

Research Paper

The Effect of Solution-focused Therapy on Interpersonal Emotion Regulation and Self-control of Elementary School Students

Zahra Saidaei Gol-Sefidi¹ , Zahra Sadat Poorseyed Aghaei² 

1. M.A. Student, Family Counseling Department, Electronic Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Counseling Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Citation: Saidaei Gol-Sefidi Z, Poorseyed Aghaei ZS. The effect of solution-focused therapy on interpersonal emotion regulation and self-control of elementary school students. J Child Ment Health. 2022; 9 (3):93-105.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1278-en.html>



CrossMark



 doi [10.52547/jcmh.9.3.8](https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.8)
 [20.1001.1.24233552.1401.9.3.7.7](https://doi.org/10.52547/jcmh.9.3.8)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Solution-focused therapy, interpersonal emotion regulation, self-control

Background and Purpose: As future nation-builders and human resources, it is vital to pay close attention to the mental and physical health of students, especially elementary school students. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the effect of solution-focused therapy on second-year elementary school students' interpersonal emotion regulation and self-control.

Method: In terms of methodology, the current study was quasi-experimental with a pre-test and post-test design and a control group. All second-year elementary school students in the city of Fouladshahr comprised the statistical population for this study. Using the available method, 30 participants were randomly selected and divided into two groups of 15 individuals. The experimental group received eight sessions of the solution-focused treatment protocol, whereas the control group received no intervention. This study utilized the self-control questionnaire (Schneider, 2005) and the interpersonal emotion regulation questionnaire (Hoffman et al., 2016) to collect data. At the end, data analysis was done using one-way univariate covariance analysis by spss26 software.

Results: The post-test variables of self-control, interpersonal emotion regulation and components of positive emotion, positive attention to the emotions of others, emotional relaxation, and social emotional awareness differed significantly between the experimental group and the control group ($P < 0.05$). Therefore, it can be stated that there is a statistically significant difference between the effectiveness of solution-focused treatment and interpersonal emotion regulation ($P < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, the solution-focused treatment method utilizes children's own reserves and abilities in the process of changing communication patterns, and this created an image of hope in the clients; consequently, the solution-focused therapy strengthens the clients' sense of self-control, relationship management, and emotional control.

Received: 29 Jun 2022

Accepted: 31 Oct 2022

Available: 31 Jan 2023



* **Corresponding author:** Zahra Sadat Poorseyed Aghaei, Assistant Professor, Counseling Department, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

E-mail: Zspsaghaei@gmail.com

Tel: (+98) 2177009836

2476-5740/ © 2022 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Interpersonal emotional management and regulation in children, which plays a central role in normal development and whose failure is considered a significant factor in causing psychological damage, is one of the crucial aspects of child development (2). Interpersonal emotion regulation refers to a person's ability to establish an effective emotional and affective relationship with another individual, resulting in mutual satisfaction (3). According to studies, interpersonal emotion regulation failure is a significant cause of psychological injuries (4 and 5). In addition to interpersonal emotion regulation, self-control is a factor in the aspects of student's mental health and its impact on their development and performance (6). Self-control is the management of an individual's behavior and learning (7). Researchers believe that lack of self-control is a problem among school-aged children (9), which creates an environment conducive to academic, psychological, emotional, and behavioral harms.

The tendency for mental health issues to persist from childhood into adulthood has prompted a focus on preventing and treating these symptoms in childhood. Solution-focused treatment is one of the short-term and inexpensive methods in this regard (14). This approach employs techniques such as miraculous and graded questions to guide clients toward desired changes (16). Researchers believe that this treatment method is effective in reducing aggressive and other confrontational behaviors, particularly in school settings (17 and 18). In addition, the efficacy of this treatment for interpersonal emotions has been demonstrated (19 and 20).

In general, based on the results of the cited studies and the importance of preventive and therapeutic interventions on the interpersonal emotion regulation and self-control of students,

as well as the research gap related to the application of solution-focused therapy in the aforementioned variables, the present study aims to examine the effect of solution-focused therapy on the interpersonal emotion regulation and self-control of second-year students.

Method

This was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design and a control group. The statistical population of this study comprised all second-year elementary school students in the city of Fouladshahr. Thirty individuals were selected using the available method based on entry and exit criteria, and they were randomly divided into two groups of fifteen. The experimental group received eight sessions (one session per week) of the solution-focused treatment protocol (21), whereas the control group received no intervention. The age range of 9 to 12 years, low self-control in the student based on the cut-off point of the self-control test (22), lack of solution-focused therapy training in the preceding year, and satisfaction of the sample people and their parents to participate in the research were the inclusion criteria. The exclusion criteria included the student's failure to complete therapy assignments and absence from more than two therapy sessions. This study used the Iranian version of Schneider's self-control questionnaires (22 and 23) and the interpersonal emotion regulation questionnaire of Hoffman et al. to collect data (24 and 25). Using spss26 software, the data were analyzed using one-way covariance analysis.

Results

Table 1 displays descriptive findings of the mean and standard deviation of self-control, interpersonal emotion regulation, and its components in the pre-test and post-test stages for the treatment and control groups.

Table 1. Mean and standard deviation of self-control, interpersonal emotional regulation and its components in the treatment and control groups, in the pre-test and post-test stages

variables	Stages	groups	Mean	SD	SH-W	P
self-control	pretest	experimental	29.66	3.63	0.964	0.769
		control	30.86	3.02	0.978	0.996
	posttest	experimental	33.86	3.56	0.929	0.261
		control	31.46	3.37	0.934	0.313
interpersonal emotion regulation	pretest	experimental	43.33	3.24	0.958	0.660
		control	44.06	2.43	0.960	0.694
	posttest	experimental	53.33	5.58	0.925	0.230
		control	47.86	2.58	0.969	0.843
positive affect	pretest	experimental	10.26	1.62	0.930	0.273
		control	10.20	1.82	0.887	0.060
	posttest	experimental	12.40	1.63	0.939	0.373
		control	11.33	1.44	0.935	0.324
positive attention to the emotions of others	pretest	experimental	0/155	1.22	0.914	0.155
		control	12.73	0.98	0.896	0/082
	posttest	experimental	13.06	0.81	0.881	0.049
		control	13.93	0.88	0.839	0.012
emotional relaxation	pretest	experimental	9.40	0.98	0.896	0.082
		control	9.13	1.45	0.942	0.408
	posttest	experimental	12.60	2.50	0.946	0.464

attention to social emotions	pretest	control	10.20	1.26	0/914	0.155
		experimental	10.93	1.90	0.918	0.180
	posttest	control	11.66	1.49	0.924	0.221
		experimental	13.66	3.26	0.886	0.058
		control	12.40	1.72	0.961	0.806

Pre- and post-test mean scores for self-control, interpersonal emotion regulation, and their components differ significantly between the treatment and control groups, as shown in Table 1.

