فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۲، شماره ۲۶، پاییز ۱۴۰۳

اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوانان دارای اعتیاد به اینترنت

کارزان نیکدل[۱]، لیلا قهرمان زاده[۲]، مسعود نجاری[۳]

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوانان دارای اعتیاد اینترنت انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان پسر شهر سقز در سال ۱۴۰۳ بود که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بود. گروه آزمایش تحت درمان ذهن آگاهی ویلیامز وسگال (۲۰۰۳) به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی موجب افزایش نمرات کیفیت خواب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه نوجوانان اعتیاد به اینترنت بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان ذهن آگاهی روش مداخله‌ای مناسبی برای ارتقای کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوانان اعتیاد به اینترنت است.

واژگان کلیدی: درمان ذهن آگاهی، کیفیت خواب، کیفیت زندگی، اعتیاد به اینترنت

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران (نویسنده مسئول)
[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، واحد بوکان، دانشگاه آزاد اسلامی، بوکان، ایران
[۳] دکتری تخصصی روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

مقدمه

نوجوانان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که پژوهش بر روی آنان به دلیل عدم ثبات ویژگی‌های روان‌شناختی و تلاش برای هویت یاب مهم می‌باشد (اهلرز[1] و همکاران، ۲۰۲۳). دوره نوجوانی[2]، دختران و پسران تغییرات جسمی، روحی، عاطفی در خلق‌وخو پیدا می‌کند. بلوغ می‌تواند شرایط زمینه‌ساز حرکت به‌سوی لغزش‌ها شود. در این مرحله، واردات ذهنی، مخرب، بی‌اثر و خاموش نمی‌مانند؛ بنابراین، ممکن است زمینه‌ساز خطر شوند. تغییرهای هورمونی و بحران بلوغ در دوره نوجوانی موجب افزایش گرایش به رفتار ناهنجار می‌شود (شفقی و سعادت، ۱۴۰۲). اخیراً با توجه به اینکه اینترنت هم در حوزه تحصیل و هم در بعد سرگرمی به بخش جدایی‌ناپذیر زندگی روزمره نوجوانان و دانش‌آموزان مبدل گردیده، استفاده گسترده آن موجب نگرانی‌های روبه رشدی شده است (نرگسی و حبیب زاده، ۱۳۹۷). مطالعات نشان دادند اعتیاد به اینترنت[3] یکی از بحران‌های اخیر در بین دانش‌آموزان و نوجوانان است (لو[4] و همکاران، ۲۰۱۷). اینترنت به‌عنوان یکی از تکنولوژی‌های ارتباطی در دنیای معاصر، محل تبادل دیدگاه و اندیشه و سرگرمی است. رشد روزافزون اینترنت، فواید و اهمیت غیرقابل‌انکاری دارد؛ ولی با ین وجود نباید از پیامدهای ناگوار و مخرب به‌ویژه در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی غافل ماند (نورکوییچ[5] و همکاران،۲۰۱۸). انجمن روانشناسی آمریکا[6] (۲۰۱۳). اعتیاد به اینترنت را یک الگوی استفاده از اینترنت که موجب اختلال عملکردی شده و یا حالات ناخوشایند درونی در طول یک دوره دوماهه همراه باشد، تعریف کرده و برای تشخیص آن، هفت ملاک ارائه‌شده است (حداقل سه معیار در دو ماه)؛ تحمل، علائم ترک، زمان استفاده از اینترنت بیش ازآنچه که فرد در ابتدا قصد دارد به طول انجامد، تمایل مداوم برای کنترل رفتار، صرف وقت قابل‌توجه برای امور مرتبط با اینترنت، کاهش فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی در اثر استفاده از اینترنت و تداوم استفاده باوجود آگاهی از آثار منفی آن (فرارا[7] و همکاران، ۲۰۱۷). اگرچه اعتیاد به اینترنت نسبت به دیگر انواع اعتیاد شناخته‌شده نیست؛ اما به دلیل تأثیر ناسالمی که بر روابط خانوادگی و آداب معاشرت بیت افراد می‌گذارد، خطرناک است و باید به‌صورت اصولی درمان شود (مالاک[8] و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که اعتیاد به اینترنت می‌تواند اثرات زیان‌آور روانی و رفتاری در نوجوانان و دانش‌آموزان ایجاد کند (جین جونگ[9] و همکاران، ۲۰۲۰)؛ به‌علاوه اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و بیماری‌های روانی مانند؛ بیش‌فعالی یا کمبود توجه، اختلالات دوقطبی، کاهش روابط اجتماعی و اجتناب از فعالیت‌های زندگی، از عوارض شناخته‌شده اعتیاد به اینترنت است (پان[10] و همکاران، ۲۰۲۰؛ علی مرادی و همکاران، ۲۰۱۹؛ بیسن ودشپاند[11]، ۲۰۲۰).

