کلاً متون خیلی نیاز به ویرایش و روان سازی دارد .لذا مجددا بین بچه ها توزیع کرده و بگوئی برای اینکه از حداقل یکبار هم که شده متن خودشان را مطالعه کرده و طوری ویرایش کنند که خودشان بفهمند. (واضح و روشن ) باشد. زحمت کشیده یکبار تا اخر متن را نگاه کنید برای یک عده ایکه رسیدم با رنگ مشکلات را مشخص کردم که البته این برای همه است از جمله متن خود شما ، که انرا را پیدا نکردم.

فهرست

1. رژین یادگاری ................................................................................(6-1)
2. پرهام صادقی.............................................................................. (13-7)
3. ساناز صفری............................................................................. (24-14)
4. مینا علی مردانی ........................................................................(38-25)
5. پانیز فرشی................................................................................ (46-39)
6. فریده حسرانی.......................................................................... (56-47)
7. بهاره قطروئی .............................................................................(65-57)
8. الناز گودرزی............................................................................ (73-66)
9. نیلوفر محبیان........................................................................... (90-74)
10. حمیدرضا محمودی................................................... (100-91)
11. نگار مسیحی............................................................. (112-101)
12. اردلان اخوان............................................................. (124-113)
13. مهتاب بابایی ...............................................................(136-125)
14. یگانه بازرگان............................................................. (142-137)
15. دانیال حسینی............................................................ (151-144)
16. پگاه خلجیان............................................................... (164-152)
17. امیرعلی سبزعلیان..................................................... (178-165)

فناوری مثبت

بخش اول :‌گفتار نویسنده

فناوری مثبت متمرکز بر کاربردتکنولوژی به منظور بهبود کیفیت تجارب شخصی ، ارائه راهکارهای تغییر یا توسعه ابعاد مختلف ، در برگیرنده و ایجاد انگیزه و فعالیت حین اجرای فرآیند است.

کاربردابزارها و راهکارهای مثبت سبب گسترش سیستم های سلامتی ماورای مراحل گذشته پزشکان و بیمارستان های می شود . بدینوسیله ما می توانیم فناوری های شبیه سازی پیشرفته ای همچون واقعیت های مجازی و شبکه های کنترل شده همکاران را بوجود آوریم که مشتمل بر ویژگی های اینترنتی (‌همچون وبلاگ ،‌شبکه های اجتماعی و غیره )‌می شود و همین موارد اساس فعالیت های قرن (21) ‌است .

**در جستجوی دوران کهنسالی فعال و سالم : روانشناسی اینترنتی چه خدماتی را می تواند ارائه دهد ؟**

**مال کدام دانشجو می باشد؟**

چکیده :‌

کمیسیون اروپا مساله کهنسالی فعال و سالم را به عنوان چالشی می داند که در تمام کشورهای اروپایی قابل مشاهده است . این موضوع مستلزم پتانسیل قابل ملاحظه اروپا به منظور جهت دهی فعالیت ها به سمت پاسخ های خلاقانه و نوآورانه است و بدینصورت کمیته اروپا پیگیر فعالیت نوآورانه مشترکی در رابطه با سن کهنسالی فعال و مناسب است . روانشناسی اینترنتی ، می تواند چه خدماتی را ارائه دهد ؟ پس از توضیح ویژگی های اصلی روانشناسی اینترنتی ،‌مقاله کنونی توسط فعالیت مشترک بیماران و فناوری های مثبت به بررسی نکات کلیدی خواهد پرداخت که فناوری مدرن بطور مرتب نقش مراقبت و همیاری را ایفا می کند و موجب می شود تا افراد مسن زندگی نرمال ،‌ شادتر و فعالی را تجربه کنند .

کلید واژه ها :‌

***فعالیت درمانی افراد ،‌همکاری بیمار ،‌فناوری های درمانی ،‌فناوری مثبت ،‌کهنسالی راحت تر***

**کمیته مشترک فعالیت های اروپا در رابطه با مسائل کهنسالی سالم تر و فعال تر:**

**کمیسیون اروپا مساله کهنسالی فعال و سالم را به عنوان چالشی می داند که در تمام کشورهای اروپایی قابل مشاهده است و مستلزم پتانسیل قابل ملاحظه اروپا به منظور جهت دهی فعالیت ها به سمت پاسخ های خلاقانه و نوآورانه است . بدین منظور کمیته اروپا بدنبال فعالیت های نوآورانه مشترکی مرتبط با مساله کهنسالی فعال و مناسب است .**

**همچنین آنها به دنبال افزایش طول عمر شهروندان اروپایی به مدت (2) سال تا سال (2020)‌ هستند . هدف آنها در برگیرنده رقابت (3) جانبه ای است که شامل بهبود کیفیت درمانی افراد کهنسال ،‌ کارآمدی و حفظ نظام های مراقبتی و بوجود آوردن فرصت های رشد برای تجارت است . بطور اختصاصی برنامه اجرای راهکارها که در نوامبر(2011)‌ توسط گروه مشترک به کار گرفته شد حول (3) نکته اصلی بود : جلوگیری ،‌ نظارت و تشخیص اولیه ؛‌ مراقبت و درمان و‌حیات مستقل و کهنسالی فعال ؛‌ در هرکدام از این موارد تعداد محدودی از اقدامات اختصاصی ذیل را می توان یافت :**

**جدول (1)‌ اهداف اصلی مرکز مشترک سلامتی و درمان افراد کهنسال اروپا**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اقدامات بخصوص | زمینه های اقدامات اولیه | اهداف |
| بررسی راهکارهای نوآوری به منظور حصول اطمینان از درمان و سلامتی در سطح منطقه ای | **آموزش سلامت ،‌ توانمند سازی بیماران ،‌برنامه های رعایت اخلاقیات ،‌استفاده از ابزار و خدمات پیشرفته** | **جلوگیری نظارت و تشخیص اولیه** |
| جستجوی راهکارهای جدید به منظور مدیریت سلامت افراد و جلوگیری از افتادن | **مدیریت شخصی درمان** |  |
| کمک به جلو گیری از ضعف و ناتوانی عملکردی | **پیشگیری و تشخیص اولیه ضعف عملکرد افراد مسن (‌جسمی و شناختی )** |  |
| بهبود مدلهای درون سیستمی مراقبت برای بیماریهای مزمن از طریق استفاده از نظارت راه دور در سطح منطقه ای | **ایجاد زیر ساخت ها و کاربری نظام های مراقبتی موفق که بر اساس ابزار و خدمات نو هستند** | **مراقبت و درمان** |
| توسعه راهکارهای رایانه ای به منظور کمک به استقلال و فعالیت طولانی افراد | **گسترش زندگی فعال و مستقل از طریق راهکارهای آشکار و شخصی** | **کهنسالی فعال و زندگی مستقل** |
| بهبود نوآوری ها برای سازگاری با سن افراد و ساختمان ها ،‌شهرها و محیط های قابل دسترس | **تجارتهای تخصصی :‌نوآوری در زمینه بناها ‌شهرها و محیط های سازگار با سن افراد** | **موضوعات آینده** |

به محض فعالیت کمیسیون اروپا در رابطه با برنامه اجرای راه کارها از تمامی بخشهای مختلف دعوت بعمل آمد تا تعهد خود را ایجاد کنند که در بر گیرنده دانشگاه ها ،‌ گروه های تحقیقی ،‌ مقالات دولتی فعالان سلامت ،‌ سازمان های صنعتی و غیر دولتی که نماینده مردم بودند ،‌افراد و بیماران کهنسال و اشخاص دیگر بود . علاوه بر دعوت این گروه ها به سوی تعهد ،‌ شش گروه اجرایی نیز تشکیل شد :

برنامه اجرایی ***(A1)***:

***اقدامات مرتبط با نسخه بیماران در سطح منطقه ای ،‌ اطمینان از پیگیری بیماران نسبت به نسخه*** ***های در مانی خود :***روش های مدرن به منظور پیگیری نسخه های بیماران مزمن در حداقل (30) ‌منطقه اروپا امروزه تنها (25٪)‌ از افراد مسن که مبتلا به بیماری های مزمن (‌همچون قلبی ،‌تنفسی یا ترکیبی از آن دو ) ‌هستند داروهای خود را در زمان درست آن مصرف می نمایند .پس روش پیگیری سودمندی می تواند شرایط آنان بطور گسترده تغییر داده و از وخیم شدن اوضاع جلوگیری کند .

برنامه اجرایی ***(A2)***:

***جلو گیری از افتادن : برنامه های بررسی میزان افتادن کهنسال و تشخیص اولیه در حداقل (10) کشور اروپایی تا سال (2015)‌ :***

افراد مسن دیر یا زود در معرض افتادن قرار می گیرند . نظارت از راه دور می تواند به سرعت مسئله را شناسایی و یا حتی از آن جلوگیری کند . کهنسالان می توانند از طریق رعایت مواردی و فعال بودن از افتادن جلوگیری و در صورت وقوع سریعا به حالت اولیه باز گردند .

برنامه اجرایی ***(A3)***:

***جلوگیری از ضعف و سستی عملکرد :*** برنامه جلوگیری از ضعف و سستی عملکرد میان کهنسالان تا سال (2015)‌ در حدود (1000)‌ فعال بهداشت و درمان را به خدمت خواهد گرفت . اگر افراد مسن رژیم غذایی سالم و فعالی را ادامه دهند می توانند به طور مستقل در منزل خود عمر طولانی داشته باشند .

برنامه اجرایی ***(B3)***:

***مراقبت درون سیستمی :*** برنامه مدیریت بیماری های مزمن و مراقبت های درون سیستمی که در حال توسعه آن در (20) منطقه هستیم ،‌ سبب برطرف کردن نیاز افراد مسن و افزایش کارآمدی شبکه می شود . اشخاص مبتلا به بیماری های مزمن و گوناگون توسط کاربری نظارت از راه دور دیگر لازم نیست تا به صورت حضوری به پزشکان ، ‌بیمارستان یا سازمان های بهداشت مراجعه کنند بلکه می توانند بطور اتو ماتیک نظارت را در اختیار بگیرند و گزینه های مناسب را نسبت به اوضاع و شرایط خود انتخاب کنند

برنامه اجرایی ***(C2)***:

***زندگی مستقل :‌*** این برنامه در نظر دارد تا راهکارهای کاربردی برای زندگی فردی بوجود آورد که افراد مسن را قادر به زندگی مستقل توسط برنامه ریزی رویدادهای اجتماعی ،‌ عملکردهای اطمینان بخش و انواع خدمات خانگی می کند این افراد می توانند از مجموعه وسیعی از نرم افزارهای کامپیوتری به منظور جلوگیری از تنهایی ،‌ گوشه نشینی و یا رفتن به خانه سالمندان جلوگیری کند ،‌ولی این در صورتی است که نرم افزارها قابل کاربری ، ‌نصب آسان و سازگار با سن آنان باشند .

برنامه اجرایی ***(D4)***:

***محیط سازگار با سن افراد :‌*** برنامه مورد نظر به دنبال اجرای راهکارهای مدرن و سازگار با سن افراد در سطوح منطقه ای و محلی است و همزمان در پی نوآوری های فیزیکی و یا محیطی از جمله کامپیوتر در کنار ایجاد کمپنهایی برای ایجاد مراکز مشخص در شهرهای اصلی ،‌ مناطق و شهرداری هاست . شهرها ،‌ روستا ها و اماکن عمومی بایستی نسبت به نیاز افراد مسن تغییر یایند از این جمله می توان مکان های استراحت ،‌دسترسی آسان به ساختمان ها و فضاهای امن عمومی را نام برد . بدین منظور بایستی روش نظام مندی را بخدمت گرفت تا از گوشه نشینی کهنسالان جلوگیری کند .

***امتیازات روانشناسی اینترنتی برای دوران کهنسالی فعال و سالم :***

روانشناسی به طور سنتی بر اساس تعاملات رو در رویی بوده که در برگیرنده زبان های کلامی و غیر کلامی بدون استفاده از هیچ گونه فناوری خاصی بوده با این حال پدیدار شدن فناوری هایی همچون اینترنت ابزارهای موبایل ، واقعیت های مجازی در حال دگرگونی ساختارهای قدیمی است . به این دلیل که در دسترس بودن چنین فناوری هایی موجب گسترش درمان بیماران می شود . روانشناسان تمایل بر وارد کردن نوآوری های جدید به حیطه درمان و تحقیق دارند . روانشناسی اینترنتی شاخه جدیدی از روانشناسی است که در تلاش برحمایت از فرآیندهای فوق الذکر است و هدف آن درک ،‌ پیش بینی و کاربری فرآیندهای مختلف تغییر به منظور استفاده نوآوری های جدید است .

در میان چنین گستره وسیعی ، روانشناسی اینترنتی دو هدف را دنبال می کند ؛ از یک طرف سعی بر درک چگونگی انطباق فناوری ها با خدمات کلینیکی دارند و از طرف دیگر تمرکز خود را بر استفاده فناوری به منظور بهبود و پیشرفت افراد قرار داده است . نکته ای که در این اهداف مشترک است همکاری نام دارد تعهد و حضور ذهنی در اقدامات تعاملی فناوری .

اولین نکته مورد اهمیت روانشناسی اینترنتی همکاری بیمار است : چنین فناوری در جایگاهی مناسب می تواند همکاری بیمار را بررسی ،‌اعمال و بهبود بخشد . تمایلات مدیریتی و اکاد میک در همکاری بیماران بطور روزمره در حال رشد بوده و بصورت اجبار بایستی توسط محققان ، صنایع و سیاستمداران حوزه سلامت بخدمت گرفته شود : ازاول فوریه تا (30)‌ می (2013) ، ‌بیش از (100/29 ) لینک جدیداینترنتی با کلمات همکاری اینترنتی در موتور جستجوی گوگل پدیدار شد . وزارت بهداشت و خدمات درمانی آمریکا به تازگی دومین الویت از پنج الویت اهداف خود را بهبود شناسایی در مان و شرایط مشابه قرار داده و بدینوسیله می توانند نقش فعالی را در سلامت افراد ایفا کنند .

همانطور که در مقاله بعدی ( فناوری مثبت نیروی محرک همکاری بیماران )‌ بحث خواهیم کرد ،‌ می توان همکاری بیمار را به عنوان تجربه ای دانست که حاصل ترکیبی از احساسات ،‌ شناخت و وابستگی قلبی افراد به مسائل درمانی خود است . عدم وجود همکاری میان این سه جنبه سبب جلوگیری از همکاری کلی بیمار شده و مزایای برنامه سلامتی را محدود می کند .

بدین منظور ممکن است فناوری را ه کاری ارائه دهد . فناوری مثبت متمرکز بر کاربرد تکنولوژی به منظور بهبود کیفیت تجارب شخصی ، ‌ارائه راه کارهای تغییر یا توسعه ابعاد مختلف و ایجاد انگیزه و فعالیت حین اجرای فرآیند است .

چنین تغییر از تمرکز بر بیماری به سمت مدل شهروندی یا ارباب رجوعی که بر اساس همکاری بیمار در مدیریت مراقبت توسط فناوری است همچنین موجب بهره مندی افرا مسنی می شود که قابلیت حرکت یا دریافت خدمات مناسب از پزشکان یا بیمارستان را ندارند . علاوه بر این چنین تغییراتی باعث توسعه نوآوری ها با خدمات و مراقبت ویژه بیشتر کهنسالان ،‌ زندگی طولانی تر و شاد تر و بهره مندی جامعه ها می شوند .

فناوری مثبت نیروی محرک همکاری بهداشتی و درمانی :

چکیده :‌

علیرغم اینکه کهنسالان نسبت به گذشته سالم تر هستند ،‌ افزایش جمعیت آنان نشان دهنده افزایش شدت و ریسک بیماری های مزمن نیز هست . نظام های سلامتی دارای منابع کم بایستی هزینه های بالای درمانی را بپردازند که امکان دارد از اختصاص اعتبارات کم بوجود آمده باشد ؛ خود سازمان های بهداشتی بایستی انبوهی از بیماران را پذیرا باشند که نیازمند حضور آنها در تمامی مراحل درمان و سلامتی است . پیشرفت های فناوری ممکن است نقش مهمی را در مدیریت سلامت بیماران ایفا کنند اما بایستی نسبت به احتیاجات و انتظارات بیماران طراحی و ساخته شوند . تحقیقات پزشکی بیش از پیش خواستار مطالعاتی است که همکاری بیمار را به عنوان مسئله مهم در سلامت و بهبود بیمار تلقی می کند این مساله سبب بالا رفتن کیفیت زندگی افراد و د ستیابی به سلامت روانی عمومی می شود . بنابراین نوآوری های مثبت فناوری می تواند بر همکاری بیماران تاثیر گذار باشد و جوامع را قدرتمند تر سازد ( مساله ای که در ادامه به آن خواهیم پرداخت )‌ .

کلید واژه ها :‌

***همکاری درمانی افراد ،‌ همکاری بیماران ،‌ فناوری های درمانی ،‌ فناوری مثبت ، سلامتی***

پیش زمینه :‌

همزمان با عمر طولانی افراد جمعیت نیز در حال افزایش است . در سراسر جهان نسبت افراد مسن (‌60سال به بالا )‌ به گروه های دیگر بالاتر است . بین سالهای (1970 ) تا ( 2025) انتظار می رود که رشد جمعیت کهنسالان به (000/000/694)‌ یا (223٪) برسد تا سال (2025)‌ جمعیت کهنسالان به (2/1)‌ میلیارد نفر و تا سال (2050)‌ به (2)‌ میلیارد نفر خواهد رسید که (80٪ )‌آنان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند . بررسی ها نشان می دهد که نسبت افراد با لای (65) سال کشورهای اروپایی از (15٪)‌ در سال (2000) به (5/23٪ ) تا سال (2030) ‌برسد .

افزایش عمر نشانه موفقیت پیشرفت های پزشکی و درمانی و عمومی و حاصل توسعه اقتصادی و اجتماعی است اما (3)‌چالش را بوجود می آورد

* 1. سازمان های درمانی بایستی هنگام محدودیت های اقتصادی برطرف کننده نیاز درمانی انبوه بالایی از بیماران باشند :

چگونه می توان به راهکار مقاوم اداری دست یافت ؟

تمامی واژه ها و لاتین باید زیر نویس گردد از خود کتاب در قسمت ایندکس انتهای کتاب یا به سایت [www.abrivation.com](http://www.abrivation.com) رفته و واژه را زده و انگلیسی کلمه را بیاورید.

**1- مواد و روش ها**

ده شرکت کننده سالم، 5 مرد و 5 زن، در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته اند، که همه آن ها راست دست، در محدوده سنی 27-23 سال و دارای بینایی طبیعی یا اصلاح شده هستند. این افراد دانشجوی دانشگاه بوده و هیچگونه اختلال روانشناختی نداشتند. هیچیک از آن ها در کاربرد تکنولوژی های مورد استفاده در این مطالعه متخصص نبودند. شرکت کنندگان در مورد استفاده از اطلاعاتشان در این مطالعه رضایت نامه دادند. سیگنال EEG بوسیله ابزار قابل حمل EEG، یا Emotiv EPOC، تحت نظارت بوده، که دارای 14 کانال EEG با استفاده از طرح بندی استاندارد 10/20 و 2 کانال مرجع (CMS/DRL) است، شکل 1.

شکل 1. ابزار Emotiv EPOC و الکترودهای Emotiv EPOC که طبق طرح بندی استاندارد 10/20 قرار دارند.

ثبت های EEG برون خطی با استفاده از نرم افزار عادی نوشته شده در MATLAB تحلیل می شوند. این نرم افزار عادی مبتنی بر ابزار EEGLAB است، که به منظور پاک کردن داده EEG و تغییر تحلیل در نیروی طیفی آلفا بکار می رود.

در جلسه آزمایشی، شرکت کنندگان می بایست تمام VE طراحی شده برای ورودشان به حالت منفی (غمگینی) را هدایت کنند. این VE متشکل از یک پارک مجازی بود، که قبلا در مطالعات قبلی آزمایش شد، و می توان از آن بعنوان روش موثر القاء حالت استفاده کرد. این پارک مجازی روی پرده رتروپروژکتد نشان داده می شود و شرکت کنندگان می توانند با استفاده از پد بیسیم هدایت می کنند. برخی از تصاویر VE و ترکیب جلسه آزمایشی در شکل 2 نشان داده شده اند.

پروتکل این مطالعه مورد رایزنی قرار می گیرد. شرکت کنندگان تقریبا یک ساعت را در آزمایشگاه گذراندند و هر یک پیش و پس از آزمایش مجازی پرسشنامه PANAS را تکمیل کردند. تحلیل این پرسشنامه به ما امکان داد که افراد را به دو گروه تقسیم کنیم: افرادی که حالت مزبور بطور موفقیت آمیز به آن ها القا شد (گروه غمگین) و افرادی که پس از این تماس غمگین نبودند (گروه غیر غمگین).

شکل 2. فردی که در VE و تسخیر VE مورد استفاده برای القاء غم هدایت می شود.

اول دوره هدایت بوده و سپس دوره استراحت بود که طی آن شرکت کنندگام می بایست به مدت دو دقیقه و سی ثانیه به پرده سیاه بنگرند. بین دو دوره استراحت، روش مجازی طبق همان پروتکل پیش گفته القاء حالت شروع گردید. سرانجام، از شرکت کنندگان خواسته شد پیش از اتمام آزمایش فیلمی را تجسم کنند که حالتی مثبت به آن ها القا می کرد.

نیروی لوگ آلفای طبیعی و مقدار ضریب نامتقارن برای F3 و F4 محاسبه گردید. مقادیر ضریب نامتقارن به کمک لوگ طبیعی نسبت F4/F3 محاسبه شد. F3 و F4 مورد استفاده قرار گرفتند زیرا سنسورهایی هستند که اغلب در متون علمی برای تحلیل ظرفیت حالت تجربه شده بتوسط شرکت کنندگان مورد استفاده قرار می گیرند.

ANOVA سه طریقه با مقادیر تکراری در دو فاکتور برای مقادیر لوگ آلفای طبیعی بکار می رود. این فاکتورها عبارتند از زمان (استراحت اولیه و استراحت نهایی)، نیم کره (راست/چپ) و گروه (غمگین/غیرغمگین). ANOVA دو طریقه با مقدار تکراری در یکی از فاکتورها برای مقادیر ضریب نامتقارن بکار رفت. این فاکتورها عبارت بودند از زمان (استراحت اولیه و استراحت نهایی) و گروه (غمگین/غیرغمگین).

**1- نتایج**

در این بخش، نتایج مطالعه کنونی خود را ارائه می دهیم. پرسشنامه PANAS نشان داد که حالت غمگینی به شش شرکت کننده القا شده است (گروه غمگین) حال آنکه در چهار نفر احساس غم با این VE ایجاد نشد (گروه غیرغمگین).

نتایج نشان دادند که اختلاف عمده ای بین نیمکره راست و چپ وجود دارد. روندی نزدیک به مقصود برای فاکتور واکنش متقابل بین نیمکره، زمان و گروه در نیروی لوگ آلفای طبیعی.

مقایسه های دو بدو فقط اختلاف عمده بین نیمکره ها را در گروه غمگین پس از القاء مجازی نشان می داد.

مقدار متوسط و انحراف استاندارد هر سنسور برای گروه ها و زمان های مختلف را می توان در جدول 1 مشاهده نمود.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سنسور F4 | سنسور F3 زیر نویس انگلیسی | گروه |
| er پس از پیش از | er پس از پیش از |  |
| استاندارد میانگین استاندارد میانگین | استاندارد میانگین استاندارد میانگین |
| 2.045 1.006 3.765 1.372 | 3.368 1.244 1.700 1.116 | غمگین |
| 1.646 0.901 2.417 1.127 | 1.723 1.257 1.968 0.901 فارسی شود | غیرغمگین |

جدول 1. انحراف استاندارد و میانگین سنسورهای F3 و F4

از سوی دیگر، ضریب نامتقارن نشان دهنده گرایش برای فاکتور واکنش متقابل بین زمان و گروه بود. مقایسه دو بدو اختلاف های عمده ای را بین زمان ها پیش و پس از القاء مجازی برای گروه غمگین نشان داد (جدول 2).

|  |  |
| --- | --- |
| ضریب نامتقارن | گروه |
| پس از پیش از |  |
| استاندارد میانگین استاندارد میانگین |
| 2.065 1.273 1.137 7.532 | غمگین |
| 4.485 8.218 5.945 1.078 | غیرغمگین |

جدول 2. ضریب نامتقارن انحراف استاندارد و میانگین EEG جبهه ای

شکل 3 شش نقشه توپوگرافیک جمجمه را نشان می دهد، که نمایش بصری درباره توزیع متوسط مقادیر لوگ آلفای طبیعی را حول جمجمه در پیش از القا، پس از القا و اختلاف بین آن ها را نشان می دهد.

شکل 3. نقشه توپوگرافیک جمجمه از متوسط مقادیر لوگ آلفای طبیعی

**1- بحث و نتیجه گیری**

هدف این مطالعه تشخیص آن است که آیا ابزار EEG قابل حمل می تواند تئوری های جبهه ای EEG نامتقارن را در مطالعه مجازی هیجانی ارزیابی کند.

نتایج آماری نشان دهنده فعال سازی بیشتر، کاهش نیروی آلفا، در نیمکره راست پس از القاء حالت مجازی برای گروه غمگین بودند. بعلاوه، تحلیل نامتقارن اختلافات عمده ای را بین زمان ها پیش و پس از القاء مجازی در مورد گروه غمگین نشان داد. سرانجام آنکه، این نتایج با تحلیل بصری در شکل 3 تقویت شده اند، که نشان می دهد فعالیت در نیمکره راست بیشتر از نیمکره چپ در مورد گروهی است که در آن احساس غم به افراد القا شده است.

این نتایج دال بر نامتقارنی در EEG جبهه ای شرکت کنندگان پس از القاء غم است، که با نتایج پیشین موجود در متون علمی سازگار است، و نشان می دهد که نیمکره راست وقتی فعال می شود که به فرد احساس منفی القا گردد.

این مطالعه نشان می دهد که ابزار EEG قابل حمل را می توان بعنوان وسیله مکمل در مطالعات القاء هیجان با واقعیت مجازی مورد استفاده قرار داد، زیرا انعطاف پذیری و اعتبار آن ها امکان کسب نتایج مربوط به فعال سازی مغز شرکت کنندگان را فراهم می سازد که این فعال سازی به سبب القاء احساس با VRMIPs به روشی هدفمندتر صورت می گیرد.

**سنجش حضور حین هدایت در محیط مجازی با استفاده از EEG**

**چکیده**. در حوزه واقعیت مجازی، حضور به حس "آنجا بودن" در دنیای مجازی اتلاق می شود. هدف ما در این کار ارزیابی سودمندی ابزار Emotiv EPOC برای سنجش فعال سازی مغز بعلت حس حضور حین هدایت در محیط مجازی (VE) است، که برای تحلیل ابزار sLORETA مورد استفاده قرار می گیرد. ما دو شرایط را باهم مقایسه می کنیم: هدایت مستقل و هدایت خودکار در VE. در این مرحله مقدماتی، 9 فرد سالم را در نظر گرفتیم، ضمن آنکه اختلاف عمده ای بین شرایط هدایت مستقل و هدایت خودکار در فعالیت بخش (اینسولا) راست مغز برای باندهای تترا و آلفا بدست آوردیم. فعالیت اینسولا به توجه به محرک ها و روندهای خودآگاه مربوط می شود، که مستقیما به حس حضور ربط دارد.

واژگان کلیدی: حضور، واقعیت مجازی، EEG، sLORETA

**مقدمه**

در حوزه واقعیت مجازی (VR)، حضور به احساس در آنجا بودن، درون VE بودن گفته می شود، درحالیکه بدن شما از نظر فیزیکی در جای دیگری قرار دارد. همانطور که کوبر و همکاران بیان می کنند، هر قدر درجه احساس حضور شرکت کننده بیشتر باشد، بیشتر امکان دارد که در VE بگونه ای رفتار کند که گویی در دنیای واقعی مشابهی است. یک تکنیک که پیشنهاد شده و برای سنجش حضور بکار می رود الکتروانسفالوگرافی (EEG) است، بعلت آزادی حرکتی که فرد دارد وقتی که الکترودها قرار داده می شوند، بخصوص در مقایسه با تکنیک هایی که در معرص محدودیت حرکتی شدید مانند fMRI هستند. EEG فعالیت الکتریکی مغز را اندازه می گیرد. مهم تر از آن پتانسیل سیناپسی را در کورتکس مغزی می سنجد. سیگنال های EEG اختلاف پتانسیل بین دو الکترود را نشان می دهند، یکی فعال و یکی مرجع. رزولوشن زمانی این تکنیک در حد میلی ثانیه است، که بعلت توسعه وظایف امکان سنجش نوسانات سیگنال های مغزی را فراهم می کند.

تاکنون، چندین مطالعه ضمن ادغام VR با EEG برای سنجش حس حضوری که بوسیله افراد تجربه می شود صورت گرفته است. بعنوان مثال، بامگارتنر و همکاران فعالیت مغزی مرتبط با حس حضور را با استفاده از EEG چند کاناله بررسی نمودند، و از روش توموگرافی الکترومغناطیسی کم رزولوشن مغز (LORETA) برای مطالعه ساختمان قشری استفاده کردند که فعالیت نوروفیزیولوژیک را سبب می شود.

آنها فعالیت های کودکان و نوجوانان را حین تماشای ویدئوی راه آهن پر پیچ و خم کودکان باهم مقایسه نمودند، و به فعالیت در نواحی آهیانه ای مغز پی بردند.

بتازگی، مطالعات دیگری در محیط های تعاملی انجام شدند که هدایت در محیط مجازی را، به منظور افزایش حس حضور "در آنجا بودن"، ممکن می ساخت. کوبر و همکاران، حضور فضایی را در دنیای مجازی تعاملی تحلیل کردند، ضمن مقایسه دو سیستم در مورد ارائه محرک های مجازی: یکی مبتنی بر دیواره high-immersive VR (3D) و دیگری مبتنی بر صفحه دسکتاپ low-immersive 2D. سیستم صفحه 3D حس حضور بیشتری مرتبط با افزایش باند آلفا در مورد TRPD آهیانه ای ("کاهش نیروی مرتبط با وظیفه") نشان داد، که به فعال سازی آهیانه ای مربوط می شد. تجربه حضور کم در صفحه 2D به کمک ارتباط کارکردی قوی بین نواحی قدامی و آهیانه ای مغز حاصل شد، حاکی از آنکه ارتباط بین این نواحی برای تجربه حضور حیاتی است.

در مطالعه ای دیگر، کوبر و نوپر پتانسیل مغزی مرتبط با رویداد (ERP) سیگنال EEG را بررسی کردند، که بوسیله نواهایی استخراج می شد که به تجربه VR ربط نداشتند و در طرح آزمایشی به منظور کسب شاخص هدف تجربه حضور در محیط مجازی مورد استفاده بود. آن ها به ارتباط بین افزایش تجربه حضور و کاهش آخرین دامنه های موج کند منفی پی بردند، که به پردازش محرک های مرکزی و تخصیص منابع توجه مربوط بود. بر اساس این نتیجه، افزایش حضور به معطوف کردن توجه بیشتر به محیط مجازی مربوط است، که به کاهش توجه نسبت به محرک های بی ربط VR منجر می گردد (کاهش در مولفه های ERP بعلت نواهای مزبور).

در این مطالعات پیشین، تاثیر هدایت کنترل شده بتوسط کاربر بر تجربه حضور و بر فعال سازی مغیر مستقیما مورد ارزیابی قرار نگرفت. به منظور ارزیابی این موضوع، برای مطالعه کنونی ما، هدف مورد نظر مقایسه فعالیت مغز بعلت حضور بین دو شرایط آزمایشی است: تماشای ویدئوی یک هدایت خودکار و هدایت مستقل در VE. انتظار داریم که حس حضور در شرایط هدایت بیشتر از شراید ویدئویی باشد، و اینکه اختلاف در فعال سازی مغز در نواحی مرتبط با حضور وجود خواهد داشت، که بوسیله تغییر در تجربه حضور بین شرایط ایجاد می شود. بعلاوه، برای این مطالعه ما از ابزار EEG قابل حمل بی سیم استفاده خواهیم کرد، که امکان قرارگیری سریع تر سنسورها و درجه بالاتر حرکت فرد را فراهم می سازد.

ساناز صفری(صفحه 22 تا 39)

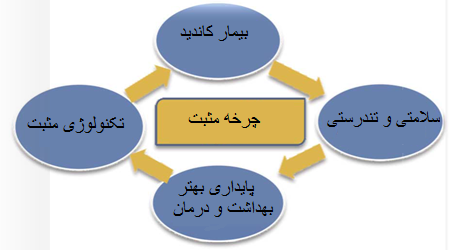
حتی ممکن است با استفاده از تکنولوژی بتوان اشیاء مجازی را بر روی صحنه های واقعی پوشش داد. با جایگزین کردن تجارب فیزیکی با یک تجربه مصنوعی. با استفاده از واقعیت مجازی می تواند یک حضور فیزیکی را در جهان مصنوعی شبیه سازی کرد که به عمل فاعل اگر او واقعا وجود داشته باشد واکنش نشان می دهد. فرصت های جایگزینی ارائه شده توسط فن آوری حتی باعث گسترش القای داشتن خیالی بیش از یک بازوی مجازی و یا یک بدن مجازی و استفاده از پروتز روباتیک برای تعویض قطعات سالم یا معیوب بدن با مکانیسم و سیستم های مصنوعی به منظور بهبود عملکرد میشود.



شکل 5. متغیرهای بحرانی هدایت طراحی و توسعه فن آوری مثبت (اقتباس از [24]).

2- نتیجه گیری

براین اساس، ما بحث کردیم که هدف آینده استفاده از تکنولوژی اشتغالی ( احساس ذهنیه به طور کامل غوطه ورشده در تعامل با فن آوری داده - حضور و جریان) تولید شده توسط فن آوری های مثبت در جهت بهبود سلامت مردم (از نظر کردار(عمل)، شناختی (فکر) و عاطفی (احساس) و تصویب افراد در مدیریت بهداشت و درمان خود- شکل 6) خواهد بود.



شکل6-چرخه مثبت

این دیدگاه نشان می دهد "زنجیره مراقبت" که در آن تعامل بین بیمار و دکتر (بازدید کنندگان) در ملاقات های کوتاه سرپایی و یا جلسات درمانی در یک محیط بالینی محدود نمی شود. روندی مانند مدلسازی تعامل بیماران که ما پیشنهاد می کنیم به طور بالقوه یک انقلاب واقعی از مرزهای بهداشت و درمان را هدایت میکند که منجر به ایجاد پایگاهی برای یک مشارکت واقعی و پایدار بین بیماران و ارائه دهندگان سلامت میشود.

در این دیدگاه، در حالی که روند تعامل بیمار تکامل می یابد، حتی رابطه فرد با سیستم مراقبت های بهداشتی اشکال مختلف به خود میگیرد(بسته شدن رابطه، انتقال، اتحاد، همکاری) بنابراین به تجدید از نقش ها و قدرت دینامیک یادآوری مداوم میکند.

برای افزایش تعامل بیمار با استفاده از فناوری 3مورد انتظار می رود:

• بهبود پیشگیری و درمان از طریق فعالیت های دقیق در زمان واقعی و بازخورد.

• افزایش اطمینان و انگیزه برای مشارکت فعال تر در فرایند پیشگیری از بیماری و مراقبت.

• تقویت استقلال بیماران از طریق تخته بندی کردن آنها از طریق فرآیند تعامل و شکل دادن به پویایی قدرت با توجه به نیازها و شرایط آنها

References (منابع)

[1] Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO global report, Geneva, 2011.

[2] World Health Organisation. Global Burden of Disease 2004 Update. World Health Organisation, Geneva. 2008.

[3] O. Adeyi, O. Smith, S. Robles, Public Policy and the Challenge of Chronic Non-communicable Diseases World Bank, Washington DC, 2007.

[4] D.E. Bloom, D. Canning, Fink G. Implications of population ageing for economic growth. Oxford Review of Economic Policy 26 (2010), 583-612.

[5] L. Quam, R. Smith, D. Yach, Rising to the global challenge of the chronic disease epidemic. The Lancet, published online, 22 September 2006, DOI:10.1016/S0140-6736(06)69422-1.

[6] M. Suhrcke, R.A. Nugent, D. Stuckler, L. Rocco, Chronic Disease: An Economic Perspective. Oxford Health Alliance, London, 2006.

[7] D. S. Cobden, L. W. Niessen, C. E. Barr, F. F. H. Rutten, W. K. Redekop. Relationships among self- management, patient perceptions of care, and health economic outcomes for decision-making and clinical practice in type 2 diabetes.*Value in Health* **13** (2009), 138–147

[8] M. R. Di Matteo, K. B. Haskard, S. L. Williams. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A metaanalysis. Medical Care 45 (2007), 521–528.

[9] J. E. Kurlander, E. A. Kerr, S. Krein, M. Heisler, J. D. Piette. Cost-related non adherence to medications among patients with diabetes and chronic pain. *Diabetes Care* **32** (2009), 2143–2148.

[10] J. Gruman, M. Holmes–Rovner, D. Jeffress, S. Sofaer, D. Shaller, D. Prager. The Engagement BehaviorFramework: A new definition of patient engagement. Washington, DC: Center for Advancing Health, 2009.

[11] J. H. Robinson, L. C. Callister, J. A. Berry, K. A. Dearing. Patient-centred care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. Journal of American Academic of Nurse Practice 20 (2008), 600–607.

[12] T. B. Gibson, D. Blumenthal. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. Journal of General Internal Medicine, **22** (2007) 391-395.

[13] T. Kleinberger, M. Becker, E. Ras, A. Holzinger , P. Miller (2007) Ambient intelligence in assisted living: enable elderly people to handle future interfaces. In Proceedings of the 4th international conference on Universal access in human-computer interaction: ambient interaction (UAHCI'07), Constantine Stephanidis (Ed.). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 103-112.J.

[14] S. Barello, G. Graffigna, E. Vegni. Patient engagement as an emerging challenge for healthcare services: mapping the literature. *Nursing research and practice*, **2012**(2012)

[15] G. Graffigna, S. Barello, G. Riva. Technologies For Patient Engagement. *Health Affairs* **32**(2013), 1172

[16] Graffigna G, Barello S, Riva G. How to make health information technology effective? The challenge of patient engagement. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2013 (in press)

[17] Graffigna G., Barello S., Riva G. (2013) <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2614/rr/647892> [18] Graffigna G., Barello S., Riva G. (2013) <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f886/rr/641273>

[19] J. Hibbard, P. Cunningham. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2008.

[20] L. Bellardita, G. Graffigna, S. Donegani, D. Villani, S. Villa, V. Tresoldi, et al. Patient’s choice of observational strategy for early-stage prostate cancer. Neuropsychological Trends 12 (2012), 107–116.

[21] C. Libreri, G. Graffigna. Mapping online peer exchanges on diabetes. *Neuropsychological trends* **12** (2012), ISSN: 1970-321X

[22] Riva G, Baños RM, Botella C, Wiederhold BK, Gaggioli A. Positive technology: using interactive technologies to promote positive functioning. *Cyberpsychology, Behavioura and Social Networking* **15** (2012), 69–77.

[23] G. Riva. Personal Experience in Positive Psychology May Offer a New Focus for a Growing Discipline. American Psychologist **67** (2012), 574-575.

[24] Botella C, Riva G, Gaggioli A, et al. (2012) The present and future of positive technologies. CyberPsychology, Behavior, & Social Networking 2012; 15:78–84.

[25] Wiederhold BK, Riva G. (2012) Positive technology supports shift to preventive, integrative health. CyberPsychology, Behavior, & Social Networking 2012; 15:67–8.

بخش سوم  
  نقد

به طور کلی، به دو دلیل سایبرتراپی استفاده می شود: به این دلیل که هیچ جایگزینی وجود ندارد، و یا به این دلیل که آن در برخی از حس ها بهتر از طب سنتی است.

در این حس پزشکی از راه دور به طور موفقیت آمیز به منظور بهینه سازی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای کسانی که با توجه به مرزها و محدودیت های اجتماعی و فیزیکی منزوی شده اند استفاده میشود.

با این حال، مزایای سایبرتراپی ، با توجه به انواع برنامه های کاربردی و توسعه ناهموار آنها، خود مشهود نمیباشد.

با این حال، ظهور سایبرتراپی ازمقرون به صرفه بودن برنامه های خاص حمایت میکند ، مانند ارزیابی ، توانبخشی و درمان در روانشناسی بالینی و علوم اعصاب

Wiederhold & Riva, 2004

Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013

B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.)

© 2013 Interactive Media Institute

برای پر خوری عصبی(بولیمیا)VR Cue-Exposureدرمان

José GUTIÉRREZ-MALDONADOa[[1]](#footnote-1), Marta FERRER-GARCÍAa, & Giuseppe RIVAb a Universitat de Barcelona, Spain

[[2]](#footnote-2)b Istituto Auxologico Italiano, Milan, Italy

مربوط به ص 34 ورد

چکیده: روش های متعددی برای درمان پر خوری عصبی به طور موثر ثابت شده است، از جمله درمان شناختی رفتاری. با این حال، تمام بیماران را بهبود نمی بخشد. بنابراین کشف فرصت برای افزایش اثر بخشی برخی درمان ها لازم است***.*** یکی از راه های تلاش ترکیب کردن فن آوری های جدید است. این بررسی امکان توسعه روشی تجربی و معتبر جدید ،برای درمان بیماران مبتلا به بولیمیا که شامل روش Cue-Exposure از طریق واقعیت مجازی(VR) هستند را بوجود می آورد.

مشکل

روش های متعددی برای درمان پر خوری عصبی(بولیمیا) ((BN به طور موثر ثابت شده است، از جمله درمان شناختی رفتاری(CBT) تولید بهترین نتایج [1، 2، 3 ]. با این حال، برخی از بیماران به درمان های معمولی مقاومت نشان می دهد و با وجود مداخله بهبود نمی بخشد. بنابراین، لازم است کشف کنیم که آیا ادغام تکنیک های مبتنی بر فن آوری های جدید، ممکن است اثر بخشی درمان را بالا ببرد. هدف توسعه یک روش درمانی جدید بر اساس Cue-Exposure از طریق واقعیت مجازی (VR)می باشد. تازگیه این هدف اضافه کردن واقعیت مجازی به روش Cue-Exposure میباشد که در مطالعات دیگر به طور موثر ثابت شده است. هدف از این اضافه کردن افزایش تاثیر درمان Cue-Exposure از طریق افزایش اعتبار زیست محیطی در عین کاهش عوارض لجستیک مرتبط با قرار گرفتن در معرض نشانه های واقعی (مواد غذایی) است. هدف از این مطالعه بررسی ادبیات استفاده شده در Cue-Exposure درصورت جواب ندادن درمان، و به بحث در مورد استفاده از واقعیت مجازی به عنوان روش Cue-Exposure میباشد.

1- روش

ادبیات استفاده شده در Cue-Exposure ، برای شراب خواری مورد بررسی قرار گرفته است. پایگاه داده سایکلینفو( PsycInfo) ، مدلاین(Medline)، و سایک آرتیکل(PsycArticles) با وارد کردن اصطلاحات عملگر بولی جستجو شده اند: *Cue-Exposure* ***و شراب خواری***. معیارهای ورود به مطالعه گسترده بود ومحدودیت دوره ای ، زبانی و یا نوع سند ندارد.

2- نتایج

ما 25 مقاله از آن دسته ی شناسایی شده در جستجوها انتخاب کردیم. دو نوع درمان *پر خوری عصبی* (BN)بر اساس جواب نگرفتن از روش Cue-Exposure یافت شد: Exposure با پاسخ نگرفتن از پاکسازی(ERP-P) وExposure با پاسخ نگرفتن از شراب خواری(ERP-B). تنها شش مطالعات در ارزیابی ERP-B تمرکز کرده است : یک مطالعه موردی [4]، چهار مورد سری [5-8]، و آزمایش کنترل شده غیر تصادفی [9]. مطالعه متقاطع مقایسه ERP-B و ERP-P [10] همچنین مشخص شد.

