

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy and Mindfulness Therapy on Sleep Quality of Multiple Sclerosis Patients

Mahdavi, *M., Bagholi, H.

Abstract

Introduction: MS disease is one of the debilitating diseases of the immune system, with nature of the central nervous system's winning analysis that affects a significant part of life. The present study aimed at the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and Mindfulness therapy on sleep quality of multiple sclerosis patients.

Method: The method of research was semi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population included all MS patients, member of the Jahrom MS association, which was selected through targeted sampling after consideration the criteria for entering (More than one year membership in the MS, Having complete satisfaction, Literacy, Physical ability to attend meetings), matching and identifying their number were 45 people. This number was randomized to three groups of 15 people. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used to collect data. Reliability of the questionnaire was obtained 0.806 by Cronbach's alpha coefficient. For data analysis by Spss22, was used of Covarians.

Results: There was significant difference in sleep quality on Cognitive Behavioral group Therapy with Mindfulness therapy and control group.

Conclusion: The quality of sleep could be improve in MS patients by cognitive-behavioral group therapy.

Keywords: Cognitive Behavioral group Therapy, Mindfulness therapy, sleep quality, multiple sclerosis patients (MS).

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه

مریم مهدوی^۱، حسین بقولی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۱۳

چکیده

مقدمه: اسکروز چندگانه یکی از بیماری‌های ناتوان کننده سیستم ایمنی، با ماهیت تحلیل برنده سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد که بخش قابل توجهی از زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب این بیماران بود.

روش: روش تحقیق نیمه‌آزمایشی باپیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری بیماران عضو انجمن ام‌اس شهرستان جهرم بودند که با نمونه‌گیری هدفمند، پس از ملاک‌های ورود، هم‌سازی و مشخص شدن تعداد، ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری به صورت کاملاً تصادفی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده گردید. پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰۶ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-22 و کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت خواب گروه درمان شناختی - رفتاری با دو گروه کنترل و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: کیفیت خواب بیماران اسکروز چندگانه را می‌توان با روش گروه درمانی شناختی - رفتاری بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت خواب، اسکروز چندگانه.

مقدمه

بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) بیماری مزمنی است که به طور شایع در بالغین جوان دیده می‌شود و همراه با التهاب و از بین رفتن میلین در نواحی متعدد سیستم عصبی مرکزی می‌باشد. علائم و ناتوانایی‌های ناشی از بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) بر تمام زوایای زندگی فردی و اجتماعی بیمار اثر گذاشته، در نتیجه بیماری اسکروز چندگانه را به عنوان یک بیماری به شدت ناتوان کننده معرفی می‌کند. افرادی که از بیماری‌های مزمن مانند اسکروز چندگانه (ام اس) رنج می‌برند علاوه بر ناتوانی جسمی دچار عوارض روحی و روانی این شرایط محدود کننده می‌شوند؛ لذا، نه تنها سلامت جسمانی، بلکه کیفیت کلی زندگی آنها که در کیفیت خواب آنها نیز تأثیر منفی می‌گذارد، به عنوان یک پیامد مستقل و مهم باید بررسی شود. افراد مبتلا با مشکلات زیادی روبرو هستند؛ این مشکلات، شرکتیماران را در فعالیتهای ارتقاء سلامتی محدود نموده و در نتیجه سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت در زندگی مستقل می‌گردد. این بیماری به دلیل دوره‌های غیر قابل پیش‌بینی تأثیر بارزی بر سلامت دارد و استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در اجتماع و خانواده را تهدید می‌کند (۱). یکی از مواردی که تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد کیفیت خواب می‌باشد. کیفیت خواب یک سازه بالینی مهم است که طبق تعریف از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود مانند میزان رضایت‌مندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود (۲).

نداشتن کیفیت خواب مطلوب و بی‌خوابی مشکل جهانی است. ویژگی اصلی آن، ناتوانی در به خواب رفتن، حفظ و تداوم خواب و نیز بیدار شدن‌های مکرر طی خواب یا در صبح زود و ناتوانی برای بازگشتن به خواب است. این مشکلات با پیامدهای قابل توجهی در طول روز همراه است و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که هیجان‌ها و شناخت‌های مرتبط با خواب، نقش مهمی در کاهش کیفیت خواب دارند. از بین عوامل روانشناختی مرتبط با کیفیت خواب، شناخت‌های معیوب کم‌تر مورد توجه قرار گرفته‌اند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که اصلاح این شناخت‌ها، موجب بهبود کیفیت خواب می‌شود (۳). افراد با کیفیت خواب

نامطلوب و بی‌خوابی، طیف وسیعی از مسائل، از جمله ناتوانی برای خوابیدن، تأثیر آشفتگی خواب برای عملکرد آنها، نگرانی و نشخوار فکری بالایی را تجربه می‌کنند. به دنبال این اضطراب، توجه آنها روی تهدیدهای درونی (مانند احساسات بدنی) و بیرونی (مانند سروصداهای محیط بیرونی) مرتبط با خواب، متمرکز می‌شود. این توجه انتخابی، متقابلاً نگرانی را تشدید می‌کند، به طوری که افراد با محرک‌های جزئی که می‌توانند غیرقابل تشخیص باشند، هماهنگ‌تر می‌شوند. در مورد خواب و نیز ماهیت سازگاران نگرانی داشته که باعث افزایش فعالیت شناختی و برانگیختگی آنها و کاهش احتمال به خواب رفتن و کاهش کیفیت خواب می‌شود (۴).

