

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

مقایسه اثربخشی آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تکانش‌گری دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند

سعید نجارپور استادی^۱

بهمن اکبری*^۲

جواد خلعتبری^۳

جلیل باباپور خیرالدین^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تکانش‌گری دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز که دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند بودند، انجام شد. در این مطالعه نیمه آزمایشی، از بین دانشجویانی که نمره آنان در مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، دو انحراف معیار و در مقیاس تکانش‌گری، یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. تعداد افراد هر سه گروه ۱۵ نفر بود. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانش‌گری مؤثر بوده است ($P < 0/05$). همچنین اثر زمان (اثر درون‌گروهی) نیز معنادار بود ($P < 0/05$) و فقط در مورد گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، کاهش تکانش‌گری روی داده بود و در گروه کیفیت زندگی تغییری مشاهده نشد. پس می‌توان اظهار داشت که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی به کاهش تکانش‌گری منجر شده است و این کاهش در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بود.

واژگان کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی؛ درمان مبتنی بر کیفیت زندگی؛ تکانش‌گری

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

Emial:

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۴- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

مقدمه

اگر چه اینترنت برقراری روابط مجازی افراد در سرتاسر جهان را تسهیل می‌کند، اما از طرفی نیز گستره روزافزون این نوع روابط، موجب افزایش نگرانی‌هایی در چند سال اخیر شده است (پیکانیان و فرهادی، ۱۳۹۶). یکی از موضوعاتی که در حال حاضر با اینترنت عجین شده، مفهوم شبکه اجتماعی^۱ است (عدلی‌پور، ۱۳۹۱). شبکه‌های اجتماعی اینترنتی، طی دهه گذشته با گسترش سریع در بین کاربران ایرانی رواج پیدا کرده‌اند و میلیون‌ها نفر در این شبکه‌ها عضویت یافته‌اند (برات دستجردی و صیادی، ۱۳۹۱). در مورد علت‌های استفاده افراد از شبکه‌های اجتماعی مجازی، نظرات مختلف و متفاوتی وجود دارد. از مهم‌ترین آنها به این عوامل می‌توان اشاره کرد: هدف ارزشمند، خودشناسی، سرگرمی، تقویت ارتباطات اجتماعی و حفظ یا افزایش روابط بین فردی (چئونگ و لی^۲، ۲۰۰۹)، نگهداری و گسترش روابط با دوستان و سایرین، و در مجموع حفظ سرمایه‌های اجتماعی (الیسون، استاینفیلد و لامپه^۳، ۲۰۰۷؛ کانه، فیچمن، گالاگر و گلاسر^۴، ۲۰۰۹). اما یکی از مشکلاتی که کاربران عمده شبکه‌های مجازی و استفاده‌کنندگان گوشی‌های هوشمند^۵ دچار آن می‌شوند، اعتیاد^۶ است. امروزه اعتیاد، نه تنها اعتیاد به مواد مخدر و یا سوء مصرف مواد را شامل می‌شود، بلکه قابل طبقه‌بندی به الکل، سیگار، مواد مخدر، قمار، بازی، اینترنت، گوشی‌های هوشمند و سکس است (ائوم، پارک و ییم^۷، ۲۰۱۶؛ لی^۸، ۲۰۰۶).

گوشی‌های هوشمند به ابزاری ضروری در جامعه معاصر ما تبدیل شده‌اند (کونون، لی، وون، پارک^۹ و همکاران، ۲۰۱۳). اما از سویی دیگر، گوشی‌های هوشمند به‌نوع جدیدی از اعتیاد تبدیل شده‌اند که ناشی از سرعت پیشرفت و توسعه، از جمله در زمینه رسانه‌های اینترنتی، خود گوشی‌های هوشمند و صنعت فن‌آوری اطلاعات^{۱۰} است (کونون، کیم، چو و یانگ^{۱۱}، ۲۰۱۳). هنگامی که دانش‌آموزان و دانشجویان، تحت تأثیر استرس‌های روانی و

1- social network
3- Ellison, Steinfield & Lampe
5- smartphone
7- Eum, Park & Yim
9- Kwon, Lee, Won, Park & et al
11- Kim, Cho & yang

2- Cheung & Lee
4- Kane, Fichman, Gallagher & Glaser
6- addiction
8- Lee
10- IT (information Technology)

جسمانی نیروهای بیرونی قرار می‌گیرند، در اینترنت به گشت‌وگذار می‌پردازند، یا با بازی کردن، خود را مشغول می‌کنند و از این ابزارها برای رهایی از استرس بهره می‌برند (کیم، ۲۰۱۳). بنابراین، به نظر می‌رسد علت اصلی اعتیاد نوجوانان و جوانان به گوشی‌های هوشمند، استرس‌های نشأت گرفته از خانواده و مدرسه است (چوی، کیم، یانگ، لی، جوو و جونگ^۱، ۲۰۱۴).

یکی از متغیرهایی که در بحث اعتیاد می‌تواند قابل بررسی باشد، تکانش‌گری^۲ است. تکانش‌گری یعنی انجام واکنش‌های بدون تأمل در برابر محرک‌های درونی و بیرونی، بدون در نظر گرفتن اثرات فردی و اجتماعی آن (استنفورد، ماتیاس، دوگرتی، لیک، اندرسون و پاتون^۳، ۲۰۰۹). همچنین تکانش‌گری یعنی عمل غریزی و بدون توجه به نقش خود^۴ (اوندین^۵، ۱۹۹۹). تکانش‌گری طیف گسترده‌ای از رفتارهایی است که روی آن کمتر تفکر شده، به صورت رشد نیافته برای دستیابی به یک پاداش یا لذت بروز می‌کنند، از خطر بالایی برخوردارند و پیامدهای ناخواسته قابل توجهی را در بر دارند. تکانش‌گری گرایش به رفتارهایی است که شامل بی‌ملاحظگی، پیش‌بینی ناپذیری و عمل کردن بدون نقشه قبلی و یا رفتارهایی است که بدون تفکر یا اندیشه درست اتفاق می‌افتند (نریمانی، وحیدی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۲). تکانش‌گری را می‌توان نوعی بدکارکردی در نظر گرفت که با خودکشی در ارتباط است. فردی که تکانش‌گر است به دلیل انجام رفتارهای پرخاشگرانه، ممکن است به جسم خود آسیب برساند (وردجو- گارسیا، لاورنس و کلارک^۶، ۲۰۰۸).

یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌ها بیانگر این است که افراد دارای نمرات بالا در تکانش‌گری، دچار اختلالات هیجانی می‌باشند (شرایبر، گرانت و ادلاگ^۷، ۲۰۱۲؛ آبراموویتز و برنباوم^۸، ۲۰۰۷). طبق نتایج به دست آمده از پژوهش‌های مختلف، می‌توان تکانش‌گری را دارای چهار مولفه قلمداد کرد: ۱- فقدان برنامه‌ریزی: تمایل به انجام رفتارها به شکل فوری و سریع بدون تفکر و برنامه‌ریزی برای آنها، ۲- فوریت: ضعف در مقابله با تکانه‌ها و انجام

1- Choi, Kim, Yang, Lee, Joo & Jung
3- Stanford, Mathias, Dougherty, Lake,
Anderson & Patton
5- Evenden
7- Schreiber, Grant & Odlaug

2- impulsiveness
4- ego
6- Verdejo-García, Lawrence & Clark
8- Abramowitz & Berenbaum

اعمال غیرقابل کنترل به هنگام تجربه هیجانات مثبت یا منفی، ۳- هیجان‌طلبی: تمایل زیاد به خطرپذیری و به دنبال تجربه هیجان بودن، و ۴- فقدان ثبات: ضعف در حفظ توجه در انجام وظایف و تکالیف و نیز ضعف در تحمل خستگی (هاینز، بوئی، توماس و بلونینگن، ۲۰۱۵). رفتارگرایی، تکانش‌گری را رسیدن به پاداش‌های کم‌ارزش در بازه زمانی کوتاه، در برابر رسیدن به پاداش‌های پرارزش اما دیرآیند تلقی می‌کند. بر این اساس می‌توان اظهار داشت که اگر چه رفتارهای تکانشی با آسیب یا زیان‌های احتمالی همراه هستند اما امکان دستیابی به پاداش را نیز فراهم می‌کنند (پتری، ۲۰۰۱: اختیاری، بهزادی، جنتی و مقیمی، ۱۳۸۲). پژوهش‌های اخیر در نمونه‌های غیر الینی نشان داده‌اند که وقتی در طی یک دوره، میزان تکانش‌گری فرد کاهش می‌یابد، احتمال سوءمصرف مواد و مشکلات وابسته به آن نیز کاهش پیدا می‌کند (آقایوسفی، ترخان و قربانی، ۱۳۹۴). از نظر همیلتون، لیتلفیلد، آناستازیو، کانینگهام، فینک، وینگ و همکاران^۲ (۲۰۱۵) تکانش‌گری یک ساختار چندوجهی دارد و بر ابعاد مختلف روان‌شناختی و اختلالات شخصیت، تأثیر می‌گذارد. آنها بر این اعتقادند که با وجود اهمیت بالای موضوع، پیشرفت در درک و درمان تکانش‌گری به علت کم‌دقتی در تعریف و ارزیابی آن، محدود شده است. مولر، بارات، دوگرتی، شمیتز و سوان^۳ (۲۰۰۱) تأثیر تکانش‌گری بر مصرف کوکائین و حفظ آن در طول دوره درمان را موضوع تحقیق خود قرار دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که تکانش‌گری، پیش‌بینی‌کننده معناداری از مصرف کوکائین و حفظ دوره درمان است و لازم است تکانش‌گری در درمان وابستگی به کوکائین هدف‌گذاری شود.

از رفتار درمانی دیالکتیکی برای درمان طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی استفاده می‌شود؛ که از آن جمله به درمان اختلالات شخصیت (سولر، پاسکال، تیان، باراجینا و همکاران^۴، ۲۰۰۹) و سوءمصرف مواد (لینهان، و همکاران^۵، ۲۰۰۲) می‌توان اشاره کرد. اثربخشی این روش در مورد اختلالات خلقی و هیجانی نیز محرز شده است (چو، ۲۰۰۶).

1- Heinz, Bui, Thomas & Blonigen
3- Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann
5- Linehan & et al

2- Hamilton, Littlefield, Anastasio, Cunningham, Fink, Wing & et al.,
4- Soler, Pascual, Tiana, Barrachina & et al
6- Chew

در این روش، سعی بر آن است که ابتدا فعالیت‌های فرد تحت کنترل درآید، سپس مهارت‌های رفتاری به وی آموزش داده می‌شود تا احساس بهتر بودن کند و بتواند بر مشکلات زندگی خویش غلبه کند و در نهایت به او کمک می‌شود به دنبال کسب لذت و موفقیت باشد. این روش درمانی، مبتنی بر سه رویکرد نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین‌های ذن^۱ است. این روش درمانی چهار ویژگی ذهن‌آگاهی فراگیر^۲، تحمل پربشانی^۳، تنظیم هیجانی^۴ و تأثیرگذاری بین فردی^۵ را برای ایجاد تغییر در فرد پیشنهاد می‌کند (لینهان و دکستر-ماز، ۲۰۰۸؛ به نقل از شریفی درآمدی، پادروند، بگیان کوله مرز و ویسی، ۱۳۹۲؛ میلر، راتوس^۶ و لینهان، ۲۰۰۷؛ میلر و راتوس، ۲۰۰۶). در پژوهش‌های مختلفی مشخص شده است که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانش‌گری افراد اثربخش بوده است (به‌عنوان مثال، وان‌دیجک، جفری و کاتز^۷، ۲۰۱۲؛ فلیش‌هاکر، بوهم، سیکست، بروک، شنايدر و شولز^۸، ۲۰۱۱؛ سافر، روبینسون و جو^۹، ۲۰۱۰؛ مک‌کوئیلان، نیکاسترو، گوئنات، گیرارد، لیسنر و فررو^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ گلدشتاین، آکلسون، بیرماهر و برنت^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ سولر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ اخوان و سجادیان، ۱۳۹۵؛ آقاییوسفی، ترخان و قربانی، ۱۳۹۴؛ برجلی، بگیان کوله‌مرز، یزدان‌پناه و رجبی، ۱۳۹۴؛ اعظمی، سهرابی، برجلی و چوپان، ۱۳۹۳). این پژوهش‌ها به شکل عمده در مورد افرادی که اختلال شخصیت مرزی، اختلالات خوردن و خوراک، اختلال دوقطبی و سوء مصرف مواد داشته‌اند، انجام شده است؛ اما در مورد افرادی که دچار اعتیاد به گوشی‌های هوشمند هستند، چنین پژوهشی صورت نگرفته است.

