

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۸/۲۵

تاریخ بررسی مقاله: ۹۴/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۰۴

DOI: 10.22055/jacp.2017.12530

مجله دستاوردهای روان‌شناسی بالینی  
دانشگاه شهید چمران اهواز، زمستان ۱۳۹۴  
دوره‌ی اول، سال ۱، شماره ۴  
ص: ۸۶-۶۷

## اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت خواب دانشجویان

جواد ناظمی هرندی<sup>۱\*</sup> و کوروش نامداری<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت خواب دانشجویان دانشگاه اصفهان بوده است. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردیده است. از میان مجموعه‌ای از دانشجویان در دسترس دانشگاه اصفهان که آزمون افسردگی یک به آن‌ها داده شد، دو گروه ۱۵ نفری از دانشجویان پسری که نمره برش افسردگی بالای ۱۵ داشتند، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت خواب مؤثر بوده است ( $p < 0/05$ ). به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان افسردگی را کاهش و کیفیت خواب شرکت‌کنندگان را بهبود می‌بخشد.

**کلید واژگان:** کیفیت خواب، افسردگی، شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی، دانشجویان.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

javadnazemi70@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

افسردگی پاسخ طبیعی انسان به فشارهای زندگی است و تنها زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که با واقع‌ای که رخ داده است، متناسب نباشد یا فراتر از حدی که برای اکثر مردم نقطه آغاز بهبود است، ادامه یابد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۴ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). فردی که از نظر روانی آسیب‌پذیر است، وقتی در یک مکان عمومی قرار می‌گیرد و خود را در میان افرادی می‌بیند که از لحاظ فکری و فرهنگی با او فرق دارند، وجهه اجتماعی خود را از دست می‌دهد و احساس پوچی می‌کند (روزنهان و سلیگمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). افسردگی به‌عنوان یک حالت خلقی بهنجار، تجربه‌ای متداول است. در افسردگی خفیف، فرد به نشخوار فکری در مورد مسائل منفی می‌پردازد و اکثر اوقات احساس‌هایی مثل ملال، تحریک‌پذیری و خشم را تجربه می‌کند، در حالی که برای خود متأسف و غصه‌دار است و به گرفتن اطمینان خاطر از دیگران شدیداً نیازمند می‌باشد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می‌کنند، در مورد گذشته مشغله ذهنی دارند و به آینده بدبین‌اند (کلارک و فربورن، ۲۰۰۷ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۶).

افسردگی خفیف، بخصوص در میان دانشجویان به‌وفور دیده می‌شود. بارها دیده شده است که در ۲۵ تا ۳۰ درصد دانشجویان کارشناسی تا اندازه‌ای این نشانه‌ها وجود دارد (عباسی، کامکار و پناه‌عنبری، ۱۳۸۰). در تحقیقی که درباره سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران انجام گرفت باقری یزدی، عبداللهی و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) نشان داد که ۳۰ درصد از پذیرفته‌شدگان، احساس غمگینی و افسردگی دارند. همچنین بر اساس تحقیق امینی و فرهادی (۱۳۷۷) گروه‌های دانشجویی دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهند و حدود ۷۸ درصد از آن‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی در رنج‌اند. با توجه به آماری که در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها موجود است، بیشتر مراجعان این مراکز از افسردگی رنج می‌برند. آشنا نبودن با محیط دانشگاه در بدو ورود، جدایی و دوری دانشجویان شهرستانی از خانواده، بی‌علاقگی احتمالی به رشته تحصیلی یا عدم شناخت از رشته تحصیلی، ناسازگاری با دانشجویان دیگر، کافی نبودن امکانات رفاهی - اقتصادی و مشکلاتی نظیر آن از جمله عواملی هستند که می‌توانند مشکلات و ناراحتی‌های روانی را به وجود آورد (عباسی و همکاران، ۱۳۸۰).

افسردگی شایع‌ترین اختلال در بین جمعیت جوان هر جامعه به‌حساب می‌آید. در واقع

افسردگی اختلال شایعی است که شیوع مادام‌العمرش حدود ۱۵ درصد در مردان و ۲۵ درصد در زنان است و در کشورهای مختلف از شیوع بین ۱۱ درصد در کمترین حالت و ۱۴/۵ درصد در بیشترین میزان شیوع برخوردار است. میزان بروز اختلال افسردگی اساسی در بیمارانی که به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند و در بخش‌های پزشکی بیمارستان‌ها بستری شده‌اند هم بالاست، به طوری که به ۱۰ تا ۱۵ درصد می‌رسد و به‌طور خاص در میان بیماران دچار سرطان، شیوع آن به ۱۵ درصد می‌رسد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ برونز، فیشر، جکسون و هاردینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۴ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳؛ و میچل، چان، بتی، هالتون، گراسی و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱)

