

The Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT) On the Improvement of Sleep Quality in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Javadi Z¹. MSc, Ghorbani M*. PhD

* Department of Psychology, Payam Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

¹Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Aims: The Sleep quality is the psychological sensation that affects the quality of life and feeling healthy and also leads to symptoms of mental and physical illness. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on the improvement of sleep quality in patients with generalized anxiety disorder.

Materials & Methods: : In a quasi -experimental study with pre-test and post-test design, 30 women with generalized anxiety disorder diagnosis were selected using random sampling and were randomly divided into two experimental groups (n = 15) and control (N = 15). The intervention which consisted of 8 sessions of 90 minutes of MBCT, which was provided only to the experimental group. Data were analyzed by SPSS 21 software and by covariance analysis.

Findings: The results of this study showed that mindfulness based cognitive therapy (MBCT) had a significant effect on reducing the quality of sleep ($F=37.55$, $P<0.05$) in the experimental group.

Conclusion: : Mindfulness- based cognitive therapy can improve dimensionality subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration and sleep disturbances women with GAD patients.

Keywords:

Mindfulness- Based Cognitive Therapy: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Mindfulness>];

Generalized Anxiety Disorder: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Generalized+Anxiety+Disorder>];

Sleep Quality: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Sleep+Quality>];

Women: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Women>];

*Corresponding Author

Tel: 03152233734

Fax: 03152233734

Address: Department of Psychology, Payam Noor University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 2018/Jun/02

Accepted: 2019/ Mar /16

ePublished: 2019/ May /16

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا جوادی MSc

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

*مریم قربانی PhD

گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: کیفیت خواب احساس روانی است که بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تاثیر می گذارد و منجر به تشدید علائم بیماری های جسمی روانی می گردد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهرستان محلات انجام شد.

مواد و روش ها: در یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون، با استفاده از نمونه گیری در دسترس، ۳۰ زن دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر با توجه به ملاک های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و شاهد (n=۱۵) قرار گرفتند. مداخله شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود که تنها به گروه آزمایش ارائه شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۱ و با روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثر معنی داری بر کاهش سطح کیفیت خواب (F=۳۷/۵۵ و p=۰/۰۰۱) گروه آزمایش داشت.

نتیجه گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند ابعاد کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب و اختلالات خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را به طور قابل ملاحظه ای بهبود بخشد.

کلید واژه ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر، کیفیت خواب، زنان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

*نویسنده مسئول: ghorbani_psyc@pnu.ac.ir

مقدمه

اضطراب، پاسخی ضروری به تنیدگی (Stress) است و فرد را هنگام مواجهه با خطر، برای کنش و واکنش آماده می سازد. در بین اختلال های روان شناختی، طبقه اختلالات اضطرابی شایع ترند^[۱]. یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Disorder) است^[۲] که از اختلالات شایع و اغلب مزمن روان پزشکی است و عمده ترین بیماری معاصر نامیده می شود^[۳].

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) اختلال اضطراب فراگیر دربرگیرنده اضطراب، نگرانی و تنش مفرطی است که در بیشتر روزها دیده می شود، حداقل به مدت ۶ ماه ادامه دارد و محور نگرانی فرد، رویدادهای معمول زندگی است. اضطراب مزبور به سختی مهار می شود، رنج و عذاب درون ذهنی برای

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به

فرد ایجاد می کند و حوزه ای مهم زندگی فرد را مختل می کند^[۴]. هم چنین وجود نشانه های خاص برانگیختگی اتونومیک، تنش عضلانی و گوش به زنگی نیز ضروری ذکر شده است و اضطراب و نگرانی باید با سه یا بیش از سه مورد از شش نشانه کلیدی ببقراری، خستگی پذیری، اشکال در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اشکال در خواب همراه باشد. هم چنین این اختلال نباید به دلیل خصایص مربوط به اختلالی در محور A، مصرف مواد یا یک بیماری طبی عمومی پدید آمده باشد^[۵].

مبتلابان به این اختلال از آسیب های چشم گیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می برند^[۶]. بنابراین با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همبودی (Comorbidity) اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روان شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهمترین اختلالات ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است^[۷].

اختلال اضطراب فراگیر معمولاً با شروع در سنین اولیه همراه است اما ممکن است در میان بزرگسالان نیز شایع باشد. نرخ مبتلا شدن در بین زنان، افراد میانسال، افرادی که تنها زندگی می کنند و درآمد کمی دارند در مقایسه با جمعیت عادی بالاتر است^[۸].

یکی از عواملی که با اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر همراه است اختلالات خواب می باشد. *بای سی، رینولد، مانک، برمن و کوپفر* کیفیت خواب را شامل تعیین الگوهای بد کاری خواب از جمله کیفیت ذهنی خواب (Subjective Sleep Quality)، تأخیر در به خواب رفتن (Sleep Latency)، طول مدت خواب (Sleep Duration)، خواب مفید (Habitual Sleep Efficiency)، اختلالات خواب (Sleep Disturbances)، مصرف داروهای خواب آور (Use of Sleeping Medication) و اختلالات عملکرد روزانه (Daytime Dysfunction) تعریف می کنند^[۹].

