MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 27
Published online 2026 May **Original Article**

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sense of Coherence, Difficulties in Emotion Regulation, and Sleep Quality in Women with Asthma

Kazemi FS[1], *Sodagar Sh[1], Tajeri B[1], Shokrgozar A[1], Tavakol M[2]

Author Address
1. Department of Health and Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.
Corresponding Author's Email: sh.sodagar@iau.ac.ir

Received: 2026 February 16; **Accepted:** 2026 Jun 5

Abstract

Background & Objectives: Asthma is one of the most common chronic inflammatory diseases of the respiratory system, characterized by reversible airway obstruction, bronchial hyperresponsiveness, and symptoms such as dyspnea, wheezing, and chest tightness. As a chronic condition, asthma has extensive consequences for various dimensions of patients' lives, including psychological, emotional, and social functioning, often leading to a decreased sense of control, increased feelings of helplessness, and diminished mental health. Previous studies have shown that patients with asthma experience higher levels of anxiety, depression, and rumination compared to healthy individuals, which weakens their coping resources. One important construct in explaining this process is the sense of coherence, which represents a global life orientation regarding the extent to which individuals perceive the world as comprehensible, manageable, and meaningful. Furthermore, difficulties in emotion regulation and poor sleep quality are prevalent psychological challenges in this population, significantly affecting disease management and quality of life. The present study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy (MBCT) on the sense of coherence, difficulties in emotion regulation, and sleep quality in women with asthma.

Methods: This study employed a quasi–experimental pretest–posttest design with a three–month follow–up. The statistical population included all women with asthma who were referred to the Allergy Specialty Clinic of Imam Ali Hospital in Karaj, Iran, in 2024. Among them, 30 participants were selected via purposive sampling according to the inclusion criteria and were randomly assigned to two groups (one experimental group and one control group), with 15 participants in each group. The inclusion criteria were as follows: a confirmed diagnosis of asthma by a pulmonologist; age between 20 and 45 years; the ability to read and write; provision of written informed consent to participate in the study; no use of psychiatric medications; and no concurrent receipt of other psychological treatments, based on self–report. The exclusion criteria included absence from more than two intervention sessions, concurrent participation in other group–based treatments, the need for hospitalization, unwillingness to continue participation, and the need for individual psychotherapy during the intervention period. It should be noted that, in this study, the use of asthma–related medications was kept constant throughout the study period, and participants continued taking their prescribed medications according to their treating physician's instructions. This procedure was implemented to control the potential effects of medication changes and to ensure that the observed changes in the psychological variables were, to the greatest extent possible, attributable to the mindfulness–based cognitive therapy (MBCT) intervention rather than to changes in asthma pharmacotherapy. The experimental group received eight 90–minute weekly sessions of mindfulness–based cognitive therapy based on the protocol developed by Segal et al. (2002). The control group received no intervention. Data were collected using the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1993), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989). Data were analyzed using SPSS software, version 25. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. In the inferential statistics section, repeated–measures analysis of variance, the Bonferroni post hoc test, and the chi–square test were used to examine differences between the two groups in terms of demographic variables. The significance level for all statistical tests was set at 0.05.

Results: The results showed that the main effects of group and time, as well as the group×time interaction, were significant for the sense of coherence, difficulties in emotion regulation, and sleep quality ($p<0.001$). Furthermore, the mean scores of these variables differed significantly between the pretest and posttest, as well as between the pretest and follow–up assessments ($p<0.001$). However, no significant differences were observed between the posttest and follow–up assessments ($p>0.05$), indicating that the effects of the intervention were maintained during the 3–month follow–up period.

Conclusion: Based on the results of the present study, mindfulness–based cognitive therapy improved sense of coherence, reduced difficulties in emotion regulation, and enhanced sleep quality in women with asthma. Therefore, this intervention may be considered to improve these outcomes when designing psychological interventions for patients with asthma.

Keywords: Mindfulness–based cognitive therapy, Sense of coherence, Difficulties in emotion regulation, Sleep quality, Asthma.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

Copyright © 2026, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم

فخرالسادات کاظمی[۱]، *شیدا سوداگر[۱]، بیوک تاجری[۱]، علیرضا شکرگزار[۱]، مرضیه توکل[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: sh.sodagar@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ بهمن۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ خرداد۱۴۰۵

چکیده

زمینه و هدف: آسم به‌عنوان بیماری مزمن تنفسی، بر هیجانات و کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های آلرژی امام علی(ع) شهر کرج در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. از بین آن‌ها سی بیمار داوطلب، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با رعایت ملاک‌های ورود، انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش به‌مدت هشت‌جلسهٔ نوددقیقه‌ای برنامهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه گواه در فهرست انتظار ماند. ابزارهای پژوهش، مقیاس حس انسجام (آنتونوفسکی، ۱۹۹۳)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین، تفاوت میانگین نمره‌های متغیرهای یادشده، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم اثربخشی دارد و این اثرگذاری در طول پیگیری سه‌ماهه ماندگار است.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان، کیفیت خواب، آسم.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