یکی از روش‌های درمانی که از رویکرد رضایت از زندگی و کیفیت زندگی حمایت و پشتیبانی می‌کند، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی^{۱۳} است. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی می‌کند جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی و روان‌شناسی مثبت را به شکل موثر انسجام بخشیده و مورد استفاده قرار دهد. درمان مبتنی بر کیفیت

1- Zen

3- distress tolerance

5- nterpersonal effectiveness

7- Safer, Robinson & Jo

9- VanDijk, Jeffrey & Katz

11- Goldstein, Axelson, Birmaher & Brent

13- quality of life therapy

2- core mindfulness

4- emotion regulation

6- Miller & Rathus

8- Fleischhaker, Böhme, Sixt, Brück, Schneider & Schulz

10- Safer, Robinson & Jo

12- Soler & et al

زندگی، از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و فنون برای کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. حیطه‌های ارائه شده در این رویکرد عبارتند از: بهداشت و سلامت جسمانی، عزت‌نفس، اهداف و ارزش‌ها، کار، پول، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه و همسایه، جامعه، همسر، و در مجموع، زندگی. هدف درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عبارت است از افزایش خود - مراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی. در نظریه کیفیت زندگی، مفهوم رضایت از زندگی اشاره دارد به ارزیابی ذهنی ما از میزان برآورده شدن مهم‌ترین نیازها، اهداف و آرزوهای ما (فریش، ۲۰۰۶).

با توجه به توضیحات ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، از نوع درمان‌های تازه در حیطه روان‌شناسی مثبت‌نگر است و هدف آن فراهم کردن بهزیستی، افزایش رضایت‌مندی زندگی، درمان اختلالات روانی چون افسردگی و از این قبیل، البته در کل گستره زندگی است (فریش، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سعی می‌شود تغییراتی در پنج حوزه یعنی، شرایط زندگی^۱، نگرش‌ها^۲ یا ادراک، استانداردهای تعریف شده برای خویش^۳، ارزش‌ها^۴ و رضایت عمومی از زندگی^۵ به دست آید (فریش، ۲۰۰۶). با تغییرات ایجاد شده در این حوزه‌ها بر اساس الگوی کیفیت زندگی، درمان‌جویان افزایش رضایت‌مندی و شادکامی را تجربه می‌کنند. بنابراین، فاصله بین آنچه هست و آنچه می‌خواهد باشد کاهش می‌یابد و منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (فریش، ۲۰۱۳). پس می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، یکی از بهترین روش‌های درمانی برای افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود (رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی این روش در تنظیم هیجان (مطهری، اعتمادی، شفیع‌آبادی و قربانی، ۲۰۱۶)، بهبود کیفیت زندگی معتادان (رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵؛ پرزور، علیزاده گورادل، یاقوتی زرگر و بشرپور، ۱۳۹۴).

1- circumstance
3- standards of fulfillment
5- overall satisfaction

2- attitude
4- importance

بهبودی روان‌شناختی (رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۲) و اضطراب (یوسف‌پور، آهی و نصری، ۱۳۹۴) بوده است. با توجه به این که در مورد اثربخشی این روش بر متغیر تکانش‌گری، پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پیشینه پژوهشی در خور توجهی به دست نیامد.

میزان استفاده از اینترنت، بستگی به سن کاربران دارد و مراحل زندگی نیز، میزان بهره‌مندی از امکانات اینترنت را مشخص می‌کند. گویا این بهره‌مندی در بین جوانان بیشتر است (هلسپر، ۲۰۱۰). دوران جوانی یک عامل پیش‌گویی کننده مهم برای درگیر شدن در رفتارهای تکانشی و مخاطره‌آمیز است. از آنجا که رفتارهای تکانشی جزء مهمی از رفتارهای روزانه، به‌ویژه جوانان را تشکیل می‌دهد و شامل اعمالی است که تأمل کمتری روی آن می‌شود و به‌صورت نابالغ بروز می‌کند، نیاز به بررسی دقیق‌تر رفتار تکانش‌گری در این طیف از افراد جامعه احساس می‌شود (نادری و حق‌شناس، ۱۳۸۸). به‌نظر می‌رسد که با افزایش تکانش‌گری جوانان، میزان استفاده از گوشی‌های هوشمند نیز بیشتر می‌شود و با حمایت روانی و پاداش فوری که از این طریق به دست می‌آورند، به تعادل‌بخشی و آرامش‌بخشی خویش، نایل می‌آیند. هر دو روش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر جنبه‌های مختلف روابط میان‌فردی، کنترل هیجانات، افزایش رضایت از زندگی، خود-مراقبتی، کاهش اضطراب و افسردگی تأکید می‌کنند. همچنین افراد وابسته به گوشی‌های هوشمند، احتمالاً به دلیل وجود مشکلات در همین حیطه‌های زندگی، به استفاده بیش از حد از گوشی‌های خود مبادرت می‌ورزند.

از سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌هایی که در زمینه اعتیاد به اینترنت صورت گرفته، به ارتباط و همبستگی بسیاری از متغیرها با این پدیده اشاره دارند، اما پژوهش‌هایی که به رابطه علی و سببی این متغیرها اشاره کنند، بسیار کم است (بیون و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین، در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش فنون درمان کیفیت زندگی و آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی بر تکانش‌گری دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند بررسی می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از نظر جمع‌آوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از لحاظ هدف و فرضیه پژوهش نیز از جمله طرح‌های کاربردی محسوب می‌شود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و مجرد شاغل به تحصیل در رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در نیمسال دوم ۹۵-۹۶ بود. این افراد در حدود ۵۲۹ نفر بودند. با توجه به تعداد جامعه آماری، حجم نمونه مورد نیاز برای اجرای پژوهش با فرمول کوکران، ۲۲۳ نفر به دست آمد. پس از تکمیل مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند توسط آنان، از بین افرادی که نمره مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند آنها دو انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و نمرات تکانش‌گری آنان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که نمرات به دست آمده در این مرحله از پژوهش، به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس آزمودنی‌های گروه اول به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی و آزمودنی‌های گروه دوم نیز به همان میزان، تحت آموزش فنون درمان کیفیت زندگی قرار گرفتند. اما گروه کنترل، هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. در آخرین جلسه آموزش فنون درمان کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی، مجدداً پرسشنامه تکانش‌گری در مورد هر سه گروه اجرا شد. این نمرات به عنوان نمرات پس‌آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. در نهایت پس از سه ماه از اجرای پس‌آزمون، مجدداً مقیاس تکانش‌گری، در مورد تمام آزمودنی‌ها اجرا شد تا اثرات آموزش فنون درمان کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی، در طول زمان، مشخص شود. برای این که اعضای گروه کنترل، بدون دریافت هیچ‌گونه آموزشی، فرایند پژوهش را ترک نکنند، پس از اتمام پژوهش، فنون آموزش داده شده به دو گروه آزمایشی، در قالب یک پکیج آموزشی به اعضای گروه کنترل ارائه شد. لازم به توضیح است که این جلسات توسط پژوهشگر و در موسسه نواندیش تکاملی تبریز برگزار شد.