کیفیت خواب شامل جنبه های کیفی خواب مثل مدت زمان نهفته خواب و برانگیختگی های مرتبط با آن و جنبه های عینی مثل عمق یا آرامش دهندگی خواب می باشد^[۱۰]. کیفیت خواب نامطلوب ممکن است در نتیجه خستگی روزمره، کاهش انرژی و بی خوابی به وجود آید و به صورت منفی بر زندگی افراد تأثیر گذارد^[۱۱]. نشانه های جسمانی و شناختی کیفیت خواب ضعیف شامل خستگی، فقدان تمرکز، آستانه درد کم، اضطراب، عصبی بودن، تفکر انعطاف ناپذیر و فقدان اشتیاق است^[۱۰].

کیفیت خواب، احساس روانی است که در ظاهر فرد قابل مشاهده است و بر کیفیت زندگی و احساس سلامتی فرد تأثیر می گذارد و منجر به تشدید علائم بیماریهای جسمی روانی می گردد. کیفیت خواب نامطلوب باعث افزایش اضطراب، تحریک پذیری، گیجی و به طور کلی کاهش میزان رضایتمندی از زندگی می گردد^[۱۲].

فرهادی نسب و عظیمی نشان دادند که مقدار و کیفیت خواب شبانه می تواند روی عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت های روزمره مؤثر باشد^[۱۳]. خواب یک کارکرد اساسی زیستی است که برای بهزیستی روانی و جسمی افراد ضروری می باشد. وجود رابطه نزدیک

مشاهده می‌شود. چالش اول مربوط به میزان بالای عود، هنگام قطع دارو و چالش دوم، فقدان داده‌هایی در مورد سلامتی این بیماران در طولانی مدت می‌باشد^[22].

با وجود آن که مطالعات زیادی در خصوص اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود افسردگی صورت گرفته اما اثربخشی آن بر کاهش علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی کمتر بررسی شده است. تنها چند مطالعه آزمایشی بر روی اثربخشی این شیوه درمانی بر کیفیت خواب صورت گرفته که نتایج حاکی از کاهش علائم و نشانه‌ها بوده است. در پژوهشی یوک، لی و رو (۲۰۰۸) گزارش کردند که نمره‌های کیفیت خواب پیتزبورگ در بین ۱۹ بیمار با اختلالات اضطرابی و بی خوابی بعد از ۸ هفته برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود معناداری یافته است^[23]. بریتون، شاپیرو، پین و بوتزترین (۲۰۰۳) پیامدهای بی خوابی ۷ زن دارای بی خوابی را به دنبال برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی بررسی کردند و دریافتند که بیدار شدن حین خواب در طول شب در آنها کاهش یافته بود^[24]. گروس، کر/یتزر، رایلی/اسپیونج، رایلی، وینبوش و همکاران (۲۰۱۱) تاثیر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارو درمانی را بر روی بی خوابی مورد ارزیابی قرار دادند. گروه آزمایشی که روان درمانی دریافت کرده بودند بهبود معنی داری در کل زمان خواب، کارآمدی خواب و کیفیت خواب در مقایسه با گروه‌های دیگر بدست آوردند^[25]. ناکامورا، لیسچیتزا، لاندوراب، کانا و وسب (۲۰۱۱) تاثیر دو جلسه آموزش ذهن آگاهی را بر روی کیفیت خواب در افراد مبتلا به فشار روانی پس آسیبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از تاثیرگذاری آموزش بر بهبود کیفیت خواب بود^[26].

در ایران هم در پژوهشی ساعدی و همکاران (۱۳۹۶) گزارش کردند که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شدت درد و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به سردرد میگرنی موثر بوده است^[27]. دهقانی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان مبتلا به اختلال بی خوابی را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج حاکی از اثربخشی درمان بر کیفیت خواب بود^[28]. در پژوهش بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر پرداختند، نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معنی داری کیفیت خواب را بهبود بخشیده است^[29]. در اهمیت این پژوهش می‌توان گفت که تعداد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که درگیر بی خوابی هستند رو به افزایش است و این بیماری باعث می‌شود مشکلات بیشتری را در زندگی روزمره و عملکرد اجتماعی و روانشناختی تجربه کنند.

علی رغم تحقیقات بسیار در زمینه تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب، تاکنون تحقیقی از نوع مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کیفیت خواب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام نشده است. بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده، مطالعه حاضر به این سوال اساسی پاسخ داده است: آیا آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود

بین فرآیند خواب و سلامت جسمی و روانی در افراد به خوبی شناخته شده و هم چنین اختلال خواب ممکن است تأثیری جدی بر سلامتی داشته باشد. اختلال خواب ممکن است به انواع اختلالات متفاوت مانند خستگی و خواب آلودگی، کسالت، کاهش تمرکز و هماهنگی، دشواری در ارتباط برقرار کردن، مشکل در حل مسأله، کاهش خلاقیت، تغییرات خلقی، انقباض عضلات و افزایش خطر ابتلا به عفونت منجر شود. هم چنین تغییرات چرخه خواب می‌تواند موجب افزایش مرگ و میر نیز باشد^[14]. خواب نه تنها روی فرد بلکه روی خانواده و کل جامعه نیز تأثیر می‌گذارد. در سال‌های اخیر علاوه بر رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر که عمدتاً تکیه بر تغییر افکار و نگرش‌های بیمار دارند، روش‌های درمانی دیگری نیز مطرح شدند از جمله درمان‌های مبتنی بر پذیرش (Based on Acceptance) و ذهن آگاهی (Mindfulness) که از آنها به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری تعبیر شده است. در این روش‌ها تأکید اصلی بر پذیرفتن افکار، احساسات و حالات بدنی و تجارب لحظه به لحظه فرد بوده و تغییر نمودن افکار بیمار مد نظر قرار نمی‌گیرد. اساساً در این روش‌ها فرض بر آن است که فرد به واسطه پذیرفتن افکار و احساسات خود و عدم قضاوت در مورد آنها به بهبودی می‌رسد^[15].

