

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Ego Identity Status and Mental Well-Being in People Connected to Virtual Networks

Nazari F¹, *Nouhi Sh², Jan Bozorgi M³, Piadeh Kohsar A⁴

Author Address

1. PhD student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology Department, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
3. Professor of the Department of Psychology, Hoza Research Institute and University, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Corresponding author email: psynut.sh@gmail.com

Received: 2023 May 14; Accepted: 2023 Jun 25

Abstract

Background & Objectives: Virtual social networks consist of sites where users can share their interests, thoughts and activities with other people. Among the users of virtual networks, teenagers may be extremely attracted to its use. Therefore, considering the negative consequences of addiction to virtual networks and because addiction to virtual networks is a new disorder, its treatment methods have not yet expanded much, but research has shown that cognitive behavioral therapy for users who are obsessed with Virtual network use is effective. In cognitive behavioral therapy, a well-known treatment method, it is assumed that thoughts determine emotions, and by controlling ineffective thoughts and managing behavior, the amount of dependence on virtual networks can be reduced. Therefore, the research aimed to determine the cognitive behavioral therapy program on ego identity status and mental well-being in people dependent on virtual networks.

Methods: The current research was semi-experimental and conducted with a pre-test-post-test design with control and experimental groups. The study's statistical population included people affiliated with virtual networks who referred to counseling and psychology clinics in Tehran in 2021. Among the statistical population, 30 qualified volunteers entered the study as available and were randomly assigned to two experimental and control groups (each group included 15 people). Inclusion criteria were: 1. a higher-than-average score on the Questionnaire of Addiction to Mobile-Based Social Networks; 2. at least a diploma level of education; 3. not participating in other therapeutic interventions simultaneously. Exclusion criteria were: 1. absenteeism more than out of three sessions; 2. it was non-observance of group therapy rules. Both groups completed the pre-test and post-test of the Ego Identity Status Questionnaire (Bennion & Adams, 1986) and the Subjective Well-Being Questionnaire (Molavi et al., 2010). The experimental group received cognitive behavioral therapy in twelve ninety-minute sessions; However, the control group did not receive any treatment program during the research. Data analysis was carried out in two parts: descriptive statistics and inferential statistics. At the level of descriptive statistics, frequency, mean and standard deviation were used, and at the level of inferential statistics, covariance analysis was used in SPSS software version 24. The significance level was 0.05 for the tests.

Results: The results of the analysis of covariance for each of the variables of ego identity status and mental well-being showed that there was a significant difference in the subscales of ego identity status including diffusion ($p=0.005$) and achievement ($p<0.001$) between the experimental and control groups in the post-test, after removing pre-test effect; Also, after removing the effect of the pre-test, there was a significant difference in the mental well-being subscales including vitality ($p=0.024$), life determination ($p<0.001$) and neuroses ($p=0.004$) between the experimental and control groups in the post-test.

Conclusion: According to the results, cognitive-behavioral therapy can enhance the ego identity status and mental wellness of individuals who rely heavily on virtual networks by correcting their dysfunctional thoughts.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Ego identity status, Mental well-being, Virtual networks.

تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی

فاطمه نظری^۱، *شهناز نوحی^۲، مسعود جان بزرگی^۳، ابوالقاسم پیاده کوهسار^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، تهران، ایران؛

۴. استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

*اربابانامه نویسنده مسئول: psynut.sh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۴ اردیبهشت ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۴ تیر ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: استفاده فزاینده از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی به‌طور بالقوه‌ای با پیامدهای نامطلوبی در سطح جسمانی، روانی، اجتماعی و عملکردی همراه است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی انجام شد. **روش بررسی:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه‌های آزمایش و گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را افراد وابسته به شبکه‌های مجازی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی نفر داوطلب واجد شرایط به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. پرسش‌نامه منزلت هویت من (بنیون و آدامز، ۱۹۸۶) و پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی (مولوی و همکاران، ۱۳۸۹) توسط هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری را در دوازده جلسه نوددقیقه‌ای دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هنگام اجرای پژوهش هیچ برنامه درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس برای هر یک از متغیرهای منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی نشان داد، در خرده‌مقیاس‌های منزلت هویت من شامل بحران‌زدگی ($p=0/005$) و دنباله‌روی ($p<0/001$) بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی ذهنی شامل سرزندگی ($p=0/024$) و اراده ($p<0/001$) و روان‌رنجوری ($p=0/004$) بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی رفتاری درمان شناختی رفتاری با اصلاح افکار ناکارآمد موجب بهبود بهزیستی ذهنی و منزلت هویت من در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، منزلت هویت من، بهزیستی ذهنی، شبکه‌های مجازی.

