

ارائه مدل ساختاری نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اساس متغیرهای فراتشخیصی (اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی) با نقش میانجی افسردگی در نوجوانان شهر تهران

پیمان چمن آرای^۱

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲، صفحات ۴۹۶-۵۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۳۰

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۳/۱۶

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارائه مدل ساختاری نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اساس متغیرهای فراتشخیصی (اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی) با نقش میانجی افسردگی در نوجوانان شهر تهران بود. مطالعه حاضر از نوع مطالعات همبستگی - به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه بر اساس مدل کلاین (۲۰۱۶) و با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ نفر انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش شامل پرسشنامه نوموفوبیا (NMP-Q) یلدریم و کوریا (۲۰۱۵)، پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) بوند و همکاران (۲۰۱۱)، مقیاس کژتنظیمی هیجانی (DERS) گراتز و رومر (۲۰۰۴) و سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی (BDI-II) بک و همکاران (۱۹۹۶) بود. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی و افسردگی بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که افسردگی در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) نقش میانجی و معنادار دارد. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود ($RMSEA=0/038$ و $P<0/05$ value) و ۹۶ درصد نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) به وسیله اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی با نقش میانجی افسردگی تبیین می‌شود. بنابراین نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) اجتماعی دانش‌آموزان متأثر از اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی و افسردگی است. از این یافته می‌توان برای طراحی مداخله و رویکرد جامع کاهش نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) در جامعه دانش‌آموزان استفاده کرد.

کلیدواژه: نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)، اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی، افسردگی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هشتم، شماره پنجاه و ششم، سال ۱۴۰۲

مقدمه

تلفن‌های هوشمند امروزی فرصت‌ها و راحتی‌های بزرگی را برای مردم فراهم می‌کنند. درعین حال انجام کارها را تسهیل می‌کنند و به‌واسطه قدرت ارتباطی و تعامل مردم با آن‌ها به محبوبیت عمومی در جامعه کنونی دست یافته‌اند (بارتوال و ناث^۱، ۲۰۲۰). کاربران این فناوری حتی بیان می‌کنند که این فناوری به امتداد بدن آن‌ها تبدیل شده است و هم هویت و هم نحوه زندگی آن‌ها را تعیین می‌کند (پارک و کای^۲، ۲۰۱۹). مسلم است که این وسایل به بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی مدرن تبدیل شده‌اند و به ایجاد اصلاحات رفتاری در عادات و اعمال روزمره رسیده‌اند. پیشرفت فناوری تلفن همراه، با توجه به ماهیت فراگیر آن، به این معنی است که تلفن هوشمند به منبعی ضروری در زندگی مردم تبدیل شده است (کنیدینگر^۳، ۲۰۱۹). اعتیاد به گوشی‌های هوشمند به قدری شایع است که در حال حاضر آن را مانند هر اعتیاد دیگری به مواد مضر می‌دانند. بنابراین، این یک مشکل بهداشت عمومی است، به همین دلیل است که به دلیل استفاده بیش از حد از این دستگاه و وابستگی که این فناوری ایجاد می‌کند (تمس^۴ و همکاران، ۲۰۱۸)، آسیب‌شناسی جدیدی به نام نوموفوبیا^۵ در حال ظهور است و به‌عنوان یک اختلال بالینی فهرست بندی می‌شود (لی^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). نوموفوبیا با اختلال استفاده از اینترنت نیز در ارتباط است که به اختصاص زمان بیش از حد به سرگرمی‌های آنلاین اشاره دارد و طی آن فرد توانایی قطع ارتباط با اینترنت را از دست می‌دهد و در نتیجه زندگی روزمره وی مختل می‌شود (یلدریم و کوریا^۷، ۲۰۱۵).

یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های نوموفوبیا می‌تواند، اجتناب تجربه‌ای^۸ باشد. سازه اجتناب به رهایی از یک عمل یا رهایی از یک شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی در طولانی‌مدت باعث حفظ اضطراب می‌شود. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست. راهبرد اجتناب راهی است که افراد در مقابله با رویدادهای اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ گویند. اجتناب انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند (اکبری‌فر و همکاران، ۱۳۹۵). اجتناب تجربه‌ای به معنی اجتناب کردن از تجارب درونی مانند هیجانات، افکار و احساسات است. اجتناب تجربه‌ای اجتناب از محرک‌ها عینی یا خارجی نیست، بلکه اجتناب از افکار درونی یا تجارب هیجانی است. به‌عبارتی دیگر اجتناب تجربه‌ای اجتناب تجربی، یک ویژگی شخصیتی که به گرایش افراد به اجتناب از تجربیات منفی اشاره دارد، می‌تواند تأثیر منفی بر دستیابی به اهداف افراد داشته باشد (وانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Bartwal & Nath