در سال 1988، اشمیت و مارکس [5] برای اولین بار نتایج به دست آمده از درمان چهار نفر با بیماری بولیمیا توسط روش ERP-B را گزارش دادند. در این مطالعه، بیماران در معرض القا به ترجیح غذایی شراب خواری قرار گرفتند. از آنها خواسته شد تا مقدار کمی از آن را بخورند و آنها نیز به منظور آغاز یک نیاز فوری به خوش گذرانی به بوی و لمس آن تشویق شدند: که آنها مجبور به مقاومت در برابر آن بودند. دو نفراز بیماران رفتارهای شراب خواری خود را کم کردند و همچنین شاهد بهبود هایی در خلق و خوی و رژیم غذایی خود بودند. در حالی که یکی از درمان عقب مانده بود و یکی هیچ بهبودی را در طول درمان نشان نداده، اما انجام آن را پیگیری میکرد. یک سال بعد، این نویسندگان مطالعه متقاطع انجام دادند که در آن دو گروه از بیماران بولیمیا تحت شش جلسه از ERP-B و شش جلسه از ERP- P [10] قرار گرفتند. پس از یک دوره 3 هفته ای، آنها به شش جلسه درمان دیگر تلاقی داده شدند. نویسندگان دریافتند که هر دو درمان در کاهش استفراغ ناشی از شراب خواری موثر بوده اما آنها متوجه افت بالای مقیاس ها بویژه در مراحل ERP-B نیز بودند. آنها گزارش دادند که، مقایسه ERP-P،ERP-B با مصرف کمتر زمان بوده و به کاهش بیشترمیل به خوش گذرانی، اضطراب، و شهوت و میل به مواد غذایی منجر شده است. در همان سال، یانسن و همکارانش [4] موارد بیماران مبتلا به بولیمیا که به طور موثر توسط روش cue exposure وبعلاوه پیشگیری از شراب خواری تحت درمان قرارگرفته بودند را گزارش کردند. ولع مصرف مواد غذایی در هر دو طول و بین جلسات cue exposure کم شد ، و فراوانی شراب خواری اساسا کاهش یافت. این نتایج مثبت در طول یک دوره پیگیری 9 ماه ادامه داشت. گروه پژوهشی یک مطالعه دیگری را انجام داده است که اثر cue exposure*و* یادگیری تکنیک های خود-کنترل را در درمان بولیمیا [9] مقایسه میکند. هر دو نوع درمان در کاهش ولع مصرف، افسردگی و باورهای غیرمنطقی در طول و بین جلسات موفق بودند. با این حال،روش cue exposure در کاهش فرکانس شراب خواری موثرتر بود. در حالی که باید 100٪ از بیماران تحت درمان با روش cue exposure بعد از درمان و در طول دوره پیگیری 1 ساله در پرهیزغذا باشند، تنها 33٪ از بیماران درمان شده با استفاده از روش کنترل خود در طول پیگیری در پرهیز غذایی باقی میمانند. یانسن و همکارانش [9] نتایج خود را با نتایج اشمیدز و مارکس [5، 10] مقایسه کردند . واقعیت این است که گروه اول درمان cue exposure را در محیط شراب خواری واقعی هر بیمار انجام داد، در حالی که گروه دوم آن را در دفتر درمانگر. در سال 1995، کندی و همکارانش [6] دوباره روش ERP-B را در 20 زن با بیماری بولیمیا و نوع پرخوری بی اشتهایی(AN-B) مورد بررسی قرار دادند. نویسندگان در جلسه و قبل و بعد درمان، کاهش قابل توجه تحریک در شراب خواری، عدم کنترل، احساس گناه و تنش را متوجه شدند.

منطق پشت استفاده از cue exposure در این مطالعات ،از شباهت شناسایی بین بولیمیا و اعتیاد به مواد مخدر، مشتق شده است. هر دو اختلال توسط ولع مصرف مواد مخدر، عدم کنترل مصرف مشخص، و میزان عود بالا مشخص میشود[4]. بنابراین، cue exposure که ثابت شده یک درمان موثر در اختلالات اعتیاد آور میباشد، همچنین ممکن است برای بولیمیا موثر باشد. یانسن [4، 9، 11] یک مدل بر اساس اصول شرطی سازی کلاسیک برای توضیح رفتار خوش گذرانی در بیماران بولیمیا ارائه داده است. در این مدل، شراب خواری یک محرک غیرشرطی (US) در نظر گرفته میشود و تمامی محرک های مرتبط با این رفتار شراب خواری، محرک شرطی (CSS). قرار گرفتن در معرض CSS باعث واکنش های فیزیولوژیکی، به عنوان ولع مصرف مواد غذایی و منجر به مصرف بیش از حد مواد غذایی است. در سال 1994، یانسن [12] براین فرض است که واکنش شرطی (هیپرانسولینمی) به نشانه مواد غذایی وجود دارد که، به نوبه خود، باعث یک واکنش جبرانی شرطی (هیپوگلیسمی) میشود. اقدام این پاسخ بیوشیمیایی میتواند تجربه ولع مصرف هنگام قرار گرفتن در معرض مواد غذایی را توضیح دهد. بنابراین، هدف اصلی از درمان cue-exposure خاموش کردن ولع مصرف مواد غذایی با استفاده از شکستن پیوند بین CSS و us خواهد بود.

بیشتر تحقیقات اخیر نشان می دهد که پاداش در ارتباط با اعمال مواد غذایی در مدارهای عصبی ،در روشی مشابه است با پاداش مرتبط با مواد مخدر، که میتواند ماهیت اعتیاد آور مواد غذایی را برای برخی از مردم [13] توضیح دهد. درکنار تقویت خواص اولیه خود، هر دو مصرف غذا و دارو، یک انجمن پاولوفی قوی را که دارای محرکی با قابلیت پیش بینی مصرف [13، 14] است دایر میکند. محرک های ولع مصرف، و مطالعات اخیر نشان می دهد که جستجو برای دارو و یا غذاهای ناشی از نشانه اساس های نوروشیمی و نوروآناتومی یکسانی دارد [15]. مطالعات دیگر انجام شده بر روی حیوانات نشان می دهد که تفاوت های فردی در شدت اعمال کنترل نشانه توسط پاولوفی ، بیش از رفتار یک پاداش طلب صرف نظر از نوع پاداش است [16]. حیواناتی وجود دارد که رفتارشان به شدت تحت تاثیر نشانه ها وهمچنین افرادی از گونه های ماست. این به این معنی است که ممکن است مردمی با فنوتیپ بسیار واکنش پذیر به پاداش نشانه ،در افزایش خطر ابتلا به اختلالات اعتیاد آور و یا در معرض خطر عود پس از درمان باشد. در همان زمان، توافق عمومی وجود دارد که مطرح میکند اضطراب، خلق منفی و پریشانی ذهنی می تواند باعث شراب خواری [17] شود.محرک احتمالا میتواند باعث شراب خواری که ایجاد کننده اضطراب مرتبط با تجربه گرسنگی در طی پرخوری است، شود.

هشت سال پس از اولین مطالعات، تورو و همکارانش [7] مطالعه ERP-B را از سر گرفتند. شش نفراز بیماران شدید بولیمیا، که به دارو های شناختی- رفتاری مقاومت نشان دادند، با استفاده از روش درمان cue-exposure تحت درمان قرار گرفتند.از بیماران خواسته شد تابه غذا دست بزنند، آن را بچشند و غذا را به کار بگیرند، اما آنها نمی توانستند آن را بخورند. جلسات exposure در دفتر درمانگر انجام شد. اضطراب و پاسخ های ذهنی فیزیولوژیکی ، مانند افزایش فشار خون و ضربان قلب، در طول جلسات کاهش یافت. پس از درمان، شراب خواری و استفراغ تقریبا کاملا در تمام 6 نفر سرکوب شد و در طول یک دوره پیگیری 3-2.5 ساله تنها در دو نفر برخی از استفراغ های گاه به گاه گزارش شده است. با توجه به این نتایج مثبت همین گروه تحقیقاتی یک مطالعه جدید با 22 بیماران مقاوم به درمان بولیمیا[9] انجام شد. بعد از 12 درمان cue-exposure، اضطراب و افزایش فشار خون به طور قابل توجهی کاهش یافته بود.شراب خواری و پاکسازی نیز کاهش یافت.

ترجمه صفحه 40

بررسی تحقیقات؛ شواهدی از اثر بخشی ERP-B بر درمان بیماران مبتلا به BN را نشان داده اند. روندها معمولا قابل تحمل بوده و نتایج مثبت حاصل می شوند؛ حتی بهبود وضعیت در پیگیری ها نیز مشاهده می شود. از سوی دیگر؛ ثابت شده است که ERP-B برای درمان بیمارانی که CBT آنها بهبود نیافته یا درمان دارویی دارند موثر می باشد. بنابراین پیشنهاد شده است که روند درمانی با کمک در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها؛ می تواند به عنوان یک درمان ثانویه در اینگونه موارد موثر باشد. اما علیرغم نتایج قانع کننده اولیه؛ تحقیقات در این زمینه نادر بوده است. برخی مولفان معتقدند که مشکلات استدلالی و زمان لازم برای ERP-B مانع اصلی این نوع درمان هستند. در تحقیقات فوق الذکر؛ بیماران باید غذای کافی همراه خود به مطب درمانگر ببرند تا بتوانند جلسات درمانی را انجام دهند. در غیر این صورت؛ قرار گرفتن در معرض غذا باید در یک محیط واقعی انجام شود یعنی همان جایی که بیمار معمولا فعالیت های خود را انجام می دهد؛ در نتیجه درمانگر باید به نزد بیمار برود. زمانی که در معرض قرار گرفتن در مطب درمانگر انجام می شود چون اعتبار اکولوژیکی پائین می آید؛ عمومیت دادن واکنش های اضطراب / اشتیاق بیمار به همه موقعیت های روزانه دشوار خواهد بود.

3- نتیجه گیری

بررسی مطالعات شواهد کافی از مفید بودن ERP-B برای درمان اضطراب و کاهش اشتیاق به خوردن در بیماری های BN را نشان داده اند و همچنین مدل های تئوری بر اساس شرطی شدن پاولف را در خصوص مکانیزم های مربوط به رفتارهای خوشخیم و اثر بخشی در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها برای کاهش علائم را توضیح دادیم. از سوی دیگر؛ به نظر می رسد که ERP-B روند درمانی جایگزین خوبی برای بیمارانی است که تاکنون با درمان های رایج بهبود نیافته اند. اما علیرغم احتمال کسب نتایج مثبت؛ اجرای روش قرار گرفتن در معرض علائم در مطب درمانگر به واسطه عدم اعتبار اکولوژیکی و استدلالی کافی نیست. در VR؛ شبیه سازی موقعیت های زندگی واقعی، تنظیم یک محیط کنترل شده ، اکولوژیکی و منعطف برای در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها لازم است تا بتوان همه موقعیت ها و مشکلات را بررسی کرد. بنابراین به غیر از VR برای درمان به شیوه در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها باید برنامه های درمانی رایج نیز انجام شوند تا یک روند موثر برای کاهش علائم ED اجرا شده و اپیزودهای افراط در خوردن در بیماران مقاوم BN نیز کنترل شوند.

رفرنس ها(منابع): خانم گودرزی چرا منابع را ترجمه کرده؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟

1. انجمن روانشناسی آمریکا؛ دستورالعمل های کاری برای درمان بیماران مبتلا به اختلال خوردن (بازبینی شده) ژورنال روانشناسی آمریکا صحفه 157 (مکمل 1) (2000)؛ 15
2. نویسندگان: G.T. Wilson, C.G. Fairburn ؛ درمان اختلالات خوردن؛ ویراستاران: P.E. Nathan & J.M. Gorman ؛ درمان موثر ؛ 501-530؛ انتشارات دانشگاه آکسفورد؛ نیویورک ؛ 1998
3. نویسندگان: G.T. Wilson, R. Shafran ؛ دستورالعمل های درمان اختلالات خوردن از NICE ؛ Lancet 365 (2005)؛ 81- 79
4. A. Jansen, M.A. van den Hout, C. de Loof, J. Zandbergen, E. Griez ؛ یک مورد از بیماری جوع که با موفقیت با روش در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها به خوراکی ها درمان شده است؛ ژورنال درمان رفتاری و روانشناسی آزمایشی 20 (1989) ؛ 332- 327.
5. U. Schmidt, I.M. Marks ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها با خوراکی ها به اضافه پیشگیری از واکنش های حریصانه برای خوردن: یک بررسی مقدماتی . ژورنال بین المللی اختلالات خوردن 7 (!)××9؛‌672- 663.
6. S.H. Kennedy, R. Katz, C.S. Neitzert, E. Ralevski, S. Mendlowitz ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها با درمان پیشگیری از واکنش های بی اشتهایی عصبی – پراشتهایی عصبی. درمان و تحقیقات رفتاری 33 (1995)؛ 689-685.
7. J. Toro, M. Cervera, M.H. Feliu, N. Garriga, M. Jou, E. Martinez, E. Toro ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها برای درمان پرخوری عصبی مقاوم؛ ژورنال بین المللی اختلالات خوردن 34 (2003)؛ 8-1
8. E. Martinez-Mallén, J. Castro, L. Lazaro, E. Moreno, A. Morer, E. Font, J. Julien, M. Vila, J. Toro ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها بالغ مبتلا به پرخوری عصبی مقاوم. ژورنال بین المللی اختلالات خوردن 40 (2007)؛‌601-596
9. A. Jansen, J. Broekmate, M. Heymans ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها در مقایسه با کنترل نفس در درمان افراط در خوردن؛‌درمان و تحقیقات رفتاری 3 (1992)؛ 241- 235
10. U. Schmidt, I.M. Marks ؛ در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها با پیشگیری از پرخوری و پیشگیری از استفراغ در پرخوری عصبی. تحقیقات دوجانبه. ژورنال بیماری های عصبی و ذهنی 177 (1989)؛‌ 266-259
11. A. Jansen ؛ یک مدل یادگیری از افراطر در خوردن؛ واکنش های نمادین و در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها؛ درمان و تحقیقات رفتاری 36 (1998)؛ 272 - 257
12. A. Jansen ؛ آموزه هایی از ماهیت افراط در خوردن. ویراستاران : C.R. Legg & D.A. Booth ؛ اشتها: بنیان های رفتاری و عصبی؛ 211- 193؛ انتشارات دانشگاه آکسفورد؛ آکسفورد 1994
13. ؛ A. M. Cason, R.J. Smith, P. Tahsili-Fahadan, D.E. Moorman, G.C.؛ G.C. Sartor و همکاران ؛ نقش orexin/hypocretin در اعتیاد و درخواست پاداش:‌ معانی ضمنی چاقی مفرط؛‌ روانشناسی و رفتار (2010) ؛‌doi: 10.1016/j.physbeh.2010.03.009
14. A.E. Kelley, C.A. Schiltz, C.F. Landry ؛ سیستم های عصبی تحت تاثیر عادات غذایی و مواد مخدر:‌مطالعات بر روی فعال سازی ژن ها در نواحی کورتیکولیمبیک. روانشناسی و رفتار 86 (2005)؛ 14-11
15. S.G. Nair, T. Adams-Deutsch, D.H. Epstein, Y. Shaham, Y., ؛ داروشناسی اعصاب از عود کردن حالت حریص شدن برای غذا: روش شناسی، یافته های اصلی و مقایسه عود کردن حالت حریص شدن برای مواد مخدر. پیشرفت در نوروبیولوژی 89 (2009)؛‌ 45- 18
16. S.V. Mahler, H. Wit ؛ عوامل واکنش به نشانه ها: تفاوت های افراد در حریص شدن به تحریک با نشانه ها پس از پرهیز از سیگار یا غذا. PLoS one 5(2010), koi: 10.1371/journal.pone.0015475.
17. D.K. Elmore, J.M. De Castro ؛ حالات خود سنجی و اشتیاق بیش از حد برای رفتارهای خوردن مداوم بصورت پرخوری؛ بهبودی از پرخوری و وضعیت نرمال. ژورنال بین المللی اختلالات خوردن 9 (1990)؛ 190-179.
18. A. Koskina, I.C. Campbell, U. Schmidt ؛ درمان با در معرض قرار دادن بیمار با نشانه ها برای درمان اختلالات خوردن. بررسی های رفتاری و علوم عصبی 37 (2013) ؛‌208-193
19. C. Bulik, P. Sullivan, F.A. Carter, V.V. McIntosh, P.R. Joyce ؛ نقش درمان در معرض قرار دادن به همراه پیشگیری از واکنش در درمان های شناختی- رفتاری برای پرخوری عصبی؛‌ روانشناسی پزشکی 28 (1998)؛ 611- 623
20. P.S. Bordnick, A. Traylor, H.L. Copp, K.M. Graap, B. Carter, M. Ferrer, A.P. Walton ؛ ارزیابی واکنش ها نسبت به الکل مجازی بر اساس نشانه ها؛ رفتارهای اعتیادآور 33 (2008)؛ 756-743
21. J.H. Lee, Y. Lim, S.J. Graham, G. Kim, B.K. Wiederhold, M.D. ؛ Wiederhold‌ و همکاران ؛ حریص شدن به نیکوتین و درمان به روش در معرض قرار دادن نشانه ها توسط محیط های مجازی. روانشناسی سایبری و رفتار 7 (2004)؛‌ 713 – 705
22. O.García-Rodríguez, M. Ferrer-García, I. Pericot-Valverde, J. Gutiérrez-Maldonado, R. Secades-Villa, .L. Carballo ؛ تعیین نشانه های خاص و زمینه های مرتبط با حریص شدن برای سیگار کشیدن برای بهبود محیط های موثر مجازی ؛‌ روانشناسی سایبری، رفتاری و شبکه اجتماعی 14 (2011)؛‌ 97-91
23. M. Ferrer-Garcia, O. Garcia-Rodrigues, J. Gutierrez-Maldonado, I. Pericot-Valverde, R. Secades-Villa ؛ بازده واقعیت های مجازی در تحریک اشتیاق به سیگارکشیدن: رابطه آن با سطح مصرف نیکوتین و وابستگی به نیکوتین. بررسی سالانه درمان سایبری و پزشکی از راه دور (2010)؛‌ 127 – 123
24. J. Gutiérrez-Maldonado, M. Ferrer-García, A. Caqueo-Urízar, A. Letosa-Porta ؛ ارزیابی واکنش های احساسی ایجاد شده بر اساس محیط های مجازی در بیمارانی که اختلالات خوردن دارند؛ روانشناسی سایبری و رفتار 9 (2006)؛‌ 513 – 507
25. M. Ferrer-García, J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urízar, E. Moreno ؛ اعتبار محیط های مجازی برای ابراز واکنش های احساسی در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن و در رابطه با کنترل یا اصلاح رفتارها 3 (2009) ؛‌ 830 – 854
26. A. Gorini, E. Griez, A. Petrova, G. Riva ؛ ارزیابی واکنش های احساسی ایجاد شده به واسطه قرار گرفتن در معرض غذاهای واقعی، غذاهای مجازی و عکس های غذاها در بیمارانی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند؛ سالنامه روانشناسی عمومی 9 (2010) ؛ dio:101186/1744-859X-9-30

**ابهامات:‌ استفاده از ضبط (ویدئویی) برای تولید داده ها در بررسی محیط های حاشیه ای**

**مربوط به صفحه 49**

چکیده: مقاله حاضر حاصل تعامل تکنولوژی های تحقیقات میدانی و آزمایشگاهی است تا بتوانیم ابزارهای جدید و دیدگاه های روش شناسی نوین برای تکمیل پروسه های بررسی در تنظیمات کاری را بدست آوریم. در این روند توضیح داده ایم که ضبط داده ها و قرار دادن محقق در موضع مناسب می تواند به غنی تر شدن پروسه تولید داده ها کمک کند.

واژگان کلیدی: محیط های حاشیه ای، روش شناسی، تولید داده ها، ضبط ویدئویی

مقدمه:

در تحقیقات دهه گذشته؛ موضوع تعامل کامپیوتر با انسان و تعامل با وساطت کامپیوتر بسیار مهم و مهمتر شده است؛ بنابراین تحقیقات به کمک تکنولوژی انجام گرفته اند (تلفن های موبایل، محیط های مجازی و غیره). اما تفکرات روش شناختی از اینگونه پیشرفت ها ؛ استفاده یا پیروی نمی کنند.

هدف از این مقاله تفکر اساسی در تنظیمات تحقیقاتی است که برای تولید و تحلیل داده ها از حمایت تکنولوژی برخوردار بوده اند و همچنین چگونگی کنار آمدن با پیچیدگی های این روند را نشان داده ایم.

1. محیط های حاشیه ای

محیط های حاشیه ای؛ زمینه های تعاملی هستند که به واسطه استفاده از تکنولوژی ایجاد می شوند: آنها در مرز بین محیط های رو در رو و محیط های واسطه ای قرار دارند. امروزه اغلب تعاملات در محیط هایی صورت می گیرد که این مشخصه را دارا هستند. روانشناسی اجتماعی کاربردی اغلب در محیط های حاشیه ای صورت می گیرد اما اهداف تحقیقاتی آن در محیط های حاشیه ای مبتنی بر آزمایشگاه ها انجام می شوند و به صورت روانشناسی عمومی و تجربی ارائه می شوند: هر زمان که یک محقق تنظیماتی را انجام می دهد که در آن شرکت کنندگان باید با یک تکنولوژی غیر جامع تعامل برقرار کنند؛ در واقع او یک محیط حاشیه ای را خلق کرده است (که غالبا با نام "ترکیبی" شناخته می شود).

مطلب فوق یعنی محقق باید بداند که مرزهای بین واقعیت و مجازی بسیار مبهم هستند و داده های مفید اغلب نه فقط در یکی از دو سوی این مرز بلکه بطور همزمان در هر دو سوی این مرز تولید می شوند؛ بنابراین یک مرحله از تحقیق باید به پروسه تحقیقاتی افزوده شود تا این داده ها گردآوری شده یا دست کم لحظه ای درنگ صورت گرفته و معانی پیامد های موجود در محیط حاشیه ای و بازتاب آنها بر موضوع تحقیقات درک شود؛ در این صورت تجارب شرکت کنندگان از تکنولوژی واقعا درک می شود.

ابهامات: ضبط (ویدئویی) داده ها

محققان باید به محدودیت های خود به عنوان ناظر، تولید کننده و تحلیل کننده داده ها واقف باشند. بررسی افراد در محیط های حاشیه ای یعنی در اغلب موارد محققان در هاله ای از ابهام قرار دارند و در تلاشند یکی از طرفین پدیده را برای تحقیق انتخاب کنند. تمرکز بر یکی از طرفین مرز نیز کاملا مجاز می باشد اما مهم است که محققان از پیامدهای انتخاب خود آگاه بوده و بدانند که پدیده هایی هم وجود دارند که در مرزهای آفلاین/آنلاین محدود نمی شوند.

احتمال دوم برای محققان اینست که از تکنولوژی دیگری استفاده کنند: برای مثال استفاده از دوربین ها برای ضبط رفتارهای شرکت کنندگان در تحقیقات و واقعه نگاری همه داده های مجازی به صورتی که ردیابی پیچیدگی آن پدیده امکان پذیر باشد.

اتخاذ تصمیم برای ضبط داده ها یک انتخاب عاقلانه برای محقق است؛ از آنجاکه ضبط کردن شباهت بسیاری به مشاهده کردن دارد، تاثیر زیادی بر تنظیمات تحقیق و شرکت کنندگان خواهد داشت؛ چه در تحقیقات میدانی و چه در تحقیقات آزمایشگاهی.

در این رابطه Rosenstein گفته است که استفاده از ضبط (ویدئویی) در تحقیقات از دهه 1940 انجام می شده است اما فقط از دهه 1990 است که به دلیل کاهش چشمگیر هزینه های تکنولوژیکی و تجهیزات؛ و همچنین کوچکتر شدن و قابل حمل شدن دوربین ها؛ از این روش در تحقیقات اجتماعی استفاده می شود. بحث های آکادمیک در خصوص مسائل روش شناسی مرتبط با ضبط مسائل مردم شناسی و حیطه های مربوطه همچنان ادامه دارد؛ اما کمبود آن را در روانشناسی احساس می کنیم.

مزایای ضبط موارد صوتی – تصویری کاملا بدیهی است:‌

* محققان می توانند هر تعامل را با جزئیاتش بررسی کنند.
* در موارد ضبط شده همه زمینه ها و تجارب شرکت کنندگان در تحقیقات به طور زنده ثبت می شوند.

محقق همیشه در محل حاضر است و به خوبی می داند از چه تکنولوژی برای ضبط رفتارهای شرکت کنندگان و ضبط خودشان استفاده می کند.

ضبط کردن؛ علی الخصوص ضبط ویدئو ؛ یک شیوه موثر برای ثبت داده ها در محیط های حاشیه ای می باشند اما شایان ذکر است که چشم دوربین ضبط کننده هرگز نمی تواند جایگزین موقعیت محقق به عنوان یک ناظر باشد: محقق و دوربین هرگز به یک موضوع مشابه نگاه نکرده و شیوه نگاه کردن آنها نیز مشابه نمی باشد. ضبط وقایع امکان بررسی جزئیات را فراهم می کند اما مشخصه های فنی و موقعیت دوربین در آنها محدود است. در این زمینه Knowblaut‌ و همکاران معتقدند که داده های ضبط شده قابل دستکاری هستند تا ابهامات آنها برطرف شوند اما این کار هم هنگام تحلیل و هم هنگام تولید داده ها امکان پذیر است.

1. چه کسی ناظر را نظارت می کند؟

هر زمان که محقق نیازمند ضبط داده ها باشد؛ راه حل مناسبی برای آن پیشنهاد می شود اما محقق باید به خاطر داشته باشد که شرکت کنندگان در آزمایش و زمینه فیزیکی و پروسه ضبط بر تولید و ثبت داده ها تاثیرگذار هستند. گاهی اوقات دوربین فقط رویدادهای مرتبط با شرکت کنندگان در آزمایش را ضبط نمی کند چون حضور محقق در این تنظیمات تاثیرات خاص خود را دارد. در جدول 1؛ برخی روش های ثبت و ضبط داده ها (ویدئو) برای تنظیم داده ها را نشان داده ایم؛ همچنین برخی ابعاد موثر بر تنظیمات تحقیق را بر اساس نظرات مولفان مختلف عنوان کرده ایم.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مولفان | Shrum و همکاران | Gibbs و همکاران | Falimberti و همکاران |
| استعاره  معرفت شناسی  سطح و واحد تحلیل  تنظیم تحقیقات  ابعاد روابط شرکت کنندگان در تحقیقات | دیوارهای نامرئی  ثنویت  محلی - فعالیت و استفاده از برخی تکنولوژی ها در مسیر هدایت شرکت کنندگان در تحقیقات و اهداف تحقیقات  بدون تعامل؛ بدون روابط (سیستم های مرتبط) | دیوار سیال  واقعگرایی بحرانی  محلی – فعالیت و استفاده اعتبار، تاثیرات و تفسیر تکنولوژی | خانه ای با دیوارهای سیال  چارچوب پیچیدگی  جهانی – پروسه تحقیق  سازمانی – عملکردی، معنایی، هنجاری، سمبولیک، فرهنگی  سیستم های چند فاعلی بر اساس تعاملات و روابط بین سوپرفعالان |

جدول 1: مقایسه بین رویکردهای ضبط داده ها و پیامدهای روابط محقق- شرکت کنندگان در آزمایش

محقق باید به ابعاد ذیل توجه کافی مبذول کند چون بر پروسه تولید داده ها تاثیرگذار هستند:

* ابعاد سازمانی – کارکردی: محققان و شرکت کنندگان در آزمایش باید موقعیت خود و دیگران را در تنظیمات انجام شده شناسایی کنند و الزام ضبط داده ها را درک کنند؛ همچنین باید یک محیط معنادار برای شرکت کنندگان در آزمایش و محقق خلق شود.
* ابعاد عملگرایانه - هنجاری: محققان و شرکت کنندگان در آزمایش باید در خصوص چگونگی تعامل در محیط حاشیه ای ضبط شده کاملا توجیه شوند.
* ابعاد سمبولیک – فرهنگی: محققان و شرکت کنندگان در آزمایش باید در خصوص معانی مرتبط با اهداف محیط تحقیقاتی مذاکره کرده و همچنین با افراد دیگر مرتبط با این اهداف مذاکره کنند.

1. نتیجه گیری

تحقیقاتی که در خصوص تکنولوژی و رفتارهای انسانی با بهره گیری از تکنولوژی انجام می شوند؛ اغلب اهداف تحقیقاتی بسیار پیچیده ای دارند و نیازمند تنظیمات بسیار پیچیده تحقیقاتی هستند.

برای تحقیق در زمینه چنین اهدافی؛ محققان باید روش ضبط داده های خود را انتخاب کنند اما آنها باید بدانند که چنین گزینه ای دارای پیامدهایی است که نه فقط بر تنظیمات بلکه بر داده های تولید شده نیز تاثیرگذار هستند.

از لحاظ استعاری می توان گفت که عملکرد محققان در محیط های حاشیه ای همانند داخل شدن به محیطی است که در آن همه خانه ها دیوارهای سیال دارند؛ این فضا به طور نامرئی بخش بندی می شود با دیوارهای ضخیم (که معمولا در تحقیقات رایج به تعامل رودررو گفته می شود) یا با دیوارهای سیال که البته خاصیت یک دیوار واقعی را ندارند (در گذشته و گاهی اوقات در زمان حال آن را تحقیقات تعامل آنلاین نامیده اند).

رفرنس ها(منابع) : خانم گودرزی چرا اینها ترجمه شده ؟ مگر نگفتم غیر از منابع شما بجای اینکه اینها را کم کنی و بجایش متن اصلی به دانشجویان بدهی منبع دادی؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟

1. K. Hoshi & J. Watrworth ؛ همکاری موثر برای ارائه مراقبت های بهداشتی با ایجاد شکاف های واقعی در فضاهای فیزیکی- رسانه؛ اقدامات PETRA :‌ 1- کنفرانس بین المللی تکنولوژی های فراگیر مرتبط با محیط های همکاری در آتن 2008
2. B. Rosentein ؛ استفاده از ویدئو در تحقیقات علوم اجتماعی و ارزیابی برنامه ؛ ژورنال بین المللی روش های کمی 1؛ 3 (2002)؛ 43 – 22
3. R.W. Belk & R.V. Kozinets ؛ ویدئوگرافی در بازاریابی و تحقیقات مشتری؛ تحقیقات بازاری کیفی:‌ یک ژورنال بین المللی 8 ؛‌2 (2005)؛ 141 – 128
4. H. Knoblauch, B. Schnettler, J. Raab, & H.G. Soeffner ؛ ویدئو – تحلیل: روش شناسی و روش ها ؛‌Peter Lang ؛ نیویورک 2006
5. S. Pink ؛ راه رفتن با ویدئو؛ مطالعات بصری؛ 22؛ 3 (2007)
6. C. Galimberti & E. Brivio : La casa dalle pareti liquide: Analisi e discussione di alcune conseguenze dell’utilizzo della videoregistrazione nella produzione dei dati in Psicologia Sociale dei Cyberplaces, *Psicologia Sociale* **1** (2013), 103-126.
7. W. Shrum, R. Duque, & T. Brown ؛ تحقیقات ویدئویی دیجیتال به عنوان عملیات تحقیقاتی: روش شناسی برای هزاره جدید؛‌ ژورنال تحقیقاتی عملی 1 ؛‌ 1 (2005)
8. G.R. Gibbs, S. Friese & W.C. Mangabeira ؛ استفاده از تکنولوژی جدید در تحقیقات کیفی. مقدمه ای بر صدور 3(2) در FQS ؛ انجمن کیفی Sozial for Schung / انجمن: تحقیقات اجتماعی کیفی 3 ؛ 2 (2002).

بخش 4

تحقیقات ارزیابی

امروزه؛ برخی از کاربری های درمان سایبری باعث بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی و پزشکی شده اند؛ قطعا در آینده آنها می توانند باعث کاهش چشمگیر هزینه ها گردند.

اما درمان سایبری فقط یک تکنولوژی نیست بلکه یک تکنولوژی پیچیده و یک پروسه رابطه ای است.

بطور کلی؛ پزشکان و ارائه کنندگان مراقبت های پزشکی که بخواهند با موفقیت از درمان سایبری استفاده کنند باید به مسائل کلینیکی، تکنولوژی، تکنولوژی ایمنی، فاکتورهای انسانی و تغییرات سازمانی که در ساختار خدمات مراقبت های بهداشتی و پزشکی مربوطه تاثیر گذار هستند؛ توجه کافی مبذول کنند.

Wiederhold & Riva, 2004

**مقیاس شبیه سازی واقعگرایانه VR آلمانی – تقویت روانی برای کاربردهای واقعیت مجازی با انسان های مجازی**

چکیده: معادل صفحه 59

امروزه کاربردهای آموزش مجازی با سطوح بالایی از وفاداری و غوطه وری (برای مثال برای درمان ترس از اجتماع) حضور مقتدرانه ای داشته و این حضور را به پیشرفت های موفقیت آمیز واقعیت مجازی مدیون می باشد. تحقیقات کاملی بر نمایش و تعامل وفادارانه (بصورت یکی از ابعاد فرعی غوطه وری) و همچنین تاثیر آنها بر حضور افراد انجام شده است؛ واقعی بودن شبیه سازی های نمایش داده شده بستگی به کاربری های خاص دارد بنابراین سنجش آنها دشوار می باشد. ما استفاده از یک پرسشنامه برای گزارشات فردی را برای سنجش شبیه سازی واقعیت گرایی پیشنهاد می کنیم. مقیاس شبیه سازی واقعگرایانه VR آلمانی برای کاربری های آموزش VR بر اساس تفسیر و ترجمه همه آیتم های واقعگرایی توسعه یافته است که ارزیابی ها بر اساس پرسشنامه Witmer-Singer-Presence انجام شده است. آیتم هایی برای موجودیت بالقوه انسان های مجازی (برای مثال برای کاربردهای آموزشی ترس از اجتماع) به مقیاس فوق افزوده شده اند. نمونه ای شامل 151 دانشجویان (N=151) برای سنجش میزان ترس از صحبت در مقابل عموم برای شبیه سازی واقعگرایانه انتخاب شدند. چهار فاکتور بر اساس تحلیل اجزاء اصلی و آیتم ها (چرخش واریماکس)؛ نمایش واقعگرایانه صحنه؛ رفتار مخاطبان ؛ ظاهر مخاطبان و واقعی بودن صداها استخراج شدند. مقیاس توسعه یافته را می توان به عنوان نقطه آغازین تحقیقات آینده و سنجش شبیه سازی واقعگرایانه در کاربردهای مختلف از جمله انسان های مجازی بکار برد.

واژگان کلیدی: غوطه وری، شبیه سازی واقعگرایانه، محیط های مجازی، روان سنجی، عوامل مجازی

مقدمه :

کاربری های درمان و آموزش واقعیت مجازی (VR) از موفقیت آمیزترین پیشرفت های غوطه وری در واقعیت مجازی هستند. در این کاربری ها اغلب از سطوح بالای غوطه وری استفاده می شود تا کاربر بتواند یک تجربه کاملا واقعی را بدست آورد بنابراین سطح حضور در آنها بسیار بالا می باشد. در این مقاله؛ روشی برای سنجش یک جنبه از غوطه وری را به نام شبیه سازی واقعگرایانه بررسی کردیم؛ آن را یک سیستم تعیین کننده از فاکتورهای کاربر همانند حضور و عملکرد در نظر گرفته ایم. ما استفاده از یک پرسشنامه برای تهیه گزارشات فردی را پیشنهاد می کنیم که بر اساس مقیاس شبیه سازی واقعگرایانه آلمانی برای کاربری های آموزشی VR توسعه یافته است. همانطور که کاربری های درمان ترس از اجتماع (مثل ترس از صحبت کردن در برابر عموم مردم) کاربران را در معرض انسان های مجازی قرار می دهد؛ ما نیز آیتم هایی را برای سنجش واقعگرایانه بودن عوامل مجازی تعیین کرده ایم.

1. **کارهای مرتبط و بنیاد کار منطقی ؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟**

محیط های مجازی چند وجهی نواحی مجازی چندجانبه (IVEs[[3]](#footnote-3)) تکنولوژی پیچیده ای هستند که جای اطلاعات لمسی را با استفاده از محرکات ترکیبی مانند تصویرسازی سه بعدی, صدای فضایی, و فیدبک قدرتی یا لمسی گرفته اند. آنها گاهی با یک هدف مشخص طراحی می شوند: تا برای کاربر یک دنیای کامپیوتری ارائه کند, تا بتواند آنرا تجربه کند, انگار که یک دنیای واقعی باشد – ایجاد یک حس واقعی, یا آنجا بودن, در ذهن کاربر. هرچند, هدف اولیه القای یک تجربه ی سطح بالا نیست به کاربر نیست, بلکه فرضیه ابتدایی این است که کاربر به سمت عملکردی سطح بالاتر سوق یابد, بویژه هنگامیکه چارچوب کاربردی (اپلیکیشن) بر روی برخی حالات ویژه تاکید دارد (مانند القای هیجانات مانند فوبیا به فرد).

تحقیقاتی که بر روی حالت انجام شده نشان می دهد که جوانبی (مواردی) مانند غوطه وری یا وفاداری بر روی واقعیت (وجود) و عملکرد موثر هستند. برای آنالیز مشخصات سخت و نرم افزاری IVE, محققین از گفته ی Mel Slater درباره ی غوطه وری استفاده می کنند, بویژه سطح هدفی که سیستم VR برای حسگر وفاداری ارائه میکند. در طرف مقابل, حضور به عنوان پاسخ ذهنی کاربر به سیستم VR تعریف می شود. هرچند, غوطه وری و وجود گاهی به صورت مترادف استفاده می شوند. از اینرو, برخی محققین برای جلوگیری از سردرگمی از اصطلاح وفاداری به جای غوطه وری, استفاده می کنند. در این مقاله, از تعریفات Bowman استفاده می شود.

سه جنبه ی مختلف وفاداری را می توان اینگونه تشریح کرد: a) نشان دادن وفاداری (خروجی سیستم چقدر به واقعیت نزدیک است) b) تداخل وفاداری (درجه ی هدفی که دقیقا می توان از تداخل دنیای واقعی بدست آورد) و c) وفاداری یا واقعگرایانه بودن شبیه سازی (محیط و اهدافی که در دنیای واقعی هستند به چه اندازه در IVE استادانه ارائه شده اند). درباره ی دو مورد نخست به خوبی تحقیق شده است, که دلیل اصلی آن رابطه ی مستقیم آنها با سیستم های سخت و نرم افزاری است.

واقعگرایانه بودن نمایش یا شبیه سازی مدل وابسته به اپلیکیشنی است که در سخت- نرم افزار در حال اجراست و در نتیجه اندازه گیری آن دشوار است. هرچند, برخی تحقیقات نشان می دهد که مدل ها واقعگرایانه تر باعث ایجاد احساسات بیشتر نسبت به حضور و عملکرد می شوند. برای مثال, شامل شدن مشخصات انسانی, و همچنین نحوه ی حرکت آنها (انیمیشن) تاثیر مستقیمی بر درک از نواحی (محیط) مجازی دارد, برای مثال فوبیاهای اجتماعی مانند ترس از صحبت در جمع. تحقیقات اولیه نشان می دهند که شبیه سازی وفاداری بالاتر نه تنها باعث عملکرد و حضور بیشتر می شوند, بلکه باعث انتقال بعتر تخصص نیز می شوند. از اینرو, محققین تصمیم گرفته اند که رفتار مجازی واقع گرایانه را وارد این اپلیکیشن ها بکنند.

همچنین, همان طور که پیش از این گفته شد, اندازه گیری شبیه سازی واقعیت دشوار است, و همچنان این کاربر است که از محیط مجازی تفسیر و درک دارد.برای مثال, Lee واقگرایانه بودن چشمی را اینگونه تعریف می کند: درجه ای که تصاویر طراحی شده از دنیا, برای کاربر واقعی باشد. Witmer-Singer تجربه ی کاربر را به روشی مشابه تشریح می کنند: ارائه ی یک تعریف از حسی واقعی که نیاز به مفهوم دنیای واقعی نداشته باشد, بلکه به اتصال و پیوستگی شبیه سازی تجربه اشاره کند.

از اینرو, ما اندازه گیری واقعی بودن شبیه سازی های VR را با استفاده از پرسشنامه ای شخصی انجام می دهیم. مقیاس واقعی بودن شبیه سازی آلمانی برای اپلیکیشن های VR ارائه شد. به عنوان اپلیکیشن فوبیای اجتماعی که کاربران را با انسان های مجازی روبرو کرد, ما آیتم هایی را ارائه دادیم که بتوانند واقع گرایانه بودن موارد مجازی را اندازه گیری کنند.

1. **روش**

آیتم هایی که Witmer-Singer در پرسشنامه ی خود درباره ی حضور ارائه داده بودند, برای اندازه گیری واقعیت صحنه به المان ترجمه و سازگار با سناریوی CAVE شد (تمرکز بر روی واقعی بودن صدا و منظره). در ادامه, آیتم های مربوط به واقعی بودن مخاطب مجازی (رفتار و شمایل) وارد شد (جدول 1). از یک نمونه که شامل 151 دانش آموز می شد برای اپلیکیشن آموزش مجازی درباره ی ترس از صحبت در جمع استفاده شد و سپس از آنها خواسته شد واقعی بودن شبیه سازی با استفاده از یک مقیاس 14 آیتمی ارزش یابی کنند. زیرمقیاس ها از موارد مربوط به آنالیز فاکتور عضو با استفاده از چرخش تعامدی واریماکس گرفته شدند.

1. **نتایج**

این بخش یک دید کلی از نتایج آنالیز آیتم و فاکتور را ارائه می کند. نتایج مربوط به آنالیز فاکتور در جدول 1 و 2 ارائه شده اند. از هیچ آیتمی صرف نظر نشد. بارگزاری فاکتور برای چهار زیرمقیاس گرفته شده و دیدگاه آنها در جدول 2 ارائه شده است.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| % انباشتگی | % واریانس | مقدار ویژه | Factor |
| 38.60 | 38.60 | 5.40 | 1- واقعی بودن صحنه |
| 51.08 | 12.47 | 1.75 | 2 -رفتار مخاطب |
| 61.19 | 10.12 | 1.42 | 3 - قیافه مخاطب |
| 69.37 | 8.18 | 1.14 | 4 - واقعی بودن صدا |

نخستین فاکتور را می توان با عنوان واقعیت صحنه تشریح کرد, اندازه گیری واقعیت در موارد چشمی مانند بازتاب, نور و سایه, و رنگ. در طرف دیگر, سه بعدی و واقعی بودن نیز در این فاکتور ارائه شده اند, این اشارات به صورت چشمی در سناریوی ترس از گفتگو در جمع نیز ارائه شده, جایی که نیاز به بررسی فضای پیرامون نبود.

دو فاکتور بعدی, مشخصات صدایی را اندازه گیری می کنند. فاکتور دوم را می توان به عنوان واقعی بودن رفتار صدایی تشریح کرد, که رفتارهای بی کلام مانند حالت بدن, ژست, و حالت چهره در نظر گرفته می شود. به اضافه اینکه, صحت رفتار صدایی نیز در این مورد در نظر گرفته شد. این فاکتور با جوانیب مختلف شکلی کار می کند, صحت انسان های مجازی به طور کلی و لباسشان, همچنین کافی بودن لباسشان (با توجه به موقعیت گفتگوی اجتماعی,مخاطبین در دنیای واقعی دارای لباس های متفاوتی هستند, به طور مثال لباسی که در کنفرانس تجارت پوشیده می شود در برابر لباسی که در یک کلاس معمولی پوشیده می شود.

نکته ی پایانی, مخاطبین واقعی به صورت چشمی (قیافه ای) با هم متفاوت هستند, از اینرو واریانس نوع قیافه ی مخاطبین در این فاکتور در نظر گرفته شد. فاکتور پایانی و چهارم, شامل یک تک آیتم اندازه گیری کننده ی صدای واقعی می شود.