یکی از مفاهیمی که همیشه به‌عنوان یک علامت پیش‌بین برای اختلالات روانی و به خصوص افسردگی در نظر گرفته می‌شود، اختلال در خواب است. اهمیت خواب تا بدانجاست که اختلال در خواب را به‌عنوان یکی از ده عامل خطر در اقدام به خودکشی می‌دانند (SAMHSA، ۲۰۱۵). بای‌سی، رینولد، مانک، برمن و کوپر<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) کیفیت خواب را شامل تعیین الگوهای بدکاری خواب، از جمله کیفیت خواب، دیر به خواب رفتن، کفایت خواب، دوره خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و خواب‌آلودگی در طول روز تعریف می‌کنند. شایع‌ترین اختلال خواب، بی‌خوابی است که شیوع آن ۱۰ درصد می‌باشد (انگ، شاپیرو و مانبر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

توجه به کیفیت خواب از دو جهت اهمیت دارد: اولاً شکایات مربوط به خواب شایع هستند و ثانیاً خواب بی‌کیفیت شاخص مورد توجه در بسیاری از بیماری‌ها از جمله افسردگی، افسرده‌خویی، وسواس‌های فکری و اضطراب است (آگارگان، کارا و آنلار<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶). از دست دادن اشتها و اختلال خواب در بین افراد افسرده رایج است و شخص مبتلا به افسردگی غالباً دچار مشکلات مربوط به خوابیدن می‌باشد. بیدار شدن سحرگاهی برای او چیزی معمولی است. گاه‌گاهی برای شخص مبتلا افسردگی مشکل در به خواب رفتن وجود دارد یا این‌که

1. World Health Organization
2. Burns, Fischer, Jachson, & Harding
3. Mitchell, Chan, Bhatti, Halton, Grassi, & et al
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration
5. Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kuper
6. Ong, Shapiro, & Manber
7. Agargun, Kara, & Anlar

خواب او می‌تواند سطحی بوده و حالت خواب و بیداری داشته باشد. از طرف دیگر درگاهی از اوقات خوابیدن بیش‌ازحد هم می‌تواند به افسردگی مربوط بوده باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۴ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۳). اهمیت خواب از آن جهت است که طبق تحقیقات الگوی نامنظم خواب در بروز افسردگی مؤثر است و دید شده که دست‌کاری الگوی خواب سبب بهبودی افسردگی در برخی از افراد شده است (والش، کریستال، آماتو، روبنز، کارون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). پاره‌ای از نشانه‌های افسردگی بدون آن‌که با ضوابط تشخیص این اختلال‌ها مطابقت داشته باشد در برخی از مبتلایان به بی‌خوابی دیده شده است. از سویی خواب به تجدیدقوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می‌کند و برای پذیرفتن وظایف و نقش‌های جدید لازم است. خواب‌آلودگی در ایجاد اختلالات خلق و مشکلات روانی نقش دارد. شواهد اشاره دارد که اختلالات خواب تغییرات روانی را به دنبال دارد. در جمعیت عمومی هم می‌توان مشکلات خواب همراه با افسردگی را مشاهده کرد (پارسایی‌راد، امیرعلی اکبری و مشاک، ۱۳۹۰).

نظر به اهمیت نقش خواب، در زمینه‌ی سلامت مطالعات گسترده در بررسی جنبه‌های گوناگون اختلالات خواب صورت گرفته است. بسیاری از این مطالعات به بررسی کیفیت خواب به‌عنوان یک شاخص مهم از سلامت عمومی مورد توجه قرار گرفته است (هونگ، یانگ، او، وو، لو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف شامل جمعیت‌های بالینی گوناگونی هستند. در برخی مطالعات شیوع بالاتر مشکلات خواب در جمعیت بالغین جوان گزارش گردیده است (هاسلر، بای‌سی، گاما، آجداکیک، ایچ و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). برخی مطالعات کیفیت خواب دانشجویان را نسبت به جمعیت عمومی جامعه به طرز چشمگیری پایین‌تر نشان داده‌اند (هونگ و همکاران، ۲۰۱۳). واضح است که مشکلات مرتبط با خواب و تشخیص آن‌ها به‌عنوان یک معضل بهداشتی عمومی ناشناخته در بین دانشجویان مطرح است (گراس، کریترز، ریلی-اسپونگ، وال، وینبوش و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). در حال حاضر درمان غالب برای کاهش نشانه‌های بی‌خوابی درمان دارویی است. با این وجود پژوهش‌های متعددی نیز گویای اثر مثبت درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش علائم بی‌خوابی هستند (گراس و همکاران، ۲۰۱۱).

