مقاله
پژوهشی

اثربخشی درمان فراشناختی بر بیماران مبتلا به بی خوابی

مهدی رضایی[1*]، کاوه حجت[2]، سید اسماعیل حاتمی[3]، حدیثه منادی زیارت[4]، الهه عین بیگی[5]

[1]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[2]استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[3]کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[4]کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[5]کارشناس روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
پست الکترونیک: mehradpsy@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *درمان فراشناختی درمان نو ظهوری است که یکی از مولفه های موثر در آسیب شناسی روانی را کاهش نشخوار فکری قلمداد می کند. یکی از عواملی که موجب بی خوابی می شود و آن را تشدید می کند نیز همین نشخوار افکار منفی است. در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع درمان بر بهبود بیماران مبتلا به بی خوابی مورد بررسی قرار گیرد.*

مواد و روش کار: *این پژوهش در چارچوب طرح شبه تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. از بین بیماران مبتلا به بی خوابی مراجعه کننده به دو کلینیک روانپزشکی شهر تبریز ۳۰ نفر بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار جمع آوری داده ها شاخص شدت بی خوابی مورین بود. از تی زوجی برای مقایسه میانگین های دو گروه استفاده شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.*

یافته ها: *پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل۲/۴±۱۸/۶۶ و ۳/۰±۱۸/۵۸ بود و پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۱/۷±۱۴/۳۳ و ۳/۰±۱۸/۳۳ بود. نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و بهبود بی خوابی بیماران تاثیر معناداری داشته است (p=۰/۰۰۰۱).*

نتیجه گیری: *نتایج این پژوهش نشان می دهد، درمان فراشناختی با تمرکز بر تکنیک هایی که بطور مستقیم نشانه های بیماری را هدف می گیرد و نشخوار فکری اصلاح و تعدیل می نماید می تواند در درمان بیماران مبتلا به بی خوابی موثر باشد.*

واژه های کلیدی: *بی خوابی، نشخوار فکری، درمان فراشناختی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۲): ۳۱۹-۳۲۷
Journal of North Khorasan University 2015;7(2):319-327

وصول: ۹۳/۱۱/۲۹
اصلاح: ۹۴/۳/۶
پذیرش: ۹۴/۵/۲۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

خواب یک حالت منظم، تکرارشونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانیسم است و با بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک های خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می شود [۱] کنترل دقیق خواب جزء مهمی از کار بالینی است چرا که اختلال خواب غالبا از علایم زودرس بیماری روانی است. بی خوابی[1] شایعترین نوع اختلال خواب محسوب می شود که عبارت است از اشکال در شروع یا دوام خواب و یا شکایت از خوابی که انرژی بخش نیست [۱،۲] زمانی که ملاک های DSM-IV-TR و ICSD را با ملاک هایی که اختصاصاً در تحقیقات بالینی مورد استفاده واقع می شود ترکیب کنیم می توانیم بی خوابی را اینگونه تعریف کنیم:

- ابراز نارضایتی از خواب
- مشکلاتی در به خواب رفتن یا دوام خواب، بدین معنی که مدت زمانی که فرد احتیاج دارد تا بخواب برود (بیدار ماندن در رختخواب یا نهفتگی خواب) بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد یا کارآمدی خواب پایین تر ۸۵ درصد باشد.
- طول مدت زمان مشکل بی خوابی بیش از ۶ ماه باشد.
- فرد حداقل یکی از موارد زیر را که قابل استناد به بدخوابی باشد در ارتباط با فعالیت های روزمره خود نشان دهد: خستگی، اختلال در عملکرد یا اختلالات خلقی.
- این اختلال خواب (پیامد آن) اختلال معناداری در کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد ایجاد می کند یا سبب پریشانی قابل ملاحظه ای در او گردد [۳].

