رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب

Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy Exposure on Neuroticism and Mental Pain of Patients Suffering from Sleep Apnea

منصوره محمدپور
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران.
دکتر صدیقه ابراهیمی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

Mansoureh Mohammadpour
M.A. in Clinical Psychology, Behshahr Branch, Islamic Azad University, Behshahr, Iran.
Dr. Sedigheh Ebrahimi *
Assistant professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ayatollah Amoli Branch, Amol, Iran.
sedigheh.ebrahimialav@gmail.com

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب انجام شد. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این مطالعه بیماران مبتلا به آپنه انسدادی خواب مراجعه‌کننده به کلینیک خواب بیمارستان گلستان در سال ۱۴۰۴ بودند. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش مقیاس پنج عاملی شخصیت نئو (NEO-FFI؛ مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۱) و مقیاس درد ذهنی (MPS؛ اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون روان‌رنجورخویی و درد ذهنی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت و همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی در طول زمان نقش موثری بر کاهش روان‌رنجورخویی و درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب داشته است.

واژه‌های کلیدی: *شناختی درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روان‌رنجورخویی، درد ذهنی، آپنه خواب.*

Abstract

The present study aimed to Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy Exposure on Neuroticism and Mental Pain of Patients Suffering from Sleep Apnea. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The Population of this study was the patients with obstructive sleep apnea who were referred to the sleep clinic of Golestan Hospital in 2025. 30 people were selected by purposive sampling and were randomly placed in two groups: experimental and control. The Instruments included neo five factor inventory (NEO-FFI, McCrae & Costa, 1991) and the Mental Pain Scale (MPS; Orbach et al., 2003). The experimental group received 8 sessions of 45 minutes of Mindfulness-Based Cognitive Therapy treatments. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc tests. The findings showed that there were significant differences ($p<.001$) between the pretest and posttest scores for Neuroticism and Mental Pain in the experimental and control groups. Additionally, no significant difference ($p>.001$) was found between the posttest and follow-up means in the experimental group, indicating that intervention effects were maintained over the follow-up period. Overall, it can be concluded that Mindfulness-Based Cognitive Therapy can be effective in decreasing Neuroticism and Mental Pain of patients with sleep apnea over time.

Keywords: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Neuroticism, Mental Pain, Sleep Apnea.*

نوع مقاله : کاربردی **دریافت: اسفند ۱۴۰۴** **پذیرش: اسفند ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

مقدمه

کیفیت خواب[1] به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت روان و جسم تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله اختلالات تنفسی مرتبط با خواب قرار دارد که در این میان آپنه خواب[2] یکی از شایع‌ترین و در عین حال نادیده‌گرفته‌شده‌ترین اختلالات محسوب می‌شود (هوشمند و همکاران، ۱۴۰۴). آپنه خواب نوعی اختلال مزمن تنفسی در خواب است که با توقف‌های مکرر یا کاهش قابل توجه جریان هوا در حین خواب به دلیل انسداد نسبی یا کامل راه‌های هوایی فوقانی یا اختلال در تنظیم مرکزی تنفس مشخص می‌شود و به بیداری‌های مکرر و کاهش اکسیژن خون منجر می‌گردد (ماورایس[3] و همکاران، ۲۰۲۶). شیوع آپنه خواب انسدادی در جمعیت بزرگسال حدود ۹ تا ۳۸ درصد برآورد شده است، به‌گونه‌ای که این اختلال در مردان شایع‌تر بوده و حدود ۱۳ تا ۳۳ درصد مردان را درگیر می‌کند، در حالی که شیوع آن در زنان حدود ۶ تا ۱۹ درصد گزارش شده است (وان‌لوجی[4] و همکاران، ۲۰۲۶). این تفاوت عمدتاً به عوامل هورمونی، ساختار آناتومیک و تفاوت‌های فیزیولوژیک نسبت داده می‌شود (همائی‌مجاز و همکاران، ۱۴۰۳). آپنه خواب پیامدهای گسترده‌ای بر عملکرد جسمانی، شناختی و هیجانی افراد دارد که از جمله آن می‌توان به خواب‌آلودگی روزانه، اختلال در توجه و حافظه، کاهش کارکرد اجرایی[5] (بیاچی[6] و همکاران، ۲۰۲۵)، افزایش خطر افسردگی[7] و اضطراب[8]، تحریک‌پذیری هیجانی، کاهش کیفیت زندگی[9] (محتشم‌کیا و همکاران، ۲۰۲۵) و نیز پیامدهای جسمانی نظیر افزایش خطر بیماری‌های قلبی_عروقی، فشار خون بالا، دیابت[10] و اختلالات متابولیک اشاره کرد که در مجموع نشان‌دهنده نقش این اختلال به‌عنوان یک عامل تهدیدکننده جدی سلامت و کیفیت خواب است (اسحقی‌کاخکی و همکاران، ۱۴۰۱).

