

Original article

The Prevalence of Dissociative Experiences and its Correlation with Mobile Phone Problematic Use in Iranian University Students

Majid Javadi¹, Mahya Mojahedi^{2*}, Hamid Salehiniya³, Sara Sahranavard⁴

1. Student Research Committee, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Department of Psychiatry, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
4. Social Determinants of Health Research Center, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Article Info.

Received: 15- Apr- 2025

Accepted: 03- May- 2025

Abstract

Background and Aims: Dissociative experiences are significantly associated with certain psychiatric disorders and can lead to decreased quality of life and impairments in education and occupation, particularly in young individuals. On the other hand, given the increasing levels of problematic mobile phone use in young people, the aim of this study was to investigate the prevalence of dissociative experiences and their relationship with problematic mobile phone use among university students.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, a total of 354 students from Birjand University of Medical Sciences participated in the study, in the academic year 2020-2021, and completed demographic data, the Dissociative Experiences Scale-II, and the Mobile Phone Problematic Use Scale. Data analysis was performed using SPSS version 18.

Result: In the present study, the prevalence of dissociative experiences, dissociative amnesia, depersonalization/de-realization, and absorption/imagination was 2.7%, 7.8%, 2.5%, and 4.3%, respectively. The prevalence of dissociative experiences varied among age, field of study, and type of residence. The correlation analysis showed a positive and significant correlation between dissociative experiences and problematic mobile phone use ($r=0.211$, $P=0.001$).

Conclusion: These findings revealed that higher levels of dissociative experiences are strongly associated with problematic use of mobile phone.

Keywords: Dissociative Experiences, Mobile Phone Problematic Use, University Students

* **Corresponding Author:** Mahya Mojahedi, Department of Psychiatry, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. E-mail: mah.mojahedi@gmail.com

How to Cite: Javad. M, Mojahedi M, Salehiniya H, Sahranavard S. The Prevalence of Dissociative Experiences and its Correlation with Mobile Phone Problematic Use in Iranian University Students. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2025;30(2): 106-133.

مقاله پژوهشی

شیوع تجارب تجزیه‌ای و ارتباط آن با استفاده مشکل ساز از تلفن همراه در دانشجویان ایرانی

مجید جوادی^۱، محیا مجاهدی^۲، حمید صالحی‌نیا^۳، سارا صحرانورد^۴

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۳

چکیده

مقدمه و اهداف: تجارب تجزیه‌ای به‌طور قابل توجهی با برخی اختلالات روان‌پزشکی مرتبط است و می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی و اختلال در تحصیل و شغل به‌ویژه در افراد جوان شود. از سوی دیگر، با توجه به افزایش سطوح استفاده مشکل ساز از تلفن همراه در جوانان، هدف این پژوهش بررسی شیوع تجارب تجزیه‌ای و ارتباط آن با استفاده مشکل ساز از تلفن همراه در بین دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها: در مطالعه مقطعی حاضر، تعداد ۳۵۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در مطالعه شرکت و اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس تجارب تجزیه‌ای-II و مقیاس استفاده مشکل ساز از تلفن همراه را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۸ انجام شد.

نتایج: در مطالعه حاضر، شیوع تجارب تجزیه‌ای، فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت و جذب/تخیل در دانشجویان به ترتیب ۲/۷، ۷/۸، ۲/۵ و ۴/۳ درصد بود. شیوع تجارب تجزیه‌ای برحسب سن، رشته تحصیلی و نوع محل سکونت متفاوت بود. تجزیه و تحلیل همبستگی نشان داد که بین تجارب تجزیه و استفاده مشکل ساز از تلفن همراه همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($t = 0/211$ ، $P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان داد که سطوح بالاتر تجارب تجزیه‌ای قویاً با استفاده مشکل ساز از تلفن همراه مرتبط است.

کلیدواژگان: استفاده مشکل ساز از تلفن همراه؛ تجارب تجزیه‌ای؛ دانشجویان

نویسنده مسئول: محیا مجاهدی، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

mah.mojahedi@gmail.com

استناد به مقاله: جوادی مجید، مجاهدی محیا، صالحی‌نیا حمید، صحرانورد سارا، شیوع تجارب تجزیه‌ای و ارتباط آن با استفاده مشکل ساز از تلفن همراه در دانشجویان ایرانی، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، تابستان ۱۴۰۴، دوره ۳۰، شماره ۲، صفحات: ۱۰۶-۱۳۳.