۱ مقدمه

آسم[1] از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن التهابی دستگاه تنفسی است که با انسداد برگشت‌پذیر راه‌های هوایی، افزایش حساسیت مجاری تنفسی و علائمی همچون تنگی نفس، خس‌خس سینه، سرفه‌های مکرر و احساس فشار در قفسه سینه مشخص می‌شود (۱). این بیماری حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک، ایمنی و محیطی است که عملکرد طبیعی سیستم تنفسی را مختل می‌کند و فرد را درمعرض دوره‌های مکرر عود علائم قرار می‌دهد (۲). آسم صرفاً اختلال جسمانی محدود به سیستم تنفسی نیست، بلکه به‌عنوان بیماری مزمن، پیامدهای گسترده‌ای برای ابعاد مختلف زندگی فرد ازجمله کارکردهای روان‌شناختی، هیجانی، اجتماعی و کیفیت زندگی دارد و می‌تواند منجربه کاهش احساس کنترل فرد بر زندگی، افزایش درماندگی و افت سلامت روان شود (۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به آسم درمقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از اضطراب، افسردگی، استرس و نشخوار ذهنی را تجربه می‌کنند و بیشتر درمعرض اختلالات روان‌تنی قرار دارند (۴). این وضعیت می‌تواند به تضعیف منابع مقابله‌ای فرد و کاهش ظرفیت سازگاری روان‌شناختی منجر شود. یکی از سازه‌های مهم در تبیین این فرایند، حس انسجام[2] است که توسط آنتونوفسکی[3] به‌عنوان جهت‌گیری کلی زندگی تعریف شد و بیانگر میزان درک فرد از جهان به‌عنوان محیطی فهم‌پذیر، مدیریت‌پذیر و معنادار است (۵). حس انسجام زیاد با تاب‌آوری بیشتر، سلامت روان بهتر و توانایی بیشتر در مواجهه با استرس‌های مزمن همراه است و نقش حفاظتی مهمی در برابر پیامدهای روان‌شناختی بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند (۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر آسم، حس انسجام کمتر، علائم جسمانی شدیدتر، افسردگی بیشتر و کیفیت زندگی ضعیف‌تری دارند (۷).

ازسوی‌دیگر، یکی از پیامدهای روان‌شناختی مهم آسم، دشواری در تنظیم هیجان[4] است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که افراد ازطریق آن‌ها بر تجربه، شدت، مدت و ابراز هیجان‌های خود نظارت و کنترل اعمال می‌کنند (۸). نقص در این فرایند می‌تواند به افزایش واکنش‌پذیری هیجانی، ناتوانی در مهار هیجان‌های منفی و تشدید علائم روان‌تنی منجر شود. ژنگ و همکاران گزارش کردند که بیماران مبتلا به آسم در شناسایی، درک و مدیریت هیجان‌ها عملکرد ضعیف‌تری دارند و این بدتنظیمی هیجانی با شدت علائم بیماری، دفعات حملات آسم و افزایش اضطراب و افسردگی رابطهٔ معنادار دارد (۹)؛ بدین‌ترتیب، تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت روان در بیماران مزمن، نقش تعیین‌کننده‌ای در سازگاری روان‌شناختی و کنترل علائم بیماری ایفا می‌کند (۱۰).

کیفیت خواب[5] نیز از دیگر متغیرهای مهم مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به آسم است. خواب ناکافی یا بی‌کیفیت، از شکایت‌های شایع این بیماران محسوب می‌شود و اغلب به‌دلیل تنگی نفس شبانه، سرفه‌های مزمن و اضطراب ناشی از حملات تنفسی بروز می‌یابد (۱۱). اختلال خواب ممکن است با پیامدهایی نظیر خستگی مزمن، افت تمرکز، تحریک‌پذیری هیجانی، کاهش کارکرد شناختی و تضعیف سیستم ایمنی همراه باشد و منجربه تشدید چرخهٔ معیوب علائم جسمانی و روانی شود (۱۲). تاکمورا و همکاران گزارش کردند که کیفیت ضعیف خواب در بیماران مبتلا به آسم با افزایش شدت علائم بیماری، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه است (۱۳).

باتوجه‌به ماهیت روان‌تنی آسم و تعامل دوسویهٔ عوامل جسمانی و روان‌شناختی، توجه به مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان مکمل درمان‌های دارویی، ضروری به‌نظر می‌رسد. تمرکز درمان‌های دارویی عمدتاً بر کنترل علائم فیزیولوژیک است و اغلب ابعاد هیجانی، شناختی و کیفیت خواب بیماران را به‌طور مستقیم هدف قرار نمی‌دهند (۱۴). در این میان، رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری، به‌ویژه شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[6]، به‌عنوان مداخلاتی نوین مدنظر پژوهشگران قرار گرفته‌اند. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ترکیبی از اصول شناخت‌درمانی بک[7] و تمرین‌های ذهن‌آگاهی کابات‌زین[8] است که بر افزایش آگاهی غیرقضاوتی دربارهٔ افکار، احساسات و تجربه‌های بدنی در لحظهٔ حال تأکید دارد (۱۵). این رویکرد با کاهش نشخوار ذهنی، افزایش پذیرش تجربه‌های درونی و تقویت مهارت‌های خودتنظیمی می‌تواند به بهبود کارکردهای هیجانی و شناختی افراد کمک کند (۱۶).

شواهد تجربی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش کیفیت خواب و ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اثربخش است (۱۷،۱۸). ژو و همکاران نیز گزارش کردند که ذهن‌آگاهی می‌تواند با افزایش آگاهی بدنی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، به بهبود کنترل علائم جسمانی در بیماران مبتلا به آسم منجر شود (۱۹)؛ بااین‌حال، بخش عمدهٔ پژوهش‌ها بر پیامدهای کلی سلامت روان متمرکز بوده است و به‌طور خاص، نقش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در بهبود حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب در زنان مبتلا به آسم، کمتر بررسی شده است.

