

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۲ تابستان ۱۴۰۰

## مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند

سعید نجاریور استادی<sup>۱</sup>، بهمن اکبری<sup>۲\*</sup>، جواد خلعتبری<sup>۳</sup>، جلیل باباپور خیرالدین<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲\* - دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۴- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۸/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۲

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی در دانشجویان دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند انجام شد. در راستای این هدف، از بین دانشجویان دختر رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تعداد ۴۵ نفر براساس نقطه برش مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند (SAS)، به روش هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. از هر سه گروه با استفاده از مقیاس تنهایی پیش‌آزمون بعمل آمد. سپس، گروه‌های آزمایشی، به تفکیک به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند، اما گروه کنترل، هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. در آخرین جلسه، مجدداً پرسشنامه احساس تنهایی در مورد هر سه گروه اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی، بر کاهش احساس تنهایی موثر بوده است ( $P < 0/01$ ).

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر کیفیت زندگی؛ رفتار درمانی دیالکتیکی؛ احساس تنهایی؛ گوشی‌های هوشمند

## مقدمه

استفاده از گوشی‌های هوشمند<sup>۱</sup> در دنیا در حال افزایش است و آنها به یک قسمت از زندگی روزانه ما تبدیل شده‌اند (موناسیس، دیپالو، گریفیتس و سیناترا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷) و این حقیقت است که همه ما یک دلبستگی قوی نسبت به گوشی هوشمندمان به وجود آورده‌ایم (کینگ و دونگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). از ویژگی‌های مهم گوشی‌های هوشمند این است که می‌تواند ارتباط سریعی بین کاربر خود و مخاطبین اجتماعی او برقرار کند (وانگ، وانگ، گاسکین و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). امروزه اعتیاد، نه تنها اعتیاد به مواد مخدر و یا سوء مصرف مواد را شامل می‌شود، بلکه قابل طبقه‌بندی به الکل، سیگار، مواد مخدر، قمار، بازی، اینترنت، گوشی‌های هوشمند و سکس است (ائوم، پارک و ییم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). گوشی‌های هوشمند به نوع جدیدی از اعتیاد تبدیل شده‌اند که ناشی از سرعت پیشرفت و توسعه، از جمله در زمینه رسانه‌های اینترنتی، خود گوشی‌های هوشمند و صنعت فن‌آوری اطلاعات<sup>۶</sup> است (کوون، کیم، چو و یانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد علت اصلی اعتیاد نوجوانان و جوانان به گوشی‌های هوشمند، استرس‌های نشأت گرفته از خانواده و مدرسه است (چوی، کیم، یانگ، لی، جوو و جونگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴).

یکی از مسائلی که در بین جوانان و نوجوانان به وفور مشاهده می‌شود، احساس تنهایی<sup>۹</sup> است و احتمالاً همین موضوع، یکی از دلایل استفاده بیش از حد یا وابستگی به اینترنت و گوشی‌های هوشمند، در آنان است (به عنوان مثال، هاردی و تی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها بین احساس تنهایی با اعتیاد به اینترنت (بیلیکس، واندرلیندن و روچات<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸) و اعتیاد به تلفن همراه (رشیدی، جعفری، حجت‌خواه، محمدی و همکاران، ۱۳۹۴) همبستگی مثبت و معنادار به دست آورده‌اند. احساس تنهایی زمانی رخ می‌دهد که شخص، فقدان رابطه با دیگران را درک یا تجربه می‌کند (دایکسترا، وان تیلبورگ و دیانگ‌گیرولد<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵). معمولاً تنهایی به عنوان یک احساس ذهنی تعریف می‌شود که از تنها ماندن<sup>۱۳</sup> یا حالت فیزیکی تنها ماندن متفاوت است. این اتفاق می‌تواند در افرادی رخ دهد که به نظر می‌رسد بسیار اجتماعی‌اند، و برعکس، می‌تواند در افرادی که تقریباً منزوی هستند، اصلاً رخ ندهد (کاسیوپو، کاسیوپو و بومسما<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴). این مفهوم به درک اختلاف بین نیازهای اجتماعی و دسترسی به آن‌ها در محیط اشاره می‌کند (هاو کلی و کاپیتانیو<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۴). به نظر کاسیوپو و هاو کلی<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۹) این تفاوت‌های فردی از تجربه تنهایی، ممکن است بخشی از تفاوت‌های مهم در حساسیت نسبت به رنج انزوای اجتماعی را منعکس کند. گرچه پژوهش‌ها و مدل‌های قبلی، احساس تنهایی را تحت تأثیر استفاده از اینترنت و شبکه‌های مجازی قلمداد می‌کردند، اما پژوهش‌های اخیر، بیشتر مدلی را تأیید کرده‌اند که مطابق با آن، افرادی که احساس تنهایی می‌کنند به استفاده از شبکه‌های اجتماعی، گرایش بیشتری دارند. این مسئله منجر به پیدایی برخی مشکلات برای

- 
- 1-smartphones
  - 2-Monacis, de Palo, Griffiths & Sinatra
  - 3-King & Dong
  - 4-Wang, Wang, Gaskin & Wang
  - 5-Eum, Park & Yim
  - 6-IT(information Technology)
  - 7-Kim, Cho & yang
  - 8-Choi, Kim, Yang, Lee, Joo & Jung
  - 9-loneliness
  - 10-Hardie & Tee
  - 11 -Billiex, Vander Linden & Rochat
  - 12-Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld
  - 13-aloneness
  - 14-Cacioppo, Cacioppo & Bumsma
  - 15-Capitanio
  - 16-Hawkey

کاربران، مثل کاهش سلامت روان و روابط اجتماعی، غفلت در انجام وظایف مربوط به خانواده، شغل و تحصیلات شده است (هاردی و تی، ۲۰۰۷). افرادی که احساس تنهایی بالاتری دارند، از اعتماد به نفس پایین، بدبینی و اضطراب بالا برخوردارند و نسبت به اطرافیان خود، ادراک منفی‌تری دارند و در مورد آنها از روش‌های خصمانه و دفاعی استفاده می‌کنند (ماتیوس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). احساس تنهایی گرچه برخی مواقع موقتی و گذرا است و همه افراد به شکلی آن را تجربه می‌کنند، اما در برخی مواقع و در مورد برخی افراد، تداوم می‌یابد که می‌تواند جای نگرانی باشد (اشر و پاکته<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). این نگرانی زمانی بیشتر جلوه می‌کند که برخی پژوهشگران، به جای آن که احساس تنهایی را فقط در قالب یک هیجان منفی قلمداد کنند، آن را تداعی‌گر تعدادی هیجان منفی، مثل افسردگی و اضطراب در نظر می‌گیرند (رایت، ۲۰۰۵).

