

مقایسه اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی بر حرمت خود و اجتناب تجربی در جوانان دچار بی‌موبایل‌هراسی

فرزانه قادرپور^۱، رمضان حسن‌زاده*^۲، سیده علیا عمادیان^۳

چکیده

مقدمه: اعتیاد به تلفن همراه در بین نوجوانان و جوانان به دلیل میزان شیوع بالای آن، نگرانی‌هایی را در حیطه سلامتی، کیفیت خواب و زندگی، موفقیت تحصیلی و روابط بین فردی آنان به وجود آورده‌است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی بر حرمت خود و اجتناب تجربی در دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان جوان دختر و پسر مبتلا به بی‌موبایل‌هراسی دانشگاه آزاد واحد تهران غرب بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. از بین این دانشجویان، بر اساس ملاک‌های ورود و به صورت هدفمند، ۴۵ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، مداخله زندگی‌درمانی و گروه آزمایش دوم، مداخله شفقت‌درمانی را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه‌های بی‌موبایل‌هراسی ایلدریم و کوریا، حرمت خود کوپر اسمیت و اجتناب تجربی گامز و همکاران بود. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بنفرونی و توسط نرم‌افزار SPSS_27 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی بر بهبود حرمت خود و اجتناب تجربی مؤثر است؛ این تأثیر در محله پیگیری نیز پایدار بود. همچنین زندگی‌درمانی نسبت به شفقت‌درمانی تأثیر بیشتری بر روی این متغیرها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری داشت. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، استفاده از آموزش‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی در راستای کاهش آسیب‌های روانشناختی ناشی از تلفن همراه ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین، روانشناسان و درمانگران می‌توانند از روش آموزش زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی در کنار سایر روش‌های آموزشی برای کاهش بی‌موبایل‌هراسی دانشجویان استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اجتناب تجربی، بی‌موبایل‌هراسی، جوانان، حرمت خود، زندگی‌درمانی، شفقت‌درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۶/۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۲

استناد: قادرپور فرزانه، حسن زاده رمضان، عمادیان سیده علیا. مقایسه اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی بر حرمت خود و اجتناب تجربی در جوانان دچار بی‌موبایل‌هراسی، ۱۴۰۳؛ (الف) ۱۴: ۱۰۷-۸۹

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران farzaneghaderpour87@gmail.com

^۲ استاد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

rhassanzadehd@yahoo.com, tell: ۰۹۱۱۳۲۳۲۱۰۶

emadian2012@yahoo.com

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به

نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

اعتیاد به تلفن همراه ۱ در بین نوجوانان و جوانان به دلیل میزان شیوع بالای آن، نگرانی‌هایی را در حیطه سلامتی، کیفیت خواب، بهزیستی ذهنی، موفقیت تحصیلی و روابط بین فردی آنان به وجود آورده است (۱). اعتیاد به تلفن همراه، به زیاده‌روی در فعالیت‌های مرتبط با تلفن همراه با نشانه‌های ولع و وابستگی قوی به آن اشاره دارد که به از دست دادن خودکنترلی و آسیب به عملکرد روانی و اجتماعی در بین افراد منجر می‌شود (۲). در این راستا، بی‌موبایل‌هراسی ۲، اصطلاحی است که برای توصیف یک اختلال اضطرابی استفاده می‌شود که در آن افراد از قطع شدن ارتباط با تلفن همراه خود می‌ترسند (۳).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در میزان وابستگی جوانان به تلفن همراه نقش داشته باشد، حرمت خود ۳ است. با افزایش حرمت خود، احساس توانمندی و ارزشمندی و تغییرات مثبت مانند افزایش تلاش برای کسب موفقیت، اعتماد به خویشتن و تمایل به برخورداری از سلامت و بهزیستی روانشناختی بیشتر در افراد پدیدار می‌گردد (۴). افراد دارای حرمت خود بالا، مسئولیت رفتار و انتخاب‌های خود را می‌پذیرند، دارای احساسات و نگرش‌های مثبت هستند، تمایل به پذیرش و اصلاح اشتباهات خود دارند و می‌توانند از روش‌های برقراری تعامل سازنده برای سازش‌یافتگی با محیط اجتماعی بهره‌گیرند (۵). از طرفی اجتناب تجربی ۴ به عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع اختلال‌های روانی شناخته شده است (۶). اجتناب تجربی شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی است و شش الگو را شامل می‌شود که از تلفیق رویکردهای رفتاری ۵، تجربی ۶، شخصیت پایه ۷، روان‌پویشی ۸ و موج سوم شناختی- رفتاری ۹ حاصل می‌شود (۷)، و عبارت است از: ۱- اجتناب رفتاری ۱۰ که به صورت اجتناب موقعیتی از ناراحتی جسمانی و آشفتگی تعریف می‌شود و مبنایی آن از نظریه رفتاری گرفته شده است و به عبارتی به اجتناب آشکار و قابل مشاهده که مانع یادگیری جدید می‌شود ختم شود، ۲- انزجار از آشفتگی ۱۱ که به صورت عدم پذیرش آشفتگی/ نگرش منفی نسبت به آشفتگی تعریف می‌شود که از نظریه تجربی گرفته شده است و به عبارتی به عدم انعطاف نسبت به تجربه‌های درونی خود فرد منتهی می‌شود، ۳- تعلل ۱۲ که به صورت به تأخیر انداختن آشفتگی پیش‌بینی شده تعریف می‌شود و از نظریه صفات شخصیت پایه گرفته شده است و به تعویق انداختن تکلیف و وظایف ناخوشایند مرتبط با صفت وجدانی بودن منتهی می‌شود، ۴- حواس‌پرتی/ توقف ۱۳ که به صورت سعی در نادیده گرفتن توقف یا متوقف کردن آشفتگی تعریف شده و از