افزون‌براین، زنان مبتلا به آسم به‌دلیل داشتن نقش‌های چندگانهٔ اجتماعی، فشارهای روانی و حساسیت هیجانی بیشتر، درمعرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی بیشتری درمقایسه با مردان قرار دارند (۲۰). این گروه، شیوع بیشتری از اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و بدتنظیمی هیجانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر روند بیماری و کیفیت زندگی آنان به‌شدت تأثیر بگذارد (۲۱)؛ باوجوداین، در پژوهش‌های داخلی و خارجی، تمرکز اندکی بر بررسی مداخلات روان‌شناختی اختصاصی برای زنان مبتلا به آسم صورت گرفته و به‌ویژه نقش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای بنیادین سلامت روان در این جمعیت، کمتر مطالعه شده است (۱۴)؛ بنابراین، باتوجه‌به

[1]. Asthma
[2]. Sense of coherence
[3]. Antonovsky
[4]. Emotion regulation
[5]. Sleep quality
[6]. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
[7]. Beck
[8]. Kabat-Zinn

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

اهمیت حس انسجام به‌عنوان منبع مقاومت روان‌شناختی، نقش تنظیم هیجان در سازگاری با بیماری‌های مزمن، جایگاه کیفیت خواب در سلامت جسم و روان و خلأ پژوهشی درزمینهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب در جمعیت خاص زنان مبتلا به آسم، ضرورت انجام پژوهش حاضر آشکار می‌شود. نظام سلامت و مراکز درمانی با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند مداخلات و روش‌های درمانی مؤثرتر و جامع‌تری را برای بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران آسم به‌کار گیرند؛ بنابراین، انجام پژوهش در این زمینه مهم و ضروری است. باتوجه‌به مطالب مذکور، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به آسم مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های آلرژی بیمارستان امام علی(ع) شهر کرج در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که تشخیص آسم آنان توسط پزشک متخصص ریه تأیید شد. از بین جامعهٔ آماری، با استفاده از نرم‌افزا جی‌پاور[1] و براساس اندازهٔ اثر متوسط (۰/۵)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۵، حجم نمونه برابر با ۴۵ نفر برآورد شد. نمونهٔ پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) گمارده شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: تشخیص قطعی آسم توسط پزشک متخصص ریه؛ دامنهٔ سنی ۲۰تا۴۵ سال؛ حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ دریافت‌نکردن هم‌زمان سایر درمان‌های روان‌شناختی براساس خودگزارش‌دهی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در دورهٔ مداخله، شرکت هم‌زمان در سایر درمان‌های گروهی، نیاز به بستری‌شدن، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ همکاری و نیاز به روان‌درمانی فردی در طول اجرای مداخله بود. شایان ذکر است، در این پژوهش مصرف داروهای مرتبط با آسم در طول دورهٔ مطالعه ثابت نگه داشته شد و شرکت‌کنندگان داروهای تجویزشده را مطابق دستور پزشک معالج ادامه دادند. این رویه با هدف کنترل اثرات احتمالی تغییرات دارویی و اطمینان از آن انجام شد که تغییرات مشاهده‌شده در متغیرهای روان‌شناختی، تاحدامکان ناشی از مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باشد و تحت‌تأثیر تغییرات درمان دارویی آسم قرار نگیرد.

به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از توضیح اهداف مطالعه و نحوهٔ اجرای مداخله، به سؤالات احتمالی شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد و رضایت‌نامهٔ آگاهانه کتبی از آنان اخذ شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و نتایج صرفاً به‌صورت کلی گزارش خواهد شد. برای حفظ حریم خصوصی، به هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص داده شد. گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفتگی، مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را به شکل گروهی دریافت کرد. درمانگری که مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را در این پژوهش اجرا کرد، دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی با ده سال سابقهٔ کار بالینی در مراکز مشاوره بود. مداخلهٔ ارائه‌شده برای گروه آزمایش، اجرای برنامهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با اقتباس از پروتکل درمانی سگال[2] و همکاران (۱۵) بود که خلاصهٔ جلسات در جدول ۱ آمده است؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای دورهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و نیز سه ماه پس از انجام مداخله، از هر دو گروه خواسته شد به سؤالات مقیاس حس انسجام[3] (۵)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان[4] (۲۲) و پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ[5] (۲۳) پاسخ دهند. شاخص روایی محتوایی برنامهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌کاررفته در پژوهش حاضر، توسط پنج نفر از متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی و سابقهٔ کار حداقل ده سال در مراکز مشاوره برابر با ۰/۸۹ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ روایی مطلوب این برنامه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس حس انسجام: فرم کوتاه مقیاس حس انسجام توسط آنتونوفسکی در سال ۱۹۹۳ طراحی شد (۵). این ابزار دارای سیزده گویه در طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای است. این پرسش‌نامه بدون خرده‌مقیاس است و نمرهٔ بالاتر بیانگر حس انسجام بیشتر است (۵). در پژوهش آنتونوفسکی، پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴تا۰/۹۱ گزارش شد و تأیید روایی آن با استفاده از روایی هم‌گرا صورت گرفت؛ به‌گونه‌ای‌که بین مقیاس حس انسجام و سایر پرسش‌نامه‌های مرتبط مانند مقیاس بهزیستی عمومی دوپی[6] (۱۹۷۷) همبستگی معنادار برابر با ۰/۶۲ به‌دست آمد (۵). در پژوهش محمدزاده ینگی‌آباد، به‌منظور اعتباریابی مقیاس حس انسجام و بررسی روایی ملاکی، میزان همبستگی نمرات مقیاس حس انسجام با نمرات مقیاس سخت‌رویی بشارت[7] (۲۰۱۲) محاسبه شد که ضریب همبستگی ۰/۵۴ در سطح معناداری ۰/۰۱ به‌دست آمد. همچنین همسانی درونی مقیاس حس انسجام با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ گزارش شد (۲۴).