افزایش حساسیت به استرس، برانگیختگی فیزیولوژیک مزمن و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد که از علائم روان‌رنجورخویی[11] است، می‌تواند از طریق تشدید تنش‌های بدنی و اختلال در تنظیم هیجانی[12] زمینه ایجاد یا تداوم آپنه خواب را فراهم سازد (جی[13] و همکاران، ۲۰۲۶). روان‌رنجورخویی یکی از ابعاد اصلی شخصیت در الگوی پنج‌عاملی است که به گرایش پایدار فرد به تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب، نگرانی، خشم، غمگینی و آسیب‌پذیری در برابر فشارهای روانی اشاره دارد و با ناپایداری هیجانی و واکنش‌پذیری بالای فرد نسبت به تهدیدهای ادراک‌شده شناخته می‌شود (چن[14] و همکاران، ۲۰۲۵). افراد دارای سطوح بالای روان‌رنجورخویی معمولاً در پردازش هیجانی، تنظیم استرس و کنترل افکار مزاحم با دشواری مواجه‌اند که این امر می‌تواند از طریق افزایش نشخوار فکری، برانگیختگی شناختی پیش از خواب و فعال‌سازی مداوم دستگاه عصبی خودمختار[15]، کیفیت خواب را به‌طور معناداری کاهش دهد (قریب‌بلوک و همکاران، ۱۴۰۲). به‌عبارت دیگر روان‌رنجورخویی از طریق افزایش نگرانی‌های شبانه، حساسیت به نشانه‌های جسمانی، تفسیرهای تهدیدآمیز از احساسات بدنی و تداوم تنش فیزیولوژیک، موجب طولانی شدن زمان به خواب رفتن، افزایش بیداری‌های شبانه و کاهش عمق خواب می‌شود (یه و لی[16]، ۲۰۲۵). علاوه بر این، این ویژگی شخصیتی با سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و تنظیم هیجانی ناکارآمد همراه است که خود به چرخه معیوب بی‌خوابی، خستگی روزانه و تضعیف کارکردهای شناختی و هیجانی دامن می‌زند و در نهایت کیفیت خواب را در سطحی پایدار مختل می‌سازد (لک و باقریان، ۱۴۰۳).

فعال‌سازی مداوم نظام‌های شناختی_هیجانی مرتبط با تهدید، نشخوار فکری[17] و برانگیختگی درونی، می‌تواند با مختل کردن فرایند آرام‌سازی روانی پیش از خواب و ایجاد درد ذهنی[18] به شکل‌گیری و تداوم اختلال در کیفیت خواب منجر شود (قندهاری و شیرافکن کوپکن، ۱۴۰۱). درد ذهنی به تجربه درونی و عمیق رنج هیجانی ناشی از ادراک فقدان، طرد، شکست، یا گسست در نیازهای بنیادین

1 sleep quality
2 Sleep apnea
3 Mauries
4 Van Looij
5 executive function
6 Beache
7 depression
8 anxiety
9 quality of life
10 diabetes
11 Neuroticism
12 emotional regulation
13 Ji
14 Chen
15 autonomous nervous system
16 Yeh & Li
17 rumination
18 Psychological Pain

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

روان‌شناختی اشاره دارد و به‌عنوان حالتی ذهنی توصیف می‌شود که فرد آن را به‌صورت احساسات شدید درماندگی، بی‌ارزشی، تنهایی یا ناامیدی تجربه می‌کند (فالدی[1] و همکاران، ۲۰۲۶). این سازه فراتر از هیجان‌های منفی گذرا بوده و بازتابی از تهدید در هویت روانی و انسجام خود محسوب می‌شود (مهدوی و همکاران، ۱۴۰۴). درد ذهنی می‌تواند موجب اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری، کاهش انعطاف‌پذیری شناختی[2]، افزایش نشخوار فکری، تضعیف تنظیم هیجان و افت انگیزش شود (لوپز_کانوال[3] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین تجربه درد ذهنی با کاهش تاب‌آوری[4]، اجتناب رفتاری و محدود شدن تعاملات اجتماعی همراه است که در مجموع به تضعیف عملکرد فرد در حوزه‌های شناختی، هیجانی و بین‌فردی می‌انجامد و کیفیت کلی سازگاری روان‌شناختی او را کاهش می‌دهد (دورانته[5] و همکاران، ۲۰۲۵).

در سال‌های اخیر، رویکردهای روان‌شناختی متعددی برای بهبود کیفیت خواب به‌کار گرفته شده‌اند که اگرچه برخی از آن‌ها اثربخشی قابل توجهی نشان داده‌اند، اما یافته‌های پژوهشی درباره نتایج آن‌ها همواره یکدست نبوده است و در این میان، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[6] به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین و اثرگذار مورد توجه قرار گرفته است (لابارکا[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ باقرزاده حمامچی و همکاران، ۱۴۰۲). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، رویکردی تلفیقی است و عناصر شناخت‌درمانی را با تمرین‌های ذهن‌آگاهی ادغام می‌کند تا الگوهای خودکار، نشخوارگرانه و واکنش‌محور ذهن را تعدیل کند (آندورفر[8] و همکاران، ۲۰۲۶). این رویکرد بر مشاهده غیرقضاوت‌گرانه تجربه‌های درونی، فاصله‌گیری شناختی از افکار مزاحم و کاهش همانندسازی با نگرانی‌ها و نشخوارهای ذهنی تأکید دارد (ما[9] و همکاران، ۲۰۲۶). مهارت‌های آموزش داده شده در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به منظور کمک به افراد برای شناسایی و پذیرش الگوهای ذهنی منفی و دادن پاسخ به آنها می‌باشد (فیلیپس و ساسر[10]، ۲۰۲۴) و هدف از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی این است که از واکنش‌های خودکار، اندیشه‌ها، احساسات و حوادث رهایی یابد (جینز[11] و همکاران، ۲۰۲۵). در حوزه مشکلات خواب، سازوکار اصلی اثرگذاری این مداخله از طریق مهار چرخه نگرانی درباره خواب و تعدیل تفسیرهای فاجعه‌آمیز نسبت به بی‌خوابی عمل می‌کند (دل‌پیشه و همکاران، ۱۴۰۴)، به‌گونه‌ای که با کاهش فعالیت دستگاه عصبی خودمختار و تسهیل فرایند آرام‌سازی روانی، در نهایت به کاهش تأخیر در به خواب رفتن، کاهش بیداری‌های شبانه و بهبود کیفیت کلی خواب منجر می‌گردد (بادر[12] و همکاران، ۲۰۲۵). در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود با دیدگاه وسیع‌تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند. در ذهن‌آگاهی آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شیء یا واقعیت نیستند. عمل ساده بازشناسی افکار همانگونه که می‌تواند بیمار را از واقعیت تحریف‌شده آزاد سازد، اغلب باعث بینش بیشتر می‌شود و احساس کنترل بیشتر بر زندگی را برای بیمار به ارمغان می‌آورد (دانا و همکاران، ۱۴۰۳). در این راستا نتایج مطالعات نشان دادند که ذهن‌آگاهی بر روان‌رنجورخویی و با وجوان بودن پرستاران تاثیر مستقیم دارد (صادق‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲)، مداخله ذهن‌آگاهی باعث کاهش تنش روانشناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده است (معصومی و همکاران، ۱۴۰۳)، رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث اضطراب درد زنان شده است (الهام و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان ذهن‌آگاهی نوجوان محور باعث کاهش سرگردانی ذهنی و علائم افسردگی شده است (صلاحی‌اصفهانی و ایزدی، ۱۴۰۱)، در یک بررسی متاآنالیز، درمان ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری بر کاهش روان‌نژندی و پرخاشگری بیماران مبتلا به اختلال خواب دارد (ژیا[13] و همکاران، ۲۰۲۵)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش درد ذهنی و کیفیت خواب بیماران اثربخش است (کواک[14] و همکاران، ۲۰۲۵)، آموزش

