

## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اعتیاد به بازی‌های اینترنتی با میانجی‌گری متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی در نوجوانان پسر شهر تهران

محمدحسن شاملی\*<sup>۱</sup>، عبدالله معتمدی<sup>۲</sup>، احمد برجعلی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۸

تاریخ ارسال: ۹۶/۷/۱۸

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی، به انجام رسید. این پژوهش به شیوه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون به همراه گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه صورت گرفت. با روش نمونه‌گیری در دسترس، یک مدرسه انتخاب و از بین آن‌ها ۶۴ نفر که بر اساس پرسشنامه اعتیاد به بازی‌های اینترنتی (تغییر یافته پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ) به بازی‌های اینترنتی وابسته بودند مشخص شده و در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. در گروه آزمایش، افراد بر اساس نمرات به دست آمده از پرسشنامه هیجان خواهی زاگرمین و خودکنترلی تانجی، در چهار گروه هشت نفری جای گرفتند. به این افراد (گروه آزمایش) هشت جلسه برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های هیجان خواهی زاگرمین، خودکنترلی تانجی و پرسشنامه اعتیاد به بازی‌های اینترنتی (تغییر یافته پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ)، استفاده شد. داده‌ها از طریق روش‌های آماری کوواریانس یک‌طرفه و واریانس مختلط از نوع یک بین - یک درون مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی مؤثر است ( $P < 0/01$ )، و همچنین در مورد افراد گروه آزمایش، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در تمام گروه‌ها به جز گروه با خودکنترلی بالا و هیجان خواهی پایین، تأثیر معنی‌دار داشته ( $P < 0/01$ ) و اعتیاد به بازی‌های

۱. \* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. [shameli921@atu.ac.ir](mailto:shameli921@atu.ac.ir)

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

اینترنتی کاهش یافته بود. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق میانجی‌گری متغیرهای خودکنترلی و هیجان‌خواهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد به بازی‌های اینترنتی، خودکنترلی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، هیجان‌خواهی

### مقدمه

در طول دهه‌ی گذشته استفاده از اینترنت افزایش چشمگیری پیدا کرده است. به طوری که طبق آمار اتحادیه‌ی بین‌المللی مخابرات<sup>۱</sup>، استفاده از اینترنت در کشورهای توسعه‌یافته طی این دهه ۲۳۹ درصد رشد داشته است (اتحادیه‌ی بین‌المللی مخابرات، ۲۰۱۲)، به نقل از کاس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های زیادی هم نشان می‌دهد به موازات این همه‌گیر شدن اینترنت، استفاده‌ی بیش‌ازحد از آن می‌تواند به مشکلاتی شبیه اعتیاد و وابستگی منجر شود (کو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ لئونگ و لی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲)، به گونه‌ای که حتی اعتیاد به اینترنت به‌عنوان بیماری همه‌گیر قرن ۲۱ تعریف شده است (کریستاکیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰)، که با تخمین شیوع از ۰/۳ درصد در آمریکا (ابوجاوده<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)، تا ۱۸/۳ درصد در بریتانیا (نیمز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، متغیر است. طبق آماری که مرکز توسعه‌ی ملی اینترنت (متما) منتشر کرده است، تعداد کاربران اینترنت در ایران تا پایان سال ۴۰/۹۳ میلیون کاربر بوده که نسبت به پنج سال قبل ۲۵۰ درصد رشد داشته است. استفاده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی منجر به تغییر در بسیاری از ابعاد زندگی افراد می‌شود و حتی می‌تواند باعث تغییر هویت فرهنگی و اجتماعی افراد به‌خصوص جوانان نیز گردد (شامانی و همکاران، ۱۳۹۵).

۱. International Telecommunication Union (ITU)

۲. Kuss

۳. Ko

۴. Leung & Lee

۵. Christakis

۶. Aboujaoude

۷. Niemz

اصطلاح اعتیاد به اینترنت<sup>۱</sup> به درگیری بیش از حد به رفتارهای آنلاین از جمله بازی‌ها، همراه با نشانه‌های معمول اعتیاد، گفته می‌شود. اعتیاد به اینترنت می‌تواند شامل اعتیاد به بازی‌های اینترنتی، اتاق‌های گپ، هرزه‌نگاری و قمار آنلاین باشد (فلاح مهنه<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، به نقل از پناه علی و همکاران، ۱۳۹۰). اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نشانه‌هایی شبیه وابستگی به مواد از جمله: ترک، تحمل، عدم کنترل بر توقف آن و ... دارد. اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم<sup>۳</sup> با نام اختلال بازی اینترنتی<sup>۴</sup> نام‌گذاری شده است.

در این پژوهش به اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در نوجوانان توجه شده است، زیرا: ۱- اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در نوجوانان به خصوص نوجوانان پسر شیوع بیشتری داشته و آن‌ها نسبت به بزرگ‌سالان، آسیب‌پذیرترند (گریفیث<sup>۵</sup> و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ گریفیث و وود<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از لیمنز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). ۲- اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در نوجوانان باعث بروز مشکلات زیادی از قبیل افت تحصیلی، مشکل در روابط اجتماعی و جدا شدن از خانواده و انزوا خواهد شد.

در پژوهش‌های متعددی، مشخص شده است که متغیرهای خودکنترلی<sup>۸</sup> (برای مثال ویلس و استولمیلر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ بوتلر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ جکسون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰)، و هیجان‌خواهی<sup>۱۲</sup> (برای مثال شلی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵؛ زاگرمین<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۴)، بر اعتیاد نقش مؤثری دارد. هیجان‌خواهی به‌عنوان جست‌وجوی هیجان‌ها و تجارب متنوع، تازه، و پیچیده و میل به خطر

۱. internet addiction

۲. Fallah Mehneh

۳. diagnostic and statistical manual disorders, fifth edition (DSM-۵).

۴. internet game disorder

۵. Griffiths

۶. Wood

۷. Lemmens

۸. self-control

۹. Wills & Stoolmiller

۱۰. Butler

۱۱. Jackson

۱۲. sensation seeking

۱۳. Shelly

۱۴. Zuckerman

کردن تعریف گردیده است (زاکرم، ۱۹۹۴). خودکنترلی توانایی کنترل و اداره کردن عواطف و هیجان‌ها و تکانه‌های خود و انطباق با محیط، توانایی حفظ آرامش در شرایط بحرانی و استرس‌زا و توانایی خود انگیزشی درونی است. به عبارتی خودکنترلی، توانایی کنترل عواطف و هیجان‌ها و رفتارهای صادقانه و درست است (گلمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). شواهد تجربی نشان می‌دهد که افراد با خودکنترلی بالاتر پیامدهای بهتری را در زمینه‌های کنترل تکانه، سازگاری و انجام وظایف به دست می‌آورند (صیادپور، ۱۳۸۶، به نقل از هادی و همکاران، ۱۳۹۵).