ابزار

مقیاس تکانش‌گری بارات (نسخه فارسی ویرایش ۱۱): این مقیاس دارای ۲۵ گویه بوده و توسط جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) اعتباریابی شده است. البته نسخه اصلی مقیاس دارای ۳۰ گویه بود که در نسخه فارسی آن به دلیل دارا بودن بار عاملی مشترک و یا کمتر از ۰/۳۰ از فهرست سؤالات مقیاس حذف شدند. نمره‌گذاری آن به روش لیکرت و چهار نمره‌ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۴) انجام می‌شود. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل عدم برنامه‌ریزی (بی‌توجهی به آینده‌نگری در رفتار و اعمال)، تکانش‌گری حرکتی (عمل بدون فکر و تأمل) و تکانش‌گری شناختی (تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌سازی بلافاصله)، خلاصه می‌گردد. در این مقیاس، با افزایش نمره، تکانش‌گری نیز افزایش می‌یابد. در پژوهش جاوید و همکاران (۱۳۹۱) پایایی کل پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶۲ به دست آمد.

مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند (SAS): این مقیاس توسط کیون و همکاران (۲۰۱۳) تهیه شده و دارای ۳۳ گویه است. نمره‌گذاری آن به روش ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۶ تا کاملاً مخالفم = ۱) انجام می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده اعتیاد به گوشی‌های هوشمند است. این مقیاس شامل ۶ خرده مقیاس اختلال در زندگی روزمره، پیش‌بینی مثبت، عقب‌نشینی، استفاده بیش از حد، تحمل و ارتباط با جهت‌گیری مجازی می‌باشد. کیون و همکاران (۲۰۱۳) پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با همین روش ۰/۹۴۱ به دست آمد.

روش‌های مداخله

پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به گروه اول، فنون درمان کیفیت زندگی و به گروه دوم فنون رفتار درمانی دیالکتیکی، طبق جدول ذیل آموزش داده شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

جدول (۱) محتوای جلسات آموزش فنون کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسات	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی ^۱	رفتار درمانی دیالکتیکی ^۲
اول	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روش‌های تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روش‌های مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب‌رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و... تدوین برنامه توجه برگردانی، خودآرامش‌بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، ارائه تکلیف
سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید، تدوین طرح مقابله‌ای برای شرایط ضروری، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
چهارم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به‌عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون بنیادین توجه آگاهی: آشنایی با فنون، تمرین بی‌توجهی، اهمیت فنون توجه آگاهی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی،	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون پیشرفته توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوت‌ها و برجسبها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارائه تکالیف برای جلسه بعد

۱- مهارت‌های این دوره از مقاله اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰) برگرفته شده است.

۲- مهارت‌های این دوره از کتاب تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران ترجمه حمیدپور، جمع‌پور و اندوز (۱۳۹۳) برگرفته شده است.

ادامه جدول (۱)

جلسات	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی ^۱	رفتار درمانی دیالکتیکی ^۲
	آموزش اصول کیفیت زندگی	
ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین و پیشرفته نظم بخشی: هیجان‌ها و نحوه عمل آنها، فنون نظم‌بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش هیجان‌های مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین ارتباط موثر: رفتار منفعل - پرخاشگرانه، تناسب خواسته‌های من و آنها، نسبت خواسته‌ها و بایدها، مهارت آموزی، فنون کلیدی بین فردی، موانع استفاده از فنون بین فردی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هشتم	ارائه خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته ارتباط موثر: شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، پیش نویس‌های جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مندان، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات

یافته‌ها

اطلاعات جدول (۲) میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری تکانش‌گری سه گروه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

۱- مهارت‌های این دوره از مقاله اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران (پاداش و همکاران، ۱۳۹۰) برگرفته شده است.

۲- مهارت‌های این دوره از کتاب تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران ترجمه حمیدپور، جمع‌پور و اندوز (۱۳۹۳) برگرفته شده است.

جدول (۲) نمرات میانگین و انحراف معیار تکانش‌گری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	رفتار درمانی دیالکتیکی		درمان مبتنی بر کیفیت زندگی		کنترل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تکانش‌گری	پیش آزمون	۶۷/۳۳	۴/۶۵	۶۸/۳۳	۴/۱۰
	پس آزمون	۶۳/۲۶	۳/۷۱	۶۷/۶۰	۳/۸۹
پیگیری سه ماهه	۶۱/۶۶	۳/۹۷	۶۷/۲۶	۳/۵۷	۲/۷۳

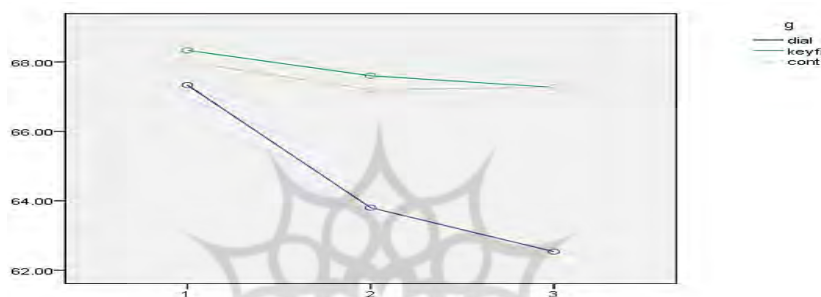
بر اساس این اطلاعات، میانگین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی در مراحل پس‌آزمون و مطالعه پیگیری به شکل محسوسی کاهش داشته است. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته (نرمال بودن توزیع نمرات) از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که این پیش‌فرض‌ها با مقادیر $(P > 0.05)$ مورد تأیید قرار گرفت. تصمیم‌گیری در خصوص تفسیر آماره‌های آزمون‌های چند متغیره یا استفاده از اثرهای درون آزمودنی، بستگی به خروجی آزمون کرویت ماچلی دارد. مقدار آزمون کرویت ماچلی $(P < 0.01)$ و $(X^2 = 25/667)$ به دست آمد. بر اساس نتایج حاصل، میزان تکانش‌گری در پیش‌آزمون به طور معناداری بیشتر از پس‌آزمون و مطالعه پیگیری است $(P < 0.001)$. اما تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و مطالعه پیگیری مشاهده نمی‌شود.