1. Walsh, Krystal, Amato, Rubens, Caron, & et al
2. Hung, , Yang, Ou, Wu, Lu, & et al
3. Hasler, Buysse., Gamma., Ajdacic, Eich, & et al
4. Gross, Kreitzer, Reilly-Spong, Wall, Winbush, & et al

کابات‌زین<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) معتقد است که ارتباط مستقیمی بین اصل «رها بودن»<sup>۲</sup> و خواب وجود دارد. او معتقد است برای این که یک شخص بتواند به خواب برود، باید توانایی «رها بودن» را داشته باشد. او اشاره می‌کند که تمرینات ذهن آگاهی توانایی فرد را برای «رها بودن» افزایش می‌دهند. انگ و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند که افراد دارای کیفیت خواب نامطلوب، سطوح بالاتری از نشخوار فکری پیش از خواب را گزارش می‌دهند. از آنجایی که در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود که افکارشان را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای غیرمتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند، این روش درمانی می‌تواند در بهبود کیفیت خواب نقش مؤثری ایفا کند. تا به حال درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای درمان افسردگی ارائه شده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به درمان روان‌کاوی، شناختی-رفتاری، شناختی و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد که از میان آن‌ها، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> از حمایت تجربی بالایی در درمان و پیشگیری از عود افسردگی برخوردار است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جنبه‌های مختلف درمان شناختی-رفتاری را با برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه می‌کند. ذهن آگاهی تأثیرات روان‌شناختی زیادی با خود همراه دارد که این تأثیرات شامل ارتقاء سلامت ذهن، کاهش علائم روان‌شناختی و واکنش‌پذیری عاطفی و بهبود تنظیم رفتاری می‌باشد (کنگ، اسموکی و رابینز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، توسط دکتر کابات‌زین به‌عنوان یک روش علمی مبتنی بر ذهن آگاهی بودیسم (سگال، ویلیامز و تیزدل<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳) برای مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفت. این روش به‌وسیله سگال (۲۰۰۲) برای هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۶</sup> کابات‌زین طراحی شده است. در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای این که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به

- 
1. Kabat zinn
  2. letting to
  3. mindfulness based cognitive therapy
  4. Keng, Smoki, & Robins
  5. Segal, Williams, & Teasdel
  6. mindfulness based stress reduction (MBSR)

شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (تیزدل، سگال، ویلامز، ریچوی، سالزوی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، ذهن آگاهی به‌عنوان جزئی از این درمان، به‌طور مرتب آگاهی را به زمان حال می‌آورد و موجب توجه به خود می‌شود به نحوی که رفتارهای انسان هدفمند و متناسب با زمان و مکان می‌گردند (سوجاتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). در واقع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده است که ذهن آگاهی را به جریان زندگی روزمره ما بیاورد (حسینی‌زاده و برهمند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). یافته‌های مطالعه تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) نشان می‌دهند که مداخلات بالینی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌تنهایی و یا در ترکیب با سایر مداخلات ممکن است اثربخشی قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشند. با توجه به فواید شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و نقش پررنگ کیفیت خواب در بیماران مبتلا به افسردگی، پژوهش حاضر به دنبال بررسی میزان اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت خواب در دانشجویان پسر افسرده (غیربالینی) دانشگاه اصفهان می‌باشد.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر در چهارچوب یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان تشکیل دادند. از میان مجموعه‌ای از دانشجویان در دسترس دانشگاه اصفهان که آزمون افسردگی بک به آن‌ها داده شد، دو گروه ۱۵ نفری از دانشجویان پسری که نمره برش افسردگی بالای ۱۵ داشتند، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. هر دو گروه به پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۴</sup> پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۸ هفته‌ای به مدت ۹۰ دقیقه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌صورت گروهی دریافت نمودند. خلاصه‌ای از جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & et al
2. Sujato
3. Hosseinzadeh & Barahmand
4. The Pittsburg Sleep Quality Index

