



Comparing the Effectiveness of Adolescent-Centered Mindfulness with Cognitive Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation among Adolescents Girl with Nomo-Phobia

Rozhin Davoudi ¹, Golamreza Manshaee ^{2,*}, Mohsen Golparvar ³

¹ PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Golamreza Manshaee, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. E-mail: smanshaee@yahoo.com

Received: 02 Mar 2019

Accepted: 21 Jun 2019

Abstract

Introduction: Nomo-Phobia like any other phobia requires medical attention, especially among adolescents. The purpose of this study was to comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on emotion regulation among adolescents' girl with Nomo-phobia.

Methods: The research method was quasi-experimental with control group and the research design was pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of this study consisted of all adolescents in Isfahan whose score was higher than the cut line in the "Nomophobia Questionnaire". Sixty subjects were selected purposefully and were randomly divided into four groups of researcher-made adolescent mindfulness therapy, emotion-focused therapy, and cognitive-behavioral therapy and control group. Three treatment groups received 10 sessions of intervention for each treatment, while the control group did not. Data collection tool "Emotion Regulation Difficulty Scale". Validity and reliability of the questionnaire were confirmed by Cronbach's alpha method. Data were analyzed by SPSS.23.

Results: There were significant differences between the adolescent mindfulness therapy, emotion-focused therapy, and cognitive-behavioral therapy in difficulty in emotion regulation compared with the control group ($P < 0.01$). However, there was no significant difference between the three treatments on emotion regulation ($P < 0.05$).

Conclusions: Use of adolescent mindfulness therapy, emotion-focused therapy, and cognitive-behavioral therapy is helpful in regulating the emotion of adolescent girls with symptoms of Nomo-Phobia. It is recommended that the above treatments be used to reduce the symptoms of Nomo-Phobia.

Keywords: Adolescent Focused Mindfulness, Cognitive Behavioral Therapy, Emotion-Focused Therapy, Emotion Dysregulation, Nomo-Phobia



مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی

روژین داودی^۱، غلامرضا منشی^{۲*}، محسن گل‌پرور^۲

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: غلامرضا منشی، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: smanshaee@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۱

چکیده

مقدمه: بی‌موبایل‌هراسی مانند هر فوبی دیگری نیازمند توجه درمانی، به ویژه در میان نوجوانان است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی همراه با گروه کنترل و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان شهر اصفهان بود که نمره آن‌ها در "پرسشنامه نوموفوبیا" (Nomophobia Questionnaire) بالاتر از خط برش قرار می‌گرفت. از این میان ۶۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در چهار گروه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور پژوهشگر ساخته، درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل جایگزین شدند. دو گروه درمانی هر یک به مدت ۱۰ جلسه مداخلات درمانی را دریافت نمودند در صورتی‌که درمانی بر گروه کنترل اجرا نشد. ابزار جمع‌آوری داده‌های "مقیاس دشواری تنظیم هیجان" (Difficulties in Emotion Regulation Scale) بود. روایی محتوایی و پایایی با روش آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ها تأیید شد. داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار اسپاس پی اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین سه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار، بر تنظیم هیجان با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). در عین حال بین سه نوع درمان بر تنظیم هیجان تفاوت معناداری به دست نیامد ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: استفاده از هر یک از سه نوع درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی مفید است. پیشنهاد می‌گردد از درمان‌های فوق جهت کاهش علائم بی‌موبایل‌هراسی استفاده شود.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار، دشواری تنظیم هیجان، بی‌موبایل‌هراسی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بالترین میزان استفاده از آن به ترتیب در بین مردم چین و هندوستان با تاکید بر افزایش استفاده از تلفن همراه در میان جوانان تعلق دارد [۳]. در مطالعه‌ای در ایران نیز که بر روی ۶۳۷ نوجوان انجام شده، نتایج نشان داد که ۹۵/۳ درصد از نوجوانان دارای وابستگی متوسط، ۳/۴ درصد دارای وابستگی شدید و ۱/۲ درصد دارای اعتیاد به استفاده از تلفن همراه هستند [۴]. اگرچه گوشی‌های هوشمند از سرویس‌های ارتباطات، اطلاعات و سرگرمی‌ها فراتر رفته‌اند و کاربران را قادر می‌سازند تا نیازهایی مانند یادگیری، توانایی فردی، ایمنی و روابط

پیشرفت انسان در حوزه صنعت اطلاعات و ارتباطات زندگی بشر را دگرگون ساخته و موجب شکل‌گیری انقلابی در زندگی او شده است [۱]. امروزه به دلیل این‌که استفاده از تلفن همراه (موبایل) دربرگیرنده پیامدهای متنوعی برای کاربران است و علاوه بر ایجاد ارتباط با دیگران می‌تواند نیازهای گوناگون دیگری را نیز برآورده کند، جایگاه آن به‌گونه‌ای رشد یافته که دیگر زندگی بدون آن قابل‌تصور نیست [۲]. برآوردهای انجام‌شده حاکی از آن است که حدود پانصد میلیون نفر از مردم دنیا از تلفن همراه استفاده می‌کنند. بر اساس گزارش‌های موجود،

