



The Effectiveness of "Solution Focused Therapy" on Anxiety and Mobile Phone Addiction in Male Student's

Mohammad Goodarzi¹, Masoud Shahbazi^{2*}, Mansour Sodani³, Hassan Piriaei⁴

1- PhD Student of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Masjedsoleyman Branch, Islamic Azad University, Masjedsoleyman, Iran.

3- Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Corresponding author: Masoud Shahbazi, Assistant Professor, Department of Counseling, Masjedsoleyman Branch, Islamic Azad University, Masjedsoleyman, Iran.

Email: masoudshahbazi66@yahoo.com

Received: 7 Nov 2023

Accepted: 20 Feb 2024

Abstract

Introduction: It is very important to implement psychological treatments to reduce anxiety and addiction to mobile phone. The aim of the present study was to determine the effectiveness of "Solution Focused Therapy" on anxiety and addiction to mobile phone in male students.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design of 2 months with a control group. The statistical population included all male students of the first secondary level of Borujerd city in the academic year of 2022-2023. Among them, 30 people were selected by the convenience non-random sampling method and were replaced in 2 intervention groups (15 people) and control (15 people) in a simple random way using lottery. The research instruments included demographic questionnaire, "Mobile Phone Addiction Questionnaire" and "Revised Children's Manifest Anxiety Scale". Content validity of instruments was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After 8 sessions of "Solution Focused Therapy" for the intervention group, the data were analyzed in SPSS.22.

Results: "Solution Focused Therapy" over time has been effective in reducing anxiety ($P=0.01$, $F=99.86$) and mobile phone addiction ($P=0.01$, $F=216.13$) in male students.

Conclusions: "Solution Focused Therapy" was effective in reducing anxiety and addiction to mobile phones in male students. It is suggested that in order to reduce anxiety and mobile phone addiction, training courses on the above therapy should be held for students.

Keywords: Solution Focused Therapy, Anxiety, Mobile Phone Addiction, Male Students.



اثربخشی «درمان راه حل محور» بر اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر

محمد گودرزی^۱، مسعود شهبازی^{۲*}، منصور سودانی^۳، حسن پیریائی^۴

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود شهبازی؛ استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
 ایمیل: masoudshahbazi66@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۱۷

چکیده

مقدمه: اجرای درمان های روانشناختی جهت کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "درمان راه حل محور" بر اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر بود. **روش کار:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه" (Mobile Phone Addiction Questionnaire) و "مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان" (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۸ جلسه "درمان راه حل محور" برای گروه مداخله، داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته ها: "درمان راه حل محور" در طول زمان بر کاهش اضطراب ($F=99/86, P=0/01$) و اعتیاد به تلفن همراه ($P=0/01$)، $F=216/13$) در دانش آموزان پسر موثر بوده است.

نتیجه گیری: "درمان راه حل محور" در کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر موثر بود. پیشنهاد می شود که جهت کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه، دوره های "درمان راه حل محور" برای دانش آموزان پسر برگزار شود.

کلیدواژه ها: درمان راه حل محور، اضطراب، اعتیاد به تلفن همراه، دانش آموزان پسر.

مقدمه

نوجوانان رایج ترین کاربران هستند (۱). استفاده بیش از حد از تلفن همراه در میان نوجوانان ممکن است ارتباط نزدیکی با مشکلات سلامت روانی، از جمله اختلال خواب، تنش، اعتماد به نفس پایین، انزوای اجتماعی و اضطراب داشته باشد (۲) بنابراین، اعتیاد به تلفن همراه ممکن است منجر به مسائل مرتبط با سلامتی در بین نوجوانان و بزرگسالان جوان شود (۳).

در سال های اخیر، تلفن های همراه به دلیل قابلیت عملی و راحتی که این فناوری ها ارائه می دهند، به سرعت محبوبیت پیدا کرده اند. چهل و نهمین گزارش آماری توسعه اینترنت در چین نشان داد که بیش از ۸۰ درصد مردم جهان از کاربران تلفن های همراه هستند. اگرچه تلفن های همراه برای همه گروه های سنی رایج است،

همراه همواره سبب افزایش میزان تنش و اضطراب در دانش آموزان شده است (۱۱). در یک بررسی مروری نشان داده شد که اضطراب یکی از مهم ترین عوامل موثر بر اعتیاد به تلفن همراه است؛ در واقع افراد به سبب سطح بالایی اضطرابی که تجربه می کنند و نمی توانند مقابله کارآمدی در برابر آن داشته باشند، جهت اجتناب از فشار اضطراب به فضای مجازی پناه می برند (۱۲). همچنین پژوهش های مختلفی ارتباط معناداری بین اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه، نشان می دهند (۱۳، ۱۴). مطالعات نشان می دهند که دانش آموزانی که اضطراب بالایی دارند و از بازی های اینترنتی برای غلبه بر تنش خود استفاده می کنند، نشانگان استفاده مشکل زا از تلفن همراه و اینترنت را بیشتر نشان می دهند. همچنین تنش ادراک شده از طریق نشانگان افسردگی و اضطراب، اثر مثبت غیرمستقیم بر استفاده آسیب زا از تلفن همراه دارد. لذا تنش ادراک شده با ایجاد نشانگان افسردگی و اضطراب در موقعیت، می تواند منجر به افزایش بیشتر استفاده آسیب زا از تلفن همراه شود (۱۵).