یکی از روش‌های درمانی که در مورد بسیاری از اختلالات و مسائل روان‌شناختی می‌توان از آن بهره برد، رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)<sup>۳</sup> است. مارشا لینهان<sup>۴</sup> این روش درمانی را برای کمک به بیماران مرزی<sup>۵</sup> ابداع کرده است که به سطح دوم درمانی (درمان فشرده سرپایی همراه با تغییرات رفتاری) تعلق دارد (بوهورس، هاف، سیمس، لیمبرگر، شماهل و آنکل<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). نظریه زیرساز رفتاردرمانی دیالکتیکی بیان می‌دارد که اختلال شخصیت مرزی نتیجه یک محیط بی اعتبارساز و نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است که از نقابص جدی در مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی ریشه گرفته و بسیاری از مهارت‌های رفتار انطباقی در این اختلال، دچار بازداری شده است (نیکسیو، ریزوی<sup>۷</sup> و لینهان، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، مدل زیر ساز رفتار درمانی دیالکتیکی را تایید کرده و نشان داده‌اند که بیماران مرزی، مشکلاتی را در تنظیم هیجانی (میلر، راتوس و لینهان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷)، روابط بین فردی و تحمل پریشانی و رنج تجربه می‌کنند (نیکسیو و همکاران، ۲۰۱۰). همانگونه که پیشتر بیان شد، از رفتار درمانی دیالکتیکی برای درمان طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی استفاده می‌شود که از آن جمله به درمان سوء مصرف مواد (لینهان و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲) و اختلالات خلقی و هیجانی (چو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶) می‌توان اشاره کرد. در این روش، سعی بر آن است که ابتدا فعالیت‌های فرد تحت کنترل درآید، سپس مهارت‌های رفتاری به وی آموزش داده می‌شود تا احساس بهتر بودن کند و بتواند بر مشکلات زندگی خویش غلبه کند و در نهایت به او کمک می‌شود به دنبال کسب لذت و موفقیت باشد. این روش درمانی، مبتنی بر سه رویکرد نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی و تمرین‌های ذهن<sup>۱۱</sup> است. این روش درمانی چهار ویژگی ذهن آگاهی فراگیر<sup>۱۲</sup>، تحمل پریشانی<sup>۱۳</sup>، تنظیم هیجانی<sup>۱۴</sup> و تأثیرگذاری بین فردی<sup>۱۵</sup> را برای ایجاد تغییر در فرد پیشنهاد می‌کند (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷).

یکی دیگر از روش‌های درمان که ریشه در روان‌شناسی مثبت‌گرا دارد و از مقوله رضایت از زندگی و کیفیت زندگی حمایت و پشتیبانی می‌کند، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی<sup>۱۶</sup> است. با شکل‌گیری و توسعه جنبش روان‌شناسی مثبت‌گرا، به معنای یکی از مهم-

- 
- 1-Matthews et al
  - 2-Asher & Paquette,
  - 3-Dialectical Behavior Therapy
  - 4- Linehan
  - 5-borderline
  - 6-Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, & Unckel
  - 7- Neacsiu & Rizvi
  - 8-Miller, Rathus & Linehan
  - 9-Linehan & et al
  - 10-Chew
  - 11-Zen
  - 12-core mindfulness
  - 13-distress tolerance
  - 14-emotion regulation
  - 15-interpersonal effectiveness
  - 16-quality of life therapy

ترین تغییرات در روان‌شناسی معاصر، توجه علم روان‌شناسی از اختلالات روانی و تمرکز بر آسیب‌های روان‌شناختی، به موضوعاتی مانند عواطف و هیجانات مثبت، معنویت، خلاقیت، فضیلت‌های اخلاقی، ارتقاء و بهبود بهزیستی، کیفیت زندگی، شادکامی و امیدواری معطوف گردید. مقصد نهایی این رویکرد یافتن مفاهیم و راه‌های ایجاد بهزیستی و شادی در انسان‌ها است. همچنین بررسی علمی تأثیر توانایی‌های فردی و نظام‌های اجتماعی در افزایش سلامت روانی افراد از دیگر اهداف این جنبش است. بنابراین، متغیرهایی که سازگاری هر چه بیشتر انسان را با عوامل و شرایط زندگی تبیین کنند اساسی‌ترین سازه‌های مورد اشاره در این رویکرد خواهند بود (کار<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). با توجه به توضیحات ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، از نوع درمان‌های تازه در حیطه روان‌شناسی مثبت‌نگر است و هدف آن فراهم کردن بهزیستی، افزایش رضایت‌مندی زندگی، درمان اختلالات روانی چون افسردگی و از این قبیل، البته در کل گستره زندگی است (فریش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سعی می‌شود تغییراتی در پنج حوزه یعنی، شرایط زندگی<sup>۳</sup>، نگرش‌ها<sup>۴</sup> یا ادراک، استانداردهای تعریف شده برای خویش<sup>۵</sup>، ارزش‌ها<sup>۶</sup> و رضایت عمومی از زندگی<sup>۷</sup> به دست آید (فریش، ۲۰۰۶). با تغییرات ایجاد شده در این حوزه‌ها بر اساس الگوی کیفیت زندگی، درمان‌جویان افزایش رضایت‌مندی و شادکامی را تجربه می‌کنند. بنابراین، فاصله بین آنچه هست و آنچه می‌خواهد باشد کاهش می‌یابد و منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (فریش، ۲۰۱۳).