-
۱. Cell phone addiction
 ۲. Nomophobia
 ۳. Self-esteem
 ۴. Experiential avoidance
 ۵. Behavioral
 ۶. Experiential
 ۷. Basic personality
 ۸. Psychodynamic
 ۹. Third-Wave Cognitive Behavior Therapy
 ۱۰. Behavioral avoidance
 ۱۱. Distress aversion
 ۱۲. Procrastination
 ۱۳. Distraction/ suppression

نظریه تجربی گرفته شده است و به اثرات متناقض تفکر و توقف هیجانی منتهی می‌شود، ۵- سرکوبی/ انکار ۱ که به صورت فاصله گرفتن و دوری از آشفتگی تعریف شده است و از نظریه روان‌پویشی گرفته شده و به اجتنابی که عمدتاً خارج از آگاهی فرد رخ می‌دهد و در نهایت، ۶- تحمل پریشانی ۲ که به صورت تمایل به رفتار کردن مؤثر در مواجهه با آشفتگی تعریف شده و از نظریه‌های موسوم به موج سوم شناختی - رفتاری گرفته شده است و به اهمیت پذیرش تجربه‌های منفی در دنبال کردن ارزش‌ها منتهی می‌شود (۸).

زندگی‌درمانی ۳ از رویکردهای درمانی وابسته به زندگی است که توسط حسن‌زاده در سال ۱۳۹۹ ارائه شد. هدف درمان، کمک به افراد در کسب بینش لازم نسبت به زندگی، چالش‌ها و الزامات آن است و موضوعاتی چون اشتیاق، علاقه، خلاقیت، و تمایل به زندگی در آن اهمیت دارد و بر رفتارهای هدف‌گرا و وابسته به سلامت و عمر طولانی تأکید می‌شود. فلسفه این درمان، کمک به مراجعان در طراحی یک زندگی کامل است. درمانگر در رویکرد زندگی‌درمانی درصدد است که به مراجع کمک کند علاوه بر تلف نکردن زمان، هر لحظه از زندگی را فرصتی برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال تلقی کند (۹). کایا، کاراتاس و ایسلر (۱۰) زندگی‌درمانی بر بهبود ساختارهای روانشناختی مثبت در بیماران قلبی اثر مثبت دارد، چون به جای تمرکز بر کاهش پریشانی روانی، تمرکز بر افزایش عواطف مثبت و کیفیت زندگی ممکن است مفیدتر باشد. چراغ‌پور (۱۱) در پژوهشی نشان داد زندگی‌درمانی بر آشفتگی روانشناختی، سرمایه روانشناختی، انعطاف‌پذیری شناختی، تبعیت از رژیم‌درمانی و درد مزمن افراد بیمار تأثیر مثبت دارد.

در طول ۲۰ سال گذشته، شفقت‌درمانی ۵ به عنوان یک مداخله نوظهور «موج سوم» محبوبیت پیدا کرده است (۱۲) و توسط گیلبرت ۶ در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی دارند، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود حمایت‌گر دشواری‌هایی داشتند (۱۳). شفقت خود، حساس بودن به درد و رنج خود و دیگران و وجود یک تعهد پایدار و عمیق نسبت به تلاش برای از بین بردن آن تعریف شده است. شفقت مهارتی است که می‌توان به کسی آموخت و سپس با تمرین توسط آن شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد (۱۴). رابطه شفقت خود با رضایت از زندگی، خوش‌بینی، شادکامی، خرد و خلاقیت، مثبت گزارش شده است و از طرفی دیگر شفقت خود با افسردگی، اضطراب، سرکوب فکر و عاطفه منفی ارتباط منفی دارد (۱۵).

با عنایت به مطالب عنوان شده و با توجه به اهمیت موضوع اعتیاد به تلفن همراه و آسیب‌های متأثر از آن به خصوص در دانشجویان، نیاز به بررسی و تحقیقات بیشتر مداخلات درمانی از جمله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شفقت‌درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. از طرفی کمبود بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد نسبتاً نوین، بر سایر مواردی که می‌تواند ثمربخش

۱. Repression/ denial

۲. Distress endurance

۳. Life therapy

۴. Kaya, A., Karataş, N. & İşler

۵. Compassion therapy

۶. Gilbert

واقع شود بیشتر جلب توجه می‌نماید. با توجه به این پژوهش به بررسی این پرداخت که آیا بین تأثیر زندگی‌درمانی و شفقت-درمانی بر کیفیت حرمت خود و اجتناب تجربی دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش:

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) بود. طرح حاضر این مراحل اجرایی را شامل شد: ۱- جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش؛ ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۵- اجرای آزمون پیگیری دو ماهه و جمع‌آوری داده‌ها. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر مبتلا به بی‌موبایل‌هراسی دانشگاه آزاد واحد تهران غرب بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل بودند. پس از تکمیل پرسشنامه بی‌موبایل‌هراسی توسط ۱۱۰ نفر از دانشجویان، از بین افرادی که نمره پرسشنامه بی‌موبایل‌هراسی آنها دو انحراف معیار بالاتر از میانگین (بالاتر از ۶۰) بود، ۴۵ نفر به صورت غیرتصادفی هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

