Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2023/ Eleventh Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.40.26

Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness with emotion-oriented therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with Internet addiction.

Shila shojaeian[1]

Afsaneh Khajevand Khoshli[2*]

Javanshir Asadi[3]

Leila Sadat Azizi[4]

Abstract

Introduction: Addiction to the Internet and virtual space and its increasing prevalence in recent years among teenagers has created challenging conditions for them and their parents. The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness with emotion-oriented therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with Internet addiction.

Methods: The research method was the design of pre-test, post-test, follow-up with the reference group. The statistical population included teenagers with Internet addiction living in Tehran, and 45 eligible volunteers were selected through available sampling. In order to collect data, Yang Internet Addiction Questionnaire (1996), Zuckerman Impulsivity Scale (1978), Dennis and Vanderwaal Cognitive Flexibility Questionnaire (2010) and Barratt Impulsivity Scale (1959) were used. Eight 90-minute sessions of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness and emotion-oriented therapy were conducted separately for the experimental groups. The data were analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and Ben Feroni's post hoc test. Statistical analysis was done using Spss software version 26.

Findings: The results showed that cognitive-behavioral therapy based on mindfulness and emotion-oriented therapy increase cognitive flexibility and decrease impulsivity.

Conclusion: Based on the findings of the present study, cognitive-behavioral therapy based on mindfulness and emotion-oriented therapy on cognitive flexibility and impulsivity in adolescents with Internet addiction had no significant difference from each other.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, emotion-oriented therapy, cognitive flexibility, impulsivity, Internet addiction

Affiliations

1. Department Of Psychology, Faculty Of Human Sciences, Gorgan Branch, Islamic Azad niversity, Gorgan, Iran.
2. Department Of Psychology,Faculty Of Human Sciences, Gorgan Branch, IslamicAzad University, Gorgan, Iran.
Coresponding Author. Email: Khajevand_a@gorganiau.ac.it ORCID: 0000-0003-0371-0764
3.Department Of Psychology,Faculty Of Human Sciences, Gorgan Branch, IslamicAzad University, Gorgan, Iran.
4.Department Of Nursing, FacultyOf Medical Sciences, Gorgan Branch,Islamic AzadUniversity, Gorgan, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.11.40.26

مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت

چکیده

شیلا شجاعیان[۱]
افسانه خواجوند خوشلی[۲*]
جوانشیر اسدی[۳]
لیلا سادات عزیزی[۴]

مقدمه: اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی و شیوع روزافزون آن در سال های اخیر میان نوجوانان، شرایط چالش برانگیزی را برای آن ها و والدینشان ایجاد کرده است. پژوهش حاضر با هدف، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش، طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت ساکن در شهر تهران بود که ۴۵ نفر از داوطلبین واجدین شرایط به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده ها از پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ (۱۹۹۶)، مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن (۱۹۷۸)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و مقیاس تکانشگری بارات (۱۹۵۹) استفاده شد. هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار، به طور جداگانه برای گروه های آزمایش اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شدند. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار سبب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش تکانشگری می شوند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی – رفتاری ، درمان هیجان‌مدار، انعطاف‌پذیری شناختی، تکانشگری، اعتیاد به اینترنت..

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱-گروه روانشناسی ، دانشکده علوم انسانی ، واحد گرگان ، دانشگاه آزاد اسلامی ، گرگان ، ایران.
۲-گروه روانشناسی ، دانشکده علوم انسانی ، واحد گرگان ، دانشگاه آزاد اسلامی ، گرگان ، ایران.
نویسنده مسئول. پست الکترونیک: Khajevand_a@gorganiau.ac.it. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۳۷۱-۰۷۶۴
۳-گروه روانشناسی ، دانشکده علوم انسانی ، واحد گرگان ، دانشگاه آزاد اسلامی ، گرگان ، ایران.
۴- گروه پرستاری ، دانشکده علوم پزشکی ، واحد گرگان ، دانشگاه آزاد اسلامی ، گرگان ، ایران.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