جهت کاهش اضطراب و بهبود اعتیاد به تلفن همراه مداخلات درمانی متفاوتی ارائه شده است؛ «درمان راه حل محور» (Solution Focused Therapy) یکی از روش های درمانی است که در کاهش اضطراب (۱۶-۱۸) و وابستگی به تلفن همراه و سایر اعتیادهای رفتاری به فضای مجازی (۱۹-۲۱) اثربخش بوده است. این درمان در زمینه اضطراب در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶)؛ اما کاربست آن در زمینه اعتیادهای رفتاری کمتر مورد توجه بوده است.

«درمان راه حل محور» در سال ۱۹۸۰ از مرکز خانواده درمانی در Wisconsin ارائه شد، این درمان مبتنی بر دیدگاه ساخت گرایی اجتماعی است، در این دیدگاه، واقعیت مطلق نیست بلکه قابل ساخت است و اساساً همه دانش بشری، نسبی بوده و تحت تأثیر سازه، نظریه، زبان یا فرهنگ قرار دارد (۲۲). این درمان کوتاه مدت و مؤثر به جای تمرکز بر مشکلات افراد، بر راه حل مشکلات، نقاط قوت و منابع موجود تمرکز می کند؛ مراجع در زندگی خود یک متخصص در نظر گرفته می شود؛ افراد نقاط قوت خود را کشف می کنند و متوجه می شوند که در کنار مشکلات زندگی راه حل ها نیز وجود دارند؛ به جای استفاده از زبان مشکل محور از زبان راه حل-محور استفاده کنند (۲۳). در «درمان راه حل

تعدادی از رفتارهای مشکل ساز جدید در عصر فناوری اطلاعات ظاهر شده اند، مانند قمار، بازی اینترنتی و رفتارهای جنسی، که ممکن است به درگیری اجباری منجر شود. موارد شدید ممکن است منجر به این شود که افراد در کنترل این رفتارها بدون تأثیر خارجی احساس ناتوانی کنند و این رفتارها ممکن است اعتیادهای غیرموادی یا رفتاری در نظر گرفته شوند (۴). اعتیاد به اینترنت یکی از اولین اشکال بررسی شده اعتیاد به فناوری اطلاعات است. مفهوم نسبتاً جدیدتر اعتیاد به تلفن همراه (mobile phone addiction) نیز بر اساس مطالعات قبلی اعتیاد به اینترنت مورد مطالعه قرار گرفته است (۵). گوشی های همراه استفاده خود را از استفاده سنتی از اینترنت در رایانه ها یا لپ تاپ ها متمایز می کنند، زیرا تلفن های همراه به کاربران اجازه می دهند بدون توجه به زمان و مکان به طور مداوم به اینترنت دسترسی داشته باشند. اعتیاد به تلفن های همراه ناشی از یک مشکل استفاده بیش از حد از اینترنت یا اعتیاد به اینترنت است (۶).

افزایش استفاده از تلفن های همراه باعث شده است که بیشتر مردم به جای تماس چهره به چهره، روزانه به صورت برخط با هم ارتباط برقرار کنند. امروزه تلفن های همراه طیف وسیعی از فعالیت های شناختی را برای کاربران فراهم می کنند و فرصتهایی را برای افراد ایجاد می کنند تا با فعالیت های برخط مانند شرکت در سایت های شبکه های اجتماعی، بازی های ویدیویی، و «وب گردی» شرکت کنند (۴).

با این حال، تلفن همراه تأثیر منفی بر توانایی افراد در تفکر، به خاطر سپردن، توجه و تنظیم هیجان ها دارد (۷). افزایش محبوبیت و فراوانی استفاده از تلفن های همراه منجر به ظهور موارد بالینی افراد با علائم سوء استفاده شده است (۸).

نوجوانان اصلی ترین گروهی هستند که در معرض استفاده مشکل ساز از اینترنت و تلفن همراه قرار دارند (۳). با افزایش میزان وابستگی به گوشی های همراه در جهان و در دانش آموزان ایرانی (۹)، اهمیت حمایت از استفاده آگاهانه از تلفن همراه و اینترنت توسط نوجوانان لازم است؛ بنابراین، همکاری خانواده ها و مشاوران مدارس برای آموزش و یا مداخله با رویکردهای مناسب جهت پیشگیری و درمان این نوع اعتیاد، امری مهم و ضروری است (۱۰). اعتیاد به تلفن

بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. که از بین آن ها ۳۰ تن از ۳ مدرسه با روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. تعداد نمونه با استفاده از جدول Cohen (۲۵) با توجه به تعداد گروه ها (۲ گروه)، سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴۰، تعداد نمونه برای هر یک از گروه ها ۱۲ تن محاسبه شد، جهت پیشگیری از ریزش احتمالی تعداد نمونه برای هر یک از گروه ها ۱۵ تن در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل کسب نمره برش ۵۰ از ۶۵ در «پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه»، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی ۶ ماه گذشته، رضایت کتبی والدین و تمایل دانش آموزان پسر برای همکاری و شرکت در جلسات بود. غیبت بیش از ۲ جلسه در حین مداخلات نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و پایه تحصیلی دانش آموزان پسر و تحصیلات والدین بود. «پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه» (Mobile Phone Addiction Questionnaire) توسط سواری در ایران در سال ۱۳۹۳ با ۱۳ عبارت طراحی شده است که ۳ مولفه خلاقیت زدایی (de-creativity) با عبارت های ۱ الی ۷، میل گرایی (desire) با عبارت های ۸ الی ۱۰ و تنهایی (loneliness) با عبارت های ۱۱ الی ۱۳ را اندازه گیری می کند. عبارت ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از هرگز (۱) تا اکثر اوقات (۵) نمره گذاری می شوند. حداقل نمره ۱۳ و حداکثر نمره ۶۵ است. نمره بالاتر از ۵۰ نشان دهنده اعتیاد شدید به گوشی همراه است (۲۶). سطح بندی نمره ندارد. سواری «پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه» در ۲۰۰ دانش آموز شهر اهواز اجرا شد، به منظور اندازه گیری روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نتایج حاکی از ۳ مولفه خلاقیت زدایی، میل گرایی و احساس تنهایی بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۶). در پژوهش دیگری ایادی و همکاران (۲۷) «پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه» در دانش آموز استعداد درخشان شهر مشکین شهر

محور، مشاوران نقش راهنما را ایفا می کنند (۱۷). با توجه به ویژگی های منحصر به فرد این درمان از جمله کوتاه مدت بودن و تمرکز بر راه حل ها و اهمیت دادن به دیدگاه و منابع درونی مراجع و نیز سادگی و آموزش پذیر بودن فنون آن، می تواند به عنوان شیوه مناسب درمانی در مدارس به کار رود. به دلیل محدودیت های زمانی در مدارس و جنبه کاربردی، مثبت و امید بخش این درمان، پژوهش های گوناگون، کاربرد این درمان را در مدارس اثر بخش شمرده اند و استقبال گسترده مشاوران مدارس را در استفاده از این درمان را نشان می دهند (۲۴). با افزایش روز افزون استفاده از تلفن همراه (۱) و وابستگی دانش آموزان به آن، آموزش جهت پیشگیری و مداخلات درمانی مناسب برای کاهش وابستگی دانش آموزان به تلفن همراه و علائم جسمی و روانی مربوط به آن، امری مهم و ضروری است (۱۰). نتایج پژوهش ها نشان می دهند که از میان رویکردهای درمانی مختلف، کاربرد «درمان راه حل محور» در مدارس اثربخش بوده است (۲۴). پژوهش های داخلی و خارجی اثربخشی این درمان را بر کاهش وابستگی به تلفن همراه و کاهش انواع اضطراب در افراد مختلف، نشان داده اند. با توجه به افزایش میزان وابستگی به تلفن همراه در نوجوانان ایرانی (۹) لزوم اجرای پژوهش های مداخله ای از اهمیت بالایی برخوردار است و می تواند نقش موثری بر ارتقاء سلامت نوجوانان داشته باشد. در بررسی پیشینه مطالعات مختلفی یافت شد که اثربخشی «درمان راه حل محور» را در گروه های مختلف مورد بررسی قرار داده است؛ اما مطالعه ای یافت نشد که اثر آن بر اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر وابسته به تلفن همراه انجام شده باشد. همچنین در مطالعات پیشین نشان داده شده است که در سنین نوجوانی پسران و دختران وابستگی مشابه ای به تلفن همراه و شبکه های اجتماعی مجازی پیدا می کنند (۵). بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان راه حل محور» بر اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری ۲ ماه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر

اجرا کردند، روایی محتوا به روش کیفی بر اساس نظر ۳ تن از مدرسین دانشگاه اصفهان مورد تایید قرار گرفته است. روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس اهمال کاری تاکمن» (Tuckman Procrastination Scale) در ۲۰۰ دانش آموز مشکین شهر ۰/۲۹ محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۷ محاسبه شده است. این پرسشنامه در ایران ساخته شده و در مقالات خارجی از آن استفاده نشده است. «مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان» (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) توسط Reynolds & Richmond در امریکا سال ۱۹۷۸ با هدف سنجش اضطراب برای کودکان و نوجوان در دامنه سنی ۶ الی ۱۲ سال طراحی شده است (۲۸). این ابزار دارای ۳۷ عبارت است، در مجموع این مقیاس دارای ۲۸ عبارت برای ارزیابی اضطراب و ۹ عبارت به عنوان دروغ سنج برای تایید رفتارهای مطلوب و انکار رفتارهای نامطلوب است، که در نمره گذاری محاسبه نمی شوند. این ۲۷ عبارت شامل ۳ زیرمقیاس اضطراب جسمانی (physiological anxiety) با عبارات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۵، ۲۹ و ۳۳، نگرانی/حساسیت بالا (worry/oversensitivity) با عبارات ۲، ۶، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۳۰، ۳۴ و ۳۷ و نگرانی های اجتماعی/تمرکز (social concerns/concentration) با عبارات ۳، ۱۱، ۱۵، ۲۳، ۲۷، ۳۱ و ۳۵ است (۲۸).