2. Park & Kaye

3. Kneidinger-Müller

4. Tams

5. nomophobia

6. Lee

7. Yildirim & Correia

8. experiential avoidance

9. Wang

عوامل مختلفی می‌توانند بی موبایل هراسی را پیش‌بینی کنند که یکی از این عوامل کژتنظیمی هیجانی است (سانتل^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). کژتنظیمی هیجانی، به‌عنوان یک عامل فراتشخیصی^۲ به‌عنوان عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی یا پریشانی، دشواری مشارکت در رفتارها و راهبردهای هدفمند و عدم آگاهی هیجانی، مشکل در کنترل تکانه‌ها، نبود شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان‌ات تعریف شده است (سورمان^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). کژتنظیمی هیجانی به‌عنوان بی‌نظمی هیجانی توصیف شده است که ممکن است منجر به انواع رفتارهای مشکل‌ساز در چندین موقعیت زندگی روزمره و همچنین اختلال عملکرد فیزیولوژیکی شود (بالاتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). آنچه مشخص است هم اجتناب تجربه‌ای و هم کژتنظیمی هیجانی می‌تواند با نوموفوبیا در ارتباط باشند. اما آنچه در پژوهش‌های قبلی بر روی آن توجهی نشده است، نقش مکانسیم‌های میانجی در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا است، که بر این اساس می‌توان گفت که افسردگی^۵ می‌تواند نقش میانجی مناسبی در این پژوهش باشد، چرا که نوموفوبیا یک وضعیت سلامت روانی نوظهور به‌ویژه در نوجوانان است و نوموفوبیا به‌طور قابل توجهی با افسردگی مرتبط است (شارما^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم (DSM-5) نشانگان افسردگی به‌عنوان خلق افسرده، فقدان علاقه یا لذت، اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا دیگر عملکردها، ناشی نبودن آن از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری جسمی و توجیه نشدن آن با اختلالات روان‌پریشی دیگر بهتر تعریف و توصیف شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تغییر در رفتار انسان یک فوبی اجتماعی ایجاد کرده است که در آن انسان از رایانه یا هر ابزار الکترونیکی دیگر برای دفاع از خود در برابر تماس اجتماعی استفاده می‌کند. نوموفوبیا ترس از نداشتن تلفن همراه و استرس ناشی از آن است. افزایش استفاده از تلفن همراه در بین دانش‌آموزان سناریو را تغییر داده است و این دیگر یک امر تجملی نیست بلکه یک ضرورت است. تعامل اجتماعی کاهش یافته است و ابزارهای الکترونیکی تبدیل به عاملی آموزش‌دهنده شده‌اند. این امر منجر به ایجاد مسائل عصبی روان‌شناختی شده است (سورکا^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). لذا انجام یک پژوهش در جهت شناخت عوامل مؤثر بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) دانش‌آموزان دارای اهمیت و ضرورت پژوهشی است. از این‌رو، با توجه به موارد گفته‌شده همان‌طور که در شکل ۱ مشخص است این پژوهش بر آن است که به این سؤال پاسخ دهد که آیا افسردگی در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) در دانش‌آموزان نقش میانجی دارد؟ شکل ۱ مدل پیشنهادی این پژوهش را در رابطه با مباحث مطرح‌شده نشان می‌دهد.

1. Santl

2. transdiagnostic indicator

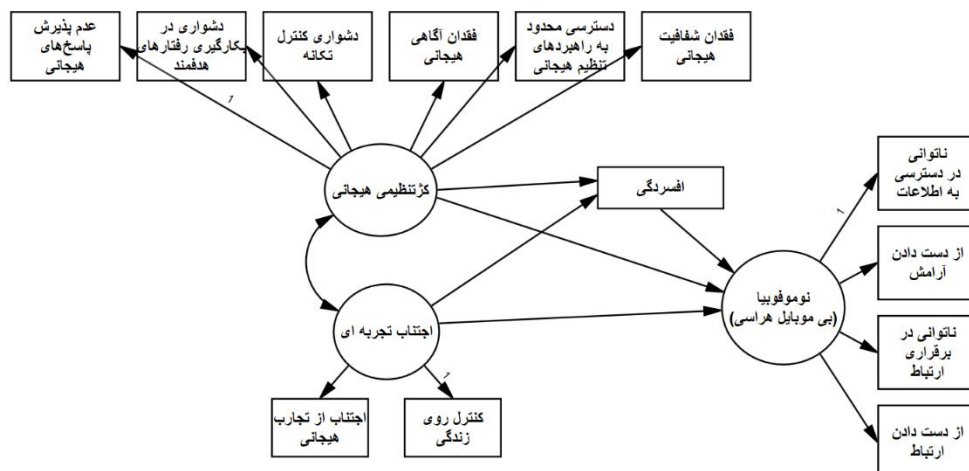
3. Hatkevich

4. Bellato

5. depression

6. Sharma

7. Sureka



شکل ۱. مدل پیشنهادی و مفهومی پژوهش

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است و در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به‌زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد. کلاین^۱ (۲۰۱۶) نیز معتقد است برای هر متغیر ۲۰ نمونه لازم است، بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. رضایت آگاهانه برای پاسخگویی به‌عنوان ملاک ورود به پژوهش بود و نقص در پر کردن پاسخنامه از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. پس از دادن آگاهی در مورد هدف پژوهش، نحوه اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در حین پاسخ به سؤالات، پرسشنامه‌ها بر روی دانش‌آموزان اجرا شد. همچنین توضیح هدف پژوهش، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آن‌ها به‌صورت گروهی تحلیل می‌شود از اصول اخلاقی رعایت شده پژوهش در این پژوهش بود. در سطح توصیفی جهت سنجش متغیرهای پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری^۲ بود. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS و AMOS نسخه ۲۴ بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه نوموفوبیا^۳ (NMP-Q) یلدریم و کوریا^۴ (۲۰۱۵): این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که برای سنین ۱۳ سال به بالا به‌ویژه دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه کاربرد (صدیقی ارفعی و تابش، ۱۳۹۹) که ۴ مؤلفه ناتوانی در دسترسی به اطلاعات با سؤالات ۱، ۲، ۳ و ۴؛ از دست دادن آرامش با سؤالات ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹؛ ناتوانی در برقراری ارتباط با سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ از

1. Kline

2. structural equation model (SEM)

