رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۰، شماره پیاپی ۹۱، دی ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(10), 2024

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و تاب‌آوری در دانش آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه

The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and resilience in boy students with mobile phone addiction

محمد گودرزی
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر مسعود شهبازی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.
دکتر منصور سودانی
استاد، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
دکتر حسن پیریائی
استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

Mohammad Goodarzi
Ph.D Student of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, lran.
Dr. Masoud Shahbazi*
Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, lran.
masoudshahbazi66@yahoo.com
Dr. Mansour Sodani
Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Dr. Hassan Piriaei
Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر اضطراب و تاب‌آوری در دانش آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعهٔ آماری شامل همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها ۳۰ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش در طول دو ماه تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اعتیاد به گوشی هوشمند (سواری، ۱۳۹۲)، مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS؛ رینولدز و ریچموند، ۱۹۷۸) و مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC؛ کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که نمره اضطراب در گروه مداخله از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است (P<۰/۰۵)، اما در مقابل نمره تاب‌آوری از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش یافته است (P<۰/۰۵). در واقع می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری در نوجوانان شده است.

واژه‌های کلیدی: *شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری، اعتیاد به تلفن همراه، اضطراب.*

Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and resilience in boy students with mobile phone addiction. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period of two months. The statistical population included all male students of the first secondary level of Borujerd city in the academic year of 2022-2023. Among them, 30 students were selected by purposive sampling and were randomly divided into two groups. The experimental group underwent mindfulness-based cognitive therapy for two months. To collect data, the Mobile Phone Addiction Questionnaire (Savari, 2013), the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), and the Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) were used. became. Data analysis was done using repeated measurement variance analysis. The findings showed that the anxiety score in the intervention group decreased from the pre-test to the follow-up (P<0.05), but on the other hand, the resilience score increased from the pre-test to the follow-up (P<0.05). It can be concluded that mindfulness-based cognitive therapy has led to a decrease in anxiety and an increase in resilience in adolescents.

Keywords: *mindfulness-based cognitive therapy, resilience, mobile phone addiction, anxiety.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۲** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

مقدمه

با پیشرفت و توسعه علم و فناوری، استفاده از تلفن همراه افزایش یافته و به‌عنوان یک رسانه پرکاربرد در بین مردم، امکانات بسیاری را فراهم آورده است (کیو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود نقش اساسی تلفن هوشمند در تسهیل زندگی، استفاده بیش از حد از آن می‌تواند منجر به اعتیاد به گوشی هوشمند[2] شود (حاسان[3] و همکاران، ۲۰۲۳). بازی‌های دیجیتال (آنلاین و آفلاین)، جستجو در رسانه‌ها و شبکه-های اجتماعی، دسترسی به محتوای آموزشی، مطالب علمی و سایر سرگرمی‌ها به‌ویژه در بین دانش آموزان از طریق تلفن همراه انجام می‌شود. به‌طوری که می‌توان گفت اعتیاد به بازی‌ها، منجر به اعتیاد به تلفن همراه و استفاده افراطی از گوشی‌های هوشمند می‌شود. بنابراین اعتیاد به تلفن همراه یک مفهوم بسیار مهم در بررسی اعتیادهای رفتاری دیجیتال است (کیو و همکاران، ۲۰۲۳).

دانش‌آموزان اصلی‌ترین گروهی هستند که در معرض استفاده مشکل‌ساز از اینترنت و تلفن‌های هوشمند قرار دارند (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که استفاده مشکل‌زا از گوشی هوشمند می‌تواند اثرات زیان‌آور جسمی، روانی و رفتاری در دانش آموزان ایجاد کند. همچنین اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و بیماری‌های روانی مانند؛ بیش فعالی و کمبود توجه، اختلالات دوقطبی، کاهش روابط اجتماعی و اجتناب از فعالیت‌های زندگی از عوارض شناخته شده اعتیاد به اینترنت و تلفن همراه است (شیری، ۱۴۰۰؛ یانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۱). با افزایش میزان وابستگی به گوشی‌های هوشمند در جهان (اولسون[5]، ۲۰۲۲) و نرخ بالای اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان ایرانی (موسیوند و همکاران، ۱۴۰۱)، اهمیت حمایت از استفاده آگاهانه از تلفن همراه و اینترنت توسط نوجوانان لازم است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۱). همکاری خانواده‌ها و مشاوران مدارس برای آموزش و یا مداخله با رویکردهای مناسب جهت پیشگیری و درمان این نوع اعتیاد، امری مهم و ضروری است (کاسله[6] و همکاران، ۲۰۲۲).