حدود نیمی از افراد مبتلا به اسکروز چندگانه (ام اس) داشتن مشکلات خواب را گزارش نموده‌اند. در مطالعه‌ای، شیوع شکایات مربوط به خواب در گروهی از مبتلایان به ام اس سه برابر گروه سالم بود. کیفیت خواب که یک سوم از زندگی روزمره ما را شامل می‌شود، کیفیت دوسوم باقیمانده زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علت اختلالات خواب در بیماری ام-اس می‌تواند چند علتی و به‌طور بالقوه با شروع درمان‌های علامتی و ایمنولوژیک و همچنین عوامل مرتبط با خودبیماری اسکروز چندگانه مانند درد و... باشد (۵). بیمارانی که از اختلالات خواب رنج می‌برند، خطر هم‌ابتلائی به مشکلات دیگری از قبیل بیماری‌های قلبی، چاقی و دیابت نیز در آنها افزایش می‌یابد و درمان، در درازمدت سلامت آنها تهدید می‌شود (۶). اختلالات خواب در افراد مبتلا به اسکروز چندگانه (ام اس) به دلیل تشدید مشکلات جسمی و روانی در این افراد حائز اهمیت می‌باشد. در واقع، طبق نتایج به‌دست آمده، اکثر افراد مبتلا به اسکروز چندگانه (ام اس) به‌نحوی با مشکلات مرتبط با خواب درگیر می‌باشند که این مسأله به شدت می‌تواند بر فعالیتهای روزمره و ارتباطات اجتماعی و به‌طور کلی کیفیت زندگی این افراد تأثیرگذار باشد (۷).

باورها و باخورددهای نارساکنش درباره خواب، نشخوار فکری، نگرانی و برانگیختگی پیش از خواب از عوامل مهم در شروع و تداوم بی‌خوابی و کاهش کیفیت خواب محسوب می‌شوند. این موارد، متغیرهای محوری فرآیندهای شناختی هستند. از آنجا که روش گروهی شناختی - رفتاری و درمان‌گری آن در پی اصلاح و بازسازی شناخت‌های بیمار

شناختی رفتاری و تأثیر آن بر کیفیت خواب اختلال بی‌خواب به انجام رساندند (۱۸). عبداللهی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر علائم بی‌خوابی دانشجویان به انجام رساندند (۱۹). آقاجانی افجدی (۱۳۹۰) در پایان‌نامه‌ای با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شهید چمران دارای کیفیت خواب نامطلوب به انجام رسانید (۲۰).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود پیشرفت‌هایی در توجه به گسترش مداخلات روانی - اجتماعی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های شایع مانند ام‌اس صورت گرفته اما به‌صورت کاربردی، اثربخشی آنها مورد بررسی چندانی قرار نگرفته است. از آنجا که روش‌های مناسب نه تنها سبب بالا بردن مهارت‌ها و روحیه جنگندگی می‌شود، بلکه باعث افزایش کارایی سیستم ایمنی و کاهش علائم جسمانی می‌گردد، مطالعه هرچه بیشتر و مقایسه انواع روش‌های درمانی می‌تواند کمک شایانی به بهبودی نماید. این پژوهش نیز با توجه به این ضرورت سعی دارد اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کیفیت خواب بیماران ام‌اس را مورد مقایسه قرار دهد.

روش

طرح پژوهش: این تحقیق، یک طرح پژوهشی از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که گروه درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هرکدام طی هشت جلسه ۱/۵ ساعتی اجرا گردیدند تا با پرسشنامه کیفیت خواب بیماران به صورت پیش‌آزمون و مقایسه آن بعد از مداخله با پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گیرند. ساختار جلسات در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

است، می‌توان حضور و شدت آنها را از جمله متغیرهایی در نظر گرفت که از درمان شناختی - رفتاری متأثر می‌شوند (۸) که می‌تواند جهت بهبود وضعیت و کیفیت خواب و کاهش مشکلات احتمالی مرتبط با آن در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه (ام‌اس) بسیار کمک‌کننده باشد.

علاوه بر روش گروه درمانی شناختی - رفتاری، روش مؤثر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز پیشنهاد شده و مورد بررسی قرار گرفته است (۹). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متوجه کردن و نیز متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده بعد از آن، پدیدآیی افکار و هیجان‌های مثبت و خوش‌آیند منجر می‌شود. ادبیات تحقیق مملو از پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند ذهن‌آگاهی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ تجربی با بهزیستی و سلامت روانشناختی ارتباط دارد. مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی شامل آگاهی و پذیرش بدون قضاوت [تجربیات لحظه به لحظه فرد، درمان مؤثری برای بسیاری از انواع متداول ناراحتی‌های روانشناختی شامل نشخوارهای فکری، ترس، اضطراب، نگرانی، عصبانیت و بی‌خوابی و عدم کیفیت خواب می‌باشند (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴). در این زمینه مطالعاتی انجام شده است که به آنها اشاره می‌گردد. جفری و همکاران (۲۰۱۸) درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تأثیر آن بر کیفیت خواب، علائم استرس، اضطراب و علائم فیزیکی را مورد بررسی قرار دادند (۱۰). شفاعت و همکاران (۱۳۹۶) اثربخشی روان‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری چند مؤلفه‌ای بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی را مورد بررسی قرار دادند (۱۵). جلالی و همکاران (۱۳۹۵) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بومی شده ایرانی اسلامی با درمان شناختی رفتاری بر فشارخون را مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان دادند که تفاوت معنی‌داری در کاربرد روش‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در این بیماران وجود ندارد (۱۶). دی برویین و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان گروهی و درمان اینترنتی، برای بی‌خوابی بزرگسالان را مورد بررسی قرار دادند (۱۷). نورل کلارک و همکاران (۲۰۱۱) تحقیقی در مورد درمان‌های