رشد مهارت‌های هیجانی افراد سبب گشته [۱۶] و الگوی ذهنی موثری را در فرد شکل می‌دهد [۱۷]، همچنین با اعتبار بخشیدن به هجانات موجب شفاف سازی و تنظیم هیجانی ایشان را پدید می‌آورد [۱۸]. یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند در درمان بی‌موبایل‌های استفاده شود درمان شناختی-رفتاری است. بر اساس نظریه‌های شناختی، سوگیری‌ها با شناخت‌های ناکارآمد مختلفی همراه هستند که به‌نوبه خود پاسخ‌های رفتاری و هیجانی دارای کارکرد ناسازگارانه را فعال می‌کنند. در افراد آسیب‌پذیر به خاطر تقویت میان شناخت، هیجان و رفتار، یک چرخه آسیب‌شناسی فعال می‌شود که منجر به نشانه‌های اختلال در ایشان می‌گردد [۱۹] که ناشی از تصحیح خطاهای شناختی می‌باشد [۲۰-۲۲]. شواهد مطالعاتی گذشته مانند درمان هیجان مدار حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری نیز قادر است سطح تنظیم مثبت هیجانی را افزایش داده و در مقابل سبک‌های منفی و ناکارآمد تنظیم هیجان را تضعیف نماید. برای نمونه پژوهش Rubin و Falcone و همکاران شواهدی از تأثیر مداخلات شناختی رفتاری در ارتقاء راهبردهای تنظیم هیجان [۲۳] و مطالعه Butler و همکاران نیز شواهدی از تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری و ذهن آگاهی در بهبود وضوح عاطفی هیجانی و توجه به هجانات در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده است [۲۴].

در کنار درمان هیجان مدار و درمان شناختی-رفتاری، یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند در درمان بی‌موبایل‌های استفاده شود ذهن آگاهی نوجوان محور است. ذهن آگاهی معمولاً به‌عنوان فرآیندی هدفمند جهت توجه در افکار، احساسات و تجارب افراد در لحظات گذشته و حالتی غیر قضاوتی به خود، تعریف می‌شود [۲۵]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، یک روان‌درمانی گروهی است که ابتدا باهدف افزایش توجه و کاهش اضطراب در کودکان توسعه پیدا کرد [۲۶]. ذهن آگاهی می‌تواند زندگی کودکان را از طریق افزایش تنظیم هیجان، افزایش مهارت‌های اجتماعی، افزایش توانایی در جهت‌گیری توجه، افزایش حافظه فعال، افزایش عزت‌نفس، افزایش حس آرامش و پذیرش خود به‌طور مستقیم و قابل توجهی بهبود بخشد [۲۶]. به عبارت دیگر ذهن آگاهی به وسیله فراهم آوردن پردازش هوشیارانه اطلاعات موجب افزایش توانمندی‌های رفتاری و هیجانی می‌گردد [۲۷-۳۰]. اصغری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی [۳۱]، صبری و همکاران نشان دادند درمان ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی تأثیر معناداری دارد [۳۲] و Kaunhoven & Dorjee e نیز نشان دادند آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به بهبود مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی گردد [۳۳]. با مروری بر مطالعات صورت گرفته آشکار می‌گردد که علی‌رغم شیوع رو به تزاید استفاده از تلفن همراه و لاجرم افزایش استفاده افراطی و وابستگی‌های بعدی و درنهایت بی‌موبایل‌های، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای بی‌موبایل‌های بالخصوص در ایران آن‌طور که شایسته است مورد توجه قرار نگرفته است. این امر در حالی است که بی‌موبایل‌های می‌تواند به‌عنوان یکی از اختلالات قرن حاضر، شیوعی قابل توجه داشته و از این طریق تأثیر شدیدی بر حوزه‌های عملکردی نوجوانان در زمینه‌های مختلف بر جای گذارد. به همین جهت در سطح حرفه‌ای و تخصصی یکی از ضرورت‌های مطالعاتی از نوع مطالعه حاضر در این

انسانی و نیازهای اساسی آنان را برآورده سازند [۵]، ولی باید به این واقعیت نیز توجه جدی نمود که گسترش فن‌آوری ارتباطات علاوه بر فوایدی که برای کاربران دارند، دارای معایبی نیز هستند که پس از گذشت مدت‌زمانی با انجام برخی پژوهش‌ها آشکار می‌شوند [۶]. برای نمونه برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افزایش استفاده و نفوذ تلفن‌های همراه در عادات و رفتارهای زندگی روزانه تغییراتی را به وجود می‌آورد [۷] و ممکن است مشکلات مهمی را برای افراد ایجاد کند [۵]. یکی از مشکلاتی که ممکن است توسط گوشی‌های هوشمند ایجاد شود، نوموفوبیا (ترس از بدون تلفن همراه بودن) است [۸]. نوموفوبیا، ترس از عدم توانایی برقراری ارتباط از طریق گوشی همراه و یا اینترنت و اصطلاحی است که به مجموعه‌ای از رفتارها یا نشانه‌های مرتبط با استفاده از گوشی‌های همراه اشاره دارد. در واقع نوموفوبیا یک ترس موقعیتی مرتبط به آگورافوبیا یعنی ترس افراد از بیمار شدن و نداشتن کمک فوری همراه با اضطراب و نگرانی است [۹]. با وقوع نوموفوبیا، طیف مشکلات مختلفی در رفتارها، دیدگاه‌ها و هجانات و عواطف افراد به خصوص جوانان و نوجوانان اتفاق می‌افتد. یکی از نکاتی که در سال‌های اخیر به شدت توجهات زیادی را در ارتباط به استفاده افراطی از تلفن همراه بخود جلب نموده تأثیری است که استفاده از ابزار ارتباطی می‌تواند در وضعیت خلقی و هیجانات افراد داشته باشد [۱۰]. از منظر تخصصی ارتباط با دیگران و جستجو برای حمایت اجتماعی در رویدادها، مفاهیم ضروری تنظیم هیجان است. علی‌رغم این‌که استفاده از تلفن همراه می‌تواند باعث تسهیل در تنظیم هیجان گردد اما مطالعات نشان داده که بی‌موبایل‌های در بدکارکردی تنظیم هیجان مؤثر است [۱۱]. مفهوم کلی تنظیم هیجان به کنترل و مدیریت ورود اطلاعاتی که موجب فراخوان هیجان‌ها در افراد می‌شود اشاره دارد. به‌عبارت‌دیگر، تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندها اشاره دارد که افراد از طریق آن‌ها به دنبال نظارت، ارزیابی و هدایت مجدد جریان خودکار هیجانات، مطابق با نیازها و اهداف خود هستند [۱۲].

