

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۰۷/۰۶

تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۲۰

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰

دوره‌ی چهارم، سال ۱۸-۳، شماره‌ی ۲

صص: ۱۹۸-۱۸۱

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر

سودابه بساک نژاد*

اعظم آقاجانی افجدی**

یدالله زرگر***

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بود. آزمودنی‌ها با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انتخاب و به پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دادند. در دو گروه (آزمایشی و کنترل) ۱۵ نفر گماشته شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت گروه درمانی قرار گرفت در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنی‌داری کیفیت خواب را بهبود بخشیده است اما بر کیفیت زندگی تأثیر نداشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند برای افراد دارای کیفیت خواب نامطلوب مفید باشد.

کلیدواژگان: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، درمان شناختی

* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

soodabeh_bassak@yahoo.Com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

*** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه

خواب مؤلفه‌ی حیاتی برای عملکرد جسمانی و روانی است. فقدان خواب با خستگی روزانه، نقص عملکرد شناختی، اختلالات خلقی و افسردگی در ارتباط است. کمبود خواب پیش‌بینی‌کننده‌ی تصادفات جاده‌ای و حوادث شغلی است و بر سیستم ایمنی بدن تأثیر مخربی می‌گذارد (چارتیر- کاسلر و داویدسون^۱، ۲۰۰۷).

بای سی، رینولد، مانک، برمن و کوپفر^۲ (۱۹۸۹)، کیفیت خواب را شامل تعیین الگوهای بدکاری خواب از جمله کیفیت خواب، دیر به خواب رفتن، کفایت خواب، دوره‌ی خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و خواب آلودگی در طول روز تعریف می‌کنند. کیفیت خواب شامل جنبه‌های کیفی خواب مثل مدت زمان نهفته خواب و برانگیختگی‌های مرتبط با آن و جنبه‌های عینی مثل عمق یا آرامش دهنده‌ی خواب می‌باشد (هایاشینو، یامازاکی، تاکه گامی، ناکایاما، سوکه جیما و همکاران^۳، ۲۰۱۰). کیفیت خواب نامطلوب ممکن است در نتیجه خستگی روزمره، کاهش انرژی و بی‌خوابی به وجود آید و به صورت منفی بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارد (چارتیر- کاسلر و داویدسون، ۲۰۰۷). نشانه‌های جسمانی و شناختی کیفیت خواب ضعیف شامل خستگی، فقدان تمرکز، آستانه درد کم، اضطراب، عصبی بودن، تفکر انعطاف‌ناپذیر و فقدان اشتیاق است (هایاشینو و همکاران، ۲۰۱۰).

شایع‌ترین اختلال خواب بی‌خوابی است که ده درصد از جمعیت عمومی آن را تجربه می‌کنند و واجد شرایط تشخیص بی‌خوابی هستند (انگ، شاپیرو، مانبر^۴، ۲۰۰۸). بی‌خوابی پایدار به صورت مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب برای حداقل یک ماه تعریف می‌شود (ادینگر و مینز^۵، ۲۰۰۵). بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری بیماری‌های روانی، مشکل در به خواب رفتن، شکایت از خوابی که کافی و ترمیم‌کننده نیست و تداوم این مشکلات حداقل به مدت یک ماه، اختلال بی‌خوابی تلقی می‌شود (دادستان، ۱۳۸۳). یافته‌های تحقیقی ادینگر و مینز (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که بی‌خوابی می‌تواند باعث بروز مشکلاتی مثل

- 1- Chartier- kasler & Davidson
- 2- Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer
- 3- Hayashino, Yamazaki, Takegami, Nakayama, Sokejima, & et al
- 4- Ong, Shapiro, & Manber
- 5- Edinger & Means

ناتوانی در تصمیم‌گیری در موارد بحرانی، نارضایتی شخصی، کاهش عملکرد شناختی، اختلال حافظه و کاهش توجه گردد. دانشجویان با توجه به فشار روانی در محیط خوابگاه‌ها ممکن است کیفیت خواب نامطلوب را تجربه کرده که پیامد آن، کاهش کیفیت عملکرد روزانه است (قریشی و آقاجانی، ۱۳۸۷).