ـ مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: این مقیاس که شاخص خودگزارشی برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان است، توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شد (۲۲). پرسش‌نامه شامل ۳۶ گویه و شش عامل است: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (شش سؤال)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (پنج سؤال)، دشواری در کنترل تکانه (شش سؤال)، فقدان آگاهی هیجانی (شش سؤال)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (هشت سؤال) و فقدان

[1]. G*Power
[2]. Segal
[3]. Sense of Coherence Scale (SOC)
[4]. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
[5]. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
[6]. Dupuy's General Well-Being Schedule) GWBS)
[7]. Besharat's Hardiness Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

وضـــوح هیجانی (پنج ســـؤال). هر گویه براســـاس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (خیلی به‌ندرت) تا ۵ (تقریباً همیشـــه) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، نمرهٔ کل مقیاس بین ۳۶تا۱۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشـــان‌دهندهٔ دشـــواری بیشـــتر در تنظیم هیجان و نمرات کمتر بیانگر توانایی بهتر در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها اســـت. ســـؤالات ۱،۲،۶،۷،۸،۱۰،۱۷،۲۰،۲۲،۲۴،۳۴ به‌صـــورت معکوس نمره‌گذاری می‌شـود (۲۲). گراتز و رومر پایایی این مقیاس را با اسـتفاده از روش بازآزمایی در بازهٔ زمانی دوهفته‌ای برابر با ۰/۸۸، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ و روایی هم‌گرای آن را با نمرهٔ مقیاس اجتناب هیجانی[1] برابر با ۰/۶۰ گزارش کردند (۲۲). بشـــارت در بررسـی پایایی بازآزمایی مقیاس دشـواری در تنظیم هیجان، ضـرایبی بین ۰/۷۱ تا۰/۸۷ را در فاصـــلهٔ چهار تا شـــش هفته به‌دســـت آورد. همچنین، بررســـی روایی هم‌گرا و افتراقی مقیاس دشـــواری در تنظیم هیجان نشان داد، این مقیاس با پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی (۰/۵۳ ــ)، راهبردهای رشـدیافتهٔ تنظیم شـناختی هیجان (۰/۴۷ ــ) و عاطفهٔ مثبت (۰/۴۵ ــ) همبســـتگی منفی و معنادار و با درماندگی روان‌شـناختی (۰/۴۴)، راهبردهای رشـدنایافتهٔ تنظیم شـناختی هیجان (۰/۵۱) و عاطفه منفی (۰/۴۶) همبســـتگی مثبت و معنادار داشـــت (۲۵).

جدول ۱. برنامهٔ جلسات مداخلهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف جلسه
اول	برقراری رابطهٔ درمانی، پاسخ به پرسش‌ها و بستن قرارداد درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه‌به‌لحظه و تجربهٔ بودن در لحظه	توضیح دربارهٔ اهمیت حضور در لحظهٔ حال و بودن در اینجا و اکنون، آموزش مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از فن کشمش	ــ تمرین روزانه سه بار، هر بار پنج دقیقه، با تمرکز بر حس‌های بدنی (مانند حس لباس بر تن، حس پاها بر زمین) ــ تمرین روزانه یک بار با تمرکز بر تنفس به‌مدت پنج دقیقه
دوم	توجه به احساسات و افکار، گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند	پی‌بردن به ذهن سرگردان، تمرین توجه به بدن (فیزیکی و احساسی)، توجه به تنفس، یادگرفتن انجام امور روزمره همراه با توجه‌کردن به آن‌ها	ــ تمرین وارسی بدن به‌صورت روزانه، به‌مدت ده تا پانزده دقیقه ــ انتخاب یک فعالیت روزمره (مانند مسواک‌زدن یا شستن ظرف‌ها) و انجام آن با تمام توجه و آگاهی، روزی یک بار
سوم	مهارت‌های پاسخ‌گویی به فکر یا احساس ناخوشایند	آرام‌گرفتن ذهن سرگردان ازطریق تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبهٔ نشسته و انجام تمرین‌های معطوف به توجه به لحظهٔ حال	ــ تمرین مراقبهٔ نشسته با تمرکز بر تنفس، روزانه به‌مدت ده دقیقه ــ تمرین آگاهی از افکار و تلاش برای مشاهدهٔ افکار بدون درگیرشدن با آن‌ها، روزی دو بار، هر بار پنج دقیقه
چهارم	جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی	یادگرفتن ماندن در لحظهٔ اکنون بدون فرار یا دوری‌کردن از افکار و احساسات و مشاهدهٔ تلاطم افکار	ــ تمرین پذیرش افکار و مشاهدهٔ آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی، نه واقعیت، روزانه به‌مدت ده دقیقه ــ تمرین راه‌رفتن آگاهانه، توجه به حس‌های پاها، بدن و محیط اطراف هنگام راه‌رفتن، روزانه به‌مدت ده دقیقه
پنجم	تغییر عادت‌های قدیمی فکرکردن مانند شناخت امور روزمره، بی‌انگیزه‌بودن در کارها، بی‌نتیجه‌دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسهٔ همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه	آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم	ــ تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه، ثبت فعالیت‌های روزانه و احساسات مرتبط با آن‌ها ــ تمرین خودآگاهی در فعالیت‌های روزمره و تلاش برای انجام هر فعالیت با آگاهی کامل
ششم	آگاه‌شدن از علائم هشداردهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی	تغییر خلق و افکار ازطریق تلقی افکار به‌عنوان صرفاً فکر، نه واقعیت	ــ تمرین نام‌گذاری افکار، تشخیص و نام‌گذاری افکار (مانند فکر نگرانی و فکر قضاوت)، روزانه به‌مدت پنج دقیقه ــ تمرین فاصله‌گیری از افکار و مشاهدهٔ افکار بدون پذیرفتن آن‌ها به‌عنوان واقعیت
هفتم	آگاهی از تغییرات جزئی خلق	هوشیاربودن دربرابر نشانه‌های کاهش بهزیستی روان‌شناختی، برنامه‌ریزی برای روبه‌روشدن احتمالی با آن‌ها، برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در لحظه در ادامهٔ زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی	ــ تمرین برنامه‌ریزی برای آینده با ذهن‌آگاهی، شناسایی موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تدوین راهکارهای مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، هفته‌ای یک بار ــ مرور تمرینات گذشته و ادغام آن‌ها در زندگی روزمره
هشتم	تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره	برنامه‌ریزی برای آینده، استفاده از فنون ذهن‌آگاهی در جریان زندگی و جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون در پایان جلسه	ــ ادامه‌دادن تمرینات ذهن‌آگاهی به‌صورت خودکار و به‌عنوان بخشی از زندگی روزمره ــ نوشتن خلاصه‌ای از آموخته‌ها و تجربه‌های کسب‌شده در طول دوره