در پژوهشی که توسط ژو، لیو، کو و یی<sup>۸</sup> (۲۰۱۸) انجام شد و به نوعی با پژوهش حاضر در ارتباط است مشخص شد که بین کیفیت زندگی و احساس تنهایی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش کیفیت زندگی - که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نیز به دنبال آن است - احساس تنهایی افراد کاهش می‌یابد. موزیش، وانگ، هاوکینز و یه<sup>۹</sup> (۲۰۱۵) به این یافته رسیدند که با افزایش تنهایی، مولفه‌های سلامت روانی و جسمانی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. همچنین مشخص شد که قوی‌ترین پیش‌بینی کننده احساس تنهایی، افسردگی است. در مطالعه رودریگو، باز، ویدووز و اهلرز<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵) یافته‌ها بیانگر این بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت اجتماعی، خلق و خو و کیفیت زندگی افراد در انتظار پیوند ریه موثر بوده است. در بررسی رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر احساس تنهایی، اعتیاد به اینترنت و عزت نفس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است. در یک پژوهش نتایج نشان داد که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده افراد تأثیر مثبت دارد - و بنابراین می‌تواند تا حدودی احساس تنهایی ناشی از تصور عدم حمایت شدن را از بین ببرد (عدل، شفیع‌آبادی و پیرانی، ۱۳۹۵). همچنین پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی این روش در تنظیم هیجان (مطهری، اعتمادی، شفیع‌آبادی و قربانی، ۲۰۱۶)، سلامت روان (خادمی و عابدی، ۱۳۹۴) و اضطراب (یوسف‌پور، آهی و نصری، ۱۳۹۴) بوده است.

گوشی‌های هوشمند و در بطن آنها رسانه‌های اجتماعی، در حال حاضر از تأثیرگذاری زیادی برخوردارند و جوانان در هر کشوری، قشری هستند که بیشترین آسیب‌پذیری را در برابر آنها دارند. در شرایط ویژه دنیای امروز از نظر توسعه فن‌آوری، جوانان در مرحله‌ای از زندگی‌شان هستند که هنوز هویت قوی ندارند و در نتیجه با حضور دایم در رسانه‌های اجتماعی، همواره تحت تأثیر

1-Carr  
2-Frisch  
3-circumstance  
4-attitude  
5-standards of fulfillment  
6-importance  
7-overall satisfaction  
8-Zhu, Liu, Qu & Yi  
9-Musich, Wang, Hawkins & Yeh,  
10-Rodrigue, Baz, Widows & Ehlers

تبلیغات و الگوهای قرار می‌گیرند که رواج دهنده‌ی دنیای تخیلی و در نهایت، اثرات منفی بر سلامت روانی آنان است. نسل جوان بیش از بزرگسالان به هنگام حضور یا فعالیت در جمع خانوادگی یا دوستان، از گوشی‌های هوشمند خود استفاده می‌کنند. این استفاده بیش از حد از این فن‌آوری، موجبات تفرّد و دور افتادن از سایرین و در نتیجه، احساس تنهایی را فراهم می‌کند. البته به این موضوع از بُعد دیگری نیز می‌توان نگریست، یعنی احتمالاً احساس تنهایی منجر به پناه بردن به دنیای گوشی‌های هوشمند و استفاده از انواع امکانات آن می‌شود. از سوی دیگر، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نوجوانان دختر در اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، آسیب‌پذیرتر هستند و استفاده از گوشی‌های هوشمند و عوامل اعتیاد آنها با عوامل موثر بر نوجوانان پسر متفاوت است (چون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). با توجه به این که هر دو روش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر جنبه‌های مختلف روابط میان‌فردی، کنترل هیجانات، افزایش رضایت از زندگی، خود-مراقبتی، کاهش اضطراب و افسردگی و از این قبیل تأکید می‌کنند و از آنجا که افراد وابسته به گوشی‌های هوشمند، احتمالاً به دلیل وجود مشکلات در همین حیطه‌های زندگی به استفاده بیش از حد از گوشی‌های خود مبادرت می‌ورزند، بنابراین با توجه به موارد مطرح شده، در پژوهش حاضر سعی شده است تا به مقایسه اثربخشی آموزش فنون درمان کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند پرداخته شود.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، از جمله طرح‌های کاربردی محسوب می‌شود و از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در رشته روان‌شناسی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در نیمسال دوم ۹۵-۹۶ بود. پس از تکمیل مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند و احساس تنهایی توسط دانشجویان، از بین افرادی که نمره مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند آنها دو انحراف معیار بالاتر از میانگین و نمرات احساس تنهایی آنان یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۲- داشتن رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، ۳- عدم دریافت همزمان مداخله آموزشی یا درمانی دیگر. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: ۱- عدم شرکت در جلسات آموزشی در دو جلسه متوالی و سه جلسه متناوب، ۲- عدم همکاری در انجام تکالیف، و ۳- سابقه شرکت در دوره‌های آموزشی در ارتباط با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی. لازم به ذکر است که نمرات به دست آمده در این مرحله از پژوهش، به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس آزمودنی‌های گروه اول به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آزمودنی‌های گروه دوم نیز به همان میزان، تحت آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. اما گروه کنترل، هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. در آخرین جلسه آموزش فنون، مجدداً پرسشنامه احساس تنهایی در مورد هر سه گروه اجرا شد. این نمرات به عنوان نمرات پس‌آزمون مورد تحلیل قرار گرفت. برای این که اعضای گروه کنترل، بدون دریافت هیچ گونه آموزشی، فرایند پژوهش را ترک نکنند، پس از اتمام پژوهش، فنون آموزش داده شده به دو گروه آزمایشی، در قالب یک بسته آموزشی به اعضای گروه کنترل ارائه شد.