در بررسی سبب‌شناسی اعتیاد و رفتارهای اعتیادی، پژوهشگران نقص در تنظیم هیجان<sup>۲</sup>، تحمل پایین ناراحتی<sup>۳</sup>، اجتناب هیجانی، رفتارهای بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری<sup>۴</sup>، خودکارآمدی پایین و نقص مهارت‌های مقابله‌ای را عنوان کرده‌اند (بلوم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش‌های مختلفی هم در مورد نقش متغیرهای هیجان خواهی و خودکنترلی در اعتیاد به بازی‌های اینترنتی انجام شده است، برای مثال در پژوهش می<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده شد که خودکنترلی رابطه‌ی بسیار قوی با مشکلات استفاده از اینترنت در نوجوانان دبیرستانی دارد؛ در پژوهشی هم که مهروف<sup>۷</sup> و گریفیث (۲۰۱۰) بر روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان انجام داده است نتایج که بر اساس تحلیل رگرسیون چند متغیره، به دست آمده بود، نشان می‌داد که پنج متغیر هیجان خواهی، خودکنترلی، مشکلات نوروپیک، پرخاشگری و اضطراب، نقش مهمی در اعتیاد به بازی‌های اینترنتی دارند؛ همچنین کیم<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان «رابطه‌ی بین اعتیاد به بازی‌های آنلاین و پرخاشگری، خودکنترلی و خودشیفتگی» که بر روی ۱۴۷۱ نفر از افراد استفاده‌کننده از بازی‌های آنلاین اجرا شده بود، دریافتند که بین پرخاشگری و صفات شخصیت خودشیفته و اعتیاد به بازی‌های اینترنتی

- 
۱. Goleman
  ۲. emotion dysregulation
  ۳. distress tolerance
  ۴. ruminative thought
  ۵. Blume
  ۶. Mei
  ۷. Mehroof
  ۸. Kim

رابطه‌ی مثبت و بین خودکنترلی و اعتیاد به بازی‌های اینترنتی رابطه‌ی منفی ( $P < 0.001$ ) وجود دارد.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup>، رویکردی است که توسط تیزدل و همکاران مطرح شد. این درمان که یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختار یافته است از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (کنگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱، به نقل از برجعلی، ۱۳۹۲). این درمان به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ‌گونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه‌تر شوند و همچنین قادر باشند به جای افکار منفی، افکار مثبت یا خنثی را به‌عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند و به آن‌ها تنها به‌عنوان رخدادهای ذهنی گذرا نگاه کنند (کرین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹).

با توجه به این که در پژوهش‌های گسترده، مفید بودن درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در حیطه‌های گوناگون همچون مدیریت استرس، اضطراب، و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان (پوتک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲)، کاهش رفتارهای اعتیادی (گارلند<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)، سوء مصرف مواد (واپرمن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲) و پیشگیری از عود در اعتیاد (بوئن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، به اثبات رسیده است؛ و همچنین شواهد تجربی زیادی هم نشان می‌دهد که متغیرهای خودکنترلی و هیجان‌خواهی در اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نقش مهمی دارند (برای مثال، می و همکاران، ۲۰۱۶؛ مهروف و گریفیث، ۲۰۱۰؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۸)؛ از طرفی تأثیر ذهن آگاهی بر افزایش کنترل درونی و کنترل هیجان‌ها هم مشخص شده است (برای مثال، اپشتاین و پاسینی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از یوسفیان و اصغری پور، ۱۳۹۲)، بنابراین در پژوهش حاضر این درمان انتخاب شده است تا اثربخشی آن بر روی اعتیاد به بازی‌های اینترنتی، از طریق میانجی‌گری متغیرهای خودکنترلی و هیجان‌خواهی بررسی شود.

۱. mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

۲. Keng

۳. Crane

۴. Potek

۵. Garland

۶. Wupperman

۷. Bowen

۸. Epstein & Pacini

بدین ترتیب فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- ۱) درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان پسر مؤثر است.
- ۲) درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان پسر، مؤثر است.

### روش پژوهش

این پژوهش، یک پژوهش نیمه آزمایشی است و در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه کنترل و با پیگیری ۴۵ روزه استفاده شده است. برای انتخاب نمونه، با توجه به اینکه اجرای پروتکل درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیازمند هشت جلسه (دو ماه) آموزش است که به صورت هفتگی و پیوسته انجام شده و آزمودنی‌ها نیز می‌بایست در تمام جلسات حضور داشته باشند، بنابراین برای جلوگیری از افت آزمودنی‌ها و اجرای دقیق پروتکل، مدرسه‌ای که از قبل با مدیریت آن هماهنگی صورت گرفته بود به عنوان نمونه‌ی در دسترس در نظر گرفته شد. از بین ۱۸۵ نفر از دانش‌آموزان پسر این مدرسه که در مقطع تحصیلی متوسطه ۲ و در بازه‌ی سنی ۱۴ تا ۱۶ سال، قرار داشتند، ۶۴ نفر بر اساس پرسشنامه‌ی اعتیاد به بازی‌های اینترنتی، به این بازی‌ها اعتیاد داشتند. این افراد (۶۴ نفر) به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۲ نفر) و گروه گواه (۳۲ نفر) قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش حاضر از قرار زیر است:

پرسشنامه‌ی هیجان خواهی زاگرمین: این مقیاس توسط ماروین زاگرمین در سال (۱۹۷۸) ساخته شده است. دکتر ماروین زاگرمین اشکال مختلفی برای تعیین میزان هیجان خواهی افراد پیشنهاد کرده است. ۶ شکل هیجان خواهی زاگرمین موجود است. شکل پنجم این مقیاس که شامل ۴۰ ماده دوجزئی است خلاصه‌شده‌ی شکل چهارم ۷۲ سؤالی این مقیاس است. این آزمون بر اساس شکل پنجم هیجان خواهی زاگرمین تهیه شده است چون شکل ششم آن با شرایط فرهنگی ما سازگار نیست. این مقیاس توسط دکتر مجید محوی شیرازی در سال ۱۳۸۴ بر اساس فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. این مقیاس شامل ۴۰ ماده دو عبارتی

است که آزمودنی ملزم است یکی از دو جزء هر ماده را حتماً انتخاب کند. در ازای هر پاسخ هماهنگ با کلید یک نمره دریافت می‌کند؛ و نمره‌ی هر فرد بین ۰ تا ۴۰ می‌تواند تغییر کند؛ و هرچه نمره‌ی فرد بیشتر باشد هیجان‌خواهی فرد هم بالاتر است. واریانس کل سؤالات برابر ۸/۵۷۷ و واریانس کل آزمون ۲۱/۰۲، انحراف استاندارد مقیاس ۶/۲۴، اعتبار کل آزمون (آلفای کرونباخ) ۰/۷۸ و خطای استاندارد کل آزمون برابر ۲/۹۲ است (محو‌ی شیرازی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه‌ی خودکنترلی تانجی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است، که شامل دو خرده مقیاس ۱- خودکنترلی منع‌کننده یا بازدارنده ۲- خودکنترلی اولیه است و هدف آن سنجش میزان خودکنترلی افراد بر خودشان است (اطلسی و همکاران، ۱۳۹۳). این پرسشنامه دارای دو فرم کوتاه و بلند است. فرم کوتاه آن ۱۳ سؤال و فرم بلند آن ۳۶ سؤالی است؛ که در این پژوهش از فرم بلند یعنی ۳۶ سؤالی استفاده شده است. پاسخ‌ها در این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (پنج‌درجه‌ای)، (به‌هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند = ۱، تا حدودی در مورد من صدق می‌کند = ۲، برخی اوقات در مورد من صدق می‌کند = ۳، بیشتر اوقات در مورد من صدق می‌کند = ۴، همیشه در مورد من صدق می‌کند = ۵)، است.