مقدمه

تجزیه پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است که دسته‌بندی-های تشخیصی مختلفی را در برمی گیرد و دربرگیرنده یکپارچگی عملکردهای شناختی مهم مانند هویت، هوشیاری، کنترل حرکتی، حافظه و ادراک است (۱).

به طور کلی چهار نوع تجربه تجزیه‌ای معمولاً توصیف می‌شوند: مسخ شخصیت-مسخ واقعیت، جذب، حواس‌پرتی و فراموشی. مسخ شخصیت شامل احساس عدم ارتباط و جدایی از خود، بدن خود و افراد دیگر است، درحالی که مسخ واقعیت مستلزم احساس جدایی و ادراک تحریف‌شده از محیط است. جذب به درگیری عمیق در یک فعالیت یا خیال‌پردازی درحالی که فرد از محیط اطراف جدا شده است، اشاره دارد. حواس‌پرتی شامل از دست دادن بخش‌هایی از اطلاعات در مورد رویدادها، کشف کارهایی که انجام آن‌ها را به خاطر نمی‌آورد و سردرگمی در مورد خاطرات است. این مورد با مشکلاتی در حفظ تمرکز و توجه همراه است. فراموشی به صورت فراموشی شدید و شکاف حافظه ظاهر می‌شود. این انواع مختلف تجارب تجزیه‌ای، جنبه‌های متمایز این طیف را منعکس می‌کنند و می‌توانند در زمینه‌ها یا اختلالات تجزیه‌ای مختلف ظاهر شوند (۲).

علائم تجزیه‌ای در طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلالات خلقی، روان‌پریشی، اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی مشاهده شده است. شایع‌ترین علائم تجزیه-ای که در بین این اختلالات گزارش شده، مسخ واقعیت و مسخ شخصیت است (۳). از سوی دیگر، تجارب تجزیه‌ای می‌توانند به عنوان پدیده‌های تکرارشونده در جمعیت‌های غیر بالینی بدون نشان دادن شرایط پاتولوژی ظاهر شوند (۲).

علائم تجزیه‌ای ممکن است باعث احساس جدایی از خود، دیگران و محیط اطراف شوند (۴) و همچنین می‌توانند بر عملکرد شناختی تأثیر بگذارند. افراد ممکن است با مشکلاتی در حافظه کاری، یادآوری و توجه پایدار مواجه شوند (۵) که در مجموع می‌تواند منجر به کاهش عملکرد فردی، اجتماعی و تحصیلی گردد. از سوی دیگر، استفاده مشکل‌ساز از تلفن‌های همراه به عنوان یک نگرانی قابل توجه، به‌ویژه در میان دانشجویان دانشگاه ظاهر شده است (۶). دلایل مختلفی در وقوع این پدیده وجود

دارد. ابتدا، در دسترس بودن گسترده اتصال به اینترنت، دسترسی آسان به حجم وسیعی از اطلاعات علمی و غیرعلمی را امکان‌پذیر می‌سازد که منجر به استفاده بیش از حد از تلفن همراه می‌گردد. علاوه بر این، راحتی پیام‌رسانی فوری و توانایی برقراری ارتباط در هر زمان به این مشکل دامن می‌زند. محبوبیت بازی-های موبایلی یا برخی از برنامه‌ها نیز در استفاده بیش از حد از تلفن همراه نقش دارند. درنهایت، پیشروی روزافزون فناوری هوش مصنوعی می‌تواند بیشتر به این استفاده افراطی دامن بزند.

تحقیقات فزاینده‌ای وجود دارند که نشان‌دهنده همبستگی بین استفاده بیش از حد از تلفن همراه و مشکلاتی در سلامت روان دانشجویان از جمله اضطراب (۷)، افسردگی (۸)، اختلالات خواب (۹) و غیره است.

علی‌رغم تأثیر منفی قابل توجه تجارب تجزیه‌ای و استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان، شکاف قابل توجهی در تحقیقات در خصوص بررسی ارتباط بالقوه بین این تجارب و استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه وجود دارد (۱۰).