طی چند سال اخیر پژوهش‌ها در مورد ذهن آگاهی و مطالعات مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش پیدا کرده است^[16, 17]. ذهن آگاهی به صورت یک واژه روان شناختی تعریف شده است که به معنای توجه نمودن به لحظه حاضر بدون آگاهی قضاوت‌مندان در مورد تجارب درونی و بیرونی می‌باشد^[18].

یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی که توجه زیادی را به خود معطوف داشته است، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) است. برخلاف درمان شناختی- رفتاری، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأکید کمتری بر تغییر محتوای افکار دارد و بیشتر تغییر آگاهی و توجه و رابطه با افکار را مورد تمرکز قرار می‌دهد. هم چنین شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأکید زیادی بر پذیرش به جای تغییر داشته و هیچ آموزشی را در خصوص تغییر محتوای تفکر نمی‌دهد بلکه تأکید عمده آن بر پذیرش افکار به عنوان افکار (نه به صورت انعکاسی از واقعیت) است که به آن آگاهی فراشناختی نیز می‌گویند^[19]. با توجه به سیر مزمین، شیوع بالا و هم بودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روان شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم ترین اختلالات ناتوان کننده در بزرگسالان مطرح شده است. اما علی رغم پیامدهای منفی اختلال اضطراب فراگیر، مطالعات پیرامون این اختلال و درمان آن جزء کم‌ترین مطالعات صورت گرفته در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی می‌باشد^[20].

بنابراین پرداختن به روش‌های درمانی اثر بخش از جایگاه مهمی برخوردار بوده و بایستی مورد توجه قرار گیرد. یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها در این زمینه بیان گر پاسخ سریع به درمان‌های دارویی در این اختلال می‌باشد^[21]. اما دو چالش بسیار مهم در جریان دارو درمانی در این اختلال

کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. از میان مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهرستان محلات در سال ۱۳۹۴، تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی، معیارهای DSM-V و پرسش‌نامه اضطراب فراگیر (GAD-7) انتخاب شدند و پس از دریافت ملاک‌های ورود و رضایت شرکت در جلسات درمانی وارد طرح پژوهش شدند. در مرحله بعد، این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) قرار گرفتند. میانگین سنی آزمودنی‌ها (کنترل: ۳۳/۸۷ و آزمایش: ۳۴/۶۱) سال بوده است. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک، پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر و کیفیت خواب پیتزبورگ بود. گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. پس از اتمام جلسات مداخله، متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت.

معیارهای ورودی بیماران به پژوهش شامل دارا بودن ملاک‌های تشخیصی DSM-V برای اختلال اضطراب فراگیر به تشخیص روان شناس بالینی و روان پزشک، عدم دریافت درمان‌های روان شناختی قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی بودند و معیارهای خروجی پژوهش شامل داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت در محور دو و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، مخالفت بیمار برای همکاری در هر زمان پژوهش، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه‌داشتن آن را ناممکن می‌کرد، سابقه دریافت درمان‌های روان شناختی دیگر، عدم توانایی انجام تکالیف منزل و غیبت بیش از دو جلسه.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته برای جمع‌آوری منظم اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، جنسیت، تحصیلات، تأهل و سابقه بیماری جسمی و روانی می‌باشد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I، مصاحبه‌ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، اسپیتز، گیبسون و ویلیامز تهیه شده است. تران و هالگا (۲۰۰۷) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب برای SCID گزارش کرده‌اند. امینی، شریفی، سعیدی، محمدی، کاویانی، سمثانی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از

ترجمه به زبان فارسی، بر روی ۲۲۹ نفر اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲) و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهشی آنان نشان داد که پایایی قابل قبول به دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار گیرند. این ابزار به عنوان ابزار تشخیصی در این مطالعه در نظر گرفته شده است. مصاحبه مزبور ابزاری به منظور تشخیص گذاری اختلال‌های محور یک بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است. این فرم توسط امینی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و انطباق داده شده و در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت^[30].

مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونگ، ویلیامز و لو در سال ۲۰۰۶ به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را نیز مشخص نماید ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است و هر سوال بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را فوق العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون- باز آزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش نموده‌اند. حساسیت و ویژگی مقیاس در نقطه برش ۱۰ یا بیشتر از ۸۰ درصد میگذرد و هم بستگی آن با دو مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب R-90-SCL، ۰/۷۴ گزارش شده است^[31]. در ایران مطالعه‌ای توسط نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) صورت گرفت. در این مطالعه آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون- باز آزمون برابر ۰/۴۸ به دست آمد. اعتبار هم زمان مقیاس از طریق بررسی رابطه آن با پرسش‌نامه اضطراب حالت- صفت اشنپیل برگر برای اضطراب حالت ۰/۷۱ و برای اضطراب صفت ۰/۵۲ و از طریق خرده مقیاس اضطراب R-90-SCL، ۰/۶۳ به دست آمد که بیانگر اعتبار قابل قبول برای مقیاس مذکور در جامعه ایرانی است. این ابزار هم به عنوان ابزار تشخیصی و هم به منظور ارزیابی شدت نشانه‌های بالینی در این مطالعه در نظر گرفته شده است^[32].