جدول ۱. شرح جلسات روش درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوا
اول	<p>آشنایی با اعضای گروه (معارفه)                      بیان انتظارات آن‌ها از شرکت در گروه                      روشن کردن اصول کار گروهی                      معرفی (مفهوم‌سازی) افسردگی و ریشه‌یابی آن بر اساس دو مفهوم فکر (نقش افکار در بروز افسردگی) و حضور ذهن (فقدان ذهن آگاهی در افراد افسرده)                      معرفی مفهوم ذهن آگاهی در کنار معرفی مفهوم هدایت خودکار                      تمرین خوردن کشمش                      ارائه چهارچوب کلی جلسات بعدی (پی‌ریزی جلسات بر اساس دو بخش شناختی و تمرین‌های ذهن آگاهی)</p>
دوم	<p>تشریح رابطه موقعیت‌های فعال‌کننده (شناخت، رفتار و احساس و یادگیری این که هیجان‌ات پیامد موقعیت و تفسیر آن هستند)                      تمرین خوردن کشمش (خوردن ذهن آگاهانه)                      جدول ثبت فعالیت‌های لذت‌بخش                      تمرین و آرسی بدن</p>
سوم	<p>بررسی حوادث خوشایند و ناخوشایند هفته و افکار (شناخت‌ها)، احساسات و خلق مرتبط با این حوادث (طبق الگوی موقعیت فعال‌کننده، فکر و رفتار و احساس)                      معرفی افکار خود آیند (ویژگی‌ها و خصوصیات و نحوه شناسایی آن‌ها)                      مراقبه نشسته ذهن آگاهانه                      ده دقیقه تنفس ذهن آگاهانه</p>
چهارم	<p>تمرین کشف الگوهای عادت‌ی و واکنشی (ناشی از افکار خود آیند) و به‌کارگیری مهارت‌های ذهن آگاهانه جهت تسهیل در پاسخگویی بیشتر به زمان حال                      مراقبه نشسته با تمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن                      سه دقیقه تنفس ذهن آگاهانه (به‌کارگیری این روش در شرایط دشوار)</p>
پنجم	<p>پذیرش تجارب فردی بدون قضاوت، واکنش نشان دادن و اجتناب                      مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس و بدن</p>
ششم	<p>افکار حقایق نیستند                      افکار فقط فکر هستند                      آموزش این نکته که افکار را فقط بسان تجربیاتی گذرا ببینند.</p>
هفتم	<p>نحوه مراقبت از خود به بهترین حالت                      فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مرور آموزه‌های ذهن آگاهانه در مورد فعالیت‌های روزمره و تجارب درونی                      آموزش درزمینه‌ی شناسایی نشانگان عود و نحوه مقابله با آن‌ها                      مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ات                      سه دقیقه تنفس ذهن آگاهانه</p>
هشتم	<p>مرور آموخته‌های تمام جلسات قبلی                      مرور تمرین‌ها و بررسی مشکلاتی که مانع از انجام تمرین‌ها می‌شوند                      آموزش نحوه انتقال یافته‌ها به خارج از گروه</p>

گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش، پرسشنامه‌های افسردگی بک و کیفیت خواب توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد و داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: مذکر بودن، دریافت نمره برش افسردگی ۱۵ یا بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک، عدم برخورداری از اختلالات روان‌پزشکی شدید (تشخیص به کمک مصاحبه بالینی) و عدم دریافت درمان دارویی یا روان‌شناختی هم‌زمان. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه کنترل پس از اتمام پژوهش، درمان روان‌شناختی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه افسردگی بک.** این پرسشنامه یکی از شناخته‌شده‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده آن دارای چهار جمله می‌باشد که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا سه، درجه‌بندی می‌کند. نمره کلی هر فرد، در این ابزار، با حجم نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید (بک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸). آرون‌تی بک، وارد، مندلسون، مارک و ارباف<sup>۲</sup> (۱۹۶۱) برای نخستین بار این پرسشنامه را تدوین کردند و در سال ۱۹۷۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در پژوهش آلتو، الواینو، کیویماک، اوتلا و پیرکولا<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای این ابزار محاسبه گردید. در داخل کشور نیز در پژوهش کججاف، قاسمیان‌نژاد جهرمی و احمدی فرونشانی (۱۳۹۴) میزان پایایی آن به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ و به روش دو نیمه سازی، ۰/۵۹ به دست آمد که در مجموع نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

**مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ.** مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ<sup>۴</sup> (بای‌سی و همکاران، ۱۹۸۹) جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده است. این پرسشنامه هفت عامل کیفیت ذهنی خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد

- 
1. Beck
  2. Aaron. T. Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh
  3. Aalto, Elovainio, Kivimaki, Uutela, & Pirkola
  4. The Pittsburg Sleep Quality Index



روزانه را می‌سنجد و شامل ۱۸ گویه است. آزمودنی‌ها به طیفی از پاسخ‌ها از هیچ (صفر)، کمتر از یک‌بار در طول هفته (یک)، یک یا دو بار در طول هفته (دو) و سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته (سه) پاسخ می‌دهند. نمره کل بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف است. بای‌سی و همکاران (۱۹۸۹) پایایی را برابر ۰/۸۳، برتولوزی، فاگوندس، سانتوس، هاف، دارتورا و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ در پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ و افخم ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی را برابر ۰/۷۹ گزارش می‌کنند و همچنین در تحقیق بساک‌نژاد، آقاجانی افجدی و زرگر (۱۳۹۰)، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد و یافته‌های حاصل از تحلیل مواد نشان داد که همبستگی بین آیم‌ها و نمره کل کیفیت خواب بین ۰/۱۳ تا ۰/۷۲ متغیر می‌باشد و همگی ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بودند.