[1]. Emotional Avoidance Scale (EAS)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

ـ پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسش‌نامه توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ برای سنجش کیفیت خواب تدوین شد (۲۳). این ابزار نوزده گویه و هفت زیرمقیاس دارد: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به‌خواب‌رفتن، مدت‌زمان خواب، بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه. هر گویه در مقیاسی از صفر (عدم مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار شدید) نمره‌گذاری می‌شود و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت خواب ضعیف‌تر است (۲۳). در نسخهٔ اصلی پرسش‌نامه، روایی تشخیصی نمرهٔ کلی با نقطهٔ برش بیش از ۵ گزارش شد؛ به‌گونه‌ای که این ابزار توانست افراد با کیفیت خواب مطلوب و نامطلوب را با حساسیت ۸۹/۶درصد و ویژگی ۸۶/۵درصد تفکیک کند که بیانگر توان مطلوب این ابزار در شناسایی مشکلات خواب است (۲۳). همچنین روایی سازه ازطریق همبستگی زیرمقیاس‌ها با نمرهٔ کل، بین ۰/۳۵تا۰/۷۶ به‌دست آمد و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شد (۲۳). در ایران نیز حیدری و همکاران روایی هم‌گرای این پرسش‌نامه را درمقایسه با پرسش‌نامهٔ شدت بی‌خوابی[1] برابر با ۰/۳۵ ـ به‌دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را گزارش کردند (۲۶).

ـ آموزش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی: مداخلهٔ به‌کاررفته در این پژوهش، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برگرفته از پروتکل سگال و همکاران ارائه‌شده در سال ۲۰۰۲ بود (۱۵) که در قالب هشت جلسهٔ گروهی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد. جلسات توسط درمانگر آموزش‌دیده برگزار شد. محتوای جلسات شامل تمرین‌های رسمی و غیررسمی ذهن‌آگاهی، مراقبهٔ تنفسی، اسکن بدن، توجه به افکار و هیجان‌ها بدون قضاوت و آموزش پذیرش تجربه‌های درونی بود. خلاصهٔ محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، به‌منظور بررسی اثر مداخله در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. پیش از انجام تحلیل، مفروضه‌های آماری شامل نرمال‌بودن توزیع داده‌ها (آزمون کلموگروف‌اسمیرنف)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و کرویت داده‌ها (آزمون موچلی) بررسی شد. در صورت معناداربودن اثرات، برای مقایسه‌های زوجی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. از آزمون مجذور کای نیز برای بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر سن، وضعیت تأهل و تحصیلات استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

نمونهٔ پژوهش، دو گروه پانزده‌نفری بود که در گروه آزمایش، شش نفر (۴۰درصد) بین ۲۰تا۳۰ سال و نُه نفر (۶۰درصد) ۳۱ سال و بیشتر و در گروه گواه، ۵ نفر (۳۳درصد) بین ۲۰تا۳۰ سال و ۱۰ نفر (۶۷درصد) ۳۱ سال و بیشتر داشتند. از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش، نُه نفر (۶۰درصد) متأهل و شش نفر (۴۰درصد) مجرد مطلقه و در گروه گواه، ده نفر (۶۷درصد) متأهل و پنج نفر (۳۳درصد) مجرد مطلقه بودند. از لحاظ سطح تحصیلات، در گروه آزمایش، پنج نفر (۳۳درصد) ابتدایی، هفت نفر (۴۷درصد) متوسطه و سه نفر (۲۰درصد) کاردانی یا کارشناسی و در گروه گواه، چهار نفر (۲۷درصد) ابتدایی، نُه نفر (۶۰درصد) متوسطه و دو نفر (۱۳درصد) کاردانی یاکارشناسی داشتند. میانگین سنی بیماران در گروه آزمایش، ۶/۵۹±۳۵/۰۰ سال و در گروه گواه، ۵/۶۵±۳۴/۸۰ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد، گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ($p>0/05$).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری به‌تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحلهٔ اندازه‌گیری					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حس انسجام	آزمایش	۳۵/۹۸	۷/۱۳	۵۰/۵۲	۷/۵۴	۵۰/۷۳	۷/۳۶
	گواه	۳۹/۲۶	۶/۵۳	۳۷/۹۲	۶/۲۱	۳۷/۷۲	۶/۲۵
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۱۰۵/۵۸	۱۵/۸۱	۸۳/۵۸	۱۴/۰۷	۸۲/۳۲	۱۴/۳۵
	گواه	۱۰۲/۲۹	۱۴/۵۲	۱۰۲/۲۴	۱۴/۴۶	۱۰۲/۵۱	۱۴/۲۰
کیفیت خواب	آزمایش	۲۱/۹۹	۸/۶۲	۱۰/۶۹	۶/۴۴	۹/۷۲	۶/۶۳
	گواه	۲۲/۱۲	۹/۸۳	۲۳/۱۱	۹/۱۸	۲۳/۱۸	۹/۰۶

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها را در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

براساس یافته‌های جدول ۲، میانگین نمرهٔ حس انسجام در گروه آزمایش، درمقایسه با گروه گواه، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت؛ درمقابل میانگین نمره‌های دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت

[1]. Insomnia Severity Index (ISI)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

خواب در گروه آزمایش، درمقایسه با گروه گواه، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت.