تانجی و همکاران در پژوهشی که به بررسی رابطه و اثرگذاری خودکنترلی بالا با موفقیت‌های بین فردی پرداخته بودند، مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را نیز گزارش کردند. در برآورد آن‌ها، همسانی درونی و پایایی آزمون بالا گزارش شده است، بدین‌گونه که: آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکنترلی فرم بلند ۳۶ آیتی در دو نمونه پژوهشی آن‌ها ۰/۸۹ بوده است؛ و پایایی به روش باز آزمون نیز برای فرم ۳۶ سؤالی ۰/۸۹ و برای فرم ۱۳ سؤالی ۰/۸۷ به دست آمده است، بنابراین پرسشنامه‌ی موردنظر اعتبار مناسبی را دارا است (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴).

---

۱. Tangney

پرسشنامه‌ی بازی‌های اینترنتی: برای اعتیاد به بازی‌های اینترنتی پرسشنامه‌ای در ایران هنجار نشده است؛ بنابراین پرسشنامه‌ی استفاده شده در این پژوهش، تغییر یافته‌ی پرسشنامه‌ی اعتیاد به اینترنت یانگ<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) است که بر روی ۵۲ نفر از دانش‌آموزان اجرا و با استفاده از نرم‌افزار SPSS آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵۴ به دست آمد. این پرسشنامه نیز شبیه پرسشنامه‌ی اعتیاد به اینترنت یانگ، دارای ۲۰ آیتم بوده و به روش لیکرت بر روی مقیاس پنج‌درجه‌ای شامل (هرگز = ۱ نمره، به ندرت = ۲ نمره، گاه‌گاهی = ۳ نمره، اغلب = ۴ نمره و همیشه = ۵ نمره) نمره‌گذاری می‌شود.

پرسشنامه‌ی اعتیاد به اینترنت یانگ در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ ساخته شد (مورالی و جورج<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). این پرسشنامه در ۲۰ آیتم طراحی شده و به روش لیکرت بر روی مقیاس پنج‌درجه‌ای شامل (هرگز = ۱ نمره، به ندرت = ۲ نمره، گاه‌گاهی = ۳ نمره، اغلب = ۴ نمره و همیشه = ۵ نمره) نمره‌گذاری می‌شود، دامنه‌ی نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۱۰۰ است که کسب نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی وابستگی بیشتر به اینترنت است (پناه علی و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه‌ی یانگ و همکاران پایایی درونی پرسشنامه بالاتر از ۰/۹۲ ذکر شده و پایایی به روش بازآزمایی نیز معنادار گزارش شده است (سالی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از علوی و جنتی فرد، ۱۳۹۰). در پژوهش چن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۸) نیز آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش ناستی زایی (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمده و علوی و همکاران (۱۳۸۹) نقطه برش ۴۴ را برای این پرسشنامه پیشنهاد کرده‌اند.

پروتکل استفاده شده در این پژوهش، پروتکل هشت جلسه‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که توسط سگال<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، توصیف شده است. این پروتکل در جدول ۱ آمده است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۵).

---

۱. Young  
 ۲. Murali & George  
 ۳. Sally  
 ۴. Chen  
 ۵. Segal



جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	معرفی مفهوم ذهن آگاهی و هدایت خودکار	توضیح کلی در مورد ذهن آگاهی و فرایند مداخله	۱- انجام تمرین واریسی بدن در خانه (روزی یکبار)
		واریسی بدن (تمرینی که در آن فرد هشیاری و توجه خود را از یک قسمت از بدن به قسمت دیگر انتقال می‌دهد)،	۲- انتخاب یکی از فعالیت‌های معمول روزانه و تلاش برای معطوف کردن آگاهی خود به آن (مانند تمرین خوردن کشمش در جلسه)
		تمرین خوردن کشمش (بدین منظور که چه قدر از تجربیات زندگی را به خاطر عدم توجه کافی به دلیل هدایت خودکار از دست داده‌ایم)	۳- یادداشت تجربیات خود از اجرای تمرینات
		ارائه‌ی جزوات خلاصه جلسه و لیست تکالیف	۴- یادداشت مسائل و یا موانعی که حین انجام تمرین‌ها پیش می‌آید.
نحوه‌ی اجرای آن‌ها			
جلسه دوم	رویارویی با موانع اجرای MBCT، توضیح مداخله شناختی و حضور ذهن بیشتر در زمان حال	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل	اجرای تمرین واریسی بدن و بررسی بازخوردهای آن
		توضیح و تمرین در مورد اهمیت تعبیر رویدادها و ارتباط بین افکار و احساسات (مدل شناختی)	۱- انجام تمرین روزانه واریسی بدن
		آگاهی از وقایع خوشایند	۲- انجام مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه (روزی یکبار)
		مراقبه نشسته به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه	۳- ثبت وقایع خوشایند روزانه
گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد جلسه	۴- حضور ذهن در انجام یک فعالیت معمول روزانه	ارائه‌ی تکالیف و جزوات مربوط به جلسه دوم	
جلسه سوم	افزایش حضور ذهن با استفاده از تنفس استفاده از تنفس به‌عنوان تکیه‌گاهی بر معطوف کردن	مرور تکالیف جلسه‌ی قبل	۱- انجام تنفس مرکب در روزهای فرد (تمرین‌های کششی آرام به همراه حضور ذهن در تنفس)
		تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه	۲- ثبت واکنش‌های خود نسبت به انجام این تمرین
		انجام مراقبه نشسته: انتقال آگاهی از تنفس و بدن به آگاهی از حس‌های قوی بدنی	