چه مسیری را می‌خواهید در زندگی دنبال کنید. اگرچه بذره‌های تشکیل هویت در سنین پیش از نوجوانی کاشته شده است، افراد تا نوجوانی معذوب این تکلیف نمی‌شوند (۱۴). عوامل متعددی در کنار هم بر فرایند شکل‌گیری هویت در این گروه سنی تأثیر می‌گذارند. داشتن حسی منسجم و محکم از هویت، پیش‌نیاز رشد بهینه شخص در طول زندگی است و تشکیل‌نشدن چنین حسی می‌تواند زمینه‌ساز آسیب‌های روانی اجتماعی باشد (۱۵).

بنابراین باتوجه به پیامدهای منفی وابستگی به شبکه‌های مجازی، به‌نظر می‌رسد استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری^۱ بر کاهش استفاده از این شبکه‌ها مؤثر است (۱۶). در درمان شناختی رفتاری افراد با تغییر باورها و تعبیر و تفسیرهای خود می‌توانند احساسات خود را مدیریت کنند که در نتیجه این موضوع، اصلاح رفتار در آن‌ها را به دنبال دارد (۱۷). در روان‌درمانی با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری، به بیمار کمک می‌شود الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. تکنیک‌های شناختی، به باورهای مرتبط با افکار توجه می‌کنند و تکنیک‌های رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که با فرایندهای شناختی در تعامل اند (۱۸). در این روش به افراد آموزش داده می‌شود تا به‌گونه‌ای دیگر ببینند و در نتیجه این تفکر جدید، رفتارهای درست‌تر و سلامت‌تری را در برابر شرایط جدید ایجاد شده انجام دهند. درمان شناختی رفتاری این هدف را دنبال می‌کند که با اینکه افراد قادر نیستند تمامی محرک‌های پیرامون خود را کنترل کنند، با تغییر باورها و شناخت خود درباره محیط اطراف می‌توانند احساسات بهتری را تجربه کنند (۱۹).

مزایای درمان شناختی رفتاری، تمرکز بر شناسایی افکار خودکار است که علاوه بر کاهش وابستگی به شبکه‌های مجازی، باعث بهبودی دیگر اختلال‌های همراه می‌شود و تصمیم‌گیری را به‌منظور انتخاب هدف درمانی برای درمانگر تسهیل می‌کند؛ بنابراین باتوجه به شیوع فراوان و آثار و تبعات توأم با وابستگی به شبکه‌های مجازی و نظر به اینکه افراد وابسته به شبکه‌های مجازی با مشکلات متعددی از جمله اختلال در هویت و بهزیستی ذهنی مواجه می‌شوند، این افراد به درمان‌هایی به‌منظور کاهش مشکلات روان‌شناختی خود و در نهایت سلامت جامعه نیاز دارند؛ همچنین باتوجه به ضعف پیشینه پژوهشی در رابطه با تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اختلالات همراه با افراد وابسته به شبکه‌های مجازی، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه‌های گواه و آزمایش انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش را افراد وابسته به شبکه‌های مجازی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل

شبکه‌های اجتماعی مجازی^۱ یعنی بستری مجازی برای ارتباط با افراد و سازمان‌های دیگر و اشتراک مطالب و عقاید و نظرات با سایرین که این نوع ارتباط و اشتراک مطالب با دیگران می‌تواند در قالب ارسال پیام ساده یا ارسال تصویر، ویدئو و... به یکدیگر باشد (۱)؛ به‌عبارت‌دیگر به‌واسطه شبکه‌های اجتماعی مجازی محدودیت مکانی و زمانی برای انتقال اطلاعات از بین رفته می‌رود (۲). اخیراً استفاده از این شبکه‌ها در جهان بسیار افزایش یافته است (۳). از میان استفاده‌کنندگان از شبکه‌های اجتماعی مجازی، نوجوانان بیشترین استفاده را از این شبکه‌ها دارند (۴). شبکه‌های اجتماعی در بستر فضای مجازی و اینترنت در سبک زندگی^۲ افراد و در نوع ارتباط انسان‌ها تغییرات زیادی ایجاد کرده که این تغییرات اثرات مثبت و منفی مخرب داشته است (۵).

