



## Effectiveness comparison of solution-focused and supportive counselling based on self-compassion effects on control of behavior and emotional, social and educational adjustment for male street children

Mahsa Razmgar, M.A

Family counselling, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Seyed Ali Kimiaei, Ph.D

Associate professor of counseling & education psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Mashhad, Iran.

Imanollah Bigdeli, Ph.D

professor of department of Clinical psychology, Faculty of Educational Sciences & Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Mashhad, Iran.

### Abstract

The aim of this study was Effectiveness comparison of solution-focused and supportive counselling based on self-compassion effects on control of behavior and emotional, social and educational adjustment for male street children. This study was a quasi-experimental research study with experimental and control groups. The population of this study includes all street children of Mashhad street children center (2018). Samples were randomly assigned to two experimental groups and one control group (10 people each), a total of 30 people. Sinha & Singh's Adjustment Questionnaire (1993) and Youth Self Report (YSR) (1991) were used to perform pretest and posttest. The experimental groups were trained in groups for 8 sessions, once a week and for 90 minutes in each session. The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the training groups who received solution-focused and supportive counseling based on self-compassion and the control group in the control of behavior ( $P>0/001$ ). But none of the two educational methods could affect them in relation to the types of adjustment.

**Keywords:** solution-focused, self-compassion, male street children, adjustment, control of behavior.

## مقایسه اثربخشی مشاوره راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی بر کنترل رفتار، سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی کودکان خیابانی پسر

مهسا رزم‌گر

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

\*سیدعلی کیمیایی

دانشیار گروه روانشناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

ایمان‌الله بیگدلی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه‌ی اثربخشی مشاوره راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی بر کنترل رفتار، سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی کودکان خیابانی پسر صورت گرفت. این تحقیق یک مطالعه پژوهشی نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی کودکان خیابانی پسر واقع در مرکز نگهداری کودکان خیابانی و کار شهر مشهد سال ۱۳۹۷ بود. افراد نمونه به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۰ نفر)، در مجموع ۳۰ نفر جایگزین شدند. برای انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از ابزارهای پرسشنامه‌ی سازگاری (Sinha & Sinha, ۱۹۹۳) و پرسشنامه‌ی خودسنجی نوجوانان (YSR) (Rescorla & Achenbach, ۱۹۹۱) استفاده شد. گروه‌های آزمایش نیز به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک بار و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه مورد آموزش گروهی قرار گرفتند ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. نتایج با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری بررسی شد. نتایج نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش که درمان راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی را دریافت نموده‌اند و گروه کنترل در میانگین کنترل رفتار در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. ( $p>0/001$ ). اما در مورد انواع سازگاری کودکان، بین دو گروه از لحاظ معناداری در سازگاری تفاوتی مشاهده نشد.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره راه‌حل محور، مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی، کودکان خیابانی پسر، سازگاری، کنترل رفتار.

## مقدمه

کرده‌است (Maphosa, & Chireshe, Jadzweni, Cekiso)

(2010)

در پژوهش‌های مختلف، علل متعددی را در مورد خیابانی‌شدن، بروز عدم سازگاری و همچنین بروز مشکلات روانی و رفتاری در ابعاد مختلف ذکر شده‌است. مثلاً غیبت طولانی پدر و مادر، طلاق، مشاجرات و منازعات شدید آنها در نزد فرزندان، عواقب ناگواری به دنبال دارد. تحقیقاتی که روی پسران دبیرستانی به عمل آورده‌اند؛ به این نتیجه رسیده‌اند که نوجوانان خانواده‌های شکست خورده در انجام فعالیت‌های اجتماعی، عقب‌ماندگی داشته و افرادی عصبی و تندخو نسبت به امور زندگی بدبین، حساس و تمایل آنان برای انحرافات، بیش از دیگران است (Tremblay, Vitaro, Japel, & Boulerice, 1999). جدایی و طلاق والدین، یک عامل مهم سازگاری، تبه‌کاری و بروز رفتارهای نابهنجار در نزد کودکان و نوجوانان است. از طرفی، کیفیت ارتباطات در دوران کودکی و نوجوانی در شکل‌گیری شخصیت، تأثیر فراوان دارد. همچنین جدایی‌های طولانی، فقدان‌ها، ارتباط کم با والدین و برادران و خواهران و تضادهای خانوادگی، می‌تواند باعث بروز اختلالات شخصیتی شود (Shoffner, & Thomas, Grouer, 1992). Asante (2016) نیز اشاره می‌کند، زندگی در خیابان‌ها کودکان را با ضربه‌های روحی و آسیب‌پذیری‌های زیادی مواجه می‌سازد. علاوه بر رفتارهایی که سلامتی را به خطر می‌اندازد مثل فاحشه‌گری، مصرف الکل و مواد و سایر ضربات روحی مثل تجاوز، ضرب و شتم، جراحات، آدم‌ربایی و بدنامی اجتماعی می‌تواند بخشی از زندگی روزانه‌ی آنها باشد. و همچنین این کودکان و نوجوانان فاقد مهارت لازم برای گذراندن زندگی روزمره می‌باشند (Roy, Leclerc, & Haley, 2004). Boudreau, Boivin, Jafari, Shafie, Ahmaditabar (2021) نیز در پژوهش خود رویکرد واقیت‌درمانی را بر کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان کار بررسی نمودند و اثربخشی آن را اثبات کردند. Mukashema (2014) & Kayiranga هم به این نتیجه رسیدند که حمایت روانی مؤثر، راهنمایی مجدد والدین در رابطه با مسئولیت‌پذیری آنها و ستیز علیه خشونت خانگی می‌تواند در مواجهه با مشکل کودکان خیابانی مفید باشد.

اشتغال کودک به کار (Child labor) موضوع مهمی از لحاظ علمی و سیاسی در سراسر جهان است؛ این موضوع همچنین برای شکل‌گیری خط‌مشی‌ها اهمیت دارد، زیرا این مسئله نشانه‌ی مهمی برای رفاه کودکان و خانوار و به طور کلی برای اقتصاد محسوب می‌شود (Dumas, 2012). و همچنین تأثیرات مغایری بر سلامت کودکان دارد (Doorslaer, O'Donnell & Rosati, 2005). به نقل از (Zhao, Tang, & Zhao, 2018) و به نظر می‌رسد که این تأثیرات منفی برای مدت زیادی باقی بماند (Emerson, Souza & 2011). بیش از دو دهه است که کار و حضور کودکان در خیابان‌های شهرهای بزرگ ایران به عنوان مشکل اجتماعی مدنظر قرار گرفته‌است. مسئله‌ی کودکان خیابانی از مشکلات بسیاری از شهرهای بزرگ جهان، به ویژه در کشورهای درحال توسعه است (Ghasemi, Faraji, Mehrabi, Roshanfekr, & Vameghi, 2019).