علاوه بر این تا جایی که ما می‌دانیم، هنوز مطالعه‌ای در مورد ارتباط بین تجارب تجزیه‌ای و استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه در بین دانشجویان ایرانی منتشر نشده است. لذا هدف از این مطالعه بررسی این موضوع در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است که به عنوان یکی از دانشگاه‌های برتر شرق ایران شناخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه مقطعی حاضر در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ و با نمونه-گیری تصادفی طبقه‌ای از چند دانشکده دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد و تعدادی از کلاس‌ها به صورت تصادفی از بین این دانشکده‌ها انتخاب شدند. از میان این کلاس‌ها، ۳ تا ۱۰ دانشجو بر اساس معیارهای ورود و خروج به طور تصادفی برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند که

بندی می‌شود. از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای استفاده می‌کند که از «کاملاً مخالفم» (امتیاز ۱) تا «کاملاً موافقم» (امتیاز ۵) را در برمی‌گیرد. این پرسشنامه دارای حداقل نمره کل ۲۳ و حداکثر نمره کل ۱۱۵ است. افراد بر اساس نمره اکتسابی به سه سطح طبقه‌بندی می‌شوند: سطح خفیف با نمرات بین ۲۳ تا ۴۶، سطح متوسط با نمرات بین ۴۶ تا ۹۲ و سطح شدید با نمرات بالای ۹۲. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش شده است (۱۳).

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۸ انجام گرفت. آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و به صورت فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی گزارش شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای توزیع نرمال ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل آماری از ضریب همبستگی پیرسون با سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۳۵۴ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با میانگین سنی $24/99 \pm 7/8$ سال انجام شد. بر اساس جدول ۱، اکثر شرکت‌کنندگان زن (۵۴/۵٪)، مجرد (۷۳/۲٪)، ساکن خوابگاه (۶۰/۷٪) و در حال تحصیل در رشته پزشکی (۳۷/۶٪) بودند.

در نهایت ۳۵۴ نفر وارد مطالعه شدند. شرکت‌کنندگان، داده‌های جمعیت شناختی، مقیاس تمارب تمزیه‌ای-II و مقیاس استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه را تکمیل کردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل به-عنوان دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، داشتن رضایت آگاهانه، استفاده از تلفن همراه به مدت حداقل یک سال، نداشتن سابقه شناخته شده اختلالات روان‌پزشکی در خود یا بستگان درجه یک بود. معیار خروج نیز دربرگیرنده شرکت‌کنندگانی بود که تمایل به کناره‌گیری از مطالعه داشتند.

اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع سکونت و رشته تحصیلی بود.

ابزارها

مقیاس تمارب تمزیه‌ای-II (DES-ID)

پرسشنامه DES-II یک پرسشنامه معتبر و پایا و که دارای ۲۸ گویه است. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای ارزیابی تمارب تمزیه‌ای (چه در تظاهرات تمزیه‌ای طبیعی و چه در تظاهرات غیرطبیعی) عمل می‌کند (۱۱). در جمعیت ایرانی، نسخه فارسی DES-II به عنوان معیاری معتبر و قابل اعتماد برای ارزیابی تمارب تمزیه‌ای و تمایز بین مؤلفه‌های مختلف اختلالات تمزیه‌ای گزارش شده است (۱۲).

مقیاس استفاده مشکل‌ساز تلفن همراه (MPPUS)

این مقیاس دارای ۲۳ گویه است که در چهار مؤلفه روابط اجتماعی، مدیریت زمان، عملکرد فردی و خودکنترلی طبقه-

جدول ۱. توزیع فراوانی بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد (درصد)
وضعیت تأهل	متاهل 95 (26.8)
	مجرد 259 (73.2)
	مرد 161 (45.5)
جنسیت	زن 193 (54.5)
	بومی 139 (39.3)
نوع سکونت	غیربومی 215 (60.7)
	پزشکی 133 (37.6)
رشته تحصیلی	پرستاری 36 (10.2)
	دندان‌پزشکی 96 (27.1)
	علوم آزمایشگاهی 54 (15.3)
	رادیولوژی 5 (1.4)
	بهداشت 30 (8.5)

اجتماعی کمتری داشتند، به‌طور قابل‌توجهی با کاهش فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و جذب/تخیل به مرتبط بودند. با این حال، کسانی که مدیریت زمان آن‌ها تحت تأثیر استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه قرار می‌گیرد، افزایش قابل‌توجهی در تجارب تجزیه‌ای (فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت و جذب/تخیل) نشان دادند. شرکت-کنندگانی که عملکرد شخصی آن‌ها به دلیل استفاده مشکل-ساز از تلفن همراه مختل شده بود، ارتباط معنی‌داری با افزایش تجارب تجزیه‌ای (فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت و جذب/تخیل) نشان دادند. با این حال، خود مدیریتی هیچ ارتباط معنی‌داری با تجارب تجزیه‌ای نشان نداد.

بر اساس یافته‌های ما، شیوع تجارب تجزیه‌ای، فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت و جذب/تخیل به ترتیب ۲/۷، ۷/۸، ۲/۵ و ۴/۳ درصد بود.

از سوی دیگر، شیوع کلی استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه ۱۵ درصد و شیوع اختلال در عملکرد فردی، مدیریت زمان، خودکنترلی و کناره‌گیری اجتماعی به ترتیب ۱۲/۹، ۱۳/۱، ۷/۵ درصد بود.

مطابق جدول ۲، استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه با افزایش تجارب تجزیه‌ای همبستگی مثبت و معنادار دارد ($r=0.211$, $P<0.001$) در این مطالعه مؤلفه‌های استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه و تجارب تجزیه‌ای باهم مقایسه شدند. افراد با استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه که تعاملات

جدول ۲. ضریب همبستگی تجارب تجزیه‌ای و استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه

متغیرها	عملکرد شخصی	مدیریت زمان	خود-مدیریتی	تعاملات اجتماعی	استفاده مشکل-ساز از تلفن همراه
فراموشی تجزیه‌ای	0.156 (P-value)	۰/۲۴۵ (<0.001)	۰/۰۹۲ (<0.001)	-۰/۲۲۴ (<0.001)	۰/۱۱۴ (<0.001)
مسخ شخصیت/مسخ واقعیت	۰/۱۳۱ (P-value)	۰/۲۴۹ (<0.001)	۰/۰۴۵ (<0.001)	-۰/۳۳۴ (<0.001)	۰/۰۷۶ (<0.001)
جذب/تخیل	۰/۲۲۷ (P-value)	۰/۲۷۲ (<0.001)	۰/۰۸۸ (<0.001)	-۰/۱۰ (<0.001)	۰/۱۹۴ (<0.001)
تجارب تجزیه‌ای	۰/۲۲۳ (P-value)	۰/۳۷۵ (<0.001)	۰/۱۱۱ (<0.001)	-۰/۲۱۸ (<0.001)	۰/۲۱۱ (<0.001)

بحث

بر اساس یافته‌های ما، میزان شیوع تجارب تجزیه‌ای ۲/۷ درصد، فراموشی تجزیه‌ای ۷/۸ درصد، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت ۲/۵ درصد و جذب/تخیل در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۴/۳ درصد بود. یافته‌های مطالعه ما تا حدودی با تحقیقات قبلی انجام‌شده در بین دانشجویان دانشگاه‌هایی که به این موضوع پرداخته بودند متفاوت است. به عنوان مثال، در یک متاآنالیز، گزارش شد که ۱۱/۴ درصد از دانشجویان معیارهای اختلال تجزیه‌ای را برآورده می‌کنند (14) و در مطالعه دیگری که در اکوادور انجام

همچنین بین سن و تجارب تجزیه‌ای همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت ($r=0.159$, $p=0.006$) که نشان می‌دهد با افزایش سن، تجارب تجزیه‌ای نیز افزایش می‌یابد. همین‌طور شرکت‌کنندگان بومی به‌طور معنی‌داری سطوح بالاتری از تجارب تجزیه‌ای را نسبت به افراد غیربومی گزارش کردند ($P=0.001$). مضافاً، تجارب تجزیه‌ای بین رشته‌های مختلف تحصیلی متفاوت بود. به‌طوری‌که رشته رادیولوژی با سطوح پایین‌تری از تجارب تجزیه‌ای و رشته پرستاری با سطوح بالاتری از تجارب تجزیه‌ای همراهی داشتند ($P=0.001$). با این حال، هیچ ارتباط معناداری بین تجارب تجزیه‌ای و جنسیت یا وضعیت تأهل یافت نشد.

شد، ۵/۶ درصد از شرکت‌کنندگان با تجزیه بالینی قابل توجهی همراه بودند (15). این تفاوت‌ها در میزان شیوع ممکن است به عوامل مختلف فرهنگی، قومی و جغرافیایی مرتبط باشد که بر بروز و شیوع تجارب تجزیه‌ای تأثیر می‌گذارد. یافته‌های پژوهش یک همبستگی مثبت و معنی‌دار را بین استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه و تجارب تجزیه‌ای نشان داد که با تعداد محدودی از مطالعاتی که این ارتباط را ارزیابی کرده‌اند همسو است (16). در صورت در نظر گرفتن اعتیاد به اینترنت به عنوان یک عامل مرتبط با استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه، تعداد مطالعات منطبق بر این یافته افزایش می‌یابد (17).

در ارزیابی همبستگی بین مؤلفه‌های علامتی پژوهش متوجه شدیم که تعاملات اجتماعی کمتر به دلیل استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه به طور قابل توجهی با کاهش فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و تجارب کلی تجزیه‌ای مرتبط است. این یافته‌ها، نتایج چندین مطالعه قبلی را که رابطه مخالف را پیشنهاد می‌کردند، به چالش می‌کشد (18). یک توضیح احتمالی برای این تفاوت‌ها این است که تعاملات اجتماعی چهره به چهره و حضوری گاهی اوقات می‌تواند منبع استرس برای افراد باشد. با اجتناب یا کاهش این عوامل استرس‌زای اجتماعی از طریق استفاده از تلفن همراه، افراد ممکن است محرک‌های کمتری را برای علائم تجزیه‌ای تجربه کنند. علاوه بر این، افراد با تمایلات تجزیه‌ای ممکن است فعالانه از موقعیت‌ها یا افرادی که تجارب آسیب‌زا گذشته را به آن‌ها یادآوری می‌کند اجتناب کنند و استفاده از تلفن همراه ممکن است به عنوان وسیله‌ای برای تسهیل این اجتناب عمل نماید.

از سوی دیگر در پژوهش حاضر، اختلال در مدیریت زمان و عملکرد شخصی به دلیل استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه، افزایش قابل توجهی را در تجارب تجزیه‌ای، از جمله فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت/مسخ واقعیت و جذب/تخیل نشان داد. این موارد می‌تواند ناشی از این امر باشد که استفاده افراطی از تلفن همراه با فشار زمان و انباشتگی وظایف نیازمند توجه توأم شده، برنامه‌های روزمره را مختل کرده، مانع از تکمیل کارهای روزانه شده و باعث اختلال در خودآگاهی و

خود-واکنشی فرد می‌شود. از طرفی استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه با علائم حاشیه‌ای نظیر مشکل در خواب می‌تواند منجر به افزایش پریشانی ذهنی و مستعد کردن افراد به تحریفات شناختی در حوزه توجه، حافظه کاری گردد و در نتیجه با افزایش تجارب تجزیه‌ای همراه گردد. (5).

در مقابل، یافته‌های پژوهش ارتباط معنی‌داری را بین کاهش در خود-مدیریتی به دلیل استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه و تجارب تجزیه‌ای نشان نداد. علی‌رغم این که ما نتوانستیم مطالعه‌ای در این خصوص بیابیم اما شایان ذکر است که ماهیت چندوجهی و پیچیده خود-مدیریتی شامل ابعاد متعددی مانند خود-برنامه‌ریزی، خود-شناسی، خود-آموزی، خود-کنترلی و مدیریت خود-بین فردی است (19). ابعاد گسترده و برهم‌کنش چندوجهی این جنبه‌های مختلف ممکن است به طور بالقوه به یک ارتباط خنثی کننده بین خود-مدیریتی و تجارب تجزیه‌ای بیانجامد.

با این حال، هنوز مشخص نیست که آیا افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای تمایل بیشتری به استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه به عنوان مکانیسم دفاعی و به کارگیری استراتژی‌های واپس‌گرایانه و سرکوبگر دارند یا این که استفاده بیش‌ازحد از تلفن همراه خود منجر به حواس‌پرتی و تغییر در وضعیت هوشیاری و در نتیجه مستعد شدن کاربران به تجارب تجزیه‌ای می‌گردد.

علاوه بر آن، در پژوهش حاضر، هیچ ارتباط معنی‌داری بین تجارب تجزیه‌ای و جنسیت یافت نشد. یک مطالعه، مطابق با یافته‌های ما، تفاوت معناداری را در آسیب‌شناسی روانی تجزیه‌ای بر اساس جنسیت گزارش نکرد (20). همچنین بین تجارب تجزیه‌ای و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه‌ای در این زمینه مطابقت داشت (21).

بعلاوه، نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش سن، تجارب تجزیه‌ای نیز افزایش می‌یابد که با یک مطالعه سازگار بود (22). با این حال، این یافته با برخی تحقیقات گزارش کننده کاهش تجارب تجزیه‌ای با افزایش سن، ناهمخوان است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای بر روی جمعیت ژاپن نشان داد که بالاترین امتیاز DES در گروه‌های سنی ۱۸-۱۹ و ۲۰-۲۹



یافته‌ها بر اهمیت پرداختن به سوءاستفاده فزاینده و مشکل- ساز از تلفن همراه تأکید می‌کند، چراکه تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت روان دانشجویان دارد و به‌طور بالقوه به‌واسطه همبستگی با علائمی نظیر تجارب تجزیه‌ای می‌تواند به اختلالات فردی، بین فردی و تحصیلی دامن بزند؛ بنابراین، اقدامات و مداخلات پیشگیرانه من جمله آگاهی‌بخشی برای کاهش تأثیر منفی سوءاستفاده از تلفن همراه جهت ارتقای سلامت روانی دانشجویان ضروری است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه افراد و شرکت‌کنندگانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، سپاس‌گزاری می‌کنند. همچنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند برای حمایت از این مطالعه قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تعارض منافی ندارند.

شناسه اخلاقی

این مطالعه با کد IR.BUMS.REC.1400.105 توسط کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تأیید شده است.

هزینه مالی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه پزشکی عمومی است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند حمایت‌شده است.

سال مشاهده شد، در حال که کمترین امتیاز در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال مشاهده شد (۲۳). با این حال، مهم است که توجه داشته باشیم که این اختلاف ممکن است به میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ($24/99 \pm 7/8$) قابل انتساب باشد. امری که نشان می‌دهد مطالعه ما بر همراهی افزایش سن با تجارب تجزیه‌ای در بزرگسالان جوان متمرکز است و آن را با جمعیت مسن‌تر مقایسه نمی‌کند.

علاوه بر این، شرکت‌کنندگان بومی به‌طور قابل‌توجهی سطوح بالاتری از تجارب تجزیه‌ای را در مقایسه با شرکت‌کنندگان غیربومی گزارش کردند. این مشاهدات را می‌توان با مطالعاتی توضیح داد که نشان‌دهنده ارتباط بین پیشینه فرهنگی و تجارب تجزیه‌ای هستند (۲۴).

در پژوهش حاضر، با توجه به رشته‌های مختلف مطالعاتی، افراد تحصیل‌کننده در رشته رادیولوژی سطوح پایین‌تری از تجارب تجزیه‌ای را نشان دادند، درحالی‌که دانشجویان تحصیل‌کننده در رشته پرستاری سطوح بالاتری از تجارب تجزیه‌ای را نشان دادند. ما نتوانستیم تا زمان نگارش این مقاله، مطالعه‌ای را در این خصوص بیابیم؛ اما این یافته می‌تواند ناشی از حیطه‌های متمایز این دو حوزه مراقبت‌های بهداشتی باشد. به قسمی که در حیطه پرستاری، تأثیر حجم کار فشرده، نوبت‌های شب که روند خواب را مختل می‌کند، قرار گرفتن بیشتر در معرض بیماران بدحال و شدیداً ناخوش در محل کار و در نتیجه سطوح بالقوه بالاتر تنش ممکن است به سطوح بالاتر تجارب تجزیه‌ای بیانجامد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین تجارب تجزیه‌ای و استفاده مشکل‌ساز از تلفن همراه در میان نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این



References

- [1]. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
- [2]. Faustino B, Pilkington P, Pascoal PM. Dialectical Core Schemas Mediate the Relationships Between Dissociative Experiences and Symptomatology in a Community Sample. *Psychological Reports*. 2023;00332941231175065.
- [3]. Lotfinia S, Soorgi Z, Mertens Y, Daniels J. Structural and functional brain alterations in psychiatric patients with dissociative experiences: A systematic review of magnetic resonance imaging studies. *Journal of Psychiatric Research*. 2020;128:5-15.
- [4]. Brown RJ. Dissociation and functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:85-94.
- [5]. Ranjan R, Mehta M, Sagar R, Sarkar S. Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *J Neurosci Rural Pract*. 2016;7(2):238-43.
- [6]. Mei S, Hu Y, Wu X, Cao R, Kong Y, Zhang L, et al. Health risks of mobile phone addiction among college students in China. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2023;21(4):2650-65.
- [7]. Hashemi S, Ghazanfari F, Ebrahimzadeh F, Ghavi S, Badrizadeh A. Investigate the relationship between cell-phone over-use scale with depression, anxiety and stress among university students. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):755.
- [8]. Hu H, Yang X, Mo PK, Zhao C, Kuang B, Zhang G, Lin G. How mobile phone addiction is associated with suicidal ideation in university students in China: Roles of depression and online social support. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:1001280.
- [9]. Elahi F, Mojahedi M, Salehiniya H, Raeisoon MR. Prevalence of sleep disturbances and its relationship with mobile phone overuse among an Iranian sample of students: a necessity for attention. *Middle East Current Psychiatry*. 2023;30(1):83.
- [10]. De Pasquale C, Sciacca F, Conti D, Dinaro C, Di Nuovo S. Personality and dissociative experiences in smartphone users. *Life Span and Disability*. 2019.
- [11]. Arzoumanian MA, Verbeck EG, Estrellado JE, Thompson KJ, Dahlin K, Hennrich EJ, et al. Psychometrics of Three Dissociation Scales: Reliability and Validity Data on the DESR, DES-II, and DESC. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;24(2):214-28.
- [12]. Ghaffarinejad A, Sattari N, Raaii F, Arjmand S. Validity and reliability of a Persian version of the Dissociative Experiences Scale II (DES-II) on Iranian patients diagnosed with schizophrenia and mood disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020;21(3):293-304.
- [13]. Khajeahmadi M, Pooladi S, Bahreini M. Design and assessment of psychometric properties of the addiction to mobile questionnaire based on social networks. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;4(4):43-51.
- [14]. Kate M-A, Hopwood T, Jamieson G. The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020;21(1):16-61.
- [15]. Eckhardt A, Zambrano EA, Nilsson D. Traumatic experiences and dissociation in a non-clinical group of university students in Ecuador: a cross-sectional study. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 2018;30(3):191-202.
- [16]. De Pasquale C, Sciacca F, Hichy Z. Smartphone addiction and dissociative experience: An investigation in Italian adolescents aged between 14 and 19 years. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*. 2015;1(2):1-4.
- [17]. Tambelli R, Ballarotto G. Problematic Internet Use In Adolescence: A Study On Dissociative Experiences. *European Proceedings of Health*.
- [18]. Ciaunica A, McEllin L, Kiverstein J, Gallese V, Hohwy J, Woźniak M. Zoomed out: digital media use and depersonalization experiences during the COVID-19 lockdown. *Scientific reports*. 2022;12(1):3888.
- [19]. 19. Xiaolong T, Qiaoran W, Junchen H, editors. The empirical research on the dimensional structure of employee's self-management. 2014 IEEE International Conference on Granular Computing (GrC); 2014: IEEE.
- [20]. Spitzer C, Klauer T, Grabe H-J, Lucht M, Stieglitz R-D, Schneider W, Freyberger HJ. Gender differences in dissociation: A dimensional approach. *Psychopathology*. 2003;36(2):65-70.
- [21]. Firoozabadi A, Razeghian Jahromi L, Yaghmaie S. Prevalence of Dissociative Experiences in Those Referred to Emergency Psychiatric Centers After Attempting Suicide. *Hospital Practices and Research*. 2018;3(1):22-7.
- [22]. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*. 1997;9(4):855-79.

- [23]. Wang B, Kuroki T. Association between negatively perceived parenting attitudes and dissociation: a cross-sectional study on the general population in Japan. *Front Psychol.* 2023;14:1235447.
- [24]. Laria AJ, Lewis-Fernández R. The professional fragmentation of experience in the study of dissociation, somatization, and culture. *Journal of trauma & dissociation.* 2001;2(3):17-46