اعتیاد به گوشی‌های هوشمند همواره سبب افزایش میزان استرس و اضطراب در دانش آموزان شده است (موسیوند و همکاران، ۱۴۰۱). شاه رجبیان و عمادی چاشنی (۱۳۹۹) در یک بررسی مروری نشان دادند که اضطراب همواره با اعتیاد به تلفن همراه رابطه معنی‌داری داشته است. پژوهش‌های مختلفی ارتباط معنی‌داری بین اضطراب و اعتیاد به تلفن همراه، نشان می‌دهند (کرستانتی[7]، ۲۰۲۳؛ وبر[8] و همکاران، ۲۰۲۳؛ واه[9]، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که دانش‌آموزانی که اضطراب بالایی دارند و از بازی‌های اینترنتی برای غلبه بر استرس‌شان استفاده می‌کنند، نشانگان استفاده مشکل‌زا از تلفن همراه و اینترنت را بیشتر نشان می‌دهند. همچنین استرس ادراک شده از طریق نشانگان افسردگی و اضطراب، اثر مثبت غیر مستقیم بر استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه دارد. این اثر غیر مستقیم حاکی از آن است که استرس ادراک شده با ایجاد نشانگان افسردگی و اضطراب در موقعیت، می‌تواند منجر به افزایش بیشتر استفاده آسیب‌زا از تلفن همراه شود (زارعی، ۱۳۹۹).

همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که اعتیاد به تلفن همراه با تاب‌آوری پایین در دانش‌آموزان همراه است (ما[10] و همکاران، ۲۰۲۲)، به‌طوری که تاب‌آوری به میزان قابل توجهی، اعتیاد به تلفن همراه را پیش بینی می‌کند (یلدریم و کیک[11]، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش‌ها رابطه معنی‌دار بین تاب آوری و اعتیاد به تلفن همراه (یلدریم و کیک، ۲۰۲۲، نازوشن و داولای[12]، ۲۰۲۲؛ ما و همکاران، ۲۰۲۲) و اعتیاد به اینترنت (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶) را نشان داده‌اند. تاب‌آوری فرد، یک فرآیند انطباقی پویا برای مدیریت استرس و بازگشت به حالت عادی است (العمری[13] و همکاران، ۲۰۲۳). به‌عبارت دیگر تاب‌آوری، توانایی غلبه بر ناملایمات، انعطاف‌پذیری قوی‌تر و مقابله مؤثر با مشکلات پیش‌رو است (ویجایالاکشمی[14] و همکاران، ۲۰۲۳).

1 . Qiu
2 . Smartphone Addiction
3. Hasan
4 . Yang
5 . Olson
6 . Casale
7. Kristanti
8 . Weber
9. Wah
10 . Ma
11 . Yıldırım & Çiçek
12. Nasution & Daulay
13. Al Omari
14 . Vijayalakshmi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

جهت کاهش اضطراب و بهبود تاب‌آوری مداخلات درمانی متفاوتی ارائه شده است؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[1] یکی از روش‌های درمانی است که در کاهش اضطراب، افزایش تاب‌آوری و کاهش وابستگی به تلفن همراه اثربخش بوده است. مطالعات دیگری تاثیر معنی‌دار این درمان را بر کاهش سطح اضطراب (شکیبایی و قیومی، ۱۴۰۱؛ پیتر[2]، ۲۰۲۲؛ برگس[3] و همکاران، ۲۰۲۱) گزارش کرده‌اند. همچنین پژوهش‌ها اثربخشی قابل توجه شناخت درمانی مبتنی بـر ذهن آگاهی را بر افزایش تاب‌آوری (کاشفی مهر و همکاران، ۱۴۰۱؛ احمدی و همکاران، ۱۴۰۱؛ پیتر، ۲۰۲۲؛ انور[4] و همکاران، ۲۰۲۲) در گروه‌های سنی مختلف نشان می‌دهند. به علاوه نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وابستگی به تلفن همراه در دانشجویان (لی و ژانگ[5]، ۲۰۲۰؛ لن[6] و همکاران، ۲۰۱۸)، کاهش اعتیاد به اینترنت دانش آموزان است (احمدی، ۱۴۰۱) و کاهش علائم اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در دانش آموزان (لن و همکاران، ۲۰۱۸)، اثربخش بوده است. این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف و چند تمرین شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حالات بدنی را نشان می‌دهد. به‌کارگرفتن مجدد توجه به این شیوه، باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند و توانایی افراد در مشاهده خویشتن تقویت شود (احمدی، ۱۴۰۱). این درمان خودآگاهی را برای ایجاد یک تغییر شناختی هنگام تجربه تغییرات خلقی منفی، گسترش می‌دهد (واگنر و کاکرس-ملیلو[7]، ۲۰۲۳). شواهد قابل توجهی از دو دهه گذشته اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را برای درمان علائم اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی ثابت کرده‌اند (بارنهوفر[8] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاکرس-ملیلو، ۲۰۲۳).