کاهش کیفیت خواب با نارضایتی از کیفیت زندگی همراه است. یافته‌های پژوهشی لیو^۱ (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که هر فردی بر اساس ادراک ذهنی خود از مقوله‌هایی هم‌چون، سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و خانوادگی و امید به زندگی، کیفیت زندگی را توصیف می‌کند. مالکینا- پیخ و پیخ^۲ (۲۰۰۸) توصیف می‌کنند که بر اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی، انتظارات و ارزش‌های اجتماعی می‌توانند رضایت از زندگی را شکل دهند و بر اساس آن مفاهیم اجتماعی، روانی و معنوی افراد پایه‌گذاری می‌شود. یافته‌های باقری، شهابی، ابراهیمی و علایی‌نژاد (۱۳۸۵) نشان می‌دهد که ارتباطات اجتماعی مطلوب، ایفای نقش‌های اجتماعی مثبت، تعاملات خانوادگی سازگارانه، شرایط جسمانی مطلوب، توانایی انجام کار در خانه و بیرون از جمله مواردی هستند که کیفیت زندگی مطلوب را ایجاد می‌کنند. یکی از روان‌درمانی‌های رایج در بهبود کیفیت خواب، درمان شناختی رفتاری است که شامل چندین مؤلفه هم‌چون محدود سازی خواب، کنترل محرک یا آموزش‌های آرام بخشی همراه با یک مؤلفه‌ی شناختی مثل بازسازی شناختی می‌باشد (انگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ اسپی، انجلیس، تسیر و هاروی^۳، ۲۰۰۱). تیکوتزکی و سده^۴ (۲۰۱۰) نشان می‌دهند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش زمان آغاز خواب^۵، بیدار شدن پس از آغاز خواب^۶ و بهبود کیفیت خواب اثربخش می‌باشد. در حالی که این یافته‌ها فواید درمان شناختی رفتاری را بر روی خواب نشان می‌دهد، اثر آن بر دیگر ابعاد خواب مثل کیفیت خواب، عملکرد روزانه و برانگیختگی در خواب کمتر روشن است (انگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ساتیا و پیگون^۷، ۲۰۰۴).

1- Liu

2- Makina-pykh & Pykh

3- Espie, Inglis, Tessier, & Harvey

4- Tikotzky & Sadeh

5- sleep onset latency

6- wake time after sleep onset

7- Sateia & Pigeon

افرادی که مشکل بی‌خوابی در آغاز خواب یا بعد از به خواب رفتن دارند، میزان بالایی از برانگیختگی را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند (مورین، رودریگو و ایورس^۱، ۲۰۰۳) و سطوح بالاتری از برانگیختگی و نگرانی پیش از خواب را نشان می‌دهند (هاروی، ۲۰۰۳؛ مورین و همکاران، ۲۰۰۳). برانگیختگی شناختی بیش از برانگیختگی فیزیولوژیکی باعث بی‌خوابی می‌شود. برانگیختگی شناختی می‌تواند به صورت نگرانی، نشخوار ذهنی، افکار مزاحم، مشکل در کنترل افکار هیجانی متجلی شود (مورین، ۱۹۹۳).

یافته‌های انگ و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که افراد دارای کیفیت خواب نامطلوب، سطوح بالاتری از نشخوار ذهنی پیش از خواب را گزارش می‌کنند و شناخت‌های منفی بیشتری درباره‌ی خواب در مقایسه با افرادی که خوب می‌خوابند، دارا هستند. سطح فعالیت شناختی قبل از خواب، شدت و محتوای آنها ممکن است نشان دهنده‌ی جنبه‌هایی از برانگیختگی خواب باشند. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامه‌ی گروهی کوتاه مدت است و با عنوان برنامه‌ی کاهش فشار روانی مبتنی بر ذهن آگاهی شناخته می‌شود (مورین، ۲۰۰۴). این برنامه یک مداخله‌ی روانی اجتماعی است که در کاهش نگرانی و سلامت روان بزرگسالان تأثیرگذار می‌باشد (اسپکا، کارلسون، گودی و انجن^۲، ۲۰۰۰). در این برنامه به افراد آموزش داده می‌شود که افکارشان را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای غیر متمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند و رویکرد عینی و کنجکاوانه به تفکرات و احساسات را آموزش می‌دهد.

