



دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۳۲-۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۳۰

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۳/۱۲



DOI: 10.22051/PSY.2021.36386.2463

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی

زهرا کمالی‌نسب*^۱، شکوه السادات بنی‌جمالی^۲، شیرین کوشکی^۳، محمد اورکی^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی بود. این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. زنان با اختلال بی‌خوابی جامعه آماری بودند که از طریق فراخوان، در سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره دانشگاه علمی‌کاربردی فرهنگ و هنر مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها تعداد ۶۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه (۲۱ نفره) جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش به طور جداگانه طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند. پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان و ۳ ماه بعد به صورت انفرادی اجرا شد. داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو درمان بر کاهش اجتناب تجربی زنان مبتلا به اختلال بی‌خوابی تأثیر داشت و هر دو به یک اندازه در پیگیری مؤثر بودند، اما ذهن‌آگاهی مؤثرتر بود و همچنین جنبه پیشگیری از عود را داشت. بنابراین، می‌توان از این دو روش درمان در جهت کاهش اجتناب تجربی استفاده کرد.

۱(نویسنده مسئول). دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

m.kamalinasab@gmail.com

۲دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران drbanijamali@yahoo.com

۳دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران Shirin_kooshki@yahoo.com

۴دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران m.oraki@pnu.ac.ir

۱۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

کلیدواژه‌ها: اجتناب تجربی، بی‌خوابی، درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.

مقدمه

انسان‌ها یک سوم از زندگی خود را در خواب می‌گذرانند. عوامل فردی، روانی و محیطی بر کیفیت و کمیت خواب اثر می‌گذارند و گاهی موجب اختلال در فرایند خواب می‌شوند (استوجانو، مالوبابیک، استانوجویک و استویک^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). بی‌خوابی^۲ عبارت است از نارضایتی از کیفیت یا کمیت خواب همراه با یک یا چند مورد از علایم زیر: اشکال در شروع خواب، اشکال در تداوم خواب، همراه با بیدار شدن‌های مکرر یا اشکال در بازگشت به خواب و سحرخیزی همراه با ناتوانی برای به خواب رفتن (برانلو، میلر و گراهام^۳، ۲۰۲۰). بی‌خوابی (به صورت مداوم یا گذرا) از شایع‌ترین اختلالات خواب در بین بزرگسالان است (سکستون، سایکارا، کاراگرو و زیستر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده‌است (برانلو، میلر و گراهام، ۲۰۲۰).

عواملی مانند اجتناب تجربی^۵ موجب بروز و تشدید اختلالات روان‌شناختی مانند بی‌خوابی و کاهش کیفیت خواب می‌شوند (زکی‌ئی، خزائی، رشادت، رضایی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). اجتناب تجربی عبارت است از فرایند اجتناب، گریز یا تغییر رویدادهای خصوصی ناخواسته و بافت و زمینه‌ای که آن‌ها را فراخوانی می‌کند (بیشاپ، امرال و پالم‌رید^۷، ۲۰۱۸). تلاش برای اجتناب از افکار و باورهای منفی، با

1 Stojanov, Malobabic, Stanojevic & Stevic

2 Insomnia

3 Brownlow, Miller & Gehrman

4 Sexton, Sykara, Karageorgiou & Zitser

5 experiential avoidance

6 Zakiei, Khazaie, Reshadat, Rezaei, & Komasi

7 Bishop, Ameral & Palm Reed

افزایش اجتناب تجربی و بی‌خوابی همراه است (داودی، نیسی، خزائی، ارشدی و همکاران، ۱۳۹۶). اجتناب تجربی با سرکوب احساسات، افکار و تجربه‌های درونی ناخواسته (هیز_اسکلتون و آستین^۱، ۲۰۲۰)؛ برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی را افزایش می‌دهد (بیشاپ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لئونیدو و پانایوتو^۲، ۲۰۲۱)، با افزایش وقوع افکار نگران‌کننده، زمینه برای بروز نشخوار فکری آماده شده که می‌تواند بی‌خوابی را تشدید کند (بیشاپ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به بی‌خوابی اغلب نشخوارهای فکری آزاردهنده‌ای دارند که برانگیختگی هیجانی را افزایش می‌دهد (صدوقی و محمدصالحی، ۱۳۹۹) و میزان اجتناب تجربی در بین افراد مبتلا به بی‌خوابی بالاتر از جمعیت عادی است (زکی‌ئی و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از درمان‌هایی مورد استفاده برای کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به بی‌خوابی، ذهن‌آگاهی^۳ است. ذهن‌آگاهی فرایند روان‌شناختی آوردن توجه به تجربیات زمان حال یا پرورش آگاهی و هوشیاری با تکیه بر مراقبت و زیرنظرگرفتن توجه در زمان حال است. آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است. ذهن‌آگاهی با تاکید بر پذیرش تجربیات درونی و بیرونی منفی، می‌تواند تحمل پریشانی را افزایش داده و به کاهش اجتناب منجر شود (اندرئوتی، کونگراد، لی‌ویگوروکس، دویر^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهشگران اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در