به طور کلی، با افزایش روز افزون استفاده از تلفن همراه (کیو و همکاران، ۲۰۲۳) و وابستگی دانش آموزان به آن، آموزش جهت پیشگیری و مداخلات درمانی مناسب برای کاهش وابستگی دانش آموزان به تلفن همراه و علائم جسمی و روانی مربوط به آن، امری مهم و ضروری است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که از میان رویکردهای درمانی مختلف، کاربرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن اگاهی در مدارس اثربخش بوده است (کارلتون[9] و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های داخلی و خارجی اثربخشی این درمان را بر کاهش وابستگی به تلفن همراه، کاهش انواع اضطراب و افزایش سطح تاب آوری در افراد مختلف، نشان داده‌اند. با توجه به افزایش میزان وابستگی به گو شی‌های هوشمند در نوجوانان ایرانی (اولسون و همکاران، ۲۰۲۰؛ موسیوند و همکاران، ۱۴۰۱) لزوم اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای از اهمیت بالایی برخوردار است و می‌تواند نقش موثری بر ارتقاء سلامت نوجوانان داشته باشد. در بررسی پیشینه مطالعات مختلفی یافت شد که اثربخشی این درمان را در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده است؛ اما مطالعه‌ای یافت نشد که در جهت کاهش اضطراب و بهبود تاب‌آوری نوجوانان با اعتیاد به تلفن همراه انجام شده باشد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و تاب‌آوری در دانش آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعهٔ آماری شامل همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول شهر بروجرد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. که از بین آن‌ها ۳۰ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل جایگزین شدند. کسب نمره برش ۲۶ در پرسشنامه اعتیاد به تلفن همراه (سواری، ۱۳۹۲)، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی شش ماه گذشته، رضایت کتبی والدین و تمایل دانش آموز برای همکاری و شرکت در جلسات از معیارهای ورود به پژوهش بود. شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان، غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری و حفظ کرامت انسانی مشارکت‌کنندگان مورد توجه پژوهشگران بود. همچنین

1 . Mindfulness-Based Cognitive Therapy
2 . Peter
3. Burgess
4. Anwar
5 . Lei & Zhang
6 . Lan
7 . Wagner & Cáceres-Melillo
8 . Barnhofer
9. Carlton

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

پیشنهاده این پژوهش با شناسه IR.IAU.B.REC.1402.007 در کمیته ملی اخلاق به ثبت رسیده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اعتیاد به گوشی هوشمند: این پرسشنامه توسط سواری (۱۳۹۲) با ۱۳ سوال تشکیل شده است که سه عامل خلاقیت زدایی، میل‌گرایی و احساس تنهایی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا اکثر اوقات (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۱۳ و حداکثر نمره ۶۵ است. نمرات بالاتر از ۲۶ نشان دهنده اعتیاد شدید به گوشی همراه است. همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ گزارش شده است. به منظور استخراج عوامل پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد که نتایج حاکی از سه عامل خلاقیت زدایی، میل‌گرایی و احساس تنهایی بود که ۵۷/۳۳ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کردند (سواری، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه نفر از اساتید قبل از اجرا به روش محتوایی مورد تایید قرار گرفته است و پایایی به همسانی درونی ۰/۷۷ آلفای کرونباخ محاسبه شده است.