یکی از مشکلات نوجوانان اعتیاد به اینترنت، افت کیفیت خواب[12] است که باعث بروز مشکلاتی در عملکرد کلی روزانه فرد می‌شود (بهاتیاسیوی[13] و همکاران، ۲۰۲۳). کیفیت خواب طبق تعریف از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود؛ مانند میزان رضایت‌مندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود. کیفیت خواب به درک خواب عمیق اشاره دارد که شامل ابعاد کم‌خوابی طولانی‌مدت، کفایت و جنبه‌های ذهنی مانند عمق خواب و آرامش‌بخش آن است (دیوالد، میجر، اورت، کرخوف و بوگلس[14]، ۲۰۱۰). کیفیت خواب به‌صورت دوره‌ای از خواب نیروبخش که نیازهای مرتبط با خواب را تأمین کرده و تو توانایی انجام کارکردهای روزانه را فراهم می‌کند تعریف می‌شود (گاستلا و مولدز[15]، ۲۰۰۷). خواب مناسب نقش مهمی در سلامت انسان دارد و می‌تواند سبب بهبود کیفت زندگی، ارتقای آرامش جسمی و روانی و تجدید نیروی فیزیولوژیک و شناختی شود (میور[16] و همکاران، ۲۰۲۲). کیفیت خواب مفهومی ذهنی درباره خواب، احساس ذهنی راحتی از خواب، رضایتمندی از بیدار شدن و هوشیاری در طول روز

---

[1] Ehlers
[2] Teenage period
[3] Internet addiction
[4] Lu
[5] Neverkovich
[6] American Psychiatric Association(APA)
[7] Ferrara
[8] Malak
[9] Jin Jeong
[10] paan
[11] Bisen & Deshpande
[12] Sleep quality
[13] Bhatiasevi
[14] Dewald& Meijer& Oort& Kerkhof& Bogels
[15] Guastella & Moulds
[16] Maurer

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

است (لیو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). کیفیت پایین خواب می‌تواند پیامدهای نامطلوب مختلفی مانند عملکرد تحصیلی ضعیف، نگرش منفی به زندگی، پرخاشگری، استرس، اضطراب و افسردگی را به همراه داشته باشد (زارعی و همتی، ۱۴۰۱).