در سال ۱۹۷۹، سالی که سازمان ملل متحد آن را «سال کودک» «Year of the Child» نامیده بود، واژه‌ی کودکان خیابانی عامیانه شد و به گروه درحال رشدی از جوانان اختصاص پیدا کرد که بیشتر یا همه‌ی وقت خود را در مکانهای عمومی شهر می‌گذرانند. اگرچه که این اختصاص نام برای خنثی کردن واژه‌های منفی بود اما استفاده‌های رایج آن بچه‌های خیابان (street urchins)، آوارها (vagrants)، بچه‌های ولگرد (street Arabs)، کهنه‌جمع‌کنها (rag pickers) و غیره بود (Panter-Brick, 2003). بر اساس پیمان نامه‌ی جهانی کودک، مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، منظور از کودک هر انسان دارای سن کمتر از ۱۸ سال است؛ مگر این که طبق قانون اعمال در مورد کودک، سن قانونی کمتر تعیین شده باشد. پس کودک خیابانی به کودکی اطلاق می‌شود که در شهرها برای ادامه‌ی بقا، مجبور به کار یا زندگی در خیابان هستند (World Health Organization experts, 2009). علاوه‌براین‌ها یونیسف (2011) نیز کودک خیابانی را هر دختر و پسری که هنوز به سن بزرگسالی نرسیده است و کسانی که خیابان برای آنها به اقامتگاهی همیشگی یا منبعی معیشتی تبدیل شده است. و به اندازه‌ی کافی از جانب بزرگسالان مسئول، حمایت و نظارت نمی‌شوند، تعریف

(Karimifar, 2017) در پژوهش خود اشاره کرده است که ناتوانی در نظم‌جویی هیجان‌ها موجب افزایش عواطف منفی، کاهش عواطف مثبت و کاهش خودکارآمدی در حوزه‌ی هیجان‌ها می‌شود. علاوه بر این، کودکانی که هیچ دوستی در کودکی ندارند، از رفتار فرااجتماعی محدود و مشکلات هیجانی رنج می‌برند (Caldwell & Barry, Wentzel, 2004). همچنین، کودکانی که نشانه‌های اضطراب و اختلالات را تجربه می‌کنند، دامنه‌ای از مشکلات اجتماعی را نشان می‌دهند که شامل: کاهش پذیرش از سوی همسالان، نرخ وسیعی از جرم بزرگسالان و مهارت‌های ضعیف اجتماعی می‌باشد (Marshall & Erdley Kingery, 2011). در مجموع، وابستگی بین رنج بردن از مشکلات با همسالان در کودکی و نشان‌دادن مشکلات سازگاری روانی- اجتماعی در نوجوانی ثابت شده است (Carrasco, Alarcón, & Trianes, 2018). امروزه برای افزایش سازگاری و کنترل بر رفتارهای ناسازگار در نوجوانان روش‌های مختلفی وجود دارد که از این میان رویکرد راه‌حل محور با تأکید بر راه‌حل‌ها می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای مثبتی را در آن‌ها تقویت کند. مشاوره‌ی راه‌حل محور (solution focused counselling) اغلب به «مشاوره‌ی کوتاه‌مدت» برمی‌گردد که یکی از مشاوره‌هایی است که به جای تجربیات گذشته بر حال و آینده متمرکز است. این تنها روشی است با راه‌حل‌های مورد نظر در رابطه با مشکل مراجع مقابله می‌کند. این رویکرد توسط De Shazer که یک مددکار بود و Insoo Kim Berg (همسر دی‌شیزر) به وجود آمد و توسط تیمی شامل Ive Lipchik ، Derks Jim ، Nannally ، Norum ، و Marlyn LaCourt در سال ۱۹۷۰ گسترش پیدا کرد (Franklin, McCollum, Trepper, & Gingerich, 2011). خود-تصمیم‌گیری باتوجه به نظم کار اجتماعی حق اولیه‌ای در افراد است. این رویکرد علایق دیگران را جست‌وجو می‌کند. برای کودکان و افراد جوان مهم است که یاد بگیرند با انتخاب‌های خود زندگی کنند. در تحقیقات مختلفی نیز اثربخشی آن اثبات شده است؛ Smock, Trepper, Wetchler, McCollum, Ray et al (2008) ، درمان گروهی راه‌حل‌مدار و مشکل‌مدار را بر روی افسردگی افراد دارای سوء مصرف مواد بررسی کرده است، که در این

یکی از مشکلاتی که کودکان خیابانی با آن درگیر هستند مسئله‌ی سازگاری است. کودکان درگیر در خیابان مشکلات سازگاری در ابعاد جسمانی، روانی و رفتاری را تجربه می‌کنند (Koller & Santana, de Morais, Nieto, Raffaelli, 2018). مفهوم سازگاری در اصل اصطلاحی بیولوژیکی است که در «نظریه‌ی تکامل» (Darwin, 1859) استفاده شده است و به معنای انطباق (adaption) بوده است مفهوم بیولوژیکی انطباق توسط روان‌شناسان وام گرفته شده و به سازگاری تغییر نام پیدا کرد (Saini, 2013 & Sharma). در برخی منابع سازگاری را به سه طبقه‌ی سازگاری اجتماعی، تحصیلی و عاطفی تقسیم‌بندی می‌کنند. سازگاری اجتماعی با عملکرد در پاسخ‌دادن درخواست‌ها و چالش‌های محیط اجتماعی مرتبط است تا ارزش‌ها و هنجارها را به کار بگیرد (به طور مثال پذیرش همسالان) (Chen, 2018). باتوجه به (Ladd, Buhs, & Seid, 2000) سازگاری تحصیلی با موفقیت کودکان در انطباق با محیط مدرسه مرتبط است. Saini & Sharma (2013) در رابطه با بعد عاطفی می‌گویند که سازگاری عاطفی به سازگاری شخصی یا روان‌شناختی برمی‌گردد که محافظ توازن هیجانی در برابر عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی است. مطالعاتی نیز به‌طور سیستمی بررسی کرده است که فلاکت‌های دوران کودکی با سازگاری کودکان در خیابان در کشورهای درحال توسعه مرتبط است (Tyler, Handema, Schmitz, Phiri, Kuyper, & Wood, 2016). در پژوهش Salehsedghpour تأثیر حمایت اجتماعی بر سازگاری عاطفی، آموزشی و اجتماعی را به اثبات رسانده است. درجه‌ی یکپارچگی گروه همسالان نشانه‌ی مهمی برای سلامت شخصی و رشد روان‌شناختی است. درمقابل، عدم پذیرش از سوی همسالان، افزایش درونی‌سازی و بیرونی‌سازی مشکلات را پیش‌بینی می‌کند (Carrasco, Trianes & Alarcón, 2018). عدم پذیرش توسط همسالان، اضطراب، افسردگی، اجتناب از روابط اجتماعی و نیز خطر رفتار ضد اجتماعی در نوجوانی را پیش‌بینی می‌کند حتی اگرچه که مشکلات بیرونی آن‌ها در طول کودکی کنترل شده باشد (Rudolph, 2000 & Gazelle). توانایی کنترل بر هیجان‌ها در این سن حائز اهمیت می‌باشد همان‌طور که