نتایج پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد، فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها براساس آزمون کلموگروف‌اسمیرنف و فرض همگنی واریانس‌ها براساس آزمون لوین، برای همهٔ متغیرها در تمام مراحل ارزیابی رد نشد ($p>۰/۰۵$)؛ اما فرض کرویت براساس آزمون موچلی، برای هیچ‌کدام از متغیرها تأیید نشد ($p<۰/۰۵$)؛ بنابراین، در تحلیل‌ها شاخص گرین‌هاوس‌گیسر به‌کار رفت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی و ماندگاری شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر	توان آماری
حس انسجام	گروه	۲۸/۰۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۲	۰/۹۹۶
	زمان	۳۲۳/۱۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۵	۱/۰۰۰
	زمان× گروه	۱۰۷/۱۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۶	۰/۹۹۴
دشواری در تنظیم هیجان	گروه	۲۲/۱۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۰/۹۹۵
	زمان	۵۸/۷۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۱/۰۰۰
	زمان× گروه	۵۹/۵۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۰	۱/۰۰۰
کیفیت خواب	گروه	۳۰/۹۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	۱/۰۰۰
	زمان	۱۱۸/۹۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
	زمان× گروه	۳۸/۱۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۵	۱/۰۰۰

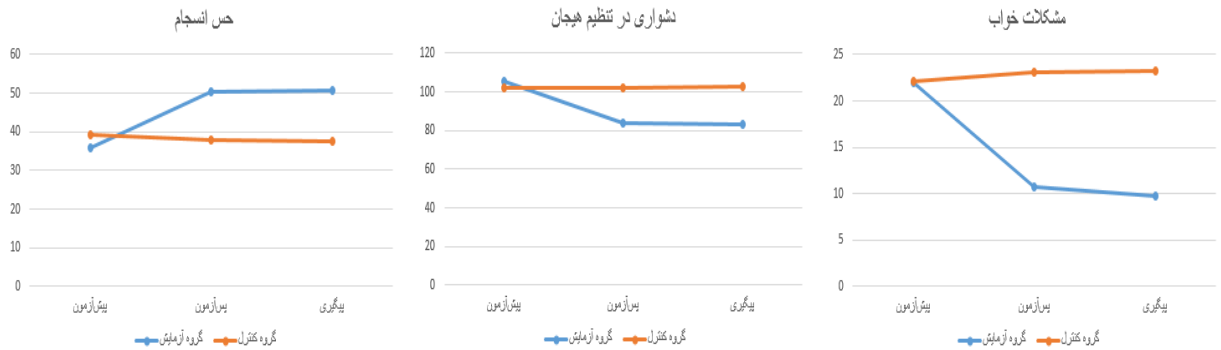
براساس نتایج جدول ۳، اثر گروه و اثر زمان بر هر سه متغیر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین، باتوجه به میانگین‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، باعث افزایش حس انسجام و کاهش دشواری در تنظیم هیجان و بهبود کیفیت خواب در زنان مبتلا به آسم شد. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه بر همهٔ متغیرها معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی مراحل اندازه‌گیری برای هریک از متغیرهای حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی مراحل اندازه‌گیری در متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
حس انسجام	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۴۸۹	۳/۶۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۹/۸۶۷	۳/۹۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۷۸	۱/۵۳	۰/۲۳۷
دشواری در تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۰۳۳	۰/۵۷	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۱/۵۳۳	۰/۴۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰۰	۰/۴۵	۰/۳۳۵
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۷۳۳	۰/۴۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۲۴۴	۰/۵۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۱۱	۰/۳۵	۰/۰۸۴

همان‌طورکه جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمره‌های حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). این یافته‌ها نشان می‌دهد، اثر مداخله تا مرحلهٔ پیگیری پایدار بود و تغییرات ایجادشده حفظ شد. نمودار تغییرات میانگین حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه‌های آزمایش و گواه در شکل ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]



شکل ۱. مقایسهٔ میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در مراحل ارزیابی به‌تفکیک گروه

اطلاعات شکل ۱ نیز در تأیید نتایج جدول ۴ نشان داد، اجرای شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی **ضمن افزایش** حس انسجام و کاهش دشواری در تنظیم هیجان و بهبود کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم، اثر آن در مرحلهٔ پیگیری پایدار بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر حس انسجام، دشواری در تنظیم هیجان و کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم انجام شد. یافتهٔ پژوهش نشان داد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افزایش حس انسجام زنان مبتلا به آسم در گروه آزمایش اثربخشی داشت. این یافته با نتایج پژوهش معتکف‌فر و همکاران که دریافتند رویکردهای موج سوم ازجمله ذهن‌آگاهی با افزایش پذیرش تجربه‌های درونی، منجربه بهبود کارکردهای شناختی و ارتقای حس انسجام می‌شود (۱۸)، همسوست؛ همچنین، یافته‌های مطالعهٔ فلسک و همکاران مبنی‌بر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کارکردهای هیجانی و شناختی (۱۶)، به‌طور ضمنی با نتیجهٔ مذکور پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش کنونی می‌توان گفت، تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی غیرقضاوت‌گرانه دربارهٔ افکار و تجربه‌های بدنی و تأکید بر لحظهٔ حال (۱۵)، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات افراد تأثیر مثبت می‌گذارد. در این روش، آموزش تمرینات ذهن‌آگاهی و تمرکز بر پذیرش تجربه‌های درونی، به‌جای سرکوب یا اجتناب از علائم، باعث می‌شود فرد جهان را به‌صورت محیطی فهم‌پذیر و مدیریت‌پذیر درک کند (۱۶). ذهن‌آگاهی با استفاده از فنونی نظیر مشاهدهٔ بدون قضاوت و هشیاربودن دربارهٔ خویش، سبب افزایش ظرفیت سازگاری روان‌شناختی و تقویت منابع مقابله‌ای فرد می‌شود (۷) که درنهایت منجربه ارتقای حس انسجام در زنان مبتلا به آسم شده است. به‌علاوه، تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با افزایش توانایی فاصله‌گذاری شناختی و کاهش واکنش‌های خودکار هیجانی، منابع شناختی فرد را برای بازبینی و پردازش تجربه‌های پیچیده و استرس‌زا فعال می‌کند؛ بدین‌ترتیب، بیماران می‌توانند جهان را به‌صورت محیطی فهم‌پذیر، مدیریت‌پذیر و معنادار درک کنند و این فرایند به افزایش حس انسجام منجر می‌شود (۱۸).