1 Hayes-Skelton & Eustis

2 Leonidou & Panayiotou

3 mindfulness

4 Andreotti, Congard, Le Vigouroux & Dauvier

۱۴ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

کاهش اجتناب تجربی تایید کرده‌اند (قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند، ۱۳۹۶). از این‌رو بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی برای کاهش اجتناب تجربی افراد مبتلا به بی‌خوابی در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت. مداخلات خواب مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری از دیگر مداخلات موثر است. این مداخلات کوتاه مدت، چند مؤلفه‌ای و هدفمند هستند که با هدف اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری موثر بر اختلال خواب افراد، مانند بهداشت خواب ضعیف، برنامه خواب بیداری نامنظم، تاخیر در خوابیدن و ... انجام می‌شوند (ردکر، جین، اندرو، کلاین^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). یافته‌های اسپجو، گورلیک و کاستریوت^۲ (۲۰۱۷) نشان داد درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش ادراک‌های تهدید کننده و اجتناب تجربی می‌شود. پژوهش‌های دیگر (اوستیس، کاردونا، نافال، سائر-زاوالا^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ شفیع، صادقی و رضانی (۱۳۹۶) نیز اثر مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش اجتناب تجربی تایید کرده‌اند. با مرور ادبیات پژوهشی داخل ایران، به نظر می‌رسد مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کاهش اجتناب تجربی زنان دارای اختلال بی‌خوابی بررسی نشده است؛ درحالی‌که، نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم اختلال بی‌خوابی باید در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. بنابراین، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی می‌پردازد.

روش

1 Redeker, Jeon, Andrews & Cline

2 Espejo, Gorlick, & Castriotta

3 Eustis, Cardona, Nauphal & Sauer-Zavala

روش پژوهش با طرح شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون^۱ با گروه کنترل (گروه در لیست انتظار^۲) و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به بی‌خوابی شهر تهران تشکیل دادند که از طریق فراخوان در سطح شهر، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و شبکه‌های اجتماعی به مرکز مشاوره دانشگاه علمی‌کاربردی فرهنگ و هنر مراجعه کردند، پس از معاینه بر اساس ملاک‌های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ و نظر روان‌شناس و متخصص اعصاب و روان، دارای بی‌خوابی تشخیص‌گذاری شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال بی‌خوابی؛ جنسیت مونث، سن ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی نباشد و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: بی‌خوابی با اختلالاتی مانند حمله خواب، داشتن هرگونه بیماری جسمی و روانی و اختلالات نورولوژیک زمینه‌ای و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی. این افراد به پرسشنامه اجتناب تجربی پاسخ دادند و با کسب نمره کل بالاتر از خط برش یعنی ۱۵۰، به روش هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی بر اساس حداقل حجم نمونه (اونگبازی و کالینز^۴، ۲۰۰۷) به سه گروه ۲۱ نفره (ذهن‌آگاهی و درمان شناختی-رفتاری و گروه لیست انتظار) تقسیم شدند. در مراحل مختلف درمان برخی از شرکت‌کنندگان مایل به همکاری نبودند که با حذف این افراد، یافته‌ها برای گروه‌های ۱۸ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 Pre- Test __Post- Test

2 waiting list group

3 Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5)

4 Onwuegbuzie & Collins

۱۶ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

اصول اخلاقی زیر در پژوهش رعایت شده‌است: حق اختیار برای مشارکت در طرح، محرمانگی اطلاعات شخصی، به‌کاربرد نبردن روش‌های آسیب‌رسان، ارائه اطلاعات در زمینه نحوه اجرای پژوهش و رعایت امانتداری در تجزیه و تحلیل و ارائه داده‌ها.

در پژوهش حاضر از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی^۱: این پرسشنامه را گامز^۲ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین کرده‌اند. پرسشنامه دارای ۶۲ گویه و شش خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری^۳، پریشانی‌گریزی^۴، تعویق^۵، حواس‌پرتی/فرونشانی^۶، سرکوبی/انکار^۷ و تحمل پریشانی^۸ است که در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و همبستگی آن را با پرسشنامه تعهد و عمل ۰/۷۴ گزارش کردند. نتایج روایی افتراقی در پژوهش مرادی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که اجتناب تجربی بین دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معنی‌داری دارد ($F=207/53$, $P<0/001$). آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه شد.

1 Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)

2 Gamez

3 behavioral avoidance

4 distress aversion

5 procrastination

6 distraction/ suppression

7 repression/ denial

8 distress endurance

روش اجرا: جلسات درمان ذهن‌آگاهی بر اساس پروتکل اُنگ و شولتز^۱ (۲۰۱۰) طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی (پرلیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای را دو نفر از پژوهشگران (به طور مجزا) برای گروه‌های آزمایش یک بار در هفته و به صورت انفرادی انجام دادند. در شروع هر جلسه، تکلیف جلسه قبل بررسی شد. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. در پایان جلسات، پس‌آزمون در همه گروه‌ها اجرا و بعد از سه ماه مرحله پیگیری اجرا شد. مراحل انتخاب آزمودنی‌ها، اجرای مداخله و پیگیری از فروردین ۹۹ تا آذر ۹۹ به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس (اندازه‌گیری مکرر^۳) انجام شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ و ۲ ارائه شده‌است.

جدول ۱. جلسات درمان ذهن‌آگاهی برای بی‌خوابی (اُنگ و شولتز، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	ایجاد ارتباط درمانگر با درمان‌جویان	آموزش خوردن به شیوه ذهن‌آگاهانه و تمرین تنفس عمیق	آگاهی از لحظه	تمرین روزانه تنفس عمیق
دوم	افزایش توانایی حضور در لحظه/بی‌قضاوت بودن	آموزش حضور در لحظه/بی‌قضاوت بودن	کاهش افکار قضاوت‌گرانه / افزایش حضور در لحظه	انتخاب و اجرای فعالیت ذهن‌آگاهانه
سوم	یادگیری تنفس سه دقیقه‌ای و پذیرش بی‌خوابی	آموزش تنفس سه دقیقه‌ای و پذیرش بی‌خوابی	افزایش توانایی وقفه بین فکر-سه دقیقه‌ای	تمرین روزانه تنفس سه دقیقه‌ای

1 Ong & Sholtes

2 Perlis, Jungquist, Smith & Posner

3 repeated measurement

عمل/کاهش وضعیت	
جنگ-گریز	
چهارم	یادگیری تمرین آموزش و تمرین افزایش توانایی مواجهه انجام روزانه تمرین کشتی آگاهانه، تنفس کشتی آگاهانه، تنفس شکمی و مشفقانه شکمی و مشفقانه شکمی و تنفس مشفقانه
پنجم	افزایش توجه و آموزش توجه، پذیرش توانایی شناسایی و انجام تمرین توجه به پذیرش افکار و رفتار دوستانه با نامگذاری هیجانات افکار و هیجانات در روز
ششم	فاصله‌گیری از آموزش و بررسی فاصله‌گرفتن از فاصله‌گرفتن از تکنولوژی و انجام روش‌های فاصله تکنولوژی و رابطه تمرینات ذهن آگاهی گرفتن از تکنولوژی دوستانه با خود روزانه ذهن آگاهی به‌عنوان عمل خود-دوست شدن ^۱
هفتم	خوشحال کردن ذهن آموزش مراقبه عشق و افزایش شفقت و تمرین لمس مهربانانه و مراقبه عشق و لمس مهربانی مهربانی درمان‌جو و مراقبه عشق مهربانی
هشتم	آموزش تصویرسازی آموزش روش‌های حضور در لحظه و تکالیف خواب آرام آرام‌سازی ذهن/اسکن تجربه آرامش تصویرسازی، اسکن بدن و... بدن و...

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری برای بی خوابی (پرلیس و همکاران، ۲۰۰۵)

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی	گفتگو درباره خلق و	افزایش انگیزه و آمادگی	یادداشت روزانه خواب
	درمانگر با درمان جویان	مشکل بی خوابی	برای شرکت در جلسه	
دوم	درک منطق A_B_C ^۱	گفتگو در مورد منطق	درک تاثیر افکار بر	یادداشت روزانه خواب
	در بی خوابی	A_B_C در	بی خوابی	و نوشتن افکار درباره
		بی خوابی و تاثیر		بی خوابی
		افکار بر پیامدها		
سوم	محدودسازی خواب و	آموزش	افزایش خواب، تثبیت	انجام محدودسازی
	کنترل محرک	محدودسازی خواب	ریتم سیرکادین و ارتقای	خواب و کنترل محرک
		و کنترل محرک	پیوند بین خواب و مکان	
			خواب	
چهارم	بهبود بهداشت خواب	آموزش بهداشت خواب	کاهش رفتارهای	انجام تمرینات
		خواب	برانگیزاننده بی خوابی	آموخته شده
پنجم	شناخت تحریف‌های	معرفی تحریف‌های	آگاهی از تحریف‌های	نوشتن افکار و باورها
	شناختی	شناختی و رابطه اش	شناختی/تمایز بین	در مورد بی خوابی
		با بی خوابی	واقعیت، تعبیر و	
			تفسیرهایی که به شکل	
			تحریف شناختی بروز	
			می کند	
ششم	اصلاح و بازسازی	تمرین جایگزینی	کاهش افکار غیرمنطقی	نوشتن افکار و
	شناختی	افکار منطقی به جای	و جایگزینی آن با افکار	باورهای غیرمنطقی و
		افکار غیرمنطقی	منطقی	

1 Activating event- Beliefs- Consequence

۲۰ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

یافتن افکار منطقی

جایگزین

هفتم	آشنایی با تنفس آموزش تنفس درک و تشخیص تفاوت انجام تنفس دیافراگمی	دیافراگمی و آرامش عضلانی پیشرونده	عضلانی پیشرونده آرام / متقبض	دیافراگمی و آرامش عضلات در وضعیت و آرامش عضلانی
هشتم	آگاهی از بازگشت آموزش بازگشت آمادگی برای بازگشت اجرا و ادامه مهارت‌ها	بی‌خوابی و برنامه‌ریزی بی‌خوابی و مرور بی‌خوابی و توانایی برای غلبه بر مشکلات	مهارت‌های مقابله با آن	مقابله با آن احتمالی آتی