## یافته‌ها

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در دو پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس کیفیت خواب پیتزبورگ بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس از آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاس‌های افسردگی و کیفیت خواب

مراحل	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گروه آزمایش	۱/۱۸	۱۷/۴۶	۱/۳۳	۱۱/۹۳
	۳/۳۵	۱۰/۵۳	۲/۰۵	۶/۳۳
گروه کنترل	۰/۷۷	۱۷/۲۰	۱/۰۳	۱۶/۷۳
	۴/۹۳	۱۱/۳۳	۳/۵۷	۱۱/۶۶

برای آزمون تفاوت میان گروه‌های مورد مطالعه بعد از ارائه‌ی متغیر مستقل از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می‌شود؛ بنابراین لازم است تا پیش فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردند. البته لازم به

1. Bertolazi, Fagondes, Santos Hoff, Dartora, & et al

یادآوری است که در پژوهش حاضر با توجه به برابر بودن نمونه‌ها و بالا بودن حجم نمونه پژوهش (۳۰ نفر) نیازی به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری نبود (مولوی، ۱۳۸۶). با این وجود و با هدف افزایش دقت نتایج آماری، پیش‌فرض‌های اصلی تحلیل کوواریانس در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس عبارت‌اند از پیش‌فرض نمونه‌گیری تصادفی، حجم مساوی نمونه پژوهش، توزیع نرمال متغیرهای وابسته، مقیاس فاصله‌ای یا نسبی برای متغیرهای وابسته و تساوی واریانس‌های متغیرهای وابسته (مولوی، ۱۳۸۶). گمارش آزمودنی‌ها در این پژوهش به صورت تصادفی انجام شد. از سوی دیگر با استفاده از ابزار استاندارد، مقیاس اندازه‌گیری متغیرها در این پژوهش فاصله‌ای بوده است و حجم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل برابر و به تعداد ۱۵ نفر بود. در نتیجه این چند پیش‌فرض رعایت شده است. البته نمونه‌گیری معمولاً با نرمال بودن توزیع همراه است و نیازی به ارزیابی مستقل ندارد (مولوی، ۱۳۸۶). جهت بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون  $F$  لوین استفاده شد و از آنجا که آماره به دست آمده در سطح  $0/05$  معنادار نبوده است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد ( $p < 0/05$ ). همچنین جهت بررسی فرض نرمال بودن متغیر وابسته از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد و از آنجا که آماره به دست آمده در سطح  $0/05$  معنادار نبوده است لذا فرض نرمال بودن نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد ( $p < 0/05$ ).

جدول ۳. تحلیل کوواریانس میانگین نمره‌های افسردگی و کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون دو گروه با کنترل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P
افسردگی	۱۹/۴۳	۱۹/۴۳	۹/۹۷	۰/۰۰۷
کیفیت خواب	۳۰/۱۶	۳۰/۱۶	۴/۷۸۳	۰/۰۴۶

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون افسردگی و کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت خواب دانشجویان مؤثر بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

برخی مطالعات کیفیت خواب دانشجویان را نسبت به جمعیت عمومی جامعه به طرز چشمگیری پایین تر نشان داده‌اند (هونگ و همکاران، ۲۰۱۳). واضح است که مشکلات مرتبط با خواب و تشخیص آن‌ها به‌عنوان یک معضل بهداشتی عمومی ناشناخته در بین دانشجویان مطرح است (گراس و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به این‌که گروه‌های دانشجویی دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نیز نشان می‌دهند و حدود ۷۸ درصد از آن‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی در رنج‌اند و نیز این‌که با توجه به آماری که در مراکز مشاوره دانشگاه‌ها موجود است، بیشتر مراجعان این مراکز از افسردگی رنج می‌برند (عباسی و همکاران، ۱۳۸۰). استفاده از برنامه درمانی که بتواند افسردگی را در آن‌ها کاهش داده و همچنین تأثیر مثبتی بر بهبود علائم افسردگی، از جمله کیفیت خواب بگذارد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است تا به‌طور چشم‌گیری میزان افسردگی را کاهش داده و کیفیت خواب را بهبود بخشد. این بخش از یافته تحقیق حاضر که حاکی از تأثیر این درمان بر کاهش افسردگی است، با یافته‌های مطالعه دیمیدیان، گودمن، فلدر، گالوپ، براون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، تووت، فلر، اسنیپ، پیترز، املکمپ و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۴)، فولی، بایلی، هوکستر، پرایس و سینکلایر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، کویکن، کراین و ویلیامز<sup>۴</sup> (۲۰۱۲)، ری و کریگی<sup>۵</sup> (۲۰۰۷)، حسینی‌زاده و برهمند (۲۰۱۴)، عمرانی (۱۳۹۳)، خالقی‌پور و زرگر (۱۳۹۲)، بیرامی، هاشمی، بخشی‌پور، محمود علیلو و اقبالی (۱۳۹۳) و محمدخانی، داپسون، حسینی غفاری و مومنی (۱۳۹۰) همخوان است و نیز این یافته که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد، با یافته‌های تحقیق لاروک، لوریان، کوت و بلیسل<sup>۶</sup> (۲۰۱۵)، جیسون، اونگ، کرسیتی، اولمر، مانبر<sup>۷</sup> ناکامورا، دیوید، لپس‌چیتزا، لندوارد، کاون و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۱)، انگ و همکاران (۲۰۰۸)،