در تحقیقی یوک، لی و رو^۳ (۲۰۰۸) گزارش کردند که نمره‌های کیفیت خواب پیتزبورگ در بین ۱۹ بیمار با اختلالات اضطرابی و بی‌خوابی بعد از ۸ هفته برنامه‌ی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود معنی‌داری یافته است. بریتون، شاپیرو، پن و بوتزین^۴ (۲۰۰۳)، پیامدهای بی‌خوابی ۷ زن دارای بی‌خوابی را به دنبال برنامه‌ی کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی بررسی کردند و دریافتند که بیدار شدن حین خواب در طول شب در آنها کاهش یافته بود. گروس، کرایتزر، رایلی - اسپونج، رایلی، وینبوش و همکاران^۵ (۲۰۱۱)، تأثیر دو درمان شناختی مبتنی بر

- 1- Morin, Rodrigue, & Ivers
- 2- Speca, Carlson, Goodey, & Angen
- 3- Yook, Lee, & Ryu
- 4- Britton, Shapiro, Penn, & Bootzin
- 5- Gross, Kreitzer, Reilly-Spong, Wall, Winbush, et al

ذهن آگاهی و دارو درمانی را بر روی بی‌خوابی مورد ارزیابی قرار دادند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام شد. همچنین گروه دوم در طی هشت جلسه هر شب به میزان سه میلی‌گرم ازوپیکلان دریافت می‌کردند. در پایان، گروه آزمایشی که روان درمانی دریافت کرده بودند بهبود معنی‌داری در کل زمان خواب، کارآمدی خواب و کیفیت خواب در مقایسه با گروه‌های دیگر به دست آوردند.

ناکامورا، لپسچیتزا، لاندوارب، کانا و وسب^۱ (۲۰۱۱) تأثیر دو جلسه آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیبی مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از تأثیرگذاری آموزش بر بهبود کیفیت خواب بود اما از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. علی‌رغم تحقیقات بسیار در زمینه تأثیر این نوع درمان بر بی‌خوابی در خارج از کشور، تاکنون تحقیقی از نوع مداخله‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کیفیت خواب در داخل کشور انجام نشده است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و کیفیت خواب دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه ۱- درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش کیفیت خواب دانشجویان دختر می‌شود.

فرضیه ۲- درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش کیفیت زندگی دانشجویان دختر می‌شود.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران بودند که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹، به تحصیل اشتغال داشتند. در پژوهش حاضر برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده گردید. ابتدا از میان دانشکده‌های

1- Nakamura, Lipschitz, Landwardb, Kuhna, & Westb

مختلف دانشگاه، پنج دانشکده‌ی علوم، اقتصاد و علوم اجتماعی، کشاورزی، ادبیات و الهیات به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در هر دانشکده تعدادی کلاس به صورت تصادفی انتخاب و ابزار پژوهش به دانشجویان دختر هر کلاس داده شد. با این روش از بین کلیه‌ی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹، تعداد ۵۰۰ نفر به عنوان نمونه‌ی اولیه انتخاب گردید و مورد آزمون قرار گرفتند. از این تعداد، ۳۲۱ نفر در آزمون کیفیت خواب نمره‌ی بالاتر از ۵ کسب نمودند. سپس ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