پاسخ به هر عبارت به صورت «بله» و «خیر» است که به هر پاسخ «بله» نمره ۱ و به هر پاسخ «خیر» نمره صفر داده می شود. نمره کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ های «بله» محاسبه می شود. دامنه نمره در این ابزار بین صفر تا ۲۸ می باشد و نمره بیشتر نشان دهنده اضطراب بالا می باشد؛ نمره برش کلی این مقیاس را جهت تعیین سطح معناداری بالینی اضطراب تجربه شده کودکان، ۱۹ از ۲۸ در نظر گرفته اند. هر چه نمره فرد بالاتر از ۱۹ باشد نشان دهنده مشکلات اضطرابی بیشتر در فرد می باشد (۲۸). این پرسشنامه سطح بندی ندره و فقط برش دارد که قید شد.

این مقیاس توسط Lee و همکاران در گروه سنی نوجوانان نیز اجرا شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی در ۸۷۰ نوجوان آمریکایی در دامنه سنی ۱۲ الی ۱۸ سال بررسی و ۳ زیر مقیاس تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۸

گزارش شد (۲۹).

در ایران دهقانی و همکاران روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی در ۵۵۷ کودک شهر اصفهان در دامنه سنی ۹ الی ۱۳ سال «مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان» بررسی و زیر مقیاس تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۹ گزارش شد (۳۰). شیخ الاسلامی و همکاران (۳۱) روایی به روش سازه را با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان» را در ۲۹۰ نوجوان شهر اردبیل، بررسی و ۳ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق را ۰/۸۷ گزارش کردند.

در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه» و «مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان» بر اساس نظر ۳ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۰ دانش آموزان پسر شهر بروجرد به ترتیب برای هر یک از ابزارها ۰/۷۹ و ۰/۸۳ محاسبه شده است.

در مطالعه حاضر «درمان راه حل محور» بر اساس الگوی De Shazer (۳۲) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی اجرا شد. در ایران «درمان راه حل محور» توسط صیدایی گل سفیدی و پورسیدآقای (۳۳) اجرا شده است. در پژوهش حاضر، در پایان هر جلسه به شرکت کنندگان تکالیف خانگی ارائه و در هر جلسه تکالیف خانگی جلسه قبل اعم از مرور مطالب کلاسی توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر، بررسی می شد. روایی این مداخله به روش محتوایی بررسی شد. برای انجام این کار، قبل از اجرا، برنامه مداخله در اختیار ۳ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد قرار داده شد و آن ها پس از اعمال اصلاحات تایید کردند.

محتوای جلسات «درمان راه حل محور»

جلسه اول: این جلسه با هدف ایجاد ارتباط، آشنایی و توجه مثبت با سؤالات کوتاه، آشنایی آزمودنی ها با اهداف، قوانین و روند کار جلسات، ایجاد امید به تغییر در آزمودنی ها بود.

جلسه دوم: با هدف آشنایی با اصول اساسی مشاوره راه حل محور و کاربرد آن، بررسی پذیرش فعالانه مسئولیت در یک رابطه و فرمول بندی حلقه های راه حل مشکلات بود.

همکاری آن ها جهت انجام پژوهش جلب شد. سپس با والدین دانش آموزان پسر متقاضی جهت شرکت در پژوهش تماس گرفته شد و رضایت آگاهانه به صورت شفاهی از آن ها دریافت شد.

پس از اجرای حضوری پیش آزمون در مدرسه در نیمه اول سال ۱۴۰۲، اعضای گروه مداخله تحت درمان قرار گرفتند؛ در طول این مدت گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت. سپس از هر ۲ گروه پس آزمون و پس از گذشت ۲ ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد؛ اجرای این مطالعه از شروع نمونه گیری تا سنجش نهایی در مجموع ۴ ماه به طول انجامید.

ملاحظات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری و حفظ کرامت انسانی مشارکت کنندگان مورد توجه پژوهشگران بود. جهت آزمون اثر مداخله در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ انجام شد

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ تن در ۲ گروه ۱۵ تن مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله ($13/46 \pm 1/26$) و کنترل ($13/98 \pm 1/24$) بر حسب سال همگن بود. در هر گروه، ۵ تن پایه هفتم، ۵ تن پایه هشتم و ۵ تن پایه نهم بود. در گروه مداخله، تحصیلات ۱۰ تن (۶۶/۷ درصد) از پدران و ۱۱ تن (۷۳/۳ درصد) از مادران کارشناسی و ۵ تن (۳۳/۳ درصد) از پدران و ۴ تن (۲۶/۷ درصد) از مادران کارشناسی ارشد بود. در گروه کنترل، تحصیلات ۹ تن از پدران و مادران (۶۰ درصد) کارشناسی و ۶ تن (۴۰ درصد) از پدران و مادران کارشناسی ارشد بود.