کسب‌شده

یافته‌ها

۲۲ نفر (۴۰/۷٪) شرکت‌کنندگان تحصیلات کاردانی و پایین‌تر، ۲۲ نفر (۴۰/۷٪) کارشناسی و ۱۰ نفر (۱۸/۵٪) تحصیلات کارشناسی‌ارشد داشتند. در گروه ذهن آگاهی مدت زمان اختلال ۴ نفر (۲۲/۲٪) سه تا شش ماه، ۹ نفر (۵۰٪) شش ماه تا یک سال و ۵ نفر (۲۷/۸٪) بیش از یکسال بوده است. در گروه شناختی-رفتاری و کنترل به ترتیب مدت زمان اختلال ۳ (۱۶/۷٪) و ۲ نفر (۱۱/۱٪) سه تا شش ماه، ۸ نفر در هر دو گروه (۴۴/۴٪) شش ماه تا یک سال و ۷ نفر (۳۸/۹۸٪) در گروه شناختی-رفتاری و ۸ نفر (۴۴/۴٪) در گروه کنترل بیش از یکسال بوده است. میانگین سنی در گروه‌های ذهن آگاهی، شناختی-رفتاری و کنترل به ترتیب ۳۱/۱۰ (۶/۴۱)، ۳۳/۴۳ (۴/۳۰) و ۳۳ (۴/۷۰) بود.

آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده‌است. آزمون شاپیروویک برای بررسی بهنجاری تک‌متغیری داده‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد داده‌ها در سطح معناداری ($P < 0/05$) بهنجار

هستند. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون برابری خطای واریانس لوین^۱ استفاده و نتایج نشان داد مفروضه رعایت شده است ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام. باکس^۲ نشان داد همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس محقق شده است ($P > 0/05$). بررسی مفروضه کرویت بارتلت نیز نشان داد که میان ابعاد اجتناب تجربی همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تساوی کواریانس بین متغیرهای وابسته از مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر است که با آزمون کرویت موچلی^۳ ارزیابی شد. نتایج نشان داد آزمون موچلی معنادار است ($P < 0/05$) و ناهمگنی کواریانس وجود دارد. بنابراین، از اصلاح اسپیلن گرینهاوس گیزر^۴ استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار اجتناب تجربی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	ذهن آگاهی		شناختی-رفتاری		کنترل	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
		استاندارد		استاندارد		استاندارد	
اجتناب رفتاری	پیش آزمون	۳۹/۶۷	۹/۳۶	۳۸/۳۳	۸/۰۳	۳۸/۸۶	۸/۸۱
	پس آزمون	۲۱/۲۴	۷/۲۷	۳۰/۴۸	۸/۶۵	۳۸/۷۱	۸/۶۷
	پیگیری	۲۱/۱۹	۷/۱۷	۳۰/۳۳	۸/۵۱	۳۸/۶۷	۸/۵۶
پیشانی‌گریزی	پیش آزمون	۴۴	۹/۴۶	۴۲/۲۹	۸/۱۸	۴۳/۴۸	۸/۴۰
	پس آزمون	۲۴/۲۴	۷/۲۷	۳۴/۴۳	۹/۲۱	۴۳/۲۴	۸/۱۱
	پیگیری	۲۴/۱۹	۷/۱۷	۳۴/۱۴	۹/۰۹	۴۳/۱۴	۸/۱۶
تعویق	پیش آزمون	۲۰/۱	۴/۲۷	۱۹/۱۷	۴/۰۲	۲۰/۰۲	۴/۳۲
	پس آزمون	۱۰/۸۸	۳/۴۴	۱۵/۴۵	۴/۲۴	۱۹/۹	۴/۲۲
	پیگیری	۱۰/۸۱	۳/۳۲	۱۵/۴	۴/۱۴	۱۹/۸۸	۴/۱۶
فرونشانی	پیش آزمون	۲۲/۱	۴/۲۷	۲۱/۱۷	۴/۰۲	۲۲/۰۲	۴/۳۲
	پس آزمون	۱۲/۸۸	۳/۴۴	۱۷/۳۸	۴/۲۰	۲۱/۹	۴/۲۲

1 Levene`s test of equality of error variance

2 Box`s M

3 Mauchly`s test of Sphericity

4 Greenhouse-Geisser

۲۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

پیگیری	۱۲/۸۱	۳/۳۲	۱۷/۲۹	۴/۰۹	۲۱/۸۸	۴/۱۶
انکار/سرکوبی	پیش‌آزمون ۴۷	۹/۴۶	۴۵/۲۹	۸/۱۸	۴۶/۴۸	۸/۴۰
	پس‌آزمون ۲۷/۲۴	۷/۲۷	۳۷/۵۷	۹/۲۶	۴۶/۲۴	۸/۱۱
پیگیری	۲۷/۱	۷/۱۴	۳۷/۳۳	۹/۱۵	۴۶/۱۴	۸/۱۶
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون ۴۳/۱۴	۹/۴۵	۴۱/۴۳	۸/۲۰	۴۲/۴۸	۸/۴۰
	پس‌آزمون ۲۳/۱۴	۷/۳۷	۳۳/۵۲	۹/۲۴	۴۲/۲۴	۸/۱۱
پیگیری	۲۳/۱۴	۷/۲۲	۳۳/۱۹	۹/۱۰	۴۲/۱۴	۸/۱۶
اجتناب تجربی	پیش‌آزمون ۲۱۶	۴۳/۵۲	۲۱۵/۶۷	۳۹/۲۱	۲۱۴/۳۳	۳۹/۶
	پس‌آزمون ۱۱۹/۶۲	۳۵/۷۵	۱۶۸/۸۳	۴۳/۳۲	۲۱۲/۲۴	۳۸/۶۵
کل	پیگیری ۱۱۹/۲۴	۳۵/۰۱	۱۶۷/۶۹	۴۲/۵۰	۲۱۱/۸۶	۳۸/۶۱

نتایج جدول ۴ نشان داد که میان سه گروه ذهن آگاهی، شناختی-رفتاری و کنترل در اجتناب تجربی و ابعاد آن بر حسب آزمون/زمان، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < 0/01$). این بدان معناست که اجتناب تجربی و ابعاد آن در سطح درون‌آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار داشته‌است. تعامل تکرار آزمون و گروه‌های آزمایشی نیز نشان داد تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است ($P < 0/01$). تفاوت میانگین اجتناب تجربی و ابعاد آن بین گروه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < 0/01$) و مداخلات ۳۴/۹ درصد تغییرات اجتناب تجربی (نمره کل) بین گروه‌ها را تبیین می‌کنند.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب	آزمون	۳۲۸۹/۱۵	۱/۰۱	۳۲۶۷/۹۸	۶۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
رفتاری	عضویت	۴۰۸۰/۰۷	۲	۲۰۴۰/۰۳	۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹
	آزمون×	۲۳۵۸/۴۳	۲/۰۱	۱۱۷۱/۶۲	۲۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
پیشانی	آزمون	۳۶۷۸	۱/۰۱	۳۶۵۰/۲۱	۷۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
گریزی	عضویت	۴۹۰۳/۵۲	۲	۲۴۵۱/۷۶	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۲۷۰۰/۷۶	۲/۰۲	۱۳۴۰/۱۸	۲۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
تعویق	آزمون	۸۰۳/۲۴	۱/۰۱	۷۹۶/۹۸	۷۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰
	عضویت	۱۱۳۹/۷۹	۲	۵۶۹/۸۹	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۵۹۰/۵۷	۲/۰۲	۲۹۲/۹۸	۲۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
فرونشانی	آزمون	۸۱۵/۰۰	۱/۰۱	۸۰۷/۵۹	۷۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
	عضویت	۱۱۴۱/۳۴	۲	۵۷۰/۶۷	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
	آزمون×	۵۸۸/۹۸	۲/۰۲	۲۹۱/۸۱	۲۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۰۰
انکار/	آزمون	۳۶۴۷/۰۲	۱/۰۱	۳۶۱۷/۸۹	۸۰/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
سرکوبی	عضویت	۴۹۲۸/۱۶	۲	۲۴۶۴/۰۸	۱۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۲۷۲۱/۱۳	۲/۰۲	۱۳۴۹/۶۹	۲۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
تحمل	آزمون	۳۷۵۳/۲۳	۱/۰۱	۳۷۲۳/۴۵	۸۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
پیشانی	عضویت	۴۹۰۳/۱۴	۲	۲۴۵۱/۵۷	۱۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	آزمون×	۲۷۶۱/۲۳	۱/۰۱	۱۳۶۹/۶۶	۲۹/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
اجتناب	آزمون	۸۷۹۳۶/۵۷	۲	۸۷۳۲۵/۵۴	۸۰/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
تجربی	عضویت	۱۱۶۶۸۰/۹۳	۲/۰۱	۵۸۳۴۰/۴۶	۱۶/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹
	آزمون×	۶۴۴۰۶/۱۹	۱/۰۱	۳۱۹۷۹/۳۳	۲۹/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی و مراحل آزمون در گروه‌ها در جدول ۵ گزارش شده‌است. بر اساس نتایج جدول ۵ تفاوت میانگین گروه ذهن‌آگاهی با شناختی-رفتاری معنادار است ($P < 0/05$). تفاوت میانگین گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری با

۲۴ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

گروه کنترل نیز معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت افزون بر آنکه دو روش درمانی در بهبود اجتناب تجربی موثر بوده‌اند، بین اثربخشی ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری سه ماهه تفاوت وجود دارد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0/05$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین اجتناب تجربی بر حسب رویکرد و مراحل آزمون

مقایسه جفتی	رویکردها-مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای	
			خطای استاندارد	سطح معناداری
اجتناب رفتاری	ذهن آگاهی	شناختی-رفتاری	۵/۶۸*	۲/۲۷
		کنترل	۱۱/۳۸*	۲/۲۷
	شناختی-رفتاری	کنترل	۵/۶۹*	۲/۲۷
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۸۱*	۱/۰۶
		پیگیری	۸/۸۸*	۱/۰۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۸	۰/۰۷
پریشانی‌گریزی	ذهن آگاهی	شناختی-رفتاری	۶/۱۴*	۲/۲۸
		کنترل	۱۲/۴۸*	۲/۲۸
	شناختی-رفتاری	کنترل	۶/۳۳*	۲/۲۸
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۲۹*	۱/۰۴
		پیگیری	۹/۴۳*	۱/۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۴	۰/۰۷
تعویق	ذهن آگاهی	شناختی-رفتاری	۲/۷۵*	۱/۰۹
		کنترل	۶/۰۱*	۱/۰۹

۰/۰۱۲	۱/۰۹	*۳/۲۶-	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۳۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۴۰	پیگیری		
۰/۶۲۹	۰/۰۴	۰/۰۵	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۵۰	۱/۰۹	*۲/۶۸-	شناختی - رفتاری	ذهن‌آگاهی	حواس‌پرتی / فرونشانی
۰/۰۰۱	۱/۰۹	*۶/۰۱-	کنترل		
۰/۰۱۰	۱/۰۹	*-۳/۳۳	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	*۴/۳۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۱۱	*۴/۴۴	پیگیری		
۰/۳۶۶	۰/۰۴	۰/۰۶	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۲۴	۲/۲۹	*۶/۲۹-	شناختی - رفتاری	ذهن‌آگاهی	انکار / سرکوبی
۰/۰۰۱	۲/۲۹	*۱۲/۵۱-	کنترل		
۰/۰۲۶	۲/۲۹	*۶/۲۲-	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۴	*۹/۲۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۳	*۹/۴۰	پیگیری		
۰/۱۲۸	۰/۰۷	۰/۱۶	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۲۵	۲/۲۸	*۶/۲۴-	شناختی - رفتاری	ذهن‌آگاهی	تحمل پریشانی
۰/۰۰۱	۲/۲۸	*-۱۲/۴۸	کنترل		
۰/۰۲۵	۲/۲۸	*-۶/۲۳	کنترل	شناختی - رفتاری	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	*۹/۳۸	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۵	*۹/۵۲	پیگیری		
۰/۲۰۷	۰/۰۷	۰/۱۴۳	پیگیری	پس‌آزمون	
۰/۰۲۲	۱۰/۷۳	*۲۹/۷۷-	شناختی - رفتاری	ذهن‌آگاهی	اجتناب تجربی
۰/۰۰۱	۱۰/۷۳	*۶/۰۸۵-	کنترل		
۰/۰۱۶	۱۰/۷۳	*۳۱/۰۷-	کنترل	شناختی - رفتاری	

۲۶ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۴۵/۴۳	۵/۱۲	۰/۰۰۱
پیگیری	پیگیری	*۴۶/۰۷	۵/۰۹	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳	۰/۳۵	۰/۲۲۳

*= $P < 0.05$

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی با یافته‌های قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۶) همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی معنادار درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی با یافته‌های پژوهش‌های اوستیس و همکاران (۲۰۲۰)؛ اسپجو همکاران (۲۰۱۷)؛ شفیع و همکاران (۱۳۹۶) همسوست. نتایج نشان‌داد اثرات هر دو روش درمانی در پیگیری سه ماهه حفظ شده‌اند و بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی تفاوت معناداری وجود دارد. درمان ذهن‌آگاهی اجتناب تجربی را بیشتر از درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری کاهش می‌دهد.

در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان گفت در درمان ذهن‌آگاهی افراد می‌آموزند به جای انکار تجربیات منفی مرتبط با بی‌خوابی، تجربه‌های درونی خود را بدون قضاوت بپذیرند و خواب خود را به‌عنوان یک شکست در نظر نگیرند؛ این امر انکار و سرکوبی را کاهش می‌دهد. توصیف ذهن‌آگاهانه و بدون قضاوتی که از یک تجربه درونی یا بیرونی انجام می‌شود می‌تواند نوعی تخلیه هیجانی به شمارآمده و آرامش روان‌شناختی را به ارمغان آورد. همچنین با کاهش حساسیت رویداد آسیب‌زا، پذیرش را افزایش دهد؛ بنابراین، موجب کاهش تمرکز افراد بر افکار و نشخوارهای فکری مرتبط با خواب شده و تحمل پریشانی را در آن‌ها افزایش و اجتناب تجربی را کاهش دهد. نشخوارهای فکری با حضور در لحظه و توجه

متمرکز بر خود که شامل آگاهی از حالت‌های فیزیکی، احساسات، افکار، هیجان‌ها و خاطرات است کاهش می‌یابد. همچنین ذهن‌آگاهی تمایل افراد برای کنترل افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با بی‌خوابی را کاهش می‌دهد. درمان ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند وابستگی به این ایده که خواب مشکلی است که باید برطرف شود را رها کنند و اجازه دهند هر آنچه اتفاق می‌افتد (مانند به خواب نرفتن) بدون تلاش برای رفع آن رخ دهد. همچنین از برچسب زدن به عنوان «بی‌خوابی» خودداری کنند؛ به نظر می‌رسد کاربرد این آموزه‌ها نشخوار فکری و اجتناب تجربی را کاهش می‌دهد.

ذهن‌آگاهی با تمرکز به حال و افزایش خودنظارتی، هشیاری بدن را افزایش داده و از طریق تمرینات تنفسی و آرام‌سازی منجر به کاهش علائم برانگیختگی هیجانی و جسمانی می‌شود. به افراد کمک می‌کند اطمینان کنند ذهن و بدنشان با توجه به شرایط مناسب توانایی تنظیم خواب خود را دارند. تمرین واریسی بدن با افزایش توجه، تصدیق و برگرداندن توجه به بدن، حواس‌پرتی و فرونشانی را کاهش می‌دهد و اجازه می‌دهد افراد نسبت به احساسات واکنش نشان داده و آن‌ها را تحلیل کنند. واریسی بدنی همچنین امکان تخلیه هیجان و تنش‌ها را فراهم ساخته و از این طریق بر کاهش اجتناب اثر می‌گذارد. این مسئله برقراری ارتباط ماهرانه با آشفستگی ذهنی را هم امکان‌پذیر می‌سازد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند درمان شناختی-رفتاری بر اجتناب تجربی زنان مبتلا به بی‌خوابی موثر است. می‌توان گفت افراد مبتلا به بی‌خوابی، باورهای نادرستی درباره خواب دارند و فکر می‌کنند نمی‌توانند بی‌خوابی خود را کنترل کنند. درمان بی‌خوابی مبتنی بر شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی به آن‌ها کمک می‌کند افکار خودآیند مختل‌کننده خوابشان را، بپذیرند و افکار مقابله‌ای مناسب را جایگزین آن‌ها کنند. بنابراین، می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق بازسازی شناختی و اصلاح

۲۸ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

باورهای ناکارآمد، کاهش ادراک‌های تهدیدکننده، باورها و افکار منفی افراد در مورد بی‌خوابی را کاهش دهد و از این طریق به کاهش اجتناب تجربی و عواطف منفی بینجامد.

به نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای جایگزین موثر، استرس و هیجان‌های منفی افراد مبتلا به بی‌خوابی را کاهش دهد و دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان موثرتر (مانند ارزیابی مجدد) را تسهیل کند. همچنین با بازسازی و اصلاح سوگیری‌های پردازشی به اصلاح نظام پردازش اطلاعات در تمامی سطوح، از جمله ادراک، توجه، حافظه و تعبیر و تفسیر کمک کند و از طریق تغییر و تعدیل نگرش‌های منفی نسبت به آشفتگی، پریشانی‌گریزی و اجتناب تجربی را کاهش دهد. درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر تکالیف، به افراد می‌آموزد در جلسه‌های درمان و در فاصله بین آن، منفعل نبوده و فعالانه برای رفع افکار منفی مرتبط با بی‌خوابی و تغییر رفتارهای خود تلاش کنند؛ برای نمونه، براساس نظریه شناختی-رفتاری، بی‌خوابی و کیفیت پایین خواب نتیجه شرطی‌سازی نامناسب بین خواب و محرک‌های آن است، با استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری تلاش می‌شود رابطه بین این عوامل اصلاح شود. مواجهه با افکار و نشخوارهای فکری مرتبط با بی‌خوابی و رفتارهای ناسازگار مرتبط با خواب میزان اجتناب تجربی را در افراد کاهش می‌دهد.

به‌طور خلاصه، هر دو رویکرد بر پذیرش تجربیات درونی و بیرونی به جای اجتناب از آن‌ها تاکید دارند. کاربرد تمرین‌ها در فضای امن درمان، از طریق مواجهه با هیجان‌ها می‌تواند میزان اجتناب را کاهش دهد. آموزه‌های ذهن‌آگاهی با تغییر الگوهای فکری ناسازگار و آموزش مهارت‌های توجه کنترل‌شده می‌تواند علاوه بر کاهش اجتناب و نشخوار فکری، جنبه پیشگیری از عود داشته باشد و انتقال این آموزه‌ها به موقعیت‌های روزمره به تداوم نتایج درمان بعد از پایان یافتن آن منجر می‌شود. فراگیری راهبردهای

جدید برای جلوگیری از نشخوارهای فکری باعث گسترش افکار نو و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود. همچنین تعدیل شناخت‌های غیرمنطقی و اصلاح رفتارهای ناسازگار اجتناب رفتاری را کاهش می‌دهد.

برای افزایش تعمیم پذیری و اعتبار بیرونی نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهش در جامعه آماری متفاوت و با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شود. تکرار آزمون در مراحل مختلف می‌تواند باعث سوگیری در پاسخ‌ها شود. پیشنهاد می‌شود محققان بعدی از طرح‌های پژوهشی دیگر (مانند طرح چهارگروهی سولومون) استفاده کنند و از دوره‌های پیگیری با فواصل طولانی‌تر و دوره‌های پیگیری چندگانه بهره گیرند. با توجه به اثربخشی بیشتر درمان ذهن‌آگاهی برای کاهش اجتناب تجربی، پیشنهاد می‌شود این درمان به عنوان درمان انتخابی اجتناب تجربی به کار رود.

تقدیر و تشکر

از افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می‌کنیم.

منابع

داودی، ایران؛ نیسی، عبدالکاسم؛ خزائی، حبیب‌اله؛ ارشادی، نسرین و زکی‌ئی، علی. (۱۳۹۶). بررسی نقش برخی از عوامل شناختی و هیجانی در پیش بینی اختلال بی‌خوابی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷، (۱۵۰)، ۱۲۱-۱۰۷.

شفیعی، معصومه؛ صادقی، مسعود و رضانی، شکوفه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۹ (۴)، ۱۶۹-۱۷۵.

صدوقی، مجید و محمدصالحی، زهرا. (۱۳۹۹). رابطه پریشانی روان‌شناختی با بی‌خوابی در جمعیت غیر بالینی: نقش میانجی‌گر نشخوار فکری. *رویش روان‌شناسی*، ۹ (۹)، ۲۷-۳۶.

- ۳۰ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..
- قدم پور، عزت‌اله؛ رادمهر، پروانه و یوسف وند، لیلا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی-رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی. *افق دانش*، ۲۳ (۲)، ۱۴۱-۱۴۸.
- مرادی، آسیه؛ برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ کریمی‌نژاد، کلثوم و ضابط، مریم. (۱۳۹۶). تعیین ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربی (MEAQ). *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶(۲)، ۵۷-۸۲.
- Andreotti, E., Congard, A., Le Vigouroux, S., Dauvier, B., Illy, J., Poinot, R., & Antoine, P. (2018). Rumination and mindlessness processes: Trajectories of change in a 42-day mindfulness-based intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(2), 127-139.
- Bishop, L. S., Ameral, V. E., & Palm Reed, K. M. (2018). The impact of experiential avoidance and event centrality in trauma-related rumination and posttraumatic stress. *Behavior Modification*, 42(6), 815-837.
- Brownlow, J. A., Miller, K. E., & Gehrman, P. R. (2020). Insomnia and Cognitive Performance. *Sleep Medicine Clinics*, 15(1), 71-76.
- Davoodi, I., Neisi, A., Khazei, H., Arshadi, N., & Zakiei, A. (2017). The Roles of Some Cognitive and Emotional Factors in Predicting Insomnia. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27 (150), 107-121. (Text in Persian).
- Espejo, E. P., Gorlick, A., & Castriotta, N. (2017). Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based transdiagnostic CBT for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 65-71.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44(2), 275-286.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692.
- Ghadampour, E., Radmehr, P., & Yousefvand, L. (2017). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-behavioral avoidance and mental rumination in comorbidity of social anxiety and depression patients. *The Horizon of Medical Sciences*, 23(2), 141-148. (Text in Persian).

- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115–131). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-007>
- Leonidou, C., & Panayiotou, G. (2021). Can we predict experiential avoidance by measuring subjective and physiological emotional arousal? *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01317-8>
- Moradi, A., Barghi Irani, Z., Bagiyani Koulemarz, M. J., Kariminejad, K., & Zabet, M. (2018). Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social Cognition*, 6(2), 57-82. (Text in Persian)
- Ong, J., & Sholtes, D. (2010). A mindfulness- based approach to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1175-1184.
- Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
- Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide* (Vol. 1). Springer Science & Business Media.
- Redeker, N. S., Jeon, S., Andrews, L., Cline, J., Mohsenin, V., & Jacoby, D. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on sleep-related cognitions among patients with stable heart failure. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(3), 342-354.
- Sadoughi, M., & Mohammad-Salehi, Z. (2020). The Relationship between psychological distress and insomnia in non-clinical samples: The mediating role of rumination. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(9), 27-36(Text in Persian).
- Sexton, C. E., Sykara, K., Karageorgiou, E., Zitser, J., Rosa, T., Yaffe, K., & Leng, Y. (2020). Connections between insomnia and cognitive aging. *Neuroscience Bulletin*, 36(1), 77-84.
- Shafiei, M., Sadeghi, M., & Ramezani, S. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on executive function and experiential avoidance in veterans with post-traumatic stress Disorder. *Iranian Journal of War and Public Health*, 9(4), 169-175. (Text in Persian).
- Stojanov, J., Malobabic, M., Stanojevic, G., Stevic, M., Milosevic, V., & Stojanov, A. (2021). Quality of sleep and health-related quality of life among health care

۳۲ مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اجتناب ..

professionals treating patients with coronavirus disease-19. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 175.

Zakiei, A., Khazaie, H., Reshadat, S., Rezaei, M., & Komasi, S. (2020). The Comparison of Emotional Dysregulation and Experiential Avoidance in Patients with Insomnia and Non-Clinical Population. *Journal of Caring Sciences*, 9(2), 88. (Text in Persian).



© 2021 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

پروژه‌ی نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



Comparison of Effectiveness Mindfulness and Cognitive-behavioral Therapies on Experiential Avoidance of Women with Insomnia

Zahra Kamalinasab¹ Shokooh alsadat Banijamali² Shirin Kooski³
Mohammad Oraki⁴

Abstract

The purpose of the study was to compare the effectiveness of Mindfulness Therapy and Cognitive-behavioral therapy on experiential avoidance in women with insomnia. This was a quasi-experimental study pre-test, post-test, with the control and 3-months follow-up. The statistical population study included women with insomnia who referred to the counseling center of the University of Applied Sciences, Arts and Culture by recall in 2020. A sample of 63 participants were selected by purposive sampling method and randomly divided into three group (21 people in each group). Both two experiments were under treatment individually within 8 sessions of 45-60 minutes. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) were administered before treatment, the end of treatment sessions and after 3 months. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measure analysis. The results showed that both Mindfulness Therapy and Cognitive-behavioral therapy had impact on reducing experiential avoidance of women with Insomnia disorder, and both were equally effective at follow up, however the first was more effective as well as had the aspect of preventing recurrence. Therefore, these two therapies can be used either way to decrease experiential avoidance.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, experiential avoidance, insomnia, mindfulness-based therapy.

¹ PhD Student, Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. m.kamalinasab@gmail.com

² Assistant Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran drbanijamali@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Shirin_kooski@yahoo.com

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. m.oraki@pnu.ac.ir