سیاهه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ

سیاهه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (بای‌سی و همکاران، ۱۹۸۹) جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده است. این پرسشنامه هفت عامل کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه را می‌سنجد و شامل ۱۸ گویه است. آزمودنی‌ها به طیفی از پاسخ‌ها از هیچ (صفر)، کمتر از یک بار در طول هفته (۱)، یک یا دو بار در طول هفته (۲) و سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته نمره (۳) پاسخ می‌دهند. نمره کل بالاتر از ۵ نشان دهنده‌ی کیفیت خواب ضعیف است. بای‌سی و همکاران (۱۹۸۹) پایایی را برابر ۰/۸۳، برتولوزی، فاگوندس، سانتوس، هاف، دارتورا، مایوزو و همکاران^۲ (۲۰۱۱) ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ و افخم ابراهیمی، قلعه‌بندی، صالحی، کافیان تفتی، وکیلی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی را برابر ۰/۷۹ گزارش می‌کنند. در تحقیق کنونی نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین یافته‌های حاصل از تحلیل مواد نشان داد که همبستگی بین آیتم‌ها و نمره‌ی کل کیفیت خواب بین ۰/۱۳ تا ۰/۷۲ متغیر می‌باشد و همگی ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند.

1- The Pittsburg Sleep Quality Index

2- Bertolazi, Fagondes, Santos Hoff, Dartora, Miozzo, & et al

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، دارای ۲۶ گویه است که دو سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سؤالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته‌ی اخیر در حیطه‌های: بهداشت و سلامت جسمی (فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)، سلامت روان شناختی (احساس نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز، اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)، روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های جنسی) و محیط اجتماعی (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سر و صدا، ترافیک و حمل و نقل) را بررسی می‌کند (عمرانی‌فرد، اسماعیلی‌نژاد، مرائی و داورپناه جزی، ۱۳۸۸). نمره‌ی هر گویه از ۱ (خیلی کم، هرگز، خیلی ناراضی‌ام) تا ۵ (خیلی زیاد، همیشه، خیلی راضی‌ام) قرار دارد. لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هرچه فرد نمره‌ی بالاتری در این مقیاس به دست آورد نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتری است. پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، میزان آلفای کرونباخ را بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴ گزارش می‌کنند که نشان دهنده‌ی همسانی درونی خوب است.

در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای) تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ بود. در تحقیق کنونی میزان آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۰ به دست آمد. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) برای تعیین روایی این فرم از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم بلند^۱ استفاده می‌کند، که نتایج ضرایب همبستگی همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هستند. در تحقیق نجات، منتظری، هلاکویی، کاظم و مجدزاده (۱۳۸۵)، میزان همبستگی بین تمام سؤالات همبستگی قابل قبولی بین ۰/۱۸ تا ۰/۶۲ داشتند. در پژوهش حاضر نیز برای تعیین روایی از

1- World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100)

تحلیل مواد به صورت همبستگی هر بُعد با تک تک سؤالات استفاده شد. دامنه‌های ضریب همبستگی بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۲ بود و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند.

روش اجرای پژوهش

محتوای جلسات پژوهش حاضر بر اساس رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و با تکیه بر اصول نظری و فنون درمانی در هشت جلسه طراحی و اجرا شد (سگال، ویلیامز و تیزدال، ۲۰۰۲).

جلسه اول: توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن.

جلسه دوم: رویارویی با موانع، تمرین بر روی حس‌های ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی.

جلسه سوم: حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین حضور ذهن، رویارویی با افکار از طریق تحت کنترل در آوردن آنها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بی‌زاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناخت‌های معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آنها.

جلسه پنجم: اجازه/ مجوز، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستورالعمل‌های گسترده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، رویارویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد درمان شناختی حضور ذهن، دیدن "نوار در ذهن" برای آگاهی از آنچه در ذهن می‌گذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.

جلسه هفتم: چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های خود، برنامه فعالیت برای رویارویی با خطر، پیشگیری از عود.