3. Nomophobia Questionnaire (NMP-Q)

4. Yildirim & Correia

دست دادن ارتباط با سؤالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای است به این صورت که از کاملاً مخالفم ۱ نمره تا بسیار موافقم ۷ نمره در نوسان است. کاملاً مخالفم ۱ نمره، مخالفم ۲ نمره، تا حدودی مخالفم ۳ نمره، نظری ندارم ۴ نمره، تا حدودی موافقم ۵ نمره، موافقم ۶ نمره و کاملاً موافقم ۷ نمره تعلق می‌گیرد. بالاتر نشان‌دهنده شدت بالاتر نوموفوبیا است و نقطه برش آن ۶۰ است (جانجانی و همکاران، ۱۳۹۹). سازندگان پایایی آن را بررسی و ضرایب آلفای کرونباخ برای ناتوانی در دسترسی به اطلاعات ۰/۹۲، از دست دادن آرامش ۰/۸۷، ناتوانی در برقراری ارتباط ۰/۸۲، از دست دادن ارتباط ۰/۸۱ و کل سؤالات ۰/۹۴ و همچنین روایی همزمان آن را بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۱ به دست آورده‌اند (یلدریم و کوریا، ۲۰۱۵). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی پرسشنامه با روش تحلیل عاملی بررسی و مقادیر شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریباً^۱ (RMSEA) به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۴ و ۰/۰۷۴ به دست آمده است و همچنین برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای ناتوانی در دسترسی به اطلاعات ۰/۷۴، از دست دادن آرامش ۰/۷۹، ناتوانی در برقراری ارتباط ۰/۸۸، از دست دادن ارتباط ۰/۸۸ و کل سؤالات ۰/۹۲ محاسبه شده است (علیزاده و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش دیگر در ایران آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (کلاه کج و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش‌های دیگر در خارج از کشور آلفای کرونباخ آن بررسی و ضریب ۰/۹۶ (گالاردو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) و ضریب ۰/۹۵ به دست آمده است (والنتی^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کل سؤالات ۰/۸۲ به دست آمده است.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۴ (AAQ-II) بوند^۵ و همکاران (۲۰۱۱): جهت تعیین نمره اجتناب تجربه‌ای در این پژوهش از پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم استفاده خواهد شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است. دو مؤلفه اجتناب از تجارب هیجانی با سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۹؛ کنترل روی زندگی با سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ را اندازه‌گیری می‌کند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد به این صورت که هرگز این‌طور نیست ۱ نمره، خیلی به‌ندرت ۲ نمره، بندرت ۳ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر اوقات ۵ نمره، تقریباً همیشه ۶ نمره و همیشه ۷ نمره تعلق می‌گیرد (فرخی و همکاران، ۱۳۹۶). سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که هرگز این‌طور نیست ۷ نمره، خیلی به‌ندرت ۶ نمره، بندرت ۵ نمره، گاهی اوقات ۴ نمره، بیشتر اوقات ۳ نمره، تقریباً همیشه ۲ نمره و همیشه ۱ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در داخل ایران در یک پژوهش برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۴ به دست آمده است (کهتری هرنزق و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج از کشور توسط سازندگان برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شده است که به فاصله ۳ ماه ضریب همبستگی

1. root mean square error of approximation (RMSEA)

2. Galhardo

3. Valenti

4. Acceptance and action Questionnaire-II (AAQ-II)

5. Bond

۰/۸۱ و به فاصله ۱۲ ماه ضریب ۰/۷۹ به دست آمده است. همچنین اعتماد پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۷ گزارش شده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در خارج از کشور اعتماد پرسشنامه با آلفای کرونباخ بررسی ضریب ۰/۹۳ به دست آمده است (تیندال^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کل سؤالات ۰/۷۱ به دست آمده است.

مقیاس کژتنظیمی هیجانی^۲ (DERS) گراتز و رومر^۳ (۲۰۰۴): این مقیاس شامل ۳۶ سؤال است و ۶ مؤلفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی^۴ با سؤالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ دشواری در به‌کارگیری رفتارهای هدفمند^۵ با سؤالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ دشواری کنترل تکانه^۶ با سؤالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی^۷ با سؤالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی^۸ با سؤالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و فقدان شفافیت هیجانی^۹ با سؤالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه‌گیری می‌کند (فولر^{۱۰} و همکاران ۲۰۱۹). نمره‌گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاه‌گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می‌گیرد. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند (بگیان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۸). در یک پژوهش پایایی آزمون با روش کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۰ گزارش شده است (ویسی و همکاران، ۱۴۰۱). روایی همگرایی با استفاده از همبستگی پیرسون با افسردگی ۰/۶۹ و کمال‌گرایی جامعه محور ۰/۳۶ و با کمال‌گرایی فردمحور ۰/۲۴ به دست آمده است. اعتبار سازه با همبستگی پیرسون با استفاده از مؤلفه-نمره کل برای ابعاد ضرایب در دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۸۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (کونینگهام^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سؤالات ۰/۹۶ گزارش شده است (رفی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). در یک پژوهش دیگر برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که برای خرده مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ (زیفمن^{۱۳} و همکاران ۲۰۲۰) و در یک پژوهش دیگر ضریب کل سؤالات ۰/۹۳ به دست آمده است (گوئتا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کل سؤالات ۰/۹۰ به دست آمده است.

1. Tyndall
2. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
3. Gratz & Roemer
4. dis acceptance of emotional responses
5. difficulty in employing targeted behaviors
6. difficulty controlling the impulse
7. lack of emotional awareness
8. achieving limited excitement strategies
9. lack of emotional clarity
10. Fowler
11. Cunningham
12. Reffi
13. Zeifman
14. Guetta

سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی^۱ (BDI-II) بک و همکاران (۱۹۹۶): این سیاهه شامل ۲۱ سؤال است و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰-۱-۲-۳ می‌باشد و مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر بوده که نمرات ۰ تا ۹ نشان‌دهنده فقدان افسردگی، نمرات ۱۰ تا ۱۸ نشان‌دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمرات ۱۹ تا ۲۹ نشان‌دهنده افسردگی متوسط تا شدید و نمرات ۳۰ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد (فارو و پریرا^۲، ۲۰۲۰). نقطه برش سیاهه افسردگی بزرگتر یا مساوی ۱۰ می‌باشد (توسا^۳ و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسنیدر^۴ و همکاران، ۲۰۱۹) و در یک پژوهش دیگر نقطه برش بالاتر از ۱۳ تعیین شده است (مینیتزر^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). سازندگان سیاهه شاخص‌های روانسنجی سیاهه را بررسی و پایایی سیاهه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۶ برای بیماران روان‌پزشکی و ضریب ۰/۸۱ برای افراد عادی گزارش کرده‌اند و همچنین روایی همگرایی آن با آزمون افسردگی^۶ همیلتون^۷ (۱۹۷۶) بررسی و ضرایب بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). در ایران این سیاهه توسط دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) ترجمه و پایایی و روایی آن بررسی و برای اندازه‌گیری میزان پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضرایب در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ به دست آورده‌اند و روایی همگرایی آن با نسخه تجدیدنظر شده افسردگی همیلتون ضریب همبستگی ۰/۷۱ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). در داخل ایران قابلیت پایایی و روایی سیاهه افسردگی بررسی شده است که در یک پژوهش برای بررسی پایایی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کل سیاهه ۰/۹۱ (اللهیار و زینالی، ۱۳۹۹) و ضریب ۰/۹۰ گزارش شده است (شمس و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش نیز برای بررسی روایی همزمان سیاهه افسردگی بک از مقیاس شفقت خود^۸ نف^۹ (۲۰۰۳) استفاده شده است که ضریب همبستگی بین آن‌ها ۰/۲۰- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی سیاهه افسردگی بک است (شریفی ساکی و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج از کشور نیز قابلیت پایایی و روایی سیاهه افسردگی بک بررسی شده است که در یک پژوهش ضریب ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است (ژانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهش‌های دیگر ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به (دی تالا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹) و ضریب ۰/۹۰ محاسبه و دست‌آمده است (مسترز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کل سؤالات ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است.

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

2. Faro & Pereira

3. Tusa

4. Sneider

5. Meinitzer

6. Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS)

7. Hamilton

8. self-compassion scale (SCS)

9. Neff

10. Zhang

11. Di Tella

12. Meesters

یافته‌ها

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
ناتوانی در دسترسی به اطلاعات	۳۰۰	۲۱/۶۷	۱۰/۲۴۶	-۱/۱۳۵	۱/۸۳۷
از دست دادن آرامش	۳۰۰	۱۸/۴۱	۸/۳۶۸	-۰/۲۱۷	۰/۴۰۶
ناتوانی در برقراری ارتباط	۳۰۰	۱۸/۷۴	۸/۵۰۱	۰/۰۶۳	-۱/۵۴۷
از دست دادن ارتباط	۳۰۰	۱۴/۷۸	۶/۱۳۳	۰/۱۹۷	-۱/۴۷۹
نمره کل نوموفوبیا	۳۰۰	۷۳/۶۰	۲۹/۰۶۷	۰/۱۸۸	-۱/۴۴۸
اجتناب از تجارب هیجانی	۳۰۰	۱۷/۴۱	۱۱/۰۰۳	۰/۳۹۹	-۱/۳۶۳
کنترل روی زندگی	۳۰۰	۱۰/۳۷	۵/۰۲۲	۰/۱۶۲	-۱/۶۱۷
نمره کل اجتناب تجربه‌ای	۳۰۰	۲۷/۷۷	۱۵/۳۱۶	۰/۴۹۷	-۱/۱۶۱
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۳۰۰	۱۵/۹۲	۹/۴۳۳	-۰/۱۲۷	-۰/۷۷۱
دشواری در به کارگیری رفتارهای هدفمند	۳۰۰	۱۴/۰۲	۸/۲۱۴	۱/۹۱۱	۱/۸۷۳
دشواری کنترل تکانه	۳۰۰	۱۴/۹۴	۸/۵۳۰	۰/۴۵۶	-۱/۲۲۸
فقدان آگاهی هیجانی	۳۰۰	۱۲/۳۳	۸/۳۵۴	۰/۱۳۷	-۱/۵۵۴
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۳۰۰	۱۶/۲۸	۱۰/۹۳۷	۰/۰۰۹	-۱/۵۲۳
فقدان شفای هیجانی	۳۰۰	۱۱/۸۲	۷/۶۴۷	۰/۰۶۹	-۱/۵۲۱
نمره کل کزنظمی هیجانی	۳۰۰	۸۵/۲۱	۴۸/۲۹۲	۰/۱۹۲	-۱/۴۱۱
افسردگی	۳۰۰	۳۶/۷۰	۱۲/۹۰۰	۰/۱۸۰	-۱/۳۵۲
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)			ضریب مردیا: ۴/۷۱۹	نسبت بحرانی: ۲/۵۰۸	

جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۳۰۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی»^۱ و «کشیدگی»^۲ استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان‌دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نرمات باشد (کلاین، ۲۰۱۶). برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان‌دهنده استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش‌بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا»^۳ و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان‌دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمات است (کلاین، ۲۰۱۶)، که نتایج در جدول ۱- آمده است که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه ۲- تا ۲+ قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۴/۷۱۹ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۵۰۸ به دست آمد که نشان‌دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نرمات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