جدول (۱) ساختار جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری

جلسات	ساختار
اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان و وضع قراردادهای، بیان اهداف، ساختار و قوانین، ارایه منطق درمان، معرفی درمان گروهی شناختی - رفتاری، ارایه اصول درمان شناختی، بررسی انتظارات غیرواقعی و سوء تعبیرها با استفاده از تکنیک بازسازی شناختی، تبیین اهمیت کیفیت خواب در بیماری، بیان پیامدهای جسمانی و روانی کیفیت نامطلوب خواب برای بیماران.
دوم	نقش فرآیندهای شناختی (ارزیابی، مرور ذهنی، نگرش ها و باورها) در پردازش اطلاعات و پاسخ های رفتاری و هیجانی، شناسایی مشکلات و تعیین اهداف، آموزش روش های شناسایی افکار اتوماتیک، تأکید بر اهمیت یادداشت برداری و پای بندی به تمرین های درمانی، تکلیف خانگی: تمرین آرام سازی، یادداشت کردن حالت های بی خوابی، افکار ناخودآیند، زمان خواب.
سوم	ادامه بحث مربوط به درمان شناختی، آموزش تکنیک نگرانی سازنده، کاربرد فرم ثبت افکار و تنظیم زمان خواب، درخواست از بیماران برای بیان بی خوابی هایی که در طی ابتلا و نیز بعد از جلسه قبل تجربه کرده اند و در میان گذاشتن تجاربشان برای یکدیگر، درخواست از بیماران برای بیان افکار خودآیند منفی شان در طی تجربه بیماری برای یکدیگر در گروه و تشریح افکار خودآیند منفی مرتبط با کیفیت خواب در طی بیماری، تکلیف خانگی: کاربرد فرم ثبت افکار و تنظیم زمان خواب.
چهارم	تمرین نقش و تأثیر افکار و نگرش ها روی واکنش های هیجانی و رفتاری، آموزش جرأت ورزی، آموزش تکمیل کامل برگه ثبت افکار و ایجاد پاسخ سازگارانه و افکار جایگزین، بررسی خطاهای شناختی، آموزش به چالش کشیدن افکار و بازسازی شناختی به منظور اصلاح افکار، باورها و نگرش های فرد، آموزش مدیریت زمان، آموزش خودزاد، تکلیف خانگی: یادداشت کردن افکار در زمان قبل خواب.
پنجم	بررسی نتایج جدول، رفع اشکال مؤلفه های رفتاری، بحث در مورد علل رفتارهای ناشی از ادراک نادرست، ارزیابی افکار اتوماتیک در موقعیت هایی در راستای اهداف جلسه، بررسی شناخت ها و باورهای معیوب، آموزش راهبردهای مقابله با فشار روانی، آموزش آرام سازی تدریجی غیرفعال، تکلیف خانگی: به کارگیری آرام سازی تدریجی غیر فعال.
ششم	آموزش دادن به بیماران در خصوص تشخیص افکار خودآیند منفی، آموزش به بیماران در خصوص روش های مقابله افکار خودآیند منفی، پاسخ های احتمالی به این افکار و نحوه جایگزین ساختن این افکار با افکار مثبت، آموزش مهارت حل مسأله، ابتدا منطق زیربنایی برای حل مسأله و تمرکز بر مراحل فرآیند حل مسأله، تکلیف خانگی: به کارگیری روش حل مسأله.
هفتم	آموزش کنترل محرک، آموزش تکنیک های تنفس دیافراگمی، تن آرامی عضلانی، توقف فکر و توجه برگردانی، شناسایی و ارزیابی باورهای محوری و صورت بندی یک پاسخ سازش یافته تر، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک های تنفس دیافراگمی، آرمیدگی و تن آرامی عضلانی، توقف فکر و توجه برگردانی.
هشتم	مرور مداخلات رفتاری، بحث درباره پیش گیری از عود و چگونگی مقابله با بازگشت احتمالی، آموزش در مورد ضرورت تداوم تمرین ها، جمع بندی.

جدول (۲) ساختار جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	ساختار
اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان و وضع قراردادهای، بیان اهداف، ساختار و قوانین جلسه ها، ارایه منطق درمان، معرفی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، توضیح مفهوم ذهن آگاهی با توجه به مفهوم عرفانی حضور قلب، معرفی و تبیین کیفیت های ذهن آگاهی با توجه به مفاهیم و اندیشه اسلامی، معرفی مختصر الگوی ذهن آگاهی، استعاره دارایی چوپان.
دوم	رویارویی با موانع، هدایت خودکار، عدم حضور قلب، ذهنیت در حال انجام در حال بودن، تمرین خوردن کشمش.
سوم	تنفس آگاهانه، تنفس آگاهانه ۳ دقیقه ای، تبیین مفهوم وارزش نفس از دیدگاه عرفان اسلامی، استعاره دونعمت در یک نفس.
چهارم	تمرین مراقبه و آرمی بدن، اهمیت مهربان بودن و دوست بودن با بدن از نظر اسلام، یکپارچگی جسم و ذهن، استعاره پیل در تاریکی.
پنجم	تمرین رابطه بین افکار با واکنش های هیجانی و رفتاری، بررسی اضطراب و کیفیت خواب به عنوان پیامد فیزیولوژیکی هیجانی، اهمیت فکر سالم در اسلام و نحوه برخورد با افکار ناکارآمد، تمرین مراقبه نشسته.
ششم	رابطه افکار محیط کار با واکنش های هیجانی و رفتاری در رابطه شناخت - عاطفه، تمرین آگاهی از قدم زدن، تمثیل بیهودگی افکار، مراقبه نشسته.
هفتم	تبیین و مقایسه مفهوم پذیرش با توجه به مفهوم رضا در اندیشه اسلامی، تمرین آگاهی از صداها و افکار، بهداشت خواب، ارائه شعر زندگی، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش جلسه.
هشتم	تمرین مجوز حضور، استعاره مهمان دار هواپیما بر اساس شعر مهمان خانه، استفاده از ذهن آگاهی در زندگی روزمره و محیط کار، استعاره پاسبان حواس، بحث در مورد ادامه تمرینات، آمادگی برای خاتمه (پایان دهی)، جمع بندی.