جلسه هشتم: بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

یافته‌های توصیفی

جدول ۱، میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌ی کیفیت خواب و کیفیت زندگی را در نمونه‌ی اولیه نشان می‌دهد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی نمره‌ی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در نمونه‌ی اولیه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
کیفیت خواب	۶/۷۸	۳/۲۱	۳	۱۷	۵۰۰
کیفیت زندگی	۸۰/۰۳	۱۲/۲۷	۴۰	۱۱۳	۵۰۰

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت خواب در نمونه‌ی اولیه به ترتیب برابر ۶/۷۸ و ۳/۲۱ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی برابر ۸۰/۰۳ و ۱۲/۲۷ می‌باشد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت خواب را در گروه آزمایش و کنترل، در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی نمره‌های کیفیت خواب در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
کیفیت خواب	پیش آزمون	آزمایش	۹/۴۲	۳/۵۶	۶	۱۶	۱۵
		کنترل	۸/۴۲	۲/۲۰	۶	۱۲	۱۵
		کل	۸/۹۲	۲/۹۵	۶	۱۶	۳۰
	پس آزمون	آزمایش	۴/۵۸	۱/۹۷	۱	۸	۱۵
		کنترل	۷/۸۳	۲/۴۱	۴	۱۲	۱۵
		کل	۶/۲۰	۲/۷۲	۱	۱۲	۳۰

همان طور که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره‌ی کیفیت خواب در گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۹/۴۲ و در گروه کنترل برابر ۸/۴۲ می‌باشد. همچنین نمره‌ی کیفیت خواب در گروه آزمایش در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۴/۵۸ و در گروه کنترل برابر ۷/۸۳ می‌باشد. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی را در دو گروه آزمایش و کنترل، در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی نمره‌ی کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۷۹	۱۱/۷۲	۵۶	۹۵	۱۵
		کنترل	۷۳/۹۷	۱۴/۶۵	۴۶	۹۷	۱۵
		کل	۷۶/۴۸	۱۳/۲۷	۴۶	۹۷	۳۰
	پس آزمون	آزمایش	۸۶/۶۵	۷/۲۵	۷۰	۱۰۰	۱۵
		کنترل	۸۳/۳۶	۱۷/۶۵	۴۶	۱۱۰	۱۵
		کل	۸۵	۱۳/۳۵	۴۶	۱۱۰	۳۰

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۷۹، و در گروه کنترل برابر ۷۳/۹۷ می‌باشد. همچنین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در مرحله‌ی پس آزمون در گروه آزمایش برابر ۸۶/۶۵ و در گروه کنترل برابر ۸۳/۳۶ می‌باشد. معنی‌داری این یافته‌ها در قسمت مربوط به فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

بررسی همگنی واریانس‌ها

جدول ۴ نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) را بین متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) بین متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش آزمون

sig	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	
۰/۹۶	۲۶	۱	۰/۰۰۲	کیفیت خواب
۰/۰۸	۲۶	۱	۳/۱۲	کیفیت زندگی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون لوین در هر دو متغیر کیفیت خواب و کیفیت زندگی ۰/۰۰۲ و ۳/۱۲ معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت خواب و کیفیت زندگی معنی‌دار نیست و در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. این امر به دلیل وجود دو متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش‌های چند متغیری را ایجاب می‌نمود. به منظور آزمون فرضیه‌ی ۱ تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل پیش آزمون انجام گرفت. جدول ۵ نتایج حاصل از بررسی فرضیه را نشان می‌دهد. مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P \leq 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌شود. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت خواب و کیفیت زندگی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۶ درج شده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۴۷ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. توان آزمون برابر ۰/۹۸ می‌باشد.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دو گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون‌ها	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح P	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلاپی	۰/۴۷	۱۰/۳۹	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
لانداى ويلکز	۰/۵۲	۱۰/۳۹	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
اثر هتلینگ	۰/۹۰	۱۰/۳۹	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۹۰	۱۰/۳۹	۲	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون کیفیت خواب آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت خواب	پیش آزمون	۷/۰۸	۱	۷/۰۸	۱/۵۳	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۲۲
	گروه	۶۷/۸۰	۱	۶۷/۸۰	۱۴/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۵
	خطا	۱۱۰/۶۶	۲۴	۴/۶۱				

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر کیفیت خواب در سطح $P \leq 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آزمون برابر $0/95$ می‌باشد.