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به آسم بود. این یافته با پژوهش‌های زیر همسوست: ژو و همکاران دریافتند که ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی بدنی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، در بهبود مدیریت هیجانات و افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی اولیه مؤثر است (۱۹)؛ فلسک و همکاران نیز بیان کردند که ذهن‌آگاهی و مهارت‌ها و تکنیک‌های مرتبط با این نوع مداخله، در افزایش خودکارآمدی و تنظیم سازگارانهٔ هیجان در داوطلبان جراحی چاقی مفید است (۱۶).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با آموزش مهارت‌های خودتنظیمی و افزایش پذیرش، می‌تواند به بهبود مدیریت و تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به آسم کمک کند. ذهن‌آگاهی با آموزش افراد برای ارزیابی مجدد تجربه‌های بدنی و هیجانی به‌شیوه‌ای بدون قضاوت، تنظیمات شناختی و عاطفی را تقویت می‌کند. این مداخله با کاهش نشخوار ذهنی و جلوگیری از بدتنظیمی هیجانی که با شدت علائم بیماری رابطه دارد (۱۹)، می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای شرکت‌کنندگان را به‌طور مؤثری تغییر دهد؛ به‌طوری‌که افراد به‌جای واکنش‌گری خودکار، پاسخ‌های هیجانی خود را به‌شکل کارآمدتری مدیریت می‌کنند (۱۶). به‌علاوه، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش توجه به تجربه‌های هیجانی و کاهش پاسخ‌های خودکار، به بیماران امکان می‌دهد تا هیجانات منفی را بدون اجتناب یا سرکوب مدیریت کنند (۱۹).

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان‌دهندهٔ اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم بود. این یافته با پژوهش هلریگل ـ هلدبروم و همکاران که گزارش کردند مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به آپنهٔ انسدادی خواب و خواب‌آلودگی بیش‌ازحد اثربخش است (۱۷)، همسویی دارد.

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، بیماران مبتلا به آسم معمولاً پیش از خواب با افکار نگران‌کننده دربارهٔ وضعیت تنفسی و پیامدهای بیماری درگیر هستند که موجب برانگیختگی ذهنی و کاهش کیفیت خواب آن‌ها می‌شود؛ بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با کاهش نشخوار ذهنی دربارهٔ پیامدهای بیماری و تنگی نفس شبانه (۱۳)، منابع پردازش اطلاعات را به‌سوی اهداف خنثی می‌برد و موقعیت را برای آرامش فراهم می‌کند. ذهن‌آگاهی با کاهش اضطراب ناشی از حملات تنفسی و افزایش پذیرش تجربه‌های

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

لحظه‌ای، چرخهٔ معیوب علائم جسمانی و اختلال خواب را تعدیل می‌کند (۱۷). این فرایند منجربه کاهش تحریک‌پذیری هیجانی و خستگی مزمن می‌شود و با بهبود کارکرد شناختی و روانی، کیفیت خواب زنان مبتلا به آسم را که به‌دلیل نقش‌های اجتماعی و فشارهای روانی در عرض آسیب بیشتری هستند، ارتقا می‌بخشد (۱۶).

از محدودیت‌های پژوهش کنونی، انتخاب زنان مبتلا به آسم از یک کلینیک تخصصی در شهر کرج بود که تعمیم نتایج مطالعه به مردان و سایر مناطق جغرافیایی را با احتیاط همراه می‌کند. همچنین، پیگیری شرکت‌کنندگان تنها در یک دورهٔ سه‌ماهه انجام شد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، نقش متغیرهای تعدیل‌کننده مانند شدت بیماری، مدت ابتلا، ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی و نیز پایداری اثرات درمان در دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، بررسی شود. افزون‌براین، مقایسهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با سایر رویکردهای روان‌شناختی مانند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، به شناسایی روش درمانی مؤثرتر برای زنان مبتلا به آسم کمک می‌کند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، هشت جلسهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به آسم شرکت‌کننده در این پژوهش، تأثیر معناداری بر افزایش حس انسجام، کاهش دشواری در تنظیم هیجان و بهبود کیفیت خواب دارد و این تغییرات در مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شده است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به آسم بررسی‌شده در این پژوهش، با بهبود شاخص‌های روان‌شناختی و کیفیت خواب همراه است.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول با شناسهٔ اخلاق IR.IAU.K.REC.1403.14 در گروه مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات رعایت شده است.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول پژوهش تحلیل شدند، در قالب فایل Word نزد نویسندهٔ مسئول نگهداری می‌شوند.

تضاد منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.

منابع مالی

این مطالعه بدون حامی مالی و در قالب رسالهٔ دکتری انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ نخست این مقاله پژوهشگر اصلی، نویسندگان دوم و سوم استادان راهنما و نویسندگان چهارم و پنجم استادان مشاور این پژوهش بودند در انجام آن نقش داشتند.