The univariate covariance analysis method was used to examine these differences and more accurately evaluate the results of the solution-focused treatment's effectiveness on the research variables. The results revealed: the adjusted mean difference between the experimental group and the control group in the variables of self-control, interpersonal emotion regulation, positive affect, positive attention to the emotions of others, emotional relaxation, and attention to meaningful social emotions is significant ($P < 0.05$). The variables of self-control and interpersonal emotion regulation differ significantly between the experimental and control groups ($P < 0.05$). In the post-test phase, the adjusted mean of self-control and interpersonal emotion regulation was significantly higher in the solution-focused treatment group than in the control group. Consequently, solution-focused therapy is effective for enhancing self-control, interpersonal emotion regulation, and its components in second graders.

Conclusion

The goal of the current study was to determine how solution-focused therapy affected the emotion regulation of male second-year elementary school students' interactions with others. The results revealed that solution-focused treatment had a substantial and significant impact on interpersonal emotion regulation in male second-year primary school pupils, supporting the validity of this hypothesis. This result is consistent with earlier studies (19 and 20), which emphasize the impact of this therapeutic approach on social feelings like shyness. This conclusion can be explained by pointing out that interpersonal emotional management and regulation skills allow a person to notice his or her own and other people's feelings, understand how those emotions affect behavior, and be able to react to emotions properly.

The following finding of the current study reveals that the intervention group's students' self-control improved significantly as a result of the solution-focused treatment. This

result is consistent with earlier studies like (15) and (16), which found that people's ability to manage their behavior can be impacted by solution-focused therapy. The student can practice and develop more self-control by answering the therapist's graded questions, which help them pay attention to what they are doing and learn how to take actions that result in desired changes (11).

In general, solution-focused therapy utilizes children's own reserves and abilities in the process of altering communication patterns, which creates an image of hope in clients. As a result, the solution-focused therapist strengthens clients' sense of self-control, relationship management, and emotion regulation by empowering clients to create solutions and structure these solutions (18). This study's absence of gender disparities and lack of long-term follow-up are among its limitations. Eliminating these restrictions in future research can boost the precision and applicability of the results.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This paper is derived from the master's thesis of the first author in the field of family counseling, whose proposal was authorized by the Research Council of the Electronic Unit of the Islamic University on 12/9/2021 with code 162441885. All ethical issues, such as secrecy, the confidentiality of identification information, and data analysis, were adhered to in this study.

Funding: This research was undertaken without a sponsor and at the authors' personal expense.

Authors' contribution: The first author of this article served as the principal researcher, while the second served as the project supervisor.

Conflict of interest: The conduct of this research did not result in any conflict of interest for the authors, and its results have been reported completely transparently and without bias.

Acknowledgments: We appreciate and thank the parents and children who participated in this study, as well as the tutors and advisors.

مقاله پژوهشی

تأثیر درمان راه حل محور بر تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان ابتدایی

زهرا صیدایی گل سفیدی^۱، زهرا سادات پورسیدآقایی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه مشاوره خانواده، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

درمان راه حل محور،
تنظیم عاطفی بین فردی،
خودمهارگری

زمینه و هدف: توجه به سلامت روانی و جسمی دانش آموزان به خصوص دانش آموزان دوره ابتدایی به عنوان آینده سازان و نیروی انسانی فردای کشور از اهمیت بسیاری برخوردار است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان راه حل محور بر تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان دوره دوم ابتدایی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دوره دوم ابتدایی شهرستان فولادشهر بود که به روش در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و گواه جایدهی شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه پروتکل درمان راه حل محور را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌های خودمهارگری (اشنایدر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه تنظیم عاطفی بین فردی (هافمن و همکاران، ۲۰۱۶) بود. در پایان تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری یک راهه توسط نرم افزار SPSS26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که تفاوت گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون در متغیرهای خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی و مؤلفه‌های عاطفه مثبت، توجه مثبت به عواطف دیگران، آرامش دهی عاطفی، و توجه به عواطف اجتماعی معنادار است ($P < 0/05$)؛ بنابراین می‌توان گفت تفاوت معناداری بین اثربخشی در مان راه حل محور در متغیرهای خودمهارگری و تنظیم عاطفی بین فردی وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های به دست آمده، روش درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های کودکان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند که تصویری از امید را در مراجعان ایجاد کرد؛ در نتیجه درمان راه حل محور، حس خودمهارگری و مدیریت روابط و مهارگری عواطف را در مراجعان تقویت می‌کند.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۴/۰۸

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۸/۰۹

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

* نویسنده مسئول: زهرا سادات پورسیدآقایی، استادیار گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

رایانامه: Zspsaghaei@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۷۷۰۰۹۸۳۶

مقدمه

توجه به سلامت روانی و جسمی دانش آموزان به خصوص دانش آموزان دوره ابتدایی به عنوان آینده سازان و نیروی انسانی فردای کشور از اهمیت بسیاری برخوردار است. یکی از ابعاد مهم تحول در کودکان، تحول صحیح عاطفی^۱ در آنان است؛ زیرا که بخش بزرگی از تحول عاطفی و هیجانی افراد در دوران کودکی آنها شکل می گیرد و نقش مهمی در شکل گیری شخصیت خلاق و کارآمد در آنان دارد (۱). مدیریت و تنظیم عاطفی بین فردی^۲ نقشی اصلی در تحول بهنجار داشته و به معنای توانایی فرد برای برقراری یک رابطه مؤثر عاطفی و هیجانی با فرد دیگری است که خشنودی هر دو نفر را به دنبال خواهد داشت (۲). مهارت مدیریت و تنظیم عاطفی بین فردی، فرد را قادر می سازد تا هیجانها را در خود و دیگران تشخیص داده، نحوه تأثیر آنها را بر رفتار بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجانهای مختلف نشان دهد (۳). پژوهشها نشان می دهند که نارسایی در تنظیم عاطفی بین فردی، عاملی مهم در ایجاد آسیب های روانی به شمار می رود (۴ و ۵). برای عنوان مثال ظفری و خادمی اشکداری در پژوهشی نشان دادند که راهبردهای تنظیم عاطفی می توانند با مشکلات هیجانی در دانش آموزان مرتبط باشند (۵).