جدول (۳) آزمون‌های چندمتغیره

اثر	آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه × آزمایش	اثر پیلایی	۰/۲۹۰	۴	۸۴	۰/۰۱۰
	لامبدای ویلکز	۰/۷۱۲	۴	۸۲	۰/۰۰۷
	اثر هتلینگ	۰/۴۰۱	۴	۸۰	۰/۰۰۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۹۴	۲	۴۲	۰/۰۰۱

برای بررسی اثر متقابل آزمایش × گروه، هر چهار روش چند متغیره (پیلایی، ویلکز، هتلینگ و روی) اثر متقابل معناداری را نشان می‌دهند $(P < 0.05)$. بنابراین، میزان تکانش‌گری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بستگی به نوع گروه‌های مورد مطالعه (رفتار

درمانی دیالکتیکی، بهبود کیفیت زندگی و کنترل) دارد. بررسی نمودار ذیل به تفسیر این اثر متقابل کمک می‌کند. لازم به ذکر است که این نمودار به کمک میانگین تکانش‌گری در جدول میانگین‌های حاشیه‌ای برآورد شده برای اثر متقابل گروه \times آزمایش، رسم شده است. این نمودار نشان می‌دهد که فقط در مورد گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، کاهش تکانش‌گری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری اتفاق افتاده است.



نمودار میانگین نمرات تکانش‌گری سه گروه طی سه مرحله اندازه‌گیری

جدول (۴) آزمون‌های مقابله‌ای درون‌آزمودنی در مورد متغیر وابسته (تکانش‌گری)

منبع تغییر	مقابله	SS	df	MS	F	سطح معناداری
آزمایش	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۱۵۶/۸۰۰	۱	۱۵۶/۸۰۰	۱۷/۸۸۳	۰/۰۰۰
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۱۷/۴۲۲	۱	۱۷/۴۲۲	۴/۹۴۹	۰/۰۳۲
گروه \times آزمایش	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۱۰۸/۹۳۳	۲	۵۴/۴۶۷	۶/۲۱۲	۰/۰۰۴
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۲۲/۷۱۱	۲	۱۱/۳۵۶	۳/۲۲۵	۰/۰۵۰
خطا (آزمایش)	سطح ۱ در مقابل سطح ۲	۳۶۸/۲۶۷	۴۲	۸/۷۶۸		
	سطح ۲ در مقابل سطح ۳	۱۴۷/۸۶۷	۴۲	۳/۵۲۱		

آزمون مقابله‌های درون‌آزمودنی، مقابله‌های تکانش‌گری حاصل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را برای سه گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد. اولین کنتراست، یعنی سطح ۱ در برابر سطح ۲، معنادار است ($P < ۰/۰۵$ و $F_{۴۲,۳} = ۶/۲۱۲$). بنابراین می‌توان اظهار داشت تفاوت میانگین‌های تکانش‌گری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای سه گروه یکسان

نیست. کاهش در تکانش‌گری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، از بیشترین مقدار برخوردار است (۵/۶۶۶). این مقدار برای گروه بهبود کیفیت زندگی (۱/۰۶۶) و برای گروه کنترل (۰/۷۳۳) است. مقابله دوم، یعنی سطح ۲ در مقابل سطح ۳، معنادار است ($P < ۰/۰۵$) و بیانگر آن است که تفاوت میانگین‌های تکانش‌گری بین پس‌آزمون و مطالعه پیگیری برای سه گروه یکسان نیست. با توجه به میانگین‌ها، مشخص می‌شود که در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، کاهش تکانش‌گری از بیشترین مقدار برخوردار است (۱/۶۰). این مقدار برای گروه بهبود کیفیت زندگی (۰/۳۳۳) و برای گروه کنترل (۰/۰۶۵) است.

جدول (۵) برون‌داد حاصل از آزمون‌های اثرهای بین‌آزمودنی

منبع	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری
مقدار ثابت	۱۹۸۶۲۴/۵۹۵	۱	۱۹۸۶۲۴/۵۹۵	۱/۶۶۴	۰/۰۰۰
گروه	۱۲۴/۵۰۹	۲	۶۲/۲۵۴	۵۰/۲۱۷	۰/۰۰۹
خطا	۵۰۱/۲۳۰	۴۲	۱۱/۹۳۴		

نتایج در مورد اثرهای بین‌آزمودنی‌ها، نشان می‌دهد که متغیر بین گروهی گروه، از نظر آماری معنادار است ($P < ۰/۰۵$ و $F_{۴۲,۷۳} = ۵/۲۱۷$). نتایج حاصل از میانگین‌های ارائه شده در میانگین‌های اصلاح شده برآورد شده برای گروه، بیانگر آن است که در میانگین سه آزمایش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) گروه رفتار درمانی دیالکتیکی دارای کمترین میزان تکانش‌گری (۶۴/۰۸۹)، و گروه بهبود کیفیت زندگی با میانگین ۶۷/۷۳۳ و گروه کنترل با میانگین ۶۷/۴۸۹ تقریباً از تکانش‌گری برابری برخوردارند.