پرسشنامه بی‌موبایل‌هراسی ۱، را ایلدریم و کوریا در سال ۲۰۱۵ ساخته‌اند. پرسشنامه بی‌موبایل‌هراسی شامل ۲۰ عبارت است که افراد بر اساس یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) به آن پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر می‌باشد. نمرات بالاتر بیانگر شدت بیشتر بی‌موبایل‌هراسی است. بر اساس نقاط برش تعیین‌شده، نمره ۲۰ بیانگر نداشتن بی‌موبایل‌هراسی، نمره ۲۱ تا ۵۹ بی‌موبایل‌هراسی خفیف، نمره ۶۰ تا ۹۹ بی‌موبایل‌هراسی متوسط و نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰ بیانگر بی‌موبایل‌هراسی شدید است. سازندگان، روایی هم‌زمان پرسشنامه بی‌موبایل‌هراسی را با پرسشنامه درگیری با تلفن همراه ۲ برابر با ۰/۷۱ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش نمودند. دلاورپور، بهار و قدس (۱۶) روایی این پرسشنامه را در دانشجویان مورد تأیید قرار دادند و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه حرمت خود ۳: این پرسشنامه توسط کوپراسمیت (۱۹۶۷) تدوین شد و دارای ۵۸ عبارت است که احساسات، عقاید یا واکنش‌های فرد را توصیف می‌کند و آزمودنی باید متناسب با وضعیت فعلی خود یکی از گزینه‌های بله (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) را انتخاب نماید. در این پرسشنامه ۸ عبارت به دروغ‌سنج اختصاص داده شده است و در محاسبه نمره کل منظور نمی‌گردد. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد می‌تواند کسب کند صفر و حداکثر آن ۵۰ می‌باشد. افرادی که در این آزمون نمره بالاتری کسب کنند، حرمت خود بالاتری دارند؛ به این صورت فردی که در این آزمون نمره بالاتر از ۲۵ را کسب نماید، دارای حرمت خود بالا و فردی که پایین‌تر از این نمره را به دست آورد، دارای حرمت خود پایین است. کوپراسمیت، ضریب همسانی درونی ۰/۸۸ را برای این ابزار گزارش نموده است. در ایران نیز در مطالعه حسین‌وردی و همکاران (۱۷) پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۱ Nomophobia Questionnaire

۲ Mobile Phone Involvement Questionnaire

۳ Self-esteem questionnaire

پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربی ۱: این پرسشنامه گامز ۲ و همکاران (۲۰۱۱) طراحی شد که دارای ۶۲ عبارت است که در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از شدیداً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۶ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۲ و ۳۱۷ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اجتناب تجربی بیشتر است. گامز و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه تعهد و عمل برابر با ۰/۷۴ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش نیک‌فلاح و برکت (۱۸) با انجام تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی، شاخص‌های مجذور کلا برابر با ۲/۵۴ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل زندگی درمانی (LT) (۹)

جلسات	اهداف	فعالیت‌ها
اول	برقراری رابطه درمانی و آشنا نمودن افراد با موضوع و هدف پژوهش و اجرای پیش‌آزمون	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه لازم است. ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	بیان مفاهیم مرتبط با روانشناسی زندگی و دیدگاه‌های مرتبط با حیات و زندگی انسان	طرح سؤالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، القبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارائه تکلیف در زمینه تدوین قطب نما یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله.
سوم	کمک به فرد برای شناسایی اهداف زندگی و اولویت‌های آن	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزئی) و غیررفتاری (کلی) و اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت، ارائه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی.
چهارم	توضیح در مورد مفهوم اشتیاق به زندگی و نقش آن در سلامت روانی	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق به زندگی در سلامت روانی افراد.

۱ Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire

۲ Gámez

<p>بحث و گفتگو در مورد الفبای زندگی، ارائه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی.</p>	
<p>بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارائه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد امید به زندگی.</p>	<p>پنجم بیان مفاهیم مرتبط با امیدواری به عنوان شعله ضروری زندگی</p>
<p>بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.</p>	<p>ششم توضیح در مورد مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی</p>
<p>بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت اندیشی و فضا سازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی.</p>	<p>هفتم بیان مفاهیم مرتبط با رضایت از زندگی و مثبت- اندیشی و فضا سازی در زندگی</p>
<p>بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع بندی مطالب جلسات قبلی، ارائه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی حضورشان، و اجرای پس آزمون.</p>	<p>هشتم جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون</p>

جدول ۲. خلاصه جلسات پروتکل شفقت‌درمانی (۱۹)

	اهداف فعالیت‌ها	جلسات
<p>اجرای پیش آزمون، تعریف شفقت؛ معرفی و آشنایی با درمان، تمرین تنفس آرامش‌بخش موزون.</p>	<p>برقراری رابطه درمانی و آشنا نمودن افراد با موضوع و هدف پژوهش، آشنایی با اصول کلی شفقت و اجرای پیش‌آزمون</p>	<p>اول</p>
<p>درمان خودانتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود انتقادگر یا شفقت‌گر، بیان علل</p>	<p>آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود</p>	<p>دوم</p>

خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی.	
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خود تخریب گرانه
چهارم	قدردانی از خود و رشد احساس خودارزشمندی
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند، تقویت حس امیدواری
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر، پرورش افکار شفقت-ورزانه به خود
هفتم	شناسایی احساسات متناقض
هشتم	درک و پذیرش خود، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس آزمون

برای خود نامه می‌نویسند و به کمبودها و ضعف‌هایی اشاره می‌کنند که درباره خود احساس می‌کنند. جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

این مطالعه دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.100 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی؛ احترام به حقوق و کرامت افراد؛ عمل به استانداردهای ممکن و مستدل در پژوهش؛ استفاده بجا از دانش و مهارت؛ تحریف نکردن اطلاعات؛ تعارض منافع؛ رازداری حرفه‌ای؛ محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها؛ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است. علاوه بر این، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشتند و پیش از تکمیل پرسشنامه اهداف پژوهش توضیح و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل شد. پرسشنامه‌ها نیز به صورت بی‌نام و با کد در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر میکس، آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌های به دست آمده در آزمون تحلیل کواریانس برای گروه‌های برابر و آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه تأثیر مداخله‌ها بر متغیرهای وابسته در مراحل پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها:

پس از اجرای پرسشنامه‌ها بر روی نمونه، با استفاده از طرح آمیخته، به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول (زندگی‌درمانی)، ۱۵ دختر در گروه آزمایش دوم (شفقت‌درمانی) و ۱۵ دختر در گروه کنترل قرار گرفت و با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر، میزان حرمت خود و اجتناب تجربی آنها در سه نوبت سنجیده شد (پیش‌آزمون-پس‌آزمون - پیگیری). ابتدا متغیر مورد بررسی قبل از اعمال متغیر آزمایشی اندازه‌گیری شد (مرحله پیش‌آزمون). در مرحله بعد پژوهشگر برنامه زندگی‌درمانی را برای گروه آزمایش اول و برنامه شفقت-درمانی را برای گروه آزمایش دوم به مدت ۸ جلسه به کار برد و در انتهای دوره، نمرات این پرسشنامه‌ها را از هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل به دست آورد (مرحله پس‌آزمون). در نهایت پس از گذشت دو ماه همه متغیرها مجدد در هر ۳ گروه مورد بررسی قرار گرفت (مرحله پیگیری). پژوهشگران در چنین شرایطی آزمایش‌های دو عاملی همراه با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل را برای تحلیل پیشنهاد می‌کنند (فرگوسن و همکاران، ۱۳۹۲). این آزمون برای تحلیل نتایج داده‌هایی است که در آن از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در متغیر مورد بررسی حداقل سه نمره در دست باشد (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). شرط استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مستلزم رعایت برخی از مفروضه‌هاست که همگی تأیید شدند.

نتایج میانگین و انحراف استاندارد حرمت خود و اجتناب تجربی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای هر ۳ گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد حرمت خود و اجتناب تجربی در سه مرحله‌ی اندازه‌گیری برای هر ۳ گروه

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
زندگی‌درمانی	۷۳/۱۴	۴۱/۴	۸۶/۲۳	۸۰/۵	۵۳/۳۰	۴۸/۵
حرمت	۴۶/۱۴	۳۸/۴	۲۰/۲۱	۸۹/۳	۲۶/۲۷	۹۵/۳
خود	۹۳/۱۳	۰۵/۴	۴۶/۱۴	۶۸/۳	۳۳/۱۵	۷۶/۳
زندگی‌درمانی	۷۳/۲۳۳	۴۶/۱۲	۷۳/۱۹۱	۹۷/۱۲	۲۰/۱۶۵	۵۶/۱۱
اجتناب	۶۰/۲۳۶	۳۷/۱۴	۰۰/۲۰۰	۴۸/۱۳	۱۳/۱۷۸	۵۷/۱۲
تجربی	۶۶/۲۵۵	۰۹/۱۵	۶۰/۲۳۸	۳۳/۱۴	۹۳/۲۳۴	۱۶/۱۴

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین حرمت خود گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش حرمت خود در پس‌آزمون و پایداری در مرحله پیگیری دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی شده است. همچنین میانگین اجتناب تجربی گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. براساس نتایج مندرج در جدول فوق مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش اجتناب تجربی در پس‌آزمون و پایداری در مرحله پیگیری دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی شده است. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نمرات حرمت خود با معیار گرین‌هاوس گیسر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نمرات حرمت خود با معیار گرین‌هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	Df	MS	F	sig	اندازه اثر
آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲۷۲۲/۵۳	۱/۳۳	۶۶/۲۰۴۷	۶۵/۱۱۴	۰۰۱/۰	۷۲۳/۰
تعامل آزمون* گروه	۳۰/۱۸۷۲	۱	۳۰/۱۸۷۲	۱۴/۳۶۸	۰۰۱/۰	۹۶۳/۰
خطا	۸۰/۱۰۴۴	۵۰/۵۸	۸۵/۱۷			

۷۶۱/۰	۰۰۱/۰	۲۶/۱۴۰	۵۰/۲۷۲۲	۱	۵۰/۲۷۲۲	گروه (متغیر آزمایشی)	ت.ز.ر
			۴۰/۱۹	۴۴	۰۰/۸۵۴	خطا	ر.م.ر