## ابزارهای اندازه‌گیری

**مقیاس احساس تنهایی:** در این پژوهش از مقیاس احساس تنهایی اشر، هایمل و رنشاو (۱۹۸۴) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۴ گویه است که ۸ گویه آن انحرافی بوده و با موضوعات مورد علاقه آزمودنی‌ها مرتبط است. در نمره‌گذاری از این گویه‌ها استفاده نمی‌شود. هدف از این گویه‌ها این است که آزمودنی‌ها با احساس آرامش و راحتی بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. نمره‌گذاری گویه‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای «کاملاً همینطور است» تا «اصلاً اینطور نیست» صورت می‌گیرد. در ضمن نمره‌گذاری برخی از گویه‌ها معکوس است. با افزایش نمره، احساس تنهایی نیز افزایش می‌یابد. حسین چاری و خیر (۱۳۸۱) روایی آن را با روش تحلیل عاملی با استفاده از روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، مناسب به دست آوردند. پایایی مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. داور پناه (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضریب آلفای ۰/۸۵ را به دست آورد. معدنی پور، حق رنجبر، کاکاوند و ثنائی‌ذاکر (۱۳۹۰) نیز ضریب پایایی به دست آمده توسط داور پناه را با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲۵ روز، بر روی ۴۱ دانش آموز دختر دبیرستانی ۹۴/۰ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶۲ به دست آمد.

**مقیاس اعتیاد به گوشی‌های هوشمند (SAS):** این مقیاس توسط کیوون و همکاران (۲۰۱۳) تهیه شده و دارای ۳۳ گویه است. نمره‌گذاری آن به روش ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم = ۶ تا کاملاً مخالفم = ۱) انجام می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان دهنده اعتیاد به گوشی‌های هوشمند است. این مقیاس شامل ۶ خرده مقیاس اختلال در زندگی روزمره، پیش‌بینی مثبت، عقب‌نشینی، استفاده بیش از حد، تحمل و ارتباط با جهت‌گیری مجازی می‌باشد. پس از ترجمه پرسشنامه، به منظور بررسی سئوالات، آزمون در اختیار پنج نفر متخصص روان‌شناسی قرار گرفت و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت. کیوون و همکاران (۲۰۱۳) پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با همین روش ۰/۹۴۱ به دست آمد.

## روش‌های مداخله

پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به گروه اول، فنون درمان کیفیت زندگی و به گروه دوم فنون رفتاردرمانی دیالکتیکی، طبق جدول ذیل آموزش داده شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

## محتوای جلسات آموزش فنون کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسات	درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	رفتار درمانی دیالکتیکی
اول	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادی، اجرای پیش‌آزمون، بازخورد	تعیین ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد، توضیح در مورد تعریف دیالکتیک، اصول و روشهای تفکر و رفتار به شیوه دیالکتیکی، آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای گروه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل‌آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه بازخورد	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین تحمل آشفتگی از قبیل: روشهای مختلف توجه برگردانی از رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیتهای لذت بخش، معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر، ترک موقعیت و...، تدوین برنامه توجه برگردانی، خود آرامش بخشی، تدوین طرح آرمیدگی، ارایه تکلیف
سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته تحمل آشفتگی: تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزشها، زندگی در زمان حال، پذیرش بنیادین، تدوین راهبردهای مقابله ای جدید، تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری، ارائه تکلیف برای جلسه بعد
چهارم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون بنیادین توجه آگاهی: آشنایی با فنون، تمرین بی توجهی، اهمیت فنون توجه آگاهی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
پنجم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه فنون پیشرفته توجه آگاهی: پذیرش بنیادین، ذهن آغازگر، قضاوتها و برچسبها، قضاوت نکردن، ارتباط آگاهانه با دیگران، برنامه روزانه توجه آگاهی، آگاهی از موانع اجرای تمرینات، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
ششم	مرور جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین و پیشرفته نظم بخشی: هیجانها و نحوه عمل آنها، فنون نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجانهای سالم، کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجانها، افزایش هیجانهای مثبت، رویارویی با هیجان، حل مسئله، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون بنیادین ارتباط موثر: رفتار منفعل - پرخاشگرانه، تناسب خواسته های من و آنها، نسبت خواسته ها و بایدها، مهارت آموزی، فنون کلیدی بین فردی، موانع استفاده از فنون بین فردی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد
هشتم	ارائه خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون پیشرفته ارتباط موثر: شناسایی خواسته ها، تعدیل شدت خواسته ها، پیش نویسه‌های جسارت‌مندی، گوش دادن جسارت‌مندانه، نه گفتن، چگونگی مذاکره، نحوه تحلیل مشکلات بین فردی، پایان جلسات

## یافته‌ها

اطلاعات جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمال بودن کالموگروف-اسمیرنوف گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، و پس‌آزمون احساس تنهایی را نشان می‌دهد.