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه به تفکیک گروه ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده ها با بهره گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جلسه سوم: این جلسه به منظور شناسایی راه حل های آزمودنی ها در زمینه های مختلف مشکل، آشنایی آزمودنی ها با راه حل های مفید و تکرار آن و رها کردن راه حل های نامناسب و پیدا کردن یک داستان مثبت بود. جلسه چهارم: متعهد و امیدوار ساختن آزمودنی ها برای حل مشکل، بررسی پیشنهادات درباره کمترین تغییر برای حل مشکل موجود، شناسایی و حل مقاومت های آزمودنی ها، حرف زدن در مورد آینده، حرف زدن درباره کارها و استفاده از فن سؤال های مقیاسی بود.

جلسه پنجم: آشنایی اعضا با استثنائات مشکل، تقویت و برجسته کردن استثنائات مشکل، پی بردن آزمودنی ها به قابلیت ها و توانمندی های خود بود.

جلسه ششم: استفاده از پرسش معجزه (به طور نمونه: فرض کنید فردا از خواب بیدار می شوید و همه مشکلات شما حل شده است، آن موقع چه احساسی خواهید داشت؟)، کمک به آزمودنی ها برای شناسایی راه های دیگر تفکر، احساس و رفتار به جای تفکر، احساس و رفتار مشکل ساز کنونی، کمک به آزمودنی ها برای تحسین کردن به جای ایراد گرفتن از یکدیگر و اجرای فن شاه کلیدها بود.

جلسه هفتم: کمک به آزمودنی ها برای تصور آینده مورد علاقه و دنیای بهتر، کمک به آزمودنی ها برای خارج شدن از چارچوب مشکل و شناسایی تغییرات عینی و مطلوب، استفاده از فن تکالیف وانمودی و فن طراحی تکلیف پیش بینی کننده بود.

جلسه هشتم: جمع بندی جلسات و نتیجه گیری، استفاده از سؤال های درجه بندی شده، مرور موفقیت اعضا، اجرای پس آزمون؛ تشکر و قدردانی از اعضای گروه به خاطر شرکت در جلسات بود.

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، انتخاب مدارس به روش دردسترس انجام شد. سپس پژوهشگر اول مقاله حاضر به مدارس منتخب مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش برای مسئولان آن،

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو وویلک	آماره	مقدار احتمال
اضطراب	پیش آزمون	مداخله	۲۳/۰۶	۱/۴۳	۰/۹۲	۰/۲۳	
		کنترل	۲۳/۲۶	۱/۳۳	۰/۸۹	۰/۰۷	
	پس آزمون	مداخله	۹/۹۳	۳/۹۵	۰/۹۱	۰/۱۶	
		کنترل	۲۳/۲۶	۲/۶۶	۰/۹۲	۰/۲۰	
اعتیاد به تلفن همراه	پیش آزمون	مداخله	۱۱/۸۰	۲/۷۶	۰/۹۷	۰/۹۱	
		کنترل	۲۱/۴۰	۲/۷۷	۰/۹۱	۰/۱۵	
	پس آزمون	مداخله	۵۷/۸۶	۲/۷۹	۰/۹۴	۰/۳۳	
		کنترل	۵۸/۲۶	۲/۱۸	۰/۹۳	۰/۳۰	
پیگیری	پیش آزمون	مداخله	۳۲/۸۰	۳/۵۲	۰/۸۹	۰/۰۷	
		کنترل	۵۷/۸۶	۳/۵۴	۰/۹۳	۰/۲۵	
	پس آزمون	مداخله	۴۰/۵۳	۳/۹۲	۰/۹۹	۰/۹۷	
		کنترل	۵۸/۵۳	۲/۷۲	۰/۸۹	۰/۰۶	

در جدول ۱ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه داشته است؛ در واقع روند تغییرات این ۲ متغیر در گروه مداخله کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو وویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0.05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگنی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت

چندمتغیره برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اضطراب ($W = 0.94, P = 0.48$) اعتیاد به تلفن همراه ($W = 0.91, P = 0.10$) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است.

در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری برای متغیرهای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال	اندازه اثر اتا	توان آماری
درون گروهی (اثر زمان)	اثر پیلاپی	۱/۱۰	۳۴/۶۲	۴	۱۱۲	۰/۰۱	۰/۵۵	۱
درون گروهی (زمان * گروه)	اثر پیلاپی	۰/۸۷	۲۱/۶۱	۴	۱۱۲	۰/۰۱	۰/۴۴	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به طور همزمان ($P = 0.01, F = 34.62, \eta^2 = 0.55$) بدون توجه به عامل بین گروهی تفاوت معناداری وجود داشت.

همچنین روند تغییرات در اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ($P = 0.01, F = 21.61, \eta^2 = 0.44$) و اندازه اثر آن‌ها به ترتیب ۵۵ و ۴۴ درصد بود. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغییرات متغیرهای ذکر شده در ۲ گروه روند مشابهی را دنبال نمی‌کند. به عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین

محمد گودرزی و همکاران

نسبت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است. برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن چند متغیری ارائه خواهد شد (جدول ۳).

متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در ۲ گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن چند متغیری برای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار احتمال	اندازه اثر اتا	توان آماری
اضطراب	زمان	۸۶۲/۴۲	۲	۴۳۱/۲۱	۹۹/۵۲	۰/۰۱	۰/۸۷	۱
	زمان*گروه	۶۸۶/۹۶	۲	۳۴۳/۴۸	۷۹/۲۸	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
	خطا	۲۴۲/۶۲	۵۶	۴/۳۳				
اعتیاد به تلفن همراه	بین گروهی	۱۳۳۷/۸۸	۱	۱۳۳۷/۸۸	۹۹/۸۶	۰/۰۱	۰/۸۷	۱
	زمان	۲۵۲۵/۹۶	۲	۱۲۶۲/۹۸	۱۵۳/۶۳	۰/۰۱	۰/۸۵	۱
	زمان*گروه	۲۴۲۰/۳۶	۲	۱۲۱۰/۱۸	۱۴۷/۲۱	۰/۰۱	۰/۸۴	۱
	خطا	۴۶۰/۳۶	۵۶	۸/۲۲				
	بین گروهی	۴۷۲۳/۳۸	۱	۴۷۲۳/۳۸	۲۱۶/۱۳	۰/۰۱	۰/۸۸	۱

جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیرهای اضطراب ($P=0/01$ ، $F=99/86$)، اعتیاد به تلفن همراه ($P=0/01$ ، $F=216/13$) و تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۳). ($\eta=0/88$)

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۱۳/۱۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۱/۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۱۱/۲۷	۰/۰۱	۱/۸۷	۰/۰۸
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۷	۰/۰۴	۱/۸۶	۰/۱۵
اعتیاد به تلفن همراه	پیش آزمون	پس آزمون	۲۵/۰۷	۰/۰۱	۰/۴۰	۱/۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۱۷/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۴۹
	پس آزمون	پیگیری	۷/۷۳	۰/۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰

و اعتیاد به تلفن همراه مشاهده می شود که نشان دهنده عدم پایداری کامل درمان تا مرحله پیگیری است. اما از آن جا که همچنین بین پیش آزمون و پیگیری در این ۲ متغیر تفاوت معنادار وجود دارد، می توان گفت هرچند اثر درمان در طول زمان کاهش یافته است، اما همچنان معنادار می باشد.

بحث

هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان راه حل محور» بر اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر انجام شد. نتایج نشان داد که «درمان راه حل

نتایج آزمون بنفرونی نشان می دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش آزمون و پس آزمون ($P=0/01$)، پیش آزمون و پیگیری ($P=0/01$) و پس آزمون و پیگیری ($P=0/04$) اضطراب تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین پیش آزمون و پس آزمون ($P=0/01$)، پیش آزمون و پیگیری ($P=0/01$) و پس آزمون و پیگیری ($P=0/01$) اعتیاد به تلفن همراه تفاوت وجود دارد. می توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پس آزمون تاثیرات داشته و بر کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه موثر بوده است، اما با استناد به میانگین های جدول ۱ اثر درمان در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون افزایش معناداری در اضطراب

محور» نقش موثری بر کاهش اضطراب به تلفن همراه دانش آموزان پسر در طول زمان داشته است. نتیجه حاضر با مطالعات Novella و همکاران (۱۶)، Chen (۱۷) و Chen و همکاران (۱۸) همسو است. یک تبیین احتمالی این است که مداخله از طریق شفاف سازی اهداف و زمینه های ذهنی به نوجوانان کمک کردند تا اهداف روشن، واقع بینانه و مطلوب را پرورش دهند (۱۷). در تبیین دیگر می توان گفت که «درمان راه حل محور» یک روش درمانی نوین و مؤثر در درمان اختلال های اضطرابی و افسردگی است. از آن جایی که فرآیند این درمان به حال و آینده اهمیت می دهد، می تواند عوامل مؤثر بر فعال سازی اضطراب را دقیق شناسایی کند و در جهت شناسایی راه حل قرار دهد. از سوی دیگر، هدف این درمان، حل شکایت هایی است که مطرح می شود و این کار را با کمک به مراجع برای تفکر درباره فعالیت متفاوتی که موجب خشنودی بیشتر او در زندگی اش می شود و یا انجام چنین فعالیتی، محقق می سازند. در این روش درمان، انسان ها دارای مهارت حل مسئله خود هستند، ولی از قوت و توانایی های خود عاجز مانده اند. با توجه به این که این درمان بر فرآیندهای شناختی از جمله تکرار مهارت ها، سازماندهی افکار و بسط و گسترش حوزه فعالیت های روزمره تأکید دارد، بنابراین، دور از انتظار نیست که سبب کاهش اضطراب در نوجوانان شود (۳۴).

نتیجه دیگر نشان داد که «درمان راه حل محور» نقش موثری بر کاهش اعتیاد به تلفن همراه دانش آموزان پسر در طول زمان داشته است. نتیجه حاضر با مطالعات Zhang (۱۹)، Sagar & Özabaci (۲۰) و Akgül-Gündoğdu & Selçuk-Tosun (۲۱) همسو است. این نتایج نشان داد که ویژگی ها و مزایای «درمان راه حل محور» این رویکرد درمانی را بسیار هدفمند، خاص علائم و کارآمد می کند. به طور خاص، این درمان به اعضای گروه کمک می کند تا اهداف خود را روشن کنند و راه هایی برای تحقق اهداف خود بیابند و به آن ها کمک می کند پس از استفاده از تلفن همراه به شیوه ای سالم تر و مسئولانه تر، خود را تجسم کنند و از علائم وابستگی به تلفن همراه پیشگیری کنند. این درمان می تواند به چند دلیل مؤثر باشد. اول اینکه اعضای گروه را راهنمایی می کند تا فعالانه در مورد عملکرد اینترنت و تلفن همراه فکر کنند و نگرش منفی خود را در مورد استفاده افراطی از تلفن همراه و اینترنت نسبت به دیدگاه های مثبت تر از استفاده از اینترنت بازسازی کنند

