



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

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

Shila shojaeian¹

Afsaneh Khajevand Khoshli^{2*}

Javanshir Asadi³

Leila Sadat Azizi⁴

Affiliations

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



مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت

چکنده

شیلا شجاعیان^۱
اسانه خواجهوند خوشلی^۲
جوانشیر اسدی^۳
لیلا سادات عزیزی^۴

مقدمه: اعتیاد به اینترنت و فضای مجازی و شیوه 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 ذهن آگاهی با درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش، طرح پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای اعتماد به اینترنت ساکن در شهر تهران بود که ۴۵ نفر از داوطلبین واجدین شرایط به شیوه نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه اعتماد به اینترنت یانگ (۱۹۹۶)، مقیاس هیجان خواهی زاکرمن (۱۹۷۸)، پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) و مقیاس تکاشنگری بارات (۱۹۵۹) استفاده شد. هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار، به طور جداگانه برای گروه های آزمایش اجرا شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با آزمون تعقیبی بن فرونوی تحلیل شدند. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار سبب افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش تکاشنگری می شوند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش حاضر، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آکاهی و درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری شناختی و تکانشگری در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت تفاوت معناداری با بکدیگر نداشتند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی - رفتاری ، درمان هیجان مدار، انعطاف پذیری شناختی، تکانشگری، اعتیاد به اینترنت..

هاسنگ، سازمانی، نویسنده

مقدمه

و «وابستگی غیرشیمیابی» قرار دارند. این اعتیاد ممکن است انفعالی (مثلاً تلویزیون) یا فعال (مثل بازی‌های رایانه‌ای) باشد و عموماً جنبه‌های الفاکتنه و تقویت‌کننده‌ای دارد که ممکن است وابستگی را تشید 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^۳ 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 بهزیستی اش می‌افزاید^(۸).

همانطور گه 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^۴ 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 بهبودیافیه آموزش می‌دهد که چگونه به طور متفاوت‌تری از قبل با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تمکز به تغییر اعتقاد در مورد محتواهی 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

3. cognitive flexibility
4. impulsivity

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 حققت، 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 تبلیغ درسی می‌شود و می‌تواند پرورش استعداد در آن‌ها را دچار مشکل کند^(۱).

اینترنت به منزله 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 حرفة‌ای 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 پدیدهایی به نام «اعتیاد به اینترنت» است. اعتیاد به اینترنت نوعی اختلال کترول تکانه است که به استفاده بیش از حد از اینترنت اطلاق می‌شود به نحوی که سایر فعالیت‌های اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و به افت عملکرد در حوزه‌های مختلف شغلی، علمی، اجتماعی، حرفة‌ای، خانوادگی، اقتصادی و روان‌شناختی بینجامد، به گونه‌ای که باعث نادیده انگاشتن روابط در دنیای واقعی، مثل روابط با دوستان و خانواده، شود. کاس^۲ و همکاران (۲۰۱۴) وابستگی به اینترنت را همچون اختلال در نظر می‌گیرد نوعی اختلال که فرد مبتلا صفحه رایانه را جذاب‌تر از واقعیت زندگی روزمره می‌بیند. به نظر آنها هر کسی 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

1. internet addiction
2. Kuss

این پژوهش شامل کلیه نوجوان دارای اعتیاد به اینترنت ۱۱ تا ۱۸ ساله کلینیک خانه بهی منطقه ۷ و آرزوی رهایی منطقه ۳ در شهر تهران، بود. طبق نظر دلار (۱۳۸۴) برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی حجم نمونه با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل شده، صورت می‌گیرد (۲۰). به همین دلیل نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نوجوان واحد شرایط بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس طبق معیارهای ورود و خروج انتخاب شد. معیارهای ورود: نوجوانان ۱۱ 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^۱ (IAT): این آزمون که توسط کیمبرلی یانگ^۲ (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 همیشه (نمره ۲) بهندرت (نمره ۱) است (۲۱). پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): این پرسشنامه توسط دنیس و ندروال^۳ (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^۴ (BIS): این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط بارات جهت سنجش تکانشگری ساخته شد (۶۴) این مقیاس ۳۰ سؤالی و شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (نمره ۱ = هرگز، نمره ۲ = گاه، نمره ۳ = اغلب و نمره ۴ = تقریباً همیشه) می‌باشد (۲۳). برای اجرای پژوهش، پس از دریافت کد اخلاق، با مراجعت 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 واحد شرایط

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

در واقع، ذهن آگاهی با ویژگی خاص خود در مورد در زمان حال و آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات، افراد را از انجام رفتارهای واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش از حد به تجربه‌های درونی به سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد. شیوه درمانی ذهن آگاهی، 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 ذهن آگاهی را بر مؤلفه‌هایی که در اعتیاد به اینترنت نقش دارند همچون مدیریت اضطراب (۱۵-۱۳). کاهش رفتارهای تکانشی (۱۵، ۱۶) خودکنترلی (۱۷). اثربخش بوده است. درمان هیجان‌مدار نوعی درمان است که با توجه به نقش عمدۀ هیجانات در نظریه دلستگی، 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 پیش رو 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 یافتن نشدن پژوهشی که به مقایسه تأثیر این دو روش درمانی بر نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت پرداخته باشد، (۵۵، ۵۴) این پژوهش در جهت تعیین تفاوت بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان هیجان‌مدار 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 - پس‌آزمون با گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه است. جامعه آماری

1. internet addiction test (IAT)

2. Kimberly Young

3. cognitive flexibility inventory (CFI)

4. Dennis & Vander Wal

5. Barratt impulsiveness scale(BIS)

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

معناداری آماره شاپیروویلک		پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		متغیر گروه
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۱۵۴	۰/۱۵۰	۰/۰۵۱۶	۸/۸۵	۱۰۱/۸۷	۸/۰۴	۱۰۰/۵۳	۱۰/۷۸	۹۰/۷۳ ذهن‌آگاهی
۰/۲۸۷	۰/۳۱۶	۰/۶۲۰	۷/۱۵	۱۰۰/۱۳	۷/۴۶	۱۰۱/۳۳	۵/۹۰	۸۸/۸۰ هیجان‌مدار
۰/۸۹۴	۰/۷۴۴	۰/۰۹۸	۷/۶۲	۸۵/۸۷	۸/۰۷	۸۷/۲۶	۹/۶۸	۹۲/۶۶ گواه
۰/۱۱۷	۰/۱۲۶	۰/۸۰۲	۱۱/۵۷	۵۲/۹۳	۱۳/۳۸	۵۵/۸۷	۱۴/۴۲	۶۵/۸۷ ذهن‌آگاهی
۰/۴۴۳	۰/۲۱۵	۰/۴۱۰	۱۲/۰۸	۴۹/۳۳	۱۳/۷۴	۵۲/۹۳	۱۵/۰۰	۶۶/۰۷ هیجان‌مدار
۰/۱۲۸	۰/۲۴۸	۰/۰۵۰۲	۱۷/۳۱	۷۹/۲۶	۱۷/۶۱	۷۵/۳۳	۱۵/۴۶	۶۷/۳۳ گواه
۰/۳۴۳	۰/۳۱۶	۰/۲۴۶	۲/۴۹	۱۶/۹۳	۲/۲۲	۱۷/۹۳	۲/۶۴	۲۲/۰۰ ذهن‌آگاهی
۰/۵۰۶	۰/۷۶۴	۰/۰۵۱۳	۲/۱۶	۱۷/۴۰	۲/۲۶	۱۸/۵۳	۴/۸۵	۲۲/۳۳ هیجان‌مدار
۰/۵۴۴	۰/۱۳۳	۰/۰۳۹۴	۳/۹۶	۲۵/۱۳	۳/۵۴	۲۴/۶۰	۳/۱۳	۲۱/۳۳ گواه

جدول ۲. نتایج آزمون لون و موخلی متغیرهای پژوهش در گروههای پژوهش و مراحل آن

سطح معناداری	F	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	مرحله	پیش‌فرض	متغیر
۰/۱۵۵	۱/۹۵۳	۴۲	۲	پیش آزمون	همگنی واریانس‌های خطا	انعطاف‌بندیری شناختی
۰/۱۶۴	۱/۸۸۵	۴۲	۲	پس آزمون		
۰/۶۱۰	۰/۵۰۰	۴۲	۲	پیگیری		
آماره موخلی	آماره خی دو	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری		
۰/۷۲۳	۱۳/۳۲	۲	.۰/۰۱		واریانس‌های درون آزمودنی‌ها	
۰/۸۴۲	۰/۱۷۳	۴۲	۲	پیش آزمون	همگنی واریانس‌های خطا	تکانشگری
۰/۲۰۰	۱/۶۷	۴۲	۲	پس آزمون		
۰/۰۵۹	۳/۰۴	۴۲	۲	پیگیری		
آماره موخلی	آماره خی دو	آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری		
۰/۵۸۴	۲۲/۰۶	۲	.۰/۰۱		واریانس‌های درون آزمودنی‌ها	

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

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

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

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	تفاوت گروههای	
۱/۰۰۰	۲/۷۱	-۰/۹۶	هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی
۰/۰۰۵	۲/۷۱	۹/۱۱	گواه	
۰/۰۱۳	۲/۷۱	۸/۱۵	گواه	درمان هیجان‌مدار
۰/۰۰۱	۰/۰۹۴۹	-۵/۶۴	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۱۴۲	-۵/۲۲	پیگیری	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۶۹۷	-۰/۴۲۲	پیگیری	

تکانشگری استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۳) اثر افزاینده داشتند. اثر زمان موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۱) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر تقابلی زمان*گروه‌ها موجب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی (P=۰/۰۰۱) نسبت به گروه گواه شد. همچنین درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر تکانشگری (P=۰/۰۰۲) اثر کاهنده داشتند. اثر زمان موجب کاهش تکانشگری (P=۰/۰۰۱) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر تقابلی زمان*گروه‌ها موجب کاهش تکانشگری (P=۰/۰۰۱) نسبت به گروه گواه شد.

