SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.1/ 2026;13(1):32-44
DOI: 10.22034/13.1.32
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

A Comparison of the Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol and Mindfulness-Based Treatment on Emotional Symptoms in Individuals with Insomnia

Azade Sadat Hoseini[1], **Ali Khademi**[2*], **Farnaz Farshbaf Manisefat**[3]

[1] Ph.D. Student, Department o of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
[2] Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
[3] Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Article history:
Received: 1 December 2025
Revised: 19 April 2026
Accepted: 26 April 2026

***Corresponding author:** Ali Khademi, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

E-mail: dr_ali_khademi@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Anxiety and depression have a reciprocal relationship with insomnia, causing sleep disruption. Additionally, insomnia exacerbates these disorders. The present study aimed to compare the effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment and mindfulness-based treatment for emotional symptoms in individuals with insomnia.

Materials and Methods: The present study was conducted using a quasi-experimental method with a pre-test - post-test design and a 2-month follow-up in two groups. Using voluntary sampling, the first 32 individuals with insomnia who were referred to psychiatric centers in Tehran in 2025 were selected and then randomly assigned to research groups (16 people per group) using block randomization. The first group received the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment, and the second group received mindfulness-based treatment. The tools used included the 21-item Depression, Anxiety, and Stress Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index. For data analysis, SPSS (version 25) and repeated-measures analysis of variance were used.

Results: The results showed that there was a significant difference between the research stages in the transdiagnostic treatment group in terms of depression ($F = 32.14$, $P < 0.001$) and anxiety ($F = 30.55$, $P < 0.001$), and between the research stages in the mindfulness-based treatment group in terms of depression ($F = 5.72$, $P = 0.008$) and anxiety ($F = 8$, $P = 0.002$). In addition, there was a significant difference between the research groups in depression ($F = 20.14$, P-value < 0.001). However, there was no significant difference between the groups in anxiety ($F = 3.76$, $P = 0.062$).

Conclusion: Therefore, it is suggested that mental health professionals, based on the individual conditions of clients, utilize transdiagnostic and mindfulness-based therapeutic methods to improve emotional symptoms associated with insomnia.

Keywords: Emotional Symptoms, Insomnia, Mindfulness-Based Treatment, Transdiagnostic Treatment

Please cite this article as follows: Hoseini AS, Khademi A, Farshbaf Manisefat F. A Comparison of the Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol and Mindfulness-Based Treatment on Emotional Symptoms in Individuals with Insomnia. SJPP. 2026;13(1):32-44.

Copyright © 2026 Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted copying and redistribution of the material for non-commercial purposes, provided that the original work is properly cited.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات:۴۴-۳۲
DOI: 10.22034/13.1.32
https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی

مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن آگاهی بر علائم هیجانی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی

آزاده سادات حسینی[۱]، علی خادمی[۲*]، فرناز فرشباف مانی‌صفت[۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۱/۳۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۶

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** علی خادمی، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

ایمیل: dr_ali_khademi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی با بی‌خوابی رابطه‌ای متقابل دارند و باعث مختل شدن خواب می‌شوند. همچنین، بی‌خوابی این اختلالات را تشدید می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی در علائم هیجانی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری دوماههٔ دوگروهی انجام شد. براساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه، ابتدا ۳۲ نفر از افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ انتخاب و سپس به روش بلوکی‌سازی تصادفی در گروه‌های پژوهش (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. گروه اول پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی و گروه دوم آموزش ذهن‌آگاهی را دریافت کردند. ابزارهای استفاده‌شده شامل مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱آیتمی و کیفیت خواب پیتسبورگ خواب بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-25 و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مراحل پژوهش در گروه درمان فراتشخیصی از نظر افسردگی (F=۳۲/۱۴، P<۰/۰۰۱) و اضطراب (F=۳۰/۵۵، P<۰/۰۰۱) و بین مراحل پژوهش در گروه درمان ذهن‌آگاهی از نظر افسردگی (F=۵/۷۲، P=۰/۰۰۸) و اضطراب (F=۸، P=۰/۰۰۲) تفاوت معناداری وجود داشت. علاوه‌بر این، از نظر افسردگی بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت (F=۲۰/۱۴، P<۰/۰۰۱)، اما از نظر اضطراب بین آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت (F=۳/۷۶، P=۰/۰۶۲).

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان براساس شرایط فردی مراجعان، برای بهبود علائم هیجانی مرتبط با بی‌خوابی، از روش‌های درمانی فراتشخیصی و ذهن‌آگاهی بهره گیرند.

واژگان کلیدی: درمان فراتشخیصی، درمان ذهن‌آگاهی، علائم هیجانی، بی‌خوابی

استناد: حسینی، آزاده سادات؛ خادمی، علی؛ فرشباف مانی‌صفت، فرناز. مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی بر علائم هیجانی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی. مجله علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛۱۳(۱):۳۲-۴۴.

مقدمه

بی‌خوابی[1] متداول‌ترین اختلال خواب[2] در جمعیت عادی و یکی از شایع‌ترین شکایت‌های بیماران در ویزیت‌های مراقبت‌های اولیه است (اوگیل[3] و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال بی‌خوابی با ناتوانی در به‌خواب‌رفتن، حفظ خواب یا بیدارشدن زودهنگام، همراه با نارضایتی از کیفیت خواب[4] و اختلال در عملکرد روزانه مشخص می‌شود (مورین و بویسه[5]، ۲۰۲۴). حدود ۱۰ درصد از بزرگ‌سالان معیارهای تشخیص اختلال بی‌خوابی را دارند و ۱۵ تا ۲۰ درصد دیگر گاهی اوقات علائم بی‌خوابی را تجربه می‌کنند (مورین و جارین[6]، ۲۰۲۲). مکانیسم‌های پاتوفیزیولوژیک بی‌خوابی هنوز به‌طور کامل شناخته نشده‌اند، اما بیش‌برانگیختگی روانی و جسمانی از ویژگی‌های اصلی آن هستند (مورین و بویسه، ۲۰۲۴).

خواب در تنظیم احساس‌ها، پاسخ به استرس و عملکرد چرخهٔ استرس نقش کلیدی ایفا می‌کند و داشتن خواب کافی و باکیفیت برای سلامت روان ضروری است (باگلیونی[7] و همکاران، ۲۰۱۰؛ مارتایر[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ پالاگینی[9] و همکاران، ۲۰۲۲). خواب برای حفظ تعادل هموستاتیک مغز ضروری است. بی‌خوابی می‌تواند باعث ایجاد اضافه‌بار آلوستاتیک شود که انعطاف‌پذیری مغز را مختل می‌کند. این وضعیت ممکن است به بروز اختلالات روانی منجر شود (ریمان[10] و همکاران، ۲۰۱۵؛ پالاگینی و همکاران، ۲۰۱۹؛ هرتنشتاین[11] و همکاران، ۲۰۱۹؛ مارتایر و همکاران، ۲۰۲۰؛ ون‌سومرن[12]، ۲۰۲۱).

اختلالات خواب در بیماران دارای تقریباً تمام اختلالات روانی بسیار شایع است (باگلیونی و همکاران، ۲۰۱۶؛ سیو[13] و همکاران، ۲۰۱۸). ازآنجاکه اختلال در تنظیم هیجان‌ها و شناخت در آسیب‌شناسی روانی نقش اساسی ایفا می‌کند، فرایندهای خواب برای حفظ سلامت روانی حیاتی است (پالاگینی و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال بی‌خوابی یکی از ویژگی‌های بالینی برجسته در بسیاری از اختلالات روانی است و در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران در فاز حاد اختلالات روانی دیده می‌شوند. بی‌خوابی با شدت اختلال، نقص‌های شناختی، رفتارهای تکانشی و خطر خودکشی مرتبط است (پالاگینی و همکاران، ۲۰۱۹؛ پالاگینی و همکاران، ۲۰۲۲). رابطهٔ بین اختلالات روانی و خواب متقابل است. علائم اختلالات روانی می‌توانند موجب اختلال خواب شوند و خواب آشفته، به‌ویژه بی‌خوابی، عامل خطر قابل‌توجهی برای بروز اختلالات روانی جدید است (هرتنشتاین و همکاران، ۲۰۱۹). این رابطه به‌صورت چرخهٔ مارپیچ عمل می‌کند که در آن، اختلالات روانی و مشکلات خواب به‌طور متقابل یکدیگر را پیش‌بینی یا تشدید می‌کنند (جانسون ـ فریمارک و لیندبلوم[14]، ۲۰۰۸). پژوهش‌های اخیر بی‌خوابی را برای بسیاری از اختلالات روانی به‌عنوان علامتی فراتشخیصی شناسایی کرده‌اند. در همین زمینه، بررسی بی‌خوابی از منظر فنوتیپی فراتشخیصی، دیدگاه‌های جدیدی را برای مطالعهٔ مکانیسم‌ها و کاربردهای بالینی فراهم کرده است (ریمان[15] و همکاران، ۲۰۲۰).

