

# The Effectiveness of Self-Determination Theory Training and Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Cyberbullying in Students with Internet Gaming Disorder

Hojatollah Najafi Khorramabad, Hamdollah Jayervand\*, Fatemeh Sadat Marashian

Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

## Article Info:

Received: 16 Nov 2021

Revised: 12 Feb 2022

Accepted: 8 May 2022

## ABSTRACT

**Introduction:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of self-determination theory (SDT) training and acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and cyberbullying in male students with Internet gaming disorder (IGD) with and without comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **Materials and Methods:** This study was a quasi-experimental study with a control group including pre-test, post-test, and follow-up test procedures. The statistical population consisted of all students aged 12 to 14 years with IGD in Khorramabad, Iran; from which 42 children were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The instruments used included IGD-20 Test, the Child Symptom Inventory-4, the Beck anxiety inventory, and the Cyber-bullying/victimization experiences questionnaire. The intervention groups underwent 9 two-hour sessions of SDT training (intervention group 1) and ACT (intervention group 2). The intervention groups also underwent 9 sessions of two-hour of SDT training (intervention group 1) and ACT (intervention group 2). **Results:** The results of the data analysis showed no significant difference between the effect of two intervention programs with SDT and ACT training on anxiety and cyberbullying. Moreover, the interaction of the two variables of group membership and comorbidity of ADHD groups. **Conclusion:** Both methods of SDT training and ACT can .on cyberbullying was significant equally benefit students with IGD with a significant impact on anxiety and cyberbullying.

## Keywords:

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Anxiety
3. Cyberbullying
4. Internet Addiction Disorder

\*Corresponding Author: Hamdollah Jayervand

Email: Hamj6137@gmail.com

# اثربخشی آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی

حجت‌اله نجفی خرم‌آباد، حمداله جایروند\*، فاطمه سادات مرعشیان

گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۱۸ اردیبهشت ۱۴۰۰

اصلاحیه: ۲۳ بهمن ۱۴۰۰

دریافت: ۲۵ آبان ۱۴۰۰

## چکیده

**مقدمه:** هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان پسر با اختلال بازی اینترنتی با و بدون همبودی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بود. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و ارزیابی دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۴ ساله با اختلال بازی اینترنتی در سال ۱۳۹۹ شهرستان خرم‌آباد، ایران بود. تعداد نمونه ۴۲ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گماشته شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل آزمون اختلال بازی اینترنتی-۲۰، پرسشنامه علایم کودکان-۴، پرسشنامه اضطراب بک، و پرسشنامه تجربه قلدری و قربانی قلدری سایبری بود. گروه‌های مداخله تحت ۹ جلسه دو ساعته برنامه مداخله‌های آموزش نظریه خودتعیین‌گری (گروه مداخله ۱) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (گروه مداخله ۲) قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری در اثربخشی بین دو گروه مداخله آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب و قلدری سایبری وجود نداشت. همچنین تعامل دو متغیر عضویت گروهی و گروه همبودی کمبود توجه/ بیش‌فعالی در اضطراب و قلدری سایبری معنی‌دار بود. **نتیجه‌گیری:** هر دو روش آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به یک اندازه بر اضطراب و قلدری سایبری دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی تأثیر معنی‌دار دارند.

## واژه‌های کلیدی:

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
- ۲- اضطراب
- ۳- قلدری سایبری
- ۴- اختلال اعتیاد اینترنتی

\*نویسنده مسئول: حمداله جایروند

پست الکترونیک: Hamj6137@gmail.com

## مقدمه

در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که بیش از یک ساعت به این بازی‌های اینترنتی می‌پردازند، علایم اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بیشتر و شدیدتری نسبت به کسانی که کمتر از یک ساعت بازی می‌کنند، برخوردارند؛ بنابراین همبودی این اختلال با اختلال بازی اینترنتی احتمالاً باعث بروز نشانه‌های بیشتری خواهد شد و پیامدهای منفی حاصل از اختلال بازی اینترنتی را در دانش‌آموزان افزایش خواهد داد (۱۰). یکی از پیامدهای روانشناختی<sup>۱</sup> اختلال بازی اینترنتی، تأثیر آن بر سطح اضطراب<sup>۲</sup> دانش‌آموزان است (۱۱). اضطراب، ناکارآمدترین و شایع‌ترین اختلال در کودکی و نوجوانی است و حالتی است که با احساس بیم و نشانه‌های جسمی مبنی بر فعالیت‌های دستگاه عصبی خودکار<sup>۳</sup> مشخص می‌شود و در مقابل تهدیدی نامعلوم، مبهم یا توأم با تعارض بروز می‌کند که علائم آن می‌تواند فیزیکی، رفتاری و ذهنی باشد (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اختلال بازی اینترنتی، در اضطراب دانش‌آموزان مؤثر است (۱۴، ۱۳، ۱۱)؛ به‌عنوان مثال سپهریان معتقد است که دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی، وقتی به بازی اینترنتی می‌پردازند به‌طور موقت از افکار اضطراب آمیز فاصله می‌گیرند و در نبود این حاشیه امن (بازی اینترنتی)، سطح اضطراب فرد بالا می‌رود (۱۳). یکی دیگر از پیامدهای اختلال بازی اینترنتی در دانش‌آموزان، سطح بالا قلدری سایبری<sup>۴</sup> در آنان است (۱۵). قلدری رفتاری پرخاشگرانه یا آزاردهنده تعمدانه است که توسط یک فرد یا یک گروه از افراد در یک دوره زمانی به‌صورت مکرر اعمال می‌شود و شامل عدم توازن قدرت است که در قالب رفتارهای جسمانی، کلامی و ارتباطی پدیدار می‌شود (۱۶). قلدری‌های غیرسنتی<sup>۵</sup> عموماً با استفاده از تجهیزات الکترونیکی و تکنولوژی‌های جدید صورت می‌گیرد و عمده‌ترین خصیصه آن عدم وابستگی به ارتباط چهره به چهره بین قلدر و قربانی است. افراد قلدر در قرن ۲۱ برای آزار رساندن و زورگویی نسبت به همسالانشان از شیوه‌های جدیدتری مثل مزاحمت‌های تلفنی، نشر تصاویر یا مطالب واقعی یا غیرواقعی درباره آن‌ها در محیط مجازی وب می‌پردازند؛ این نوع قلدری تحت عنوان قلدری سایبری مطرح است. هویت ناشناس در قلدری سایبری منجر به تعادل نابرابر قدرت بین فرد قلدر و فرد قربانی می‌شود و تأثیرات مخرب بیشتری نسبت به قلدری سنتی در مدرسه دارد (۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بروز قلدری سایبری در بین افراد با اختلال بازی اینترنتی بیشتر است (۱۷، ۱۵). به‌عنوان مثال گول<sup>۶</sup> و همکاران استفاده نامناسب از بازیهای اینترنتی را با قلدری سایبری در دوره نوجوانی