جدول (۵) مقایسه زوجی میانگین متغیر وابسته در گروه‌های آموزشی

گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
رفتار درمانی	کیفیت زندگی	-۳/۶۴۴ ^x	۱/۲۶۱
دیالکتیکی	کنترل	-۳/۴۰۰ ^x	۱/۲۶۱
کیفیت زندگی	رفتار درمانی دیالکتیکی	۳/۶۴۴ ^x	۱/۲۶۱
کنترل	کنترل	۰/۲۴۴	۱/۲۶۱
کنترل	رفتار درمانی دیالکتیکی	۳/۴۰۰ ^x	۱/۲۶۱
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	-۰/۲۴۴	۱/۲۶۱

مقایسه‌های چندگانهٔ پسین شفه نشان می‌دهند که بین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (میانگین=۶۴/۰۸) با بهبود کیفیت زندگی (میانگین=۶۷/۷۳) و بین گروه رفتار درمانی دیالکتیکی (میانگین=۶۴/۰۸) با گروه کنترل (میانگین=۶۷/۴۸) در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعهٔ پیگیری، تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، روان‌شناسان و پژوهشگران به بررسی روز افزون علت یا علت‌های اختلالات روانی و رفتاری پرداخته‌اند و از این منظر به موضوع نگاه می‌کنند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌های افراد، ریشه در ناتوانی آنها در تحلیل صحیح و مطلوب از توانایی‌های خویش، عدم احساس کنترل و توانایی فردی برای مقابله با موقعیت‌های سخت زندگی، و عدم آمادگی برای حل مشکلات و دشواری‌های زندگی، به روش مناسب دارد. با توجه به تغییرات زیاد در حوزهٔ اجتماعی و مشکلات روزمره‌ای که افراد در هر جامعه‌ای با آنها رو به رو هستند، آماده نمودن افراد هر جامعه‌ای برای مقابله با این موقعیت‌ها، موضوعی مهم به نظر می‌رسد. بر این اساس، یک دسته از افرادی که نیازمند یاری‌رسانی و توجه بیش از پیش هستند، به اصطلاح تکانشگر نامیده می‌شوند. این افراد، بیشتر به دنبال کسب لذت و اجابت خواسته‌های خود در زمان حال هستند و خیلی کم به آینده توجه دارند. این افراد در مواقعی که نیاز به تصمیم‌گیری است، به صورت سریع و بدون در نظر گرفتن جوانب تصمیم خود، رفتار می‌کنند. آنها بی‌حوصله هستند و وظایف یا تکالیف را ناتمام رها می‌کنند. در مواقع عصبی بودن به راحتی پرخاشگری می‌کنند و در خیلی از موارد پس از انجام رفتار، از کردهٔ خود پشیمان می‌شوند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی منجر به کاهش تکانش‌گری دانشجویان دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند شده است. این یافته همراستا با نتایج پژوهش وان‌دیچک و همکاران (۲۰۱۲)؛ فلیش‌هاکر و همکاران (۲۰۱۱)؛ سافر و همکاران (۲۰۱۰)؛ مک کوئیلان و همکاران (۲۰۱۰)؛ گلدشتاین و همکاران (۲۰۰۷)؛ سولر و همکاران (۲۰۰۵)؛ اخوان و سجادیان (۱۳۹۵)؛ آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۴)؛ برجعلی و

همکاران (۱۳۹۴) و اعظمی و همکاران (۱۳۹۳) است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که رفتار درمانی دیالکتیکی در چهار حیطة عمده تأثیرگذار است. یکی از این حیطه‌ها، ذهن‌آگاهی است. یادگیری فنون ذهن‌آگاهی، از حواس‌پرتی افراد جلوگیری می‌کند. حواس‌پرتی می‌تواند منجر به بروز مشکلات عدیده‌ای شود که از جمله آنها ناتوانی فرد در توقف تفکر درباره گذشته یا آینده، عدم داشتن برنامه مدون و منظم و فقدان تمرکز بر انجام تکالیف مهم فعلی است. در واقع اهداف فنون ذهن‌آگاهی، توانایی دیدن رویدادها و مواجهه با افکار، بدون قضاوت درباره آنها است. در این صورت می‌توان اظهار داشت که فرد به صورت عاقلانه رفتار کرده و نسبت به اجرای رفتارهای پرخطر مانند خودآسیبی تجدیدنظر نماید. همچنین فنون ذهن‌آگاهی منجر به افزایش توجه فرد به موضوعات و موارد مفید یا مطلوب و عدم توجه یا توجه برگردانی از موضوعات و موارد غیر مفید یا حتی زیان‌بخش است. در مجموع ذهن‌آگاهی کمک می‌کند تا فرد بتواند به‌طور موثری هیجانات خود را تنظیم نماید. با این توضیحات به نظر می‌رسد که فنون ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افرادی که از اعتیاد به گوشی‌های هوشمند رنج می‌برند، ضمن کاهش نگرانی‌های ذهنی خود، به برنامه‌ریزی پرداخته و بر انجام امورات مهم و جاری زندگی روزمره خود تمرکز نمایند. در نتیجه، ضمن اجرای رفتارهای سودمند، از اجرای رفتارهای زیان‌بار خودداری کنند و از تجربه اضطراب و افسردگی ناشی از استفاده بیش از حد از گوشی‌های هوشمند اجتناب نمایند.

یکی دیگر از حیطه‌هایی که رفتار درمانی دیالکتیکی بر آن تمرکز و توجه دارد، مهارت‌های بین فردی است. در این حیطه، افراد ضمن یادگیری این که چگونه می‌توان بدون عصبانیت یا پرخاش، نیاز یا درخواستی را مطرح کرده یا به درخواست‌ها و نیازهای دیگران توجه نمود، متوجه می‌شوند که در برخی مواقع می‌توانند با نه گفتن و جرأت‌آموزی، خود را از زیر بار مسئولیت رفتارهای تکانه‌ای (مصرف مواد، وابستگی و ...) رها سازند. همچنین افراد یاد می‌گیرند که در صورت بروز تعارض در روابط، ضمن رعایت اصل احترام متقابل، به مذاکره برای حل و فصل مسئله بپردازند؛ بدون این که به رابطه آسیب وارد کنند. افراد دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند به دلیل استفاده بیش از حد از این وسیله ارتباطی، آگاهانه یا ناآگاهانه و به دلیل استفاده بیش از حد از گوشی هوشمند، با اعضای خانواده و

آشنایان درگیر شده، از آنان جدا می‌شوند و در نتیجه حمایت اجتماعی مورد نیاز را- به ویژه در مواقعی که به دیگران نیاز دارند- از دست می‌دهند. لذا کسب مهارت در حیطه روابط بین فردی، می‌تواند به آنها کمک کند تا به سمت اجتماع و به اصطلاح، با دیگران بودن حرکت کنند و در صورت بروز تعارضات بین فردی، به نحو مطلوبی آنها را مدیریت نمایند.