اخیراً، طیف وسیعی از اختلالات، ازجمله اختلالات اضطرابی، وسواس فکری ـ عملی و افسردگی به‌عنوان «اختلالات هیجانی» مفهوم‌سازی شده‌اند (بولیس[16] و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلالات با احساس‌های منفی مکرر، شدید، بیش از حد و ناخوشایند مشخص می‌شوند (بولیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارلو[17] و همکاران، ۲۰۲۱؛ سائر - زاوالا[18] و همکاران، ۲۰۲۱). در همین زمینه، بی‌خوابی به‌عنوان وضعیت همراه و ویژگی بالینی برجسته در اختلالات هیجانی شناخته می‌شود. لذا، حدود ۸۰ تا ۱۰۰ درصد افراد در دوره‌های افسردگی و ۴۵ تا ۵۵ درصد افراد در دوره‌های بین‌فازی اختلال دوقطبی بی‌خوابی را تجربه می‌کنند (پالاگینی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، بی‌خوابی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی بروز اضطراب است. اضطراب شایع‌ترین اختلال سلامت روان در جهان با شیوع جهانی ۲۵ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا[19]، ۲۰۱۳).

اختلالات اضطرابی با ترس و نگرانی بیش از حد، که عملکرد روزانه را مختل می‌کند، شناخته می‌شوند. بی‌خوابی در ۸۰ درصد مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و ۷۰ درصد مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی شایع است (چلاپا[20]، ۲۰۲۲). بی‌خوابی در هر دو گروه اختلالات خلقی و اضطرابی به‌عنوان نشانه‌ای برای افزایش عوارض و پاسخ ضعیف‌تر به درمان شناخته می‌شود (سیو[21] و همکاران، ۲۰۱۸؛ چلاپا، ۲۰۲۲). در همین زمینه، تاکنون مداخلات متعددی برای بهبود سلامت روان افراد طراحی شده‌اند. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی، رویکردی شناختی ـ رفتاری است که برای درمان طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی و خلقی طراحی شده

[1] Insomnia
[2] Sleep disorder
[3] Ogeil
[4] Sleep quality
[5] Morin, & Buysse
[6] Jarrin
[7] Baglioni
[8] Martire
[9] Palagini
[10] Riemann
[11] Hertenstein
[12] Van Someren
[13] Seow
[14] Jansson-Fröjmark, & Lindblom
[15] Riemann
[16] Bullis
[17] Barlow
[18] Sauer-Zavala
[19] American Psychiatric Association
[20] Chellappa
[21] Seow

است. این پروتکل با هدف شناسایی و اصلاح الگوهای ناسازگار هیجانی، شناختی و رفتاری، محدودیت‌های درمان‌های دیگر را برطرف می‌کند و درمانی کارآمد و جامع ارائه می‌دهد (محسنی‌اژیه و همکاران، ۱۳۹۶). این درمان بر پایهٔ مفاهیم نظری و تجربی دربارهٔ عوامل مشترک میان اختلالات هیجانی شکل گرفته است و به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و به شکلی مؤثر به آن‌ها پاسخ دهند (گراسمن و ارنریچ‌می[۲۲]، ۲۰۲۰).

آموزش مراقبهٔ ذهن‌آگاهی رویکردی رفتاری است که با تقویت تمرکز حواس، پذیرش بدون قضاوت و آگاهی لحظه‌به‌لحظه از حس‌های جسمی، حالت‌های عاطفی و افکار به بهبود سلامت روان کمک می‌کند. با این روش، افراد می‌توانند با آرامش و آگاهی بیشتر با هیجان‌ها و استرس‌های روزمره مقابله کنند (کابات‌زین[۲۳]، ۲۰۰۳؛ بلک[۲۴]، ۲۰۱۱). مراقبهٔ ذهن‌آگاهی حضور در لحظهٔ حال را تسهیل، تجربه‌های شخصی را تأیید و افراد را به همدلی و ارزیابی انتقادی بدون قضاوت دربارهٔ احساس‌ها و افکار خود تشویق می‌کند. این روش موجب بهبود تمرکز، کاهش استرس و اضطراب، افزایش آگاهی و مدیریت بهتر هیجان‌ها می‌شود (کارمودی[۲۵]، ۲۰۰۹؛ دین[۲۶] و همکاران، ۲۰۱۷). تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی به افزایش توجه به زمان حال و پرورش نگرشی باز منجر می‌شود (بدو و مورفی[۲۷]، ۲۰۰۴). علاوه‌بر این، ذهن‌آگاهی با اضطراب و افسردگی رابطهٔ منفی دارد (نکیچ و مامیچ[۲۸]، ۲۰۱۹). لذا، سطوح بالاتر ذهن‌آگاهی به‌عنوان ویژگی ذاتی و مهارتی قابل پرورش با کاهش مشکلات سلامت روان مرتبط است (ویلیامز[۲۹]، ۲۰۰۸).

در پژوهش‌های اخیر، اثربخشی پروتکل یکپارچه و درمان ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم هیجان‌ها، علائم هیجانی و کاهش برانگیختگی روانی و فیزیولوژیک به‌خوبی نشان داده شده است (کارلوچی[۳۰] و همکاران، ۲۰۲۱). تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌عنوان بخشی از پروتکل یکپارچه استفاده می‌شود که جامعیت پروتکل یکپارچه را نشان می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). در همین زمینه، اگرچه درمان‌های متعددی برای بهبود علائم هیجانی در افراد دارای بی‌خوابی انجام شده است، تاکنون مطالعه‌ای که به‌طور خاص اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی را در این افراد مقایسه کرده باشد انجام نشده است. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی در علائم هیجانی در افراد مبتلا به مشکل بی‌خوابی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری دوماههٔ دوگروهی انجام شد. جامعهٔ مورد مطالعه شامل افراد مبتلا به بی‌خوابی بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز روان‌پزشکی شهر تهران (کلینیک‌های سلامت روان) مراجعه کرده بودند. در ابتدا، ۳۲ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و سپس با استفاده از روش بلوکی‌سازی تصادفی چهارتایی در گروه‌های پژوهش (هر گروه ۱۶ نفر) گمارده شدند. ابتدا، مسئولان مراکز، بیماران مبتلا به مشکل بی‌خوابی را با اهداف پژوهش آشنا کردند و سپس ارزیاب آموزش‌دیده (دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی) ارزیابی‌های اولیه را انجام داد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن سوءمصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی و داروهای روان‌گردان، مبتلانبودن به اختلال‌های روانی مزمن و اختلال‌های شخصیت، داشتن توانایی خواندن و نوشتن و کسب نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش (۶ و بالاتر) در پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتسبورگ بود. همچنین، معیارهای خروج از پژوهش شامل دریافت دیگر خدمات روان‌شناختی در حین انجام پژوهش، پاسخ‌دهی ناقص و سوگیرانه به سؤال‌های پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده در پژوهش، حضورنداشتن در دو جلسه از جلسه‌های درمانی و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ روند هریک از درمان‌ها بود.

شرکت‌کنندگانی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فرم رضایت آگاهانه را دریافت کردند و پس از تکمیل و امضای این فرم به فرآیند پژوهش وارد شدند. این فرم شامل توضیح کامل اهداف، روش‌ها، منافع و حقوق شرکت‌کنندگان به زبان ساده و قابل فهم بود و رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ افراد را برای شرکت در مطالعه تضمین می‌کرد. شرکت‌کنندگان در گروه اول پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی و شرکت‌کنندگان در گروه دوم آموزش ذهن‌آگاهی را دریافت کردند. پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی شامل هشت جلسهٔ نود دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی و برگرفته از مدل بارلو و همکاران (۲۰۱۱) بود. علاوه‌بر این، آموزش ذهن‌آگاهی شامل هشت جلسهٔ نود دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی و برگرفته از فعالیت‌های کابات ـ زین و همکاران (۱۹۹۸) بود. شرکت‌کنندگان قبل از دریافت مداخله، پس از دریافت مداخله و دو ماه پس از دریافت مداخله (مرحلهٔ پیگیری) ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر را تکمیل کردند.

ساختار جلسه‌های پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی به شرح ذیل بود:

[22] Grossman, & Ehrenreich-May
[23] Kabat-Zinn
[24] Black
[25] Carmody
[26] Dean
[27] Beddoe, & Murphy
[28] Nekić, & Mamić
[29] Williams
[30] Carlucci

- جلسهٔ اول شامل افزایش انگیزه برای شرکت در درمان بود. در این جلسه به درک دوسوگرایی به‌عنوان بخش طبیعی درمان، شناسایی مزایا و معایب تغییر، طراحی اهداف اختصاصی و دراز مدت پرداخته شد؛
- جلسهٔ دوم شامل آموزش روان‌شناختی و ردیابی تجربه‌های هیجانی بود. در این جلسه به آموزش روانی در زمینهٔ ماهیت ناسازگار و کارکردی هیجان‌ها، شرح کوتاهی دربارهٔ مولفه‌های اصلی هیجان و پاسخ‌های آموخته‌شده پرداخته شد.
- جلسهٔ سوم شامل آموزش آگاهی از هیجان بود. در این جلسه به آگاهی غیرقضاوتی، عینی و معطوف به حال در مقایسه با تجربه‌های هیجانی، پرورش مهارت‌ها برای کمک به رصد تجربه‌های هیجانی خود در لحظهٔ کنونی و ایجاد محرکی برای جلب توجه خود به لحظهٔ کنونی پرداخته شد؛
- جلسهٔ چهارم شامل ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی بود. در این جلسه به بررسی ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی، کمک به مراجع برای انعطاف‌پذیری بیشتر در تفکر خود، شناسایی ارزیابی‌های خودآیند ناسازگارانه توسط مراجع، سنجش ارزیابی‌های خودآیند ناسازگار توسط مراجع و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر آن‌ها پرداخته شد؛
- جلسهٔ پنجم شامل اجتناب از هیجان‌ها و رفتارهای هیجان ـ خاست (EDB) بود. در این جلسه به ارائهٔ مفهوم اجتناب از هیجان، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و درک نقش راهکارهای اجتناب از هیجان در ایجاد و حفظ هیجان‌های منفی، ارائهٔ مفهوم EDB به‌صورت مفصل، شناسایی EDB، یادگیری و شناسایی تأثیر EDB بر تجربه‌های هیجانی، شناسایی EDB ناسازگار و مقابله با آن‌ها پرداخته شد؛
- جلسهٔ ششم شامل آگاهی از حس‌های بدنی و مداراکردن با آن‌ها بود. در این جلسه به قراردادن مراجع در معرض حس‌های بدنی، افزایش شناخت از نقش حس‌های بدنی در تعیین واکنش‌های هیجانی، شناسایی حس‌های بدنی درونی مرتبط با هیجان، انجام مکرر تمرین‌های طراحی‌شده برای کمک به آگاه‌ترشدن مراجع به حس‌های بدنی و افزایش تحمل این علائم پرداخته شد؛
- جلسهٔ هفتم شامل مواجهه با راه‌اندازهای درونی و بیرونی هیجان‌ها بود. در این جلسه به تمرکز بر مواجههٔ هیجانی، رویارویی با محرک‌های درونی و بیرونی، به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده، جلوگیری از اجتناب‌های هیجانی و دستیابی به درک از هدف قرارگیری در معرض هیجان‌ها پرداخته شد؛
- جلسهٔ هشتم شامل دستاوردها، حفظ آن‌ها و پیشگیری از عود بود. در این جلسه به ارزیابی پیشرفت مراجع، برنامه‌ریزی برای آینده، ایجاد راهکارهایی برای پیشگیری از عود و مرور مهارت‌های مقابله با هیجان پرداخته شد.

ساختار جلسه‌های آموزش ذهن‌آگاهی به شرح ذیل بود:

- جلسهٔ اول شامل معرفی برنامه، گفت‌وگو دربارهٔ نگرش تمرین مراقبه و هفت مولفهٔ ذهن‌آگاهی، معرفی شرکت‌کننده، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدن و گرفتن بازخورد بود؛
- جلسهٔ دوم شامل تمرین وارسی بدن در بیست تا سی دقیقه، مرور تمرین خانگی، تقویم رویدادهای خوشایند، معرفی مراقبهٔ نشسته همراه با توجه، آگاهی از تنفس به‌عنوان هدف اولیهٔ توجه در ده تا پانزده دقیقه و توزیع کاربرگ‌های جلسهٔ دوم بود؛
- جلسهٔ سوم شامل مراقبهٔ نشسته با تمرکز بر آگاهی به تنفس و بدن در ده دقیقه، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی، شامل وارسی بدن، مراقبه‌های نشستهٔ روزانهٔ باتوجه، آگاهی از فعالیت‌های روزانه و تقویم رویدادهای خوشایند بود؛
- جلسهٔ چهارم شامل مراقبهٔ نشسته با تمرکز بر تنفس، صداهای بدنی، صداها و افکارها در بیست دقیقه؛ مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی شامل وارسی بدن، انجام تمرین یوگای ایستاده، بحث دربارهٔ تقویم رویدادهای ناخوشایند و مرور کاربرگ‌های جلسهٔ چهارم بود؛
- جلسهٔ پنجم شامل مراقبهٔ نشستهٔ هدایت‌شده در چهل دقیقه، مرور تمرین، مرور تکلیف خانگی جلسهٔ قبل، انجام مراقبهٔ کوهستان در سه فصل و تجسم خود به‌عنوان کوه و بحث دربارهٔ مشاهداتی بود که افراد از واکنش به رویدادهای ناخوشایند در هفتهٔ قبل داشتند؛
- جلسهٔ ششم شامل مراقبهٔ کوهستان در بیست دقیقه، مراقبهٔ دریاچه در بیست دقیقه، مرور تمرین، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاه‌های جایگزین و تمرین رفتار جرئتمندانه در ده تا پانزده دقیقه بود؛
- جلسهٔ هفتم شامل تمرین نشستن با استفاده از تنفس به‌عنوان لنگرگاه، راه‌رفتن با توجه و آگاهی و یادآوری توضیح‌هاتی دربارهٔ ارزیابی و سنجش بعد از اتمام درمان به مراجع بود؛
- جلسهٔ هشتم شامل نگهداشتن تعادل در زندگی با تمرین منظم ذهن‌آگاهی و تقویت نیت‌های خود با مرتبط‌کردن آن‌ها به‌دلیل مثبتی برای مراقبت از خود بود.

ابزار

فرم اطلاعات جمعیت‌شناسی: این فرم به‌صورت محقق‌ساخته بود و شامل اطلاعاتی دربارهٔ جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی شرکت‌کنندگان بود.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ـ ۲۱[31] (DASS-21): این مقیاس را لاویبوند[32] و لاویبوند (۱۹۹۵) تهیه کردند و فرم بلند (۴۲ ماده‌ای) و فرم کوتاه (۲۱ ماده‌ای) دارد. در پژوهش حاضر از فرم ۲۱آیتمی استفاده شد. در فرم ۲۱آیتمی هرکدام از خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با هفت ماده بررسی می‌شوند. تمام ماده‌های این مقیاس در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای، شامل هیچ‌وقت=۰ تا همیشه=۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰ تا ۲۱ و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۶۳ است که برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ نهایی آن‌ها باید ضرب در ۲ شوند. به‌این‌ترتیب، نمرهٔ کل برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰ تا ۴۲ و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۱۲۶ خواهد بود. نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر است. در پژوهش لاویبوند و لایبوند (۱۹۹۵) پایایی به شیوهٔ بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین، همبستگی DASS-21 با مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بک به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ گزارش شد (لاویبوند و لایبوند، ۱۹۹۵). صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. علاوه‌بر این، مرادی‌پناه و همکاران (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را به‌ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۲ و ۰/۸۲ گزارش کردند. شایان ذکر است در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس‌های افسردگی و اضطراب استفاده شد.

پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب پیتسبورگ[33] (PSQI): این پرسش‌نامه را بویسه و همکاران (۱۹۸۹) با هدف ارزیابی کیفیت خواب در طول یک ماه گذشته طراحی کردند و شامل هجده سؤال است. تمامی سؤالات در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای، از هیچ=۰ تا سه بار یا بیشتر در هفته=۳ نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسش‌نامه هفت خرده‌مقیاس دارد. نقطهٔ برش این پرسش‌نامه نمرهٔ ۶ و بالاتر گزارش شده است (بویسه و همکاران، ۱۹۸۹؛ اسپیرا و همکاران، ۲۰۱۲). پوپویچ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی آلفای کرونباخ کل این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ و ضریب هم‌بستگی درون‌طبقاتی این پرسش‌نامه را ICC=۰/۹۹۷ و P<۰/۰۰۱ گزارش کردند. علاوه‌بر این، آن‌ها روایی واگرایی پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب را با مقیاس خواب آلودگی ایوورث r=۰/۳۳ و P<۰/۰۰۱ گزارش کردند (پوپویچ و همکاران، ۲۰۱۸). سعیدی و همکاران (۲۰۱۹) آلفای کرونباخ کل این پرسش‌نامه را ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین، آن‌ها ضریب آزمون بازآزمون این پرسش‌نامه را بعد از شش هفته r=۰/۸۳ و P<۰/۰۰۱ گزارش کردند. علاوه‌بر این، آن‌ها ضریب هم‌بستگی کل پرسش‌نامهٔ کیفیت خواب و خرده‌مقیاس‌های آن با پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را r=۰/۲۳-۰/۷۲، P<۰/۰۵ گزارش کردند (سعیدی و همکاران، ۲۰۱۹).

روش تجزیه‌وتحلیل اطلاعات: برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-25 استفاده شد. برای بررسی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد از شاخص‌های توصیفی استفاده شد. برای بررسی تفاوت بین‌گروهی سن از آزمون تی مستقل و برای بررسی همسانی متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون‌های کای اسکوئر و دقیق فیشر استفاده شد. برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی افسردگی و اضطراب در هرکدام از مراحل پژوهش از آزمون تی مستقل استفاده شد. تمامی پیش‌فرض‌های آماری مورد نیاز بررسی و تأیید شدند. سپس، برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۲ نفر (هر گروه ۱۶ نفر) از افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی شرکت کردند. میانگین و انحراف استاندارد سن برای شرکت‌کنندگان در گروه‌های درمان فراتشخیصی و درمان ذهن آگاهی به‌ترتیب ۸/۲۶±۳۶/۸۱ و ۹/۹۸±۳۹/۴۴ بود. براساس نتایج آزمون تی مستقل بین گروه‌های پژوهش، از نظر سن تفاوت معناداری وجود نداشت (t=۰/۸۱، P=۰/۴۲۴). در جدول ۱ یافته‌های توصیفی و نتایج همسانی متغیرهای جمعیت‌شناسی پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی و نتایج همسانی متغیرهای جمعیت‌شناسی پژوهش.

متغیر		گروه درمان فراتشخیصی		گروه درمان ذهن‌آگاهی		وضعیت همسانی	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	آماره	P-value
جنسیت	مذکر	۶	۳۷/۵۰	۹	۵۶/۲۵	۱/۱۳*	۰/۲۸۸
	مؤنث	۱۰	۶۲/۵۰	۷	۴۳/۷۵		
سطح تحصیلات	دیپلم یا پایین‌تر	۴	۲۵	۲	۱۲/۵۰	۱/۲۰**	۰/۸۳۸
	فوق دیپلم	۲	۱۲/۵۰	۳	۱۸/۷۵		
	لیسانس	۸	۵۰	۸	۵۰		
	فوق لیسانس یا بالاتر	۲	۱۲/۵۰	۳	۱۸/۷۵		
	مجرد	۳	۱۸/۷۵	۵	۳۱/۲۵	۰/۶۷*	۰/۴۱۴

[31] Depression, Anxiety and Stress Scale
[32] Lovibond
[33] Pittsburgh Sleep Quality Index

وضعیت تأهل	متأهل	۱۳	۸۱/۲۵	۱۱	۶۸/۷۵		
	پایین	۴	۲۵	۵	۳۱/۲۵		
وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی خانواده	متوسط	۱۰	۶۲/۵۰	۸	۵۰	۰/۶۴**	۰/۷۹۶
	بالا	۲	۱۲/۵۰	۳	۱۸/۷۵		

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، براساس نتایج آزمون کای اسکوئر بین گروه‌های پژوهش از نظر جنسیت و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). همچنین، براساس نتایج آزمون دقیق فیشر بین گروه‌های پژوهش از نظر سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی خانواده تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در جدول ۲ یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل برای متغیرهای پژوهش براساس مراحل پژوهش و به‌تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، نمرهٔ تمامی شرکت‌کنندگان از نظر کیفیت خواب در گروه‌های پژوهش بالاتر از نقطهٔ برش بود (نمرهٔ ۶ یا بالاتر). همچنین، براساس نتایج آزمون تی مستقل بین گروه‌های پژوهش از نظر کیفیت خواب، افسردگی و اضطراب در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). در همین زمینه، به‌منظور تحلیل داده‌های افسردگی و اضطراب از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون موخلی برای افسردگی، برابر موخلی= ۰/۹۱۸، کای اسکوئر= ۲/۴۸۰، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۲۸۹، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۹۲۴، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰ و برای اضطراب، برابر موخلی= ۰/۹۱۵، کای اسکوئر= ۲/۵۸۲، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۲۷۵، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۹۲۲، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰ بود. فرض کرویت موخلی برای افسردگی و اضطراب به‌دلیل سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ تأیید شده است (P>۰/۰۵). در جدول ۳ نتایج آزمون چندمتغیرهٔ اثر درون‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی ارائه شده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون تی مستقل برای متغیرهای پژوهش براساس مراحل پژوهش و به‌تفکیک گروه‌های پژوهش.

متغیر		مراحل	گروه درمان فراتشخیصی		گروه درمان ذهن‌آگاهی		آزمون تی مستقل	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	t	P-value
کیفیت خواب		پیش‌آزمون	۸/۴۴	۲/۰۶	۹/۵۰	۲/۳۱	-۱/۳۷	۰/۱۸۰
DASS-21	افسردگی	پیش‌آزمون	۲۵	۴/۳۲	۲۴/۱۳	۴/۹۲	۰/۵۳	۰/۵۹۷
		پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۳/۷۶	۲۱/۱۳	۴/۴۴	-۳/۱۸	۰/۰۰۳**
		پیگیری	۱۱/۸۸	۴/۱۰	۱۷/۳۸	۶/۱۰	-۲/۹۹	۰/۰۰۵**
	اضطراب	پیش‌آزمون	۲۴/۸۸	۶/۶۵	۲۳/۷۵	۴/۷۳	۰/۵۵	۰/۵۸۵
		پس‌آزمون	۱۷/۳۸	۴/۵۴	۲۱	۳/۵۰	-۲/۵۳	۰/۰۱۷*
		پیگیری	۱۳/۷۵	۳/۸۶	۱۸/۶۳	۴/۷۷	-۳/۱۸	۰/۰۰۳**

***P<۰/۰۵؛ **P≤۰/۰۰۵**

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیرهٔ اثر درون‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی.

متغیر	منبع	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P-value	مجذور اتا
افسردگی	مراحل پژوهش	فرض کرویت	۱۵۹۳/۰۸۳	۲	۷۹۶/۵۴۲	۲۹/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۰
	مراحل پژوهش × گروه	فرض کرویت	۱۹۱/۰۸۳	۲	۹۵/۵۴۲	۳/۵۴	۰/۰۳۵	۰/۱۰
اضطراب	مراحل پژوهش	فرض کرویت	۱۰۸۰/۳۳۳	۲	۵۴۰/۱۶۷	۳۵/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
	مراحل پژوهش × گروه	فرض کرویت	۱۶۰/۳۳۳	۲	۸۰/۱۶۷	۵/۳۴	۰/۰۰۷	۰/۱۵

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، اثر مراحل پژوهش بر مدل چندمتغیرهٔ افسردگی (F=۲۹/۴۸، P<۰/۰۰۱) و اضطراب (F=۳۵/۹۸، P<۰/۰۰۱) در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی معنادار بوده است. علاوه‌بر این، با توجه به مجذور اتا مراحل پژوهش ۵۰ درصد از واریانس افسردگی و ۵۴ درصد از واریانس اضطراب را تبیین کرده است. همچنین، اثر تعاملی مراحل پژوهش با گروه بر مدل چند متغیرهٔ افسردگی (F=۳/۵۴، P=۰/۰۳۵) و اضطراب (F=۵/۳۴، P=۰/۰۰۷) در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی معنادار بوده و با توجه به مجذور اتا، اثر تعاملی مراحل پژوهش با گروه ۰/۱۰ درصد از واریانس افسردگی و ۱۵ درصد از واریانس اضطراب

را تبیین کرده است. در همین زمینه، نتایج آزمون موخلی برای افسردگی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی در گروه درمان فراتشخیصی، برابر موخلی= ۰/۹۶۲، کای اسکوئر= ۰/۵۳۸، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۷۶۴، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۹۶۴، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰ و در گروه درمان ذهن‌آگاهی، برابر موخلی= ۰/۸۷۸، کای اسکوئر= ۱/۸۲۸، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۴۰۱، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۸۹۱، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰ بود.

همچنین، نتایج آزمون موخلی برای اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی در گروه درمان فراتشخیصی، برابر موخلی= ۰/۸۷۸، کای اسکوئر= ۱/۸۱۴، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۴۰۴، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۸۹۲، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰ و در گروه درمان ذهن‌آگاهی، برابر موخلی= ۰/۹۵۲، کای اسکوئر= ۰/۶۹۰، درجهٔ آزادی= ۲، سطح معناداری= ۰/۷۰۸، گرین‌هاوس گیسر= ۰/۹۵۴، هیون ـ فلت= ۱ و حد پایین= ۰/۵۰۰) بود. بنابراین، از نظر افسردگی و اضطراب برای گروه‌های درمان فراتشخیصی و درمان ذهن‌آگاهی فرض کرویت موخلی به‌دلیل سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ تأیید شده است (P>۰/۰۵). در جدول ۴ نتایج آزمون چندمتغیرهٔ اثر درون‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی به‌تفکیک گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، در بین مراحل پژوهش برای گروه درمان فراتشخیصی از نظر افسردگی (F=۳۲/۱۴، P<۰/۰۰۱) و اضطراب (F=۳۰/۵۵، P<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه‌بر این، با توجه به اندازهٔ اثر گزارش‌شده، درمان فراتشخیصی ۶۸ درصد از واریانس تفاوت درون‌گروهی افسردگی و ۶۷ درصد از واریانس تفاوت درون‌گروهی اضطراب را در مراحل پژوهش تبیین کرده است. همچنین، در بین مراحل پژوهش برای گروه درمان ذهن‌آگاهی از نظر افسردگی (F=۵/۷۲، P=۰/۰۰۸) و اضطراب (F=۸، P=۰/۰۰۲) تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه‌بر این، با توجه به اندازهٔ اثر گزارش‌شده، درمان ذهن‌آگاهی ۲۸ درصد از واریانس تفاوت درون‌گروهی افسردگی و ۳۵ درصد از واریانس تفاوت درون‌گروهی اضطراب را در مراحل پژوهش تبیین کرده است.

علاوه‌بر این، براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه درمان فراتشخیصی از نظر افسردگی و اضطراب بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری (P<۰/۰۰۱) و بین مرحلهٔ پس‌آزمون با پیگیری (P<۰/۰۵) تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه‌بر این، براساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در گروه درمان ذهن‌آگاهی از نظر افسردگی و اضطراب بین مراحل پیش‌آزمون با پیگیری (P<۰/۰۵) تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۵ نتایج آزمون چندمتغیرهٔ اثر بین‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، از نظر افسردگی بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد (F=۲۰/۱۴، P<۰/۰۰۱). همچنین، با توجه به اندازهٔ اثر گزارش‌شده، تفاوت بین‌گروهی ۴۰ درصد از واریانس افسردگی را در طی پژوهش تبیین کرده است، اما از نظر اضطراب بین گروه‌های پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد (F=۳/۷۶، P=۰/۰۶۲). همچنین، با توجه به اندازهٔ اثر گزارش‌شده، تفاوت بین‌گروهی تنها ۱۱ درصد از واریانس اضطراب را در طول پژوهش تبیین کرده است.

جدول ۴. نتایج آزمون چندمتغیرهٔ اثر درون‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی به‌تفکیک گروه‌های پژوهش.

متغیر	منبع	آزمون	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P-value	مجذور اتا
افسردگی	مراحل × گروه درمان فراتشخیصی	فرض کرویت	۱۴۱۸/۱۶۷	۲	۷۰۹/۰۸۳	۳۲/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	مراحل × گروه درمان ذهن‌آگاهی	فرض کرویت	۳۶۶	۲	۱۸۳	۵/۷۲	۰/۰۰۸	۰/۲۸
اضطراب	مراحل × گروه درمان فراتشخیصی	فرض کرویت	۱۰۳۰/۱۶۷	۲	۵۱۵/۰۸۳	۳۰/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۷
	مراحل × گروه درمان ذهن‌آگاهی	فرض کرویت	۲۱۰/۵۰۰	۲	۱۰۵/۲۵۰	۸	۰/۰۰۲	۰/۳۵

جدول ۵. نتایج آزمون چند متغیرهٔ اثر بین‌گروهی برای افسردگی و اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی.

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P-value	اندازهٔ اثر
افسردگی	عرض از مبدأ	۳۵۸۸۲/۶۶۷	۱	۳۵۸۸۲/۶۶۷	۳۱۶۷/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه	۲۲۸/۱۶۷	۱	۲۲۸/۱۶۷	۲۰/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	خطا	۳۳۹/۸۳۳	۳۰	۱۱/۳۲۸	-	-	-

	عرض از مبدأ	۳۸۰۰۱/۰۴۲	۱	۳۸۰۰۱/۰۴۲	۹۸۵/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۷
اضطراب	گروه	۱۴۵/۰۴۲	۱	۱۴۵/۰۴۲	۳/۷۶	۰/۰۶۲	۰/۱۱
	خطا	۱۱۵۶/۵۸۳	۳۰	۳۰/۵۵۳	-	-	-

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی در علائم هیجانی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی و درمان ذهن‌آگاهی به کاهش معنادار افسردگی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی منجر می‌شود. همچنین، تفاوت بین اثربخشی درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی در افسردگی در این افراد معنادار بود. در همین زمینه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شاهکرم و همکاران (۲۰۲۴)، صاحب زمانی و همکاران (۱۴۰۲)، شرفی و همکاران (۱۴۰۲)، عزیزی و همکاران (۱۴۰۲)، کلاه‌زری و همکاران (۱۴۰۲)، لی[34] و همکاران (۲۰۲۳)، کورپس[35] و همکاران (۲۰۲۲)، رشید و رشید (۱۴۰۰)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸) و فرح‌بخش و دهقانی (۱۳۹۵) همسو بود.

راهبردهای تنظیم هیجان به‌عنوان عاملی فراتشخیصی در انواع متفاوتی از اختلالات هیجانی تأثیر می‌گذارد و مهم است که در درمان این اختلالات مورد توجه قرار بگیرد (آلدو و نولن ـ هوکسما[36]، ۲۰۱۰؛ منین و فرسکو[37]، ۲۰۱۴). علاوه‌بر این، کاهش آشفتگی روان‌شناختی در افراد مبتلابه علائم افسردگی عمدتاً از طریق تغییر در عوامل مشترک هیجانی ایجاد می‌شود که درمان فراتشخیصی بر آن‌ها تمرکز دارد. این درمان به افراد کمک می‌کند تا با هیجان‌های ناخوشایند مواجه شوند و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر به خلق منفی خود پاسخ دهند که به کاهش علائم افسردگی منجر می‌شود (ساکیریس و برل[38]، ۲۰۱۹). درمان فراتشخیصی تأکید زیاد و قابل توجهی بر بازسازی شناختی دارد. درمان فراتشخیصی از طریق ارزیابی مجدد شناختی پدیده‌ها و رویدادها می‌تواند خطاهای شناختی را تسهیل کند؛ این موضوع می‌تواند به کاهش علائم افسردگی منجر شود (اکبری و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه‌بر این، پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، کاهش الگوهای اجتناب از هیجان و مواجههٔ مؤثر با هیجان‌های قوی تمرکز دارد. ارزیابی مجدد قبل از وقوع رویدادهای هیجانی، در کاهش احساس‌های منفی و بهبود پاسخ‌های هیجانی نقش مهمی ایفا می‌کند؛ زیرا این ارزیابی‌ها به افراد کمک می‌کنند پاسخ‌های هیجانی خود را اصلاح و بازنگری کنند و توانایی مدیریت هیجان‌های ناخوشایند را افزایش دهند (اسلون و تلچ[39]، ۲۰۰۲).

همچنین، در درمان فراتشخیصی برای اختلالات خلقی، فنونی مانند آگاهی متمرکز بر زمان حال، آگاهی غیرقضاوتی و القای خلق به کار می‌روند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

ذهن‌آگاهی به‌عنوان آگاهی غیرقضاوتی، درگیری سالم با احساس‌ها را تسهیل می‌کند و افراد را قادر می‌سازد تا احساس‌های خود را به‌صورت واقعی تجربه و ابراز کنند (هیز و فلدمن[40]، ۲۰۰۴؛ ، بریدجز[41] و همکاران، ۲۰۰۴). این فرایند از طریق اصلاح رابطهٔ فرد با تجربه‌ها و افزایش توانایی مدیریت آن‌ها، بهبود سلامت روان را به‌دنبال دارد. همچنین، ذهن‌آگاهی به‌عنوان نوعی استراتژی در تنظیم هیجان و تغییر کیفیت تعامل با ادراک‌های عاطفی شناخته می‌شود که شامل استقلال خودکار و بدون زحمت از افکار و احساس‌هاست (ترانگ‌پا[42]، ۱۹۷۳؛ به‌نقل‌از ثارالهی و همکاران، ۲۰۲۱). در نهایت، به‌منظور تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت در درمان فراتشخیصی از تکنیک‌هایی مانند ایجاد انگیزه، شناسایی مؤلفه‌های هیجانی، آگاهی غیرقضاوتی، القای خلق، ارزیابی مجدد شناختی و آگاهی از احساس‌های بدنی برای بهبود علائم هیجانی استفاده می‌شود. در مقابل، درمان ذهن‌آگاهی بر مراقبه‌ها و تمرین‌هایی متمرکز است که آگاهی از احساس‌های درونی و حس‌های بدنی را افزایش می‌دهد، اما کمتر به عوامل شناختی، تنظیم هیجان و زیرساخت‌های مشترک می‌پردازد. علاوه‌بر این، ذهن‌آگاهی به‌عنوان بخشی از درمان فراتشخیصی در پروتکل این درمان گنجانده شده است.

علاوه‌بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی و درمان ذهن‌آگاهی به کاهش معنادار اضطراب در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی منجر می‌شود، اما تفاوت بین اثربخشی درمان فراتشخیصی در اضطراب با درمان ذهن‌آگاهی در این افراد معنادار نبود. در همین زمینه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شاهکرم و همکاران (۲۰۲۴)، صاحب زمانی و همکاران (۱۴۰۲)، شرفی و همکاران (۱۴۰۲)، عزیزی و همکاران (۱۴۰۲)، کربلایی و همکاران (۱۴۰۲)، لی و همکاران (۲۰۲۳)، قوتی و همکاران (۱۴۰۱)، کورپس و همکاران (۲۰۲۲)، رشید و رشید (۱۴۰۰)، نامور و همکاران (۱۳۹۹)، خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸)، بارلو و همکاران (۲۰۱۷) و فرح‌بخش و دهقانی (۱۳۹۵) همسو بود، اما نتایج پژوهش کلاه‌زری و همکاران (۱۴۰۲) با نتایج پژوهش حاضر همسو نبود.

[34] Li
[35] Corpas
[36] Aldao, & Nolen-Hoeksema
[37] Mennin, & Fresco
[38] Sakiris, & Berle
[39] Sloan, & Telch
[40] Hayes, & Feldman
[41] Bridges
[42] Trungpa

در درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان و عوامل مشترک زیربنایی تأکید قابل توجهی می‌شود (بارلو، ۲۰۱۱؛ ۲۰۱۷) که همین ویژگی درمان فراتشخیصی برای افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی با همبودی علائم هیجانی می‌تواند قابل توجه باشد و در بهبود آن‌ها نقش مهمی ایفا کند. یکی از روش‌های مهم در درمان فراتشخیصی، مواجهه با هیجان‌های متمرکز بر موقعیت است. در این روش، فرد به‌صورت سلسله‌مراتبی با رویدادهای اضطراب‌زا و علائم جسمانی و روانی ناشی از اضطراب روبه‌رو می‌شود تا حساسیت و سوءتعبیر به این علائم کاهش یابد. در همین زمینه، درمان فراتشخیصی با پذیرش هیجان‌ها، اعتباردادن به آن‌ها، تغییر باورهای فراشناختی غلط و آموزش مشاهده بدون قضاوت هیجان‌ها، باعث کاهش نشانه‌ها و علائم اضطرابی می‌شود (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی در پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی فرصتی برای مشاهدهٔ نحوه ایجاد، تشدید و کاهش تدریجی هیجان‌ها فراهم می‌کند و اجتناب تجربی را هدف قرار می‌دهد. مواجهه با هیجان‌ها، به‌عنوان روشی مؤثر، به‌طور مستقیم عامل فراتشخیصی اجتناب تجربی را نشانه می‌گیرد. ازآنجاکه علائم هیجانی، مانند اضطراب، با مشکلات تنظیم هیجان ازجمله اجتناب تجربی ارتباط مثبت دارند، این روش باعث بهبود تنظیم هیجان و کاهش علائم هیجانی می‌شود (شوکلا و پاندی[43]، ۲۰۲۱؛ اسلون و همکاران، ۲۰۱۷؛ کلویتره[44] و همکاران، ۲۰۱۹؛ باردین و فرگوس[45]، ۲۰۱۶؛ موروز و دانکلی[46]، ۲۰۱۹). یکی دیگر از روش‌های مهم این درمان، ارزیابی مجدد شناختی است که به افراد کمک می‌کند با دیدگاهی متعادل‌تر به مسائل زندگی بنگرند و به‌صورت سازگارانه‌تری با آن‌ها برخورد کنند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱). لذا، در نظریهٔ گراس[47] (۲۰۱۴) ارزیابی مجدد شناختی به معنای تلاش برای مشاهدهٔ شرایط به‌صورت خوشایند برای تنظیم حالت‌های خلقی است (گراس، ۲۰۱۴). به همین منظور، روش ارزیابی مجدد شناختی کاربرد گسترده‌ای در زندگی روزمره دارد و روش‌های ارزیابی مجدد، که در درمان شناختی ـ رفتاری کلاسیک به کار می‌روند، با مهارت‌های گسترش‌داده‌شده در مداخله‌های نوین اختلال‌های خلقی و اضطرابی مرتبط‌اند (هافمن و آسموندسون[48]، ۲۰۰۸).

در تبیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در اضطراب افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی می‌توان گفت که معمولاً افراد زمانی دچار اضطراب می‌شوند که افکار منفی و غیرارادی ذهن آن‌ها را به خود مشغول می‌کند و برداشت‌های منفی ذهنی را به‌عنوان واقعیت در نظر می‌گیرند. ذهن‌آگاهی با توقف افکار وحشتاک و ناخوشایند از ظرفیت طبیعی مراکز عالی قشر مغز حمایت می‌کند تا موقعیت به‌درستی مفهوم سازی و تفسیر شود. علاوه بر این، تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند چرخهٔ فعالیت سیستم ترس را در بادامه کنترل کنند. در ذهن‌آگاهی فرد از ذهن خود فاصله می‌گیرد و خودش را با محتوای ذهنش یکی در نظر نمی‌گیرد (به‌نقل‌از قاسم‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). این فرایند باعث می‌شود که فرد خطاهای شناختی خودش را شناسایی و اضطراب کمتری را تجربه کند. در پژوهش حاضر نشان داده شد که درمان ذهن‌آگاهی و درمان فراتشخیصی هر دو به‌طور مؤثری اضطراب افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی را کاهش می‌دهند و تفاوت معناداری در اثربخشی آن‌ها وجود ندارد. درمان ذهن‌آگاهی با افزایش توجه هدفمند و پذیرش بدون قضاوت هیجانات منفی به کاهش اضطراب و بهبود خواب کمک می‌کند، درحالی‌که درمان فراتشخیصی با تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و شناختی به کاهش علائم اضطراب می‌پردازد. با توجه به اثربخشی مشابه این دو درمان، انتخاب بین آن‌ها می‌تواند براساس نیازها و ترجیح‌های فردی مراجعها صورت گیرد. بنابراین، هر دو درمان به‌صورت علمی، مفید و کاربردی به بهبود علائم اضطراب در افراد مبتلابه بی‌خوابی کمک می‌کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی با درمان ذهن‌آگاهی در علائم هیجانی در افراد مبتلابه مشکل بی‌خوابی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد هر دو درمان باعث کاهش معنادار افسردگی و اضطراب در شرکت‌کنندگان شدند. بااین‌حال، تفاوت اثربخشی درمان‌ها بر افسردگی معنادار بود، اما این تفاوت برای اضطراب معنادار نبود. براساس این یافته‌ها، توصیه می‌شود متخصصان سلامت روان، با توجه به شرایط فردی مراجعان، از هر دو روش درمانی فراتشخیصی و ذهن‌آگاهی برای بهبود علائم هیجانی مرتبط با بی‌خوابی بهره گیرند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت که در تفسیر نتایج باید مدنظر قرار گیرد. جامعهٔ آماری فقط شامل افراد مبتلابه بی‌خوابی بود. بنابراین، تعمیم نتایج به دیگر اختلالات خواب باید با احتیاط انجام شود. همچنین، فقدان گروه کنترل در مقایسهٔ اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان ذهن‌آگاهی نیاز به پژوهش‌های تکمیلی را افزایش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به استفاده‌نکردن از مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته، اتکای صرف بر ابزارهای خودگزارشی و نمونه‌گیری داوطلبانه اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی یا هدفمند، ارزیابی چندوجهی و مصاحبه‌های بالینی استاندارد استفاده و اثربخشی این درمان‌ها در اختلالات خواب دیگر بررسی شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

[43] Shukla, & Pandey
[44] Cloitre
[45] Bardeen, & Fergus
[46] Moroz, & Dunkley
[47] Gross
[48] Hofmann, & Asmundson

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت و همکاری کردند، کمال تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

براساس اظهار نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی برای افشا وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، این پژوهش را با شناسهٔ IR.IAU.URMIA.REC.1404.073 تأیید کرده است.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در اجرا و نگارش این مقاله همکاری و نسخهٔ نهایی آن را تأیید کردند.

حمایت مالی

هیچ دانشگاه یا مؤسسه‌ای از پژوهش حاضر حمایت مالی نکرده است.

REFERENCES

1. Akbari M, Rezaeian M, Helm PJ, Becker K. How Existential Therapy May Help People Who Are Suicidal. Eur J Psychother Couns. 2022;24(4):419-433. DOI: 10.1080/13642537.2022.2139049
2. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of Cognitive Emotion Regulation Strategies: A Transdiagnostic Examination. Behav Res Ther. 2010;48(10):974-983. DOI: 10.1016/j.brat.2010.06.002
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. Link
4. Azizi M, FarokhSiri Y, Kazemi Bahman Abad F, Zamani Z. The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Therapy on Controlling Rumination and Difficulty in Regulating Emotions in Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi J. 2023;12(2):219-228. Link
5. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalder K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep and Mental Disorders: A Meta-Analysis of Polysomnographic Research. Psychol Bull. 2016;142(9):969-990. DOI: 10.1037/bul0000053
6. Baglioni C, Spiegelhalder K, Lombardo C, Riemann D. Sleep and Emotions: A Focus on Insomnia. Sleep Med Rev. 2010;14(4):227-238. DOI: 10.1016/j.smrv.2009.10.007
7. Bardeen JR, Fergus TA. The Interactive Effect of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance on Anxiety, Depression, Stress and Posttraumatic Stress Symptoms. J Contextual Behav Sci. 2016;5(1):1-6. DOI: 10.1016/j.jcbs.2016.02.002
8. Barlow DH, Curreri AJ, Woodard LS. Neuroticism and Disorders of Emotion: A New Synthesis. Curr Dir Psychol Sci. 2021;30(5):410-417. DOI: 10.1177/09637214211025405
9. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875-884. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
10. Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook. New York: Oxford University Press; 2011. DOI: 10.1093/med:psych/9780199772674.001.0001
11. Barlow D, Farchione T, Fairholme C, Ellard K, Boisseau C, Allen LB, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001
12. Eddoe AE, Murphy SO. Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students? J Nurs Educ. 2004;43(7):305-312. DOI: 10.3928/01484834-20040701-07
13. Black DS. A Brief Definition of Mindfulness. Behav Neurosci. 2011;7(2):109. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00109
14. Bridges LJ, Denham SA, Ganiban JM. Definitional Issues in Emotion Regulation Research. Child Dev. 2004;75(2):340-345. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x
15. Bullis JR, Boettcher H, Sauer-Zavala S, Farchione TJ, Barlow DH. What Is an Emotional Disorder? A Transdiagnostic Mechanistic Definition With Implications for Assessment, Treatment, and Prevention. Clin Psychol Sci Pract. 2019;26(2):e12278. DOI: 10.1111/cpsp.12278
16. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
17. Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. On the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Psychol Rev. 2021;87:101999. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.101999
18. Carmody J. Evolving Conceptions of Mindfulness in Clinical Settings. J Cogn Psychother. 2009;23(3):270-280. DOI: 10.1891/0889-8391.23.3.270
19. Chellappa SL, Aeschbach D. Sleep and Anxiety: From Mechanisms to Interventions. Sleep Med Rev. 2022;61:101583. DOI: 10.1016/j.smrv.2021.101583
20. Cloitre M, Khan C, Mackintosh MA, Garvert DW, Henn-Haase CM, Falvey EC, et al. Emotion Regulation Mediates the Relationship Between ACEs and Physical and Mental Health. Psychol Trauma. 2019;11(1):82-89. DOI: 10.1037/tra0000374
21. Corpas J, Moriana JA, Vencesla JF, Galvez-Lara M. Effectiveness of Brief Group Transdiagnostic Therapy for Emotional Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial Identifying Predictors of Outcome. Psychotherapy Res. 2022;32(4):456-469. DOI: 10.1080/10503307.2021.1953571
22. Dean S, Foureur M, Zaslawski C, Newton-John T, Yu N, Pappas E. The Effects of a Structured Mindfulness Program on the Development of Empathy in Healthcare Students. Nursingplus Open. 2017;3:1-5. DOI: 10.1016/j.npluso.2017.02.00
23. Farahbakhsh A, Dehghani F. Effectiveness of Mindfulness Therapy in Sleep Quality and Mental Health of Women With Insomnia Disorder. J Health Chimes. 2017;4(3):8-15. Link

24. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. Behavior Ther. 2012;43(3):666-678. DOI: 10.1016/j.beth.2012.01.001
25. Ghasemzadeh A, Ghamari M, Hosseinian S. The Effectiveness of Mindfulness Training on Students' Anxiety and Psychological Well-being. Educ Strateg Med Sci. 2021;14(1):77-87. Link
26. Ghovati A, Delroba M, Ahovan M, Aghamohammadian Sharbaf HR, Farnoosh M. The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Anxiety, Rumination and General Health Among Children of Martyrs and Sacrifice. J Psychol Stud. 2022;18(3):105-118. DOI: 10.22051/psy.2022.38318.2530
27. Ginsburg GS, Becker EM, Keeton CP, Sakolsky D, Piacentini J, Albano AM, et al. Naturalistic Follow-up of Youths Treated for Pediatric Anxiety Disorders. JAMA Psychiatry. 2014;71(3):310-318. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4186
28. Gross JJ. Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In: Gross JJ, editor. Handbook of Emotion Regulation. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014;2(1):3-20. [Link]
29. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders with Youth Exhibiting Anger and Irritability. Cogn. Behav. Pract. 2020;27(2):184-201. DOI: 10.1016/j.cbpra.2019.05.004
30. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. Clin Psychol Sci Pract. 2004;11(3):255. DOI: 10.1093/clipsy/bph080
31. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, et.al. Insomnia As A Predictor of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sleep Med. Rev. 2019 Feb 1;43:96-105. DOI: 10.1016/j.smrv.2018.10.006
32. Hofmann SG, Asmundson GJG. Acceptance and Mindfulness-Based Therapy: New Wave or Old Hat? Clin Psychol Rev. 2008;28(1):1-16. DOI: 10.1016/J.CPR.2007.09.003
33. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. A Bidirectional Relationship Between Anxiety, Depression, and Insomnia? A Prospective Study in the General Population. J Psychosom Res. 2008;64(4):443-449. DOI: 10.1016/J.JPSYCHORES.2007.10.016
34. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Constr Human Sci. 2003;8(2):73-83. Link
35. Karbalaie M, Yazdanbakhsh K, Moradi A. The Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children on Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty in Children With Anxiety Disorders. J Psychol Sci. 2023;22(121):107-124. Link
36. Khoshkhatti N, Amiri Majd M, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression, and Stress in Renal Patients Under Hemodialysis. Iran J Nurs Res. 2020;14(6):9-17. Link
37. Kolah-Zari S, Mohammadi A, Rezaei F. The Efficacy of Integrated Transdiagnostic Treatment in Reducing Worry, Anxiety, Depression, and Emotion Regulation in Patients With Generalized Anxiety Disorder. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2023;10(5):56-60. Link
38. Li H, Qin W, Li N, Feng S, Wang J, Zhang Y, et al. Effect of Mindfulness on Anxiety and Depression in Insomnia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry. 2023;14:1124344. DOI: 10.3389/FPSYT.2023.1124344
39. Lovibond PF, Lovibond SH. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) With the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
40. Martire VL, Caruso D, Palagini L, Zoccoli G, Bastianini S. Stress and Sleep: A Relationship Lasting a Lifetime. Neurosci Biobehav Rev. 2020;117:65-77. DOI: 10.1016/J.NEUBIOREV.2020.07.024
41. Mennin DS, Fresco DM. Emotion Regulation Therapy. In: Gross JJ, editor. Handb Emotion Regul. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2014;2:469-490. Link
42. Mohseni Ezhiyeh A, Malekpour M, Ghamarani A. Effect of Transdiagnostic Treatment on Entrapment and Boredom in Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder. J Health Promot Manag. 2017;6(5):26-33. Link
43. Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of Music on Anxiety, Stress, and Depression Levels in Patients Undergoing Coronary Angiography. East Mediterr Health J. 2009;15(3):639-647. Link
44. Morin CM, Buysse DJ. Management of Insomnia. N Engl J Med. 2024;391(3):247-258. DOI: 10.1056/NEJMCP2302272
45. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. Sleep Med Clin. 2022;17(2):173-191. DOI: 10.1016/J.JSMC.2022.02.001
46. Moroz M, Dunkley DM. Self-Critical Perfectionism, Experiential Avoidance, and Depressive and Anxious Symptoms Over Two Years: A Three-Wave Longitudinal Study. Behav Res Ther. 2019;112:18-27. DOI: 10.1016/J.BRAT.2018.11.006
47. Namvar M, Khorrami M, Noorollahi A, Pournemat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety and Depression in Patients With Multiple Sclerosis. Psychol Except Individ. 2020;10(39):179-200. DOI: 10.22054/jpe.2021.45321.2037
48. Nekić M, Mamić S. Intolerance of Uncertainty and Mindfulness as Determinants of Anxiety and Depression in Female Students. Behav Sci (Basel). 2019;9(12):135. DOI: 10.3390/BS9120135
49. Ogeil RP, Chakraborty SP, Young AC, Lubman DI. Clinician and Patient Barriers to the Recognition of Insomnia in Family Practice: A Narrative Summary Using the Theoretical Domains Framework. BMC Fam Pract. 2020;21:1. DOI: 10.1186/S12875-020-01208-4
50. Palagini L, Bastien CH, Marazziti D, Ellis JG, Riemann D. The Key Role of Insomnia and Sleep Loss in the Dysregulation of Systems Involved in Mood Disorders. J Sleep Res. 2019;28(6):e12841. DOI: 10.1111/JSR.12841
51. Palagini L, Hertenstein E, Riemann D, Nissen C. Sleep, Insomnia and Mental Health. J Sleep Res. 2022;31(4):e13628. DOI: 10.1111/JSR.13628
52. Popević MB, Milovanović AP, Milovanović S, Nagorni-Obradović L, Nešić D, Velaga M. Reliability and Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index-Serbian Translation. Eval Health Prof. 2018;41(1):67-81. DOI: 10.1177/0163278716688065
53. Rashid Z, Rashid M. The Effectiveness of Integrated Meta-Diagnostic Therapy on Symptoms of Major Depression, Risk Behaviors, Emotion Regulation, and Anxiety in Methadone Dependents. J Psychol New Ideas. 2021;9(13):1-12. Link
54. Riemann D, Krone LB, Wulff K, Nissen C. Sleep, Insomnia, and Depression. Neuropsychopharmacology. 2020;45(1):74-89. DOI: 10.1038/S41386-019-0411-Y
55. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The Neurobiology, Investigation, and Treatment of Chronic Insomnia. Lancet Neurol. 2015;14(5):547-558. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00021-6
56. Saheb Zamani P, Kazem Zadeh Mamghani M, Lotfi P, Safari Dizaj S, Izadi Mazidi M. The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in Female Adolescents. Iran J Rehabil Res Nurs. 2024;10(2):79-88. Link
57. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Iran Psychol. 2005;4(1):299-313. Link
58. Sakiris N, Berle D. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Unified Protocol as a Transdiagnostic Emotion Regulation-Based

Intervention. Clin Psychol Rev. 2019;72:101751. DOI: 10.1016/J.CPR.2019.101751
59. Sarallahi M, Ahmadi R, Soltanabadi S, Farnoodimehr R, Foroughi A. Effectiveness of Adjunctive Mindfulness Therapy With Unified Protocol on Emotional Disorders and Sleep Problems of Adolescents. J Sleep Sci. 2021;5(4):132-139. Link
60. Sauer-Zavala S, Fournier JC, Steele SJ, Woods BK, Wang M, Farchione TJ, et al. Does the Unified Protocol Really Change Neuroticism? Results From a Randomized Trial. Psychol Med. 2021;51(14):2378-2387. DOI: 10.1017/S0033291720000977
61. Seidi PA, Mohammadi H, Khazaie H, Abas NQ, Jaff D. Psychometric Properties of the Kurdish Version of Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Med. 2019;63:75-81. DOI: 10.1016/J.SLEEP.2019.05.019
62. Seow LSE, Verma SK, Mok YM, Kumar S, Chang S, Satghare P, et al. Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population. J Clin Sleep Med. 2018;14(2):237-244. DOI: 10.5664/JCSM.6952
63. Shahkaram H, Yaztappeh JS, Sadeghi A, Kianimoghadam AS, Soltanabadi S, Bakhtiari M, et al. Comparing the Effectiveness of Transdiagnostic Treatment With Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Disorders in Patients With Irritable Bowel Syndrome. BMC Gastroenterol. 2024;24(1):66. DOI: 10.1186/S12876-024-03109-2
64. Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on Depression and Anxiety in Adolescents With Generalized Anxiety Disorder. J Res Behav Sci. 2023;21(1):138-150. DOI: 10.48305.21.1.138
65. Shukla M, Pandey R. Identifying Transdiagnostic and Unique Domains of Emotion Regulation Difficulties in Anxiety and Co-Occurring Anxiety-Depression. Curr Psychol. 2021;40(6):2896-2909. DOI: 10.1007/S12144-019-00250-4
66. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion Regulation as a Transdiagnostic Treatment Construct Across Mental Disorders: A Systematic Review. Clin Psychol Rev. 2017;57:141-163. DOI: 10.1016/J.CPR.2017.09.002
67. Sloan T, Telch MJ. Effects of Safety-Seeking Behavior and Guided Threat Reappraisal on Fear Reduction During Exposure. Behav Res Ther. 2002;40(3):235-251. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00018-8
68. Spira AP, Beaudreau SA, Stone KL, Kezirian EJ, Lui LY, Redline S, et al. Reliability and Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale in Older Men. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012;67(4):433-439. DOI: 10.1093/GERONA/GLR172
69. Van Someren EJW. Brain Mechanisms of Insomnia: New Perspectives on Causes and Consequences. Physiol Rev. 2021;101(3):995-1046. DOI: 10.1152/PHYSREV.00046.2019
70. Williams JMG. Mindfulness, Depression, and Modes of Mind. Cogn Ther Res. 2008;32:721-733. DOI: 10.1007/S10608-008-9204-Z