مقیاس بازبینی شده اضطراب آشکار کودکان[1] (RCMAS): این ابزار توسط رینولدز و ریچموند[2] (۱۹۷۸) با هدف سنجش اضطراب برای کودکان و نوجوان در دامنه سنی ۶ الی ۱۲ سال طراحی و اعتباریابی شده است. این ابزار دارای ۳۷ سوال می‌باشد که سه عامل جسمانی اضطراب، نگرانی/حساسیت بالا و اضطراب اجتماعی/تمرکز را می‌سنجد. در مجموع این مقیاس دارای ۲۸ ماده برای ارزیابی اضطراب و ۹ ماده به عنوان دروغ سنج برای تایید رفتارهای مطلوب و انکار رفتارهای نامطلوب است، که در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شوند. پاسخ به هر ماده به صورت "بله" و"خیر" است که به هر پاسخ "بله" نمره ۱ و به هر پاسخ "خیر" نمره صفر داده می‌شود. نمره کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ های "بله" محاسبه می‌شود. دامنه نمره در این ابزار بین صفر تا ۲۸ می‌باشد و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب بالا می‌باشد (رینولدز و ریچموند، ۱۹۷۸). این مقیاس توسط لی[3] و همکاران (۱۹۸۸) در گروه سنی نوجوانان نیز اجرا و اعتباریابی شد. پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۸ کودر ریچاردسون و روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی با توجه به نتایج حاصل از شاخص‌های برازش سه عامل این پرسشنامه تایید شد. در ایران دهقانی و همکاران (۲۰۱۳) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی کردند. پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۹ و روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و سه عامل تایید شد. در این مطالعه روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه نفر از اساتید قبل از اجرا به روش محتوایی مورد تایید قرار گرفته است و پایایی با استفاده از آزمون کودر ریچاردسون ۰/۷۹ محاسبه شده است.

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون[4] (CD -RISC): این مقیاس توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) به‌منظور سنجش تاب‌آوری تدوین شده است. ابزار حاضر دارای ۲۵ سوال است که در مقیاس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملا نادرست=صفر الی همیشه درست=۴) نمره‌گذاری می‌شود و ۵ عامل شایستگی شخصی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت، خودکنترلی و تأثیرات معنوی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه نمرات در این ابزار بین صفر الی ۱۰۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر است. یو[5] و همکاران (۲۰۱۳) این مقیاس را در نوجوانان اعتباریابی کردند. پایایی به روش همسانی در ونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همگرا با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده[6] ۰/۴۴ محاسبه شد. در ایران روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و ۵ عامل تایید شده است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد (بخشایش اقبالی و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه بر اساس نظر سه نفر از اساتید قبل از اجرا به روش محتوایی مورد تایید قرار گرفته است و پایایی به همسانی درونی ۰/۸۲ آلفای کرونباخ محاسبه شده است.

1. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)
2. Reynolds – Richmond
3 . Lee
4 . Connor -Davidson Resilience Scale (CD -RISC)
5 . Yu
6 . Multidimensional Scale of Perceived Social Support

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

پروتکل درمانی به‌کار گرفته شده در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال و همکاران (۲۰۰۲) انجام گرفت، که قبلا در مطالعه قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۵) استفاده شده است. کل دوره درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای می‌باشد که به‌صورت هفتگی برگزار شد. محتوای این جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.
دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه‌ی نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	قبل از هر تغییری باید خود را به همان‌گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه‌دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند، خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند؛ درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت: تعیین و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله (۱/۲۳±۱۳/۵۷) و گواه (۹۸/۲۴±۱۳/۱) بر حسب سال همگون بود. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای فاجعه‌سازی درد و پذیرش درد به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
اضطراب	پیش آزمون	مداخله	۲۲/۵۳	۳/۴۱	۰/۸۹	۰/۰۸
		گواه	۲۳/۲۶	۲/۳۳	۰/۸۹	۰/۰۸
	پس آزمون	مداخله	۹/۹۳	۲/۱۵	۰/۸۹	۰/۰۷
		گواه	۲۳/۲۶	۱/۶۶	۰/۹۲	۰/۲۰
	پیگیری	مداخله	۱۱/۰۶	۲/۸۱	۰/۹۵	۰/۶۰
		گواه	۲۱/۴۰	۲/۷۷	۰/۸۷	۰/۰۶
تاب‌آوری	پیش آزمون	مداخله	۱۷۶/۷۳	۴/۶۰	۰/۹۶	۰/۷۵
		گواه	۱۶/۵۳	۳/۱۱	۰/۹۸	۰/۹۴
	پس آزمون	مداخله	۵۸/۲۰	۷/۹۶	۰/۸۹	۰/۰۶
		گواه	۱۸/۰۰	۳/۶۸	۰/۹۲	۰/۱۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

پیگیری	مداخله	۵۴/۴۰	۸/۸۳	۰/۹۲	۰/۱۸
	گواه	۲۰/۰۶	۵/۷۲	۰/۹۵	۰/۵۲

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای اضطراب و تاب‌آوری داشته است؛ در واقع روند تغییرات متغیر اضطراب در گروه مداخله کاهشی و روند تاب‌آوری افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر اضطراب (P=۰/۰۹، W=۰/۸۳) تاب‌آوری (P=۰/۱۰، W=۰/۹۱) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای اضطراب و تاب‌آوری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۹	۲۲/۶۲	۴	۱۱۲	۰/۰۱	۰/۴۵	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۵۲/۴۵	۴	۱۱۰	۰/۰۱	۰/۶۶	۱
	اثر هتلینگ	۷/۳۵	۹۹/۲۳	۴	۱۰۸	۰/۰۱	۰/۷۹	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۷/۳۴	۲۰۵/۴۳	۴	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۸	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۲۲/۶۲، ۰/۸۹=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای اضطراب و تاب‌آوری در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	زمان	۸۴۲/۶۹	۲	۴۲۱/۳۴	۷۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۷۱	۱
	زمان*گروه	۶۴۹/۸۰	۲	۳۲۴/۹۰	۵۴/۰۱	۰/۰۱	۰/۶۶	۱
	خطا	۳۳۶/۸۴	۵۶	۶/۰۲				
	بین گروه‌هی	۱۴۸۸/۴۰	۱	۱۴۸۸/۴۰	۲۳۹/۲۱	۰/۰۱	۰/۸۹	۱
تاب‌آوری	زمان	۸۸۵۹/۲۹	۲	۴۴۲۹/۶۴	۱۵۷/۸۷	۰/۰۱	۰/۸۵	۱
	زمان*گروه	۶۹۹۸/۷۶	۲	۳۴۹۹/۳۸	۱۲۴/۷۲	۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	خطا	۱۵۷۱/۲۹	۵۶	۲۸/۰۶				
	بین گروه‌هی	۱۳۹۶۲/۶۸	۱	۱۳۹۶۲/۶۸	۲۱۶/۹۸	۰/۰۱	۰/۹۰	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب (P=۰/۰۱، F=۰/۲۳۹/۲۱، η=۰/۸۹) و تاب‌اوری (P=۰/۰۱، F=۲۱۶/۹۸، η=۰/۹۰) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی متغیرهای اضطراب و تاب‌آوری در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۰/۰۱	۱/۰۲	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۱/۴۷	۰/۰۱	۱/۸۷	۰/۰۸
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۰۷	۱/۸۶	۰/۱۵
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۱/۴۷	۰/۰۱	۱/۴۷	۰/۴۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۷/۶۷	۰/۰۱	۳/۵۳	۰/۲۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۸۰	۰/۲۵	۲/۰۷	۰/۶۶

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=۱۲/۶۰) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۱۱/۴۷) اضطراب تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱، MD=۴۱/۴۷) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، MD=۳۷/۶۷) تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تاثیرات ماندگاری داشته و بر کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و تاب‌آوری در دانش آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نقش موثری بر کاهش اضطراب نوجوانان با اعتیاد به تلفن همراه داشته است. نتیجه حاضر با مطالعات شکیبایی و قیومی (۱۴۰۱)، پیتر (۲۰۲۲) و برگس و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. به سبب تمرین‌های آگاهی و بودن در لحظه و آگاهی به حس‌های بدنی توجه خود را به بدن بیشتر متمرکز می‌کنند و این کار باعث افزایش آگاهی از بدن، احساسات و افکار مرتبط با اضطراب می‌شود که این آگاهی حس کنترل‌پذیری بر علائم را بالا می‌برد و به‌دنبال آن کاهش اضطراب را باعث می‌شود. اضطراب و استرس عوامل مؤثری در ایجاد و افزایش افکار ناکارآمد و نگرانی می‌باشند. کوئرسترت و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند که این مداخله عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی الزم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می‌باشد و به‌عنوان یک محرک قوی پیش گیرنده عمل می‌کند. همچنین مطالعات نشان دادند افرادی که وابستگی بسیاری به اینترنت و بازی‌های اینترنتی داشتند با استفاده از تکنیک‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و انجام تمرینات مربوط به آن، یاد گرفتند که در مواجهه با بازی‌های اینترنتی به‌جای اینکه از راهبردهای ناکارآمد برای مقابله با احساسات و تجربهٔ خشم، تنش، اضطراب، تحریک پذیری و فقدان کنترل استفاده کنند، از طریق متمرکز کردن توجه خود بر روی بدن، تجارب درونی خود را به شکلی که واقعا هستند بدون اینکه مورد قضاوت قرار دهند، به طور کامل تجربه کرده و ظرفیت پردازش بیشتر اطلاعات و دیدگاه فاقد قضاوت را در خود افزایش دهند و در نتیجه اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد (احمدی، ۱۴۰۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نقش موثری بر افزایش تاب‌آوری نوجوانان با اعتیاد به تلفن همراه داشته است. نتیجه حاضر با مطالعات کاشفی‌مهر و همکاران (۱۴۰۱)، احمدی و همکاران (۱۴۰۱)، پیتر (۲۰۲۲) و انور و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌اگاهی این توانایی را به افراد می‌دهد که افکار و قضاوت‌های خود را شناسایی کنند. این نگرش می‌تواند منجر به رهایی از درگیری و پریشانی ذهنی شود. از این رو، این درمان می‌تواند تاب آوری و سازگاری را ارتقا دهد (پیتر، ۲۰۲۲). در واقع تمرینات ذهن آگاهی از طریق تکنیک‌های خاصی مانند توجه آگاهانه به تنفس و بدن و تمرکز توجه به شرایط حاکم بر سیستم شناختی و پردازش اطلاعات در ارتقاء آگاهی فعلی موثر است. این تمرین‌ها می‌توانند تاب‌آوری در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