1. skewness
2. kurtosis
3. Merdia

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- نوموفوبیا												
۲- اجتناب از تجارب هیجانی	۰/۷۲۱ ^{***}											
۳- کنترل روی زندگی	۰/۷۱۵ ^{***}	۰/۷۰۱ ^{***}										
۴- نمره کل اجتناب تجربه ای	۰/۷۱۴ ^{***}	۰/۷۴۷ ^{***}	۰/۷۱۰ ^{***}									
۵- عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۰/۳۷۶ ^{***}	۰/۴۶۴ ^{***}	۰/۶۱۱ ^{***}	۰/۵۲۵ ^{***}								
۶- دشواری در به کارگیری	۰/۴۱۱ ^{***}	۰/۵۶۳ ^{***}	۰/۷۳۴ ^{***}	۰/۶۱۸ ^{***}	۰/۷۴۴ ^{***}							
۷- دشواری کنترل تکانه	۰/۴۱۹ ^{***}	۰/۵۴۹ ^{***}	۰/۶۸۰ ^{***}	۰/۵۹۶ ^{***}	۰/۷۰۱ ^{***}	۰/۷۴۹ ^{***}						
۸- فقدان آگاهی هیجانی	۰/۴۰۹ ^{***}	۰/۵۳۳ ^{***}	۰/۶۸۶ ^{***}	۰/۵۸۹ ^{***}	۰/۷۷۷ ^{***}	۰/۷۸۶ ^{***}	۰/۶۶۷ ^{***}					
۹- دسترسی محدود به راهبرد	۰/۷۹۶ ^{***}	۰/۷۱۷ ^{***}	۰/۶۷۸ ^{***}	۰/۷۹۰ ^{***}	۰/۵۲۴ ^{***}	۰/۴۹۳ ^{***}	۰/۵۲۶ ^{***}	۰/۵۲۷ ^{***}				
۱۰- فقدان شفافیت هیجانی	۰/۴۹۹ ^{***}	۰/۴۰۱ ^{***}	۰/۴۹۵ ^{***}	۰/۵۰۳ ^{***}	۰/۵۵۳ ^{***}	۰/۴۵۹ ^{***}	۰/۴۹۶ ^{***}	۰/۵۱۸ ^{***}	۰/۷۳۶ ^{***}			
۱۱- نمره کل کژتنظیمی هیجانی	۰/۵۸۰ ^{***}	۰/۴۲۲ ^{***}	۰/۳۹۳ ^{***}	۰/۵۰۲ ^{***}	۰/۵۰۲ ^{***}	۰/۴۳۰ ^{***}	۰/۴۹۴ ^{***}	۰/۴۸۸ ^{***}	۰/۷۱۹ ^{***}	۰/۵۴۱ ^{***}		
۱۲- افسردگی	۰/۶۶۱ ^{***}	۰/۵۴۶ ^{***}	۰/۵۶۳ ^{***}	۰/۶۳۸ ^{***}	۰/۵۶۷ ^{***}	۰/۴۹۵ ^{***}	۰/۵۴۰ ^{***}	۰/۵۴۸ ^{***}	۰/۴۴۷ ^{***}	۰/۶۵۱ ^{***}	۰/۷۱۲ ^{***}	

** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین اجتناب تجربه ای، کژتنظیمی هیجانی و افسردگی با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). در ادامه در جدول ۳- ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و مستقیم در مدل پژوهش

مسیرهای مستقیم	Beta	S.E	C.R.	معناداری
اجتناب تجربه ای ← نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)	۰/۱۰۵	۰/۰۸۴	۲/۳۶۶	۰/۰۱۸
کژتنظیمی هیجانی ← نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)	۰/۶۴۱	۰/۰۳۸	۱۵/۴۵۵	۰/۰۰۱
افسردگی ← نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)	۰/۳۹۵	۰/۰۲۴	۱۱/۰۰۸	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۳- مشاهده می شود ضریب استاندارد و مستقیم اجتناب تجربه ای ($\beta = 0/105$ و $\text{sig} = 0/018$)، کژتنظیمی هیجانی ($\beta = 0/641$ و $\text{sig} = 0/001$) و افسردگی ($\beta = 0/395$ و $\text{sig} = 0/001$) بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) اثر مستقیم و معنادار دارد. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ در دستور کامپیوتری پریچر و هیز (۲۰۰۴) استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی یا غیرمستقیم در جدول ۴- ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج بوت استروپ اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی با میانجی گری افسردگی بر نوموفوبیا

معناداری	سطح اطمینان ۰/۹۵		مسیرهای غیرمستقیم
	حد بالا	حد پایین	
۰/۰۰۲	۰/۳۰۰	۰/۱۹۰	اجتناب تجربه ای ← افسردگی ← نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)
۰/۰۰۲	۰/۱۱۱	۰/۰۲۵	کژتنظیمی هیجانی ← افسردگی ← نوموفوبیا (بی موبایل هراسی)

یک فرض زیربنایی الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر وجود مسیر غیرمستقیم است. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استروپ قدرتمندترین و منطقی ترین روش برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم را فراهم می آورد. سطح اطمینان ۰/۹۵ و تعداد

نمونه‌گیری مجدد بوت استروپ، ۱۰۰۰ است. برای تعیین معنی‌داری اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) از طریق نقش میانجی افسردگی از روش بوت استروپ در برنامه ماکرو آزمون پریچر و هیز (۲۰۰۴) استفاده شد. بر اساس جدول ۴- نتایج بوت استروپ آمده است. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنی‌دار خواهد بود. مطابق نتایج جدول ۴- این قاعده در مورد اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) با نقش میانجی افسردگی صدق می‌کند. در جدول ۵- شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش آمده است.

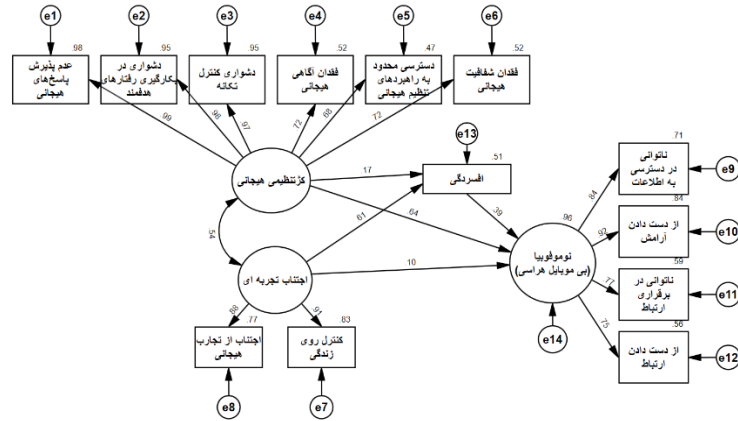
جدول ۵. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به‌دست‌آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	کای اسکور هنجار شده (CMIN)	۹۱/۸۴۳	-
	درجه آزادی	۶۰	کمتر از ۳
	CMIN/DF	۱/۵۳۱	-
شاخص‌های نسبی	سطح معناداری	۰/۰۰۱	-
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۸	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	-
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۶۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی (AGFI)	۰/۹۷۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش مقتصد (PCFI)	۰/۷۳۶	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)	۰/۷۱۴	بیشتر از ۰/۶۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۶۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۴	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۴۱	بیشتر از ۰/۹۰

