

Smartphone Addiction in Adolescents: Developing a Psychotherapy Protocol Based on Cognitive-Behavioral Approach and Its Effectiveness on Emotion Regulation and Loneliness

Mohabatbahar, S., Bigdeli, *I., Mashhadi, A., Kareshki, H.

Abstract

Introduction: Increased use of smartphones is an emerging crisis. So, the present study focused on the developing a psychotherapy protocol based on cognitive-behavioral approach and its effectiveness on treatment of smartphone addiction loneliness and emotional regulation.

Method: The first section of the present study is allocated to designing a therapeutic protocol based on cognitive-behavioral approach. Then, according to a quasi-experimental research design, 30 girl adolescents who were diagnosed with smartphone addiction were selected by a convenience sampling method and randomly divided into experimental and control groups. Experimental group received 8 sessions of psychotherapy. Smartphone Addiction Scale-Short Form (SAS-SV), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and UCLA Revised Loneliness Scale were applied as research tools. Analysis of covariance (ANCOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) were used to analyze the data.

Results: The findings showed that cognitive-behavioral therapy in addition to the treatment of smartphone addiction has led to a significant decrease in loneliness and improved emotional regulation skills.

Conclusion: The therapeutic intervention based on cognitive-behavioral approach can be considered as an effective treatment strategy in treatment of smartphone addiction and also is able to reduce loneliness and increase emotion regulation.

Keywords: Smartphone Addiction, Cognitive-Behavioral Approach, Emotion Regulation, Loneliness.

اعتیاد به گوشی هوشمند در نوجوانان: تدوین پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری و اثربخشی آن بر نظم‌جویی هیجان و احساس تنهایی

سحر محبت‌بهار^۱، ایمان... بیگدلی^۲، علی مشهدی^۳، حسین کارشکی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۰۷

چکیده

مقدمه: کاربرد افراطی گوشی هوشمند به یک بحران نوظهور بدل شده است. از این رو پژوهش حاضر بر تدوین پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری و اثربخشی آن بر درمان اعتیاد به گوشی هوشمند، احساس تنهایی و نظم‌جویی هیجان تمرکز دارد.

روش: بخش نخست این پژوهش به طراحی پروتکل درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری اختصاص دارد. سپس، بر اساس یک طرح نیمه‌آزمایشی، ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به اعتیاد به گوشی هوشمند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان قرار گرفت. مقیاس اعتیاد به گوشی هوشمند (SAS-SV)، پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی (ERQ) و مقیاس احساس تنهایی (UCLA) به عنوان ابزار به کار برده شد. همچنین از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری علاوه بر درمان اعتیاد به گوشی هوشمند، منجر به کاهش قابل توجه احساس تنهایی و بهبود مهارت‌های نظم‌جویی هیجان شده است.

نتیجه‌گیری: پروتکل روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان یک راهبرد اثربخش در درمان اعتیاد به گوشی هوشمند به شمار آید و در عین حال احساس تنهایی را کاهش و منجر به تقویت مهارت‌های نظم‌جویی هیجان گردد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد به گوشی هوشمند، رویکرد شناختی - رفتاری، نظم‌جویی هیجان، احساس تنهایی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

دوره نوجوانی به عنوان یک مرحله بحرانی در زندگی، نوجوان را با تغییرات گسترده؛ از جمله تغییرات جسمانی، بازنگری در باورها، ارزش‌ها و نیز تغییراتی در کیفیت و گستره روابط اجتماعی مواجه می‌سازد. از سویی دیگر، این تغییرات اجتناب‌ناپذیر زمینه بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز را نیز افزایش می‌دهد. از این رو ضرورت توجه به رفتارهای پرخطر در سنین نوجوانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود. یکی از انواع رفتارهای پرخطر رایج اعتیاد به گوشی هوشمند^۱ است که نتایج نشان داده است در بین نوجوانان رده سنی ۱۵-۱۶ سال در مقایسه با بزرگسالان بالای ۲۰ سال از شیوع بالاتری برخوردار است (۱). علی‌رغم اینکه بهره‌مندی از گوشی هوشمند موجبات سهولت در زندگی روزمره افراد را فراهم می‌آورد؛ در برخی موارد با الگوهای مصرف اعتیادآور و بروز پیامدهای منفی ناشی از آن همراه می‌گردد (۲).

ملاک‌های تشخیصی اعتیاد به گوشی‌های هوشمند براساس شش معیار تشخیصی در ملاک A و چهار معیار اختلال عملکرد در ملاک B تدوین شده است. ملاک نخست اشاره به الگوی ناسازگارانه از مصرف دارد که منجر به ناراحتی و ناتوانی می‌گردد؛ از اهمیت بالینی برخوردار است و طی یک دوره سه ماهه رخ می‌دهد. این موارد شامل ناتوانی مکرر برای مقاومت در مقابل تکانه، محرومیت^۲، کاربرد فراتر از نیاز، تمایل مستمر و تلاش ناموفق در جهت کاهش مصرف، صرف زمان طولانی و کاربرد مستمر و مفرط علی‌رغم اذعان به مشکلات جسمی و روانشناختی ناشی از سوء مصرف می‌باشد. ملاک دوم نیز اختلال در عملکرد را شامل می‌شود که در بردارنده مشکلات جسمی و روانشناختی مداوم یا عود کننده، به کار بردن گوشی هوشمند در شرایط فیزیکی پرخطر یا سایر تأثیرات منفی در زندگی روزمره و تخریب در روابط اجتماعی، موفقیت تحصیلی و عملکرد شغلی است (۳).

یکی از انگیزه‌های اصلی افراد برای کاربرد بیش از حد این ابزار، رفع مشکلات روانی - اجتماعی همچون احساس تنهایی^۳ است. افرادی که احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند یا از مهارت‌های اجتماعی خوبی برخوردار نیستند،

