

اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر خودکنترلی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا

فاطمه اصفهانی کرباسی زاده^۱، احمد عابدی^{۲*}، محمد رضا عابدی^۳

چکیده:

مقدمه: درمانهای فراتشخیصی از درمانهای موج سوم می باشد که می تواند در جهت خودکنترلی هیجانی و رسیدن به سلامت روان موثر باشد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر خودکنترلی هیجانی نوجوانان ۱۴-۱۸ سال مبتلا به نوموفوبیا بود.

روش پژوهش: طرح پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد. ۳۲ نوجوان دختر از بین نوجوانان ۱۴-۱۸ ساله شهر اصفهان به صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه ۱۶ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران، را در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه دریافت کرد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه نوموفوبیا آزادمنش و همکاران و خودکنترلی هیجانی محقق ساخته بود. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش در سطح معنی داری ($P < 0.01$) نشان داد که درمان فراتشخیصی بارلو بر خودکنترلی هیجانی موثر بود. **نتیجه گیری:** بنابراین می توان چنین استنباط نمود که در کنار سایر درمان های روانشناختی می توان از درمان فراتشخیصی بارلو به ویژه برای خودکنترلی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا استفاده کرد تا نوجوانان بتوانند از دگر کنترلی به خودکنترلی برسند.

واژگان کلیدی: خودکنترلی هیجانی، فراتشخیصی بارلو، نوجوانان، نوموفوبیا

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۰/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۶

استناد: اصفهانی کرباسی زاده فاطمه، عابدی احمد، عابدی محمدرضا. اثربخشی درمان فراتشخیصی بارلو بر خودکنترلی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(الف) ویژه نوجوانان: ۶۰-۷۳

^۱ - دانشجوی دکتری مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران،

^۲ - **نویسنده مسئول**، دانشیار، گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ - استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ - استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه:

از بین ابزار ارتباطی، دسترسی به تلفن همراه سهولت بیشتری دارد. تلفن همراه به منزله رسانه ای ارتباطی، نسبت به دیگر رسانه های جمعی، رشد برق آسایی داشته و عمدتاً گسترش آن هم به همین دهه اخیر بر می گردد. با وجود این عمر کوتاه، تأثیرات فرهنگی تلفن همراه بر مناسبات فردی و اجتماعی آن قدر برجسته و قابل اعتناست که برای جامعه شناسان، روان شناسان و محققان، عرصه های پژوهشی تازه ای فراهم آورده است. تلفن همراه با وجود عمر کوتاهی که در عصر رسانه ها دارد، عنوان چهارمین صفحه نمایشگر، پس از سینما، تلویزیون و کامپیوتر، و هفتمین رسانه جمعی پس از چاپ، ضبط صوت، سینما، رادیو، تلویزیون و اینترنت را به خود اختصاص داده است. این وسیله، کارکردهای گوناگونی داشته و در هر بخش از آنها دو روی مثبت و منفی دیده می شود. تأثیراتی از قبیل تسهیل ارتباطات، کاهش موانع زمانی و مکانی در ارتباط، گسترش شبکه اطلاع رسانی و امکان همیشه در دسترس بودن و تبادل سریع اطلاعات، امکان استفاده از اینترنت در هر زمان و دسترسی به هرگونه اطلاعات در هر مکانی است (۱).

ابتدایی ترین و اصلی ترین هدف کاربرد تلفن همراه، امکان برقراری کلامی و صوتی از طریق این رسانه است. ارتباط کلامی از طریق تلفن همراه این امر را ممکن ساخته است که با هر کس و در هر کجا و در هر زمان بتوان به سهولت ارتباط برقرار کرد. هر چند این سهولت در ارتباط، موجب بروز مشکلات و ناهنجاری در سایر مسائل اجتماعی شده است که برخی از آنها چنین است: کاهش قدرت حافظه جمعی و کاسته شدن از ارتباطات واقعی در سطح جامعه است. به دلیل سهولت در ارتباط، افراد برای تماس با هم تنها کلیدی را فشار می دهند و شماره در حافظه گرفته می شود، شناور شدن حوزه خصوصی و عمومی به این طریق که با گفتگو در فضاهای عمومی افراد ناخودآگاه از مکالمات دیگران آگاه میشوند، رواج نوعی بی نزاکتی پنهان و ترویج فرهنگ بی ادبی در جامعه؛ گاهی اتفاق افتاده که در بین مکالمات حضوری زنگ خوردن تلفن همراه موجب قطع ارتباط حضوری شده و به مکالمه تلفنی پرداخته میشود که شاهد آن در بیشتر کلاس های دانشگاهی، جلسات کاری و دیگر محیط های ویژه که گاه و بیگاه تلفن همراه دانشجویان، استادان و شرکت کنندگان در جلسات به صدا در می آید که این مخالف مقررات آموزشی و کاری است (۲).