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (The Pittsburgh Sleep Quality Index): پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بایسی، رینولدز، مونک، برمن و کوپفر در سال ۱۹۸۹ ساخته شده که پرسش‌نامه ای خود گزارشی است که جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده است. پرسش‌نامه‌ای استاندارد است و ۱۸ گویه دارد. این گویه‌ها در هفت جزء طبقه‌بندی می‌شوند، جزء اول مربوط به کیفیت خواب به طور ذهنی است که با یک پرسش (شماره ۹) مشخص می‌شود. جزء دوم مربوط به تأخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با دو سوال، یعنی میانگین نمره سوال ۲ و نمره قسمت الف سوال ۵، مشخص می‌شود. جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با یک پرسش (شماره ۴) مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب بیمار است. نمره آن با تقسیم کل ساعات خواب بر کل ساعاتی که بیمار در بستر قرار می‌گیرد، ضربدر ۱۰۰ محاسبه می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب

توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد برای خلاصه نمودن و توصیف اطلاعات استفاده شد. برای بررسی اثربخشی آموزش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت خواب آزمودنی‌ها، روش تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد.

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان محلات که واجد ملاک‌های پژوهش بودند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند، که ۲ نفر از گروه آزمایش انصراف دادند و در نهایت ۲۸ نفر باقی ماندند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۴/۶۱ و انحراف استاندارد ۶/۵۱ و در گروه شاهد میانگین ۳۳/۸۷ و انحراف استاندارد ۴۴/۴ بود. در گروه آزمایش ۸ نفر (۶۱/۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۲ نفر (۱۵/۴ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۳ نفر (۲۳/۱ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بوده‌اند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بوده‌اند.

جدول شماره (۲) شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. از آن جا که در این پژوهش از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است، بررسی پیش فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون پیش شرط ضروری بود. جهت بررسی این پیش شرط از آماره لوین استفاده شد و مشاهده شد که آماره لوین در متغیر کیفیت خواب معنی دار نیست که نشان دهنده این است که واریانس‌ها همگن هستند؛ بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره قابل اجراست.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت خواب گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مؤلفه	گروه		پس آزمون
	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت ذهنی خواب	۱/۶۱	۰/۶۵	۱
	۱/۴۷	۰/۶۴	۰/۵۸
تأخیر در به خواب رفتن	۲/۳۸	۰/۶۵	۱/۶۲
	۲/۱۳	۰/۹۱	۲/۰۷
طول مدت خواب	۱/۳۱	۱/۱۱	۰/۷۷
	۱/۶۰	۱/۱۲	۱/۹۳
خواب مفید	۱/۰۸	۱/۰۴	۰/۶۵
	۰/۸۰	۱/۰۱	۰/۹۳
اختلالات خواب	۱/۸۵	۱/۶۸	۱/۲۸
	۲/۴۰	۱/۶۴	۲/۳۳
مصرف داروهای خواب آور	۰/۹۲	۱/۱۹	۰/۲۳
	۰/۶۷	۱/۱۱	۰/۵۳
اختلالات عملکرد روزانه	۱/۱۵	۱/۳۳	۱/۰۸
	۱/۳۳	۰/۶۲	۱/۵۳
نمره کل کیفیت خواب	۱۰/۳۱	۳/۶۶	۶/۶۹
	۱۰/۴۰	۳/۵۲	۱۰/۸۰

طبق جدول شماره (۳)، نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون کیفیت خواب در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات کیفیت خواب افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به افرادی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است.

است و با محاسبه میانگین نمرات جزئیات پرسش ۵ به دست می‌آید. جزء ششم مربوط به مصرف داروهای خواب آور است که با یک پرسش شماره ۶ مشخص می‌شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد روزانه نامناسب در طول روز است که با دو سوال، یعنی میانگین نمرات پرسش‌های شماره ۷ و ۸ مشخص می‌شود. امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ و امتیاز هر جزء نیز حد اکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. نمره بیشتر از ۶ بر کیفیت خواب نامطلوب دلالت می‌کند. پایسی پایایی را برابر ۰/۸۳، برتولوزی، فاگوندس، ساتوس، هاف، دارتورا و مایز (۲۰۱۱) ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در پرسش‌نامه را برابر ۰/۸۲ و افخم ابراهیمی، قلعه بندی، صالحی، کافیان تفتی، وکیلی و اخلاقی فارسی (۱۳۸۷) پایایی را برابر ۰/۷۹ گزارش کردند [9, 33].