نگرانی در مورد مؤلفه های سلامت روان دانش آموزان و تأثیری که بر تحول و عملکرد آنان می گذارد، علاوه بر تنظیم عاطفی بین فردی، خودمهارگری^۳ را نیز شامل می شود؛ زیرا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی به سختی تغییر می کنند (۶). خودمهارگری عبارت است از مدیریت فرد بر رفتار و یادگیری خود. اصطلاح خودمهارگری یا خویشتن داری به طور معمول برای توانایی مهار رفتار تکانشی از طریق امیال فوری کوتاه مدت به کار برده می شود (۷). برترمز، خودمهارگری را به عنوان یک توانایی دانسته و آن را در نادیده گرفتن یا تغییر دادن تمایلات در پاسخ به حالت غالب تعریف می کند (۸). پژوهشگران معتقدند که خودمهارگری یکی از مشکلات کودکان در سنین مدرسه است (۹) که زمینه را برای ایجاد آسیب های تحصیلی، روان شناختی، هیجانی، و رفتاری مساعد می سازد (۱۰). در واقع پژوهشها نشان داده اند که بین خودمهارگری و مشکلات سلامت روان رابطه منفی وجود دارد؛

به این معنا که دانش آموزانی که بر هیجانات خود، مهار کمتری دارند با مشکلات سلامت روان بیشتری روبه رو هستند (۱۱).

گرایش به تداوم مشکلات سلامت روان دوره کودکی تا سنین بزرگسالی، موجب توجه به پیشگیری و درمان این علائم در کودکی شده است. روش های گوناگون بسیاری از قبیل مهارت های ذهن آگاهی (۱۲) و بازی درمانی (۱۳) جهت ارتقاء مهارت هایی مانند تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان استفاده شده اند. در این راستا یکی از روش های کوتاه مدت و کم هزینه، درمان راه حل محور^۴ است (۱۴). این روش درمانی یک شیوه قوی و سازنده است که به واسطه آن افراد از این توانایی برای توسعه راه حل های خلاق به منظور ارتقاء زندگی خود و توسعه یک خود جدید، تغییر جهان بینی، و ایجاد تغییرات رفتاری استفاده می کنند (۱۵). این روی آورد مراجعان را در گفتگوهای درگیر می کند که به ساختار شکنی و آشکار سازی مشکلات منجر می شود و تکنیک هایی مانند سؤالات معجزه آسا و درجه بندی شده برای هدایت مراجع به سمت تغییرات مطلوب استفاده می کند (۱۶). در مقایسه با روی آوردهای رفتاردرمانی، شیوه راه حل محور به عنوان یک پارادایم پست مدرن، به همکاری بین درمانگر و مراجع برای درمان وابسته است. در واقع درمان راه حل محور، دیدگاهی غیربیماری شناختی نسبت به مراجع دارد و به مراجعان کمک می کند برای مشکلات کنونی خود راه حل بیابند (۱۴). در این روی آورد برخلاف دیدگاه مشکل محور به جای تمرکز بر مشکلات، بر یافتن راه حل ها تأکید می شود نه بحث درباره مسائل موجود و علت های آنها در گذشته؛ بنابراین در این نوع درمان تمرکز به جای زمینه های سخت و غیرقابل تغییر، بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد. به همین علت است که این درمان به مشاوره امیدواری شهرت پیدا کرده است (۱۶). روی آورد راه حل محور در مورد جمعیت ها و گروه های مختلفی به کار رفته و نتایج سودمندی را به دنبال داشته است (۱۲). در این راستا پژوهشها معتقدند که این روش درمانی در کاهش رفتارهای کشاکش برانگیز مانند پرخاشگری به ویژه در محیط مدرسه تأثیرگذار است (۱۷). برای مثال در یک پژوهش، اثربخشی این شیوه درمانی در فضای مدرسه مورد تأیید

3. Self-control

4. Solution-focused therapy

1. Emotional development

2. Interpersonal emotion regulation

قرار گرفته است (۱۸). همچنین اثربخشی این روش درمانی در عواطف بین فردی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۹). موره و همکاران نیز در پژوهشی اثربخشی آن را در کم‌رویی، افسردگی و اضطراب در کودکان تأیید کردند (۲۰).

در مجموع با توجه به نتایج مطالعات مطرح شده و اهمیت مداخلات پیشگیرانه و درمانی بر تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان و بر اساس خلأ پژوهشی مربوط به کاربرد این روش درمانی بر متغیرهای بیان شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان راه حل محور بر تنظیم عاطفی بین فردی و خودمهارگری دانش آموزان دوره دوم ابتدایی انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش آموزان دوره دوم ابتدایی شهرستان فولادشهر بود که به روش در دسترس ۳۰ دانش آموز با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و گواه جایدهی شدند. شرکت کنندگان گروه آزمایش ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه)، پروتکل درمان راه حل محور^۱ (۲۱) را دریافت کردند؛ در حالی که دانش آموزان گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط آموزش‌های معمول مدارس را دریافت می‌کردند. معیارهای ورود به پژوهش شامل محدوده سنی ۹ تا ۱۲ سال، پایین بودن سطح خودمهارگری در دانش آموز بر اساس نقطه برش آزمون خودمهارگری (۲۲)، عدم دریافت آموزش‌های مبتنی بر درمان راه حل محور در یک سال گذشته، رضایت افراد نمونه و والدین آنان برای شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم انجام تکالیف درمانی توسط دانش آموز و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان در نظر گرفته شد.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه خودمهارگری^۲: این پرسشنامه که توسط اشنایدر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است (۲۲) دارای ۲۵ گویه بوده و هدف آن سنجش میزان میزان خودمهارگری افراد است. طیف پاسخگویی این پرسشنامه از نوع دوگزینه‌ای بله و خیر است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه گویه‌ها با هم جمع می‌شود. حداکثر نمره برای پرسشنامه خودمهارگری ۲۵ و حداقل ۰ است. نمره‌های ۰ تا ۹ نشان‌دهنده خودمهارگری پایین، از ۱۰ تا ۱۸ خودمهارگری متوسط و از هجده به بالا نشان‌دهنده خودمهارگری بالای فرد پاسخ‌دهنده است. اشنایدر پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۲ به دست آورده است و روایی محتوایی آن را مورد تأیید قرار داد (۲۲). آزادمنش و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ، همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۷۷ به دست آوردند و روایی آن را از طریق روایی سازه مورد تأیید قرار دادند (۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این مقیاس، ۰/۷۵ به دست آمد که رضایت‌بخش و مطلوب است. همچنین روایی کیفی و صوری این پرسشنامه توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفته است.