استفاده مفراط از اینترنت دارای عواقب روان‌شناختی منفی همچون افسردگی^۳ و عزت‌نفس^۴ ضعیف و اضطراب^۵ است و تجربه این حالت منجر به تجربه هیجان منفی می‌شود. متعاقباً، این مسئله رفتار اعتیادگونه را برای کاهش علائم و هیجان‌های منفی افزایش می‌دهد و در کل، این تسلسل سلامت روان‌شناختی^۶ فرد را مختل می‌کند (۶). یکی از آثار سوء اضطراب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و ذهنی^۷ است. ظهور جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر^۸ الهام‌بخش گروهی از روان‌شناسان شد تا به‌جای اصطلاح «سلامت روانی» از «بهزیستی روان‌شناختی» استفاده کنند؛ زیرا اعتقاد بر آن بود که این اصطلاح بیشتر ابعاد مثبت را به ذهن متبادر می‌کند (۷) و ترکیبی از شادی و لذت و یافتن معنا در زندگی است. بهزیستی روان‌شناختی مطابق با تعاریف، دربردارنده توانمندی‌های فردی است و بر ویژگی‌های مرتبط با خوش‌بینی تأکید می‌ورزد (۸). یکی دیگر از مفاهیم مرتبط در این زمینه، مفهوم بهزیستی ذهنی است. باتوجه به گسترش روان‌شناسی مثبت، پژوهش‌ها درباره بهزیستی ذهنی و توانمندی‌های انسانی با سرعت زیادی رو به افزایش است (۹). بهزیستی ذهنی، ساختاری مهم در روان‌شناسی به‌شمار می‌رود که به‌صورت برقراری تعادل میان عاطفه مثبت و عاطفه منفی تعریف شده است. مهم‌ترین ساختار بهزیستی ذهنی، رضایت از زندگی است (۱۰). افراد جوان‌تر بیشتر به دنبال گسترش شبکه‌های دوستی و درعین‌حال استفاده از فرصت‌هایی هستند که اینترنت برای ناشناس ماندن و گاه پنهان‌ساختن هویت^۹ واقعی در اختیار قرار می‌دهد (۱۱). بدیهی است ایجاد وابستگی و افراط در نوع و نحوه استفاده می‌تواند سبب معضلاتی شخصی و اجتماعی شود (۱۲). چو و لی نشان دادند، چگونگی استفاده از اینترنت با ویژگی‌های شناختی، عاطفی، شخصیتی و هویتی کاربر ارتباط دارد (۱۳).

مفهوم هویت، در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران رشته‌های مختلف را به خود معطوف کرده است. تشکیل هویت عبارت است از مشخص کردن اینکه چه کسی هستید، برای چه چیزی ارزش قائلید و

6. Psychological health

7. Psychological and mental well-being

8. Positive psychology

9. Identity

10. Cognitive behavioral therapies

1. Virtual social networks

2. Life style

3. Depression

4. Self-esteem

5. Anxiety

دادند. حجم نمونه از طریق نرم افزار G*Power به گونه ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص اختلاف حداقل ۱ واحد از میزان منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی را بین گروه های آزمایش و گواه و مقایسه داشته باشد. با فرض احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد و نیز با فرض انحراف معیار ۰/۹، تعداد حجم نمونه حدود پانزده نفر برای هر گروه به دست آمد (۲۰)؛ بنابراین از بین جامعه آماری سی نفر داوطلب واجد شرایط به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به تصادف در گروه های آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب افراد گروه نمونه و قبل از شروع برنامه درمانی، پرسش نامه منزلت هویت من^۱ (۲۱) و پرسش نامه بهزیستی ذهنی^۲ (۲۲) بین هر دو گروه توزیع شد. پس از آن گروه آزمایش برنامه درمان شناختی رفتاری را به صورت دوازده جلسه نود دقیقه ای و هر جلسه هفته ای یک بار دریافت کرد. برای گروه گواه هیچ برنامه درمانی ارائه نشد. در انتها مجدد از هر دو گروه با پرسش نامه های مذکور پس از آزمون گرفته شد. همچنین پس از پایان پژوهش به منظور حفظ موازن اخلاقی، برنامه های درمانی اجرا شده در پژوهش روی گروه گواه انجام گرفت.

معیارهای ورود آزمودنی ها به پژوهش عبارت بود از: نمره بیشتر از ۴۵ در پرسش نامه اعتیاد به شبکه های اجتماعی مبتنی بر موبایل^۳؛ حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ شرکت نکردن هم زمان در مداخلات درمانی دیگر. معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی در نظر گرفته شد. در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت کنندگان درباره خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

برای جمع آوری داده ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

– پرسش نامه منزلت هویت من: این پرسش نامه توسط بنیون و آدامز در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۲۱). این پرسش نامه دو نوع هویت عقیدتی و بین شخصی را می سنجد که هریک چهار منزلت هویت یافته، بحران زدگی، دنباله روی و سردرگمی را شامل می شود؛ البته محتوای هریک از دو نوع هویت متفاوت است. در هویت عقیدتی موضوعات مذهب، شغل، سیاست، فلسفه زندگی و در هویت بین شخصی انتخاب دوست، نقش همسری، تفریح و وعده ملاقات با جنس مخالف در قالب چهار منزلت هویتی مطرح می شود. در کل، پرسش نامه ۶۴ سؤال دارد. نمره دهی پرسش نامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالف= صفر تا کاملاً موافق= ۴ انجام می شود (۲۱). بنیون و آدامز همسانی درونی پرسش نامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های هویت عقیدتی به ترتیب در دنباله روی ۰/۶۲، سردرگمی ۰/۷۵، بحران زدگی ۰/۷۵ و هویت یافته ۰/۶۲ به دست آوردند. همچنین ضریب پایایی مقیاس های هویت بین شخصی به ترتیب برای دنباله روی