برابر مداخلات روان‌شناختی را از طریق تسکین استرس و احساسات منفی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای افزایش دهند (انور و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین در این مداخله از تکنیک‌های شناختی همچون آگاهی از باورهای تحریف شده و تاثیر آن بر رفتار استفاده می‌شود. در واقع افراد می‌آموزند که چگونه باورهای تحریف شده می‌توانند باعث فعال شدن احساسات منفی و در نتیجه باعث کاهش تاب‌آوری گردد. این مداخله انعطاف پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد، نشخوار فکری، تعمیم بیش از حد در حافظه سرگذشتی و خود ارزیابی انتقادی را کاهش می‌دهد و فعالیت‌های شناختی مفیدی مانند مشاهده غیر قضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. بر اساس این رویکرد، افراد تشویق می‌شوند تا تجربیات را به شیوه‌ای بدون قضاوت، همانطور که شکل گرفته‌اند، پردازش کنند و رابطه خود را با افکار و احساسات چالش‌برانگیز تغییر دهند و آن‌ها را در آغوش بگیرند (عادلیان و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعه‌ی کنونی دارای محدودیت‌هایی بود. ابتدا از دو مدرسه مختلف برای تخصیص شرکت‌کنندگان به دو گروه مداخله و گواه استفاده شد تا از انتشار درمان که می‌تواند اعتبار درونی مطالعه را به خطر بیاندازد و بر رفتار گروه کنترل تأثیر بگذارد، جلوگیری کند. برای برآوردن این محدودیت روش‌شناختی، محققان سعی کردند گروه‌های مورد مطالعه را در ابتدای مطالعه با یکدیگر مطابقت دهند، اما آنها را از یکدیگر جدا نگه دارند. دوم اینکه این مطالعه تنها در شهر برجورد با حجم نمونه کوچک انجام شد. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، مهم‌ترین محدودیت این مطالعه است، که تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. بنابراین، به محققان آینده توصیه می‌شود که مطالعات مشابهی را در محیط‌های دیگر با حجم نمونه بزرگ‌تر با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام دهند. در نهایت، از آنجایی که ابزار خاصی برای ارزیابی تاب‌آوری نوجوانان یافت نشد، مطالعات بیشتری با استفاده از ابزاری خاص، معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی تاب‌آوری نوجوانان پیشنهاد می‌شود. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش اضطراب و بهبود تاب‌آوری دانش‌آموزان با اعتیاد به تلفن همراه از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مراکز مشاوره استفاده شود.

منابع

احمدی، ص.، ایلانلو، ح.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۱). اثربخشی مشاوره گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر اعتیاد به اینترنت و اهمالکاری تحصیلی در دانش آموزان متوسطه دوم. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷*(۶۶)، ۱۳-۲۴. https://journals.tabrizu.ac.ir/article_15289.html

رحمتی، ف.، و صابر، س. (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش آموزان معتاد به اینترنت و دانش آموزان عادی. *روانشناسی کاربردی، ۱۱*(۴)، ۵۷۹-۵۹۶. https://apsy.sbu.ac.ir/article_96976.html