(۲) پرسشنامه تنظیم عاطفی بین فردی^۳: این پرسشنامه توسط هافمن و همکاران در سال ۲۰۱۶ تهیه شده و به بررسی نحوه تنظیم عواطف در ارتباطات بین فردی می‌پردازد. این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه با طیف ۵ درجه‌ای است. این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌مقیاس عاطفه مثبت^۴ (گویه‌های ۱ تا ۵)، توجه مثبت به عواطف دیگران^۵ (گویه‌های ۶ تا ۱۰)، آرامش‌دهی عاطفی^۶ (گویه‌های ۱۱ تا ۱۵)، و توجه به عواطف اجتماعی^۷ (گویه‌های ۱۶ تا ۲۰) است. سازندگان این مقیاس آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این ابزار را ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کردند و بررسی تحلیل عاملی نیز وجود ۴ عامل مذکور را تأیید کرد که حاکی از روایی عاملی پرسشنامه است (۲۴). این پرسشنامه در ایران ترجمه و انطباق‌سازی شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن توسط لطفی و همکاران (۲۵) بررسی و تأیید شده است. به‌طوری که ضریب همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و

5. Positive attention to the emotions of others
6. Emotional relaxation
7. Attention to social emotions

1. Solution-focused treatment protocol
2. Self-control questionnaire
3. Interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ)
4. Positive emotion

برای مقیاس‌های چهارگانه بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمده است و همچنین استادان روان‌شناسی، روایی محتوایی صوری و کیفی آن را مورد تأیید قرار دادند (۲۵). لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که رضایت‌بخش و مطلوب است.

(ج) معرفی برنامه مداخله: درمان راه حل محور^۱: درمان راه حل محور، روی آورد درمانی هدف‌گرا و آینده‌مدار است که بر یافتن راه حل توسط

مراجع با کمک درمانگر تأکید دارد. روند درمان راه حل محور انعطاف پذیر بوده و در باره آنچه که مراجع می‌خواهد در مورد آن صحبت کند و آن را بشناسد، به کار گرفته می‌شود. پروتکل مورد استفاده در پژوهش حاضر برگرفته از الگوی دی شازر (۲۱) بوده است. بسته مداخله‌ای این پژوهش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای فقط به گروه آزمایش ارائه شد و مداخله‌گر در این پژوهش، شخص پژوهشگر بود. خلاصه تمرینات و شرح جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: شرح جلسات آموزشی

جلسه	شرح جلسه
یکم	معارفه، برقراری ارتباط با شرکت کنندگان، تشریح اهداف پژوهش
دوم	ارزیابی ماهیت مشکل و میزان تعارض، گرفتن شکایت اصلی، تعریف مشکل بر اساس رفتار مشخص، چهارچوب‌دهی مجدد به مشکل، بحث درباره مشکل، درجه‌بندی مشکلات مرتبط با مدیریت عواطف، ارائه تکلیف و بازخورد.
سوم	بررسی تکالیف، تعیین هدف، بررسی راه حل‌های قدیمی و همیشگی، فرمول‌بندی حلقه‌های مدیریت خودمهارگری، دست برداشتن از راه حل‌های قدیمی بررسی رفتارهای به کار گرفته شده دانش آموزان برای مهار هیجانات و عواطف، ارائه تکلیف و بازخورد.
چهارم	بررسی تکالیف، استفاده از تکنیک‌های تنفس عمیق هنگام مواجهه با بحران‌های هیجانی، گفت‌وگو با افراد گروه در مورد یک راه حل برای مهار هیجانات مثبت و منفی، ارائه تکالیف و بازخورد.
پنجم	بررسی تکالیف، استفاده از سؤالات راه حل‌مدار و گفت‌وگو با افراد برای تنظیم عواطف و هیجانات، استفاده از تکنیک نوشتن هیجانات مثبت و منفی و بازخوردها، ارائه تکلیف.
ششم	بررسی تکالیف، استفاده از فنون درمان کوتاه مدت راه حل‌مدار مانند مرور مشکلات هیجانی در ذهن و یا سکوت در هنگام بحران هیجانی، ارائه تکلیف و بازخورد.
هفتم	بررسی تکالیف و خلاصه جلسات قبل، بحث و گفت‌وگو در مورد تکالیف، تهیه یک چک‌لیست از رفتارهای مبتنی بر خودمهارگری و تنظیم عواطف و هیجانات در محیط‌های مختلف.
هشتم	گفت‌وگو با دانش آموز در مورد میزان دستیابی به اهداف درمان، تعریف و تمجید از مراجعان به خاطر دستیابی به اهداف درمان.

(د) روش اجرا: پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی و هماهنگی با آموزش و پرورش شهر فولادشهر و مدیران آن، افراد نمونه مورد نظر با روش در دسترس و شرایط ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور فراهم آوردن جوی مناسب جهت اجرای مطلوب پژوهش و بالا بردن میزان اعتبار درونی آن تدابیری به کار بسته شد: ابتدا در یک جلسه توجیهی برای والدین افراد نمونه، اهداف پژوهش کاملاً شرح داده شد، سپس والدین فرم رضایت آگاهانه و آمادگی برای حضور در پژوهش را قبل از اجرا امضاء کرده و رضایت شفاهی دانش آموزان نیز کسب شد. تمامی مراحل پژوهش توسط پژوهشگر در

محدوده زمانی فروردین تا شهریور ۱۴۰۱ انجام شد. ابزارهای مطالعه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از هر دو گروه اجرا شد و در پایان تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه توسط نرم‌افزار SPSS26 استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است.