1 Faldi
2 cognitive flexibility
3 Lopez-Canul
4 resilience
5 Durante
6 Mindfulness-Based Cognitive Therapy
7 Labarca
8 Andorfer
9 Ma
10 Phillips & Susser
11 Janes
12 Badr
13 Xia
14 Koc

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

ذهن‌آگاهی باعث کاهش روان‌رنجورخویی بیماران مبتلا به اختلالات خواب شده است (ژاو[1] و همکاران، ۲۰۲۳)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود سلامت روان و کاهش درد ذهنی بیماران شده است (فاگتر[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به اینکه اختلالات خواب صرفاً پدیده‌هایی زیستی نبوده و در بستر عوامل هیجانی و شناختی پیچیده‌ای شکل می‌گیرند و تداوم می‌یابند، روشن شده است که بسیاری از مداخلات متداول علیرغم تمرکز بر نشانه‌های ظاهری نتوانسته‌اند به‌طور پایدار بر ابعاد عمیق‌تر تجربه درونی بیماران اثر بگذارند. ازاین‌رو، توجه به رویکردهایی که بتوانند نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های درونی، تنش‌های هیجانی و الگوهای ذهنی مزاحم را تغییر دهند ضرورتی انکارناپذیر یافته است. در این راستا پژوهش حاضر می‌کوشد فراتر از مدیریت صرف نشانه‌ها، به اصلاح فرآیندهای زمینه‌ساز تداوم رنج و ناپایداری روانی در این بیماران بپردازد و از طریق بهره‌گیری از یک مداخله نوین، امکان بهبود سازگاری روان‌شناختی و کاهش چرخه‌های معیوب تجربه درونی را فراهم کند و خلأ موجود در رویکردهای پیشین را جبران کرده و افق تازه‌ای برای مداخلات مؤثرتر در این حوزه بگشاید. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری بیماران مبتلا به آپنه انسدادی خواب مراجعه‌کننده به کلینیک خواب بیمارستان گلستان در سال ۱۴۰۴ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن[3] با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه محاسبه شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص آپنه انسدادی خواب توسط دکتر متخصص روانپزشکی_فلوشیپ خواب و درج در پرونده پزشکی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم تشخیص اختلالات روانشناختی و مصرف داروهای روانپزشکی با استفاده از مصاحبه بالینی بود. همچنین معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه جلسات درمانی یا ارزیابی‌ها، غیبت بیش از دو جلسه، وجود پرسشنامه مخدوش، شرکت همزمان در سایر درمان‌های روانشناختی یا دارویی و عدم همکاری مؤثر و فعال در طی جلسات آموزشی و انجام تکالیف خانگی بود. روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در شروع پژوهش، به پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند، سپس افراد گروه آزمایش به صورت گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه را دریافت نمودند. جلسات درمانی در اتاق مشاوره کلینیک خواب بیمارستان گلستان توسط درمانگر آموزش دیده به صورت گروهی اجرا شد. در طول این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، سپس هر دو گروه مجدد به پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند و پس از گذشت دو ماه آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد. در تمام مراحل اجرای پژوهش، اصول اخلاقی پژوهش رعایت شد. پیش از آغاز مطالعه، هدف‌ها، روش اجرا، ماهیت مداخلات، مدت‌زمان جلسات و حقوق شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاف توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ گردید. پس از انجام آزمون پیگیری جهت رعایت حقوق افراد گروه کنترل، مداخله برای آن‌ها نیز اجرا شد. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان این حق را داشتند که در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه همکاری انصراف دهند. به‌منظور حفظ محرمانگی، اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان کدگذاری شده و نتایج پژوهش به‌صورت کلی و گروهی گزارش شد و از انتشار هرگونه اطلاعات هویتی خودداری گردید. همچنین، داده‌های گردآوری‌شده صرفاً در راستای اهداف علمی و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت و دسترسی به اطلاعات محدود به پژوهشگر بود. در طول اجرای مداخلات، تلاش شد از هرگونه آسیب روان‌شناختی احتمالی پیشگیری شود و در صورت بروز هرگونه ناراحتی یا مشکل، امکان ارجاع به متخصص فراهم بود. این پژوهش مطابق با اصول اخلاق در پژوهش‌های علوم رفتاری انجام شد. در نهایت، داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح اطمینان ۰/۹۵ تجزیه و تحلیل شدند.

