مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

مسعود شریف‌زاده[۱]، دکتر نرگس رزاقی[۲]، دکتر حکیمه آقایی[۳]*، دکتر سیدموسی طباطبایی[۴]

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد که وجه مشخصه آن نگرانی مزمن و غیرقابل کنترل است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در مرحله اول تعداد ۴۵ نفر با نمره ۱۰ و بالاتر در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس بیماران گروه‌های آزمایش تحت درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) اسپیتزر و همکاران و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ(PSQI) بویس و همکاران به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور تاثیر معناداری بر بهبود کیفیت خواب داشته‌اند (P<۰/۰۵). نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری دارد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علاوه بر اثربخش بودن هر دو درمان، تقدم استفاده در درمان مشکلات خواب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با درمان هیجان‌مدار است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب فراگیر، درمان هیجان مدار، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کیفیت خواب.

N] Comment [۱]: یک خط مقدمه اضافه شود
پیام نویسنده مسئول: با سلام و درود و همچنین با تشکر از داور گرامی. اصلاحات انجام و هایلایت شد.

WU] Comment [۲]: سال ها حذف شوند
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

N] Comment [۳]: بر اساس حروف الفبا مرتب شود
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[۱]. دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
[۲]. استادیار گروه روانشناسی، واحد پروفسور حسابی، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.
[۳]. **(نویسنده مسئول)**، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران
h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir Tell: 09125317943
[۴]. استادیار، گروه علوم روانشناختی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sleep Quality in Patients with Generalized Anxiety Disorder

Masoud Sharifzadeh[1], Narges Razeghi[2], Hakime Aghaei*[3], Seyed Mosa Tabatabaee[4]

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder is one of the common psychiatric disorders disorders characterized by chronic and uncontrollable worry. The purpose of this study was to comparing effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep quality in patients with generalized anxiety disorder.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of the present study was all patients with generalized anxiety disorder in Tehran in 2023. In the first stage, the number of 45 patients with a score of 10 and above on the generalized anxiety disorder scale was selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 15 patients) and one control group (15 patients) were replaced and experimental groups underwent emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data generalized anxiety disorder scale (GAD-7) of Spitzer and et al and Pittsburgh sleep quality Index (PSQI) of Buysse and et al. Data analysis was performed using SPSS-28 software with analysis of variance with repeated measures and Bonferroni.

Results: The results of the study showed that of both interventions had a significant effect on sleep quality ($P<0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused therapy is more effective ($P<0.05$).

Conclusion: It can be concluded that, in addition effectiveness of both treatments, the priority of use in the treatment of sleep problems patients with generalized anxiety disorder is with the emotion-focused therapy.

Keyword: Emotion-Focused Therapy, Generalized Anxiety Disorder, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Sleep Quality.

[N Comment [٤]: مطابق با چکیده فارسی
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[WU Comment [٥]: یک خط مقدمه اضافه شود
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[WU Comment [٦]: سال ها حذف شوند
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[WU Comment [٧]: بر اساس حروف الفبا مرتب شود
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[1]. Ph.D. Student, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran
[2]. Assistant Professor of Psychology, Professor of Accounting, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.
[3]. **(Corresponding author),** Assistant Professor, Department of Psychology, Shahroud Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir Tell: 09125317943
[4]. Asistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

مقدمه

علائم و اختلالات عاطفی، مانند افسردگی و اضطراب، یک چالش بزرگ برای سلامت عمومی است (۱ و ۲). علائم اضطراب به طور معمول در دوران کودکی و نوجوانی ظاهر می‌شود و اگر به آن توجه نشود، ممکن است به یک اختلال بالینی تبدیل شود (۳). اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی با افزایش احتمال یک اختلال اضطرابی یا افسردگی در آینده مرتبط است (۴). اختلال اضطراب فراگیر[1] یکی از شایع‌ترین زیرگروه‌های اختلالات اضطرابی است(۵ و ۶) که چندین مشکل اساسی دارد که ممکن است با تنظیم مثبت هیجانات مثبت درمان شوند و این مشکلات شامل هوشیاری بیش از حد در برابر تهدید، نادیده گرفتن احساسات مثبت همراه با نگرانی[2]، پشتکار و پیش‌بین‌های منفی نادرست در مورد نتایج آینده است (۷). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3](DSM-5) اختلال اضطراب فراگیر با اضطراب و نگرانی بیش از حد، کنترل دشوار و اختلال روانی اجتماعی در رابطه با جنبه‌های مختلف زندگی فرد مشخص می‌شود (۸) و علائم آن با اختلال در عملکرد، عدم موفقیت تحصیلی و کاری، کیفیت پایین زندگی و پریشانی عاطفی(۹، ۱۰ و ۱۱) و کیفیت خواب[4] پایین همراه است(۱۲).

بر اساس ویرایش سوم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب[5]، بی‌خوابی با مشکل در شروع، حفظ یا ادامه خواب، با وجود فرصت و شرایط کافی برای خواب، مشخص می‌شود(۱۳). همچنین می‌توان گفت که اختلالات خواب یک مشکل رو به رشد بهداشت عمومی است که منجر به در نظر گرفتن آنها به عنوان اپیدمی‌های نوظهور در سراسر جهان، هم در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و هم در جمعیت عمومی و محیط‌های بالینی می‌شود (۱۴ و ۱۵). برخی از مطالعات نشان داده اند که بیش از ۵۰ درصد از بزرگسالان در غرب مشکلات خواب را تجربه می کنند و تقریباً ۱۵ تا ۲۰ درصد مشکلات مزمن خواب را گزارش می‌کنند(۱۶). در میان این مسائل، مشکلات در به خواب رفتن، حفظ خواب، و خواب بی‌کیفیت گزارش شده است (۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که بیخوابی اغلب با اختلالات روانپزشکی، به ویژه با یک اختلال اضطرابی، به طور عمده، اختلال اضطراب فراگیر مرتبط است(۱۲ و ۱۸).