پس آزمون				پیش آزمون				مرحله	
P	انحراف آماره شاپرو ویلکز	میانگین معیار	P	انحراف آماره شاپرو ویلکز	میانگین معیار	گروه	متغیر		
۰/۲۶۱	۰/۹۲۹	۳/۵۶	۳۳/۸۶	۰/۷۶۹	۰/۹۶۴	۳/۶۳	۲۹/۶۶	آزمایش	خودمهارگری
۰/۳۱۳	۰/۹۳۴	۳/۳۷	۳۱/۴۶	۰/۹۹۶	۰/۹۸۷	۳/۰۲	۳۰/۸۶	گواه	
۰/۲۳۰	۰/۹۲۵	۵/۵۸	۵۳/۳۳	۰/۶۶۰	۰/۹۵۸	۳/۲۴	۴۳/۳۳	آزمایش	تنظیم عاطفی بین فردی
۰/۸۴۳	۰/۹۶۹	۲/۵۸	۴۷/۸۶	۰/۶۹۴	۰/۹۶۰	۲/۴۳	۴۴/۰۶	گواه	
۰/۳۷۳	۰/۹۳۹	۱/۶۳	۱۲/۴۰	۰/۲۷۳	۰/۹۳۰	۱/۶۲	۱۰/۲۶	آزمایش	عاطفه مثبت
۰/۳۲۴	۰/۹۳۵	۱/۴۴	۱۱/۳۳	۰/۰۶۰	۰/۸۸۷	۱/۸۲	۱۰/۲۰	گواه	
۰/۰۴۹	۰/۸۸۱	۰/۸۱	۱۴/۶۶	۰/۰۵۶	۰/۸۸۵	۱/۰۳	۱۲/۷۳	آزمایش	توجه مثبت به عواطف دیگران
۰/۰۱۲	۰/۸۳۹	۰/۸۸	۱۳/۹۳	۰/۱۵۵	۰/۹۱۴	۱/۲۲	۱۳/۰۶	گواه	
۰/۴۶۴	۰/۹۴۶	۲/۵۰	۱۲/۶۰	۰/۰۸۲	۰/۸۹۶	۰/۹۸	۹/۴۰	آزمایش	آرامش دهی عاطفی
۰/۱۵۵	۰/۹۱۴	۱/۲۶	۱۰/۲۰	۰/۴۰۸	۰/۹۴۲	۱/۴۵	۹/۱۳	گواه	
۰/۰۵۸	۰/۸۸۶	۳/۲۶	۱۳/۶۶	۰/۱۸۰	۰/۹۱۸	۱/۹۰	۱۰/۹۳	آزمایش	توجه به عواطف اجتماعی
۰/۷۰۶	۰/۹۶۱	۱/۷۲	۱۲/۴۰	۰/۲۲۱	۰/۹۲۴	۱/۴۹	۱۱/۶۶	گواه	

نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای خودمهارگری ($P=0/045$)، تنظیم عاطفی بین فردی ($F_{1,28}=4/393$)، مؤلفه های عاطفه مثبت ($F_{1,28}=0/386$)، $P=0/539$)، توجه مثبت به عواطف دیگران ($F_{1,28}=1/811$)، $P=0/189$)، آراشدی عاطفی ($F_{1,28}=3/583$)، $P=0/069$) و توجه به عواطف اجتماعی ($F_{1,28}=8/140$) در سطح $0/001$ غیرمعنادار بود. در نتیجه، فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود. نتایج آزمون M باکس، همگن بودن ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه ها) تأیید شد ($F_{10,374/2.07}=3/018$; $P=0/001$)؛ Box's M=35/763). جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری آزمون شاپیرو-ویلک از مقدار $0/001$ بیشتر است، بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. همچنین عدم وجود داده های پرت چندمتغیری با استفاده از فاصله ماهالانویس مورد بررسی قرار گرفت که داده پرت شناسایی نشد و صحت این فرضیه بررسی شد. علاوه بر این هم خطی بین متغیرهای وابسته با ضریب همبستگی بین جفت متغیرها بررسی شد و با توجه به اینکه تمامی ضرایب همبستگی بین جفت متغیرها در حد متوسط ($0/3$ تا $0/5$) بود این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به حد متوسط ضرایب همبستگی می توان نتیجه گرفت که بین متغیرها همبستگی

خطی چندگانه وجود ندارد. با برقراری پیش فرض های کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری، استفاده از این آزمون بلامانع است. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه های آزمایش و گواه در نمره کل متغیرهای خودمهارگری و تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه های آزمایش و گواه در متغیرهای خودمهارگری و تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
خودمهارگری	الگوی اصلاح شده	۲۳۱۱/۷۸۶	۲	۱۱۶/۸۹۳	۲۱/۴۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	۰/۹۶۰
	پیش آزمون	۱۹۰/۵۸۶	۱	۱۹۰/۵۸۶	۳۵/۰۳۴	<۰/۰۰۱		
	گروه	۸۰/۶۹۷	۱	۸۰/۶۹۷	۱۴/۸۳۴	۰/۰۰۱		
	خطا	۱۴۶/۸۸۰	۲۷	۵/۴۴۰				
تنظیم عاطفی بین فردی	الگوی اصلاح شده	۵۴۶/۵۳۴	۲	۲۷۳/۲۶۷	۲۹/۴۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۱	۱
	پیش آزمون	۳۲۲/۴۰۰	۱	۳۲۲/۴۰۰	۳۴/۷۲۷	<۰/۰۰۱		
	گروه	۲۹۵/۷۵۴	۱	۲۹۵/۷۵۴	۳۱/۸۵۷	<۰/۰۰۱		
	خطا	۲۵۰/۶۶۶	۲۷	۹/۲۸۴				