دیگر ناهنجاری‌های خواب اخیراً به‌طور وسیعی توصیه شده و مرکب از ۴ پرسش بازپاسخ و ۱۹ آیتیم خود ارزیابی است (دامنه نمرات هر پرسش بین صفر تا ۳ است) که به ارزیابی کیفیت خواب و آشفتگی‌های آن در طی یک ماه گذشته می‌پردازد. در همه موارد، نمره ۰ یعنی هیچ مشکل خوابی برای این فرد وجود ندارد، درحالی‌که نمره ۳ چندین مشکل را نشان می‌دهد. مجموع نمرات، یک نمره کلی از کیفیت خواب فرد می‌دهد. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۱ قرار دارد. اگر نمره بعد از درمان فرد بالاتر از ۵ باشد، در برخی مطالعات به‌عنوان بهبود بی‌خوابی تلقی می‌شود. اعتبار این پرسشنامه در خارج کشور در دامنه ۸۰ - ۸۷ درصد گزارش شده است (۱۶). در ایران نیز در مطالعات شفاعت و همکاران (۱۳۹۶) و فرح‌بخش و دهقانی (۱۳۹۵) با تأیید پایایی و روایی به کار رفته است (۱۵ و ۲۲).

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوز از سازمان‌های مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم و در نظر گرفتن اصول اخلاقی پژوهش، تمامی بیماران مبتلابه بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) عضو انجمن ام اس شهرستان جهرم به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، هم‌تاسازی و مشخص شدن تعداد آنها، ۴۵ نفر انتخاب شدند. نمونه از نظر شدت بیماری، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده، میانگینسنی (بین ۲۶ تا ۵۵ سال) و تحصیلات بررسی شدند. برای هم‌تاسازی از نظر شدت بیماری، انواع بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) نوع خوش خیم، نوع عودکننده و فروکش یابنده (شایع‌ترین بیماری)، نوع پیشرونده ثانویه و پیشرونده اولیه وجود دارد که با مشورت با پزشک انجمن و مراجعه به پرونده‌های بیماران در انجمن ام اس هم‌تاسازی صورت پذیرفت و نمونه‌های مورد مطالعه ام اس نوع خوش خیم و فروکش کننده بودند. ملاک‌های ورود نمونه آماری به پژوهش شامل موارد زیر بود: عضویت بیش از یک سال در انجمن ام اس شهرستان جهرم، داشتن رضایت کامل جهت شرکت در مداخله (جلسات)، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن توانایی جسمی شرکت در جلسات. نمونه آماری در سه گروه مساوی ۱۵ نفری به صورت کاملاً تصادفی قرار گرفتند. در واقع، طرح پژوهشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که گروه

آزمودنی‌ها: در این تحقیق حجم نمونه براساس روش نمونه‌گیری هدفمند و ۴۵ نفر از بین بیماران عضو انجمن ام اس شهرستان جهرم انتخاب شدند، نمونه آماری پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و هم‌تاسازی از نظر شدت بیماری، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده، میانگین سنی و تحصیلات، در سه گروه مساوی ۱۵ نفری به صورت کاملاً تصادفی قرار گرفتند. گروه کنترل مداخله‌ای روی آنها انجام نگردید.

ملاک‌های ورود نمونه آماری به پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. عضویت بیش از یک سال در انجمن ام اس شهرستان جهرم
۲. داشتن رضایت کامل جهت شرکت در مداخله (جلسات)
۳. دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن
۴. داشتن توانایی جسمی شرکت در جلسات

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. سابقه مصرف داروی روانپزشکی
 ۲. ابتلای هم‌زمان به یک بیماری مزمن دیگر غیر از بیماری اسکروز چندگانه (ام اس)
 ۳. شرکت در مداخله روان‌پزشکی هم‌زمان با اجرای پژوهش
 ۴. عدم توانایی ادامه شرکت در جلسه به علت حمله بیماری
 ۵. سابقه آشکار بیماری روانی
- برای هم‌تاسازی از نظر شدت بیماری، انواع بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) نوع خوش خیم، نوع عودکننده و فروکش یابنده (شایع‌ترین بیماری)، نوع پیش رونده ثانویه و پیشرونده اولیه وجود دارد که با مشورت با پزشک انجمن و مراجعه به پرونده‌های بیماران در انجمن ام اس هم‌تاسازی صورت پذیرفت و نمونه‌های مورد مطالعه ام اس نوع خوش خیم و فروکش کننده بودند.
- در این پژوهش، پس از مداخله و برگزاری جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

