره گروهی راه حل محور در پژوهش جاری، پیشنهاد می شود در تحقیقات آتی این مداخله بر روی نمونه ها و گروه های آسیب دیده اجتماعی با توجه به نوع مشخص آسیب (خشونت جنسی و جسمی، اعتیاد، قاچاق مواد و ...) اجرا شود.

### پیشنهاد های کاربردی

- با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود مشاوره گروهی راه حل محور توسط مشاوران و روان شناسان در مراکز خدمات سلامت روان و سازمان ها و موسساتی مانند بهزیستی، مراکز خیریه و کمیته امداد که افراد آسیب دیده را تحت پوشش قرار می دهند، را به عنوان یک مداخله کارآمد در جهت تقویت رشد فردی و امنیت روانی مورد استفاده قرار دهند.

### منابع

۱. احمدی، سید احمد؛ قاسمی، ابوالقاسم (۱۳۷۸). تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر رشد اجتماعی فرزندان شبه خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی استان اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش*، ۱: ۲۱-۳۰.
۲. اخلاقی یزدی نژاد، فاطمه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر خودکارآمدی و بهزیستی روان شناختی معتادان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۳. اعظمی، یوسف (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس بر کاهش خشم و تکانش گری در افراد وابسته به مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
۴. افروز، غلامعلی (۱۳۹۴). روان شناسی کمروبی و روش های درمان. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۵. اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۶. اندر وافر، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش همسر داری مبتنی بر آموزه های دینی- روان شناختی بر تعارض زناشویی و تنظیم هیجان در زنان متأهل استان قم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۷. بابایی، ازاده؛ میرسعید، جعفری؛ آدریانا بیبا ریبولج (۱۳۹۹) تو یک بازمانده ای نه قربانی همراه با ۱۰ تمرین و مداخلات راه حل محور در خشونت خانگی. تهران نشر اکادمیک
۸. برنده، نسیم؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ قدسی، احقر (۱۳۸۹). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه راه حل محور بر کاهش استرس شغلی کارکنان زن بنیاد علمی آموزش قلم چی. پژوهشنامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، ۲۲: ۲۰-۱.
۹. پروچاسکا، جیمز او؛ نورکراس، جان سی (۲۰۰۵). نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد (۱۳۸۹).
۱۰. پیروی، مریم (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش به روش ایفای نقش در افزایش ابراز وجود. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.



۱۱. پیری، لیلا؛ شهرآرای، مهرناز (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان سبک‌های هویت، ابراز وجود و سبک‌های رویارویی با فشار روانی. مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، ۱(۲): ۳۹-۵۴.
۱۲. حسینی، جعفر (۱۳۸۹). خصوصیات روسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجانی. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳: ۷۳-۸۳.
۱۳. حسینی، بیتا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و راه‌حل‌محور بر بهبود مؤلفه‌های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین و ساختن مدل پیشنهادی. رساله دکتری، منتشرنشده، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
۱۴. حسینی، فریده السادات؛ دشتی نژاد، سید بهمن (۱۳۹۱). شخصیت و تفاوت‌های فردی. ۱(۲): ۱۱۶-۱۲۱.
۱۵. خاکپور، سودابه؛ جعفری، علیرضا؛ جعفری، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر ابراز وجود دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان. فصلنامه علوم رفتاری، ۸(۴): ۷۰-۵۹.
۱۶. داودی، زهرا؛ اعتمادی، عذرا و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰). تأثیر رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر کاهش گرایش به طلاق در زنان و مردان مستعد طلاق شهر اصفهان. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۴۳: ۱۲۱-۱۳۴.
۱۷. دست باز، انور؛ یونسی، سید جلال؛ مرادی، امید؛ ابراهیمی، محمد (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر سازگاری و خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان شهرستان شهریار. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۱): ۹۰-۹۸.
۱۸. دیویس، توماس؛ سینتا، جی آزرپون (۲۰۰۰). مشاوره مدرسه با رویکرد راه‌حل‌محور. ترجمه نسترن ادیب راد و علی محمد نظری (۱۳۸۹). تهران: نشر علم.
۱۹. راتوس، اسپنسر (بی تا). روان‌شناسی عمومی «جلد اول». ترجمه حمزه گنجی (۱۳۹۵). انتشارات ویرایش.
۲۰. راتوس، اسپنسر (بی تا). روان‌شناسی عمومی «جلد دوم». ترجمه حمزه گنجی (۱۳۹۵). انتشارات ویرایش.
۲۱. رحیمی، جعفر؛ حقیقی، جمال؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ بشلیده، کیومرث (۱۳۸۵). بررسی تأثیر آموزش جرات ورزی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و ابراز وجود در دانش‌آموزان پسر سال اول مقطع متوسطه. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران، ۱۳(۱): ۱۱۱-۱۲۴.
۲۲. ریس، شان؛ گراهام، رودریک اس (۱۹۹۱). آموزش ابراز وجود، ترجمه منیجه شهنی ییلاق؛ علیرضا رضایی (۱۳۸۰). اهواز: انتشارات دانشگاه شهید چمران اهواز.
۲۳. ریو، جان مارشال (بی تا). انگیزش و هیجان، ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۹۵). تهران: نشر ویرایش.
۲۴. زارع زاده خیبری، شیوا؛ رفیعی نیا، پروین؛ اصغری نکاح، سید محسن (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر برافزایش مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی خودپنداره کودکان مراکز شبه خانواده. مجله روان‌شناسی بالینی، ۶(۲): ۴۱-۵۱.
۲۵. سالاری فیض‌آباد، هاجر (۱۳۸۶). بررسی تأثیر مشاوره گروهی راه‌حل‌محور بر کاهش فشار روانی و نشانگان آن در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته راهنمایی و مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی.
۲۶. شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا؛ زهرا کار، کیانوش (۱۳۹۳). اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر کاهش استرس زناشویی زنان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۲: ۱۸-۲۶.
۲۷. شاه‌مرادی، سمیه؛ فاتحی زاده، مریم؛ بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰). درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌مدار. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، ۵۱: ۶۲-۵۹.
۲۸. شاهی، زهرا؛ اوجی نژاد، احمدرضا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش به شیوه رویکرد راه‌حل‌محور برافزایش میزان سازگاری اجتماعی و حل بحران هویت نوجوانان دختر. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، ۵(۱): ۲۱-۴۰.
۲۹. شعاری نژاد، علی‌اکبر (۱۳۹۱). نقش فعالیت‌های فوق‌برنامه در تربیت نوجوانان. تهران: انتشارات اطلاعات.
۳۰. شفیع‌آبادی عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۹۲). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر.