1 Zhao
2 Fagher
3 Cohen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

ابزار سنجش

مقیاس پنج عاملی شخصیت نئو[1] (NEO-FFI): مقیاس پنج عاملی شخصیت نئو توسط مک‌کری و کاستا[2] (۱۹۹۱) ساخته شده که دارای ۶۰ سوال است و پنج ویژگی شخصیتی شامل روان‌رنجورخویی، برونگرایی[3]، گشودگی به تجربه[4]، انعطاف‌پذیری[5] و وظیفه‌شناسی[6] را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملا مخالفم=۰ تا کاملا موافقم=۴ ثبت می‌شود. هر عامل دارای ۱۲ آیتم و دامنه نمره‌ها از صفر تا ۴۸ است. با جمع نمرات هر یک از سوالات مربوط به هر آیتم، پنج نمره مجزا به دست می‌آید. در پژوهش حاضر تنها از خرده‌مقیاس روان‌رنجورخویی استفاده شد. برای بررسی روایی این مقیاس نیز برای هر یک از عوامل پنج‌گانه، ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های فرم کوتاه و فرم بلند آزمون برای ۴۰ آزمودنی محاسبه و ضرایب همبستگی به دست آمده برای هر یک از عوامل به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۴۱ و ۰/۷۵ بود که این نتایج روایی فرم کوتاه را تایید می‌کند. همچنین پایایی مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش شده است (مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۱). در پژوهش صادقی و منیرپور (۱۴۰۱) برای بررسی روایی ملاک از فرم بلند مقیاس پنج عاملی شخصیت نئو استفاده کردند که برای روان‌رنجورخویی ۰/۷۵، برونگرایی ۰/۸۰، گشودگی به تجربه ۰/۷۴، موافق بودن ۰/۷۱ و وظیفه‌شناسی ۰/۷۷ گزارش شد و پایایی مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ به دست آمد. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر برای خرده‌مقیاس روان‌رنجورخویی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس درد ذهنی[7] (MPS): مقیاس درد ذهنی توسط اورباخ[8] و همکاران (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی و در قالب ۴۴ سوال بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=کاملا مخالفم تا ۵=کاملا موافقم) طراحی شده است. دامنه نمرات از ۴۴ تا ۲۲۰ و نمره برش پرسشنامه ۱۱۰ است. پایایی پرسشنامه به روش ضریب بازآزمایی را در دامنه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و ضریب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های آن (تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی، آشفتگی هیجانی، خشک‌زدگی، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی) از ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ گزارش شده است، همچنین روایی همگرای آن با افسردگی ۰/۶۴ و اضطراب ۰/۵۰ دارای همبستگی مثبت بوده است (اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی کل مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ محاسبه شده و روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک، اضطراب بک و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان از ۰/۳۴ تا ۰/۶۸ و روایی واگرای آن با شفقت‌ورزی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان از ۰/۳۸- تا ۰/۵۷- متغییر است. روایی سازه بر اساس تحلیل عاملی نیز ۶ عامل به نام‌های پوچی و بی‌ارزشی، سردرگمی و آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی/از خود بیگانگی و ترس از تنهایی را تایید کرد که در مجموع ۶۶ درصد از واریانس درد ذهنی را تبیین کرده‌اند. آلفای کرونباخ مولفه‌های مذکور از ۰/۸۷ تا ۰/۹۶ متغیر بوده‌اند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش نشوه و فرقدانی (۱۴۰۰) پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

مداخله درمانی

در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل ذهن‌آگاهی کابات_زین[9] (۲۰۰۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا گردید که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

1 neo five-factor inventory
2 McCrae & Costa
3 extraversion
4 openness to experience
5 flexibility
6 conscientiousness
7 Mental Pain Scale
8 Orbach
9 Kabat_zinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف	محتوای جلسه
اول	هدایت خودکار	تشریح ماهیت تشکیل جلسه و بیان اهداف درمان، بیان لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و تاثیر آن بر مشکلات خواب، اضطراب.
دوم	رویارویی با موانع	مرور آموخته‌ها و تکالیف جلسه قبل، تمرین وارسی بدن و دادن بازخورد به شرکت‌کنندگان، ارائه مبحث مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس.
سوم	حضور ذهن از تنفس	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین مراقبه نشسته و ارائه بازخورد به شرکت‌کنندگان و ارائه مبحث تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای.
چهارم	ماندن در زمان حال	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، ارائه مبحث تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن "، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی تنفس و اسکن بدن.
پنجم	مجوز حضور	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین تنفس، ارائه مبحث مراقبه نشسته" آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار"، توضیحاتی پیرامون استرس و رابطه آن با رنج، آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی.
ششم	افکار حقایق نیستند	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین یوگای هوشیارانه و ارائه مبحث متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین و تمرین مراقبه نشسته.
هفتم	مراقبت از خود	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، ارائه مبحث بهداشت‌روان، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش برای کاهش اضطراب و تمرینات جلسات قبل.
هشتم	پذیرش و تغییر	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین وارسی بدن، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات.