زارعی، س. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای نشانگان افسردگی و اضطراب در رابطه بین استرس ادراک شده و استفاده آسیب زا از تلفن همراه در بین دانشجویان پرستاری. *آموزش پرستاری، ۹*(۳)، ۱۰-۲۰. http://jne.ir/article-1-1144-fa.html

سواری، ک. (۱۳۹۳). ساخت و اعتباریابی پرسش‌نامه اعتیاد به تلفن همراه. *اندازه‌گیری تربیتی، ۴* (۱۵)، ۱۲۶-۱۴۲. https://jem.atu.ac.ir/article_272.html

شاه رجبیان، ف.، و عمادی چاشمی، س. ج. (۱۳۹۹). بررسی علل اعتیاد به تلفن هوشمند و رابطه آن با اضطراب و افسردگی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵* (۴۴)، ۲۵-۴۲. http://ijndibs.com/article-۴۴۴-۱-fa.html

شکیبایی، پ.، و قیومی، پ. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۶*(۶۳)، ۳۵۹-۳۷۹. https://etiadpajohi.ir/article-1-2604-fa.html

شیری، ع. (۱۴۰۰). *مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش وابستگی به اینترنت، آسیب پذیری روان شناختی و راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان در دانش آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی*. پایان‌نامه دکترای روانشناسی. دانشگاه تبریز.

قدم‌پور، ع. الف.، یوسف وند، ل.، و رادمهر، پ. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود حرمت خود در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۲* (۲)، ۶۷-۷۸. https://ppls.ui.ac.ir/article_21561.html

کاشفی مهر، ن.، شمع سوزان، ن.، و اسمخانی اکبری‌نژاد، ه. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و تاب‌آوری بیماران آسیب طناب نخاعی. *فصلنامه بیهوشی و درد، ۱۳*(۲)، ۱۱۵-۱۳۱. https://jap.iums.ac.ir/browse.php?a_id=5642&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

موسیوند، م.، حیاتی، م.، و رمضانی ترکمانی، م. (۱۴۰۱). پیش بینی افسردگی، اضطراب، استرس و اهمال کاری تحصیلی بر اساس اعتیاد به گوشی های هوشمند با تاکید برتفاوت های جنسیتی در دانش آموزان. *فصلنامه مطالعات اجتماعی - روان شناختی زنان*، ۲۰(۲)، ۲۰-۲۸. http://journal.alzahra.ac.ir/article_6412.html

Adelian, H., Khodabandeh Shahraki, S., Miri, S., & Farokhzadian, J. (2021). The effect of mindfulness-based stress reduction on resilience of vulnerable women at drop-in centers in the southeast of Iran. *BMC women's health*, *21*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01390-6

Al Omari, O., Al Yahyaei, A., Wynaden, D., Damra, J., Aljezawi, M., Al Qaderi, M., ... & ALBashtawy, M. (2023). Correlates of resilience among university students in Oman: a cross-sectional study. *BMC psychology*, *11*(1), 2. https://doi.org/10.1186/s40359-022-01035-9

Anwar, Z., Yanti, H., Susanto, N. A., Rachma, A., Damayanti, V., & Damayanti, S. (2022). Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Interventions to Increase Resilience of the Covid-19 Patients Through Cyberpsychology Approach. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, *17*(3), 87-90. https://journals.pan.pl/dlibra/show-content?id=124286

Bakhshayesh Eghbali, B., Pourramzani, A., Bahadivand Chegini, A. H., Mirniam, L., Hasanzadeh, K., & Saadat, S. (2022). Validity and reliability of connor-davidson resilience scale in patients with multiple sclerosis: A psychometric study in Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *9*(2), 45-50. http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-404-en.html

Barnhofer, T., Dunn, B. D., Strauss, C., Ruths, F., Barrett, B., Ryan, M., ... & Warren, F. (2023). A randomised controlled trial to investigate the clinical effectiveness and cost effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for depressed non-responders to Increasing Access to Psychological Therapies (IAPT) high-intensity therapies: study protocol. *Trials*, *24*(1), 43. https://doi.org/10.1186/s13063-022-06882-w

Burgess, E. E., Selchen, S., Diplock, B. D., & Rector, N. A. (2021). A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, *14*, 380-398. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x

Carlton, C. N., Sullivan-Toole, H., Strege, M. V., Ollendick, T. H., & Richey, J. A. (2020). Mindfulness-based interventions for adolescent social anxiety: A unique convergence of factors. *Frontiers in psychology*, *11*, 1783. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01783

Casale, S., Fioravanti, G., Benucci, S. B., Falone, A., Ricca, V., & Rotella, F. (2022). A meta-analysis on the association between self-esteem and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, *134*, 107302. https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107302