با توجه به آنچه گفته شد اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند مزمن و مخرب باشد و نیاز به درمان‌های موثر را برجسته می‌کند (۱۹)، چرا که اختلال اضطراب فراگیر ماهیت مزمن دارد، به دنبال دوره‌هایی از بهبودی کامل یا جزئی و عود علائم. در طی ۸ سال، ۴۳ درصد از مردان و ۳۶ درصد از زنان، دوره دیگری از اختلال اضطراب فراگیر را تجربه خواهند کرد (۲۰). بر اساس یک پژوهش از

---

1. generalized anxiety disorder
2. worry
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
4. sleep quality
5. third edition of the International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)

پاسخ دهندگانی که سابقه مادام العمر اختلال اضطراب فراگیر را گزارش کرده‌اند، ۴۸ درصد گزارش کردند که در سال گذشته اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده‌اند (۲۱). بنابراین خطر بالای عود اختلال اضطراب فراگیر نیاز به درمان‌های موثر را برجسته و پراهمیت می‌سازد (۱۹). با توجه به این مشکلات از جمله کیفیت خواب پایین و همچنین عود بیماری، در این پژوهش به ارائه مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته شده است. یکی از مداخلات موثر بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، درمان هیجان‌مدار[1] است؛ به طوری که بر اساس نتایج تحقیقات اخیرا درمان هیجان مدار برای اختلال اضطراب فراگیر توسعه یافته است و در کارآزمایی‌های بالینی نتایج امیدوار کننده‌ای از آن به دست آمده است (۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵). درمان هیجان‌مدار یک درمان مبتنی بر فرآیند و تجربی در سنت انسان‌گرایانه روان‌درمانی فرد محور و گشتالت است (۲۶).

همچنین درمان هیجان‌مدار به عنوان یک شکل مبتنی بر شواهد از درمان برای تعدادی از مشکلات روانشناختی، از جمله، اخیرا، اختلال اضطراب فراگیر ایجاد شده است (۲۲). درمان هیجان‌مدار از درمانگران می‌خواهد که هم روی آسیب‌پذیری عاطفی زیربنایی که مراجع نگران آن هستند و هم در سطح مبتنی بر علائم بیشتر کار کنند، جایی که علائم مرتبط با اضطراب مانند نگرانی یا اجتناب مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۷). تیمولاک و مک‌الوانی[2] (۲۵) و تیمولاک و کئوق[3] (۲۸) پیشنهاد می‌کنند، کار اصلی در درمان اختلال اضطراب فراگیر تغییر آسیب‌پذیری عاطفی اصلی است (که در درمان هیجان‌مدار نیز به آن درد اصلی[4] گفته می شود) و که این کار مرکزی فقط با کار در سطح علائم خاص اختلال اضطراب فراگیر تکمیل می‌شود (۲۹) بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان مدار اثرات مثبت و موثری بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد (۳۰) و در یک پژوهش نشان دادند که برای بهبود مشکلات ناشی از اختلال اضطراب فراگیر موثر است (۲۲).

همچنین تحقیقات نشان داده است که درمان هیجان‌مدار می‌تواند اثربخشی معناداری بر بهبود کیفیت خواب داشته باشد(۳۱ و ۳۲). یکی دیگر از مداخلاتی که اثربخشی آن بر کاهش مشکلات بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تایید شده است، شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی[5] است (۳۳ و ۳۴). شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، که تمرین و اصول ذهن آگاهی را با اجزای درمان شناختی-رفتاری ترکیب می‌کند، در ابتدا برای جلوگیری از عود افسردگی در بیماران در حال بهبودی توسعه داده شد (۳۵). در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که به جز راهبردهای پیشگیری از عود، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی،

[WU Comment 8]: منظور از این چیست؟
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

[1]. emotion-focused therapy
[2]. Timulak & McElvaney
[3]. Timulak & Keogh
[4]. core pain
[5]. mindfulness-based cognitive therapy

از جمله شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ممکن است علائم حاد اضطراب را نیز کاهش دهد (۳۶). متاآنالیز ۳۹ مطالعه با مجموع ۱۱۴۰ شرکت کننده نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیرات قابل توجهی بر کاهش علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دارد (۳۷). در شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، شرکت‌کنندگان می‌توانند یاد بگیرند که الگوهای پاسخ های عاطفی و تفکر منفی را شناسایی کنند تا به آنها کمک کند تا یک برنامه بحران ایجاد کنند و در صورت بروز افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در آینده اقدام کنند (۳۸). همچنین می‌توان گفت که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با نظریه‌های مشاوره کلاسیک مانند رفتار درمانی و شناختی، کارایی یکسان یا بیشتر را برای پیشگیری از عود اضطراب نشان داده‌اند (۳۹ و ۴۰). تحقیقات نشان داده است که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند اثربخشی معناداری بر بهبود کیفیت خواب داشته باشد(۳۲ و ۴۱).

همانطور که گفته شد با توجه پژوهش‌های مختلفی که نشان داده‌اند که هم درمان هیجان‌مدار (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۸ و ۳۰) و هم شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۳، ۳۴، ۳۹ و ۴۰) بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر اثربخشی معنادار دارند. اما مقایسه اثربخشی این دو درمان کمتر بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته باشد کمتر وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این بیماران برای کاهش مشکلاتشان را شناسایی کرد. همچنین این پژوهش از تلویحات کاربردی برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ببهود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد؟

Comment [N۹]: مقدمه طولانی است
خلاصه تر نوشته شود
پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شمال و شمال غرب شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. به این صورت که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم اثر ۰/۷۰ و توان آماری ۰/۹۱ برای هرگروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود دارد و در جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد (۱۵ نفر در گروه درمان هیجان‌مدار، ۱۵ نفر شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ۱۵ نفر گروه کنترل). کسب نمره ۱۰ و بالاتر از آن در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و حداکثر تحصیلات دکترا از ملاک‌های ورود به پژوهش بود.

همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. شیوه تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بن‌فرونی، آزمون تحلیل واریانس یک راهه و خی دو) بوده است. نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد. در ادامه به بررسی ابزارهای گردآوری اطلاعات پرداخته شده است که اطلاعات آن در ذیل آمده است.

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر-۷ (GAD-7)[1]: این مقیاس توسط اسپیتزر[2] و همکاران (۴۲) تدوین شده است و ۷ سوال دارد و پاسخ دهنده با انتخاب گزینه هیچ وقت صفر نمره، چند روز ۱ نمره، بیش از نیمی از روز ۲ نمره و تقریباً هر روز ۳ نمره کسب می‌کند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب فراگیر بیشتر در افراد پاسخ دهنده است. نمره ۱۰ و بیشتر به عنوان نقطه برش تعیین شده است (۴۳ و ۴۴). سازندگان مقیاس ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و علاوه بر این روایی مقیاس بررسی و روایی ملاکی (همزمان) آن محاسبه و ضرایب همبستگی با مقیاس سلامت عمومی[3] استورات[4] و همکاران (۴۵) در دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۵ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۴۲). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی و روایی آن محاسبه شده است که برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی استفاده کرده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی با فاصله ۲ هفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۴۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند و روایی ملاکی (همزمان) آن بررسی و ضریب همبستگی با خرده مقیاس اضطراب چک لیست اختلالات روانی[5] (SCL-90) دراگوتیس[6] و همکاران (۴۶) ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۳ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۴۳). در ابن مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۸۰، پس‌آزمون ۰/۸۳ و پیگیری ۰/۹۰ گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ[7](PSQI): این پرسشنامه توسط بویس[8] و همکاران(۴۷) تدوین شده است و شامل ۹ سوال است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ سوال فرعی است بنابراین کل پرسشنامه شامل ۱۹ سوال است که ۷ خرده مقیاس شامل

---

1. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)
2. Spitzer
3. MOS short-form general health survey
4. Stewart
5. Symptom Checklist- 90 (SCL-90)
6. Derogatis
7. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
8. Buysse

کیفیت ذهنی خواب[1] با سوال ۹، تأخیر در به خواب رفتن[2] با سوال ۲ و ماده اول سوال ۵، مدت زمان خواب[3] سوال ۴، میزان بازدهی خواب[4] سوال ۱، ۳ و ۴، اختلالات خواب[5] ماده های دوم تا دهم سوال ۵، استفاده از داروهای خواب‌آور[6] سوال ۶ و اختلال عملکرد روزانه[7] سوالات ۷ و ۸ است. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ قرار می‌گیرد. نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشد. حاصل جمع نمرات خرده مقیاس‌های هفت گانه، نمره کلی را تشکیل می‌دهد که بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نمره کلی پرسشنامه ۵ و یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب خواهد بود. میانگین بالا بیانگر وضعیت بد هر گروه در هر مؤلفه می‌باشد. سازندگان پرسشنامه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس را بررسی و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده و ضریب ۰/۸۳ به دست آمده است و روایی پرسشنامه نیز با روایی شاخص[8] محاسبه و ضریب روایی شاخص را ۸۹/۶ به دست آورده‌اند(۴۷). در ایران این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی و روایی محتوایی ۰/۸۳ و ضریب حساسیت و تمیز با نقطه برش ۵ برای گروه بیماران مبتلا به بیخوابی و افراد عادی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۲ به دست آمده است و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب ۰/۷۷ محاسبه و به دست آمده است(۴۸). در این مطالعه ضرایب آلفای کرونباخ در پیش‌آزمون ۰/۷۲، پس‌آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و گزارش شد.

جلسات درمانی

جدول ۱. جلسات درمان هیجان مدار اقتباس از تیمولاک و مک‌الوانی[9] (۲۷)

گام	گام درمانی	اهداف درمانی
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان
۲	تقویت خودآسیب پذیر، افزایش آگاهی از هیجان و توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر	درک معنای تجربه و ایجاد روایت منسجم در زندگی توسط مراجع، درک معنای عاملیت و اعتماد به نفس بیشتر، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی و باور به مقابله با مشکلات، ایجاد درون فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت.
۳	کار از طریق دوپارگی اضطراب	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه، مدیریت نشانگرها و تسهیل در دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی
۴	خنثی کردن یا بی اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود، شناسایی دوپارگی خودانتقادگر وخودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت

1. subjective sleep quality
2. sleep latency
3. sleep duration
4. habitual sleep efficiency
5. sleep disturbances
6. use of sleeping medication
7. daytime dysfunction
8. Construct
9. Timulak & McElvaney

۵	حل و فصل آسیب‌های هیجانی	شناسایی آسیب در دلبستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشانه‌ای، شناسایی تکالیف ناتمام، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم
۶	خودتسکینی مراجع	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله-ای و تبدیلی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین دهی نهفته
۷	تحکیم یک روایت جدید	تثبیت معنای جدید، توانایی تأمل در تجربه و ایجاد روایت جدید در هویت، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه.