همان‌طور که جدول ۷ نشان می‌دهد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲/۰۸	۱	۲/۰۸	۰/۰۱	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	گروه	۱۰/۳۶	۱	۱۰/۳۶	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۳	۰/۰۵
	خطا	۲۹۶۶/۸۱۸	۲۴	۱۲۳/۶۱۷				

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دختران دانشجو مؤثر است؟ یافته‌ها نشان می‌دهند که این روش درمانی در افزایش کیفیت خواب مؤثر می‌باشد. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله‌ی پس آزمون شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق انگ و همکاران (۲۰۰۸)، وینبوش، گروس و کریترز^۱ (۲۰۰۷)، ری و کریجی^۲ (۲۰۰۷)، هیدنریش، تین، پفلاگ، میشل و میشلاک^۳ (۲۰۰۶)، یوک و همکاران (۲۰۰۸) بریتون و همکاران (۲۰۰۳) همسو است. اساس درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر

1- Winbush, Gross, & Kreitzer

2- Ree & Craigie

3- Heidenreich, Tuin, Pflug, Michal, & Michalak

تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار می‌باشد. این روش با تمرکز بر ریشه‌ی اصلی بی‌خوابی منجر به بهبود خواب می‌گردد. سگال و همکاران (۲۰۰۲) توصیف می‌کنند که حذف رفتارهای معیوب مانند شرطی شدن نسبت به محیط خاص برای خوابیدن یا زمان خوابیدن یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها در درمان مشکلات خواب محسوب می‌شود. در حالت توجه آگاهانه که در ضمن درمان به آن دست پیدا می‌کنیم، اطلاعات از تجربیات معیوب به طرف تجربه‌ی کنونی چرخش پیدا می‌کند.

آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عاداتی را از حالت خود خارج سازند و به وسیله‌ی تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند. بنابراین، در آموزش‌های ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کنند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند (پیت و هوگارد^۱، ۲۰۱۱). افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می‌باشند تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. ذهن آگاهی توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می‌دهد. دانشجویان اغلب به دلیل قرار گرفتن در شرایط رقابت‌آمیز با همکلاسی‌های خود، تجربه‌ی زندگی در محیط جمعی و دشواری در یادگیری حجم دروس زیاد در طول یک ترم درسی با احساس خستگی و بی‌خوابی روبرو می‌شوند و برنامه‌ی ذهن آگاهی باعث افزایش تمرکز ذهنی آنها و سطح بهداشت خواب می‌گردد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش نشده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های ناکامورا و همکاران (۲۰۱۱) همخوان بوده است. با توجه به اینکه کیفیت خواب نامطلوب پیامد منفی برای سلامتی، عملکرد و کیفیت زندگی دارد، پژوهشگران انتظار داشتند تا این درمان با افزایش بهبود کیفیت خواب، کیفیت زندگی آنان هم تغییر کند اما این نتیجه حاصل نشد و به نظر می‌رسد یکی از دلایل رسیدن به چنین یافته‌ای کوتاه بودن مدت زمان اجرای جلسات درمانی و از سوی دیگر زندگی کردن در محیط خوابگاهی است که تغییری را در

1- Piet & Hougaard

کیفیت زندگی ایجاد نمی‌کند. عواملی همچون نگرانی‌های تحصیلی، دوری از خانواده، احساس غربت‌زدگی و شرایط همزیستی گروهی می‌توانند در چگونگی کیفیت زندگی دختران جوان اثر بگذارد و به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی و درمانی طولانی مدت و جامع‌تری برای تغییر در سبک زندگی آنها لازم است.

این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه بود. عواملی مثل استفاده از گروه نمونه دانشجویی که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند، استفاده از سیاهه کیفیت خواب که برای نخستین بار مورد استفاده قرار گرفت و عدم وجود گروه پسران دانشجو در نمونه‌ی مورد بررسی جهت مقایسه و نبودن یک برنامه‌ی درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان، از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهشگران از این روش درمان روی دانشجویان پسر یا جمعیت‌های غیر دانشجویی با حضور یک برنامه‌ی مداخله‌ای دیگر استفاده کنند.

Archive of SID

منابع

فارسی

- افخم ابراهیمی، عزیزه؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ صالحی، منصور؛ کافیان تفتی، علیرضا؛ وکیلی، یعقوب و اخلاقی فارسی، الهه (۱۳۸۷). بررسی پارامترهای خواب و عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خواب بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص). *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۵۱، ۳۰-۲۲.
- باقری، حسین؛ شهابی، زهرا؛ ابراهیمی، حسین؛ علایی نژاد، فاطمه (۱۳۸۵). ارتباط کیفیت خواب و کیفیت زندگی پرستاران. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، شماره ۴، ۲۰-۱۳.
- دادستان، پریرخ (۱۳۸۳). *روان‌شناسی مرضی تحولی*. (جلد دوم). تهران: سمت.
- عمرانی فرد، ویکتوریا؛ اسماعیلی نژاد، یوسف؛ مرائی، محمدرضا و داورپناه جزی، امیرحسین (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات آموزش روان شناختی تعدیل شده بر کاهش فشار تحمیلی و ارتقای کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۱۰۰، ۵۷۴-۵۶۳.
- قریشی، ابوالفضل و آقاجانی، امیرحسین (۱۳۸۷). بررسی کیفیت خواب در دانشجویان پزشکی زنجان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، شماره ۱، ۶۷-۶۱.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردهای پرستارانه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *مجله دانشکده بهداشت*. شماره ۴، ۱۲-۱.
- نصیری، حبیب اله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و نسخه ایرانی آن. *مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، تهران.

لاتین

- Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C. H., Santos Hoff, L., Dartora, E. G., Miozzo, L. C., Barba, M. E. F., & Barreto, S. S. M. (2011).

- Validation of the Brazilian Portuguese version of the pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*, 12, 70-75.
- Britton, W., Shapiro, S., Penn, P., & Bootzin R. (2003). Treating insomnia with mindfulness-based stress reduction. *Sleep*, 26, 309-310.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and researches. *Psychiatry Research*, 28 (2), 193-213.
- Chartier-Kastler, E., & Davidson, K. (2007). Evaluation of quality of life and quality of sleep in clinical practice. *European Urology Supplements*, 6, 576-584.
- Edinger, J., & Means. M. K. (2005). Cognitive- behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology*, 25, 539-558.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for Chronic insomnia: Implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 45-60.
- Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N. Y., Patterson, R., Mahowald, M., & Cramer-Bornemann, M. (2011). Mindfulness based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trail. *Original Research*, 34, 118-127.
- Harvey, A. G. (2003). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 403-414.
- Hayashino, Y., Yamazaki, A. S., Takegami, A. M., Nakayama, B. T., Sokejima, C. S., Fukuhara, A. S. (2010). Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: Results from a population-based survey. *Sleep Medicine*, 11, 366-371.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulnessbased cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapy Psychosomatic*: 75, 188-189.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in china: A qualitatire study. *Social Indicators Research*, 75 (1), 217-240.
- Makina-pkh, I. G., & Pykh, Y. Q. A. (2008). Quality of life indicators at different scales: theoretical background. *Ecological Indicators*, 8 (1), 854-862.

- Morin C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford press.
- Morin C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Clinical Psychiatry*, 65, 33-40.
- Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. (2003). Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65, 259-267.
- Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhna, R., & Westb, G. (2011). Two sessions of sleep-focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 335-345.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy*, 39, 171-182.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 23, 45-58.
- Ree, M., & Craigie, M. (2007). Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*, 24, 70-86.
- Sateia, M. J., & Pigeon, W. R. (2004). Identification and management of insomnia. *Medicine Clinical North American*, 88, 567-596.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Spica, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, 11, 686-691.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., & Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: A systematic review. *Explore*, 3, 585-591.

World Health Organization (1998). *Programme on mental health WHOQOL User Manual*. Division of mental health and aprevention of Substance Abuse. General.

Yook, K., Lee, S. H., & Ryu, M. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal Nervous Mental Disorder*, 196, 501-503.

Archive of SID