ابزار

۱. برای سنجش کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. این پرسشنامه در ارزیابی آشفتگی خواب در بیماران مبتلا به بی‌خوابی و بیماران دارای انواع

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک بیماران مورد بررسی قرار گرفت. از نظر جنسیت بیشترین فراوانی مربوط به زنان با فراوانی ۸۰ درصد (۳۶ نفر)، از نظر سن بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی بین ۲۶ تا ۳۵ سال با فراوانی ۴۲/۲۲ درصد (۱۹ نفر)، از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی مربوط به متأهلین با فراوانی ۶۴/۴۵ درصد (۲۹ نفر)، از نظر شغل بیشترین فراوانی مربوط به بی‌کاری با فراوانی ۳۵/۵۵ درصد (۱۶ نفر)، در مورد سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات دیپلم با فراوانی ۶۰ درصد (۲۷ نفر) بود.

درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی هرکدام به صورت گروهی در گروه‌های ۱۵ نفری، طی هشت جلسه در دو ماه برنامه‌ریزی شدند. مداخله گروه درمانی شناختی - رفتاری روی گروه آزمایش ۱ انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیترزبورگ استفاده گردید. شرح جلسات و ساختار آن براساس برنامه پیشنهادی آنتونی و همکاران (۲۰۰۷) طراحی گردیده است (۲۳). مداخله درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز روی گروه آزمایش ۲ انجام شد. این بسته آموزشی براساس پروتکل ذهن‌آگاهی نسخه بایر (۲۰۰۶) تهیه شده است (۲۴). نهایتاً با استفاده از آزمون کوواریانس فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۳) آمارهای میانگین، انحراف معیار و دامنه نمره‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون متغیر کیفیت خواب

مرحله	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	گروه درمانی شناختی - رفتاری	۱۵	۱/۸۳	۰/۳۸
	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۵	۰/۴۲	۰/۳۱
	کنترل	۱۵	۱/۸۷	۰/۳۵
پس‌آزمون	گروه درمانی شناختی - رفتاری	۱۵	۱/۲۴	۰/۴۵
	درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱۵	۱/۵۷	۰/۲۵
	کنترل	۱۵	۱/۷۳	۰/۳۵

به برابر بودن تعداد آزمودنی‌های سه گروه، معنی برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس وجود ندارد. همچنین نتایج همگنی شیب رگرسیون در جدول تحلیل کواریانس آمده است. مقدار F تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل (۲/۳۱۷) معنادار نیست ($P > 0/05$) و مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار است. براساس جدول چهار، تفاوت بین سه گروه معنادار است و حجم اثر مداخله‌های آزمایشی (۰/۲۶) در حد کم است. با توجه به معنادار شدن مقدار F گروه، از آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی معنادار بودن تفاوت گروه‌ها به شرح زیر استفاده شده است.

در جدول سه، میانگین و انحراف استاندارد سه گروه پژوهش در متغیر کیفیت خواب ارایه شده است. بین میانگین سه گروه تفاوت وجود دارد ولی برای اینکه مشخص شود کدامیک از تفاوت‌ها معنادار است از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شده است. نمره پیش‌آزمون کیفیت خواب به عنوان متغیر کمکی در نظر گرفته شده است. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها از روش کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که توزیع نرمال نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت خواب برقرار بود ($P > 0/05$). برای بررسی همگن بودن واریانس‌های دو گروه از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس نمرات دو گروه با هم تفاوت معناداری دارند (۰/۰۰۴) ولی با توجه

جدول ۴) خلاصه نتایج آزمون بین گروهی در کواریانس

منبع	مجدور مربعات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
متغیر کمکی (کیفیت خواب)	۰/۳۷۶	۱	۰/۳۷۶	۲/۹۲۰	۰/۰۹۵	۰/۰۶۶
گروه * کیفیت خواب	۱/۲۲۵	۳	۰/۴۰۸	۲/۳۱۷	۰/۰۹۰	۰/۰۱
گروه	۱/۸۴۹	۲	۰/۹۲۵	۷/۱۸۷	۰/۰۰۲	۰/۲۶۰
خطا	۵/۲۷۵	۴۱	۰/۱۲۹	-	-	-

جدول ۵) آزمون تعقیبی LSD

گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig. ^b	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین ها	
					حد پایین تر	حد بالاتر
ذهن آگاهی	رفتاردرمانی شناختی	۰/۳۳۲	۰/۲۵۸	۰/۲۰۵	-۰/۱۸۹	۰/۸۵۴
	کنترل	-۰/۱۶۰	۰/۲۶۴	۰/۵۴۷	-۰/۶۹۳	۰/۳۷۳
رفتاردرمانی شناختی	ذهن آگاهی	-۰/۳۳۲	۰/۲۵۸	۰/۲۰۵	-۰/۸۵۴	۰/۱۸۹
	کنترل	-۰/۴۹۳*	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱	-۰/۷۵۸	-۰/۲۲۸
کنترل	ذهن آگاهی	۰/۱۶۰	۰/۲۶۴	۰/۵۴۷	-۰/۳۷۳	۰/۶۹۳
	رفتاردرمانی شناختی	۰/۴۹۳*	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	۰/۷۵۸