جدول ۲. جلسات آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی اقتباس از سگال[1] و همکاران (۳۵)

جلسات	هدف	محتوای جلسات
۱	معارفه و معرفی	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه وارسی جسمانی، اول تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه وارسی جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای
۲	مقابله با موانع و مشکلات	مراقبه وارسی جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند.
۳	حضور ذهن بر روی تنفس	حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز
۴	بودن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
۵	پذیرش و اجازه	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
۶	افکار نه حقایق	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود.
۷	چگونگی مراقبت از خود	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره.
۸	جمع بندی نهایی	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه وارسی جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت‌کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان هیجان‌مدار ۳۳/۷۳ و ۵/۳۵۱؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۱/۲۰ و ۵/۵۷۰ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۳/۰۷ و ۴/۰۲۶ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با F=۱/۰۲۳ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۳۶۸) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با Chi-Square=۱۰/۶۴۸ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۱۰۰) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب به تفکیک گروه و مراحل سنجش آمده است.

[1]. Segal

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	کنترل	هیجان‌مدار	ذهن‌آگاهی	کنترل
کیفیت ذهنی خواب	پیش‌آزمون	۲/۵۳	۲/۶۰	۲/۳۳	۰/۵۲	۰/۵۱	۰/۴۹
	پس‌آزمون	۱/۰۷	۱/۱۲	۲/۲۰	۰/۷۰	۰/۶۸	۰/۶۸
	پیگیری	۱/۱۳	۱/۲۷	۱/۱۳	۰/۸۳	۰/۸۰	۰/۶۴
تاخیر در به خواب رفتن	پیش‌آزمون	۱/۷۳	۱/۴۰	۱/۴۷	۰/۷۰	۰/۵۱	۰/۵۲
	پس‌آزمون	۰/۴۷	۰/۶۷	۱/۲۷	۰/۵۲	۰/۴۹	۰/۵۹
	پیگیری	۰/۵۳	۰/۷۳	۱/۲۷	۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۴۶
مدت زمان خواب	پیش‌آزمون	۱/۶۰	۱/۵۳	۱/۶۰	۰/۶۳	۰/۵۲	۰/۶۳
	پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۶۷	۱/۴۰	۰/۶۴	۰/۴۹	۰/۶۳
	پیگیری	۰/۶۰	۰/۷۳	۱/۴۰	۰/۷۴	۰/۵۹	۰/۶۲
بازدهی خواب	پیش‌آزمون	۱/۴۰	۱/۵۳	۱/۵۳	۰/۵۱	۰/۵۲	۰/۵۲
	پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۶۷	۱/۴۰	۰/۵۲	۰/۴۹	۰/۶۳
	پیگیری	۰/۶۰	۰/۷۳	۱/۴۰	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۶۳
اختلالات خواب	پیش‌آزمون	۲/۱۳	۲/۲۰	۲/۱۳	۰/۳۵	۰/۴۱	۰/۳۵
	پس‌آزمون	۰/۸۷	۱/۰۷	۲/۰۰	۰/۶۴	۰/۷۰	۰/۵۳
	پیگیری	۰/۹۳	۱/۱۳	۲/۰۷	۰/۷۰	۰/۷۴	۰/۵۹
استفاده از دارو	پیش‌آزمون	۱/۴۷	۱/۶۰	۱/۴۰	۰/۵۲	۰/۷۴	۰/۵۱
	پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۶۰	۱/۳۳	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۴۹
	پیگیری	۰/۶۰	۰/۶۷	۱/۳۳	۰/۵۱	۰/۴۹	۰/۶۲
اختلال عملکرد	پیش‌آزمون	۱/۴۷	۱/۵۳	۱/۵۳	۰/۵۲	۰/۵۲	۰/۶۴
	پس‌آزمون	۰/۶۷	۰/۶۷	۱/۵۳	۰/۴۹	۰/۴۹	۰/۶۴
	پیگیری	۰/۶۷	۰/۸۰	۱/۶۰	۰/۴۹	۰/۴۱	۰/۶۳
نمره کل کیفیت خواب	پیش‌آزمون	۱۲/۳۳	۱۲/۴۰	۱۲/۰۰	۱/۸۰	۰/۹۱	۱/۳۶
	پس‌آزمون	۴/۶۷	۵/۵۳	۱۱/۱۳	۱/۵۹	۱/۴۱	۱/۵۱
	پیگیری	۵/۰۷	۶/۰۷	۱۱/۲۰	۱/۶۲	۱/۴۹	۱/۳۲

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و

پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون[1] بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای کیفیت خواب برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی برای آزمون برابری واریانس‌ها و کوواریانس‌ها برای کیفیت خواب

متغیرهای وابسته	کرویت موچلی	کای دو	df	Sig	اپسیلون	
					تصحیح گرین‌هاوس-گیسر	تصحیح هیون-فلدت
کیفیت ذهنی خواب	۰/۳۳	۴۴/۹۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۶۴
تاخیر در به خواب رفتن	۰/۴۲	۳۵/۲۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۶۸
مدت زمان خواب	۰/۳۶	۴۲/۲۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۶۵
بازدهی خواب	۰/۵۹	۲۱/۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۷۶
اختلالات خواب	۰/۵۱	۲۷/۹۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۷۱
استفاده از دارو	۰/۳۵	۴۲/۷۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۰/۶۴
اختلال عملکرد	۰/۵۰	۲۸/۲۰	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۷۱
نمره کل کیفیت خواب	۰/۵۲	۲۶/۷۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۲

بر اساس نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که آماره کرویت موچلی برای کیفیت خواب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (مقدار آماره P value از ۰/۰۵۰ کوچکتر است). این یافته حاکی از آن است که واریانس تفاوت‌ها در میان سطوح متغیرهای وابسته به صورت معناداری متفاوت است. پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر[2] و هیون-فلدت[3] تصحیح می‌کنند. اینکه از کدام روش تصحیح استفاده کنیم، بنابر پیشنهاد استیونس[4] (۱۹۹۶؛ به نقل از ۴۹) اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر برای تمامی متغیرهای وابسته از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

[1]. homogeneity of regression
[2]. Greenhouse–Geisser correction
[3]. Huynh–Feldt correction
[4]. Stevens