از دیگر معایب تلفن همراه اختلال بی موبایل هراسی است. نوموفوبیا به عنوان یک استفاده مشکل ساز از گوشی های تلفن همراه در نظر گرفته شده است. بنابراین به عنوان یک ترس موقعیتی در زیرمجموعه فوبی ها در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار می گیرد (۳) که موجب بروز اختلالات افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و دیگر اختلالات گشته است (۴).

نوموفوبیا احتمالاً با اعتیاد به اینترنت همراه است. یانگ^۱ (۵) اعتیاد به اینترنت را الگوی قمار پاتولوژیک و به عنوان یک اختلال کنترل تکانه تعریف کرد. یانگ اشاره دارد که فرد معتاد به اینترنت کسی است که دست کم ۳۸ ساعت در هفته یا ۸ ساعت در روز وقت خود را صرف استفاده از اینترنت کند. اعتیاد به اینترنت با پیامدهای منفی هیجانی، روان شناختی و اجتماعی مرتبط است (۶) که ارتباطات و تعاملات نوجوانان را تحت تأثیر قرار می دهد که در این بین خودکنترلی هیجانی نوجوان هم متغیر و نامیزان میگردد و زمینه ساز سایر ناهمواریها در مسیر حیات او میگردد.

^۱.Young

خودکنترلی هیجانی در نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا متغیری دیگری است که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش‌ها در این زمینه بر این باورند که افراد دارای وابستگی به تلفن همراه و اینترنت در روند رشدی هیجانات متوقف شده و یا پسرفت نموده‌اند. از طرفی، اعتیاد به تلفن همراه (نوموفوبیا) و به طور کلی همه اعتیادها به نوعی جزء اختلالات کنترل تکانه شناخته می‌شود (۷). یعنی فرد مبتلا به نوموفوبیا خودکنترلی لازم ندارد و نمی‌تواند میزان مصرف خود را مدیریت کند. دچار هیجان شده و هر بار بیش از زمانی که در نظر گرفته بودند از تلفن همراه استفاده می‌کنند، تاجایی که حتی در برخی از موارد فرد به نیاز غریزی خودش مثل غذا خوردن بی توجهی می‌کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد که فرد مبتلا به نوموفوبیا از لحاظ تنظیم هیجان موفق نباشند و مشکلاتی در تنظیم هیجان داشته باشند (۷)؛ (۸)؛ (۹). منظور از کنترل عواطف و هیجانات این است که بتوان در موقعیت‌های مختلف هیجانات و عواطف را تشخیص داده و آنها را ابراز و کنترل نمود. مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیرگذار است و باعث ثبات و رشد شخصیت افراد می‌گردد (۱۰). اهمیت مطالعه این مهارت از آن جهت است که این مهارت اثرات گوناگونی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی فرد دارد و یکی از عواملی است که به منظور سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضروری است (۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد خودکنترلی با عواطف مثبت، تعهد بهتر (۱۲)، عزت نفس (۱۳)، پیشرفت تحصیلی بالاتر (۱۴)، کاهش پرخاشگری (۱۵) و مشکلات کمتر مرتبط با مدرسه (۱۶) مرتبط است.

با توجه به مطالب ذکرشده، آنچه که مشترک در تمامی ویژگی‌های این نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا به چشم می‌خورد، وجود مشکل شدید در نظم جویی شناختی-هیجانی است که مستلزم مداخلات روانشناختی است. یکی از مداخلات روانشناختی که می‌تواند این جمعیت خاص را هدف قرار دهد، مداخله فراتشخیصی است. مداخله فراتشخیصی در مقابل درمان‌های تک تشخیصی به وجود آمدند و به معنی پرداختن به سازوکارهای زیر بنایی مشترک درطیفی از اختلال‌های هم ابتلا و در حوزه درمان به معنی، داشتن پروتکل‌های درمانی است که صرفاً براساس تشخیص‌های اختصاصی مداخله نمی‌کنند و این سازوکارهای زیر بنایی مشترک را در نظر می‌گیرند (۱۷). مداخله فراتشخیصی بارلو^۱ به بیماران می‌آموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده، آنها را تجربه کنند و به شیوه‌های سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. درمان فراتشخیصی بارلو ضمن اصلاح عادت‌های هیجانی مراجعان، کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه، بهبود کارکرد مراجعان را هدف قرار می‌دهد (۱۸). با توجه به اهمیت و ضرورت بررسی نوموفوبیا در بین نوجوانان، پژوهش حاضر در صدد اثربخشی رویکردی بارلو بر خودکنترلی هیجانی نوجوانان بود.