از لحاظ نظری و عملی، وقتی افراد در حالتی از وابستگی به موبایل یا تلفن همراه قرار می‌گیرند و در زمانی که احساس می‌کنند تلفن همراه آن‌ها به هر دلیلی ممکن است در اختیار آن‌ها نباشد، علائم و نشانه‌های بی‌موبایل‌های به افراد هجوم می‌آورد. این هجوم خودکار ترس و نگرانی، اولین کارکردش آن است که توان تنظیم هیجان را در افراد از حالت کنترل و مدیریت شده خارج می‌کند و به این وسیله توانایی تنظیم هیجان را در افراد دچار اختلال می‌نماید (۱۰). به همین دلیل نیز بوده که پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه درمان نوموفوبیا بیانگر آن هستند که در فرایند درمان به هیجان‌ها و احساسات دردناک مراجعین باید توجه گردد [۱۳]. درمان‌های متعددی تاکنون برای نوموفوبیا مطرح و به کار گرفته شده است. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در این زمینه مفید واقع گردد، درمان هیجان محور است [۱۴]. درمان هیجان محور بر فرایندهای طرح‌واره هیجانی که زمینه‌ساز و تعیین‌کننده‌های میان فردی و شناختی-رفتاری رفتارهای آدمی هستند، تمرکز نموده و پردازش عاطفی را به‌عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند [۱۵]. برخی شواهد پژوهشی موجود حاکی از آن است که استفاده از رویکرد درمانی هیجان مدار می‌تواند موجب استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت شناختی تنظیم هیجان و در مقابل موجب کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی در سبک‌شناختی منفی گردد (۱۵-۱۷). این درمان

است. پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ بر روی ۴۷۹ نفر از دانشجویان تمامی رشته‌های دانشگاه بوستون ۰/۹۳ گزارش نمودند [۳۶].

در ایران نیز کرمانی و طالع‌پسند با اجرای پرسشنامه بر ۴۳۹ نفر از دانشجویان تمامی رشته‌های دانشگاه سمنان با روش تحلیل عامل تاییدی میزان بارهای عاملی این ابزار را بین ۰/۲ تا ۰/۵ و مورد تأیید برآورد نمود. با استفاده از روش آلفای کرونباخ نیز پایایی خرده مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۷۳ و ۰/۶۳ به دست آمد [۳۷].

در پژوهش حاضر روایی محتوایی "مقیاس دشواری تنظیم هیجان" با استفاده از نظر ۶ نفر از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اصفهان که به صورت در دسترس انتخاب شده با روش لایوشه ۰/۷۳ و مورد تأیید قرار گرفت، میزان پایایی کلی پرسشنامه در پژوهش حاضر در مرحله پیش آزمون بر ۶۰ نفر از گروه نمونه (گروه‌های درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و گروه کنترل) انجام گرفت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ بود. پس از انتخاب شرکت کنندگان و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمون و کنترل هر چهار گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون به "مقیاس دشواری در تنظیم هیجان" در محیط درمان (مدرسه) به صورت همزمان پاسخ دادند، سپس گروه‌های مداخله‌ای تحت ۱۰ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی کلیه آزمودنی‌های پژوهش مجدداً در مرحله پس آزمون و یک ماه پس از آن بسته به گروه جایگزین شده در چهار روز متوالی در مدرسه حضور بهم رسانیده و در مرحله پیگیری به "مقیاس دشواری در تنظیم هیجان" پاسخ دادند. لازم به ذکر است که درمان ذهن آگاهی نوجوان برای پژوهش حاضر بر اساس نیاز سنجی از نوجوانان دختر مبتلا به بی‌موبایل هراسی و نیز منبع معتبر [۳۸] تهیه و تدوین گردید.

توافق حاصل از نظر داوران درباره ساختار درمان، طول درمان و طول زمان هر جلسه، کفایت محتوایی و کاربردی این درمان ۰/۸۰ بود. همچنین در یک مطالعه پایلوت در دو گروه ۶ نفری از نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا شهر اصفهان، درمانی ذهن آگاهی نوجوان محور مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان دادند با توجه به آماره $t = 2/59$ تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش ذهن آگاهی نوجوان محور و گروه کنترل در مطالعه پایلوت وجود دارد ($P < 0/05$). خلاصه جلسات درمانی هیجان محور، درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور به ترتیب در ارائه شده است.

جلسات درمان هیجان محور

جلسه اول: آشنایی کلی با افراد و ذکر اهداف درمان، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان محور، کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات مربوط به تلفن همراه، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی.

جلسه دوم: کشف حوادث برجسته افراد در زمینه استفاده از تلفن همراه، ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها.

است که همراه با شیوع بی‌موبایل هراسی در نوجوانان و حتی افراد جوان و بزرگسال، درمان‌هایی آزموده و تأیید شده در اختیار درمانگران و روان‌شناسان قرار گیرند تا در زمان ضرورت برای نوجوانان مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان بیان نمود اختلال بی‌موبایل هراسی از جمله اختلالاتی است که عوامل گوناگونی در شکل‌گیری آن دخیل بوده و از طرف دیگر هر یک از درمان‌های فوق بر ابعاد متفاوتی از این اختلال تأثیر می‌گذارند، در پژوهش حاضر قصد بر آن می‌رود تا مشخص گردد کدام یک از درمان‌های فوق اثربخشی بهتری بر علائم آن دارد؛ بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دارای علائم بی‌موبایل هراسی اجرا شد.