با توجه به نتایج جدول ۴ چون F محاسبه شده برای مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی از ارزش بحرانی F با درجه‌ی آزادی ۱ و ۴۴ و سطح معنی‌داری $p < 0/01$ بزرگتر است، پس فرض صفر رد می‌شود. با عنایت به رد فرض صفر با ۹۹٪ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر افزایش حرمت خود دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی اثر داشته است. میزان این تأثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۷۶ بوده است، یعنی ۷۶ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در افزایش حرمت خود از طریق متغیرهای آزمایشی قابل تبیین است. نتایج آزمون تعقیبی توکی به منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی به منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها

متغیر	مرحله	مداخله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	انحراف سطح معناداری
حرمت خود	پس آزمون	زندگی‌درمانی	کنترل	۱۳/۹*	۷۷۴/۰	۰/۰۰۱
		شفقت‌درمانی	کنترل	-۰۶/۶*	۵۳۹/۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	زندگی‌درمانی	شفقت‌درمانی	۶۶/۶**	۹۰۳/۰	۰/۰۰۱
		زندگی‌درمانی	کنترل	۴۰/۴**	۲۲/۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	شفقت‌درمانی	کنترل	۸۶/۳*	۷۸۰/۰	۰/۰۰۱
		زندگی‌درمانی	شفقت‌درمانی	۶۶/۶*	۹۰۳/۰	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۵، بین دو گروه برنامه زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به تفاوت میانگین‌ها می‌توان دریافت زندگی‌درمانی نسبت به شفقت‌درمانی تأثیر بیشتری را بر متغیر حرمت خود در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری داشته است. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نمرات اجتناب تجربی با معیار گرین‌هاوس گیسر در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تجزیه و تحلیل واریانس نمرات اجتناب تجربی با معیار گرین هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
آزمون (تکرار اندازه گیری)	۵۶۱۴۶/۹۷	۱/۲۶	۴۴۴۲۵/۵۸	۱۴۶/۶۹	۰۰۱/۰	۷۶۹/۰
تعامل آزمون * گروه	۱۳/۳۵۲۲۶	۱	۱۳/۳۵۲۲۶	۹۳/۳۱۴	۰۰۱/۰	۹۵۷/۰
خطا	۳۵/۱۶۸۰	۵۵/۶۰	۸۳۵/۳۰۲			
گروه (متغیر آزمایشی)	۸۴/۵۴۵۶۲	۱	۵۴۵۶۲/۸۴	۶۵/۱۶۲	۰۰۱/۰	۷۸۷/۰
خطا	۱۵/۱۴۷۶۰	۴۴	۴۵/۳۳۵			

با توجه به نتایج جدول ۶ چون F محاسبه شده برای مداخله های زندگی درمانی و شفقت درمانی از ارزش بحرانی F با درجه ی آزادی ۱ و ۴۴ و سطح معنی داری $p < 0/01$ بزرگتر است، پس فرض صفر رد می شود. با عنایت به رد فرض صفر با ۹۹٪ اطمینان می توان نتیجه گرفت که مداخله های زندگی درمانی و شفقت درمانی در شرکت کنندگان گروه های آزمایشی به نسبت گروه کنترل تاثیر بیشتری بر کاهش اجتناب تجربی دانشجویان جوان دچار بی موبایل هراسی اثر داشته است. میزان این تاثیر «معنادار بودن عملی» ۰/۷۸ بوده است، یعنی ۷۸ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در کاهش اجتناب تجربی از طریق متغیرهای آزمایشی قابل تبیین است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی به منظور مقایسه دو به دو گروه ها

متغیر	مرحله	مداخله	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
اجتناب تجربی	پس آزمون	زندگی درمانی	کنترل	۵۳/۲۶*	۹۶/۱	۰/۰۰۱
		شفقت درمانی	کنترل	۸۶/۲۱*	۹۵/۳	۰/۰۰۱
	زندگی درمانی	زندگی درمانی	شفقت درمانی	-۶۰/۳۶**	۱۹/۳	۰/۰۰۱
		زندگی درمانی	کنترل	-۷۳/۲۰**	۱۵/۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	شفقت درمانی	کنترل	-۳/۶۶*	۰۰/۱	۰/۰۰۱
		زندگی درمانی	شفقت درمانی	-۵۳/۲۶*	۹۶/۱	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود بین دو گروه برنامه زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوت معنادار وجود دارد و با توجه به تفاوت میانگین‌ها می‌توان دریافت زندگی‌درمانی نسبت به شفقت‌درمانی تأثیر بیشتری را بر متغیر اجتناب تجربی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی بر حرمت خود و اجتناب تجربی دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌-هراسی بود. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این دو روش بر حرمت خود دانشجویان جوان دچار بی‌موبایل‌هراسی تأثیر معناداری داشته و بررسی مقایسه گروه‌ها نشان داد که میان میزان اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و زندگی‌درمانی توانست به میزان بیشتری حرمت خود دانشجویان را افزایش دهد. بنابراین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، زندگی‌درمانی بر بهبود حرمت خود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور از جمله حسن‌زاده (۹)، چراغ‌پور (۱۱) همسو بود.