کیفت زندگی عامل مهمی می‌باشد که منجر به رضایت فرد از زندگی خود می‌شود. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که شامل جوانب مختلفی از زندگی فرد می‌شود، ازجمله سلامت جسمانی و روانی، رضایت از زندگی، رابطه با همسالان و خانواده، محیط زندگی و فرصت آموزشی و تفریحی (بناسی[2] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان گفت که مفهوم کیفت زندگی بیانگر رضایتمندی فرد از زندگی، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیکی بوده و میزان خشنودی و رفاه فرد را تعیین می‌کند. سلامت فیزیکی به‌عنوان یک عامل مهم در کیفیت زندگی محسوب می‌شود. داشتن سلامتی خوب، عملکرد بهتر در فعالیت‌های روزمره، انرژی بیشتر، احساس رضایت بیشتر و افزایش طول عمر به همراه دارد (بهاتارایی[3] و همکاران، ۲۰۲۲). سلامت روانی نقش مهمی در کیفت زندگی ایفا می‌کند. داشتن روانی سالم، شامل رضایت از خود، استقلال روحی، تعاملات اجتماعی مؤثر و احساس خوشبختی و راحتی است. روابط اجتماعی مؤثر با خانواده، دوستان و جامعه نیز به کیفیت زندگی کمک می‌کند و حضور در روابط اجتماعی سالم و حامی، احساس ارتباط و تعلق، حمایت اجتماعی و اشتراک‌گذاری تجربیات مثبت، سبب بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (تازیکی و همکاران، ۱۴۰۱). کیفیت زندگی به معنای ادراکی که فرد از وضعیت خود با توجه به نظام‌های فرهنگی و ارزشی، اهداف، انتظارات و معیارهای بافتی که در آن زندگی می‌کند، دارد. این اهداف و معیارها شامل نگرش فرد به‌سلامت فیزیکی، وضعیت روحی و روانی و سطح استقلال ارتباطات اجتماعی وابستگی‌های شخصی و تعامل با شرایط محیط است (رب و کوپ، ۲۰۱۹، بامستراک و همکاران، ۲۰۱۸).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامهٔ گروهی کوتاه‌مدت است و با عنوان برنامه کاهش فشار روانی مبتنی بر ذهن آگاهی شناخته می‌شود (مورین، ۲۰۰۴). این برنامه یک مداخله روانی اجتماعی است که در کاهش نگرانی و سلامت روان بزرگ‌سال تأثیرگذار می‌باشد (اسپکا، کارلسون، گودی و انجن[4]، ۲۰۰۰). در این برنامه به افراد آموزش داده می‌شود افکارشان را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای غیرمتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند و رویکرد عینی و کنجکاوانه به تفکرات و احساسات را آموزش می‌دهد. در تحقیقی یوک، لی و رو[5] (۲۰۰۸) گزارش کردند که نمره‌های کیفیت خواب پیتزبورگ در بین ۱۹ بیمار با اختلالات اضطرابی و بی‌خوابی بعد از ۸ هفته برنامهٔ درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود معنی‌داری یافته است. بریتون، شاپیرو، پن و بوتزین[6] (۲۰۰۳)، پیامدهای بی‌خوابی‌های ۷ زن دارای بی‌خوابی را به دنبال برنامهٔ کاهش تنش مبنی بر ذهن آگاهی بررسی کردند و دریافتند که بیدار شدن حین خواب در طول شب در آن‌ها کاهش‌یافته بود. گروس، کرایتز، رایلی-اسپونج، رایل، وینبوش و همکاران[7] (۲۰۱۱)، تأثیر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارودرمانی 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 از وپیکلان دریافت می‌کردند. در پایان، گروه آزمایشی که روان‌درمانی 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[8] (۲۰۱۱) تأثیر دو جلسه آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در افراد مبتلابه فشار روانی پس آسیبی موردبررسی قرار دادند. نتایج حاکی از تأثیرگذاری آموزش بر بهبود کیفیت خواب بود؛ اما ازلحاظ متغیر کیفت زندگی تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. علی‌رغم تحقیقات بسیار در زمینهٔ تأثیر این نوع درمان بر بی‌خوابی در خارج از کشور، تاکنون تحقیقی از نوع مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کیفیت خواب در داخل کشور انجام‌نشده است؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی در نوجوانان اعتیاد به اینترنت می‌باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی نوجوانان پسر اعتیاد به اینترنت شهرستان سقز در سال ۱۴۰۳ بود که از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیار ورود و خروج ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی ساده (روش قرعه‌کشی) در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گوه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت

[1] Liu
[2] Benassi
[3] Bhattarai
[4] Speca,Carlson,Goodey,&Angen
[5] Yook,Lee& Ryu
[6] Britton,Shapiro,Penn,& Bootzin
[7] Gross,Kreiter,Reilly-Spong,Wall,Winbush,et al
[8] Nakamuraa, Lipschitza,Landwardb, Kuhna,& Westb