روش کار

این مطالعه نیمه آزمایشی با سه گروه آزمایش (ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر دشواری) و گروه کنترل و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود که جامعه آماری آن را کلیه نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. از این رو با توجه به توصیه منابع علمی انتخاب ۱۵ نفر تعداد نمونه برای هر گروه در مطالعات آزمایشی [۳۴]، تعداد ۶۰ نفر نمونه به صورت هدفمند انتخاب شده و پس از آن با انتخاب کدهای ۱ تا ۴ به وسیله قرعه‌کشی از ظرف به وسیله آزمودنی‌های پژوهش به صورت تصادفی در چهار گروه درمان هیجان مدار، درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و گروه کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود در این پژوهش شامل کسب حداقل نمره برش ۵۲ از "سیاهه نوموفوبیا" (Nomophobia Inventory) [۳۵]، قرار گرفتن در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۸ سال بود و معیارهای خروج شرکت در سایر برنامه‌های درمانی یا دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، مصرف داروهای روان‌گردان به تشخیص روانشناس، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روان‌شناختی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش و درمان بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها "مقیاس دشواری تنظیم هیجان" (Difficulties in Emotion Regulation Scale) که توسط Gratz & Roemer در سال ۲۰۰۴ طراحی شد، استفاده گردید [۳۶]. این مقیاس یک ابزار ۳۶ گوی‌های است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در ۶ خرده مقیاس عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی مورد سنجش قرار می‌دهد. حداقل نمره در این مقیاس ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ است که نمرات بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. Gratz & Roemer روایی این ابزار را با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت و نشان داد این پرسشنامه دارای شش خرده آزمون فوق می‌باشد، همچنین روایی همزمان با "پرسشنامه پذیرش و عمل" (Acceptance and Action Questionnaire) مورد بررسی و برابر با ۰/۶۹ بود که نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه

جلسه سوم: مشخص کردن الگوهای استفاده از تلفن همراه، پذیرش احساس تصدیق شده، کشف ناپیمنی دل‌بستگی، کمک به بازتر بودن و خود افشایی افراد و پیوستگی درمان.

جلسه چهارم: بازسازی پیوند افراد، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی، گسترش تجربه هیجانی، پدیداری عناصر جدید در تجربه، هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع، پذیرش چرخه منفی توسط افراد، بررسی و تجدیدنظر کردن شیوه استفاده از تلفن همراه.

جلسه پنجم: عمق بخشیدن به درگیری عاطفی افراد بر مبنای دل‌بستگی، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی.

جلسه ششم: گسترده کردن خود، تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه مراجع، عمق بخشیدن با درگیری افراد، پذیرش افراد از تجربه خود، ارتقاء روش‌های جدید تعامل.

جلسه هفتم: فعال‌سازی، بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر افراد با یکدیگر در دنیای واقعی، روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای افراد.

جلسه هشتم: یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، بازسازی تعاملات، تغییر رفتار افراد آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و رابطه، تغییر تعاملات، غلبه بر موانع و ایجاد واکنش مثبت.

جلسه نهم: استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه.

جلسه دهم: تسهیل اختتام جلسات، حفظ تغییر تعاملات در آینده، تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون، حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن‌ها، اجرای پس آزمون.

جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول: توضیح در مورد تلفن همراه و عوارض و محاسن استفاده از آن، تعریف متغیرهای پژوهش و توضیح و کاربرد آن در زندگی و ارائه تکلیف در طول هفته، آشنا نمودن شرکت‌کنندگان باهدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم: سنجش: بررسی باورهای و خطاهای شناختی آن‌ها، تعیین اهداف به‌گونه‌ای مشارکتی و برنامه برای آغاز کردن فعالیت هدف، دادن اطلاعاتی درباره متغیرهای پژوهش و آثار مثبت آن بر کارکردهای جسمانی، روانی و عملکرد افراد.

جلسه سوم: تعیین نقطه شروع، توضیح وضعیت آن‌ها در خط پایه، کمک می‌شود به آزمودنی‌ها جهت شناسایی احساسات مختلف در مورد دوری از گوشی تلفن همراه، انجام تکالیف مرتبط، حل مسئله به‌صورت گروهی.

جلسه چهارم: شناسایی تفکرات و احساسات ناسودمند و خطاهای شناختی، بحث در مورد سبک‌های تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی، رابطه خطاهای شناختی با رفتارهای مضر، حل مسئله گروهی برای چالش کردن با خطاهای شناختی، ارزیابی تکالیف آزمودنی‌ها و دادن اطلاعاتی در مورد متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: بحث در مورد آرمیدگی، شیوه‌های آرام‌سازی و مزایای آن‌ها، مطرح‌شدن مقدماتی در مورد مهارت‌های کنترل هیجان و راهکارهای مقابله با آن و ارائه تکالیف.

جلسه ششم: بحث در مورد فعالیت‌های مرتبط با تلفن همراه و لزوم دوری از آن، ارائه آموزش درباره مهارت‌های کنترل هیجان، حل مسئله گروهی در برخورد با تلفن همراه، اهداف خاص مرتبط با شروع فعالیت‌های جایگزین استفاده از تلفن همراه و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: مدیریت تجربه آشفتگی و نگرانی افراد در هنگام عدم دسترسی به تلفن همراه، آموزش چرخه گوش‌به‌زنگ بودن برای ارتباط دادن تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی، حل مسئله گروهی برای خروج از چرخه گوش‌به‌زنگ، آموزش تصحیح باورها و افکار نادرست، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: بحث در مورد عوامل به وجود آمدن بی‌موبایل‌هراسی با استفاده از موقعیت‌هایی که در زندگی واقعی در طول یک هفته دارند، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه نهم: بحث در مورد عوامل تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، طرح‌ریزی برای انجام کار برای خروج از دوره‌های تشدید نگرانی‌ها و ناراحتی‌ها، بازبینی جلسات و سؤالات قبلی، آموزش در حوزه تنظیم هیجان و همچنین ارائه تکالیف خانگی.

جلسه دهم: ارائه گزارشی از تجارب موفق و ناموفق کنترل تنش‌های ناشی از عدم دسترسی به تلفن همراه توسط آزمودنی‌ها و ابزار رضایت از این موفقیت‌ها، بررسی مشکلات آزمودنی‌ها و ارائه پس‌آزمون.