در تبیین اثربخشی زندگی‌درمانی بر حرمت خود می‌توان گفت یکی از موضوعات مهم در زندگی‌درمانی آن است که به افراد کمک کنند به دنبال زندگی باشند و آن را دنبال کنند. در مداخله بالینی مراجع واقعا چه مفهومی از زندگی دارد، معنای آن چیست، چه حوزه‌هایی در زندگی او وجود دارد، و چقدر زندگی در ذات خود برایش اهمیت دارد. یافتن شایستگی در زندگی یعنی داشتن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، اهداف و مقاصد خوب و انسانی. روان‌درمانی تنها یک حرفه وابسته به سلامت روانی نیست، آن باید به افراد کمک کند تا دلایل خود را برای زیستن، تعریف و باز تعریف کنند. به افراد می‌بایست تفکر در مورد زندگی را بیاموزیم، نه اینکه به آنها بگوییم که چگونه زندگی کنند و توجه به اینکه مشکلات جزء لاینفک و جدا ناپذیر زندگی است (۱۱). یکی از وظایف کلیدی روان‌درمانگران و مشاوران این حیطه آن است که به مراجعان کمک کند از زندگی خود لذت ببرند و مسیر زندگی آنها را آسان کنند. روانشناسی زندگی تلاش می‌کند تا انسان بتواند یکی از یک زندگی غنی، کامل، پر معنا و رضایت‌بخش داشته باشد. در زندگی‌درمانی به ابعاد مختلف زندگی اشاره می‌شود: زندگی فردی، زندگی انگیزشی، زندگی هیجانی، زندگی اجتماعی، زندگی عقلی یا عقلانی، زندگی معنوی، زندگی سالم و همراه با سلامتی، زندگی در فراخنای عمر، و مفهوم کلی زندگی (۹).

از طرفی بر اساس یافته‌های این پژوهش، شفقت‌درمانی نیز بر بهبود حرمت خود در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور از جمله پیرجاوید و همکاران (۲۰) و لیو (۲۱) همسو بود.

در تبیین دلایل این همسویی در این یافته پژوهشی می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت یکی از مداخلات درمانی رایج در حوزه روانشناسی شناختی در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. زنانی که شفقت به خود بالایی دارند، در عین حال که با خود مهربان می‌باشند، در برابر تنش‌های زندگی به شکل مسئولانه‌تری واکنش و پاسخ می‌دهند و وقایع پیش آمده را راحت‌تر می‌پذیرند. درمان مبتنی بر شفقت، با ایجاد و تقویت شفقت در فرد از طریق ارائه فنون شفقت‌ورزی، شناسایی افکار خودمهرورزی و همچنین برطرف‌سازی موانع شفقت‌ورزی، فرد را در برابر حالت منفی محافظت می‌کند و حالت هیجانی مثبت را تقویت و افزایش می‌دهد (۲۱). درمان متمرکز بر شفقت به خود بر هیجان‌ات متمرکز است. در این درمان به شفقت به خود، مهربانی با خود، اشتراکات انسانی، ذهن‌آگاهی بر تکنیک‌های توسعه شفقت درونی، انتقال جریان شفقت از خود به

دیگران و از بیرون به سوی خود تأکید می‌گردد. در پژوهش حاضر، زنان توانستند به کمک تکنیک‌های شفقت‌درمانی، از خود واقعی‌شان آگاه شوند و توانایی‌هایی را که به علت شرایط نامساعد فعلی زندگی، فراموش کرده بودند یا از آن غفلت نموده بودند، را در خود ببینند و با نگاه مهربانانه به خود و دیگران، احساس امنیت و خوش‌بینی را در خود افزایش دهند. از طرفی درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند زمینه تجارب ارتباط موفق را برای افراد مهیا کند (۱۹). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزشیابی می‌کنند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند. عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر تنش‌ها بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خود-دفاعی و نه به سمت خودانتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (۲۰).

همچنین بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این دو روش بر اجتناب تجربی دانشجویان جوان دچار بی‌موابیل‌هراسی تأثیر معناداری داشته و بررسی مقایسه گروه‌ها نشان داد که میان میزان اثربخشی زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی تفاوت معناداری وجود دارد و زندگی-درمانی توانست به میزان بیشتری اجتناب تجربی دانشجویان را کاهش دهد. بنابراین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، زندگی‌درمانی بر بهبود اجتناب تجربی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور از جمله حسن‌زاده (۹) و سادات مدنی (۲۲) همسو بود.