در طول تاریخ بشری در بین همه فرهنگ‌ها، بازیهای ساختاریافته وجود داشته است. بازی کردن می‌تواند لذت بخش، سرگرم کننده و آرام‌بخش باشد و به‌عنوان روشی برای فرار از اعمال روزمره زندگی استفاده شود. با رواج رایانه، تبلت، گوشی‌های هوشمند و استفاده از اینترنت در سال‌های اخیر، انجام بازی‌های اینترنتی تبدیل به یک فعالیت، رایج شده و به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان بخش مهمی از فعالیت‌های تفریحی تبدیل شده است (۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که به موازات همه گیر شدن استفاده از اینترنت، استفاده از حد آن می‌تواند به مشکلاتی شبیه اعتیاد و وابستگی منجر شود (۲)؛ با این وجود تشخیص مرز بین استفاده از اینترنت و استفاده مشکل‌ساز از اینترنت بسیار سخت است. DSM-5 اختلالی با نام اختلال بازی اینترنتی<sup>۱</sup> را در بخش سوم کتاب و در میان فهرست اختلالات پیشنهادی قرار داده است و معیارهای تشخیص آن را پنج (یا بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲ ماهه قرار داده است: این افراد بازی آنلاین را به‌طور شیفته‌وار انجام می‌دهند؛ به‌هنگام قطع دسترسی به بازی آنلاین، نشانگان ترک نشان می‌دهند؛ به‌منظور کنترل بازی آنلاین تلاشهای ناموفق انجام می‌دهند؛ با وجود پیامدهای روانشناختی منفی، بازی آنلاین را به‌طور افراطی ادامه می‌دهند؛ عادات و تفریحات جذاب قبلیشان در نتیجه پرداختن افراطی به بازی آنلاین از بین می‌رود؛ از بازی آنلاین به‌منظور کاهش کسالت یا بیقراری استفاده می‌کنند؛ در مورد بازی آنلاین دیگران را فریب می‌دهند؛ ارتباط، فرصت تحصیلی یا شغلی را در نتیجه بازی آنلاین از دست می‌دهند (۳). اختلال بازی اینترنتی می‌تواند بر سلامت روان افراد تأثیر گذاشته و پیشبین برخی اختلالات در آینده باشد (۴). پژوهشگران از ارتباط بین نشانه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی<sup>۲</sup> و اعتیاد به بازیهای آنلاین خبر می‌دهند (۵، ۶). اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی تحولی در کودکان و نوجوانان است که با علائم پایدار عدم توجه، برانگیختگی و بیش‌فعالی تقریباً ۷ درصد از کودکان را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). پژوهش‌ها نشان داده که تفاوت‌های زیادی بین افراد با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و افراد عادی وجود دارد تا جایی که حتی بین برتری طرفی چشم و دست و پا در دانش‌آموزان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و همسالان عادی آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اختلال افسردگی اساسی، شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال بازی اینترنتی گزارش شده است (۸-۹) چان و رابنویتز

<sup>۱</sup> Internet Gaming Disorder (IGD)<sup>۲</sup> Attention Deficit Hyperactivity Disorder<sup>۳</sup> Psychological Consequences<sup>۴</sup> Anxiety<sup>۵</sup> Autonomic Nervous System<sup>۶</sup> Cyberbullying<sup>۷</sup> Nontraditional Bullying<sup>۸</sup> Gul

بهبود بازداري پاسخ در کودکان با علايم نقص توجه/بیشفعالی است (۲۶). اما تاکنون پژوهشی تاثیر این روش درمانی را بر قلدری سایبری دانش‌آموزان نسنجیده است و در این بخش خلاء پژوهشی وجود دارد. باتوجهبه نتایج مطالعات انجام شده و گسترش روزافزون استفاده از بازی‌های اینترنتی توسط دانش‌آموزان و اثرات این بازی‌ها بر ابعاد جسمی، روانی و عملکردی کودکان و پیامدهای ناشی از آن، نتایج این پژوهش می‌تواند چارچوب درمانی مناسبی برای بهبود اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان با اختلال بازیهای اینترنتی فراهم آورد و به هموار شدن مسیر پژوهش‌های بیشتر در این زمینه کمک کند. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی با و بدون همبودی اختلال کمبود توجه/بیشفعالی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۴ ساله با اختلال بازی اینترنتی در سال ۱۳۹۹ شهرستان خرم آباد بود. تعداد نمونه ۴۲ نفر (۱۴ نفر به ازاء هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل) بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و پس از احراز شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند. به این صورت که هر گروه از تعداد مساوی دانش‌آموزان دارای اختلال بازی اینترنتی با و بدون همبودی اختلال کمبود توجه/بیشفعالی تشکیل شد (۷ نفر با اختلال همبودی کمبود توجه/بیشفعالی و ۷ نفر بدون اختلال همبودی). سپس جلسات مداخلات درمانی طی ۹ جلسه دو ساعته و هر هفته یک جلسه اجرا شد. ملاک‌های ورود در گروه نمونه انتخابی شامل (۱) تشخیص اختلال بازی اینترنتی در طرح غربالگری، (۲) تشخیص همبودی اختلال کمبود توجه/بیشفعالی توسط پرسشنامه علائم مرضی کودکان برای نیمی از آزمودنی‌ها، (۳) جنسیت (پسر) و (۴) محدوده سنی ۱۲ تا ۱۴ سال، و ملاک‌های خروج شامل (۱) داشتن بیماری جسمی و روانی همبود دیگر، (۲) غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات مداخله، (۴) عدم رضایت والدین برای شرکت در پژوهش و (۵) بیانگیزی در پاسخ به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کواریانس به کمک نرم افزار SPSS22 استفاده شد.

### ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

را در نوجوانان ترکی‌های بررسی کردند و نشان‌دادند که استفاده مشکل ساز از شبکه‌های اینترنتی و قلدری سایبری به طور مستقیم با یکدیگر در ارتباط بودند (۱۷). بنابراین می‌توان گفت اینترنت یک بستر مناسب برای قلدری سایبری است و افرادی که اعتیاد به اینترنت و بازی‌های اینترنتی دارند بیشتر ممکن است که قلدری سایبری از خود نشان دهند. یکی از نظریه‌هایی که می‌تواند به ما در درک فرایندهای هیجانی، شناختی و عاطفی دانش‌آموزان کمک کند، نظریه خودتعیین‌گری<sup>۹</sup> است. این نظریه معتقد است که همه انسان‌ها در پی برآورده ساختن سه نیاز ذاتی روانشناختی خود<sup>۱۰</sup> هستند. سطح خودتعیین‌گری یک شخص و در نتیجه ماهیت و کیفیت درگیر شدن او در هر حیطه بستگی به این دارد که این سه نیاز تا چه اندازه ارضا شوند. این نیازها عبارتند از: خودپیروی<sup>۱۱</sup> که تمایل فرد به درگیر شدن در فعالیت‌ها به انتخاب خود و منشأ رفتار خود بودن را نشان می‌دهد؛ نیاز به ارتباط<sup>۱۲</sup> که شامل احساس پیوند با دیگران یا احساس تعلق داشتن به محیط اجتماعی است؛ و نیاز به کفایت<sup>۱۳</sup> که به تمایل افراد به عامل تأثیرگذار با محیط و تجربه احساس مؤثر بودن در ایجاد نتایج دلخواه و جلوگیری از رویدادهای ناخواسته اشاره دارد (۱۸). پژوهش‌ها نشان دهنده این است که آموزش نظریه خودتعیین‌گری میتواند بر سطح اضطراب دانش‌آموزان مؤثر باشد؛ اما در پژوهش‌ها تأثیر این روش مداخله بر قلدری سایبری دانش‌آموزان بررسی نشده است (۲۰-۱۹). یکی دیگر از راهبردهای درمانی احتمالی برای اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۴</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی رفتاری موج سوم است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد با ناراحتی را فراهم می‌کند. تمرکز این درمان بر انعطاف‌پذیری روانشناختی<sup>۱۵</sup> است؛ یعنی توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب تر باشد، نه اینکه صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز، انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۲۱). پژوهشگران معتقدند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش علائم اضطرابی مؤثر باشد (۲۳-۲۲). شارپ<sup>۱۶</sup> معتقد است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند برای مفهوم سازی<sup>۱۷</sup> و درمان اختلالات اضطرابی مؤثر باشد همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به شکل معنی‌داری، باعث بهبود یادگیری قوانین، بازداري و انعطاف‌پذیری ذهنی و کاهش نشخوار فکری و نگرانی می‌شود (۲۵، ۲۴). همچنین ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبرد مناسبی برای

<sup>9</sup> Self-Determination Theory

<sup>10</sup> Innate Psychological Needs

<sup>11</sup> Need for autonomy

<sup>12</sup> Need for Relatedness

<sup>13</sup> Need for Competence

<sup>14</sup> Acceptance and Commitment Therapy

<sup>15</sup> Psychological Flexibility

<sup>16</sup> Sharp

<sup>17</sup> Conceptualizing

<sup>18</sup> Internet Gaming Disorder (IGD 20-Test)

(۳۰). (۳) پرسشنامه اضطراب بک<sup>۲۸</sup>: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک و همکاران (۳۱) ساخته شده و شامل ۲۱ گویه است که علائم شایع اضطراب را بررسی میکند. آزمودنی ها جهت پاسخگویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن ضربدر می زنند. شیوه امتیازبندی آنها به صورت اصلا (امتیاز ۰)، خفیف (امتیاز ۱)، متوسط (امتیاز ۲) و شدید (امتیاز ۳) است. هر یک از گویه ها پرسشنامه یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف میکند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه های بین صفر تا ۶۳ قرار می گیرد. بر اساس سیستم نمره گذاری آزمون بک نمره های صفر تا ۹ بدون اضطراب، نمره های ۲۰-۲۹ اضطراب متوسط، نمره های ۳۰-۳۹ اضطراب نسبتاً شدید و نمره های ۴۰-۶۳ اضطراب شدید به شمار می روند. بک همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده است (۳۱). کاویانی و موسوی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی سنجیدند. نتایج نشان داد که مقیاس اضطراب بک در جمعیت ایرانی دارای روایی ۰/۷۲، اعتبار ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ است (۳۲). (۴) پرسشنامه تجربه قلدری و قربانی قلدری سایبری<sup>۲۹</sup>: این پرسشنامه توسط آنتیادو و همکاران به منظور بررسی تجربه قلدری سایبری یا قربانی سایبری در بین نوجوانان طراحی و اعتباریابی شده است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای است (۱=هرگز، ۲=یک یا دو بار، ۳=بعضی اوقات، ۴=اکثر مواقع، ۵=هر روز). این پرسشنامه دارای دو عامل (۱- عامل قربانی سایبری ۲- عامل قلدری سایبری) است و در این پژوهش از عامل قلدری سایبری استفاده شده است (۳۳). هر عامل دارای ۱۲ گویه بوده و رفتار قلدری و قربانی سایبری را از بعد مستقیم و غیرمستقیم میسجد. آنتیادو و همکاران روایی عاملی پرسشنامه را بررسی و مقدار شاخص خطای ریشه مجذور میانگین تقریب ۰/۳۱ گزارش کردند (۳۳). همچنین نتایج پژوهش آنها نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار مناسبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل این پرسشنامه برای عامل قلدری سایبری ۰/۸۹ و برای عامل قربانی سایبری ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ بود (۳۳). در ایران صفری و همکاران پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه و روایی عاملی پرسشنامه را ۰/۷۲ گزارش کردند (۳۴).