یافته ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن گروه آزمایش ۵/۴۹±۳۵/۲۲ و گروه کنترل ۶/۱۷±۳۳/۴۱ بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۸ نفر معادل (۵۵٪) مرد و ۷ نفر معادل (۴۵٪) زن بودند و در گروه کنترل ۹ نفر معادل (۶۰٪) مرد و ۴ نفر معادل (۴۰٪) زن بودند. از میان شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۵ نفر معادل (۳۰٪) مجرد و ۱۰ نفر معادل (۷۰٪) متاهل بودند و در گروه کنترل ۶ نفر معادل (۳۵٪) مجرد و ۸ نفر معادل (۵۸/۵٪) متاهل و ۱ نفر معادل (۶/۵) مطلقه بودند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای روان‌رنجورخویی و درد ذهنی

متغیر	مرحله	شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روان‌رنجورخویی	پیش‌آزمون	۴۱/۶۶	۵/۹۵	۴۳/۷۸	۶/۳۱
	پس‌آزمون	۳۳/۸۲	۴/۷۴	۴۲/۶۵	۶/۰۹
	پیگیری	۳۳/۲۱	۴/۵۹	۴۲/۵۱	۶/۲۷
درد ذهنی	پیش‌آزمون	۱۷۵/۵۴	۱۱/۳۹	۱۷۶/۳۸	۱۱/۵۸
	پس‌آزمون	۱۳۶/۰۴	۸/۴۲	۱۷۶/۲۵	۱۱/۶۷
	پیگیری	۱۳۵/۳۱	۸/۲۶	۱۷۵/۴۴	۱۱/۴۹

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای روان‌رنجورخویی و درد ذهنی داشته است. در واقع روند تغییرات متغیر ت روان‌رنجورخویی و درد ذهنی در گروه آزمایش کاهش بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو_ویلک نشان داد داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵). جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

مراحل سنجش همگون است. نتایج آزمون امباکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چند متغیره برقرار است (P>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر روان‌رنجورخویی (P=۰/۱۴، W=۰/۸۳) و درد ذهنی (P=۰/۶۳، W=۰/۹۱) معنادار نیست، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای روان‌رنجورخویی و درد ذهنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
روان‌رنجورخویی	زمان	۳۵۱/۳۷	۲	۱۷۵/۶۸	۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۱۱
	زمان*گروه	۶۲۸/۱۴	۲	۳۱۴/۰۷	۱۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴
	بین‌گروهی	۱۲۷۹/۰۵	۱	۱۲۷۹/۰۵	۱۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲
درد ذهنی	زمان	۵۶۸/۴۱	۲	۲۸۴/۲۰	۷۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	زمان*گروه	۵۱۹/۲۴	۲	۲۵۹/۶۲	۶۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	بین‌گروهی	۱۲۲۳/۷۵	۱	۱۲۲۳/۷۵	۱۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰

نتایج جدول ۳ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای روان‌رنجورخویی (P=۰/۰۰۱، F=۱۷/۲۵، η=۰/۴۲) و درد ذهنی (P=۰/۰۰۱، F=۱۹/۴۱، η=۰/۴۰) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه‌ها در متغیر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی

متغیر	مقایسه مراحل		آزمایش		کنترل	
			اختلاف میانگین	معنی‌داری	اختلاف میانگین	معنی‌داری
روان‌رنجورخویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۸۴	۰/۰۰۱	۱/۱۳	۰/۳۸۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۴۵	۰/۰۰۱	۱/۲۷	۰/۲۶۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۱	۰/۵۱۱	۰/۱۴	۰/۱۴۱
درد ذهنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۹/۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۲۱۹
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۳۶۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۳	۰/۳۲۹	۰/۸۱	۰/۱۷۹

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۴ نشان داد که در هر دو متغیر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی در گروه آزمایش، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون در سطح p<۰/۰۵ تفاوت معنی‌دار وجود دارد، در حالی که در گروه کنترل این تفاوت‌ها معنادار نیست (p>۰/۰۵). همچنین، در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری در قیاس با پس‌آزمون تفاوت‌ها معنادار وجود نداشت (p>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر روان‌رنجورخویی و درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش روان‌رنجورخویی بیماران مبتلا به آپنه خواب شده است. این یافته با نتایج مطالعات معصومی و همکاران (۱۴۰۳)، صادق‌زاده و همکاران (۱۴۰۲)، ژیا و همکاران (۲۰۲۵)، ژاو و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تمرکز اصلی خود را بر وقایع