داشتن دلیل قانع کننده صرفاً این ذهنیات و پرداخته‌های ذهنی را دارند که در واقعیت وجود ندارد. آنها در جلسات گروهی شناختی - رفتاری این تجربیات خود را مطرح می نمایند و بقیه اعضای گروه می‌توانند با مشارکت این موضوع را باز نمایند. همچنین، احساس هم‌دلی بین اعضا منجر می شود به این که آنها بیشتر تشویق شوند که به افکار منفی و ناخودآیند خود پایان دهند. از طرفی با شرکت در درمان گروهی شناختی - رفتاری توانایی زیر سؤال بردن باورهای ناکارآمد را ایجاد می‌کند و می‌تواند صدای امیدبخش، انرژی بخش و سالم ذهنی برایشان فراهم سازد. مواجه شدن با این واقعیت که می‌توانند و قادرند به مدیریت ذهن خود بپردازند و اسیر باورهای منفی و ناکارآمد خویش نشوند آنها را درغلبه برهیجانات منفی اضطراب توانمندتر می‌کند. بروز احساسات و تخلیه هیجانی در کنار بقیه اعضای گروه که همگی وجه اشتراک مشکلات مربوط به بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) دارند، منجر به بهبود کیفیت خواب آنها می‌گردد. دیگر این که این شیوه با آموزش فنونی نظیر آرام سازی‌ها، توجه برگردانی‌ها، تصویرسازی ذهنی مثبت و کارآمد، تنفس‌های آرام‌بخش عمیق به بیماران کمک می‌کند تا در موقع لزوم بتوانند از این مهارت‌ها بهره ببرند و بر احساسات و هیجانات منفی خصوصاً در زمان بروز حمله بیماری اسکروز چندگانه (ام اس) غلبه کنند. فنون دیگر این شیوه درمانی از جمله ابراز وجود نیز بیماران را به سمت ابراز مقتدرانه خود پیش برد. وقتی آنها بتوانند حقوق خود را به درستی تشخیص بدهند و در سبک ارتباطی خود در زندگی متفکرانه و هوشمندانه و درعین حال آرام، اقدام کنند و به حل مؤثر مسائل خود بپردازند، می‌توانند بار ذهنی خود و درگیری‌های آن را سبک‌تر نمایند و احساس توانمندی بیشتری برای گزینش افکار مثبت و در نتیجه هیجان‌های

براساس جدول پنج، فقط بین گروه رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل از نظر میانگین کیفیت خواب تفاوت معنادار وجود دارد و براساس جدول سه، میانگین کیفیت خواب گروه رفتاردرمانی شناختی از میانگین کیفیت خواب گروه کنترل پایین تر است. بقیه مقایسه‌ها معنادار نبود.

بحث

براساس نتایج نشان داده شد که گروه درمانی شناختی - رفتاری در مقایسه با دو گروه ذهن آگاهی و گروه کنترل بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه (ام اس) تأثیر معنی دار دارد. این یافته پژوهش با پژوهش شفاعت و همکاران (۱۳۹۶)، دی بروین و همکاران (۲۰۱۵)، عبداللهی و همکاران (۱۳۹۴)، نورل کلارک و همکاران (۲۰۱۱) هم سویی داشت. در راستای نتایج پژوهش حاضر، مطالعه دی بروین و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی می‌تواند با تأثیر بر دوره‌های خواب، کیفیت خواب را بهبود بخشد. نورل کلارک و همکاران (۲۰۱۱) نیز در همین راستا نشان دادند که درمان های شناختی می‌توانند کیفیت خواب را بهبود بخشند. همچنین، مرکل و همکاران (۲۰۱۷) هم‌سو با نتایج این تحقیق، در مطالعه خود نشان دادند به‌طور کلی در بیماران اسکروز چندگانه (ام اس)، درمان‌های طولانی مدت و به صورت گروهی مؤثرتر می‌باشد (۲۵). دررویکرد گروه درمانی شناختی - رفتاری باورهای ناکارآمد خاص بیماران مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و بیماران با تکمیل جداول گزارش وضعیت رویدادهای برانگیزاننده و باورهای ناکارآمد فعال شده در هر موقعیت با این واقعیت مواجه می‌شوند که ممکن است از محتویات ذهن‌شان، خودگویی‌ها و یا برداشت‌ها و تفسیرهایی که از موقعیت‌ها دارند مدارک مستدلی حمایت نکند و می‌فهمند که ممکن است آنها بدون

واجهه با تمام جنبه‌های زندگی، حتی جنبه‌های دردناک را برای بیماران میسر می‌سازد و به فرد این توانایی را می‌دهد که به جای پاسخ خودکار که می‌تواند در اختلال‌های خواب و کیفیت آن تأثیر داشته باشد، پاسخی از روی آگاهی بدهد. ذهن‌آگاهی مستلزم به‌کارگیری راهبردهای شناختی و فراشناختی ویژه است تا بتوان به کمک آنها برای فرآیند رفتار، ذهن و توجه را متمرکز نمود و خلق منفی بر گرفته از افکار منفی و پیامد آن را به گرایش به پاسخ‌های منطقی‌تر و رشد دیدگاه‌های جدید مثبت‌گرا و پدیدآیی افکار و هیجان‌های مثبت و خوش‌آیند و تقویت‌کننده روحیه مثبت زندگی تبدیل نمود و به نظر می‌رسد به دلیل همین ویژگی هاست که در این مطالعه بیماران نتوانستند از آن به نحوی بهره‌برند که با گروه کنترل که این درمان در آنها صورت‌پذیرفت تفاوتی را نشان دهند (۲۶ و ۲۷).