**معرفی برنامه مداخله ای**

در این مطالعه از دو برنامه مداخله ای به شرح زیر

(۱) **آزمون اختلال بازی اینترنتی**<sup>۱۸-۲۰</sup>: این آزمون به عنوان ابزار پایا و روا جهت بررسی اختلال بازی اینترنتی توسط پونتس<sup>۱۹</sup> در سال ۲۰۱۴ طراحی شد که منکسکنده ۹ معیار این اختلال در DSM-5 است. این آزمون رفتارهای بازی کردن آنلاین و آفلاین در طی ۱۲ ماه اخیر بررسی میکند، سؤالات آن در یک طیف لیکرت ۵ گزینه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار گرفته و ۶ بعد برجستگی<sup>۲۰</sup>، تغییر خلق<sup>۲۱</sup>، تحمل<sup>۲۲</sup>، نشانه های ترک<sup>۲۳</sup>، تضاد<sup>۲۴</sup> و بازگشت<sup>۲۵</sup> را بررسی می کند. دامنه نمرات در این آزمون بین ۲۰ تا ۱۰۰ بوده و نمره بالاتر از ۷۱ فرد را دارای معیارهای تشخیصی اختلال بازی اینترنتی در نظر می گیرد. آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش پونتس و گریفیتس<sup>۲۶</sup> ۰/۸۸ محاسبه شد و روایی ملاکی آن با همبستگی مستقیم و معنی دار بین نمرات کل با ساعات استفاده از اینترنت در طول روز مشخص شد (۲۷). فرم ۲۰ سؤالی این آزمون در ایران توسط وحیدی و همکاران هنجاریابی شده است و روایی محتوا سبب بازنویسی یکی از گویه های ابزار متناسب با فرهنگ ایرانی شد. ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی آزمون-بازآزمون این ابزار ۰/۹۵ محاسبه شد (۲۸). (۲) **پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان**<sup>۲۷</sup>: این ابزار یک مقیاس درجه بندی رفتار است که توسط اسپرافینگن و گادو به منظور غربال اختلال های رفتاری و هیجانی برای کودکان در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای دو فرم والد و معلم است و در پژوهش حاضر از فرم والدین آن استفاده شده است. فرم والدین این پرسشنامه دارای ۱۱۲ سؤال است که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی از جمله اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی تنظیم شده است. سؤالات این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۲ گزینه ای از هرگز و گاهی اوقات (نمره صفر) و اغلب و همیشه (نمره ۱) قرار داشت و سپس بر اساس جمع نمرات هر مؤلفه نمره شدت آن اختلال بدست می آید و بر اساس نقطه برش، وجود یا عدم وجود آن اختلال مشخص میشود. حساسیت این آزمون برای تشخیص اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی ۰/۷۷ گزارش شده است و روایی محتوایی آن مورد تأیید ۹ نفر از متخصصان قرار گرفته است (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش ستاری، حسینی، رصافیانی، محمودیقرایی، بیگلریان و ترکش اصفهانی برای اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی از نوع بیش فعالی ۰/۷۶، نوع کمبود توجه ۰/۷۶ و نوع ترکیبی ۰/۸۱ محاسبه شد و تفاوت معنی دار بین نمره های گروه بدون اختلال و گروه دارای اختلالات حاکی از روایی تفکیکی مناسب بود

19 Ponets

20 Salience

21 Mood modification

22 Tolerance

23 Withdrawal Symptoms

24 Conflict

25 Relapse

26 Griffiths

27 Child Symptom Inventory (CSI-4)

28 Beck Anxiety Inventory

29 Cyber-Bullying/Victimization Experiences Questionnaire (CBVEQ-G)



روانشناختی آموزش و پرورش شهرستان خرم‌آباد به شرحی که در بخش روش ارائه شد انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جای‌دهی شدند. ابتدا تمامی افراد نمونه در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد گروه آزمایش اول، مداخله آموزش نظریه خودتعیین‌گری و گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی دریافت کردند و در نهایت از هر سه گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت شرکت‌کنندگان به‌طور کامل کسب شد و از اهداف و تمام مراحل مداخله به‌طور کامل آگاه شدند. همچنین به افراد هر سه گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند. تمامی این مراحل توسط شخص پژوهشگر انجام شد. برای تحلیل آماری و

برای گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ استفاده شده است: (۱) آموزش نظریه خودتعیین‌گری<sup>۳۰</sup>: این برنامه در پژوهش حاضر با الهام از مدل خودتعیین‌گری تدوین شد و پس از بازنگری توسط استادان متخصص مورد استفاده قرار گرفت (۱۸). این برنامه مداخله‌ای به‌صورت ۹ جلسه دو ساعته و هر هفته یک جلسه توسط پژوهشگر برگزار شد که خلاصه جلسات در جدول زیر گزارش شده است. (۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳۱</sup>: این برنامه مداخله‌ای بر اساس الگوی ایزدی و عابدی به‌صورت ۹ جلسه دو ساعته و هر هفته یک جلسه برگزار شد که خلاصه جلسات در جدول زیر گزارش شده است (۳۵). **روش اجرا:** بعد از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و همچنین سازمان آموزش و پرورش شهرستان خرم‌آباد، افراد نمونه از مرکز مشاوره و

جدول ۱- خلاصه محتوای آموزش نظریه خودتعیین‌گری و جلسات مداخله پژوهش

| جلسات      | محتوای جلسات  |
|------------|---|
| جلسه اول   | ارتباط و آشنایی بین دانش‌آموزان، معرفی برنامه‌ها و اهداف آموزشی آشنایی دانش‌آموزان با مهارت‌های خودتعیین‌گری                              |
| جلسه دوم   | شناخت و بیان رؤیاهای و آرمان‌ها و نیازهای شخصی، شناخت اهمیت آرمان‌ها و نیازهای شخصی، تهیه کارت نیازها و مشکلات شخصی                       |
| جلسه سوم   | خلق اهداف بلند مدت، شکستن اهداف بلند مدت به اهداف کوتاه مدت   |
| جلسه چهارم | چگونگی دستیابی به اهداف، برنامه‌ریزی فعال برای دستیابی به اهداف کوتاه مدت، شرح مزایا و ارزش هر انتخاب                                     |
| جلسه پنجم  | آشنایی با تکنیک خودتنظیمی (خود مشاهده‌گری و خودارزیابی، خود تقویتی)، بیان نتایج بالقوه از فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده خود                  |
| جلسه ششم   | شکستن موانع (شناخت محدودیت‌ها، نیازها و موانع در صورت نرسیدن به هدف)، وابستگی متقابل (قدرت گروهی در حل مسأله)                             |
| جلسه هفتم  | شناخت روابط منفعلانه، روابط قاطع و روابط پرخاشگرانه در ارتباط با دیگران، شناخت شیوه صحیح ارتباطی یعنی ارتباط قاطع                         |
| جلسه هشتم  | شناخت حل مسأله بین شخصی، حل تعارض از طریق مذاکره، خلاقیت در حل مسأله  |
| جلسه نهم   | اهمیت انگیزه و خودپنداری مثبت، ثبت میزان تلاش برای رسیدن به اهداف، چگونگی دستیابی به مهارت‌های درونی کنترل و مقابله با ناتوانی آموخته‌شده |