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) کیفیت خواب

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
کیفیت ذهنی خواب	گروه	۵/۴۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۸۲
	زمان	۸۹/۷۵	۱/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۵/۶۸	۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
تاخیر در به خواب رفتن	گروه	۵/۴۰	۲	۰/۰۰۸	۰/۲۰	۰/۸۲
	زمان	۳۹/۷۲	۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۷/۰۰	۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۵
مدت زمان خواب	گروه	۵/۳۵	۲	۰/۰۰۸	۰/۲۰	۰/۸۱
	زمان	۳۹/۳۵	۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵/۲۴	۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۸۶
بازدهی خواب	گروه	۷/۴۰	۲	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۹۲
	زمان	۴۳/۲۴	۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶/۵۶	۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۶
اختلالات خواب	گروه	۸/۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۶
	زمان	۱۰۶/۵۱	۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۰/۶۰	۲/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
استفاده از دارو	گروه	۳/۰۵	۲	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
	زمان	۲۶/۵۵	۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵/۳۶	۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۰
اختلال عملکرد	گروه	۱۰/۰۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۸
	زمان	۲۳/۱۵	۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶/۵۶	۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۵
نمره کل کیفیت خواب	گروه	۴۷/۷۲	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰۰
	زمان	۳۹۶/۸۹	۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۶۹/۷۲	۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰

نتایج جدول ۵ نشان داد که درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر بهبود کیفیت خواب برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی کیفیت خواب برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت ذهنی خواب	پیش‌آزمون	۲/۴۹	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۴۹	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۵۱	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
تاخیر در به خواب رفتن	پیش‌آزمون	۱/۵۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۸۴	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۹۴
مدت زمان خواب	پیش‌آزمون	۱/۵۸	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۷	۰/۰۰۱

	پیگیری	۰/۹۱	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۹۴
بازدهی خواب	پیش‌آزمون	۱/۴۹	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۷	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۹۱	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۹۴
اختلالات خواب	پیش‌آزمون	۲/۱۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۸۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۳۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۳۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
استفاده از دارو	پیش‌آزمون	۱/۴۹	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۲	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۸۷	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۹۹۴
اختلال عملکرد	پیش‌آزمون	۱/۵۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۵۶	پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۰۲	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۵۶۱
نمره کل کیفیت خواب	پیش‌آزمون	۱۲/۲۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۵/۱۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۷/۱۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۴/۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۴۴	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۳	۰/۰۵۶

بر اساس نتایج جدول ۶ درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی کیفیت خواب برای بررسی درمان اثربخش‌تر آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی کیفیت خواب برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین ۲ گروه	تفاوت میانگین	معناداری
کیفیت ذهنی خواب	درمان هیجان‌مدار	۱/۵۸	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۱۱	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۱/۶۹	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۶۴	۰/۰۱۱
	کنترل	۲/۲۲	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۵۳	۰/۰۴۳
تاخیر در به خواب رفتن	درمان هیجان‌مدار	۰/۹۱	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۰/۹۳	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۴۲	۰/۰۱۷
	کنترل	۱/۳۳	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۴۰	۰/۰۲۵
مدت زمان خواب	درمان هیجان‌مدار	۰/۹۱	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۰۷	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۰/۹۸	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۵۶	۰/۰۱۴
	کنترل	۱/۴۷	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۴۹	۰/۰۳۵
بازدهی خواب	درمان هیجان‌مدار	۰/۸۴	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۱۳	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۱/۹۸	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۶۰	۰/۰۰۲
	کنترل	۱/۴۴	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۴۷	۰/۰۲۰
اختلالات خواب	درمان هیجان‌مدار	۱/۳۱	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۱۶	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۱/۴۷	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۷۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۰۷	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۶۰	۰/۰۰۹
استفاده از دارو	درمان هیجان‌مدار	۰/۸۷	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۰۹	۰/۹۹۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۰/۹۶	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۴۹	۰/۰۰۳
	کنترل	۱/۳۶	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۴۰	۰/۰۱۸
اختلال عملکرد	درمان هیجان‌مدار	۰/۹۳	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۰۷	۰/۹۹۹

	درمان ذهن‌آگاهی	۱/۰۰	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۰/۶۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۵۶	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۰/۵۶	۰/۰۰۲
	درمان هیجان‌مدار	۷/۳۶	تفاضل هیجان‌مدار- ذهن‌آگاهی	-۰/۶۴	۰/۴۷۹
نمره کل کیفیت خواب	درمان ذهن‌آگاهی	۸/۰۰	تفاضل هیجان‌مدار - گروه کنترل	-۴/۰۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۴۴	تفاضل ذهن‌آگاهی- گروه کنترل	-۳/۴۴	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۷ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات دانا[1] و همکاران(۳۲) و عمرانی[2] و همکاران(۳۱) همسویی دارد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت خواب را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان مدار یک رویکرد تجربی است(۵۰ و ۵۱) که هیجان را به عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کار کردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند(۵۲ و ۵۳). بر اساس این درمان، تغییر از طریق کمک به مراجع به وسیله بازنمایی هیجان(بروز، تنظیم، بازخورد و انتقال تجربه هیجانی) اتفاق می‌افتد و در بافت ارتباط درمانی این فرآیند تغییر، تسهیل می‌گردد(۵۴). همچنین مسئله اصلی درمان هیجان‌مدار این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد و عامل کلیدی برای سازماندهی خود است. اساسی‌ترین کارکرد هیجان به صورت یک شکل سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و موجب کاهش مشکلات خواب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌شود. همچنین در این رویکرد سعی می‌شود هیجانات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در پردازش شناختی، روانشناختی و هیجانی ایجاد کند. توانایی‌های هیجانی که به عنوان قدرت تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی سازگاری با شرایط چالش برانگیز تعریف شده است باعث افزایش قدرت روانی فرئ شده و از این طریق آرامش روانشناختی بهتری را تجربه می‌کند و در طول شب خواب با کیفیت‌تری خواهد داشت. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