همچنین، براساس نتایج پژوهش حاضر نشان داده شد که بین گروه درمانی شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه (ام اس) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. در این راستا و نیز هم‌سو با پژوهش حاضر، جلالی و همکاران (۱۳۹۵) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بومی شده ایرانی اسلامی با درمان شناختی رفتاری را مورد مقایسه قرار دادند. نتایج پژوهش آنها نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری در کاربرد روش‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری در بیماران وجود ندارد (۱۶). در توجیه نتایج فوق و طبق مطالعات جانت (۲۰۱۸) و فیکسوفیکس (۲۰۱۳) می‌توان بیان داشت که در درمان ذهن‌آگاهی روش‌هایی به فرد آموزش داده می‌شود که به او کمک می‌کند توجه‌اش را در زمان حال و اکنون نگه دارد. از آنجایی که افراد معمولاً تمایل دارند از تجارب درونی پریشان‌کننده اجتناب نمایند، تمرینات ذهن‌آگاهی جهت‌گیری متفاوتی را ارائه می‌دهد که در آن اضطراب عمدتاً مورد توجه قرار گرفته و به آن به صورت آشکار و پذیرفته شده، پاسخ داده می‌شود (۲۷ و ۲۸). بنابراین، تمرینات ذهن‌آگاهی نیازمند تحمل پریشانی، ممانعت از اجتناب از روی عادت و نهایتاً خودتنظیمی سازگاران و عملکرد سالم ذهن - بدن می‌باشد. مهارت پذیرش از طریق مشاهده افکار، هیجان‌ها یا حس‌های فیزیولوژیک به‌عنوان رویدادهای روانشناختی در حال گذر،

مثبت و در پیش گرفتن آنها داشته باشند. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به علت آنکه در بیماران بین گروه کنترل و درمان گروهی شناختی - درمانی تفاوت معنی‌داری را نشان ندهاده است، نتواند کیفیت خواب این بیماران را بهبود بخشد. اما در مورد تأثیر روش گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت خواب می‌توان بیان داشت که روش گروهی شناختی - رفتاری و درمان‌گری آن در پی اصلاح و بازسازی شناخت‌های بیماران است، می‌توان حضور و شدت آنها را از جمله متغیرهایی در نظر گرفت که از درمان شناختی - رفتاری متأثر می‌شوند (۸). همچنین، طبق مطالعات شوارتر و کامی (۲۰۱۲) می‌توان بیان داشت که افراد با کیفیت خواب نامطلوب و بی‌خوابی، طیف وسیعی از مسائل، از جمله ناتوانی برای خوابیدن، تأثیر آشفتگی خواب برای عملکردشان، نگرانی و نشخوار فکری بالایی را قبل از خوابیدن تجربه می‌کنند. به دنبال این اضطراب، توجه آنها روی تهدیدهای درونی (مانند احساسات بدنی) و بیرونی (مانند سروصداها محیط بیرونی) مرتبط با خواب، متمرکز می‌شود. این توجه انتخابی، متقابلاً نگرانی و اضطراب را تشدید می‌کند، به طوری که افراد با محرک‌های جزیی که می‌توانند غیرقابل تشخیص باشند، هماهنگ‌تر می‌شوند. اگر در مورد خواب و نیز ماهیت سازگاران نگرانی داشته باشند باعث افزایش فعالیت شناختی و برانگیختگی آنها و کاهش احتمال به خواب رفتن و کاهش کیفیت خواب می‌شود و طبق نتایج به‌دست آمده در تحقیق حاضر می‌توان انتظار داشت که روش‌های شناختی رفتاری در افزایش کیفیت خواب بتواند مؤثر واقع شود. بنابراین، طبق نتایج این تحقیق نیز می‌توان انتظار داشت که این روش مؤثر بتواند کیفیت خواب را بهبود بخشد.

همچنین، براساس نتایج نشان داده شد که بین گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. به نظر می‌رسد دلیل این امر در بیماران مبتلا به ام اس برمی‌گردد به ماهیت این نوع درمان و ماهیت بیماری ام اس و محدودیت‌هایی که برای این بیماران وجود دارد. چراکه برنامه درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک درمان فشرده آموزش روانی، ساخت‌دار و متمرکز بر مراجع است که طبق نتایج به‌دست آمده در تحقیق حاضر، نتوانسته است بین گروه درمانی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ایجاد کند. ذهن‌آگاهی

sample. Procedia- Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 314-7.

4. Schwartz D R, Carney C E. Mediators of cognitive behavioral therapy for insomnia: A review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32 (7): 664- 75.

5. Brass SD, Duquette P, Proulx-Therrien J, Auerbach S. Sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *Sleep Med Rev*. 2010; 14(2): 121-9.

6. Kaminska M, Kimoff RJ, Benedetti A, Robinson A, Bar-Or A, Lapierre Y, et al. Obstructive sleep apnea is associated with fatigue in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2012; 18(8): 1159-69.

7. Razazian I N, Najafi F, Mahdavi P, Aghaei A. Prevalence of sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014; 23(110): 219-24. [Persian].

8. Rahmani F, Mehrabian T. Effectiveness of cognitive behavior therapy on cognitive and emotional variables on insomnia in students of the University of Kurdistan in 2016. *cientific-Research, Journal of Shahed University*. 25th Year, 2018; No.133: 39 - 49. [Persian].

9. Martires J, Zeidler M. The value of mindfulness meditation in the treatment of insomnia. *Curr Opin Pulm Med*. 2015; 21(6): 547-52.