روند اجرای پژوهش: ابتدا پرسش‌نامه اضطراب فراگیر (GAD-7) روی نمونه ۲۰۰ نفری از زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان محلات اجرا شد و تعداد ۳۰ نفر که نقطه برش بالاتر از ۱۰ گرفتند به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. شرکت کنندگان در آزمون زنان بین ۱۸ تا ۵۰ سال بودند. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به مدت ۲ ماه و به صورت ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمودند. پس از اتمام جلسات کلیه آزمودنی‌های دو گروه پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) را تکمیل نمودند. محتوای جلسات مداخله شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱) محتوای جلسات مداخله شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول: هدایت خودکار؛ توضیح درباره درمان و آشنا نمودن بیماران با روند ساختار درمان، تعیین قوانین برنامه، گرفتن تعهد نامه، توضیح مسئله هدایت خودکار، تمرین خوردن کشمش با آگاهی، تمرین اسکن بدن (Body Scan)، توزیع بروشور اختلال اضطراب فراگیر و گفتگو رایج به آن، دریافت باز خورد از جلسه، ارائه تکالیف منزل همراه با دفترچه ثبت تکالیف و سی دی آموزشی.
جلسه دوم: (مقابله با منابع)؛ بررسی و ارزیابی تکالیف جلسه قبل، تمرین اسکن بدن، تمرین افکار و احساسات (آموزش رابطه محرک- فکر- احساس- رفتار)، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، آگاهی از وقایع خوشایند و تکمیل "تقویم وقایع خوشایند".
جلسه سوم: (تنفس ذهن آگاهانه)؛ تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، آگاهی از وقایع ناخوشایند و تکمیل "تقویم وقایع ناخوشایند"، تمرین نشستن ذهن آگاهانه.
جلسه چهارم: (یون در لحظه حال)؛ تمرین دین و شنیدن خواندن جزوه "حضور ذهن و مراقبه"، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، حرکت از دنیای درون فردی به دنیای بین فردی.
جلسه پنجم: (پذیرفتن / اجازه می‌ماند)؛ تمرین پیاده روی آگاهانه، آگاهی از خلق، افکار و نقطه نظرات گوناگون، تمرین تنفس سه دقیقه‌ای، تکمیل "کاربرگ ارتباطی"؛ جهت تمرکز بر تعاملاتی که طی هفته با افراد مهم زندگی‌تان دارید.
جلسه ششم: (افکار واقعیت نیستند)؛ تمرین هو شیارانه، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، مدیریت افکار خود آیند منفی، تمرین برای پذیرش ذهن آگاهی، افکار و هیجان‌ها، آماده کردن بیماران برای نزدیک شدن به پایان درمان.
جلسه هفتم: (چگونه می‌توانم به بهترین نحو از خود مراقبت کنم)؛ ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن، تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای، شناسایی نشانه‌های عود، شناسایی اعمال مقابله با نشانه‌های عود، توضیح درباره استفاده از تنفس به عنوان اول قیل از نظر گذراندن تمرین دوره تنفس سه دقیقه‌ای.
جلسه هشتم: (استفاده از آن چه تاکنون آموخته شده است جهت مقابله با خلق آینده)؛ تمرین واری بدن، مرور کل دوره درمان، بحث درباره این که چگونه هر آن چه در جلسات گذشته فرا گرفته اند، به یاد بسپارند (چه راه کارهایی را در نظر بگیریم که این طوری بمانیم)، توزیع برگه نظر سنجی درباره نظر بیماران رایج به درمان، اتمام جلسه با تمرین تنفس سه دقیقه‌ای.

یافته‌ها

در این پژوهش از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار

جدول ۳) نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت خواب در دو گروه آزمایشی و کنترل

ابعاد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
کیفیت ذهنی خواب	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۸/۳۴	۰/۰۰۹	۰/۳۱	۰/۷۸
تاخیر در به خواب رفتن	۱/۴۸	۱	۱/۴۸	۴/۴۶	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۵۲
طول مدت خواب	۵/۱۵	۱	۵/۱۵	۷/۷۱	۰/۰۱	۰/۴۹	۰/۷۵
خواب مفید	۰/۳۱	۱	۰/۳۱	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۰
اختلالات خواب	۲/۳۱	۱	۲/۳۱	۷/۳۲	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۷۳
مصرف داروهای خواب آور	۱/۳۶	۱	۱/۳۶	۳/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۳۹
اختلالات عملکرد روزانه	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۱/۷۶	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۳۴
کیفیت خواب	۱۱۳/۷۴	۱	۱۱۳/۷۴	۳۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۹۹

بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد.

یافته‌های به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است ($P < 0/05$). مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت خواب در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق ژانگ و همکاران (۲۰۱۵)، بلک و همکاران (۲۰۱۵)، گروس و همکاران (۲۰۱۱)، انگ و همکاران (۲۰۰۹)، وینبوش، گراس و کریترز (۲۰۰۷)، ری و کریجی (۲۰۰۷)، هیدنریش، تین، یفلاگ، میشل و میشل (۲۰۰۶)، یوک و همکاران (۲۰۰۸) و بریتون و همکاران (۲۰۰۳) هم سو است [34-39].

یافته‌های به دست آمده در خصوص فرضیه‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب و اختلالات خواب تأیید شد ($P < 0/05$) ولی اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد خواب مفید، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأیید نشد ($P > 0/05$).