از آنجایی که در مطالعات مختلف، اثر سوء بی خوابی بر تغییرات روانی [۴]، شرایط سلامت عمومی [۵]، احساس رضایت از زندگی [۶]، اخلاق [۷] و کیفیت انجام وظایف و کار فرد [۸،۹] نشان داده شده است و نیز با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در انواع بیماری ها، توجه بسیاری به سمت بررسی اختلالات خواب و بی خوابی و عوامل مرتبط و درمان آن در طی ۱۰ سال گذشته معطوف شده است [۱۰] و طب خواب در طب نوین جایگاه ویژه ای یافته است، به گونه ای که در کشور های پیشرفته کمتر بیمارستان و شهری را می توان یافت که به این مهم به طور جدی نپرداخته باشد [۱۱].

حدود یک سوم بزرگسالان در دنیا دچار اختلال خواب هستند. این مشکل با بالا رفتن سن و اضافه شدن بیماری های مزمن تشدید می گردد و تا حدود ۶۹ درصد افزایش می یابد [۱۲،۱۳]. بر اساس بررسی های به عمل آمده شکایت از آشفتگی خواب و بی خوابی، موضوعی شایع است ولی این افراد کمتر به دنبال درمان می روند [۱۴]. درمان رایج بی خوابی در حال حاضر درمان دارویی و استفاده از خواب آورهایی چون بنزودیازپین ها می باشد. اما با توجه به عوارض جانبی این داروها توصیه شده است که نهایتا تا ۴ هفته متوالی می تواند مورد استفاده قرار گیرد و باید پس از آن جهت استفاده مجدد وقفه داده شود که منجر به عود بی خوابی خواهد شد [۱۵]. از روش های غیر دارویی مورد استفاده می توان به تغییر در سبک زندگی، لمس درمانی، یوگا، طب سوزنی، نور درمانی، ریلکسیشن و درمان شناختی رفتاری اشاره کرد [۱۶،۱۷]. درمان کوتاه مدت دیگری که معطوف به مشکل است و می تواند بر روی این بیماران مورد استفاده قرار بگیرد درمان فراشناختی است [۱۸]. با توجه به اینکه یکی از مولفه های موثر در بی خوابی نشخوار افکار منفی می باشد که باعث اختلال در مرحله گذار بیداری به خواب می شود [۲،۱۵] توجه به شناخت های بیمار و فرایند پردازش اطلاعات در خصوص مشکل می تواند مفید واقع شود. بطور خلاصه درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که اختلال روانشناختی به دلیل اثرات سبک تفکر یعنی سندرم شناختی-توجهی بر تجربه های هیجانی و دانش تداوم می یابد [۱۹]. سندرم شناختی-توجهی از راه های خاصی موجب تداوم برداشت منفی فرد از خود و ادراک تهدید می شود. سندرم شناختی توجهی با فعال سازی باورهای فراشناختی منفی و مثبت سروکار دارد و تفکیک سطح فراشناختی از سطح شناختی معمولی بر این امر دلالت دارد که تجربه ی رخداد های درونی از قبیل افکار، باورها و هیجانها می تواند به سبک شناختی یا فراشناختی تعلق داشته باشد [۲۰]. این امر طیف وسیعی از امکانات را برای درمان فراهم می سازد. بدین ترتیب که درمان باید بر تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه های جایگزین

1-Insomnia

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

تجربه کردن و مقابله با رخداد های درونی متمرکز شود. نشخوار فکر خصیصه ی اصلی سندرم شناختی-توجهی است که در پاسخ به گفتار منفی و تجربه ی فقدان فعال می شود [۲۱،۲۲]. نشخوار فکری در اختلال خواب حاوی مضامینی چون نگرانی مفرط در مورد توانایی برای خوابیدن، تلاش برای خالی کردن ذهن یا نشخوار پیرامون مسایل روزمره که موجب ناتوانی فرد در به خواب رفتن می شود [۱۸،۲۳] در مطالعه ای که توسط گرالدسون و بیشاپ (۲۰۰۹) انجام گرفت دریافتند که بیماران مبتلا به بی خوابی سوگیری توجه به مسایل استرس زا دارند و پیش از شروع خواب درگیر افکار استرس زا می شوند که بعد از مدتی بصورت نشخوار فکری درامده و وجود نشخوار افکار موجب مزمن شدن اختلال بی خوابی بیمار می شود [۲۴]. در پژوهش دیگری ولز (۲۰۱۱) نشخوار های فکری را در بیماران مبتلا به بی خوابی بررسی کرد و یافت که افراد مبتلا به این اختلال معتقدند که قادر به کنترل افکار خود نیستند. این همان چیزی است که در دانش فراشناختی به آن فراشناخت های منفی اطلاق می شود. در همین مطالعه زمانی که دیدگاه بیماران نسبت به نشخوارهای فکری بررسی شد مشخص شد که بیماران در آغاز وجود نشخوار فکری را مفید تلقی می نمودند یعنی باور داشتند که نشخوار فکری می تواند در مقابله با استرس زندگی روزمره برایشان مفید باشد [۲۳].

با توجه به بغرنج بودن مساله بی خوابی و مشکلات روانی فراوانی که همایند این اختلال می باشد و بعلت طولانی بودن سایر درمان های روان شناختی مثل روانکاوی و شناختی- رفتاری و مشکلات درمان دارویی که موجب وابستگی به دارو می شود نیاز به درمانی کوتاه مدت است تا مشکل بی خوابی سریعا اصلاح و تعدیل گردد. علاوه بر این، میزان داده هایی که در خصوص اثربخشی این درمان بر نشخوار افکار گزارش شده می تواند رابطه آن را با اختلال بی خوابی نشان دهد. بنابراین در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی درمان فراشناختی بر اختلال بی خوابی بررسی شود.

روش کار

این پژوهش در چارچوب طرح شبه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه مورد آزمایش تمام بیمارانی بودند که به دو کلینیک روانپزشکی پیدایش و فرهنگ شهر تبریز برای درمان بی خوابی مزمن خود مراجعه کرده بودند. نمونه ای ۳۰ نفره از این جامعه با کمک فرمول حجم نمونه کوکران با در نظر گرفتن معیار های زیر انتخاب شدند: نداشتن مشکلات طبی یا روانی موثر در بی خوابی نظیر آپنه خواب، هیپووانتیلاسیون آلوئولی، میوکلنوس شبانه، پاراسومنیاها، افسردگی، اسکیزوفرن و اختلال اضطرابی. که این عوامل بوسیله یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و یک روانپزشک مورد ارزیابی قرار گرفت. ۳۰ نفر شرکت کننده به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و کنترل جایگزینی شدند از هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد. ولی فقط بر گروه آزمایش درمان فراشناختی انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها شاخص شدت بی خوابی[1] مورین بود. شاخص شدت بی خوابی یک پرسشنامه ی خود گزارش دهی است که ادراک بیمار را از شدت بی خوابی خود می سنجد. این پرسشنامه دارای ۷ آیتم است که مشکل در شروع خواب، زود بیدار شدن از خواب، تداوم خواب، رضایت از الگوی خواب فعلی، اختلال عملکرد در طی روز، قابل توجه بودن مشکل خواب برای دیگران و ناراحتی و پریشانی از مشکل خواب که در یک ماه اخیر در جریان بوده را ارزیابی می کند. نمره ی هریک از آیتم ها از ۰ تا ۴ در مقیاس لیکرت، در نظر گرفته شده است، بنابراین نمره ی کلی آزمون از ۰ تا ۲۸ خواهد بود که نمرات بالاتر شدت بی خوابی را نشان می دهد. اعتبار همسانی درونی ۰/۷۴، روایی همزمان با برگه های ثبت خواب ۰/۶۵، و همبستگی هر سوال با کل آزمون از ۰/۳۸ تا ۰/۶۹ گزارش شده است و اعتبار همسانی درونی آزمون از طریق محاسبه ی آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمده است [۲۵].

گروه مداخله طی ۸ جلسه یک ساعته که در طول ۸ هفته به طول انجامید تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. برنامه جلسات بر این قرار بود: جلسه اول: معارفه، آشنایی با اختلال بی خوابی و عوامل موثر بر آن، جلسه دوم: مفهوم سازی اختلال بی خوابی بر اساس مدل فراشناختی، معرفی مدل، تمرین تکنیک آموزش توجه، ارایه تکلیف خانگی و بحث در خصوص اهمیت آن در فرایند درمانی،

1 -Insomnia severity index

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی، معرفی تکنیک ذهن آگهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و تمرین آن، بحث در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال، ارایه تکلیف خانگی، جلسه چهارم: بررسی تکالیف خانگی اعضا، شناسایی عوامل راه انداز نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه و ارایه تکلیف خانگی، جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، شناسایی و اصلاح فراشناخت های منفی (اعتقاد به کنترل ناپذیر بودن نشخوارها)، تمرین تکنیک ذهن آگهی گسلیده و به تعویق انداختن فکر، ارایه تکلیف خانگی، جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، شناسایی و اصلاح فراشناخت های مثبت (اعتقاد به مفید بودن نشخوارها)، تمرین تکنیک آموزش توجه و ارایه تکلیف خانگی، جلسه هفتم: ارایه خلاصه ای از جلسات و تدوین برنامه ای جدید، جلسه هشتم: انجام برنامه پیشگیری از عود (شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه های مقابله به آن) [۲۱،۲۶،۲۷] یک ماه پس از مداخلات صورت گرفته از دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد. به منظور مقایسه میانگین های دو گروه از ازمون تی زوجی استفاده شد. توصیف و تحلیل داده ها در این مطالعه به وسیله نرم افزار SPSS انجام شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ تعیین شد.

یافته ها

مجموعا ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل مورد سنجش قرار گرفتند. انحراف معیار±میانگین سنی گروه های آزمایش و کنترل به ترتیب۹/۴±۳۰/۲ و ۸/۵±۳۲/۷ بود. متغیرهای دیگر در جدول ۱ مقابسه شده است.

نمره میانگین شاخص شدت بی خوابی مورین قبل از مداخله و پس از مداخله بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۲)، نمره میانگین شاخص شدت بی خوابی گروه آزمایش بصورت معناداری پایین تر از گروه کنترل بود (P=۰/۰۰۰۱).

جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک گروه های مداخله و کنترل

متغیرها	آزمایش	کنترل	P
سن(میانگین±انحراف معیار)	۳۰/۲±۹/۴	۳۲/۷±۸/۵	۰/۴۴۴
جنسیت			
مرد	۸	۸	
زن	۷	۷	۱
وضعیت تحصیلی			
بی سواد	۱ (٪۶/۷)	۴ (٪۲۶/۷)	۰/۴۴۱
ابتدایی،راهنمایی	۶ (٪۴۰)	۶ (٪۴۰)	
دیپلم	۵ (٪۳۳/۳)	۴ (٪۲۶/۷)	
دانشگاهی	۳ (٪ ۲۰)	۱ (٪۶/۷)	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۲: مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	P
گروه کنترل	پیش آزمون	۱۸/۶۶۶۷	۳/۰۸۴۶۶	۰/۲۳۳
	پس آزمون	۱۸/۵۸۰۸	۲/۴۶۶۴۴	
گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۸/۳۳۳۳	۳/۰۵۵۰۵	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۳۳۳۳	۱/۷۲۳۲۸	

مقایسه میانگین نمره خواب قبل از شروع مداخله، ۱ ماه بَعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

بحث

این پژوهش به دنبال آن بود تا تأثیر درمان فراشناختی را بر نشانگان بی خوابی بیمارانی که مبتلا به بی خوابی بودند مورد ارزیابی قرار دهد. پس از آزمون این فرضیه تحقیق با استفاده از روش تی زوجی نتایج نشان داد که بین نمره نشانگان بی خوابی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که اعضای گروه آزمایش پس از شرکت در جلسات درمانی فراشناختی میزان بی خوابی کمتری را گزارش نمودند. بنابراین آزمون فرضیه تحقیق نشان دهنده این است که درمان فراشناختی باعث کاهش نشانگان اختلال بی خوابی می شود. در پژوهش حاضر از درمان فراشناختی به منظور ابزاری برای کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به بی خوابی استفاده شد. نشخوار فکری شروع خواب را به تاخیر می اندازد و موجب استرس و فعالیت سیستم سمپاتیک فرد می شود که این شرایط در تناقض با شرایطی است که باعث ورود فرد به مراحل خواب می شود، فرد از نشخوار فکری بعنوان راه حلی برای مشکلات فکری خود استفاده می کند ولی نتیجه عکس آن خواهد بود و باعث اختلال در نظام فرایند های شناختی (نظام فراشناختی) فرد می شود [۲۴]. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۲ بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی صورت گرفت نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که بیماران دچار اختلالات اضطرابی اغلب از بی خوابی رنج می برند و آنچه باعث این مشکل می شد عدم مواجهه واقعی یا ذهنی با موضوعات استرس زا بود که این عدم مواجهه نشخوار افکار را منجر می شد و نشخوار فکری بی خوابی را تداوم می بخشید [۲۱]. همانند این مطالعه در پژوهش ما ازمودنی ها تمایل به نشخوار افکار منفی در وهله پیش از خواب داشتند و به گفته خود بیماران همین نشخوارهای فکری خواب آن ها را به تاخیر می انداخت.

ولز و پاپاجورجیو (۲۰۱۱) در پژوهشی ۶ بیمار افسرده که علایم بی خوابی نیز داشتند را مورد بررسی قرار دادند و در صدد درمان این بیماران با شیوه فراشناختی برآمدند. نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی بر بی خوابی این بیماران موثر بوده است و توانسته نشانگان بی خوابی را کاهش دهد [۲۸]. ولز و پاپا جورجیو در پژوهش خود به این مطلب اشاره نمودند که آنچه موجب تاثیر درمان فراشناختی بر نشانگان بی خوابی شده است نقش نشخوارهای فکری در ماهیت اختلال بی خوابی است و از سوی دیگر ماهیت درمان فراشناختی بعنوان درمان ساختارمند که قدم به قدم و به صورت اصولی با نشخوارهای فکری مقابله می کند و فرایند های فکری را اصلاح می نماید. این یافته پژوهشی همسو با یافته پژوهش ماست با این تفاوت که پژوهش ما برروی جامعه ای صورت گرفت که آزمودنی ها مبتلا به اختلال بی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

خوابی بودند و شکایت عمده آن ها اشکال در شروع خواب یا تداوم آن بود درحالی که آزمودنی ها در پژوهش ولز و پاپاجورجیو مبتلا به افسردگی اساسی بودند و نشانگان بی خوابی هم آیند با اختلال افسردگی محسوب می شد. شباهت پژوهش ما با پژوهش ولز و پاپاجورجیو در این است که در هردو از تکنیک های فراشناختی برای اصلاح و تعدیل فرایندهای شناختی ناکارآمد بیمار استفاده شده است و این نشان می دهد که اگر درمان روانشناختی بی خوابی معطوف به این باورهای ناکارامد و نشخوارهای فکری بیماران باشد می تواند موثر واقع شود و بی خوابی بیمار مورد بهبودی قرار بگیرد. علاوه بر این، پژوهش ما همسو با پژوهش فریمن (۲۰۱۳) بود. در مطالعه ای که آنها بر روی ۱۱۲ بیمار مبتلا به بی خوابی انجام دادند گزارش نمودند که نشخوار افکار منفی در بروز و تداوم اختلال موثر می باشد، در این پژوهش نشان داده شد که بیماران مبتلا به بی خوابی بر این باورند که این افکار بصورت غیرقابل کنترل می باشند [۲۹]. بنابراین می توان گفت که درمان فراشناختی بر نشانگان بیماران مبتلا بی خوابی موثر است و این تاثیر به ایگونه اتفاق می افتد: الف) بیماران مبتلا به بی خوابی تمایل دارند که در وهله پیش از خواب افکار منفی را برای خود تکرار کنند (این افکار منفی نتیجه استرس های روزمره ان ها است)، ب) تکرار افکار منفی بعد مدتی آنها را تبدیل به نشخوار فکری می کند (تفاوت نشخوار فکری با افکار منفی در غیرقابل کنترل بودن آنهاست)، ج) در این موقعیت بیمار مبتلا به بی خوابی به دنبال درمان برمی آید و وارد درمان فراشناختی می شود. د) درمان فراشناختی با تکیه بر فنونی که نشخوار فکری را کاهش می دهد، فرایند های فکری را اصلاح می کند و کاری می کند که فرد نشخوارهای فکری را تحت کنترل بگیرد، وارد عمل شده و موجب کاهش نشانگان بی خوابی در بیماران می شود.

نتیجه گیری

با ملاحظه عوامل آسیب شناختی که در اختلال بی خوابی مطرح است و اهمیت نشخوار فکری در بروز این اختلال، می شود بیان نمود که با کنترل و تعدیل نشخوار های فکری در بیماران مبتلا به بی خوابی با استفاده از روش فراشناختی می توان گام مهمی در درمان این بیماری برداشت.

به محققان علاقه مند در این حوزه پیشنهاد می شود به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه هایی با حجم بیشتر و در گروه های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. همچنین علاوه بر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی که امکان سوگیری در آن ها محتمل است توصیه می شود که از روش های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری ها به حداقل کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۸۹۹۷۰۵۲۰۲ بوده و توسط دانشگاه دولتی تبریز مورد حمایت قرار گرفته است. لذا از همکاری پرسنل کلینیک های روانپزشکی فرهنگ و پیدایش شهر تبریز صمیمانه تشکر به عمل می آورم. همچنین از پرسنل مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی تشکر و قدردانی می گردد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Wittchen HU, Fehm L, Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of Insomnia, Psychiatr Clin 2001; 24: 617 –41.
2. Sadock BJ, Sadock AV, Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
3. Morin C. M., Savard J., & Ouellet M.-C, Nature and treatment of insomnia, New York,2003; 9: 318-339.
4. Sobel. R.M. , Markov. D, The impact of anxiety and insomnia on physical disease: theworried not-so-well, Current Psychiatry Reports, 2005;7: 206–212.
5. Brions B, Adams N, Strauss M, Rosenberg C, Wholen C, Carskadon M, Relationship between sleepiness and general health status, Sleep, 1996; 19:583-88.
6. Pilker JJ, Ginter DR, Sadowsky B, Sleep quality versus sleep quantity: Relationship between sleep and measures of health, wellbeing and sleepiness in college students, J Psychosom Res. 1997; 42:583-96.
7. Dinges DF, Pack F, Williams K, Gillen KA, Powell JW, Ott JE, Cumulative sleepiness, mood disturbance and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night, Sleep, 1997; 20:267-75.
8. Ulfberg J, Carter N, Talback M, Edling C, Excessive daytime sleepiness at work and subjective work performance in the general population and among heavy snorers and patients with obstructive sleep apnea, Chest, 1996; 110:659-63.
9. Ramsawh HJ, Stein MB, Belik SL, Jacobi F, Sareen J, Relationship of anxiety disorders, sleep quality and functional impairment in a community sample, J Psychiat Res. 2009; 43(10):926-33.
10. Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Tompa G, Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on choronic dialysis. Nephrol Dial Transpl, 2004; 19:1815-22.
11. Dement WC, Talking about our sleep debt, Sleep Rev. 2006; 7:10–3.
12. Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W, Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis, The American journal of medicine, 2006; 119(12):1005-12.
13. Taibi DM, Landis CA, Petry H, Vitiello MV, A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective, Sleep Medicine Reviews, 2007; 11(3): 209-30.
14. Veldi M, Aluoja A, Vesar V, Sleep quality and more common sleep related problems, Sleep Med. 2005; 6(3): 269-75.
15. Benca R, Diagnosis and treatment of chronic Insomnia: A review, Psychiatr Serv. 2005 Mar; 56: 332-343.
16. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Neurology in clinical practice, 4th ed. Oxford: Butterworth-Heinmann,2003:1993-2054.
17. Gooneratne NS, Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in thesis, University of Tarbiat Modares, 2007. [Persian]
18. Saward B, Freeman N, Strauss M, Rosenberg C, Wholen C, Carskadon M, “et al”, Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia, Sleep & Dream, 2010; 19:583-88.
19. Wells A, Cartwright-Hatton S, (2004), A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30, Behavior Research and Therapy, 42, 385–396.
20. Wells A, Metacognitive therapy for depression, New York: The Guilford Press 2006; 105-112.
21. Wells A, Metacognitive practice (affectice & anxity disorder), Mohammad khani, shahram, Tehran: The Varaye danesh Press 2008; 157-170.
22. Wells A, Matthews G, Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model, Behav Res Ther 1996; 34: 881-8.
23. Wells A,Whats meta cognitive therapy? Oxford: Butterworth-Heinmann, 2011; 148:121-6.
24. Geraldson C, Bishop S, Sleep disorders in psychiatry. Metabolism, 2009; 55(10 Suppl 2): 40-4.
25. Bastien CH, Vallie’res A, Morin CM, Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research, Sleep Med .2000 Oct; 2: 297-307.
26. Wells A, Meta-cognitive therapy: A practical guide, (Ch.9: Major depressive disorder), New York: Guilford Press; 2008.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

27.Wells A, Sembi S, Meta cognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment, J Behave Ther Expe n.a. 2004; (35): 307- 318.
28.Papageorgiou C, Wells A, (2011), Depressive rumination: Nature, Theory and Treatmet, England: John Wiley & Sons Inc.
29.Freeman D, Metacognitive believe and sleep disorder, The American journal of medicine, 2013; 119(12):105-123.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Original Article

Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia

Rezaei M [1], Hojjat SK[2], Hatami SE[3], Monadi H[4], Ein beigi E[5]*

[1]MA of psychology clinical, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2]Assistant professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3]MSc of epidemiology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[4]MSc of nursing, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[1]BSc of psychology clinical, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of medical sciences, Bojnurd, Iran.
***Corresponding Author:** Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North khorasan University of Medical Sciences, number 7 south Shariati street,60 plaque, Bojnurd, Iran.
Email: Mehradpsy@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: *Meta-Cognitive therapy is an emerging treatment that supposes reducing rumination as an effective component of psychopathology. The present study is an attempt to consider the effectiveness of this therapy to improve patients with insomnia.*

Material & Methods: *This research performed as quasi-experimental pretest - posttest control group design. Among patients with insomnia referred to a psychiatric clinic in Tabriz, 30 patients were randomly divided into 2 groups: intervention and control. Data were collected with Morin insomnia severity index.*

Results: *The results indicate that meta-cognitive therapy has a significant effect on improving patients with insomnia.*

Conclusion: *The results show that meta-cognitive therapy with focusing on rumination can be effective on treating patients with insomnia.*

Key words: *insomnia , rumination , meta-cognitive therapy*

Journal of North Khorasan University 2015;7(2): 319-327

Recivied:18 Feb 2015
Revised:27 May 2015
Accepted:16 Aug 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]