روش پژوهش:

طرح پژوهش این تحقیق بصورت نیمه آزمایشی با گروه کنترل با پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید. جامعه پژوهش مورد مطالعه نوجوانان ۱۴-۱۸ سال شهر اصفهان بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است و نمونه این پژوهش شامل نوجوانان دختر مقطع دوم متوسطه در اصفهان بودند. بدین صورت که تمام افراد شرکت کننده در پژوهش در بازه سنی ۱۴-۱۸ سال قرار داشتند. بر روی تعدادی از دختران پرسشنامه نوموفوبیا اجرا شد و از میان آنان به صورت تصادفی ۳۲ نفری که نمره نوموفوبیای بالاتر از ۳۵ گرفته بودند به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفر آزمایش ۱۶ نفرکنترل قرار گرفتند. معیارهای معیارهای ورود

^۱.Barlow's extradiagnostic intervention

عبارتند از: داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی از ۱۴ سال تا ۱۸ سال، ابتلا به نوموفوبیا (بی موبایل هراسی) بر اجرای پرسشنامه نوموفوبیا برای سنجش اختلال بی موبایل هراسی (۱۹). و معیارهای خروج عبارتند از: عدم تمایل به ادامه درمان، دارای نوموفوبیا پایین تر از متوسط و یا نوموفوبیا شدید نیازمند کمک درمان های روانپزشکی، مصرف داروهای روانگردان به تشخیص روانشناس، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روان شناختی و تحت درمان بودن از طریق درمان های روانپزشکی، عدم حضور در بیش از دو جلسه آموزشی و افراد شرکت کننده در انواع آموزش های روانی به طور همزمان با دوره بین سنجش خط پایه و نقطه پس از مداخله (۶۰ روز بعد از خط پایه) نیز از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای سنجش: پرسشنامه نوموفوبیا (غربالگری): پرسشنامه نوموفوبیا برای سنجش اختلال بی موبایل هراسی بکار می رود که از ۱۴ سوال تشکیل شده است. آزادمنش، احدی و منشئی (۱۹) نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه محقق ساخته از سه عامل تشکیل شده و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم نیز مدل سه عاملی را تأیید کرد. این پرسشنامه به همراه مقیاس افتراق معنایی معنا و مفهوم موبایل اجرا شد که با ۱۴ آیتم از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بود. در نتیجه از پرسشنامه محقق ساخته بی موبایل هراسی میتوان برای تشخیص افراد به اختلال بی موبایل هراسی استفاده کرد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای می باشد که برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات پرسشنامه را با هم محاسبه نمائید. امتیازات کلی بالاتر نشان دهنده نوموفوبیای بالاتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. پایایی این پرسشنامه در بین دانشجویان گروه علوم انسانی در دانشگاه علامه طباطبائی مورد بررسی اولیه واقع شد که مقدار آن ۰/۷ به دست آمد و مقدار مناسبی بود. در ارزیابی و اجرای اولیه که بر روی ۶۰ نفر از دانشجویان دانشکده های حقوق و علوم سیاسی، روانشناسی و علوم تربیتی، مدیریت و حسابداری و اقتصاد انجام شد میزان میانگین محاسبه شده معادل ۳۹/۸۸ و واریانس برابر با ۱۱۹/۷۰ و نیز انحراف استاندارد آن ۱۰/۹۴ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی این مقیاس بعد از ارائه به برخی اساتید متخصص در حوزه ی مسائل روانشناختی و روانسنجی مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد. روایی صوری و محتوای پرسشنامه بعد از ارائه به برخی اساتید متخصص در حوزه مسائل روانشناختی و روانسنجی مورد ارزیابی قرار گرفته و تأیید شد (۱۹). همچنین ضریب پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در این پژوهش برابر ۰/۷۴ به دست آمد. پرسشنامه خودکنترلی هیجانی محقق ساخته: با استفاده از منابع در زمینه خودکنترلی هیجانی، مجموعه ای از سوالات گردآوری و جهت سنجش خودکنترلی هیجانی طراحی شد دارای ۲۰ سوال که به شیوه مقیاس لیکرتی پنج گزینه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره ۲۰ می باشد. برای هنجاریابی آن در دو فاز مورد بررسی قرار گرفت؛ در فاز نخست بر روی ۴۰ نوجوان اجرا گردید و در فاز دوم بر روی نمونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر پس از تشخیص نوموفوبیا اجرا شد. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه خودکنترلی هیجانی بر روی گروه نوجوانان مورد مطالعه نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸۲ بود که نشان دهنده همسانی درونی ابزار بود. ضریب بازآزمایی پرسشنامه بعد از هشت هفته اجرای مجدد در بین ۳۰ نفر برابر ۰/۸۱ بود. نتایج بررسی روایی محتوا نشان داد که نمره نسبت روایی محتوا (CVR) بالاتر از نمره مورد قبول ۰/۶۲ و متوسط شاخص روایی محتوی (CVI) نیز بالاتر از نمره مورد قبول ۰/۷۹ بود. همچنین جهت بررسی روایی همگرا پرسشنامه خودکنترلی هیجانی، همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه خودکنترلی هیجانی تانجی و همکاران (۲۰۰۴) بررسی شد که نشان دهنده همبستگی معنادار متوسط دو ابزار بود و روایی همزمان این پرسشنامه بود.