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

ذهنی در لحظه حال معطوف می‌کند و این توجه را در وضعیتی غیر قضاوتی انجام می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی‌شان را بدون اجتناب و تنبیه آنها و همچنین بدون غرق شدن در هیجانات مورد شناسایی و ادراک قرار دهند، وقایع ذهنی را به‌عنوان اموری گذرا و در حال گذر در نظر بگیرند. همچنین از طریق معطوف نمودن توجه فرد به لحظه حال باعث می‌شود تا افراد کمتر خود را در حالت تنش و فشار ناشی از مقابله با افکار قرار دهند و در نتیجه روان‌رنجورخویی کاهش می‌یابد (صادق‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲). بیماران مبتلا به آپنه خواب تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل خستگی، بی‌حالی و کاهش عملکرد خود را به آپنه خواب ربط دهند، ذهن‌آگاهی سبب می‌شود تا با افزایش تمرکز ذهنی، کیفیت خواب آنها بهبود یابد و لذا ازاین‌جهت در بهبود وضعیت خواب بیماران مبتلا به آپنه خواب مؤثر است، از دیگر سو در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد تشویق می شوند تا بر آنچه در هر لحظه تجربه می‌کنند، از جمله احساسات درونی، حس‌های بدنی، افکار و عواطف، همچنین جنبه‌های محیطی مانند مناظر و صداها، تمرکز کنند و بدون قضاوت به این تجربیات بپردازند (ژاو و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که از سطح بالایی از ذهن‌آگاهی برخوردارند، درک و بینش مناسبی از فرآیندهای شناختی و قابلیت‌های خود دارند. بنابراین، به کارگیری استراتژی‌های مؤثر برای رویارویی با چالش‌ها، منجر به افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت‌های کنونی می‌شود و با افزایش آگاهی از احساسات شخصی و دیگران، افراد ارتباطات بهتری با دیگران برقرار می‌کنند و با پایداری هیجانی و تعدیل واکنش‌های بین‌فردی، میزان روان‌رنجورخویی در آنان کاهش می‌یابد (ژیا و همکاران، ۲۰۲۵).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش درد ذهنی بیماران مبتلا به آپنه خواب شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های الهام و همکاران (۱۴۰۱)، صلاحی‌اصفهانی و ایزدی (۱۴۰۱)، کواک و همکاران (۲۰۲۵)، فاگتر و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا با افزایش آگاهی از لحظه حال، نسبت به افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند و در نتیجه بتوانند بهتر با چالش‌ها و استرس‌های روزمره مواجه شوند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ابزار مؤثری برای کاهش نشخوار فکری در حیطه احساس طرد و شکست است. با افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات، افراد می‌توانند بهتر با چالش‌ها مواجه شوند و رفتارهای خود را کنترل کنند (صلاحی‌اصفهانی و ایزدی، ۱۴۰۱). ذهن‌آگاهی به‌نوعی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شوند، شناسایی کنند و شناخت بهتری نسبت به خود پیدا نمایند و سپس از اساس آن راهبردهای مقابله‌ای لازم را برای کنترل اضطراب و استرس دریافت نموده در نتیجه استرس و اضطراب در آنان پیوسته کاهش می‌یابد. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و روابط اجتماعی افراد نیز کمک کند. آموزش ذهن‌آگاهی موجب می‌گردد که بیماران به خودباوری مثبت در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا و تسلط بر فرآیندهای ذهنی خویش برسند و به این آگاهی دست می‌یابند که می‌تواند بر دروندادهای ذهنی و بروندادهای رفتاری خویش تسلط یابد (کواک و همکاران، ۲۰۲۵) و شکل‌گیری این آگاهی و شناخت، بیماران را به این نتیجه می‌رساند که می‌توانند بر اوضاع مسلط شود و از افکار منفی که منجر به احساس درماندگی بی‌ارزشی، تنهایی یا ناامیدی می‌گردد جلوگیری کنند. در نتیجه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تعدیل هیجانات ناسازگار به هیجانات سازگار، تجربه‌ای جدید و اصلاحی برای فرد ایجاد می‌کند که در نهایت موجب کاهش میزان درد ذهنی در افراد می‌شود (فاگتر و همکاران، ۲۰۲۳).

در مجموع می‌توان گفت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تکنیک‌هایی را به کار می‌برد تا دیدگاه فرد را در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله با افکار و هیجانات را تغییر دهد و او را به سمت احساس خودکنترلی بیشتر سوق دهد. علاوه براین، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دانشی را در اختیار افراد قرار می‌دهد تا موقعیت‌های منفی و استرس‌زا را شناسایی کنند و به درک واقعبینانه‌تر از نقاط قوت و ضعف خود دست یابند و سپس با تکیه بر نقاط قوت‌ها در مواجهه با این موقعیت‌ها، از روش‌های مقابله مؤثر استفاده کنند.

پژوهش حاضر مانند تمام پژوهش‌ها دارای محدودیت بود، از جمله می‌توان به هدفمند بودن نمونه اشاره کرد که تعمیم‌دهی نتایج را با محدودیت مواجه خواهد ساخت. داده‌های پژوهش از راه نظرسنجی و پرسشنامه خود گزارشی حاصل شده‌اند و احتمال دارد با داده‌هایی ناشی از مشاهده بالینی متفاوت باشند. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در آینده مطالعه‌ای با حجم نمونه بیشتر، انتخاب تصادفی و مشاهدات بالینی انجام دهند. با توجه به نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر که بیانگر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است، پیشنهاد می‌شود که برای بیماران مبتلا به آپنه خواب کارگاه‌های آموزشی در نظر گرفته شود و آن‌ها را با عوامل آپنه انسدادی خواب آشنا کرده و راهکارهایی کاربردی جهت کاهش این عوامل ارائه دهند و زمینه را برای بهبود وضعیت جسمی و روانی آنها فراهم نمایند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

منابع

اسحقی کاخکی، ه.، حیدرپور، ک.، زارع، م.، امان اللهی، ع.، و بهجتی اردکانی، م. (۱۴۰۱). ارتباط آپنه انسدادی خواب و عملکرد ریوی کارگران در یکی از صنایع آلومنیوم سازی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۴۰(۷۰۴)، ۱۱۲۷-۱۱۲۱. SID. https://sid.ir/paper/1118614/fa

الهام، آ.، گل‌پرور، م.، سجادیان، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شادکامی فورادیس بر اضطراب درد زنان مبتلا به سردرد میگرنی. *بیهوشی و درد*، ۱۳(۱)، ۶۰-۷۶. http://jap.iums.ac.ir/article-۱-۵۶۲۹-fa.html