۰/۶۰، سردرگمی ۰/۵۸، بحران زدگی ۰/۸۰ و هویت یافته ۰/۶۴ بود. به منظور بررسی روایی همگرا، همبستگی منزلت های هویت عقیدتی با منزلت های مشابه هویت بین شخصی را محاسبه کردند و به ترتیب برای دنباله روی ۰/۴۶، سردرگمی ۰/۳۰، بحران زدگی ۰/۳۶ و هویت یافته ۰/۶۲ به دست آمد. (۲۱). در پژوهش رحیمی نژاد، ضریب پایایی مقیاس های هویت عقیدتی به ترتیب برای دنباله روی ۰/۶۴، سردرگمی ۰/۶۲، بحران زدگی ۰/۵۳ و هویت یافته ۰/۵۳ بود. همچنین ضریب پایایی مقیاس های هویت بین شخصی به ترتیب برای دنباله روی ۰/۶۲، سردرگمی ۰/۵۱، بحران زدگی ۰/۳۵ و هویت یافته ۰/۴۴ به دست آمد. برای بررسی روایی همگرا همبستگی منزلت های هویت عقیدتی با منزلت های مشابه هویت بین شخصی محاسبه شد که به ترتیب برای دنباله روی ۰/۶۵، سردرگمی ۰/۵۵، بحران زدگی ۰/۴۶۳۶ و هویت یافته ۰/۳۸ بود (۲۳). در این پژوهش از سؤالات منزلت هویت بین شخصی استفاده شد.

– پرسش نامه بهزیستی ذهنی: این پرسش نامه توسط مولوی و همکاران در سال ۱۳۸۹ پس از مرور پیشینه پژوهش، با استفاده از پرسش نامه عواطف مثبت و منفی، پرسش نامه سرزندگی، پرسش نامه رضایت از زندگی، و مقیاس خوش بینی تهیه و تدوین شد (۲۲). این پرسش نامه ۳۹ سؤال دارد که میزان بهزیستی ذهنی را برآورد می کند و علاوه بر ارائه یک نمره کل برای شاخص بهزیستی ذهنی، دارای چهار خرده مقیاس سرزندگی، اراده، روان رنجوری و استرس/افسردگی است. نمره دهی پرسش نامه براساس طیف لیکرت انجام می گیرد و پاسخ ها در دامنه ای از کاملاً نادرست= ۱ تا کاملاً درست= ۵ نمره گذاری می شود. روایی محتوایی این پرسش نامه با توجه به استفاده از پرسش نامه های معتبر برای گردآوری سؤالات، برپایه تأیید برخی از متخصصان روان شناسی تأیید شده است. مولوی و همکاران در بررسی پایایی پرسش نامه، ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخص هماهنگی درونی کل سؤالات این پرسش نامه را برابر با ۰/۹۶ گزارش کردند. همچنین همبستگی میان زیرمقیاس ها نشان داد، میان سرزندگی و اراده ($r=0/68$) و روان رنجوری و استرس/افسردگی ($r=0/64$) رابطه معنادار وجود دارد (۲۲).

– برنامه درمان شناختی رفتاری: این فرایند درمانی با اقتباس از کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی متعلق به مایکل فری در دوازده جلسه نود دقیقه ای تهیه شد (۲۴). همچنین روایی محتوایی بسته آموزشی مذکور در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان شناسی دارای مدرک دکتری روان شناسی و حداقل ده سال سابقه کار بالینی به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد. در جدول ۱ برنامه درمانی شناختی رفتاری ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی، فراوانی، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در سطح آمار استنباطی نیز به منظور بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف و برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون و نیز پیش فرض همگنی شیب خطوط

3. Questionnaire of Addiction to Mobile-Based Social Networks

1. Ego Identity Status Questionnaire

2. Subjective Well-Being Questionnaire

رگرسیونی با بررسی اثر متقابل گروه-پیش‌آزمون در مدل رگرسیون استفاده شد. درنهایت، آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شد.