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

درمان ذهن آگاهی (ویلیامز، ۲۰۰۳) به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته قرار داده شدند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک ورود آزمودنی‌ها عبارت‌اند: رضایت‌نامه کتبی، نوجوانان اعتیاد به اینترنت، عدم شرکت هم‌زمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل نبودن به ادامه همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس[1] و همکاران در مؤسسه روان‌پزشکی پیتزبورگ تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۱۹ عبارت که جواب‌های این گویه‌ها به‌صورت لیکرت چهاردرجه‌ای ۰ تا ۳ می‌باشد. پرسشنامه PSQI دارای ۷ مقیاس است که عبارت‌اند از کیفیت ذهنی خواب[2]، تأخیر در به خواب‌رفتن[3]، مدت‌زمان خواب[4]، میزان بازدهی خواب[5]، اختلالات خواب[6]، استفاده از داروهای خواب‌آور[7]، اختلالات عملکردی روزانه[8]. در نمره‌گذاری PSQI باید ۷ مؤلفه موردبررسی قرار گیرند. حداقل و حداکثر نمره‌ای که برای هر مؤلفه در نظر گرفته‌شده است از ۰ (نبودن مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) می‌باشد. در انتها نمره‌های هر مؤلفه باهم جمع شده و به یک نمره کلی تبدیل می‌شود (۰ تا ۲۱). نمره بالا در هر مؤلفه یا در نمره کلی نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب است. نمره‌های ۰-۱-۲-۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشند. جمع نمره‌های مقیاس هفت‌گانه نمره کلی را تشکیل می‌دهد که از صفر تا ۲۱ است. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد. پایابی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۳٪ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO_QOL_BREF): این پرسشنامه ۲۶ گویه‌ای در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی تهیه‌شده است و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. دارای چهار خرده مقیاس سلامت جسمانی، روانی، محیط و روابط اجتماعی است (گانسان و همکاران، ۲۰۱۹). طیف نمره‌گذاری به روش لیکرت پنج‌گزینه‌ای به ترتیب ازا صلا ۱ تا خیلی زیاد ۵ است. پس از محاسبات لازم طیف نمره در هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ است و نمره بالاتر نشانه بهترین وضعیت است (بونومی، پریک و بوشنل و مارتین، ۲۰۰۰). در نتایج گزارش‌شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام‌شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۳٪ تا ۸۹٪ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش‌شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). در ایران ضریب پایایی کل آزمون را برابر ۷۳٪ و خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی و محیط زندگی را با روش آلفای کرونباخ، به ترتیب ۷۶٪، ۷۱٪، ۸۲٪، ۷۰ برآورد کردند (شاکری، محمدخانی و محمد نژاد، ۱۳۹۶) و در پژوهش حاضر برای آلفای کرونباخ عدد ۷۵٪ و برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۷۸٪، ۷۶٪، ۷۳٪ و ۸۰٪ به‌دست‌آمده است.

درنهایت با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. در پژوهش حاضر جهت مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی از طرح درمانی ویلیامز وسگال (۲۰۰۳) استفاده شد که در آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان قرار گرفتند و برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. شیوه ارائه مطالب در این برنامه به‌صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فعالیت‌های انجام‌شده در گروه در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی ذهن آگاهی

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	خوش‌آمد گویی، بحث درباره مکان برگزاری، تعداد جلسات، طول دوره و مدت‌زمان هر جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات، معرفی و آشناسازی، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش‌آزمون.

[1] Buysse
[2] Subjective sleep Quality
[3] Sleep Latency
[4] Sleep Duration
[5] Sleep Habitual Efficiency
[6] Sleep Disturbances
[7] Use of Sleeping Mefication
[8] Daytime Dysfunction

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

دوم	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل با مراجع، توضیح درباره ماهیت الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، ارائه نمودار آن، بحث و گفتگو درباره الگو، آموزش فن مهار توجه و تمرین آن، ارائه تکلیف و تأکید بر انجام تکلیف، دریافت پس‌خوراند.
سوم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور و تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی، آموزش و تمرین آزمایش ضد منع بازداری، ارائه تکلیف برای خانه.
چهارم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، بحث پیرامون تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد، ارائه تکلیف خانه، دریافت پس‌خوراند مجدد.
پنجم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، بحث پیرامون تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن تجویز ذهن سرگردان، آموزش تمرین تکلیف، ارائه تکلیف مجدد، دریافت مجدد پس‌خوراند.
ششم	دریافت پس‌خوراند از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرد، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.
هفتم	دریافت پس‌خوراند جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین روش تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی، دریافت مجدد پس‌خوراند.
هشتم	دریافت پس‌خوراند از جلسه درمانی، کرور تکالیف و پاسخگویی به سؤال‌ها و اشکال، تمرین تکنیک‌های آموخته‌شده در جلسه‌های قبل با مشارکت اعضا، بیان ضرورت و لزوم به‌کارگیری فنون آموخته‌شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبود کلی، بحث درباره وضعیت روانی فعلی اعضا، پاسخ به سؤال‌های مطرح‌شده، تعیین جلسه پیگیری، و انجام پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به‌منظور آزمودن فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش‌فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس (آزمون لوین) و همگنی شیب‌خط رگرسیون از روش از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری spss23 مورداستفاده قرار گرفت سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای نوجوانان اعتیاد به اینترنت ۱۵/۴۰ و ۳/۳۷ بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که ازلحاظ سن بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۳۲۰). پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر		آماره	سطح معناداری
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	۰/۹۹۰	۰/۲۳۱
	پس‌آزمون	۰/۹۸۷	۰/۱۸۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۹۱	۰/۲۶۵
	پس‌آزمون	۰/۹۷۰	۰/۱۳۳