بین گروه های درمان راه حل محور و گواه از لحاظ تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج آماره لامبدا و یلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه های تنظیم عاطفی بین فردی نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه ها معنادار است ($F(4,21) = 11.457, P < 0.001, \eta^2 = 0.686$). بنابراین می توان گفت که بین گروه های آزمایش راه حل محور و گواه از لحاظ نمرات تعدیل یافته مؤلفه های تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و میزان این تفاوت در جامعه بر اساس اندازه اثر ۶۹ درصد و در سطح قابل قبول است؛ یعنی ۶۹ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است. بررسی اینکه در کدام یک از مؤلفه های تنظیم عاطفی بین فردی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارند، در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳ آماره F خودمهارگری در پس آزمون ۱۴/۸۳۴ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P = ۰/۰۰۱$) و $(F_{1,27} = ۱۴/۸۳۴)$ ، بنابراین نشان می دهد بین دو گروه از لحاظ افزایش نمره خودمهارگری در دانش آموزان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار اندازه اثر برابر $\eta^2 = ۰/۳۵۵$ بود که نشان می دهد، میزان این تفاوت در جامعه ۳۵ درصد و در سطح قابل قبول است؛ بنابراین بین گروه های آزمایش راه حل محور و گواه از لحاظ خودمهارگری در مرحله پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین آماره F تنظیم عاطفی بین فردی در پس آزمون ۳۱/۸۵۷ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) و $(F_{1,27} = ۳۱/۸۵۷)$ ، بنابراین نشان می دهد بین دو گروه از لحاظ افزایش نمره تنظیم عاطفی بین فردی در دانش آموزان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقدار اندازه اثر برابر $\eta^2 = ۰/۵۴۱$ بود که نشان می دهد میزان این تفاوت در جامعه ۵۴ درصد و در سطح قابل قبول است؛ بنابراین

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه مربوط به تفاوت بین گروهی مؤلفه‌های تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آزمون
عاطفه مثبت	بین گروهی	۷/۹۱۱	۱	۷/۹۱۱	۲۲/۷۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۷	۰/۹۹۶
	خطا	۸/۳۴۳	۲۴	۰/۳۴۸				
توجه مثبت به عواطف	بین گروهی	۵/۶۶۱	۱	۵/۶۶۱	۱۴/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۵۸
	خطا	۹/۲۰۳	۲۴	۰/۳۸۳				
آرامش دهی عاطفی	بین گروهی	۳۳/۴۶۹	۱	۳۳/۴۶۹	۲۲/۳۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	۰/۹۹۵
	خطا	۳۵/۸۸۱	۲۴	۱/۴۹۵				
توجه به عواطف	بین گروهی	۲۴/۶۸۷	۱	۲۴/۶۸۷	۵/۳۵۹	۰/۰۲۹	۰/۱۸۳	۰/۶۰۳
	خطا	۱۱۰/۵۶۴	۲۴	۴/۶۰۷				

آماره F برای مؤلفه‌های عاطفه مثبت (۲۲/۷۵۸)، توجه مثبت به عواطف دیگران (۱۴/۷۶۲)، آرامش دهی عاطفی (۲۲/۳۸۷) و توجه به عواطف اجتماعی (۵/۳۵۹) در متغیر تنظیم عاطفی بین فردی در مرحله پس آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد بین گروه‌های درمان راه حل محور و گواه در مؤلفه‌های تنظیم عاطفی بین فردی تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای مؤلفه‌های عاطفه مثبت (۰/۴۸۷)، توجه مثبت به عواطف دیگران (۰/۳۸۱)، آرامش دهی عاطفی (۰/۴۸۳) و

توجه به عواطف اجتماعی (۰/۱۸۳) به دست آمده است که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه قابل قبول است.

جهت بررسی تفاوت گروه درمان راه حل محور با گروه گواه در متغیرهای خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی و مؤلفه‌های آن در جدول ۵ نتایج مقایسه میانگین نمرات تعدیل یافته گروه آزمایش راه حل محور با گروه گواه در مرحله پس آزمون بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۵: بررسی تفاوت‌های دوبه‌دو گروه (درمان راه حل محور و گواه) در تنظیم عاطفی بین فردی

متغیر	گروه	میانگین تعدیل یافته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم عاطفی بین فردی	درمان راه حل محور	۵۳/۷۶۷	۶/۳۳۴*	۱/۱۲۲	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۷/۴۳۳			
عاطفه مثبت	درمان راه حل محور	۱۲/۳۹۷	۱/۰۶۰*	۰/۲۲۲	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۱/۳۳۷			
توجه مثبت به عواطف دیگران	درمان راه حل محور	۱۴/۷۴۸	۰/۸۹۷*	۰/۲۳۳	۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۸۵۲			
آرامش دهی عاطفی	درمان راه حل محور	۱۲/۴۹۰	۲/۱۸۰*	۰/۴۶۱	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۰/۳۱۰			
توجه به عواطف اجتماعی	درمان راه حل محور	۱۳/۹۶۹	۱/۸۷۲*	۰/۸۰۹	۰/۰۲۹
	گواه	۱۲/۰۹۷			
خودمهارگری	درمان راه حل محور	۳۴/۳۳۵	۳/۳۳۶*	۰/۸۶۶	۰/۰۰۱
	گواه	۳۰/۹۹۹			

* $P < ۰/۰۵$

مثبت به عواطف دیگران، آرامش دهی عاطفی و توجه به عواطف اجتماعی معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان راه حل محور و گواه در متغیرهای خودمهارگری و تنظیم

نتایج جدول ۵ نشان داد تفاوت میانگین تعدیل یافته گروه ترکیب درمان راه حل محور با گواه در مرحله پس آزمون در متغیرهای خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی، و مؤلفه‌های عاطفه مثبت، توجه

عاطفی بین فردی وجود دارد. به طوری که میانگین تعدیل یافته خودمهارگری و تنظیم عاطفی بین فردی در گروه درمان راه حل محور در مرحله پس آزمون به صورت معناداری بالاتر از میانگین گروه گواه بود؛ بنابراین درمان راه حل محور بر بهبود خودمهارگری، تنظیم عاطفی بین فردی و مؤلفه های آن در دانش آموزان دوره دوم ابتدایی مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان راه حل محور بر تنظیم عاطفی بین فردی دانش آموزان پسر دوره دوم ابتدایی انجام شد. یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که این فرضیه تأیید شده و درمان راه حل محور اثر قوی و معناداری بر روی تنظیم عاطفی بین فردی در دانش آموزان پسر دوره دوم ابتدایی دارد. این یافته با پژوهش های پیشین (۱۹ و ۲۰) از این جهت که بر تأثیر این روش درمانی بر هیجان های اجتماعی مانند کمرویی تأکید دارند، همسو است. در تبیین این یافته می توان اشاره کرد که مهارت مدیریت و تنظیم عاطفی بین فردی، فرد را قادر می سازد تا هیجان ها را در خود و دیگران تشخیص داده، نحوه تأثیر آنها را بر رفتار بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان های مختلف نشان دهد (۴). از سویی می دانیم که عواطف دارای پایه های زیستی هستند (۱۹)، اما افراد قادر به تأثیرگذاری بر شدت، مدت و نوع عواطف یا هیجانات خود می باشند که به عبارتی همان تنظیم عاطفی است. راهبرد های کنار آمدن با عواطف، نقش تعیین کننده ای برای سلامت جسمانی و روانی دانش آموزان دارد (۵). در درمان راه محور با تشویق مراجع و نیز فنون مختلف مانند سؤالات معجزه و استثنا به مراجع کمک می شود تا تنظیم عواطفش در برابر مسائل و مشکلات پیش رو از قبیل مسائل بین فردی افزایش یابد؛ زیرا که این درمان با یافتن استثنائات در زندگی مراجع به او کمک می کند تا نسبت به اطرافیان خوش بین تر شود و در شرایط سخت و بحرانی نیز به طور موفقیت آمیزی آن شرایط را پشت سر بگذارد و با آن سازش یابد.