تمام آیتم ها نشان دهنده ی یک ضریب کل مناسب هستند 27. , با کاهش آلفای Crobanch اگر آیتم ها حذف شوند.

|  |  |
| --- | --- |
| واقعی بودن چهره | 81 |
| سایه و نور واقعی بود | 79 |
| فضای مجازی به نظر سه بعدی می رسید | 71 |
| رنگ آمیزی CAVE طبیعی بود | 68 |
| تناسب فضای مجازی واقعی بودی | 65 |
| فاکتور2: رفتار مخاطب |  |
| حالت انسان مجازی طبیعی بود. | 86 |
| ژست انسان طبیعی مجازی بود. | 33 |
| رفتار انسان مجازی در CAVE طبیعی بود. | 76 |
| حالات چهره انسان مجازی طبیعی بود. | 68 |
| فاکتور 3: قیافه مخاطب |  |
| لباس های انسان های مجازی متفاوت بود | 82 |
| قیافه انسان های مجازی متفاوت بود. | 68 |
| انسانهای مجازی کاملا واقعی به می رسند | 65 |
| لباس انسان های مجازی طبیعی است. | 62 |
| فاکتور4: صدای واقعی |  |
| شدت صدا در اتاق مجازی (1= بسیار کم ، 5= بسیار زیاد) | 86 |

فاکتور 1 و 2 قابلیت اطمینان مناسبی دارد α>80. اما فاکتور سوم به این معیار نرسید, α=.74. دلیل این امر می تواند تعداد کم آیتم باشد. هرچند, با توجه به مناسب بودن معیار, این تحقیق می تواند پایه برای گسترش های آتی باشد. فاکتور 4 یک تک آیتم فاکتور است, همچنین دارای eigenvalue>1. در آینده,تحقیق باید آیتم های بیشتری را درباره ی واقعی بودن صدا ارائه کند, زیرا صدا یک مورد مهم در تعیین وفاداری به حساب می آیند.

1. **گفتگو**

یک مقیاس برای اندازه گیری واقعی بودن شبیه سازی, بر پایه ی آیتم های گفته شده در پرسشنامه Witmer-Singer ارائه شد. چهار زیر مقیاس بدست آمد, اندازه گیری واقعی بودن صحنه, واقعی بودن مخاطب و رفتار او, واقعی بودن صدا. هرچند, کار ارائه شده دارای چندین محدودیت است. دانش آموزان پرسشنامه ی آلمانی را برای واقعی بودن شبیه سازی رتبه بندی کردند. به اضافه اینکه, از پرسشنامه برای ارزیابی سناریوی ترس از صحبت کردن در جمع نیز استفاده شد, که شامل 30 تن می شد. تنظیمات مختلف می تواند باعث رتبه بندی های مختلف شود ( افرادی که رتبه بندی می کنند, اپلیکیشن های VR و زبان پرسشنامه). تحقیقات آتی باید یافته های ما را با تنظیمات مختلف تکمیل کند. همچنین, یک فاکتور نشان دهنده ی عدم قابلیت اطمینان (چهره مخاطب) بود, و دیگری شامل تنها یک آیتم (واقعی بودن صدا) می شد. با این وجود, این بررسی می تواند آغازی برای تحقیقات آتی باشد. با شامل شدن اپلیکیشن های VR بیشتر و بیشتر در زمینه ی انسان های مجازی, نیاز مبرمی به ارزیابی این جنبه ی مشخص وجود دارد. از اینرو, این پرسشنامه می تواند پایه ای برای تحقیقات آتی باشد.

تست ماموریت های چندگانه ی مجازی: قابلیت اطمینان, قابلیت استفاده و اپلیکیشن های ممکن

**چکیده:**

اخیرا, تحقیقات بسیاری در زمینه ی بهره ی استفاده از VR (واقعیت مجازی) در موارد کلینیکی, بویژه در ارزیابی های عصبی, انجام شده است. هرچند قابلیت اطمینان و قابلیت استفاده در این تحقیقات در نظر گرفته نشده اند. در این مفاله ما هر دوی این موارد را با استفاده از روش های روانشناسانه (روان سنجی) برای VMET (تست ماموریت های چندگانه ی مجازی) مورد استفاده قرار می دهیم. در آزمایش نخست, برای قابلیت اطمینان, دو محقق به صورت جداگانه تست را با توجه به ویدئوهای مختلف امتیازبندی می کنند. برای ارزیابی قابلیت استفاده ما از 21 فرد سالم و سه بیمار دچار بیماری پارکینسون استفاده می کنیم.

**مقدمه**

VR یک راه حل مناسب برای نیازهای مربوط به مداخله ی موثر توانبخشی ارائه میکند: آزمایش مکرر, فیدبک مربوط به عملکرد, و انگیزش ادامه ی آزمایش. VR به صورت پیوسته عملکرد بیمار را مانیتور می کند و کیفیت بهبود او را ارزیابی می کند.مزیت دیگر این روش شامل شدن موضوع: حضور, است, که میزان ادراک از شبیه سازی, با توجه به تجربه در واقعیت است. اخیرا, تحقیقات بسیاری در زمینه ی بهره ی استفاده از VRدر موارد کلینیکی, بویژه در ارزیابی های عصبی, انجام شده است. VR برپایه ی استفاده از تکنولوژی است که توانایی شبیه سازی تجارب روزانه ی زندگی را به صورت سه بعدی, با استفاده از کامپیوتر, ارائه می کند.

با غنی کردن محیط مجازی سه بعدی با استفاده از موقعیت روزانه ی معمولی, می توان به بیماران حس وارد شدن در یک محیط طبیعی را القا کرد. ایکار می تواند موقعیتی را ایجاد کند که به ارزیابی درمانی کمک کند, که در چارچوب آزمایشگاه روانشناسی باشد.

از تست ماموریت های چندگانه ی مجازی برای منطقی کردن پروتکل استفاده می شود, تا توابع اجرایی مورد ارزیابی قرار بگیرند (با استفاده از سوپرمارکت مجازی). استفاده از دستگاه های (واقعی) مجازی ممکن است برای فرد مشکل باشد, برای این منظور ما تصمیم گرفتیم که قابلیت استفاده ی این ابزار را مورد بررسی قرار دهیم.

برای گسترش این تست ما یک محیط مجازی را با استفاده از نرم افزار NeuroVR ایجاد کردیم و آن را بر روی مانیتور به نمایش گذاشتیم. بویژه بررسی یک سوپرمارکت با استفاده از یک دسته ی بازی. این مورد شامل یک اپلیکیشن می شود که توانایی بررسی سوپرمارکت مجازی را ممکن می کند, در این سوپرمارکت از کاربران خواسته می شود که محصولات مختلف را از روی قفسه ها خریداری کنند. بیمار وارد سوپرمارکت می شود و با آیکن هایی آشنا می شود که برای خرید کردن هستند. برای خرید,پس از آنکه این محصولات را شناسایی کرد, فرد باید یک دکمه در سمت راست دسته را فشار دهد. در سوپرمارکت مجازی محصولات به دسته های اصلی خوارباری تقسیم می شوند: نوشیدنی ها, میوه و سبزی ها؛ خوراکی های صبحانه, محصولات بهداشتی, خوراکی های یخ زده, محصولات باغی, محصولات حیوانی. نشان هایی که در بالای هر دسته ی محصول است به شناسایی کمک می کند. این روش شامل برخی مقررات که در مراکز خرید وجود دارد, می شود (خرید محصولات از یک مغازه و گرفتن اطلاعات) .

برای آنالیز عملکرد فرد, متغیرات زیر آنالیز می شوند.

**خطا:** خطا نقص مقرراتی (دستوری) یا حذف مقطعی است (که به عنوان شکست در براورده کردن دستور تعریف می شود)

**ناکارامدی:** به عنوان نقص در انجام دادن یک کار در یک مکان مشخص تعریف می شود, جاییکه تنها مکان برای انجام آن دستور است

**شکستن قوانین:** هر گونه اقدامی که قوانین لیست شده در MET را نقض کند

**استراتژی ها:** نمونه هایی از 13 استراتژی برای برنامه ریزی پیش از انجام دستورات و براورده کردن دقیق آنها.

**نقص در تفسیر:** انواع خطایی که فرد در موقعیت آزمایشی یا تفسیر, با آن برخورد می کند.

پیش از آزمایش ما از یک باتری عصبی کامل استفاده کردیم. برای ارزیابی سطح شناختی کل ما از ارزیابی های وضعیت مینی-منتال استفاده کردیم, برای حافظه ما از تست یادگیری زبانی و باتری Novelli همراه با Digit Span , Corsi Span, supra-span, short story استفاده کردیم.برای ارزیابی تابع اجرایی ما از تست Tower of London و شفافیت زبانی استفاده کردیم (واجی و معنایی). ما از ارزیابی BIT و Benton استفاده کردیم و از شباهات WAIS-R و Laiacona برای تست ارزیابی زبانی استفاده کردیم. تست Trial Making و Digit Span برعکس از WAIS-Rبرای ارزیابی میزان توجه و کارکرد حافظه مورد استفاده قرار گرفت. برای ارزیابی سطح حالت و ویژگی عصبی (ناراحتی) و افسردگی ما از شاخص State and Trait Anxiety و Back Depression Inventory استفاده کردیم. تمام امتیازات تست ثبت شد و با توجه به سن, تحصیلات و جنسیت مرتب شد.

**مقدمه**

در حال حاضر دانش نسبتا رایج است و هر فردی از راه های مختلف آن را فرامیگیرد.گاردنر در سال 1983 پیشنهادی ارائه میدهد که بر طبق آن هشت نوع هوش وجود دارد که به یادگیری موفقیت آمیز فرد کمک میکند.مدت مدیدی است که در کلاس درس، دروس آموزش داده شده بر روی هوش زبانی ، منطقی و ریاضی تمرکز میکند؛ در حقیقت محدود کردن موفقیت دانش آموزانی که از طریق کانال های جنبشی ، میان فردی ، موسیقی و به ویژه بصری یادگیری بهتری دارند.تئوری گاردنر از هوش چندگانه با این استدلال،که همه مردم دارای درجه هایی از هر هوشی هستند مربیان را تشویق میکند تا برای پیشرفت در برنامه درسی خود از تجربیات متنوع استفاده کنند.(1)

سبک یادگیری که به طور معمول در کلاس های درس مرسوم هست ومورد استفاده قرار میگیرد،هوش بدنی-جنبشی است که اشاره به توانایی فرد در یادگیری،ازطریق استفاده از حرکات بدن وحس لامسه دارد.فعالیت جنبشی که برای نخستین بار مطرح شد پیاژه آن را یادگیری-حسی حرکتی نامید که در آن فعالیت بدنی تبدیل به نماینده علامت ذهنی میشود(2). فعالیت های یادگیری جنبشی(KLAs) فعالیت هایی هستند که،از این هوش مشخص دانش آموزان که در رابطه با به کارگیری فیزیکی آنهاست،استفاده میشود. چارچوب آموزش های دیگر نیز مانند مدل فلمینگ سبک آموزشی وارک(3) نقش محوریِ یادگیری فیزیکی را تصدیق میکنند.

اصطلاح"haptics" مطالعه تماس و تعامل انسان با محیط خارجی از طریق لامسه است.این زمینه به طور چشمگیری رشد و افزایش داشته است،محققان این رشته درگیر توسعه،پیشرفت و آزمایش دستگاه های بازخورد نیرو وپالایش لمسی آنها میباشند و نیز حمایت کردن از نرم افزارهایی که اجازه لمس اشیای مجازی سه بعدی و اداره کردن آنها را به کاربر میدهد(4). علاوه بر پژوهش های روانشناسی وفیزیکی اساسی بر روی فیزیولوژی حس لامسه انسان،کارهایی نیز در زمینه های کاربردی انجام میشود،مانند شبیه سازی جراحی،آموزش پزشکی،تجسم علمی و فن آوری های کمکی برای نابینایان و افرادی که در دیدشان مشکل دارند.

در حال حاضر پیشرفت های فناوری اجازه میدهند که تکنولوژی لامسه مجازی(haptics) به انواع برنامه های کاربردی کامپیوتر اضافه شود. پزشکان برای جراحی هایی با حداقل تهاجم و آسیب از لمس از راه دور استفاده میکنند که از طریق استفاده از رابط لمسی باسنسورهای نیرو صورت میگیرد و اجازه میدهد جراح در حین عمل جراحی بافت و اندام را احساس کند(5). یک مطالعه اخیر نشان داد که شرکت کنندگان درآن زمانی که لامسه مجازی اضافه شد قادر به کسب اطلاعات موثرتری راجع به مارپیچ های مجازی بودند نسبت به زمانی که هیچ نشانه بازخورد لمسی وجود نداشت(6). در دهه گذشته تکنولوژی لامسه مجازی(haptics) به محیط های واقعیت مجازی معرفی شده است.

یکی از زمینه های آموزشی خاص که در آن تکنولوژی لامسه مجازی به شدت میتواند مورد استفاده قرار گیرد،آموزش پزشکان نظامی جنگی است. ارائه درمان پزشکی در مناطق جنگی چالش های عمده ای رابرای پزشکان و جراحان ایجاد میکند.وزارت دفاع ایالات متحده آمریکا در حال سرمایه گذاری میلیون ها دلار برروی آموزش کارکنان پزشکی است،که وظیفه تشخیص اولیه ودرمان افراد آسیب دیده را بر عهده دارند.با این حال روش فعلی آموزش کارکنان پزشکی ارتش،نیروی هوایی و نیروی دریایی میتواند بهبود یابد.بسیاری از سرمایه گذاری ها به شدت برروی توسعه فن آوری های آموزشی و رسیدگی به این موضوع انجام میشود.یکی از این نمونه ها ایجاد پروتز واقعی است که شبیه سازی ظاهر،بو و احساس از شرایط سخت جراحت است(7)(8). برای تکمیل ابزار فعلی پزشکان نظامی،ازجمله کتاب های درسی با عکس های شرح دار، آموزش زندگی واقعی،مدل های آموزشی و امثال این فن آوری های رو به رشد،مرکز پزشکی واقعیت مجازی(VRMC[[4]](#footnote-4))در حال حاضر در حال توسعه سیستم آموزشی"بازی ویدئویی واقعیت مجازی(VRVG) برای پزشکان نظامی و جنگی است.بازی ویدئویی واقعیت مجازی(VRVG) آمیخته خواهد شد به عنصرتکنولوژی لامسه مجازی (haptics) با هدف اضافه شدن یک عنصر رئالیسم در جهت افزایش صلاحیت بازیکنان در انجام روش های خاص و اورژانسی که تهدیدکننده زندگی هستند.این سیستم اقتباسی از محیط های بازی های ویدئویی است که می توانند به راحتی تغییر پیدا کرده،به روز شوند و برنامه ریزی ای که نسبت سطح مهارت کاربر وتکنش نشان دهد.تلاش های جاری در حال حاضر بر روی پزشکان نظامی ارتش ایالات متحده است،که در اداره آموزش پزشکی نظامی،آموزشگاه ومرکز بخش پزشکی ارتش(EDDAM) تحت آموزش هستند و اجرای این برنامه های آموزشی برای بخش پزشکی ارتش (EDDAM) در نظر گرفته شده است. این مقاله با مطالعه موارد مختلف،روش استفاده از تکنولوژی لامسه مجازی در برنامه های آموزش پزشکی نظامی را مورد بررسی قرار می دهد.

**1- بحث و روش تحقیق**

هدف از مطالعه این مورد بررسی تاثیر استفاده از تکنولوژی لامسه مجازی –به طور خاص– در برنامه های آموزشی واقعیت مجازی برای پزشکان نظامی است که در راستای این هدف شناختن موارد استفاده از لامسه مجازی در برنامه های آموزشی مشابه ضروری می باشد. بنابراین "تکنولوژی لامسه مجازی(haptics) " ، "واقعیت مجازی(reality virtual)" و "آموزش پزشکی (traning medical)" از کلمات کلیدی مهمی بود که هنگام پژوهش،برای موارد تحقیق در نظر گرفته شد.این موارد از مجلاتی انتخاب شدند که به هر یک از فناوری های جراحی بالینی یا واقعیت مجازی اختصاص داشتند.

تکنولوژی لامسه مجازی به عنوان یک سیستم بازخورد نیرو تعریف میشود که شامل یک رابط لمسی است.این رابط لمسی وسیله ای است که به کاربر اجازه می دهد تا با یک محیط مجازی بواسطه بازخورد جنبشی ودریافت لمسی تعامل داشته باشد.تمامی دستگاه های بازخورد لمسی،در ارائه توانایی بی نظیر مبادله همزمان اطلاعات بین کاربر و ماشین،سهیم هستند.درحال حاضردستگاه های موجودشامل دستکش داده ها، مانیتورهای تخصصی و اهرم های هدایت هستند.

موارد مورد بررسی قرار گرفته براساس توانایی افراد در یادآوری و اجرای دقیق مراحل در یک محیط مجازی است. چندین سوال در طول ارزیابی مطرح می شود:

1) کدام شکل بازخورد نیرو قبل از پیوستن لامسه مجازی مورد استفاده قرار می گرفت ؟آیا لامسه مجازی یک کانال اضافی برای ارتباط بین کاربر و ماشین فراهم کرد؟

2) آیا افراد در هنگام استفاه از لامسه مجازی در مقایسه با واقعیت مجازی متعارف،احساس غوطه وری بیشتری می کنند؟

3) آیا افراد قادر به بهبود عملکرد در روش های پزشکی هستند ؟ آیا زمان اتمام فرآیند کاهش یافته ؟آیا افراد کمتر دچار خطا می شوند؟

4) روند تغییرات آموزش در هنگام استفاده از برنامه ها آموزشی لامسه مجازی در مقایسه با دیگر برنامه ها(آموزشی) چگونه است؟

5) آیا با افزودن لامسه مجازی در طول برنامه،اضطراب،استرس،سردرد،سرگیجه و هر عارضه روانی دیگری افزایش یافته است؟

**2- مطالعات موردی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | عنوان | سال | نویسنده(ها) | روش | دستاورد | منابع |
| 1 | کاهش خطای تیت ها با بازخوردلمسی در واقعیت مجازی مبنی بر برنامه های آموزشی. | 2006 | Jiang L, Girotra R, Cutkosky MR,l Ullrich C | پاکسازی یک ساختمان آسییب دیده توسط افراد شرکت کننده در تمرینات شبیه سازی شده،با استفاده از انجام یک بازی ویدئویی اصلاح شده و نیروی همساز USB ودستگاه های بازخورد لرزشی. | آزمایش ها نشان داد خطای کمتری توسط افرادی رخ داد که این تمرین را با،بازخورد نیرو انجام دادندکه این امر دلالت بر سطوح بالاتری از غوطه وری(در فضای مجازی) دارد. سرعت عملکرد بهبود یافت وبه جهت استفاده از دستگاه های بازخورد لرزشی ، تعامل با محیط های درهم وتاریک بادقت بیشتری همراه بود. | Diugital Object Identifier: 10.1109/WHC, 2005.111 420-425. |
| 2 | لامسه مجازی در یک شبیه ساز آرتروسکوپی زانو.آیا لامسه مجازی برای آموزش مهارت های مربوط به داخل بافت وزانو معتبر است؟ | 2006 | McCarthy AD, Moody L, Waterworth AR, Bickerstaff DR. | سیستم آموزشی آرتروسکوپی زانوی شفیلد(SKATS) درپی شرایط مطلوبی شامل بازخورد لمسی است.وظیفه رسمی این تجزیه و تحلیل تایید و تصدیق اهمیت موقعیت زانو به عنوان یک مهارت برای یادگیری کارآموزان و هدایت کردن حرکت آرتروسکوپیکال زانو می باشد.علاوه بر دستگاه های لمسی فعال تجاری در دسترس،رابط اندام موجود اجازه میدهد موقعیت زانو در حالت مطلوب باشد. | پس از جلسات آموزشی SKATS برای مبتدیان،در موارد زیر بهبود حاصل شد:  زمان اتمام کار،کوتاه تر شدن طول مسیر آرتروسکوپی،کوتاه تر شدن طول مسیر پروب و کمتر شدن اتصالات سر آرتروسکوپی.بهبود عمده و اصلی پس از دو جلسه اول رخ داده است که نشان دهنده آشنایی سریع مبتدیان با این شیوه آموزشی است. | Clin OIrthop Relat Res. 2006 Jan; 442;13-20 |
| 3 | بازخورد حرکتی افزوده شده از واقعیت مجازی لمسی در کسب مهارت دندانپزشکی. |  | Suebnukarn S., Haddaway P., Rhiemora P., Jittimance P., & Virthet P., | یک آزمایش برای تعیین نقش تغییرات الگوی بازخورد حرکتی برروی کسب مهارت دندانپزشکی در مقایسه با عملکرد بدون افزوده شدن بازخورد،طراحی شد.اطلاعات داده شده به دانشجویان درمورد بازخورد افزوده، در طول عملکرد آنها در دسترسی به ریشه و باز کردن دندان مولر اول فک بالا بااستفاده از شبیه سازیVRکه اجازه احساس لمسی و بصری را میدهد.سه گروه تجربی که شامل استفاده نیرو و آینه بودند مورد آزمایش قرار گرفتند. | نتایج نشان میدهد عملکرد گروهی که همزمان از نیرو وآینه استفاده کردند ماهرانه تر بود،سپس گروهF و گروهM ؛ ودرنهایت کنترل حرکتی افزوده شده به همه گروه ها به طورقابل توجهی در مقایسه با افزوده نشدن کنترل حرکتی،موثرتر و کارآمدتر بود. | Journal of Dental Eduction, Vol. 74, No. 12, 1357.1366. |
| 4 | بازخوردلمسی در آموزش شبیه سازی شده جراحی ارائه و کارایی را افزایش میدهد:یک مطالعه تصادفی وآینده نگر بر روی رزیدنت های جراحی | 2006 | Strom P, Hedman L, Sarna L, Kjellin A, Wredmark T, Fellander, Tsai L. | یک طرح مطالعه متقاطع و رندوم استفاده شده بود که در آن 38 رزیدنت جراحی که به طور اتفاقی انتخاب شده بودند شروع می کنند به یک جلسه آموزشی 2ساعته ی شبیه سازی شده با دو آموزش لمسی و غیر لمسی .زمینه گرافیک بالای شکم مجازی بود.افراد دو معالجه به صورت حرارتی انجام دادند.دو آزمون معتبر استفاده شده بود تا تفاوت ها را در صلاحیت بصری-انقباضی،تست صلاحیت عمومیBasIQ و تست چرخشی روانی  (A -MRT)A کنترل کنند. | بعد از دو ساعت آموزش، گروهی که با بازخورد لمسی آغاز کرده بودندوظیفه معالجه بوسیله حرارت را به طور قابل توجهی بهتر انجام دادند.تنها،گروهی که با آموزش لمسی شروع کرده بودندبه طور قابل توجهی در یک ساعت آخرجلسه پیشرفت داشتند. | Surg Endose. 2006 Sep: 20(9):138 3-1388. Epub 2006 jul 3. |

جدول1.فهرست موارد مطالعاتی شامل روش ها و دستاورد ها(9)-(14)

**2- بحث**

ما میبینیم که در هر مورد،برنامه های آموزشی که درآن از لامسه مجازی و بازخورد نیرو استفاده شده بود،سیستم نتایج کلی از نظر عملکرد کاربر بهبود یافته است.قبل از الحاق لامسه مجازی،این برنامه های آموزشی در درجه اول در محیط های مجازی قرار داده شد که بر روی بازخورد صوتی و بصری متمرکز بود.اضافه شدن لامسه مجازی احتمالا کانال دیگری از اطلاعات را برای کاربران ایجاد کرده بود که در نتیجه توجه و حضور در موقعیت های آموزشی مختلف افزایش یافت.هنگام انجام درمان ازطریق واقعیت مجازی،افزودن ارتعاش،بو و دیگر تقویت کننده های لمسی، غوطه ور سازی بیمار و اثربخشی درمان را بهبود می بخشد.

غوطه ورسازی نیز از طریق لامسه مجازی بهبود یافته است.مطالعه مورد(1)نشان داد با تعامل بیشتر با محیط های مجازی میزان خطای کمتری درگروه آزمایشی لامسه مجازی وجود داشت،همچنین یک جزءضروری برای یادگیری از طریق واقعیت مجازی، لامسه مجازی است.

در میدان جنگ تعداد محدودی از روش های متمرکز می توانند در نجات جان افراد مثمرثمر باشند، آموزش پزشکان نظامی که آن روشهای پزشکی را انجام می دهند در تلاش های نظامی برای کاهش تلفات بسیار مهم است.پزشکان متخصص می توانند تجربه و آموزش خاصی را به دست آورند؛آنها به آموزش با رابط های لمسی در یک محیط قابل اعتماد وبدون مواجهه با عواقب جدی هنگامی که مرتکب اشتباه می شوند،نیاز دارند.نتایج اخیرازعراق و افغانستان اشاره به نرخ بالای شکست در زمینه عملکرد درست کریکوتیروتومی دارد(15). آرزوی ما افزودن لامسه مجازی به مانند یک رویه آموزشی به منظور بهبود عملکرد جهان واقعی است. با انجام یک مطالعه موردی که اثر ترکیب لامسه مجازی به برنامه های آموزش پزشکی را با نمونه نشان داد،امید است تا دریابیم چگونه لامسه مجازی می تواند به نفع آموزش پزشکان نظامی و به طورکلی متخصصان پزشکی باشد.توسعه روزافزون برنامه کاربردی لامسه مجازی در برنامه های آموزشی واقعیت مجازی،برای متخصصان پزشکی می تواند یک ابزار ضروری برای کاهش هزینه ها و بهبود عملکردها باشد.

**منابع**

[1] Gardner, H., (1983). Frames of Mind. New York: Basic Book Inc.

[2] Hergenhahn, B.R., & Olson, M.H. (1997). An Introduction to Theories of Learning. New Jersey: Prentice Hall, (5).

[3] Fleming, N., & Millis, C. (1992). Not Another Inventory, Rather a Catalyst for Reflection. To Improve the Academy, 11, 137-155.

[4] McLaughlin, M., Hespanha, J., & Suhkatme, G. (2002). Touch in virtual environments: Haptics and the design of interactive systems. New York: Prentice-Hall.

[5] Klatzky, R.L., & Lederman, S.J. (2001). Modality specificity in cognition: The case of touch. American Psychological Association Press: 233-245.

[6] Insko, C.A., Schopler, J., Gaertner, L., et al. (2001). Interindividual-intergroup discontinuity reduction through the anticipation of future interaction. Journal of Personality and Social Psychology, 80(1): 95- 111.

[7] Wiederhold, B.K., & Wiederhold, M.D. (2008). Virtual reality for posttraumatic stress disorder and stress inoculation training. Journal of CyberTherapy & Rehabilitation, 1(1): 23-35.

[8] Stetz, M.C., Long, C.P., Wiederhold, B.K., & Turner, D.D. (2008). Combat scenarios and relaxation training to harden medics against stress. Journal of CyberTherapy & Rehabilitation, 1(3): 239-246.

[9] Jiang, L., Girotra, R., Cutkosky, M.R., & Ullrich, C,. (2006). Reducing Error Rates with Low-Cost Haptic Feedback in Virtual Reality-Based Training Applications. Digital Object Identifier, 10.1109/WHC.2005.111, 420-425.

[10] Chaer, R.A., Derubertis, B.G., Lin, S.C., Buch, H.L., Karwowski, J.K., Birk, D., Morrissey, N.J., Faries P.L., McKinsey J.F., & Kent K.C. (2006). Simulation improves resident performance in catheter-based intervention: results of a randomized, controlled study. Annals of Surgery, 244(3): 343-352.

[11] McCarthy, A.D., Moody, L., Waterworth, A.R., & Bickerstaff, D.R. (2006). Passive haptics in a knee arthroscopy simulator: is it valid for core skills training?. Clinical Orthopaedics and Related Research, Jan;442: 13-20.

[12] Strom, P., Hedman, L., Sarna, L., Kjellin, A., Wredmark, T., & Fellander-Tsai, L. (2006). Early exposure to haptic feedback enhances performance in surgical simulator training: a prospective randomized crossover study in surgical residents. Surgical Endoscopy, 20(9): 1383-1388.

[13] Kusumoto, N., Sohmura, T., Yamada, S., Wakabayashi, K., Nakamura, T., & Yatani, H., (2006). Application of virtual reality force feedback haptic device for oral implant surgery. Clinical Oral Implants Research, 708-713 doi: 10.1111/j.1600-0501.2006.01218.x.

[14] Suebnukarn, S., Haddaway, P., Rhienmora, P., Jittimanee, P., & Viratket, P., Augmented Kinematic Feedback from Haptic Virtual Reality or Dental Skill Acquisition. Journal of Dental Education, 74(12): 1357-1366.

[15] Mabry, R.L. (2012). An Analysis of battlefield cricothyrotomy in Iraq and Afghanistan. Journal of Special Operations Medicine, 12:17-23. Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013

B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.)

© 2013 Interactive Media Institute

ارزیابی برای آزمایش بالینی اثربخشی واقعیت مجازی برنامه ترک سیگار نوجوانان

**Kenneth GAO , Mark D. WIEDERHOLD , Lingjun KONG , Brenda K.**

**WIEDERHOLD**

*موسسه رسانه سلامت*

*مرکزپزشکی واقعیت مجازی*

**چکیده**

سیگار کشیدن به طور فزاینده به یک بار بر روی سلامت در وضعیت اقتصادی آمریکا تبدیل شده است. این واقعیت که چهار نفر از هر پنج سیگاری قبل از سن 18 سالگی هستند نیاز به برنامه ترک سیگار نوجوانان را نشان میدهد.مرکز پزشکی واقعیت مجازی یک برنامه مبتنی بر اینترنت ایجادکرده که به موضوع استفاده از قرارگرفتن درمعرض درمان در محیط خانه و مدرسه برای آموزش نوجوانان که نیاز به نیکوتین پیدا میکنند و مبارزه با آن نیازمیپردازد.اثربخشی برنامه از طریق پرسشنامه ای قبل وبعد از استفاده از آن سنجیده می شود.نتایج نشان می دهد که شرکت کنندگانی که در محیط مجازی هستند در هر جنبه ای از این برنامه حداقل 8٪ بیشتر در مورد موضوع، قبل از استفاده از برنامه، آگاهی یافتند.موقعیت چنین برنامه ای می تواند میزان مصرف سیگار کشیدن نوجوانان را کاهش دهد و در نهایت منجر به کاهش مرگ ناشی از سیگار ، عوارض و هزینه های کلی آن گردد.

کلمات کلیدی: سیگارکشیدن نوجوانان،واقعیت مجازی،نشانه ارائه درمان.

**مقدمه**

سیگار کشیدن به طور فزاینده ای تبدیل به یک بار بر دوش آمریکا ،در سلامت و وضعیت اقتصادی آن شده است و باعث مرگ 440000 نفر و هزینه ی سالانه 96 بیلیون دلار جهت مراقبت های بهداشتی در ایالات متحده شده است.

شواهد نشان می دهد زودتر قرار گرفتن در معرض نیکوتین و وابستگی شدید به آن باعث شده که هشتاد درصد افراد سیگاری بزرگسال قبل از سن هجده سال شروع به سیگار کشیدن کنند.افراد سیگاری نوجوان که مایل به ترک هستند به ندرت به دنبال پشتیبان هستند.سیگار کشیدن " زین" یکی از دلایل اصلی در سیگار کشیدن نوجوانان است.دود سیگار باعث میشود که احساسی شبیه آرامش به آنها دست دهد.بسیاری از نوجوانان معتقدند که دید و بینش آنها تکامل یافته و تنباکو کمک میکند تا آنها بیشتر و بهتر در میان دوستان خود جا داشته باشند.دیگران به سادگی از این ماده استفاده میکنند تا زمان خود را سپری کنند. همچنین معتقدند که اگر سیگار کشیدن را ترک کنند دیگر قادر به داشتن آرامش نخواهند بود ، خلق و خوی بدی خواهند داشت و اگر این عادت را ترک کنند باید زندگی اجتماعی شان نیز تغییر کند.

سیگار کشیدن در نوجوانان میتواند منجر به سرفه و تولید خلط، افزایش بیماریهای تنفسی ، کاهش عملکردهای فیزیکی،تغییردرسطح کلسترول خون وکاهش رشد و عملکرد ریه ها می شود.هم چنین اثرات دراز مدت آن شامل بیماریهای قلبی،سکته مغزی ، بیماری های ریوی و سرطان ریه ، دهان ، حلق ، مری و مثانه میشود. اگرچه نوجوانان از این خطرات آگاه هستند، اما بسیاری از آنها بر این باورندکه هر زمان که اراده کنند میتوانند سیگار را ترک کنند.کسانی که دوست دارند برای ترک سیگار به دیگران کمک کنند اما با برنامه ی ترک سیگار ناآشنا هستند، با دخالت والدین و به طور محرمانه و با تکیه بر مهارتهای مشاورین تجربیات خود را گزارش دهند.

اکثر برنامه های ترک سیگار برای بزرگسالان طراحی شده و در این زمینه برنامه ای برای نوجوانان در نظر گرفته نشده.مرکز پزشکی واقعیت مجازی (VRMC) برنامه های راحت و مورد علاقه ی نوجوانان در زمینه ی قطع مصرف نیکوتین،قطع توتون و تنباکو را به صورت آنلاین ایجاد کرده است.CET به طور مکرر برای از بین بردن ارتباط بین سیگار کشیدن با اشیا و شرایط استفاده میکند.VRMC با همکاری دانشگاه چونگ-آنگ کره به مطالعه ی دلایل سیگار کشیدن پرداخته است.

درمطالعاتی که میل به مصرف نیکوتین را مورد بررسی قرار می دهد،محیط هایی برای افراد سیگاری به منظور جهت دهی به رفتارها از طریق مجازی ایجاد شد.اتاق ها نشانه های مختلف مربوط به سیگار را در بر داشتند.از جمله:یک زیر سیگاری و یک بسته ی سیگار باز شده روی میز. به طور کلی،مطالعه نشان می داد که به کاهش اشتیاق در افرادی که وابسته به نیکوتین هستند،کمک کرده است.در مطالعاتی که صورت گرفت از تصویر برداری مغناطیسی کاربردی (FMRI) به این دلیل استفاده شد که آزمایش کنند که آیا افراد سیگاری می توانند نشانه های ناشی از میل به سیگار کشیدن را در داخل دستگاه MRI با استفاده از سیستم واقعیت مجازی ((virtual reality تجربه کنند یا خیر.و اگر چنین است آیا میزان میل به مصرف دردستگاه های کلاسیکی که از تصاویر دو بعدی استفاده می کنند با میزان آن در محیط واقعی متفاوت است.

نتیجه ی مطالعات حاکی از این بود که نشانه های مربوط به سیگار در دنیای واقعی قوی تر از دنیای دو بعدی هستند.برنامه ی MRMC در بر دارنده ی این پیام است که نشانه های مربوط به سیگار مانند بسته های سیگار،زیر سیگاری ها و فشار همسالان،اشتیاق فرد سیگاری را به سیگار کشیدن در محیط خانه و مدرسه زیاد می کنند.

کسانی که از این برنامه استفاده می کنند،می توانند عوامل شایع آغاز گر میل به سیگار کشیدن را بدانند و همچنین طرز منحرف کردن توجهشان به سیگار را یاد بگیرند.

بر طبق “smoking zine”(سایتی که که برای خودداری کردن از سیگار کشیدن است)،  
روش های پرت کردن حواس شامل ورزش کردن،موسیقی،هنر،آشپزی کردن،چرت زدن وسط روز،آدامس خوردن و صحبت کردن با دوستان می شود.

در برنامه های آنلاین VRMC برای جلوگیری از سیگار کشیدن نوجوان ،برخی از این

روش های پرت کردن حواس در قالب بازی گنجانده شده است که به استفاده کنندگان این برنامه،آموزش میدهد که چگونه با اشتیاق خود به سیگار کشیدن مبارزه کنند.

هر چه که این افراد در طول برنامه جلوتر می روند، تلاش می کنند که قبل از ”روز ترک“که در ابتدای برنامه مشخص شده است،عادت خود به سیگار کشیدن را ترک کنند.

1)روش

1-1)شرکت کنندگان

آزمایش های بالینی روی پانزده دانش آموز که محدوده ی سنی آن ها بین 14 تا 17 سال بود،انجام شد.همه ی شرکت کنندگان دانش پایه ای درباره ی خطرات سیگار کشیدن را داشتند و قبلا“ در معرض درمان ترک سیگار قرار نگرفته بودند.همچنین شرکت کنندگان و والدینشان رضایت نامه هایی را قبل از مطالعه پر کرده بودند.

1-2)اقدامات

تاثیر برنامه ی جلوگیری از سیگار کشیدن نوجوانان با استفاده از نمرات چهار پرسشنامه ی استاندارد ،اندازه گیری شد:

کاغذی که قبل و بعد از پرسشنامه به شرکت کنندگان داده میشد تا سطح دانش آن ها را مورد سنجش قرار دهد.از جمله: محرک هایی که باعث بوجود آمدن میل به سیگار کشیدن می شود،کار هایی که اشتیاق شدید برای سیگار کشیدن را به دنبال دارد و فایده های ترک سیگار قبل و بعد از استفاده از برنامه ی جلوگیری از سیگار کشیدن نوجوانان .

همچنین پرسشنامه ی حضور و واقع گرایی(PRQ)میزان تعهد استفاده کنندگان از این برنامه را به محیط مجازی اندازه گیری کرد و پرسشنامه ای(PESSQ)که بیماری و خستگی را بعد از قرار گرفتن در معرض ترک شبیه سازی می کرد،مورد استفاده قرار گرفت تا احتمال بروز عوارض جانبی ناشی از محیط مجازی را مورد بررسی قرار دهد.

1-3)شیوه ی عمل

آزمایشات پزشکی بر اساس موافقت نامه ای که توسطBIOMEDIRB صورت گرفته بود انجام شد.

اولین بخش آزمایشات پزشکی شامل این می شد که همه ی شرکت کنندگان کاغذ قبل از پرسشنامه را پر کنند. بر اساس پرسشنامه همه ی مشخصات شخصی شرکت کنندگان در یک اتاق پزشکی به صورت محرمانه قرار داده شود،جایی که آن ها شروع به برنامه ی جلوگیری از سیگار کشیدن واقعیت مجازی کرده بودند.

محققان قادر به جواب دادن به سوالات بودند ولی حق مداخله کردن را نداشتند،به بیان دیگر باید اجازه می دادند که شرکت کنندگان سرگرمی وار پرسشنامه ها را پر کرده و محیط واقعیت مجازی را به روش خودشان جستجو می کردند.

به دنبال پر کردن پرسشنامه با گذشت سی دقیقه یا هر کسی که زودتر آن را تحویل می داد، زمان پر کردن پرسشنامه ی بعدی ، PRQ و PESSQ‌ فرا میرسد.

2.نتایج

1-2. پرسشنامه های اولیه و بعدی نوجوانان مصرف کننده ی سیگار

آزمون ویلکاکسن برای این بود که امتیازات پرسشنامه ها را تحلیل کند. آزمون نشان داد که تمایزات مشخصی میان امتیازات گروهی در نتایج پرسشنامه ی اولیه و پرسشنامه ی دوم وجود دارد.میانگین امتیاز پرسشنامه پس از اینکه افراد در بازی شرکت کردند کاهش پیدا کرد. که نشان دهنده ی این است که آن ها فهمیدند که عادت های منفی با سیگار کشیدن نسبت دارد و تصمیم گرفتند که در فعالیت هایی که میل آن ها به سیگار را افزایش میدهد تلاش کمتری بکنند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | میانگین | گروه | SEM |
| قبل | 62 | 52-77 | 2.7 |
| بعد | 49 | 40-56 | 1.65 |
|  | جمع قبل و بعد | | |
| Z | -2.6668 | | |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .004 | | |

جدول شماره 1-رتبه بندی ویلکاکسون نتایج آزمایش را نشان می دهند.

جدول 2 میزانی که افراد با جملات پرسشنامه موافقت کرده اند را نشان میدهد و درصد تغییر پس از گذراندن برنامه ی سیگارکشیدن نوجوانان را نشان می دهد. هر کدام از جملات پرسشنامه بر اتمام تحقیق قبلی سیگارکشیدن استوار است و هم با جملات حمایتی ای که به شرکت کنندگان در ترک سیگار کمک می کند و همچنین سنت های رایجی که سیگار کشیدن را توجیه می کنند مرتبط است. در جدل شماره 2 جملات حمایتی با علامت \* در ستون "موافقم" قرار دارند و سنن بومی با علامت \* در ستون موافق نیستم مشخص شده اند، همانگونه که جواب های تمایلات شرکت کنندگان نیز درج شده است. اعداد فارسی شود

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| جملات پرسشنامه | شرکت کنندگان درپرسشنامه اولیه | | | شرکت کنندگان در پرسشنامه دوم | | | درصد میزان تغییر در جواب ها |
| تمرینات فیزیکی باعث می شود که بخواهید سیگار بکشید | 6\* | 0 | 9 | 9\* | 0 | 6 | +50% |
| مشغول بودن به شما کمک می کند سیگار کشیدن را کنار بگذارید | 1 | 1 | 13\* | 1 | 0 | 14\* | +8% |
| قرار ملاقات آرام در ترک کردن به شما کمک می کند | 0 | 6 | 9\* | 1 | 4 | 10\* | +11% |
| لحظه ای که تصمیم به ترک می گیرید خاموش کردن سیگار آسان خواهد بود | 6 | 7 | 2\* | 6 | 6 | 3\* | +50% |
| میل به سیگار کشیدن در زمانی که حوصله تان سر رفته بیشتر می شود | 1 | 2 | 12\* | 1 | 0 | 14\* | +17% |

* جدول شماره 2- پاسخ های نوجوانان مصرف کنندگان سیگار

2-2. پرسشنامه ی حضور و واقع گرایی جدول ترجمه فارسی شود



شکل 1-میانگین پاسخ ها در PRQ

* تشریح مطالب

نتایج به دست آمده از پرسشنامه ی نوجوانان سیگاری نشان می دهد که نوجوانان با این برنامه ی نرم افزاری توانایی یادگیری موثر مواد دیگری را دارند.هم دانش کلی و هم دانش جزئی به طور مشخصی تقویت شدند. اختلاف امتیاز میان پرسشنامه ی اولیه و پرسشنامه ی دوم میزان رشد آگاهی شرکت کنندگان را نشان میدهد. تحقیق قبلی پاسخ درست به تکنیک انقطاع را نشان میدهد و جدول شماره 2 درصد مثبت تغییر در بسیاری ازشرکت کنندگان آزمایش های درمانی که با جملات موافق بوده اند را نشان میدهد. درصد تغییر که از 80 اعدادفارسی درصد تا 50 درصد در نوسان است، اثبات میکند که این برنامه تکنیک های مشخصی را بر روی دیگران برجسته کرده است. یک توضیح ممکن میتواند این باشد که تکنیک های مشخص از طریق درمان نشانه گذاری شده بهتر آموخته میشوند برای مثال در جدول شماره 2، جمله ی الف " فعالیت فیزیکی باعث میشود که بخواهید سیگار بکشید" همراه [[5]](#footnote-5)CET از طریق بازی کوچکی آموخته میشود که آدمک این بازی از میدان موانعی عبور میکند که او را به سمت میل بیشتر به سیگار میکشاند. با توجه به تنوع تاثیرگذاری روش های دریافت محتوا،در مطالعهای دیگربهترین روش های دریافت محتوا درون واقعیت مجازی میتوانست اعمال شود.

پرسشنامه ی بررسی نشده، ([[6]](#footnote-6)PRQ) میزان هماهنگی محیط مجازی با دنیای واقعی را آزمایش کرده است. در همه ی وجوه، پاسخ متوسط افراد بالاتر از میانگین بود. به ویژه، مصرف کنندگان سوالات خود را در فضای واقعیت مجازی در مقایسه با محیط واقعی و با توجه به میزان توانایی شان در غرق شدن در دنیای مجازی پاسخ می دادند. ما میتوانیم نتیجه بگیریم که این برنامه، برنامهای واقع گرایانه و جالب توجه است . علاوه بر این، ما از پاسخ های مثبت به سهولت هدایت و طبیعی بودن واقعیت مجازی محیط میتوانیم اینگونه استنباط کنیم که استفاده از این برنامه آسان و دوستانه است.