آگاهی نسبت به خود	بازنگری تمرینات و گرفتن بازخورد تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای ارائه‌ی تکالیف و جزوات مربوط به جلسه سوم	۳- انجام مراقبه نشسته در روزهای زوج و ثبت واکنش‌های خود نسبت به آن ۴- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (سه بار در روز) ۵- تهیه‌ی فهرستی از وقایع ناخوشایند روزانه
ماندن در زمان حال (حتی وقتی تجربه‌ی ناخوشایندی در جریان است)	مرور تکالیف تمرین ۵ دقیقه‌ای دیدن و شنیدن ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار	۱- انجام مراقبه‌ی نشسته و ثبت واکنش‌های خود نسبت به آن (هرروز) ۲- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای منظم (سه بار در روز) ۳- تمرین فضای تنفسی مقابله‌ای (در هنگام مواجهه با احساسات ناخوشایند)
جلسه چهارم	کشف تجربه‌ی دل‌بستگی و بیزاری محدود کردن و گسترش دادن توجه	مرور تکالیف انجام مراقبه‌ی نشسته ۴۰ دقیقه‌ای: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، چگونگی واکنش‌های خود به افکار و احساسات و حس‌های بدنی، چگونگی ارتباط با تجارب به ذهن آوردن عملی مشکلات و دشواری‌ها و درعین حال تلاش برای حضور در زمان حال و پذیرش آن‌ها همان‌گونه که هستند. اجرای فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای ارائه تکالیف و جزوات مربوط به جلسه پنجم
جلسه پنجم	ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه پذیرش جهان همان‌گونه که هست (تقویت پذیرش بدون قضاوت)	۱- انجام تمرین مراقبه نشسته: ۳۰ تا ۴۰ دقیقه (به صورت روزانه) ۲- انجام تنفس ۳ دقیقه‌ای منظم (۳ بار در روز) ۳- انجام تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای: در هنگام مواجهه با احساسات ناخوشایند، و پذیرش آن‌ها
جلسه ششم	رویارویی با افکار در شناخت درمانی و MBCT	مرور تکالیف آموزش، ارائه‌ی مثال و راه‌حل در مورد اینکه افکار فقط فکر هستند نه حقایق مراقبه‌ی نشسته‌ی ۴۰ دقیقه‌ای اجرای مراقبه نشسته با تمرکز بر اینکه افکار فقط فکر هستند نه واقعیت

<p>اجرای تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌طور منظم (سه بار در روز)</p> <p>اجرای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای در هنگام مواجهه با افکار و احساسات ناخوشایند</p> <p>به کار بردن راه‌حل‌های گفته‌شده در هنگام مواجهه با افکار منفی پایدار</p> <p>توجه به تنفس به‌عنوان اولین گام: یعنی توجه به موقعیت‌هایی که می‌توان از طریق توجه آگاهانه به تنفس، آن‌ها را کنترل و مدیریت کرد</p>	<p>توجه به زمانی که افکار و خلق در افراد، اجازه‌ی اتخاذ نقطه‌نظر دیگر را نمی‌دهند.</p> <p>تمرین نقطه‌نظرات و یا افکار جانشین تنفس ۳ دقیقه‌ای</p> <p>تأکید بر استفاده از تنفس در اولین گام برای آگاهی از افکار</p> <p>و توجه به این‌که: پاسخ به افکار تنها راه برقراری رابطه‌ی متفاوت با آن‌ها نیست</p> <p>آماده شدن برای اتمام دوره ارائه‌ی تکالیف و جزوات</p>	<p>توجه به این‌که افکار تنها فکر هستند نه حقایق</p>
<p>انتخاب یک الگو برای اجرای منظم تمرین به‌طور نظام‌مند (از بین تمام تمرینات، تمرینی که فرد می‌خواهد در طی ۵ هفته‌ی آینده روزانه انجام دهد انتخاب می‌شود)</p> <p>تنفس ۳ دقیقه‌ای منظم (سه بار در روز)</p> <p>تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای: هنگام رویارویی با احساسات ناخوشایند و توجه به نشانگان عود احتمالی</p> <p>تکمیل فهرست فعالیت‌هایی که باعث افزایش حس خودکارآمدی و احساس لذت‌بخش در فرد می‌شود</p> <p>گسترش برنامه فعالیت‌ها برای مواجهه با حالات خلقی بد و نشانگان عود</p>	<p>مرور تکالیف جلسه قبل و گرفتن بازخورد</p> <p>انجام مراقبه‌ی نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار و توجه به واکنش‌ها در هنگام مواجهه با مشکلات</p> <p>تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق تهیه‌ی فهرست اولیه از فعالیت‌های لذت‌بخش (تکمیل آن به‌عنوان تکلیف خانگی مطرح می‌شود)</p> <p>برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای این فعالیت‌ها</p> <p>استفاده از تنفس ۳ دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای شناسایی نشانگان عود</p> <p>شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با عود</p> <p>ارائه‌ی راه‌حل‌ها و پیشنهادها در مواقعی که فرد با نشانه‌های عود روبه‌رو می‌شود</p> <p>تمرین قدم زدن ۳ دقیقه‌ای همراه با حضور ذهن</p>	<p>مراقبت از خود:</p> <p>توجه به نشانه‌های هشداردهنده بروز اختلال</p> <p>جلسه هفتم</p> <p>برنامه‌ی پیشگیری از عود</p>

ارائه‌ی تکالیف و جزوات (با توجه به این‌که این تکالیف، آخرین تکالیف خانگی در دوره محسوب می‌شود، اجرای دقیق آن و گرفتن بازخورد در جلسه‌ی آخر بسیار مهم خواهد بود)			
تمرین واریسی بدن			
بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل (شامل نظام‌های هشداردهنده‌ی اولیه و برنامه‌های عمل)			
انتخاب یک تمرین و انجام منظم و روزانه آن	بازنگری و مرور کل برنامه‌های ارائه و تمرین شده در طول دوره	بازنگری مطالب گذشته	جلسه هشتم
توجه به نشانگان احتمالی عود و استفاده از راهبردهای ارائه شده در جلسات و جزوات	بحث و تبادل نظر در مورد نحوه اجرای برنامه‌های آینده و ادامه دادن تمرینات روزانه	استفاده از آموخته‌های در طول دوره برای مواجهه با مشکلات بعدی	
	ارائه‌ی جزوات جلسه آخر (شامل برنامه‌ها و پیشنهادها برای ادامه دادن تمرینات و یادآوری نحوه‌ی رویارویی با نشانگان عود)		
	پایان دادن به کلاس با انجام آخرین مراقبه		

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، در بخش آمار توصیفی از محاسبه‌ی فراوانی، میانگین، انحراف معیار و میانگین‌های افتراقی و در بخش آمار استنباطی، از تحلیل‌های کوواریانس یک طرفه و واریانس مختلط از نوع یک بین - یک درون (یکی از حالت‌های اندازه‌گیری مکرر) استفاده شده است. ضمناً برای انجام تجزیه و تحلیل‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

## یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ توصیف جمعیت‌شناسی نمونه، یعنی گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است و بر این اساس بازه‌ی سنی افراد بین ۱۴ تا ۱۶ سال و تعداد آن‌ها ۳۲ نفر در گروه آزمایش و ۳۲ نفر در گروه گواه است.