اعتیاد به اینترنت مفهومی گسترده است که شامل اعتیاد به بازی‌های اینترنتی و دیگر اشکال استفاده از اینترنت می‌باشد(۱). که به یک مسئله مهم و تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی و روانی در سراسر جهان، به‌ویژه در میان نوجوانان تبدیل شده است(۲). بدون شک دسترسی به اینترنت یکی از مزایای دنیای مدرن است اما اعتیاد به اینترنت بزرگ‌ترین مشکل و ناشی از استفاده ناآگاهانه از این فناوری نوین است. در حقیقت، اینترنت به ابزاری برای مقابله با تنش‌ها و استرس‌های محیطی تبدیل شده است. در اغلب موارد متخصصین فعالیت بیش از ۱۰ ساعت در اینترنت یا استفاده از آن برای انجام فعالیت‌های غیرضروری را اعتیاد تعریف می‌کنند. اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی در کودکان باعث تنبلی درسی می‌شود و می‌تواند پرورش استعداد در آن ها را دچار مشکل کند(۱).

اینترنت به منزلهٔ یک فناوری است چندرسانه‌ای و قدرتمند، اکثر نیازهای اساسی انسان را تأمین می‌کند و همین مسأله موجب کشش افراد برای تأمین نیازهایشان به دنیای مجازی می‌شود(۳). همزمان با پیامدهای مثبت اینترنت در زندگی افراد، مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از اینترنت، به جز موارد خاص، می‌تواند مشکل‌ساز شود. اینترنت می‌تواند سبب بروز مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی، تحصیلی یا حتی مشکلات حرفه‌ای و شغلی شود. از سویی هم عوامل زیادی مانند جنسیت، طبقه اجتماعی، عوامل فیزیولوژیکی و عزت‌نفس افراد نیز بر نحوه استفاده از اینترنت تأثیر می‌گذارد(۴).

اینترنت با همه خوبی‌ها و فوایدش از کاستی‌ها و آسیب‌هایی نیز برخوردار است که یکی از اصلی‌ترین آسیب‌های اینترنت، وقوع پدیده‌ای به نام «اعتیاد به اینترنت[1]» است. اعتیاد به اینترنت نوعی اختلال کنترل تکانه است که به استفاده بیش‌ازحد از اینترنت اطلاق می‌شود به نحوی‌که سایر فعالیت‌های اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و به افت عملکرد در حوزه‌های مختلف شغلی، علمی، اجتماعی، حرفه‌ای، خانوادگی، اقتصادی و روان‌شناختی بینجامد، به‌گونه‌ای که باعث نادیده انگاشتن روابط در دنیای واقعی، مثل روابط با دوستان و خانواده، شود. کاس[2] و همکاران (۲۰۱۴) وابستگی به اینترنت را همچون اختلال در نظر می‌گیرد نوعی اختلال که فرد مبتلا صفحهٔ رایانه را جذاب‌تر از واقعیت زندگی روزمره می‌بینند. به نظرآنها هرکسی که رایانه دارد در معرض وابستگی است اما افرادی که خجالتی، افسرده، تنها و بی‌حوصله هستند، یا آن‌هایی که از اعتیادی دیگر بهبودی می‌یابند، بیشتر در معرض خطر رفتاری و «وابستگی غیرشیمیایی» قرار دارند. این اعتیاد ممکن است انفعالی (مثلاً تلویزیون) یا فعال (مثل بازی‌های رایانه‌ای) باشد و معمولاً جنبه‌های القاکننده و تقویت‌کننده‌ای دارد که ممکن است وابستگی را تشدید کند(۵).

همانطور که گفته شد نوجوانان و دانش‌آموزان که از کاربران اصلی اینترنت هستند بیشتر در معرض اعتیاد به اینترنت قرار دارند(۶). و یکی از مؤلفه‌هایی مرتبط با اعتیاد به اینترنت در نوجوانان انعطاف‌پذیری شناختی[3] است. انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی جابجایی تفکر بین دو مفهوم مختلف یا فکر کردن به چندین مفهوم به طور همزمان اشاره دارد(۷). انعطاف‌پذیری شناختی که بر اساس نظریه طرحواره‌ها توسعه پیدا کرده است، فکر و اعمال افراد را در بازخورد به دیگران و محیط افراد متعادل کرده و بر قدرت سازگاری و بهزیستی‌اش می‌افزاید(۸).