به طور کلی، افراد مبتلا به GAD اختلال خواب را در هر دو شاخص ذهنی و عینی نشان می‌دهند. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بالاخص در مقایسه با افراد سالم، زمان طولانی‌تر تأخیر در خواب، کاهش مدت زمان خواب، کاهش بازده کلی خواب و مدت بیداری افزایش یافته در طول خواب را گزارش می‌کنند. افرادی که کیفیت خواب نامناسبی دارند نسبت به افراد عادی از نظر فیزیولوژیکی، برانگیختگی بیشتری دارند. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که این افراد ضربان قلب سریع‌تر (طپش قلب)، افزایش بیشتر تنش عضلانی پیشانی و هدایت بیشتر

اثر بخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به

الکتریکی پوست، هم قبل از خواب، هم در طی خواب و هم بعد از بیداری‌های شبانه دارند [5, 6, 14]. شواهد مطرح می‌کنند که فعال‌سازی شناختی در اختلالات خواب نقش واسطه‌ای دارند. این یافته‌ها منجر به افزایش استفاده از شیوه‌های درمانی (مانند آموزش تصویری، مراقبه، توقف فکر و جلوگیری از نگرانی) که به منظور کنترل فعالیت شناختی مفرط پیش از خواب طراحی شده است، می‌شود [24]. یکی از این شیوه‌های درمانی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که اساس آن یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، باز شناسی الگوهای افکار خود کار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار می‌باشد. این روش با تمرکز بر ریشه اصلی بیخوابی منجر به بهبود خواب می‌گردد [40].

نگرانی بیش از حد یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر است که در عدم کیفیت مناسب خواب (نگرانی قبل از رفتن به رختخواب و در رختخواب که باعث تداخل در خواب شود) نقش فراوانی دارد. نگرانی مفرط منجر به نشخوار فکری بیشتر که یکی از فرآیندهای شناختی اصلی در بسیاری از بیماری‌های روان‌شناختی است، می‌شود [19].

وقتی افراد درباره مشکلاتشان نگران میشوند یا نشخوار فکری می‌کنند، حتی اگر تصور کنند که با مشکلی مواجه هستند، در واقع از درک مستقیم ماهیت مشکل بیشتر دور می‌شوند. این امر به این خاطر رخ می‌دهد که نشخوار فکری، همواره حاوی قضاوت درباره تجربه است. این فرآیند، افکار و سپس هیجاناتی را به وجود می‌آورد که شدید و شدیدتر شده و از موقعیت واقعی دور می‌شوند تا آن جا که در طول زمان، تمایز واقعیت از قضاوت فرد درباره آن، مشکل و مشکل‌تر می‌شود. به این دلیل، بر اساس ذهن آگاهی، بسیار مهم است که بیماران یاد بگیرند چگونه خودشان را از افکارشان متمایز سازند.

یکی دیگر از قویترین و عمیقترین چسبندگی‌ها، تفکر به خاطر تفکر است که فرد، تنها زمانی احساس بهنجار بودن می‌کند که ذهن‌ها به میزان زیادی فکر کنند و به عقیده آن‌ها راه حل تمام مشکلات میتواند از افکار ناشی شود.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با داشتن تمریناتی نظیر تمرین خوردن ذهن آگاهانه، وارسی بدنی با تمرکز بر تنفس کوتاه، مراقبه نشسته، ثبت وقایع خوشایند، قدم زدن با ذهن آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرینات مربوط به ماندن در زمان حال، حضور ذهن از صداها و افکار و انجام دادن آن‌ها در جلسه و در خارج از آن و همچنین با دادن تکالیف خانگی و داشتن برنامه‌هایی که همگی در جهت افزایش توجه و ماندن در زمان حال بوده است، توجه مراجعان را افزایش داده است. این توجه دربردارنده توجه فرد به تجارب، احساسات، افکار و حس‌های بدنی خود می‌باشد. همچنین این تمرین‌ها باعث افزایش خودکنترلی توجه شده چرا که متمرکز نمودن مکرر توجه بر روی یک محرک خنثی مثل تنفس، باعث به وجود آمدن محیط توجهی مناسبی می‌شود. این تمرینات به بیماران مبتلا به بی‌خوابی کمک می‌کند تا با هدایت توجه، بازبینی بسیار

است که پژوهش از نوع مقطعی بوده و داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص به دست آمد، این پژوهش صرفاً بر روی نمونه‌های زن انجام شد و در تعمیم نتایج آن برای مردان، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌گیری در دسترس از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد. البته به دلیل این که گمارش افراد برای گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی بود تا حدودی این محدودیت کنترل شده است ولی با این حال باید در تعمیم‌پذیری نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. در انتخاب نمونه پژوهش حاضر تلاش بر انتخاب بیمارانی بود که به بیماری روان پزشکی حاد دیگری مبتلا نباشند و لذا در تعمیم نتایج به بیمارانی که در آن‌ها اختلالات همبود روان پزشکی مشاهده می‌شود، باید احتیاط نمود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با سایر مداخلات روان‌شناختی مانند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، دارو درمانی و غیره مقایسه شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر سایر متغیرهای شناختی و هیجانی نیز انجام گیرد و پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های هر دو جنس انجام شود و اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به متغیر تعدیل‌کننده جنسیت مورد مقایسه قرار گیرد و روش درمانی استفاده شده در این پژوهش در جامعه آماری مختلف استفاده و مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود که جهت ارزیابی تأثیر طولانی‌تر زمان ماندگاری درمان، پژوهشی با پیگیری اجرا شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند ابعاد کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب و اختلالات خواب را به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود بخشد و این امر می‌تواند به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنها منجر شود ولی اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد خواب مفید، مصرف داروهای خواب آور و اختلالات عملکرد روزانه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در این پژوهش موثر واقع نشد. در کل، یافته‌های به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از همکاری مراکز درمانی شهرستان محلات اعلام می‌دارند.