عمدتاً رفتارهای شدیدتری در استفاده اجباری از خود بروز می‌دهند (۴-۶). احساس تنهایی به عنوان یک ناکارآمدی اجتماعی تعریف شده است و به شرايطی اطلاق می‌گردد که شخص از شبکه کوچک روابط اجتماعی و کیفیت روابط خویش اظهار نارضایتی می‌دارد (۷). فراتحلیل بر عوامل علی در بروز اعتیاد به اینترنت حاکی از آن است که انزوا، احساس تنهایی و نیز اعتماد به نفس و عزت‌نفس پایین از علل اصلی بروز این پدیده به شمار می‌آیند. از جمله نشانه‌های این وضعیت مدت زمان مفرط فعالیت آنلاین، انکار وجود مشکل و همچنین تحریک‌پذیری و آزرده‌گی در حالت آفلاین است. ظهور مشکلاتی در هر یک از پنج حوزه تحصیلی، شغلی، بین فردی، اقتصادی و جسمی از جمله سایر تأثیرات منفی این وضعیت را در بر می‌گیرد (۸). از این رو می‌توان نتیجه گرفت که استفاده بیش از حد از اینترنت نه تنها مشکلات عمده افراد تنها را حل نمی‌کند؛ بلکه پیامدهای منفی بسیاری به دنبال دارد که زندگی اجتماعی سالم را از افراد سلب می‌کند و حتی احساس تنهایی را در آنها افزایش می‌دهد (۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که پژوهش‌ها از نقش آن به عنوان عامل تأثیرگذار در بروز اعتیاد به اینترنت و گوشی‌های هوشمند یاد کرده‌اند، نظم‌جویی هیجان^۴ است (۱۰، ۱۱). نظم‌جویی هیجان اشاره به فرآیندهایی دارد که بر چگونگی تجربه و ابراز یک هیجان تأثیر می‌نهد (۱۲). نظم‌جویی هیجان به عنوان مهارت ایجاد تغییر در پیشایندهای هیجانی و نیز توانایی تغییر در مؤلفه‌های فیزیولوژیک، ذهنی یا رفتاری یک پاسخ هیجانی تعریف شده است و در بردارنده؛ (۱) آگاهی و فهم هیجان، (۲) پذیرش هیجان، (۳) توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و انجام رفتارهای همسو با اهداف مطلوب؛ ضمن تجربه هیجان منفی و (۴) توانایی بهره‌گیری از راهبردهای انعطاف‌پذیر متناسب با موقعیت؛ به منظور تعدیل پاسخ‌های هیجانی در مواجهه با اهداف شخصی و تقاضاهای محیطی می‌باشد (۱۳). نتایج نشان داده است که الگوهای ناسازگارانه در بهره‌گیری از سایت‌های اجتماعی به طرز قابل توجهی با مشکلات افراد در نظم‌جویی هیجانی مرتبط است (۱۴). استفاده از اینترنت به عنوان یک راهبرد ناکارآمد، منجر به انحراف توجه از هیجان منفی یا تعدیل

1. smartphone addiction
2. withdrawal
3. loneliness

4. emotion regulation

مفید را در جهت تغییر شناخت‌های معیوب به کار گیرند. نقش درمان شناختی - رفتاری شناسایی دقیق سوگیری‌های شناختی مؤثر بر رفتار و فرآیندهای تصمیم‌گیری است (۲۲). از آنجایی که در منطق درمان شناختی - رفتاری افکار از نقش تعیین‌کننده در بروز هیجانات برخوردارند؛ افراد آموزش می‌بینند تا به غربال‌گری افکار خویش بپردازند و آن دسته از شناخت‌هایی که عامل راه‌انداز هیجانات و رفتارهای بعدی به شمار می‌روند را مورد شناسایی قرار دهند. به همین موازات مهارت‌های مقابله‌ای و شیوه‌های پیشگیری از عود را نیز می‌آموزند. درمان شناختی - رفتاری عمدتاً به یک دوره سه ماهه یا تقریباً دوازده جلسه هفتگی نیاز دارد و تمرکز اصلی آن بر مفروضه‌ها و تحریفات شناختی تأثیرگذار بر هیجان و رفتار است (۲۰). با توجه به مرور ادبیات پژوهش پیرامون نقش عوامل مؤثر در بروز اعتیاد به گوشی هوشمند؛ همچون احساس تنهایی و نظم‌جویی هیجانی که پیش از این شرح داده شدند؛ می‌توان نتیجه گرفت که به منظور غلبه بر پیامدهای منفی ناشی از اعتیاد به گوشی‌های هوشمند؛ بررسی عوامل سبب‌ساز و بهره‌گیری از رویکردهای درمانی کارآمد بیش از پیش از ضرورت برخوردار خواهد بود. یک رویکرد درمانی اثربخش می‌تواند با هدف قرار دادن عوامل پیش‌بین، بستر مناسبی جهت پیشگیری و درمان اعتیاد به گوشی هوشمند در نوجوانان فراهم آورد. از سویی دیگر، به جهت نوظهور بودن این پدیده، با خلأ پژوهشی در باب طراحی و بررسی اثربخشی مداخلات درمانی که منحصرأ اعتیاد به گوشی‌های هوشمند را هدف قرار داده باشند رو به رو هستیم. این امر لزوم بررسی عوامل مؤثر در بروز این پدیده در دوره نوجوانی و نیز ضرورت پرداختن به مداخلات درمانی کارآمد در جهت درمان رفتارهای اعتیادی و به موازات آن افزایش آگاهی نسبت به پیامدهای روانی - اجتماعی و خطرات بالقوه آن در آینده را بیش از پیش با اهمیت مواجه می‌سازد. با توجه به اهمیت دوره نوجوانی در بروز رفتارهای پرخطر و نیز اثرات زیان بار کاربرد مفرط و آسیب‌زا از گوشی‌های هوشمند؛ پژوهش حاضر بر آن است تا ضمن تدوین پروتکل درمان جامع مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری به بررسی اثربخشی آن بپردازد و دریابد که آیا پرتکل درمانی بر بهبود علائم اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، نظم‌جویی هیجانی و احساس تنهایی اثربخش است.

احساس تنهایی در نوجوانانی که دارای مشکلاتی در نظم‌جویی هیجانی هستند می‌گردد و در پی آن احتمال ابتلا به اعتیاد در آنان افزایش می‌یابد (۱۴). مهارت‌های نظم‌جویی هیجان در نوجوانانی که به گوشی‌های هوشمند اعتیاد دارند، در مقایسه با سایر کاربران به طور معناداری متفاوت است. بر این اساس می‌توان گفت، نوجوانانی که عمدتاً به بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار در موقعیت‌های استرس‌زا گرایش دارند؛ به طور مفرط از گوشی هوشمند به عنوان شیوه‌ای برای جبران هیجانات و افکار منفی در راستای بهره‌گیری از راهبردهای ناسازگار استفاده کنند (۱۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است افرادی که مشکلاتی در مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی دارند، در برابر کاربرد مشکل‌ساز یا اعتیاد به گوشی‌های هوشمند آسیب‌پذیرترند (۱۶، ۱۷).