جدول ۱. برنامه درمانی شناختی‌رفتاری

جلسه	محتوا
اول	خوشامدگویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیک و شناختی و رفتاری، آشنایی شرکت‌کنندگان با مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه قرارگرفته بین واقعه و واکنش هیجانی و نوشتن آن‌ها در جدول سه‌ستونی رویداد فعال‌ساز (A) و باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C) تکالیف: نوشتن ده نمونه از حوادث بدتر زندگی خود با استفاده از توالی C-B-A
دوم	آشنایی با افکار خودآیند، آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آن‌ها در تفکر خود، شناخت مقاومت‌های احتمالی در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها تکالیف: شناسایی افکار خودآیند و ثبت آن‌ها در برگه C-B-A، دسته‌بندی عقاید و نوشتن بدترین C-B-A روزانه
سوم	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرح‌واره‌ها (باورهای اصلی، طرح‌واره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خودآیند، شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی تکالیف: مرور تکالیف جلسه دوم، تمرین تزریق فکر، ادامه نوشتن C-B-Aهای روزانه، نوشتن پیامدهای رفتاری C-B-Aهای تکمیل‌شده و رسم پیکان عمودی
چهارم	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلات پیش روی اعضای گروه هنگام به‌کار بستن روش پیکان عمودی به‌منظور شناسایی طرح‌واره‌های منفی خود؛ توانا کردن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرح‌واره منفی متداول و قراردادن باورهای خود در این ده طبقه تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش دسته‌بندی باوره
پنجم	دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای منفی، رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی، استفاده از رتبه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی، ادامه ترسیم پیکان عمودی و دسته‌بندی باورها و درجه‌بندی هر باور روی مقیاس واحد ناراحتی ذهنی
ششم	پذیرش موضوع تغییرپذیری باورها و امکان توانایی افراد در تجدیدنظر باورهایشان تکالیف: تکمیل فهرست اصلی باورها و تحلیل عینی باورهای شناسایی‌شده تاکنون
هفتم	درک تفاوت باورها از نظر سودمندی و امکان ارزشیابی آن‌ها براساس معیارهایی تکالیف: شناخت باورهای مشکل‌زای خود و ارزشیابی آن‌ها، تصمیم‌گیری درباره نگهداری یا کنارگذاشتن آن‌ها
هشتم	یادگیری کاربرد تحلیل منطقی درباره باورهای خود تکالیف: تکمیل تحلیل منطقی تمامی طرح‌واره‌های شرطی و قطعی
نهم	دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف تکالیف: تهیه سلسله‌مراتب موقعیت‌های مرتبط با باورهای اصلی، تهیه عبارت‌های مخالف با باورهای منفی خود، یافتن باورهای مخالف خود، تهیه کارتی به‌صورت باورهای اصلی نوشته‌شده در یک طرف آن و باورهای منفی نوشته‌شده در طرف دیگر آن
دهم	توجه به دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازدارنی قشری اختیاری تکالیف: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش تغییر ادراکی به‌وسیله ارائه تصاویر مبهم و تمرین آن، تمرین بازدارنی قشری و انجام روزانه بازدارنی قشری یا تغییر ادراکی
یازدهم	یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداش دهی تکالیف: مرور تکالیف جلسه قبل، تمرین روش تنبیه خود و خودپاداش دهی برای تغییر تفکر، مرور باورهای مخالف، تمرین خیال‌پردازی
دوازدهم	بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره برنامه درمانی

۳ یافته‌ها

نشان می‌دهد، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در خرده‌مقیاس‌های هر دو متغیر منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی کاهش یا افزایش یافت؛ اما در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نشد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف و لون استفاده شد. آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان داد، فرض نرمالیتی رد نشد

براساس ویژگی‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش، در مجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) در پژوهش شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه آزمایش $31/5 \pm 4/2$ سال و میانگین و انحراف معیار سنی افراد گروه گواه $29/4 \pm 3/8$ سال بود.

در جدول ۲ میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و گواه قبل و بعد از اجرای درمان شناختی‌رفتاری آورده شده است. همان‌گونه که جدول ۲

همپراش، از نمودار پراکنش متغیر همپراش درمقابل متغیر وابسته برای هر کدام از گروه‌های گواه و آزمایش استفاده شد. باتوجه به اینکه رابطه بین متغیرهای همپراش و وابسته برای هر کدام از گروه‌های گواه و آزمایشی خطی بود، می‌توان گفت که مفروضه رابطه خطی بودن برقرار بود. باتوجه به یافته‌های مذکور، استفاده از این آزمون مجاز بود.

($p > 0/05$). در بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p > 0/05$). همگنی شیب‌های خط رگرسیون برای متغیرهای منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی معنادار نشد ($p > 0/05$)؛ ازاین‌رو مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای پژوهش محقق شد. برای بررسی مفروضه خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	خرده‌مقیاس	گروه	پس‌آزمون		پیش‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هویت‌یافته		گواه	۲۱/۴	۴/۱	۲۲/۷	۴/۳
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۴/۷	۴/۵	۳۱/۷	۴/۷
بحران‌زدگی		گواه	۲۸/۹	۵/۳	۲۷/۷	۵/۱
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۷/۳	۴/۵	۱۸/۷	۴/۱
دنباله‌روی		گواه	۲۵/۷	۴/۳	۲۵/۴	۴/۴
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۵/۸	۴/۲	۱۷/۸	۴/۳
سردرگمی		گواه	۲۹/۵	۵/۶	۳۱/۴	۵/۲
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۹/۵	۵/۶	۱۹/۴	۴/۸
سرزندگی		گواه	۳۱/۴	۵/۴	۳۲/۷	۵/۶
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۶/۸	۶/۴	۳۵/۶	۶/۴
اراده		گواه	۲۸/۱	۶/۴	۲۸/۴	۶/۱
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۷/۳	۶/۱	۳۳/۴	۶/۵
بهزیستی ذهنی	روان‌رنجوری	گواه	۳۲/۸	۶/۷	۳۳/۹	۶/۳
		درمان شناختی‌رفتاری	۳۳/۸	۶/۵	۲۵/۷	۵/۸
استرس/افسردگی		گواه	۲۴/۳	۵/۲	۲۷/۵	۵/۴
		درمان شناختی‌رفتاری	۲۴/۴	۵/۴	۱۹/۶	۴/۵

باتوجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، گروه مداخله با گروه گواه حداقل در یکی از خرده‌مقیاس‌های مطالعه‌شده تفاوت معناداری داشت ($p < 0/05$). به‌منظور پی‌بردن به اینکه تفاوت در کدام

رفت (جدول ۳).
 خرده‌مقیاس‌ها وجود داشت، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیرهای منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی

متغیر	خرده‌مقیاس	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
منزلت هویت من	هویت‌یافته	۱/۴	۰/۲۳۱	۰/۰۷۶
	بحران‌زدگی	۱۰/۱	۰/۰۰۵	۰/۳۶
	دنباله‌روی	۱۸/۷	< ۰/۰۰۱	۰/۵۱
	سردرگمی	۰/۶۳	۰/۴۳۴	۰/۰۳۴
بهزیستی ذهنی	سرزندگی	۵/۸	۰/۰۲۴	۰/۲۴
	اراده	۱۰/۳	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵
	روان‌رنجوری	۱۰/۹	۰/۰۰۴	۰/۳۷
	استرس/افسردگی	۰/۰۱	۰/۹۲۶	۰/۰۱۰

روان‌رنجوری ($p = 0/004$) بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی بود.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای هر یک از متغیرهای منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی نشان داد، در خرده‌مقیاس‌های منزلت هویت من شامل بحران‌زدگی ($p = 0/005$) و دنباله‌روی ($p < 0/001$) بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی ذهنی شامل سرزندگی ($p = 0/024$) و اراده ($p < 0/001$) و

نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد، درمان شناختی رفتاری موجب بهبود نمرات منزلت هویت من و بهزیستی ذهنی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. نتایج این پژوهش با پژوهش زارع گل‌چشمه و زارع پاشایی همسوست. آن‌ها به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اعتیاد به اینترنت در سی دانشجوی پسر معتاد به اینترنت مقطع کارشناسی دانشگاه دولتی شهرستان گنبد کاووس پرداختند. مشخص شد، درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری در درمان اعتیاد به اینترنت تأثیر دارد (۲۵). همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش صادق‌زاده و همکاران همسوست. آن‌ها اثربخشی بسته تلفیقی درمان شناختی رفتاری و آموزش مبتنی بر فراشناخت را در کاهش وابستگی به شبکه‌های اجتماعی مجازی بررسی کردند. صادق‌زاده و همکاران دریافتند، گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه میانگین نمرات کمتری در مقیاس وابستگی به شبکه‌های اجتماعی کسب کرده که این تفاوت معنادار است (۲۶).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود بهزیستی ذهنی می‌توان گفت، با توجه به اینکه پیروان رویکرد شناختی رفتاری اعتقاد دارند، وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال کند و به دنبال آن روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر شود، درمان شناختی رفتاری با تقویت تفکر خودکارآمد و کاهش منفی‌نگری، به افزایش موفقیت و بهبود شاخص‌های بهزیستی کمک می‌کند. پرستاران با کاربرد درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کنند تا با توجه به توانایی‌ها و کارآمدی خود، نگرستن به طرف روشن قضایا و برداشت مناسب از استرس، در مقابل آسیب‌های ادراک شده، راهبردهای مؤثرتری را نشان دهند و بتوانند بر موقعیت‌های مخاطره‌آمیز غلبه کنند (۱۷). همچنین افرادی که بهزیستی ذهنی بیشتری دارند، می‌توانند موقعیت‌هایی را انتخاب یا ایجاد کنند که نیازها و ایده‌آل‌های شخصی آن‌ها را دنبال می‌کند. افرادی که سطح بالای این بُعد را دارا هستند، احساس تسلط بر محیط و صلاحیت مدیریت محیطشان را دارند. با توجه به آنچه گفته شد، مشارکت فعال افراد در محیط، عنصری مهم و بااهمیت و بازتاب‌کنش روان‌شناختی مثبت فرد به‌شمار می‌رود (۱۰)؛ بنابراین مراجعان با شرکت در جلسات درمان شناختی رفتاری می‌توانند مدیریت بهتری در چالش‌های پیش رو داشته باشند و محیط و شرایط آن را تا حد امکان دست‌کاری کنند و تغییر دهند یا به عبارتی تسلط خود را بر محیط بهبود بخشند. همچنین درمان شناختی رفتاری با اصلاح خطاهای شناختی، فرد را قادر می‌سازد که بهتر فکر کند، برنامه‌ریزی کند و تصمیم مناسب بگیرد؛ به عبارتی فرد را هدفمندتر می‌کند (۱۸). افراد هدفمند دارای هدف قدرت اراده و قدرت راهیابی برای رسیدن به هدف هستند و معمولاً موانع را تشخیص می‌دهند. هدفمندی در زندگی به مفهوم دارا بودن اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت در زندگی و معنادار شمردن آن‌ها است (۲۷).

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود منزلت هویت من می‌توان گفت، هایز و همکاران مطرح کردند، آموزش‌های روان‌شناختی گروهی با فراهم‌سازی کنترل و تسلط بر خود، مشکلات و ناسازگاری‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و باعث امیدواری به بهبود زندگی می‌شود (۲۸). مشخص شد، برنامه‌های آموزش گروهی

برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و افراد داوطلب غیربیمار سودمند است (۲۹). در پژوهش حاضر می‌توان سه مفروضه اصلی را در مداخله‌های شناختی رفتاری بیان کرد که تبلور نیز آن‌ها را عنوان کرد و عبارت است از: شناخت بر رفتار تأثیرگذار است؛ شناخت قابلیت تغییر و نظارت‌نگری دارد؛ تغییر رفتار به واسطه تغییر شناخت انجام می‌شود (۳۰). درمان شناختی رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای برای جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقعی‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر از طریق افزایش بینش و آگاهی فرد در ادراک ارتباط میان راه‌اندازنده‌های وابسته به موقعیت، شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری مناسب دارد؛ از این رو می‌توان انتظار داشت که به اصلاح و تعدیل مؤلفه‌های شناختی نشخوار ذهنی و به تبع آن اصلاح هیجان‌های منفی و رفتارهای نارسانکنش‌ور و در نهایت شناخت هیجان‌ها و توانمندی‌های خود که از مشخصه‌های اصلی سبک هویت‌یافته است، منتهی شود (۳۰). همچنین درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا با به‌چالش کشیدن باورهای ناسازگار درباره خود، حس انعطاف‌پذیرتر و سازگارتری از خود به‌وجود آورند؛ برای مثال، اشخاص دارای سبک هویت دنباله‌روی، ممکن است باور داشته باشند تنها زمانی می‌توانند شاد باشند که به هدف خاصی دست یابند یا استاندارد خاصی را برآورده کنند. از طریق درمان شناختی رفتاری آن‌ها یاد می‌گیرند که این باورها را شناسایی کنند و به‌چالش بکشند و حس انعطاف‌پذیرتری از خود ایجاد کنند که به طیف وسیع‌تری از تجربیات و احساسات اجازه بروز می‌دهد (۳۱).

برای دستیابی به تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از محدودیت‌های آن اشاره می‌شود. نمونه پژوهش حاضر فقط به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران محدود شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر مانند افرادی که خواهان دریافت خدمات مشاوره نیستند، به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری دردسترس و جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف است.

پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشی با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند کاستی حجم نمونه پژوهش را جبران کند. همچنین از آنجاکه الگوی درمان‌نگری چندبُعدی معنوی، به‌نوعی نخستین نظریه جامع به‌شمار می‌رود که به‌صورت کامل با فرهنگ ایرانی‌اسلامی همخوانی دارد و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است، پیشنهاد می‌شود بر حمایت از این‌گونه نظریات که به افزایش اعتمادبه‌نفس اندیشمندان مشاور و روان‌شناس داخلی در تئوری‌پردازی‌های مرتبط می‌انجامد، تأکید ویژه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان شناختی رفتاری بر بهبود بهزیستی ذهنی و منزلت هویت من در افراد وابسته به شبکه‌های مجازی تأثیر مثبت دارد.

۶ تشکر و قدردانی

دردسترس بودن داده‌ها و مواد داده‌ها و مواد پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و مشاور، کل پژوهش را انجام داده است.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ به علاوه افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