1. Dimidjian, Goodman, Felder, Gallop, Brown, & et al
2. Tovote, Fleer, Snippe, Peeters, Emmelkamp, & et al
3. Foley, Baillie, Huxter, Price, & Sinclair
4. Kuyken, Crane, & Williams
5. Ree & Craigie
6. Larouche, Lorrain, Cote, & Belisle
7. Jason, Ong, Christi, Ulmer, & Manber
8. Nakamura, David, Lipschitz, Landward, Kuhn, & et al

وینبوش، گروس و کریترز<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، ری و کریگی (۲۰۰۷)، هیدنریش، تویین، فلاگ، میچل و میچلاک<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، یوک، لی و یو<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) و بریتون، شاهار، ژپسنوول و جاکوب<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) همسو است.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم افسردگی در مرحله پس‌آزمون را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه از مهارت‌های عاداتی ذهن خارج‌شده و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به سمت اهداف خنثی توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند؛ بنابراین بکار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. در واقع شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرایند درمانی تعریف می‌شود که تأکید آن بر توجه فعالانه به احساسات و تفکرات لحظه‌ای بیمار و بدون قضاوت یا ارزش‌دهی به آن احساسات و تفکرات است. به دنبال توجه همراه با ذهن آگاهی، بیمار وارد یک موقعیت تقویت‌کننده‌ای می‌شود که خود او ایجاد کرده است. این روند در نهایت موجب تطابق و بهبود افکار و خلق می‌گردد (گودفرین و هیرینگتون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند بجای اینکه آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خود یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود. در واقع یکی از مهم‌ترین جنبه‌های شناخت درمانی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانان و افکار منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (بوهمیجر، پرنگر، تال و کیپرز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲).

یکی از مؤلفه‌های مهم در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، توجه است و ذهن آگاهی به‌واسطه توجه کردن به‌طور عمد و کامل به اینجا و اکنون باعث می‌شود افکار مزاحم به حاشیه

- 
1. Winbush, Gross, & Kreitzer
  2. Heindenreich, Tuin, Pflug, Michal, & Michalak
  3. Yook, Lee, & Yu
  4. Britton, Shahar, Szepeswol, & Jacobs
  5. Godfrin & Heerington
  6. Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers

آگاهی برده شده و افسردگی کاهش یابد. ذهن آگاهی از طریق کنترل توجه بر کاهش افسردگی تأثیر دارد (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین در این مداخله پرورش آگاهی نیز اتفاق می‌افتد که همین مسئله بیماران را قادر می‌کند هنگامی که پاسخ‌های نشخوار گری منفی در ذهنشان فعال می‌شود، آن‌ها را واضح‌تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکری خارج کنند. در واقع تمرکز این درمان بر پرورش آگاهی فراشناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی که حالت‌های واکنشی غیرمفید و حالت‌های ذهنی نشخوار گری را حمایت می‌کنند، نیز بسیار حائز اهمیت است (مانیکاواسکار، پارکر و پریچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، واکنش‌پذیری افراد را کاهش می‌دهد. به عبارت دیگر، ذهن آگاهی با آموزش مشاهده‌گری، پذیرش و کسب آگاهی بیشتر در مورد موقعیت‌ها به افراد کمک می‌کند تا در برابر موقعیت‌ها به‌طور آنی واکنش نشان ندهند. حذف واکنش ناکارآمد به افراد کمک می‌کند تا احساس تسلط بیشتری کرده و خلق آن‌ها بهبود یابد (اسماعیلیان، طهماسیان، دهقانی و موتابی، ۱۳۹۲). در کنار کاهش افسردگی تحقیق حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود کیفیت خواب در دانشجویان را به دنبال دارد. اساس درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یافتن حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش و رویارویی با افکار می‌باشد. این روش با تمرکز بر ریشه اصلی بی‌خوابی منجر به بهبود خواب می‌گردد. سگال و همکاران (۲۰۰۲) توصیف می‌کنند که حذف رفتارهای معیوب مانند شرطی شدن نسبت به محیط خاص برای خوابیدن یا زمان خوابیدن یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها در درمان خواب محسوب می‌شود. در حالت توجه آگاهانه که در ضمن درمان حاصل می‌شود، اطلاعات از تجربیات معیوب به‌طرف تجربه کنونی چرخش پیدا می‌کند. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادت‌ی را از حالت خود خارج کنند و به‌وسیله تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند؛ بنابراین افراد یاد می‌گیرند که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کنند و به‌صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند (پیت و هوگارد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