همانطور که گفته شد حجم رو به رشد تحقیقات صورت گرفته پیرامون مبحث اعتیاد به اینترنت، نشان‌دهنده آن است که این اختلال نوعی اختلال روانشناختی – اجتماعی است و با مؤلفه‌های متعدد روان‌شناختی در ارتباط است که یکی دیگر از این متغیرها تکانشگری[4] است(۹). درواقع برای افرادی که مشکل مهار رفتاری دارند و تکانشی عمل می‌کنند، اینترنت، گشت و گذار در شبکه‌های اجتماعی، بازی‌های آنلاین به عنوان تقویت‌کننده در کوتاه مدت می‌تواند رضایت خاطر آنها را فراهم آورد. به عبارت دیگر، تکانشگری به معنای عدم بازداری پاسخ یا جلوگیری از بازداری عملکرد اجرایی است که با اختلال در لوب پیشانی ارتباط دارد و به عنوان نوعی اختلال تکانه قلمداد می‌گردد لذا افرادی که اعتیاد به اینترنت دارند تکانشی‌تر عمل می‌نمایند(۱۰).

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند بر اعتیاد به اینترنت مؤثر باشد، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. درواقع برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ابداع شده توسط تیزدل و همکارانش در سال ۱۹۹۲ بر اساس تحلیل ابتکاری سودمندی شناخت‌درمانی، به گروه‌هایی از بیماران افسرده بهبودیافته آموزش می‌دهد که چگونه به طور متفاوت‌تری از قبل با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تمرکز به تغییر اعتقاد در مورد محتوای تفکر ارتباط یابد. به ویژه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد آموزش می‌دهد چگونه الگوی نشخواری، عادتی و خودکار ذهن را به محض شناسایی به الگوی متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند، به گونه‌ای که تفکرات و احساسات منفی از چشم‌انداز

1. internet addiction
2. Kuss
3. cognitive flexibility
4. impulsivity

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

وسیع‌تری به عنوان رخدادهای ساده گذرنده در ذهن شناخته شوند(۱۱).

در واقع، ذهن‌آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، افراد را از انجام رفتارها و واکنشهای اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. شیوه درمانی ذهن‌آگاهی، از درمان‌های شناختی رفتاری مشتق شده است و از مؤلفه‌های مهم مدل‌های درمان روان‌شناختی به شمار می‌رود(۱۲).

پژوهش‌های مختلفی، اثربخشی و مفید بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر مؤلفه‌هایی که در اعتیاد به اینترنت نقش دارند همچون مدیریت اضطراب(۱۳-۱۵). کاهش رفتارهای تکانشی(۱۵, ۱۶) خودکنترلی(۱۷). اثربخش بوده است. درمان هیجان‌مدار نوعی درمان است که با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد(۱۸). در سال‌های اخیر تأکید زیادی بر نقش هیجان‌ها در اختلال‌های روان‌شناختی و به دنبال آن توجه ویژه‌ای به درمان‌های مبتنی بر هیجان شده است اما معمولاً هیجان‌ها به ویژه در فرهنگ ما مهجور مانده است به همین دلیل انتخاب این درمان و مقایسه آن با درمان شناختی- رفتاری که اثربخشی آن بر اکثر اختلال‌های روان‌شناختی تأیید شده است، می‌تواند پیشرو پژوهش‌های بیشتری در رویکردهای درمانی مبتنی بر هیجان باشد(۱۹).