با توجه مشابهت عوامل سبب‌ساز، ملاک‌های تشخیصی و مداخلات درمانی بین اعتیاد به گوشی هوشمند و اعتیاد به اینترنت و از سوی دیگر محدودیت پیشینه پژوهشی در زمینه عوامل مؤثر و اثربخشی مداخلات درمانی در اعتیاد به گوشی‌های هوشمند؛ به گستره‌ی وسیع‌تری از ادبیات پژوهشی پرداخته شد و مداخلات درمانی در اعتیاد به اینترنت مورد بررسی قرار گرفت. شواهد موجود حکایت از آن دارند که رویکرد شناختی - رفتاری، متداول‌ترین رویکرد درمانی است که در حوزه درمان اعتیادهای مرتبط با فناوری به کار گرفته شده است (۱۸). این رویکرد مبنای مداخلات مؤثری در درمان اعتیاد به اینترنت است که پژوهش‌های متعدد اثربخشی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۹-۲۲). یانگ درمان شناختی رفتاری برای اعتیاد به اینترنت را جامع‌ترین و منحصر به فردترین مداخله‌ی درمانی در این حوزه معرفی می‌کند. به اعتقاد وی رویکرد شناختی - رفتاری طی یک فرآیند سه مرحله‌ای متوالی که در بردارنده‌ی فنون اصلاح رفتار، تغییر شناخت‌های ناکارآمد و نیز درمان مشکلات و اختلالات همبود است؛ قادر به درمان اعتیاد به اینترنت خواهد بود (۲۱). رویکرد شناختی - رفتاری ادغام دو سنت متمایز در روانشناسی است که به تعامل بین افکار، هیجانات، احساسات جسمی و رفتارها اشاره دارد. این رویکرد درمانی با تمرکز بر فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند تا به شناسایی افکار منفی خویش بپردازند و راهبردهای رفتاری

روش

طرح پژوهش: در پژوهش حاضر ابتدا به طراحی پروتکل درمان مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر اساس متون موجود و پیشینه پژوهشی در این حوزه (۲۳-۲۶) پرداخته شده است. جزئیات مراحل درمان و نیز جدول خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که روایی پروتکل شناختی - رفتاری طراحی شده توسط پژوهشگران بر اساس نظر برخی از متخصصین روان‌درمانی مورد تأیید قرار گرفته است. سپس با توجه به طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه کنترل، از بین نوجوانانی که تشخیص اعتیاد به گوشی هوشمند با بهره‌گیری از ابزار پژوهش در مورد آنها صدق می‌نمود، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. لازم به ذکر است که از پرسشنامه‌های نظم‌جویی هیجان، احساس تنهایی و اعتیاد به گوشی هوشمند به عنوان پیش‌آزمون بهره گرفتیم. سپس گروه آزمایش تحت هشت جلسه مداخله درمانی مبتنی بر رویکرد

شناختی - رفتاری قرار گرفتند. در پایان نیز از اعضای هر دو گروه خواسته شد که بار دیگر در مرحله پس‌آزمون شرکت کنند.

آزمودنی‌ها: جامعه مورد نظر را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول شهر رشت در بر می‌گیرد که با مقیاس اعتیاد به گوشی هوشمند، تشخیص اعتیاد در مورد آنها صدق می‌نمود. از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه غیرتصادفی از نوع نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به منظور بررسی اثربخشی پروتکل درمان مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که رضایت کتبی آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد. همچنین ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی ۱۳ تا ۱۶ سال، اعتیاد به گوشی هوشمند، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی همبود، عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات روانشناختی می‌باشد و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به تداوم مشارکت در جلسات درمانی است.

جدول ۱) خلاصه جلسات پروتکل تدوین شده مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری برای درمان اعتیاد به گوشی هوشمند

جلسات	شرح جلسات
جلسه ۱	موضوع: معارفه، شرح اهداف و قوانین، بیان انتظارات، اتحاد درمانی و مصاحبه انگیزشی. محتوا: درجه‌بندی شدت اعتیاد به گوشی هوشمند، بیان پیامدهای نامطلوب کاربرد مفرط، تعیین میزان کفایت شخصی جهت غلبه بر این پیامدها و آموزش خودگویی‌های مثبت به منظور تقویت انگیزش تغییر رفتار تکالیف جلسه آتی: تدوین جدول زمانی (ثابت عینی فراوانی و مدت زمان کاربرد گوشی هوشمند).
جلسه ۲	موضوع: مفهوم‌پردازی شناختی از مشکل، شناسایی افکار تحریف‌شده و بازسازی شناختی. محتوا: شناسایی مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و جسمی مرتبط با افکار فرد نسبت به کاربرد مفرط از گوشی هوشمند، استخراج خطاهای شناختی و آموزش مهارت‌های خودنظارتی با تأکید بر کشف پیشایندهای رفتاری. تکالیف جلسه آتی: خودنظارتی؛ ضمن پایش حالات درونی و بیرونی پیش از کاربرد گوشی هوشمند.
جلسه ۳	موضوع: آموزش مهارت‌های خودنظم‌بخشی با تمرکز بر تجارب هیجانی مرتبط با اعتیاد به گوشی هوشمند. محتوا: آموزش گام به گام تکنیک‌های آرام‌سازی و حل‌مسأله با بهره‌گیری از شیوه‌ی بارش فکری با تأکید بر مسئولیت فردی و نقش فعالانه؛ ضمن ارزیابی نقاط قوت و ضعف هر یک از راه‌حل‌های ارائه شده. تکالیف جلسه آتی: فهرست نمودن فعالیت‌های مفید و جایگزین کاربرد افراطی گوشی هوشمند.
جلسه ۴	موضوع: آموزش مهارت‌های خودنظم‌بخشی با تمرکز بر تجارب بیرونی مرتبط با اعتیاد به گوشی هوشمند. محتوا: انتخاب فعالیت‌های جایگزین با تأکید بر اهمیت تعاملات اجتماعی، ارزیابی نقاط قوت و ضعف، شناسایی موانع احتمالی و منابع پشتیبان (تعیین ناظر بیرونی). تکالیف جلسه آتی: تدوین جدول هفتگی و ثبت دقیق فعالیت‌های انجام شده.
جلسه ۵	موضوع: اصلاح سبک زندگی با تمرکز بر تقویت مهارت‌های بین فردی و بهبود روابط با اعضای خانواده. محتوا: بهره‌گیری از تکنیک ایفای نقش با محوریت شناسایی افکار خودآیند منفی و موانع بیرونی، غلبه بر انزوای اجتماعی و فراهم نمودن مجموعه‌ای از کارت‌های یادآور به منظور تقویت انگیزش. تکالیف جلسه آتی: فهرست اقدامات مؤثر در جهت تقویت روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی.