به طور خلاصه، برنامهی نوجوانان سیگاری از فضای مجازی برای درگیر کردن شرکت کنندگان در محیط یادگیری مجازی استفاده شده است.این برنامه با به کارگیری محیط شهودی و سیال به طور موثری اطلاعات ترک سیگاری که برای نوجوانان طراحی شده بود را میرساند. از طریق مدل نشانه گذاری شده ی درمان، شرکت کنندگان دانش لازم برای دفع کردن روش های سنتی عمومی کنارگذاشتن سیگار و استفاده از تکنیک های مناسب ترک سیگار را به دست میاورند. به طور موثری این مدل درمانی شاهد لازم برای تحقیقات اضافه در به کارگیری CET و واقعیت مجازی درمبارزه با سیگار کشیدن در نوجوانان است.

منابع

[1] Tobacco Use. (2011) Center for Disease Control and Prevention. Retrieved March 5, 2013 from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/osh.htm>

[2] Klein, J., Havens, C., & Carlson, E. (2005). Evaluation of an adolescent smoking-cessation media campaign: gottaquit.com. *Pediatrics*. Vol. 116 No. 4, 950-956.

[3] The Smoking Zine. (2006) It’s Your Decision. Retrieved December 1, 2006 from <http://www.smokingzine.org/iyd/results>

[4] Bordnick, P., Traylor, A., Graap, K., Copp, H., & Brooks, J. (2005). Virtual reality cue reactivity assessment: a case study in a teen smoker. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, Vol. 30, No. 3, September 2005. 187-192.

[5] Woodruff, S., Edwards, C., Conway, T., & Elliott, S. (2001). Pilot test of an internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health.* 29, 239-243.

[6] Sussman, S., Sun, P., & Dent, C. (2006) A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology.* Vol. 25, No. 5, 549–557.

[7] Lee, J., Lim, Y., Graham, S., Kim, G., Wiederhold, B., Wiederhold, M., Kim, I., & Kim, S. (2004). Nicotine craving and cue exposure therapy by using virtual environments. *CyberPsychology & Behavior.* 7(6), 705-713.

[8] Lee, J., Ku, J., Kim K., Kim, B., Kim I., Yang, B., Kim, S., Wiederhold, B., Wiederhold, M., Park, D., Lim, Y., & Kim, S., (2003). Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *Cyberpsychology & Behavior*. Vol. 6, No. 3, 275-280.

[9] Lee, J., Lim, Y., Wiederhold, B., & Graham, S. (2005). A functional magnetic resonance imaging (fMRI) study of cue-induced smoking craving in virtual environments. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. Vol. 30, No. 3, 195-204.

فصل پنجم برابر چه صفحه اصلی از کتاب است

تحقیق اصلی

مراقبت های پزشکی یکی از رشته هایی ست که به واسطه تکنولوژی دچار دگرگونی های زیادی شده است. رسانه ی همگانی می تواند به عامل مهمی در تشویق رفتارهای سالم و سلامتی تبدیل شود. در حقیقت، شبکه ی ارتباطی قابل دسترسی ای را برای بخش در حال رشد جمعیت فراهم شده است.

علاوه بر این، در مقایسه با تکنولوژی های قدیمی ارتباطات، تکنولوژی های جدید فعالیت های درونی بزرگتر و سازمانده ی بهتر اطلاعات نیازهای شخصی را پیشنهاد می دهد.

**همبستگی فیزیکی روانشناختی حالت"تچان"(Flow) درطول فعالیت های روزمره**

خلاصه:حالت تچان تجربه ی بهینه ایست که توسط ادراک خود شخص و تلاش ها و توانایی های بالای خود شخص به دست می آید ، تاثیر مثبت و جذب شدن بی واسطه در کاری که انجام می دهید و انگیزشی بی واسطه است. اگرچه تحقیقات بسیاری ویژگی های روانشناختی حالت تچان را بررسی کرده اند، اما درباره ی این حالت بیولوژیک دانش کمی به دست آورده اند. تحقیق حاضر برای پر کردن این فاصله از طریق تفحص درباره ی نسبت روانشناختی حالت تچان و تجربیات فعالیت های روزمره صورت گرفته است. دانشجویان 15 دانشگاه در این آزمایش شرکت کرده اند. در این آزمایش اطلاعاتی با زمان واقعی فراهم آورده اند در حالی که فعالیت های درونی بدن نظارت می شد. پس از 7 روز مشاهده، 32 حالت تچان در میان 10 شرکت کننده تشخیص داده شد. یک تحلیل واپس گرای چند مرحله ای آشکار کرد که رابطه ای معنادار میان تجربه ی مطلوب و نمایه های قلبی عروقی وجود دارد. به طور خاص، تجربه ی حالت تچان با بالا رفتن ضربان قلب و افزایش نسبت LF/HF همراه است و افزایش نسبی سمپاتیک را پیشنهاد می دهد. این نتایج به دست آمده با نتایج به دست آمده از مطالعات پیشین در همین زمینه در یک مسیر قرار دارند و نشان دهنده ی امکان پذیری ارتباط فیزیکی روانشناختی تجربه ی شخصی در بافت بوم شناختی ست.

مقدمه

مفهوم تچان که همچنین " تجربه ی مطلوب" نیز نامیده شده، برای اولین بار حدود سه قرن پیش توسط روانشناسی به نام "میهالی سیژیت " معرفی شد. او در حالی به این سمت کشیده شد که در حال تلاش برای شناخت طبیعت خود- پاداش فعالیت های اصطلاحاً "دارای قصد پنهان" بود. از آن زمان به بعد، تحقیقات بسیاری ویژگی های روانشناختی این تجربیات را نشان دادند که شامل احساسات مثبت، جذب کامل در فعالیتی که در حال انجام آن هستیم، توجه بی حد و حصر، ادغام عمل و آگاهی، حس کنترل ارتقاء یافته و برهم خوردگی زمانی

می شود. ویژگی هایی که گفتیم از فعالیت هایی با چالش های بزرگ و توانایی های زیاد و بازخورد واضح کار با دست به دست آمده اند. در مقابل، گروه کوچکی از دانشجویان همبستگی فیزیکی روانشناختی تچان را تجربه کردند. به علاوه مطالعاتی که تاکنون انجام شده بودند به خاطر چالش های تکنیکی و تکنولوژیکی ای که برای اندازه گیری پارامترهای روانشناختی در بستر طبیعی وجود داشت، محدود به آزمایشگاه می شد. به هر حال تحلیل روانشناختی تجربه ی تچان در موقعیت های روزمره می تواند اجازه ی شناسایی نشانه های خارجی ای را بدهد که در کامل کردن ارزیابی های ذهنی ای که تا کنون صورت گرفته است کمک کند.به علاوه، شناسایی مکانیزم های فیزیولوژیکالی که در تجربه ی تچان نهفته است می تواند به درک عمیق تر این سطح روانی کمک کند( به وسیله ی کمک برای شناسایی نقشی که احساسات در طول تجربه ی مطلوب بازی می کنند) . در آخر، در زمینه ی فعالیت های داخلی سیستم انسان، تعریف قلبی فیزیولوژیکی تچان می تواند برای گسترش سیستم های داخلی ای کمک کند (مانند بازی های ویدئویی) که از طریق انطباق اتوماتیک با میزان درگیری فرد در یک کار، کییفیت تجربیات او را بهبود می بخشند. در تلاشی برای کمک کردن به این مسئله، تحقیق حاضر امکان و قابلیت اطمینان ارزیابی کردن همبستگی قلبی عروقی حالت تچان در محیط طبیعی سازی شده را بررسی می کند ( از طریق استفاده از دستگاه قلب نگار الکترونیکی قابل پوشیدن که به طور بی سیم به یک گوشی هوشمند وصل شده است)

* **تحقیقات قبلی در باب وضعیت فیزیکی روانشناسی تجربه ی تچان**

تا کنون تحقیقات درباره ی همبستگی فیزیکی روانشناختی حالت تچان به صورت انفرادی صورت می گرفته است. بیشتر به خاطر مشکلاتی که در عملکرد این منظور وجود داشت. اخیراً فایفر یک مدل نظری ساخته است که مفهوم تچان و استرس را کامل می کند. از تئوری شناختی -نسبی احساسات لازاروس بگذریم ، این مدل ثابت می کند که استرس در شرایطی که موقعیت منفی را به موقعیتی خوشایند تغییر دهیم می تواند به یک تجربه ی مطلوب تبدیل شود. از این نظرگاه، حالت تچان می تواند به عنوان استراتژی کنارآمدن شناختی درنظر گرفته شود. به طور مشخص تر، نتایج آزمایش تچان در یک "به کار اندازی اجتماعی روانشناختی خوشبینانه" با دو چیز در ارتباط است:1) به کار اندازی کاهش یافته ی سیستم اصلی شبکه ی مغز و 2 ) تعادل پیرامونی انگیختگی که عملکرد منحنی U شکل فعال سازی را دنبال می کند. انگیختگی به کمک تکنیک های مختلفی اندازه گیری می شود مانند

پاسخ دهی الکتریسیته ی ساکن پوست، درجات دم/بازدم، فشار خون، و انقباض و گرفتگی عضلات. در هر صورت اندازه گیری این پارامتر ها بدون دستگاه های لازم می تواند

مشکل ساز باشد. برای هدف تحقیق حاضرما تصمیم گرفتیم که بر روی اندازه های اعداد قلبی عروقی همراه با ارجاع های مشخص به نمایه های تغیرات ضربان قلب تمرکز کنیم، تغییرات ضربان قلب به عنوان نمایشگر نظم خودمختار فعالیت قلبی به کار گرفته می شود. به طور خاص، تحلیل طیف قدرت برای مطالعه بر روی فعالیت های سمپاتیک وپاراسمپاتیک قلب به کار گرفته می شد.به طور کلی، در ضبط کوتاه مدت طیف، سه جزء اساسی از یکدیگر تشخیص داده شده اند: پهنای فرکانس بسیار کوتاه ( زیر 0.04HZ) ، پهنای فرکانس کوتاه ( از 0.04 تا 0.15 HZ) و پهنای فرکانس بالا( از 0.15 تا 0.4HZ)

اولین محدودیت این مطالعات عدم اعتبار زیست محیطی به عنوان احساسات زندگی واقعی در شرکت کنندگانی که به سادگی مورد نیاز بود به تلاش برای تولید برخی از احساسات عمومی بدستآمده نمی شده است. حد دوم این بود که آنها به استفاده از با استفاده از آواتار، که اجازه خواهد داد به مطالعه و بررسی چگونگی آنها را تحت تاثیر قرار تعامل اجتماعی آنلاین را ندارد. هدف پروژه فعلی است به مطالعه تعامل عاطفی بین یکی از شرکت کنندگان تحقیق و آواتار از طریق توسعه یک رابط لمسی. این پروژه از بخش اول از برنامه های تحقیقاتی بزرگتر ما با هدف مطالعه تصویر بدن، نگرش و رفتار در محیط های مجازی همهجانبه است. در این مقاله داده های اولیه در اثر خلق و خوی شرکت کنندگان در عملکرد با استفاده از اولین نسخه از سیستم با استفاده از یک دستگاه لمسی [8] و، دوم، توسعه سیستم جدید ما شامل تعامل لمسی با نماد. ما فرض کردیم که خود خلق و خوی گزارش با ظرفیت و تحریک منفی (اضطراب، سرخوردگی) خواهد سرعت در انجام کار پیش بینی اما اشتباهات نیز نسبت به خلق و خوی منفی با تحریک کم (غم، منفعل)

شرکت کنندگان به استفاده از نسخه واقعیت مجازی از بازی "عملیات"، که در آن کاربر آسانسور اندام از محوطه در بدن انسان که باعث استفاده از گرافیک کامپیوتری 3D و شبیه سازی احساس لامسه از طریق استفاده از یک دستگاه لمسی آموزش داده شدند [8] . وظیفه نیاز به شرکت کنندگان برای بلند کردن اندام بدون دست زدن به دیوار محوطه، و برای رسیدن به این با استفاده از حداقل مقدار از زمان. در سه سطح دشواری (1-آسان، 2- متوسط، و 3- سخت) توسط محدود کردن محوطه یا افزایش وزن از اندام به اجرا در آمد.بازخورد حسی شامل لرزش و سر و صدا است که با لمس محوطه توسط اندام ها تولید شد.به شرکت کنندگان برای مصرف نکردن هرآشامیدنی کافئین دار یک ساعت قبل از آزمایش آموزش داده میشود 1-2 شرکت کنندگان سی و دو دانش آموز دختر دانشگاه بدون سابقه کسری مهارت های حرکتی به شرکت در این آزمایش انتخاب شدند. متوسط سن 21 سال بود(SD = 4.5

روش  
شرایط تست برای ایجاد یک خفیف تا سطح متوسطی از اضطراب به عنوان شرکت کننده تا به حال به انجام یک کار جدید و نا آشنا در حالی که توسط دستیار تحقیق مشاهده شده است. حضور یک ناظر آگاهی خود فرد را افزایش می دهد و درک شرکت کنندگان از عدم عملکرد و یا موفقیت است به احتمال زیاد باعث احساسات مثبت یا منفی و انگیختگی [1]. در شرکت کنندگان پرسشنامه اندازه گیری خلق و خوی فعلی، انگیختگی، و تجربه خود را با بازی های ویدئویی اجرا شد . پس از تکمیل این پرسشنامه، و به دست آوردن عمل در ابزار، شرکت کنندگان روش تست با افزایش سطح دشواری آغاز شده است.اندازه گیری دوم خلق و خوی گرفته شده است.  
اقدامات قبل از حالت و پس آزمون: شش مقیاس آنالوگ بصری (0-13.5) اندازه گیری 1) منفعل / فعال 2) نا امید / آرامش 3) بد / خوب 4) غمگین / خوشحال 5) تسکین یافته است / تحریک و 6) آرام / اضطراب  
• اندازه گیری قبل از آزمون از تعداد سال تجربه با بازی ها و برنامه های کامپیوتری و درک از مهارت.  
• اقدامات قبل از آزمون انگیختگی: مقدار خواب و تعداد نوشیدنی های کافئین دار  
• عملکرد: تعداد برخورد (خطا) و زمان برای تکمیل کار (سرعت) در سه سطح دشواری اندازه گیری شد.

نتایج  
تجزیه و تحلیل مقدماتی ارتباط معنی داری بین شرکت کنندگان تجربه با بازیهای رایانهای، مهارت درک، و انگیختگی در هر یک از اقدامات از عملکرد نشان نداد. بررسی scatterplots دو متغیره بین اقدامات گزارش از خلق و خو و عملکرد روابط منحنی بین خلق و خوی و دو سطح اول مشکل نشان داد در حالی که این روابط خطی در سطح سوم از مشکل بود. 1) نمره بالا (T 75 و بالاتر)، 2) نمره متوسط (T بین 26 و: بنابراین، شرکت کنندگان رتبه صدک 'تعداد خطاها و سرعت در سطوح 1 و 2 به سه دسته از عملکرد بر اساس شرکت کنندگان قرار گرفتند' 74)، و 3) نمره کم (T 25 و پایین تر). ما یک سری از تجزیه و تحلیل واریانس (ANOVA) انجام مقایسه گروه های بر خلق و خوی گزارش شده است. نتایج در شکل 1A نمایش ارائه شد که تفاوت قابل توجهی از قبل از آزمون های بد / خلق و خوی خوب (F (2،29) = 7.2، P = 0.003) وجود دارد، و از قبل از آزمون غمگین / خلق و خوی شاد (F (2،29 ) = 6.6، P = 0.004) در سطوح عملکرد در ارتباط با تعداد برخورد در سطح 1. شرکت کنندگان با بالاترین عملکرد (برخورد کمتر) به طور قابل توجهی خلق و خوی خود را به عنوان کمتر خوب (M = 8.1، SD = 2.0) و کمتر مورد بررسی قرار خوشحال (M = 7.7، SD = 1.2) از شرکت کنندگان با نمره متوسط (M = 11.0، SD = 1.8) (M = 10.4، SD = 1.8) برای بد / خوب و غمگین / زنجیره خوشحال بود و شرکت کنندگان با نمره کم (M = 10.8، SD = 1.8) و (M = 10.1، SD = 2.2) برای بد / خوب و غمگین / زنجیره خوشحال بود.  
شکل 1B نشان می دهد بودند که وجود دارد تفاوت قابل توجهی از قبل از آزمون نا امید / خلق و خوی آرام (F (2،29) = 4.3، P = 0.024)، و قبل از آزمون غمگین / خلق و خوی شاد (F (2،29) = 4.8 ، P = 0.016) در عملکرد سرعت در سطح 1. شرکت کنندگان با کمترین عملکرد (سرعت کندتر) به طور قابل توجهی خلق و خوی خود را به عنوان کمتر آرام (M = 7.6، SD = 2.7) و کمتر خوشحال (M = 8.2 ارزیابی، SD = 1.7) از شرکت کنندگان با نمره متوسط (M = 11.0، SD = 2.3) و (M = 10.6، SD = 1.7) برای نا امید / آرام و غمگین / زنجیره خوشحال بود. در نهایت، تفاوت قابل توجهی از قبل از آزمون آرامش / خلق و خوی مضطرب (F (2،29) = 6.2، P = 0.006) در تعدادی از برخورد در سطح 2. شرکت کنندگان با بالاترین عملکرد (سرعت سریع تر) به طور قابل توجهی ارزیابی وجود دارد خود خلق و خوی به عنوان آرام تر (M = 1.8، SD = 1.3) از شرکت کنندگان با نمره متوسط (M = 5.3، SD = 2.7) و شرکت کنندگان با پایین ترین نمره (M = 5.9، SD = 3.6). تجزیه و تحلیل واریانس مقایسه گروه های عملکرد بر عملکرد سرعت در سطح 2 بود

**Number of collisions level 1**

Low average high

Bad/good sad/happy

0

low average high

bad/good sad/happy

**Speed level 1**

Low average high

Frust/calm sad/happy

0

low average high frust/calm sad/happy

شکل 1. استفاده از امتیاز خلق و خوی توسط عملکرد برای یک) برخورد و ب)سرعت  
در نهایت، ما انجام رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل با اقدامات قبل و بعد از خلق و خوی به عنوان متغیرهای مستقل برای پیش بینی تعداد برخورد و سرعت در سطح سوم از دشواری. ما در بر داشت یک مدل رگرسیون عملکرد قابل توجهی سرعت پیش بینی در سطح 3 (F (7،24) = 2.7، P = 0.037، R = 0.66، R2 = 0.43). فقط قبل از آزمون خلق و خوی غمگین (T = -2.3، P = 0.032، B = -.51) و خلق و خوی مضطرب (T = 3.5، P = 0.002، B 0.71 =) پیش بینی عملکرد سرعت کندتر در سطح 3. ما یک مدل رگرسیون تعداد پیش بینی قابل توجهی از برخورد در سطح 3 را پیدا کند.  
گفتگو  
در مقایسه با نمره نقطه برش 6.75 در مقیاس آنالوگ ما نشان می دهد یک حالت خنثی، نتایج ما نشان می دهد که کمی شاد و احساس خلق و خو خوب با برخورد کمتر در پایان این زنجیره (بسیار خوشحال) همراه بود، در حالی که اعتبار این حالات همراه بود با مقدار بزرگتر از برخورد. این نتایج نشان می دهد که جنبش شرکت کنندگان دست بزرگتر زمانی که در یک خلق و خوی بسیار خوشحال بودند. ما همچنین متوجه شد که غم و اندوه را با سرعت پایین تر همراه بود. نتایج ما سازگار با کار قبلی هستند [6] نشان می دهد که جنبش سریع، بزرگتر، و jerkier با استفاده از جوی استیک در شرکت کنندگان ابراز شادی در حالی که حرکات آهسته تر استفاده می شود برای انتقال غم یافت. نتایج ما نیز سازگار با حمایت تجربی از تئوری های کلاسیک از فعال سازی [9] نشان می دهد که به عنوان مشکل از یک کار را افزایش می دهد، سطح بهینه انگیختگی لازم برای عملکرد خوب کاهش می باشد.

4- برنامه توسعه  
بر اساس نتایج اولیه ما، و با استفاده از پارامترهای مشابه، ما در روند در حال توسعه نرم افزار جدید اجازه می دهد که شرکت کنندگان به تعامل با نماد هستند. این سیستم با استفاده از یک دستگاه لمسی همه (SensableTM) توسعه یافته است. آواتار ها، در 3DStudio Max خلق شد. مدل های اولین ساختمان اسکلت، و پس از آن با اضافه کردن عضلات، بافت و پوست تهیه شده است.مش خوب است بر روی سطح که تغییر شکل زمانی که کاربر در تعامل با آن را با استفاده از دستگاه لمسی دادن بازخورد بصری و لمسی واقع بینانه استفاده می شود. علاوه بر این از haptics خواهد یک محیط واقعی تر و انگیزه ایجاد خواهد شد و مطالعه احساسات منتقل در طول تماس بین فردی در VR اجازه. نه تنها این نتایج چنین مطالعه انتظار می رود برای بهبود درک ما از تعامل اجتماعی آنلاین و بهبود رابط انسان و کامپیوتر، ما قصد داریم به استفاده از سیستم ما را به توسعه کاربرد بالینی برای افراد مبتلا به تحریف تصویر بدن مورد استفاده قرار گیرد و کسانی که به نفع توسط قادر بودن به لمس منحنی ها، استخوان ها، و توده چرب بدن آواتار خود را بر اساس شواهد پژوهشی سودمندی محیط واقعیت مجازی برای درمان تصویر بدن در ادبیات [10] [11] گزارش شده است.

References

[1] K. Oatley, D. Keltner, & J.M. Jenkins. *Understanding Emotions (2nd ed.)*, Blackwell Publishing Malden,2006.

[2] A. Gallace, & C. Spence.. The Science of Interpersonal Touch: An Overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 34 (2010) 246-259.

[3] L. Sproull, & S. Kiesler. Reducing Social Context Cues: Electronic Mail in Organizational Communication. *Management Science* 32 (1985), 1492-1512.

[4] S.K. Lawless-Reljic. *The effects of instructor-avatar immediacy in Second Life, an immersive and interactive 3D virtual environment*. Unpublished Doctoral Dissertation, San Diego State University- University of San Diego, 2010.

[5] N. Yee, & J. Bailenson. The proteus effect: The effect of transformed self-representation on behavior. Human Communication Research 33(2007), 271-290.

[6] J.N. Bailenson, N. Yee, N., S. Brave, et al. Virtual Interpersonal Touch : Expressing and Recognizing Emotions Through Haptic Devices. *Human Computer Interaction* 22 (2007), 325-353.

[7] J. Smith,K. & K. MacLean. Communicating emotion through a haptic link: Design space and methodology. *International Journal of Human Computer Studies* 65 (2007), 376-387.

[8] P. Bazinet, B. Chebbi, L. Tremblay, E. Emptage & S. Bouchard. A Hapto-Visual Virtual Reality Tool for Visual-Motor Skills Testing of People with Learning Disabilities. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation 4* (2011), 264-265.

[9] R.C. Beck. Motivation: Theories and Principle (5th ed). Upper Saddle River: Prentice Hall, 2004.

[10] G. Riva, M. Bacchetta, M., Baruffi, & E. Molinari. Virtual reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in obesity: a controlled study. *Cyberpsychology & behavior*, *4* (2001), 511-526.

[11] J. Monthuy-Blanc, S. Bouchard, & A. Aimée. *Virtual reality: A new assessment of body dissatisfaction*. Acts of the 20th International Conference of Jubilee Congress on Eating Disorders, Alpbach, Austria, 2011.

Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013

B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.)

© 2013 Interactive Media Institute

مزاحمت سایبری در قبرس - همراه پدر و مادر سبک و آسیب شناسی روانی معادل صفحه 186 چرا؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟؟  
جورجیوس FLOROS1، آنا PARADEISIOTI2، و Michalis HADJIMARCOU3، Demetrios  
G. MAPPOURAS3، اولگا KALAKOUTA4، پنه لوپه AVAGIANOU1، کونستانتینوس SIOMOS1  
1 انجمن یونان برای بررسی اختلال اینترنت اعتیاد، لاریسا، یونان  
2 خدمات بهداشت روانی برای کودکان و نوجوانان، وزارت قبرس بهداشت  
3 بازرسی از زیست شناسی، آموزش متوسطه، وزارت قبرس آموزش و پرورش و فرهنگ  
4 اروپا بخش هماهنگی وزارت قبرس بهداشت  
  
  
چکیده. در این مقاله ما در حال حاضر داده ها را از یک مطالعه مقطعی بر روی cyberbullying در تجارب و مزاحمت سایبری ارتکاب در جمهوری قبرس. داده ها از یک نمونه نماینده از جمعیت دانشجویی نوجوانان از کلاس اول و چهارم دبیرستان جمع آوری شد. نمونه مجموع 2684 دانش آموزان، 48.5٪ مرد و 51.5٪ زن بود. مواد پژوهش شامل جمعیتی گسترده، پرسشنامه مفصل در فعالیت های اینترنتی، شاخص چسبندگی والدین (PBI) و پرسشنامه تواناییها و مشکلات (SDQ). ما نتایج در روان سنجی برای کسانی که دانش آموزانی که گزارش نداد که مورد آزار واقع شدند و یا با دیگران با کسانی که مورد آزار واقع شدند شدند، کسانی که به دیگران مورد آزار واقع شدند و کسانی که هر دو مبتلا به و عاملان مزاحمت سایبری بود مورد آزار واقع شدند در مقایسه با. کسانی که دانش آموزانی که گزارش که هر دو قربانیان و عاملین تمایل به نشان می دهد اختلال عملکرد مشابه و یا بالاتر از آن دانش آموزانی که فقط مزاحمت سایبری مرتکب. حفاظت بالا مادری و پدری در ترکیب با مادر کم و مراقبت پدری (کنترل affectionless 'شیوه های فرزند پروری) با ارتکاب مزاحمت سایبری یا با یا بدون هیچ تجربه خود در حال اذیت و همچنین همراه بود. نتایج حمایت از فرضیه که ارتکاب مزاحمت سایبری است با سبک های فرزند پروری ناکارآمد همراه است. آنها همچنین به وجود علائم قابل توجهی عاطفی برای نوجوانان درگیر و همچنین مشکلات رفتاری به طور کلی، بیش فعالی، مشکلات همکار و تمایلات ضد اجتماعی اشاره. این مهم است که توجه داشته باشید که عاملان مزاحمت سایبری در اغلب موارد قربانیان خود را در برخی از نقطه در زمان بودند.  
  
کلمات کلیدی: مزاحمت سایبری، نوجوانان، شیوه های فرزند پروری، آسیب شناسی روانی

معرفی  
تعداد فزاینده ای از موارد از مزاحمت سایبری و قربانی آنلاین در سراسر جهان با بنا به گزارش قربانیان با افزایش پریشانی روانی رنج می برند، گزارش شده است، کاهش یافته است اجتماعی و شکست برای رسیدن به در مدرسه [1، 2]. فرزند ناکارآمد شده است در بررسی های اخیر به عنوان یک عامل واسطه ممکن است در cyberbullying در ارتکاب دخیل [3]. آن را به چه میزان کسانی که مرتکب مزاحمت سایبری و کسانی که قربانیان آن را با توجه به مشکلات گزارش شده و آسیب شناسی روانی متفاوت نامشخص است. این نگه می دارد حتی بیشتر برای کسانی که نوجوانان که هر دو قربانیان و عاملین هستند.جمهوری قبرس در حال حاضر عمدتا توسط قبرسی از ریشه یونانی قومی، پس از 1974 حمله به جزیره و تقسیم پس از آن در امتداد خطوط قومی ساکنان است. جمعیت دانش آموز یونانی در سرزمین اصلی یونان است که اخیرا به عنوان در معرض خطر بالا با توجه به قربانیان سقوط به مزاحمت سایبری بلکه بودن عاملان مزاحمت سایبری نشان [3]. پس از آن نتایج را از سرزمین اصلی یونان، یک تصمیم از وزارت قبرس بهداشت و وزارت آموزش و پرورش و فرهنگ به منظور بررسی تاثیر مزاحمت سایبری در قبرس با یک برنامه تحقیقاتی، در همکاری با انجمن یونان برای بررسی اختلال اینترنت اعتیاد ساخته شد . این تصمیم گرفته شد که بخشی از یک برنامه گسترده تر در رفتار اعتیاد آور آنلاین. به منظور داشتن تصویر دقیقی از مشکل در هر منطقه از قبرس و دستیابی به اهداف اعلام شده، ما با مطالعه با یک نماینده نمونه دانش آموز از کل جمعیت دانشجویی اقدام. این اولین گزارش منتشر شده از جزیره قبرس در مزاحمت سایبری است.

روش

نمونه پژوهش در سراسر کشور به عنوان نماینده از نمرات اول و چهارم از دبیرستان قبرس گرفته شد. مواد پژوهش شامل جمعیتی گسترده، پرسشنامه مفصل در فعالیت های اینترنتی، و نسخه های یونانی از صفحه اول والدین چسبندگی (PBI) و پرسشنامه تواناییها و مشکلات (SDQ).PBI شامل 25 آیتم در مقیاس لیکرت چهار مورد با پرسشنامه جداگانه برای پدر و مادر امتیاز. دو عامل استخراج شده، مراقبت با یک قطب تعریف شده توسط همدلی، نزدیکی، گرما عاطفی، محبت و دیگری توسط بی توجهی، بی تفاوتی و سردی عاطفی. Overprotection، اعم از overprotection، نفوذ، تماس بیش از حد، کنترل و پیشگیری از رفتار مستقل به استقلال و کمک هزینه از استقلال. SDQ پرسشنامه غربالگری رفتاری کوتاه برای کودکان و نوجوانان سنین 4-16 ساله است.نسخه یونانی از PBI و SDQ به زبان انگلیسی backtranslated شد و دارای رضایت بخش آزمون و بازآزمون و ثبات داخلی است [4] [5].

نتایج

نمونه پژوهش ما از 2684 دانش آموزان نوجوان بین 12 و 18 سال سن، 1302 (48.5٪) مرد و 1382 (51.5٪) زن بودند. مزاحمت سایبری فرکانس گروه به نوع تجربه زورگویی یک دانش آموز به حال (هیچ، قربانی، مجرم و یا هر دو) در سراسر جنس در جدول1 ارائه شده است. دانش آموزان دختر بیشتر احتمال دارد که قربانیان در گیر شده در مزاحمت سایبری بودند، کمتر احتمال دارد به ارتکاب اند و کمتر احتمال دارد به هر دو قربانیان و عاملین (P <0.001) با اندازه اثر بزرگ (ETA، η) از 0.223 بوده است

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تجربه تحکیم** | جنسیت | | |
|  | **مرد** | **زن** | **هر دو** |
| **هیچکدام** | 965 (74.1%) | 1017(73.6%) | 1982 (73.8%) |
| **قربانی** | 101 (7.8%) | 264 (19.1%) | 365 (13.6%) |
| **پهلوان** | 92 (7.1%) | 23 (1.7%) | 115 (4.3%) |
| **قربانی و پهلوان** | 144 (11.1%) | 78 (5.6%) | 222 (8.3%) |
| **مقایسه بین دوجنس زن و مرد** | *χ* *2* *(3)=132.911, p<.001, η=.223* | | |

**جدول 1: انواع تجارب مزاحمت سایبری در سراسر جنس با مقایسه بین جنسیتی**  
  
هر دانش آموز، سوالاتى در مورد انواع رفتارهای آزار دهنده پرسیده است.

نتایج در جدول شماره ی ۲ ارائه شده است که این جدول همچنین شامل مقایسه ی بین دو جنس در هر مورد می باشد.

بوسيله ى یک نظرسنجی که پرسش هاى آن دقیقأ مشابه سوألاتى بوده است که دو سال قبل در جزیره کوس یونان انجام شده است، نتايجى بدست آمد. [۳[

اگر چه مقدار تأثير ( etas ) با تفاوت های جنسیتی رو به پایین می باشد، در نتایج روان سنجی، آن دسته از دانش آموزان که در حال آزار و اذیت بودند، ولى بهر دليل آن را گزارش نکردند، مقايسه مى شوند با کسانی که مورد آزار دیگران واقع شده اند، کسانی که به ديگران آزار رساندند و کسانی که هر دو مورد را تجربه کرده اند و عاملان زور گيري ها و ارعاب سایبری!

با تست ( ANOVA ) از گروهی، با تجربه ی مزاحمت های مختلف سایبری ( در حال قربانی شدن نیستند، سوءرفتار داشته اند، مورد آزار و اذیت دیگران بوده اند و یا هر دو مورد را داشته اند )،

اينطور نشان داده می شود که در عملکرد دانش آموزانی که مورد آزار قرار گرفته اند، اختلال قابل توجهی وجود دارد، نسبت به کسانی که مورد آزار و اذیت واقع نشده اند.  
در حالی که آن گروه از دانش آموزان که گزارش هر دو مورد ( قربانیان و عاملان ) را داده اند، اختلال عملکرد یکسان و یا بالاتر نسبت به دانش آموزانی که فقط مزاحمت هاى سایبری را مرتکب شده اند، را نشان مى دهد.  
این در تحلیل تمامی عوامل، مرتبط با SDQ است، به عبارتی بررسی نشانه های عاطفى-احساسی، سنجش مشکلات رفتاری، بررسی بیش فعالی، بررسی سود اجتماعی و تمامی مشکلات مى باشد.  
نتیجه؛ امتیاز تاثیر ( P <0.001 )؛ مهر مادرى و حمایت های پدرانه ى بالا و محبت مادرانه و مراقبت های پدرانه ى كم ( شیوه های کنترل فرزند پروری بدون محبت )، كه با اعمال مزاحمت های سایبری، رابطه ى مستقيم دارند.   
دارای تجربه بودن یا بدون هیچ گونه تجربه اى، مورد اذیت و آزار واقع شدن (P <0.05) (شکل ۱).   
نتيجه؛ دفاع از فرضیه هایی است که انجام مزاحمت هاى سایبری با شیوه های فرزند پروری ناکارآمد را همسو مى داند.  
آنها همچنین به وجود قابل توجه نشانه های احساسی-عاطفی برای نوجوانان درگیر و همچنین مشکلات رفتاری عمومی، بیش فعالی، وجود مشکل با همسالان و تمایلات ضد اجتماعی اشاره کردند.

توجه به اين نكته مهم است كه عاملان مزاحمت هاى سايبرى در بيشتر موارد، هم زمان چند نفر را قربانى قرار مى دهند. (جدول ١) متأسفانه يك راه عملى براى پرس و جو از شركت كنندگان ( كه يا مورد آزار و اذيت قرار مى گيرند و يا به ديگران آزار مى رسانند )، در اين پژوهش كه براى اولين بار انجام شده است وجود ندارد.

با اين حال، اين واقعيت در هر دو مورد بسيار هشدار دهنده مى باشد، و در هر صورت به نشان دادنِ واكنش نوجوانانى كه براى اولين بار مورد آزار قرار گرفته اند

 دامن زده شده است، و آن نوجوان پسر/ دختر، خودش به گونه اى پاسخ آن اذيت و تهديد را داده است.   
پس از اين يافته ها، گروه تحقيقاتى ما، با دنبال كردن برنامه هاى اولويت بندى شده ى "پيشگيرى و مداخله اى"، شكل گرفت:   
اولويت اول: آموزش دانش آموزان در مورد شيوه هاى مزاحمت سايبرى كه مى تواند براى ديگران مضر باشد، بر خلاف اشكال رايج ترِ آزار و اذيت، مزاحمت هاى سايبرى، قربانى را براى يك مدت زمان نامحدود دنبال مى كنند، حتىٰ در صورتى كه مجرم ابراز ندامت كند.   
اين بسيار پيچيده تر از پياده كردن تهاجمىِ محتواى آنلاين و پس از آن بار گذارى آن است.  
علاوه بر اين، جامعه ى آنلاين در جايگاه خود، بخش مهمى از رفتارهاى طبيعى نوجوانان مى باشد وهمچنين شخصيت 'ديجيتالى' مى تواند براى عزت نفس شكننده ىِ نوجوانان، فلج كننده باشد.   
نوجوان ممكن است بدون داشتن هيچ انگيزه اى يك پست بگذارد و يا يك عكس را بار گذارى كند، بدون توجه به اين كه، فقط با قصد خنداندن، ممكن است به شخصى، درد روحى-روانى وارد كند  
'نقش- بازى' در طول اين كلاس، مى تواند به همذات پندارى كمك كرده و با قرار دادن خود بجاى قربانى، به درك بهترِ احساس تبعيض و به حاشيه رفتن، بيانجامد  
از ديگر اولويت ها؛ بوجود آوردن آسانترِ آن براى نوجوانان در هر زمانى رفتن به جلو مى باشد، مانند رخ دادن يك حادثه و برداشت شخصى براساس پنداشته ها براى عمل مقابله به مثل و طولانى كردن دور باطل، كه اين شامل آموزش پدران و مادران، به شكل نشان دادن واكنش متعادل تر و سرزنش نكردن قربانى با هدف ايجاد اعتماد بيشتر به آنان مى باشد

همچنين داشتن يك معلم تكنولوژى - آگاه است كه در همه ى مدارس به عنوان يك شخص آگاه براى در ميان گذاشتنِِ مواردِ مزاحمت و زورگيرى هاى سايبرى، در نظر گرفته شده است، كه يك دانش آموز بداند حتىٰ بصورت ناشناس، مى تواند پشتيبانى متخصص را در اختيار داشته باشد.  
در نهايت مزاحمت هاى سايبرى مى تواند براى اجتماع سودمند باشد، براى مثال نوجوانان كه در مقابل مقامات مسـءول قرار مى گيرند، بسته به ضرورت شما براى اجراى عدالت، بجز انتقام با ابزار مشابهِ استفاده شده بر عليه شما مى باشد.

عدالت، با حل مشكلات بين افراد، به طور مستقيم بجاى طرح توطــءه، ضرورت خويشتن دارى را براى پيوستن به جامعه، در نظر مى گيرد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مورد آزار دیگران واقع شده | | | | | اذیت شده است | | | | |  |
| هردو | | زن | | مرد | هر دو | | زن | | مرد | جواب |
| 159  (5.9%) | | 62  (4.5%) | | 97  (7.5%) | 587  (21.9%) | | 342  (24.7%) | | 245  (18.8%) | بله |
| 2525  (94.1%) | | 1320  (95.5%) | | 1205  (92.5%) | 2097  (78.1%) | | 1040  (75.3%) | | 1057  (81.2%) | خیر |
| *χ* *2* *(1)=25.983, p<.001,η=.115* | | | | | *χ* *2* *(1)=.089 p=NS, ,η=.008* | | | | | مقایسه |
| جرم کسی که میدانستم | | | | | اظهارات تهاجمی از کسی می دانستم | | | | |  |
| 151  (7.7%) | 43  (4.5%) | | 108  (10.7%) | | 250  (9.3%) | 132  (9.6%) | | 118  (9.1%) | | بله |
| 1808  (92.3%) | 905  (95.5%) | | 903  (89.3%) | | 2434  (90.7%) | 1250  (90.4%) | | 1184  (90.9%) | | خیر |
| *χ* *2* *(1)=25.983, p<.001,η=.115* | | | | | *χ* *2* *(1)=.089 p=NS, ,η=.008* | | | | | مقایسه |

**جدول2: مزاحمت سایبری تجارب برای قربانیان و عاملین با مقایسه بین دو جنس.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **اظهارات تهاجمی از موارد ناشناخته** | | | **جرمی کسی که نمی دانم** | | |
| **بله** | **60** | **95** | **155** | **56** | **18** | **74 (2.8%)** |
| **خیر** | **1242**  (95.4%) | (93.1%) | **2529** (94.2%) | **1246** (95.7%) | **1364**  (98.7%) | 2610 (97.2%) |
| **مقایسه** | *χ* *2* *(1)=6.325, p=.012,η=.049* | | | *χ* *2* *(1)=22.484, p<.001,η=.092* | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پیشرفت وابسته به عشق شهوانی از انلاین جدید** | | | | | **پیشرفت های ناخواسته وابسته به عشق شهوانی از کسی که من می دانستم** | | | | |  |
| 41 (1.5%) | | 5 (0.4%) | | **36**  (2.8%) | **62** (2.3%) | | **40** (2.9%) | | **22** (1.7)% | **بله** |
| 2643 (98.5%) | | **1377**  (99.6%) | | **1266**  (97.2%) | **2622** (97.7%) | | **1342**  (97.1%) | | **1280** (98.3%) | **خیر** |
| *χ* *2* *(1)=27.801, p<.001,η=.102* | | | | | *χ* *2* *(1)=36.994 p<.001,η=.117* | | | | | **مقایسه** |
| **در شیوه ای دیگر مورد ازار واقع شدم** | | | | | **به شیوه ای دیگر اذیت شدم** | | | | |  |
|  | 6 (0.4%) | | **16** (1.2%) | | **50** (1.9%) | **33**  (2.4%) | | **17** (1.3%) | | **بله** |
| 2662 (99.2%) | **1376** (99.6%) | | **1286**  (98.8%) | | **2634** (98.1%) | **1349**  (97.6%) | | **1285** (98.7%) | | **خیر** |
| *χ* *2* *(1)=5.208, p=.022,η=.044* | | | | | *χ* *2* *(1)=4.294, p=.038, ,η=.04* | | | | | **مقایسه** |

شکل1: نمایش نموداری از مقادیر میانگین از عوامل باندینگ والدین در تمام انواع تجارب تحکیمی

نتيجه گيرى:

مزاحمت هاى سايبرى يك ساختار دو جانبه مى باشد، به عبارتى؛ممكن است خودِ مجرمان ، از قبل قربانى باشند و بر عكس..

از آنجا كه الكترونيك، وسيله اى براى ارتكاب جرم است، يك قدرت نا متقارن را ارايه مى دهد؛ ممكن است، بكار گرفته شده باشند از سوى كسانى كه در اولين قدم، مورد هدف قرار گرفته اند.

با توقف اين دور باطل، پيشگيرى در هر تلاش، ضرورى است.

در مورد يك نوجوان، پيامدهاى منفى مرتبط با ارعاب رايانه اى، بسيار سنگين و خطرناك مى باشند، و همچنين گسترش دامنه ى شيوه هاى بهترِ فرزند پرورى و تاكيد بر تمديد آن، ضرورى مى باشد.

منابع:

[1] S. Hinduja، J.W. Patchin آفلاین پیامدهای آنلاین  
قربانی. J SCH خشونت. 2007؛ 6 (3): 89- 112.  
[2] R.M. کوالسکی، S. سرحال، P.W. Agatston. زورگيرى هاى سایبر:  
تهديد و زورگيرى در عصر دیجیتال: Wiley- بلکول. 2008.  
[3] G. Floros، K. Siomos، V. Fisoun، E. Dafouli، D. Geroukalis. نوجوان  
مزاحمت سایبری آنلاین در Greece- تاثیر امنیت آنلاین پدر و مادر  
شیوه، باند و اعمال آنی آنلاین. J SCH  
Health.2013. 83 (6): 445-453.  
[4] P.A. Avagianou، M. Zafiropoulou. پیوند والدین و افسردگی:  
شخصیت به عنوان یک واسطه factor.Int J Adolesc پزشکی بهداشت.  
2008؛ 20 (3): 261-270.  
[5] G. Giannakopoulos، C. Tzavara، C. Dimitrakaki، G. Kolaitis، V.  
Rotsika، Y. Tountas. ساختار عامل از نقاط قوت و  
مشکلات پرسشنامه (SDQ) در نوجوانان یونانی. ان ژنرال  
روانپزشکی. 2009؛ 8: 20.