با توجه به نتایج جدول ۲ در متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی مقدار z به‌دست‌آمده معنادار نمی‌باشد (p>0/05). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	**انحراف معیار**
کیفیت خواب	گواه	۱۵	۳۱/۱۸	۱/۸۰	۳۱/۸۰	**۱/۵۷**
	آزمایش	۱۵	۳۱/۹۰	۱/۰۸	۳۹/۷۵	**۲/۴۸**
کیفیت زندگی	گواه	۱۵	۴۴/۱۳	۲/۹۳	۴۴/۸۳	**۲/۷۱**
	آزمایش	**۱۵**	**۴۵/۴۰**	**۳/۰۸**	**۵۷/۱۵**	**۴/۱۹**

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میـــانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه‌شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین کیفیت خواب و کیفیت زندگی در نوجوانان اعتیاد به اینترنت در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش‌یافته است.

جدول ۴: آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
کیفیت خواب	۲/۰۱	۱	۲۸	۰/۰۸۰
کیفیت زندگی	۱/۷۳	۱	۲۸	۰/۱۱۲

همچنین، نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید کرده است.

جدول ۵: پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت خواب	۱	۱۳۲/۸۰	۱/۶۸	۰/۱۲۰
کیفیت زندگی	۱	۱۴۰/۷۳	۱/۸۳	۰/۱۰۱

در جدول ۵ مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای کیفیت خواب و کیفیت زندگی با ســـطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه ـــ پیش‌آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
کیفیت خواب	۳۱۲۰/۸۰۳	۱	۳۱۲۰/۸۰۳	۵۹/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
کیفیت زندگی	۳۹۴۷/۹۰۰	۱	۳۹۴۷/۹۰۰	۶۵/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱

بر اساس نتایج جدول ۶ مداخله برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوان اعتیاد به اینترنت تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به‌اندازه اثر محاسبه‌شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۶۳ درصد از واریانس کیفیت خواب و همچنین ۷۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی به‌وسیله مداخله برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوانان اعتیاد به اینترنت انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی نوجوانان اعتیاد به اینترنت اثربخش بوده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیق انگ و همکاران (۲۰۰۸)، وینبوش، گروس و کریتزر (۲۰۰۷)، ری و کریجی (۲۰۰۷)، هیدنریش، تین، پفلاگ، میشل و میشالاک (۲۰۰۶)، یوک و همکاران (۲۰۰۸) بریتون و همکاران (۲۰۰۳) همسو است. در تبیین یافته اول مبنی بر اثر درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب می‌توان بیان کرد که این درمان با تأکید برافزایش آگاهی از لحظه حال و کاهش افکار مزاحم و استرس‌زا، تأثیر مستقیم بر بهبود الگوی خواب دارد. نوجوانانی که به اعتیاد به اینترنت مبتلا هستند، معمولاً درگیر افکار نگران‌کننده یا مزاحمی هستند که مانع از آرامش ذهنی و به خواب‌رفتن آسان می‌شود. درمان ذهن آگاهی به این افراد کمک می‌کند تا از چرخه افکار منفی فاصله بگیرند و ذهن خود را بر لحظه حال متمرکز کنند. این درمان همچنان از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی و تمرینات تنفسی، تنش‌های جسمی و روانی را کاهش داده و زمینه‌ساز خواب عمیق‌تر و آرامش‌بخش‌تر می‌شود. با افزایش کیفت خواب، نوجوانان توانستند خستگی‌های مزمن ناشی از بی‌خوابی یا خواب ناکافی را کاهش دهند و هوشیاری و کارآمدی بیشتری در طول روز داشته باشند. علاوه بر این، ذهن آگاهی با کاهش تأثیرات منفی هیجانات ناشی از استفاده مفرط از اینترنت (مانند اضطراب و تحریک‌پذیری)، توانست نظم خواب افراد را بازسازی کند. این رویکرد نه‌تنها به مدیریت مشکلات خواب کمک کرد، بلکه به نوجوانان آموزش داد تا با ایجاد تغییرات مثبت در عادات روزانه خود، مانند کاهش استفاده از اینترنت بیش از خواب، به کیفیت خواب بهتری