جلسات	شرح جلسات
جلسه ۶	موضوع: آموزش مهارت‌های نظم‌جویی با تمرکز بر خودآگاهی هیجانی. محتوا: آشنایی هیجان‌ات اولیه و ثانویه، برجسب زنی به هیجان‌ات، شناسایی عوامل راه‌انداز هیجانی و اقدامات مؤثر در زمینه‌ی فراهم نمودن تجارب هیجانی مثبت و لذت‌بخش. تکالیف جلسه آتی: پایش واکنش‌های هیجانی و رفتاری و ارزیابی پیامدها در پی بروز رخداد بیرونی.
جلسه ۷	موضوع: آموزش مهارت‌های نظم‌جویی با تمرکز بر ارزیابی مجدد شناختی. محتوا: آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با هدف مدیریت هیجان‌ات منفی، انحراف توجه از نشخوارهای فکری و بهره‌گیری از راهبردهای ارزیابی مجدد شناختی (باورهای جایگزین و جمع‌آوری شواهد تأییدکننده). تکالیف جلسه آتی: تدوین جدول هفتگی و ثبت عملکرد بر مبنای اهداف مفروض.
جلسه ۸	تلخیص و جمع‌بندی مباحث

ابزار

۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در کارمندان ایالتی و دانشجویان کاتولیک دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۴۰) گزارش شده است (۳۰). نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی گراس و جان در سال ۹۱ توسط توسط قاسم‌پور، ایل‌بیگی و حسن‌زاده فرهنگ ایرانی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش، اعتبار مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۰ تا ۰/۸۱) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس (۰/۱۳) (r=) روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۳۱).

۳. مقیاس احساس تنهایی تجدیدنظر شده^۳: مقیاس احساس تنهایی UCLA در سال ۱۹۸۰ توسط راسل، پیلانو و کرتونا ساخته شد. این مقیاس خودگزارش‌دهی دربردارنده ۲۰ گویه بر اساس درجه‌بندی لیکرت از هرگز (۱) تا اغلب (۴) می‌باشد که احساس ذهنی فرد از تنهایی و انزوای اجتماعی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. امتیاز نیمی از سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ بدین‌معنا که هرگز (۴) و همیشه (۱) امتیاز خواهد داشت. گویه‌های شماره ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ یعنی هرگز نمره ۴ و همیشه نمره ۱ می‌گیرد. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) تا ۸۰ (حداکثر) قرار دارد که نمره

۱. مقیاس اعتیاد به گوشی هوشمند - فرم کوتاه^۱: این مقیاس خودگزارش‌دهی در سال ۲۰۱۳ در کشور کره جنوبی به منظور سنجش اعتیاد به گوشی هوشمند ساخته شد و در بردارنده شش عامل و دارای ۳۳ گویه بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از شدیداً مخالف (۱) تا شدیداً موافق (۶) می‌باشد. همسانی درونی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۷). فرم کوتاه مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در سال ۲۰۱۳ ساخته شد که شامل ۱۰ سؤال بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از شدیداً مخالف (۱) تا شدیداً موافق (۶) است. روایی همزمان از طریق محاسبه همبستگی با فرم بلند این مقیاس ۰/۹۵ و همسانی درونی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی خوب برای این مقیاس است (۲۸). در پژوهش حاضر بررسی اعتبار مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند با آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۶ و با دو نیمه کردن ضریب ۰/۹۵ را به دست داد. بر این اساس به نظر می‌رسد مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند از اعتبار مناسبی برخوردار است.

۲. پرسشنامه نظم‌جویی هیجانی^۲: این مقیاس توسط گراس و جان در سال تهیه شده است (۲۹). مقیاس فوق از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و سرکوبی (۴ گویه) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (هفت درجه‌ای)، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از

1. Smartphone Addiction Scale-Short Form (SAS-SV)
2. Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)

3. UCLA Revised Loneliness Scale

هوشمند در مورد آنها صدق می نمود، ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. اعضای نمونه به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که از پرسشنامه های شخصیت، نظم جویی هیجان و احساس تنهایی به عنوان پیش آزمون بهره گرفتیم. سپس گروه آزمایش با رضایت آگاهانه تحت هشت جلسه مداخله درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری قرار گرفتند. در پایان نیز از اعضای هر دو گروه خواسته شد که بار دیگر در مرحله پس آزمون شرکت کنند.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با مشارکت ۳۰ نوجوان دختر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) صورت گرفت. توزیع جمعیت شناختی نمونه در جدول ۲ ارائه شده است. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

بالتر از میانگین (۵۰) نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر است. همسانی درونی این مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد که حاکی از پایایی خوب مقیاس است (۳۲). این مقیاس در سال ۱۳۷۸ به فارسی برگردانده شد و همبستگی بین مقیاس تجدیدنظر شده و اصلی برابر با ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای این مقیاس است. همچنین به منظور تعیین پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی برابر با ۰/۸۱ گزارش شد (۳۳).

روند اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر، به طراحی پروتکل درمان مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اساس متون موجود و پیشینه پژوهشی در این حوزه پرداخته شده است. به منظور تعیین روایی پروتکل از متخصصان رویکرد شناختی-رفتاری درخواست شد تا نظرات خود را پیرامون پروتکل طراحی شده بیان نمایند. سپس با توجه به طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه گروه کنترل، از میان نوجوانی که تشخیص اعتیاد به گوشی

جدول ۲) شاخص‌های جمعیت شناختی نمونه

شاخص	گروه	آزمایش		کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
شغل پدر	آزاد	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷
	دولتی	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳
شغل مادر	خانه‌دار	۹	۶۰/۰	۱۰	۶۶/۷
	شاغل	۶	۴۰/۰	۵	۳۳/۳
تعداد فرزندان خانواده	تک فرزند	۴	۲۶/۷	۷	۴۶/۷
	دارای یک خواهر یا برادر	۶	۴۰/۰	۶	۴۰/۰
	دارای دو خواهر یا برادر	۵	۳۳/۳	۲	۱۳/۳
رتبه تولد	فرزند اول	۵	۳۳/۳	۷	۴۶/۷
	فرزند دوم	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷
	فرزند سوم	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷
وضعیت زندگی مشترک والدین	متارکه	۱	۶/۷	۰	۰
	زندگی مشترک	۱۴	۹۳/۳	۱۵	۱۰۰
وضعیت حیات والدین	در قید حیات	۱۳	۸۶/۷	۱۵	۱۰۰
	درگذشت یکی از والدین	۲	۱۳/۳	۰	۰
وضعیت اقتصادی خانواده	ضعیف	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۱
	متوسط	۱۰	۶۶/۷	۱۰	۶۶/۷
	خوب	۱	۶/۷	۲	۱۳/۳

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی، احساس تنهایی و اعتیاد به گوشی‌های هوشمند