References

1. Foweraker J. Theorizing social movements. London: Pluto Press; 1995.
2. Monge PR, Contractor NS. Theories of communication networks. New York: Oxford University Press; 2002.
3. Kuss D, Griffiths M. Social networking sites and addiction: ten lessons learned. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(3):311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>
4. Lam LT, Peng ZW, Mai JC, Jing J. Factors associated with internet addiction among adolescents. CyberPsychol Behav. 2009;12(5):551–5. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0036>
5. Tosun LP, Lajunen T. Why do young adults develop a passion for internet activities? the associations among personality, revealing “true self” on the internet, and passion for the internet. CyberPsychol Behav. 2009;12(4):401–6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0006>
6. Azizi A, Esmaeli S, Dhghan Manshadi SM. The relationship between internet addiction and anxiety and depression in Jolfa city high school students in 2013. Community Health Journal. 2016;10(1):11–18. [Persian] https://chj.rums.ac.ir/article_45775.html?lang=en
7. Ryff CD, Singer BH, Dienberg Love G. Positive health: connecting well-being with biology. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2004;359(1449):1383–94. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>
8. Brannan ME, Petrie TA. Psychological well-being and the body dissatisfaction–bulimic symptomatology relationship: an examination of moderators. Eat Behav. 2011;12(4):233–41. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.06.002>
9. Luhmann M, Hofmann W, Eid M, Lucas RE. Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. J Pers Soc Psychol. 2012;102(3):592–615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>
10. Ahmadi SZ, Norouzi A, Hamed M. effect of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on subjective well-being in anxious students of universities. Journal of Psychology New Ideas. 2017;1(2):35–44. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-93-en.html>
11. Siqian G, Kai X, Wen H. The study on the relationship between alexithymia and mental health of middle school students. Science of Social Psychology. 2015;5:17.
12. Mansoori Z. Erae va tayeen barazesh model ravabet elli jav atefi khanevade, narasaei hayajani, khodkaramadi, rahbord haye moghabele ba estres va rezayat az zendegi bar amadegi be etiad [Presenting and determining the fit of the causal relationship model of the family's emotional atmosphere, emotional failure, self-efficacy strategies to deal with stress and life satisfaction on readiness for addiction] [Thesis for MSc]. [Kerman, Iran]: Faculty of Literature and Human Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman; 2013. [Persian]
13. Chou C, Lee YH. The moderating effects of internet parenting styles on the relationship between internet parenting behavior, internet expectancy, and internet addiction tendency. Asia-Pacific Edu Res. 2017;26(3–4):137–46. <https://doi.org/10.1007/s40299-017-0334-5>
14. Ghasempour F, Azimi M, Sanagoo A, Mobasseri AA. Investigation of relationship between identity styles and achievement motivation in high school students in the city of Sari. Pajouhan Scientific Journal. 2018;16(2):46–52. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/psj.16.2.46>
15. Abdi Zarrin S, Paixão MP, Panahandeh A. Predicting of academic performance by identity styles and self-efficacy beliefs (personal and collective) in Iranian high school students. World Scientific News. 2017;61(2):182–7.

16. Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao X. Impulse inhibition in people with Internet addiction disorder: electrophysiological evidence from a Go/NoGo study. *Neurosci Lett.* 2010;485(2):138–42. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.09.002>
17. Beheshtiyani M. The study of effectiveness of cognitive behavior therapy on addicted women in six month follow up. *Women's Studies.* 2015;6(11):35–52. [Persian] https://womenstudy.ihcs.ac.ir/article_1526.html?lang=en
18. Jenabi Ghods M, Rahgoi A, Fallahi-Khoshknab M, Nourozi M. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression, stress, anxiety of male to female transsexuals. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing.* 2020;7(1):1–10. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijrn.7.1.1>
19. Mann E, Smith MJ, Hellier J, Balabanovic JA, Hamed H, Grunfeld EA, et al. Cognitive behavioural treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2012;13(3):309–18. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(11\)70364-3](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(11)70364-3)
20. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
21. Bennion LD, Adams GR. A revision of the extended version of the objective measure of ego identity status: an identity instrument for use with late adolescents. *Journal of Adolescent Research.* 1986;1(2):183–97. <https://doi.org/10.1177/074355488612005>
22. Molavi H, Torkan H, Soltani I, Palahang H. Structure standardization, validity and reliability of Subjective Well-being Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology.* 2010;16(3):231–8. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1088-en.html>
23. Rahimi Nezhad A. Psychometric properties of an objective measure of ego identity status in adolescents. *Contemporary Psychology.* 2015;9(2):49–62. [Persian] <http://bjcp.ir/article-1-610-en.html>
24. Frey M. Rahnamaye amali shenakht darmani goroohi [A practical guide to group cognitive therapy]. Mohammadi M, Farnam R. (Persian translator). Tehran: Roshd Publications; 2013. [Persian]
25. Zare Golcheshmeh F, Zare Pashaei S. Tasire darman shenakhti raftari bar kaheshe etiad be internet bar daneshjooyan pesar dore karshenasi daneshga dolati shahrestan Gonbad Kavos [The effect of cognitive behavioral therapy on reducing internet addiction on undergraduate male students of Gonbad Kavos State University]. *Journal of Research in Psychology and Education.* 2020;4(28):15–26. [Persian]
26. Sadeghzadeh R, Ahadi H, Dortaj F, Manshaee G. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognition based learning combination on reducing social network dependency. *Journal of Psychological Science.* 2019;18(78):659–66. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-445-en.html>
27. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719–27. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>
28. Hayes AM, Feldman GC, Goldfried MR. The Change and Growth Experiences Scale: a measure of insight and emotional processing. In: Castonguay LG, Hill C; editors. *Insight in psychotherapy.* Washington: American Psychological Association; 2007, pp. 231-53. <https://doi.org/10.1037/11532-011>
29. Michalak EE, Yatham LN, Wan DD, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry.* 2005;50(2):95–100. <https://doi.org/10.1177/070674370505000204>
30. Taylor RR. *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability.* New York: Springer; 2006.
31. Luyckx K, Klimstra TA, Duriez B, Van Petegem S, Beyers W. Personal identity processes from adolescence through the late 20s: age trends, functionality, and depressive symptoms: identity processes. *Social Development.* 2013;22(4):701–21. <https://doi.org/10.1111/sode.12027>