از سوی دیگر درمان راه حل محور به افراد کمک می کند تا انعطاف پذیر باشند و در زمینه توانا ساختن آنها برای ساختن منابع روانی و همچنین کنار آمدن مؤثر با تعارض های بین فردی به دانش آموزان کمک می کند. عواطف مثبت احساس شده به وسیله دانش آموزان به عنوان یک

عامل محافظتی و باورهای سلامتی در آینده نقش مهمی بازی می کند. افرادی که عاطفه مثبت بالایی دارند پرانرژی و با روحیه هستند و از زندگی لذت می برند. در مقابل افرادی که عاطفه منفی بالایی دارند، مضطرب، نگران و کم انرژی هستند. شواهد پژوهشی موجود حاکی از ارتباط بین عاطفه مثبت با برقراری روابط اجتماعی گسترده، رفتار یاری رسانی، دقت، تمرکز و تصمیم گیری بالا است. در مقابل عاطفه منفی با شکایات ذهنی، توانایی مقابله پایین با فشار و تنیدگی و اضطراب همراه است (۱۴). همچنین نظریه پردازان و پژوهشگران معتقدند که درمان راه حل محور باعث می شود که نگرش و نحوه بیان فرد از صحبت کردن درباره مشکل به صحبت کردن درباره راه حل تغییر یابد (۸)؛ بنابراین دور از انتظار نیست که درمان راه حل محور بتواند تنظیم عاطفی را در دانش آموزان تحت تأثیر قرار دهد. همچنین در تبیین این یافته می توان گفت که در جلسات درمانی وقتی از دانش آموزان خواسته می شود تا با تکنیک تحسین، هر رفتار مثبت خود را هر چند کوچک تحسین کنند و بر نقاط مثبت شان تأکید نمایند، آنان می توانند ارتباط بین فردی بهتری برقرار کنند. از آن جا که تأکید اصلی این درمان بر تغییرات کوچک تا رسیدن به تغییرات بزرگ تر است و تمرکز درمان هم بر مسائلی است که احتمال تغییر در آنها وجود دارد (۳)، وقتی دانش آموز نخستین گام کوچک جهت تغییر را با موفقیت برمی دارد و نتیجه این تغییر را در ارتباط با دیگران مشاهده می کند، اشتیاق او برای ادامه روند این تغییر بیشتر می شود و بنابراین پس از مدتی تغییرات بزرگ تری را در روابط بین فردی خود مشاهده می کند. این تغییرات به وجود آمده به دانش آموز کمک می کند تا عواطف بین فردی را مهار کند و تبعاً تنظیم عاطفی بین فردی بیشتری را تجربه نماید.

یافته بعدی پژوهش حاضر تأیید می کند که درمان راه حل محور بر خودمهارگری گروه آزمایش که تحت مداخله قرار داشتند، تأثیر قوی و معناداری نسبت به دانش آموزان گروه گواه داشته است. این یافته با پژوهش های پیشین (۱۷ و ۱۸) همسو است؛ زیرا که پژوهش های قبلی نیز نشان دادند درمان راه حل محور می تواند خودمهارگری و پرخاشگری را در افراد تحت تأثیر قرار دهد. همان طور که پیش از این ذکر شد افراط و تفریط در خودمهارگری، بهداشت روانی و عاطفی کودکان را به گونه ای جدی تهدید می کند (۶). همان طور که پیش از این ذکر شد

خودمهارگری نوعی توانایی است که افراد از طریق آن می توانند هیجانات خود را مهار کرده و با فشار روانی ایجاد شده مقابله کنند و در نتیجه، رفتار مناسب با شرایط خاصی را که در آن قرار دارند بروز دهند (۷). به عبارتی مهار و هدایت واکنش های هیجانی و احساسات در برابر افراد و در موقعیت های مختلف باعث ایجاد توانایی در فرد جهت واکنش دهی مثبت و مؤثر در افراد می شود (۶). افراط و تفریط در خودمهارگری، کودکان را به سمت سازش نایافتگی، پرخاشگری، خشم، نفرت، اضطراب و تغییرات خلقی سوق می دهد (۹) که به صورت مهار نشده، بهداشت روانی و عاطفی کودکان را به گونه ای جدی تهدید می کند. در درمان راه حل محور، درمانگر بر تکنیک های خاصی تکیه می کند؛ مانند پرسیدن سؤالات معجزه آسا که به کودکان کمک می کند تا بتوانند متفاوت بودن را تجربه کرده و موضوعات جدیدی را کشف کنند و تفاوت های رفتاری را در خود و دیگران شرح دهند (۷). سؤالات درجه بندی شده درمانگر، دانش آموز را قادر می سازد تا به آنچه که انجام می دهند و نحوه برداشتن گام هایی توجه کنند که به تغییرات مطلوب می انجامد (۱۱) و تبعاً میزان خودمهارگری بیشتری را تمرین کرده و بیاموزند. همچنین درمانگران راه حل محور از سؤالات درجه بندی شده برای اندازه گیری میزان پیشرفت دانش آموزان در طی جلسات درمان استفاده می کنند. سؤالات درجه بندی شده از مراجعان می خواهند که وضعیت یا هدف خود را با مقیاس های ۱ تا ۱۰ رتبه بندی کنند. این نوع سؤالات برای کمک به دانش آموزان، مفید هستند؛ زیرا که به آنان کمک می کنند تا جنبه های پیچیده زندگی خود را عینی تر و قابل فهم تر کنند و از این طریق میزان خودمهارگری را در خود افزایش دهند (۸).