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		ارزیابی مجدد	نظم‌جویی هیجانی
۹/۳۴	۲۸/۵۳	۴/۱۲	۱۳/۶۰	آزمایش		
۷/۷۷	۱۵/۲۷	۳/۳۶	۱۰/۲۰	کنترل		
۳/۷۲	۹/۶۷	۳/۳۸	۱۳/۲۰	آزمایش	سرکوب	
۳/۲۳	۱۱/۸۰	۱/۷۳	۱۲/۸۷	کنترل		
۳/۷۸	۴۸/۶۰	۵/۴۴	۵۳/۰۷	آزمایش	احساس تنهایی	
۴/۴۱	۴۹/۱۳	۲/۷۲	۴۹/۵۳	کنترل		
۱۰/۳۶	۲۷/۶۰	۴/۵۷	۴۶/۷۳	آزمایش	اعتیاد به گوشی‌های هوشمند	
۸/۵۸	۴۰/۸۷	۴/۴۵	۴۷/۶۷	کنترل		

آزمون ام.باکس نیز معنادار نبود ($F= ۰/۴۰$, $P= ۰/۷۵$)، $F= ۱/۳۰$ (م. باکس). بدین معنی که ماتریس واریانس و کوواریانس در مورد راهبردهای نظم‌جویی هیجانی همگن است. آزمون بارتلت نیز نشان داد که میان راهبردهای نظم‌جویی هیجانی همبستگی متوسط و معناداری وجود داشته و می‌توان از آزمون چندمتغیره در مورد آنها استفاده کرد ($\chi^2= ۱۲/۳۹$, $P= ۰/۰۰۱$).

تحلیل چندمتغیره در مورد راهبردهای نظم‌جویی هیجانی نشان داد که ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون این راهبردها با حذف اثر پیش‌آزمون در میان گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($F= ۱۴/۰۴$, $P= ۰/۰۰۱$)، $F= ۰/۳۸$ (لامبدای ویلکز). نتایج آزمون جهت بررسی اثرات بین گروهی در جدول ۴ آورده شده است.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری بر راهبردهای نظم‌جویی هیجانی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و بر احساس تنهایی و اعتیاد به گوشی‌های هوشمند از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در بررسی مفروضات، آزمون شاپرو ویلک نشان داد که توزیع همه متغیرها به تفکیک گروه‌ها نرمال است ($P> ۰/۰۵$). آزمون یون نشان داد که همگنی واریانس‌ها محقق شده است ($P> ۰/۰۵$). آماره آزمون برای ارزیابی مجدد ($F= ۱/۷۸$)، سرکوبی ($F= ۰/۴۵$)، احساس تنهایی ($F= ۳/۳۲$) و اعتیاد به گوشی‌های هوشمند ($F= ۰/۱۹$) بود. آزمون F جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون در گروه آزمایش و کنترل در مورد تمامی متغیرها غیرمعنادار بود ($P> ۰/۰۵$) و نشان از محقق شدن این مفروضه داشت.

جدول ۴) نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات بین گروهی در متغیرهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجزوراتی سهمی
ارزیابی مجدد	۲۱۳/۱۳	۱	۲۱۳/۱۳	۱۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸
سرکوب	۲۸/۱۹	۱	۲۸/۱۹	۷/۸۳	۰/۰۱	۰/۲۳
احساس تنهایی	۵۴/۶۷	۱	۵۴/۶۷	۶/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۹
اعتیاد به گوشی‌های هوشمند	۹۸۸/۶۷	۱	۹۸۸/۶۷	۴۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت‌های بین گروهی در تمامی متغیرها از نظر آماری معنادار است ($P< ۰/۰۵$). مقایسه‌های میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل در ارزیابی مجدد میانگین بالاتری دارند (۲۴/۸۹ در برابر ۱۸/۹۲). همچنین در سرکوبی (۹/۶۵ در برابر ۱۱/۸۲)، احساس تنهایی (۴۷/۴۰) در برابر

دوره تحولی نوجوانی برخی از عمده‌ترین و چشمگیرترین تحولات روانی - اجتماعی در طول زندگی انسان را در بر می‌گیرد. این دوره چهار الی شش ساله که دامنه سنی ۱۳ تا

احتمال بسیار بیشتری به منظور جبران این محدودیت، با بهره‌گیری مفرط از گوشه‌های هوشمند در پی حفظ و تقویت احساس برخورداری از ارتباط بر می‌آیند. علی‌رغم کارکردهای متعدد گوشه‌های هوشمند، کاملاً واضح است که این ابزار، در واقع به عنوان یک تسهیل‌کننده مهم برقراری ارتباط اجتماعی تبدیل شده است و باید اذعان نمود که این بعد اجتماعی از کارکردهای گوشه هوشمند می‌تواند زمینه بروز رفتارهای اعتیادی را فراهم آورد (۴۱). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها مؤید همبستگی مثبت احساس تنهایی و اعتیاد به گوشه هوشمند است (۴۲-۴۴).

در واقع می‌توان اینگونه توضیح داد، افرادی که بیشتر احساس تنهایی می‌کنند؛ تمایل بیشتری برای کاربرد ابزارهای مرتبط با فناوری و گوشه هوشمند در خود می‌یابند. از این رو، توجه به این متغیر برای محافظت از افراد در برابر ابتلا به اعتیاد از سوی متخصصان سلامت روان امری ضروری است. همچنین حائز اهمیت است که متخصصان راهبردهای پیشگیرانه در برابر اعتیاد به گوشه‌های هوشمند را از سنین نوجوانی و دوران مدرسه آغاز کنند و احتمال اعتیاد به گوشه‌های هوشمند را در برنامه‌های مراقبت از سلامت روان بگنجانند. در این راستا، آگاهی‌افزایی والدین در جهت فراهم نمودن بستر لازم برای به وجود آوردن یک شبکه‌ی اجتماعی امن و نظارت بر محتوا و میزان استفاده از این فضا از اهمیت بسزا و غیر قابل انکاری برخوردار است (۴۵). از این رو با توجه به تعاملات محدود اجتماعی در نوجوانانی که شدیداً به گوشه هوشمند وابستگی دارند؛ اتخاذ راهبردهای درمانی مناسب در جهت تقویت روابط بین فردی در زندگی روزمره نوجوانان از اهمیت بسزایی برخوردار خواهد بود (۴۶). نتایج پژوهش‌های پیشین همچنین مؤید آن است که مهارت‌های نظم‌جویی هیجان از نقش پیش‌بینی‌کننده در بروز انواع رفتارهای اعتیادی؛ همچون سوء مصرف مواد و الکل، اختلال قمار، اعتیاد به بازی اینترنتی و کاربرد آسیب‌زای اینترنت در بین نوجوانان برخوردار است (۴۷). نظم‌جویی هیجان یک عامل خطر فراتشخیصی^۲ برای ابتلای زود هنگام به اعتیاد و سایر اختلالات روان‌پزشکی همبود^۳ به شمار می‌رود. نارسا نظم‌جویی هیجان در دوره نوجوانی تا