جدول ۲. توصیف جمعیت‌شناسی گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	فروانی	جنسیت	بازه‌ی سنی
آزمایشی	۳۲	مذکر	۱۶-۱۴
گواه	۳۲	مذکر	۱۶-۱۴

در جدول ۳ نتایج حاصل از آمار توصیفی ارائه و میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه مشخص شده است. بر اساس این نتایج مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش میانگین نمرات اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در حالت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده که این کاهش در گروه گواه بسیار کمتر است. البته برای مشخص شدن معنادار بودن نتایج باید از آمار استنباطی استفاده کرد. برای این کار با توجه به اینکه نتایج دو گروه آزمایش و گواه در حالت پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شده است، از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده گردیده است. با توجه به استقلال مشاهدات، فاصله‌ای بودن متغیر وابسته، نرمال بودن داده‌ها (بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تک نمونه‌ای) و برابری واریانس‌ها (بر اساس آزمون F لوین) و همچنین همگنی شیب رگرسیون، پیش‌فرض‌های مربوط به این تحلیل برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون اعتیاد به بازی‌های اینترنتی

در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایشی	۶۵/۸۷۵	۴/۸۲۴	۵۲/۱۸۸	۸/۸۰۷
گواه	۶۴/۶۲۵	۵/۰۰۲	۶۱/۸۴۳	۶/۱۳۹

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه اول

تعمین اندازه اثر	sig	F	میانگین مجذورات	df	تعامل
۰/۲۹۳	۰/۰۰۱	۲۵/۲۴۶	۱۴۷۸/۲۸۶	۱	گروه
			۵۸/۵۵۵	۶۱	خطا

با توجه به نتایج جدول ۴ تفاوت داده‌های مربوط به گروه آزمایش در حالت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون نسبت به گروه گواه معنادار بوده ( $p < 0/01$ ) و به این ترتیب فرضیه‌ی اول مبنی بر مؤثر درمان شناختی-مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان تأیید شد.

حال برای بررسی نقش متغیرهای میانجی خودکنترلی و هیجان‌خواهی، داده‌های مربوط به گروه آزمایش جداگانه نیز بررسی شده است. در جدول ۵ نتایج حاصل از آمار توصیفی برای گروه آزمایش در حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون اعتیاد به

بازی‌های اینترنتی در گروه‌های آزمایشی

گروه	نام گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
اول	خودکنترلی بالا - هیجان خواهی بالا	۴/۹۵۷	۵۳/۶۲	۲/۹۲۵	۵۳/۵	۴/۴۴۰	۵۳/۵
دوم	خودکنترلی بالا - هیجان خواهی پایین	۵/۲۰۳	۶۴	۴/۸۶۹	۶۳/۳۷۵	۴/۰۶۸	۶۳/۳۷۵
سوم	خودکنترلی پایین - هیجان خواهی بالا	۵/۴۳۶	۴۲	۳/۲۹۵	۴۴/۵	۳/۸۹۱	۴۴/۵
چهارم	خودکنترلی پایین - هیجان خواهی پایین	۴/۵۴۹	۴۹/۱۳	۳/۰۴۴	۵۰/۳۷	۳/۳۷۷	۵۰/۳۷

برای تبیین ساده‌تر داده‌ها، در جدول ۶ میانگین افتراقی متغیرها نیز ارائه شده است.

جدول ۶- میانگین افتراقی پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پس‌آزمون-پیگیری و پیگیری - پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی

میانگین‌های افتراقی				
گروه	نام گروه	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	پیش‌آزمون-پیگیری
اول	خودکنترلی بالا هیجان خواهی بالا	۱۱/۳۷۵	۰/۱۲۵	۱۱/۵
دوم	خودکنترلی بالا هیجان خواهی پایین	۲/۲۵	۰/۶۲۵	۲/۸۷۵
سوم	خودکنترلی پایین هیجان خواهی بالا	۲۴/۱۲۵	-۲/۵۰	۲۱/۶۲۵
چهارم	خودکنترلی پایین هیجان خواهی پایین	۱۷	-۱/۲۵۰	۱۵/۷۵۰

با توجه نتایج جدول ۵ و جدول ۶ میانگین نمرات در حالت پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها کاهش داشته است اما در گروه دوم یعنی گروه خودکنترلی بالا-هیجان خواهی پایین این کاهش بسیار کم بوده است. برای بررسی معناداری نتایج باید از آمار استنباطی استفاده کرد. بدین منظور از تحلیل واریانس مختلط که حالتی از اندازه‌گیری مکرر است، استفاده شده و حالت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان متغیر درون‌آزمودنی و چهار سطح گروه آزمایش به‌عنوان متغیرهای بین‌آزمودنی در نظر گرفته شده‌اند.

در جدول ۷ نتایج حاصل از آزمون کرویت موجلی ارائه شده است، که با توجه به این که پیش‌فرض‌های مربوط تحلیل کوواریانس در فرضیه‌ی اول بررسی شده بود و همچنین بر اساس نتایج حاصل از آزمون کرویت موجلی در جدول ۶، پیش‌فرض‌های موردنیاز برای تحلیل واریانس مختلط نیز برقرار است.

جدول ۷- نتایج حاصل از آزمون کرویت موجلی

عوامل درون‌آزمودنی	W موجلی	خی دو تقریبی	df	sig
سطوح	۰/۹۹۷	۰/۰۸۰	۲	۰/۹۶۱

در جدول ۸، نتایج آزمون واریانس مختلط بیان شده است، با توجه به نتایج این جدول، تعامل بین سطوح متغیر درون‌آزمودنی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همچنین تعامل کلی بین متغیر درون‌آزمودنی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و متغیر بین‌آزمودنی

(چهار سطح: خود کنترلی بالا - هیجان خواهی بالا، خود کنترلی بالا - هیجان خواهی پایین، خود کنترلی پایین - هیجان خواهی بالا، خود کنترلی پایین - هیجان خواهی بالا) معنی دار به دست آمد ( $P < 0/01$ )، بنابراین می توان گفت حداقل بین یکی از حالت های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در چهار گروه، تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۸. نتایج آزمون واریانس مختلط

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	sig	اندازه اثر
اثر پیلای	۰/۸۷۹	۰/۸۷۹	۹۸/۲۹۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹
عامل درون	لامبدای ویکس	۰/۱۲۱	۹۸/۲۹۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹
آزمودنی	اثر هتلینگ	۷/۲۸۱	۹۸/۲۹۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹
	بزرگ ترین ریشه روی	۷/۲۸۱	۹۸/۲۹۶	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹
تعامل عوامل بین	اثر پیلای	۰/۷۰۲	۵/۰۴۵	۶	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
آزمودنی و درون	لامبدای ویکس	۰/۳۰۱	۷/۴۰۰	۶	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
آزمودنی	اثر هتلینگ	۲/۳۱۱	۱۰/۰۱۵	۶	۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
	بزرگ ترین ریشه روی	۲/۳۰۷	۲۱/۵۳۲	۳	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۸

در آزمون قبل مشخص نمی شود که کدام یک از گروه ها و در چه حالتی تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین برای مشخص شدن این موارد از آزمون مقایسه‌ی دوبه‌دو نیز استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۹ قابل مشاهده است.