باقرزاده حمامچی، ن.، آب خوی، ش.، و اسمخانی اکبری‌نژاد، ه. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و شدت درد زنان مبتلا به میگرن. *بیهوشی و درد*، ۱۴(۳)، ۳۹-۴۹. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5726-fa.html

دل‌پیشه، ع.، دهقان قهفرخی، ش.، و نصیری، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی_رفتاری و تمرین مدیتیشن ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و افسردگی زنان. *مطالعات سایکوفیزیولوژی در ورزش*، ۳(۲)، ۱۷-۱. http://doi:10.71852/PSS.2025.1221864

دانا، م.، کشاورزی، ف.، حسنی، ف.، محمدخانی، پروانه. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اختلال خواب، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۷)، ۲۱-۳۷. http://psychologicalscience.ir/article-۲۰۸۱-fa.html

صادقی، م.، و منیرپور، ن. (۱۴۰۱). پیش بینی اضطراب جدایی کودکان دبستانی بر اساس ساختار شخصیت و روابط موضوعی مادران. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۸)، ۱۱۰-۱۰۳. http://frooyesh.ir/article-۳۴۲۱-fa.html

صادق زاده، م.، شریعت نیا، ک.، و رسولی، ن. (۱۴۰۲). مدل ساختاری ذهن آگاهی, بدتنظیمی هیجانی, روان رنجور خویی و با وجدان بودن با سلامت روان پرستاران با نقش میانجی تحمل پریشانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۲۱(۲)، ۱۵۲-۱۴۱. http://unmf.umsu.ac.ir/article-۴۸۲۵-fa.html

صلاحی اصفهانی، ن.، و ایزدی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بر سرگردانی ذهنی و علائم افسردگی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۲)، ۲۹۴-۳۰۴. http://rbs.mui.ac.ir/article-۱۳۰۵-fa.html

قریب‌بلوک، م.، میکائیلی، ن.، بشرپور، س.، و قریب بلوک، س. (۱۴۰۲). بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در رابطه بین حساسیت اضطرابی، روان رنجوری، نگرش‌های ناکارآمد و کیفیت خواب در نوجوانان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۵)، ۱۱۷-۱۰۳. http://doi:10.32598/shenakht.10.5.103

قندهاری، پ.، و شیرافکن کوپکن، ع. (۱۴۰۱). *مقایسه کیفیت خواب، درد ذهنی و خستگی ذهنی پرستاران شیفت شب و پرستاران شیفت روز*. اولین کنفرانس بین المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پرورش. https://civilica.com/doc/1517662

کرمی، ج.، بگیان کوله‌مرز، م.، مؤمنی، خ.، و الهی، ع. (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روانسنجی و تحلیل عامل تائیدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی. *روانشناسی سلامت*، ۷(۱)، ۱۷۲-۱۴۶. DOI:20.1001.1.23221283.1397.7.25.10.7

لک، م.، و باقریان، ر. (۱۴۰۳). نقش میانجی باورهای فراشناختی ناسازگار در رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی روان-رنجورخویی و وجدان‌مندی با علائم اختلال بی‌خوابی و کابوس در دانشجویان دانشگاه اصفهان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳(۹)، ۱۰-۱. http://frooyesh.ir/article-۵۲۵۱-fa.html

مهدوی، ز.، کربلایی محمد میگونی، ا.، و رضابخش، ح. (۱۴۰۴). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه با طردشدگی از سوی والدین و درد ذهنی در افراد مبتلا به جرح خویشتن. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۶(۶۲)، ۱۷۰-۱۳۵. https://doi.org/10.22054/qccpc.2025.79538.3310

معصومی، ت.، منشئی، غ.، فرهادی، ه. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی واقعیت مجازی و ذهن آگاهی با ذهن آگاهی کوتاه مدت بر نگرانی و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۳(۴)، ۱۱۴-۹۹. http://jhpm.ir/article-۱-۱۷۵۱-fa.html

نشوه، ف.، فرقدانی، آ. (۱۴۰۰). اضطراب دندانپزشکی: نقش پیش‌بین نشانگان شناختی_توجهی، درد ذهنی و هوشیاری درون بدنی. *رویش روان شناسی*، ۱۰(۱۱)، ۱۵۹-۱۶۸. http://frooyesh.ir/article-۲۹۵۰-fa.html

همائی مجاز، ز.، سیف، ع.، و کرد نوقابی، ر. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر اختلال بی خوابی در میان‌سالان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۵)، ۱۵۶-۱۳۹. http://doi:10.52547/JPS.23.135.641

هوشمند، م.، فرهادیان، ع.، و کلانتر قریشی، م. (۱۴۰۴). پیش بینی عادات خواب نوجوانان براساس انعطاف پذیری شناختی و تنظیم هیجان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۵۶)، ۲۶۹-۲۵۷. http://doi:10.61186/jps.24.156.15

Andorfer, A., Hiebler, M., Senra, H., Peter, J., Kraler, S., Kaufmann, P., Pollheimer, E., Spah, C., Kresse, A., Kapfhammer, H. P., & Unterrainer, H. F. (2026). Effects of a Mindful Self-Compassion Intervention on Emotion Regulation in

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]

Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Neuropsychobiology*, 85(1), 12–21. https://doi.org/10.1159/000548902

Beache, G. M., Hutchinson, B., Raman, B., Macey, P. M., Pham, N., Rodriguez-Lozano, P. F., Redeker, N. S., & Somers, V. K. (2025). Sleep apnea at the frontier- an integrated multidisciplinary functional framework. *Sleep medicine reviews*, *84(1)*, 102-119. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2025.102190