10. Jeffrey M, Greeson, H, Zarrin, Moria J, Smoski, Jeffrey G, Brantley, Thomas R, Lynch, Daniel M, et al. Mindfulness Meditation Targets Tran diagnostic Symptoms Implicated in Stress-Related Disorders: Understanding Relationships between Changes in Mindfulness, Sleep Quality, and Physical Symptoms. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Article ID 4505191, 2018; 10 pages. <https://doi.org/10.1155/2018/4505191>.

11. Bamber MD, Schneider JK. Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research. *Edu Res Rev*. 2016; 18: 1-32.

12. Alhassan A, et al. A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*. 2014; 14:42. [PMC free article] [PubMed].

13. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep*. 2014; 37(9):1553-63.

14. 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): 180-5.

15. Shafaat N, Makvand Hosseini Sh, Rezaei A.M. Effectiveness of Multi components Cognitivebehavioral Therapy on Insomnia Intensity and Quality of sleep of Breast Cancer Patients after Surgery. *Research in Psychological Health*. 2017; 11, 2, 19-33. [Persian].

به جای واقعیت به دست می‌آید. درحقیقت بیماران می‌بایست بتوانند برانگیختگی‌های فیزیولوژیک یا هیجانی به‌وجود آمده را بدون ارزیابی کردن آن تجربه کنند که این موضوع تفکرات و درگیری‌های ذهنی قبل از خواب را در آنها متمرکز می‌کند و به توانمندی زیادی نیازمند است که در بیماران ام اس با توجه به محدودیت‌هایشان این مسأله جای تأمل دارد و به نظر می‌رسد با این درمان در آنها نتوان به نتیجه مدنظر دست یافت.

از نقاط قوت پژوهش حاضر نیاز بیماران ام اس به درمان‌های به کارگرفته شده و وجود انگیزش کافی آنها برای تداوم شرکت در جلسات بود که این موضوع عدم ریزش نمونه‌های آماری را به دنبال داشت، اما از طرفی از محدودیت‌های آن می‌توان به این امر اشاره نمود که نتایج این پژوهش محدود به بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس شهرستان جهرم می‌باشد، بنابراین، در تعمیم نتایج حاصل به سایر بیماری‌ها و نیز جامعه آماری گسترده‌تر باید احتیاط نمود. در پایان به متخصصان و مسئولین محترم انجمن‌های ام اس کشور پیشنهاد می‌شود با توجه به انگیزه بسیار بالای این بیماران و استقبال آنها برای شرکت در برنامه‌های آموزشی - مداخله‌ای شناختی رفتاری و همچنین با عنایت به اثربخش بودن چنین مداخله‌هایی در بهبود کیفیت خواب، از رویکرد درمان گروهی شناختی رفتاری به‌عنوان یک روش رفتاری کارآمد، غیردارویی و غیر تهاجمی جهت بهبود کیفیت خواب استفاده شود. همچنین، با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌گردد یک راهنمای آموزشی و درمانی ویژه برای مدیریت کیفیت خواب مختص بیماران مبتلا به اسکلروز چندگانه (ام اس) تهیه و اعتبار آن نیز تعیین گردد.

منابع

1. Fox E, Melamed E., Frohman. E. Diagnosis and monitoring of patient with Multiple sclerosis. *practical Neology*. www.practicalNeology.com. 2018, 17, (6).
2. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bogels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Med Rev*. 2010; 14:179-89.
3. Boysan M, Merey Z, Kalafat T, Kağan M. Validation of a brief version of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale in Turkish

16. Jalali D, Aghaei A, Solati SK. Comparing the effectiveness of Nativated Mindfulness Based Cognitive Therapy (nMBCT) according to Iranian-Islamic culture and Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on blood pressure. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2017; 18(6): 125-139. [Persian].
17. De Bruin EJ, Bögels SM, Oort FJ, Meijer AM. Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: a randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *SLEEP*. 2015; 38(12):1913–1926.
18. Norell-Clarke A, Nyander E, Jansson-Fröjmark M. Sleepless in Sweden: a single subject study of effects of cognitive therapy for insomnia on three adolescents. *Behav Cogn Psychother*. 2011; 39:367–74.
19. Abdollahi A, Nazari A. M, Darhag M, Behnammoghadam M. The Effectiveness of Cognitive Behavioral group Therapy on Symptoms of insomina of students. *Danesh Armaghan*. 2015; 20 (1). [Persian].
20. Aghajani Afjadi A. Effectiveness of cognitive-mindedness-based therapy on sleep quality and quality of life of students in Shahid Chamran University has poor sleep quality. The university of Ahvaz Shahid Chamran. (Mo): Ahvaz Univ, Iran. 2010. [Persian].
21. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention?. *JAMA*. 1989; 262(11): 1479-84.
22. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of Mindfulness therapy on sleep quality and clinical Health on women with insomnia. *Health Tanin*. 2016; 4(3). [Persian].
23. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. (2007). *Cognitive- behavioral stress management*. Oxford University Press.
24. Baer R.A.(2006). *Mindfulness-based treatment approaches: clinicians guide to evidence base and application*. usa: academic press is an imprint of Elsevier.
25. Merkel, B, Butzkueven, H, Traboulsee, AL. Timing of high-efficacy therapy in relapsing-remitting multiple sclerosis: A systematic review. *Autoimmun Rev*. 2017; 16: 658–665.
26. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. (2015). How do mindfulness- based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, vol. 37, pp. 1–12 .
27. Janette. G. (2018). Best mindfulness exercises. January 5. mindfulness-exercises4u.org.
28. Fix, R.L. and Fix, S.T.(2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: a critical review. *Aggression Violent Behavioural*, 18(2): 219–227