رضایت از زندگی و ارتباطات اجتماعی مرتبط است (Neff, 2003a). (Neff, 2003b) نیز همچنین به این نتیجه رسید که خوددلسوزی به طور قابل توجهی با پیامدهای مثبت سلامت روان رابطه دارد مثل: افسردگی و اضطراب کمتر و رضایت از زندگی بیشتر؛ همچنین در بعد سازگاری هم معتقد است که خوددلسوزی به افراد کمک میکند که الگوهای ناسازگار افکار و رفتار خود را اصلاح کند در تحقیقات دیگر نیز نشان داده شده است که افرادی با خوددلسوزی بالا صلاحیت بیشتری نشان می‌دهند و تلاش و پافشاری بیشتری برای اهداف تحصیلی خود می‌کنند حتی زمانی که با موانعی مواجه شوند (Neff et al, 2005). (Darbani & Rostami, Saadati, ۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر خوددلسوزی علاوه بر ارتقاء سطح سازگاری پس از طلاق در زنان مطلقه منجر به بهبود عزت‌نفس نیز شده است.

باتوجه به علل مذکور درمورد خیابانی‌شدن و با افزایش بی‌رویهی کودکان در دنیای امروز، می‌توان شاهد آسیب‌های جدی در این قشر بود که پیامدهایی را در خود این کودکان و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، به وجود خواهد آورد. چراکه اغلب این کودکان ناچارند در فضای نامناسبی به کار مشغول شوند که با سن، شرایط جسمانی و روحی آنها هماهنگی ندارد. به‌طورکلی، اغلب این کودکان درگیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، عدم سازش و غیره می‌شوند که آسیب‌های جسمانی و روانی بسیاری را به‌همراه خواهند داشت. لذا توجه به این قشر و شرایط حاکم بر آنها بیش از پیش حایز اهمیت می‌باشد. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی مشاوره راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی بر کنترل رفتار، سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی کودکان خیابانی پسر شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ صورت گرفته است. این پژوهش قصد داشت تا به بررسی دو فرضیه‌ی زیر بپردازد:

• بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون کنترل رفتار در گروه‌های آزمایش راه حل محور و مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

• بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون ابعاد سازگاری (اجتماعی، عاطفی و تحصیلی) در گروه‌های آزمایش راه حل

تحقیق نشان داده است که اثربخشی درمان راه‌حل مدار در زمینه‌ی کاهش افسردگی بیشتر از روش دیگر بوده است. Kim, Franklin & (۲۰۰۹)، نیز درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور را بر روی دانش‌آموزان در مدرسه انجام دادند که نشان داد این درمان به دانش‌آموزان کمک می‌کند که شدت احساسات منفی خود را کاهش دهند، مشکلات رفتاری خود را مدیریت کنند. Heidari & Hamidipour, Farahani (۲۰۲۱) هم به اهمیت این رویکرد در افزایش تاب‌آوری در برابر مشکلات اشاره کرده‌اند. در زمینه‌ی سازگاری اجتماعی و حل بحران هویت نوجوانان دختر نیز در پژوهشی تأثیر معنادار رویکرد راه‌حل محور به اثبات رسیده است (Ojinezhad, 2014 & Shahi). Ebrahimi & Younesi, Moradi, Dastbaz (۲۰۱۴) نیز این رویکرد را بر روی سازگاری و خودکارآمدی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی انجام داده بود که تأثیر معنادار آن را در افزایش این متغیرها شاهد بوده است.

روش دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی (خود-شفقتی) است. Neff (۲۰۰۹) خوددلسوزی را به عنوان سازهای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی (Mindfulness) در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه‌ی مرتبط، مشخصه‌ی فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. همچنین شفقت به خود، به فعال سازی نظام تسکین خود کمک می‌کند و بنابراین به کاهش احساس ترس و کناره‌گیری در افراد منجر می‌شود (Irons, 2005 & Gilbert). به خصوص خوددلسوزی به افراد کمک می‌کند به افراد که الگوهای ناسازگار افکار و رفتار خود را اصلاح کند (Neff, 2003a). بنابراین خوددلسوزی بر افراد نیرویی انگیزشی جهت رشد و ترویج سلامتی را فراهم می‌کند. به صورت تجربی، خوددلسوزی زیاد با کاهش عاطفه‌ی شخصی منفی، اضطراب، افسردگی و افزایش عاطفه‌ی مثبت و شادکامی ارتباط دارد (Neff, Rude, & Kirkpatrick 200). چندین مطالعه به این نتیجه رسیدند که خوددلسوزی به طور منفی با خودانتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوار ذهنی، جلوگیری از تفکر و کمالگرایی نوروپیک رابطه دارد. درحالیکه به طور مثبتی با

محور و مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

## روش

### روش پژوهش، جامعه‌ی آماری و نمونه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی کودکان خیابانی پسر واقع در مرکز نگهداری کودکان خیابانی و کار صدف شهر مشهد بود. نمونه‌ی مورد نظر این پژوهش از میان افراد دارای سن مورد نظر (دامنه‌ی سنی ۱۴ تا ۱۸ سال) انتخاب شد. به این صورت که کودکان پس از انجام پیش‌آزمون و تعیین سطح میزان سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی و همچنین مشکلات رفتاری، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هرکدام ۱۰ نفر) قرار گرفتند. افرادی که در پرسشنامه‌ی سازگاری نمره ۲۷ و یا بیشتر را کسب کرده بودند، نشانه‌ی سازگاری ضعیف بود. در پرسشنامه‌ی خودسنجی نیز نمره‌ی کلی وضعیت روان‌شناختی (۰-۲۲۴)، مشکلات درونی‌سازی شده (۰-۶۴)، مشکلات برونی‌سازی شده (۰-۵۸) است. امتیاز کمتر در هر مقیاس به معنی سلامت بیشتر و نمره‌ی بیشتر در هر مقیاس نشانه‌ی مشکلات روان‌شناختی بیشتر می‌باشد. ملاک ورود به آزمون هم داشتن سن حداقل ۱۴ و حداکثر ۱۸ سال و همچنین داشتن سواد حداقل پنجم ابتدایی بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغری و چندمتغری استفاده شد که در نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی شامل کسب مجوز قانونی از اداره‌ی بهداشتی مشهد، عدم آسیب به افراد، رازداری، احترام به افراد، کسب رضایت آگاهانه‌ی افراد جهت شرکت در پژوهش، اطمینان‌دادن به عدم افشای نام، هویت و اطلاعات آن‌ها و حق انصراف شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش بود که در این طرح لحاظ شده بود.