روش پژوهش به این صورت بود که شرکت کنندگان با استفاده از یک لیست شمارش تصادفی توسط یک پژوهشگر مستقل به دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. پیش از شروع مداخله تمامی شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. گروه آزمایش، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان فراتشخیصی بارلو و همکاران (۲۰۱۱) را به صورت هفتگی دریافت کردند که محتوای آن در جدول ارائه شده است. گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پس از سه ماه پیگیری با پرسشنامه خودکنترلی هیجانی محقق ساخته مورد سنجش قرار گرفته‌اند. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش تمامی شرکت کنندگان با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند، تمامی اطلاعات شخصی آنها محرمانه باقی ماند، آزمودنی‌ها می‌توانستند هر زمان که خواستند درمان را ترک کنند. همچنین بعد از اتمام پژوهش، درمانی که به روی گروه آزمایش اجرا شد بر روی گروه کنترل نیز اعمال گردید. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شد.

جدول (۱) شرح جلسات مداخله فراتشخیصی بارلو

جلسه	صورت جلسه
اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق درمان و اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم-چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و تله‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای هیجان خاست (EDBs)، آشنایی و شناسایی آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان خواست ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساسهای جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم-دهم-یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت کننده

یافته ها:

برطبق نتایج جمعیت شناختی، در گروه فراتشخیصی بارلو، میانگین و انحراف استاندارد سن نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا برابر با ۱۵/۶۸۷ (۱/۳۵) و گروه کنترل ۱۵/۸۱۲ (۱/۵۱) به دست آمد. در گروه مداخله فراتشخیصی بارلو بیشترین مادران نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم که برابر با ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) و در گروه کنترل نیز ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. در گروه مداخله فراتشخیصی بارلو بیشترین پدران نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم که برابر با ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) و در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند.

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد سن به تفکیک گروه ها

متغیر	فراتشخیصی بارلو		کنترل		آزمون خی دو	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	آماره	معنی
	استاندارد		استاندارد		داری	
سن	۱۵/۶۸۷	۱/۳۵	۱۵/۸۱۲	۱/۵۱	۵/۹۳	۰/۲۰۴

براساس نتایج در جدول ۲ در گروه فراتشخیصی بارلو، میانگین و انحراف استاندارد برابر با ۱۵/۶۸۷ (۱/۳۵)، و گروه کنترل ۱۵/۸۱۲ (۱/۵۱) به دست آمد. براساس آزمون خی دو بین تعداد افراد نمونه در گروه های سنی در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار خودکنترلی هیجانی گروه ها در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه آزمایش		گروه کنترل		سطح معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودکنترلی هیجانی	پیش آزمون	۳۷/۱۸۷	۵/۷۹	۳۸/۲۵۰	۵/۱۴	۰/۲۹۴
	پس آزمون	۴۷/۳۱۲	۵/۳۰	۳۷/۶۲۵	۵/۰۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۹/۷۵۰	۵/۴۰	۳۶/۵۰۰	۴/۹۱	۰/۰۴۳

با توجه به جدول فوق، میانگین خودکنترلی هیجانی، قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشت ($P > 0.01$). اما میانگین خودکنترلی هیجانی بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0.01$). با توجه به رعایت پیش فرض ها، برای بررسی روند تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول (۴) نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماکلی در متغیر خودکنترلی هیجانی

آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
پیش آزمون	۰/۵۹۸	۰/۲۰۰	۰/۳۲۹	۰/۵۷۱
پس آزمون	۰/۸۴۷	۰/۲۰۰	۰/۱۵۶	۰/۶۹۵
پیگیری	۰/۸۵۶	۰/۱۹۶	۰/۱۱۹	۰/۷۳۲
آزمون باکس	آزمون ماچلی			
	آماره	معناداری	آماره	معناداری
	۱۶/۷۳۱	۰/۲۱۰	۰/۵۰۷	۰/۰۰۱

چنان که در جدول فوق مشاهده می شود، خودکنترلی هیجانی در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. همچنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نشده، بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اپسیلون به آماره گرین هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است. نتایج آزمون چندمتغیره نمرات خودکنترلی هیجانی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج آزمون چند متغیره نمرات خودکنترلی هیجانی

متغیر	ضریب	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح احتمال	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	۰/۹۵۰	۲۷۳/۳۷۶	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۰	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۰	۲۷۳/۳۷۶	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۰	۱/۰۰۰
اثر زمان	۰/۹۲۸	۱۸۶/۰۷۴	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۱/۰۰۰
× گروه	۰/۰۷۲	۱۸۶/۰۷۴	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که تحلیل چند متغیره در متغیر خودکنترلی هیجانی برای اثر زمان معنی دار است ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین در تعامل زمان و عضویت گروهی نیز معنی دار به دست آمده است ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر مراحل پژوهش شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت کلی معنی دار می باشد، همچنین روند مراحل پژوهش یعنی پیش

آزمون، پس آزمون و پیگیری و یا اثر زمان در دو گروه با هم تفاوت معنی داری دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های مکرر در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر خودکنترلی هیجانی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
خودکنترلی هیجانی	درونگروهی	۴۴۳/۶۸۸	۱/۳۴۰	۳۳۱/۱۶۰	۱۵۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۱/۰۰۰
	زمان				۱۱۱			
	تعامل	۴۶۸/۲۷۱	۱/۳۴۰	۳۴۹/۵۰۸	۱۶۸۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۱/۰۰۰
	زمان×گروه				۱۱۷			
	خطا (زمان)	۱۱۹/۳۷۵	۱/۱۹۴	۲/۹۷۰				
			۴۰					
	بین گروهی	۳۷۶/۰۴۲	۱	۳۷۶/۰۴۲	۴/۷۱۲	۰/۰۳۸	۰/۱۳۶	۰/۵۵۶
	خطا	۲۳۹۴/۲۵۰	۳۰					

مطابق با جدول شماره ۶، برای خودکنترلی هیجانی مشاهده می شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می دهد که در خودکنترلی هیجانی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($P < 0/01$) وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین نمرات خودکنترلی هیجانی در مراحل پژوهش در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول (۷) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات خودکنترلی هیجانی در مراحل پژوهش

گروه	مراحل	تفاوت معنی	گروه	مراحل	تفاوت معنی	تفاوت میانگین	معنی داری
مداخله فراتشخیصی بارلو	پیش آزمون	پس آزمون	کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۶۲۵	۰/۷۰۱
	پیگیری	پیگیری		پیگیری	پیگیری	۱/۷۵	۰/۶۲۱
	پس آزمون	پس آزمون		پس آزمون	پس آزمون	۱/۱۲۵	۰/۳۴۲
	پیش آزمون	پس آزمون		پیش آزمون	پس آزمون		

بر طبق نتایج جدول ۷، تفاوت میانگین نمرات خودکنترلی هیجانی در گروهها آزمایش، در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون و پیگیری معنی دار است ($P < 0/01$). اما تفاوت میانگین نمرات خودکنترلی هیجانی در هر سه مرحله یعنی پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری، همچنین مرحله پس آزمون با پیگیری در گروه کنترل معنی دار به دست نیامده است ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری:

بر اساس نتایج جدول ۳ تا ۷ می‌توان گفت، مداخله فراتشخیصی بارلو در بهبود خودکنترلی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا تأثیر معنی داری داشته است و این اثرات در مرحله پس آزمون و پیگیری نشان از موفقیت مداخله بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های، شرفی و همکاران (۲۰)، مهدیون و همکاران (۲۱)، پور محسنی و همکاران (۲۲)، سلیمانی (۲۳)، سباستین و همکاران (۲۴)، همچنین زیرک بش و همکاران (۲۵)، سارفان و همکاران (۲۶) و نظری و همکاران (۲۷) همسو بود.

در تبیین نتایج میتوان چنین عنوان کرد که روان رنجوری (اختلالات اضطرابی، افسردگی، خلقی و...) به عنوان پیش بینی کننده و از عوامل خطر ساز وابستگی به تلفن همراه و سایت‌های اجتماعی است. اشخاص روان رنجور به هرگونه محرکی واکنش نشان می‌دهند و تجربه عواطف منفی همچون غم، دستپاچگی، عصبانیت، کمرویی، احساس گناه و نفرت در آنان بیشتر است و توانایی سازش یافتگی آنان با دیگران کمتر است و از نظر عاطفی بی ثبات هستند؛ به طوریکه نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که این افراد برای سرکوب کردن اضطراب و تنش‌های خود بیشتر از تلفن همراه استفاده می‌کنند. بنابراین، دچار وابستگی به تلفن همراه می‌شوند و در نهایت، ممکن است بی موبایل هراسی بیشتری را تجربه کنند. و احتمالاً گشودگی به تجربه می‌تواند نوجوان را سوق به سمت استفاده گسترده از برنامه‌های گوشی‌های هوشمند دهد و این افراد در استفاده از تلفن همراه انعطاف پایینی پیدا می‌کنند (۲۸). به دلیل تمایل به استفاده از گوشی هوشمند این افراد دچار وابستگی می‌شوند و نهایت، رفتار نوموفوبیایی در این افراد به وجود می‌آید. مداخله فراتشخیصی بارلو موجب می‌شود نوجوان فهم بهتری از تعامل افکار، احساسات و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشد. یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی، درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی بود (۲۹). در جلسات مداخله به نوجوانان آموخته شد که هیجان‌ها مهم و ضروری هستند، هدف حذف هیجان نیست؛ بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن و کنترل با هیجانات منفی است و هم هیجان‌ها طبیعی بوده و جنبه بقا دارند. به طور کلی می‌توان به این نکته اشاره کرد که بخشی از تکنیک‌ها در مداخله فراتشخیصی بارلو به کارگیری شناختی، ارزیابی چون فنون خودکنترلی افکار و هیجانات، مواجه هیجانی ذهنی و واقعی، آگاهی و کنترل هیجانات بدنی، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌های هیجانی نامطلوب است که استفاده می‌شوند (۳۰). این تکنیک‌ها سهم درخور توجهی در کاهش اضطراب نوجوانان و در نتیجه افزایش خودکنترلی هیجانی نوجوانان مبتلا به نوموفوبی دارند؛ چراکه با شناخت هیجانات مؤثر بر اختلال، رفتارهایی که مولد اضطراب هستند و همزمان با هیجانات بروز می‌کنند، شناسایی می‌شوند. چنین آگاهی از احساسات و ماهیت آنها، به نوجوان امنیت لازم را به منظور مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و کنترل هیجانات و تنش‌های جسمانی منفی، می‌دهد (۳۱).

محدودیت‌های پژوهش:

نبود پیشینه داخلی و خارجی کافی برای گردآوری اطلاعات در زمینه خودکنترلی هیجانی خودکنترلی هیجانی که در نوع خود جدید و به روز بودند. این پژوهش فقط در نوجوانان دختر بازه سنی ۱۸-۱۴ سال انجام گرفته است، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های سنی نوجوانان باید احتیاط شود و نیز نمونه این پژوهش، منحصر به نوجوانان دختر شهر اصفهان بوده اند، لذا در تعمیم این پژوهش به نوجوانان سایر شهرها بایستی محتاط بود. شیوع بی سابقه بیماری منحوس کرونا، انجام پژوهش را با

تهدیداتی مواجه کرد که نیازمند اندیشیدن نمهدیداتی بود که چاره ایی جز صبر برای رسیدن جامعه به یک امنیت روانی نداشتیم، لذا در جهت ایمن سازی محیط سنجش و پروتکل‌های بهداشتی با محدودیت حضور مواجه شدیم. نداشتن ابزار مناسب اندازه گیری متغیر پژوهش خودکنترلی هیجانی بود که در نهایت بعد از بررسی‌های فراوانی تصمیم به ساخت ابزار گرفتیم.

ملاحظات اخلاقی:

در این پژوهش بر حسب موارد زیر رهنمودهای اخلاقی مربوط به انجام پژوهش و در رابطه با کسب رضایت آگاهانه و رازداری (بر طبق انجمن مشاوره‌ی آمریکا^۱، ۲۰۰۵؛ و انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲) رعایت گردید. ۱- کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی. ۲- اخذ مجوز و معرفی نامه رسمی جهت حضور در دارس مقاطع اول و دوم متوسطه شهر اصفهان. ۳- به نوجوانان در مورد حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. ۴- استفاده از اطلاعات حاصل از پژوهش فقط در راستای اهداف علمی پژوهش.

تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

کاربرد پژوهش:

از مداخله فراتشخیصی بارلو در مراکز آموزشی همچون مدرسه که در ارتباط با نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا فعالیت دارند در کنار آموزش‌های تحصیلی، به آموزش مهارت‌های خودکنترلی هیجانی در مراکز آموزشی، درمانی، مشاوره‌ای و بیمارستان‌هایی که در ارتباط با نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا فعالیت دارند در کنار مداخلات دارویی و بازتوانی از مداخلات روان‌شناختی فردی در جهت بهبود علائم و پیامدها و ریشه‌های نوموفوبیا در نوجوانان بهره ببرند.

منابع:

- 1- Heidaryani L. Keramatimoghadam M. Construction and validation of a questionnaire on physical and psychological injuries of mobile phones. Educational Measurement. 2022; 12(47): 75-93. DOI: 10.22054/jem.2022.60854.2181
- 2- Dastgheyb Shirazi Z. Dadgaran M. Majidi N, Soleimani N N. Analysis of Attitudes of Social Communication Experts on the Factors Affecting nomophobia among Islamic Azad University Students. 2021; <https://doi.org/10.22083/jccs.2020.240409.3137>
- 3- Boggero A., Puente G.D., Bragazzi N.L. Selfie takers are Nomophobic? A Correlational Study between Selfie Addiction, Nomophobia, Locus of Control and Validation of Selfie -Liking Scale in Italian Language. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research, 2022; 42(3): 33752 -33761. DOI: 10.26717/BJSTR.2022.42.006769
- 4- Khan S., Atta M., Malik N.I., Makhdoom I.F. Prevalence and Relationship of Smartphone Addiction, Nomophobia, and Social Anxiety among College and University Late Adolescents. Ilkogretim Online, 2021; 20(5): 32 DOI: 10.17051/ilkonline.2021.05.394

^۱ American Consultant Association (Aca)

- 5- Young K.S. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder Paper Presented at the 104th Annual Meeting of the American Psychological Association. 1996; <http://dx.doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- 6- Chen Z., Poon K.T., Cheng C. Deficits in recognizing disgust facial expressions and Internet addiction: Perceived stress as a mediator. Psychiatry research, 2017; 254: 211 -217. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.04.057](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.057)
- 7- Pedersen T. Heavy cell phone use linked to depression, sleep problems in young people. Psych Central; 2018; <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3563-en.html>
- 8- Poorakbaran, E. Assessment of using of emerging communication tools (cell phone, internet and satellite) among young adults and its association with anxiety, depression and stress. Fundamentals of Mental Health. 2015; 7(5): 254-259. DOI: [10.22038/JFMH.2015.4806](https://doi.org/10.22038/JFMH.2015.4806)
- 9- Zanjani Z, Moghbeli Hanzaii M, Mohsenabadi H. The relationship of depression, distress tolerance and difficulty in emotional regulation with addiction to cell-phone use in students of Kashan University. Feyz 2018; 22 (4): 411-420. URL: <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3563-fa.html>
- 10- Lee S., Kim M., Mendoza J.S., Mc Donough I.M. Addicted to cellphones: Exploring the psychometric properties between the nomophobia questionnaire and obsessiveness in college students. Heliyon, 2018; 4(11): e00895. DOI: [10.1016/j.heliyon.2018.e00895](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00895)
- ۱۱- Dunham Y, Baron AS, Banaji MR. The Development of Implicit Intergroup Cognition. Trends Cogn Sci 2012; 12(7): 248-53. DOI: [10.1016/j.tics.2008.04.006](https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.04.006)
- 12- Dabiri S. The Role of Self-Control, Emotions, and Self-Compassion in the Prediction of Addiction Readiness. Etiadpajohi 2022; 16 (65):311-332. DOI:[10.52547/etiadpajohi.16.65.311](https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.65.311)
- 13- Fabio R. Steacuzzi A, Lo Faro R. Problematic Smartphone Use Leads ti Behavioral and Cognitive Self-control Deficits. Public Health. 2022; 19(12): 7445. DOI: [10.3390/ijerph19127445](https://doi.org/10.3390/ijerph19127445)
- 14- Pakmanesh N, Moosa J. Predicting Academic Performance through Self Control, Autonomy, and Self-awareness in Secondary School Students Bandar Abbas. Bi quarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning. 2020; 8(14):37-55 DOI:[10.22084/j.psychogy.2020.20757.2084](https://doi.org/10.22084/j.psychogy.2020.20757.2084)
- 15- Lievaart M., Huijding J., Veen F.M., Hovens J., Franken I.H.A. The impact of angry rumination on anger -primed cognitive contract. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2017; 54: 135 -142. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.016>
- 16- Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP. Unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders: Workbook: Oxford University Press; 2011 DOI: [10.1016/j.beth.2012.01.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001)
- 17- Norton P.J., Paulus D.J. Toward a unified treatment for emotional disorder: Update on the science and practice. Behavior Therapy, 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>.