در تبیین اثربخشی زندگی‌درمانی بر اجتناب تجربی می‌توان گفت زندگی‌درمانی، تلاش می‌کند تا تغییر اساسی در زندگی مراجعان ایجاد کنند. ایجاد نیاز به زندگی می‌تواند سائق زندگی کردن را در افراد تحریک کند. یکی از وظایف درمانگران، ایجاد درک واقع بینانه در مراجعان نسبت به کل زندگی با تمام خوبی‌ها و بدی‌هاست. همه کسانی که به نحوی وبه دلایل بیماری بدنی یا بیماری یا اختلال روانی در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند برای بازگشت مجدد به زندگی عادی تلاش می‌کنند. ایجاد نیاز به زندگی، سائق زندگی کردن در افراد را تحریک می‌کند. همانگونه که تغییر در نگرش و تغییر در سبک زندگی دو مورد از تأکید‌های متخصصان روان‌شناسان می‌باشد؛ نیاز به زندگی کردن از نیازهای اصلی انسان به حساب می‌آید که در پویایی و استواری آن نقش دارد (۲۳). در این رویکرد به افراد آموزش داده می‌شود که ممکن است انسان‌ها توسط اوضاع و احوال در شرایط خاصی از زندگی قرار بگیرند که خارج از کنترلشان باشد، اما اینکه چگونه آن‌ها آن شرایط را ارزش‌گذاری کرده، تفسیر و پاسخ دهند یک موضوع انتخاب شخصی است (۲۲). بهترین ویژگی انسان و عاملی که باعث یگانه بودن انسان می‌شود آزادی انتخاب است. آزادی تنها به صورت بالقوه وجود دارد و لذا در برخی از افراد می‌تواند بروز نکند یا حتی انکار شود. فرد می‌تواند از طریق گسترش حس آگاهی و معرفت، آزادی را افزایش دهد. به واسطه آزادی انتخاب است که شخص می‌تواند بر اوضاع و احوال بلافاصله خود فائق آید. چون ما در آن نوع شخصی که برای شدن انتخاب می‌کنیم آزادی داریم، لذا برای آنچه می‌شویم، مسئولیت کامل داریم. گرچه تولد و مرگ حقایقی هستند که از کنترل ما خارج است، ولی چگونگی تفسیر، ارزش‌گذاری و عمل براساس این حقایق به انتخاب فردی ما بستگی دارد. برخی الفبای زندگی را به طور اختصار چنین بیان می‌کنند: پذیرا باشید، خودتان را جدا سازید، خلق کنید، تصمیم بگیرید، کاوشگر باشید، ببخشید، رشد کنید، امیدوار باشید، نادیده

بگیرید، سفرکنید، بدانید، دوست بدارید، مدیر باشید، توجه کنید، باز کنید، بازی و تفریح کنید، سؤال کنید، آرامش داشته باشید، سهیم شوید، تلاش کنید، استفاده کنید، ارزش بگذارید، بخواهید، مانند اشعه ایکس بنگرید، اجازه دهید، تمرکز کنید (۹).

از طرفی بر اساس یافته‌های این پژوهش، شفقت‌درمانی نیز بر بهبود اجتناب تجربی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از کشور از جمله سعیدی و همکاران (۱۳۹۹)، کاراگیر و رامکیسون (۲۰۲۳)، ونگ و همکاران (۲۴)، همسو بود.

در تبیین دلایل این همسویی در این یافته پژوهشی می‌توان گفت با بالا رفتن شفقت، انگیزه شخص نیز افزایش می‌یابد و این خود منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز با افزایش میزان شفقت به خود، موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. درمان مبتنی بر شفقت با ارائه راهکارهای مهربانی گرفتن از دیگران و مهربانی کردن به دیگران باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی در فرد می‌شود، چراکه منجر به فعال کردن سیستم مراقبت و خنثی کردن سیستم تهدید می‌شود.

همچنین می‌توان به این نکته اشاره کرد که بخشی از تکنیک‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به درمان مبتنی بر شفقت بر اساس مؤلفه‌ها و تمرین‌های ذهن‌آگاهی طراحی شده است. تمرینات ذهن‌آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش خودکار و عادت‌وار، طراحی شده است. در ذهن-آگاهی، افراد تجربیات را به عنوان عناصر مجزا از خود و به عنوان یک حالت شناختی یا رفتاری از تجربه آن که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند، فرایندی که باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی افراد می‌شود.

محدودیت پژوهش: پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله می‌توان گفت جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود که در نتیجه آن تعمیم نتایج به سایر اقشار جامعه باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین وجود متغیرهای کنترل نشده (مانند تأثیرات آموزش مجازی طی دو سال گذشته) و تداخل آن‌ها در پژوهش که تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود که الگوی مدنظر در پژوهش با بهره‌گیری از ابزارهای مختلف و نیز برخورداری از ویژگی‌های زمینه فرهنگی و دینی جامعه مورد آزمون قرار گیرد و به منظور گسترش الگویی وسیع‌تر و کامل‌تر، متغیرهای دیگری در رابطه با بی‌موبایل‌هراسی سنجیده شود (از جمله می‌توان به متغیرهای شخصیتی، سبک‌های دل‌بستگی، احساس تنهایی و ... اشاره کرد). با توجه به نتایج پژوهش به مشاوران مرکز مشاوره دانشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود تا برای افزایش بهره‌وری با توجه به اثربخشی مداخله‌های زندگی‌درمانی و شفقت‌درمانی از این دو روش برای بهبود عادت‌های آسیب‌های دانشجویان بهره ببرند.

تشکر و قدردانی: این مطالعه دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.100 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. از تمامی دانشجویان عزیز شرکت‌کننده در پژوهش حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب که نهایت همکاری را با پژوهشگران داشتند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع: بنا به اظهار نویسندگان در پژوهش حاضر هیچ تعارض منافی وجود نداشته است.

References:

1. Jahrami HA, Fekih-Romdhane F, Saif ZQ, Alhaj OA, AlRasheed MM, Pandi-Perumal SR, BaHamam AS, Vitiello MV. Sleep dissatisfaction is a potential marker for nomophobia in adults. *Sleep Medicine*. 2022 Oct 1; 98: 152-7. doi: org/10.1016/j.sleep.2022.07.001
2. Bacaksiz FE, Tuna R, Alan H. Nomophobia, netlessphobia, and fear of missing out in nursing students: A cross-sectional study in distance education. *Nurse education today*. 2022 Nov 1; 118: 105523. doi: org/10.1016/j.nedt.2022.105523
3. Zhen R, Li L, Liu X, Zhou X. Negative life events, depression, and mobile phone dependency among left-behind adolescents in rural China: An interpersonal perspective. *Children and Youth Services Review*. 2020 Feb 1; 109: 104688. doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104688
4. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 2012 Jun; 102(6): 1271. <https://psycnet.apa.org/record/2011-21756-001>
5. Marshall SL, Parker PD, Ciarrochi J, Heaven PC. Is self-esteem a cause or consequence of social support? A 4-year longitudinal study. *Child development*. 2014 May; 85(3): 1275-91. doi.org/10.1111/cdev.12176
6. Langer ÁI, Schmidt C, Martínez V, Mac-Ginty S, Fuentes R, Núñez D. Suicidal ideation, non-suicidal self-injury and psychopathology in university students: Examining the moderating role of experiential avoidance. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2024 Apr 1; 16: 100734. doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100734
7. Martínez-Rubio D, Colomer-Carbonell A, Sanabria-Mazo JP, Pérez-Aranda A, Navarrete J, Martínez-Brotóns C, Escamilla C, Muro A, Montero-Marín J, Luciano JV, Feliu-Soler A. How mindfulness, self-compassion, and experiential avoidance are related to perceived stress in a sample of university students. *Plos one*. 2023 Feb 3; 18(2):e0280791. doi.org/10.1371/journal.pone.0280791
8. Fentem A, Stoneking F. The impact of couples' conflicts on everyday sadists' relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*. 2023 Oct 1; 213: 112319. doi.org/10.1016/j.paid.2023.112319
9. Hassanzadeh R. *Life psychology (life therapy)*. Tehran: Edition Publications. 2022.
10. Kaya A, Karataş N, Dalgiç AI. The effect of individual values on self-esteem and meaning in life in adolescents: A cross-sectional study from Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023 Oct 1; 46: 8-13. doi.org/10.1016/j.apnu.2023.06.007
11. Cheraghpur R. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and life therapy on psychological disturbance, psychological capital, cognitive flexibility, adherence to diet

therapy and chronic pain in patients with dyspepsia. Dissertation for receiving a specialized doctorate degree in psychology, Islamic Azad University, Sari branch.2022.

12. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Apr 1; 326:168-92. doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010

13. Biber DD, Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of health psychology*. 2019 Dec; 24(14): 2060-71. doi.org/10.1177/13591053177133

14. Karagöz D, Ramkissoon H. Nostalgic emotions, meaning in life, subjective well-being and revisit intentions. *Tourism Management Perspectives*. 2023 Sep 1; 48: 101159. doi.org/10.1016/j.tmp.2023.101159

15. Carter A, Steindl SR, Parker S, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-Focused Therapy to reduce body weight shame for individuals with obesity: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2023 Sep 1; 54(5): 747-64. doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001

16. Delavarpour M, Akbari F, Bagheri M. Identifying and comparing the profile of psychopathology of university students with different Intensities of nomophobia. *Journal of Psychological Studies*. 2021 Jul 23; 17(2): 55-76. doi: 10.22051/PSY.2021.36400.2462

17. Hosseinverdi M, Pourassadi Z, Keshavarz S, Kakavand A. Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Self-esteem, Empathy, and Forgiveness in Child Labor. *J Child Ment Health* 2021; 7(4): 181-196. URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1064-fa.htm1>

18. Nikfallah R, Barekat A. The mediating role of emotion regulation difficulties and experiential avoidance in the relationship between defense mechanisms and suicidal ideation in adolescents. *Applied Psychology*. 2022; 16(1): 202-183. doi: 10.52547/apsy.2021.223949.1166

19. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*. 2014; 53(1):6-41. doi.org/10.1111/bjc.12043

20. Pirjavi F, Toozandehjani H, Bagherzadeh Gol Makani Z. Comparing the Effectiveness of compassion-focused therapy and quality of life therapy on self-criticism and Depression patient with major depression. *Psychological Models and Methods*. 2022; 12(46): 53-68. doi: 10.30495/jpmm.2022.27035.3293

21. Lannoy S, Chatard A, Selimbegovic L, Tello N, Van der Linden M, Heeren A, Billieux J. Too good to be cautious: High implicit self-esteem predicts self-reported dangerous mobile phone use. *Computers in Human Behavior*. 2020 Feb 1; 103: 208-13. doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.018

22. Sadat Madani A. Comparing the effectiveness of cognitive analytical hypnotherapy and life therapy on self-esteem, adaptability, emotional regulation and self-efficacy in clients with

generalized anxiety disorder. Dissertation for receiving a specialized doctorate degree in psychology, Islamic Azad University, Sari branch. 2022.

23. Sarabadani A. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and life-therapy on mental well-being, psychological security, distress tolerance, and cognitive emotion regulation of women with generalized anxiety disorder. Dissertation for receiving the specialized doctorate degree in psychology, Islamic Azad University, Sari branch.2021.

24. Weng CY, Lin TK, Hsu BC. Psychopathophysiology and compassion-based cognitive-behavior group therapy for patients with coronary artery disease. In Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder 2023 Jan 1: 307-320. Academic Press. doi.org/10.1016/B978-0-323-85726-0.00007-7

25. Saeidi M, Khalatbari J, Ghorbanshiroudi S, Abolghasemi S. Cognitive behavioral therapy and compassion focused therapy on loneliness of women on the verge of divorce. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020; 10: 9-17. 20.1001.1.23222840.1399.10.0.46.5