References

1. Greimann E, Freigeh GE, Wettenstein RP, Nelson B, Carpenter LM, Mohan A, et al. Mild asthma—what matters to patients and parents. Ann Allergy Asthma Immunol. 2025;134(3):290–5. doi: 10.1016/j.anai.2024.11.017
2. Wang X, Zhao L, Gao S, Hou H, Zhao W. Prevalence of genetic and environmental factors in childhood asthma and allergic rhinitis patients. Postepy Dermatol Alergol. 2025;41(1):23-40. doi: 10.5114/ada.2024.146183
3. Laguna-Muñoz D, Jiménez-Peinado A, Jaén-Moreno MJ, Camacho-Rodríguez C, Del Pozo GI, Vieta E, et al. Respiratory disease in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2025;30(2):777–85. doi: 10.1038/s41380-024-02793-1
4. Kollin SR, Clayton CK, Green VA, Lee AA. Emotion regulation among adults with asthma: Links with short-acting inhaler medication overuse and utilization of acute medical care. J Asthma. 2025;62(3):481–91. doi: 10.1080/02770903.2024.2409997
5. Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. Soc Sci Med. 1993;36(6):725–33. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-z
6. Polatcan M, Bellibaş MŞ, Apaydın Ç. Cultural and psychological dynamics in school leadership: the moderating role of trust in the relationship between teachers' cultural values and their expectations for paternalistic leadership. Eur J Educ. 2025;60(1):e70002. doi: 10.1111/ejed.70002
7. Hinz A, Schulte T, Ernst J, Mehnert-Theuerkauf A, Finck C, Wondie Y, et al. Sense of coherence, resilience, and habitual optimism in cancer patients. Int J Clin Health Psychol. 2023;23(2):100358. doi: 10.1016/j.ijchp.2022.100358
8. Stellern J, Xiao KB, Grennell E, Sanches M, Gowin JL, Sloan ME. Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023;118(1):30–47. doi: 10.1111/add.16001
9. Zheng X, Xie Y, Huang Y, Tian X, Xiao J, Xiao W. Association among cognitive emotion regulation strategies, psychological flexibility and subjective well-being in patients with breast cancer: a cross-sectional latent profile and mediation analysis. Support Care Cancer. 2025;33(3):174. doi: 10.1007/s00520-025-09246-7
10. Khayati S, Akrami N, Oreizi Samani HR, Amra B. Effectiveness of dialectical behavior therapy on emotion regulation and health anxiety in patients with asthma. Journal of Cognitive and Behavioral Science Researches. 2023;13(1):95–110. [Persian] doi: 10.22108/cbs.2024.137114.1746

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]

11. Leite AG, Teixeira de Carvalho EF, Costa D, Gomes ELDFD. Associations between sleep quality and asthma control, pulmonary inflammation, asthma severity, exercise capacity, and quality of life in children with asthma: a cross-sectional study. Clin Pediatr (Phila). 2025;64(11):1549–58. doi: 10.1177/00099228251348266
12. Takemura N, Cheung DST, Fong DYT, Lee AWM, Lam TC, Ho JCM, et al. Effectiveness of aerobic exercise and Tai Chi interventions on sleep quality in patients with advanced lung cancer: a randomized clinical trial. JAMA Oncol. 2024;10(2):176–84. doi: 10.1001/jamaoncol.2023.5248
13. Chen MY, Wang YY, Si TL, Liu YF, Su Z, Cheung T, et al. Poor sleep quality in schizophrenia patients: a systematic review and meta-analyses of epidemiological and case-control studies. Schizophr Res. 2024;264:407–15. doi: 10.1016/j.schres.2024.01.011
14. Liu F, Yin X, Jiang W. Comprehensive review and meta-analysis of psychological and pharmacological treatment for intermittent explosive disorder: insights from both case studies and randomized controlled trials. Clin Psychol Psychother. 2025;32(1):e70016. doi: 10.1002/cpp.70016
15. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. Clin Psychol Psychother. 2002;9(2):131–8. doi: 10.1002/cpp.320
16. Felske AN, Williamson TM, Rash JA, Telfer JA, Toivonen KI, Campbell T. Proof of concept for a mindfulness-informed intervention for eating disorder symptoms, self-efficacy, and emotion regulation among bariatric surgery candidates. Behav Med. 2022;48(3):216–29. doi: 10.1080/08964289.2020.1828255
17. Hellrigel-Holderbaum M, Romanczuk-Seiferth N, Glos M, Fietze I. Effects of mindfulness meditation and acceptance and commitment therapy in patients with obstructive sleep apnea with residual excessive sleepiness: a randomized controlled pilot study. Sleep Med. 2023;106:33–41. doi: 10.1016/j.sleep.2023.03.022
18. Motakeffar M, Bahrami Hidaji M, Sodagar S, Rahimi N. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on psychological well-being in type 2 diabetic patients. Quarterly Journal of Management Strategies in Health System. 2022;7(2):181-91. [Persian] doi: 10.18502/mshsj.v7i2.10682
19. Zhu P, Liu X, Shang X, Chen Y, Chen C, Wu Q. Mindfulness-based stress reduction for quality of life, psychological distress, and cognitive emotion regulation strategies in patients with breast cancer under early chemotherapy—a randomized controlled trial. Holist Nurs Pract. 2023;37(3):131–42. doi: 10.1097/HNP.0000000000000580
20. Hansen AV, Ulrik CS. The relationship between female asthma and fertility. Expert Rev Respir Med. 2025;19(10):1055-61. doi: 10.1080/17476348.2025.2525912
21. Freitas J, Novais F. Review on the relationship of asthma and mental disorders. Personalized Medicine in Psychiatry . 2025;51-52:100157. doi: 10.1016/j.pmip.2025.100157
22. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004;26(1):41–54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
23. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193–213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
24. Mohammadzadeh Yangiabad AA. Psychological and structural foundations of Aaron Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire and subscales. In: 1st National Psychotherapy Conference of Iran. Ardabil; 2021. [Persian]
25. Besharat MA. Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018;12(47):89–92. [Persian]
26. Heidari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The relationship between insomnia severity, sleep quality, sleepiness and health disorder with academic performance in girls. Journal of Woman and Culture. 2010;1(4):65–76. [Persian] https://sanad.iau.ir/fa/Article/920897?FullText=FullText

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-24]