جدول ۹. مقایسه‌ی دوبه‌دو عوامل بین آزمودنی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	پیش آزمون-پس آزمون		پس آزمون-پیگیری		پیش آزمون-پیگیری				
	میانگین	خطای انحراف	میانگین	خطای انحراف	میانگین	خطای انحراف			
sig	sig	sig	sig	sig	sig	sig			
خود کنترلی بالا هیجان خواهی بالا	۱۱/۳۷۵	۲/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵	۲/۰۵۱	۱	۱۱/۵۰۰	۲/۱۴۹	۰/۰۰۱
خود کنترلی بالا هیجان خواهی پایین	۲/۲۵۰	۲/۱۱۵	۰/۸۹۰	۰/۶۲۵	۲/۰۵۱	۱	۲/۸۷۵	۲/۱۴۹	۰/۵۷۵
خود کنترلی پایین هیجان خواهی بالا	۲۴/۱۲۵	۲/۱۱۵	۰/۰۰۱	-۲/۵۰	۲/۰۵۱	۰/۶۹۹	۲۱/۶۲۵	۲/۱۴۹	۰/۰۰۱
خود کنترلی پایین هیجان خواهی پایین	۱۷	۲/۱۱۵	۰/۰۰۱	-۱/۲۵۰	۲/۰۵۱	۱	۱۵/۷۵۰	۲/۱۴۹	۰/۰۰۱



بر اساس نتایج جدول ۹، در گروه خودکنترلی بالا - هیجان خواهی پایین، تفاوت در پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و همچنین پیگیری نسبت به پس‌آزمون معنادار نیست ( $P > 0/05$ )، و متغیر مستقل در این گروه (خودکنترلی بالا - هیجان خواهی پایین) تأثیر معناداری ایجاد نکرده است، ولی در سایر گروه‌ها تأثیر متغیر مستقل معنی‌دار بوده است ( $P < 0/01$ ).

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از جدول ۸ و جدول ۹ متغیر مستقل یعنی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی در تمام گروه‌ها به‌جز گروه خودکنترلی بالا-هیجان خواهی پایین، تأثیر معنی‌داری داشته است؛ و همچنین با توجه نتایج جدول ۶ میانگین‌های افتراقی نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه سوم بیشتر از سایر گروه‌ها است، بنابراین می‌توان گفت متغیر مستقل در گروه سوم یعنی خودکنترلی پایین - هیجان خواهی بالا، بیشترین تأثیر را داشته است. به‌این ترتیب فرضیه‌ی دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی، تأیید می‌شود.

ضمناً از جدول ۹ به دست می‌آید که تفاوت به‌دست‌آمده در دوره پیگیری از نظر آماری معنادار نیست ( $P > 0/05$ ) و نتایج در دوره‌ی پیگیری پایدار بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به بازی‌های اینترنتی به دلیل ناتوانی مداوم در کنترل عادت‌های بازی است که با مشکلات هیجانی و اجتماعی فرد نیز مرتبط است (لیمنز و همکاران، ۲۰۱۱). متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی نیز از متغیرهای بسیار مهم در رفتارهای اعتیادی به‌خصوص در دوره‌ی نوجوانی است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ شلی، ۲۰۰۵؛ ویلس و استولمیلر، ۲۰۰۲). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، رویکردی است که توسط تیزدل و همکاران مطرح شد. این درمان که یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختار یافته است به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ‌گونه قضاوتی بتوانند از افکارشان آگاه شوند و همچنین قادر باشند به‌جای افکار منفی، افکار مثبت یا خنثی را به‌عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر

بگیرند (کرین، ۲۰۰۹). هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی بوده است.

در این پژوهش به نوجوانان وابسته به بازی‌های اینترنتی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش داده شد و افراد حاضر با آموختن تکنیک‌های ذهن آگاهی و انجام تمرینات مربوط به آن، یاد گرفتند که در مواجهه با بازی‌های اینترنتی به جای این که از راهبردهای ناکارآمد برای مقابله با احساسات و تجربه‌ی خشم، تنش، اضطراب، تحریک‌پذیری و فقدان کنترل، استفاده کنند، از طریق متمرکز کردن توجه خود بر روی بدن، تجارب درونی خود را به شکلی که واقعاً هستند بدون این که مورد قضاوت قرار دهند، به طور کامل تجربه کرده و ظرفیت پردازش بیشتر اطلاعات و دیدگاه فاقد قضاوت را در خود افزایش دهند؛ و ضمن لذت بردن از بازی‌ها از وابستگی به آن‌ها و ضررهای فراوانی ناشی از آن در خود، بکاهند. بر اساس جداول ۴، ۶، ۸ و ۹ اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اعتیاد به بازی‌های اینترنتی نوجوانان از طریق متغیرهای خودکنترلی و هیجان خواهی مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه با پژوهش مهرروف و گریفیث (۲۰۱۰)، که در آن به این نتیجه رسیدند که پنج متغیر هیجان خواهی، خودکنترلی، مشکلات نوروپیک، پرخاشگری و اضطراب نقش مهمی در اعتیاد به بازی‌های اینترنتی دارد و با پژوهش سلطانی و همکاران (۱۳۸۹) که در آن نشان داده بود هیجان خواهی به طور مستقیم بر اعتیاد به اینترنت مؤثر است و همچنین با پژوهش جانسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) که به این نتیجه رسیده بود که ذهن آگاهی از طریق میانجی‌گری خودتنظیمی و تکانش‌گری، انجام رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد و همچنین با پژوهش اندریسن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۷) که نشان داده بودند که دانش‌آموز بودن و پایین بودن خودباوری با بالاتر بودن اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی و اینترنت رابطه دارد؛ همسوست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق

۱. Johansen

۲. Andreassen

افزایش خودکنترلی و کاهش هیجان خواهی، در نوجوانان وابسته به بازی های اینترنتی، باعث کاهش اعتیاد به این بازی ها در آن ها شده است.