با توجه به مطالب بیان شده با افزایش روزافزون استفاده نادرست از اینترنت در بین نوجوانان و کمبود پژوهش‌های انجام شده درمورد اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر اعتیاد به اینترنت و همچنین یافت نشدن پژوهشی که به مقایسه تأثیر این دو روش درمانی بر نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت پرداخته باشد، (۵۴، ۵۵) این پژوهش در جهت تعیین تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان هیجان مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، یک پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوان دارای اعتیاد به اینترنت۱۱ تا ۱۸ ساله کلینیک خانه بهی منطقه ۷ و آرزوی رهایی منطقه ۳ در شهر تهران، بود. طبق نظر دلاور (۱۳۸۴) برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی حجم نمونه با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل‌شده، صورت می‌گیرد(۲۰). به همین دلیل نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نوجوان واجد شرایط بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس طبق معیارهای ورود و خروج انتخاب شد. معیارهای ورود: نوجوانان۱۱ تا ۱۸ سال، داشتن رضایت به شرکت در پژوهش، وجود حداقل دو وسیله الکترونیکی برای استفاده اینترنت، عدم سابقه اختلالات روان، عدم حضور در کانون اصلاحات تربیتی، کسب حداقل نمره ۸۰ در پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ، معیارهای خروج: مصرف داروهای روانپزشکی و دریافت خدمات روان‌شناختی همزمان، غیبت بیش از دو جلسه، اطلاعات تحقیق با استفاده از پرسشنامه‌های ذیل گردآوری شد:

آزمون اعتیاد به اینترنت یانگ[1] (IAT): این آزمون که توسط کیمبرلی یانگ[2] (۱۹۹۶) ساخته شده از معتبرترین پرسشنامه‌ها در زمینه اعتیاد به اینترنت است. این آزمون یک ارزیابی خودسنجی ۲۰ ماده‌ای بر اساس درجه‌بندی لیکرت برای اندازه‌گیری اعتیاد به اینترنت است. درجه‌بندی آن به صورت همیشه (نمره ۵)، اغلب (نمره ۴)، معمولاً (نمره ۳)، گاهی (نمره ۲) به‌ندرت (نمره ۱) است(۲۱). پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)[3]: این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال[4] (۲۰۱۰) ساخته شده استیک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی می‌باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، به کار می‌رود(۲۲). مقیاس تکانشگری بارات[5] (BIS): این مقیاس در سال ۱۹۵۹ توسط بارات جهت سنجش تکانشگری ساخته شد. (۶۴) این مقیاس ۳۰ سؤالی و شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرت ۴درجه‌ای (نمره ۱= هرگز، نمره ۲= گه‌گاه، نمره۳= اغلب و نمره ۴= تقریباً همیشه) می‌باشد(۲۳). برای اجرای پژوهش، پس از دریافت کد اخلاق، با مراجعه به دو مرکز مشاوره منطقه ۷ و ۳ تهران و جلب موافقت مسوولان مراکز، با نصب اطلاعیه تشکیل جلسات و شرایط ثبت‌نام اولیه به مراجعان اطلاع‌رسانی شد. شرکت‌کنندگان واجد شرایط

1. internet addiction test (IAT)
2. Kimberly Young
3. cognitive flexibility inventory (CFI)
4. Dennis & Vander Wal
5. Barratt impulsiveness scale(BIS)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۱. آزمون شاپیروویلک متغیرهای پژوهش در گروه‌های پژوهش و مراحل آن