منبع:

جدول ۲- خلاصه محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و جلسات مداخله پژوهش

| جلسات      | محتوای جلسات  |
|------------|---|
| جلسه اول   | برقراری رابطه درمانی، بستن قرار داد درمانی، آموزش روانی   |
| جلسه دوم   | بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه                                   |
| جلسه سوم   | بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند                                      |
| جلسه چهارم | کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف اعتلاف خود با افکار و عواطف                |
| جلسه پنجم  | مشاهده خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار |
| جلسه ششم   | کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن   |
| جلسه هفتم  | آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرایند   |
| جلسه هشتم  | معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی   |
| جلسه نهم   | درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها   |

منبع:

<sup>۳۰</sup> Self-Determination Theory Training<sup>۳۱</sup> Acceptance and Commitment Therapy

تغییراتی داشته است. این تغییرات مؤید آن است که در گروه‌های آموزش و درمان، نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان در متغیر اضطراب کاهش و در متغیر قلدری سایبری افزایش داشته است. جهت بررسی این تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق‌تر نتایج اثربخشی دو گروه آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از این تحلیل، مستلزم رعایت پیش فرض‌هایی است که پیش از اجرای آزمون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض طبیعی بودن داده‌ها از آزمون شاپیروویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون شاپیروویلک از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین پیش فرض طبیعی بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. به‌منظور بررسی

بررسی تغییر متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌ها قبل و بعد از مداخله، تجزیه و تحلیل با استفاده از تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS22 مورد بررسی قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در مورد گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

باتوجه به جدول ۳، میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و قلدری سایبری در گروه‌های آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون

جدول ۳- داده‌های توصیفی متغیر اضطراب و قلدری سایبری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون گروه‌های مختلف

| متغیر وابسته | متغیر تعدیل‌کننده                            | متغیر گروه آموزش            | مرحله     | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر | تعداد |
|--------------|--|-----------------------------|-----------|---------|--------------|-------|--------|-------|
| اضطراب       | گروه بدون همبودی<br>کمبود توجه/ بیش<br>فعالی | آموزش نظریه خودتعیین‌گری    | پیش‌آزمون | ۲۴/۳۶   | ۴/۲۱         | ۲۱    | ۲۹     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۱۴/۰۳   | ۵/۲۲         | ۱۱    | ۲۰     | ۷     |
|              |  | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | پیش‌آزمون | ۲۲/۱۶   | ۲/۲۵         | ۲۲    | ۳۰     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۱۶/۱۲   | ۴/۲۱         | ۱۲    | ۲۰     | ۷     |
|              |  | گروه گواه                   | پیش‌آزمون | ۲۲/۱۳   | ۲/۷۲         | ۲۱    | ۳۰     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۲۱/۴۹   | ۴/۳۲         | ۲۲    | ۲۹     | ۷     |
| اضطراب       | گروه با همبودی<br>کمبود توجه/ بیش<br>فعالی   | آموزش نظریه خودتعیین‌گری    | پیش‌آزمون | ۲۸/۴۴   | ۲/۸۸         | ۲۳    | ۳۱     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۱۷/۰۳   | ۴/۱۳         | ۱۴    | ۲۲     | ۷     |
|              |  | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | پیش‌آزمون | ۲۹/۷۵   | ۲/۷۴         | ۲۴    | ۳۲     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۱۷/۸۹   | ۴/۸۸         | ۱۲    | ۲۰     | ۷     |
|              |  | گروه گواه                   | پیش‌آزمون | ۲۷/۸۶   | ۲/۱۶         | ۲۳    | ۳۲     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۲۷/۱۵   | ۴/۰۲         | ۲۳    | ۳۱     | ۷     |
| قلدری سایبری | گروه بدون همبودی<br>کمبود توجه/ بیش<br>فعالی | آموزش نظریه خودتعیین‌گری    | پیش‌آزمون | ۴۱/۴۲   | ۶/۹۰         | ۳۳    | ۵۰     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۳۴/۴۲   | ۶/۷۰         | ۲۷    | ۴۶     | ۷     |
|              |  | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | پیش‌آزمون | ۴۲/۷۱   | ۷/۲۵         | ۳۳    | ۴۸     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۳۶/۴۲   | ۶/۲۱         | ۳۲    | ۴۶     | ۷     |
|              |  | گروه گواه                   | پیش‌آزمون | ۳۹/۸۵   | ۵/۶۱         | ۳۴    | ۴۷     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۳۸/۵۷   | ۵/۳۱         | ۳۳    | ۴۵     | ۷     |
| قلدری سایبری | گروه با همبودی<br>کمبود توجه/ بیش<br>فعالی   | آموزش نظریه خودتعیین‌گری    | پیش‌آزمون | ۴۷/۸۵   | ۴/۴۱         | ۴۵    | ۵۱     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۳۹/۱۴   | ۵/۸۴         | ۳۴    | ۴۷     | ۷     |
|              |  | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | پیش‌آزمون | ۴۸/۵۷   | ۲/۶۳         | ۴۶    | ۵۲     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۳۸/۳۱   | ۴/۹۱         | ۳۳    | ۴۴     | ۷     |
|              |  | گروه گواه                   | پیش‌آزمون | ۵۱/۲۲   | ۵/۳۰         | ۴۷    | ۵۴     | ۷     |
|              |  |                             | پس‌آزمون  | ۵۰/۸۳   | ۵/۹۱         | ۴۶    | ۵۴     | ۷     |

توان آزمون حاکی از کفایت حجم نمونه است. جدول ۵ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار شده است ( $P < ۰/۰۱$ )؛ به این معنا که هریک از دو مداخله به کار رفته بر اضطراب اثرگذار بوده است. اما تفاوت بین دو گروه آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچ یک از دو مرحله معنادار نمی‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ )؛ بنابراین این دو مداخله بر اضطراب آزمودنی‌ها اثر بخشی متفاوتی نداشته است. مطابق جدول ۵ تفاوت میانگین گروه کنترل با هر دو گروه آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر قلدری سایبری در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار شده است ( $P < ۰/۰۱$ )؛ به این معنا که هریک از دو مداخله بکار رفته بر قلدری سایبری اثرگذار بوده است. اما تفاوت بین دو گروه آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون معنادار نمی‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ )؛ بنابراین این دو مداخله بر قلدری سایبری آزمودنی‌ها اثر بخشی متفاوتی نداشته است. همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتیجه

همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش در سه گروه (آموزش، درمان و گواه)، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون لوین در متغیرهای اضطراب ( $P < ۰/۱۹$  و  $F_{۵,۳۶} = ۱/۷۵$ ) و قلدری سایبری ( $P < ۰/۲۹$  و  $F_{۵,۳۶} = ۲/۳۶$ ) در سطح  $۰/۰۵$  غیر معنی‌دار هستند ( $P < ۰/۰۵$ ). در نتیجه، پیش فرض همگنی واریانس‌ها نمره متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های متفاوت تأیید می‌شود و تفاوتی بین آن‌ها مشاهده نشده است. همچنین در بررسی پیشفرض شیب خط رگرسیون، نتایج نشان داد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب ( $P < ۰/۱۵$  و  $F_{۳,۳۲} = ۱/۸۹$ ) و قلدری سایبری ( $P < ۰/۱۰$  و  $F_{۳,۳۲} = ۲/۲۸$ ) معنی‌دار نبود ( $P < ۰/۰۵$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در این متغیرها برقرار است و با برقراری پیش فرض‌های کوواریانس استفاده از این آزمون بلامانع است. همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای تک تک متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۱$ ). بنابراین نتیجه گرفته شد متغیر مستقل اول (نوع درمان) بر متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه اثر دارد. همچنین

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته

| مرحله    | منابع تغییر شاخص | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی‌داری | اندازه اثر | توان آزمون |
|----------|------------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|------------|
| پس‌آزمون | اضطراب           | ۲۱۹/۱۹        | ۲          | ۱۰۹/۵۹          | ۱۴/۶۱ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۵       | ۰/۹۹       |
|          | قلدری سایبری     | ۱۰۶۰/۲۷       | ۲          | ۵۳۰/۱۴          | ۳۹/۹۹ | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۹       | ۱/۰۰       |

جدول ۵- نتایج آزمون مقایسه دویه دویی متغیر اضطراب و قلدری سایبری در گروه‌های متفاوت مداخله

| متغیر وابسته | گروه‌های مورد مقایسه                                   | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|--------------|--|------------------|----------------|---------------|
| اضطراب       | آموزش نظریه خودتعیین‌گری و کنترل                       | ۶/۹۶             | ۱/۳۳           | ۰/۰۰۰۱        |
|              | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل                    | ۵/۴۹             | ۱/۲۳           | ۰/۰۰۰۱        |
|              | آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۱/۴۶             | ۱/۰۶           | ۰/۱۸          |
| قلدری سایبری | آموزش نظریه خودتعیین‌گری و کنترل                       | ۱۴/۵۹            | ۱/۷۷           | ۰/۰۰۰۱        |
|              | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل                    | ۱۳/۱۱            | ۱/۶۳           | ۰/۰۰۰۱        |
|              | آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۱/۴۸             | ۱/۴۱           | ۰/۳۰          |

جدول ۶- نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در تعامل دو متغیر مستقل

| منابع تغییر شاخص | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|------------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|------------|
| اضطراب           | ۲/۱۴          | ۲          | ۱/۰۷            | ۰/۱۳  | ۰/۸۷          | ۰/۰۰۸      |
| قلدری سایبری     | ۱۴۶/۲۸        | ۲          | ۷۳/۱۴           | ۱۱/۷۷ | ۰/۰۰۱         | ۰/۴۲       |



بازی اینترنتی در نمونه مورد بررسی کمک شده است تا افکار و باورهای ناکارآمد و فکرهای مرتبط با اضطراب را فقط به عنوان یک فکر در نظر بگیرند؛ مثلاً اینکه "از وقوع حوادث بد میترسم" صرفاً یک فکر بوده و در ذهن فرد است و در ادامه درمان کمک میکند تا فرد از ماهیت ناکارآمد برنامه‌های فعلی اطلاع پیدا کند و نتیجه بگیرد که تلاش‌های او برای منتظر رویدادهای بد بودن چون کارکردی ندارند، باید کنار گذاشته شوند. از طرف دیگر پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد موضع خود را از یک فرد درگیر به یک فرد مشاهده‌گر تغییر میدهد؛ لذا فرد تحت تأثیر قرارنگرفته و این مسئله میتواند کاهش اضطراب را دربرداشته باشد (۲۷). یافته دیگر پژوهش نشان‌دهنده تأثیر آموزش نظریه خودتعیین‌گری بر قلدری سایبری در دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی است. این یافته همسو با پژوهش (۱۷، ۱۵) است از آن جهت که معتقدند که اختلال بازی‌های اینترنتی بر میزان قلدری سایبری دانش‌آموزان مؤثر است. به عنوان مثال گول و همکاران (۱۷) استفاده نامناسب از بازی‌های اینترنتی را با قلدری سایبری در دوره نوجوانی را در دانش‌آموزان ترکیب‌های بررسی کردند و نشان دادند که استفاده مشکل‌ساز از شبکه‌های اینترنتی و قلدری سایبری به طور مستقیم با یکدیگر در ارتباط بودند. بنابراین می‌توان گفت اینترنت یک بستر مناسب برای قلدری سایبری است و افرادی که اعتیاد به اینترنت و بازیهای اینترنتی دارند بیشتر ممکن است که قلدری سایبری از خود نشان دهند؛ اما در رابطه با تأثیر نظریه خودتعیین‌گری بر قلدری سایبری پژوهش همسویی یافت نشد. باین وجود در تبیین این یافته می‌توان گفت که شخص خودتعیین‌گر قادر میشود در زندگی خود به طور مستقل تصمیم‌گیری کرده و مسائل خود را حل نماید. این فعالیت نتیجه‌اش رشد فردی و احساس خودمختاری فرد در انجام کار و تعیین رفتار است. همچنین افزایش توانمندی‌های روانشناختی به خصوص خودکارآمدی به عنوان یکی از مؤلفه‌های خودتعیین‌گری، روش‌های مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی است (۳۶) در نتیجه، این ویژگی‌های فرد خودمختار، موجب بالا رفتن بهبود مهارت‌های ارتباطی در آن فرد می‌شود و احساس شایستگی او منجر به کاهش رفتارهای چالشی همچون قلدری خواهد شد. یافته‌ها همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر قلدری سایبری دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی تأثیرگذار بوده ولی در این زمینه پژوهش همسویی یافت نشد. باین وجود این یافته از این جهت که نشان‌دهنده شیوع بیشتر رفتار قلدری سایبری در افراد با اعتیاد به اینترنت است، با پژوهش همسو