(۱۹). همچنین این درمان اعضا را تشویق می کند تا به طور فعال تجربیات مثبت و راهبردهای های مقابله ای را برای استفاده منطقی از ابزارهای دیجیتال جستجو کنند و برای کمک به کشف و تکرار روش های مؤثر غلبه بر اعتیاد به تلفن همراه و استفاده کنترل نشده، تجربیات موفق گذشته را جستجو کنند. همه این ها در ترکیب با طوفان فکری، ارتباطات بین فردی و به اشتراک گذاری و سایر فرآیندهای مرتبط برای غنی سازی محیط درمان انجام می شود (۱۹). همچنین «درمان راه حل محور» اعضای گروه را تحریک می کند تا روش های مختلف را از طریق تکالیف خانگی به اجرا بگذارند، بنابراین، به تدریج تغییرات در کاهش علائم اصلی اعتیاد به تلفن همراه، کاهش می یابد. در اینجا لازم به ذکر است که تغییر در گروه مداخله ممکن است به تأثیر مطلوبیت اجتماعی مرتبط باشد. به ویژه در فرآیند شرکت در مشاوره گروهی، اعضای گروه با تسهیل گر و سایر اعضا ارتباط برقرار می کند و مشتاق به رسمیت شناختن و تمجید می شوند. این، همراه با اهداف واضح مشاوره گروهی، ممکن است اعضا را تحریک کند تا فعالانه در راستای اهداف گروه عمل کنند. البته این هم یکی از انگیزه های گروه است. از دیدگاه این درمان، پاسخگویی اجتماعی مطلوب طرفین یک منبع روانشناختی مهم است که می توان از آن برای دستیابی به نتایج بهتر استفاده کرد. از طریق طرح سوال، طرفین می توانند توانایی ها و تلاش های خود را در فرآیند پاسخگویی بیان کنند تا طرفین درک روشن تری از نحوه پیشرفت داشته باشند. «درمان راه حل محور» به افراد کمک می کند تا توان و منابع موجود را در حل مشکلات به کار گیرند. همچنین این درمان افراد را مسئول زندگی خود معرفی می کند تا افراد با توجه به همه توان های موجود در راه حل های جدید و خلاقانه ایجاد کنند (۲۰).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که «درمان راه حل محور» نقش موثری بر کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان پسر داشته است. پیشنهاد می شود جهت کاهش اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان «درمان راه حل محور» در کنار سایر مداخلات اجرا گردد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش های قبلی با محدودیت های چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و نمونه گیری غیر تصادفی

است. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، والدین محترم، دانش آموزان و مدرسی که در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هی چگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Asghari Ghanji S, Esmaili M, Haji Anzehai Z. [Correlation between self-efficacy and addiction to social networks with the motivation of academic achievement in high school students in Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9 (5):72-86. <http://jhpm.ir/article-1-1209-fa.html>
2. Amiri M, Dowran B, Salimi H, Zarghami MH. The problematic use of mobile phone and mental health: A review study in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;30(9):290. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709775/> https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_268_20
3. Mahmoudi Mehr E, Hafezi F, Bakhtiarpour S, Johari Fard R. [Correlation between well-being and cell phone addiction in high school girls and boys: The mediating role of academic vitality]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022;11(3):54-67. <http://jhpm.ir/article-1-1450-fa.html>
4. Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2012;44(1):5-17. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662859>
5. Son HG, Cho HJ, Jeong KH. The effects of Korean parents' smartphone addiction on Korean children's smartphone addiction: Moderating effects of children's gender and age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(13):6685. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136685>
6. Montag C, Wegmann E, Sariyska R, Demetrovics Z, Brand M. How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with «smartphone addiction»? *Journal of Behavioral Addictions*. 2021;9(4):908-914.

در دسترس روبرو بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر بخشی از رساله دکتری محمد گودرزی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و به راهنمایی آقای مسعود شهبازی می باشد که با شماره ۱۶۲۷۱۹۸۸۵ در کمیته ملی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با شناسه IR.IAU.B.REC.1402.007 در تاریخ ۱۴۰۲/۱/۲۰ ثبت شده

<https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.59>

7. Ratan ZA, Parrish AM, Zaman SB, Alotaibi MS, Hosseinzadeh H. Smartphone addiction and associated health outcomes in adult populations: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(22):12257. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212257>
8. Ellis DA. Are smartphones really that bad? Improving the psychological measurement of technology-related behaviors. *Computers in Human Behavior*. 2019; 97:60-6. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.03.006>
9. Alinejad V, Parizad N, Yarmohammadi M, Radfar M. Loneliness and academic performance mediates the relationship between fear of missing out and smartphone addiction among Iranian university students. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):1-3. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04186-6>
10. Casale S, Fioravanti G, Benucci SB, Falone A, Ricca V, Rotella F. A meta-analysis on the association between self-esteem and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*. 2022;134 (12):107302. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107302>
11. Kim K, Yee J, Chung JE, Kim HJ, Han JM, Kim JH, Lee KE, Gwak HS. Smartphone addiction and anxiety in adolescents-A cross-sectional study. *American Journal of Health Behavior*. 2021;45(5):895-901. <https://doi.org/10.5993/AJHB.45.5.9>
12. Sohn SY, Rees P, Wildridge B, Kalk NJ, Carter B. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: A systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1-0.