Badr, M. S., Khayat, R. N., Allam, J. S., Hyer, S., Mustafa, R. A., Naughton, M. T., Patil, S., Pien, G. W., Randerath, W., & Won, C. (2025). Treatment of central sleep apnea in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, *21*(12), 2181–2191. https://doi.org/10.5664/jcsm.11858

Chen, H., Zhu, J., Yang, Z., Zha, Y., & Yang, J. (2025). The causal role of multiple negative emotions in chronic respiratory diseases: A two-sample Mendelian randomized study. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, *80(1)*, 100-118. https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2025.100819

Duranté, E. K., Ribeiro, A., Gaspard-Boulinc, L., Boutron, I., Henry, C., Petit, A. C., Houenou, J., Lemogne, C., & Chevance, A. (2025). Biological research on mental pain, social pain and other pains not primarily felt in the body: methodological systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *227*(4), 707–717. https://doi.org/10.1192/bjp.2024.292

Faldi, M., Tarchi, L., Cassioli, E., Rossi, E., Ristori, J., Fisher, A. D., Stanghellini, G., Ricca, V., & Castellini, G. (2026). Mental Pain and Psychological Correlates in Individuals With Gender Dysphoria. *The International journal of social psychiatry*, 2(1), 764-782. https://doi.org/10.1177/00207640251409842

Fagher, K., Dahlström, Ö., & Lexell, J. (2023). Effects of mindfulness on Mental health, sleep, and mental pain in elite Para athletes and the association with injury and illness-A prospective study. *PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation*, *15*(9), 1130–1139. https://doi.org/10.1002/pmrj.12917

Ji, X., Fang, X., Leung, P. W. L., & Liu, J. (2026). Sleep quality and mindfulness: mediating the relationship between neuroticism and subjective well-being in early adolescents. *World journal of pediatrics: WJP*, *21*(11), 1152–1162. https://doi.org/10.1007/s12519-025-00979-3

Janes, E. E., Trevino, Z. R., Koehl, H., & Hung, Y. H. (2025). Internal family systems and spirituality: Implications for supervision. *Contemporary Family Therapy*, 44(3), 215–225. https://doi.org/10.1007/s10591-021-09622-6

Koc, E. R., Saridas, F., Yetkin, M. F., Bilge, N., Dinc, Y., Akarsu, E. O., Lazrak, S. E., Gluscevic, S., Tunc, A., Seferoglu, M., Baydar, C., Sıvacı, A. O., Turan, O. F., & Ozkaya, G. (2025). Effects of Mindfulness on mental health, mental pain, sleep and quality of life. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, *46*(9), 4555–4567. https://doi.org/10.1007/s10072-025-08277-6

Kabat_zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illn*ess. New York: Delta trade paperback.

López-Canul, M., Oveisi, A., He, Q., Vigano, M. L., Farina, A., Comai, S., & Gobbi, G. (2025). Neuropathic pain impairs sleep architecture, non-rapid eye movement sleep, and reticular thalamic neuronal activity. *The international journal of neuropsychopharmacology*, *28*(5), 17-29. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaf017

Labarca, G., Henríquez-Beltrán, M., & Messineo, L. (2025). Multimodal Treatment of Sleep Apnea. *Sleep medicine clinics*, *20*(1), 115–126. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2024.10.006

Mohtasham Kia, Y., Haji Mohammadi, A., Emami, S., Barati, M. (2025). The Role of 2-Dimensional and 3-Dimensional Speckle Tracking Echocardiography in Detecting Early Myocardial Dysfunction in Obstructive Sleep Apnea Patients. *Med J Islam Repub Iran*, 39(1), 1089-1098. http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-9725-en.html

Ma, R., Wu, X., & Xu, W. (2026). Sip, savor, but don't spill: mindfulness enhances alcohol enjoyment without boosting consumption. *Addictive behaviors*, *172(1)*, 108-115. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2025.108505

Mauries, S., Rolland, B., Frija-Masson, J., d'Ortho, M. P., Catoire, S., Zehani, F., Davido, G., Lejoyeux, M., & Geoffroy, P. A. (2026). Sleep apnea and substance use: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, *85(1)*, 102-112. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2025.102228

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1991). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*, 33(3), 219–30. DOI:10.1521/suli.33.3.219.23219

Phillips, K. A., & Susser, L. C. (2024). Body Dysmorphic Disorder in Women. *The Psychiatric clinics of North America*, 46(3), 505–525. https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.007

Van Looij, M. A. J., Singh, S. K., Aarab, G., Plooij, J. M., Reesink, H. J., Schoustra, E., & van Maanen, J. P. (2026). Obstructieve slaapapneu bij volwassenen [Obstructive sleep apnea in adults]. *Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde*, *133*(2), 60–67. https://doi.org/10.5177/ntvt.2026.02.25053

Xia, M., Liu, T., Chang, F., Salanitro, M., Wessel, N., & Penzel, T. (2025). Impact of obstructive sleep apnea on early renal injury biomarkers: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine*, *138(1)*, 186-198. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.108688

Yeh, M. H., & Li, R. H. (2025). Relationships for Women with Breast Cancer Among Extraversion and Neuroticism Personality, Stress, Demoralization, Sleep Disturbance, and Psychological Well-Being: A Structural Equation Model. *Cancers*, *17*(3), 400-411. https://doi.org/10.3390/cancers17030400

Zhao, D., Wang, H., Feng, X., Lv, G., & Li, P. (2023). Relationship between neuroticism and sleep quality among asthma patients: the mediation effect of mindfulness. *Sleep & breathing=Schlaf & Atmung*, *23*(3), 925–931. https://doi.org/10.1007/s11325-019-01814-6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.271]