آزمون تک متغیری برای متغیر قلدری سایبری معنی‌دار است ( $P < 0.05$ ) و برای متغیر اضطراب معنی‌دار نمی‌باشد ( $P < 0.05$ ). بنابراین نتیجه گرفته شد تعامل دو متغیر مستقل تنها بر متغیر وابسته قلدری سایبری اثر دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و قلدری سایبری در دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی با و بدون همبودی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش نظریه خودتعیین‌گری بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی مؤثر است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های (۱۴، ۱۳، ۱۱) بوده، از این جهت که معتقدند انجام بازی‌های رایانه‌ای بر اضطراب نوجوانان مؤثر بوده و سطح اضطراب را در آنان افزایش می‌دهد؛ همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش‌ها (۲۰، ۱۹) است که نشان‌دادند برنامه درمانی آموزش نظریه خودتعیین‌گری میتواند بر اضطراب دانش‌آموزان تأثیرگذار باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی وقتی در اینترنت بازی می‌کنند، موقتاً از افکار اضطراب‌آمیز فاصله می‌گیرند و به محیط امنی که در آن می‌توانند هویت خود را پنهان کنند روی می‌آورند و این آرامش موقتاً موجب کاهش اضطراب می‌شود و این آرامش تمایل فرد را برای استفاده از اینترنت افزایش می‌دهد؛ در نهایت نبود این محیط امن (بازی اینترنتی) سطح اضطراب را در دانش‌آموز افزایش می‌دهد (۱۲). آموزش نظریه خودتعیین‌گری سبب می‌شود تا فرد در مواجهه با محیط و افراد حق تعقل، شناخت و انتخاب اعمال و رفتارها را برای خود قائل شده و نیاز به شایستگی و ارتباط را به صورت نامشروط ارضا کند؛ بنابراین دانش‌آموز نه برای کسب پاداش یا اجتناب از تنبیهات بیرونی یا اجتناب از احساس گناه و اضطراب بلکه تنها برای کسب لذت موجود در خود رفتار (بازی اینترنتی) یا به عبارتی ارضا نیازهای سه گانه، به پیگیری و انجام فعالیتها پرداخته و به این ترتیب میزان اضطراب را تجربه میکند (۱۹). یافته‌ها همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر اضطراب دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی مؤثر است. این یافته همسو با پژوهش (۲۳، ۲۲) است از این جهت که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میتواند بر کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر باشد. در تبیین این یافته میتوان بیان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید اصلی روی تمایل فرد به تجربه‌های درونی است. در همین راستا به دانش‌آموزان با اختلال

دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی با و بدون همبودی با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت جنسیت آزمودنی‌ها اشاره کرد که باتوجه‌به متغیرهای مورد مطالعه و شرایط فرهنگی ممکن است در آنها تفاوت آماری وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های بسته پاسخ و حجم نمونه کم به علت افت آزمودنی‌ها، حوزه جغرافیایی و همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره کرد. بر این اساس استفاده از روش‌های بازپاسخ برای جمع‌آوری اطلاعات و حجم نمونه بیشتر برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود درمانگران، این روش‌های مداخله را در دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی مورد توجه قرار دهند تا این‌گونه با ارتقا عملکردهای جسمی و شناختی این دانش‌آموزان در دوران کودکی از این سرمایه‌های انسانی و گران‌بها در پیشبرد اهداف جامعه و رسیدن بیش از پیش به جامعه آرمانی استفاده شود.

#### تشکر و قدردانی

این مطالعه به‌عنوان بخشی از رساله دکتری با حمایت مالی و معنوی معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام شده است. به این وسیله نویسندگان کمال تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند و همچنین از مسئولین آموزش و پرورش استان لرستان و مخصوصاً مدیران، معاونین، معلمان و مشاوران مدارس و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی آقای حجت‌اله نجفی خرم‌آباد در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با کد پژوهش یا کد اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.117 دفاع شده است. پروپوزال آن با کد ۱۶۲۳۴۱۳۵۷ مصوب شده و در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۷ دفاع شده است. همچنین مجوز اجرا از سوی آموزش و پرورش استان لرستان با شماره نامه ۴۶/۱۶۸۷ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۰ صادر شده است.

می‌باشد (۱۷). در تبیین این یافته باید به این نکته اشاره کرد که هدف اصلی این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است و چنین انعطافی برای داشتن یک زندگی معنی‌دار بسیار مفید است. افراد با رفتارهای قلدری بیش از همه به این انعطاف‌پذیری نیاز خواهند داشت زیرا در جهان اجتماعی چالش‌های زیادی برای خود به وجود می‌آورند که قدرت سازگاری بیشتری را طلب می‌کند. پذیرش و ذهن آگاهی دو فرایند محوری برای افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است. تمرین‌ها و تکالیف ارائه شده در پروتکل درمانی، پذیرش و ذهن آگاهی را مستقیماً هدف قرار می‌دهد و از جنبه نظری این موضوع می‌تواند باعث ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی شود و انعطاف‌پذیری شناختی نیز با افزایش سازگاری همراه است. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین تأثیرگذاری آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و قلدری سایبری دانش‌آموزان با اختلال بازی اینترنتی تفاوت معنی‌داری یافت نشد و هر دو به یک میزان تأثیرگذاری داشتند. هیچ پژوهشی که این دو مداخله درمانی را در متغیرهای اضطراب و قلدری تحصیلی با هم مقایسه کرده باشند یافت نشد؛ اما در کل باید گفت که هر دو مداخله درمانی به شیوه‌های خاص خود که در مبانی نظری تفاوت‌هایی با هم دارند، بر متغیر وابسته اثربخشی دارند. همچنین یافته‌ها نشان داد که نقش تعدیل‌کنندگی همبودی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی دانش‌آموزان در آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فقط بر قلدری سایبری تأیید شد. پر واضح است که زمانی‌که این دو اختلال در کنار هم قرار می‌گیرند باعث مشکلات مضاعف و بالاتری می‌شوند که اثربخشی درمان‌ها را کند می‌کند (۵، ۶). به‌عنوان نتیجه نهایی و باتوجه‌به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت آموزش نظریه خودتعیین‌گری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان روش‌هایی مؤثر و کارآمد برای بهبود اضطراب و قلدری سایبری