تأییدیه اخلاقی: از مشارکت کنندگان در مطالعه رضایت کتبی و آگاهانه اخذ شد. همچنین به منظور رعایت اصل اخلاق در پژوهش در پایان مطالعه، پس از اتمام جلسات و بعد از اجرای مرحله پس‌آزمون، حدود چهار الی پنج جلسه مداخله MBCT، بر روی گروه شاهد نیز اجرا گردید.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان مقاله بیان نشده است.

منابع مالی: این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی

زیاد و توجه انتخابی بر روی نشانه‌های درونی (حس‌های درونی) و بیرونی (ساعت) مرتبط با خواب را تغییر دهند. همچنین در طول جلسات بیماران آموختند که ارتباط با تجارب شان (افکار، هیجانات یا حس‌های فیزیولوژیک) را از طریق پذیرش آنها نه اجتناب یا کنترل‌شان تغییر دهند. این بیماران آموختند که برانگیختگی‌های فیزیولوژیک یا هیجانی به وجود آمده را بدون ارزیابی کردن آن تجربه کنند.

آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عاداتی را از حالت خود خارج سازند و به وسیله تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند. بنابراین در آموزش‌های ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کنند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند [22].

سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) توصیف می‌کنند که حذف رفتارهای معیوب مانند شرطی شدن نسبت به محیط خاص برای خوابیدن یا زمان خوابیدن یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها در درمان مشکلات خواب محسوب می‌شود. در حالت توجه آگاهانه که در ضمن درمان به آن دست پیدا می‌شود، اطلاعات از تجربیات معیوب به طرف تجربه کنونی چرخش پیدا می‌کند [41]. افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می‌باشند، تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. ذهن آگاهی توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می‌دهد. زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب به دلیل قرار گرفتن در شرایط محیطی و خانوادگی و نگرانی‌های وابسته به آن‌ها، با احساس خستگی و بی‌خوابی روبه‌رو می‌شوند و برنامه ذهن آگاهی باعث افزایش تمرکز ذهنی آن‌ها و سطح بهداشت خواب می‌گردد.

یافته‌های به دست آمده در خصوص فرضیه‌ها هم‌چنین نشان می‌دهد که اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد خواب مفید، مصرف داروهای خواب آور و اختلالات عملکرد روزانه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأیید نشد. این امر می‌تواند ناشی از این مسأله باشد که عملکرد روزانه فرد، فقط تحت تأثیر کیفیت خواب نیست و عوامل دیگری نیز آن را تحت الشعاع خود قرار می‌دهند. لذا علی‌رغم بهبود کیفیت خواب این مؤلفه‌ها معنادار نشده‌اند. بیماران به دلیل وابستگی زیاد به داروهای خواب آور و مدت زمان مصرف طولانی، ترس از قطع دارو دارند که با توجه به انجام پس‌آزمون بلافاصله بعد از اتمام جلسات، اطمینان بیمار به این درمان تا حدی نیست که منجر به قطع دارو شود. همچنین مصرف این داروهای آرام‌بخش، مشکلات عدیده‌ای از جمله مشکلات گوارشی و حتی وابستگی از نوع اعتیاد برای مصرف‌کنندگان به وجود می‌آورد، وجود این مشکلات و عوارض منجر می‌شود فرد به سرعت عملکرد روزانه بالایی به دست نیاورد.

از محدودیت‌هایی که در این پژوهش وجود داشت این

Conditions, Depression, and Sleep Quality Using the Pittsburgh Sleep Quality Index: Results from a Population-Based Survey. *SLEEP Med.* 2010; 11(4): 366-371.

11- Chartier-Kastler E, Davidson K. Evaluation of Quality of Life and Quality of Sleep in Clinical Practice. *European Urology Supplements.* 2007; 6(9): 576-584.

12- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research.* 2007; 28(2): 193-213.

13- Farhadi Nasab A, Azimi H. Study of Patterns and Sleep Quality in Medical Students Medical Sciences University of Medical Sciences and Its Relationship with Personality Traits. *Clinical Research University of Hamedan.* 2008; 15(1): 11-15. [Persian].

14- Hernández C1, Estivill E, Cantalapiedra A. Impact of Nocturia on Sleep Quality in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Suggesting Benign Prostatic Hyperplasia (LUTS/BPH). The NocSu Study, *Actas Urol Esp.* 2010; 34 (5): 450-459.

15 - Tolae SA, Aasari SH, Habibi M. Subjective Sleep Quality Chemical. *Psychiatry and Clinical Psychology.* 2005; 12(3): 263-269.

16- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research.* 2010; 187 (3): 441-453.

17- Bear RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical View. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003; 10(2): 125-143.

18- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a Meditation based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry.* 1992; 149(7): 936-943.

19- Roemer L, Orsillo SM. Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches with Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006; 9(1): 54-68.