۱۸ سالگی را در بر می‌گیرد؛ شامل طیف گسترده‌ای از تحولات جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی می‌باشد. درحالی‌که برخی نوجوانان از این دوره با احساس مثبت نسبت به خویشتن، روابط قوی و کیفیت خوب زندگی عبور می‌کنند؛ برای برخی آغازگر بسیاری از اشکال آسیب‌شناسی روانی است که بطور قابل توجهی شیوع آن در این دوره افزایش می‌یابد (۳۴). در واقع می‌توان گفت که نوجوانان مستعد انجام هرگونه رفتار پرخطر؛ همچون رانندگی در شرایط نایمن، سوء مصرف مواد مخدر و مشارکت در رفتارهای ضد اجتماعی هستند. لازم به ذکر است که این عوامل ممکن است هم متأثر از هم‌رنگی اجتماعی^۱ و هم تا حد قابل توجهی ناشی از تحولات مغزی ناشی از بلوغ باشد (۳۵). اعتیاد به ابزارهای فناورانه به عنوان یکی از اشکال رفتارهای پرخطر شناخته می‌شود. شواهد پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که فعالیت‌های مفرط از طریق اینترنت از ملاک‌های تشخیصی مشابهی با اعتیاد به مواد و سوء مصرف دارو برخوردار است. افزون بر این، با توجه به اینکه اینترنت از طریق گوشه‌های هوشمند از قابلیت دسترسی بیشتری برخوردار است؛ الگوی اعتیادی مرتبط با آن بسیار رایج و نگرانی پیرامون این پدیده رو به فزونی است (۲۸). اعتیاد به گوشه هوشمند را می‌توان نوعی اعتیاد رفتاری تلقی نمود که در طول یک طیف از کاربرد آسیب‌زای خفیف تا اعتیاد شدید را در بر می‌گیرد (۳۶). در حالی که پیشرفت فناوری‌های مرتبط با گوشه‌های هوشمند زمینه‌ساز ایجاد تغییرات مثبت بی‌شماری در تمامی ابعاد زندگی انسان از جمله تجارت، آموزش و بهداشت شده است؛ نمی‌توان از پیامدهای منفی مرتبط با الگوهای نامناسب کاربرد آن که به طور نگران‌کننده‌ای در بین نوجوانان رو به فزونی است، غافل بود. این تأثیرات منفی ناشی از کاربرد آسیب‌زای گوشه‌های هوشمند، سلامت جسمی و بهزیستی افراد را به طور جدی در معرض خطر قرار می‌دهد (۳۷-۴۰). در این میان، احساس تنهایی به عنوان مهمترین ویژگی کاربرانی که وابستگی شدیدی به گوشه هوشمند دارند شناخته شده است. این بدان معنی است که افراد با سطوح بالاتری از اعتیاد به گوشه‌های هوشمند، از ارتباطات اجتماعی محدودتری در محیط اجتماعی واقعی برخوردارند و لذا به

2. trans diagnostic

3. comorbid

1. social conformity

این دیدگاه نشانگان شناختی پیش از تظاهرات هیجانی و رفتاری پدید می‌یابند و علت این نشانگان به شمار می‌روند (۵۵). پژوهش‌های متعدد مؤلفه‌هایی همچون افکار خودآیند منفی^۳ (۵۶)، تجربه‌گرایی مشارکتی^۴ (۵۷)، مصاحبه انگیزشی^۵ (۵۸)، اتحاد درمانی^۶ (۵۹)، خودنظارتی^۷ (۶۰) و مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی^۸ (۶۱) را در رویکرد شناختی رفتاری ادغام و اثربخشی آن را در موقعیت‌های بالینی گوناگون مورد تأیید قرار دادند.

یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری با بهره‌گیری از برخی از این مؤلفه‌ها؛ علاوه بر درمان اعتیاد به گوشی هوشمند، منجر به کاهش قابل توجه احساس تهایی و بهبود مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی در نوجوانان شده است. همسو با این یافته، نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، استرس، بیش‌فعالی، سایر مشکلات هیجانی و بهبود نشانه‌های اعتیاد به گوشی هوشمند است که این آثار مثبت روانشناختی تا سه ماه پس از پایان درمان نیز تداوم داشت (۶۲). همچنین نتایج یک فراتحلیل در باب اثربخشی مداخلات روانشناختی در درمان اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در بین نوجوانان نشان می‌دهد که مداخلات درمانی از جمله مداخلات شناختی - رفتاری، هنر درمانی و برنامه‌های آموزشی دارای بیشترین تأثیرات در کاهش نشانگان هستند (۶۳). شایان ذکر است که تمامی مداخلات روانشناختی به منظور غلبه بر وجوه منفی کاربرد ابزارهای فناورانه نوین و با هدف ارائه راه‌حل‌های مؤثر طراحی شده‌اند. در واقع می‌توان نتیجه گرفت که هدف اصلی این مداخلات کسب مهارت‌های شناختی و هیجانی توسط نوجوانان، محدودیت کاربرد گوشی‌های هوشمند در زندگی روزمره و تقویت حضور فرد در دنیای واقعی در غیاب دستگاه‌های الکترونیکی است (۶۴). توجه به این امر ضروری است که حتی در صورت عدم احراز ملاک‌های تشخیصی یادشده در خصوص برخی از کاربران، ممکن است کاربرد بیش از حد گوشی‌های هوشمند تأثیرات