جهت آزمون مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۵- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص برازش هنجار شده (NFI)، برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) و نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) بزرگتر از ۰/۹۰ و برای برازش مقتصد (PCFI)، برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) بالای ۰/۶۰ باشد و بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. بر اساس نتایج مدل نهایی پژوهش همانگونه که مشاهده می‌شود این شاخص‌ها همگی مطلوب هستند. همچنین اگر مقدار به‌دست‌آمده از شاخص خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ باشد نشان‌دهنده برازش مدل است (شرمه انگل^۱ و همکاران، ۲۰۰۳)، که در این پژوهش مقدار معناداری برای شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۳۸ می‌باشد که بر اساس مدل کلاین^۲ (۲۰۱۶) نشان‌دهنده برازش مدل است. در نمودار ۱- مدل پیشنهادی و برازش شده پژوهش آمده است.

1. Schermelleh-Engel

2. Kline



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

نمودار ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اساس اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی با نقش میانجی افسردگی برابر با ۰/۹۶ به بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی با میانجی افسردگی در مجموع ۹۶ درصد از واریانس نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) را تبیین می کنند.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارائه مدل ساختاری نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اساس متغیرهای فراتشخیصی (اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی) با نقش میانجی افسردگی در نوجوانان شهر تهران بود. یافته های پژوهش نشان داد که اثرات مستقیم اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی و افسردگی بر نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که افسردگی در رابطه بین اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) نقش میانجی و معنادار دارد. همچنین مدل نهایی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود و ۹۶ درصد نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) به وسیله اجتناب تجربه ای و کژتنظیمی هیجانی با نقش میانجی افسردگی تبیین می شود. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات سانتل و همکاران (۲۰۲۲) و شارما و همکاران (۲۰۱۹) همسویی دارد.

در تبیین نقش میانجی افسردگی در رابطه بین اجتناب تجربه ای با نوموفوبیا می توان گفت که افراد با اجتناب کردن از تجارب هیجانی منفی خود سعی می کنند اضطراب و افسردگی خود را کاهش دهند. به این عمل یعنی اجتناب کردن از تجارب درونی (مثل هیجان های منفی، افکار و حس های بدنی) اجتناب رفتاری گفته می شود. اجتناب رفتاری سازه ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می شود. این سازه شامل بی میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی هیجانانگیز، افکار، خاطرات و زمینه های رفتاری) و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می گردند (چاولا و اوستافین^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از عبدی و کبودی، ۱۳۹۵). اجتناب تجربه ای به یک استراتژی خودتنظیمی اشاره دارد که شامل تلاش

1. Chawla & Ostafin

برای کنترل یا فرار از محرک‌های منفی مانند افکار، احساسات یا هیجاناتی است که پریشانی شدید ایجاد می‌کند (هایود^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین می‌توان گفت که اجتناب تجربه‌ای، ساختاری فراتشخیصی است که از آن می‌توان برای تبیین برای طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی و هیجانی از جمله افسردگی می‌توان استفاده کرد. از آنجایی که افسردگی با ایجاد تنهایی در افراد می‌تواند افراد به دنیای مجازی بکشاند و وی در را در دنیای مجازی سرگرم کند، منطقی است گفته شود که افسردگی عاملی برای نوموفوبیا باشد. لذا منطقی است گفته شود که افسردگی بتواند در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) نقش میانجی ایفا کند.

در تبیین نقش میانجی افسردگی در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا می‌توان گفت که کژتنظیمی هیجان از همبسته‌های اساسی آسیب‌شناسی روانی از جمله افسردگی است. افرادی که در تنظیم هیجانات دچار مشکل و کژتنظیمی هستند، بیشتر متمایل به تنظیم هیجانات منفی با فعالیت‌هایی هستند که با لذت آنی مانند استفاده از اینترنت و تلفن همراه است. در این هنگام دانش‌آموزانی که در تنظیم هیجان دچار کژتنظیمی دارند برای دوری از هیجانات منفی که تجربه می‌کنند به تلفن همراه و استفاده از اینترنت روی می‌آوردند و همین وابستگی به آن افسردگی را به همراه دارد. خود افسردگی وقتی در دانش‌آموزان به وجود آید و با استفاده از فضای مجازی تشدید شود، خود افسردگی عاملی می‌شود برای تشدید نوموفوبیا و هراس از بی موبایلی و بی اینترنتی در دانش‌آموزان. لذا منطقی است گفته شود که افسردگی بتواند در در رابطه بین کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) نقش میانجی ایفا کند.