نقد و بررسی سالانه Cybertherapy و پزشکی از راه دور 2013

*B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.)  
© 2013 Interactive Media Institute*

تاثیر اعتياد اینترنت و کامپیوتر در عملکرد مدرسه نوجوانان قبرس

*Konstantinos SIOMOS , Anna PARADEISIOTI , Michalis HADJIMARCOU , Demetrios G. MAPPOURAS , Olga KALAKOUTA , Penelope AVAGIANOU*

*Georgios FLOROS*

 انجمن یونان برای بررسی اختلالِ اعتياد به اینترنت، لاریسا، یونان خدمات بهداشت روانی برای کودکان و نوجوانان، وزارت بهداشت بازرسی از زیست شناسی قبرس، آموزش متوسطه، وزارت آموزش و پرورش و فرهنگ قبرس بخش هماهنگی اروپا، وزارت بهداشت قبرس   
**چكيده**: در اين مقاله، نتايج نظر سنجى مقطعى در بررسىِ اعتياد به اينترنت و رايانه ى شخصى در جمهورى قبرس را ارايه مى دهيم.  
اين ها، پيگيرى هاى مطالعات آزمايشىِ هستند كه از يك سال پيش تا كنون صورت گرفته است.  
و داده ها، توسط نمونه هاى ارايه شده از جمعيت دانش آموزان نوجوان اول تا چهارم دبيرستان، جمع آورى شده اند.  
تعداد نمونه ها ٢٦٨٤ دانش آموز بودند كه ٤٨.٥٪ از آنها پسر و ٥١.٥٪ از آنها دختر بوده است.  
عمده ى پژوهش ها، شامل گستره ى جمعيت و يك پرسشنامه ى اينترنتى، پرسشنامه ى بررسى و تحليل جوانان ( YDQ )، رايانه نوجوانان، و تست اعتياد ( ACAT ) مى باشد; نتايج نشان مى دهد كه در جامعه ى قبرس، آمار اعتياد در مقايسه با يونان- جمعيت زنده يونان- ١٥.٣ درصد از دانش آموزان، به عنوان معتاد به اينترنت طبقه بندى شده اند

كه توسط نمرات YDQ شان و ١٦.٣٪ به عنوان معتاد به رايانه ى شخصى، توسط نمرات ACAT شان، مشخص گرديده است.  
اين نتايج در اروپا، از جمله بالاترين ها و بسيار هشدار دهنده بودند و به ايجاد رهبرىِ برنامه هاى پيشگيرى از اعتياد به اينترنت و كامپيوترهاى شخصى منجر شد، و بر روى آموزش استادانِ دبيرستان ها و ايجاد موارد پيشگيرى مناسب در همه ى مدارس، تمركز دارد.   
با شروع فورى، پس از نتيجه گيرى در بررسى سراسر قبرس، با تمركزِ ويژه بر روى مناطقى كه در آنها فراوانىِ رفتارهاى اعتياد گونه، در بالاترين سطح خواهد بود.  
كليد واژه ها. اعتياد به اينترنت، اعتياد به رايانه درجامعه ى نوجوانِ دبيرستان ها.  
معرفى:   
اعتياد به اينترنت، به احتمال زياد، بعنوان مهمترين مشكل سلامتىِ قرن بيست و يكم مشخص گرديده است.   
[١] در حال حاضر، در جمهورى قبرس، كه ساكنين آن، بيشتر از قبرسى هايي oif، با ريشه و نژاد يونانى مى باشند، و با تهاجم سال ١٩٧٤ به اين جزيره، و به دنبال آن، بخشهايي، در امتداد خطوط نژادى، بارها و بارها نشان داده شده است كه، جمعيت دانش آموزانِ دبيرستان هاى يونان در سرزمين اصلى Greecve، در مورد استفاده ى اينترنتِ اعتياد آور، در مقايسه با جوامع ديگر اروپايي، در معرض خطرِ بيشترى قرار دارند.  
نتايج به دست آمده از آخرين مطالعات، نشان دهنده ى افزايشِ درصد اعتياد آنلاين [٢]، به ويژه بازيهاى آنلاين [٣]، شبكه هاى اجتماعى [٤] و قمار [٥]، مى باشد.

پس از بدست آمدن اين نتايج از سرزمين اصلى يونان ( جمع آورى شده توسط وزارت بهداشت، آموزش و پرورش و وزارت فرهنگ قبرس در بررسی تاثیرات آنلاین)

تصميمى در مورد رفتارهاى اعتياد آور در قبرس، با برنامه هاى پژوهشى و همكارى انجمن يونان، براى بررسى اختلال در اعتياد به اينترنت گرفته شد.   
در ابتدا، در سال گذشته، يك مطالعه ى مقدماتى كه توسط تيم تحقيقاتى ما، گرد آورى شده بود [٦]، درصد بالايى از اعتياد به اينترنت و كامپيوتر را در جمهورى قبرس نشان مى دهد؛ ١٥.٣٪ از ٨٨٤ دانش آموز شركت كننده در اين نظر سنجى، معتاد به اينترنت و ١٦.٣٪ از آنها به عنوان معتاد به رايانه هاى شخصى، معرفى شدند.  
اين نتايج در اروپا، از جمله بالاترين ها و هشدار دهنده بودند و به ايجاد رهبرىِ برنامه هاى پيشگيرى از اعتياد به اينترنت و كامپيوترهاى شخصى منجر شد، و بر روى آموزش استادانِ دبيرستان ها و ايجاد موارد پيشگيرى مناسب در همه ى مدارس، تمركز دارد.   
اين برنامه ها با شروع اين تابستان (٢٠١٣) آغاز خواهند شد، با هدف تمركزِ ويژه بر روى مناطق جغرافيايىِ كه بيشترين فراوانىِ رفتارهاى اعتياد آور بر اساس نتايج بدست آمده از نظر سنجى را دارا هستند. به منظور داشتن يك تصوير دقيق از اين مسـءله در هر منطقه از قبرس و دستيابى به اهدافمان، ما به مطالعه روى دانش آموزانِ نمونه، به عنوان نماينده اى از تمامى جمعيت هاى دانشجویی اقدام کردیم.

بدين ترتيب، امكان تمركز بر روى مشكلات فردى منطقه اى، رفتارهاى منحصر به فرد، در مطالعات مقدماتى گروهى به حداقل رسيد.  
روش شناسى و موارد پژوهشى به كار رفته، دقيقأ شبيه به مطالعات مذكور در يونان هستند، به منظور تسهيل در مقايسه، بين دو كشورى كه داراى زبان و فرهنگ مشترك مى باشند.   
نمونه هاى تحقيقاتى ما شاملِ ٢٦٨٤ دانش آموز نوجوان ١٢ تا ١٨ ساله بودند كه ٤٨.٥٪ از بين آنها پسر و ٥١.٥٪ دختر بودند. اين نمونه ها از سراسر كشور و دانش آموزان اول تا چهارم دبيرستان هاى ( به ترتيب، سالن تربيت بدنى، سالن سخنرانى عمومى و يا مدرسه فنى و حرفه اى ) قبرس را شامل مى شدند.  
موضوعات پژوهش نيز، اين موارد را در بر داشت؛ گسترش جمعيت، پرسشنامه ى دقيق در مورد فعاليت هاى اينترنتى، نسخه يونانى از پرسشنامه ى تشخيصىِ "جوان" ( YDQ ) [٧] و تست اعتياد به رايانه در نوجوانان ( ACAT ) [٨].   
مقياس YDQ، داراى هشت مورد بله-خير مى باشد، كه به طور گسترده، براى اندازه گيرى اعتياد به اينترنت، بكار گرفته شده است. و مقياس ACAT نيز، شامل بيست مورد از مقياس "ليكرت" (١-٥) است كه براى سنجش ميزان اعتياد به رايانه بكار رفته است، و هر دو مقياس سه گروه مجزا را ارزش گذارى مى كنند: "حداقل، متوسط و اعتياد آور"، و همچنين اين دو مقياس توسط جامعه ى يونانى تأييد گرديده است.

1.نتیجه  
هفت درصد از دانش آموزان، گزارش كردند كه در طول روز، به مدت ده ساعت و يا بيشتر، آنلاين بوده اند. و همچنين بر اساس گزارشِ آنها ، بيشترين زمانِ آنلاين خود را در شبكه هاى اجتماعى با ٤١.٨٪ و بازيهاى آنلاين ٢٤.٦٪ ، در چندين بازديدِ روزانه ى خود، گذرانده اند.  
از پاسخ دهندگان، ٨.١٪ ، در گروه معتادان به اينترنت، توسط مقياس YDQ، و

و ١٧.٦٪ ، توسط مقياس ACAT، جاى گرفتند! (جدول ١(

بر خلاف نتايج بدست آمده از تحقيقات گذشته كه درصد معتادان به اينترنت را، در دسته ى زنان و مردان يكسان مى داند، هنوز بالاترين فراوانى استفاده ى متوسط براى مردان نسبت به زنان با كمترين استفاده، در اين طبقه بندى مى باشد كه از نظر آمارى، مقايسه اى در هر دو مورد انجام شد.  
اين كمترين مقدارِ تأثيرِ( etas ) بدست آمده از بازتابِ اين مقايسه مى باشد.  
يادگيرىِ نحوه ى استفاده از كامپيوتر و جست و جو در اينترنت در سنِ پايين تر با ميانگينِ اعتيادِ بيشتر ارتباط مستقيم دارد، چنانكه در ابتدا،   
بصورت بازى هاى ويدـءويىِ ترغيب كننده، در يك كافى نت مى باش. ( p<0.05)

بيشترين دفعات استفاده از كامپيوتر و اينترنت به همراه خواهر و برادران)همسالان (،و كمترينِ آن با همراهىِ پدران و مادران، بوده است.  
بررسى هاى بدست آمده، همچنين نشان داد كه امتيازات منفىِ اندازه گيرى شده، در اعتياد به اينترنت و رايانه هاى شخصى ( YDQ و ACAT )، با ذهن خوب و شاد، و احساس خشنودى در محيط زندگى، كاملأ همسو مى باشند.(p<0.05) 

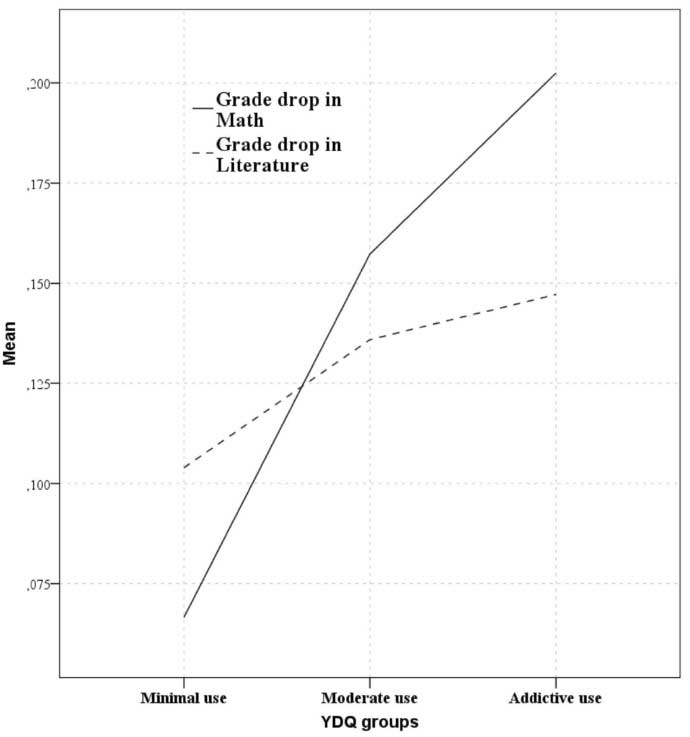
١٤.٣٪ از پاسخ دهندگان، استفاده از اينترنت را بيش از يك مانع براى مطالعه شان در نظر مى گيرند، و ١.٦٪ از شركت كنندگان، اعتراف كردند كه سال تحصيلى شان به دليل استفاده از اينترنت، به خطر افتاده است.  
سومين دسته، كه در آن دانش آموزان اينچنين ادعا كردند كه اينترنت بسيار مفيد است، در عين حال آن دختر/ پسر، مى توانند بدون استفاده از آن، عملكرد رضايت بخشى داشته باشند؛ بنابراين پايين ترين ميانگينِِ اعتياد به اينترنت و رايانه ى شخصى، به اين گروه تعلق مى گيرد. و بالاترين ميانگين نيز به مربوط به پاسخ دهندگان در مورد افت آشكارِ عملكرد دانشگاهى آنان بود؛ 'استفاده از اينترنت، موجب افت در عملكردِ من شده است' و ' بدليل استفاده از اينترنت، در معرض خطرِ از دست دادنِ سال تحصيلى ام قرار دارم'.   
همچنين، ارتباطِ منفى بين نمرات اعتياد با موفقيت در كلاسِ درس ( در هر دو درسِ ادبيات و رياضيات ) وجود دارد، در مقايسه ى خود با موفقيت هاى دانش آموزانِ ديگر و هوشِ عمومى ( P<0.05 ) و يك رابطه ى مثبت با وقت گذرانى (P<0.05 ).   
كاهشِ آشكارى در دستيابى به موفقيت در هنگام مقايسه YDQ و ACAT گروه ها، نسبت به يكديگر با گروه هايى كه داراى بالاترين ميزانِ اعتياد مى باشند، ميانگين كمترى در موفقيت هاى عمومى و ادبيات و رياضيات را بخوبى نشان مى دهند.  
مقايسه اى بين نمرات رياضيات و ادبياتِ دانش آموزان در سالِ تحصيلى كه در آن قرار دارند و سال گذشته ى شان، صورت گرفت. هر چند انتظار مى رفت، افت اندكى به دليل وارد شدن به دوره ى بالاتر تحصيلى وجود داشته باشد، ولى اين مقدار بسيار بالاتر از حد طبيعى بود، و اين دليلى، بجز استفاده ى بيش از اندازه از اينترنت و كامپيوتر نداشت.  
اين حقيقتأ بهترين نمودارِ كشيده شده (شكل ١و ٢) در حال حاضراست، كه ميانگينِِ افتِ سال به سال ِدانش آموزان را در ادبيات و رياضيات بر اساسِ طبقه بندىِ YDQ و ACAT، ارايه مى دهد.  
ميزان اين تفاوتها در مورد رياضيات، بارزتر مى باشد، تا جايى كه تقريبأ يك حركت خطى وجود دارد. (P<0.01 )  
ولى بنظر مى رسد، درسِ ادبيات، در گذر از كاربرانِ در معرض خطر به كاربرانِ معتاد، تحت تأثير بيشترى قرار گرفته است. ( P<0.001 )  
اين تفاوتِ قابل تأمل ديگريست در برداشتِ دانش آموزان در موردِ آينده، با اكثريت وسيعىِ از آن دسته از معتادان به استفاده از هر دو ( اينترنت و رايانه ى شخصى )، كه پيش بينىِ تلخى را در از دست دادن يك سال تحصيلى يا ترك تحصيل پيشِ روى آنها قرار مى دهد. (P<0.001 )

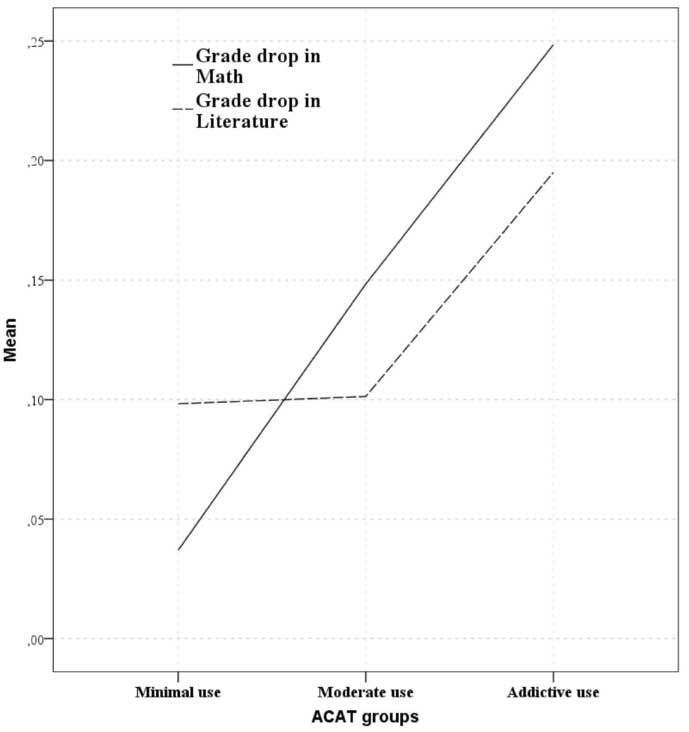
1**.نتیجه:**

نتايج ما نشان دهنده ى اين است كه درصد بالايى از نوجوانانِ قبرس، مبتلا به اعتياد به اينترنت و كامپيوتر هستند.   
نمرات سنجشِ آنها، نسبت به سايرِ جوامع يونانى زبان در يك زمان [٢]، در ميان بالاترين ها در اروپا، قرار دارند .[٩[  
اين اعتياد، يك اثر زيان آور در عملكردِ مدرسه شان دارد، و اين در درصدِ قابل توجهى از آنها، بخوبى تشخيص داده شده است.  
بنظر مى رسد، يادگيرىِ نحوه ى استفاده از اين وسايل تكنولوژى در مدرسه، در يك محيطِ تحت كنترل، مى تواند با كاهش آن در ارتباط باشد.

**[1. نتیجه گیری](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[نتایج ما نشان مید هد که درصد بالایی از نوجوانان قبرس تحت تاثیر اعتیاد به اینترنت و کامپیوتذ قرار می گیرند؛ نمرات تست آنها در مقایسه همزمان با جمعیتی که به زبان یونانی صحبت می کنند و در میان اروپا بالاتر هستند. این اعتیاد اثر سوء در کارایی مدرسه آنها دارد و درصد چشمگیری را هم نشان می دهد. آموزش نحوهاستفاده از رسانه هایفن آوریدر مدرسهدر یک محیطکنترل شدهبه نظر می رسدعوارض جانبیکمتری داشته باشد، در حالی که استفادهوالدینیو رسانه معرفی شده توسط والدین به منزله احتمالکمتررفتار هایاعتیاد آور در نوجوانان در حال رشد نیست.این حقیقت را نشان می دهد که برنامه جامعی مورد نیاز است که روی جلوگیری تمرکز کند که هدف آنپذیرشفن آوریبه شیوه ایکنترل شده و روش مطمئن است وموارد فردی را مدیریت کند، جاییکه در آنمشکلاتاعتیاددر حال پیدایش هستند.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[Figure 1. Graphical representation of mean drop in student achievement across the YDQ groups شکل 1. بازنمایی گرافیگی افت متوسط در موفقیتهای دانش آموزاد در بین گروههای YDQ](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[Figure 2. Graphical representation of mean drop in student achievement across the ACAT groups](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)****[شکل 2.بازنمایی گرافیگی افت متوسط در موفقیتهای دانش آموزاد در بین گروههایACAT References](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[1] D. Christakis. Internet addiction: a 21 st century epidemic?](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[BMC Med.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2010;8(1):61.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[2] K. Siomos, G. Floros, V. Fisoun, et al. Evolution of Internet addiction in Greek adolescent students over a two-year period: the impact of parental bonding.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Eur Child Adoles Psy.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2012;21(4):211-219.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[3] G. Floros, Siomos, KE. Patterns of Choices on Video Game Genres and Internet Addiction.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[Cyberpsychol Behav Soc. 2012;15(8):417-424.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[4] G. Floros, K. Siomos. The relationship between optimal parenting, Internet addiction and motives for social networking in adolescence.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Psychiatr Res.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2013.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[5] G.D. Floros, K. Siomos, V. Fisoun, D. Geroukalis. Adolescent Online Gambling: The Impact of Parental Practices and Correlates with Online Activities.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Journal of Gambling Studies.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2013;29(1):131-150.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[6] K. Siomos, G. Floros, D. Loizou, M. Koutsoulis, V. Dafoulis. Internet addiction in Cyprus – a pilot study.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[J Cyberther Rehabil.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2012;5(2):146-147.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[7] K.S. Young. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Cyberpsychol Behav Soc.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[1996;1(3):237-244.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[8] K. Siomos, G. Floros, O. Mouzas, N. Angelopoulos. Validation of adolescent computer addiction test in a greek sample.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Psychiatrikē= Psychiatriki.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2009;20(3):222.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[[9] T. Durkee, M. Kaess, V. Carli, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[Addiction.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [2012.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[بررسی سالانه درمان سایبر و پزشکی از راه دور 2013](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[آماده سازی برای القایافکارپارانوئید (بدگمانی) در یک جمعیت غیر بالینی](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[فرمن و همکاران گزارشی از تعدادی افراد تهیه کردند که، وقتی آنهادر محیط مجازی قرار می گیرند، افکارهای پارانوئید ( بدگمانمی) دارند. در این مرحله سیستم محیط مجازی را برای بیماران مبتلا به پارانوئید توسعه یافته است.در ابتدا یک نمونه غیر بالینی می توانست برای ارزیابی توانایی سیستم استفاده شود تا افکار پارانوئید را القا کند. این مقاله به افزایش کارایی چنین ارزیابی می پردازد، گروهی از نمونه غیر بالینیبه طور مناسب نشان دادند کهافکارپارانوئیددارند. 2 آزمایش با آماده سازی برای ناامنی و هشیاری به صورت عامل در فرد مورد آزمایش و افکارهای قبل از پارانوئید(کم یا بالا) به صورت بین عوامل- افراد مورد آزمایش انجام شدند. قبل از اینکه در معرض محیط مجازی قرار بگیرند، به شرکت کننده ها(n=24) ویدیویی نشان داده شد و آنها متنی درباره خشونت یا درباره حیوانات کوهی خواندند. از شرکت کنندگان خواسته شد تا به طور آزادانه در محیط مجازی شرکت کنند. نتایج آزمایش تائید کردند، قرار گرفتن در محیط مجازی می تواند باعث القای افکارپارانوئید شود. علاوه برآن، آماده سازی بااین هدف، ایجاد احساس ناامنی و هشیاری نظراتپارانوئید را در گروه غیربالینی افزایش می دهد، در غیراینصورت آزار و اذیت را کمتر نشان مید هد.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[کلمات کلیدی](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**[: پارانویا، آماده سازی، واقعیت مجازی، در معرضقرار گرفتن ، محاسبات سلامت روان](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[مقدمه](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[پارانویا حالتی از ذهن است، که فرد مورد آزمایش معتقد است، افراد دیگر قصد رساندن آسیب به او دارند. این حالت با هشیاری بیش از حد، تحریک عاطفی و توجه انتخابی برای تهدید مشخص می شود. پارانویا می تواند توهم در اختلال روانی باشد، البتهافرادی هم به آن مبتلا می شوند که هیچ سابقه بیماری روانی ندارند. این فرصتی ایجاد می کند، محرک ایجاد شده پارانویا در جمعیت غیر بالینی مورد بررسی قرار بگیرد، هنگامی که برنامه های واقعیت مجازی(VR) در این قسمت ارزیابی می شوند، به طور خاص مرتبط هستند. قبل از بررسی بیماران واقعی، تحقیق می تواند در ابتدا روی غیر بیماران انجام شود.علاوه برآن، فریمن و همکاران گزارش دادند، گرچه فقط 40% از 200 شرکت کننده در هنگام قرار گرفتن در محیط VR از جمعیت عادی افکارهای پارانوئید داشتند، نیاز را برای نمونه های نسبتا بزرگ پیشنهاد کردند تا برنامه VR را به توانایی خود ارزیابی کنند تا افکار پارانوئید را در غیر بیماران تحریک کنند. از آنجا که استفاده کردن از نمونه بزرگ غیر عملی است، این مقاله در ابتدا گروه بزرگی از جمعیت کلی را مورد بررسی قرار مید هد، که افکار پارانوئید را در دنیای VR نشان میدهند. این گونه آماده سازی در VR موثر است که قبلا توسط بوچارد وهمکاران نشان داده شده است. آنها نشان دادند، آماده سازی افراد با ترس از مار، قبل از قرار گرفتن در VR درباره وجود مارهای خطرناک در دنیای VR می تواند اضطراب آنها را افزایش بدهد که بعدا در VR تجربه می شود. علاوه برآن، کو و همکاران نشان دادند، آماده سازی با متن و ویدیو می تواند این شانس را بدهد، که فرد کلمه کلیدی خاصی را در بحث با ویژگی مجازی ذکر کند. نتایج از هر دو تحقیق باعث می شود که بررسی کنیم، آیا القاء تفکر پارانوئید به نمونه غیر بالینی با استفاده از آماده سازی قبل از در معرض قرار گرفتن ممکن است. ازاینرو، این تحقیق نشان می دهد، آماده سازی ویدیویی و متنی قبل از در معرض قرار گرفتن می تواند افکار پارانوئید را در طول قرار گرفتن در VR افزایش دهد.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[1- روش](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

**[1-1 روشها و شرکت کننده ها](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[آزمایش با طراحی دو به دو، با نوع آماده سازی (پارانوئید یا طبیعی) به صورت عامل در- فرد مورد آزمایش، و افکار قبل- پارانوئید (پایین یا بالا) به صورت عامل بین- افراد مورد آزمایش تنظیم شد. علاوه برآن، آزمایش بوسیله کامپیوتر کنترل می شود و از روش دو سو کور پیروی میکند، جایی که هر دو شرکت کننده و آزمایش کننده دستور آماده سازی شرایط را نمی دانند. 24 دانشجو از دانشگاه صنعتی دلفت (16 مرد و 8 زن) در این آزمایش شرکت کردند. سن شرکت کنندگان بین 23 و 33( (M = 27.8, SD = 2.8 بود. همه شرکت کنندگان حداقل مدرک لیسانس داشتند و گزارش شد که هیچ کس سابقه روانی ندارد. تایید اخلاقی برای این آزمایش از کمیته اخلاق دانشگاه گرفته شد.قبل از آزمایشها، همه شرکت کننده ها فرم رضایت را خواندند و آن را امضا کردند. آنها تا پایان آزمایش از فرضیه های آزمایش اطلاعی نداشتند. آنها فقط از این قضیه اطلاع داشتند، که شرکت کنندگان به توسعه محیط VR کمک خواهد کرد و می تواند برای درمان افراد مبتلا به اختلال روانی استفاده شود.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[1-1 مداخلات](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[نوع آماده سازی شرط آزمایشی از دو سطح تشکیل می شود:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[آماده سازی پارانوئید و آماده سازی طبیعی. در شرایط آماده سازی پارانوئید، به شرکت کننده ها ویدیویی 6.5 دقیقه نشان داده شد، که از خشونت خیابانی گزارش می داد و یک صفحه A4 گزارش خبری جعلی در مورد خشونت در هلند خوانده شد. هدف از ویدیو و متن بالا بردن توجه آنها برای تهدید و افزایش سطح هشیاری است،طوری که شرکت کنندگان می توانستند این احساسها را به محیط VR ببرند و به آن روش دنیای VR را درک کنند. در شرایط آماده سازی طبیعی، به شرکت کنندگان ویدیویی 6.5 دقیقه ای حیات وحش نشان داده شد و متنی در صفحه A4 درباره حیوانات کوهی خواندند. اما متن و ویدیو با این هدف انتخاب نشدند که افکار یا احساس مشکوکی را تحریک کنند. بعد از خواندن متن و تماشای ویدیو، شرکت کنندگان یا در محیط VR یک رستوان یا در سکوی قطاری به مدت 5 دقیقه قرار گرفتند. دستورها از دو شرایط آماده سازی و محیطهای VR برابر بودند. هردو محیط ویژگی های آماده سازی داشتند که وظایف خاصی نداشتند، و احساسهای خاص را نشان نمی داد و مکالمات و یا تعاملات فیزیکی با شرکت کنندگان را آغاز نمی کرد. برخی از شخصیت های مجازی در سراسر ، یا زیر یک مسیر ثابت، یا یک مسیر تصادفیراه می رفتند، و در نقاط تصادفی به اطراف نگاه می کردند. شکل 1 تصاویری از محیط های VR را نشان مید هد. برای ایجاد ارزیابی پایه و آموزش شرکت کنندگان با یک پروتکل اظهار نظر، شرکت کنندگان در محیط آموزشی VR در شروع آزمایش قرار گرفتند، قبل از اینکه به آنها ویدیویی یا متنی ارائه بشود.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[ ](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[Figure 1.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)** [The VR environment. Left the restaurant world and right the train platform world.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[شکل 1. محیط VR. سمت چپ رستوان و سمت راست سکوی قطار.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[1-3 مواد و ارزیابی ها](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[شرکت کنندگان در محیط VR مجهز به سر سونی HMZ-T1 3D نمایشگر سه بعدی شخصی با صفحه نمایش با وضوح 1280X720 بودند. ردیابی با استفاده از 6DOF ردیاب صعود حرکت انجام شد. ضبط کننده اطلاعات Mobi8 از TMSi برای جمع آوری ضربان قلب شرکت کنندگان استفاده شد.از شرکت کنندگان خواسته شد که به طور آزادانه درباره محیط خود، از جمله شخصیت های مجازیاظهار نظر کنند. از آنها خواسته شد، تمرکز کنند بر اینکه چگونه محیط را نسبت به شرح عینی محیط یا ارزیابی کیفیت محیط VR تجربه و درک کردند. هنگامی که در محیط قرار داشتند، آزمایش هر چیزی که شرکت کنندگان گفته بودند، را ضبط کردند، همچنین در محیط VR آن لحظه را دیدند. صدا و صفحه شرکت کننده ها با استفاده از نرم افزار کام اشتودیو ضبط شدند. برای ارزیابی نظرات شرکت کنندگان پارانوئید، دو کدگذار مستقل به 48 نظر پرداختند و تعداد دفعاتی که شرکت کنندگان نظرهای خود را داده بودند، محاسبه کردند، که می توان به صورت افکار پارانوئید مشخص شوند(جدول 1). علاوه برآن، گرین و همکاران از مقیاس افکار پارانوئید به صورت معیار شرکت کننده استفاده کردند که برپایه سطح پارانوئید قبل از آزمایش بودند، و حالت مقیاس پارانوئید به صورت ارزیابی پارانوئید شرکت کنندگان به طور مستقیم بعد از محیط VRاستفاده شد.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[1- نتیجه](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**

[سطح قوی از ارتباط بین ناظر(Spearman r = .83, n = 48, p. < .01)سطح قابل قبولی از نظر کدگذاری نظرها پیشنهاد کرد. برای آنالیز بیشتر مقدار متوسط دو کدگذار استفاد شد. نتیجه گرین و همکاران 58.5 بود. مقیاس افکار پارانوئید به صورت نقطه قطع است، شرکت کنندگان به دو گروه مساوی، گروه کم و گروه GPTS بالا تقسیم شدند. به صورت عدد SSPS و نظرات پارانوئید از یک توزیع نرمال، انتقال رتبه تعهد (ART) برای آنالیز داده های عاملیغیر پارامتری گرفته شدند. پس از آن، آنالیزهای ANOVAارزیابی های تکراری با استفاده از شرایط آماده سازی و دوگروه GPTS، هر بار به عنوان عوامل مستقلو عدد ART از SSPS، تعداد ضربان، و ART از تعداد نظرات پارانوئید به صورت متغیرهای وابسته انجام شدند. جدول 2 نتایج آنالیزها را نشان مید هد.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[آزار و اذیت / اتهام: مرجعی است که نشان می دهد، یک شخصیت مجازی به طرز مشکوکی و یا خطرناکی عمل می کند.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[به عنوان مثال، به نظر می رسد مشکوک باشد. من معتقدم که او نیت بدی دارد. با او خوب نیست.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[اضطراب مرجعی در مورد احساس ناراحت کننده است، که توسط شخصیت مجازی و یا محیط ناشی شده است.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[به عنوان مثال:،آن طور که او به من نگاه می کند باعث می شود که من ناراحت بشوم.مردم به من خیره می شوند و من را ناراحت می کنند. از اینکه در کنار او بنشینم، احساس راحتی نمی کنم.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[شامل نمی شود: احساسی است که توسط حوادث یا اشیاء نامربوطه ایجاد می شود، مانند: من احساس می کنم.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[نارحتی ام به دلیل اینکه روی میز من غذایی وجود ندارد. حوصله ندارم.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[تهدید:مرجعی نسبت به یک تهدید از یک شخصیت مجازی و یا محیط و یا احساس ناامنی است.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[به عنوان مثال،: آن طور که او به من نگاه می کند باعث می شود من احساس نا امنی کنم،من فکر کنم اینجا محل امنی نیست.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[شامل نمی شود: مراجعی که توسط وقایع نامربوط یا اشیاء مانند ایجاد می شوند: من می ترسم که](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[اگر خیلی محکم حرکت کنم؛ HMD سقوط خواهد کرد. در هنگام داشتن این ابزارها احساس نا امنیمی کنم.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

* **[Persecution/accusation](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**[: a reference that suggests that a virtual character is acting suspiciously or is dangerous.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[Examples:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[he looks suspicious; I believe he has bad intentions; he is up to no good](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

* **[Distress](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**[: a reference regarding feeling uncomfortable or distressed, which was caused by a virtual character or the environment.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)
* [Examples:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[the way he looks at me makes me feel uncomfortable; people keep staring at me and it feels uncomfortable; I am not feeling comfortable to sit beside him.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*
* [Not included: references to feelings that are caused by unrelated events or objects, such as:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[I feel](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*

*[uncomfortable since there is no food on my table; I am bored](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

* **[Threat](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)**[: a reference towards a threat from a virtual character or the environment or a feeling of insecurity.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)
* [Examples:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[the way he looks at me makes me feel insecure; I do not think this place is a safe place.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*
* [Not included: references that are caused by unrelated events or objects such as:](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[I am afraid that the](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*

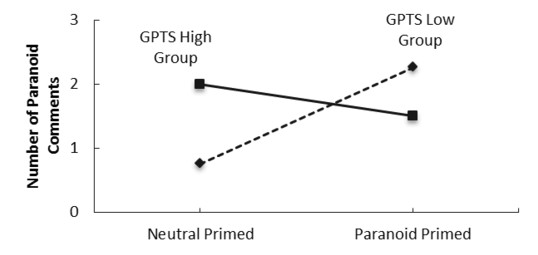
*[HMD will fall if I move too actively; I am not feeling safe wearing all these gadgets.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*

**[Table 1.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)** [Coding Scheme Paranoid thoughts commentaries.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[جدول 1.کدگذاری طرح نظرهای پارانوئید افکار](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [GPTS group](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  |  | [Priming](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  |  | [GPTS group x](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [Priming](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |
| [Measures](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | *[F](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[(1, 22)](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | *[p.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* |  | *[F](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[(1, 22)](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | *[p.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* |  | *[F](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[(1, 22)](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | *[p.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* |
| [SSPS](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [3.05](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.095](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [< 0.01](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.941](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [0.14](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.247](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |
| [Heart Rate](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [4.22](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.052](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [0.06](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.808](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [0.79](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.384](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |
| [Paranoid comments](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [0.75](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.395](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [0.77](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.389](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |  | [5.10](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) | [.034](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) |

**[Table 2.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)** [Results of analyses on SSPS, Heart Rate, and Paranoid comments.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[گرچه تاثیر اصلی یافت نشدند، تحلیگران تاثیر واکنش دو به دو گروههای GPT و شرط آماده سازی (F(1,22) = 5.10, p = .034) را در تعداد نظرهای پارانوئید مشخص کردند(شکل 2) ](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

**[Figure 2.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)** [Median number of paranoid comments mentioned in the exposure.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[شکل 2. تعداد میانی نظرهای پارانوئید در محیط مجازیGPTS](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

[در شرط آماده سازی طبیعی، گروه (](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[Mdn](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= 0.75) نظرهای مهم کمتری(](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[Mdn](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= 2.0) نسبت به گروه GPTS (](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[Mdn](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= 2.0) می سازد، در حالی که در شرط آماده سازی پارانوئید شرط آماده سازی تفاوت چشمگیری(](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[z](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [= -.29,](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[p](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= .80) بین گروه کمGPTS (](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[Mdn](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= 2.25) و بالا(](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[Mdn](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[= 1.5) یافت شد. همچنین برای گروه کم GPTS، تعداد نظرهای پارانوئید به طور چشمگیری بین شرط آماده سازی طبیعی و پارانوئید (](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[z](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [= - 2.68,](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[p](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [< .01) افزایش می یابد، در حالی که برای گروه بالا GPTS، تفاوت چشمگیری (](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)*[z](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [= -0.55,](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank) *[p](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)* [= .58) بین آماده سازی شرط طبیعی و پارانوئید یافت شد، در عوض، تعداد نظرات به نظر می رسد که نسبتا خیلی بالا باشد.](https://overview.mail.yahoo.com/?.src=iOS" \t "_blank)

در شرایط خنثی، گروه GPTS کم(Mdn=0.75) عناصر پارانوییدی کمترمهمی(z=-2.08,P=.04) را نسبت به گروه بالا(Mdn=2.0) می سازد، درحالیکه در شرایط ابتدایی پارانوییدی تفاوت چشمگیری بین گروه GPTSکم(Mdn=1.5) و زیاد(Mdn=1.5) دیده نشد.درضمن برای گروهGPTS کم،تعداد تفسیرهای پارانوییدی بطرزچشمگیری بین شرایط اولیه خنثی و پارانوییدی (z=-2.68,p<.01) افزایش داشت، در حالیکه برای گروه GPTS بالا، هیچ اختلاف چشمگیری(z=-0.55,p=.58) در بین شرایط ابتدایی پارانوییدی و خنثی یافت نشد. درعوض، تعداد این تفسیرها ظاهرا با لا باقی ماند. بعلاوه، اگرچه اثر اصلی برای گروه های GPTS روی نمرات SSPS (گروه GPTS کم Mdn=15.5؛گروه GPTS بالا Mdn=24.5) ومیزان ضربان قلب شرکت کننده(گروه GPTS Mdn=86.5 ؛گروه GPTSبالاMdn=79.6) به سطح0.5 نزدیک شد، هیچ اثر چشمگیر مهی برای آماده سازی یا اثر تعاملی بین گروههای GPTS و ابتدایی در هر دو مورد یافت نشد.

3.بحث

نتایج اثرات آماده سازی روی تفسیرهای پارانوییدی ظاهرا مشابه با نتیجه فت و همکاران(10) است. در یک بازی بر پایه اعتماد، آنها متوجه شدند که افراد پارانوییدی بطرزانعطاف ناپذیری بدگمان می شوند، در حالیکه افراد غیر پارانوییدی به موقعیت های خنثی بیشتر اعتماد می کردند و در موقعیت هایی بدگمان و ظنین می شدند که مورد کلاهبرداری قرار گرفته باشند.هیچ اثر تعاملی چشمگیری بین گروه های GPTS و آماده سازی در باره نمره SSPS و ضربان قلب دیده نشد.از قرار معلوم آماده سازی ممکن است اثر فیزیولوژیکی بزرگی نداشته باشد، در حالیکه نمره SSPSتنها پس از این در معرض قرار دادن جمع می شود، که درآنجا اثر آماده سازی ممکن است پاک شده باشد، یا ممکن است اثر زیادی بر تجربه گردآوری شده از این نمونه غیرکلینیکی نداشته باشد.

1.نتیجه

نتایج این آزمایش تأیید می کند که در معرض قرار دادن فرد در محیط مجازی نمی تواند تفکر پارانوییدی را سبب شود.بعلاوه، آماده سازی با هدف ایجاد احساسات تهدید و مراقبت و بیداری می تواند تفسیرهای پارانوییدی را در گروه غیر کلینیکی افزایش دهد که در غیر اینصورت اغلب کمتر به شکل ایده های شکنجه و اذیت و آزار نمایش داده می شود. این یافته ها پیشنهاد می دهند که زمانیکه نمونه ای غیرکلینیکی بطور مناسب آماده شود می تواند برای ارزیابی توانایی محیط VR برای انتخاب تفکر پارانوییدی بکار برده شود.

References

[1] D. Freeman, P.A. Garety, P.E. Bebbington, B. Smith, R. Rollinson, D. Fowler, E. Kuipers, K. Ray, and

G. Dunn, Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population, *The British Journal of Psychiatry* **186** (2005), 427-435.

[2] D. Freeman, K. Pugh, A. Antley, M. Slater, P. Bebbington, M. Gittins, G. Dunn, E. Kuipers, D. Fowler, and P. Garety, Virtual reality study of paranoid thinking in the general population, *Br J Psychiatry* **192** (2008), 258-263.

[3] S. Bouchard, J. St-Jacques, G. Robillard, and P. Renaud, Anxiety increases the feeling of presence in virtual reality, *Presence: Teleoper. Virtual Environ.* **17** (2008), 376-391.

[4] C. Qu, W.P. Brinkman, P. Wiggers, and I. Heynderickx, The effect of priming pictures and videos on a question-answer dialog scenario in a virtual environment, *Presence: Teleoperators and Virtual Environments* **22** (2013).

[5] B. Busscher, D.d. Vliegher, Y. Ling, and W.-P. Brinkman, Physiological measures and self-report to evaluate neutral virtual reality worlds, *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation* **4** (2011), 15-25.

[6] W.P. Brinkman, D. Hartanto, N. Kang, D.d. Vliegher, I.L. Kampmann, N. Morina, and P.M.G. Emmelkamp, A virtual reality dialogue system for the treatment of social phobia, in: *CHI'12: CHI'12 extended abstracts on human factors in computing systems*, 2012.

[7] C.E.L. Green, D. Freeman, E. Kuipers, P. Bebbington, D. Fowler, G. Dunn, and P.A. Garety, Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS), *Psychol Med* (2007), 1-11.

[8] D. Freeman, K. Pugh, C. Green, L. Valmaggia, G. Dunn, and P. Garety, A Measure of State Persecutory Ideation for Experimental Studies, *J Nerv Ment Dis* **195** (2007), 781-784.

[9] J.O. Wobbrock, L. Findlater, D. Gergle, and J.J. Higgins, The aligned rank transform for nonparametric factorial analyses using only anova procedures, in: *Proceedings of the 2011 annual conference on Human factors in computing systems*, ACM, Vancouver, BC, Canada, 2011, pp. 143-146.

[10] A.-K.J. Fett, S.S. Shergill, D.W. Joyce, A. Riedl, M. Strobel, P.M. Gromann, and L. Krabbendam, To trust or not to trust: the dynamics of social interaction in psychosis, *Brain* **135** (2012), 976-984.

داروها برای بیمارانی که آنها را مصرف نمی کنند کاری نمی کنند: الگوی جدید برای درمانهای مزمن

چکیده. پیوستگی ضعیف به درمانها دارویی هنوز یک مشکل حل نشده است. برای ارائه راه حلی مفید به بیماران مزمن از همه سنین، با توجه خاص به مسن تر ها، که درمعرض نظام درمانی پیچیده اند، یک راه حل ابتکاری ICT ، به نام دکتردرین، طراحی و مورد آزمایش واقع شده است. هدف از این چارچوب قرار است کمک به بیمار درطی دوره درما ن و حمایت از برقراری ارتباطی دوجانبه بین تمامی سهامداران سلامتی(از جمله پزشکان، خانواده فرد و پرسنل مراقبت) و بیمار باشد.در طی مرحله نمایش،با بیماران برای درک اعمال خاصی که معمولا به آنها عادت دارند مصاحبه می شود. راه حل هایی که آنهابیشتر برآن تکیه دارند فهرست داروها، نوشتن روی بسته بندی ها و تنظیم هشدارها است. بیمارانی که در باره مشکلات انطباقی شکایت کردند و افرادی که دارای یک تلفن همراه بودند بعدا برای آزمایش دکتردین در یک دوره سه ماهه به استخدام درآمدند. در ادامه، نتایج اولیه از اولین دوازده بیمار برای اثبات کارایی دکتردرین در حمایت از بیماران و همکاری آنان با درمانها ارائه و مورد بررسی قرار گرفته شد.

لغات کلیدی.پیوستگی داروشناختی، شکایت، شبکه های اجتماعی در مراقبت از سلامتی، سلامت تلفنی، سلامت موبایلی، مسن شدن سالم، کاربردهای سلامتی و تکنولوژی مثبت

مقدمه

درطی قرنها میانگین سن جمعیت کشورهای غربی بطور ثابتی افزایش یافته است و لذا، بیماری ها و استفاده از دارو در این کشورها بیشتر شده است.

در برخی از کشورهای اصلی اروپا، مثل فرانسه، آلمان ، بریتانیا و هلند، گزارش شده است که تعداد زیادی از افراد سابقه بیماری طولانی مدت دارند و حدود 30 تا 35میلیون از جمعیت را تشکیل می دهند. برآورد شده است که تعداد کل بیماران مزمن در اروپا در حدود 150میلیون نفر است، درحالیکه در امریکا این تعداد بیشتر است و 162 میلیون نفر است. با در نظر گرفتن کشور ایتالیا، افرادی که از بیماری های مزمن در این کشور رنج می برند 27میلیون نفر اند و اکثر آنها هر روزه بیش از 5داروی مختلف مصرف می کنند. مصرف بالای داروها علت اصلی وابستگی به درمان است، بعلاوه، درحدود 50% از این بیماران مشکلاتی در به خاطر آوردن و چگونگی مصرف داروها دارند. سازمان بهداشت جهانی، پیوستگی به درمان بلند مدت را بعنوان حدی تعریف می کند که تا آن حد فرد رفتار می کند و درمان را می پذیرد و از یک رژیم غذایی پیروی می کند یا اجرای تغییراتی در شیوه زندگی است با توصیه های توافق شده از سوی تأمین کنندگان سلامت منطبق می کند.