جدول (۱) میانگین، انحراف معیار و آزمون نرمال بودن کولموگروف-اسمیروف در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری احساس تنهایی

کنترل				درمان مبتنی بر کیفیت زندگی				رفتار درمانی دیالکتیکی			
سطح معناداری	Z	انحراف معیار	میانگین	سطح معناداری	Z	انحراف معیار	میانگین	سطح معناداری	Z	انحراف معیار	میانگین
۰/۹۷۸	۰/۴۷۴	۴/۳۱	۴۹/۲۰	۰/۸۸۵	۰/۵۸۳	۴/۱۹	۴۹/۵۳	۰/۷۹۹	۰/۶۴۵	۳/۴۰	۴۹
۰/۴۳۳	۰/۸۷۲	۳/۸۸	۴۹/۲۶	۰/۶۸۴	۰/۷۱۶	۴/۹۶	۴۲/۹۳	۰/۴۷۵	۰/۸۴۴	۳/۶۲	۴۸/۵۳

بر اساس این اطلاعات، میانگین گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون به شکل محسوسی کاهش داشته است. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نرمات) از آزمون کولموگروف-اسمیرف استفاده شد که این پیش فرض‌ها با مقادیر ( $P > 0.05$ ) مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به مقدار معناداری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع نرمات احساس تنهایی در پیش آزمون و پس آزمون نرمال است. بنابراین می‌توان از آماره پارامتریک و سایر آزمون‌ها برای آزمون فرضیه استفاده نمود.

جدول (۲) همگنی اثرات تعاملی متغیر احساس تنهایی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر
۰/۰۸۸	۳/۱۹۸	۷۶/۱۳۴	۳	۲۲۸/۶۰۳	گروه × پیش آزمون

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی اثرات تعاملی محقق شده است، چراکه مقدار F محاسبه شده در سطح  $p < 0.01$  معنی دار نیست و لذا، می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده نمود.

جدول (۳) تحلیل کوواریانس تک متغیره تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی بر احساس تنهایی

اندازه اثر	سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر
۰/۷۱۹	۰/۰۰۰	۵۲/۴۱۷	۲۰۳/۵۰۶	۲	۴۰۷/۰۱۳	احساس تنهایی
			۳/۸۸۲	۴۱	۱۵۹/۱۸۲	خطا

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد با کنترل اثرات پیش آزمون، تفاوت اثربخشی دو روش مورد مطالعه بر احساس تنهایی در سطح  $p < 0.05$  مقدار معنی دار است ( $F=52/417, p < 0.05$ ) همچنین مقدار مجذور اتا نشان دهنده این است که ۷۲ درصد از واریانس احساس تنهایی براساس تفاوت دو روش درمانی قابل تبیین است.

در راستای تعیین اینکه هر یک از روش‌های درمانی در بهبود احساس تنهایی اثربخش بوده است یا نه و اینکه کدامیک از این دو روش، بر احساس تنهایی اثربخش تر است، از آزمون تعقیبی بونفرونی به شرح جدول ۴ استفاده شد.



جدول (۴) آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها در احساس تنهایی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
(درمان مبتنی بر کیفیت زندگی - کنترل)	-۶/۶۴۴	۰/۷۲۰	۰/۰۰۰۱
(رفتار درمانی دیالکتیکی - کنترل)	-۰/۵۴۷	۰/۷۲۰	۰/۴۵۲
(درمان مبتنی بر زندگی - رفتار درمانی دیالکتیکی)	-۶/۰۹۷	۰/۷۲۱	۰/۰۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۴، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود احساس تنهایی اثربخش است، چراکه تفاوت میانگین این گروه با گروه کنترل (-۶/۶۴۴) در سطح  $p < 0/05$  به نفع گروه آزمایشی معنی‌دار است، در صورتی که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود احساس تنهایی اثربخش نیست. بعلاوه، مندرجات جدول نشان می‌دهد روش، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود احساس تنهایی اثربخش‌تر است، چراکه تفاوت میانگین این دو گروه با گروه کنترل (-۰/۵۴۷) در سطح  $p < 0/05$  به نفع گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی معنی‌دار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، منجر به کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند شده است. این یافته همراستا با نتایج پژوهش‌های ژو و همکاران (۲۰۱۸)، موزیش و همکاران (۲۰۱۵)، رودریگو و همکاران (۲۰۰۵)، رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) و عدل و همکاران (۱۳۹۵) است. نتایج پژوهش‌هایی که به صورت غیرمستقیم با موضوع پژوهش حاضر در ارتباط هستند، بیانگر این است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به افزایش صمیمیت اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده (رودریگو و همکاران، ۲۰۰۵ و عدل و همکاران، ۱۳۹۵) و کاهش افسردگی (موزیش و همکاران، ۲۰۱۵ و خادمی و عابدی، ۱۳۹۴) می‌شود. هر یک از این متغیرها به نوعی با متغیر اصلی پژوهش حاضر، یعنی احساس تنهایی در ارتباط هستند. به نظر می‌رسد افرادی که احساس تنهایی زیادی دارند، از عزت نفس پایینی برخوردارند، در خصوص توانایی‌های خود تردید دارند، نسبت به رویدادهای عاطفی و هیجانی حساس‌تر هستند و آسیب‌پذیری بیشتری دارند، در روابط بین فردی از اضطراب و کمرویی بیشتری برخوردارند، اما جرأت‌ورزی و ریسک‌پذیری کمتری دارند (رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷). بنابراین، شیوه درمانی مناسبی لازم است که به آنها در تقویت حیطه‌های مختلف زندگی‌شان کمک کند. به صورت کلی و در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، فونونی به افراد آموزش می‌دهد که آنان می‌توانند با به کارگیری این فنون، مشکلات خود را حل و یا مدیریت کنند. در این روش، فونونی برای تشخیص منابع استرس و روش‌های مقابله با آن، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها، شناخت افکار ناکارآمد و روش‌های مقابله با آنها آموزش داده می‌شود. می‌توان اظهار داشت که این روش درمانی سعی در تغییر شرایط زندگی افراد دارد تا آنان در راستای صمیمیت و تعامل بیشتر با دیگران قدم بردارند که این امر موجبات کاهش احساس تنهایی آنها را فراهم می‌کند. این رویکرد درمانی بر توانایی عشق‌ورزی به عنوان یک مولفه مهم سلامت روانی تأکید می‌کند که منجر به برقراری روابط گرم و مثبت با دیگران می‌شود. این اتفاق باعث افزایش حس همدلی و نشان دادن عواطف مثبت نسبت به دیگران می‌شود. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که افزایش در همدلی و عواطف، باعث می‌شود که فرد بتواند روابط عمیق‌تر با اطرافیان برقرار کند و از تعامل با آنان بیشتر از پیش لذت برده و متفع گردد.