در تبیین این نتیجه این طور می توان گفت که افراد با نمره ی هیجان خواهی بالا، نیاز به برآورده کردن احساسات و تجربه های جدید، گوناگون و پیچیده، دارند و مدام در پی تنوع بخشیدن به زندگی خود هستند که گاه منجر به انجام رفتارهای پرخطر نیز می شود. حال با توجه به ویژگی های خاص بازی های اینترنتی از جمله، دسترسی بسیار ساده به آن ها، تنوع بازی های بر اساس سلیقه هر فرد، و از همه مهم تر بی انتها بودن مراحل آن؛ نوجوانانی که دارای هیجان خواهی بالایی هستند به وسیله ی انجام این بازی ها از طرفی حس تنوع طلبی و هیجان خواهی خود را ارضا کرده و از طرف دیگر هم با اشتراک گذاری این بازی ها و صحبت کردن در مورد آن با دوستان و آشنایان در مدارس یا میهمانی های خانوادگی اعتماد به نفس، ابراز وجود و قدرتمندی خود را بروز می دهند؛ بنابراین، این نوجوانان سعی می کنند قدرت خود را در بازی ها هرچه بیشتر افزایش دهند که این هم از هیچ راهی جز انجام هرچه بیشتر بازی و آنلاین بودن در محیط آن میسر نمی شود و به این ترتیب منجر به وابستگی آن ها به این بازی های می شود. افرادی که خودکنترلی پایینی نیز دارند، تلاش های ناموفق زیادی برای کاهش اعتیاد به بازی ها انجام داده اند اما دوباره به آن بازگشت کرده اند و به این ترتیب در بسیاری از موارد به درماندگی آموخته شده، دچار شده اند؛ چراکه فرد کم کم به این نتیجه می رسد که تلاش برای توقف این بازی های بی فایده است و دیگر نمی تواند از آن جدا شود و حتی اعتماد به نفس خود را نیز از دست می دهد.

حال دستاوردی که آموزش ذهن آگاهی برای این افراد به همراه دارد این است که بدون منع کامل آن ها از بازی کردن به آن ها کمک می کند که ضمن تجربه ی لذت بازی ابتدا بتوانند از احساسات و هیجانات خود آگاه شوند و در نهایت نیز آن را مدیریت کنند. این افراد با اجرای تمرینات ذهن آگاهی صبر و تحمل خود را بالا برده و نیاز به تنوع طلبی را در خود کاهش می دهند. در آموزش ذهن آگاهی ابتدا از توجه به تنفس که همیشه در دسترس فرد و همراه فرد است، استفاده می شود تا فرد بفهمد که در همه حال حداقل می تواند به تنفس و به بدن خود توجه کند و از این طریق به احساسات و تفکرات و قضاوت های خود نیز راه

یابد و نهایتاً آن‌ها را مدیریت کند. به این ترتیب دیگر خود را سرزنش نمی‌کند و گرفتار دور بی‌پایان تلاش ناموفق و بازگشت به حالت قبل نمی‌شود.

از دیگر نتایج این پژوهش این بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی افرادی که به بازی‌های اینترنتی وابسته بوده اما دارای هیجان خواهی پایین و خودکنترلی بالایی بودند، اثربخشی معناداری نداشت. در تبیین این مورد نیز می‌توان گفت که با توجه به این که در آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مثل سایر درمان‌های شناختی انجام تمرینات روزانه مهم‌ترین رکن فرایند درمان است و از طرفی فرد باید با کنجکاوی و انگیزه به دنبال تغییر باشد؛ این افراد با کنجکاوی کمتری به پیرامون خود توجه دارند و از طرفی میل به تغییر یا نیاز به تغییر در آن‌ها کمتر بوده و احتمالاً در انجام تمرینات سهل‌انگاری کرده و یا آن را بیهوده تلقی می‌کنند و به این ترتیب از این درمان استفاده‌ی چندانی نمی‌برند.

از محدودیت‌های این پژوهش، نبود پیشینه‌ی پژوهشی داخلی بر روی اعتیاد به بازی‌های اینترنتی و همچنین استفاده از نمونه‌ی در دسترس بود؛ بنابراین برای تعمیم بهتر نتایج پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در مناطق و شهرهای دیگر و بر روی هر دو جنس، یعنی هم دانش آموزان پسر و هم دانش آموزان دختر اجرا گردد. ضمناً بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که آموزش و پرورش در دوره‌های متوسطه ۱ و ۲، نسبت به اعتیاد به اینترنت، به‌خصوص اعتیاد بازی‌های اینترنتی در نوجوانان توجه ویژه‌ای داشته باشد و مشاورین مدرسه را در این زمینه آموزش داده تا بتوانند با اجرای پرسشنامه‌های مربوط، افراد در معرض خطر را شناسایی کرده و با آموزش پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در کلاس‌های مشاوره یا با ارجاع به کلینیک‌های تخصصی، به دانش آموزان در معرض خطر، کمک کنند.

## منابع

- اطلسی، رقیه؛ نریمانی، محمد و موسی زاده، توکل. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی حساست زدایی با حرکات چشم و باز پردازش مجدد با درمان فراشناختی بر خودکنترلی بیماران مبتلا به حملات هراس. *مجله علوم رفتاری*، ۸(۳)، ۲۶۳-۲۶۹.
- برجعی، احمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات والد-فرزندپروری در نوجوانان. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۱، ۶-۱.
- پناه علی، امیر؛ محمدی نژاد قوشی، رحمان؛ عبدلی سلطان احمدی، جواد و اسدی، محسن. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اعتیاد به اینترنت. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۱(۴۱)، ۱۳۵-۱۵۰.
- سلطانی، مهری؛ فولادوند؛ خدیجه و فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۹). رابطه‌ی هویت و هیجان خواهی با اینترنت. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۱۹۷-۱۹۱.
- شامانی، اسمعیل؛ واحدی، مهدی و نوروزی، داریوش. (۱۳۹۵). رابطه‌ی استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی با هویت جوانان شهر تهران. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۱۶۴-۱۸۲.
- صیادپور، زهره. (۱۳۷۳). بررسی تحول مفهوم خانواده در کودکان پرورشگاهی و غیر پرورشگاهی. *مجله‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱، ۲۶۳.
- علوی، سید سلمان؛ اسلامی، مهدی؛ مرآتی، محمدرضا؛ نجفی، مصطفی؛ جنتی فرد، فرشته و رضاپور، حسین. (۱۳۸۹). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اعتیاد به اینترنت یانگ در کاربران دانشجو. *فصلنامه علوم رفتاری*، ۴(۳)، ۱۸۹-۱۸۳.
- علوی، سید سلمان و جنتی فرد، فرشته. (۱۳۹۰). *اعتیاد به اینترنت، تعاریف، ابعاد، معیارهای تشخیصی و پیامدهای منفی ناشی از آن*. چاپ اول. اصفهان: نشر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

محمدخانی، پروانه؛ تمنائی فر، شیما و جهانی تابش، عذرا. (۱۳۸۵). *درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی: رویکردی نوین در پیشگیری از عود افسردگی*. تهران: نشر فرادید.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن و قاضی طباطبائی، محمود. (۱۳۸۶). بررسی اثر مستقیم بازخورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توانمندی‌های فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. *دو فصلنامه روان‌شناسی معاصر*، ۲(۳)، ۱۲-۳.