عدم قبول درمانها ممکن است به دلیل زوال در شرایط سلامتی بیمار باشد، که در ضمن منجر به افزایش مستقیم و غیر مستقیم هزینه های برای خدمات سلامت ملی (NHS) و خود بیمار می شود.به منظور بهبود همبستگس دارویی، علل چند عملکردی ای همبستگی کاهش یافته باید درک شود. سازمان بهداشت جهانی به دسته بندی این فاکتورها در 5 مقوله می پردازد؛ فاکتورهای مربوط به بیمار، فاکتورهای مربوط به مریضی ، فاکتورهای اجتماعی اقتصادی ، فاکتورهای مربوط به درمان، فاکتورهای مربوط به تیم سلامتی و سیستم آن در محل. بطور کلی، بازیگران اصلی در روند درمان مشارکت داده می شوند که موفقیت درمان بستگی به بیمار، دکتر و ساختمان تیم/سیستم پزشکی دارد.مروراخیر ازحدود 78مورد امتحان تصادفی نشان داد که هیچ مورد پیچیده ای در بهبود پیوستگی درمان و نتایج سلامتی مؤثر نمی باشد و مشکل بهبود همبستگی دارویی را کم ارزیابی کرد. ارتباط بین پزشکان اغلب ناکافی است و ممکن است به غیر همبستگی دارویی مربوط باشد. در یک سیستم مراقبت از سلامت که بر آن مالیات سنگینی وضع شده است، و درآن پزشکان مریضانی بسیار زیادی را بدون داشتن منابع کافی برای برآوردن نیازهای بیماران ویزیت می کنند، مقدار زمان صرف شده در کلینیک ممکن است برای بیمار ناکافی باشد و درک و ارزیابی درستی از رفتارهای دارویی آنان انجام نشود. این نبود زمان ممکن است از مشارکت بیمار در بحث درباره استراتژی های دارویی مهم برای دستیابی به موفقیت جلوگیری کند.

به منظور ارائه راه حلی دقیق برای این مشکل، بیماران نیاز دارند تا مورد تشویق و آموزش قرار گیرند. از سوی دیگر، مجهز ساختن پزشکان و مسؤلان مراقبت از سلامت با ابزارهای کارآمد که به آنها امکان پیگیری بیمار در طی دوره درمان را می دهد از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

به همین دلیل است که ما دکتر درین را ایجاد کردیم؛ که کانال ارتباطی جدید بیمار-پزشک است که به مشارکت فعالانه سهامداران سلامتی در روند درمان کمک می کند.

1-روش ها و ابزارها

دکتر درین یک ابتکار اجتماعی است که توصیه هایی به بیماران و پزشکان می کند و لذا سرعت و سهولت استفاده را تضمین می کند. این معماری چارچوبی با یک نرم افزار به نام یک مدل توزیع خدماتی(SaaS) برای گسترش دسترسی به خدمات برای تمامی انواع ابزارها منطبق است، مخصوصا در تلفنهای همراه . یک اپلیکیش تبلت/موبایل های هوشمند برای سیستم های عامل اندروید و )Ios (oSsایجاد شده است تا به تمامی چارچوبهای عملکردی امکان دهد و تجربه بهینه کاربر را تضمین کند.

از طریق یک سطح مشترک وب، پزشک می تواند یک یا چند درمان دارویی را به همراه پارامترهای کلینیکی مفید برای نظارت بیماری تنظیم کند.وقتی که بیمار شناسایی شد، این اپلیکیشن موبایل قادر به دسترسی به فهرستی از درمانها است که از طریق خدمات ابری تنظیم می شود. این اپلیکیشن برای برای انتشار دادن نکات صوتی و بصری ساخته شده است و بوسیله آن پزشک از وضعیت وصرف داروی بیمار، میزان مصرف و اینکه چرا گرفتن این درمان دارویی برای او مهم است بنا به نسخه دریافتی آگاه می شود.

این اپلیکیشن داده های مربوط به میزان مصرف داروها(مقدار، نوع و تعداد) را گردآوری می کند تا به ارزیابی میزان قبول برای هر داروی ازپیش توصیه شده بپردازد. علاوه بر اینکه از بیمار خواسته می شود تا برای هر دارویی گزینه« دریافت شده» یا « دریافت نشده » پاسخ دهد.بیماران در ضمن یک بررسی کوتاه درباره تلفن های هوشمند خود بر اساسی ماهانه دریافت می کنند. این بررسی شامل مقیاس های 0 تا 5 مربوط به سلامت عمومی ، کیفیت زندگی ، مشکلات قبول با داروها، درک فایده و سادگی استفاده از دکتر درین است. داده های گرد آوری شده در فرمی از یک گزارش ساختاریافته برای تمامی سهامداران سلامتی در دسترس اند.

برای تأیید کارایی دکتردرین در بهبود بیماران، و انطباق آنها به درمان، ما یک بررسی کلینیکی مقدماتی در واحد دانشگاهی دانشگاه پیسو تجدیداعصاب انجام دادیم.این بررسی درتطابق با اصول مطرح شده در اعلان هلسینکی و پروتکل تأیید شده بوسیله کمیته اخلاقی محلی انجام شد.

در اینجا ما نتایج مقدماتی حاصل از اولین دوازده بیمار را در یک دوره سه ماهه می آوریم.

1-نتایج

یک مصاحبه نمایشی، با هدف ارزیابی دانش بیماران درباره ریسک هماهنگ نبودن بادرمان و کشف راه حلهای برای ایجاد و بهبود قبول دارویی بکار رفت، ما در ابتدا کار را بر روی 155بیمار تصادفی انجام دادیم(45 نفر مرد و 110 زن، میانگین سن + و – اس دی، 59.9+ و -14.6). با در نظر گرفتن شیوه های بکاررفته/ایجاد شده بوسیله بیماران برای به یاد آوردن مقدار مصرف روزانه، 110نفر در این نمونه(71%) از انواع مختلف از مهارت ها برای یادآوری زمان مصرف دارواستفاد ه شدند. شیوه های بکار رفته فهرستی از اسامی داروها، میزان مصرف و زمان اجرا را شامل می شود(44% از افرادی که از یک شیوه استفاده کردند) و مقدار و زمان مصرف بر روی بسته بندی محصول نوشته شده است(19%) و علایم هشدار درباره تلفن همراه(15%) و نگهداری درست داروها(11%) آورده شده است. 16 نفر از دو مورد از شیوه های ذکر شده در بالا بطور همزمان استفاده کردند.از بیماران خواسته شد تا در خصوص عملکرد واقعی شان درباره یک مقیاس از صفر تا ده قضاوت کنند. تنها 29بیمار (18.7) اقرار کردند و درباره داشتن قبول اندگ آگاه شدند. دوازده بیمار، که درباره مشکل قبول دارو شکایت داشتند، و یک تلفن هوشمند داشتند، به این بررسی وارد شدند. تمامی این بیماران تحت تأثیر بیماری های سخت بودند ولذا تحت رژیم دارویی پیچیده ای واقع شدند(جداول 1 و 2 را ببینید). در اصل تمامی بیماران درباره مشکل قبول شکایت داشتند . بعد از ماه اول از این آزمایش، اکثر بیماران قبول 100% را گزارش دادند، و تنها دو استثنا وجود داشت که تصمیم به قطع این آزمایش گرفتند.نتایج کلی بررسی برای تمامی این سؤالات مثبت شد(جدول3).همانند درک بیماران درباره سهولت استفاده و درک دکتر درین، پاسخی با کمترین نمره(نمره1) بوسیله مراقبین از سلامت فرض شد.

3-نتایج

نتایج بدست آمده در طی مرحله نمایش اهمیت این سه عنصر را در کمک به بیماران در مدیریت درمان خاطر نشان کرد؛ این فهرست دارویی، هشدار، تعیین میزان درست دارو. تمامی این ویژگی ها در دکتر درین لحاظ شده اند. همانطور که قبلا بوسیله ورولت و همکاران(7) مرور شد، چند بررسی ، کارایی باقیمانده های دارویی را در بهبود بیماران اثبات کرد، اما این راه حلها دور از ذهن بود، چون آنهااحتمالا بر اساس تکنولوژی های جذاب است و یا به این دلیل است که این راه حل ها نیاز به روند خطا\_تأیید پیچیده ای در افزودن یادداشت ها به یک تقویم دارد.

داده ها ی اولیه که در اینجا گزارش داده شد تأیید کرد که راه حل اپلیکیشن تلفن های هوشمند ، رویکرد مؤثری برای بهبود ارتباط دکتر، بیمار و نهایتا حمایت از درمانها است. بعلاوه، توصیه های بیماران برای ما به منظور بهبود تجربه کاربری دکتردرین بسیار مفید بوده است.

جدول2. داده های کلینیکی

|  |  |
| --- | --- |
| شماره بیماران  6 | شماره بیماری 1-3 |
| 4 | 4-6 |
| 2 | > 7 |
| شیوع | نوع بیماری |
| 13 (27,66) | عصبی- |
| 10 (21,28) | روانی |
| 8 (17,02( | قلبی عروقی |
| 16 (34,04) | سایر |
| میانگین | داروها |
| (مینیمم- | شماره |

6.58(12-2)

اطلاعات وابسته به امارگیری نفوس.جدول1

جدول 3. نتایج بررسی .

کیو1: لطفا توانایی تان برای هماهنگی با درمان را کمیت بندی کنید(0=هیچ،5=مجموع)

کیو2: لطفا کیفیت زندگی تان را ارزیابی کنید(0=خوب نیست، 5= خیلی خوب)

کیو3: لطفا کیفیت سلامت جهانی تان را ارزیابی کنید(0=خوب نیست، 5=خیلی خوب)

کیو 4: لطفا سهولت استفاده از دکتر درین را ارزیابی کنید(0=آسان نیست، 5=خیلی آسان)

کیو5: لطفا کارایی دکتر درین را ارزیابی کنید(0=درمجموع مفید، 5=خیلی مفید) تمامی این نتایج میانگین اند( اس دی).

|  |
| --- |
| میانگین (SD) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | T1 | T2 | T3 |
| *Q1* | 4.83 (0.41) | 4.80 (0.45) | 5.00 (0.00) |
| *Q2* | 4.33 (1.63) | 4.80 (0.45) | 5.00 (0.00) |
| *Q3* | 4.00 (1.67) | 4.00 (1.41) | 4.00 (2.12) |
| *Q4* | 3.17 (1.17) | 3.00 (1.58) | 3.00 (2.83) |
| *Q5* | 2.67 (1.21) | 3.00 (1.58) | 3.00 (2.83) |

References

[1] Eurostat, 2010 [(http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index\_en.ht](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm))m[)](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm))

[2] Milken Institute analysis, 2003 [(http://www.chronicdiseasei](http://www.chronicdiseaseimpact.com/))m[pact.com/)](http://www.chronicdiseaseimpact.com/))

[3] ISTAT 2008 [(http://www.istat.it/it/a](http://www.istat.it/it/archivio/5471))r[chivio/5471)](http://www.istat.it/it/archivio/5471))

[4] Osmed Report 2009 [(http://www.agenziafar](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OSMED_2009_finale.pdf))m[aco.gov.it/sites/default/files/Rapporto\_OSMED\_2009\_finale.pdf)](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OSMED_2009_finale.pdf))

[5] Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc. 2011 Apr; 86(4):304-14.

[6] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000011.

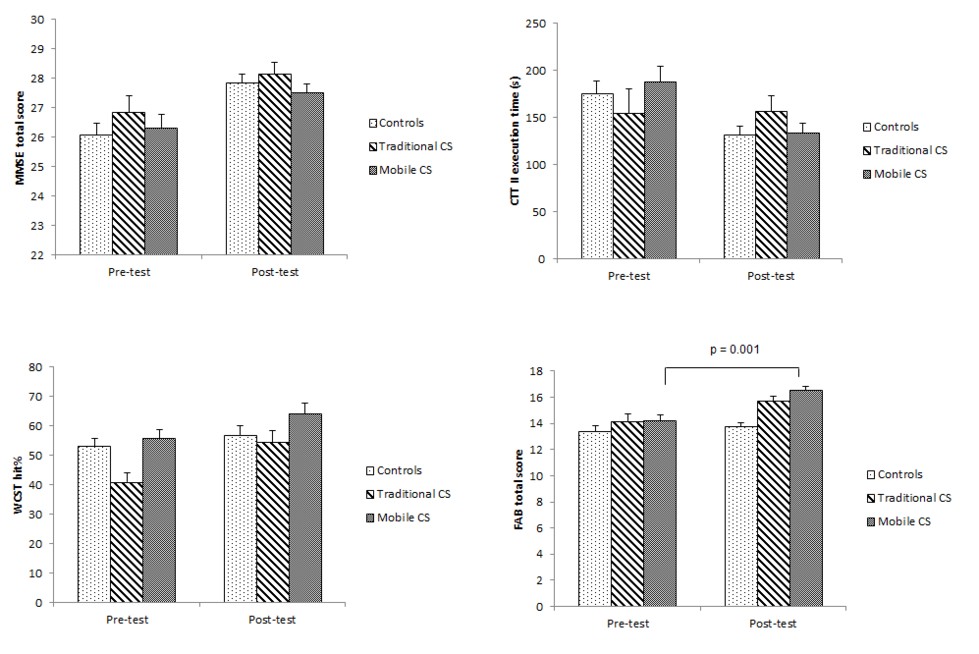
[7] Vervloet M, Linn AJ, van Weert JC, de Bakker DH, Bouvy ML, van Dijk L. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. J Am Med Inform Assoc. 2012 Sep-Oct;19(5):696-704.

اشارت\_ خارج کردن اضطراب و ولع برای غذا با استفاده از سناریوهای واقعی

چکیده .گزارش داده شده است که درمان در معرض نشانه قرار دادن ابتکاری خلاقانه برای کاستن از رفتار خوردن در بیماران با اختلالات خوردن و چاقی است.اما،در یک ازمایش که در یک دفتر درمانی انجام شد مشکلات منطقی ای در باره تناوب بوم شناختی دیده شد. بررسی حاضر به استفاده از تکنولوژی واقعی مجازی بعنوان یک جایگزین برای محیط های مجازی می پردازد وبه ارزیابی توانایی محیط های مجازی مختلف برای انتخاب اضطراب برای غذا در یک نمونه غیر کلینیکی می پردازد. این نتایج نشان می دهند که درمعرض قرار گرفتن فرد در محیط های مجازی او را به اعمال تغییراتی در رژیم غذایی اش تحریک می کند و نشانه های غذایی با کالری بالا مواردی هستند که بالاترین افزایش را در این منحنی انتخاب کره اند.

واژگان کلیدی. واقعیت مجازی، در معرض نشانه قرار دادن، منحنی غذایی، اضطراب، نمونه غیر کلینیکی

به علاوه، در مورد امتیاز کلی FAB تاثیر متقابلی دیده می شود. و این نشانگر افزایش در مواردی است که تحریک شناختی را با تکنولوژی موبایل به انجام می رساند.



1. بحث

تحقیقی که در مورد الکلیسم ( اعتیاد به الکل) انجام میشود بیانگر نمونه ای از ضعف شناختی است که ناشی از مصرف الکل کم می باشد و می تواند در زمان بهبودی از الکلیسم تغییر یابد. با توجه به این مسئله، این تحقیق تاثیر قلم و خودکار قدیمی را در مقایسه با رویکردهای توانمندی موبایل و این رویکرد را در مقابل کنترل بهبودی شناختی دربیماران الکلی در زمان بهبودی از این بیماری ارزیابی می نماید.

سه گروه تجربی ( به بیانی دیگر، موارد سنتی در مقابل توانمندی موبایل و کنترل بهبودی شناختی بیماران الکلی) را با هم مقایسه می کنیم تا به طور خاص تاثیر روندهای توانمندی را با تکنولوژی موبایل بر روی توانایی شناختی این بیماران توضیح دهیم.

نتایج حاصل از ارزیابی روانشناسی عصب مشارکت کننده ها، افزایش عملکرد شناختی را از برآورد پیش از بررسی و پس از آن در کل گروهها ( از جمله کنترل های ADS) نشان داد و از این باور و عقیده که سازماندهی مجدد عصب ممکن است در طول بهبودی 1. بیماری الکلیسم رخ دهد، حمایت می کند. در کل، عملکرد شناختی و به طور ویژه، انعطاف پذیری ذهنی و توجه در زمان خوردن الکل بهتر می شوند. باوجوداین از همه مهمتر افزایش عملکرد شناختی الکلیها در بیمارانی که در برنامه تحریک شناختی با تکنولوژی موبایل می باشند بیشتر است.

بنابراین، از یک طرف، این اطلاعات نقش موثر دخالت روانشناسی عصب را در بیماران ADS نشان می دهد و در بردارنده این است که مسیرهای بهبودی وافزایش عملکرد مغز به پرهیز مداوم محدود نمی شود بلکه می تواند با دخالت روانشناسی عصب تقویت گردد. از طرفی دیگر، همچنین نتایج نشان می دهد که آموزش مرتب کار حافظه و نقش توجه به صورتی سیستمی با تکنولوژی موبایل برای افزایش عملکرد سیستم جلویی ممکن است مهم باشد.

References

[1] WHO, Global status report on alcohol and health, WHO Press, Switzerland, 2011.

[2] F.T. Crews et al., Alcoholic Neurobiology: Changes In Dependence and Recovery. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29, 8 (2005), 1504-13.

[3] H.F. Moselhy, Frontal lobe changes in alcoholism: a review. Alcohol & Alcoholism, 32 (2001), 357-368. [4] M. Kasar, E. Gleichgerrcht, C. Keskinkilic, A. Tabo, F. Manes, Decision-making in people who relapsed

to driving under the influence of alcohol. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34, 12 (2010), 2162-8.

[5] S. Smith, G. Fein, Cognitive performance in treatment-naïve active alcoholics. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34, 12 (2010), 2097–2105.

[6] R.J. Thoma et al., Adolescent Substance Abuse: The Effects of Alcohol and Marijuana on Neuropsychological Performance. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35, 1 (2011), 39-

46.

[7] E.V. Sullivan, R. Fama, M.J. Rosenbloom, A. Pfefferbaum, A profile of neuropsychological deficits in alcoholic women. Neuropsychology, 16 (2002), 74–83.

[8] M.J. Rosenbloom, A. Pfefferbaum, E.V. Sullivan, Recovery of short-term memory and psychomotor speed but not postural stability with long-term sobriety in alcoholic women. Neuropsychology, 18 (2004), 589–597.

[9] K. Grohman, and W. Fals-Stewart, Computer-assisted cognitive rehabilitation with substance-abusing patients: Effects on treatment response. The Journal of Cognitive Rehabilitation, 21 (2003), 2-9.

[10] W. Fals-Stewart, and K. Lam, Computer-assisted cognitive rehabilitation or the treatment of patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18 (2010), 87-98.

[11] G. Goldstein, G. Haas, W. Shemansky, B. Barnett, and S. Salmon-Cox, Rehabilitation during alcohol detoxication in comorbid neuropsychiatric patients. Journal of Rehabilitation Research & Development, 42 (2005), 225-234.

[12] P. Gamito, J. Oliveira, J. Pacheco, D. Morais, T. Saraiva, R. Lacerda, A. Baptista, N. Santos, F. Soares,

L. Gamito, and P. Rosa, Traumatic Brain Injury memory training: a Virtual Reality online solution.

International Journal on Disability and Human Development, 10, 2 (2011), 309-15.

[13] J. Edmans, J. Gladman, S. Cobb, A. Sunderland, T. Pridmore, D. Hilton, and M. Walker, Validity of a Virtual Environment for Stroke Rehabilitation. Stroke, 37 (2007), 2770-75.

[14] P. Gamito, P. Lopes, J. Oliveira, D. Morais, T. Saraiva, F. Soares, C. SottoMayor, and Barata, Assessment of frontal brain functions in alcoholics following a health mobile cognitive stimulation approach. Studies in Health Technology and Informatics. (in press).

[15] M.F. Folstein, S.E. Folstein, and P.R. McHugh, Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12 (1975), 189-98.

[16] M. Guerreiro, A.P. Silva, M.A. Botelho, A. Leitão, A. Castro-Caldas, and C. Garcia, Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9, 1974.

[17] R.K. Heaton, G.J. Chelune, J.L. Talley, G.G. Kay, and G. Curtiss, Wisconsin Card Sorting Test (WCST) — manual revised and expanded. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1993.

[18] L. D'Elia, P. Satz, C. Uchiyama, and T. White, Color Trails Test Professional8 Manual, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1996.

[19] B. Dubois, A. Slachevsky, I. Litvan, and B. Pillon, The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside,

Neurology, 55 (2000), 1621−26.

افزایش میزان تپش قلب در زمان خطر و واقعیت مجازی در اضطراب پس از جراحت

چکیده

اضطراب پس از جراحت نگرانی شایع نظامیان آمریکایی است که از کشور افغانستان و عراق بر می گردند. مداخله ابتدایی نسبت به پیشگیری از ناتوانی مزمن شناخت علائم مربوط به این بیماری را می طلبد که همراه با تضعیف وضعیت جسمانی، وضعیت ذهنی و خطر به تعویق انداختن شروع اضطراب پس از جراحت می باشد. مقایسه ای از واکنشهای فیزیولوژیکی را برای SMs وارد شده و علائم اضطراب پس از جراحت با شروع کم و زیاد، نسبت به کارهای خطرناک و انواع واقعیتهای مجازی را گزارش می نمایئم. گروه با علائم و نشانه های بالا در زمان خطر دارای شدت تپش بیشتری می باشند. روند واقعیت مجازی واکنش HR زیادی را تحریک می کند که مقدار نوع چک لیست گزارش شده ای را نشان می دهد. نتایج در بردارنده مقدار برآورد فیزیولوژیکی در طی خطر و افشاگری واقعیت مجازی در رابطه با جنگ به عنوان ابزارهای مکمل در یافت شروع علائم PTSD در سربازان می باشد.

واژگان اصلی: شروع اضطراب پس از جراحت، شرایط خطرناک، واقعیت مجازی، تپش قلب

مقدمه

استخدام و کار در افغانستان یا عراق نسبت به گروههایی که استخدام نشده اند با میزان افزایش اضطراب پس از جراحت همراه است. به دلیل اینکه قبل از بازگشت علائم مهم گزارش شده SMs اغلب یک فاصله زمانی چند ماهه وجود دارد، بنابراین فرصتی برای دخالت مواردی از قبیل درمان شناخت رفتاری نسبت به کاهش علائم وپیشگیری از پیش روی است اما تعداد محسوسی گروههای استخدامی این کار را برای عموم غیر ممکن می دانند و این کار شناسایی درست افرادی که در خطر بالای این بیماری می باشند را می طلبد. از زمانی که حضور آغازین اضطراب پس از جراحت مثل افزایش خطر پیشرفت اضطراب کلی به تنهایی با تضعیف عملی همراه است، وجود علائم آغازین به مفهوم چینه بندی خطر می باشد.

هدف از انجام این تحقیق شروع افزایش قدرت مقابله با این صحنه ها با افزایش ارتباط بین واکنشهای فیزیولوژیکیبه کاری خطرناک و طرحهای با واقعیت مجازی مربوط به جنگ برگرفته از عراقیهای مجازی به همراه علائم آغازین در استخدامیهای جدید می باشد.

شرایط خطرناک قدیمی نمونه ای را برای فهم و درک افزایش اضطراب پس از جراحت به وجود می آورد. محرکی بی طرف با محرکی متضاد برای بدست آوردن واکنشی خطرناک هماهنگ می شود. سپس مورد، به دلیل اینکه در ابتدا در معرض این گونه حوادث نبوده اند، واکنش فیزیولوژیکی مشابه را نسبت به محرک در معرض خطر نشان می دهد. بیماران PTSD مسئولیت بیشتری را نسبت به برنامه هایی که در معرض شرایط خطرناک می باشند نمونه ای که به نظر به وسیله بخشی از مغز که در روند ترس واضطراب ضروری هستند را دارند. آمیگدالا تاثیر زیادی را در تپش قلب دارد، در قسمت هیپوتالامیک- پیتوتری- آدرنال سیستم عصب سمپاتیک فعالیت میکند. تصور می کنیم که محرک مربوط به جنگ ممکن است تاثیر بسزایی را در متمایز ساختن آنهایی که در بالاترین خطر اضطراب پس از جراحت می باشند، داشته باشد. واقعیت مجازی با یک سری موفقیتهایی در درمان PTSD به وجود آمده است اما واکنشهای فیزیولوژیکی نسبت به ارائه واقعیت مجازی به عنوان مفهوم چینه بندی خطر PTSD گزارش شده است. بنابراین واکنش افزایش تپش قلب را در زمان ترس و افشاگری واقعیت مجازی را در مورد SMs در طول 2 ماه پس از بازگشت از عراق یا افغانستان گزارش می نمائیم. به منظور انجام این کار، SMs را به دو گروه با امتیاز چک لیست نوع نظامی طبقه بندی می کنیم: گروهی با میزان PTSD بالا (28-49) و گروهی با میزان کم PTSD ( کمتر از 28). پیش بینی نمودیم که گروه با علائم بالا دارای افزایش میزان تپش قلب بالا نسبت به هر دو گروه از محرکهای فیزیولوژیکی خواهند بود.

1. روشها
   1. شرکت کننده ها

اطلاعات گزارش شده بر گرفته از 78 SMs ( 11 زن) به سن 29.72 می باشد که پس از بازگشت از کار در کشور عراق یا افغانستان در عرض دو ماه بررسی شدند. از گروه SMs 85، 4 نفز به دلیل آشنایی تازه آنها با معیار PTSD یا بیماری افسردگی خارج شدند و 3 نفر به دلیل ارائه مشکلاتی که نسبت به اطلاعات فیزیولوژیکی داشتند انصراف دادند.

* 1. جمع آوری اطلاعات و بررسی آنها

اطلاعات گزارش شده در طول برآورد تحقیق طولی که این تحقیق به دنبال شناسایی پیش بینیهای اولیه در مورد PTSD در سازمان نشنان اینترپید، مرکز پزشکی والتررید نشنان میلیتری، بستوا، ماریلند می باشد، جمع آوری شده است. تحقیق از سوی سازمان علم عصب و سازمان داروهای حیات بخش مورد حمایت قرار گرفت و طرح مورد تصویب هیئت بازنگری قانونی در WRNMMC، دانشگاهی با خدمات یکسان و سازمان ملی سلامت قرار گرفت.

تمام شرکت کننده فرم مربوط به این بیماری را تکمیل کردند. واکنشهای فیزیولوژیکی شرایط خطر و کارهای واقعیت مجازی گزارش گردید. در زمینه شرایط خطرناک، شرکت کننده ها با ترکیبی از شکلهای رنگی که این شکلها با 140 psi ایربلاست جفت شده بودند، ارائه شدند. در هر بخش 3 بخش با 12 آزمایش بود. دومین برآورد فیزیولوژیکی، 3 روند 2 دقیقه ای را در محیط با واقعیت مجازی بالای عراق به همراه داشت. دو تا از روندها جنبه ای از HVMVEE را در گروه مطرح می نماید که با وسایل انفجاری و کمینگاههای روبرواست. سومین روند شامل گشت پیاده است که در داخل فروشگاه دهکده ای که درآنجا مواد انفجاری و نارنجکهای آتشین وجود دارند، می چرخد.



اطلاعات فیزیولوژیکی با Biopac MP150 برای پنجره هایی که به صورت 1000 هرتز نمونه شدند و در 16 بیت A/D تفکیک، نشان داده شده اند و مورد تغییر قرار گرفته اند، گزارش شده اند. با استفاده از نرم افزار Biopac Acknowledge، سیگنال EGG عبور می کند و در 0/5-35% هرتز غربالگیری می شود و در میزان تپش قلب در هر دقیقه تغییر می یابد. اطلاعات از میکروسافت اکسل خارج می شود و امتیاز متفاوت برای هر یک از شرایط AX و BX کسر حد متوسط برای 2 دقیقه و بلافاصله شروع شدن از بالاترین میزان در مقایسه با آنهایی که در طول 6 ثانیه فاصله زمانی ارائه شکل وجود دارند محاسبه می شود. در طول هر جلسه VR، مقدار متوسط HR در فاصله زمانی 2 دقیقه بررسی، محاسبه می شود.

بررسی 3 روشی واریانس: گروه ( باعلائم بالاو پایین) شرایط ( AX, BX) زمان ( زود، متوسط، دیر) برای بررسی گروه های متفاوت در زمان خطر مورد استفاده قرار گرفت. بررسیهای پست هات با استفاده از LSD ترکیه انجام می شود. پسرفت خطی برای تعیین اینکه آیا مقدار PCL-M با واکنش میزان تپش در هر دوره VR انجام می شود، می باشد.

1. نتایج

یک رابطه زمانی . شرایطی. گروهی در طول زمان آزمایش در موقعیتهای خطرناک ( شکل شماه 2)، انجام شد. گروه با علائم و نشانه های بالا در دوره زمانی 2 از 3 که برای موارد خطرناک و امن مورد بررسی قرار گرفته، دارای واکنشهای HR بالایی بودند. آنهایی که دارای علائم بالایی بودند در طول اولین و آخرین دوره واکنش به نشانه های خطر و در طی دوره های متوسط و آخر واکنش به نشانه های سالم، مقاوم تر عمل نمودند.

پسرفت خطی نشان داد که HR در مقابل تمام روندهای VR برای مقدار واریانس بالا محاسبه می شود.

Heart Rate (BPM)

Low Symptom High Symptom

1. بحث

یافته های اولیه از کسانی که در بالاترین میزان خطر PTSD می باشند ممکن است موفقیت بیشتری را در روشهای درمانی به وجود آورد.

به بیان دقیق تر، افرادی که دارای علائم PTSD می باشند افرادی هستند که آسیبهای عملی بیشتری و خطرات جدی تری را نسبت به تاخیر شروع PTSD ارائه می دهند. نتایج شواهد استفاده از ارزیابیهای فیزیولوژیکی را در یافته علائم در مبتلایان به SMs که اخیرا از کار بازگشته اند را فراهم می سازد.

کارهایی که در موقعیتهای خطرناک و آسیب پذیر انجام می شود دارای واکنشهای HR بالاتر نسبت به نشانه های ایمن و خطر در گروه با علائم بالا که به گروه با علائم پایین ارتباط دارد، هستند. این نظر با این عقیده که تحریک بالای شکلهایی از PTSD ظهور اهمیت و همگانی سازی واکنش به ترس را نشان می دهد که به وسیله فعالیت بخش پیش جلویی بخشی از مغز که در کنترل پیشگیری دخیل است و به همراه فعالیت تطابقی امیگدالا می باشد، همگام است. چنین واکنش عصبی ممکن است در کنترل احساس تاثیر گذارد چنین توجه عاطفی در سطح بالاتری محفوظ است که در شرایطی مثل شرایط کاری که تشخیص خطر از اهمیت خاصی برخوردار است دارای فوایدی می باشد.

باوجود این تقویت چنین واکنش افزایشی نسبت به محرک عاطفی پس از کار می تواند باعث خنثی شدن فعالیت و در نتیجه به وجود آمدن اضطراب شود. یافته های ما نشان می دهد که حتی در افرادی با علائم آغازین نمونه های مشابه مشاهده می شود و با گزارشات قبلی ای که چنین مواردی با تضعیف عملکرد اصلی همراه است، همگام می باشد.

نتایج حاصل از تلاشهایی که در جهت پیش آمدن در افرادی با علائم آغازین می باشند حمایت می کند و چنین روندهایی باید خیلی سریع انجام شوند به دلیل اینکه تاخیر در این کار در افزایش میزان بیشتری PTSD که به نظر درمان آنها بسیار سخت می شود، تاثیر گذارد. شایان ذکر است که درمان کمتر شدید ممکن است در افرادی با PTSD کم موثر باشد در غیر اینصورت به طور موفقیت آمیزی کل PTSD توسعه یافته را درمان نمی کند. واقعیت مجازی موردی مهم در درمان مشکلات رفتاری از جمله PTSD بوده است.

همچنین یافته ها نشان داده که کدام رفتارها به طور مداوم اتفاق می افتد، مثل نگاه چشم به سمت جلو و به دنبال آن نگاه به میز به منظور نکته برداری و بازگشت دوباره به سوی سخنران. این بخش برای انسانهای مجازی با طراحی بخشی از رفتارهای درست و نادرست می تواند انجام گیرد.

اطمینان ویژه بر روی مشاهدات مجازی یکی از محدودیتهای تحقیق است زیرا هیچ گونه گزارشات صوت حرفه ای در زمان تحقیق انجام نشده و تنها عوامل پراکنده بصری ثبت شده است. به علاو، تحقیق بر روی نمونه هایی با دیدگاه مشاهداتی تمرکز داشته و در کنترل توجه خاصی نمی باشد. همچنین، رابطه موجود میان دانش آموزانی که در کنار یکدیگر قرار دارند به منظور محاسبه مکالمات گسترده در طول تحقیق مورد نیاز نمی باشد.

تحقیقات بعدی به این روند می تواند نزدیک باشد و به رابطه بالقوه میان دقت غیر کلامی و نمونه های با عدم توجه و میزان نزدیکی عاطفی بین دانش آموزان توجه دارد.

در پایان، تحقیق بعدی بر شدت رفتارهای نشان داده شده اشاره خواهد کرد و نیز به اینکه آیا تنوع در شدت میان موارد متفاوت به تغییراتی در درک توجه یا عدم توجه نمایش داده نشده از سوی اعضای حاضرین منتهی می شود.

سپاسگزاری

نویسنده اول از بوگدان باربو به خاطر حمایت و پیشنهادات ارزنده فابیان تیگه و آدریان آیاکومی برای جلسات مفید و موثر تشکر می کند.

References

[1] J. Daly, After 50: Reflecting on the future, *Communication Education* **51** (2002), 376–382.

[2] H. S. Wallach, M. P. Safir, and M. Bar-Zvi, Virtual reality exposure versus cognitive restructuring for treatment of public speaking anxiety: A pilot study, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* **48** (2011), 91–97.

[3] H. Grillon, F. Riquier, B. Herbelin, and D. Thalmann, Use of virtual reality as therapeutic tool for behavioural exposure in the ambit of social anxiety disorder treatment, in *Proceedings of the 6th Intl. Conf. Disability, Virtual Reality and Assoc. Tech.,* Esbjerg, Denmark (2006), 105–112.

[4] M. Slater, D.-P. Pertaub, and A. Steed, Projects in VR public speaking in virtual reality: Facing an audience of avatars, *IEEE Computer Graphics and Applications*, (1999), 6–9.

[5] K. Wilson and J. H. Korn, Attention during lectures: Beyond 10 minutes, *Teaching of Psychology* **34**

(2007), 85–89.

[6] J. P. Das, T. J. Snyder, and R. K. Mishra, Assessment of attention: Teachers’ rating scales and measures of selective attention, *Journal of Psychoeducational Assessment* **10** (1992), 37–46.

[7] B. Bavelas, L. Coates, and T. Johnson, Listener responses as a collaborative process: The role of gaze,

*Journal of Communication* **52** (2002), 566–580.

[8] S. Mann and A. Robinson, Boredom in the lecture theatre: An investigation into the contributors, moderators and outcomes of boredom amongst university students, *British Educational Research Journal* **35** (2009), 243–258.

[9] M. Eimer, D. Nattkemper, E. Schröger, and W. Prinz, Involuntary attention, *Handbook of Perception and Action*, Academic Press, London, 1996.

[10] C. A. L. Hylton, Intra-audience effects: Observable audience response, *The Journal of Communication*

**21** (1971), 253–265.

[11] J. E. Hocking, Sports and spectators: Intra-audience effects, *Journal of Communication* **3** (1982), 100–108. [12] C. Turk, *Effective speaking: Communicating in speech* (2nd ed.), Spon Press, 2004.

[13] W. L. Bjorklund and D. L. Rehling, Student perceptions of classroom incivility, *College Teaching* **58**

(2009), 15–18.

The Effect of Military Motion-Assisted Memory Desensitization and Reprocessing Treatment On The Symptoms Of Combat- Related Post Traumatic Stress Disorder:   
First Preliminary Results ترجمه صفحه 292

تاثیر بی اهمیت سازی ( بی حس سازی) حافظه متحرک پایه نظامی و درمان بازفرآوری در مورد علائم اضطراب پس از جراحت مرتبط با جنگ

اگر چه علائم اضطراب پس از جراحت در نظامیان وبه طور کلی در میان عموم افراد بسیار مشابه است اضطراب پس از جراحت به دلیل بودن طولانی مدت در حوادث و وقایع فجیع به نظر بسیار شدید می باشد. درمانگران مشکلی را در گروه نظامیان گزارش نموده اند که متشکل از کارآمدی درمان می باشد. بنابراین، درمانی با مکمل جدید برای بیمارانی با این مشکل ارائه می شود. این مداخله، بی حس سازی حافظه متحرک پایه نظامی و بازفرآوری نامیده شده است. درمان بخشهای اصلی درمانهای موفق از جمله افشاگری واقعیت مجازی و بازفرآوری بی حسی حرکت چشم را هماهنگ می کند و حسی را به شرایط می افزاید. هدف ما طراحی روندی درمانی است که بر اساس اصول بازیابی کار دوگانه که مشارکت جدیدی را با انجام بی حس سازی در طول راه رفتن بر روی تردمیل و یا پیاده روی را ترسیم می نماید، میباشد. علاوه برآن ما به دنبال تصویر روشنی از تاثیرات بالقوه تنظیمات انجام کار هستیم افراد3ی که در یک دوره تکراری پیاده روی می کنند می توانند تصاویر و نحوه راه رفتن موثر را از صحنه های انجام کار نشان دهند. پردازش یا فرآوری کار دوگانه بوسیله یک توپ چرخنده انجام شد جنبه های انجام کار به صورت منسجم عملیاتی گردید تا از این طریق بالاترین نتیجه مثبت ممکن حاصل شود.

روش. دو کهنه سرباز با PTSD مزمن، چهار هفته تحت درمان [[7]](#footnote-7)3MDR قرار گرفتند. علامت یا نشانگر تاثیرگذاری در امتیاز CAPS متفاوت بود. ( مقیاس PTSD مدیریت بالینی). روش درمانی مزبور از طریق سیستم محیط بازتوانی کامپیوتری طراحی گردید ( CAREN).

نتایج. درمان .

نتایج. درمان MDR توانست علائم PTSD را کاهش دهد. بیماران در مورد روش درمانی مزبور به شدت راضی بودند و به دنبال حذف این روش نبودند.

نتیجه گیری. نتایج دو موضوع فوق نشان می دهند که درمان را کاهش دهد. بیماران در مورد روش درمانی مزبور به شدت راضی بودند و به دنبال حذف این روش نبودند.

نتیجه گیری. نتایج دو موضوع فوق نشان می دهند که درمان MDR یک روش موفق بوده است و از روشهای درمانی جایگزین استفاده خواهد شد، وقتی که یک روش درمانی کارآیی لازم را نداشته باشد. مشارکت افراد قابل توجه بود. تحقیق بیشتر با تعداد بیماران بیشتری باید انجام شود تا اینکه نتایج قابل قبول تری بدست آید.

مقدمه

ثابت شده که چندین درمان بر مبنای افشاگری به منظور درمان PTSD موفق بوده است. رایج ترین درمان جراحتهایی است که بر درمان رفتار شناختی و حرکت چشم، بی حس سازی و بازفرآوری تمرکز دارد. به دلیل عدم اطمینان، انصراف یا وجود نامناسب شخصیتهایی که احساس می کنیم برای تاثیر درمان شناسی درمانهای بر مبنای افشاگری مهم است، تمام بیماران خیلی زیاد از این درمانها استفاده نمی کنند. به طور خاص، این کار به سرویس دهی رقابتی در رابطه با PTSD مربوط می شود. PTSD در پرسنل نظامی با وقایع هماهنگ و با دیگر مشکلات روانی و فیزیکی شناخته می شود. پرسنل نظامی با PTSD پیچیده به صورت بخشی و به دلیل ارائه تاخیری عنوان می شود. این ثبات و پافشاری دیگری را مانند دخالتی که آن سوی محدوده PTSD غیر نظامی می باشد، می طلبد.

افشاگری با روند تصویری، تصحیحی، طولانی مدت و روند واقعیت مجازی می تواند عنوان شود. به طور معمول 6-8 جلسه برای دسترسی به بهبودی علائم باید کافی باشد. حرکت چشم، بی حس سازی و بازفرآوری ([[8]](#footnote-8)EMDR) صورتی از افشاگری تصویری است که با حرکت چشم همراه است. با داشتن بیماری که بر تصویر نگران کننده با تاثیر یا حافظه بالا تمرکز دارد انجام می شود، در حالیکه درمانگران یکی از انگشتان را در مقابل بخش بصری بیمار حرکت می دهند. تاثیر بالای تصویر فعالیت حافظه را تحریک خواهد نمود. حرکت انگشت برای کاری نگران کننده که بی حسی حافظه نگران را ممکن می سازد، مناسب است. حرکت چشم ناشی از تکان انگشت درمانگر است. یافت شده که EMDR براساس اصول بازفرآوری کار دوگانه: مشارکت در کار با تاثیر بالا ( مشاهده تصاویر احساسی) در حال انجام کاری ناراحت کننده ( مشاهده حرکت انگشت به روشی نمایشی و به صورت چپ به راست روبروی چشم بیمار) می باشد. به دلیل درک و فهم آن، EMDR، مرکز بیشترین بحث و جدل بوده اما در دهه آخر، در گسترش درمان PTSD تاثیر گذاشته است. در بعضی تحقیقات افشاگری طولانی مدت و EMDR به طور قابل توجهی در مورد تغییر از خط اصلی تا درمان بعدی یا ارزیابی به منظور هر نوع معیار کمی متفاوت نبود.

EMDR در شرایط کم تحرک و در جاهاییکه درمانهای روان درمانی وجود دارند انجام می شود.

درحالیکه CBT و EMDR بهترین و بیشترین درمان موثر در مورد PTSD می باشد و جهت اصلی آن به عنوان فاکتوری مهم در درمان شناخته شده، به یافت مورد دیگری که بسیار کارآمد است، نیاز می باشد. به علاوه، در بخش بالینی جوانان به این دیدگاه توجه خاصی ندارند. EMDR و دیگر موارد روان درمانی به شیوه ای ثابت انجام می شود. درمان برمبنای EMDR را در محیط با واقعیت مجازی که در آن بیمار راه رفتن بر روی تردمیل را تجربه می کند و غنی از بخشهای عملی می شود را انجام می دهیم.

1. روش

در این تحقیق، سربازان نظامی که دچار اضطراب پس از جراحت بودند و به مدت 6 ماه در مقابل بیماری مقاومت نموده بودند و یا سربازانی که درحال خروج از این بیماری بودند خواسته شد که در این کار مشارکت نمایند. این سربازان خارج از مرکز سلامت روانی انتخاب شدند. به بیماران در مورد نظر روان شناس در زمینه ثبات درمان یا خروج از آن اطلاعاتی داده شد. سربازانی را انتخاب نمودیم که قبلا به مدت حداقل 6 ماه درمان شده بودند و هیچ نوع پیشرفت بعدی در کاهش علائم نشان نداده بودند و بیمارانی که تمایل قاطعی را برای خروج از درمان نشان دادند.

درمان در نوعی گسترده و بسیار زیاد در محیط توانمند کامپیوتری فراهم شد و به وسیله [[9]](#footnote-9)Motek Medical Amsterdam توسعه یافت.

این بخشی است که برای آموزش آسان مجازی بیماران قطع پا بر روی تردمیل ایجاد شده است. سیستم CAREN [[10]](#footnote-10)( محیط توانمند کامپیوتری) که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته در مرکز توانمند نظامی آردنبرگ دورن، هلند واقع شده است. این مکان اتاقی به شکل استوانه با دمای 180 که در آن سیستم قرار گرفته است، می باشد. این سیستم شامل ابزار CAREN است. این کار با تصاویر و موزیک بی طرف انجام شد. پس از آشنایی شرایط خط مبنا، پرسشنامه های CAPS، ACS و PSS-SR ارزیابی شد و رضایت اطلاع داده شده مورد تایید قرار گرفت.