### ابزارسنجش

پرسشنامه سازگاری سینها و سینگ (Singh & Sinha): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط سینها و سینگ جهت تعیین

میزان سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی طراحی و تنظیم گردید. این پرسشنامه شامل ۶۰ سؤال است که ارزش هر سؤال بین صفر و یک است. نمره‌ی صفر نشان‌دهنده‌ی سازگاری خیلی خوب و نمره‌ی ۶۰ نشانه‌ی سازگاری خیلی ضعیف می‌باشد. این پرسشنامه در صدد آن است تا دانش‌آموزان دبیرستانی (گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال) با سازگاری ضعیف در سه حوزه‌ی سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی جدا سازد. ضریب اعتبار این آزمون توسط سازندگان آزمون از طریق دونیمه‌کردن برای سازگاری عاطفی، اجتماعی، تحصیلی و کل به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۳، ۰/۹۶، ۰/۹۵ و با روش بازآزمایی ۰/۹۶، ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ گزارش شده‌است و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است (Singh & Sinha, ۱۹۹۳)؛ به نقل از Karami (۱۹۹۸). آلفای کرونباخ در این پژوهش هم ۰/۸۱۶ می‌باشد. چند نمونه از سؤالات پرسشنامه به شرح زیر می‌باشند: (۱. آیا کمرو هستید؟ ۲. آیا به راحتی می‌توانید با هرکسی دوست شوید؟ ۳. آیا برایتان سخت است مطلبی را مطالعه کنید؟)

### پرسشنامه‌ی خودسنجی نوجوانان ( Youth Self Report)

فرم خودسنجی نوجوانان، یک مقیاس خودارزیابی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است که برای نوجوانان با حداقل تحصیلات در حد پایه پنجم ابتدایی در مدت زمان ۱۵ دقیق قابل پاسخگویی است. که توسط Rescorla & Achenbach (۱۹۹۱) ایجاد شده است. این مقیاس ۱۲۲ سؤالی، شامل بخش شایستگی‌ها از چهار قسمت فعالیت‌ها، عملکرد تحصیلی، کارایی اجتماعی و شایستگی کلی تشکیل شده است. فعالیت‌ها انواع ورزش، انواع سرگرمی‌های غیرورزشی، مهارت‌ها، شغل و کیفیت آن است. کارآمدی اجتماعی شامل سازمانی است که در آن نوجوان عضویت و فعالیت دارد. میزان فعالیت در آن سازمان شامل دوستان و کیفیت رابطه‌ی آن‌ها و رفتار با دیگران یا تنها بودن است. مقیاس‌های مبتنی بر تجربه فرم YSR دقیقاً یکسان و به این ترتیب است: اضطراب/ افسردگی؛ گوشه‌گیر / افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی‌سازی، برونی‌سازی، و مشکلات کلی (Rescorla, 2001 & Achenbach). گویه‌های این پرسشنامه

برونیسازی برابر ۰/۸۷ و ۰/۸۶ بوده است. همچنین همبستگی آزمون-باز آزمون با فاصله ۵ تا ۸ هفته بین ۰/۶۶ تا ۰/۴۸ بوده و تفاوت میانگین‌های اجرای اول و دوم در هیچ یک از زیرمقیاسها معنادار نبوده است (Pakdaman, Seyed & Ghanbari, 2011). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، ۰/۸۳۵ می‌باشد.

#### روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

در ادامه شرح جلسات مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی گیلبرت (۲۰۰۸) و مشاوره‌ی راه‌حل محور دی‌شازر و برگ به ترتیب در جدول ۱ و ۲ آورده شده است. هر جلسه هفته‌ای یک بار به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شده است.

وضعیت فرد را در طول ۶ ماه گذشته توصیف می‌کند؛ چنانچه آن عبارت غالباً یا کاملاً درست باشد، امتیاز ۲؛ گاهی و یا تاحدی درست باشد، امتیاز ۱ و اگر درست نباشد امتیاز ۰ لحاظ می‌شود. چند نمونه از گویه‌های این پرسشنامه: (۱) به ندرت از چیزی لذت می‌برم ۲. در تمرکز یا توجه کردن مشکل دارم. ۳. احساس بی‌ارزشی یا حقارت می‌کنم. ۴. بدون دلیل پزشکی مشخص، مشکلات جسمانی دارم.

پایایی آزمون-بازآزمون با فاصله‌ی ۷ روز در فهرست خودگزارشده‌ی برابر با ۰/۸۲ بوده و ثبات درونی آزمون بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۵ گزارش شده و نمرات در طول ۷ ماه ثبات داشته است. این آزمون در ایران توسط مینایی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده و ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های درون‌سازي و

جدول ۱. خلاصه‌ی چارچوب جلسات مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی گیلبرت (۲۰۰۸)

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و درمانگر- آشنایی اعضا با جنبه‌های ساختاری درمان مثل قوانین و زمان جلسات و ...
دوم	معرفی و آموزش اولین مهارت از آموزش خوددلسوزی با نام آموزش همدلی. آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
سوم	معرفی و آموزش دومین مهارت از راهبرد خوددلسوزی به نام آموزش همدردی
چهارم	معرفی و آموزش سومین مهارت از راهبردهای خوددلسوزی با عنوان بخشایش. پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
پنجم	معرفی و آموزش چهارمین مهارت از راهبردهای خوددلسوزی با عنوان آموزش پذیرش مسائل. پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالشهای مختلف.
ششم	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی. ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
هفتم	آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه‌ی اساسی آموزش خوددلسوزی است که براساس آن آزمودنیها یاد می‌گیرند حقایق زندگی را همانگونه که هستند بپذیرند
هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنیها تا بتوانند به روشهای مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

جدول ۲. خلاصه‌ی چارچوب جلسات مشاوره‌ی راه حل محور دی‌شازر و برگ

جلسه	شرح جلسات
اول	آشنایی اعضای گروه با هم و با رهبر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چارچوب‌ها و بیان اصول کلی مشاوره‌ی راه حل محور
دوم	بیان مسئله و تدوین اهداف
سوم	ایجاد راه حل برای مشکلات و برجسته کردن قابلیت‌ها و توانایی‌ها (بررسی توانمندی‌های افراد گروه)
چهارم	یافتن موارد استثناء (گسترش لحظات استثناء و برجسته‌سازی، تقویت تغییرات مثبت و ...)
پنجم	استفاده از پرسش معجزه‌آسا (آموزش این نوع پرسش به اعضا و بحث و گفتگو در مورد ایجاد تفاوت در زندگی خود و دادن تکلیف در همین راستا برای جلسه‌ی آینده)
ششم	متفاوت بودن در ابعاد رفتاری، شناختی و عاطفی (ارائه راهکارهایی متفاوت از آنچه تا به حال به کار گرفته‌اند، با تکیه بر توانمندی‌های اعضا، استفاده از واژه‌ی مهم «به جای» و ...)
هفتم	تثبیت و تحکیم تغییرات (بحث و گفتگو در مورد چگونگی در مورد تثبیت و تحکیم تغییرات به وجود آمده، روشهای تقویت و تشویق توانمندیها و شایستگیها، تفکر در مورد این موارد و بحث در جلسه‌ی آینده)
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته، نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