جلسات درمان ذهن آگاهی نوجوان محور

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، معرفی آزمودنی‌ها به یکدیگر، معرفی ذهن آگاهی و توضیح عصب-زیست‌شناسی ذهن آگاهی، چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین، مراقبه شفقت ذهن آگاهانه (با والدین).

جلسه دوم: تکرار تنفس، اسکن بدن، تمرین "یادبود خوبی"، تکلیف خانگی.

جلسه سوم: تکرار تنفس، اسکن بدن، تمرین "یادبود خوبی"، تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: تکرار تنفس، آگاهی نسبت به زمان حال (تمرین لیوان آب)، آگاهی از فرایند هیجانات، حرکات ذهن آگاهانه، تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: تمرین تنفس آگاهانه، ذهن آگاهی نسبت به پنج حس، مراقبه‌رهایی از افسردگی در لحظه، تکلیف خانگی.

جلسه ششم: تمرین تنفس، تمرینات ذهن آگاهی نسبت به هیجانات: مراقبه ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، بازی "من احساس می‌کنم"، یادداشت نویسی درباره ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: تمرین تنفس، تمرینات ذهن آگاهی نسبت به افکار: تمرین تخته سفید نانوشته، مراقبه روی درخت، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: تمرین تنفس، ذهن آگاهی نسبت به محیط پیرامون، ذهن آگاهی نسبت به روابط، تمرین شفقت (اعمال مهربانانه)، تکلیف خانگی.

وجود ندارد. بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم هیجان و مولفه‌های آن که با روش تحلیل واریانس چندگانه انجام گرفت نشان داد که گروه‌های درمان هیجان مدار، درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته ($F = 0/95, P = 0/52$)، در حالی که در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به نمرات پیش آزمون کاهش یافته است (جدول ۱). همانطور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند، نمرات آزمودنی‌های پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به نمرات پیش آزمون و نمرات گروه کنترل متفاوت می‌باشد؛ لذا پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیرو ویلک در نمره کلی دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) لذا می‌توان بیان نمود توزیع متغیرهای حاضر طبیعی هستند. همچنین مقدار F محاسبه شده در آزمون لوین در متغیر دشواری در تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود؛ بنابراین می‌توان بیان نمود تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های خطای چهار گروه پژوهش وجود ندارد. همچنان آزمون ماکی (ماچلی) نیز نشان داد پیش فرض کرویت رعایت شده است. از این رو پیش‌فرض‌های لازم جهت اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در عامل گروه با سه گروه درمانی و یک گروه کنترل ($F=5/58, df=3, P<0/01$)، در عامل آزمون با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F=24/72, df=2, P<0/01$) و در تعامل عامل آزمون و گروه ($F=6/96, df=6, P<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲). وضعیت میانگین‌های گروه‌های پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در تصویر ۱ ارائه شده است.

برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌ها، آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که بین گروه کنترل با سه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان هیجان مدار و درمان شناختی و رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($P<0/01$)؛ اما بین سه نوع درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان هیجان مدار و درمان شناختی و رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$) (جدول ۳).

جلسه نهم: تمرین تنفس، ذهن آگاهی نسبت به وظایف و تکالیف، تمرین گوش دادن به بدن، آگاهی نسبت به احساسات مرکزی قلب، تکلیف خانگی.

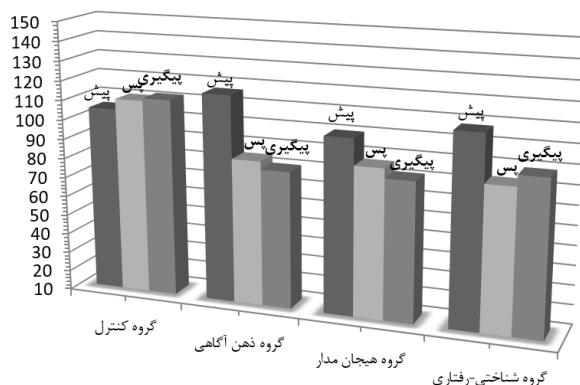
جلسه دهم: مرور تمرینات، تمرین ذهن آگاهی در فعالیت روزانه، تکلیف خانگی، اجرای پس آزمون.

برای جمع‌آوری داده‌ها، گروه آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور در طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته با استفاده از بسته آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور Burdick مورد آموزش قرار گرفته [۳۸]، گروه شناختی رفتاری در طی ۱۰ جلسه ۱ ساعته با استفاده از بسته آموزش شناختی رفتاری Frey تحت مداخله قرار گرفت [۳۹] و گروه درمان هیجان مدار با استفاده از بسته درمان هیجان مدار Greenberg و همکاران [۴۰] در طی ۱۰ جلسه یک‌ساعته تحت مداخله قرار گرفت. گروه کنترل نیز در انتظار درمان باقی‌مانده و پس از اجرای مرحله پیگیری به اختیار خود از مزایای یکی از درمان‌های فوق به‌صورت غیرحضوری بهره‌مند شدند علاوه بر آن به‌منظور رعایت اصول اخلاقی رعایت رازداری کامل برای تک‌تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد.

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده پس از بررسی پیش فرض‌های نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو - ویلک، پیش فرض برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکی (ماچلی) در سطح معنی داری ($P < 0/05$) با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۳۵ درصد دانش‌آموزان در پایه هفتم و هشتم، ۲۵ درصد در پایه نهم و دهم و ۴۰ درصد باقی‌مانده در پایه‌های تحصیلی یازدهم و دوازدهم بودند. همچنین از نظر سنی ۲۵ درصد افراد در گروه‌های سنی ۱۲ و ۱۳ سال، ۳۰ درصد در گروه سنی ۱۴ و ۱۵ سال، ۳۳/۳ درصد افراد در گروه سنی ۱۶ و ۱۷ سال و ۱۱/۷ درصد باقی‌ماند در گروه سنی بیشتر از ۱۷ سال قرار داشتند. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، بررسی متغیرهای سن و پایه تحصیلی نشان داد که بین این متغیر در چهار گروه پژوهش تفاوت معناداری



تصویر ۱: میانگین گروه‌های چهارگانه پژوهش در سه مرحله پژوهش

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار دشواری در تنظیم هیجان و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌های پژوهش

مرحله	گروه کنترل	ذهن آگاهی نوجوان محور	درمان هیجان مدار	درمان شناختی رفتاری
پیش‌آزمون				
عدم وضوح هیجان	۱۳/۶۰	۲/۶۹	۱۳/۹۳	۵/۷۵
فقدان آگاهی هیجانی	۱۵/۲۷	۴/۴۶	۱۴/۴۷	۴/۶۷
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۴/۶۰	۴/۶۴	۱۷/۸۰	۷/۳۰
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۲۵/۲۷	۵/۲۴	۲۸/۱۳	۷/۵۵
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۸/۵۳	۳/۸۵	۲۰/۰۰	۴/۱۶
دشواری در کنترل تکانه	۱۷/۷۳	۳/۶۳	۲۲/۳۳	۴/۶۵
کل	۱۰۵/۰۰	۱۳/۹۱	۱۱۶/۶۷	۲۱/۱۸
پس‌آزمون				
عدم وضوح هیجان	۱۴/۶۰	۴/۳۶	۱۱/۲۰	۳/۳۶
فقدان آگاهی هیجانی	۱۸/۰۷	۲/۹۹	۱۶/۷۳	۳/۰۶
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۲۷	۵/۶۱	۱۱/۷۳	۳/۷۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۲۴/۷۳	۵/۱۶	۱۷/۲۷	۲/۸۴
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۸/۰۷	۳/۸۴	۱۴/۲۷	۴/۶۵
دشواری در کنترل تکانه	۱۸/۶۷	۵/۵۱	۱۳/۴۰	۴/۹۵
کل	۱۱۰/۴۰	۱۷/۰۵	۸۴/۶۰	۱۴/۶۰
پیگیری				
عدم وضوح هیجان	۱۴/۶۰	۳/۳۸	۱۰/۴۷	۴/۳۲
فقدان آگاهی هیجانی	۱۷/۱۳	۳/۸۵	۱۳/۶۷	۳/۸۵
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۶/۳۳	۳/۸۷	۱۲/۸۰	۵/۳۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان	۲۶/۵۳	۴/۶۶	۱۷/۸۷	۵/۴۲
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۸/۲۰	۳/۵۷	۱۲/۷۳	۴/۲۸
دشواری در کنترل تکانه	۱۹/۰۰	۴/۷۲	۱۳/۰۰	۴/۰۵
کل	۱۱۱/۸۰	۱۴/۱۴	۸۰/۵۳	۲۱/۴۴

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای دشواری در تنظیم هیجان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	P-value	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)							
عامل بین گروهی	۵۶۷۹/۷۳	۳	۱۸۹۳/۲۴	۵/۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۹۳
خطا	۱۹۰۱۰/۴۹	۵۶	۳۳۹/۴۷	-	-	-	-
آزمون (سه مرحله) و تعامل آن با گروه-در شرایط رعایت پیش فرض کروییت							
آزمون	۶۰۹۵/۵۶	۲	۳۰۴۷/۷۸	۲۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱
تعامل آزمون × گروه	۵۱۴۶/۵۵	۶	۸۵۷/۷۶	۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹۹
خطا	۱۳۸۰۹/۷۰	۱۱۲	۱۲۳/۳۰	-	-	-	-

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجان نوجوانان دارای علائم بی‌موبایل هراسی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد بین گروه کنترل با سه درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان هیجان مدار و درمان شناختی و رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین سه نوع درمان ذهن آگاهی نوجوان محور، درمان هیجان مدار و درمان شناختی و رفتاری تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های [۲۳، ۲۴، ۳۱-۳۳] همسو و همراستا است. در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا می‌توان بیان کرد که درمان هیجان مدار باعث به وجود آمدن تجارب نوینی در طول جلسات درمانی می‌گردد که موجب به چالش کشیدن الگوهای ذهنی فرد گشته و در نتیجه فرد راهکارهای جدید برای تنظیم هیجان را آموخته و تا رسیدن به راهکارهای مؤثر ادامه می‌دهد. از طرف دیگر اعتباربخشی به هیجان‌ات که جزئی از درمان هیجان مدار می‌باشد باعث

می‌شود درمان‌جو احساس پذیرش و در نتیجه آرامش کند. همچنین درمان هیجان مدار با انعکاس، پذیرش و شفاف‌سازی تجربیات ناخوشایند باعث می‌گردد درمان‌جو بتواند تجربیات خود را از نو سازمان بخشیده و تحمل بیشتری در قبال تجربیات ناخوشایند داشته باشد [۱۶]. در کل می‌توان بیان نمود در درمان هیجان مدار با برطرف کردن چرخه‌های منفی هیجانی و سازمان‌دهی اطلاعات مورد نیاز در جهت برقرار پیوندهای عاطفی و هیجانی جدید در نوجوانان مبتلا به اختلال نوموفوبیا، آزمودنی‌های پژوهش می‌توانند در شیوه‌های تنظیم هیجان خویشتن دخل و تصرف کرده و الگوی جدیدی از تنظیم هیجان را که سازگاری بیشتری با محیط و شرایط فرد دارد، ارائه دهد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتار در بهبود دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دارای اختلال نوموفوبیا مؤثر است، در تبیین این موضوع می‌توان بیان نمود Davies و همکاران بیان می‌کنند تنظیم نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت، مجدداً آشفتگی هیجانی را شدیدتر می‌کند [۲۰]؛

هیجانانش می‌داند که فرد در ذهن خویشتن بدون آن که آشفنگی هیجانی را تجربه کند [۲۸]. می‌توان بیان نمود درمان ذهن آگاهی تکنیک‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجانانش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانانش ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار، در مقابله با هیجانانش احساس خودکنترلی و تسلط و درنهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری داشته باشد. همچنین ذهن آگاهی با استفاده از روش‌هایی که موجب تغییر دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار خود می‌گردد، درمان‌جو را به سمت تجربه اصلاح هیجانانش ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق می‌دهد؛ لذا درمان‌جو در مقابله با هیجانانش احساس خودکنترلی و تسلط و درنهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری خواهد داشت. از این رو می‌توان بیان نمود در درمان ذهن آگاهی به‌وسیله آگاهی‌هایی که از هیجانانش خویشتن به دست می‌آورند سعی به تنظیم مجدد هیجان‌های خود نموده که این مورد، موجبات تنظیم هیجانی را در ایشان فراهم می‌آورد.

از این رو ناتوانی در کنترل هیجان منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است. از طرف دیگر از جمله سازوکارهای درمان شناختی رفتاری تشخیص خطاهای شناختی و چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری محتوای افکار درباره خود و اجتماع و هیجان منفی درباره خود و اجتماع است. لیکن با توجه به آموزش اصول فوق افراد شرکت‌کننده در گروه شناختی رفتاری به دلیل تصحیح خطاهای شناختی خود، برچسب‌های غلط کمتری به افکار خود داده و هیجان‌های ایشان کمتر تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد؛ از این رو درمان شناختی رفتاری موجب تنظیم هیجان و کاهش آشفنگی‌های هیجانی در نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا می‌گردد.

در آخر یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ذهن آگاهی منجر به بهبود وضعیت هیجانی آزمودنی‌های پژوهش شده است. در تبیین یافته‌های حاضر باید بیان داشت با توجه به یافته‌های پژوهش Segal & Teasdale که زیربنای ذهن آگاهی را موجب افزایش توانمندی فرد در کنترل افکار و

جدول ۳: نتایج مقایسه دو به دو برای در گروه و در زمان در دشواری در تنظیم هیجان

گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P-value
کنترل			
قبل و بعد	۵/۴۰	۴/۱۷	۰/۶۵
قبل و پیگیری	۶/۸۰	۴/۶۲	۰/۵۹
بعد و پیگیری	۱/۴۰	۴/۳۲	۱
گروه ذهن آگاهی			
قبل و بعد	۳۲/۶۷	۳/۹۵	۰/۰۰۱
قبل و پیگیری	۳۶/۱۴	۳/۶۹	۰/۰۰۱
بعد و پیگیری	۴/۰۷	۳/۴۱	۰/۲۶
گروه هیجان‌مدار			
قبل و بعد	۱۳/۱۴	۳/۹۶	۰/۰۱
قبل و پیگیری	۱۸/۳۳	۴/۰۱	۰/۰۰۱
بعد و پیگیری	۴/۹۳	۴/۰۳	۰/۶۹
گروه شناختی-رفتاری			
قبل و بعد	۲۴/۲۶	۴/۴۱	۰/۰۰۱
قبل و پیگیری	۱۸/۶۰	۳/۳۹	۰/۰۰۱
بعد و پیگیری	۵/۶۶	۳/۶۳	۰/۲۱
زمان			
قبل (پیش آزمون)			
کنترل و گروه ۱	-۱۱/۶۷	۴/۹۸	۰/۰۷
کنترل و گروه ۲	۵/۱۳	۳/۳۹	۰/۱۶
کنترل و گروه ۳	-۲/۹۳	۳/۳۶	۰/۳۹
گروه ۱ و ۲	۱۶/۶۷	۵/۹۶	۰/۰۶
گروه ۱ و ۳	۸/۷۴	۳/۵۲	۰/۱۱
گروه ۲ و ۳	-۷/۸۰	۴/۶۸	۰/۱۴
بعد (پس آزمون)			
کنترل و گروه ۱	۲۵/۸۰	۳/۳۹	۰/۰۰۱
کنترل و گروه ۲	۲۳/۶۷	۳/۳۶	۰/۰۰۱
کنترل و گروه ۳	۲۶/۷۳	۴/۵۵	۰/۰۰۱
گروه ۱ و ۲	۲/۱۳	۴/۶۵	۰/۶۵
گروه ۱ و ۳	-۰/۹۳	۳/۶۶	۰/۸۹
گروه ۲ و ۳	۳/۰۶	۳/۳۹	۰/۲۶
پیگیری			
کنترل و گروه ۱	۳۱/۲۷	۳/۳۱	۰/۰۰۱
کنترل و گروه ۲	۳۰	۳/۳۹	۰/۰۰۱
کنترل و گروه ۳	۲۲/۴۷	۳/۳۶۹	۰/۰۰۱
گروه ۱ و ۲	۱/۲۷	۳/۵۲	۰/۱۲
گروه ۱ و ۳	۸/۸۰	۳/۳۱	۰/۰۹
گروه ۲ و ۳	۷/۵۳	۳/۳۵	۰/۱۰

نتیجه گیری

پیشنهاد می‌گردد از درمان‌های فوق جهت کاهش علائم بی‌موبایل‌هراسی استفاده شود.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی روزین داودی در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) با راهنمایی دکتر غلامرضا منشتی و دارای کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.054 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه نوجوانان دختری که با شرکت خود در پژوهش ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان‌های ذهن آگاهی نوجوان محور با درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل‌هراسی بود.

پیشنهاد می‌گردد در درمان افراد مبتلا به نوموفوبیا با تلفیق درمان‌های حاضر به یکپارچه سازی هیجانی، برطرف نمودن خطاهای شناختی و آگاه سازی افراد بر هیجانان و علائم آن مبادرت ورزیده شود. با توجه به محدودیت‌هایی از قبیل انتخاب آزمودنی‌ها از جامعه پژوهشی نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله دختر شهر اصفهان و استفاده از پرسشنامه در تعمیم یافته‌های پژوهش جوانب احتیاط رعایت گردد.