این موضوعات در بردارنده تصاویری با تاثیر بالای ناشی از بکارگیری بود و به صورتی محرک و کارآمد مرتب گردید. در شروع جلسه و در حین پیاده روی موزیکی که شامل تذکری از بکارگیری بود نواخته شد.

به تناوب، چرخه ای تکراریی که از تصاویر خود انتخابی استفاده کرده بود شروع شد و شروع با تصاویر تنظیم شده SUD[[11]](#footnote-11) بود. فرض نمودیم که هیجان انگیزی ؟///؟؟/؟/ محرک در هر چرخه کاهش خواهد یافت. هیجان انگیزی با استفاده از امتیاز ( بخش اصلی معیار اضطراب ) مورد ارزیابی قرار گرفت. این چرخه تا زمان کاهش هیجان انگیزی محرک و کاهش امتیاز SUD به طور قابل توجهی ادامه یافت. درمانگر در تمام مدت روند در رابطه ی مداوم با بیمار بود. هر جلسه 45 دقیقه به طول می انجامید.

1. نتیجه گیری

نتایج حاصل از ارزیابی مثبت بود. هر دو مشارکت کننده هایی که مورد درمان کلی قرار گرفتند شامل امتیاز 8 از امتیاز 10 بودند و این افراد به خروج توجهی نشان ندادند و هیچ احساسی به شروع درمان نداشتند. به طور همزمان پس از 45 دقیقه شرکت کننده های حاضر در جلسه حس وارونگی زمان را گزارش نمودند. قادر به بازیابی حافظه جدید ارتباطی هستند و نشان دادند که در طول افشاگری مجازی با EMDR هیچ نوع احساسی نداشتند. در هر دو گروه از بیماران علائم PTSD کاهش یافت. در یک گروه از بیماران کنترل توجه، میزان افزایش هوشیاری کاهش یافت.

1. نتیجه گیری

در نتیجه گیری، نتایج اولیه حاصل از دو مورد نشان داد که درمان 3MDR موفقیت آمیز است و شاید درمان دیگری برای مبارزه در جهت بیماری PTSD باشد.

References

[1] Mert, A., & Vermetten, E. (2011). Military Motion-assisted Memory Desensitization and Reprocessing (3MDR): a novel treatment for PTSD – proof of concept. Journal of CyberTherapy and Rehabilitation, 4(2).

بخش 6

مشاهدات بالینی

سیبردرمانی شاخه ای است که امروزه به سرعت به دلیل گسترش تکنولوژی و اطلاعت در حال توسعه است.

واقعیت مجازی و تکنولوژیهای پیشرفته در گونه ای از مسائل مربوط به مراقبتهای بهداشتی از جمله درمان بیماریهای افسردگی و ترس، درمان مشکلات مربوط به خوردن و دیسمورفیک بدن، تخمین روان شناسی عصب و توان بخشی و اختلال حواس در زمان درد یا روندهای پزشکی نارضایت بخش به طور موفقیت آمیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

به کارگیری جدید این تکنولوژیها مزیتهای زیادی را در جهت درمانهای قدیمی و نقصهایی که با اولین تلاش واقعیت مجازی همراه است خیلی سریع عنوان و حذف می شود.

جنبه های واقعیت مجازی از جمله گروهی از اطلاعت، کنترل روانی و جهان اینترنت به طور متفاوتی فوایدشان را در به کارگیری سیبردرمانی نشان می دهند.

ارزیابی روندهای تحریک حالت واقعیت مجازی با استفاده از ابزارهای EEG سبک معادل صفحه 301 ورد انگلیسی

چکیده

مکانهای مجازی به عنوان روشهای تحریک حالت مورد استفاده قرار گرفته اند. در این متن، داشتن ابزاری برای تجزیه و تحلیل حالات عاطفی در طول افشاگری VE ضروری است.

تکنیکهای مهم مثل EEG باید برای این منظور ارزیابی شود. هدف از این کار ایجاد تغییراتی در فعالیت مغز با استفاده از ابزار EEG سبک در طول تحریک حالت براساس VE می باشد. بخش مجازی به منظور تحریک حالتی منفی در ده نفر از شرکت کننده ها مورد استفاده قرار گرفت. تغییرات در فعالیت مغز این افراد بین دو زمان ( قبل و بعد از تحریک حالت) مقایسه گردید. نتایج حاصله هماهنگ با تحقیقات قبلی و در رابطه با نامتقارنی VEEG است که از احتمال استفاده از EEG سبک به عنوان ابزاری مطمئن در ارزیابی عاطفه و احساس، حمایت می کند.

واژگان اصل: EEG، Emotiv epoc، تحریک حالت منفی، محیط مجازی

مقدمه

محیط مجازی به عنوان روند تحریک حالت در تحقیقات قبلی مربوط به عاطفه و احساس مورد استفاده قرار گرفته است. تاثیر واقعیت مجازی به عنوان MIP مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان داد که VR، MIP عالی است، زیرا در آن شرکت کننده ها نسبت به MIPS قدیمی در طول روند تحریک حالت حضور بیشتری دارند.

با استفاده از VES در تحریک حالت، داشتن ابزاری که امکان ارزیابی و تخمین تغییر حالت افراد را در طول روند VR نشان دهد لازم است. اخیرا، ابزارهای ارزیابی براساس پرسشنامه های هدفمندی است که از شرکت کننده ها در مورد احساسشان سوال می شود. اگر چه مفید بودن این پرسشنامه ها اثبات شده اما یک سری محدودیتهایی را در بردارد. برای مثال، اگر پرسشنامه ها هماهنگ با VE مورد استفاده قرار گیرند، تنها ممکن است قبل و بعد از آن مورد استفاده باشند اما هرگز در طول افشاگری مجازی بدون قطع آن صورت نمی پذیرند.

بنابراین، داشتن ابزاری برای تجزیه و تحلیل حالات عاطفی شرکت کننده هایی که مورد تحریک حالت قرار گرفته اند مهم است.

**1- مواد و روش ها**

ده شرکت کننده سالم، 5 مرد و 5 زن، در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته اند، که همه آن ها راست دست، در محدوده سنی 27-23 سال و دارای بینایی طبیعی یا اصلاح شده هستند. این افراد دانشجوی دانشگاه بوده و هیچگونه اختلال روانشناختی نداشتند. هیچیک از آن ها در کاربرد تکنولوژی های مورد استفاده در این مطالعه متخصص نبودند. شرکت کنندگان در مورد استفاده از اطلاعاتشان در این مطالعه رضایت نامه دادند. سیگنال EEG بوسیله ابزار قابل حمل EEG، یا Emotiv EPOC، تحت نظارت بوده، که دارای 14 کانال EEG با استفاده از طرح بندی استاندارد 10/20 و 2 کانال مرجع (CMS/DRL) است، شکل 1.

شکل 1. ابزار Emotiv EPOC و الکترودهای Emotiv EPOC که طبق طرح بندی استاندارد 10/20 قرار دارند.

ثبت های EEG برون خطی با استفاده از نرم افزار عادی نوشته شده در MATLAB تحلیل می شوند. این نرم افزار عادی مبتنی بر ابزار EEGLAB است، که به منظور پاک کردن داده EEG و تغییر تحلیل در نیروی طیفی آلفا بکار می رود.

در جلسه آزمایشی، شرکت کنندگان می بایست تمام VE طراحی شده برای ورودشان به حالت منفی (غمگینی) را هدایت کنند. این VE متشکل از یک پارک مجازی بود، که قبلا در مطالعات قبلی آزمایش شد، و می توان از آن بعنوان روش موثر القاء حالت استفاده کرد. این پارک مجازی روی پرده رتروپروژکتد نشان داده می شود و شرکت کنندگان می توانند با استفاده از پد بیسیم هدایت می کنند. برخی از تصاویر VE و ترکیب جلسه آزمایشی در شکل 2 نشان داده شده اند.

پروتکل این مطالعه مورد رایزنی قرار می گیرد. شرکت کنندگان تقریبا یک ساعت را در آزمایشگاه گذراندند و هر یک پیش و پس از آزمایش مجازی پرسشنامه PANAS را تکمیل کردند. تحلیل این پرسشنامه به ما امکان داد که افراد را به دو گروه تقسیم کنیم: افرادی که حالت مزبور بطور موفقیت آمیز به آن ها القا شد (گروه غمگین) و افرادی که پس از این تماس غمگین نبودند (گروه غیر غمگین).

شکل 2. فردی که در VE و تسخیر VE مورد استفاده برای القاء غم هدایت می شود.

اول دوره هدایت بوده و سپس دوره استراحت بود که طی آن شرکت کنندگام می بایست به مدت دو دقیقه و سی ثانیه به پرده سیاه بنگرند. بین دو دوره استراحت، روش مجازی طبق همان پروتکل پیش گفته القاء حالت شروع گردید. سرانجام، از شرکت کنندگان خواسته شد پیش از اتمام آزمایش فیلمی را تجسم کنند که حالتی مثبت به آن ها القا می کرد.

نیروی لوگ آلفای طبیعی و مقدار ضریب نامتقارن برای F3 و F4 محاسبه گردید. مقادیر ضریب نامتقارن به کمک لوگ طبیعی نسبت F4/F3 محاسبه شد. F3 و F4 مورد استفاده قرار گرفتند زیرا سنسورهایی هستند که اغلب در متون علمی برای تحلیل ظرفیت حالت تجربه شده بتوسط شرکت کنندگان مورد استفاده قرار می گیرند.

ANOVA سه طریقه با مقادیر تکراری در دو فاکتور برای مقادیر لوگ آلفای طبیعی بکار می رود. این فاکتورها عبارتند از زمان (استراحت اولیه و استراحت نهایی)، نیم کره (راست/چپ) و گروه (غمگین/غیرغمگین). ANOVA دو طریقه با مقدار تکراری در یکی از فاکتورها برای مقادیر ضریب نامتقارن بکار رفت. این فاکتورها عبارت بودند از زمان (استراحت اولیه و استراحت نهایی) و گروه (غمگین/غیرغمگین).

**1- نتایج**

در این بخش، نتایج مطالعه کنونی خود را ارائه می دهیم. پرسشنامه PANAS نشان داد که حالت غمگینی به شش شرکت کننده القا شده است (گروه غمگین) حال آنکه در چهار نفر احساس غم با این VE ایجاد نشد (گروه غیرغمگین).

نتایج نشان دادند که اختلاف عمده ای بین نیمکره راست و چپ وجود دارد. روندی نزدیک به مقصود برای فاکتور واکنش متقابل بین نیمکره، زمان و گروه در نیروی لوگ آلفای طبیعی.

مقایسه های دو بدو فقط اختلاف عمده بین نیمکره ها را در گروه غمگین پس از القاء مجازی نشان می داد.

مقدار متوسط و انحراف استاندارد هر سنسور برای گروه ها و زمان های مختلف را می توان در جدول 1 مشاهده نمود.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| سنسور F4 | سنسور F3 | گروه |
| er پس از پیش از | er پس از پیش از |  |
| استاندارد میانگین استاندارد میانگین | استاندارد میانگین استاندارد میانگین |
| 2.045 1.006 3.765 1.372 | 3.368 1.244 1.700 1.116 | غمگین |
| 1.646 0.901 2.417 1.127 | 1.723 1.257 1.968 0.901 | غیرغمگین |

جدول 1. انحراف استاندارد و میانگین سنسورهای F3 و F4

از سوی دیگر، ضریب نامتقارن نشان دهنده گرایش برای فاکتور واکنش متقابل بین زمان و گروه بود. مقایسه دو بدو اختلاف های عمده ای را بین زمان ها پیش و پس از القاء مجازی برای گروه غمگین نشان داد (جدول 2).

|  |  |
| --- | --- |
| ضریب نامتقارن | گروه |
| پس از پیش از |  |
| استاندارد میانگین استاندارد میانگین |
| 2.065 1.273 1.137 7.532 | غمگین |
| 4.485 8.218 5.945 1.078 | غیرغمگین |

جدول 2. ضریب نامتقارن انحراف استاندارد و میانگین EEG جبهه ای

شکل 3 شش نقشه توپوگرافیک جمجمه را نشان می دهد، که نمایش بصری درباره توزیع متوسط مقادیر لوگ آلفای طبیعی را حول جمجمه در پیش از القا، پس از القا و اختلاف بین آن ها را نشان می دهد.

شکل 3. نقشه توپوگرافیک جمجمه از متوسط مقادیر لوگ آلفای طبیعی

**1- بحث و نتیجه گیری**

هدف این مطالعه تشخیص آن است که آیا ابزار EEG قابل حمل می تواند تئوری های جبهه ای EEG نامتقارن را در مطالعه مجازی هیجانی ارزیابی کند.

نتایج آماری نشان دهنده فعال سازی بیشتر، کاهش نیروی آلفا، در نیمکره راست پس از القاء حالت مجازی برای گروه غمگین بودند. بعلاوه، تحلیل نامتقارن اختلافات عمده ای را بین زمان ها پیش و پس از القاء مجازی در مورد گروه غمگین نشان داد. سرانجام آنکه، این نتایج با تحلیل بصری در شکل 3 تقویت شده اند، که نشان می دهد فعالیت در نیمکره راست بیشتر از نیمکره چپ در مورد گروهی است که در آن احساس غم به افراد القا شده است.

این نتایج دال بر نامتقارنی در EEG جبهه ای شرکت کنندگان پس از القاء غم است، که با نتایج پیشین موجود در متون علمی سازگار است، و نشان می دهد که نیمکره راست وقتی فعال می شود که به فرد احساس منفی القا گردد.

این مطالعه نشان می دهد که ابزار EEG قابل حمل را می توان بعنوان وسیله مکمل در مطالعات القاء هیجان با واقعیت مجازی مورد استفاده قرار داد، زیرا انعطاف پذیری و اعتبار آن ها امکان کسب نتایج مربوط به فعال سازی مغز شرکت کنندگان را فراهم می سازد که این فعال سازی به سبب القاء احساس با [[12]](#footnote-12)VRMIPs به روشی هدفمندتر صورت می گیرد.

**سنجش حضور حین هدایت در محیط مجازی با استفاده از EEG ص 301 ورد انگلیسی**

**چکیده**. در حوزه واقعیت مجازی، حضور به حس "آنجا بودن" در دنیای مجازی اتلاق می شود. هدف ما در این کار ارزیابی سودمندی ابزار [[13]](#footnote-13)Emotiv EPOC برای سنجش فعال سازی مغز بعلت حس حضور حین هدایت در محیط مجازی (VE) است، که برای تحلیل ابزار [[14]](#footnote-14)sLORETA مورد استفاده قرار می گیرد. ما دو شرایط را باهم مقایسه می کنیم: هدایت مستقل و هدایت خودکار در VE. در این مرحله مقدماتی، 9 فرد سالم را در نظر گرفتیم، ضمن آنکه اختلاف عمده ای بین شرایط هدایت مستقل و هدایت خودکار در فعالیت بخش (اینسولا) راست مغز برای باندهای تترا و آلفا بدست آوردیم. فعالیت اینسولا به توجه به محرک ها و روندهای خودآگاه مربوط می شود، که مستقیما به حس حضور ربط دارد.

واژگان کلیدی: حضور، واقعیت مجازی، EEG، sLORETA

**مقدمه**

در حوزه واقعیت مجازی (VR)، حضور به احساس در آنجا بودن، درون VE بودن گفته می شود، درحالیکه بدن شما از نظر فیزیکی در جای دیگری قرار دارد. همانطور که کوبر و همکاران بیان می کنند، هر قدر درجه احساس حضور شرکت کننده بیشتر باشد، بیشتر امکان دارد که در VE بگونه ای رفتار کند که گویی در دنیای واقعی مشابهی است. یک تکنیک که پیشنهاد شده و برای سنجش حضور بکار می رود الکتروانسفالوگرافی (EEG) است، بعلت آزادی حرکتی که فرد دارد وقتی که الکترودها قرار داده می شوند، بخصوص در مقایسه با تکنیک هایی که در معرص محدودیت حرکتی شدید مانند fMRI هستند. EEG فعالیت الکتریکی مغز را اندازه می گیرد. مهم تر از آن پتانسیل سیناپسی را در کورتکس مغزی می سنجد. سیگنال های EEG اختلاف پتانسیل بین دو الکترود را نشان می دهند، یکی فعال و یکی مرجع. رزولوشن زمانی این تکنیک در حد میلی ثانیه است، که بعلت توسعه وظایف امکان سنجش نوسانات سیگنال های مغزی را فراهم می کند.

تاکنون، چندین مطالعه ضمن ادغام VR با EEG برای سنجش حس حضوری که بوسیله افراد تجربه می شود صورت گرفته است. بعنوان مثال، بامگارتنر و همکاران فعالیت مغزی مرتبط با حس حضور را با استفاده از EEG چند کاناله بررسی نمودند، و از روش توموگرافی الکترومغناطیسی کم رزولوشن مغز (LORETA) برای مطالعه ساختمان قشری استفاده کردند که فعالیت نوروفیزیولوژیک را سبب می شود.

آنها فعالیت های کودکان و نوجوانان را حین تماشای ویدئوی راه آهن پر پیچ و خم کودکان باهم مقایسه نمودند، و به فعالیت در نواحی آهیانه ای مغز پی بردند.

بتازگی، مطالعات دیگری در محیط های تعاملی انجام شدند که هدایت در محیط مجازی را، به منظور افزایش حس حضور "در آنجا بودن"، ممکن می ساخت. کوبر و همکاران، حضور فضایی را در دنیای مجازی تعاملی تحلیل کردند، ضمن مقایسه دو سیستم در مورد ارائه محرک های مجازی: یکی مبتنی بر دیواره high-immersive VR (3D) و دیگری مبتنی بر صفحه دسکتاپ low-immersive 2D. سیستم صفحه 3D حس حضور بیشتری مرتبط با افزایش باند آلفا در مورد TRPD آهیانه ای ("کاهش نیروی مرتبط با وظیفه") نشان داد، که به فعال سازی آهیانه ای مربوط می شد. تجربه حضور کم در صفحه 2D به کمک ارتباط کارکردی قوی بین نواحی قدامی و آهیانه ای مغز حاصل شد، حاکی از آنکه ارتباط بین این نواحی برای تجربه حضور حیاتی است.

در مطالعه ای دیگر، کوبر و نوپر پتانسیل مغزی مرتبط با رویداد (ERP) سیگنال EEG را بررسی کردند، که بوسیله نواهایی استخراج می شد که به تجربه VR ربط نداشتند و در طرح آزمایشی به منظور کسب شاخص هدف تجربه حضور در محیط مجازی مورد استفاده بود. آن ها به ارتباط بین افزایش تجربه حضور و کاهش آخرین دامنه های موج کند منفی پی بردند، که به پردازش محرک های مرکزی و تخصیص منابع توجه مربوط بود. بر اساس این نتیجه، افزایش حضور به معطوف کردن توجه بیشتر به محیط مجازی مربوط است، که به کاهش توجه نسبت به محرک های بی ربط VR منجر می گردد (کاهش در مولفه های ERP بعلت نواهای مزبور).

در این مطالعات پیشین، تاثیر هدایت کنترل شده بتوسط کاربر بر تجربه حضور و بر فعال سازی مغیر مستقیما مورد ارزیابی قرار نگرفت. به منظور ارزیابی این موضوع، برای مطالعه کنونی ما، هدف مورد نظر مقایسه فعالیت مغز بعلت حضور بین دو شرایط آزمایشی است: تماشای ویدئوی یک هدایت خودکار و هدایت مستقل در VE. انتظار داریم که حس حضور در شرایط هدایت بیشتر از شراید ویدئویی باشد، و اینکه اختلاف در فعال سازی مغز در نواحی مرتبط با حضور وجود خواهد داشت، که بوسیله تغییر در تجربه حضور بین شرایط ایجاد می شود. بعلاوه، برای این مطالعه ما از ابزار EEG قابل حمل بی سیم استفاده خواهیم کرد، که امکان قرارگیری سریع تر سنسورها و درجه بالاتر حرکت فرد را فراهم می سازد.

صفخه ی نمایش برای اختلال شناختی در روانپزشکی نسخه اسپانیایی:

صفحه ی نمایش برای اختلال شناختی در روانپزشکی طراحی شده است برای تشخیص کسری شناختی در چند اختلال روانی و عاطفی.این شامل یک آزمون حافظه کاری و آزمون فوری یادگیری کلامی و آزمون روانی کلامی و تست سرعت پردازش و آزمون تاخیر یادگیری کلامی می باشد.

این ارزیاب با امتیاز ویژه ای برای هر یک از این حوزه های شناختی است و نمره کل را فراهم میکند.

تست عملکرد:

این کار توجه و هوشیاری مبتنی بر کامپیوتر را فراهم میکند که اطلاعات در مورد بی توجهی و تکانشگری و یا مشکلات حفظ هوشیاری را فراهم میکند.بعنوان بخشی از درمان نهایی بیماران نیز پرسشنامه در مورد تجربه خود نسبت به برنامه VR را تکمیل میکنند.

پرسشنامه sus :نسخه اصلی این ابزار ارزیابی از سه عامل:حس بودن وجود دارد و تا چه حدی محیط مجازی از لحاظ واقعیت و حاظری به محیط طبیعی نزدیک می باشد.این مطالعه یک سیستم اضافی درباره پذیرش بیمار از سیستم VR شامل میشود.

اعتبار مقیاس لیکرت از حداقل 1 تا حداکثر 710:

برای بررسی رابطه بین متغیر های شناختی و احساس بیمار از حضور و پذیرش سیستم VR مجموعه ای از همبستگی اسپیرمن محاسبه شد.

نتایج:

تجزیه و تحلیل توصیفی پرسشنامه SUS نشان داد تا چه حد بیماران این احساس را دارند که به واقعیت نزدیک ترند.

ترجمه به فارسی و اعداد فارسی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUS** | **M** | **SD** |
| Sense of being there | 5.33 | 0.88 |
| Real or present | 4.25 | 0.96 |
| Place visited | 6.16 | 0.57 |
| Acceptance | 6.5 | 0.53 |

نمودار:پاسخ SUS برای هر وظیفه (میانگین نمره و ستاندارد انحراف از میانگین) ونتیجه تست wilcoxon برای هر سوال و میانگین نمره

بعلاوه تجزیه و تحلیل همیستگی نشان داد یک ارتیاط منفی بین احساس بودن در انجا و هر دو یادگیری تاخیری کلامی و پردازش سرعت وجود دارد.نه سالهای بیماری نه توانایی توجه به احساس حضور بستگی داشتند.

پذیرش سیستم VR به هیچ یک از متغیر های شناختی مربوط نمی باشد. ترجمه به فارسی و اعداد فارسی

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | SUS\_1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | SUS\_2 | 0.743\*\* | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | SUS\_3 | 0.591\* | 0.734\*\* | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | SUS\_4 | 0.00 | 0.90 | 0.00 | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | WMT | -0.173 | 0.257 | 0.35 | -0.255 | 1 |  |  |  |  |
| 6 | VLT-I | -0.252 | 0.196 | 0.242 | 0.321 | 0.337 | 1 |  |  |  |
| 7 | VFT | 0.056 | -0.139 | -0.035 | -0.401 | 0.368 | -0.488 | 1 |  |  |
| 8 | VLT-II | **-0.655\*** | -0.251 | -0.056 | 0.371 | 0.306 | 0.597\* | -0.276 | 1 |  |
| 9 | PST | **-0.534\*** | -0.250 | -0.413 | -0.037 | 0.807\*\* | 0.395 | 0.256 | 0.529 | 1 |
| 10 | CPT\_clinical | 0.057 | 0.358 | 0.243 | 0.354 | 0.219 | -0.385 | 0.479 | -0.296 | -0.111 |

ارتباط بین متغیر های مطالعه

نتایج:

نتایج بعد از درمان حس بالایی از واقعیت را دربیماران نشان داد و همچنین شباهت خوب به واقعیت محیط مجازی (یعنی انها بسیار اشنا و شبیه به شرکت کننذگان و محیط زنده طبیعی بودند) و معمولا میزان پذیرش و قابل قبول بودن سیستم VR بالا میباشد.

همچنین بعضی کمبود ها ی شناختی به نظر میرسد برای کنترل احساس حضور در زمان انتقال سیستم VR مانند قوام محیط زیست و تعادمل و رئالیسم تضمینی که باعث تاثیر اختلال شناختی نیست.

دستگاه استفاده شده در اینجا برای توضیح محیط مجازی تعدادی محدودیت دارد.با وجود سیستم برجسته ی ان و همچنین گنجاندن از تمام محرک های دیجیتال و پروزیگمال در محیط زیست و درجه و میزان بالایی و قابل دسترس از کنترل متقابل شرکت کنندگان .

دیگر ویژگی مهم ان قرار گرفتن در معرض VR ار قبیل زل زدن چشم و ردیابی سر وجود نداشتند.اولویت ها در زمان توسعه و پیشرفت سیستم بود

1-ایجاد کردن و در دسترس قرار دادن یک مکالمه سلیس و روان بین تجسم مجازی و بیماران.

2-قادر بودن به اصلاح کردن و منتشر کردن مناسب ترین پاسخ تجسمی که به عملکرد بیماران بستگی دارد .

3-بازسازی و شبیه سازی کردن محیط زیست هر روزه که بیماران با ان آشنا می باشد.(مثلا سوپر مارکت یابار)

این یک جنبه مهم در بحث وسعت است که کدام واکنش ها و پاسخ ها ی زنذگی روزانه ی بیماران را می توان کلی در نطر گرفت.این نکته باید برجسته شود که سخت افزار انتخاب شده با توجه به طراحی مرتبط با فاکتور های انسانی بود.زیرا ازمایش را اسان میکرد برای کنترل محیط مجازی در نتیجه ان پتانسیل را دارد تا استفاده شود در تنظیمات بالینی (مثال دفتر روانشناس)

نتایج معنی و مفهوم مهمی دارد برای متخصصین بالینی که استفاده میکنند مداخلات سایبری در مردم با بیماری روانی زمانی که انها برجسته میکنند نیازهاشون را برای شمارش کردن اختلال شناختی از جنبه های خاص.

این مهم است که تاکید کرد به اهمیت ساختار و استراتژی فنی و تکنیکال (مانند هوش مصنوعی یا تکمیل کردن واقعیت)که میتواند مهیا کند یکی از دو تای سیستم فنی و یا تجربه بیشتری که نتیجه تکنیک هوش مصنوعی هستند که توسط بشر توسعه یافت.این ابزار جدید ICT مخلوط شده می تواند کمک کند به متخصصین در کمک به دیگران با تجربه کردن قابل مشاهده به اشتراک گذاشتن نت های با انگیزه افزاینده رقابتی و خلاق و قادر بودن با انجام وظیفه خدمت و کمک به دیگران.البته این به قدر کافی معنی و مفهوم اخلاقی دارد که نیاز خواهد شد به کاوش کردن در مقیاس بزرگتر.

ارتباط تکنولوژی زیستی رفتاری و واقعیت مجازی

استفاده ار سنسورهای زیستی در تحقیقات تجربی انسانی شده است یکی از قابل اعتماد ترین متد ها برای اینکه بطور واقعی محدود کننده رفتار شرکت کنندگان از لحاظ روانی .تکنولوژی زیستی رفتاری مدرن می تواند کامل شود در مبحث و صحن واقعیت مجازی برای ارزیابی ارتباط توضیح موثر.این کتاب پیشنهاد میکند یک الگو برای بدست اوردن الگو برای بدست اوردن دقت زیاد در ارزیابی و امکانات اسیب شناسی پروسه ی نوسازی .

مقدمه:

روانشناسی تجربی و الگو واقعیت مجازی استفاده میکند متدها و تکنیک هایی که شامل تلاش های ازمایشگاهی بین انسان ها و حیوانات میشود.

وخیم ترین مشکل قابل توجه در ارتباط با سنسور های زیستی مزاحمت است.به دفعات زیاد میتوان میخواهیم بطور واقعی رفتارها رامعاینه کنیم به دفعات بالا ما مداخله میکنیم با توجه به نیاز به ازمایش شرطی سازی شرکت کنندگان به طور مستقیم.در بسیاری از انواع از تحقیقات تجرببی از احساسات تا توضیخات موثر و تا ارزیابی تشخیصی .این یک جنبه بحرانی و منفی است که میتواند مداخله کند در نتایج و خروجی های ممکن.مشکل وارد بین محققان در تمام رشته های مرتبط.و قدم بزرگتری در مسیر های مختلف برداشته شده است.

اولا بیوسنسورهای توسعه یافته اند. شکل گرفتن اند تا دقیق تر و مفید تر باشد و مزاحمت کمتر.اگرچه یک شکل و ساختار یکبارچه از بیوسنسور ها وجود داشته است.

اگر چه مشکل این تکنولوژی دقیقا باقی مانده است ازمایشات که انسان را درگیر می کند مشروط شده اند با این سنسور ها مشاهده مستقیم.

تاثیر مراقب و ناظر تقویت پیدا میکند در دانش زیستی رفتاری زمانی که اقدامات در نظر میگیرند توضیحات موثر و احساسات و بیماری های روانپزشکی و استرس و تمتم جنبه های حوزه ی روانی .برخی مطالعات بررسی واقعیت مجازی مجبور کرد ما را به استفاده از متد ها و تکنیک هایی که در گیر میکند سنسور های زیستی را برای دقیق کردن اندازه گیری ها و سنجش ها جز به جز پسیکوفیزیولوژی .

استفاده از سنسورهای زیستی در تحقیقات تجربی انسانی یک از قابل اعتماد ترین متد ها برای تعیین کمیت رفتاری شرکت کنندگان و اقدامات روانی بطور واقعی شده است.

وخیم ترین و بزرگترین مشکل قابل توجه برای سنسورهای زیستی مزاحمت انها میباشد.مخصوصا اگر از یک نمایشگر نصب شده روی سر استفاده شود.

هدف این کتاب این است که به مقدار زیادی متوجه شود که تکنولوژی های ارتباطی میتواند کامل شود در مبحث واقعیت مجازی و رابطه ای مهیا کند برای متد های تحقیقاتی رفتاری زیستی که بطور موثر قابل استفاده باشد در درمان سایببری.

فعالیت های مربوط به ریه و قلب

تجهیزات قلبی – عروقی و تنفسی باز بینی می شوند تا ارزیابی کنند تاثیرات اختیاری ارادی تنفس را روی قلب و هم تاثیرات غیر ارادی تجزیه و تحلیل کردن آر آر و فاصله زمان ان ان اقیاس می شود (استخراج می شود ) از الکتروکاردیوگرام و سیگنال های تنفسی و اثرات مقابل آن ها بر اساس نظرات گروه کاری انجمن اروپایی مرتبط با دانش قلب شناسی و انجمن امریکا شمالی مرتبط با الکتروفیزیولوژی وتغییرات پذیری ضربان قلب موقتی تغییر پذیری ضربان قلب پیوند شاخصی است که می تواند استخراج شود برای ارزیابی پاسخ سیستم عصبی خودکار

الگو های رفتاری

فعالیت های مرتبط با رفتار پیشنهاد می کند یک جنبه واضح از عمل های پیوند منظم " کیفیت قابل مشاهده حرکت وخطوط تراز اصطلاحات و اغلب درک در اهنگ صوتی .

وضع اندامی وژست و حرکات ملاحظه می شوند بعنوان سیستم مربوط به علائم رمزی وسیع تر که زمینه ارتباط انسانی را فراهم می کند .

از این منظر رفتار های غیر شفاهی می تواند تغییر شود تا نشان دهد عنصر های نا گفته که بیان می کنند توضیحات درونی ما را به عبارت دیگر انالیز گفتار استفاده می شود برای تشخیص دادن توضیحات موثر وشناختی از صدا استقاده کنند

الگو های انگیختگی (خوش مشربی )

مدل های خوش مشربی انگیختگی به طور ممتد با وسعت زیاد استفاده می شود در تحقیقات سایکوفیزیولوژیکال (علم مربوط به تن وروان ) بعنوان راه قابل مشاهده برای اندازه گیری کردن توضیحات موثر است .

انگیختگی روانی می تواند اندازه گیری شود از طریق حرارت پوست "پاسخ گالوانیک یک پوست (مربوط به جریان برق ) و میزان تنفس و گشادی مردمک چشم .

خوش مشربی می تواند شمرده شود به عنوان ناظر فعال سازی رفتند استخوان گونه و ماهیچه چین در کل انالیز اصطلاحات و توضیحات مربوط صورت از طریق طبقه بندی کردن یونیت های رفتاری میتواند مفید باشد برای پیدا کردن احساس خاص و در نتیجه انگیختگی سر انجام گشاده مردمک چشم می تواند استفاده شود برای تعیین کیفیت و شدت سختی اثرات انگیختگی

الگو های توجهی و وابسته به قراین

اختیاری اما پاسخ های غیر ارادی حرکت چشم منعکس می کند پردازش های درونی را و چگونگی برخی پردازش ها صورت میگیرد تقسیم شدن درونی در مقابل پردازش حجم اطلاعات روانشناسی شناختی ترکیب میشود از زینت های فراوان با جنبه های متفاوت از تفکر مانند توجه و حافظه و درک و هماهنگی . وجود دارد تعداد زیادی الگو مانند تحقیقات مجازی به عبارت دیگر متن مفهومی که برای توجه به انتقال مکان یافته است اغلب قابل توجه است

افزودن دقت براورد و عیب شناسی مداوم فرآیند های مربوط به توان بخشی:

میکروفون های احاطه کننده:

سیستم بر میکروفون های ارزان پایه گذاری شده است برای اینکه استفاده شود برای انالیز سخنرانی که بر پایه ی کشف صوت و از بین بردن اختلالات صوت بنا شده است.

شتاب سنج:وسیله ای است کوچک برای اندازه گیری شتاب صحیح ومناسب که میتواند درجه بندی شود بر اساس اشیا و اثر خحرکت ان در محیط و میتواند اطلاعات را از طریق بلوتوث و یا ضبط کردن اطلاعات محلی منتقل میکند.

دوربین تصویربرداری مادون قرمز دیجیتالی:

یک دوربین غیر تهاجمی برای ثبت عکس ها و فیلم ها (دما نگاشت) و عدم درگیر کردن آشکار ساز در معرض تابش.دما نگاشت ها در ابتدا برای نمایش و یافتن دمای بدن استفاده می شوند اما تحقیقات جدید استفاده می کند.تز این دوربین ها برای یافتن تنفس و الگوهای قلبی عروقی فعالیت ماهچه ها و اغلب برای یافتن توضیحات مربوط به صورت.

یکپارچگی در بحث واقعیت مجازی:

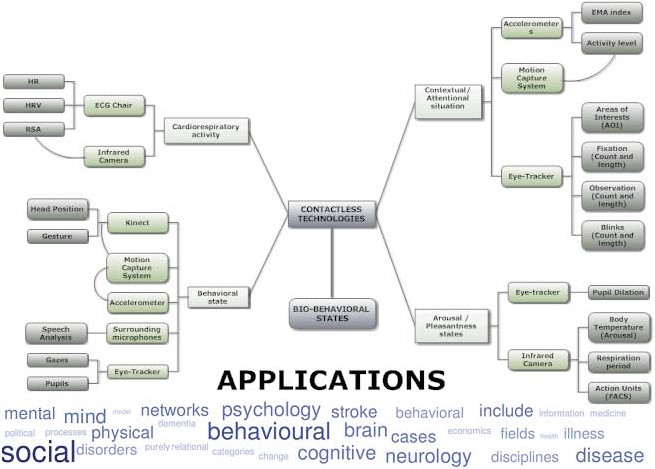
اکثر وسایل ارتباطی در دسترس قرار میدهند کیت ساختار نرم افزار را که این امکان را بوجود می آورد که یکپارچه کند قطعه سوم نرم افزار را روی پلتفرم واقعیت مجازی.علاوه بر این جدیدا چارچوب تکنولوژی های ارتباطی به صورت عریضی گسترش یافته محلول شده است.پرورش دادن از یک ارزیابی و سنجش بالینی کلاسیک به سمت فعالیت بیشتر که بعنوان یک پلتفرم ورودی استفاده میشود.

هدف الگو در اجرا کردن همبستگی و یکپارچگی تکنولوژی های ارتباطی برای مهیا کردن مزایای ذکر شده است.

تکنولوژی های ارتباطی:

استاندارد های علمی ذکر شده برای تحقیقات رفتاری زیستی می تواند اغلب تشخیص داده شود بوسیله ی تکنولوژی ارتباطی که پیش از این برای محققان در دسترس بود.

جدول زیر تکنولوژی ارتباطی در دسترس و ارتباط خویشاوندی که میتواند استفاده شود برای تشخیص توضحات زیستس رفتاری.



تکنولوژی های ارتباطی و اقدامات انجام شده برای بیان رفتار های زیستی

دنبال کننده چشم:

تکنولوژی ضبط اطلاعات حرکات چشم شامل لحظه به لحظه و اندازه گیری تغییر مکان چشم در محور های افقی و عمودی در داخل فضای کاری سه بعدی.

دوربین استریو:

دوربین با قیمت ارزان دوربین تصویر برداری تک عمقی که جمع اوری میکند اطلاعات مربوط به فضا و مکان حرکت اشیا را.(مثال کینکت ماکرومات)

سیستم تصویر برداری حرکتی دوربین ها:

فیلم دیجیتالی راه حلی برای تصویر بمزاحمت داری از بدن در فضای سه بعدی دیجیتالی مجازی برای ضبط هر تحرکی در محیط تعریف شده.

عدم مزاحمت ECG از طریق صندلی:

سنسور های خازنی از میان پشت صندلی مشغول اند که اندازه گیری میکنند تمام الکتروکاردیوگرام مربوط به قلب انسان را بدون جریان الکتریکی متصل پوست.

1. روش ها

11-- شرکت کنندگان

اختلال اسکیزوفرنی توسط DSM IV بدون سابقه بیماری های عصبی تشخیص داده، استخدام پژوهش شامل دو نمونه های بالینی بیماران مبتلا در واحد وابسته به روانپزشکی بیمارستان پالرمو Universitary

سال، std.dev. = 14.6) تحت درمان با درمان دارویی و با گروه آزمایشی شامل 6 نفر (متوسط سن = 31 آموزش شناختی بر اساس واقعیت مجازی (یک بار در هفته) بود.

گروه کنترل شامل 6 نفر تشکیل شده بود (متوسط سن = 35 سال، std.dev. = 9.9). آنها درمان دارویی، درمان یکپارچه روانی (IPT) (یک بار در هفته) را دریافت کردند. علاوه بر این این بیماران به خودمختاری فراوان در زندگی روزمره استفاده می شود. یک مرکز اجتماعات برای شرکت در فعالیت های دیگر مانند موسیقی درمانی و فعالیت های فرد / گروه برای بهبود مهارت های اجتماعی و استقلال در زندگی روزمره.

معیارهای ممانعت عبارت بودند از: اختلال حرکتی است که اجازه نمی دهد موضوع را به انجام روش مجازی انجام داد. با حضور مشکلات سخت در مهارت های تبعیض بصری و درک مطلب زبان؛ عدم وجود هم ابتلایی.

1-1-دستگاه ها و روش ها

قبل و بعد از آموزش ما عملکردهای شناختی و اجرایی، هر دو گروه مورد و شاهد، از طریق آزمون های زیر مورد بررسی قرار دادیم: آزمون کوتاه روان (MMSE)، بارکننده ارزیابی باتری (FAB)، محاکمه در حال تست (TMT)، برج لندن (TOL)، باتری حافظه، آزمون دسته بندی کارت ویسکانسین (WCST) و استروپ رنگ آزمون کلمه.

مداخلات

گروه آزمون به توجه و اجرایی تابع آموزش مجازی قرار گرفت شامل توالی سلسله مراتبی از وظایف (با شروع از یک بیماری تک کار و با پایان دادن به کارهای مختلف پی در پی) در چهار محیط های مجازی مختلف، که ویژگی های زیر توضیح داده شده است (شکل 1 حل و فصل ):  
1-پارک (توجه مستمر): موضوع برای گرفتن توپ های فوتبال ارائه شده در فواصل نامنظم، از زمان، به منظور کاهش اثر انتظار خواسته شده بود;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دره (توجه انتخابی): شرکت کنندگان برای شناسایی و آشنا شدن یک نوع خاص از گل مورد نیاز بود. مشکل افزایش این کار - متشکل از چهار کارهای فرعی مختلف - مربوط به صفات مختلف از محرک هدف بود (اول هر گل صورتی شد، | | در مرحله دوم تنها خشخاش سفید و قرمز، پس از آن تنها بابونه زرد) |
|  |  | و با پیچیدگی پس زمینه (ضعیف در مقابل گل های غنی از دره گل). |
|  |  | ساحل (توجه انتخابی و تقسیم): موضوع انتخاب کنید تا به حال خاص |
|  |  | انواع بطری ها (بطری های شیشه ای برای اولین بار تنها، پس از آن هر دو بطری های شیشه ای سبز و قرمز |
|  |  | بطری CAP). علاوه بر این، او به هر تماس و بلندگو هشدار داده شد |
|  |  | اطلاعیه: هنگامی که یک صدا اعلام زمان باز کردن کیوسک، او را به حال |
|  |  | توقف فعالیت خود، به کیوسک، و یک وعده غذایی داشت. |

دره (توجه انتخابی): شرکت کنندگان برای شناسایی و آشنا شدن یک نوع خاص از گل مورد نیاز بود. مشکل افزایش این کار - متشکل از چهار کارهای فرعی مختلف - مربوط به صفات مختلف از محرک هدف بود (اول هر گل صورتی شد، در مرحله دوم تنها خشخاش سفید و قرمز، پس از آن تنها بابونه زرد) و با پیچیدگی پس زمینه (ضعیف در مقابل گل های غنی از دره گل). ساحل (توجه انتخابی و تقسیم): موضوع انتخاب کنید تا به حال خاص انواع بطری ها (بطری های شیشه ای برای اولین بار تنها، پس از آن هر دو بطری های شیشه ای سبز و قرمز بطری CAP). علاوه بر این، او به هر تماس و بلندگو هشدار داده شد اطلاعیه: هنگامی که یک صدا اعلام زمان باز کردن کیوسک، او را به حال توقف فعالیت خود، به کیوسک، و یک وعده غذایی داشت.

Cognitive Rehabilitation of Schizophrenia through Neurovr Training

. این ترجمه مربوط است به عنوان به بالا و صفحه 363 ورد انگلیسی ولی بقیه را ترجمه نکرده و رفته سر جدول صفحه شماره 369

جدول خانم گودرزی ناقص است 1- 2 و 3 کجاست این جدول معادل صفحه 369 ورد انگلیسی است چک کنید. اول مقاله هم غیب شده است

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 4. | سوپر مارکت ها (عملکرد اجرایی): از شرکت کنندگان برای جمع آوری و خرید پرسیده شد. |
|  | | چند محصول از یک لیست خرید. محصولات ارائه شده در |
|  | | دسته شامل مواد غذایی، محصولات بهداشتی، مواد غذایی منجمد، و در فروش |
| محصولات. علاوه بر این، در حالی که انجام خرید خود را از شرکت کنندگان تا به حال به دنبال داشت. |
| قوانین خاص، یعنی برای رفتن در همان راهرو بیش از یک بار نیست، به وارد نشده |
| راهرو مگر اینکه شرکت کنندگان نیاز به جمع آوری چیزی در آن داشته باشند.[7]. |

شکل 1: محیط های مجازی: - پارک ها، دره، ساحل، سوپر مارکت

درمان، 10 جلسه در هفته فرد انجام شده است. هر جلسه 90 دقیقه به طول انجامید. در طول آموزش، عملکرد بیماران با استفاده از دو شبکه مشابه که مشاهده شاخص های کمی ارائه شده به ثبت رسید. در آموزش توجه (پارک ها، دره و ساحل) ما ارزیابی کردیم:

* زمان اعدام;
* کل زمان خطاها، با نمره در محدوده 49 (موضوع وظایف به درستی انجام شده) تا 98 (موضوع وظایف کاملا حذف شده) ;
* خطاهای جزئی ذره طیف نمره از 7 (بدون خطا) تا 14 (خطاهای بیشتر).