حیطه دیگری که در رفتار درمانی دیالکتیکی مد نظر است، فنون تنظیم هیجانی است. در این حیطه، افراد ضمن آشنایی با هیجانات اولیه و ثانویه، متوجه می‌شوند که با اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای مناسب، می‌توانند از بروز پریشانی در خود جلوگیری کنند و از رنج روزافزون اجتناب نمایند. آنها یاد می‌گیرند که به کارگیری روش‌های دردرساز برای مقابله با هیجانات، اغلب درد و رنج بیشتری را به ایشان تحمیل می‌کند. به نظر می‌رسد یکی از مشکلات عمده افراد دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در بحث تنظیم هیجانات باشد. آنها به هر دلیلی دچار اعتیاد به این گوشی‌ها شده‌اند. رفتارها، طعنه‌ها و برخوردهای سایرین با آنها، فرد را احتمالاً دچار خشم می‌کند (هیجان اولیه) و چون مهارت‌های لازم برای کنترل خشم را یاد نگرفته است، پرخاشگرانه رفتار می‌کند. به فاصله اندکی به خاطر این رفتار خود احساس گناه (هیجان ثانویه) می‌نماید و این چرخه مدت‌ها می‌تواند تداوم داشته باشد. با یادگیری فنون تنظیم هیجانی، غالباً افراد در کنار آمدن با هیجانات اولیه و ثانویه، روش‌هایی را انتخاب می‌کنند که رنجشان را کمتر کند.

در نهایت رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش فنون تحمل پریشانی به افراد کمک می‌کند تا با وقایع پریشان‌کننده، مناسب‌تر مقابله کنند. این فنون افراد را مقاوم‌تر می‌کنند و شیوه‌های جدید مقابله‌ای را ارائه می‌دهند تا افراد بتوانند تأثیرات شرایط پریشان‌کننده را کاهش دهند. با توجه به اینکه افراد دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند به شدت وسوسه استفاده از گوشی را دارند، لذا فنون این روش درمانی، می‌تواند به آنها کمک کند ضمن زندگی در زمان حال و در نتیجه فاصله گرفتن از اضطراب‌ها و فشارهای زندگی روزمره، با استفاده از فنون توجه‌برگردانی و حواس‌پرتی، توجه خود را به موضوعات مهم‌تر زندگی روزمره، غیر از گوشی هوشمند و فعالیت‌های مرتبط با آن گوشی‌ها معطوف سازند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کاهش تکانش‌گری آزمودنی‌ها اثربخش نبود. با توجه به اینکه در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تکانش‌گری، یافته دیگری به دست نیامد، لذا مقایسه نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌ها امکان‌پذیر نبود.

از آنجا که نمونه این پژوهش، تنها دانشجویان دختر را شامل می‌شد، لذا تعمیم نتایج به دیگر افراد جامعه که تحصیلات دانشگاهی ندارند و نیز، دیگر دانشجویان مذکر، با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران به مطالعه پیامدها و تبعات بالا بودن سطح تکانش‌گری در دانشجویان بپردازند. به مسئولان ذیربط نیز پیشنهاد می‌شود ضمن شناسایی دانشجویانی که در حیطه‌های روان‌شناختی، به ویژه اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، دچار مشکل هستند، شرایطی فراهم آورند تا تحت آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی قرار بگیرند. در این صورت تکانش‌گری آنان کاهش یافته و موجبات پیشرفت تحصیلی و سلامت روان ایشان فراهم می‌گردد.

۱۳۹۷/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۸/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۸/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- آسمند، پریسا؛ مامی، شهرام و رضا ولی‌زاده (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی، اضطراب و افسردگی جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳، ۱، ۳۳-۴۵.
- آقابوسفی، علی‌رضا؛ ترخان، مرتضی و طاهره قربانی (۱۳۹۴). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش تکانش‌گری در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد. *اعتیادپژوهی*، ۹، ۳۴، ۷۹-۹۷.
- اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ جنتی، علی و امیر مقیمی (۱۳۸۲). فرآیند کاهش ارزش تعویقی و رفتارهای تکانشی: معرفی یک مطالعه مقدماتی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۵، ۲، ۵۲-۶۴.
- اخوان، شیوا و ایلناز سجادیان (۱۳۹۵). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بیشبانی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی. *روان‌شناسی بالینی*، ۸، ۳(۳۱)، ۱۱-۲۳.
- اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و حامد چوپان (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. *اعتیادپژوهی*، ۸، ۳۰، ۱۲۷-۱۴۱.
- برات دستجردی، نگین و سمیه صیادی (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی بر اعتیاد به اینترنت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰، ۵، ۳۳۲-۳۴۱.
- برجعلی، احمد؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ یزدان‌پناه، محمدعلی و مسلم رجیبی (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش تکانشوری بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲۰، ۵، ۱۳۳-۱۶۰.
- برزور، پرویز؛ عزیزاده گورادل، جابر؛ یاقوتی زرگر، حسن و بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی، *اعتیادپژوهی*، ۹، ۳۵، ۱۲۷-۱۴۸.
- پیکانیان، راضیه و هادی فرهادی (۱۳۹۶). بررسی اعتیاد به اینترنت، میزان استفاده از پیام‌رسان‌های آنلاین و خیانت‌های اینترنتی به‌عنوان پیش‌آیند طلاق در زوج‌های در آستانه طلاق و مطلقه شهر اصفهان. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۷، ۱، ۸۱-۸۹.

- جاوید، محبوبه؛ محمدی، نوراله و چنگیز رحیمی (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی یازدهمین ویرایش مقیاس تکانشگری بارت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲، ۸، ۲۳-۳۴.
- رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس و محمد نریمانی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی زوجین ناسازگار. *مجله علمی پژوهان*، ۱۵، ۱، ۲۶-۳۵.
- رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس و محمد نریمانی (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳، ۱، ۱۰۵-۱۲۳.
- زمانی، نرگس؛ حبیبی، مجتبی و محمد درویشی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی‌گری دی‌الکتیکی با گروه درمانی‌شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی مادران کودکان معلول. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸، ۱، ۳۲-۴۲.
- شریفی درآمدی، پرویز؛ پادروند، حافظ؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و نصرالله ویسی (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳، ۱۲، ۱۴۹-۱۷۰.
- عدلی‌پور، صمد (۱۳۹۱). تحلیل جامعه‌شناختی پیامدهای شبکه‌های اجتماعی مجازی بر هویت اجتماعی کاربران جوان شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- علوی، خدیجه؛ مدرس‌غروی، مرتضی؛ امین‌یزدی، سیدامیر و جواد صالحی‌فدردی (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۲۴-۱۳۵.
- مک‌کی، متیو؛ وود، جفری و جفری برنتلی (۱۳۹۳). تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه‌پور و زهرا اندوز، تهران: ارجمند.
- نادری، فرح و فریبا حق‌شناس (۱۳۸۸). رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۱۱۱-۱۲۱.
- نریمانی، محمد؛ وحیدی، زهره و عباس ابوالقاسمی (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی خلقی، تکانش‌گری و فعال‌سازی و بازداری رفتاری در دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت وسواسی جبری و پارانوئید و بهنجار. *روان‌شناسی بالینی*، ۵، ۱۸(۱)، ۵۵-۶۵.
- یوسف‌پور، نرگس؛ آهی، قاسم و مریم نصری (۱۳۹۴). بررسی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار. *علوم پزشکی بیرجند*، ۲۲، ۲، ۱۴۵-۱۵۳.