احتمالاً یکی از دلایل عمده‌ای که باعث می‌شود افراد دچار احساس تنهایی شوند، این است که به علت بروز وقایع ناگوار در زندگی، بلافاصله کناره‌گیری و خلوت‌گزینی اختیار می‌کنند. این روش درمانی تلاش می‌کند با ارائه یک‌سری فنون، آنها را از این شرایط خودساخته خارج کند و به تعامل سازنده با دیگران و محیط ترغیب نماید. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به افراد آموزش می‌دهد که برخی رویدادهای زندگی قابل کنترل هستند، به این صورت که افراد می‌توانند با تعیین اهداف مناسب، رویدادها را نیز تا

حدودی کنترل کنند؛ چون از منظر این رویکرد درمانی، خود افراد عامل شکوفایی و پیشرفت هستند، نه سایرین. همچنین این روش، درصدد القای این مفهوم به افراد است که عدم وقوع وقایع ناگوار نیست که خوشبختی را به بار می‌آورد، بلکه نحوه سازگاری با آنهاست که بهزیستی فرد را تعیین می‌کند. این رویکرد درمانی برای تحقق این گونه اهداف درمانی، سعی در تغییر نگرش‌ها و تغییر در اهداف و استانداردها، شناخت‌ها و اسنادهای افراد دارد. به همین دلیل است که این رویکرد به جای تأکید بر چند حیطة خاص، شانزده حیطة زندگی را مد نظر قرار داده و به ارائه راهکارهایی در جهت ایجاد رضایت در آنها می‌پردازد. به همین دلیل ایجاد تغییر در هر یک از حیطه‌هایی که فرد دچار نقص یا مشکل در آنهاست، می‌تواند در نهایت منجر به شکل‌گیری سبک زندگی مناسب در وی بشود.

همچنین اصول مهمی از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، دقیقاً می‌توانند بر احساس تنهایی افراد تأثیر گذار باشند. از آن جمله می‌توان به این اصول اشاره کرد: دوست‌یابی، پذیرش، درک همه بر اساس بخشش آنها، معاشرت و افزایش شادکامی. این اصول به این دلیل احساس تنهایی را می‌توانند کاهش دهند که بر این موارد تأکید می‌کنند: در جهت دوست یافتن تلاش کردن و در صورت پاسخ منفی شنیدن نسبت به آن بی‌تفاوت بودن، پرهیز از قضاوت کردن در مورد رفتار دیگران، همدردی کردن با دیگران، برای رابطه قطع شده تلاش کردن و این کار را بر اساس اصل بخشش انجام دادن، در پی تجربه شادکامی بودن و تعامل مثبت و گرم با دیگران داشتن.

در این روش بهایی که به حوزه‌های ویژه‌ای از زندگی در مقایسه با سایر حوزه‌ها داده می‌شود، بیانگر اهمیت اهدافی است که بیشتر از هر هدف دیگری برای شخص مهم شمرده شده و بر ارزیابی کلی وی از میزان رضایت از زندگی موثر هستند. در این رویکرد، بر این موضوع تأکید می‌شود که در صورت بروز ناامیدی در رسیدن به یک هدف خاص، با تعیین اهداف دیگر، می‌توان از تأثیر منفی ناکامی‌ها بر زندگی جلوگیری کرد. این امر زمانی میسر خواهد شد که فرد به توانایی‌های خود باور داشته باشد، خوش‌بینانه به زندگی نگاه کند، برای شناسایی و یافتن این اهداف کوشش کند و اصول شادکامی را در زندگی پیاده نماید.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش احساس تنهایی آزمودنی‌ها اثربخش نبوده است. با توجه به اینکه در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر احساس تنهایی، یافته دیگری به دست نیامد، لذا مقایسه نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌ها امکان‌پذیر نبود.

یافته دیگر پژوهش بیانگر این بود که آموزش فنون درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مقایسه با آموزش فنون رفتار درمانی دیالکتیکی، بر کاهش احساس تنهایی دانشجویان دختر دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، اثربخش‌تر بود. این یافته همسو با نتایج رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) و عدل و همکاران (۱۳۹۵) است. در تبیین یافته حاضر می‌توان اینگونه اظهار داشت که فنون درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر حل یا مدیریت مسائل، مدیریت زمان، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌ها، شناخت افکار ناکارآمد و روش‌های مقابله موثر و نیز شکل‌گیری روابط صمیمانه تأکید می‌کند. لذا افراد با به کارگیری این فنون، ضمن احساس کنترل داشتن بر شرایط زندگی و استفاده از راهبردهای موثر در جهت رفع مسائل خویش، در می‌یابند که بهره‌گیری از این فنون باعث کاهش یا از بین رفتن احساس تنهایی و در نتیجه منجر به غنای هر چه بیشتر زندگی در آنها می‌شود.

در این روش درمانی به ایجاد آگاهی، بازسازی شناختی، تعیین اهداف، ایجاد مهارت و تمرین مهارت‌های ارتباطی، اصول مربوط به ارتباط، کاربرد مهارت‌ها و اصول در روابط روزمره زندگی و ارزیابی تلاش‌های به عمل آمده برای تغییر تأکید می‌شود. همچنین بهبود یافتن ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معمولاً سایر حیطه‌های غیر ارتباطی و ارزشمند زندگی را نیز در بر می‌گیرد که در راستای عامل رضایت‌مندی کلی در مدل پنجگانه رضایت‌مندی از زندگی است، چرا که تغییر رابطه فرایند دشواری است و رضایت‌مندی از حیطه‌های دیگر زندگی و غنای درونی همراه با آن، اغلب اوقات فشار روابط مهم را کاهش می‌دهد تا نیازهای ارتباطی مورد

نظر طرفین را برآورده سازد. به عنوان مثال فرد با تمرین فن سبد تخم‌مرغ‌ها به جستجوی دوستی‌ها، سرگرمی‌ها و برنامه‌های مناسب برای برآورده شدن نیازهای خود می‌پردازد.