1. Manicavasgar, Parker, & Perich
2. Piet & Hougaard

افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می‌باشند تمایل دارند تا هر مشکلی مثل احساس خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. تمرین‌های ذهن آگاهی مثل تنفس سه دقیقه‌ای ذهن آگاهانه، توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب‌آلودگی را افزایش می‌دهد. دانشجویان اغلب به دلیل قرار گرفتن در شرایط رقابت‌آمیز با همکلاسی‌های خود، تجربه زندگی در محیط جمعی و دشواری در یادگیری حجم دروس زیاد در طول یک‌ترم درسی با احساس خستگی و بی‌خوابی روبرو می‌شوند و برنامه ذهن آگاهی باعث افزایش تمرکز ذهنی آن‌ها و سطح بهداشت خواب می‌گردد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و بهبود کیفیت خواب در دانشجویان پسر افسرده (غیربالینی) گردد؛ بنابراین این درمان می‌تواند به‌عنوان بخشی از مداخلات کاربردی در مراکز درمانی به‌منظور بهبود مراجعان به‌ویژه مراجعان دارای نشانه‌های افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه بود. عواملی مثل استفاده از گروه نمونه دانشجویی که تعمیم‌پذیری آن را محدود می‌کند، عدم وجود گروه دختران دانشجو در نمونه مورد بررسی جهت مقایسه و نبودن یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آتی تأثیر این روش درمانی با سایر روش‌های مؤثر در حوزه درمان‌های روان‌شناختی مقایسه گردد. با توجه به تأثیر این روش درمانی بر روی دانشجویان، پیشنهاد می‌گردد این برنامه درمانی بر روی سایر گروه‌های جامعه نیز اجرا گردد تا تأثیر این برنامه درمانی در سایر گروه‌ها نیز مشخص گردد.

## منابع

### فارسی

اسماعیلیان، نسرین؛ طهماسیان، کارینه؛ دهقانی، محسن؛ و موتابی، فرشته (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و پذیرش کودکان دارای والدین مطلقه. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱۹)، ۴۷-۵۷.

افخم ابراهیمی، عزیزه؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ صالحی، منصور؛ کافیان تفتی، علیرضا؛ وکیلی، یعقوب؛ و اخلاقی فارسی، الهه (۱۳۸۷). بررسی پارامترهای خواب و عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خواب بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص). *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۵۸، ۳۰-۲۲.

امینی، فریبا و فرهادی، علی (۱۳۷۷). *بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن‌ها بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان*. طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان.

باقری یزدی، عباس؛ بولهری، جعفر؛ و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۴۱-۳۲.

بساک نژاد، سودابه؛ آقاجانی افجدی، اعظم؛ و زرگر، یدالله (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۳ (۱۸)، ۱۸۱-۱۹۸.

بیرامی، منصور؛ هاشمی، تورج؛ بخشی‌پور، عباس؛ محمود علیلو، مجید؛ و اقبالی، علی (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۹ (۳۳)، ۴۳-۵۹.

پارسایی‌راد، الهام؛ امیرعلی اکبری، صدیقه؛ و مشاک، رؤیا (۱۳۹۰). مقایسه بی‌خوابی، خواب‌آلودگی و حمایت اجتماعی زنان باردار افسرده و غیرافسرده. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۵ (۱۷)، ۳۴-۱۹.

خالقی پور، شهناز و زرگر، فاطمه (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و امید به زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲ (۱۲)، ۴۴-۵۴.

سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۱۴). *خلاصه روان‌پزشکی (جلد ۳ و ۲)*. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۳). تهران: ارجمند.

عباسی، علی؛ کامکار، علی؛ و پناه‌عنبیری، علی (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۷-۷۸. *مجله طب و تزکیه*. ۴۳، ۳۰-۲۳.  
عمرانی، داوود (۱۳۹۳). بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم افسردگی،  
اضطراب و ذهن آگاهی در زنان مبتلابه سرطان پستان در شهر اصفهان. *فصلنامه اندیشه*  
*و رفتار*. ۲، ۵۲-۳۹.

کجباف، محمدباقر؛ قاسمیان‌نژاد جهرمی، علی؛ و احمدی فرونشانی، حبیب‌الله (۱۳۹۴). تأثیر  
گروه درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات  
پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده مرگ در دانشجویان. *دانش و*  
*پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۴ (۱۶)، ۱۳-۴.

کلارک، دیوید میلر و فربورن، کریستوفر (۲۰۰۷). *درمان‌های شناختی- رفتاری*. ترجمه  
حسین کاویانی (۱۳۸۶). تهران: مهر کاویان.

محمد خانی، پروانه؛ داپسون، کیت استفان؛ حسینی غفاری، فاطمه؛ و مومنی، فرشته (۱۳۹۰).  
مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر  
پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان‌پزشکی. *مجله*  
*روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱)، ۲۵-۱۹.