موارد اشتباهات جزئی هستند: " همه اشیاء را انتخاب کنید ". "توجه پایدار"؛ "توجه تقسیم شده"؛ "دنباله ای از وظیفه نگهداری"؛ "خود اصلاحات"؛ "عدم تداوم"؛ "حفظ وظیفه".

در آموزش عملکرد اجرایی (سوپر مارکت مجازی) ما یک شبکه برای اندازه گیری استفاده کردیم [8]:

• زمان اعدام;

• کل خطاها، با نمره در محدوده 11 (موضوع وظایف به درستی انجام شده) به 33 (موضوع وظایف کاملا حذف شده) ;

• شکست های کارهای جزئی، با امتیاز از 8 (بدون خطا) تا 16 (خطاهای بزرگ) مسافت یابی شد;

• ناکارآمدی ها، با امتیاز از 8 (ناکارآمدی ها بزرگ) تا 32 (بدون ناکارآمدی ها) مسافت یابی شد;

• معافیت های قانون، با امتیاز از 8 (بسیاری از معافیت های قانون) تا 32 (بدون معافیت های قانون) مسافت یابی شد;

• استراتژی ها، با نمره در محدوده 13 (استراتژی های خوب) به 52 (بدون استراتژی) ;

• شکست های تعبیر.

گروه کنترل به 10 جلسه 60 دقیقه گروه از روان درمانی یکپارچه (IPT) [9]، 1 بار در هفته قرار گرفت. IPT بر روی یک مدل ساختمان بلوک که فرض بر توابع اساسی عصبی پیش نیازهای لازم برای مرتبه بالاتر توابع پیچیده اجتماعی است. IPT درآمد حاصل از 5 زیربرنامه، در یک نظم سلسله مراتبی با توجه به پیچیدگی تابع مرتب کرد. 3 زیربرنامه اول جزء آموزش شناختی نشان داد، از جمله تجرید هستند، سازمان های مفهومی، درک و مهارت های ارتباطی آموزش های پایه. این حوزه های تابع IPT تمایز شناختی ، درک اجتماعی و ارتباطات کلامی تعیین شده است.

قطعات چهارم و پنجم نشان دهنده سطح رفتاری از تعامل اجتماعی و مشابه روش های آموزش مهارت های مورد استفاده در جاهای دیگر می باشد.

تجزیه و تحلیل آماری

ویژگی های اجتماعی و بالینی از گروه ها با استفاده آزمون دقیق فیشر و آزمون Mann-Whitney مورد مقایسه قرار گرفت. مقایسه قبل و بعد از آموزش اجرای شناختی هر دو در آزمون و گروه کنترل از آزمون Wilcoxon استفاده شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از SPSS در مقابل 19 انجام شد.

2- نتایج

در شروع مطالعه، گروهها از نظر جنس، سن، سطح تحصیلات، و درجه اختلال شناختی مشابه بودند. هر دو آموزش VR و IPT با بهبود عملکرد در کار توجه تقسیم شده همراه بوده است. علاوه بر این، آموزش VR با کاهش کسری های شناختی و بهبود برنامه ریزی مربوط بود (جدول 1).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| آزمون مجدد | تجربی (N = 6) | کنترل (n = 6) |
| MMSE | z= -2.020, p= 0.043\* | z= -0.210, p= 0,833 |
| ToL | z= -2.032, p= 0.046\* | z= -1.841, p= 0.066 |
| FAB | z= -1.826, p= 0.068 | z= -1.787, p= 0.074 |
| TMT-B | z= -2.023, p= 0.043\* | z= -2.207, p= 0.027\* |

\* قابل توجه P <0.05

پس از آموزش عملکرد اجرایی (سوپر مارکت مجازی) گروه تجربی بهبود معنیداری نشان داد در: کاهش اشتباهات (20.33 ± 2.7 2.36 ±vs.15. آزمون ویلکاکسون 0.043 = Z ، 2.02-= p). کاهش زمان اعدام (10.47± 3.31 در مقابل 4.42 ± 1.91، آزمون ویلکاکسون Z = -2.20، P = 0.028). افزایش رعایت قوانین (17.33 ± 3.9 در مقابل34 ± 22.33)، آزمون ویلکاکسون Z = 2.21-، P = 0.027). علاوه بر این، پس از آموزش توجه (پارک ها، دره های مجازی و ساحل)، گروه تجربی بهبودهایی را نشان داد در:کاهش زمان اعدام (.28.71 ±54.00 در مقابل 13.26 ±:25.56:آزمون ویلکاکسون Z = 2.20- ، P = 0.028) کاهش خطاهای perseverative. بهبود در توجه مستمر.

3- نتیجه گیری

این داده های اولیه نشان می دهند که آموزش واقعیت مجازی ممکن است عملکرد شناختی در بیماران روانی و دیگران در برنامه های توان بخشی را بهبود بخشد.

ما فکر می کنیم که ویژگی های آموزش VR (مانند هزینه های کم و یا تولید مثل زندگی روزمره) آن را بسیار مفید با مردم مبتلا به اسکیزوفرنی می سازد. علاوه بر این، 90 دقیقه جلسه را بیمار به خستگی و یا با مته سوراخ اجازه نمی دهد. علاوه بر این، اگر ما دو نمونه مقایسه کنیم نتایج مشابه پیدا می کنیم ، اما گروه تجربی تنها در آموزش VR نقش دارند. گروه کنترل زمان بیشتری را برای انجام فعالیت های روزانه صرف می کند.

اندازه نمونه کوچک برای ادامه دادن با این مطالعه به منظور بررسی داده های اولیه ما مورد نیاز است.

بررسی سالانه و پزشکی از راه دور 2013 Cybertherapy   
 . ریوا (ویرایشگران) B.K. Wiederhold و G  
موسسه رسانه های تعاملی © 2013   
 اوج یا نهایت ولع استفاده از سیگار بعد از ترک آن   
اوج ولع مصرف افروخته بعد از سیگار کشیدن 0 توقف مطابق صفحه 375 ورد انگلیسی

خلاصه. اوج برانگیخت ولع مصرف ([[15]](#footnote-15)PPC) یک روش جایگزین برای ولع مصرف ناشی از [[16]](#footnote-16)CUE- که در بالاترین سطح ولع مصرف تجربه کرده طی قرار گرفتن در معرض نشانه های مربوط به مواد مخدر تمرکز دارد. هدف اصلی از این مطالعه بررسی اثر قطع در PPC در افراد سیگاری و برای تعیین اینکه آیا PPC توسط پرهیز های مداوم تغییر کرده بود. نتایج نشان داد کاهش های در سطوح PPC تنها 24 ساعت پس از رسیدن به سطوح پرهیز و ولع مصرف باقی می ماند پس از 7 روز از پرهیز به طور قابل توجهی پایین تر است.   
کلمات کلیدی. اوج ولع مصرف برانگیخت ، واقعیت مجازی، افراد سیگاری، درمان

مقدمه

مطالعات قرار گرفتن در معرض نشانه نشان داده است که افراد سیگاری گزارش ولع مصرف در طول قرار گرفتن در معرض محرک های سیگار در مقایسه با محرک های خنثی تحت شرایط تجربی 1 را افزایش می دهد. چنین مطالعات ولع مصرف ناشی از CUE به عنوان تفاوت بین ارزش های قبل و بعد از قرار گرفتن در معرض تعریف کنیم. با این حال، ولع مصرف ناشی ازCUE به متوسط 2 نشان داده شده است. این ممکن است به دلیل ارزش های بالا از پیش قرار گرفتن در معرض ولع مصرف 3 زمانی که موضوعات هستند که قبلا محروم کردند (اثر سقف) و یا به ارزش های کم ولع مصرف پس از قرار گرفتن در معرض در مورد افراد سیگاری سیر کردند (اثر کف).

اوج ولع مصرف (PPC) یک روش جایگزین برانگیخت، هنگامی که اندازه گیری ولع مصرف 2. PPC در قوی ترین سطح ولع مصرف را تجربه در طول قرار گرفتن در معرض تمرکز دارد.

محرک های مربوط به مواد مخدر، بدون اینکه سطوح قبل از نشانه را کم کند. PPC تلاش برای به دست آوردن اندازه گیری معتبر نیاز کاربر برای این ماده بدون اینکه تمایز بین ولع مصرف قبل از قرار گرفتن در معرض و ولع مصرف ناشی از –CUE را درست کند.

با وجود محرومیت از نیکوتین به شدت با افزایش ولع مصرف 4، چند مربوط شده است.

مطالعات اثر پرهیز مداوم سیگار کشیدن در سطوح ولع مصرف مورد بررسی قرار داده اند. در مطالعات چند که سطوح ولع مصرف-CUE ناشی از پس از قطع گزارش شده، هیچ اثر پرهیز به عنوان رویکرد ناشی از cueممکن است اثر قرار گرفتن در معرض cueدر افراد سیگاری دست کم میگیرند مشاهده شد، PPC می تواند بر این محدودیت غلبه کند.

هدف از این مطالعه به تجزیه و تحلیل اثر پرهیز در PPC در افراد سیگاری و برای تعیین اینکه آیا PPC توسط پرهیز مداوم تغییر کرده است.

1. روش
   1. شرکت کنندگان

در مجموع 11 فرد سیگاری (2 مرد و 9 زن) در این مطالعه شرکت کردند.

معیارهای ورود به مطالعه برای مشارکت افزایش سن شد 18 ساله یا مسن تر، سیگار کشیدن 10 یا سیگارهای بیشتر و تمایل به ترک می شود. شرکت کنندگان درگیر در هر نوع دیگر درمان ترک سیگار و گزارش هر گونه اختلال مصرف مواد به غیر از نیکوتین از مطالعه حذف شدند.

* 1. ابزار و اقدامات

ویژگی های اجتماعی جمعیتی و سابقه مصرف سیگار با مصاحبه نیمه ساختاری مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون فاگشتروم برای وابستگی به نیکوتین 5 (FTND) و وابستگی به نیکوتین.

مقیاس سندرم 6 (NDSS) نیز به کار گرفته شد. مونوکسید کربن (CO) غلظت های در هوا منقضی شده در هر جلسه با استفاده از میکرو Smokerlyzer (Bedfont علمی محدود، روچستر، UK) اندازه گیری شد. معیار خودداری CO ≤ 4 قسمت در میلیون (پی پی ام) بود.

PPC به عنوان بالاترین ارزش ولع مصرف شده توسط شرکت کنندگان طی قرار گرفتن در معرض یک محیط مجازی گزارش شده مشخص شد. ولع مصرف در هر 2 دقیقه با مقیاس بصری آنالوگ (VAS) از 0 تا 100 ساخته شده را به محیط های مجازی مورد بررسی قرار گرفت. سطوح PPC قبل از دستیابی به پرهیز، پس از 24 ساعت از پرهیز و پس از 7 روز از پرهیز اندازه گیری شد.

محیط های مجازی تکثیر تنظیمات دنیای واقعی که در آن مردم سیگار می کشند 7 و آنها.

با عینک Vuzix iWear VR920 (Vuzix، روچستر، نیویورک، ایالات متحده آمریکا) با 3 درجه ردیاب سر آزادی با استفاده از یک کامپیوتر لپ تاپ در حال اجرا ویندوز XP ارائه شد.

شرکت کنندگان همچنین می توانند با محیط ها و سرعت خود سطوح ولع مصرف با استفاده از یک ماوس استاندارد گزارش شده تداخل کنند.

* 1. روش

در هر یک از سه جلسه، شرکت کنندگان یک نمونه مونوکسید کربن به منظور ارزیابی وضعیت مصرف سیگار ارائه شده و آنها به واقعیت مجازی (VR) محیط ها در طول حداکثر 30 دقیقه قرار گرفتند.

* 1. تجزیه و تحلیل آماری

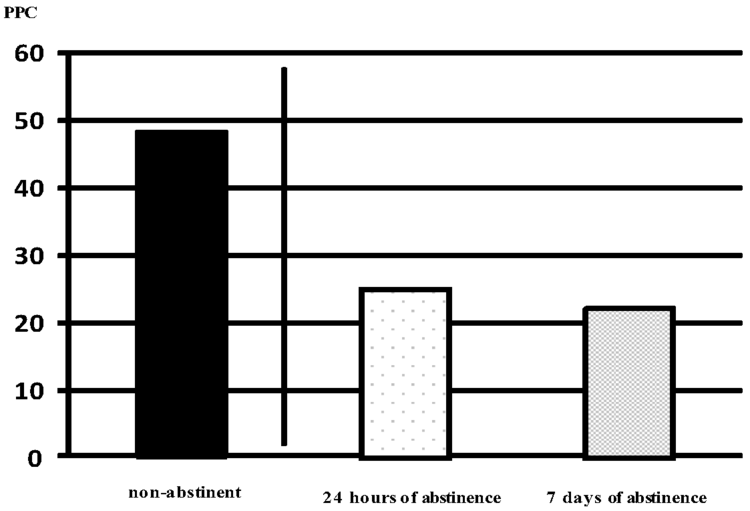
تجزیه و تحلیل توصیفی با ویژگی های اجتماعی جمعیتی و بالینی انجام شد.تکرار-اندازه گیری ANOVA (با مقایسه های تعقیبی توکی) برای تعیین اینکه آیا سطوح PPC در سراسر سه زمان متفاوت انجام شد.

2-نتایج

ویژگی های شرکت کنندگان در ابتدا در جدول 1 نشان داده شده است.

|  |  |
| --- | --- |
|  | میانگین ± انحراف معیار /٪ |
| سن | 36.6 ± 15.6 |
| زن (٪) | 81.8 |
| مدت زمان سیگار کشیدن (سال ها) | 15.4 ± 9.9 |
| سیگار در طول روز | 14.7 ± 6.1 |
| نیکوتین در سیگار (میلی گرم) | .75 ± .07 |
| FTND | 3.1 ± 2.4 |
| NDSS | 55.2 ± 5.5 |
| سطح co (ppm) | 10.5 ± 7.3 |

توجه: FTND = آزمون فاگشتروم برای وابستگی به نیکوتین. NDSS = وابستگی به نیکوتین مقیاس نشانگان. CO = مونوکسید کربن. ppm = قسمت در میلیون.  
شکل 1 نشان می دهد متوسط سطح PPC برای هر ارزیابی: قبل از رسیدن به ترک (M = 48.2، SD = 28.4)، پس از 24 ساعت از ترک (M = 25.1، SD = 23.2) و پس از 7 روز از ترک (M = 22.3، SD = 20.4. نتایج ANOVA نشان داد که PCC به طور قابل توجهی در سراسر ارزیابی ها متفاوت بود (F (2، 9) = 4.95، 035 = p، 0.52= η2جزئی).



شکل 1. اوج ولع مصرف در طول جلسه قرار گرفتن در معرض مجازی برانگیخت

ارسال - مقایسه های موقت نشان داد که PPC قبل از رسیدن به ترک به طور قابل توجهی بالاتر از بعد از 24 ساعت از ترک و پس از 7 روز ترک بود. و 7 روز-مدت زمان ترک - هیچ اختلاف معنیداری در PPC بین 24 ساعت مشاهده شد.

* آنها افرادی با سوابق معلوم یا افرادی وابسته به مصرف دخانیات)بدون محرک های غیر شرطی هستند(استفاده از دخانیات,امریکا)8 بنابراین شایدکاهش PPC به مراحل گسترش بعنوان یکی از نتایج حاصله ی در معرض CS قرارگرفتن اشخاصی که خود مصرف نمی کنند(ممانعت از پاسخ)تعبیر شود که این موضوع در مواقع ترک و دوره های خودداری ازمصرف دخانیات رخ می دهد.

الگوی(1.3) اغوا شدن که بنحو زیادی در تحقیقات هوس کردن دخانیت بکار رفته است..بنابراین این گرایش,محدودیت هایی برای یافتن تغییرات در تمایل به دخانیات است که در زمانی رخ می دهد که شخص تحت تاثیر تبعات خودداری از مصرف بوده و در معرض دوباره ی آن قرار می گیرد.PPCرا میتوان بعنوان یک مقدارجایگزین از داروی هوس 2 که در اثرات کلی پرهیز از نیکوتین و روش درمانی طاقت آوردن(cue exposure)که قبلا توسط سیگاری های پیش کسوت در حالات هر روزه شان تجربه شده است,بکار برد.

به نظر می رسد لازم باشد محدودیتهای مطالعه ی حاضر را گوشزد نمائیم.اول اینکه ممکن است نمایش موضوع در نمونه هایی با اندازه ی کوچک درعمومیت بخشی نتایج ما را با محدودیت روبرو کند.دوم اینکه برای روشن شدن قضیه باید دوره های طولانی تری از ترک مورد بررسی قرار گیرد.قابل توجه اینکه هفت روز خودداری میتواند بعنوان یک دوره ی ممتد ترک محسوب گردد.

پس از اینکه از دوره های کوتاه به دورهای متوسط خودداری از مصرف رسیدیم و مراحل ریشه کنی در ارتباط با مکانیسم های در معرض قرار گیری را شناسائی کردیم,PPc رقیق میشد.یافته های ما نشان میدهد که PPC یک جایگزین و. مکمل برای بررسی چگونگی مکانیسم تمایل به دخانیات است که شاید این امردر درک این موضوع پیچیده کمک موثری باشد.

**تقدیرات و تشکرات**

This work was supported by a Ministry of Science and Innovation (MICIIN) grant from the Spanish Government, Ref. PSI2008-05938/PSIC.

حمایت کننده ی ما در تهیه ی این کار وزارت علوم و نوآوری (MICIIN)دولت کبیر اسپانیا بوده است.

**منابع**

[1] B.L. Carter, S.T. Tiffany, Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research, *Addiction* **94** (1999), 327- 340.

[2] M.A. Sayette, S.T. Tiffany, Peak provoked craving: an alternative to smoking cue-reactivity, *Addiction*

(2012)*,* doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04013.x.

[3] S.T. Tifanny, L.S. Cox, C.A. Elash, , Effects of Transdermal Nicotine Pathces on Abstinence-Induced and Cue-Elicited Craving in cigarette smokers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **68** (2000), 233-240.

[4] M. Field, K. Mogg, B.P. Bradley, Eye movements to smoking-related cues: effects of nicotine deprivation, *Psychopharmacology* **173** (2004), 116-123.

[5] T.F Heatherton, LT. Kozlowski, R.C. Frecker, R.C., K.O. Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *British Journal of Addictions* **85** (1991), 1119-1127.

[6] S. Shiffman, A.J. Waters, M. Hickcox, The nicotine dependence syndrome scale: A multidimensional measure of nicotine dependence, Nicotine & Tobacco Research **6** (2004), 327-348.

[7] O. García-Rodríguez, I. Pericot-Valverde, J. Gutiérrez-Maldonado, M. Ferrer-García, R. Secades-Villa, Validation of smoking-related virtual environments for cue exposure therapy, *Addictive Behaviors* **37** (2012), 703-708.

[8] E. Bouton, Context and behavioral processes in extinction, *Learning and Memory,* **11** (2004), 485–94.

*Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013*

*B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.)*

*© 2013 Interactive Media Institute*

*معادل ص 388 کتاب ورد*

Designing Virtual Environments to Measure Behavioral Correlates of State- Level Body Satisfaction

طراحی محیط های مجازی در سنجش رفتارهای وابسته به سطح حالات رضایتمندی از اندام

*Clare K. PURVIS[[17]](#footnote-17) Megan JONES, Psy.D., b Jakki BAILEY, M.S.c, Jeremy BAILENSON, Ph.D.c, C. Barr TAYLOR, M.D.b*

*a PGSP-Stanford Consortium at Palo Alto University*

*b Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine*

*c Department of Communications, Stanford University*

**چکیده مطالب**:واقعیت مجازی یا(VR)یک روش منحصر بفرد برای استخراج حالات متغیر کاربردهای راضی بودن از اندام و رفتارهای وابسته با آن را با اجازه دادن به کنترل تاثیر-نزدیک بر عوامل محیطی,است.تغییر پذیری مطلوب تر در حالات زودگذر رضایت بدنی با مشکلات بیشتری در رفتارهای تغذیه ای و شناخت روشهای پیشگیری از سوء تغذیه درگیرمی باشد.در این این دامنه مدل تفهیم کننده ای وجود ندارد.مدلی از متغیرهای خاص محیطی و رویدادهای هر روزه که ا ثرات آن در حالات این خشنودی از اندام غیر قابل انکار است.این مطالعه مدل سطح-وضعیت رضایت بدنی را مطرح نموده و روشی را در سنجش تغییراتی رخ می دهد را عرضه می نماید.ما بر آنیم تا در مورد مقایسه بدنی,توجهات منتخب و چک رفتاری در رابطه با سطوح خود گزارشی رضایت بدنی به کندو کاو بپردازیم.بعلاوه به ارزیابی وابستگی های حالت رضایت بدنی را با استفاده از VR بتوانیم اختلاف فاصله بین اشیاء و آوتارها را در سایزهای مختلف اندامی بسنجیم.

هشتاد دخترخانم دانشجوی کالج با وزن ها و قیافه های مختلف در معرض پنج محیط مجازی طراحی شده در بدست آوردن(استخراج)حالات متفاوتی از سطوح رضایت بدنی رابه کار گرفتیم.الف)یک اتاق خالی.ب)یک ساحل خالی.ج)یک ساحل با ساکنین آواتار.م)یک منظره ی خالی.ن)یک چشم انداز با آواتارها.در این مقاله خود گزارشی خشنودی در هر مورد در معرض قرار گیری بلا فاصله اندازه گیری می شود.

یک سیستم پیگیری بصورت خودکار اشیاء حرکات سر و تفسیر حالات بدنی را ردیابی می کند تا از این طریق بتواند نگاه های قابل مشاهده و فضای رفتاری وابسته به هر انسان مجازی را در محیط بسنجد.

جمع آوری داده ها در خلال کار انجام شده و انتظار می رود تا ماه می 2013 تکمیل شود.دراین گذار داده های اولیه و بسط و گسترش مدلVR در ارزیابی حالات متغیر عرضه خواهد شد.

لغات کلیدی:محیط های مجازی,رضایت بدنی,زنان دانشکده,سوء تغذیه

**مقدمه**

این مطالعه برآنست که در مورد واقعیت مجازی(VR)به کندو کاو بپردازد.ما همچنین تصمیم داریم رفتارهای وابسته به رضایت بدنی را مستقیما در وضعیت ای کنترل شده ای در زمان در معرض VR قرار گرفتن,بسنجیم.

VR با طرح یک روش منحصر بفرد در استخراج حالات متغیر کاربردهای رضایت بدنی و رفنارهای دخیل در آن با اجازه دادن به کنترل تاثیر-نزدیک بر عوامل محیطی ما را یاری می کند.این مطالعه با طرح یک مدل با ابعاد متعدد از حالت رضایت بذنی بر مبنای حالت هر شخصی که در معرض قرار گرفته(ظاهر آنها)است و همچنین با مقایسه ی اجتماعی(ظاهر دیگران) را ارائه می کند.ما مدلی را برای سنجش تغییراتی که در بدن هنگام استفاده از اندازه های حالت طبیعی و پیامده های رفتاری بروز می کند عرضه می کنیم.

موضوعات سطوحی از رضایت بدنی را تبعات در معرض محیط مجازی قرار گرفتن را بلافاصله گزارش خواهد کرد که در این امر از میزان سنج رضایت بخش های بدنی(1) استفاده می شود.ما بر آنیم تا به ارزیابی کلید های رفتاری درگیر با رضایت بدنی بپردازیم:مقایسه بدنی,کنترل بدنی و توجهان منتخب قابل مشاهده سنجس و شکل دادن محرک وابسته:این مطالعه همچنین یک ارزیابی نوین را در بحث فضای فردی میان اشیاء و انسان های مجازی با بدن هایی با فرم های مختلف بعنوان چیزی که به رضامندی اندامی مربوط است آغاز کرده است.فرض می کنیم که میزان گرایش یا اجتناب رفتاری نسبت به سبک وزن ها,میان وزن ها و آواتارهای سنگین وزن را که در این فضای مجازی قرار گرفته اند بعنوان کاربرد رضایت بدنی متغیر خواهد بود.

**-3-زمینه**

1**-4-تراز بندی رضایت بندی**

منظور از تراز بندی رضامندی بدن یک حالت آنی یا روز به روز خود ادراکی و احساسی در باره ی اینکه فرد چه وزن و شکلی دارد می باشد(2).تغییر پذیری دلخواه تر در رضایت بدنی آنی با مشکلات بیشتری در رفتار های غذا خوردن و روش های شناختی پیشگیری از سوء تغذیه روبرو بوده است(2).این دامنه فاقد مدلی برای درک بهتر از متغیرهای محیطی و وقیع هر روزه است که مصمم است در کاربردهای حالت رضایت بدنی موثر باشد.مدلهای برای درک متغیرها که تغییرات را در حالا رضایت بدنی پیش بینی می کنند که این امر متکی بر مقادیر خود گزارشی یا محاسبات عطف به ماسبق است(2).

این مطالعه با ارائه ی مدای از سطح حالات رضای بدنی بر مبنای میزان در معرض قرار گرفتن آن بدن و اقدام به خود همسنجی با دیگران که سازیهای متفاوت بدنی دارند.با استفاده از چنین مدلی ما قصد داریم تا به سنجش مستقیم کاربردهای رضایت بدنی رخ داده بپردازیم.مطالعات اخیر VR را با نتایج قطعی بکار گرفته اند تا بدین وسیله به استخراج کاربردهای حالات روحی در پاسخ به محرکهای غذای وابسته بپردازند(3,4).

**1-2-وابستگی های رفتاری رضایت بدنی**

رفتارهای بسیاری نمایش داده شده اند تا وابستگی با رضایت بدنی را در جمله خانم های جوان که انواعگونه های خودداری از سوء تغذیه برای آنها مهم است.مانند:مقایسه بدنی,توجهات منتخب و بررسی بدنی,منظور از مقایسه بدنی اقدام به ارزیابی یک شخص از ظاهر خودش می باشد که این امر با مقایسه هایی با ظاهر دیگر اشخاص یا تصاویرصورت می گیرد.

این تحقیق نشان میدهد که زنان به دفعات با مقایسه ی اندام خود با دیگر همتایان مانند تصاویر رسانه ای یا اندام های ترکه ای ایده آل می سنجند و حاصل آن رضایت مندی بیشتر آنها از اندام شان خواهد بود(6.7.8).این ادبیات همچنین نشان می دهد که زنانی با وزن اضافه شده و ترکیب نامناسب که با نگرانی به محرک وابسته به بدن در محیط توجه می کنند(9).اما باوجود اینکه زنان جوان در عرصه ی جلب توجه تغییر پذیری را به نمایش می گذارند اما این نقش این جلب توجه بعنوان یکی از کاربردهای رضایت داشتن از اندام هنوز به شکل واضح یدیده نمی شود(10).چک کردن اندام اشاره به"یک موشکافی با هم و غم مکرر در مورد سایز بدن یک شخص استکه شامل سایز و ترکیب آن می شود"(11),بیشر اوقات این کار در آینه,جلوه های نازیبای چاقی,اندازگیری بخش های بدن یا بکارگیری در دیگر رفتارهای تصمیم در افزایش سایز بدن.چک کردن اندام گونه ی شخصیتی از سوء تغذیه محسوب میشود و این مسئله با روشهای خود-گزارشی سنجیده میشود.توانایی ها در VR وثبت رفتارهای چک کردن های بدنییک روش نوین ارزیابی را عرضه می کند.

**1-3-برنامه های کاربردی VR**

محققین بررسی ها خود را رد مورد روش های VR برای درمان اختلالات رفتاری تغذیه ای و شبیه سازی اندام با نتایجی قطعی آغاز کرده اند(12).مطالعات مبین این نکته است که در معرض قرار گرفتن بصورت مجازی با غذاهای وابسته به محرکها,پاسخهای هیجانی مشابهی را بروز می دهد که این رفتارها از خانم هایی مورد انتظار است که در زندگی واقعی سوء تغذیه دارند(12,13).بهرحال این دامنه در جریان کاری خود فاقذ یک مدل برای درک و میزان حالت تغییرات در راضی بودن از اندام خوددر زمانی است که در معرض VR قرار می گیرند.

**2-روش ها**

**2-1-شرکت کنندگان**

18 خانم دانشجوی مقطع لیسانس در رنج سنی بین 18 تا 30 ساله در دو گروه مرتب شده و قرار گرفته اند:یکی گروه تحت عنوان سوء تغدیه ی در حال رشد(n=40)و گروه دوم تحت عنوان کنترل سلامت در تغذیه.برای اعتبار بخشی به این کورس مطالعاتی تمامی مطالب به کار گرفته شده اند.

**2-2-دستگاه(لوازم)**

تمامی موضوعات سربند نمایشی برای به تصویر کشیدن محیط های شناور ور در VR است.تصاویر برجسته نمایی شده به یک شکل معادل در رنجی میان 60 هرتز و نمایشگر نورپردازی که بطور مداومی بروز در ارتباط با موضوعات حرکتهای یک آزمایش شناور میشود,عمل می نماید.مطلب وضعیت طولیX,yو z سطوح با یک سیستم ردیابی نوری پیگیری می شوند.

**2-3- روش کار**

برای هر ازمون یک محقق راهبر و یک دانشجوی دوره ی لیسانس مددکار محقق ایفای نقش می کنند.مشارکت کنندگان در طرح با مطالعه ی توضیح نامه ای از تحقیق و کمک های محقق به کسانی است که دستگاه نمایش سربند را به سر می بندند.زمانی که محیط مجازی ظاهر می شود شرکت کنندگان با اتاقی مجازی بروبرو می شوند که تماما به شکل فیزیکی اتاق آزمایشگاه طراحی شده اند.در این آزمایشگاه مجازی شرکت کنندگان با تردد به گوشه و کنار مجهز بودن آنرا به وسایلی با کارایی مناسب و دمساز شده باVR تائید می کنند.قبل از ورود به اولین محیط آزمایشی,شرکت کنندگان تکمیل مقیاس رضایت بخش های بدنی را انجام میدهند.10 مقدار رضایت بدنی بوسیسله خواندن این موارد در سربند نمایشی و گفتن پاسخ به آنها با صدای بلند محقق میشود.صدای پاسخها توسط دستیار تیزهوش محقق ضبط میشود.

شرکت کنندگان در طرح در معرض چهار محیط وضعیت های آزمایش بصورت تصادفی در کنترا اثرات مرتب سازی قرار می گیرند.همه ی آنها اتاق آزمایشگاه را می بینند و این یک ساحل خالی,یک ساحل پر از اشکال گرافیکی,یک منظره ی خالی و یک چشم انداز پر شده از اشکال گرافیکی است.محیط های جمعیت دار حاوی سه گروه از سه آواتار است که از آنها در هر گروه دو زن و یک مرد وجود دارند.سایز نسبی بدن آواتارهای زن بین گروه های متغیر است و شامل:لاغر –مطلوب,بین فضای مجازی, هم فاصله از شرکت کنندگان قرار می گیرند.

در محیط آواتارها ,موضوعات و اشیاءنخست در نمایش سه گروه آزموده میشوند که این امر در نمایش همه ی سه گروه از نقطه ی آغاز به کار و در مفصل ارتباط هر گروه با دیگر در سامان بخشی انتخاب اشیاء موثر است.شرکت کنندگان مجاز هستند که 15 تا 20 ثاینه به مشاهده ی گروه ها بپردازند.پس از انکه اشیاء به هر سه گروه رسیدند,محقق شرکت کننده را به بازگشت به نقطه ی شروع در وسط اتاق و ایستادن برای اینکه او نمی تواند هیچ یک از سه گروه را ببیند.ماندن در این وضعیت ,اشیاء در مورد پنج جزئیاتی که آنها در باره ی همه ی این سه گروه بیاد می آورند,مورد سوال قرارمیگیرند.

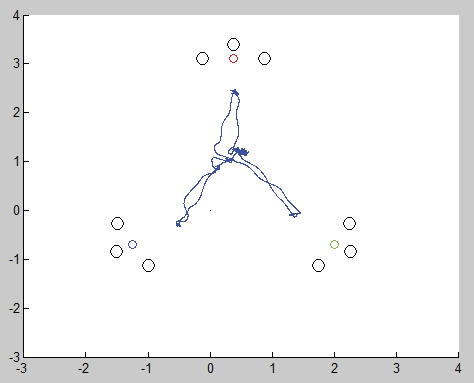
در اینجا ضبط صداهای صورت گرفته توسط دستیار محقق پاسخ میدهد.در محیط های فاقد آواتار,شرکت کنندگان برای رسیدن به سه حوزه ی تمایل در محیط ,آموزش داده میشوند و هر حوزه را در مدت 15 تا20 ثاینه مورد مشاهد قرار داده و در مورد پنج خصوصیت محیط مورد سوال قرار می گیرند.درست بعد از هر محیط مجازی موضوعات سطح رضایت بدنی را گزارش می کنند که این امر با استفاده رضایت سنج قسمت های بدنی صورت می گیرد و همانگونه که در روشی شبیه به این در بالا توضیح داده شد.

ترتیبی که اشیاء در معرض محیط مجازی قرار می گیرند بصورت تصادفی طراحی شده است تا کنترل اثرات ترتیبی میسر شود.تشابه وضعیت بخشی گروهای آواتارها متعادل شده بین و در خلال-اشیاء برای کنترل عوامل محیطی که ممکن است در رفتار موثر باشند.یک سیستم پیگیری بشکل خودکار اشیاء را رهگیری می کند که حرکات سر و مفهیم حرکات بدنی برای سنجش نوع نگاه و فضای فردی در رفتار وابسته به هر انشان مجازی که در محیط قرار گرفته است به چه شکلی می باشد.

**3-نتایج**

اطلاعات در جریان کار بدست آمده و امید آنست که تا ماه می 2013 تکمیل گردد.داده های اولیه و توسعه ی مدل VR برای ارزیابی حالت-متغیر سطوح رضایت بدنی,وضعیت بدن در فضای مجازی در ارتباط با انسان مجازی,توجهات دیداری در محیط مجازی و تکرار رفتارهای کنترل بدنی در زمان VR را در بر می گیرد.

فرض می کنیم که حالت خرسندی از اندام , بعنوان یکی از کاربردهای میزان در معرض قرار گرفته ی درک شده ی فرد در محیط VR و مقبولیت اقدامات مقایسه ای در جمع متغیر باشد (مقایسه با ظاهر دیگران).و از ین پا را فراتر گذاشته تصور می کنیم این که کاهش های قابل توجه تری در حالت رضایت بدنی تعامل با قدرت توجهات چشمی نسبت به وزن و ترکیب در رابطه با محرک صورت خواهد گرفت رفتار تمایلی و رفتارهای وسواس در مورد اندام را,بخصوص در مورد اشیائی که مربوط به شناخت و گونه های رفتاری درخط انتهایی آنها را در زمره ی مسائل مخاطره انگیز در باب گشترش عادات سوء تغذیه ای قرار می دهد با کاهش روبرو کند.



نمودار 1.نمونه ی فاصله ی خروجی میانفردی کیباشد.در این نمودار آواتارها بشکل دایره های مشکی دیده می شوند.خطوط آبی نشان دهنده ی وضعیت بدن شرکت کننده بر مبنای X,y وzوهمچنین میزان آنها در مقادیریدر حدود 60 فریم در ثاینه به تصویر کشیده شده اند.

سیستم پیگیری نوری فواصل میانفردی بین اشیاء و هر یک از سه گروه آواتارها در محیط مجازی اندازه خواهند گرفت.ما حداقل فاصله ی بین شرکت کننده و هر آوتار را محاسبه کرده ایم. نمونه ای از بازنمایی فواصل میانفردی داده در نمودار یک مشاهده می شود.

**4-نتیجه گیری**

اقدامات موجود در بهینه سازی رضایت بخشی بدنی نتایج را محدود کرده است.این تحقیق بدنبال یک ارزیابی مجازی از رضایت بدنی معطوف به کاربردهای متغیر و میان فردی همبستگی رفتاری بوده است.در یک درک واضح تر از تغییرات زودگذر در پیش بینی های سطح وضعیتی رضایت بدنی به محققین این مجوز را میدهد که روش های درمانی VR را که بر مبنای تجربی بنا شده است در بهبود رضایت بدن و رفتاری بد تغذیه ای بنا کنند.سطح کنترل های محیطی تهیه شده توسط VR به ما این اجازه را میدهد که در مورد وابستگی رفتاری رضایت بخشی بدن به تفحص بپردازیم و در تفهیم بهتر از وابستگی های کلینکی نارضایتی بندی سطح بالا دست یابیم.این درک ممکن است محققین را در طراحی اقدامات کلینکی آینده که در تاثیر بخش بودن بیشتر بهبود رضایت بدنی با تمرکز بر تغییرات رفتاری مجاز تماید.

**منابع**

[1] T.A. Petrie, M.M. Tripp, P. Harvey, Factorial and construct validity of the Body Parts Satisfaction Scale– Revised, Psychology of Women Quarterly, **26 (**2002**),** 213–221. = 1

[2] J.A. Rudiger, T.F. Cash, M. Roehrig, J.K. Thompson, Day-to-day body image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability, *Body Image,* **4** (2007), 1-9.

[3] C. Perpiña, C. Botella, R. Baños, H. Marco, M. Alcañiz, and S. Quero, Body image and virtual reality in eating disorders: Is exposure to virtual reality more effective than classical body image treatment? *CyberPsychology& Behavior* **2** (1999), 149 – 155.

[4] M. Ferrer-Garcia, J. Gutierrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, E. Moreno, The validity of virtual environments for eliciting emotional responses in patients with eating disorders and in controls, *Behavior Modification* **33** (2009), 830 – 854.

[5] H.K. Schutz, S.J. Paxton, E.H. Wertheim, Investigation of body comparison among adolescent girls.Journal of Applied Social Psychology, **32** (2002), 1906–1937.

[6] E.H. Wertheim, SJ Paxton, HK Schutz, SL Muir, Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin.*Journal of Psychosomatic Research,* **42** (1997), 345–355.

[7] M.C. Martin and P.F. Kennedy. Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescence and adolescents. *Psychology and Marketing,* **10** (1993), 513–530.

[8] S.J. Paxton, “Individual risk factors and socio-cultural contexts for disordered eating,” In: Gaskill D, Sanders F, editors. The Encultured Body: Policy Implications for Healthy Body Image and Disordered Eating Behaviors. Brisbane: Publications and printing unit, Queensland University of Technology, (2000), 24–33.

[9] N. Siep, A. Jansen, R. Havermans, and A. Roefs, Cognitions and emotions in eating disorders,Behavioral Neurobiology of Eating Disorders, **6,** (2010), 18 – 30.

[10] R. Glauert, G. Rhodes, B. Fink, K. Grammer, Body Dissatisfaction and attentional bias to thin bodies, International Journal of Eating Disorders **43** (2010), 42–49.

[11] R. Shafran, M. Lee, E. Payne, C.G. Fairburn, An experimental analysis of body checking, *Behavior Research and Therapy,* (2007), 113 – 121.

[12] J. Gutierrez-Maldonado et al., Body image in eating disorders: The influence of exposure to virtual reality environments, *CyberPsychology and Behavior,* **5** (2010), 521-531.

[13] A. Gorini, E. Griez, A. Petrova, and G. Riva.Assessment of the emotional responses produced by exposure to real food, virtual food and photographs of food in patients affected by eating disorders.*Annals of General Psychiatry* **9 (**2010**)**.

*Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013*

*B.K. Wiederhold and G. Riva (Eds.) IOS Press, 2013*

*© 2013 Interactive Media Institute and IOS Press. All rights reserved. doi:10.3233/978-1-61499-282-0-173*

The COST Action OnCyberbullying: Developing an International Network

*Peter K. SMITH[[18]](#footnote-18) and Georges STEFFGENb, 1 a Goldsmiths, University of London*

*b University of Luxembourg*

**خلاصه ی برآورد.**COST Action IS0801بر مبنای مزاحمت سایبری این هدف کلی را در اشتراک متخصصان رو به رشد دانش بنیان و تکنیک های اندازه گیری در مورد همه ی محققین دنبال کرده است.ب) اشتراک گذاری ورودی خارج از محیط تحقیق,بویژه از طرف کارشناسان حقوق از جمله شرکتهای سرویس موبایل و تدارک کنندگان سرویس های اینترنتی.ج)اشتراک گذاری دستورالعمل های حال حاضر که در سراسر کشور به کار گرفته می شودراهبردهای مقابله،ازجمله استفاده مثبت از فنآوری های نویند) افزایش آگاهی از موضوع،وهچنین توصیهی اینکه نتایج درعمل بدست می اید. علاوه برکنفرانسها ومدارس آموزش سازماندهی شده،عملکرد در تقویت ویا تسهیل تعداد قابل توجهی ازبرنامه های کمک مالی موثر بوده است وهمچنین دیگرفعالیت های کمکرسانی تاسیس شده،و ایجاد یک شبکه بینالمللی باروراز این جمله اند.

لغات کلیدی:مزاحمت های سایبری.اقدام هزینه,شبکه ی بین المللی

منظور از ntroductionyberbullying اذیت و آزار دیگران فن اوری جدید الکترونیک است.اول آنها موبایل ها و اینترنت هستند.تحقیقات بیشتری بر روی رفتارهایی بر مبنای آذیت آزار در مدارس انجام شده است,با بعضی توفیقات اما cyberbullying در دهه ی گذشته با گسترش و افزایش روبرو بوده است.این تحقیق با مرور چالش های cyberbullying کار خود را آغاز کرده است.این امر با این سوال که یک عمل COST چیست و چگونه شبکه ی بین المللی متشکل از 28 کشور چگونه سمت و سوی تحقیق خود را به پدیده ی cyberbullying متمرکز کرده اند(1)

با وجودیکه این تحقیق بر مبنای سوء استفاده از فن آوری اطلاعات(cyberbullying) بسیارقدرتمند بوده و قبلا بسیاری به مطلب رسیده اند,این امر با بعضی نکات قابل توجه چالش برانگیز مواجه است.به ویژه موضوعات مفهومی و اندازه ای که نیاز است بصورت کامل حل و فصل شوندد.از موضوعاتی که باید بیشتر شفاف شوند میتوان به زمانی که بروزآوری کردن آن محسوب میشود بعنوان استفاده از فن آوری اطلاعات(به تکرار)یا مزاحمت سایبری(یکی سازی عملکرد),و تفکر عدم تعادل قدرت.یک گرایش بیشتر استاندارد شده ای که در اندازه گیری که این حوزه نیاز دارد(1).یک تلفیق در اینجا این است که تغییرات سریع تاریخی در ICT نشان میدهد که محققین نیاز به آگاهی و بهبود مداوم ابزارهای خود دارند.

1. Corresponding Autor: José Gutiérrez-Maldonado, Facultad de Psicología; Paseo de la Vall d’ Hebrón, 171, 08035, Barcelona, Spain; e-mail: [jgutierrezm@ub.edu](mailto:jgutierrezm@ub.edu) [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. Immersive virtual environments [↑](#footnote-ref-3)
4. ### [The Virtual Reality Medical Center](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vrphobia.com%2F&ei=tw58VNG5KI7LaJ_OgYAN&usg=AFQjCNEp78r3gRxZSlGgszHoeB7TOMje0Q&sig2=CSGJfNF5oMW42Wc-VdM9bA&bvm=bv.80642063,d.d2s)

   [↑](#footnote-ref-4)
5. زیر نویس [↑](#footnote-ref-5)
6. زیر نویس [↑](#footnote-ref-6)
7. زیر نویس [↑](#footnote-ref-7)
8. زیر نویس [↑](#footnote-ref-8)
9. زیر نویس [↑](#footnote-ref-9)
10. زیر نویس [↑](#footnote-ref-10)
11. زیر نویس [↑](#footnote-ref-11)
12. زیر نویس [↑](#footnote-ref-12)
13. زیر نویس [↑](#footnote-ref-13)
14. زیر نویس [↑](#footnote-ref-14)
15. زیر نویس [↑](#footnote-ref-15)
16. زیر نویس [↑](#footnote-ref-16)
17. CorrespondingAuthor:ClareKennedyPurvis:[clare.purvis@stanford.edu.](mailto:clare.purvis@stanford.edu) [↑](#footnote-ref-17)
18. CorrespondingAuthor:GeorgesSteffgen,INSIDE,CampusWalferdange,UniversityofLuxembourg,L7201Walferdange;E-mail:[georges.steffgen@uni.lu](mailto:georges.steffgen@uni.lu) [↑](#footnote-ref-18)