در ضمن راهبرد کسب شادکامی برای خویشتن یا کسب شادکامی به طور کلی، همچنین بخشی از مداخله‌های مربوط به کار، پول، پیشگیری از عود را در درمان بهبود کیفیت زندگی، تشکیل می‌دهد. این راهبرد مبتنی بر فرضیه‌ای است که انسان‌های شادتر، در روابط خود و در کارهای‌شان و حتی در کسب پول و درآمد موفق‌تر هستند. افراد می‌توانند با تمرین غنای درونی و برنامه کیفیت زمان، به شکل منظم شادتر شوند. با ایجاد خودکفایی در خارج از چهارچوب روابط مهم، شادکامی افزایش می‌یابد و فرد حتی در روابط مهم خود نیز کارآمدی و مهارت بیشتری به دست می‌آورد. به عنوان مثال، اگر فرد نیازهای مهم خود را در جای دیگری به جز روابط جستجو کند و غنای درونی زیادی کسب نماید، کمتر احساس درماندگی می‌کند و در روابط مهم زندگی خود نیز آرام‌تر می‌شود (فریش، ۱۳۹۰).

همانگونه که ملاحظه می‌شود درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از فنونی استفاده می‌کند که منجر به تغییر و تحول در روابط بین فردی و غنا بخشیدن به کل زندگی می‌شود. استفاده از این فنون باعث می‌شود که هم تغییراتی در روابط با دیگران ایجاد شود و هم زندگی فرد از درون متحول شده و غنی‌تر شود. یعنی تمرکز بر حیطه‌هایی که باعث می‌شود فرد توأم با کاهش عزت نفس، و پایین آمدن کیفیت زندگی خویش، در روابط بین فردی نیز دچار مشکل شود. از این رو می‌توان اظهار داشت که اثربخش بودن آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، اثرات ماندگاری می‌تواند در طول زمان داشته باشند.

از آنجا که داده‌های پژوهش، با روش پرسشنامه به دست آمده است، بنابراین، محدودیت‌های مربوط به این روش جمع‌آوری اطلاعات را باید لحاظ کرد. همچنین با توجه به اینکه آزمودنی‌های پژوهش حاضر دختران دارای اعتیاد به گوشی‌های هوشمند را شامل می‌شد، لذا در تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط عمل نمود. با عنایت به این موضوع که اعتیاد به گوشی‌های هوشمند در بین قشر نوجوان و جوان در حال فزونی است و در حال حاضر نیز روش‌های کارآمد برای کنترل عوارض این نوع اعتیاد ارائه نشده است، از این رو به نظر می‌رسد می‌توان از پکیج‌های آموزشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای کاهش اثرات منفی اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، استفاده عملی نمود.

به مسئولین ذیربط نیز پیشنهاد می‌شود ضمن شناسایی دانشجویانی که در حیطه‌های روان‌شناختی، به ویژه اعتیاد به گوشی‌های هوشمند، دچار مشکل هستند، شرایطی فراهم آورند تا تحت آموزش فنون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی قرار بگیرند. در این صورت احساس تنهایی آنان کاهش یافته و موجبات پیشرفت تحصیلی و سلامت روان ایشان فراهم می‌گردد.

## منابع

- پاداش، زهرا؛ فاتحی‌زاده، مریم و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. **مشاوره و روان‌درمانی خانواده**، ۱، ۱، ۱۱۵-۱۳۰.
- حسین چاری، مسعود و خیر، محمد. (۱۳۸۱). بررسی کارایی یک مقیاس برای سنجش احساس تنهایی در دانش‌آموزان دوره راهنمایی. **مجله علوم اجتماعی و انسانی**، ۱۹، ۱، ۴۶-۵۹.
- خادمی، محمدجواد و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سلامت روان دختران نابینای شهر اصفهان. **دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی**، ۱۶، ۴، ۳۳-۴۴.
- داورپناه، فروزنده. (۱۳۸۳). **هنجاریابی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس احساس تنهایی UCL (برای دختران ۱۲ تا ۱۸ سال در تهران)**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

رشیدی، علیرضا؛ جعفری، طاهره؛ حجت‌خواه، محسن؛ محمدی، فرشته؛ محبوبی، محمد؛ زاهدی، عاطفه؛ مهر، بابک و باغبانی، محمد. (۱۳۹۴). ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، احساس تنهایی و سبک‌های هویتی با وابستگی به تلفن همراه در دانش‌آموزان. **علوم پزشکی صدر**، ۴، ۱، ۴۳-۵۰.

رضایی، سمانه و فرهادی، هادی. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر احساس تنهایی و عزت نفس دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم دارای اعتیاد به اینترنت. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹، ۱، (۷۱)، ۳۷-۴۹.

عدل، حدیث‌السادات؛ شفیق‌آبادی، عبدالله و پیرانی، ذبیح. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان ناباور. **مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک**، ۱۹، ۱۰، (۱۱۵)، ۵۹-۷۱.

فریش، مایکل. ب. (۱۳۹۰). **روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (کاربرد رویکرد رضایت‌مندی از زندگی در روان‌شناسی مثبت-نگر و شناخت‌درمانی**. ترجمهٔ اکرم خمسه. تهران: ارجمند.

معدنی پور، کبری؛ حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا و ثنائی‌ذاکر، باقر. (۱۳۹۰). رابطه سبک دلبستگی با خوش‌بینی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان ۹-۱۲ سال شهر کرج. **سلامت و روان‌شناسی**، ۱، ۱، ۹۳-۱۱۰.