- Abramowitz, A. & Berenbaum, H. (2007). Emotional triggers and their relation to impulsive and compulsive psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 43, 1356–1365.
- Azizi, A. Borjali, A., & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iran Journal Psychiatry*, 5(2):60-5.
- Byun, S., Ruffini, C., Mills, J.E., Douglas, A.C., Niang, M., Stepchenkova, S., Lee, S.K., Loutfi, J., Lee, J.K., Atallah, M., & Blanton, M. (2009). Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006 Quantitative Research. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 2, 203-207.
- Cheung, C.M.K. & M.K.O. Lee. (2009). Understanding the Sustainability of a virtual. Community: Model Development and Empirical Test. *Journal of Information Science*, 35(3), 279–298.
- Chew, C.E. (2006). The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults [microform]: a multiple baseline design, *Thesis (Ph.D.)*, University of Denver.
- Choi, S., Kim, S., Yang, J.-S., Lee, J.-H., Joo, C., Jung, H.-I. (2014). Real-time measurement of human salivary cortisol for the assessment of psychological stress using a smartphone. *Sensing and Bio-Sensing Research*, 2, 8-11.
- Ellison, N.B.; C. Steinfield & C. Lampe. (2007). The Benefits of Facebook “Friends”: Social Capital and College Students' Use of Online Social Network Sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12(4), 1143-1168.
- Eum, Y., Park, J., Yim, J. (2016). Teenager’s Addiction to Smart Phones and Its Integrated Therapy Method, *Advanced Science and Technology Letters*, 132, 116-122.
- Evenden, J.A. (1999). Varieties of impulsivity. *Psycho pharmacology*, 146, 348-361.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C. & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011; 5: 3.
- Frisch, M.B. (2013). Evidence-Based Well-Being / Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching

- and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193–227.
- Frisch M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: NJ: Wiley.
- Goldstein T.R., Axelson, D.A., Birmaher, B. & Brent, D.A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Acad J Am Child Adolesc Psychiatry*. 2007; (46): 820–30.
- Hamilton, K.R., Littlefield, A.K., Anastasio, N.C., Cunningham, K.A., Fink, L.H., Wing, V. & et al. (2015). Rapid-Response Impulsivity: Definitions, Measurement Issues and Clinical Implications. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 201-203.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 196 (2), 136-43.
- Heinz, A.J., Bui, L., Thomas, K.M., & Blonigen, D.M. (2015). Distinct Facets of Impulsivity Exhibit Differential Associations with Substance Use Disorder Treatment Processes: A Cross-Sectional and Prospective Investigation among Military Veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 1-37.
- Helsper, E.J. (2010). Gendered Internet Use across Generations and Life Stages. *Communication Research*, 37, 3, 352-374.
- Jakuszkowiak-Wojten, K., Landowski, J., Wiglusz, M.S., & Jerzy Cabała, W. (2015). Impulsivity in anxiety disorder; a critical review. *Psychiatria Danubina*, 27, (1), 452–455.
- Joukar K.M., Ahmadi, S.A., Etemadi, O., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., & Firoozabadi, A. (2012). A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: a controlled trial. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*; 2012, Vol. 3 .9, 1480.
- Kane, G.C.; R.G. Fichman, J. Gallagher & Glaser, J. (2009). Community Relations. *Harvard Business Review*, 87: 45-50.
- Kim, H. (2013). Exercise rehabilitation for smartphone addiction. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 9, 500.

- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents, *plosone*, 8, 12, 1-7.
- Kwon, M., Lee, J.-Y., Won, W.-Y., Park, J.-W., Min, J.-A., Hahn, C., Gu, X., Choi, J.-H., Kim, D.-J. (2013). Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS one*, 8, e56936.
- Lee, Y.S.(2006). Biological model and pharmacotherapy in Internet Addiction *J Korean Med Assoc*, 49(3):209–214.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Lynch, T.R., Morse, J., Mendelson, T., & Robins, C. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Mcquillan, A. Nicastrò, R. Guenot, F. Girard, M. Lissner, C. and Ferrero, F.(2010). Intensive dialectical behavior therapy for outpatient with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric Service*, 56, 193-197.
- Miller, A.M., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescent*, New York: Guilford.
- Moeller, G.F., Barratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects impulsivity, *American Journal of Psychiatry*, 11, 1783-1793.
- Motahhari, S., Etemadi, A., Shafiabady, A., Qorbani Vanajemi, M. (2016). The Effectiveness of Psychotherapy Based on Quality of Life Improvement on Emotion Regulation and Relapse Prevention in Addicts. *Practice in Clinical Psychology*, 4, 1, 25-32.
- Petry, N.M. (2001). Substance abuse, pathological gambling and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependency*, 63, 29-38.
- Safer, D.L. Robinson, A.H. & Jo, B. (2010). Outcome from a Randomized Controlled Trail Of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to and Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120.

-
- Schreiber, L.R.N., Grant, J.E. & Odlaug, B.L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 651-658.
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M.J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behavior Research Therapy*, 47(5), 353-8.
- Soler, J. Pascuala, J.C. Barrachina, J. Alvarez, E. and Perez, V. (2005). Double blind placebo controlled study of dialectical behavior therapy plus Olanzapin for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.
- Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.E., Patton, J.H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47, 385-389.
- VanDijk, S. Jeffrey, J. Katz, M, R. (2012). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*; 21, 277-285.
- Verdejo - Garcia, A., Lawrence, A.J. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی