

The Effectiveness of Compassion Therapy on Experiential Avoidance and Social Well-Being in Students with Cell Phone Phobia

Farzaneh Ghaderpour¹, Ramezan Hassanzadeh^{2*}, Seyedeh Olia Emadian³

1. Master's Student in Cognitive Psychology, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
2. Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Received: 2024/03/12

Accepted: 2024/05/12

Abstract

Introduction: Students who are highly dependent on mobile phones often experience loneliness, increased vulnerability, and diminished mental health. This study aimed to evaluate the effectiveness of compassion therapy on experiential avoidance and social well-being among students with mobile phone phobia.

Materials and Methods: This semi-experimental research used a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population consisted of students with mobile phone phobia at Azad University, Tehran West Branch. Using a convenience sampling method, 30 participants were selected and randomly assigned to either the experimental group (15 participants) or the control group (15 participants). The experimental group received eight sessions of compassion therapy. The study utilized questionnaires measuring experiential avoidance and social well-being.

Results: Prior to the intervention, there were no statistically significant differences between the intervention and control groups in terms of average scores for experiential avoidance and social well-being. However, post-intervention analysis revealed a significant difference in these scores between the intervention and control groups.

Conclusion: The findings suggest that compassion therapy is effective in mitigating the psychological effects of mobile phone dependency. Therefore, psychologists and therapists may consider integrating compassion therapy with other treatment modalities to address mobile phone phobia.

***Corresponding Author:** Ramezan Hassanzadeh

Address Sari- Khazar Square- Khazar Boulevard- 11 Farah Abad (dead end)- end of the alley- plate 7

Tel: +989113232106

E-mail: rhassanzadehd@yahoo.com

Keywords: compassion therapy, experiential avoidance, social well-being, mobile phobia.

How to cite this article: Ghaderpour F., Hassanzadeh R., Emadian SO. The Effectiveness of Compassion Therapy on Experiential Avoidance and Social Well-Being in Students with Cell Phone Phobia, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2024; 31(5):747-758.

Introduction

Smartphones are becoming an essential device in everyday life, and in 2022 there will be 6.6 billion users worldwide. The statistics show that 0.79 of the western people stated that they use smart phones daily and this percentage was 0.96 among the young population. Since February of 2023, the emerging disease of Corona virus 2019 has spread all over the world and had alarming effects on physical and mental health, so that it is clear that due to the spread of this virus and the reduction of face-to-face social interactions and the necessity of holding classes in universities, this behavioral habit has become a disorder. This situation causes many people to become irrationally dependent on their mobile phone and become stressed in its absence. In this regard, mobile phobia is a disorder caused by the incorrect use of smartphones, which is associated with adverse health effects such as sleep disorders, short-term memory disorders, dizziness, and blood pressure. One of the relevant variables in people without mobile phobia is experiential avoidance, which is known as a pathological factor of various mental disorders. Experiential avoidance includes behavioral, emotional and cognitive avoidance and includes six patterns that result from the combination of behavioral, experimental, basic personality, psychodynamic and cognitive-behavioral third wave approaches. Among other variables related to mobile phone phobia in students is social well-being, which can be a guide for their upbringing and education for the educational system. Well-being is not only being free from physical and mental diseases, but how a person functions in social relationships and how he thinks about society is also considered as a criterion for evaluating a person's well-being at the level of society, and it means the personal report of people about the quality of communication. They are with others. One of the therapeutic interventions effective on experiential avoidance and social well-being is compassion therapy. Self-compassion is defined as being sensitive to one's own and others' suffering and having a deep and lasting commitment to trying to eliminate it. Compassion is a skill that can be taught to someone and then with practice by that person, the nervous physiology and immune systems of the person will be affected. With regard to the mentioned materials and considering the importance of the issue of cell phone addiction and the harms caused by it, especially in students, there is a need to investigate and research more

therapeutic interventions, including compassion therapy, to reduce its harmful and destructive effects. Therefore, according to what was said and the lack of similar research in the country, it seems necessary to conduct this research. Therefore, the aim of the present study was to determine the effectiveness of compassion-therapy on the quality of experiential avoidance and social well-being of students with mobile phone phobia.

Methodology

The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included all students with mobile phone phobia of Azad University, Tehran West Branch in 1402-1401. Among them, 30 people were selected by the available sampling method and were replaced randomly and by lottery in two experimental and control groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group). The people in the experimental group received compassion therapy intervention (8 sessions) and two sessions every week for 90 minutes. The questionnaires used in this research included experiential avoidance and social well-being questionnaires. The research data were analyzed by covariance analysis by SPSS-27 software.

Results

In the study of the participants in the study, before the start of the intervention, there was no statistically significant difference between the intervention and control groups in terms of the average scores of experiential avoidance and social well-being, and the two groups were homogeneous with each other, but between the average of these scores in the intervention group and There was a significant difference in the control after the intervention. The mean and standard deviation of experiential avoidance in the post-test was 48.13 ± 0.20 and social well-being was 8.70 ± 73.10 ($P < 0.001$).

Discussion

Examining the results of the present study showed that compassion therapy had an effect on the experiential avoidance of students with mobile phone phobia. In the explanation of this finding, it can be said that with the increase of compassion, the

motivation of the person also increases, and this itself leads to the acceptance of negative thoughts and their manipulation. Cognitive therapy based on the mind of compassion by increasing the amount of self-compassion facilitates emotional change in order to take more care and support oneself, increases the ability to accept discomfort and reduces emotional disturbances. to give Compassion-based therapy increases emotional flexibility in a person by providing ways to take kindness from others and be kind to others, because it leads to activating the care system and neutralizing the threat system. Another finding of this research showed that compassion-therapy had an effect on the social well-being of students with mobile phone phobia. In explaining this finding, it can be said that the therapy based on compassion is an educational approach to improve relationships between people and its purpose is to help them to be aware of their own reality and responsibility, to explore their positive and destructive behavior, to develop empathy and intimacy, and to develop effective communication. Problem solving skills. People communicate to satisfy their basic needs, if the

people around them have different and unrealistic expectations about how to satisfy their basic needs from each other, or if the intensity of their needs is different from each other; It has a negative effect on their intimate relationships and life satisfaction and disturbs their relationships and creates conflicts.

Conclusion

According to the results of this research, it seems necessary to use compassion therapy in order to reduce the psychological damage caused by mobile phones; Therefore, psychologists and therapists can use compassion therapy along with other treatment methods to reduce students' phobia.

Acknowledgment

The researchers consider it necessary to appreciate and thank all the participants and colleagues.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this manuscript.

اثربخشی شفقت درمانی بر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی در دانشجویان دچار بی-موبایل هراسی

فرزانه قادرپور^۱، رمضان حسن زاده^{۲*}، سیده علیا عمادیان^۳

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. استاد گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳. استادیار گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: دانشجویانی که به صورت افراطی وابسته به موبایل هستند، از لحاظ بهداشت روانی، احساس تنهایی می کنند و از آسیب پذیری بالا و سلامت روانی پایین رنج می برند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی شفقت درمانی بر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی در دانشجویان دچار بی موبایل هراسی انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانشجویان مبتلا به بی موبایل هراسی دانشگاه آزاد واحد تهران غرب بود. از بین آن ها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر هر گروه) جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش مداخله شفقت درمانی (۸ جلسه) و هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند. پرسش نامه های پژوهش شامل پرسش نامه های اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی بود. داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS-27 تحلیل شدند.

یافته ها: در بررسی افراد شرکت کننده در مطالعه، قبل از شروع مداخله، بین گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمرات اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه با یکدیگر همگن بودند ولی بین میانگین این نمرات در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله، اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: براساس نتایج این پژوهش، استفاده از شفقت درمانی در راستای کاهش آسیب های روان شناختی ناشی از تلفن همراه ضروری به نظر می رسد؛ بنابراین، روان شناسان و درمانگران می توانند از شفقت درمانی در کنار سایر روش های درمانی برای کاهش بی موبایل هراسی استفاده کنند.

* نویسنده مسئول: رمضان

حسن زاده

نشانی: ساری- میدان خزر- بلوار خزر - فرح آباد ۱۱ (بن بست)- انتهای کوچه- پلاک ۷
تلفن: ۰۹۱۱۳۲۳۱۰۶

رایانامه:

rhassanzadehd@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-4746-9362

شناسه ORCID نویسنده اول: 0009-0006-3146-7166

کلیدواژه ها:

شفقت درمانی، اجتناب تجربی، بهزیستی اجتماعی، دانشجویان، بی موبایل هراسی

مقدمه

جهان به بیش از ۹۰ درصد رسیده است (۱). تلفن های هوشمند در حال تبدیل شدن به وسیله ای ضروری در زندگی روزمره هستند و در سال ۲۰۲۲ تعداد ۶/۶ میلیارد کاربر در سراسر جهان وجود داشتند. آمارها نشان می دهد که ۰/۷۹ از افراد غربی اظهار داشتند که روزانه از تلفن هوشمند استفاده می کنند و این درصد در میان جمعیت جوان، ۰/۹۶ بود (۲).

با پیشرفت فناوری های بسیار و استفاده بسیار زیاد از گوشی های هوشمند، دسترسی به اینترنت بسیار راحت شده است و شبکه های اجتماعی از طریق گوشی های هوشمند به جوانان معرفی شده اند. به طوری که بر اساس گزارش اتحادیه بین المللی مخابرات، درصد اشتراک های تلفن همراه در سراسر

دیگران است (۱۰). بهزیستی اجتماعی، مفهومی چندبعدی است که شامل یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است. به طور کلی یافتن معنا یکی از عوامل مهم در بهزیستی انسان است (۱۱). منظور از معنا، داشتن هدف‌های روشن در زندگی، حس رسیدن به اهداف، باور و اعتقاد به اینکه فعالیت‌های روزانه فرد ارزشمند است. همچنین داشتن حس وابستگی و اشتیاق و شور زندگی است. وجود معنا عبارت است از میزانی که فرد زندگی خود را مهم، معنادار و قابل فهم می‌داند (۱۲). یکی از مداخلات درمانی مؤثر بر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی، شفقت‌درمانی است (۱۳). شفقت به خود، حساس‌بودن 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). درمان متمرکز بر شفقت به معنای دورشدن از احساسات و تجربه‌هایی که ما را ناراحت می‌کنند، نیست بلکه به معنای حرکت مؤثر به سوی آنها، شیوه‌های مشفقانه «بودن» در ذهن و در جهان و حتی پیش‌رفتن به سوی چیزهایی است که ما را به زحمت می‌اندازد تا بتوانیم با شفقت با آنها کار کنیم (۱۵).

پژوهش‌ها نشان داده است که شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای (۱۶-۱۷) و بهزیستی اجتماعی (۱۸-۱۹) در جوامع آماری مختلف تأثیر دارد. با توجه به مطالب بیان 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 شفقت‌درمانی برای کاهش تأثیرات سوء و مخرب آن دیده می‌شود. مخاطرات زیاد تلفن همراه هوشمند به دلیل آن است که این ابزار در پایداری و ناپایداری ارتباط افراد با دنیای اطرافشان نقش مهمی ایفا می‌کند، تأثیرات بسیاری بر زندگی روانی دارد و می‌تواند موجب چک کردن زود به زود و مکرر تلفن همراه توسط فرد شود و فرد را برانگیخته و مضطرب کند. بنابراین با توجه به آن‌چه بیان شد و نیز انجام‌نشدن پژوهشی مشابه در داخل کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر کیفیت اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی دانشجویان دچار بی-موبایل‌هراسی بود.

از بهمن سال ۱۳۹۸ نیز بیماری نوظهور کرونا ویروس ۲۰۱۹ در سراسر جهان گسترش یافت و تأثیرات هشداردهنده‌ای بر سلامت جسمی و روانی ایجاد کرده بود، به طوری که واضح است در اثر شیوع این ویروس و کاهش تعاملات اجتماعی رو در رو و ضرورت برگزاری کلاس‌های مجازی در دانشگاه‌ها، این عادت رفتاری به صورت اختلال درآمد به شد. این وضعیت باعث می‌شود که بسیاری از افراد به طور غیرمنطقی به تلفن همراه خود وابسته شوند و در نبود آن دچار استرس شوند (۳). در این راستا بی‌موبایل‌هراسی، یک اختلال ناشی از کاربرد نادرست گوشی‌های هوشمند است که با آثار نامطلوب بهداشتی از قبیل اختلال خواب، اختلال در حافظه کوتاه‌مدت، سرگیجه و فشارخون همراه است (۴). دانشجویانی که به صورت افراطی وابسته به موبایل هستند، از لحاظ بهداشت روانی، احساس تنهایی می‌کنند، در روابط اجتماعی، توانایی‌های لازم را ندارند و از آسیب‌پذیری بالا و سلامت و بهداشت روانی پایین رنج می‌برند (۵).

یکی از متغیرهای مرتبط در افراد بی‌موبایل‌هراسی، اجتناب تجربی است که 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، تجربی، شخصیت پایه، روان-پویشی و موج سوم شناختی- رفتاری حاصل می‌شود (۷) و عبارت است از: ۱- اجتناب رفتاری که به صورت اجتناب موقعیتی از ناراحتی جسمانی و آشفته‌گی تعریف می‌شود، ۲- انزجار از آشفته‌گی که به صورت عدم پذیرش آشفته‌گی/ نگرش منفی نسبت به آشفته‌گی تعریف می‌شود، ۳- تعلل که به صورت به تأخیر انداختن آشفته‌گی پیش‌بینی شده تعریف می‌شود، ۴- حواس پرتی/ توقف که به صورت سعی در نادیده گرفتن توقف یا متوقف کردن آشفته‌گی تعریف شده است، ۵- سرکوبی/ انکار که به صورت فاصله گرفتن و دوری از آشفته‌گی تعریف شده است و ۶- تحمل پریشانی که به صورت تمایل به رفتار کردن مؤثر در مواجهه با آشفته‌گی تعریف شده است (۸).

از دیگر متغیرهای مرتبط با بی‌موبایل‌هراسی در دانشجویان، بهزیستی اجتماعی است که می‌تواند راهنمای پرورش و تربیت آنان برای نظام آموزشی باشد (۹). بهزیستی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی درباره اجتماع نیز معیار ارزیابی بهزیستی فرد در سطح جامعه به شمار می‌رود و به معنای گزارش شخصی افراد از کیفیت ارتباط‌های آنان با

۲. مواد و روش

روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی دانشجویان مبتلا به بی‌موبایل‌هراسی دانشگاه آزاد واحد تهران غرب در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی با روش قرعه-کشی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد، برای گروه آزمایش (۱۵ نفر) و برای گروه کنترل (۱۵ نفر) محاسبه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بی‌موبایل‌هراسی، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بودن و دریافت‌نکردن درمان روان‌پزشکی هم‌زمان در ۶ ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری‌نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس و تمایل‌نداشتن به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) درباره اصول رازداری و محرمانه‌بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. ج) در پایان از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به‌عمل آمد. د) شرکت‌کنندگان در صورت تمایل هر زمانی که می‌خواستند می‌توانستند از ادامه مشارکت انصراف دهند. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.100 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل است.

ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های بی‌موبایل‌هراسی، اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی بود.

پرسش‌نامه بی‌موبایل‌هراسی: این پرسش‌نامه 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 بی‌موبایل‌

هراسی را با پرسش‌نامه درگیری با تلفن همراه برابر با ۰/۷۱ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۰). دلاورپور، بهار و قدس، روایی این پرسش‌نامه را در دانشجویان تأیید کردند و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ به‌دست آمده است (۲۱). در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه چندبعدی اجتناب تجربی: این پرسش‌نامه ۶۲ سؤالی را گامز و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی کردند که ۶ خرده‌آزمون اجتناب رفتاری، انزجار از آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی، سرکوبی و تحمل آشفتگی سؤالات را 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. 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 به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند (۲۲). در پژوهش نیک‌فلاح و برک ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست آمد (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید.

مقیاس بهزیستی اجتماعی: این پرسش‌نامه ۳۳ سؤالی را کیز در سال ۱۹۹۸ بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی ساخت و شامل ۵ خرده‌آزمون همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت «کاملاً موافقم» = ۵ تا کاملاً مخالفم = ۱ است. کیز، طی دو مطالعه روی نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا، ضریب پایایی پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش کرد (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید.

پس از مشخص کردن افراد موردنظر، با آن‌ها تماس گرفته شد و برای جلسه حضوری دعوت به‌عمل آمد. هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب برای اجرای مطالعه برای گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط متخصص روان‌شناسی که دوره شفقت‌درمانی را گذرانده بود، انجام شد. قبل از شروع آموزش‌ها اهداف پژوهش برای افراد توضیح داده شد. هر دو گروه قبل از شروع آموزش پیش‌آزمون، پس از اتمام کار پس‌آزمون، توسط ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند و پرسش‌نامه‌ها را به شکل

دستی تکمیل کردند. خلاصه جلسات شفقت درمانی (۲۵) در داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف جدول ۱ ارائه شده است. آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون بونفرنی در نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت درمانی

جلسات	اهداف	فعالیت‌ها
اول	برقراری رابطه درمانی و آشنا کردن افراد با موضوع و هدف پژوهش، آشنایی با اصول کلی شفقت و اجرای پیش‌آزمون	اجرای پیش‌آزمون، تعریف شفقت، معرفی و آشنایی با درمان، تمرین تنفس آرامش‌بخش موزون.
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خودانتقادگر، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	درمان خودانتقادی و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود انتقادگر یا شفقت‌گر، بیان علل خودانتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خودانتقادی.
سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه	درمان پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلیل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن، تمرین ثبت اشتباهات روزانه.
چهارم	قدردانی از خود و رشد احساس خودارزشمندی	درمان خودارزشمندی و مزایای آن، بیان معایب خودارزشمندی پایین و عزت‌نفس، درمان روش‌های تقویت حس خودارزشمندی، تمرین قدردانی از خود و ذکر ده مورد از ویژگی‌های مثبت خویش.
پنجم	ایجاد احساسات خوشایند، تقویت حس امیدواری	درمان ایجاد تصاویر دلسوزانه و آرام‌سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌ورز)، درمان سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت‌ورزی و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، تمرین تصویرسازی ذهنی.
ششم	آشنایی با رفتار شفقت‌گر، پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود	درمان مفاهیم شفقت‌ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، درمان صفات خودشفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدردی و مهربانی، تمرین نوشتن عبارات مهربانگیر به خود.
هفتم	شناسایی احساسات متناقض	درمان گفتگوی درونی بین سه خود، تعریف‌شده (گفتگو بین خود و خودانتقادگر، خود و خود انتقادشونده و خود و خود دلسوز یا شفقت‌گر)، در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه‌هایی ترتیب می‌دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقت‌گر خود ارتباط برقرار کند، تمرین صندلی خالی گشتالت.
هشتم	درک و پذیرش خود، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	درمان نوشتن نامه دلسوزانه به خود، آزمودنی‌ها به دلیل اشتباهی که مرتکب شده‌اند از طرف یک شخصیت دلسوز برای خود نامه می‌نویسند و به کمبودها و ضعف‌هایی اشاره می‌کنند که درباره خود احساس می‌کنند. جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

۳. یافته‌ها

آماري معنی‌دار بين میانگین سنی دانشجویان در دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد ($P=0/513$). در این پژوهش ۱۶ دختر (۸ نفر در گروه کنترل و ۸ نفر در گروه آزمایش) و ۱۴ پسر (۷ نفر در گروه کنترل و ۷ نفر در گروه آزمایش) شرکت داشتند که نتایج آزمون من‌ویتنی نشان داد اختلاف آماری معنی‌دار بين جنسیت دانشجویان در دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد ($P=0/964$). میانگین و انحراف معیار نمرات اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش ۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب شرکت کردند و به دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر تقسیم شدند. تا آخر پژوهش نیز هیچ ریزشی مشاهده نشد و داده‌های تمام نمونه‌های واردشده به مطالعه تحلیل شدند. میانگین سنی گروه مداخله ۲۰/۱۵ سال و انحراف استاندارد ۱/۶۴ و در گروه کنترل ۲۱/۰۹ سال و انحراف استاندارد ۱/۱۷ بود. نتایج آزمون من‌ویتنی نشان داد که اختلاف

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		P
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
اجتناب تجربی	آزمایش	۲۵۴/۲۷	۱۴/۳۷	۲۰۱/۰۰	۱۳/۴۸	۱۹۶/۱۳	۱۲/۵۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۵۵/۶۶	۱۵/۰۹	۲۵۳/۶۱	۱۴/۳۳	۲۵۲/۹۴	۱۴/۱۶	۰/۴۱۷
بهزیستی اجتماعی	آزمایش	۸۱/۹۴	۶/۲۱	۱۱۴/۷۳	۷/۰۸	۱۱۱/۶۰	۸/۵۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۸۰/۲۶	۵/۲۷	۸۲/۲۶	۴/۶۹	۸۳/۸۹	۵/۰۴	۰/۶۳۸

نتایج جدول ۲ نشان داد نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون تغییرات داشته است. مقدار P نشان داد تفاوت میانگین‌های متغیر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی هر سه مرحله در گروه آزمایش معنادار است اما در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. پیش از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌-

کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی، هم‌خطی بودن، چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شدند و نتایج حاکی از تأیید آن‌ها بود. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل

	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون	۱۱۵۳۶/۱۰	۱/۳۳	۸۶۲۷/۳۰	۱۰۲/۰۲	۰/۶۹۹
	گروه	۷۵۲۰/۸۳	۱	۷۵۲۰/۸۳	۱۱۲/۲۹	۰/۸۸۹
	خطا	۴۹۷۵/۲۳	۸۳/۵۸	۸۴/۵۶		
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۶۱۴۶/۹۷	۱/۲۶	۵۸/۴۴۴۲۵	۶۹/۱۴۶	۰/۷۶۹
	گروه	۳۵۲۲۶/۱۳	۱	۳۵۲۲۶/۱۳	۳۱۴/۹۳	۰/۹۵۷
	خطا	۱۶۸۰/۳۵	۵۵/۶۰	۳۰۲/۸۳۵		

نتایج جدول ۳ نشان داد که شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی مؤثر بود. ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از شفقت‌درمانی است.

نتایج آزمون مقایسه‌ای جفت‌شده بنفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در متغیرهای اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی و مشخص شدن مکان این تفاوت‌ها در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
	تفاوت	انحراف استاندارد	تفاوت	انحراف استاندارد	تفاوت	انحراف استاندارد
اجتناب تجربی	۲۳۳/۷۳	۳/۲۲	۱۹۱/۷۳	۳/۳۵	۱۶۵/۲۰	۲/۹۸
بهزیستی اجتماعی	۸۲/۷۳	۱/۷۹	۱۰۳/۷۳	۱/۹۰	۱۱۴/۴۰	۲/۱۵

بر آوردن نیازهای اساسی‌شان از یکدیگر داشته باشند یا شدت نیازهای آن‌ها با یکدیگر متفاوت باشد؛ بر روابط صمیمانه و رضایت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و روابط آنها را مختل و دچار تعارض می‌کند (۱۸). همچنین انسان باید یاد بگیرد در زمان حال با هدف زندگی کند. وظیفه انسان پیدا کردن هدف و معنا در زندگی است و زندگی روند رضایت‌بخش داشته باشد. شفقت‌ورزی شامل مهربان بودن با خود و با رنج و درد خود همراه بودن است. یکی از عوامل مؤثر برای دستیابی به رضایتمندی درونی، شفقت‌ورزی به خود است و شامل دو مؤلفه اصلی است: مهربان بودن با خود و با درد و رنج خود همراه بودن است (۱۹). بخشی از تکنیک‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به درمان مبتنی بر شفقت بر اساس مؤلفه‌ها و تمرین‌های ذهن‌آگاهی طراحی شده است. تمرینات ذهن‌آگاهی به دلیل 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 ذهن‌آگاهی، 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 است یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند، می‌پذیرند و نهایتاً درونی می‌کنند، فرایندی که باعث افزایش میزان ذهن‌آگاهی افراد می‌شود (۱۴).

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 کنترل‌نشده (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 الگوی 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 مداخله شفقت‌درمانی از این دو روش برای بهبود عادت‌های آسیب‌های دانشجویان بهره ببرند.

بر اساس نتایج جدول ۴، تفاوت میانگین اجتناب تجربی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است. همچنین تفاوت میانگین بهزیستی اجتماعی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$) که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربی و بهزیستی اجتماعی دانشجویان دچار بی‌موبایل‌هراسی بود. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربی دانشجویان دچار بی‌موبایل‌هراسی تأثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود (۱۶-۱۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که با بالارفتن شفقت، انگیزه شخص نیز افزایش می‌یابد و این منجر به پذیرش افکار منفی و دستکاری آنها می‌شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورزی 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 (۱۶). درمان مبتنی بر شفقت با ارائه راهکارهای مهربانی گرفتن از دیگران و مهربانی کردن به دیگران باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی در فرد می‌شود زیرا منجر به فعال کردن سیستم مراقبت و خنثی کردن سیستم تهدید می‌شود (۱۷).

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که شفقت‌درمانی بر بهزیستی اجتماعی دانشجویان دچار بی‌موبایل‌هراسی تأثیر داشت. نتایج این یافته با سایر یافته‌ها همسو بود (۱۸-۱۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت، رویکردی آموزشی برای ارتقای روابط بین افراد و هدف آن کمک به آنها برای آگاهی از واقعیت و مسئولیت خودشان، کاهش رفتار مثبت و مخرب خود، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسئله است. افراد برای برآوردن نیازهای بنیادین خود ارتباط برقرار می‌کنند، اگر اطرافیان انتظاراتی متفاوت و غیرواقع‌بینانه‌ای درباره نحوه

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان بابت همکاری در این پژوهش تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1402.100 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل است.

سهم نویسندگان

حمایت مالی

در این مطالعه از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

- [1]. Jahrami H, Fekih Romdhane F, Pandi-Perumal SR, BaHammam AS, Vitiello MV. Global research evidence on nomophobia during 2008-2022: a bibliometric analysis and review. *Psychology, Health & Medicine*. 2023; 4 (11):1-6. doi.org/10.1080/13548506.2023.2268888
- [2]. Mari E, Biondi S, Varchetta M, Cricenti C, Frascchetti A, Pizzo A, et al. Gender differences in internet addiction: A study on variables related to its possible development. *Computers in Human Behavior Reports*. 2023; 9:100247. /doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100247
- [3]. Tuco KG, Castro-Diaz SD, Soriano-Moreno DR, Benites-Zapata VA. Prevalence of nomophobia in university students: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare Informatics Research*. 2023;29(1):40-53. doi.org/10.4258/hir.2023.29.1.40
- [4]. Adu P, Poopola T, Medvedev ON. Implications for COVID-19 vaccine uptake: A systematic review. *Journal of Infection and Public Health*. 2023; 16(3): 441-66. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.01.020
- [5]. Hosseinabaghdehi L. Relationship between loneliness and depressive symptoms with the nomophobia (no mobile phobia) in students. *Information and Communication Technology in Educational Sciences*. 2021; 12(1): 67-85. https://sanad.iau.ir/fa/Article/1006842
- [6]. Langer AI, 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; 16 (4): 734-47.
- [7]. Lehrbach KR, Crane ME, Olino TM, Kendall PC. Anxiety sensitivity and experiential avoidance: Relations with anxiety severity and treatment outcomes in anxious youth. *Cognitive Therapy and Research*. 2023; 47(5): 841-50. doi.org/10.1007/s10608-023-10408-2
- [8]. Shameli L, Sadeghzadeh M. Investigating the relationship between experiential avoidance and addiction potential in college students: The mediating role of emotion regulation styles. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2019; 21(4): 191-98. doi: 10.22038/jfmh.2019.14335.
- [9]. Priestley M, Hall A, Wilbraham SJ, Mistry V, Hughes G, Spanner L. Student perceptions and proposals for promoting wellbeing through social relationships at university. *Journal of Further and Higher Education*. 2022; 46(9): 1243-56. doi.org/10.1080/0309877X.2022.2061844
- [10]. Gerdin G, Philpot R, Smith W, Schenker K, Mordal Moen K, Larsson L, et al. Teaching for student and societal wellbeing in HPE: nine pedagogies for social justice. *Frontiers in Sports and Active Living*. 2021; 3 (7): 702-17. doi.org/10.3389/fspor.2021.702922
- [11]. Hossain S, O'Neill S, Strnadová I. What constitutes student well-being: a scoping review of students' perspectives. *Child indicators research*. 2023; 16(2): 447-83. doi.org/10.1007/s12187-022-09990-w
- [12]. Hosan S, Sen KK, Rahman MM, Karmaker SC, Chapman AJ, Saha BB. Evaluating the mediating role of energy subsidies on social well-being and energy poverty alleviation in Bangladesh. *Energy Research & Social Science*. 2023; 100 (2), 118-26. doi.org/10.1016/j.erss.2023.103088
- [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]. Aghili M, Kalteh M, Babaee E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-disclosure, Self-compassion and Self-injurious Behaviors of Female Students. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2024; 30(6): 742-55. doi: 10.30468/jsums.2024.7569.2920
- [15]. Keyvanlo S, Mikaeili N. Combined effectiveness of emotion regulation therapy and compassion therapy on experiential avoidance of women with domestic violence experience. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023; 18(71): 217-23. doi: 10.22034/jmpr.2023.54802.5351
- [16]. I Parnian Khooy M, Kehtary L, gharadaghi A, Eidi M. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Experiential Avoidance and Cognitive Fusion of Cancer Patients with Depressive Symptoms. *Health Psychology*. 2021; 9(36): 105-118. doi: 10.30473/hpj.2021.54682.4914
- [17]. Matos M, Petrocchi N, Irons C, Steindl SR. Never underestimate fears, blocks, and resistances: The interplay between experiential practices, self-conscious emotions, and the therapeutic relationship in compassion focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2023; 79(7): 1670-85. doi.org/10.1002/jclp.23474.
- [18]. IPourabdol, S. The effect of compassion-focused therapy on improving social well-being students with specific

- learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 2019; 9(1): 32-52. doi: 10.22098/jld.2019.832
- [19]. Keyvanlo S, Mikaeili N. The effectiveness of integration of emotion regulation therapy and compassion therapy on the mental well-being of women with domestic violence experience. *Psychology of Woman Journal*. 2023; 4(1): 72-80. doi.org/10.61838/kman.pwj.4.1.8
- [20]. Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior*. 2015; 49 (2): 130-37. doi: 10.1016/j.chb.2015.02.059.
- [21]. 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; 17(2): 55-76. doi: 10.22051/PSY.2021.36400.2462 .
- [22]. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*. 2011; 23(3): 692-701. doi.org/10.1037/a0023242.
- [23]. 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
- [24]. Keyes CL, Magyar-Moe JL. The measurement and utility of adult subjective well-being. *Social indicators research*. 2003; 77(8): 1-10. doi.org/10.1037/10612-026.
- [25]. 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