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		معناداری آماره شاپیروویلک		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
انعطاف‌پذیری شناختی	ذهن‌آگاهی	۹۰/۷۳	۱۰/۷۸	۱۰۰/۵۳	۸/۰۴	۱۰۱/۸۷	۸/۸۵	۰/۵۱۶	۰/۱۵۰	۰/۱۵۴
	هیجان‌مدار	۸۸/۸۰	۵/۹۰	۱۰۱/۳۳	۷/۴۶	۱۰۰/۱۳	۷/۱۵	۰/۶۲۰	۰/۳۱۶	۰/۲۸۷
	گواه	۹۲/۶۶	۹/۶۸	۸۷/۲۶	۸/۰۷	۸۵/۸۷	۷/۶۲	۰/۰۹۸	۰/۷۴۴	۰/۸۹۴
تکانشگری	ذهن‌آگاهی	۶۵/۸۷	۱۴/۴۲	۵۵/۸۷	۱۳/۳۸	۵۲/۹۳	۱۱/۵۷	۰/۸۰۲	۰/۱۲۶	۰/۱۱۷
	هیجان‌مدار	۶۶/۰۷	۱۵/۰۰	۵۲/۹۳	۱۳/۷۴	۴۹/۳۳	۱۲/۰۸	۰/۴۱۰	۰/۲۱۵	۰/۴۴۳
	گواه	۶۷/۳۳	۱۵/۴۶	۷۵/۳۳	۱۷/۶۱	۷۹/۲۶	۱۷/۳۱	۰/۵۰۲	۰/۲۴۸	۰/۱۲۸
هیجان‌خواهی	ذهن‌آگاهی	۲۲/۰۰	۲/۶۴	۱۷/۹۳	۲/۲۲	۱۶/۹۳	۲/۴۹	۰/۲۴۶	۰/۳۱۶	۰/۳۴۳
	هیجان‌مدار	۲۲/۳۳	۴/۸۵	۱۸/۵۳	۲/۲۶	۱۷/۴۰	۲/۱۶	۰/۵۱۳	۰/۷۶۴	۰/۵۰۶
	گواه	۲۱/۳۳	۳/۱۳	۲۴/۶۰	۳/۵۴	۲۵/۱۳	۳/۹۶	۰/۳۹۴	۰/۱۳۳	۰/۵۴۴

جدول۲. نتایج آزمون لون و موخلی متغیرهای پژوهش در گروه‌های پژوهش و مراحل آن

متغیر	پیش‌فرض	مرحله	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری شناختی	همگنی واریانس‌های خطا	پیش آزمون	۲	۴۲	۱/۹۵۳	۰/۱۵۵
		پس آزمون	۲	۴۲	۱/۸۸۵	۰/۱۶۴
		پیگیری	۲	۴۲	۰/۵۰۰	۰/۶۱۰
	واریانس‌های درون آزمودنی‌ها		سطح معناداری	درجه آزادی	آماره خی دو	آماره موخلی
			۰/۰۰۱	۲	۱۳/۳۲	۰/۷۲۳
تکانشگری	همگنی واریانس‌های خطا	پیش آزمون	۲	۴۲	۰/۱۷۳	۰/۸۴۲
		پس آزمون	۲	۴۲	۱/۶۷	۰/۲۰۰
		پیگیری	۲	۴۲	۳/۰۴	۰/۰۵۹
	واریانس‌های درون آزمودنی‌ها		سطح معناداری	درجه آزادی	آماره خی دو	آماره موخلی
			۰/۰۰۱	۲	۲۲/۰۶	۰/۵۸۴

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین گروهی و تعاملی

	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری	گروه	۲۲۵۶/۵۸	۲	۱۱۲۸/۲۹	۶/۸۱	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵
	زمان	۸۸۹/۶۴	۱/۶۹	۵۲۵/۵۰	۲۲/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
	اثر تقابلی	۲۰۴۰/۸۴	۳/۳۸	۶۰۲/۷۴	۲۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶
تکانشگری	گروه	۸۵۷۸/۶۸	۲	۴۲۸۹/۳۴	۷/۲۶	۰/۰۰۲	۰/۲۵۷
	زمان	۹۱۷/۰۸	۱/۴۱	۶۴۹/۳۳	۱۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
	اثر تقابلی	۳۸۹۸/۹۲	۲/۸۳	۱۳۸۰/۳۰	۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶

جدول ۴. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر زمان و زمان * گروه‌ها

	تفاوت گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
انعطاف‌پذیری	ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	۰/۹۶	۲/۷۱	۱/۰۰۰
		گواه	۹/۱۱	۲/۷۱	۰/۰۰۵
	درمان هیجان‌مدار	گواه	۸/۱۵	۲/۷۱	۰/۰۱۳
	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۶۴	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۵/۲۲	۱/۱۴۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۲۲	۰/۶۹۷	۱/۰۰