جدول فوق نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌ها در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود. نتایج جدول همچنین حاکی از عدم تفاوت معنادار درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری شناختی، تکانشگری و هیجان‌خواهی در نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت مؤثر بودند و این نتایج در پیگیری نیز پایدار بودند ولیکن یعنی دو درمان تفاوت معناداری در اثربخشی بر روی متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی، تکانشگری و هیجان‌خواهی دیده نشد. در بحث انعطاف‌پذیری شناختی مطالعه حاضر با مطالعات برادران و رنجبرنوشری (۱۴۰۱)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۹)، شریفی و همکاران (۱۳۹۷)، یانگ^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، انساگار^۲ و جانکو^۳ و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. به طور خلاصه می‌توان عنوان کرد که پژوهش‌های فوق الذکر، نشان دادند که به طور کلی در نوجوانان مبتلا به اعتیاد به اینترنت، انعطاف‌پذیری شناختی می‌توانند تحت تأثیر فرایندهای شناختی و هیجانی قرار می‌گیرد در نتیجه درمان‌هایی که بر پایه تنظیم هیجانها و همچنین بازسازی شناختها هستند

(بر اساس ملاک‌های ورود و خروج) به عنوان گروه نمونه انتخاب و پرسشنامه‌ها (به عنوان پیش آزمون) اجرا شد. افراد پس از گماشته شدن تصادفی در گروه‌های آزمایش (دو گروه) و کنترل، هر یک از گروه‌های آزمایش تحت درمان یکی از روش‌های درمانی قرار گرفتند (گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نمی‌نمد). پس از پایان درمان، هر سه گروه مجدداً به پرسشنامه‌ها (پس آزمون) پاسخ دادند. در نهایت بعد از گذشت سه ماه، پیگیری انجام شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در توصیف داده‌ها از فراوانی سن، جنسیت، سطح تحصیلات و شاخص‌های مرکزی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در بخش آمار استنباطی پس از اطمینان از برقراری پیش‌فرض‌ها، داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار آماری SPSS ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج جدول بالا میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیروویلک جهت بررسی نرمالیتۀ متغیرهای پژوهش در سه گروه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌مدار و گواه در سه مرحله پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری آورده شد. میانگین، انحراف استاندارد و آماره شاپیروویلک مربوط به نمره‌های شرکتکنندگان را در دو گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار و گواه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان میدهد. لذا توزیع داده‌ها برای همه مؤلفه‌ها در همه گروه‌ها و مراحل نرمال بود.

نتایج جدول نشان می‌دهد که آزمون لون برای هیچیک از مراحل پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین مفروضه همنگی واریانس‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری در سه مرحله رعایت شده بود. بررسی نتایج آزمون کرویت مخلی در جدول فوق نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری برقرار نیست. بررسی نتایج آزمون کرویت مخلی در جدول نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و تکانشگری برقرار نبود. در چنین موقعی از آزمون‌های جایگزین گرینهوس- گیسر یا هیون فلت برای بررسی فرضیه اثربداری مداخلات استفاده می‌شود. با توجه به اینکه مقدار اپسیلون^{<75%} برای آزمون گرینهوس- گیسر به دست آمده بود از آزمون هیون فلت برای بررسی انعطاف‌پذیری شناختی و

1. Yang
2. Enes Sağar
3. Johnco

می‌توانند، اثر بخشی معناداری را نشان دهند(۲۵، ۲۶). یکی از اهداف مهم درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز زدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها 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 روانشنختی این مطالعه، از راه پرسشنامه به دست آمده است که ممکن است پاسخ‌های شرکت کنندگان (بالاخص در گروه‌های نوجوان)، تحت تأثیر مقبولیت اجتماعی قرار گرفته باشد، که یکی از این محدودیت‌های 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 روان‌شنختی مناسب مانند درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان مدار استفاده کنند تا نوجوان به وضعیت مناسب‌تر و مقاعدتری 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 به طور خاص نوجوانان، از درمان‌های نسل سوم روان‌شنختی مانند دو درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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.

- 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.

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. Lepo 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