References

1. Askari S, Delavar A, Farhangi AA. the relationship between mobile consumption pattern and "No Mobile Phobia" among mobile users in Tehran. *Scientific Journal Management System*. 2017;6(4):197-224.
2. Singh B, Gupta R, Garg RJ. *JolIRD*. Mobile phones; A Boon or Bane for Mankind?-Behavior of medical students. 2013;2(4):196-205.
3. Azadmanesh h, ahadi h, Manshaee G. Developing and standardization of the mobile concept of semantic differentiation scale means *Quarterly of Educational Measurement*. 2016;7(25):187-211. doi: 10.22054/jem.2017.23524.1583
4. Khazaie T, Saadatjoo A, Dormohamadi S, Soleimani M, Toosinia M, Mullah Hassan Zadeh F. Prevalence of mobile dependency and adolescence aggression. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013;19(4):430-8.
5. Kang S, Jung JJ. *CiHB*. Mobile communication for human needs: A comparison of smartphone use between the US and Korea. 2014;35:376-87.
6. Chiu S-I. *CiHB*. The relationship between life stress and smartphone addiction on Taiwanese university student: A mediation model of learning self-efficacy and social self-efficacy. 2014;34:49-57.
7. Bragazzi NL, Del Puente G. *Pr, management b*. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. 2014;7:155.
8. King ALS, Valença AM, Nardi AE. *JCBn*. Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? 2010;23(1):52-4.
9. Tran D. Classifying nomophobia as smart-phone addiction disorder. *Merced Undergraduate Research Journal*. 2016;9(1).
10. Elhai JD, Tiarniyu MF, Weeks JW, Levine JC, Picard KJ, Hall BJ. *JP*, et al. Depression and emotion regulation predict objective smartphone use measured over one week. 2018;133:21-8.
11. Hoffner CA, Lee SJC, Behavior,, Networking S. Mobile phone use, emotion regulation, and well-being. 2015;18(7):411-6.
12. Cloitre M, Khan C, Mackintosh M-A, Garvert DW, Henn-Haase CM, Falvey EC, et al. Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. 2019;11(1):82.
13. Bahl RR, DeJuliis D. Nomophobia. *Substance Abuse and Addiction: Breakthroughs in Research and Practice: IGI Global*; 2019. p. 295-306.
14. Greenberg L, Vrana G. Overview of Emotion-Focused Therapy. *Emotion Focused Family Therapy with Children and Caregivers: Routledge*; 2018. p. 1-22.
15. Watson JC, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety: *American Psychological Association*; 2017.
16. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: *Creating connection: Routledge*; 2012.
17. Johnson SM, Bradley B, Furrow JL, Lee A, Palmer G, Tilley D, et al. *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook: Routledge*; 2013.
18. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility sterility*. 2014;7(4):337.
19. Woud ML, Becker ES. Editorial for the special issue on cognitive bias modification techniques: An introduction to a time traveller's tale. *Springer*; 2014.
20. Davies CD, Niles AN, Pittig A, Arch JJ, Craske MG. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of behavior therapy experimental psychiatry*. 2015;46:35-43.
21. Azimi M, Moradi A, Hasani J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and Internet-based) on Emotional Regulation Strategies of individuals with Comorbidity of insomnia and depression. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017;11(1):49-61. doi: 10.29252/rph.11.1.49
22. Shoostari A, Rezaee A, Taheri E. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on divorced women's emotional regulation, meta-cognitive beliefs, and rumination %J *Journal of Fundamentals of Mental Health*.

- Journal of Fundamentals of Mental Health. 2016;18(6):321-8. doi: 10.22038/jfmh.2016.7792
23. Rubin-Falcone H, Weber J, Kishon R, Ochsner K, Delaparte L, Doré B, et al. Longitudinal effects of cognitive behavioral therapy for depression on the neural correlates of emotion regulation. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2018;271:82-90.
 24. Butler RM, Boden MT, Olino TM, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ, et al. Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. 2018;55:31-8.
 25. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*: Hachette Books; 2009.
 26. Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. 2010;19(2):218-29.
 27. Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*: Routledge; 2017.
 28. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Publications; 2018.
 29. Herbert JD, Forman EM. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*: John Wiley & Sons; 2011.
 30. Farhadmanesh N, Taheri E, Amiri m. Effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on anxiety sensitivity and emotional regulation. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017;7(2):105-22.
 31. Asghari F, ghasemiJobaneh R, Hoseini Sedigh M, Jamei M. Effectiveness of Mindfulness Training on Emotion Regulation and Quality of Life of Addict's Wife %J Counseling Culture and Psychotherapy. 2016;7(26):115-32. doi: 10.22054/qccpc.2016.6727
 32. Sadri Damirchi E, asadi shishegaran S, Esmaili Ghazivalooi F. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Craving, Dependency, and Cognitive Emotion Regulation in Drug-Dependent Women %J Research on Addiction. 2017;11(43):51-69.
 33. Kaunhoven RJ, Dorjee D. How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. 2017;74:163-84.
 34. Cook TD, Campbell DT, Shadish W. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*: Houghton Mifflin Boston, MA; 2002.
 35. Azadmanesh h, Ahadi h, Manshaee G. Construction and standardization of nomophobia inventory. *Educational Measurement*. 2016;6(23):1-22.
 36. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41.
 37. kermani mamazandi z, Tale Pasand S. Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018;11(42):117-42.
 38. Debra Burdick L. *Mindfulness skills for kids & teens: A workbook for clinicians & clients with 154 tools, techniques, activities & worksheets*: PESI Publishing & Media; 2014.
 39. Frey M. *A Practical Guide to Group Cognitive Therap.*, Tehran: : Roshd Publication; 2005.
 40. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. 2008;55(2):185.