



Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion focused therapy and Adolescent-centered Mindfulness Therapy on Nomophobia Symptoms and Sleep Quality of Girls with Nomophobic Symptoms

Rozhin Davoudi¹, Golamreza Manshaee^{2,*} , Mohsen Golparvar³

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

² Associate Professor, Department of 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: 18 Aug 2019

Accepted: 21 Nov 2019

Abstract

Introduction: Nomophobia is a particular disorder caused by the use of smartphones that adverse health effects such as sleep disturbance, impaired short-term memory, dizziness and high blood pressure is associated. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, Emotion focused therapy and Adolescent-centered Mindfulness Therapy on Nomophobia symptoms and sleep quality in adolescents with Nomophobia.

Methods: The research method was semi-experimental with control group and its design was pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of this study was all Adolescents with nomophobic disorder in Isfahan that 60 of them were Purposive Sampling selected and replaced randomly in one of four groups of the cognitive-behavioral therapy of Michael Frey (2004), emotion focused therapy on Greenberg et al. (2008), Adolescent-centered Mindfulness Therapy group, and control group. Data collection was done using the questionnaire of Nomophobia Azad Manesh, Ahadi and Mansashi (1395) and Pittsburgh Sleep Quality. The collected data were analyzed by repeated measures of variance with SPSS software.

Results: The findings of this study showed that there is a significant difference between three cognitive-behavioral therapies, Emotion focused therapy and Adolescent-centered Mindfulness Therapy in Nomophobia symptoms and sleep quality with control group ($P < 0.01$). However, there was no significant difference between three cognitive-behavioral therapies, Emotion focused therapy and Adolescent-centered Mindfulness Therapy in affecting the symptoms of Nomophobia and sleep quality ($P < 0.05$).

Conclusions: Self-efficacy can positively and directly increase the relationship between quality of life and emotional maturity with the tendency to adopt.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Emotion-Focused, Mindfulness, Nomophobia, Sleep Quality



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب در نوجوانان دختر دارای علائم بی‌موبایل هراسی

روژین داودی^۱، غلامرضا منشئی^{۲*}، محسن گل پرور^۲

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: غلامرضا منشئی، دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: smanshaee@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۲۷

چکیده

مقدمه: نوموفوبیا یک اختلال خاص ناشی از استفاده از گوشی‌های هوشمند است که با اثرات نامطلوب بهداشتی از قبیل اختلال خواب، اختلال در حافظه کوتاه مدت، سرگیجه و فشار خون همراه است. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا اجرا شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی همراه با گروه کنترل و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه نوجوانان دارای اختلال نوموفوبیا در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که ۶۰ نفر از آنان به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در چهار گروه درمان شناختی-رفتاری مایکل فری (۱۳۸۳)، درمان هیجان مدار مبتنی بر بسته گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۸) و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور محقق ساخته و گروه کنترل جایگزین شدند. سه گروه درمانی هر یک به مدت ۱۰ جلسه مداخلات درمانی را دریافت نمودند در صورتی‌که گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌های پژوهش پرسشنامه نوموفوبیا آزاد منش، احدی و منشئی (۱۳۹۵) و کیفیت خواب پیتسبرگ بود. داده‌های جمع‌آوری شده به‌وسیله نرم‌افزار SPSS و از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد بین سه درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). در عین حال بین سه نوع درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در تأثیر بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب تفاوت معناداری به دست نیامد ($P > 0/05$).
نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان بیان نمود درمان‌های شناختی رفتاری، هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و اختلالات خواب مبتلایان به آن مؤثر است.

واژگان کلیدی: شناختی رفتاری، هیجان مدار، ذهن آگاهی، نوموفوبیا، کیفیت خواب

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

با معرفی خدمات جدید تلفن همراه مانند اینترنت تلفن همراه، ذخیره سازی فضای ابری، برنامه‌های کاربردی و عضویت در رسانه‌های اجتماعی گسترش داده شده است. فن آوری های تلفن همراه، به ویژه گوشی‌های هوشمند، افراد را قادر به برقراری ارتباطات مؤثر و کارآمد، دسترسی سریع به اطلاعات خودنموده و قابلیت‌های تصمیم‌گیری آنها را افزایش می‌دهد [۴، ۵].

امروزه فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) به بخش مهمی از زندگی اجتماعی تبدیل شده است [۱، ۲]. با ترویج تلفن‌های همراه و بکارگیری فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی پیشرفته در آن تکنولوژی‌های آن به سرعت مورد پذیرش کاربران قرار گرفته تا جایی که در این دوره، گوشی‌های هوشمند به عنوان آخرین تحول فناوری‌های ارتباطات سیار در نظر گرفته می‌شوند [۳]. پذیرش و استفاده از فن آوری های همراه

ر پژوهش‌های خود نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری بر بی‌خوابی اثربخش بوده است.

پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند پرداختن به فرایندهای هیجانی در درمان اختلال نوموفوبیا و عوارض همراه با آن می‌تواند بر روند درمان بیماران تأثیر مثبت داشته باشد [۳۰]. از جمله درمان‌های مؤثر در این زمینه درمان هیجانی است که بر دو تکنیک اصلی کاستن از چرخه رفتاری ناسازگار به وسیله تشخیص چرخه‌های منفی شکل دهنده به رفتار و عمق دادن به تجربه‌های هیجانی به ویژه ترس دلبستگی استوار است [۳۱]. در درمان هیجان مدار، بررسی عوامل اساسی پردازش طرحواره‌های هیجانی از قبیل عوامل شناختی رفتاری و هیجانی به عنوان هدف درمانی اساسی درمان می‌پردازد [۳۲]. این درمان، بیماران را تشویق به مشاهده و توصیف هیجاناتشان در یک محیط غیر قضای می‌کند و بیشتر بر شناخت و تجربیات بین فردی تأکید می‌کند [۳۳]. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند درمان فردی هیجان مدار برای افسردگی، تروما و درمان اختلالات خوردن و مشکلات بین فردی و اختلالات اضطرابی مفید است [۳۴].

از جمله درمان‌های دیگری که در سال‌های اخیر رشد چشمگیری در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان داشته است درمان ذهن آگاهی است [۳۵]. ذهن آگاهی به عنوان رفتارهای عمدی جهت توجه به تجربیات لحظه‌ای با نگرش کنجکاوانه و همراه با پذیرش آن‌ها تعریف شده است [۳۶]. آراپاسی، بالاقلو و کسیمی بیان نمودند بین نوموفوبیا و ذهن آگاهی رابطه معنی داری وجود دارد [۳۷]. همچنین در پژوهشی دیگر نشان دادند درمان ذهن آگاهی بر علائم بی‌موبایل هراسی مؤثر است و باعث کاهش نشانگان نوموفوبیا گردیده است [۳۸]. یافته‌های پژوهش صدری و چراغیان [۳۹]، فرحبخش و دهقانی [۴۰] و بساک نژاد و همکاران [۴۱] بیانگر آن بود که ذهن آگاهی می‌تواند بر کیفیت خواب مفید باشد.

ازاینرو با توجه به آن که در جامعه ایرانی، همانند سایر جوامع افزایش استفاده از تلفن همراه به عنوان یک معضل اساسی خودنمایی می‌کند و با توجه به این که این اختلال سبب شکل‌گیری آسیب‌های زیادی در استفاده کنندگان از آن بالاخص کودکان و نوجوانان می‌گردد شناسایی درمان‌های مؤثر از جمله نیازهای پژوهشی بشمار می‌رود. لیکن در پژوهش حاضر سعی بر آن است تا به مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا پرداخته شود.

روش کار

پژوهش حاضر در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی همراه با گروه کنترل و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری قرار داشت که جامعه آماری آن، شامل کلیه دختران نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود. لیکن به توصیه کوک و همکاران [۴۲] مبنی بر انتخاب ۱۵ نفر برای هر گروه در تحقیقات آزمایشی، با توجه به وجود چهار گروه درمان هیجان مدار، درمان شناختی رفتار، درمان ذهن آگاهی نوجوان محور و گروه کنترل ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب و در چهار گروه مساوی جایگزین شدند. در پژوهش حاضر معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب حداقل برش (۵۲) و بالاتر، در پرسشنامه نوموفوبیا [۴۳]، داشتن حداقل ۱۱ و حداکثر ۱۸ سال سن و معیارهای خروج شامل دریافت مداخلات دیگر، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روان‌شناختی توسط روانپزشک و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. در این پژوهش گروه مشارکت‌کننده در درمان شناختی

بر اساس گزارش اتحادیه بین‌المللی مخابرات (۲۰۱۶) درصد اشتراک‌های تلفن همراه در سراسر جهان به بیش از ۹۰ درصد رسید، در حالی که انتظار می‌رود در سه ماهه اول سال ۲۰۱۷ این رقم به ۵۰ درصد برسد [۴]. ازاینرو می‌توان بیان نمود مردم درحال حاضر بیشتر از پیش وابسته به تلفن‌های همراه خود هستند [۷] و مشکلات مربوط به دستگاه‌های تلفن همراه و اثرات منفی آن بر افراد بیش از هر زمان دیگری افزایش یافته است [۸]. ازجمله مشکلات استفاده از تلفن همراه شکلگیری اختلالات روانی و رفتاری از قبیل نوموفوبیا است [۹]. نوموفوبیا یک اختلال خاص ناشی از استفاده از گوشی‌های هوشمند است که ترس ناشی از عدم استفاده از تلفن همراه خود و یا قابل دسترس از طریق آن را بیان می‌کند [۱۰] و اشاره به احساس ناراحتی یا اضطراب تجربه شده توسط افراد در زمانی که قادر به استفاده از تلفن همراه خود و یا استفاده از کارایی‌های آن نیستند دارد [۱۱]. نوموفوبیا به عنوان یک استفاده مشکل ساز از گوشی‌های تلفن همراه در نظر گرفته شده است. بنابراین به عنوان یک "ترس موقعیتی" در زیر مجموعه فوبی‌ها در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار می‌گیرد [۱۲] و موجب شکل‌گیری بسیاری از علائم بالینی از جمله افسردگی و احساس تنهایی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس و اجبار و شکل‌گیری اختلالات دیگر روانی گشته است [۱۳-۱۶].

شواهد نشان دهنده آن است که استفاده مفرط از تلفن همراه بر کیفیت خواب نوجوانان نیز تأثیر داشته [۱۷] و منجر به الگوهای رفتاری از جمله بیدار ماندن در شب، وابستگی عاطفی است که در ذهن کاربران ایجاد می‌شود [۱۸]. مطالعاتی که اثرات نامطلوب تلفن همراه بر روی انسان را بررسی کرده‌اند، کاهش ملاتونین را گزارش کرده‌اند [۱۹]. لیکن با توجه به آن که از نظر بیولوژیک دفع ملاتونین سبب ایجاد اختلال خواب است [۲۰]؛ لیکن از آنجایی که کارکرد افراد در ساعات بیداری تا حدود زیادی تحت تأثیر کیفیت خواب آن‌ها قرار دارد [۲۱]، شناسایی مداخلات مؤثر در این موارد می‌تواند منجر به افزایش کارایی افراد گردد. در پژوهشی که توسط وینکلر و همکاران با هدف بررسی مداخلات دارویی و غیر دارویی در درمان اعتیاد به اینترنت بود نشان دادند که زمانی که مداخلات همزمان دارویی و غیر دارویی باشد میزان اثربخشی بیشتری برجا می‌گذارد. همچنین یافته‌ها نشان داد برای داشتن درمانی موفق نیاز به برطرف کردن مشکلات زمینه‌ای مانند افسردگی و اضطراب و مواردی دیگر است [۲۲]. یکی از مداخلاتی که می‌تواند در بهبود اختلال نوموفوبیا و اختلال‌های همراه آن نقش مهمی داشته باشد، درمان شناختی- رفتاری (CBT) است. هدف اصلی این درمان باورها و رفتارهای افراد است که بر رفتارهای ایشان تأثیر می‌گذارد [۲۳]. تأکید اصلی این رویکرد بر تأثیری که شناخت، عاطفه و رفتارها بر یکدیگر دارند [۲۴]. در رویکرد شناختی- رفتاری شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی به چالش کشیده می‌شوند که در حالات ناخوشایند هیجانی نقش دارند [۲۵]. یافته‌های پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال وابستگی به موبایل و اینترنت نشان داده‌اند در زمینه درمان این افراد نیاز است سه مرحله اصلاح رفتار در میزان زمانی که فرد با تلفن همراه خود صرف می‌کند، توجیه انکار برای استفاده بیش از حد از اینترنت و نیز شناسایی و درمان مسائل همزمان موجود در توسعه استفاده از اینترنت اجباری مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۶]. در این زمینه یافته‌های پژوهش یانگ [۲۶]، کینگ و همکاران [۲۷] بیان نمودند درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های مؤثر برای اختلال وابستگی به شبکه‌های مجازی، موبایل و اینترنت است. همچنین منفی و همکاران [۲۸] و فرخی و همکاران [۲۹]

مقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در خواب رفتن، مدت زمان خواب، کارائی و مؤثر بودن خواب، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب آور و عملکرد نامناسب در طول روز می‌پردازد. امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۳ است و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ می‌باشد. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد کیفیت خواب، پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد و کمتر از آن کیفیت خواب مطلوب می‌باشد. اعتبار پرسشنامه PSQI با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و پایایی آن با آزمون مجدد بررسی شد که بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸، گزارش شده است [۴۷]. آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش حاضر برای کیفیت خواب کلی آزمودنی‌های پژوهش ۰/۸۸ بود.

در پژوهش حاضر پس از انتخاب شرکت کنندگان و جایگزینی آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های نوموفوبیا و کیفیت خواب پاسخ دادند، سپس گروه‌های مداخله‌ای تحت جلسات ارائه شده در فوق قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی شرکت کنندگان پژوهش در چهار گروه آزمایش و کنترل مجدداً در مرحله پس‌آزمون و پیگیری یک ماه به پرسشنامه‌های نوموفوبیا و کیفیت خواب پاسخ دادند. با توجه به آن که بسته درمان ذهن آگاهی نوجوان محور به‌طور بر اساس فرایند تدوین و اعتبار آزمایشی اولیه برای این پژوهش و متکی بر منبع بوردیک ترجمه منشئی و همکاران [۴۶] بود؛ جهت اجرای این پروتکل ابتدا به بررسی توافق حاصل از نظر داوران درباره ساختار درمان، طول درمان و طول زمان هر جلسه، کفایت محتوایی و کاربردی پرداخته شد که نتیجه آن نشان دهنده توافق داوران در این زمینه (۰/۸۰) و اجرای مطالعه پایلوت در دو گروه شش‌نفری، اعتبار اجرایی و عملیاتی بسته درمانی ذهن آگاهی نوجوان پرداخته شد. خلاصه جلسات درمانی در جداول شماره ۱ تا ۳ ارائه شده است.

رفتاری تحت مداخله بسته آموزش شناختی رفتاری مایکل فری (۱۳۸۳) در ۱۰ جلسه ۱ ساعته قرار گرفتند [۴۴]؛ بسته درمان هیجان مدار گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۸) بر گروه شرکت کتنده در درمان هیجان مدار در طی ۱۰ جلسه یک‌ساعته اجرا شد [۴۵] و گروه شرکت کننده در آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بسته آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بوردیک (۲۰۱۴) را در یک دوره ۱۰ جلسه یک ساعته دریافت کردند [۴۶]. گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری مداخله‌ای دریافت نکرد و منتظر درمان باقی‌ماند، از دیگر معیارهای اخلاقی رعایت شده رعایت اصول رازداری، داشتن اختیار جهت شرکت در پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین دانش آموزان و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه بود. پرسشنامه بی‌موبایل هراسی (نوموفوبیا) (۱۳۹۵)، این پرسشنامه توسط آزاد منش، احدی و منشئی در سال ۱۳۹۵ ساخته شده است. این پرسشنامه از طیف این پرسشنامه از ۱۷ سؤال مشتمل بر ۶ لیکرت (از هرگز تا همیشه) و از سه خرده مقیاس اضطراب، افسردگی و ناکامی (سوالاتی ۳۰، ۱۴ و ۱۲) تشکیل شده است. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس ۱۷ و حداکثر آن ۱۰۲ می‌باشد که نمرات بالا نشان دهنده شدت بیشتر آن می‌باشد. روایی صوری و محتوای پرسشنامه در حوزه مسائل روان شناختی و روان سنجی مورد تأیید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه ۰/۹۰، گزارش شده است و نتایج مربوط به پایایی خرده مقیاس‌ها بیانگر آن است که میزان پایایی برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۸۷، برای افسردگی ۰/۸۱ و برای ناکامی ۰/۶۵، گزارش شده است [۴۳]. در پژوهش حاضر نیز این مقادیر برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۶۶، افسردگی ۰/۳۷ و ناکامی ۰/۷ و برای نمره کلی پرسشنامه بی‌موبایل هراسی ۰/۶۳ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ، این پرسشنامه یک پرسشنامه خود گزارشی برای اندازه‌گیری کیفیت خواب افراد است که توسط فولی و منجان (۱۹۹۹) ساخته شده و دارای ۱۸ سؤال است که به بررسی هفت خرده

جدول ۱: جلسات درمان شناختی-رفتاری و محتوای جلسات

جلسه	شرح جلسه
اول	اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، 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 شرکت کنندگان باهدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون
دوم	سنجش: اخذ شرح حال از جمله مشکلات مربوط به در دسترس نبودن تلفن همراه و 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 مطرح خواهد شد
سوم	تعیین نقطه‌ی شروع – توضیح وضعیت آن‌ها در خط پایه- به آزمودنی‌ها کمک می‌شود تا به شناسایی احساسات مختلف خود در مورد دوری از گوشی تلفن همراه خود بپردازند و امیدواری خود در موقعیت‌های مختلف را بالا ببرند – انجام تکالیف مرتبط – حل مسئله به‌صورت گروهی
چهارم	شناسایی تفکرات و احساسات ناسودمند و خطاهای شناختی – بحث در مورد سبک‌های تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی – رابطه خطاهای شناختی با رفتارهای مضر، شناسایی خطاهای شناختی – حل مسئله گروهی برای چالش کردن با خطاهای شناختی -ارزیابی تکالیف آزمودنی‌ها و دادن اطلاعاتی در مورد متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی
پنجم	بحث در مورد آرمیدگی- بحث در مورد فعالیت‌هایی مانند شیوه‌های آرام‌سازی و مزایای آن‌ها – مطرح شدن مقدماتی در مورد مهارت‌های متغیرهای پژوهش و راهکارهای مقابله با آن و همچنین ارائه تکالیف خانگی در هنگام احساس تنش در صورت عدم دسترسی به تلفن همراه
ششم	بحث در مورد فعالیت‌های مرتبط با تلفن همراه که افراد بایستی از آن‌ها دوری و بیزاری جویند، انجام می‌شود – آموزش درباره‌ی مهارت‌های متغیرهای پژوهش به آزمودنی‌ها ارائه می‌شود- همچنین تکالیف خانگی به افراد ارائه می‌گردد – حل مسئله گروهی در برخورد با تلفن همراه انجام می‌شد – اهداف خاص مرتبط با شروع فعالیت‌های جایگزین استفاده از تلفن همراه در موارد تنش‌آفرین تدوین می‌شد
هفتم	مدیریت تجربه آشفتگی و نگرانی افراد در هنگام عدم دسترسی به تلفن همراه انجام می‌شد – در این جلسه استفاده از چرخه گوش‌به‌زنگ بودن برای ارتباط دادن تفکرات ناسودمند و خطاهای شناختی با رفتارهای مضر انجام می‌شود- همچنین حل مسئله گروهی برای خروج از چرخه‌ی گوش‌به‌زنگ بودن انجام می‌شود- از طریق آموزش متمرکز و نظام‌دار به آزمودنی‌ها باورها و افکار نادرست تصحیح می‌شود- تکالیف خانگی ارائه می‌گردد
هشتم	در این جلسه عوامل به وجود آمدن بی‌موبایل هراسی با استفاده از موقعیت‌هایی که در زندگی واقعی در طول یک هفته دارند، مطرح می‌شود – به افراد تکالیف خانگی ارائه می‌گردد
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 متغیرهای پژوهش و همچنین ارائه تکالیف خانگی
دهم	ارائه گزارشی از تجارب موفق و ناموفق کنترل تنش‌های ناشی از عدم دسترسی به تلفن همراه توسط آزمودنی‌ها و در میان گذاشتن با دیگر آزمودنی‌ها و ابزار رضایت از این موفقیت‌ها، بررسی مشکلات آزمودنی‌ها در کار عملی. درنهایت ارائه پس‌آزمون

جدول ۲: جلسات درمان هیجان محور

جلسه	شرح جلسه
اول	شامل آشنایی کلی با افراد - معرفی درمانگر- بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس- ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان محور و بررسی نظرات افراد در مورد این مفاهیم- کشف تعاملات مشکل‌دار- ارزیابی شیوه برخورد آن‌ها با مشکلات مربوط به تلفن همراه- کشف موانع دل‌بستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی و اثیر آن بر استفاده از تلفن همراه در شکل‌دهی روابط - سنجش وضعیت افراد در متغیرهای پژوهش
دوم	کشف حوادث برجسته افراد در زمینه استفاده از تلفن همراه - ارزیابی میزان ترس آن‌ها از افشای رازها
سوم	مشخص کردن الگوهای استفاده از تلفن همراه شامل پذیرش احساس تصدیق شده - کشف نالایمی دل‌بستگی و ترس‌های هرکدام از افراد - کمک به بازتر بودن و خود افشایی افراد - ادامه پیوستگی درمان
چهارم	بازسازی پیوند افراد شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی در صورت عدم دسترسی به تلفن همراه - گسترش تجربه هیجانی هرکدام از افراد در استفاده از تلفن همراه و 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
پنجم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی افراد بر مبنای دل‌بستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی و تأثیر استفاده از تلفن همراه بران - عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی و کاهش ارتباط‌های مجازی- بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی بدون استفاده از تلفن همراه
ششم	گسترده کردن خود در ارتباط با غیرمجازی دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه مراجع- عمق بخشیدن با درگیری افراد - پذیرش بیشتر افراد از تجربه خود - ارتقاء روش‌های جدید تعامل که در آن میزان کمتری از تلفن همراه استفاده گردد
هفتم	فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها با حداقل میزان استفاده از تلفن همراه- درگیری بیشتر افراد با یکدیگر در دنیای واقعی- روشن سازی خواسته‌ها و آرزوهای افراد
هشتم	یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار افراد آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات- غلبه بر موانع و ایجاد واکنش مثبت
نهم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه
دهم	اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات- حفظ تغییر تعاملات در آینده- تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون- حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن‌ها

جدول ۳: جلسات درمان ذهن آگاهی نوجوان محور

جلسه	شرح جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی آزمودنی‌ها به یکدیگر، معرفی ذهن آگاهی و توضیح عصب-زیست شناسی ذهن آگاهی، چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین، مراقبه شفقت ذهن آگاهانه (با والدین)
دوم	آموزش تمرین تنفس آگاهانه و تنفس شکمی، ذهن آشفته در برابر ذهن آرام (بطری اکلیلی)، تکلیف خانگی، مراقبه خواب
سوم	تکرار تنفس، اسکن بدن، تمرین "یادبود خوبی"، تکلیف خانگی
چهارم	تکرار تنفس، آگاهی نسبت به زمان حال (تمرین لیوان آب)، آگاهی از فرایند هیجانات، حرکات ذهن آگاهانه، تکلیف خانگی
پنجم	تمرین تنفس آگاهانه، ذهن آگاهی نسبت به پنج حس، مراقبه رهایی از افسردگی در لحظه، تکلیف خانگی
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
هفتم	تمرین تنفس، تمرینات ذهن آگاهی نسبت به افکار: تمرین تخته سفید نانوشته، مراقبه روی درخت، تکلیف خانگی
هشتم	تمرین تنفس، ذهن آگاهی نسبت به محیط پیرامون، ذهن آگاهی نسبت به روابط، تمرین شفقت (اعمال مهربانانه)، تکلیف خانگی
نهم	تمرین تنفس، ذهن آگاهی نسبت به وظایف و تکالیف، تمرین گوش دادن به بدن، آگاهی نسبت به احساسات مرکزی قلب، تکلیف خانگی
دهم	مرور تمرینات، تمرین ذهن آگاهی در فعالیت روزانه، تکلیف خانگی

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف‌معیار 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 کروییت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) با استفاده از نرم افزار SPSS 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 باقی مانده 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 باقی ماند 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 وجود ندارد. بررسی میانگین و انحراف معیار نمرات نوموفوبیا و کیفیت خواب نشان داد که گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمرات گروه کنترل کاهش یافته است (جدول ۴).

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 نمرات نوموفوبیا و کیفیت خواب معنی‌دار نبود ($P > 0.05$) لذا می‌توان بیان نمود توزیع متغیرهای حاضر طبیعی هستند. همچنین مقدار F محاسبه‌شده در آزمون لوین در متغیر نوموفوبیا و کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود؛ بنابراین می‌توان بیان نمود تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های خطای چهار گروه پژوهش وجود ندارد. همچنان آزمون ماکلی (ماچلی) نیز نشان داد پیش فرض کروییت رعایت شده است. ازاین‌رو پیش‌فرض‌های لازم جهت اجرای آزمون تحلیل واریانس با

اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در متغیر نوموفوبیا عامل گروه با سه گروه درمانی و یک گروه کنترل ($F = 13/64$, $df = 3$, $P < 0/01$)، در عامل آزمون با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F = 114/63$, $df = 2$, $P < 0/01$) و در تعامل عامل آزمون و گروه ($F = 14/62$, $df = 6$, $P < 0/01$) تفاوت

معناداری وجود دارد. در متغیر کیفیت خواب نیز عامل گروه با سه گروه درمانی و یک گروه کنترل ($F = 10/54$, $df = 3$, $P < 0/01$)، در عامل آزمون با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($F = 40/27$, $df = 2$, $P < 0/01$) و در تعامل عامل آزمون و گروه ($F = 15/08$, $df = 6$, $P < 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۵).

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نوموفوبیا و کیفیت خواب به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه کنترل		ذهن آگاهی نوجوان محور		درمان هیجان مدار		درمان شناختی رفتاری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون								
نوموفوبیا	۶۰/۸	۶/۰۷	۶۷/۱۷	۹/۴۵	۵۶/۵۷	۶/۷۸	۵۶/۱	۷/۱۳
کیفیت خواب	۲۰/۷۳	۷/۹۹	۲۴/۳۳	۵/۲۲	۱۵/۹	۶/۴۹	۱۹/۱۷	۹/۴۱
پس آزمون								
نوموفوبیا	۵۸/۷۳	۱۱/۹۶	۳۹/۴	۵/۹۹	۴۱/۶	۶/۱۳	۳۹/۶	۵/۶۹
کیفیت خواب	۲۴/۵۳	۹/۶۲	۱۰/۲	۵/۱۹	۱۰/۹	۵/۶۷	۱۲/۹۷	۵/۶۹
پیگیری								
نوموفوبیا	۵۹/۶۷	۱۱/۲۸	۳۹/۶	۹/۲۳	۴۰/۵	۸/۹۹	۴۲/۰۷	۱۰/۴۶
کیفیت خواب	۲۴/۴	۹/۳۴	۱۱/۱۷	۵/۴۲	۷/۳۳	۴/۲۱	۱۱/۱	۶/۳۹

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای نوموفوبیا و کیفیت خواب

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضرب F	معناداری	مجذور سهمی	توان آزمون
گروه (سه گروه آمایش و یک گروه کنترل)							
نوموفوبیا							
عامل بین گروهی	۵۷۲۳/۱۲	۳	۱۹۰۷/۷۱	۱۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
خطا	۷۸۳۳/۱۷	۵۶	۱۳۹/۸۸	-	-	-	-
کیفیت خواب							
عامل بین گروهی	۱۷۲۴/۰۱	۳	۵۷۴/۶۷	۱۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۸
خطا	۳۰۵۲/۲۳	۵۶	۵۴/۵	-	-	-	-
آزمون (سه مرحله) و تعامل آن با گروه-در شرایط رعایت پیش فرض کروی							
نوموفوبیا							
آزمون	۹۰۲۶/۷۲	۲	۴۵۱۳/۳۶	۱۱۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
تعامل آزمون × گروه	۳۴۵۳/۲۴	۶	۵۷۵/۵۴	۱۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
کیفیت خواب							
آزمون	۷۲۹/۸۷	۲	۳۶۴/۹۴	۴۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
تعامل آزمون × گروه	۸۲۰/۲۶	۶	۱۳۶/۷۱	۱۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱

برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌ها، آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در دشواری در متغیرهای نوموفوبیا و کیفیت خواب، در عامل آزمون بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و سپس در عضویت گروهی 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 ۶).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و اختلال خواب نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا انجام گرفت؛ یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد بین گروه کنترل با سه درمان شناختی و رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی

نوجوان محور تفاوت معنادار وجود دارد اما توفان‌تی در میزان اثربخشی درمان‌های فوق مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از مطالعات انجام شده توسط یونگ، [۲۶]، همچنین کینگ و همکاران [۲۷]، شاهار [۳۴]، آریاسی، بالاقلو و کسبسی [۳۷] و آریاسی و همکاران [۳۸] که نشان دادند درمان‌های شناختی رفتاری، رویکرد هیجان مدار و ذهن گاهی در برطرف کردن نشانه‌های اختلالات وابستگی به تلفن همراه و نوموفوبیا تأثیر گذار است همسو و همراستا می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود افراد مبتلا به نوموفوبیا از مشکلاتی چون ناتوانی در مدیریت زمان، مشکل در غلبه بر وسوسه، ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها، نداشتن جانشین در صورت استفاده نکردن از اینترنت در زندگی روزمره، و مشکل در مقابله با استرس و هیجانات منفی رنج می‌برند [۲۲]. درمان شناختی رفتاری روش‌هایی به کاربران آموزش می‌دهد تا بتوانند این مشکلات را مدیریت و حل کنند. مثلاً در این درمان به آزمودنی‌ها آموزش‌های مدیریت زمان، برنامه ریزی فعالیت، شناسایی عوامل استرس زا و آموزش روش‌های

مقابله با آن، شناسایی عوامل وسوسه کنندۀ آنلایین بودن و آموزش روش‌های مقابله با آنها، و شناسایی افکار مزاحم و آموزش روشهایی برای مقابله با آنها آموزش داده می‌شود. مسئله دیگری که درباره علت اثربخشی این روش درمانی می‌توان مطرح کرد افزایش خودکارآمدی افراد شرکت کننده در دوره درمانی پس از دریافت

درمان شناختی رفتاری است [۴۸]. لیکن افراد در زمانی که خودکارآمدی بیشتری از خود نشان دهند می‌توانند بر استرس‌های ناشی از دوری تلفن همراه کنار آمده و با شیوه‌ای سازنده آن را بر طرف کنند؛ ازاینرو درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش علائم نوموفوبیا گردد.

جدول ۶: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه آزمون و عضویت گروهی در دشواری در تنظیم هیجان

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
آزمون (سه مرحله)				
نوموفوبیا				
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۶۶***	۰/۵۶	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۳۵***	۰/۶۳	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۱	۰/۵۲	۱/۰۰۰
کیفیت خواب				
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۵***	۰/۲۱	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۶۳***	۰/۲۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۹	۰/۱۵	۱/۰۰۰
عضویت گروهی				
نوموفوبیا				
گروه کنترل	ذهن آگاهی نوجوان محور	۵/۵***	۱/۲۵	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان هیجان مدار	۶/۷۵***	۱/۲۵	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان شناختی-رفتاری	۶/۹***	۱/۲۵	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی نوجوان محور	درمان هیجان مدار	۱/۲۵	۱/۲۵	۱/۰۰۰
ذهن آگاهی نوجوان محور	درمان هیجان مدار	۱/۴	۱/۲۵	۱/۰۰۰
درمان هیجان مدار	درمان شناختی و رفتاری	۰/۱۵	۱/۲۵	۱/۰۰۰
کیفیت خواب				
گروه کنترل	ذهن آگاهی نوجوان محور	۱/۹۹۷*	۰/۵۵	۰/۰۰۴
گروه کنترل	درمان هیجان مدار	۲/۹۶***	۰/۵۵	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان شناختی-رفتاری	۲/۲۰*	۰/۵۵	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی نوجوان محور	درمان هیجان مدار	۰/۹۶	۰/۵۵	۰/۵۱
ذهن آگاهی نوجوان محور	درمان هیجان مدار	۰/۲۰	۰/۵۵	۱/۰۰۰
درمان هیجان مدار	درمان شناختی و رفتاری	-۰/۷۶	۰/۵۵	۱/۰۰۰

علاوه بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری یافته‌های پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار بر نشانه‌های اختلال نوموفوبیا تأثیر دارد، ازاینرو می‌توان بیان نمود افراد دارای بی‌موبایل هراسی با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب کرده‌اند، می‌آموزند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، باید بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. این افراد در طول جلسات به این درک می‌رسیدند که هیجان‌های ناشی از دردسترس نبودن تلفن همراه نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین می‌توان به جای گریز از آنها یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را شنید. درمان هیجان محور به نقش تکنیک‌های تجربی‌ای مواجهه، متأثر از گشتالت درمانی تأکید دارد [۴۹].

آخرین مرحله درمان هیجان محور نیز تعمق در معنای هیجان‌ها، به منظور ایجاد هماهنگی میان هیجان‌های پدید آمده در مراحل پیشین است. درمانگر در انتهای درمان بیش از آنکه هدایت کننده و ترغیب کننده باشد، حمایتگر است. در این مرحله مراجع دستاوردهای درمانی شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب در زمان در دسترس

نبودن تلفن همراه خود را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و به ادراک تازه‌ای از خود بدون تلفن همراه دست می‌یابد. ازاینرو می‌توان بیان نمود با توجه به آگاهی‌هایی که فرد از هیجانات خود در زمینه دوری و دردسترس نبودن آن به دست می‌آورند راحت‌تر می‌توانند با دشواری‌های هیجانی این اختلال کنار آمده و با توجه به آن که اکثر علائم این اختلال ریشه در مشکلات هیجانی افراد دارد؛ افرادی که این درمان را دریافت و مبتلا به اختلال نوموفوبیا هستند، می‌توانند علائم اختلال خود را کنترل نمایند.

در تبیین تأثیر گذاری درمان ذهن آگاهی بر علائم نوموفوبیا می‌توان بیان نمود حضور ذهن معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود [۳۵]؛ پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، خوردن مرضی و استرس و بیماری‌های دیگر ارتباط دارد [۳۶]. حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند [۳۵]. ازاینرو با توجه به این که هسته مرکزی این درمان را تمرینات مراقبه حضور ذهن تشکیل می‌دهد و تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی پیرامون را

نیز موجب بهبود کیفیت خواب نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا گشته است؛ ازاینرو با توجه به آن که انجام فنون حضور ذهن در افزایش آرامبخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است و با توجه به این موضوع که مکانیسم اصلی ذهن آگاهی خودکنترلی توجه است [۳۶]، می‌توان بیان نمود درمان ذهن آگاه به سبب ایجاد آرامش و خالی کردن فرد از تنش موجبات کاهش برانگیختگی فرد و در نتیجه کاهش اختلالات خواب را در ایشان فراهم می‌آورد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر شدت علائم بی‌موبایل‌هراسی در نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا و اختلال خواب ایشان می‌توان بیان نمود با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر چنین برمی‌آید که در جهت کاهش استفاده آسیب‌شناختی از تلفن همراه و درمان عوارض همراه با آن باید به برطرف نمودن مسائل و مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی کاربران پرداخت تا بتوان عوارض و پیامدهای ناشی از نوموفوبیا از جمله کیفیت خواب ایشان را تعدیل نمود.

سیاسگذاری

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی و با کد اخلاق IR.IAU.KHUISE. REC.1397.054 از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از کلیه مسئولین مدارس و والدینی که شرایط اجرای پژوهش حاضر را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

References

1. Lee S, Tam CL, Chie QT. Mobile phone usage preferences: The contributing factors of personality, social anxiety and loneliness. J Soc Indicators Res. 2014;118(3):1205-28.
2. Salehan M, Negahban A. Social networking on smartphones: When mobile phones become addictive. J Comput Hum Behav. 2013;29(6):2632-9.
3. Oulasvirta A, Rattenbury T, Ma L, Raita E. Habits make smartphone use more pervasive. J Pers Ubiquitous Comput. 2012;16(1):105-14.
4. Asongu S, Nwachukwu JC. Mobile phones in the diffusion of knowledge and persistence in inclusive human development in Sub-Saharan Africa. J Inf Dev. 2017;33(3):289-302.
5. Arpacı I. Antecedents and consequences of cloud computing adoption in education to achieve knowledge management. J Comput Hum Behav. 2017;70:382-90.
6. Arpacı I. Culture and nomophobia: The role of vertical versus horizontal collectivism in predicting nomophobia. J Inf Dev. 2019;35(1):96-106.
7. Park N, Kim Y-C, Shon HY, Shim H. Factors influencing smartphone use and dependency in South Korea. J Comput Hum Behav. 2013;29(4):1763-70.
8. Hong F-Y, Chiu S-I, Huang D-H. A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese

در لحظه حاضر میسر می‌سازد، پردازش‌های خودکار ترس از نبود گوشی در اختلال نوموفوبیا را کاهش می‌دهد.

در زمینه اثربخشی درمان‌های ارائه شده در پژوهش حاضر بر کیفیت خواب افراد مبتلا به نوموفوبیا، یافته‌های پژوهش با نتایج حاصل از پژوهش‌های یافته‌های پژوهش صدری و چراغیان [۵۰] فرحخش و دهقانی [۵۱] بساک نژاد و همکاران [۵۲]، متقی و همکاران (۱۳۹۵) [۵۳] و فرخی و همکاران [۵۴] همسو و همراستا می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری، رویکرد هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی می‌توان بیان نمود بی‌خوابی منعکس‌کننده اختلال در تعادل بین سه فرآیند تنظیمی خواب شامل: نظام تعادل، نظام شبانه روزی و نظام برانگیختگی است [۵۵]. لیکن از آنجایی که مطالعات افراد با بی‌خوابی، بیش برانگیختگی نظام عصبی را در طول خواب نشان می‌دهد [۵۶]؛ می‌توان بیان نمود عوامل محیطی، شناختی، هیجانی و رفتاری نیز تحت تأثیر سازوکار تنظیم، ممکن است کارهای نظارتی را تحت تأثیر قرار دهد و یا به فرآیند خواب کمک یا بازداری کند. بنابراین با توجه به آن که درمان شناختی-رفتاری عوامل مذکور را مورد هدف قرار می‌دهد، از این طریق به درمان بیخوابی می‌پردازد. از طرف دیگر درمان بیخوابی باعث کاهش علائم نوموفوبیا می‌شود، زیرا بسیاری از مطالعات نشان داده است که بیخوابی به طور کلی قبل یا همزمان با نوموفوبیا است. از طرف دیگر با توجه به آن که ازجمله عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اختلالات مربوط به خواب عوامل رفتاری، شناختی و هیجانی بوده و با توجه به این که درمان هیجان مدار قابلیت افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها را به فرد می‌دهد تا وی بتواند هیجانات منفی وضعیت‌های نیمه تمام در گذشته را کنترل نموده و میزان سازگاری روانشناختی خود را بالا ببرد [۳۲]؛ این درمان در درمان اختلالات خواب تأثیر گذار بوده است. در آخر یافته‌های پژوهش نشان داد آموزه‌های ذهن آگاهی

- university female students. J Comput Hum Behav. 2012;28(6):2152-9.
9. Dasgupta P, Bhattacharjee S, Dasgupta S, Roy JK, Mukherjee A, Biswas R. Nomophobic behaviors among smartphone using medical and engineering students in two colleges of West Bengal. Indian J Publ Health. 2017;61(3):199.
10. Yildirim C, Correia A-P. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. J Comput Hum Behav. 2015;49:130-7.
11. King ALS, Valença AM, Silva A, Baczynski T, Carvalho M, Nardi AE. Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? J Comput Hum Behav. 2013;29(1):140-4.
12. Bragazzi NL, Del Puente G. A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. Psychol Res Behav Manag. 2014;7:155-60. doi: 10.2147/PRBM.S41386 pmid: 24876797
13. Uysal Ş, Özen H, Madenoğlu C. Social phobia in higher education: the influence of nomophobia on social phobia. Global E-learn J. 2016;5(2):1-8.
14. King A, Guedes E, Neto JP, Guimarães F, Nardi AE. Nomophobia: Clinical and demographic profile of social network excessive users. J Addict Res Ther. 2017;8(339):2.

15. Gezgin DM, Hamutoglu NB, Sezen-Gultekin G, Ayas T. The Relationship between Nomophobia and Loneliness among Turkish Adolescents. *Int J Res Educ*. 2018;4(2):358-74.
16. Ahmed S, Pokhrel N, Roy S, Samuel AJ. Impact of nomophobia: A nondrug addiction among students of physiotherapy course using an online cross-sectional survey. *Indian J Psychiatr*. 2019;61(1):77.
17. Chang F-C, Chiu C-H, Chen P-H, Chiang J-T, Miao N-F, Chuang H-Y, et al. Children's use of mobile devices, smartphone addiction and parental mediation in Taiwan. *Comput Hum Behav*. 2019;93:25-32.
18. Fazlali M, Farshidi F. The Study of Cell Phone Use and its Relationship with Sleep Quality and Academic Performance of High School Students *J Inf Commun Technol Educ Sci*. 2016;6(4(24)):5-21.
19. Schmidt C, Xhrouet M, Hamacher M, Delloye E, LeGoff C, Cavalier E, et al. Light exposure via a head-mounted device suppresses melatonin and improves vigilant attention without affecting cortisol and comfort. *Psych J*. 2018;7(4):163-75. doi: 10.1002/pchj.215 pmid: 29943899
20. Ba-Ali S, Brondsted AE, Andersen HU, Sander B, Jennum PJ, Lund-Andersen H. Assessment of diurnal melatonin, cortisol, activity, and sleep-wake cycle in patients with and without diabetic retinopathy. *Sleep Med*. 2019;54(2):35-42. doi: 10.1016/j.sleep.2018.10.018 pmid: 30529775
21. Ozdemir S, Ertan P, Tekin G, Yilmaz O, Yuksel H, Yilmaz H. Relationship Between Sleep and Life Quality of Children with Monosemptomatic Nocturnal Enuresis by Assessing Actigraphy. *J Turk Sleep Med*. 2019;4(2):48-53.
22. Winkler A, Dorsing B, Rief W, Shen Y, Glombiewski JA. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(2):317-29. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.005 pmid: 23354007
23. Ciarrochi J, Bilich L, Godsell C. Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. *J Assessing mindfulness*. 2010:51-75.
24. Leddy MA, Anderson BL, Schulkin J. Cognitive-behavioral therapy and decision science. *J New Ideas Psychol*. 2013;31(3):173-83.
25. Hays PA, Iwamasa GY. Culturally responsive cognitive-behavioral therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
26. Young KS. The First Treatment Model for Internet Addiction. *J Cogn Psychother*. 2011;25(4):304-12.
27. King DL, Delfabbro PH, Wu AMS, Doh YY, Kuss DJ, Pallesen S, et al. Treatment of Internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev*. 2017;54:123-33. doi: 10.1016/j.cpr.2017.04.002 pmid: 28458097
28. Mottaghi R, Kamkar A, Maredpoor A. Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on the Quality of Sleep in Elderly People with Insomnia Disorder. *Salmad*. 2016;11(2):234-43. doi: 10.21859/sija-1102234
29. Farrokhi H, Mostafapour V, Bondar Kakhki Z. The Effectiveness of Multi-Component Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia on the Elderly People Suffering from Insomnia *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2018;16(2):138-47.
30. Pancani L, Preti E, Riva P. The Psychology of Smartphone: The Development of the Smartphone Impact Scale (SIS). Assessment. 2019;1073191119831788. doi: 10.1177/1073191119831788 pmid: 30829048
31. Brubacher L, Johnson SM. Clarifying the Negative Cycle in Emotionally Focused Therapy. *J Encyclopedia Couple Fam Ther*. 2018.
32. Greenberg LS, Korman LM, Paivio SC. Emotion in humanistic psychotherapy: American Psychological Association; 2002.
33. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*. 2013;71:361-8. doi: 10.1016/j.appet.2013.09.007 pmid: 24060270
34. Shahar B. Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: an overview of the model and a case description. *Clin Psychol Psychother*. 2014;21(6):536-47. doi: 10.1002/cpp.1853 pmid: 23813629
35. Cutright NL, Padgett EE, Awada SR, Pabis JM, Pittman LD. The Role of Mindfulness in Psychological Outcomes for Children Following Hurricane Exposure. *J Mindfulness*. 2019:1-8.
36. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, et al. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Child Psychol*. 2019;60(3):244-58.
37. Arpacı I, Baloglu M, Kozan HİÖ, Kesici Ş. Individual differences in the relationship between attachment and nomophobia among college students: the mediating role of mindfulness. *J Med Internet Res*. 2017;19(12):e404.
38. Arpacı I, Baloglu M, Kesici Ş. The relationship among individual differences in individualism-collectivism, extraversion, and self-presentation. *J Pers Individ Differences*. 2018;121:89-92.
39. Sadri Damirchi E, Cheraghian H. Modeling of mindfulness and quality of sleep by the mediation of psychological well-being in high school students *J Sch Psychol*. 2017;6(2):100-23. doi: 10.22098/jsp.2017.570
40. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of Mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci*. 2016;4(3):8-15.
41. Bassak Nejad S, Aghajani Afjadi A, Zargar Y. The Effectiveness of Cognitive Group Therapy Based on Mindfulness on Sleep Quality and Life Quality in Female University Students *J Psychol Achiev*. 2011;18(2):181-98.
42. Cook TD, Campbell DT, Shadish W. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference: Houghton Mifflin Boston, MA; 2002.
43. Azadmanesh h, ahadi h, Manshaee G. Developing and standardization of the mobile concept of semantic differentiation scale means. *Q Educ Meas*. 2016;7(25):187-211. doi: 10.22054/jem.2017.23524.1583
44. Frey M. A Practical Guide to Group Cognitive Therap. , Tehran: : Roshd Publication; 2005.
45. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *J Couns Psychol*. 2008;55(2):185.

46. Debra Burdick L. Mindfulness skills for kids & teens: A workbook for clinicians & clients with 154 tools, techniques, activities & worksheets: PESI Publishing & Media; 2014.
47. Agargun M, Kara H, Anlar O. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Turk Psikiyatri Derg.* 1996;7(2):107-15.
48. Lowndes TA, Egan SJ, McEvoy PM. Efficacy of brief guided self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism in reducing perinatal depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther.* 2019;48(2):106-20. doi: [10.1080/16506073.2018.1490810](https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1490810) pmid: 30003839
49. Greenberg L, Vrana G. Overview of Emotion-Focused Therapy. *Emotion Focused Family Therapy with Children and Caregivers*: Routledge; 2018. p. 1-22.
50. Sadri Damirchi E, Cheraghian H. Modeling of mindfulness and quality of sleep by the mediation of psychological well-being in high school students %J *Journal of School Psychology.* 2017;6(2):100-23. doi: [10.22098/jsp.2017.570](https://doi.org/10.22098/jsp.2017.570)
51. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of Mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder %J *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences.* 2016;4(3):8-15.
52. Bassak Nejad S, Aghajani Afjadi A, Zargar Y. The Effectiveness of Cognitive Group Therapy Based on Mindfulness on Sleep Quality and Life Quality in Female University Students %J *Journal of Psychological Achievements.* 2011;18(2):181-98.
53. Mottaghi R, Kamkar A, Maredpour A. Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on the Quality of Sleep in Elderly People With Insomnia Disorder %J *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2016;11(2):234-43. doi: [10.21859/sija-1102234](https://doi.org/10.21859/sija-1102234)
54. Farrokhi H, Mostafapour V, Bondar Kakhki Z. The Effectiveness of Multi-Component Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia on the Elderly People Suffering from Insomnia %J *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2018;16(2):138-47.
55. Yang CM, Spielman AJ, Glovinsky P. Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(4):895-919; abstract viii. doi: [10.1016/j.psc.2006.09.005](https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.09.005) pmid: 17118274
56. Schwartz JR, Roth T. Neurophysiology of sleep and wakefulness: basic science and clinical implications. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2008;6(4):367-78. doi: [10.2174/157015908787386050](https://doi.org/10.2174/157015908787386050) pmid: 19587857