۳۱. شفیق‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا (۱۳۹۲). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
۳۲. صادق زاده، زهره؛ نوایی نژاد، شکوه؛ زارع، مهدی (۱۳۹۰). اثربخشی سایکودرام (روان نمایش‌گری) برافزایش شادکامی و ابراز وجود دانش‌آموزان دختر، مجله حقوق و خانواده (تحقیقات زنان)، ۵(۲): ۷۸-۹۵.
۳۳. صالحی، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی تأثیر مشاوره گروهی راه‌حل‌محور برافزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمد پنداری دانش‌آموزان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد راهنمای و مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی.
۳۴. محمدی، محبوبه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش گروهی مهارت تنظیم هیجان بر زنان مبتلا به افسردگی اساسی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
۳۵. محمودی، محمد جلال؛ ثنائی، باقر؛ نظری، علی محمد؛ داورنیا، رضا؛ بختیاری سعید، بهرام؛ شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). کارایی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت زندگی زنان متأهل. ارمغان دانش، ۲۰(۵): ۴۱۶-۴۳۲.
۳۶. مراد پور، جاماسب؛ میری، محمد رضا؛ علی‌آبادی، سمانه؛ پور صادق، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآگاهی و ابراز وجود، بر سازگاری و عزت نفس مادران کودکان کم‌توان ذهنی. مجله مراقبت‌های نوین، ۱۰(۱): ۴۳-۵۲.
۳۷. مک دونالد، السدرج (بی تا). درمان راه‌حل‌محور (نظریه، پژوهش و کاربردی)، ترجمه: علی محمد نظری، عباس موزیری، جواد خدادادی، فاطمه نادری. تهران: نشر علم (۱۳۹۵).
۳۸. مکالم، گایل (۲۰۰۷). تنظیم هیجان کودکان. ترجمه احمدرضا کیانی و فاطمه بهرامی. تهران: کتاب ارجمند (۱۳۹۰).
۳۹. منافی ممقانی، احترام (۱۳۹۵). بررسی رابطه کمال‌گرایی و سازگاری اجتماعی با ابراز وجود و امید به زندگی دانشجویان دانشگاه پیام نور شهرستان لنگرود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۴۰. میرسعید، جعفری و همکاران؛ هنرپرسشگری در درمان راه حل محور (۱۳۹۹)، تهران نشر اکادمیک
۴۱. نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. مجله علوم پزشکی اراک، ۱۵(۲): ۱۰۷-۱۱۸.
42. Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
43. Augustine, A. A. & Hemenover, S. H. (2008). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition & Emotion*, 23, 1181-1220
44. Ayar, D., & Sabancioğullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients, *Archives of Psychiatric Nursing*, 10.1016/j.apnu.2021.11.004
45. Ayar, D., & Sabancioğullari, S. (2022). The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients, *Archives of Psychiatric Nursing*, 36, 62-69
46. Deeker, M.L. Turk, C.L. Hess, B. Murray, C.E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*; 22, 458-494.
47. Dielman, M. B. & Franklin, C. (1998). Brief solution- focused therapy with parents and adolescents with ADHD. *Social work in Education*, 20. (4) ,261.
48. Dinçyurek, S. Çağlar, M. & Silman, F. (2009). Determination of the locus of control and level of assertiveness of the students studying in the TRNC in terms of different variables", *Procedia Social and Behavioral Sciences* 1. 12-22

49. Eakes, G. Walsh, S. Markowski, M. Cain, H. Swanson, M. (1997). Family centered brief solutionfocused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *J Fam Ther*; 19(2): 145-58.
50. Elliott, T. R. & Gramling, S. E. (1990). Personal assertiveness and the effects of social support among college students, *Journal of Counseling Psychology*. 37(4), 427-436.
51. Fosca, G.M. (2008). Beyond the parent-child dyad: Testing family systems influences on childrens emotion regulation. Doctoral dissertation of philosophy, Marquette university, milwaukee, wiscansin. *American Education Research Journal*. 39, 650-666.
52. Franklin, C. Moore, K. & Hopson, L. (2008). effectiveness of solution- focused brief therapy in a school setting, *Children and Schools*, 30(1), 15-26.
53. Gross, JJ & John, OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 85 (2): 348-362.
54. Gross, JJ. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
55. Guterman, J.T. (2007). Mastering the art of solution-focused counseling. BookPresentation at the American CounselingAssociation's 2007 Annual Convention, Detroit, MI.
56. Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
57. Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
58. Karagözoğlu, L., Kahve, E., & Adamişoğlu, D. (2008). Self esteem and assertiveness of final year Turkish university students. *Nurse Education Today*, 28 (5), 641-649.
59. Kim, J. S. (2006). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: Ameta-analysis using random effects modeling .Dissertation Presented to The Faculty of the Graduate School of the University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.
60. Koparan, S. Öztürk, F. Özkılıç, R. & Senısık, Y. (2009). An investigation of social self-efficacy expectations and assertiveness in multi-program high school students", *Procedia Social and Behavioral Sciences* 1, 623-629.
61. Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: P. Philippot & R. S. Feldman (Eds). *The regulation of emotion* (pp. 359- 385). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
62. Kvarme, L.G., Solvi, H., Sorum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. & Natvig, G.K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 47(11), 1389-96.
63. Lama, C., & Yuen, M. (2008). Applying solution-focused questions with primary school pupils: a Hong Kong teacher's reflections. *Pastoral Care in Education*, 26, (2), 103-110.
64. Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *PsychologicalInquiry*, 11, 129\_141.
65. Lazarus, R. S, (1991). *Emotion and adaptation*, New York, Oxford University Press.
66. Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y., & Chou, K.R. (2014). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students'

- assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*. 24, 656-665.
67. Lisbeth, G.K., Ragnhild, S., Vivian, L.H., Siren, H., Gerd, K.N. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies* 47, 1389–1396
  68. Liu, Y. (2006). The antecedents and consequences of emotion regulation at work. A dissertation submitted to the department of management in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
  69. Macdonald, A. J. (2007). Solution-focused therapy: Theory, research & practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6-23.
  70. Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Family Health and Population Program, Adolescent Health Unit.
  71. Mudd, J. (2000). Solution focused therapy and communication skills training: An integrated approach couple therapy: thesis submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic institute and state university in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science.
  72. Saffarpour S., Farah Bakhsh K., Shafi abadi A. & Pashasharifi, H. (2011). The effectiveness of solution-focused brief therapy on increasing social adjustment of female students residing in Tehran University dormitories. *International Journal of Psychology and Counseling Vol. 3(2)*. 24-28.
  73. Smith, S. (2010). A preliminary analysis of narratives on the impact of training in solution-focused therapy expressed by students having completed a 6-month training course. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 105–110.
  74. Taylor WF. (2013). Effects of solution-focused brief therapy group counseling on generalized anxiety disorder. (Ph. D dissertation). Walden university.
  75. Timothy, W. (2010). Mental health nursing from a solution-focused perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 210–219.
  76. Wallerstedt, C. & Higgins, P.G. (2000). Solution focused therapy Is it useful nurses in the work place? *AWHONN Lifelines*. 4(1). 20-39.
  77. Wei-Su, H., & Chiachih, D. C. (2011). Wang integrating Asian clients' filial piety beliefs into solution-focused brief therapy. *Int J Adv Counselling*, 33, 322–334.
  78. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. (1997). Solution-focused couple therapy groups: An empirical study. *J Fam Ther*; 19 (2):125-44.