- 18- Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014: 237-75.
- 19- Azadmanesh H., Ahadi H., Manshaee G. Developing and Standardization of the nomobophobia Questionnaire. Quarterly of Educational Measurement, 2016; 6(23): 1-22. [Persian] <https://doi.org/10.22054/jem.2016.6150>
- 20- Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. The effects of cognitive behavioral therapy and unified transdiagnostic therapy on the emotional regulation of adolescents with generalized anxiety disorder. Rooyesh 2023; 11(12):183-194. . DOI: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.17.6
- 21- Mahdiyoun SA, Imanipour M, Mojtahedzadeh R, Hosseini A F. Comparison of Effectiveness of Interactive and Non-interactive Virtual Education about Brain Death and Organ Transplantation on Knowledge and Satisfaction of Critical Care Nurses. Journal of Hayat 2015; 21 (2): 40-53, URL: <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-1112-fa.html>
- 22- Pourmohseni Koluri, F. Jafarian, S. Jafari, I. & Senobar, I. Investigation the Role of Personality Characteristics and Loneliness in Predicting Nomophobia in Students. 2022; 11(3): 82-69. DOI: 10.22059/JAPR.2020.292233.643376
- 23- Soleymani S, Mohammadkhani P, Zahrakar K. Developing a model of symptoms of nomophobia in students based on attachment style, media literacy and locus of control with the mediation of Internet addiction. Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies. 2023; 4(3):1-11. DOI:10.52547/jspnay.4.3.114
- 24- Sebastian A. Rajkumar E. John R. Daniel M. George A. Greeshma R, James T. Emotional Self-Care: Exploring the Influencing Factors among Individuals with Cancer. Psycho-Oncology.2022; 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.898345>
- 25- Zirakbash A, Naderi F, Marashian FS, Makvandi B. Designing unified trans-diagnostic interventions and their efficacy on the common mechanisms of the comorbid obsessive personality disorder with anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder: A protocol study. J Educ Health Promot. 2023; Jan 31; 12:35 (In Persian). DOI: 10.4103/jehp.jehp_1254_22
- 26- Sarfan LD, Hilmoie HE, Gumpert NB, Gasperetti CE, Zieve GG, Harvey AG. Outcomes of the Transdiagnostic Intervention for Sleep and Circadian Dysfunction (TransS-C) in a community setting: Unpacking comorbidity. Behav Res Ther. 2021 Oct; 145: 103948. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103948>
- 27- Nazari N, Sadeghi M, Ghadampour E, Mirzaeefar D. Transdiagnostic treatment of emotional disorders in people with multiple sclerosis: randomized controlled trial. BMC Psychol. 2020 Oct 31; 8(1): 114 (In Persian). DOI: 10.1186/s40359-020-00480-8
- 28- Raberts T. A., Pullig Ch., Manolis Ch. A hierarchical model of personality and cell- phone addiction. Personality and Individual Differences, 2015; 79: 13-19. DOI:10.1002/mar.20683
- 29- Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev, 2021; 87: 101999. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.101999

- 30- De Paul NF, Caver KA. A pilot study of a brief group adaptation of the Unified Protocol in integrated primary care. Psychol Serv. 2021; 18(3): 416–25. <https://doi.org/10.1037/ser0000406>
- 31- Sherman JA, Ehrenreich-May J. Changes in risk factors during the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents. Behav Ther. 2020; 51(6): 869–81. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.002>