#### منابع

- Wang CW, Ho RT, Chan CL, Tse S. Exploring personality characteristics of Chinese adolescents with internet-related addictive behaviors: Trait differences for gaming addiction and social networking addiction. *Addictive behaviors*. 2015; 42: 32-35.
- Burleigh TL, Griffiths MD, Sumich A, Stavropoulos V, Kuss DJ. A systematic review of the co-occurrence of Gaming Disorder and other potentially addictive behaviors. *CurrentAddictionReports*. 2019;6(4):383-01.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.
- Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2013; 67(5): 352-59.
- Ho RC, Zhang MW, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, Mak KK. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2014; 14(1): 1-10.
- Chang CH, Chang YC, Cheng H, Tzang RF. Treatment efficacy of internet gaming disorder with attention deficit hyperactivity disorder and emotional dysregulation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2020; 23(6): 349-55.
- Maoz H, Gvirtz HZ, Sheffer M, Bloch Y. Theory of

mind and empathy in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2019; 23(11): 1331-338.

8. Aslani Moghadm N, Hassanzadeh S, Ghasemzadeh S. Brain Lateralization in students with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Shefaye Khatam*. 2021; 10(10): 34.

9. Park SY, Kim SM, Roh S, Soh MA, Lee SH, Kim H, & Han DH. The effects of a virtual reality treatment program for online gaming addiction. *Computer methods and programs in biomedicine*. 2016; 129: 99-108.

10. Chan PA, Rabinowitz T. A cross-sectional analysis of video games and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adolescents. *Annals of general psychiatry*. 2006; 5(1): 1-10.

11. Bonnaire C, Baptista D. Internet gaming disorder in male and female young adults: The role of alexithymia, depression, anxiety and gaming type. *Psychiatry research*. 2019; 272: 521-30.

12. Badiee Aval M, Bahrami B, Rafiee Shafigh M. Comparing the Efficacy of Systematic Desensitization and expressive Desensitization on Generalized Anxiety Disorder and exam Anxiety among Students. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2021; 64(1).

13. Sepehrian F. The relationship of internet addiction with anxiety in A&B personality types. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2(2): 17-30.

14. Wan CY, Wu YC, Su CH, Lin PC, Ko CH, Yen JY. Association between Internet gaming disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of behavioral addictions*. 2017; 6(4): 564-71.

15. Shamsizadeh E, Eftekhar Saadi Z, Jayer Vand H, Bakhtiar Poor S, Makvandi B. Predicting Cyber Bullying in Gifted Students Based on Quality of Communication with Parents and Mediating Role of Smartphone Addiction. *journal of policing & social studies of women & family (pssw)*. 2021; 9(1): 229-51.

16. Bork-Hüffer T, Mahlknecht B, Kaufmann K. (Cyber) Bullying in schools—when bullying stretches across cON/FFlating spaces. *Children's Geographies*. 2021; 19(2): 241-53.

17. Gül H, Fırat S, Sertçelik M, Gül A, Gürel Y, Kılıç BG. Cyberbullying among a clinical adolescent sample in Turkey: effects of problematic smartphone use, psychiatric symptoms, and emotion regulation difficulties. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2019; 29(4), 547-57.

18. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory. 2012.

19. Khalili Khezrabadi M, Shafqati S, Eshaghi Moghaddam F, Rafiepoor A. Expectancy Test Anxiety Based on Basic Psychological Needs and Cognitive Emotional Regulation among Students at Farhangian University. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2020; 12(48): 85-102.

20. Ersöz G. An examination of motivational regulations, dispositional flow and social physique anxiety among college students for exercise: A self-determination theory approach. *College Student Journal*. 2016; 50(2): 159-70.

21. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association. 2009.

22. Sharp K. A Review of Acceptance and Commitment Therapy with Anxiety Disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 2012, 12(3), 359-72.

23. Choob FZA, Saeidmanesh M, Rashidi MS. Effectiveness of narrative therapy group on the cognitive flexibility of headless adolescents' girls in welfare centers of Mashhad. 2019.

24. Amiri s, Ehteshamzadeh P, Hafezi F, Borna M R. Comparison of the Effectiveness behavioral Activation Treatment Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Exective Functions of Learning the Rules, inhibiting impulsivity, and Flexibility in patients with Depression. *Shefaye Khatam*. 2021; 9(2): 68-78.

25. Maheronnaghsh F, Naderi F, Bakhtyarpor S, Safarzadeh S. Comparison of the Effectiveness of Mental Training and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Rumination and Anxiety in Subjects with Body Dysmorphic Disorder. *Shefaye Khatam*. 2020; 9(1): 120-30.

26. Rezayi M, Sardary B. The Effectiveness of Mindfulness Intervention on Response Inhibition in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Shefaye Khatam*. 2020; 9(1): 45-55.

27. Pontes HM, Griffiths MD. Assessment of internet gaming disorder in clinical research: Past and present perspectives. *Clinical Research and Regulatory Affairs*. 2014; 31(2-4): 35-48.

28. Vahidi M, Zamanzadeh V, Musavi S, Janani R, Namdar AH. Validation of the Persian version of the internet gaming disorder-20 Test among the students of Tabriz University of Medical Sciences. 2019: 15-26.

29. Sprafkin J, Gadow K. An observational

study of emotionally disturbed and learning-disabled children in school settings. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1994; 15(3): 393-408.

30. Sattari M, Hosseini SA, Rassafiani M, Mahmoudi Gharaei MJ, Biglarian A, Tarkesh Esfahani N. Prevalence of Comorbidity Behavioral Disorders in Children With Attention Deficit Hyperactivity. *Jrehab*. 2017; 18(1): 25-32.

31. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 893-7.

32. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008.

33. Antoniadou N, Kokkinos CM, Markos

A. Development, construct validation and measurement invariance of the Greek cyber-bullying/victimization experiences questionnaire (CBVEQ-G). *Computers in Human Behavior*. 2016; 65: 380-90.

34. Safari A, Amini N, Behrouzi M, Jafarinia G. Comparison of Effectiveness of Empathy Training and Social Perspective-Taking Training on Emotional Intelligence of Adolescents with Cyber Bullying. *RBS*. 2021; 18(4) : 553-67.

35. Izadi R, Abedi M. Acceptance and Commitment Therapy. 2015.

36. Razmpush M, Ramezani K, Marepour A, Koulivand P H. The Role of Self-Efficacy and Resilience in Nurses' Quality of Life. *Shefaye Khatam*. 2019; 7(1): 34-32.