حدودی ناشی از مدل سیستم دوگانه و عدم تعادل عصبی بین پاسخ و سیستم‌های نظم‌جویی است (۴۸). از آنجا که نوجوانان قادر به نظم‌بخشی هیجان‌ات خود در برابر استرس‌های زندگی روزمره نیستند؛ ممکن است در برابر اعتیاد بیشتر آسیب‌پذیر باشند. به عبارت دیگر می‌توان گفت که نوجوانان مبتلا به اعتیاد به هدف اجتناب از هیجان‌ات منفی زمان بیشتری را با اینترنت و گوشی‌های هوشمند سپری می‌کنند که این امر نقش حائز اهمیتی در شکل‌گیری رفتارهای اعتیادی مقاوم در آنان دارد (۴۹). در بررسی نقش هر یک از خرده مقیاس‌های نظم‌جویی هیجان، این نتیجه حاصل شد که بین ارزیابی مجدد و اعتیاد به اینترنت همبستگی وجود دارد. از آنجایی که نوجوانان به طور مستمر در معرض تغییرات هیجانی هستند و تجربه لذت‌های آنی در آنها از فوریت برخوردار است؛ ارزیابی مجدد ممکن است به عنوان یک راهبرد فوری در برابر تجربه هیجان‌ات منفی مورد استفاده قرار گیرد (۵۰). پژوهش‌های اخیر از این فرضیه حمایت می‌کنند که راهبردهای نظم‌جویی هیجانی ناکارآمد با کاربرد آسیب‌زا یا اعتیاد به گوشی‌های هوشمند ارتباط مثبت دارند (۱۱، ۳۷، ۵۱). از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های نظم‌جویی به عنوان یکی از عوامل اصلی در برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه درمان شناخته شده است (۱۶). علی‌رغم محدودیت پیشینه پژوهشی که منحصرأ اثربخشی پروتکل‌های درمانی اعتیاد به گوشی هوشمند را مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایج برخی پژوهش‌ها حکایت از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری (۵۲)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۵۳) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (۵۴) دارند. رویکرد شناختی - رفتاری متداول‌ترین رویکرد درمانی است که در حوزه درمان اعتیاد‌های مرتبط با فناوری به کار گرفته شده است (۱۸). مدل شناختی - رفتاری بر این فرض استوار است که شناخت‌های معیوب همراه با رفتار، پاسخ‌های ناسازگارانه را در فرد تشدید و حفظ می‌کنند. از این رو می‌توان شناخت یا افکار شخص را به عنوان منبع اصلی رفتار نابهنجار مورد هدف قرار داد. اگرچه اغلب نشانگان برجسته ناشی از کاربرد آسیب‌زای گوشی‌های هوشمند به شکل نشانگان هیجانی و رفتاری تظاهر می‌یابد؛ بر اساس

3. negative automatic thoughts
4. collaborative empiricism
5. motivational interviewing
6. therapeutic alliances
7. self-monitoring

1. mindfulness-based cognitive therapy
2. acceptance and commitment therapy

Loneliness levels in nursing students. Perspectives in Psychiatric Care. 2020.

7. Panicker J, Sachdev R. Relations among loneliness, depression, anxiety, stress and problematic internet use. *International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*. 2014;2(9):1-10.

8. Douglas AC, Mills JE, Niang M, Stepchenkova S, Byun S, Ruffini C, et al. Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996–2006. *Computers in human behavior*. 2008;24(6):3027-44.

9. Kim E, Cho I, Kim EJ. Structural equation model of smartphone addiction based on adult attachment theory: Mediating effects of loneliness and depression. *Asian Nursing Research*. 2017;11(2):92-7.

10. Spada MM, Marino C. METACOGNITIONS AND EMOTION REGULATION AS PREDICTORS OF PROBLEMATIC INTERNET USE IN ADOLESCENTS. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017;14(1).

11. Rozgonjuk D, Elhai J. Problematic smartphone usage, emotion regulation, and social and non-social smartphone use. *Proceedings of the Technology, Mind, and Society*. 2018;35:1-.

12. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.

13. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*. 1993;64(6):970.

14. Hormes JM, Kearns B, Timko CA. Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*. 2014;109(12):2079-88.

15. Extremera N, Quintana-Orts C, Sánchez-Álvarez N, Rey L. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies on Problematic Smartphone Use: Comparison between Problematic and Non-Problematic Adolescent Users. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(17):3142.

16. Fu L, Wang P, Zhao M, Xie X, Chen Y, Nie J, et al. Can emotion regulation difficulty lead to adolescent problematic smartphone use? A moderated mediation model of depression and perceived social support. *Children and Youth Services Review*. 2020;108:104660.

17. Horwood S, Anglim J. Emotion Regulation Difficulties, Personality, and Problematic Smartphone Use. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2020.

18. Lemos IL, Abreu CNd, Sougey EB. Internet and video game addictions: a cognitive behavioral approach. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2014;41(3):82-8.

نامطلوبی بر سلامت جسمی، روانشناختی و روابط اجتماعی افراد به جای نهد. از این رو، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و مداخلات پیشگیرانه علاوه بر تثبیت جایگاه ابزارهای نوین فناوری و بهره‌گیری مناسب از آنها در زندگی روزمره؛ می‌تواند از بروز پدیده اعتیاد به گوشی‌های هوشمند پیشگیری به عمل آورد. توصیه می‌شود که سیاست‌های مؤثری در زمینه فرهنگ‌سازی کاربرد گوشی‌های هوشمند به منظور به حداقل رساندن تأثیرات منفی آن از سوی نهادهای دولتی اتخاذ شود. در راستای سیاست‌های دولت، والدین باید تأکید قابل توجهی بر بهبود روابط بین فردی خود با نوجوانان داشته باشند و مشاوران می‌بایست نوجوانان را به سمت پیامدهای نامطلوب کاربرد بیش از حد از ابزارهای فناوری بر اساس شواهد علمی هدایت کنند. در نهایت، می‌توان به نقش پژوهشگران در طراحی و توسعه مداخلات درمانی مؤثر در درمان اعتیاد به گوشی هوشمند اشاره نمود. در پایان لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بود. روش نمونه‌گیری غیر تصادفی یکی از این محدودیت‌هاست. بعلاوه، نوجوانان پسر فرصت شرکت در این مداخله را نداشتند. همچنین توصیه می‌شود یک دوره پیگیری ۶ ماهه برای تعیین اثربخشی پروتکل روان‌درمانی بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری انجام شود.

منابع

- Haug S, Castro RP, Kwon M, Filler A, Kowatsch T, Schaub MP. Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of behavioral addictions*. 2015;4(4):299-307.
- Buctot DB, Kim N, Kim JJ. Factors associated with smartphone addiction prevalence and its predictive capacity for health-related quality of life among Filipino adolescents. *Children and Youth Services Review*. 2020;110:104758.
- Lin Y-H, Chiang C-L, Lin P-H, Chang L-R, Ko C-H, Lee Y-H, et al. Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. *PLoS one*. 2016;11(11):e0163010.
- Kim J, LaRose R, Peng W. Loneliness as the cause and the effect of problematic Internet use: The relationship between Internet use and psychological well-being. *Cyberpsychology & behavior*. 2009;12(4):451-5.
- Amalya ID, Rizqi A, Fadjri FA. The Relationship Between Smartphone Addiction and Loneliness Among Students. *Proceeding of The ICECRS*. 2020;8.
- Sönmez M, Gürlek Kısacık Ö, Eraydın C. Correlation between smartphone addiction and

- development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour research and therapy*. 2019;123:103501.
35. Dayan J, Bernard A, Olliac B, Mailhes A-S, Kermarrec S. Adolescent brain development, risk-taking and vulnerability to addiction. *Journal of Physiology-Paris*. 2010;104(5):279-86.
36. Lin YH, Lin SH, Yang CC, Kuo TB. Psychopathology of everyday life in the 21st century: smartphone addictionpp. In: Montag C, Reuter M, editors. *Internet Addiction*. Cham: Springer; 2017. p. 339-58.
37. Extremera N, Quintana-Orts C, Sánchez-Álvarez N, Rey L. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies on Problematic Smartphone Use: Comparison between Problematic and Non-Problematic Adolescent Users.. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(17):3142.
38. Oh YJ, Kim HD. The Relationship between Perceived Smartphone Addiction and Physical and Mental Health in Female College Students.. *Journal of the Korean Society of School Health*. 2020;33(1):48-57.
39. Selçuk KT, Ayhan D. The relationship between smartphone addiction risk and sleep duration and psychosocial comorbidities in health professional candidates. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020;56(3):541-6.
40. Zhang MX, Wu AM. Effects of smartphone addiction on sleep quality among Chinese university students: The mediating role of self-regulation and bedtime procrastination. *Addictive behaviors*. 2020;111:106552.
41. Park N, Lee H. Nature of youth smartphone addiction in Korea. *Journal of Communication Research*. 2014;51:100-32.
42. Jiang Q, Li, Y, Shypenka V. Loneliness, individualism, and smartphone addiction among international students in China. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2018;21(11):711-8.
43. Sönmez M, Gürlek Kısacık Ö, Eraydın C. Correlation between smartphone addiction and loneliness levels in nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020:1-6.
44. Aktaş H, Yılmaz N. Smartphone addiction in terms of the elements of loneliness and shyness of university youth. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2017;3(1):85-100.
45. Dikeç G, Yalnız T, Bektaş B, Turhan A, Çevik S. Relationship between smartphone addiction and loneliness among adolescents. *Journal Of Dependence*. 2017;18(4):103-11.
46. Gao Y, Li, A, Zhu T, Liu X, Liu X. How smartphone usage correlates with social anxiety and loneliness. *PeerJ*. 2016;4:e2197.
19. Lindenberg K, Halasy K, Schoenmaekers S. A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent Internet Use Disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemporary clinical trials communications*. 2017;6:64-71.
20. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & behavior*. 2007;10(5):671-9.
21. Young KS. CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011;25(4):304-12.
22. Young KS. Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of behavioral addictions*. 2013;2(4):209-15.
23. Beck AT. Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*. 1963;9(4):324-33.
24. Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*. 1970;1(2):184-200.
25. Beck AT. Cognitive therapy as the integrative therapy. 1991.
26. Beck AT. Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(2):194.
27. Kwon M, Lee J-Y, Won W-Y, Park J-W, Min J-A, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS one*. 2013;8(2):e56936.
28. Kwon M, Kim D-J, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS one*. 2013;8(12):e83558.
29. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(2):348.
30. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2010;26:61-7.
31. Qasempour A, Ilbeigi R, Hassanzadeh S, editors. Psychometric properties of Gross and John emotional regulation questionnaire in an Iranian sample. *Sixth Conference on Student Mental Health 2012*; University of Guilan.
32. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*. 1980;39(3):472.
33. Mirdorikvand F. A study of loneliness with academic performance, anxiety, depression and self-esteem in male students of Poldakhtar middle school.. Ahvaz: Shahid Chamran University of Ahvaz; 1999.
34. Rapee RM, Oar EL, Johnco CJ, Forbes MK, Fardouly J, Magson NR, et al. Adolescent

- mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2012;14(3):e67.
61. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2013;82(4):234-45.
62. Khalily MT, Bhatti MM, Ahmad I, Saleem T, Hallahan B, Ali SA-e-Z, et al. Indigenously adapted cognitive-behavioral therapy for excessive smartphone use (IACBT-ESU): A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2020.
63. Malinauskas R, Malinauskiene V. A meta-analysis of psychological interventions for Internet/smartphone addiction among adolescents. *Journal of behavioral addictions*. 2019;8(4):613-24.
64. Cheever NA, Moreno MA, Rosen LD. When Does Internet and Smartphone Use Become a Problem? In: M M, A R, editors. *Technology and adolescent mental health*. Cham: Springer; 2018. p. 121-31.
47. Estevez A, Jáuregui P, Sanchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*. 2017;6(4):534-44.
48. Shadur JM, Lejuez CW. Adolescent substance use and comorbid psychopathology: Emotion regulation deficits as a transdiagnostic risk factor. *Current addiction reports*. 2015;2(4):354-63.
49. Yildiz MA. Emotion regulation strategies as predictors of internet addiction and smartphone addiction in adolescents. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2017;7(1):66-78.
50. Trumello C, Babore A, Candelori C, Morelli M, Bianchi D. Relationship with parents, emotion regulation, and callous-unemotional traits in adolescents' Internet addiction. *BioMed research international*. 2018;2018.
51. Squires LR, Hollett KB, Hesson J, Harris N. Psychological Distress, Emotion Dysregulation, and Coping Behaviour: a Theoretical Perspective of Problematic Smartphone Use. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020:1-16.
52. Nufus N, editor Literature Review: Cognitive behavioural therapy (CBT) to lower smartphone addiction of adolescent. *International Conference on Community Psychology, Humanization and Religio-Culture: Critical and Decolonial Voices*; 2019; Yogyakarta-Indonesia: Faculty of Psychology Universitas Ahmad Dahlan.
53. Lan Y, Ding J-E, Li W, Li J, Zhang Y, Liu M, et al. A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of Behavioral Addictions*. 2018;7(4):1171-6.
54. Yu H-G, Son C. Effects of ACT on smartphone addiction level, self-control, and anxiety of college students with smartphone addiction. *Journal of Digital Convergence*. 2016;14(2):415-26.
55. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in human behavior*. 2001;17(2):187-95.
56. Beck AT. A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*. 2019;14(1):16-20.
57. Dattilio FM, Hanna MA. Collaboration in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68(2):146-58.
58. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British journal of general practice*. 2005;55(513):305-12.
59. Puls HC, Schmidt R, Hilbert A. Therapist adherence and therapeutic alliance in individual cognitive-behavioural therapy for adolescent binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 2019;27(2):182-94.
60. Kauer SD, Reid SC, Crooke AHD, Khor A, Hearps SJC, Jorm AF, et al. Self-monitoring using