علیرغم نقاط قوت این مطالعه، مانند بررسی فرآیندهای میانجی و جهت‌گیری اثرات مستقیم و غیرمستقیم، نتایج این مطالعه باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. اول، مطالعه حاضر از مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های خودگزارشی استفاده کرد. از نظر نوع مدرسه، دانش‌آموزان، شرایط اجتماعی-اقتصادی آنان و محیط‌های اجتماعی/فرهنگی، بخش قابل‌تعمیمی از دانش‌آموزان نیستند که مطالعه در آن انجام شده است که این محدودیت خارج از اختیار پژوهشگر بوده است. مطالعات آتی باید ویژگی‌های جمعیت شناختی بیشتری از دانش‌آموزان مانند شرایط خانوادگی، موقعیت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده را مشخص کنند تا بتوانند تعیین کنند که چگونه می‌تواند بر نتایج این‌گونه مطالعات تأثیر بگذارد. این مطالعه همچنین شامل یک نمونه جامعه از دانش‌آموزان بود. شاید جالب باشد که ببینیم آیا یافته‌ها در نمونه‌های غیر دانش‌آموزی تکرار می‌شوند یا خیر. مطالعه حاضر فقط افسردگی را به‌عنوان یک مکانیسم میانجی در رابطه بین اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی با نوموفوبیا بررسی کرد. با این حال، برخی متغیرهای میانجی دیگر مانند نشخوار فکری مشترک، اضطراب و غیره را نیز می‌توان در نظر گرفت. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی دانش‌آموزان دیگر شهرها هم انجام شود. چرا که نوموفوبیا فارغ از مسائل فرهنگی و تفاوت‌های قومیتی و نژادی می‌تواند در تمامی فرهنگ‌ها وجود داشته باشد و شناسایی عوامل مؤثر بر این اعتیاد رفتاری اهمیت دارد. به روانشناسان و مشاوران بالینی پیشنهاد می‌شود که در درمان اعتیادهای رفتاری همچون نوموفوبیا در نوجوانان به نقش اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی

¹. Haywood

توجه کنند. چرا که غلبه بر اجتناب تجربه‌ای و مدیریت کژتنظیمی هیجانی قابل آموزش است. بر این اساس روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه مشکلات و اعتیادهای رفتاری همچون نوموفوبیا فعالیت می‌کنند در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی با در نظر کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان در مدارس زیر نظر سازمان آموزش و پرورش به بهبود اعتیادهای رفتاری نوجوانان همچون نوموفوبیا آنان کمک کنند. بنابراین نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) اجتماعی دانش‌آموزان متأثر از اجتناب تجربه‌ای و کژتنظیمی هیجانی و افسردگی است. از این یافته می‌توان برای طراحی مداخله و رویکرد جامع کاهش نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) در جامعه دانش‌آموزان استفاده کرد.

منابع

- اکبری فر، حسین؛ زارع مقدم، علی؛ عیدان، جعفر؛ قربانی، مریم؛ و پادروند، حافظ. (۱۳۹۵). مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان، اجتناب شناختی و خود تنظیمی عاطفی در دانش‌آموزان با و بدون آسیب بینایی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۶(۳)، ۲۴-۱۵.
- بگیان کوله مرز، مجتبی؛ کرمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد؛ و الهی، عادل. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۶۳-۳۵.
- جانجانی، بهاره؛ جدیدی، سما؛ وحیدی فرد، محبوبه؛ تاجی پور، آمنه؛ و عموخیلی، مرجان. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش ابراز وجود بر احساس تنهایی و افسردگی دانش‌آموزان دختر با اختلال فوبی تلفن همراه. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۱)، ۱۰۶-۹۱.
- دابسون، کیت استفان؛ و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *نشریه توانبخشی*، ۸(۲۹)، ۸۶-۸۰.
- شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا؛ غباری بناب، باقر؛ و انبیاپی، رباب. (۱۳۹۷). بررسی رابطه صبر و شفقت به خود با افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۱۱(۲)، ۴۵-۳۶.
- شمس، سوگل؛ حیدری، شعبان؛ و حسن‌زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۶(۱)، ۴۹-۳۹.
- صدیقی ارفعی، فریبرز؛ و تابش، ریحانه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر احساس تنهایی و کفایت اجتماعی در نوجوانان دختر دارای نشانه‌های نوموفوبیا. *نشریه علمی رویش روانشناسی*، ۹(۱)، ۴۳-۳۳.
- صدیقی ارفعی، فریبرز؛ و تابش، ریحانه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر احساس تنهایی و کفایت اجتماعی در نوجوانان دختر دارای نشانه‌های نوموفوبیا. *نشریه علمی رویش روانشناسی*، ۹(۱)، ۴۳-۳۳.
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا؛ و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵.
- عبدی، رضا؛ و کبودی، ناهید. (۱۳۹۵). نقش تعدیلی اجتناب تجربه‌ای در رابطه‌ی بین حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴۰)، ۶۶-۵۷.
- علیزاده، محسن؛ حسنی، محسن؛ میان‌بندی، گوهر؛ عاشوری، احمد. (۱۴۰۰). رواسازی و اعتباریابی پرسش‌نامه نوموفوبیا در نمونه ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۲)، ۲۴۷-۲۳۴.