[1]. Dana
[2]. Omrani

از سوی دیگر نتایج نشان داد که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات جوادی و قربانی[1](۴۱) و دانا و همکاران(۳۲) همسویی دارد که اثربخشی شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب را نشان داده‌اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی با داشتن تمریناتی نظیر تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه، وارسی بدنی با تمرکز بر تنفس کوتاه، مراقبه نشسته، ثبت وقایع خوشایند، قدم زدن با ذهن‌آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرینات مربوط به ماندن در زمان حال، حضور ذهن از صداها و افکار و انجام دادن آنها در جلسه و در خارج از آن و همچنین با دادن تکالیف خانگی و داشتن برنامه‌هایی که همگی در جهت افزایش توجه و ماندن در زمان حال بوده است، توجه مراجعان را افزایش داده است. این توجه در بردارنده توجه فرد به تجارب، احساسات، افکار و حس‌های بدنی خود می‌باشد(۳۸). همچنین شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادتی را از حالت خود خارج سازند و به وسیله تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند. بنابراین در آموزش‌های ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کنند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کنند. از سوی دیگر سگال و همکاران(۳۵) توصیف می‌کنند که حذف رفتارهای معیوب مانند شرطی شدن نسبت به محیط خاص برای خوابیدن یا زمان خوابیدن یکی از حساس‌ترین مؤلفه‌ها در درمان مشکلات خواب محسوب می‌شود. در حالت توجه آگاهانه که در ضمن درمان به آن دست پیدا می‌شود، اطلاعات از تجربیات معیوب به طرف تجربه کنونی چرخش پیدا می‌کند. افرادی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی می‌باشند، تمایل دارند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهند. ذهن آگاهی توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب آلودگی را افزایش می‌دهد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب به دلیل قرار گرفتن در شرایط محیطی و خانوادگی و نگرانی‌های وابسته به آنها، با احساس خستگی و بی‌خوابی روبه‌رو می‌شوند(۴۱) و برنامه ذهن‌آگاهی باعث افزایش تمرکز ذهنی آنها و سطح بهداشت خواب می‌گردد. لذا منطقی است گفته شود که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است.

در نهایت نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد. پژوهشی که نشان داده باشد که درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر بیشتری بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دارد، وجود ندارد، لذا همسویی و ناهمسویی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات قبلی مشخص نیست. در تبیین این نتیجه به دست آمده

[1]. Javadi & Ghorbani

مبنی بر اثربخش بودن درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که در یک رویکرد هیجان‌مدار، هیجان به عنوان پایه‌ای در ساختن خود دیده می‌شود و تعیین کننده اصلی خود سازماندهی است. علاوه بر داشتن هیجانات، افراد در یک فرآیند دائمی برای درک هیجانات ما زندگی می‌کنند. معنای شخصی با خودسازماندهی و تبیین تجربه عاطفی خود پدیدار می‌شود و سازگاری بهینه مستلزم ادغام عقل و هیجان است(۵۵). درمان هیجان مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند و در این زمینه درمان هیجان‌مدار می‌تواند میزان تنظیم هیجان را در افراد به میزان زیادی بهبود بخشد(۵۶). همچنین می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار بر ارائه یک رابطه درمانی مشفقانه و غلبه بر علائم(به عنوان مثال، بیخوابی) از طریق افزایش منابع مقابله‌ای درونی و از طریق کارهای تجربی که هم عملکرد و هم هزینه فرآیندهای هیجانی را که باعث ایجاد و حفظ علائم می‌شوند، تمرکز می‌کند و باعث بهبود مشکلات خواب و بهبود کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان هیجان مدار نسبت به شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثربخش‌تر است.

Comment [N۱۰]: نتیجه گیری خلاصه تر نوشته شود

پیام نویسنده مسئول: اصلاح شد.

محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش آن بود که تنها به بررسی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران پرداخته شده است و تنها ابزار گردآوری برای شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرسشنامه خودگزارشی بوده است که این می‌تواند باعث شود بیماران پاسخ‌های جامعه پسند به سوالات پرسشنامه بدهند. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در سایر شهرها انجام شود و علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها از سایر ابزارها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر از جمله بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک جنسیت تکرار شود و به مقایسه جنسیتی نیز پرداخته شود. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به به بررسی تداوم و ماندگاری درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی پرداخته شود.

کاربرد پژوهش

بر اساس نتایج پژوهش می‌توان به طور کاربردی پیشنهاداتی را مطرح کرد. به طوری که پیشنهاد می‌شود که درمانگران و متخصصان روانشناسی این حوزه از این گونه مداخلات درمانی جهت کاهش مشکلات خواب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده نمایند. لذا سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی که متولی برنامه‌ریزی و

درمان در زمینه اختلالات روانشناختی هستند می‌توانند از نتایج این گونه تحقیقات برای بهبود مشکلات خواب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شده است که از جمله آنها می‌توان به کسب رضایت بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای شرکت در مداخلات درمانی، دادن این اطمینان به آنان که پاسخنامه به صورت فردی تحلیل نخواهد شد و اطلاعات آنها به صورت گروهی خواهد بود و پاسخنامه هر فرد محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ کسی قرار داده نخواهد شد، فرآیند مطالعه برای همه آنان توضیح داده شد، از اهداف مطالعه آگاه شدند، از بی ضرر بودن مداخله، مطلع و آگاه شدند، از سودمندی مداخله، مطلع و آگاه شدند، شرکت کنندگان از تخصص و صلاحیه مداخله‌گران، مطلع و آگاه شدند، در مورد علمی بودن روش به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر توضیح داده آگاه شدند، از امکان خروج آزادانه در هر مرحله مطالعه که تمایل داشته باشند آگاه شدند، به بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر توضیح داده شد که سازمانی صلاحیت دار مانند دانشگاه ناظر بر فرآیند پژوهش است، اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از پژوهش، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آنان و ارائه جلسات درمانی به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از اجرای دوره پیگیری اشاره کرد. همچنین این پژوهش دارای شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.083 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود است.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان (بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