محو شیرازی، مجید. (۱۳۸۷). بررسی اعتبار، پایایی و هنجاریابی مقیاس هیجان خواهی زاگرمین با تغییرات بسته به فرهنگ. *دوماهنامه دانشور رفتار*. ۱۵(۲۸)، ۳۵-۴۸. مرکز مدیریت توسعه ملی اینترنت (متما). بازیابی شده، اردیبهشت، ۲۵، ۱۳۹۴، <http://matma.ito.gov.ir/web/guest/internet-penetration-rate> ناستی زایی، ناصر. (۱۳۸۸). ارتباط سلامت عمومی با اعتیاد به اینترنت. *مجله طبیب شرق*، ۱۱(۱)، ۶۳-۵۷.

هادی، سعیده؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز؛ معتمدی، عبدالله و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۵). مدل ساختاری پیش‌بینی تعهد زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و متغیرهای میانجی خودکنترلی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای روابط فرازناشویی عاطفی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۸)، ۳۳-۶۰. یوسفیان، فهیمه و اصغری پور، نگار. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت‌نفس دانش آموزان دختر. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۳)، ۲۰۵-۱۵.

Aboujaoude, E., Koran, L. M., Gamel, N., Large, M. D., & Serpe, R. T. (۲۰۰۶). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of ۲,۵۱۳ adults. *CNS spectrums*, ۱۱(۱۰), ۷۵۰-۷۵۵.  
American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA.

- Andreassen, C. S., Palesen, S., & Griffiths, M. D. (۲۰۱۷). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, ۶۴, ۲۸۷-۲۹۳.
- Blume, A. W. (۲۰۰۵). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.
- Bowen, S., Chawala, N. & Marlatt, G. A. (۲۰۱۱). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*, Guilford Press.
- Butler, T. (۲۰۰۰). *Principles of health education and health promotion*. New York: Morton Publishing Company.
- Chen, J. V., Chen, C. C., & Yang, H. (۲۰۰۸). An empirical evaluation of key factors contributing to internet abuse in the work place. *Industrial Management & data system*, ۱۰۸(۱), ۸۷-۱۰۶.
- Christakis, D. A. (۲۰۱۰). Internet addiction: A ۲۱st century epidemic. *Bmc Medicine*, ۸(۶۱).
- Crane, R. (۲۰۰۹). *Mindfulness-based cognitive therapy*. NEW YORK: Routledge, ۳-۱۵.
- Fallah Mehneh, T. (۲۰۰۷). Disorder of internet addiction. *Psychology of Internet*, ۱, ۲۶-۳۱.
- Garland, E. L., Schwarz, N. R., Kelly, A., Whitt A. & Howard, M. O. (۲۰۱۰). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: herapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, ۱۲(۳), ۲۴۲-۲۶۳.
- Goleman, D. (۲۰۰۱). Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Building, From the book *The Emotionally Intelligent Workplace*.
- Griffiths, M. D., Davies, M. N. O. & Chappell, D. (۲۰۰۴). Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, ۲۷, ۸۷-۹۶.
- Griffiths, M., & Wood, R. (۲۰۰۰). Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies*, ۱۶, ۱۹۹-۲۲۵.
- Jackson, K. M., Sher, K. J. & Wood, P. K. (۲۰۰۰). Prospective analysis of co morbidity: Tobacco and alcohol use disorder. *Abnorm Psychol*, ۱۰۹, ۶۷۶-۶۹۴.

- Johansen, S. V. L. (۲۰۱۴). *Sensation seeking and impulsivity in relation to youth decision making about risk behavior: Mindfulness training to improve self-regulatory skills*. In partial fulfillment of the requirements For the Degree of Doctorate of Philosophy. Colorado State University Fort Collins, Colorado.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (۲۰۱۱). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*, ۳۱(۶), ۱۰۴۱-۵۶.
- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T. & Kim, S. J. (۲۰۰۸). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry*, ۲۳(۳), ۲۱۲-۲۱۸.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C. & Yen, C. F. (۲۰۰۹). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: A ۲-year prospective study, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, ۱۶۳, ۹۳۷-۹۴۳.
- Kuss, D. J., Shorter, G. W., van Rooij, A. J., Griffiths, M. D., & Schoenmakers, T. M. (۲۰۱۴). Assessing internet addiction using the parsimonious internet addiction components model—a preliminary study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, ۱۲(۳), ۳۵۱-۳۶۶.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Peter, J. (۲۰۰۹). Development and Validation of a GameAddiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, ۱۲(۱), ۷۷-۹۵.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Peter, J. (۲۰۱۱). The effects of pathological gaming on aggressive behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, ۴۰ (۱), ۳۸-۴۷.
- Leung, L. & Lee, P. S. N. (۲۰۱۲). The influences of information literacy, internet addiction and parenting styles on internet risks. *New Media & Society*, ۱۴(۱), ۱۱۷-۱۳۶.
- Mehroof, M., & Griffiths, M. D. (۲۰۱۰). Online gaming addiction: the role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, ۱۳(۳), ۳۱۳-۳۱۶.



- Mei, S., Yau, Y. H. C., Chai, J., Guo, J., & Potenza, M. N. (۲۰۱۶). Problematic Internet use, well-being, self-esteem and self-control: Data from a high-school survey in China. *Addictive Behaviors*, ۶۱, ۷۴-۷۹.
- Murali, V., & George, S. (۲۰۰۷). An over view of internet addiction. *Adv psychosom*, ۱۳, ۲۴-۳۰.
- Niemz, K., Griffiths, M. & Banyard, P. (۲۰۰۵). Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the general health questionnaire (GHQ), and disinhibition. *Cyberpsychology & Behavior*, ۱۸(۶), ۵۶۲-۵۷۰.
- Pacini, R., & Epstein, S. (۱۹۹۹). The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs and the ratio-bias phenomenon. *J Pers Soc Psychol*, ۷۶, ۹۷۲-۸۷.
- Potek, R. (۲۰۱۲). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*, Ph.D. NEW YORK, UNIVERSITY, ۱۸۴.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (۲۰۰۲). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*: Guilford Publication.
- Sally, M. L. (۲۰۰۶). *Prediction of internet Addiction for undergraduates in Hong Kong*. Kong Baptist University.
- Shelly, S. K. (۲۰۰۵). *Illegal download attitudes, leisure boredom, sensation seeking and value of honesty*, Degree of Master of Science in New Media, School of Journalism and Communication, the Chinese University of Hong Kong.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (۲۰۰۴). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades and interpersonal success. *Journal of Personality*, ۷۲, ۲۷۱-۳۲۴.
- Wills, T. A. and Stoolmiller, M. (۲۰۰۲). The role of self-control in early escalation of substance use, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷۰, ۹۸۶-۹۹۷.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., & Berking, M. (۲۰۱۲). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, ۶۸(۱), ۵۰-۶۶.

---

Zuckerman, M. (۱۹۹۴). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensationseeking*. New York: Cambridge University Press.