در مجموع در مان راه حل محور در این مطالعه، از اندوخته ها و توانایی های کودکان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده کرده است و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد کرد؛ در نتیجه درمانگر

راه حل محور حس خودمهارگری و مدیریت روابط و مهار عواطف را در مراجعان تقویت می کند. لازم به ذکر است که این کار در شیوه راه حل محور از طریق توانمند سازی مراجعان در خلق راه حل ها و ساختار دادن به آنها انجام می دهند (۱۸). از محدودیت های این مطالعه می توان به عدم بررسی تفاوت های جنسیتی و عدم پیگیری یافته ها در بلندمدت اشاره کرد. رفع این محدودیت ها در مطالعات آتی می تواند بر دقت و تعمیم دهی نتایج به دست آمده بیافزا ید. همچنین انجام مطالعات گسترده تر با ابزارهای تشخیصی مختلف و روی گروه های نمونه متفاوت که می تواند بر دقت نتایج به دست آمده تأثیر گذار باشد، برای مطالعات بعدی پیشنهاد می شود. در پایان پیشنهاد می شود یافته های این پژوهش از طریق آموزش های والدین، برنامه های تلویزیونی، و مراکز مشاوره و توانبخشی مورد توجه قرار گیرد تا گامی در جهت پاسداری از سلامت روان کودکان باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده نویسنده یکم است که پیشنهاد آن در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی در تاریخ ۱۴۰۰/۷/۱۲ و با کد ۱۶۲۴۴۱۸۸۵ تصویب شده است. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه بر اساس قوانین انجمن روان شناسی آمریکا و سازمان نظام روان شناسی ایران مانند رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده ها به صورت گزارش کلی نیز در این مطالعه کاملاً رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله، پژوهشگر اصلی و نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما پروژه نقش داشته اند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از والدین و کودکان شرکت کننده، و استادان راهنما و مشاور در این مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Hoemann K, Xu F, Barrett LF. Emotion words, emotion concepts, and emotional development in children: A constructionist hypothesis. *Dev Psychol.* 2019; 55(9): 1830. [Link]
2. Dixon-Gordon KL, Bernecker SL, Christensen K. Recent innovations in the field of interpersonal emotion regulation. *Current Opinion in Psychology.* 2015; 3: 36-42. [Link]
3. Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. *Emotion.* 2013; 13(5): 803. [Link]
4. Zaki J. Integrating empathy and interpersonal emotion regulation. *Annual review of psychology.* 2020; 71: 517-540. [Link]
5. Zafari S, Khademi Eshkezari M. The structural model of the role of cognitive emotion regulation strategies, mindfulness and perfectionism in predicting emotional problems in students. *Journal of psychological science.* 2020; 19(87): 321-328. [Persian]. [Link]
6. Duckworth AL, Gendler TS, Gross JJ. Self-control in school-age children. *Educational Psychologist.* 2014; 49(3): 199-217. [Link]
7. Zhi K, Chen Y, Huang J. Children's self-control and family savings for education: An empirical examination from China. *Children and Youth Services Review.* 2020; 119: 105575. [Link]
8. Bertrams A. How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades. *Learning and Individual Differences.* 2012; 22(6): 833-838. [Link]
9. Meng H, Ma J, Shen Y, Chang R. The influences of father absence on primary school children's pedestrian behaviors: the mediating effect of self-control. *Transportation research interdisciplinary perspectives.* 2020; 7: 100202. [Link]
10. Ha OR, Lim SL, Bruce JM, Bruce AS. Unhealthy foods taste better among children with lower self-control. *Appetite.* 2019; 139: 84-89. [Link]
11. Chester DS, Lynam DR, Milich R, Powell DK, Andersen AH, DeWall CN. How do negative emotions impair self-control? A neural model of negative urgency. *NeuroImage.* 2016; 132: 43-50. [Link]
12. Shahbazi F, Ahmadi R, Chorami M, ghazanfari A. Effectiveness of Training Child-Focused Mindfulness Skills on the Parent-Child Interaction and Social Behaviors of the Children with Low Self-Control. *medical journal of mashhad university of medical sciences,* 2021; 64(2): 46-59. [Persian]. [Link]
13. Teimourian S, Mirzaei H, Pishyare E, Hosseinzadeh S. Effect of Group Play Therapy on Emotional/Behavioral Problems of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aged 6-12 Years. *jrehab.* 2020; 21 (3):390-405. [Persian]. [Link]
14. De Shazer S, Dolan Y, Korman H, Trepper T, McCollum E, Berg IK. More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Routledge; 2021, pp:29-64. [Link]
15. Cortes B, Ballesteros A, Collantes J, Aguilar ML. What makes for good outcomes in solution-focused brief therapy? A follow-up study. *European Psychiatry.* 2016; 33(S1): 232-233. [Link]
16. Schmit EL, Schmit MK, Lenz AS. Meta-analysis of solution-focused brief therapy for treating symptoms of internalizing disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation.* 2016; 7(1): 21-39. [Link]
17. 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): 266-283. [Link]
18. Ates B. Effect of Solution Focused Group Counseling for High School Students in Order to Struggle with School Burnout. *Journal of Education and Training Studies.* 2016; 4(4): 27-34. [Link]
19. George CM. Solution-focused therapy: Strength-based counseling for children with social phobia. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development.* 2008; 47(2): 144-156. [Link]
20. Moore SE, Norman RE, Sly PD, Whitehouse AJ, Zubrick SR, Scott J. Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *Journal of adolescence.* 2014; 37(1): 11-21. [Link]
21. De Shazer SD. Clues. *Investigating Solutions in Brief Therapy.* New York: Norton; 1979, pp:46-85. [Link]
22. Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of personality and social psychology.* 2005; 30(4): 526. [Link]
23. Azadmanesh M, Abolmaali K, Mohammady A. The Consideration of Validity and Reliability of Persian Version of Self-control Questionnaire among Students. *Journal of psychometry.* 8(32), 107-123. [Persian]. [Link]
24. Hofmann SG, Carpenter JK, Curtiss J. Interpersonal emotion regulation questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cogn Ther Res.* 2016; 40(3): 341-356. [Link]
25. Lotfi M, Shiasy Y, Amini M, Mansori K, Hamzezade S, Salehi A, Mafakhery M. Investigating psychometric properties of Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ) in university students. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2020; 30(185): 74-85. [Persian]. [Link]
26. Univ Med Sci. 2020; 30(185): 74-85. [Persian]. [Link]