1. Casares MÁ, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, Fonseca-Pedrero E. Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. Journal of Affective Disorders, 2024; 1(1): 1-10. https://doi.org/10.1017/S2045796021000275
2. Yang X, Fang Y, Chen H, Zhang T, Yin X, Man J, Yang L, Lu M. Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. Epidemiology and psychiatric sciences, 2021; 30(1): 36-47. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047
3. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Molecular psychiatry, 2022; 27(1): 281-295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

4. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Coker TR, Davidson KW, US Preventive Services Task Force. 2022. Screening for anxiety in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama, 2022; 328(14): 1438-1444. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16936
5. Verdonk C, Teed AR, White EJ, Ren X, Stewart JL, Paulus MP, Khalsa SS. Heartbeat-evoked neural response abnormalities in generalized anxiety disorder during peripheral adrenergic stimulation. Neuropsychopharmacology, 2024; 1(1): 1-9. https://doi.org/10.1038/s41386-024-01806-5
6. Peng J, Yuan S, Wei Z, Liu C, Li K, Wei X, Ren L. Temporal network of experience sampling methodology identifies sleep disturbance as a central symptom in generalized anxiety disorder. BMC Psychiatry, 2024; 24(1): 1-11.
7. LaFreniere LS, Newman M. Exposing worry's deceit: Percentage of untrue worries in generalized anxiety disorder treatment. Behavior Therapy, 2020; 51 (3): 413-423. https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.003
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press 2013. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm
9. Gorostiaga A, Balluerka N, Aliri J, Echeveste U, Lameirinhas J. Psychometric properties and factorial invariance of the Educational-Clinical Questionnaire: Anxiety and Depression (CECAD) in Basque population. Psicothema, 2024; 36(1): 80-90. https://doi.org/10.7334/psicothema2023.37
10. Moreno E, Muñoz-Navarro R, Medrano LA, González-Blanch C, Ruiz-Rodríguez P, Limonero JT, Moriana JA. Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients. Journal of affective disorders, 2019; 252(2), 114-121. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.032
11. Viswanathan M, Wallace IF, Middleton JC, Kennedy SM, McKeeman J, Hudson K, Kahwati L. Screening for anxiety in children and adolescents: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA, 2022; 328(14): 1445-1455. https://doi.org/10.1001/jama.2022.16303
12. Yupanqui-Lorenzo DE, Caycho-Rodríguez T, Baños-Chaparro J, Arauco-Lozada T, Palao-Loayza L, Rivera ME, Barrios I, Torales J. Mapping of the network connection between sleep quality symptoms, depression, generalized anxiety, and burnout in the general population of Peru and El Salvador. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2024; 37(1): 27-37. https://doi.org/10.1186/s41155-024-00312-3
13. Carbone EA, Menculini G, de Filippis R, D'Angelo M, De Fazio P, Tortorella A, Steardo Jr L.. Sleep disturbances in generalized anxiety disorder: the role of calcium homeostasis imbalance. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023; 20(5): 1-10. https://doi.org/10.3390/ijerph20054431
14. Hoyos C, Glozier N, Marshall N. Recent evidence on worldwide trends on sleep duration. Current Sleep Medicine Reports, 2015; 1(1): 195–204. https://doi.org/10.1007/s40675-015-0024-x
15. Su Y, Wang SB, Zheng H, Tan WY, Li X, Huang ZH, Jia FJ. The role of anxiety and depression in the relationship between physical activity and sleep quality: A serial multiple mediation model. Journal of Affective Disorders, 2021; 290(1): 219–226. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.047

16. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews, 2016; 25, 52–73. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.01.009
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-5-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 2022. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm
18. Hetkamp M, Schweda A, Bäuerle A, Weismüller B, Kohler H, Musche V, Dörrie N, Schöbel C, Teufel M, Skoda EM. Sleep disturbances, fear, and generalized anxiety during the COVID-19 shut down phase in Germany: relation to infection rates, deaths, and German stock index DAX. Sleep medicine, 2020; 75(1): 350-353. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.08.033
19. Garner A.R, Stuart GL. Integrating mindfulness and acceptance into traditional cognitive behavioral therapy during the covid-19 pandemic: A case study of an adult man with generalized anxiety disorder. Clinical Case Studies, 2023; 22 (2): 120-137. https://doi.org/10.1177/15346501221123568
20. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. Depression and anxiety, 2003; 17 (3): 173-179. https://doi.org/10.1002/da.10106
21. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CC, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Scott KM. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA psychiatry, 2017; 74 (5): 465-475. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056
22. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Hughes S, Vaughan C, Beckham K. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. Psychotherapy, 2022; 59 (1): 84–95. https://doi.org/10.1037/pst0000427
23. O'Connell Kent JA, Jackson A, Robinson M, Rashleigh C, Timulak L. Emotion-focused therapy for symptoms of generalised anxiety in a student population: An exploratory study. Counselling and Psychotherapy Research, 2021; 21 (2): 260-268. https://doi.org/10.1002/capr.12346
24. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. Trials, 2018; 19 (1): 1-11. https://doi.org/10.1037/pst0000427
25. Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2016; 46 (1): 41-52. http://dx.doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7
26. Greenberg LS, Rice LN, Elliott R. Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. Guilford Press. 1993. https://www.guilford.com/books/Facilitating-Emotional-Change/Greenberg-Rice-Elliott/9781572302013
27. Timulak L, McElvaney J. Transforming generalized anxiety: An emotion-focused approach. Routledge. 2017. https://www.routledge.com/

28. Timulak L, Keogh D. Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain. American Psychological Association, 2022. https://www.apa.org/pubs/books/transdiagnostic-emotion-focused-therapy
29. Murphy J, Rowell L, McQuaid A, Timulak L, O'Flynn R, McElvaney J. Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. Counselling and Psychotherapy Research, 2017; 17 (1): 56-70. http://dx.doi.org/10.1002/capr.12089
30. Watson JC, Greenberg LS. Emotion - focused therapy for generalized anxiety. American Psychological Association. 2017. https://www.apa.org/pubs/books/4317438
31. Omrani S, Baratian M, Zareh Hoseinzadeghan Z, Jedari Seyedi Z. The effectiveness of emotionally focused therapy on mental toughness and sleep quality among people with a history of hospitalization because of Coronavirus. Journal of Applied Family Therapy, 2022; 2(Covid-19 articles collection)): 215-228. [In Persian] https://doi.org/10.22034/aftj.2022.325945.1363
32. Dana M, Keshavarzi F, Hasani F.. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy on sleep disorder, rumination, and emotional dyslexia in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Psychological Science, 2024; 23(137), 1017-1034. [In Persian] http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.137.1017
33. Nikbagha SM, Tabesh Mofrad N, Naseri Manesh M, Karami S. The effect of Mindfulness-based cognitive therapy in Anxiety sensitivity, Deficits in emotional processing and Distress tolerance of Nurses with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. Iranin of Psychiatric Nursing, 2023; 11 (1): 52-64. [In Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.11.1.52
34. Williams M, Honan C, Skromanis S, Sanderson B, Matthews AJ. Psychological Outcomes and Mechanisms of Mindfulness-Based Training for Generalised Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Current Psychology, 2023; 1 (2): 1-23. http://dx.doi.org/10.1007/s12144-023-04695-x
35. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publications. 2018. https://www.guilford.com/books/
36. Jiang SS, Liu XH, Han N, Zhang HJ, Xie WX, Xie Z, Huang X. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. BMC psychiatry, 2022; 22 (1): 1-11. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3
37. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of consulting and clinical psychology, 2010; 78 (2): 169-179. https://doi.org/10.1037%2Fa0018555
38. Segal ZV, Anderson AK, Gulamani T, Dinh Williams LA, Desormeau P, Ferguson A, Walsh K, Farb NA. Practice of therapy acquired regulatory skills and depressive relapse/recurrence prophylaxis following cognitive therapy or mindfulness based cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2019; 87 (2): 161–170. https://doi.org/10.1037/ccp0000351
39. Torres-Platas SG, Escobar S, Belliveau C, Wu J, Sasi N, Fotso J, Potes A, Thomas Z, Goodman A, Looper K, Segal M. Mindfulness-based cognitive therapy intervention for the treatment of late-life depression and anxiety

symptoms in primary care: a randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 2019; 88 (4): 254-256. https://doi.org/10.1159/000501214

40. Burgess EE, Selchen S, Diplock BD, Rector NA. A brief mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. International Journal of Cognitive Therapy, 2021; 14 (2): 380-398. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x
41. Javadi Z, Ghorbani M. The Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT) On the Improvement of Sleep Quality in Patients with Generalized Anxiety Disorder. Intern Med Today 2019; 25 (2) :117-126. [In Persian] http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2945-fa.html
42. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Archives of internal medicine, 2006; 166 (10): 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092
43. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). Clinical Psychology and Personality, 2011; 9(1): 41-50. [In Persian]. https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7
44. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen, T, Hoffart A. Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. Frontiers in psychology, 2019; 10 (1): 1-10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713
45. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. Medical care, 1988; 1 (1): 724-735. https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00007
46. Derogatis LR, Lipman, RS, Covi L. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. 1977. http://www.westerparc.nl/wp-content/uploads/2011/12/SCL-90-Engels.pdf
47. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research, 1989; 28(2): 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4
48. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). Sleep and Breathing, 2012; 16(1): 79-82. https://doi.org/10.1007/s11325-010-0478-5
49. Torabi AA, Afrooz GA, Hassani F, Golshani F. Designing a Family-Centered Behavioral Management Program (FBMP) and Evaluating its Effectiveness in Marital Satisfaction of Parents of Children with ADHD. Quarterly Journal Family and Research, 2021; 18 (3): 25-42. [In Persian]. http://dorl.net/dor/20.1001.1.26766728.1400.18.3.2.5
50. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. Psychotherapy, 2017; 54(4): 361–366. https://doi.org/10.1037/pst0000128
51. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Irwin B. Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an

initial feasibility randomised control trial. HRB open research, 2020; 3(1): 1-10. https://doi.org/10.12688%2Fhrbopenres.12993.1

52. Watson J, Timulak L, Greenberg LS. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.): Clinical handbook of emotion-focused therapy (pp. 315–336). 2019. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000112-014
53. Watson J, Sharbanee J. Emotion Focused Therapy–Case Conceptualization and Treatment: Adults. In Comprehensive Clinical Psychology, 2022; 145(1): 241-251. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00210-7
54. Rajaei M, Nasri M, Shahabizadeh F. The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Cognitive Fusion and Emotional Self-Regulation of Spouses of Veterans. Journal of Modern Psychological Researches, 2024; 19(73): 47-56. [In Persian] : http://dx.doi.org/10.22034/jmpr.2023.56106.5526
55. Greenberg LS. Emotion–focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 2004; 11(1): 3-16. https://doi.org/10.1002/cpp.388
56. Frei JM, Sazhin V, Fick M, Yap K. Emotion-oriented coping style predicts self-harm in response to acute psychiatric hospitalization. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 2021; 42(3): 232–238. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000713