مولوی، حسین. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری*. اصفهان:  
انتشارات پویا اندیشه.

## لاتین

Agargun, M. Y., Kara, H., & Anlar, O. (1996). Validity and reliability of the pittsburgh sleep quality index in Turkish sample. *Turkish Psychiatry*, 7(2), 107-15.

Aulto, A., Elovainio, M., Kivimaki, M., Uutela, A., & Pirkola, S. (2012). The beck depression inventory in the general population: a validation study using the composite international diagnostic interview as the gold standard. *Psychiatry Research*, 197, 163-171.

Beck, A. T. (1988). *Depression: Clinical, experimental and theoretical*



- aspec*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, G., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bertolazi, A. N., Fagondes, S. C. H., Santos Hoff, L., Dartora, E. G., Miozzo, L. C., Barba, M. E. F., & Berreto, S. S. M. (2011). Validation of the Brazilian portuguese version of the pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*, 12, 70-75.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Britton, W., Shapiro, S., Penn, P., & Bootzin, R. (2003). Treating insomnia with mindfulness-based stress reduction. *Sleep*, 26, 309-310.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jachson, J. J., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 36, 32-39.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D.J. (1989). The pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and researchers. *Psychiatry Research*, 28 (2), 193-213.
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2015). An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of Women's Mental Health*, 38, 40-58.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*, 78 (1), 80-96.
- Godfrin, K. A. & Van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior Research Therapy*, 48 (8), 738-46.

- Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N. Y., Patterson, R., Mahowald, M., & Cramer-Bornemann, M. (2011). Mindfulness based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Explore*, 7 (11), 76-87.
- Hasler, G., Buysse, D. J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., & Rossler, W. (2006). Excessive daytime sleepiness in young adults: A 20-year prospective community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (4), 521-9.
- Heindenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness based cognitive therapy for persistent insomnia: A pilot study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 75, 188-189.
- Hosseinzadeh Asl, N. & Barahmand, U. (2014). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males. *Archive of Psychiatry Nursing*. 198-219.
- Hung, H. C., Yang, Y. C., Ou, H.Y., Wu, J. S., Lu, F. H., & Chang, C.J. (2013). The relationship between impaired fasting glucose and self-reported sleep quality in a Chinese population. *Clinical Endocrinol*, 78, 518-524.
- Jason, C., Ong, C., Christi, S., Ulmer, R. & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11): 651-660.
- Kabat Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living*. New York: Bantam Dell Publishers.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of Mindfulness based cognitive therapy on psychological health: A review of imperial studies. *Clinical Psychology Review*, 37 (6), 1041-1056.
- Kuyken, W., Crane, R., & Williams, M. (2012). *Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) implementation resources*. Mindfulness centres at Exeter, Bangor and Oxford Universities.
- Larouche, M., Lorrain, D., Cote, G., & Belisle, D. (2015). Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to treat chronic insomnia. *European Review of Applied Psycholog*, 65 (3), 115-123.

- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for no melancholic depression. *Affective Disorder*, 130 (1-2), 138-44.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N., (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, hematological and palliative care settings: ameta analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160-174.
- Nakamura, Y., David, L., Lipschitz., L., Landward., R., Kuhn, R., & West, G. (2011). Two sessions of sleep-focused mind-body bridging improve self-reported symptoms of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 70 (4), 335-345.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber R. (2008). Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy*, 39, 171-182.
- Piet, J. & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-40.
- Ree, M. J. & Craigie, M. A. (2007). Outcome following mindfulness based cognitive therapy in heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*, 24 (2), 70-86.
- Rouzenhan, D. & Seligman, M. (2007). *Abnormal psychology*. Fifth Edition. Tehran: Aras Baran.
- SAMHSA (Sustance Abuse and Mental Health Services Administration). (2015). Suicide prevention. Accessed on 01/21/2015. Available at: <http://www.samhsa.gov/suicideprevention>.
- Segal, Z.V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L. (2002). Anti-depressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Genetic Psychiatry*, 67 (12), 1256-1264.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, USA: The Guilford Press.
- Sujato, B. (2012). *A history of mindfulness Brahmavamasasa, hasapannassa: Tassasisso "hamasmi"*. Australia: Santipada.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R., Links, T. P., & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427-2434.
- Walsh, J., Krystal, A., Amato, D., Rubens, R., Caron, J., & Wessel, T. (2007). Nightly treatment of primary insomnia with Eszopiclone for six months: Effect on sleep, quality of life, and work limitations. *Sleep Journal*, 30(8), 959-968.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., & Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on sleep disturbance: A systematic review, *Explore*, 3, 585-591.
- Yook, K., Lee, S. H., & Yu, R. M. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorder: A pilot study. *Journal Nervous Mental Disorder*, 196, 501-503.