#### یافته‌ها

۳ دربرگیرنده ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر بر روی ۳۰ کودک خیابانی پسر (۲۰ نفر در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد). گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل) انجام گرفت. جدول

جدول ۳. نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر حسب گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه راه حل محور		گروه مشاوره حمایتی		گروه کنترل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۱۰	۱۰	۷۰	۷	۶۰	۶
	۱۶-۱۴		۳۰	۳	۴۰	۴
پایه تحصیلی	۶	۶	۸۰	۸	۴۰	۴
	۸-۵		۲۰	۲	۶۰	۶
ترتیب تولد	۷	۷	۵۰	۵	۵۰	۵
فرزند اول			۳۰	۳	۴۰	۴
فرزند دوم	۲	۲	۲۰	۲	۰	۰
فرزند سوم	۱	۱	۰	۰	۱۰	۱
فرزند چهارم	۰	۰	۰	۰	۱۰	۱

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، اکثریت آزمودنی‌ها در هر سه گروه بین ۱۴ تا ۱۶ سال و در پایه تحصیلی پنجم تا هشتم قرار داشتند. همچنین، از نظر ترتیب تولد، نیز اکثریت در هر سه گروه، فرزند اول بوده‌اند. آزمون کای اسکور نشان داد که بین سه گروه در سن ( $p=0/09$ ;  $\chi^2=4/84$ ، آماره)، تحصیلات ( $p=0/18$ ;  $\chi^2=3/33$ ، آماره) و ترتیب تولد ( $p=0/52$ )

۰/۴۱=آماره) تفاوت معناداری وجود ندارد و دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مشابه هستند. خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۴ آمده است. میانگین و انحراف استاندارد کنترل رفتار و سازگاری و

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی کنترل رفتار و سازگاری و خرده مقیاس‌های آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرها		گروه راه حل محور		گروه مشاوره حمایتی		گروه کنترل	
		مبتنی بر خوددلسوزی					
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
درونی سازی	میانگین	۱۲	۱۱/۴۰	۱۹/۶۰	۱۲/۸۰	۱۷	۱۹/۲۰
	انحراف معیار	۵/۳۹	۴/۴۰	۴/۴۵	۴/۹۱	۷/۲۲	۷/۴۶
برونی سازی	میانگین	۱۳/۶۰	۸/۸۰	۱۴/۹۰	۱۰	۱۴/۲۰	۱۵/۸۰
	انحراف معیار	۶/۶۵	۵/۴۳	۶/۱۱	۳/۸۸	۶/۲۱	۶/۰۶
سازگاری عاطفی	میانگین	۸/۶۰	۵/۶۰	۸/۱۰	۴/۹۰	۷/۷۰	۶/۲۰
	انحراف معیار	۳/۸۳	۲/۹۸	۳/۱۷	۳/۱۴	۳/۷۷	۳/۰۱
سازگاری آموزشی	میانگین	۶/۴۰	۵/۶۰	۹/۴۰	۶/۹۰	۸/۳۰	۷/۷۰
	انحراف معیار	۴/۳۷	۳/۰۶	۳/۳۳	۱/۵۲	۳/۴۶	۳/۳۰
سازگاری اجتماعی	میانگین	۶/۶۰	۵/۷۰	۶/۴۰	۴/۱۰	۶/۶۰	۵/۷۰
	انحراف معیار	۳/۵۳	۲/۳۱	۳/۸۰	۲/۸۸	۲/۸۷	۲/۳۵
نمره کل سازگاری	میانگین	۲۱/۶۰	۱۶/۹۰	۲۳/۹۰	۱۵/۹۰	۲۲/۶۰	۱۹/۶۰
	انحراف معیار	۸/۹۵	۶/۳۳	۷/۷۵	۶/۹۰	۷/۸۴	۶/۵۳

ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. مقادیر آزمون Box M و آماره F برای خرده مقیاس‌های کنترل رفتار به ترتیب ۵/۸۷ و ۰/۸۷ بوده و سطح معناداری آن ۰/۵۱ بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در سه گروه برابر است و مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید می‌شود. نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته یعنی خرده مقیاس‌های کنترل رفتار تفاوت معناداری وجود دارد (۰/۰۰۱ > p، F = ۶/۱۸، ۰/۴۳ = آماره لامبدای ویکلز). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیرها در سه گروه تفاوت وجود دارد، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمره کنترل رفتار و سازگاری و خرده مقیاس‌های آنها در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به میانگین نمره در مرحله پیش آزمون با تغییراتی همراه بوده است. به منظور پاسخ‌دهی به سوال تحقیق، ابتدا به بررسی مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در کنترل رفتار با کنترل پیش آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های مهم آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که با توجه به عدم معناداری، پیش فرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار بود. همچنین، برای بررسی فرض همگنی



جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های کنترل رفتار در پس آزمون

خرده مقیاس‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجموع مجذورات	F	p	توان آماری
درونی سازی	گروه	۷۶/۳۳۱	۲	۱۶۵/۸۸	۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۸۰/۴۶۳	۲۵	۱۸/۵۵			
برونی سازی	گروه	۹۱/۲۷۵	۲	۱۳۷/۹۵	۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطا	۴۶/۳۵۳	۲۵	۱۴/۱۳			

کنترل رفتار در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به این ترتیب، ۴۱ و ۴۳ درصد از این تغییرات یا بهبودی ایجاد شده در نمرات پس آزمون گروه آزمایش در درونی سازی و برونی سازی ناشی از تأثیر مداخله‌ها بوده است. به منظور بررسی تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دوبه دوی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج در ذیل ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات کنترل رفتار یعنی درونی سازی و برونی سازی در مرحله پس آزمون معنادار می‌باشد ( $p < 0/001$ ). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش که درمان راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی را دریافت نموده‌اند و گروه کنترل در میانگین

جدول ۶. آزمون توکی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیر کنترل رفتار

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معنی داری
درونی سازی	راه حل محور- مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی	-۱/۴۰	۰/۸۵
	راه حل محور-کنترل	-۷/۸۰	۰/۰۱
	مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی-کنترل	-۶/۴۰	۰/۰۴
برونی سازی	راه حل محور- مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی	-۱/۲۰	۰/۸۶
	راه حل محور-کنترل	-۷	۰/۰۱
	مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی-کنترل	-۵/۸۰	۰/۰۴

تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p < 0/05$ ). همچنین، به منظور بررسی مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در سازگاری از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان دهنده

نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که در مولفه‌های درونی سازی و برونی سازی در گروه‌های راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/05$ ). علاوه بر این، بین دو گروه راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی در مولفه‌های درونی سازی و برونی سازی

رعایت برقراری پیش فرض‌ها برای انجام تحلیل کواریانس بود. همچنین، برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد. مقادیر آزمون M Box و آماره F برای سازگاری به ترتیب ۱۷/۷۷ و ۱/۲۳ بوده و سطح معناداری آن ۰/۲۴ بوده است. بنابراین، مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس تأیید می‌شود.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات خرده مقیاس‌های سازگاری

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P
آزمون اثر پیلایی	۲۱/۰	۹۲/۰	۶	۴۶	۴۸/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۹	۹۰/۰	۶	۴۴	۰/۴۹
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۵	۸۸/۰	۶	۴۲	۰/۵۱
آزمون بزرگترین ریشه	۰/۲۰	۵۸/۱	۳	۲۳	۰/۲۱

Phelps et al (۲۰۱۸)، Kou & Yang, Zhang (۲۰۱۶)، Saeedi et al (۲۰۱۲)، Noorbala & Noorbala, Borjali، Golpour, et al (۲۰۱۷)، Kord، Babakhani & Kim (۲۰۱۷)، Taghipour & Ragabi, Harizavi (۲۰۱۷)، Franklin & Smock et al (۲۰۰۹)، Smock et al (۲۰۰۸) همسو می‌باشد.

Golpour et al (2017) نشان داده شد که آموزش خوددلسوزی شناختی در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود مولفه‌های خوددلسوزی دانش‌آموزان افسرده موثرتر بوده است. و در تحقیقی دیگر، ذهن آگاهی و خوددلسوزی به عنوان سازه‌های مثبت، نقش به‌سزایی در کاهش استرس تحصیلی دانش‌آموزان دختر را نشان داده است (Kord & Babakhani, ۲۰۱۶). همچنین، افرادی که سوءاستفاده و غفلت را در کودکی تجربه کرده‌اند، ممکن است شبیه محیط هیجانی تجربه شده توسط کودکان دلبسته‌ی نایمن باشند که تمایل به پرورش ترس از خوددلسوزی دارند (Gilbert et al, 2011) به نقل از (Ri Joeng., 2017). Phelps et al (۲۰۱۷) نیز به این نتیجه رسیدند که خطر اختلال مصرف مواد رابطه‌ی معکوسی با خوددلسوزی دارد. افزایش خوددلسوزی ممکن است هم برای پیشگیری از اختلال مصرف مواد و هم برای مداخلات درمانی مفید باشد. در زمینه‌ی مشاوره راه‌حل محور نیز تحقیق Smock et al (۲۰۰۸) می‌باشد که تأثیر این مشاوره را بر افسردگی افراد دارای سوءمصرف مواد بررسی کرده است، Franklin & Kim (۲۰۰۹) نیز تأثیر این روش را بر کاهش شدت احساسات منفی و مدیریت مشکلات رفتاری بررسی

همانطور که جدول ۷ نشان می‌دهد، سطوح معناداری همه آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته با هم تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین، مداخله‌ها بر سازگاری موثر نبوده است ( $p < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، هدف این پژوهش، مقایسه‌ی اثربخشی مشاوره راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی بر کنترل رفتار، سازگاری عاطفی، اجتماعی و آموزشی کودکان خیابانی پسر بود. فرضیه‌ی اول این پژوهش نیز بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون کنترل رفتار در گروه‌های آزمایش راه حل محور و مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل بود که نتایج این تحقیق نشان داد که در مولفه‌های درونی سازی و برونی سازی در گروه‌های راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p > 0.05$ ). به عبارت دیگر، بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش که درمان راه حل محور و مشاوره حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی را دریافت نموده‌اند و گروه کنترل در میانگین کنترل رفتار در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. که با تحقیقات Breines et al (۲۰۱۴)، Neff (۲۰۰۳)، Procter & Gilbert (۲۰۰۶)، Gilbert & Irons (۲۰۰۵)، Phelps et al (۲۰۱۷)، Wang et al (۲۰۱۶)،

تأثیر قرار دهد و فرضیه‌ی دوم تأیید نگردد. که با پژوهش‌های Amiri, , (۲۰۱۵), Nicholas در تبیین این یافته می‌توان گفت که چون بسیاری از این کودکان از لحاظ ابعاد مختلف جسمانی و روان‌شناختی مشکلاتی دارند و این رویکرد [حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی] می‌تواند این نقص را تا حدودی جبران کند. چراکه این نوع آموزش بیشتر بر جنبه‌هایی از عزت نفس، خودمهربانی، بخشش و غیره تأکید می‌کند و به‌نوعی می‌تواند خلأهایی در درون کودکانی که بعضاً مورد غفلت واقع شده‌اند را تا حدودی پر کند. خوددلسوزی بر افراد نیرویی انگیزشی جهت رشد و ترویج سلامتی را فراهم می‌کند. به صورت تجربی، خوددلسوزی زیاد با کاهش عاطفه‌ی شخصی منفی، اضطراب، افسردگی و افزایش عاطفه‌ی منفی و شادکامی ارتباط دارد (Kirkpatrick 2007 & Neff, Rude). در جلسات راه‌حل‌محور، آزمودنی‌ها در مورد مسائل و مشکلاتی که با آن‌ها روبه‌رو بودند بحث می‌کردند و اعتمادی که در طول جلسات به هم پیدا کرده بودند، قادر بودند مسائل را باهم در میان بگذارند و با نگرشی که نسبت به توانایی‌های خود پیدا کرده بودند توانستند راه‌حل‌های مناسبی را ارائه دهند. و مشکلاتی که در زمینه‌ی اضطراب، افسردگی، توجه و تمرکز، پرخاشگری و غیره داشتند، را بهتر می‌توانستند بررسی و مدیریت کنند. در این رویکرد تغییرات کوچک می‌تواند به نتایج بزرگ بینجامد: یعنی یک تغییر کوچک اغلب همان چیزی است که برای حل و فصل مشکلات مراجعان لازم است و می‌تواند به نوبه‌ی خود به تغییرات بزرگ‌تر و حل مشکلات بزرگ‌تری بی‌انجامد که ممکن است پیش روی مراجعان قرار گیرد (Bahaari, 2016 & Hopson, Moore & Franklin, 2008). هم رویکرد راه‌حل‌محور را بر روی دانش‌آموزان به‌کار بردند و تأثیر آن را بر رفتارهای درونی‌سازی‌شده و برونی‌سازی‌شده مشاهده کردند.

اما به طور خلاصه و با توجه به نتایج کلی این پژوهش، می‌توان دریافت که این‌گونه کودکان از لحاظ بعد حمایتی، سازگاری در ابعاد مختلف زندگی، عزت‌نفس، خودمهربانی، همدلی، بخشایش و غیره ضعف دارند که آموزش حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی در جهت ارتقای این ابعاد در کودکان خیابانی و همچنین افزایش بهداشت روان آن‌ها توصیه می‌شود. همچنین استفاده از روش‌هایی که بتواند بر مشکلات رفتاری و هیجانی این قشر که اغلب در رفتار نمایان می‌شود، غلبه کند، مفید می‌باشد. مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، ضعف تمرکز و غیره که در این افراد به طور معمول شایع است. پس توجه به این قشر از جامعه و مسائل اجتماعی از این دست که اکثراً مورد غفلت واقع می‌شوند، می‌تواند در راستای بهبود هر جامعه مؤثر باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که به دلیل ثابت نبودن این کودکان در این مؤسسات، امکان آزمون پیگیری (Follow up) وجود نداشت. و همچنین محدودیت دسترسی به نمونه‌ی بیشتر و همچنین جنسیت دختر، کمی کار بر روی این نمونه را دشوار ساخت. از طرفی چون در این‌گونه

فرضیه‌ی دوم نیز به بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون ابعاد سازگاری در گروه‌های آزمایش راه حل محور و مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل پرداخت. اما همان‌طور که ذکر شد این رویکرد آموزشی علی‌رغم پیش‌بینی‌ها و مبانی نظری نتوانست سازگاری را تحت

فرضیه‌ی دوم نیز به بررسی تفاوت معنادار بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون ابعاد سازگاری در گروه‌های آزمایش راه حل محور و مشاوره‌ی حمایتی مبتنی بر خوددلسوزی با گروه کنترل پرداخت. اما همان‌طور که ذکر شد این رویکرد آموزشی علی‌رغم پیش‌بینی‌ها و مبانی نظری نتوانست سازگاری را تحت

- 32 (2):131-149. (In Persian).
- Barghi Irani, Z., Bagiyankulemarz, M., & Bakhti, M. (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. *Psychology Contemporary*, 11 (1), 103-117 (Persian).
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain Behav Immun*, 37, 109-114.
- Carrasco, C., Alarcón, R., & Trianes, M. V. (2018). Social Adjustment and Cooperative Work in Primary Education: Teacher and Parent Perceptions. *Revista de Psicodidáctica (English ed.)*, 23(1), 56-62.
- Cénat, J. M., Derivois, D., Hébert, M., Amédée, M. L., & Karray, A. (2018). "Multiple traumas and resilience among street children in Haiti: Psychopathology of survival." *Child Abuse & Neglect* 79: 85-97.
- Chen, X. (2018). Culture, temperament, and social and psychological adjustment. *Developmental Review*, 50, 42-53.
- Chireshe, R., Jadezweni, M. J., Cekiso, M., & Maphosa, C. (2010). "Poverty: Narratives and Experiences of Street Children in Mthatha, Eastern Cape, South Africa." *Journal of Psychology in Africa*. 20(2), 199-202.
- Dastbaz, A., Younesi, S., Moradi., & Ebrahimi, M. (2014). The effect of "solution - focused" group counseling on adjustment and self- efficacy of high school male students in shahriar city. *Applied psychology*, 15, 1(55): 90-98. (In Persian).
- Dumas, C. (2012). Does Work Impede Child Learning? The Case of Senegal. *Economic Development and Cultural Change*, 60(4), 773-793.
- Emerson, P. M., & Souza, A. P. (2011). Is Child Labor Harmful? The Impact of Working Earlier in Life on Adult Earnings. *Economic Development and Cultural Change*, 59(2), 345-385.
- Farahani, m., Hamidipour, R., Heidari, H. (2021). پژوهش‌های رفتاری، آزمودنی‌ها را معمولاً انسان تشکیل می‌دهد، اکثراً نتایج به دست آمده ممکن است غیرقابل پیش‌بینی باشد چراکه آزمودنی‌ها گاهی تحت تأثیر شرایط آزمون و سؤالات پرسشنامه قرار می‌گیرند و ممکن است پاسخ‌ها کمی دور از شخصیت واقعی آن‌ها رقم بخورد؛ از طرفی سطح سواد نسبتاً پایین به خصوص در جامعه‌ی این پژوهش حاکی از همین مطلب است که امکان متوجه نشدن سؤالات یا تصادفی بودن آن‌ها باعث عدم تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گردد. به عبارت دیگر با انجام این‌گونه آموزش‌ها در سایر جوامع می‌توان به نتایج متفاوتی دست یافت. در راستای دستیابی به نتایج بهتر و دقیق‌تر می‌توان این پژوهش را بر روی نمونه‌ی دختر (در صورت دسترسی) در سنین مذکور انجام داد. همچنین استفاده از روش‌های مصاحبه به جای پرسشنامه دامنه‌ی دسترسی به اطلاعات بیشتری را می‌تواند فراهم کند. و نیز پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی این رویکرد با سایر رویکردها مقایسه گردد. همچنین استفاده از روش‌هایی در راستای ارتقای سطح سازگاری این قشر حائز اهمیت می‌باشد.
- منابع**
- Achembach, T. M & Rescorla, L. A. (2001). *(Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont)* Vol. 4 .
- Ahmaditabar, M. Jafari, F, Shafiei, N. (2021). The effectiveness of group reality therapy on reducing aggression and anxiety in street children. *Journal of new advances in behavioral sciences*, 5(51), 14-27 (Persian).
- Amiri, E., A., Kareshki, H., & Asghari, M. (2014). The effectiveness of solution-focused group counseling on general health of single parent boys. *Psychological models and methods*, 4(15):37-56. (In Persian).
- Asante, K. (2016). Street Children and Adolescents in Ghana: A Qualitative Study of Trajectory and Behavioural Experiences of Homelessness. *Global Social Welfare*, 3, 33-43.
- Bahraami A, Bahaari, F. (2016). Approaches to Improving Self-Efficacy among 8th Graders: Solution-Focused and Strategic Therapies. *QJOE*.

- Adolescent stress and coping: A longitudinal study. *Research in Nursing & Health*, 15(3), 209-217
- Haley N, Roy E, Leclerc P, Boudreau JF, Boivin JF. (2004). HIV risk profile of male street youth involved in survival sex. *Sex Transm Infect*; 80(6): 526-30.
- Japel, C., Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Boulerice, B. (1999). early parental separation and the psychosocial development of daughters 6—9 years old. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 49-60.
- Karami, A. (1998). *High school students' adjustment questionnaire*. Ravansanji: Tehran. (In Persian).
- Karimifar, M. (2017). Effectiveness of Emotion Regulation Training on Quality of Life among Women with Anxiety. *Developmental psychology (journal of Iranian psychologists)*, 13(52), 407-420. (In Persian).
- Kayiranga, G., Mukashema, I. (2014). Psychosocial factor of being street children in Rwanda. *Social and Behavioral Sciences* 140, 522 – 527.
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470.
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., & Marshall, K. C. (2011). Peer Acceptance and Friendship as Predictors of Early Adolescents' Adjustment Across the Middle School Transition. *Merrill-Palmer Quarterly*, 57(3), 215-243 .
- Kord, B., & Babakhani, A. (2016). The Role of Self-Compassion and Mindfulness in predicting the female students' academic stress. *Educational psychology studies*, 13(24): 109-126. (In Persian).
- Ladd, G. W., Buhs, E. S., & Seid, M. (2000). Children's Initial Sentiments About Kindergarten: Is School Liking an Antecedent of Early Classroom Participation and Achievement? *Merrill-Palmer Quarterly*, 46,255-279.
- Minaee, A. (2006). Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Exceptional children*, 6 (1):529-558. (In Persian).
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Effectiveness of Native Solution-focused Therapy based on Narrations of Mothers with Mentally Retarded Children on Their Resilience. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 18(4):503-509 (Persian).
- Franklin, C., Moore, K., & Hopson, L. (2008). Effectiveness of solution- focused brief therapy in a school setting, *Children and Schools*, 30(1), 15-26.
- Franklin, C., Trepper, T. S., McCollum, E. E., & Gingerich, W. J.(2011). *Solution-Focused Brief Therapy. A Handbook of Evidence-Based Practice*: New York: Oxford University Press.
- Gazelle, H., & Rudolph, K. D. (2004). Moving Toward and Away From the World: Social Approach and Avoidance Trajectories in Anxious Solitary Youth. *Child Development*, 75(3), 829-849.
- Ghasemi, A, Roshanfekar P, Mehrabi A, Faraji, B., Vameghi, M. (2019). Demographic characteristics of Street children and their Families in Kermanshah, Labor Situation and related factors of bcoming a street child: A Rapid assessment Study. *Social Studies and Research in Iran*. 8, (1) 87 – 114 (Persian).
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research\*. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Golpour, R., Abolghasemi, A., Ahadi, B., & Narimani, M. (2017). The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder. *Clinical psychology*, 6(1): 53-54. (In Persian).
- Grouer, M. W., Thomas, S. P., & Shoffner, D. (1992).

- J. C., & Koller, H. S. (2018). *Child Abuse & Neglect*, 85, 91-100.
- Ragabi, Gh. Harizavi, M., & Taghipour, M. (2017). Evaluating the model of the relationship between self-compassion, marital empathy, and depression with mediating marital forgiveness in Female. *Applied Counselling*, 6(2): 1-22. (In Persian).
- Ri Joeng, J., Turner, Sh., Young Kim, E., Ae Choi., S., Jeong Lee, Y., & Kim, J. (2017). Insecure attachment and emotional distress: Fear of self-compassion and self-compassion as mediators. *Personality and Individual Differences* 112, 6–11.
- Saeedi, Z, Ghorbani N, Sarafraz M R, Sharifian M H. (2012). The Relationship between Self-Compassion, Self-esteem and Self-Conscious Emotions Regulation. *Research in psychological health*, 6 (3):1-9. ( Persian).
- Saadati, N, Rostami M, Darbani S A. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. (2017). *Journal of family psychology*; 3 (2):45-58 (Persian).
- Salehsedghpour, B., Asadi, M., & Miri, M. (2011). The Relationship between Essential Needs and Social Support in Social, Academic and Emotional Adjustment of Student. *Journal of Psychology*, 401-416 (Persian).
- Shahi, Zh. & Ojinezhad, A. (2014). Effectiveness of training methods solution focused therapy to increase girl's adolescence Social adjustment and resolve crises identity. *Woman & society*, 5(17): 21-40. (In Persian).
- Sharma, P., & Saini, N. (2013). Health, social and emotional problems of college students. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 14(5), 21-34. ]link[
- Smock, S. A., Trepper, T. S., Wetchler, J. L., McCollum, E. E., Ray, R., & Pierce, K. (2008). Solution-Focused Group Therapy for Level 1 Substance Abusers. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 107-120.
- Swart, A, E., & Wright, D, J. (2015). Street Children: Cultural Concerns. *International Encyclopedia of Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908-916.
- Nicholas, A. (2015). Solution Focused Brief Therapy with Children Who Stutter. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193, 209-216.
- Niyazi, M. (2008). Street children. Samen-al-hojaj: Tehran. (In Persian).
- Noorbala, F., Borjali, A., & Noorbala, A. (2013). The interaction effect between “self-compassion” and “rumination” of depressed patients in “compassion focused therapy. *Daneshvar medicine*, 20(104): 48-77. (In Persian).
- Pakdaman Sh., Seyed mousavi, P., & Ghanbari, S. (2011). Quality of attachment and behavioral-emotional problems in adolescents: exploring the role of father. *Applied psychology*, 5, 1(17):85-100. (In Persian).
- Panter-Brick, C. (2002). Street Children, Human Rights, and Public Health: A Critique and Future Directions. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 147-171.
- Phelps, C., Paniagua, M. S., Willcockson, U. I., Potter, S. J. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 183, 78–81.
- Phillips, J. W. (2018). Future-outlook mediates the association between self-compassion and wellbeing. *Personality and Individual Differences* 135, 143–148.
- Raffaelli, , M., Santana, P. J., de Moraes, N. A., Nieto,

- Motivation and School Adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 96(2), 195-203.
- World Health Organization experts, (2009). *Work with street children*. Translated by: Zahedi asl, M., Arezoomandi, M., Moayedaldin, B., Rezazadeh, M., Mahzari, K., Saberi, Z., Mojtahedi, A. first edition, Tehran, Danzheh press.
- Yang, Y., Zhang, M., & Kou, Y. (2016). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality* 41, 139-154.
- the *Social & Behavioral Sciences*, 23, 533-538.
- Tang, C., Zhao, L., & Zhao, Z. (2018). Child labor in China. *China Economic Review*, 51, 149-166.
- Tyler, K. A., Handema, R., Schmitz, R. M., Phiri, F., Kuyper, K. S., & Wood, C. (2016). "Multi-Level Risk and Protective Factors for Substance Use Among Zambian Street Youth." *Substance Use & Misuse* 51(7): 922-931.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K.-T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Wentzel, K. R., Barry, C. M., & Caldwell, K. A. (2004). Friendships in Middle School: Influences on