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Dehghani, F., Amiri, S., Molavi, H., & Neshat-Doost, H. T. (2013). Psychometric properties of the Persian version of the screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED). *Journal of anxiety disorders*, *27*(5), 469-474. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.06.003

Hasan, H., Shihab, K. A., Mohammad, Z., Jahan, H., Coussa, A., & Faris, M. E. (2023). Associations of smartphone addiction, chronotype, sleep quality, and risk of eating disorders among university students: A cross-sectional study from Sharjah/United Arab Emirates. *Heliyon*, *9*(1), e12882. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12882

Kristanti, E. E. (2023). Smartphone Addiction and Sleep Disorder among Students at SDN Setonorejo 1 Kras Kediri. *HealthCare Nursing Journal*, *5*(1), 470-477. https://doi.org/10.35568/healthcare.v5i1.2837

Lan, Y., Ding, J. E., Li, W., Li, J., Zhang, Y., Liu, M., & Fu, H. (2018). A pilot study of a group mindfulness-based cognitive-behavioral intervention for smartphone addiction among university students. *Journal of behavioral addictions*, *7*(4), 1171-1176. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.103

Lee, S. W., Piersel, W. C., Friedlander, R., & Collamer, W. (1988). Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, *48*(2), 429-433. https://doi.org/10.1177/0013164488482015

Lei, Y., & Zhang, E. (2020). Intervention Effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy on College Students Dependent on Online Games in the Internet Era. In *Data Processing Techniques and Applications for Cyber-Physical Systems (DPTA 2019)* (pp. 1613-1619). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1468-5_192

Ma, A., Yang, Y., Guo, S., Li, X., Zhang, S., & Chang, H. (2022). The impact of adolescent resilience on mobile phone addiction during COVID-19 normalization and flooding in China: a chain mediating. *Frontiers in Psychology*, *13*, 865306. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.865306

Nasution, F. K., & Daulay, N. (2022). The Influence of Academic Resilience and Student Well-Being on Smartphone Addiction. *Jurnal Basicedu: Jurnal of Elementary Education*, *6*(3), 4415-4422. http://repository.uinsu.ac.id/16278/

Olson, J. A., Sandra, D. A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J., ... & Veissière, S. P. (2022). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior*, *129*, 107138. https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107138

Peter, A., Srivastava, R., Agarwal, A., & Singh, A. P. (2022). The Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Anxiety and Resilience of the School Going Early Adolescents with Anxiety. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, *18*(2), 176-185. https://doi.org/10.1177/09731342221127959

Qiu, H., Lu, H., Pei, J., Zhang, Y., Ma, Y., Xing, C., ... & Zhu, X. (2023). Effects of chronic stress on smartphone addiction: A moderated mediation model. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1048210. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1048210

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]

Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, *27*(4), 394. https://doi.org/10.1037/str0000165

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, *6*, 271-280. https://doi.org/10.1007/BF00919131

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Vijayalakshmi, P., Kathyayani, B. V., Sreelatha, M., Reddy, S., Manjunatha, N., Kumar, C. N., & BadaMath, S. (2023). Resilience as a protective factor on the quality of life (QoL) of Indian nursing students during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, *42*, 55-59. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.009

Wagner, C., & Cáceres-Melillo, R. (2023). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A literature review. *Salud mental*, *46*(1), 35-42. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=111083

Wah, M. T. (2022). Anxiety Symptoms Associated With the Severity of Problematic Smartphone Use: The Mediating Role of COVID-19 Anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *27*(4), 536-555. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3470-en.html

Weber, S. R., Winkelmann, Z. K., Monsma, E. V., Arent, S. M., & Torres-McGehee, T. M. (2023). An examination of depression, anxiety, and self-esteem in collegiate student-athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(2), 1211. https://doi.org/10.3390/ijerph20021211

Yang, X., Hu, H., Zhao, C., Xu, H., Tu, X., & Zhang, G. (2021). A longitudinal study of changes in smart phone addiction and depressive symptoms and potential risk factors among Chinese college students. *BMC psychiatry*, *21*(1), 252. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03265-4

Yıldırım, M., & Çiçek, İ. (2022). Fear of COVID-19 and smartphone addiction among Turkish adolescents: Mitigating role of resilience. *The Family Journal*, 10664807221139510. https://doi.org/10.1177/10664807221139510

Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., & Lui, W. W. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive psychiatry*, *52*(2), 218-224. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.05.010

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-08]