وود، جفری؛ برنتلی، جفری و مکی، متیو. (۱۳۹۷). **تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی**. ترجمه حمید جمعه‌پور و حسن حمیدپور. تهران: ارجمند.

یوسف‌پور، نرگس؛ آهی، قاسم و نصری، مریم. (۱۳۹۴). بررسی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه‌دار. **علوم پزشکی بیرجند**، ۲۲، ۲، ۱۴۵-۱۵۳.

- Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.
- Billieux, J., Vander Linden, M., & Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*, 2008; 22(9): 1195-1210.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., & Unckel, C. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research & Therapy*, 423, 487-999.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion*, 25(1), 3-21.
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 73(10), 447-454.
- Carr, A. (2011). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths* (2nd ed.). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Chew, C. E. (2006). *The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults [microform]: A multiple baseline design*, Thesis (Ph. D.), University of Denver.
- Chun, J. (2018). Conceptualizing effective interventions for smartphone addiction among Korean female adolescents. *Children and Youth Services Review*, 84, 35-39.
- Choi, S., Kim, S., Yang, J.-S., Lee, J.-H., Joo, C., Jung, H.-I. (2014). Real-time measurement of human salivary cortisol for the assessment of psychological stress using a smartphone. *Sensing and Bio-Sensing Research*, 2, 8-11.
- Dykstra, Pearl A, Van Tilburg, Theo G, & de Jong Gierveld, Jenny. (2005). Changes in Older Adult Loneliness Results from a Seven-Year Longitudinal Study, *Research on aging*, 27(6), 725-747.
- Eum, Y., Park, J., Yim, J. (2016). Teenager's Addiction to Smart Phones and Its Integrated Therapy Method, *Advanced Science and Technology Letters*, 132, 116-122.
- Frisch, M. B. (2013). Evidence-Based Well-Being/Positive Psychology Assessment and Intervention with Quality of Life Therapy and Coaching and the Quality of Life Inventory (QOLI). *Social Indicators Research*, 114(2), 193-227.
- Frisch M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: NJ: Wiley.
- Hardie, E. & Tee Yi, M. (2007). Excessive Internet Use: The Role of Personality, Loneliness and Social Support Networks in Internet Addiction. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, Vol. 5, No. 1, pp. 34-47.

- Hawkley, L.C., & Capitanio, J.P. (2014). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Phil Trans R Soc B*. 2015;370(1669):20140114.
- King, R.C. & Dong, S. (2017). The impact of smartphone on young adults. *The Business and Management Review*, 8, 4, 342-349.
- Kwon, M., Kim, D.J., Cho, H., Yang, S. (2013). The Smartphone Addiction Scale: Development and Validation of a Short Version for Adolescents, *plosone*, 8, 12, 1-7.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C.L., Ambler, A., Moffitt, T.E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioral genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Mar;51(3):339-348.
- Miller, A. M., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescent*, New York: Guilford.
- Monacis L., de Palo V., Griffiths M. D., Sinatra M. (2017). Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 178-186.
- Motahhari, S., Etemadi, A., Shafiabady, A., Qorbani Vanajemi, M. (2016). The Effectiveness of Psychotherapy Based on Quality of Life Improvement on Emotion Regulation and Relapse Prevention in Addicts. *Practice in Clinical Psychology*, 4, 1, 25-32.
- Musich, S., Wang, S., Hawkins, K., & Yeh, C. (2015). The Impact of Loneliness on Quality of Life and Patient Satisfaction among Older, Sicker Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 2015, 1-9.
- Neacsiu, A., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Ong, A.D., Uchino, B.N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis *Gerontology*. 2016; 62:443-9.
- Rodrigue, J. R., Baz, M.A., Widows, M.R., & Ehlers, S.L. (2005). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *Am J Transplant*. 2005 Oct; 5(10):2425-32.
- Wang, J. L., Wang, H. Z., Gaskin, J., & Wang, L. H. (2015). The role of stress and motivation in problematic smartphone use among college students. *Computers in Human Behavior*, 53, 181-188.
- Wright, S.L. (2005). Loneliness in the workplace. *Unpublished Doctoral Dissertation*. University of Canterbury.
- Zhu, Y., Liu, J., Qu, B., & Yi, Z. (2018). Quality of life, loneliness and health-related characteristics among older people in Liaoning province, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Nov 13;8(11): e021822.

## **Effectiveness of Quality of Life Therapy and Dialectical Behavioral Therapy in Loneliness among Female Undergraduate Students with Smartphones Addiction**

Najarpour Ostadi, S<sup>1</sup>., Akbari, B<sup>2\*</sup>., & Khalatbari, J<sup>3</sup>., & Babapour Kheiraldin, J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>. Ph.D. student, General Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

<sup>\*2</sup>. Ph.D, Associate Professor, Psychology Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

*Email: bakbari44 (Corresponding Author)*

<sup>3</sup>. Ph.D, Associate Professor, Psychology Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

<sup>4</sup>. Ph.D, Professor, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

### *Abstract*

The purpose of this study was to compare the effectiveness of quality of life Therapy and Dialectical Behavior Therapy in the loneliness of students with addiction to smartphones. Therefore, among female undergraduate psychology students of Islamic Azad University, Tabriz Branch, 45 people were purposefully selected according to cutoff score on the Smart Phone Addiction Scale (SAS) and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 subjects in each group). Pretest was administered by loneliness scale in the study groups. Then, subjects in the experimental groups received 8 sessions of two hours training on quality of life therapy and Dialectical Behavioral Therapy, however, the control group received no training. At the last session, the loneliness scale was again administered to all three groups. Results of univariate analysis of covariance showed that compared to Dialectical Behavioral Therapy, quality of life therapy was more effective in reducing loneliness ( $p < 0/01$ ).

*Key words:* Quality of Life therapy, Dialectical Behavioral Therapy; Loneliness; Smartphone addiction