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

(بـر اسـاس ملاک‌هـای ورود و خـروج) بـه عنـوان گـروه نمونـه انتخـاب و پرسشـنامه‌ها (بـه عنـوان پیش‌آزمـون) اجـرا شـد. افـراد پـس از گماشـته شـدن تصادفـی در گروه‌هـای آزمایـش (دو گـروه) و کنتـرل، هـر یـک از گروه‌هـای آزمایـش تحـت درمـان یکـی از روش‌هـای درمانـی قـرار گرفتنـد (گـروه کنتـرل هیـچ درمانـی دریافـت نمی‌نـد). پـس از پایـان درمـان، هـر سـه گـروه مجـدداً بـه پرسشـنامه‌ها (پس‌آزمـون) پاسـخ دادنـد. در نهایـت بعـد از گذشـت سـه مـاه، پیگیـری انجـام شـد.

پـس از جمـع‌آوری اطلاعـات، داده‌هـا در دو بخـش آمـار توصیفـی و آمـار اسـتنباطی مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت. در توصیـف داده‌هـا از فراوانـی سـن، جنسـیت، سـطح تحصیـلات و شـاخص‌های مرکـزی ماننـد میانگیـن وانحـراف اسـتاندارد اسـتفاده شـد و در بخـش آمـار اسـتنباطی پـس از اطمینـان از برقـراری پیش‌فرض‌هـا، داده‌هـا بـه روش تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر و بـه کمـک نرم‌افـزار آمـاری SPSS ۲۶ مـورد تحلیـل قـرار گرفتنـد.

یافته‌ها

بـر اسـاس نتایـج جـدول بـالا میانگیـن و انحـراف معیـار و آزمـون شـاپیروویلک جهـت بررسـی نرمالیتـه متغیرهـای پژوهـش در سـه گـروه درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی، درمـان هیجان‌مـدار و گـواه در سـه مرحلـه پیـش آزمـون- پـس آزمـون- پیگیـری آورده شـد. میانگیـن، انحـراف اسـتاندارد و آماره شـاپیروویلک مربـوط بـه نمرههـای شـرکتکنندهها را در دو گـروه آزمایـش درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان هیجان‌مـدار و گـواه را در سـه مرحلـه پیـش آزمـون، پـس آزمـون و پیگیـری نشـان میدهـد. لـذا توزیـع داده‌هـا بـرای همـه مؤلفه‌هـا در همـه گروه‌هـا و مراحـل نرمـال بـود.

نتایـج جـدول نشـان می‌دهـد کـه آزمـون لـون بـرای هیچیـک از مراحـل پژوهـش معنـادار نبـود؛ بنابرایـن مفروضـه همگنـی واریانس‌ها بـرای متغیـر انعطاف‌پذیـری شـناختی و تکانشـگری در سـه مرحلـه رعایـت شـده بـود. بررسـی نتایـج آزمـون کرویـت موخلـی در جـدول فـوق نشـان داد فـرض برابـری واریانس‌هـای درون آزمودنی‌هـا بـرای متغیـر انعطاف‌پذیـری شـناختی و تکانشـگری برقـرار نیسـت. بررسـی نتایـج آزمـون کرویـت موخلـی در جـدول نشـان داد فـرض برابـری واریانس‌هـای درون آزمودنی‌هـا بـرای متغیـر انعطاف‌پذیـری شـناختی و تکانشـگری برقـرار نبـود. در چنیـن مواقعـی از آزمون‌هـای جایگزیـن گرینهوس-گیسـر یـا هیـون فلـت بـرای بررسـی فرضیـه اثرگـذاری مداخـلات اسـتفاده می‌شـود. بـا توجـه بـه اینکـه مقـدار اپسـیلون>۰/۷۵ بـرای آزمـون گرینهوس-گیسـر بـه دسـت‌آمده بـود از آزمـون هیـون فلـت بـرای بررسـی انعطاف‌پذیـری شـناختی و تکانشـگری اسـتفاده شـد.