- کرمانی مامازندی، زهرا؛ و طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. *نشریه علمی و پژوهشی آموزش و ارزشیابی*، ۱۱(۴۲)، ۱۱۷-۱۴۲.
- کلاه کج، بنت الهدی؛ خلعتبری کچانک، جواد؛ صلاحیان، افشین؛ و نصراله‌ی، بیتا. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نوموفوبیا بر اساس سبک‌های والدگری ادراک شده با نقش واسطه‌ای احساس تنهایی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۲۹۱-۳۰۲.
- کهتری هرزنگ، لیلا؛ حشمتی، رسول؛ و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۷). بررسی روابط ساختاری افسردگی بر مبنای اجتناب تجربه‌ای و سرکوبگری عاطفی: نقش میانجی شفقت بر خود. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۳)، ۲۸۴-۲۹۷.
- کهتری هرزنگ، لیلا؛ حشمتی، رسول؛ و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۸). تمایزگذاری افراد چاق مبتلا و غیرمبتلا به اختلال پرخوری بر اساس تکانشگری و اجتناب تجربه‌ای: یک مطالعه همبستگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۱)، ۸۴-۹۵.
- اللهیار، اشرف؛ و زینالی، علی. (۱۳۹۹). مدل کاهش سوء‌مصرف مواد در نوجوانان دیابتی: نقش افسردگی و استرس با میانجیگری مهارت‌های حل مسئله و تعارض. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۲)، ۱۳۷-۱۲۶.
- ویسی، سعید؛ شیرپور، احسان؛ ایمانی، صدف؛ و شیرپور، یاسر. (۱۴۰۱). نقش ممیزی پرخاشگری، دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی پسران بر رفتارهای وندالیستی. *پژوهش در روان درمانی کودک و نوجوان*، ۱(۱)، ۷۶-۶۵.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.)*. Washington, DC. American Psychiatric Press
- Bartwal, J., & Nath, B. (2020). Evaluation of nomophobia among medical students using smartphone in north India. *Medical Journal Armed Forces India*, 76(4), 451-455.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Bellato, A., Sesso, G., Milone, A., Masi, G., & Cortese, S. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: Altered Autonomic Functioning in Youths With Emotional Dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1(1), 1-10.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Baillie, A., & Murray, S. B. (2018). Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(1), 59-69.
- Di Tella, M., Ghiggia, A., Testa, S., Castelli, L., & Adenzato, M. (2019). The Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, validity and reliability of the Italian translation. *PloS one*, 14 (1), 1-10.
- Faro, A., & Pereira, C. R. (2020). Factor structure and gender invariance of the Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II) in a community-dwelling sample of adults. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 16-31.
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, 245, 856-860.

- Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020). Assessing nomophobia: validation study of the European Portuguese version of the Nomophobia Questionnaire. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1521-1530.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Guetta, R. E., Cassiello-Robbins, C., Trumbull, J., Anand, D., & Rosenthal, M. Z. (2022). Examining emotional functioning in misophonia: The role of affective instability and difficulties with emotion regulation. *Plos one*, 17(2), 1-10.
- Hamilton, M. A. X. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*, 6(4), 278-296.
- Haywood, S. B., Hasking, P., & Boyes, M. E. (2023). Associations between non-suicidal self-injury and experiential avoidance: A systematic review and Robust Bayesian Meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 1(2), 1-10.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th Ed.), New York: The Guilford Press.
- Kneidinger-Müller, B. (2019). When the smartphone goes offline: A factorial survey of smartphone users' experiences of mobile unavailability. *Computers in Human Behavior*, 98, 1-10.
- Meesters, Y., Sijbrandij, J. J., Visser, E., & de Beurs, E. (2021). Sensitivity to change of the Beck Depression Inventory versus the Inventory of Depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 281(2), 338-341.
- Meinitzer, S., Baranyi, A., Holasek, S., Schnedl, W. J., Zelzer, S., Mangge, H., & Enko, D. (2020). Sex-Specific Associations of Trimethylamine-N-Oxide and Zonulin with Signs of Depression in Carbohydrate Malabsorbers and Nonmalabsorbers. *Disease Markers*, 2020.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Park, C. S., & Kaye, B. K. (2019). Smartphone and self-extension: Functionally, anthropomorphically, and ontologically extending self via the smartphone. *Mobile Media & Communication*, 7(2), 215-231.
- Reffi, A. N., Pinciotti, C. M., Darnell, B. C., & Orcutt, H. K. (2019). Trait mindfulness and PTSD symptom clusters: Considering the influence of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 137, 62-70.
- Santl, L., Brajkovic, L., & Kopilaš, V. (2022). Relationship between Nomophobia, Various Emotional Difficulties, and Distress Factors among Students. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 12(7), 716-730.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8 (2), 23-74.
- Sharma, M., Mathur, D. M., & Jeenger, J. (2019). Nomophobia and its relationship with depression, anxiety, and quality of life in adolescents. *Industrial psychiatry journal*, 28(2), 231-242.
- Sneider, J., Cohen-Gilbert, J., Caine, C., Rieselbach, M., Oot, E., Seraikas, A., & Silveri, M. (2019). S82. Greater Depression Severity is Associated With Lower Frontal Brain Gaba in Women. *Biological Psychiatry*, 85(10), S328-S329.

- Sörman, K., Garke, M. Å., Isacsson, N. H., Jangard, S., Bjureberg, J., Hellner, C., & Jayaram-Lindström, N. (2022). Measures of emotion regulation: Convergence and psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale and emotion regulation questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 78*(2), 201-217.
- Sureka, V., Suma, S., Subramanian, S., Brinda, S., Bhagyashree, N., Ramya, K., & Ganesh, M. (2020). Prevalence of nomophobia and its association with stress, anxiety and depression among students. *Biomedicine, 40*(4), 522-525.
- Tams, S., Legoux, R., & Léger, P. M. (2018). Smartphone withdrawal creates stress: A moderated mediation model of nomophobia, social threat, and phone withdrawal context. *Computers in Human Behavior, 81*(1), 1-9.
- Tusa, N., Koponen, H., Kautiainen, H., Korniloff, K., Raatikainen, I., Elfving, P., & Mäntyselkä, P. (2019). The profiles of health care utilization among a non-depressed population and patients with depressive symptoms with and without clinical depression. *Scandinavian journal of primary health care, 37*(3), 312-318.
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12*(1), 278-284.
- Valenti, G. D., Bottaro, R., & Faraci, P. (2022). Effects of Difficulty in Handling Emotions and Social Interactions on Nomophobia: Examining the Mediating Role of Feelings of Loneliness. *International Journal of Mental Health and Addiction, 1*(1), 1-15.
- Wang, Y., Wu, C. H., & Chen, L. H. (2023). A longitudinal investigation of the role of perceived autonomy support from coaches in reducing athletes' experiential avoidance: The mediating role of subjective vitality. *Psychology of Sport and Exercise, 64*(1), 1-10.
- Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior, 49*(2), 130-137.
- Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences, 152*, 109-119.
- Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., & Kaslow, N. J. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: mediating role of self-compassion. *Omega-Journal of Death and Dying, 80* (2), 202-223.