- <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2350-x>
13. Kristanti EE. Smartphone addiction and sleep disorder among students at SDN Setonorejo 1 Kras Kediri. *Health Care Nursing Journal*. 2023;5(1):470-477. <https://doi.org/10.35568/healthcare.v5i1.2837>
14. Weber SR, Winkelmann ZK, Monsma EV, Arent SM, Torres-McGehee TM. An examination of depression, anxiety, and self-esteem in collegiate student-athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(2):1211. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021211>
15. Zarei S. [The mediating role of depression and anxiety symptoms in the relationship between perceived stress and problematic mobile phone use among nursing students]. *Journal of Nursing Education*. 2020; 9 (3):10-20. <http://jne.ir/article-1-1144-fa.html>
16. Novella JK, Ng KM, Samuolis J. A comparison of online and in-person counseling outcomes using Solution Focused Brief Therapy for college students with anxiety. *Journal of American College Health*. 2022;70(4):1161-8. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1786101>
17. Chen S. An online Solution Focused Brief Therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A structured summary of a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020; 21:1-2. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04355-6>
18. Chen S, Zhang Y, Qu D, He J, Yuan Q, Wang Y, Bi W, Chen P, Wu F, Chen R. An Online Solution Focused Brief Therapy for adolescent anxiety during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*. 2023:103660. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103660>
19. Zhang X, Shi X, Xu S, Qiu J, Turel O, He Q. The effect of solution-focused group counseling intervention on college students' internet addiction: A pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(7):2519. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072519>
20. Sagar ME, Özabaci N. Investigating the effectiveness of Solution-Focused Group Counselling and Group Guidance Programs to promote healthy internet use of university Students. *African Educational Research Journal*. 2022;10(1):14-27. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1335814.pdf> <https://doi.org/10.30918/AERJ.101.21.156>
21. Akgül-Gündoğdu N, Selçuk-Tosun A. Effect of solution-focused approach on problematic internet use, health behaviors in schoolchildren. *Journal of Pediatric Nursing*. 2023;68: e43-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.002>
22. Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-Focused Brief Therapy: A review of the outcome research. *Family Process*. 2000;39(4):477-98. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x>
23. Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*. 2013;23(3):266-83. <https://doi.org/10.1177/1049731512470859>
24. Munir A, Sugiyo S, Mulawarman M. The effectiveness of Group Counseling with Sfbt and Mindfulness Training Group Approaches to reduce the technostress of students who use smartphone. *Journal of Guidance and Counseling*. 2021;10(1):42-8. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/45408> <https://doi.org/10.15294/jubk.v9i1.45408>
25. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*. 2013;4 (1):863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
26. Sevari K. [Construction and validation of the Mobile Phone Addiction Questionnaire]. *Quarterly of Educational Measurement*. 2014;4(15):126-142. https://jem.atu.ac.ir/article_272_en.html?lang=en&lang=en
27. Ayadi N, Pireinaladin S, Shokri M, Dargahi S, Zarein F. [Investigating the mediating role of procrastination in the relationship between positive and negative perfectionism and mobile phone addiction in gifted students]. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2021;16(1):30-35 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140294/>
28. Reynolds CR, Richmond BO. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1978; 6:271-280. <https://doi.org/10.1007/BF00919131>
29. Lee SW, Piersel WC, Friedlander R, Collamer

- W. Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. Educational and Psychological Measurement. 1988; 48 (2):429-33. <https://doi.org/10.1177/0013164488482015>
30. Dehghani F, Amiri S, Molavi H, Neshat-Doost HT. Psychometric properties of the Persian version of the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED). Journal of Anxiety Disorders. 2013;27(5):469-74. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.003>
31. Sheykhloreslami A, Sharif N, Rezazadeh M. [Investigation the psychometric characteristics of the Resolved Scale of Manifest Anxiety in children-in students]. Quarterly of Educational Measurement. 2020;11(41):61-79. https://jem.atu.ac.ir/article_12827.html
32. De Shazer SD. Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy. New York: Norton; 1979, p:46-85. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/frontdoor/index/index/docId/28638>
33. Saidaei Gol-Sefidi Z, Poorseyed Aghaei Z S. [The effect of Solution-Focused Therapy on interpersonal emotion regulation and self-control of elementary school students]. Journal of Child Mental Health. 2022; 9(3):93-105. <http://childmentalhealth.ir/article-1-1278-fa.html> <https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.9>
34. Keshavarz Afshar H, Safarifard R, Navai G. [The effect of Solution-Focused Brief Therapy on social anxiety in adolescents]. Journal of School Psychology. 2022;11(1):80-91. https://jss.uma.ac.ir/article_1509.html?lang=en