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

دست یابند. یافته دوم پژوهش مبنی بر اثر درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی می‌توان گفت کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی، از دیگر حوزه‌های تحت تأثیر به اینترنت است. نوجوانان مبتلا اعتیاد به اینترنت معمولاً دچار سلامت افت سلامت روانی، کاهش تعاملات اجتماعی، و کاهش احساس رضایتمندی از زندگی می‌شوند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان ذهن آگاهی به‌طور معناداری کیفیت زندگی نوجوانان را در تمامی ابعاد بهبود بخشید. در بعد سلامت جسمانی، این مداخله با کاهش تنش‌ها و بهبود الگوی خواب، انرژی و توانایی نوجوانان برای انجام فعالیت‌های روزانه را افزایش داد. در بعد سلامت روانی شرکت‌کنندگان توانستند از طریق آگاهی از افکار منفی، کاهش استرس و توقیف پذیرش، به آرامش بیشتری دست یابند. در بعد اجتماعی نیز، تعاملات مثبت با اعضای گروه‌درمانی و ایجاد مهارت‌های بین فردی مؤثر منجر به افزایش حس تعلق و ارتباط اجتماعی شد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره می‌شود: ۱- محدود بودن پژوهش ازنظر جمعیت نمونه و با توجه به اجراشدن پژوهش حاضر در شهر سقز، یافته‌ها برای تعمیم بیشتر دچار مشکل می‌شود؛ ۲- با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر از میان پسران انتخاب‌شده‌اند، در تعمیم نتایج به‌دست‌آمده دختران باید احتیاط کرد؛ ۳- پیشنهاد می‌شود افراد مختلف، درمان و ارزیابی انجام دهند. از سوی دیگر، پیشنهاد می‌شود اثربخشی آموزش برنامه ذهن آگاهی مثبت در سایر اعتیادها و اختلالات بررسی شود. در زمینه کاربردی، شناسایی و غربال‌سازی نوجوانان در معرض خطر و در اولویت قرار گرفتن این آموزش‌ها برای آنان، برگزاری کارگاه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مثبت برای نوجوانان و خانواده آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

موازین اخلاقی: در این پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

سپاسگزاری: بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مسئولین دانشگاه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

Benassi, E., Bello, A., Camia, M., & Scorza, M. (2022). Quality of life and its relationship to maternal experience and resilience during COVID-19 lockdown in children with specific learning disabilities. European Journal of Special Needs Education, 37(4), 632-647.

Bhatiasevi, V., Rukumnuaykit, P., & Pholphirul, P. (2023). Online Gaming Addiction and Quality of Life among Early Adolescents in Thailand: An Investigation from a SEM-Neural Network Approach. Human Behavior and Emerging Technologies, 2023(1), 7898600.

Bhattarai, M., Smedema, S. M., Hoyt, W. T., & Bishop, M. (2022). The role of mindfulness in quality of life of persons with spinal cord injury: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes, 20(1), 148.

Bisen, S. S., & Deshpande, Y. (2020). Prevalence, predictors, psychological correlates of internet addiction among college students in India: a comprehensive study. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 21(2).

Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. Journal of clinical epidemiology, 53(1), 1-12.

Britton, W. B., Shapiro, S. L., Penn, P. E., & Bootzin, R. R. (2003, May). Treating insomnia with mindfulness-based stress reduction. In Sleep (Vol. 26, pp. A309-A310). ONE WESTBROOK CORPORATE CENTER STE 920, WESTCHESTER, IL 60154 USA: AMER ACADEMY SLEEP MEDICINE.

Dewald, J. F., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. Sleep medicine reviews, 14(3), 179-189.

Ehlers, C. L., Gilder, D. A., Karriker-Jaffe, K. J., & Bernert, R. (2023). Comorbidity of anxiety/affective, conduct/antisocial, attention deficit, and alcohol use disorders with suicidal behaviors in an American Indian community sample of adults and adolescents. Journal of Psychiatric Research, 167, 63-70.

Ehlers, C. L., Gilder, D. A., Karriker-Jaffe, K. J., & Bernert, R. (2023). Comorbidity of anxiety/affective, conduct/antisocial, attention deficit, and alcohol use disorders with suicidal behaviors in an American Indian community sample of adults and adolescents. Journal of Psychiatric Research, 167, 63-70.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Ferrara, P., Corsello, G., Ianniello, F., Sbordone, A., Ehrich, J., Giardino, I., & Pettoello-Mantovani, M. (2017). Internet addiction: starting the debate on health and well-being of children overexposed to digital media. The Journal of pediatrics, 191, 280-281.

Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N. Y., Patterson, R., ... & Cramer-Bornemann, M. (2011). Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. Explore, 7(2), 76-87.

Guastella, A. J., & Moulds, M. L. (2007). The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event. Personality and Individual Differences, 42(6), 1151-1162.

Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. Psychotherapy and psychosomatics, 75(3), 188.

Jin Jeong, Y., Suh, B., & Gweon, G. (2020). Is smartphone addiction different from Internet addiction? comparison of addiction-risk factors among adolescents. Behaviour & Information Technology, 39(5), 578-593.

Liu, M. H., Wang, C. H., & Chiou, A. F. (2023). The Mediator Role of Meaning in Life in the Life Quality of Patients With Chronic Heart Failure. Asian Nursing Research, 17(5), 253-258.

Lu, W. H., Lee, K. H., Ko, C. H., Hsiao, R. C., Hu, H. F., & Yen, C. F. (2017). Relationship between borderline personality symptoms and Internet addiction: The mediating effects of mental health problems. Journal of behavioral addictions, 6(3), 434-441.

Lu, W. H., Lee, K. H., Ko, C. H., Hsiao, R. C., Hu, H. F., & Yen, C. F. (2017). Relationship between borderline personality symptoms and Internet addiction: The mediating effects of mental health problems. Journal of behavioral addictions, 6(3), 434-441.

Malak, M. Z., Khalifeh, A. H., & Shuhaiber, A. H. (2017). Prevalence of Internet Addiction and associated risk factors in Jordanian school students. Computers in Human Behavior, 70, 556-563.

Maurer, E., Walter, N., Baumgartner, H., Histing, T., Alt, V., & Rupp, M. (2022). Quality of life after fracture-related infection of the foot. Foot and Ankle Surgery, 28(8), 1421-1426.

Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhn, R., & West, 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(4), 335-345.

Neverkovich, S. D., Bubnova, I. S., Kosarenko, N. N., Sakhieva, R. G., Sizova, Z. M., Zakharova, V. L., & Sergeeva, M. G. (2018). Students' internet addiction: study and prevention. Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education, 14(4), 1483-1495.

Peng-Fei, Q. I. N., Shou-Ying, D. I. A. O., Tai-Lin, L. I., Meng-Meng, H. U. A. N. G., & Guo-Qiang, L. I. U. (2020). The effect of perceived stress on college students' mobile phone addiction: a serial mediation effect of self-control and learning burnout. Journal of Psychological Science, 43(5), 1111.

Ree, M. J., & Craigie, M. A. (2007). Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. Behaviour Change, 24(2), 70-86.

Speca, 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(5), 613-622.

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(6), 585-591.

Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., ... & Kim, M. J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. The Journal of nervous and mental disease, 196(6), 501-503.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

The Effectiveness of Mindfulness Therapy on Sleep Quality and Quality of Life in Internet-Addicted Adolescents

Karzan Nikdel*[1], Leila Ghahraman zadeh[2], Masoud Najari[3]

Abstract

Background and Objective: The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness therapy on sleep quality and quality of life in adolescents with internet addiction. **Method**: The research method was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group. The statistical population included male adolescents in Saqqez city in 2024. Using convenience sampling and based on inclusion and exclusion criteria, 30 participants were selected and randomly assigned to experimental and control groups (15 each). Research instruments included the Pittsburgh Sleep Quality Index (1989) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996). The experimental group received Williams and Segal's (2003) mindfulness therapy in eight 2-hour sessions, while the control group received no intervention. Data analysis was conducted using one-way ANCOVA in SPSS version 23, with a significance level of 0.05. **Findings**: The results showed that mindfulness therapy led to an increase in sleep quality and quality of life scores in the experimental group compared to the control group of adolescents with internet addiction. **Conclusion**: Based on the findings, mindfulness therapy can be considered an effective intervention method for improving sleep quality and quality of life in adolescents with internet addiction.

KeyWords: Mindfulness Therapy, Sleep Quality, Quality of Life, Internet Addiction

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

[1]. Master's student, Department of Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran (corresponding author)
[2]. Master's student, Department of Psychology, Boukan Branch, Islamic Azad University, Boukan, Iran
[3]. Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran