



## Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Mindfulness Therapies on Sleep Quality And Cognitive Abilities of Women with Insomnia

**Zahra Kamalinasab** \* Department of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Shirin Kooshki**  Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Shokooah alsadat Banijamali**  Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

**Mohammad Oraki**  Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

### Abstract

This study aims to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and mindfulness therapies on sleep quality and cognitive abilities of women with insomnia. This research was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group and a 3-month follow-up. The study's statistical population was women with insomnia disorder who referred to the counseling center of a university in Tehran in 2020. Among them, 63 people were selected through purposive sampling method and were randomly assigned in two experimental groups and one control group (21 people in each group). Both experimental groups were treated separately for 8 weekly 45 to 60-sessions. The control group did not receive any intervention. The Sleep Quality and Cognitive Ability Questionnaires were delivered individually at baseline, after the program, and after 3-months follow-up. Data were analyzed by repeated measures of variance analysis. The results showed that both interventions were similarly effective for improving the

\* Corresponding Author: m.kamalinasab@gmail.com

**How to Cite:** Kamalinasab, Z., Kooshki, Sh., Banijamali, Sh., Oraki, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Mindfulness Therapies on Sleep Quality And Cognitive Abilities of Women with Insomnia, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(48), 57-84.


sleep quality and cognitive abilities of women with insomnia. There was no significant difference in effectiveness between the two groups. Also, the difference between post-test and follow-up stages was not significant. Treatment of insomnia based on mindfulness and cognitive-behavioral therapies can improve sleep quality and cognitive abilities by reducing physiological arousal and rumination and increasing the attention and concentration of patients. Therefore, the use of two therapy methods is recommended to reduce the problems of women with insomnia.

**Keywords:** Sleep Quality, Cognitive Abilities, Insomnia, Treatment of Insomnia Based on Mindfulness And Cognitive-Behavioral Therapy.




## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و توانایی های شناختی زنان مبتلا به بی خوابی


گروه روان شناسی سلامت، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

زهرا کمالی نسب  \*


گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

شیرین کوشکی 

گروه روان شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

شکوه السادات محمد اورکی 

گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

محمد اورکی 

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان بی خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب و توانایی های شناختی زنان مبتلا به بی خوابی انجام شد. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان با اختلال بی خوابی بودند که در سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره یکی از دانشگاه های تهران مراجعه کرده بودند و از میان آن ها تعداد ۶۳ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۱ نفر) جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش به طور جداگانه در طی ۸ جلسه، هفته ای یک جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ای و به صورت انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پرسشنامه کیفیت خواب و توانایی های شناختی پیش از آغاز درمان، پایان جلسات درمان و ۳ ماه بعد به صورت انفرادی اجرا شد. داده ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو درمان بی خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب و توانایی های شناختی زنان مبتلا به بی خوابی تأثیر گذار بود. بین دو گروه در اثر گذاری تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین تفاوت بین پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. نتیجه گیری: درمان

۶۰ | مطالعات روان شناسی بالینی | سال دوازدهم | شماره ۴۸ | پاییز ۱۴۰۱

بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری با کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی و نشخوار فکری، افزایش توجه و تمرکز می‌تواند کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی را بهبود بخشد؛ بنابراین کاربرد دو روش درمان برای کاهش مشکلات زنان مبتلا به بی‌خوابی پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت خواب، توانایی‌های شناختی، بی‌خوابی، درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی-رفتاری.



## مقدمه

بی خوابی (به صورت مداوم یا گذرا) از شایع ترین اختلالات خواب در بین بزرگسالان است (سکستون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ لا و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش های مختلف میزان شیوع یک ساله آن در جمعیت عمومی ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (برانلو، میلر و گراهام<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). زنان به دلیل شرایط زیستی و بیولوژیکی (مانند شروع عادت ماهیانه، تغییر میزان ترشح هورمون های زنانه، بارداری، یائسگی، استرس و ...) بیش از مردان در معرض ابتلا به اختلالات خواب قرار دارند (گارسیا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ مرادی کلارده، صادقی فیروزآبادی، حیدری و دهقانی، ۱۳۹۸؛ لا و همکاران، ۲۰۲۰). زمان خواب کوتاه و کیفیت پایین خواب از عوامل مهم بی خوابی است (گرلاچ، ارینگک، وارنر و تاکانو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). کیفیت خواب طبق تعریف از شاخص های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می شود مانند میزان رضایت مندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می شود. کیفیت خواب به درک خواب عمیق اشاره دارد که شامل ابعاد کم خوابی طولانی مدت، کفایت و جنبه های ذهنی مانند عمق خواب و آرام بخشی آن است (دیوالد، میجر، اورت، کرخوف و بوگلس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). کیفیت خواب به صورت دوره ای از خواب نیروبخش که نیازهای مرتبط با خواب را تأمین کرده و توانایی انجام کارکردهای روزانه را فراهم می کند تعریف می شود (گاستلا و مولدز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). کم خوابی، کیفیت خواب را کاهش داده و سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و عاطفی را به خطر می اندازد (لئو، لئو، اونز و کاپلان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

بی خوابی و کیفیت پایین خواب، کارکردهای شناختی<sup>۸</sup> را تحت تأثیر قرار داده و

1. Sexton
2. Brownlow, Miller & Gehrman
3. Garcia
4. Gerlach, Ehring, Werner & Takano
5. Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, Bögels
6. Guastella & Moulds
7. Liu, Liu, Owens, Kaplan
8. Cognitive abilities

حافظه کاری، توجه و سایر توانایی‌های شناختی را کاهش می‌دهند (لینگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰) و توانمندی مغز برای طراحی و سازمان‌دهی فعالیت‌ها، تمرکز، توجه و ... (برانلو، میلر و گراهام، ۲۰۲۰؛ فورتیر-بروچو و همکاران، ۲۰۱۲) را با نقص مواجه می‌سازند. کارکردهای شناختی فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، یادگیری، نگهداری و کاربرد اطلاعات اند (دوکاس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)؛ که رابط بین ساختارهای مغزی و رفتار بوده و شامل توانایی‌های مختلفی مانند برنامه‌ریزی<sup>۳</sup>، توجه، بازداری<sup>۴</sup> پاسخ، حل مسئله، انجام هم‌زمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شوند. پژوهشگران توانایی‌های شناختی را به دو دسته توانایی‌های شناختی سرد<sup>۵</sup> و گرم<sup>۶</sup> تقسیم کرده‌اند. توانایی‌هایی که پایه منطقی دارند (مانند بازداری، برنامه‌ریزی و ...) توانایی‌های شناختی سرد نامیده می‌شوند. آن‌دسته از توانایی‌های شناختی که در تجربه پاداش و تنبیه، تنظیم رفتارهای اجتماعی و تصمیم‌گیری در حالت‌های هیجانی نقش دارند، توانایی‌های شناختی گرم نامیده می‌شوند. پایه این دسته از توانایی‌ها، خواسته‌ها، باورها و هیجانات اند (مادریگال<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). بر اساس یافته‌های وان دیجک، وان رنن، مور و وریجک<sup>۸</sup> (۲۰۲۰) بی‌خوابی با عملکرد شناختی، حافظه کاری و کارکردهای اجرایی ضعیف‌تر رابطه دارد. نتایج یک فراتحلیل برای بررسی تأثیر بی‌خوابی بر کارکردهای شناختی روزانه نشان داده است افراد دارای بی‌خوابی برای انجام تکالیف مرتبط با ارزیابی حافظه اپیزودیک، حل مسئله<sup>۹</sup>، دست‌کاری در حافظه کاری و حفظ در حافظه کاری دچار اختلال اند (فورتیر-بروچو، بیولیو-بونو، اورس و مورین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲).

ذهن‌آگاهی فرایند روان‌شناختی آوردن توجه به تجربیات زمان حال یا پرورش

- 
1. Ling
  2. Dukas
  3. planning
  4. Inhabitation
  5. Cold Cognition
  6. Hot Cognition
  7. Madrigal
  8. Van Dijk, van Rhenen, Murre & Verwijk
  9. problem solving
  10. Fortier-Brochu, Beaulieu-Bonneau, Ivers & Morin

آگاهی و هوشیاری با تکیه بر مراقبت و زیر نظر گرفتن توجه در زمان حال است (کابات زین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). پژوهشگران از روش‌های ذهن آگاهی برای درمان بی‌خوابی و بهبود کیفیت خواب استفاده کرده و اثربخشی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (ونگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژائو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ بلک، اوریلی، المستد، برین و ایروین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ گارلند، کارلسون، استفنز، انتل، سامونلز و کمپبل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). نتایج حاصل فراتحلیل‌های بررسی میزان اثربخشی ذهن آگاهی بر بی‌خوابی نشان داده‌اند ذهن آگاهی می‌تواند کیفیت خواب را بهبود بخشد (ونگ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). گارلند و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند اگرچه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس تغییرات بالینی در خواب و نتایج روان‌شناختی ایجاد می‌کند، اما درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی با بهبود سریع و بادوام همراه بوده و بهترین انتخاب برای درمان غیردارویی بی‌خوابی است. پژوهشگران اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء توانایی‌های شناختی و کارکردهای اجرایی (گارسیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ گالانت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶ و استنگی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) را نیز تأیید کرده‌اند. گارسیا و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر بهبود سطح توجه تأیید کرده‌اند. یافته‌های گالانت (۲۰۱۶) حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی بر بهبود کارکردهای اجرایی و مؤلفه‌های آن شامل مهارت‌های بازداری<sup>۹</sup>، به‌روزرسانی<sup>۱۰</sup> و تغییر<sup>۱۱</sup> بوده است.

مداخلات خواب مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری، مداخلات روان‌شناختی کوتاه‌مدت، چندمؤلفه‌ای و هدفمند هستند که باهدف اصلاح الگوهای شناختی (فکر) و

1. Kabat-Zinn
2. Wang
3. Zhao
4. Black, O'Reilly, Olmstead, Breen & Irwin
5. Garland, Carlson, Stephens, Antle, Samuels & Campbell
6. Wang
7. Gallant
8. Stange
9. inhibition
10. updating
11. shifting

رفتاری مؤثر بر اختلال خواب افراد، مانند بهداشت خواب ضعیف، برنامه خواب بیداری نامنظم، تأخیر در خوابیدن، خواب‌آلودگی پیش از خواب و ... انجام می‌شوند (ردکر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ بلک، شیپر، یوسف، رانیتی و آلن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). درمان شناختی<sup>۳</sup> باهدف کاهش افکار منفی و باورهای غیرمفید درباره خواب انجام می‌شود (تاکرال، ون‌کورف، مک‌کوری، مورین و ویتیلو<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ ترایر، کین، دوئل، راجاراتنام و کانینگتون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵؛ بلک، شیپر، یوسف، رانیتی و آلن، ۲۰۱۷). کارایی و قابلیت‌های برجسته این درمان برای درمان بی‌خوابی موردبررسی و تأیید قرار گرفته است (ردکر و همکاران، ۲۰۱۹؛ ترایر و همکاران، ۲۰۱۵؛ میچل، گراهام، پرلیس و امشیلد<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). بنا بر یافته‌های فلدر، اپیل، نیاوس، کریستال و پاتر<sup>۷</sup> (۲۰۲۰) درمان شناختی رفتاری دیجیتال یک مداخله مؤثر، مقیاس‌پذیر، بی‌خطر و قابل‌قبول برای بهبود علائم بی‌خوابی است. یافته‌های ردکر و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از بهبود شناخت‌های ناکارآمد، بهبود کیفیت خواب، کاهش شدت بی‌خوابی، تأخیر در خواب و کاهش خستگی، افسردگی و اضطراب بوده است. بلک و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری برای بی‌خوابی در بزرگ‌سالان را با فراتحلیل بررسی کردند. نتایج نشان داد کیفیت کلی خواب، خواب‌آلودگی در طول روز، زمان کل خواب، بازدهی خواب بهبودیافته و افسردگی و اضطراب افراد نیز کاهش نشان داده است. کایل<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی درمان شناختی رفتاری دیجیتال را بر عملکرد شناختی افراد مبتلا به بی‌خوابی تأیید کرده‌اند. میرو<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی به‌طور قابل‌توجهی هوشیاری، کارکردهای اجرایی و توانایی‌های شناختی، کیفیت خواب و پیشرفت در

1. Redeker
2. Blake, Sheeber, Youssef, Raniti & Allen
3. Cognitive therapy
4. Thakral, Von Korff, McCurry, Morin, & Vitiello
5. Trauer, Qian, Doyle, Rajaratnam & Cunningham
6. Mitchell, Gehrman, Perlis & Umscheid
7. Felder, Epel, Neuhaus, Krystal & Prather
8. Kyle
9. Miró



عملکرد روزانه را بهبود می‌بخشد. این پژوهش تأکید کرد بهبود توانایی‌های شناختی و کارکردهای اجرایی رابطه چشمگیری با تغییرات مرتبط خواب دارد.

مطالعه اثربخشی انواع روش‌های درمانی مانند درمان‌های ذهن آگاهی و شناختی رفتاری برای درمان بی‌خوابی و مشکلات ناشی از آن مورد توجه پژوهشگران داخل کشور نیز قرار گرفته است؛ یافته‌های مطالعه فرحبخش و دهقانی (۱۳۹۵) با تأیید اثربخشی درمان ذهن آگاهی برای درمان بی‌خوابی و بهبود کیفیت خواب زنان؛ حاکی از آن است که می‌توان از درمان ذهن آگاهی در کنار درمان‌های دارویی برای افراد با مشکلات بی‌خوابی مزمن استفاده نمود. رجیبان (۱۳۹۶) نشان داد که مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود ترکیب کلی حافظه کاری، مؤثر بوده اما اثری در بهبود بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی نداشته است. پژوهش‌ها، اثربخشی درمان شناختی رفتاری را برای بهبود کیفیت خواب و درمان بی‌خوابی تأیید کرده‌اند (فرخی، مصطفی پور و بندار کاخکی، ۱۳۹۷؛ متقی، کامکار و ماردپور، ۱۳۹۵؛ اسماعیلی، بصیری و شکیبایی، ۱۳۹۴). به‌عنوان نمونه، فرخی، مصطفی پور و بندار کاخکی (۱۳۹۷) نشان دادند درمان شناختی-رفتاری چندمؤلفه‌ای میزان بی‌خوابی و تأخیر در شروع خواب را کاهش می‌دهد. شفیعی، صادقی و رضانی (۱۳۹۶) نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کارکرد اجرایی جانبازان را تأیید کرده و نشان دادند درمان شناختی-رفتاری، موجب افزایش کارکرد اجرایی جانبازان می‌شود.

مرور ادبیات پژوهشی داخل ایران نشان می‌دهد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی برای بهبود کیفیت خواب و درمان بی‌خوابی بررسی شده اما به نظر می‌رسد اثر این دو روش درمانی بر بهبود کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی افراد دارای اختلال بی‌خوابی بررسی و مقایسه نشده است. درحالی‌که بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی می‌بایست نقش عوامل شناختی و هیجانی در بروز و تداوم اختلال بی‌خوابی در نظر گرفته شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۶) و پیامد درمان‌های روان‌شناختی بر مشکلات همبود با آن مورد مطالعه قرار گیرد. اگرچه هر دو روش درمانی مستلزم کار با الگوهای فکری و کمک

به بیماران برای کنترل بهتر افکار و احساسات و در نتیجه پاسخ‌دهی مناسب به آن‌ها هستند، اما در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن‌آگاهی بیشتر مبتنی بر بدن و تجربه احساسات است و می‌کوشد تا به افراد بیاموزد که آن‌ها چیزی فراتر از افکار و احساساتشان هستند. از این رو ابزارهای مورد استفاده در این روش درمانی نیز با روش‌های مورد استفاده در درمان شناختی رفتاری بسیار متفاوت است؛ بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی تفاوت وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. پژوهش با طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به بی‌خوابی شهر تهران تشکیل می‌دادند. پس از تصویب پروپوزال در کمیته اخلاق و گرفتن کد اخلاق (IR.IAU.K.REC.1400.084)، نمونه‌گیری از بین کسانی انجام شد که پس از ملاحظه فراخوان مرتبط با پژوهش حاضر در سطح شهر، دانشگاه‌ها و شبکه‌های مجازی به پژوهش به مرکز مشاوره دانشگاه علمی کاربردی فرهنگ و هنر مراجعه نموده، در آزمون کیفیت خواب شرکت کرده و پس از معاینه بر اساس ملاک‌های DSM5 و نظر روان‌شناس و روان‌پزشک دارای بی‌خوابی تشخیص‌گذاری شدند. افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به سه گروه (ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری و گروه در لیست انتظار) تخصیص داده شدند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد که به هر گروه حداقل ۲۱ شرکت‌کننده اختصاص می‌یابد (دلاور و کوشکی، ۱۳۹۲). حجم نمونه هر گروه ۲۱ نفر و در مجموع ۶۳ نفر انتخاب شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، افراد گروه درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت حضوری و با حفظ پروتکل‌های بهداشتی تحت درمان شناختی رفتاری بر اساس برنامه پروتکل درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی پرلیس و همکاران (۲۰۰۵) و افراد گروه

درمان ذهن آگاهی طی ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) تحت درمان ذهن آگاهی بر اساس برنامه درمان ذهن آگاهی برای درمان بی‌خوابی اُنْگ و شولتز<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) قرار گرفتند. گروه سوم یعنی گروه کنترل، هیچ نوع کاربردی آزمایشی را دریافت نکرد. یک هفته پس از اتمام جلسات گروهی و سه ماه پس از اتمام جلسات (به منظور پیگیری نتایج درمان)، اعضای هر سه گروه پرسشنامه‌های کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی را تکمیل نمودند. معیارهای ورود و خروج به شرح زیر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه: ابتلا به اختلال بی‌خوابی بر اساس تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک معالج (با ملاک‌های اشکال در شروع خواب، اشکال در حفظ خواب، بیدار شدن صبح زود همراه با ناتوانی در بازگشت خواب، مشکل خواب دست کم سه شب در هفته روی می‌دهد، دست کم سه ماه وجود دارد و موجب ناراحتی و افت کارکردهای آموزشی، تحصیلی و رفتاری می‌شود) (بر اساس ملاک‌های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM5)؛ کسب نمره کل بالاتر از ۵ در پرسشنامه کیفیت خواب، سن ۱۸ تا ۴۰ سال و حداقل تحصیلات دیپلم. معیارهای خروج از مطالعه: بی‌خوابی در طول اختلالاتی مانند حمله خواب، اختلال خواب وابسته به تنفس، اختلال خواب-بیداری ریتم شبانه‌روزی و بدخوابی؛ داشتن هرگونه بیماری جسمی و روانی، معلولیت ذهنی و جسمی، وجود بیماری جسمی و روانی شناخته‌شده؛ داشتن اختلالات نورولوژیک زمینه‌ای و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی. پیش از اجرای پژوهش حاضر به چند مورد توجه شد: ۱- داشتن رضایت کامل، اختیاری و داوطلب بودن شرکت در پژوهش، ۲- اجازه انصراف از همکاری برای شرکت‌کنندگان ۳- رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان ۴- ارائه اطلاعات کافی به شرکت‌کنندگان در مورد اهمیت، اهداف، شیوه، مدت و چگونگی روند اجرای پژوهش ۵- اجرای جلسات مشاوره برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل بعد از پایان پژوهش، ۶- رعایت اصل امانت‌داری و صداقت در تجزیه، تحلیل و ارائه داده‌ها.

## ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۱</sup>: از ابزارهای مناسبی است که در زمینه سنجش کیفیت خواب طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه خودارزیاب در سال ۱۹۸۹ توسط بویس<sup>۲</sup> و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ (حیدری، احتشام زاده، مرعشی، ۱۳۸۹) ساخته شد. کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: کیفیت خواب ذهنی<sup>۳</sup>، تأخیر خواب<sup>۴</sup>، مدت خواب<sup>۵</sup>، کفایت عادات خواب<sup>۶</sup>، اختلال خواب<sup>۷</sup>، استفاده از داروهای خواب<sup>۸</sup> و اختلال عمل در طی روز<sup>۹</sup> است. برای نمره‌گذاری پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ باید ابتدا به این ۱۹ گویه سه نوع نمره داده شود. کسب نمره کل بالاتر از ۵ در کل پرسشنامه به معنی کیفیت خواب ضعیف است (بویس و همکاران، ۱۹۸۹). پایایی این مقیاس توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) ۰/۸۳ محاسبه شد و اعتبار آن با حساسیت ۸۹/۶ درصد و ویژگی ۸۶/۵ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل در سطح مناسب گزارش شده است. فرهادی نسب، عظیمی (۱۳۸۹) نیز جهت بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، مطالعه‌ای انجام دادند که در نتیجه حساسیت ۱۰۰ درصد و ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۹۸ را برای نسخه فارسی این پرسشنامه به دست آوردند.

پرسشنامه توانایی‌های شناختی: این پرسشنامه توسط نجاتی (۱۳۹۲) برای سنجش توانایی‌های شناختی طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه با ۳۰ گویه شامل

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
2. Buysse
3. subjective sleep quality
4. sleep latency
5. sleep duration
6. habitual sleep efficiency
7. sleep disturbances
8. use of sleeping medication
9. daytime dysfunction

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت ...؛ کمالی نسب و همکاران | ۶۹

موقعیت‌های روزانه نیازمند توانایی شناختی، در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) نمره گذاری شد. پرسشنامه دارای هفت زیرمقیاس حافظه، کنترل مهارت و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳۴ و همبستگی پیرسون دو نوبت آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. پایایی پرسشنامه روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۳ به دست آمده است (نجاتی، ۱۳۹۲).

در ادامه خلاصه جلسات، در جدول ۱ و ۲ آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته<sup>۱</sup> (اندازه‌گیری مکرر<sup>۲</sup>) و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری برای بی‌خوابی (پرلیس و همکاران، ۲۰۰۵)

جلسه	شرح
اول	در این جلسه درمانگر خود را به شرکت‌کننده‌ها معرفی کرده و هم‌چنین شرکت‌کننده‌ها باهم آشنا می‌شوند. در مورد روش درمانی و جلسات درمانی و قطع مصرف داروهای خواب‌آور با شرکت‌کننده‌ها گفتگو می‌شود. هم‌چنین از آن‌ها خواسته می‌شود فهرستی از یادداشت روزانه خواب را داشته باشند.
دوم	پس از مرور جلسه‌ی قبل، درباره‌ی طرح درمان و مدل رفتاری بی‌خوابی با شرکت‌کننده‌ها گفتگو می‌شود و در مورد منطق محدودسازی خواب و کنترل محرک با آن‌ها صحبت می‌شود.
سوم	پس از مرور جلسه‌ی قبل و بررسی یادداشت روزانه خواب، باید بررسی شود آیا بیمار از روش درمانی تبعیت می‌کند و این روش دستاوردهای مثبتی برای او داشته است؟ هم‌چنین در مورد بهداشت خواب برای شرکت‌کننده‌ها توضیح داده می‌شود.
چهارم	در این جلسه پس از مرور جلسه قبل و بررسی یادداشت خواب روزانه، تبعیت فرد از روش درمانی و دستاوردهای آن و هم‌چنین در مورد تأثیر افکار و باورها بر احساسات و رفتارها توضیح داده می‌شود.
پنجم	در این جلسه پس از مرور جلسه قبل و بررسی یادداشت خواب روزانه، تبعیت فرد از روش درمانی و دستاوردهای آن مورد بازبینی قرار می‌گیرد. هم‌چنین در مورد باورهای منفی و نگرانی‌هایی که فرد در مورد بی‌خوابی دارد بحث می‌کنند.
ششم	در این جلسه پس از مرور جلسه قبل و بررسی یادداشت خواب روزانه، تبعیت فرد از روش درمانی و

1. mixed Variance
2. repeated measurement

جلسه	شرح
	دستاوردهای آن مورد بازبینی قرار می‌گیرد. هم‌چنین باورهای منفی و نگرانی‌های فرد در مورد بی‌خوابی پیگیری می‌شود. هم‌چنین روش‌هایی مثل تنفس دیافراگمی، آرامش عضلانی پیش‌رونده و تصویرسازی آموزش داده می‌شود.
هفتم	در این جلسه پس از مرور جلسه‌ی قبل و بررسی یادداشت خواب روزانه، تبعیت فرد از روش درمانی و دستاوردهای آن مورد بازبینی قرار می‌گیرد. باورهای منفی و نگرانی‌های فرد در مورد بی‌خوابی پیگیری می‌شود.
هشتم	به‌طور کلی جلسات قبل مرور شده و در مورد پیشگیری از عود (بازگشت) بی‌خوابی به آمودنی‌ها آموزش داده می‌شود

## جدول ۲. شرح جلسات درمان ذهن آگاهی برای بی‌خوابی (اُنگ و شولتز، ۲۰۱۰)

جلسه	شرح
اول	در این جلسه پس از معرفی شرکت‌کننده‌ها و توضیحاتی در خصوص انواع بی‌خوابی داده می‌شود و به‌عنوان اولین تمرین، خوردن کشمش و مراقبه‌ی متمرکز بر تنفس اولیه داده می‌شود.
دوم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. در مورد ارتباط بی‌خوابی و ذهن آگاهی گفتگو می‌شود. هم‌چنین اطلاعاتی در خصوص بهداشت خواب به شرکت‌کننده‌ها داده می‌شود.
سوم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. در مورد بی‌خوابی، خستگی و خواب‌آلودگی بحث می‌شود؛ و ابزارهایی برای محدودسازی خواب به شرکت‌کننده‌ها داده می‌شود.
چهارم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. سؤالاتی در مورد محدودسازی خواب و این‌که افراد چقدر توانستند به درمان پایبند باشند صحبت می‌شود. ابزارهایی برای کنترل محرک ارائه می‌شود.
پنجم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. در مورد این‌که بی‌خوابی در هنگام شب و یا هنگام روز هست گفتگو می‌شود.
ششم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. در مورد پذیرش افکار و احساسات و رها کردن آن، در لحظه و بدون قضاوت بودن و رابطه‌ی آن با بی‌خوابی گفتگو می‌کند.
هفتم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. شرکت‌کننده‌ها درباره‌ی احساسات و افکار و واکنش‌هایشان نسبت به بی‌خوابی گفتگو می‌کنند. در مورد مراقبه با تمرکز بر تنفس هم گفتگو می‌کنند.
هشتم	این جلسه با ذهن آگاهی شروع می‌شود. جلسات قبل مرور می‌شود و شرکت‌کننده‌ها می‌آموزند که در یک زندگی پر استرس، مراقبه و تمرینات ذهن آگاهی باعث زندگی آرام‌تر می‌شود.

### یافته‌ها

جدول ۳. شاخص‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

شاخص	گروه	ذهن آگاهی		درمان شناختی رفتاری		کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وضعیت تأهل	مجرد	۵۲/۴	۱۱	۴۲/۹	۹	۳۸/۱	۸
	متاهل	۴۷/۶	۱۰	۵۷/۱	۱۲	۶۱/۹	۱۳
تحصیلات	دیپلم	۱۹/۰	۴	۱۴/۳	۳	۹/۵	۲
	کاردانی	۲۳/۸	۵	۲۳/۸	۵	۳۸/۱	۸
	کارشناسی	۳۸/۱	۸	۴۷/۶	۱۰	۳۳/۳	۷
	کارشناسی ارشد	۱۹/۰	۴	۱۴/۳	۳	۱۹/۰	۴
مدت زمان اختلال	سه تا شش ماه	۲۳/۸	۵	۱۹/۰	۴	۱۹/۰	۴
	شش ماه تا یک سال	۵۲/۴	۱۱	۳۸/۱	۸	۴۲/۹	۹
	بیش از یک سال	۲۳/۸	۵	۴۲/۹	۹	۳۸/۱	۸

میانگین سنی در گروه‌های درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان بی‌خوابی مبتنی بر شناختی-رفتاری و کنترل به ترتیب ۳۱/۱۰، ۳۳/۴۳ و ۳۳ است. تحلیل واریانس یک‌راهه نیز نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه‌ها از لحاظ سن وجود ندارد ( $P > 0/05$ ،  $F=1/189$ ).

میانگین و انحراف متغیرهای پژوهش در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی کیفیت خواب در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	گروه	ذهن آگاهی		شناختی-رفتاری		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت خواب	پیش‌آزمون	۱۲/۲۹	۲/۸۳۱	۱۲/۱۹	۲/۶۳۹	۱۲/۴۸	۲/۷۵
	پس‌آزمون	۴/۷۱	۲/۱۹۴	۴/۰۵	۱/۶۸۷	۱۱/۵۲	۲/۲۵
	پیگیری	۴/۴۳	۱/۸۳۲	۳/۷۱	۱/۸۲۱	۱۱/۴۸	۲/۲۵
توانایی شناختی	پیش‌آزمون	۸۱/۱۹	۱۲/۸۷۹	۸۱/۵۷	۱۳/۷۲۱	۸۲/۷۶	۸/۱۶۶
	پس‌آزمون	۶۱/۲۹	۱۴/۴۵	۶۲/۵۷	۱۲/۹۳۷	۸۲/۵۲	۷/۹۶
	پیگیری	۶۰/۹	۱۴/۶۴۲	۶۲/۷۱	۱۲/۸۸۹	۸۲/۴۳	۷/۷۴۳

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بودن داده‌ها و آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌های کیفیت خواب ( $F=0/845$  و  $P=0/205$ ) و توانایی‌های شناختی ( $P=0/233$ ) و  $F=1/494$ ) را تأیید کرد. نتایج نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای کیفیت خواب ( $F=1/094$  و  $P=0/360$ ) و توانایی‌های شناختی ( $Box's M=14/165$ ) و توانایی‌های شناختی ( $F=1/708$  و  $P=0/058$ ) محقق شده است ( $P>0/05$ ). فرض کرویّت برای متغیرها برقرار نبود بنابراین برای گزارش در بخش اثرات درون‌گروهی از اصلاح گرینهاوس گیزر استفاده شد. تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت‌های درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات‌ای سهمی
کیفیت خواب	آزمون	۱۳۵۰/۲۲۲	۱/۲۱۴	۱۱۱۲/۱۱۳	۴۷۶/۱۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸
	عضویت گروهی	۱۰۲۷/۸۴۱	۲	۵۱۳/۹۲۱	۴۰/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲
	آزمون × عضویت گروهی	۴۶۴/۹۸۴	۲/۴۲۸	۱۹۱/۴۹۲	۸۱/۹۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲
توانایی‌های شناختی	آزمون	۷۲۱۱/۵۰۳	۱/۰۱۹	۷۰۸۰/۲۷۴	۴۲۶/۰۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۷
	عضویت گروهی	۸۵۰۹/۲۸	۲	۴۲۵۴/۶۴	۱۰/۲۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
	آزمون × عضویت گروهی	۳۴۶۱/۰۰۵	۲/۰۳۷	۱۶۹۹/۰۱۲	۱۰۲/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳

بر اساس جدول ۵ نمرات کیفیت خواب در بخش درون‌گروهی شامل آزمون ( $P=0/001$ ) و تعامل آزمون\*گروه ( $F=476/193$  و  $P=0/001$ ) در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار است. در بخش درون‌گروهی آزمون ( $P=0/001$ ) و



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت ...؛ کمالی نسب و همکاران | ۷۳

و تعامل آزمون\* گروه ( $F=426/089$  و  $P=0/001$ ) و نمرات توانایی‌های شناختی در گروه‌های مورد مطالعه در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار بود ( $P<0/01$ ). همچنین در بخش بین گروهی تفاوت میانگین کیفیت خواب ( $F=40/057$  و  $P=0/001$ ) و توانایی‌های شناختی ( $F=10/211$  و  $P=0/001$ ) در گروه‌های مورد مطالعه معنادار بود. با توجه به معنادار شدن F انجام مقایسه‌های پس از تجربه ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت بررسی مقایسه‌ای گروه‌های درمان با گروه کنترل استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه کیفیت خواب و توانایی‌های شناختی

متغیر	مقایسه جفتی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
کیفیت خواب	رویکردهای درمان	ذهن آگاهی-شناختی رفتاری	۰/۴۹۲	۰/۶۳۸
		ذهن آگاهی-کنترل	*۴/۶۸۳-	۰/۶۸۳
		شناختی رفتاری-کنترل	*۵/۱۷۵-	۰/۶۳۸
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	*۵/۵۵۶	۰/۲۴۵
		پیش آزمون-پیگیری	*۵/۷۷۸	۰/۲۵۷
		پس آزمون-پیگیری	۰/۲۲۲	۰/۰۹۵
توانایی شناختی	رویکردهای درمان	ذهن آگاهی-شناختی رفتاری	-۱/۱۵۹	۳/۶۳۷
		ذهن آگاهی-کنترل	*۱۴/۷۷۸-	۳/۶۳۷
		شناختی رفتاری-کنترل	*۱۳/۶۱۹-	۳/۶۳۷
	مراحل	پیش آزمون-پس آزمون	*۱۳/۰۴۸	۰/۶۲۶
		پیش آزمون-پیگیری	*۱۳/۱۵۹	۰/۶۳۹
		پس آزمون-پیگیری	۰/۱۱۱	۰/۰۷۲

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه ذهن آگاهی با شناختی-رفتاری معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت اگرچه دو روش درمانی در بهبود کیفیت خواب و توانایی شناختی مؤثر بوده‌اند، بین اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب و توانایی شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری

سه‌ماهه تفاوت وجود ندارد. در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و 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؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب و توانایی شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی در طول زمان ثابت دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب زنان مبتلا به بی‌خوابی را در مقایسه با گروه کنترل تأیید کردند. این نتایج (اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت خواب) با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (ونگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژائو و همکاران، ۲۰۲۰؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ بلک و همکاران، ۲۰۱۵؛ گارلند و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین یافته‌های دیگر پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت خواب با نتایج پژوهش‌های دیگر (ردکر و همکاران، ۲۰۱۹؛ تراپر و همکاران، ۲۰۱۵؛ میچل و همکاران ۲۰۱۲؛ فرخی، مصطفی پور و بندار کاخکی، ۱۳۹۷؛ متقی، کامکار و ماردپور، ۱۳۹۵؛ اسماعیلی، بصیری و شکیبایی، ۱۳۹۴) همسو است. نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش مبنی بر عدم تفاوت معنادار در اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب زنان مبتلا به بی‌خوابی با پژوهش (گارلند و همکاران، ۲۰۱۴) همخوانی دارد. گارلند و همکاران (۲۰۱۴) با مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس با درمان شناختی رفتاری در درمان بی‌خوابی همبود با سرطان دریافتند درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در بهبود فوری شدت بی‌خوابی بعد از درمان اثربخشی کمتری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری داشت؛ اما در پیگیری این

تفاوت مشاهده نشد. هر دو درمان بر کاهش استرس، باورهای خواب و کیفیت خواب اثر معنادار داشتند.

درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق افزایش ثبات هیجانی، آگاهی لحظه‌ای، توانایی آزاد بودن در تجربه شخصی بدون قضاوت و توانایی تفکر هدفمند به جای نشخوار فکری منفی می‌تواند کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. تکنیک‌های درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی و پذیرش فرد از محرک‌های بیرونی و درونی (مانند افکار، هیجان‌ها و احساسات جسمانی) برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی افراد مبتلا به بی‌خوابی را کاهش می‌دهد و می‌تواند به بهبود کیفیت خواب منجر شود. به نظر می‌رسد درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ علاوه بر کاهش هیجان‌ها و نشخوارهای فکری منفی مشکلات خواب را از طریق (۱) افزایش سطح ملاتونین، (۲) کاهش برانگیختگی از طریق تغییر شناخت و (۳) با پرداختن تنفس بهبود می‌بخشد. شواهدی که این یافته‌ها را تأیید می‌کند از مطالعاتی نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی سطح کورتیزول و کاته کولامین<sup>۱</sup> بیماران را کاهش می‌دهد (که با اختلال در خواب افزایش می‌یابد) (زیچنر، کیبلر و زیچنر، ۲۰۱۳).

درمان رفتاری شناختی برای بی‌خوابی دو هدف عمده را دنبال می‌کند: تقویت رابطه بین رفتارهای خواب و محرک‌های آن و ایجاد دوره‌های طولانی‌تر خواب (فرخی، مصطفی پور و بندار کاخکی، ۱۳۹۷). تکنیک‌های درمان رفتاری شناختی از طریق تغییر رفتار (به‌عنوان مثال، کنترل محرک، محدودیت خواب)، آرام‌سازی (مانند تنفس دیافراگمی، آرامش عضلانی پیش‌رونده و تصویرسازی) و بازسازی شناختی (اصلاح افکار ناکارآمد در مورد خواب و تأثیر خواب محدود بر عملکرد روزانه، افزایش انتظارات واقع‌بینانه از خواب)، برانگیختگی هیجانی در هنگام خواب را کاهش داده و کیفیت خواب بیماران را افزایش می‌دهد (زیچنر و همکاران، ۲۰۱۷). برای نمونه از طریق روش کنترل محرک افراد می‌آموزند زمان بیدار ماندن در رختخواب را کاهش دهند، فعالیت‌های مغایر

با خواب را کاهش دهند و برنامه خواب-بیداری خود را تنظیم کنند که به بهبود کیفیت خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی کمک می‌کند. همچنین با کاربرد تکنیک‌های شناختی رفتاری محرک‌های مغایر با خواب را حذف کرده یا تغییر دهند؛ که این امر زمان تأخیر خواب و در بستر بودن را کاهش می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان اثربخشی و تداوم اثرات درمانی اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب یکسان بوده است. به نظر می‌رسد با وجود اینکه این دو درمان تکنیک‌ها و اهداف نظری متفاوتی دارند ولی در برخی مفاهیم مشترک‌اند که می‌تواند کسب نتایج یکسان را تبیین نماید: تأکید بر لحظه حال؛ رهاشدن از افکار و هیجان‌های متمرکز بر گذشته و آینده؛ پذیرش تجربیات درونی و بیرونی به جای اجتناب؛ تأکید بر مواجهه با تجربیات درونی و بیرونی؛ استفاده از روش‌های آرام‌سازی و تکنیک‌های تنفسی. هر دو درمان از طریق حذف چرخه معیوب افکار، رفتارها و هیجان‌های منفی مرتبط با بی‌خوابی توانسته‌اند تداوم کاهش تمامی نشانه‌ها را در طول سه ماه فراهم سازند. هر دو رویکرد درمانی به تغییر دیدگاه مراجعان منجر می‌شوند؛ و در نهایت مراجعان در هر دو روش درمانی می‌آموزند آموزه‌های جلسات درمانی را به موقعیت‌های روزمره انتقال دهند؛ که این امر به تداوم نتایج درمان بعد از پایان یافتن آن منجر می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی را در مقایسه با گروه کنترل تأیید کردند. این نتایج (اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود توانایی‌های شناختی) با یافته‌های پژوهشی دیگر همخوانی دارد (یو و همکاران، ۲۰۲۱؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ گالانت، ۲۰۱۶ و استنگی و همکاران، ۲۰۱۱؛ نجفی، قربانی و رضایی دهنوی، ۱۳۹۷). همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود توانایی‌های شناختی با نتایج پژوهش‌های دیگر (ناگاتا و همکاران، ۲۰۱۸؛ کایل و همکاران، ۲۰۲۰؛ میرو و همکاران، ۲۰۱۱؛ ولی زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ عظیمی،

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت ...؛ کمالی‌نسب و همکاران | ۷۷

مرادی و حسنی، ۱۳۹۷؛ شفیعی، صادقی و رضانی، ۱۳۹۶) همسو است. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد بین اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه تفاوت معناداری وجود ندارد. مرور پژوهش‌های انجام‌شده نشان داد تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی پس از درمان و پیگیری سه‌ماهه پردازد انجام نشده است؛ از این رو امکان مقایسه نتایج این فرضیه با پژوهش‌های دیگر وجود ندارد؛ و در پیگیری سه‌ماهه اثربخشی هر دو رویکرد درمانی در بهبود توانایی شناختی حفظ شده است.

به نظر می‌رسد درمان ذهن آگاهی تمرینات تنفسی و آرام‌سازی درمان ذهن آگاهی، همراه با تمرین‌های بودن در زمان حال و کنترل جسم با کاهش استرس و رهایی ذهن از هیجان‌های منفی می‌تواند به بهبود توانایی‌های شناختی منجر شود. به باور مولر و همکاران (۲۰۱۲) تمرین‌های آرام‌سازی به‌طور غیرمستقیم از طریق بهبود کیفیت خواب، بهبود عملکرد غدد درون‌ریز و کاهش مشکلات خلقی به بهبود توانایی‌های شناختی توانایی‌های شناختی مانند حافظه، توجه، برنامه‌ریزی و ... منجر شود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر توانایی شناختی می‌توان گفت از آنجاکه توانایی‌های شناختی تحت تأثیر حالت‌های هیجانی قرار می‌گیرند (پسونن و همکاران، ۲۰۱۳) و استرس شدید و مداوم توانایی‌های شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی افراد را کاهش می‌دهد (استن و ایگوچی، ۲۰۱۳)؛ بنابراین به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری به‌طور غیرمستقیم و از طریق کاهش هیجان‌های منفی و بهبود حالت‌های خلقی در افزایش توانایی‌های شناختی افراد مؤثر واقع شود. بنا بر رویکرد شناختی-رفتاری نظام پردازش اطلاعات می‌تواند در تمامی سطوح، از جمله ادراک، توجه، حافظه و تعبیر و تفسیر، دچار تحریف و سوگیری شود؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری با اصلاح و تغییر تحریف‌های شناختی توجهی می‌تواند در بهبود حافظه، توجه، برنامه‌ریزی و سایر توانایی‌های شناختی نقش داشته باشد. همسو با این تبیین پژوهش‌های مختلف (ناگاتا و همکاران، ۲۰۱۸؛ ولی

زاده و همکاران، ۱۳۹۹) تأیید کرده‌اند مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند با تعدیل باورهای ناکارآمد به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری منجر شود. همچنین با توجه به نقش خواب در تقویت و تثبیت حافظه (کوان و همکاران، ۲۰۲۰) درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با بهبود وضعیت خواب به بهبود عملکرد حافظه کمک می‌کند. این تبیین با یافته‌های عظیمی، مرادی و حسنی (۱۳۹۷) که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی در بازتوانی شناختی و کاهش مشکلات حافظه در افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی مؤثر است؛ همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان اثربخشی و تداوم اثرات درمانی درمان بی‌خوابی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شناختی-رفتاری بر توانایی‌های شناختی زنان مبتلا به بی‌خوابی یکسان بوده است و در پیگیری سه‌ماهه اثربخشی هر دو رویکرد درمانی در بهبود توانایی‌های شناختی حفظ شده است. هر دو روش درمانی با تأکید بر لحظه حال، افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی، جدایی از افکار و باورهای ناکارآمد و اصلاح آن‌ها، کاهش نشخوار فکری، پذیرش و کاهش اجتناب، استفاده از روش‌های آرام‌سازی و تغییر دیدگاه مراجعان علاوه بر اینکه به‌طور مستقیم می‌توانند به بهبود توانایی‌های شناختی کمک کنند؛ به‌طور غیرمستقیم و به‌واسطه بهبود کیفیت خواب و خلق افراد و ارتقاء مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتار توانایی‌های شناختی آن‌ها را بهبود می‌بخشند.

اجرای پژوهش حاضر بر زنان ۱۸ تا ۴۰ سال مبتلا به بی‌خوابی بود شهر تهران بود، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی و مردان مبتلا به بی‌خوابی و افراد عادی را با محدودیت مواجه می‌کند. اجرای سه نوبت پرسشنامه‌ها در مراحل قبل، بعد و دوره پیگیری درمان‌ها از محدودیت‌ها محسوب می‌شوند؛ زیرا به دلیل تکرار این آزمون‌ها در مراحل مختلف، امکان سوگیری در پاسخ و آشنایی با آزمون‌ها به وجود می‌آید. برای تعمیم نتایج درمان می‌توان این درمان‌ها را بر روی سایر گروه‌های جامعه اجرا کرد تا میزان تعمیم‌پذیری نتایج درمانی بیشتر شود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش دانش و امکان

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت ...؛ کمالی نسب و همکاران | ۷۹

اظهار نظر قطعی در مورد پایداری تغییرات در طول درمان و تعمیم مهارت‌های درمان‌ها از دوره‌های پیگیری با فواصل طولانی‌تر (برای مثال پیگیری شش ماهه یا یک‌ساله) و دوره‌های پیگیری چندگانه بهره گیرند. پیشنهاد می‌شود جلسات حمایتی هر چند ماه یک‌بار پس از پایان درمان برای حفظ اثرات درمانی تا طولانی‌مدت برگزار شوند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### سپاسگزاری

از همکاری تمامی عزیزانی که در این پژوهش با ما همراه بودند، سپاسگزاری می‌کنیم.

#### ORCID

Zahra Kamalinasab



<https://orcid.org/0000-0002-3732-8902>

Shirin Kooshki



<https://orcid.org/0000-0001-6186-6324>

Shokooh alsadat



<https://orcid.org/0000-0002-2810-7614>

Banijamali

Mohammad Oraki



<https://orcid.org/0000-0002-2869-9146>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع

- حیدری، علیرضا، احتشام زاده، پروین و مرعشی، ماندانا. (۱۳۸۹). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و اختلال در سلامت روان با عملکرد تحصیلی در دختران. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۶۵-۷۶.
- دلاور، علی و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۲). روش تحقیق آمیخته. تهران: ویرایش.
- رجبیان، علی اعظم. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود حافظه کاری، بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- 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.
- عظیمی، مریم؛ مرادی، علیرضا؛ حسنی، جعفر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردها تنظیم هیجانی افراد با همبید بی‌خوابی افسردگی. *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱۱(۱)، ۴۹-۶۱.
- فرهادی نسب، عبدالله و عظیمی، حامد. (۱۳۸۹). مطالعه الگوهای و کیفیت ذهنی خواب و همبستگی آن‌ها با ویژگی‌های شخصیتی در میان دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان. *مجله‌ی علوم دانشگاه علوم پزشکی همدان*، ۱۵: ۵-۱۱.
- نجاتی، وحید (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی‌های شناختی: طراحی و بررسی خصوصیات روانسنجی، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۲)، ۷۵-۹۲.
- نجفی، مریم، قربانی، مریم و رضایی دهنوی، صدیقه. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر عملکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان دارای خصیصه نوروگرایبی در شهر اصفهان. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۳: ۲۲-۳۷.
- ولی زاده، شاهرخ، مکوندی، بهنام، بختیار پور، سعید و حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان. *روان پرستاری*، ۸(۴): ۱-۹.

## References

- Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and



- daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 175(4), 494-501.
- Blake, M. J., Sheeber, L. B., Youssef, G. J., Raniti, M. B., & Allen, N. B. (2017). Systematic review and meta-analysis of adolescent cognitive-behavioral sleep interventions. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 227-249.
- Brownlow, J. A., Miller, K. E., & Gehrman, P. R. (2020). Insomnia and Cognitive Performance. *Sleep Medicine Clinics*, 15(1), 71-76.
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Cowan, E., Liu, A., Henin, S., Kothare, S., Devinsky, O., & Davachi, L. (2020). Sleep Spindles Promote the Restructuring of Memory Representations in Ventromedial Prefrontal Cortex Through Enhanced Hippocampal-Cortical Functional Connectivity. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 40(9), 1909-1919.
- 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.
- Dukas, R. (2004). Evolutionary biology of animal cognition. *Annu. Rev. Ecol. Evol. Syst.*, 35, 347-374.
- Esmaili, M., Basiri, N., & Shakibae, F. (2015). The effect of Cognitive Behavioral Therapy focused in Insomnia (CBTFI) on improving sleep quality and insomnia severity in patients with primary insomnia disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 13(3), 409-419.
- Farahbakhsh, A., & Dehghani, F. (2016). Effectiveness of Mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(3), 8-15.
- Farrokhi, H., Mostafapour, V., & Bondar Kakhki, Z. (2018). The Effectiveness of Multi-Component Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia on the Elderly People Suffering from Insomnia. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 16(2), 138-147.
- Felder, J. N., Epel, E. S., Neuhaus, J., Krystal, A. D., & Prather, A. A. (2020). Efficacy of Digital Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia Symptoms Among Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 77(5), 484-492.
- Fortier-Brochu, É., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep*

- medicine reviews, 16(1), 83-94.
- Gallant, S. N. (2016). Mindfulness meditation practice and executive functioning: Breaking down the benefit. *Consciousness and cognition*, 40, 116-130.
- Garcia, D., Scüüt , E., Lindsk r, E., Renee GonzzlezMora a, .., Arc er, .., Cloninger, K., Al Nima, A. (2018). Who is Sleeping Beauty? Quality of Sleep and Adolescents' o Sleep-Psychophysiological-Emotional-Personality Profile. *Iranian Journal of Health Psychology*, 1(2), 9-24.
- Garland, S. N., Carlson, L. E., Stephens, A. J., Antle, M. C., Samuels, C., & Campbell, T. S. (2014). Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(5), 449-457.
- Gerlac , F., Ehrin , T., Werner, G. G., & TakanT, K. (2020). Insomnia related interpretational bias is associated wit pre sleep worry. *Journal of Sleep Research*, 29(1), e12938.
- 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.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
- Kyle, S. D., Hurry, M. E., Emsley, R., Marsden, A., Omlin, X., Juss, A., ... & Sexton, C. E. (2020). The effects of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on cognitive function: a randomized controlled trial. *Sleep*.
- La, Y. K., Choi, Y. H., Chu, M. K., Nam, J. M., Choi, Y. C., & Kim, W. J. (2020). Gender differences influence over insomnia in Korean population: A cross-sectional study. *PloS one*, 15(1), e0227190.
- Ling, J., Sun, W., Chan, N. Y., Zhang, J., Lam, S. P., Li, A. M., ... & Li, S. X. (2020). Effects of insomnia symptoms and objective short sleep duration on memory performance in youths. *Journal of Sleep Research*, e13049.
- Liu, X., Liu, L., Owens, J. A., & Kaplan, D. L. (2005). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, 115(Supplement 1), 241-249.
- Madrigal, R. (2008). Hot vs. cold cognitions and consumers' reactions to sporting event outcomes. *Journal of Consumer Psychology*, 18(4), 304-319.
- Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Guzmán, M. A., & Buela-Casal, G. (2011). Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 770-782.
- Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., Díaz-Piedra, C., Guzmán, M. A., & Buela-Casal, G. (2011). Cognitive-behavioral

- therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 770-782.
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M., & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*, 13(1), 40.
- moradikelardeh, P., sadeghi firoozabadi, V., heidari, M., dehghani, M. (2019). A study on Chronic Pain and Sleep Quality in Mothers. *Iranian Journal of Health Psychology*, 2(1), 47-54. doi: 10.30473/ijohp.2020.45328.1038.
- Mottaghi, R., Kamkar, A., & Maredpoor, A. (2016). Effectiveness of cognitive behavior therapy on the quality of sleep in elderly people with insomnia disorder. *Iranian Journal of ageing*, 11(2), 234-243.
- Mullur, L. M., & Manjunatha, J. P. K. S. B. (2012). Influence of yoga practice on anxiety level of apparently healthy female subjects of Bijapur (karnataka).
- Nagata, S., Seki, Y., Shibuya, T., Yokoo, M., Murata, T., Hiramatsu, Y., ... & Shimizu, E. (2018). Does cognitive behavioral therapy alter mental defeat and cognitive flexibility in patients with panic disorder?. *BMC research notes*, 11(1), 1-7.
- Ong, J., & Sholtes, D. (2010). A mindfulness based approach to the treatment of insomnia. *Journal of clinical psychology*, 66(11), 1175-1184.
- Perlis, M., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2005). The cognitive behavioral treatment of insomnia: A treatment manual.
- Pesonen, A. K., Eriksson, J. G., Heinonen, K., Kajantie, E., Tuovinen, S., Alastalo, H., ... & Räikkönen, K. (2013). Cognitive ability and decline after early life stress exposure. *Neurobiology of Aging*, 34(6), 1674-1679.
- 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.
- 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.
- Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., ... & Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *Journal of psychiatric practice*, 17(6), 410.
- Stone, W. S., & Iguchi, L. (2013). Stress and mental flexibility in Autism spectrum disorders. *North American Journal of medicine and science*. 3(6), 145-153.
- Thakral, M., Von Korff, M., McCurry, S. M., Morin, C. M., & Vitiello, M.

- V. (2020). Changes in dysfunctional beliefs about sleep after cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic literature review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 49, 101230.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 163(3), 191-204.
- Van Dijk, D. M., van Rhenen, W., Murre, J. M., & Verwijk, E. (2020). Cognitive functioning, sleep quality, and work performance in non-clinical burnout: The role of working memory. *PLoS One*, 15(4), e0231906.
- Wang, Y. Y., Wang, F., Zheng, W., Zhang, L., Ng, C. H., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Mindfulness-based interventions for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Behavioral Sleep Medicine*, 18(1), 1-9.
- Yu, J., Rawtaer, I., Feng, L., Fam, J., Kumar, A. P., Cheah, I. K. M., ... & Mahendran, R. (2021). Mindfulness intervention for mild cognitive impairment led to attention-related improvements and neuroplastic changes: Results from a 9-month randomized control trial. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 203-211.
- Zeichner, R. L., Kibler, J. L., & Zeichner, S. B. (2013). Relationship between mindfulness-based stress reduction and immune function in cancer and HIV/AIDS. *Cancer and Clinical Oncology*, 2(1), 62.
- Zeichner, S. B., Zeichner, R. L., Gogineni, K., Shatil, S., & Ioachimescu, O. (2017). Cognitive behavioral therapy for insomnia, mindfulness, and yoga in patients with breast cancer with sleep disturbance: a literature review. *Breast cancer: basic and clinical research*, 11, 1178223417745564.
- Zhao, Y., Liu, J. E., Lewis, F. M., Nie, Z. H., Qiu, H., Han, J., ... & Yang, S. S. (2020). Effects of mindfulness based cognitive therapy on breast cancer survivors with insomnia: A randomised controlled trial. *European Journal of Cancer Care*, e13259.

استناد به این مقاله: کمالی نسب، زهرا، کوشکی، شیرین، بنی جمالی، شکوه السادات، اورکی، محمد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و توانایی های شناختی زنان مبتلا به بی خوابی، مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۲(۴۸)، ۵۷-۸۴.

DOI: 10.22054/jcps.2023.64561.2666



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.