جـدول فـوق نشـان می‌دهـد درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان هیجان‌مـدار بـر انعطاف‌پذیـری شـناختی (P=۰/۰۰۳) اثـر افزاینـده داشـتند. اثـر زمـان موجـب افزایـش انعطاف‌پذیـری شـناختی (P=۰/۰۰۱) نسـبت بـه مرحلـه پیـش آزمـون شـد. اثـر تقابلـی زمان*گروههـا موجـب افزایـش انعطاف‌پذیـری شـناختی (P=۰/۰۰۱) نسـبت بـه گـروه گـواه شـد. همچنیـن درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان هیجان‌مـدار بـر تکانشـگری (P=۰/۰۰۲) اثـر کاهنـده داشـتند. اثـر زمـان موجـب کاهـش تکانشـگری (P=۰/۰۰۱) نسـبت بـه مرحلـه پیـش آزمون شـد. اثـر تقابلـی زمان*گروه‌هـا موجـب کاهـش تکانشـگری (P=۰/۰۰۱) نسـبت بـه گـروه گـواه شـد.

جـدول فـوق نشـان می‌دهـد نتایـج آزمـون تعقیبـی بن‌فرونـی حاکـی از تفـاوت معنـادار میانگین‌هـا در مرحلـه پیـش آزمـون بـا پـس آزمـون و پیـش آزمـون بـا پیگیـری بـرای متغیـر انعطاف‌پذیـری شـناختی و نشـان‌دهنده تأثیـر مثبـت درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان هیجان‌مـدار و تـداوم ایـن اثـر در مرحلـه پیگیـری بـود. نتایـج جـدول همچنیـن حاکـی از عـدم تفـاوت معنـادار درمـان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و درمـان هیجان‌مـدار بـرای متغیـر انعطاف‌پذیـری شـناختی بـود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایـج تجزیـه و تحلیـل داده هـا نشـان داد که هـر دو درمان شـناختی- رفتـاری مبتنـی بـر ذهن‌آگاهـی و هیجان‌مـدار بـر انعطاف‌پذیـری شـناختی، تکانشـگری و هیجان‌خواهـی در نوجوانـان دارای اعتیـاد بـه اینترنـت مؤثـر بودنـد و ایـن نتایـج در پیگیـری نیـز پایـدار بودنـد ولیکـن بیـن دو درمـان تفـاوت معنـاداری در اثربخشـی بـر روی متغیرهـای انعطاف‌پذیـری شـناختی، تکانشـگری و هیجان‌خواهـی دیـده نشـد. در بحـث انعطـاف پذیـری شـناختی مطالعـه حاضـر بـا مطالعـات بـرادران و رنجبرنوشـری (۱۴۰۱)، گـودرزی و همـکاران (۱۳۹۹)، شـریفی و همـکاران (۱۳۹۷)، یانـگ[1] و همـکاران (۲۰۲۳)، انزسـاگار[2] (۲۰۲۱) و جانکـو[3] و همـکاران (۲۰۱۴) همسـو بـود. بـه طـور خلاصـه مـی تـوان عنـوان کـرد کـه پژوهشـهای فـوق الذکـر، نشـان دادنـد کـه بـه طورکلـی در نوجوانـان مبتـلا بـه اعتیـاد بـه اینترنـت، انعطـاف پذیـری شـناختی مـی تواننـد تحـت تأثیـر فراینده‌ـای شـناختی و هیجانـی قـرار مـی گیـرد در نتیجـه درمان‌هایـی کـه بـر پایـه تنظیـم هیجانهـا و همچنیـن بازسـازی شـناختها هسـتند

1. Yang
2. Enes Sağar
3. Johnco

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

می‌توانند، اثر بخشی معناداری را نشان دهند(۲۴, ۲۵).
یکی از اهداف مهم درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز زدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی است (۷۰) که فرد را به جای چسبیدن به عادت‌ها، به سمت رهایی و عدم درگیری با افکار و احساسات سوق می‌دهد(۲۶). اطلاعات حاصل از ابزارهای روانشناختی این مطالعه، از راه پرسشنامه به دست آمده است که ممکن است پاسخ های شرکت کنندگان(بالاخص در گروه‌های نوجوان)، تحت تأثیر مقبولیت اجتماعی قرار گرفته باشد، که یکی از این محدودیت های این پژوهش می‌باشد. در پایان پیشنهاد می‌شود که در افراد مستعد به لحاظ متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، قبل از ابتلای نوجوانان، از مداخلات روان‌شناختی مناسب مانند درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار استفاده کنند تا نوجوان به وضعیت مناسب‌تر و متقاعدتری دست یابد و بتواند با محیط خود سازگار شود. همچنین به متخصصان توصیه می‌شود به منظور کاهش عوارض اعتیاد به اینترنت و اثر مخرب آن بر روی افراد و به‌طور خاص نوجوانان، از درمانهای نسل سوم روان‌شناختی مانند دو درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار استفاده شده و باعث افزایش سلامت جسم و روان در آن‌ها شوند.

تشکر و قدردانی: از کلیه همکاران و شرکت کنندگان در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی داریم.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]

منابع

1. Okan O, Messer M, Levin-Zamir D, Paakkari L, Sørensen K. Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. Health Promotion International. 2022.
2. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S. Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies: Sosiaali-ja terveysministeriö; 2013.
3. ARDAKAI AF, Mir SM, SAKHI F. Analyzing the relationship between economic growth, environmental quality and public health in OPEC member states: a panel data approach. 2020.
4. Jee Y. WHO international health regulations emergency committee for the COVID-19 outbreak. Epidemiology and health. 2020;42.
5. Ossiannilsson E. Some challenges for universities, in a post crisis, as Covid-19. Radical solutions for education in a crisis context: COVID-19as an opportunity for global learning: Springer; 2020. p. 99-112.
6. Graham BS, Sullivan NJ. Emerging viral diseases from a vaccinology perspective: preparing for the next pandemic. Nature immunology. 2018;19(1):20-8.
7. Fernández-Izquierdo M, Muñoz-Torres M, Rivera-Lirio J, Ferrero-Ferrero I, Escrig-Olmedo E, editors. Integrating sustainable development goals in finance education for tackling new challenges after COVID-19. EDULEARN21 Proceedings; 2021: IATED.
8. Kılıç OHT, Anıl M, Göksu MG, Varol U, Güvendi G, Haytabey B, et al. Medical Faculty Students' Attitudes, Behaviors and ID Beliefs About Covid-19 Pandemic. Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital. 2021;11(1(.
9. Pakzad B, Oleya M. Corona pandemic, restart button of the planet. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. 2020;28(1):2229-34.
10. Kennedy DM, Zambrano GJ, Wang Y, Neto OP. Modeling the effects of intervention strategies on COVID-19 transmission dynamics. Journal of Clinical Virology. 2020;128:104440.
11. de Queiroz NMG, Marinho FV, Chagas MA, Leite LC, Homan EJ, de Magalhaes MT, et al. Vaccines for COVID-19: perspectives from nucleic acid vaccines to BCG as delivery vector system. Microbes and Infection. 2020;22(10):515-24.
12. May M. Eight unanswered questions about the COVID-19 pandemic. Nature Medicine. 2021;27(12):2058-61.
13. Toquero CM. Challenges and opportunities for higher education amid the COVID-19 pandemic: The Philippine context. Pedagogical Research. 2020;5(4(.
14. Nematollahi H, Amiri A, AhmadiH. Identifying the Components of Social Capital in Managing the Covid-19 Pandemic Crisis. Governmental management J. 2021;13(4):497-526.
15. Zambrano-Monserrate MA, Ruano MA, Sanchez-Alcalde L. Indirect effects of COVID-19 on the environment. Science of the total environment. 2020;728:138813.
16. Habibi A, Kolahi B. Structural equation modeling and factor analysis. Second, editor. Tehran: Jahad e Daneshgahi; 2022.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-29]