20- Cassidy JL, Lichtenstein-Phelps J, Sibrava NJ, Thomas CL Jr, Borkovec TD. Generalized

ارشد با عنوان "اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر"، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد (اصفهان) است.

سهم نویسندگان: زهرا جوادی (نویسنده اول) پژوهشگر اصلی (۵۰٪)؛ مریم قربانی (نویسنده دوم) پژوهشگر اصلی (۵۰٪).

منابع

1- Kessler RC, Chiu WT, Demler O. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12 Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatr.* 2005; 62(6): 617-627.

2- Hamayak YV. Diagnostic and Statistical Manual of Psychosocial Disorders Fourth Edition of the American Psychiatric Association (DSM-IV-TR), translated by Mohammad Reza Nikkhooi. speaking publication; 2000. [Persian].

3- David J, Dozois A, Keith SD. Washington DC: The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research, and Practice. American Psychological Association (www.apa.org); 2004.

4- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. 10th ed Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.

5- Durham RC. Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychiatry.* 2004; 3(4): 30-34.

6- Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler R. Disabilities and Quality of Life in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression in a National Survey. *Inter Clin Psychopharmacol.* 2000; 15(6): 319-328.

7- Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *J of Clin Psychiat.* 2006; 62 (11): 37-42.

8- Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV Generalized Anxiety Disorders in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine.* 2002; 32(4): 649-659.

9- 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.

10- Hayashino Y1, Yamazaki S, Takegami M, Nakayama T, Sokejima S, Fukuhara S. Association Between Number of Comorbid

- 29- Besak Nejad S, Aghajani Azhdi A, Zargar Y. Effectiveness of cognitive-mindedness-based cognitive therapy on the quality of life and quality of life of female students. *A Journal of Psychological Achievements (Educational Sciences and Psychology)*, Shahid Chamran University of Ahvaz, Autumn and Winter. 2011;4 (150):50-59. [Persian].
- 30- Amini H, Sharifi V, Asaadi M, Mohamadi MR, Kaviani H, Semnani Y, Shabani A, Shahriyar Z, Davari Ashtiani R, Hakim Shoushtari M, Sedigh A, Jalali Roudsari M. Validity of the Persian Version of the Diagnostic Structured Interview for Axis I Disorders in DSMIV (SCID-I). *Payesh*. 2007; 7 (1): 49-57. [Persian].
- 31 - Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006; 166 (10): 1092-1097.
- 32- Nayinian MR, Shoayri MR, Sharifi M, Hadian M. Reliability and Reliability of the Scale of Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology and Personality (Daneshvar Behavior)*. 2011; 3 (4): 41-50. [Persian].
- 33- Afkham Ebrahimi A, Ghalebani MF, Salehi M, Kafian Tafti A, Vakili Y, Akhlaghi Farsi E. Study of Sleep Parameters and Factors Affecting Sleep Quality in Outpatients Referred to Selected Clinics of Rasool Akram Hospital. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2008; 15 (58): 31-38. [Persian].
- 34- Zhang JX, Liu XH, Xie XH, Zhao D, Shan MS, Zhang XL, Kong XM, Cui H. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2015;11(3):180-185.
- 35- Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2015;175(4):494-501.
- 36- Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Mindfulness Meditation and Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Naturalistic 12-Month Follow Anxiety Disorder: Connections with Self-Reported Attachment. *Behav Ther*. 2009; 40(1): 23-38.
- 21- Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ. Evidence-Based Guideline for the Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacol*. 2005; 19(6): 567-596.
- 22- Piet J, Hougaard E. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31(6): 1032-1040.
- 23 - Yook, K., Lee, S. H., & Ryu, M. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal Nervous Mental Disorder*. 2008; 196(6): 501-503.
- 24- Britton, W., Shapiro, S., Penn, P., & Bootzin R. Treating insomnia with mindfulness-based stress reduction. *Sleep* 2003. 26: A309-A310.
- 25- Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N. Y., Patterson, R., Mahowald, M., & Cramer-Bornemann, M. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Original Research*. 2011. 7(2): 76-87.
- 26- Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhna, R., & Westb, G. 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*. 2011. 70(4), 335-345.
- 27- Saedi S, Mirzaee moein R, Ghiyasi M, Moghaddasi M. The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Severity and Pain Quality of Patients with Migraine Headache. *The 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology of Counseling and Behavioral Sciences*. 2017; 1:45-57. [Persian].
- 28- Farahbakhsh A, Peasant F. The Effectiveness of Mindfulness Therapy on Sleep Quality and Mental Health in Women with Insomnia Disorder. *Journal of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences*. 1395; 4 (3): 8-15. [Persian].

Up. Explore. 2009; 5(1) :30-36.

37- Winbush NY, Gross CR., Kreitzer MJ. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Sleep Disturbance: A Systematic Review. Explore. 2007; 3(6): 585-591.

38- Ree M, Craigie M. Outcomes Following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in a Heterogenous Sample of Adult Outpatients. Behavior Change. 2007; 24(2): 70-86.

39- Heidenreich T, Tuin I, Pflug B, Michal M, Michalak J. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Persistent Insomnia: A Pilot Study. Psychotherapy Psychosomatic. 2006; 75(3): 188-189.

40- Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical psychology review. 2011; 31(6):1041-56.

41- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a New Approach to Preventing Relapse. New York: Gilford Press; 2002.