فصلنامه علمی-پژوهشی **پژوهش در سلامت روانشناختی**، دوره یازدهم شماره اول، بهار ۱۳۹۶

اثربخشی درمان شناختی–رفتاری (اجرای حضوری و اینترنتی) بر راهبردهای تنظیم هیجانی افراد با همبودی بی-خوابی و افسردگی

مریم عظیمی[۱]، علیرضا مرادی[۲]، جعفر حسنی [۳]

تاریخ دریافت:۱۳۹۵/۱۱/۱۱ پذیرش اولیه: ۱۳۹۶/۳/۱۲ پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۳/۲۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی حضوری و مبتنی بر اینترنت بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به همبودی بی‌خوابی با افسردگی بود. طرح پژوهش شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایشی و کنترل بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، چهل و پنج نفر از کارکنان و اساتید دانشگاه که در پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ و پرسشنامه افسردگی بک نمره بالاتر از برش کسب کردند و از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاکهای تشخیصیDSM-۵، افسردگی و بی‌خوابی داشتند، انتخاب شدند. با استفاده از گمارش تصادفی، در هر سه گروه، ۱۵ نفر جایگزین شدند. گروههای آزمایش ۶ جلسه درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی دریافت کردند. نتایج نشان داد اجرای حضوری پروتکل درمان درکاهش نمرات فاجعه‌سازی، افزایش قدرت درک دیدگاه دیگران و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی موثرتر از روش اجراء با استفاده از اینترنت بود. دو گروه آزمایشی در راهبردهای نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران و ملامت خویش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشتند، اما در ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش بین سه گروه تفاوتی دیده نشد. بر اساس یافته‌های پژوهش هر دو شیوه اجرای درمان در بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موثر است.

واژگان کلیدی: بی‌خوابی، درمان شناختی-رفتاری، تنظیم شناختی هیجان، افسردگی

Effectiveness of cognitive behavioral therapy (Face to face and Internet-based) on Emotional Regulation Strategies of individuals with Comorbidity of insomnia and depression

Maryam Azimi, Alireza Moradi, Jafar Hasani

Abstract

The objective of this study was to investigate the effectiveness of face to face and internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Cognitive Emotion Regulation Strategies of individuals with Comorbidity of insomnia and depression. This study employed pretest-posttest and follow-up quasi-experimental designs with two experimental groups and one control group. A convenience sample of ٤٥ university staff and professors who theire score were higher than the cut-off score in PSQT and BDI-II questionnaire was selected by using diagnostic interview based on the DSM-٥ criteria for depression and insomnia. We randomly assigned ١٥ people in to three group. The experimental groups received ٦ sessions of cognitive behavioral therapy for insomnia. The results showed that the face to face procedure was more effective in reducing putting into catastrophizing and increasing perspective- taking, refocus on planning, than internet-based one. The two experimental groups had a significant difference in rumination, “positive refocusing”, “blaming others” and “blaming self compared with the control group. Moreover, the three groups were similar in terms of “positive reappraisal” and “acceptance”. According to the findings, both procedure of treatment was effectively improved the cognitive emotion regulation strategies.

Keywords: insomnia, cognitive behavioral therapy, cognitive emotion regulation, insomnia, depression

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. (نویسنده مسئول) گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، Moradi۹۰@yahoo.com

۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

مقدمه

بی‌خوابی مزمن یک مشکل شایع در مراقبت‌های اولیه سلامت بوده و بی‌خوابی در جمعیت عمومی رو به افزایش است. افراد مبتلا به بی‌خوابی اغلب بهره‌ی کافی از خواب به دست نمی‌آورند (باتلیوز، کایل، اسپی، کولین و برومن،[۱] ۲۰۱۳). بین۳۰ تا ۴۸ درصد جمعیت، در سطح علائم، بی‌خوابی را گزارش کرده‌اند اما در سطح بی‌خوابی مزمن و شیوع سندرم، بین ۶ تا ۱۵ درصد گزارش شده‌است که این مسئله نشان دهنده‌ی یک چالش عمده در سطح فردی و اجتماعی است (اوهایون، ۲۰۰۲[۲] و دیلی، مورن، لیبلانس، گریگورین و ساوارد[۳]، ۲۰۰۹). بی‌خوابی مزمن بسیار شایع و پرهزینه است، هزینه‌های مستقیم بی‌خوابی مزمن به تنهایی در آمریکا سالانه ۱۳/۹ میلیارد دلار تخمین زده شده است (الیس، کاشینگ و جرمین،[۴] ۲۰۱۵). خواب از فرآیندهای حیاتی، رفتاری و روانی برای عملکرد مناسب ارگانیزم انسان است (یی، شین و شین،[۵] ۲۰۰۶). خواب شبانه، خلق و خو در طول روز، واکنش هیجانی و ظرفیت تنظیم هیجانات مثبت و منفی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و برعکس فعالیت در طول روز بر کیفیت خواب شبانه تاثیر می‌گذارد. از این رو یک تعامل پیچیده میان خواب و تنظیم هیجانی وجود دارد. هنگام محرومیت از خواب، ارتباط بین شبکه‌های عصبی پیش‌پیشانی و بادامه کاهش می‌یابد و همین مساله است که در افراد دچار بی‌خوابی سبب ساز خستگی و تکانشوری است (گرابر و کاسوف[۶]، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان فرایندی است که منجر به تغییر در نوع، شدت، مدت و یا بیان احساسات می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط شده و در به راه اندازی و حفظ رفتار انطباقی و کاهش استرس، و تجربه هیجان‌های منفی و رفتار ناسازگارانه حائز اهمیت است (گرابر و کاسوف، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان عبارت است از تمام فرآیندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند (برت [۷]، ۲۰۱۱). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی، راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری) و راهبردهای ناسازگارانه (ملامت خود، ملامت دیگران، پذیرش، فاجعه سازی و نشخوارگری) تقسیم‌بندی می‌شود (گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون[۸]، ۲۰۰۲). تنظیم نبودن هیجان، کارکرد موثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت مجدداً آشفتگی هیجانی را شدیدتر می‌کند. ناتوانی در کنترل هیجانات منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است (تساوسیز و نیکولاو،[۹] ۲۰۰۵). این راهبردها نقش مهمی در ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری بعد از مواجهه افراد با رویداد استرس‌زا ایفا می‌کنند (رایو، اوردرو، پالازولو، شاریک، فلپس،[۱۰] ۲۰۱۳). اختلال در تنظیم هیجان ناشی از استرس می‌تواند منجر به اختلالات خلقی و اضطرابی شود (هافمن، ساویر، فنگ و اسنانی،[۱۱] ۲۰۱۲). نگرانی مثالی از یک راهبرد تنظیم شناختی هیجان انطباقی است که وقتی بیش از حد شود، ممکن است باعث ابتلا به اختلال در تنظیم هیجان شود. نگرانی در افراد سالم به طور کلی، محدود به تهدیدات بالقوه است که به بهترشدن حل مساله کمک می‌کند (دنیلسون[۱۲]، ۲۰۱۳). نگرانی بیش از حد یکی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار است که منجر به ایجاد و تداوم اختلالات روانی مانند افسردگی می‌شود (الدو و نولن-هوکسما، [۱۳]۲۰۱۱). نگرانی فاجعه‌بار ممکن است یک عامل کلیدی در ایجاد و حفظ اختلال در تنظیم هیجان باشد. نگرانی فاجعه‌بار می‌تواند میانجی اختلالات خواب با آسیب‌شناسی روانی مانند افسردگی باشد. خلق منفی با نگرانی فاجعه بار گسترش پیدا می‌کند. بنابراین اختلالات خواب ممکن است نه تنها تسریع کننده، بلکه تداوم بخش اختلال در تنظیم هیجان از طریق نگرانی فاجعه‌بار شوند (دنیلسون،

۱. Bothelius, Kyhle, Espi, Colin & Broman,
۲. Ohayon
۳. Daley, Morin, LeBlanc, Grégoire & Savard
۴. Ellis, Cushing & Germain
۵. Yi, Shin & Shin
۶. Gruber & Cassoff
۷. Brett
۸. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
۹. Tsaousis & Nikolaou
۱۰. Raio, Orederu, Palazzolo, Shurick & Phelps
۱۱. Hofmann, Sawyer, Fang, and Asnaani
۱۲. Danielsson
۱۳. Aldao & Nolen-Hoeksema

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

۲۰۱۳). چندین مطالعه، تأثیر مخرب نگرانی بر خواب را به رسمیت شناخته‌اند. امروزه، تقریباً تمام مدل‌های بی‌خوابی از جمله مدل شناختی هاروی[۱] نگرانی را به عنوان یک ویژگی جدا نشدنی از اختلال خواب نشان داده‌اند (بابسون و فلدنر،[۲] ۲۰۱۵). نگرانی مرتبط با کار با کیفیت ضعیف خواب همراه است (رودریگوئز مونز، نوتلارز و مورنو جیمنز،[۳] ۲۰۱۱). نگرانی قبل از خواب با مشکل در به خواب رفتن و کیفیت خواب ذهنی ضعیف همراه است (وایز، آنگ، تسلر، کیم و روت[۴]، ۲۰۱۳). همچنین نشخوار فکری ارتباط معنی‌داری با کیفیت کلی خواب حتی بعد از کنترل خلق افسرده دارد. مقایسه بین افرادی که خواب مناسب و افرادی که خواب ضعیف داشتند، نشان داده است افرادی که خواب نامناسب داشتند نمرات بیشتری در مقیاس نشخوار فکری داشتند (بابسون و فلدنر، ۲۰۱۵).

مفهوم نشخوارفکری عبارت است از افکار مکرر و انعطاف ناپذیر درباره رویدادهای گذشته و عوامل استرس‌زا که در همه انواع اختلالات از جمله اختلال استرس پس آسیبی و اختلال بی‌خوابی نقش دارد (کارنی، هاریس، فالکو و ادینگر،[۵] ۲۰۱۳). همچنین ارتباط معنی‌داری بین نشخوارفکری و طولانی شدن زمان بیداری بعد از شروع خواب نشان داده شده است (کارنی، هاریس، موس[۶]و ادینگر، ۲۰۱۰). اگر چه نشخوارفکری و نگرانی به لحاظ پدیدارشناسی[۷] ممکن است مکانیسم‌های شناختی متمایزی باشند اما این تمایز به لحاظ بالینی کمتر معنی‌دار است. اگر چه نگرانی اثر مستقیم بر خواب ندارد، اما اثر نشخوارفکری را تقویت می‌کند (تاکانو، ایجیما و تانو،[۸] ۲۰۱۲). افکار تکرار شونده ممکن است آسیب‌پذیری رایج دیگری برای اختلال خواب و افسردگی ایجاد کند. بیشتر احتمال دارد افراد مبتلا به افسردگی در پاسخ به استرس، به نشخوار فکری بپردازند و این سبک پاسخ با سطوح بالاتری از شدت و عود افسردگی مرتبط است (کالمز و رابرتز،[۹] ۲۰۰۷). با این وجود عقیده بر این است که افکار تکرار شونده متمرکز بر خواب و متمرکز بر خلق ممکن است نشان‌دهنده آسیب‌پذیری‌های مشترکی برای اختلال بی‌خوابی و افسردگی باشند. اگرچه افکار تکرار شونده مختص خواب ممکن است موجب ایجاد و تداوم اختلال خواب شوند، اما سبک تفکر تکراری فراگیر به احتمال بیشتری در علت شناسی افسردگی و یا افسردگی همبود با اختلال بی‌خوابی نقش دارد (بابسون و فلدنر، ۲۰۱۵).

یکی از روشهای موثر درمان بی‌خوابی، درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی[۱۰] است. درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی شامل مولفه‌های محدود کردن یا محدودیت خواب[۱۱]، کنترل محرک، بازسازی شناختی، بهداشت خواب و پیشگیری از عود است (کوکاین[۱۲]، ۲۰۱۵). پیشرفت‌های تکنولوژی جدید در سال‌های اخیر زمینه‌ساز استفاده از اینترنت برای آموزش درمان شناختی-رفتاری شده است. دبراین، اورت، بوگلس و میجر[۱۳] (۲۰۱۴) در پژوهش خود با اشاره به پنج بررسی، اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت را در بهبود بی‌خوابی گزارش کرده‌اند. اولین پژوهش در این زمینه توسط استروم، پترسون و اندرسون[۱۴] (۲۰۰۴) انجام شد. آنها نشان دادند که این شیوه در درمان بی‌خوابی موثر است. استفاده از اینترنت در درمان سلامت روان به علت در دسترس بودن در سراسر جهان رو به افزایش است و مردم به دنبال اطلاعات سلامت روان از طریق اینترنت هستند. از این رو مداخلات مبتنی بر اینترنت یک فرصت منحصر به فرد برای ارائه درمان به بخش بزرگی از جمعیت است. همانطور که اشاره شد، یکی از آسیبهای بی‌خوابی اختلال در راهبردهای تنظیم هیجان است، اختلال در تنظیم هیجان منجر به اختلالات خلقی، اضطرابی و به کارگیری شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای می‌شود؛ بر این اساس در درمان بی‌خوابی ضروری است

۱. Harvey's cognitive model of insomnia
۲. Babson & Feldner
۳. Rodríguez-Muñoz, Notelaers & Moreno-Jiménez.
۴. Weise
۵. Carney, Harris, Falco & Edinger
۶. Moss
۷. phenomenologically
۸. Takano, Iijima & Tanno
۹. Calmes & Roberts
۱۰. cognitive behavioral therapy for insomnia
۱۱. Sleep restriction
۱۲. Cockayne
۱۳. Bruin, Oort, Bögels & Meijer
۱۴. Ström, Pettersson & Andersson

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

تا از طریق درمان بی‌خوابی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد نیز اصلاح شود که نقش کلیدی در بروز و تثبیت اختلالات دارد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی به دو شیوه حضوری و با استفاده از اینترنت بر روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به همبودی بی‌خوابی و افسردگی است.

روش

طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل است.

الف)جامعه و نمونه

جامعه آماری کلیه کارکنان و اساتید دانشگاه بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از آنها که در پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ و پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) نمره بالاتر از برش کسب کرده و همچنین از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-۵ افسردگی و بی‌خوابی داشتند و بعد از همتاسازی انتخاب شدند. همه شرکت-کنندگان رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را پر کردند. از طریق گمارش تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایشی اول (درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی حضوری) ۱۵ نفر در گروه آزمایشی دوم (درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت) و ۱۵ نفر در گروه کنترل (هیچ درمانی دریافت نمی‌کردند) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از، تشخیص بی‌خوابی و افسردگی، داشتن مدرک کارشناسی ارشد و دکتری، اشتغال به کار بودن در دانشگاه و نداشتن بیماری روان پزشکی. ملاک های خروج عبارت بودند از عدم رضایت به ادامه درمان، ابتلا به اختلالات خواب (آپنه، سندرم پاهای بی‌قرار، اختلال حرکت متناوب پا، اختلال رفتار خواب رم)، بی خوابی ثانویه به مصرف داروهای خواب و داروهای اعتیادآور. ابتدا اعتبار و روایی پروتکل درمان از طریق مطالعه مقدماتی[۱] مورد سنجش قرار گرفت. هر سه گروه سه بار فرم کوتاه پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان را پر کردند. اولین سنجش قبل از درمان، دومین سنجش بعد از آخرین جلسه‌ی درمان و سومین سنجش یک ماه بعد از درمان انجام شد.

ب)ابزار

۱- **پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ[۲]:** این پرسشنامه توسط بایسی و همکاران (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در بزرگسالان ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۸ سوال است و کیفیت خواب را با در نظر گرفتن ۷ ویژگی (کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کارایی خواب، اختلالات خواب و اختلال عملکرد روزانه) در طول یک ماه بررسی می‌کند. پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده‌اند که ۰=وضعیت طبیعی، ۱=مشکل خفیف، ۲=مشکل متوسط و ۳=مشکل شدید را نشان می‌دهد. حاصل جمع نمره‌ی مقیاسهای هفت گانه، دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است که نمره کلی ۵ یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب قلمداد می‌گردد. پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی =آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (بایسی، رینولدس، مونک، برمنر و کاپفر،[۳] ۱۹۸۹). در ایران پایایی این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است (مکرمی، کاکویی، ده‌دشتی، جهانی و ابراهیمی، ۲۰۱۰).

۲- **نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک[۴]**: این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد، بنابراین نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. بک استیر و کاربین (۱۹۹۷) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران طی تحقیقی با نمره کل ۰/۷۹، انحراف استاندار ۷/۹۶، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۳ بود (قاسم زاده، مجتبایی، کرم قدیری و ابراهیم خانی، ۲۰۰۵).

[۱]. Pilot study

[۲]. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
[۳]. Buysse, Reynolds, Monk, Bermaner & Kupfer
[۴]. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

۳- **پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان**[۱]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون در سال ۲۰۰۲ تدوین شده است. این پرسشنامه برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود و افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است و برای افراد بالای ۱۲ سال قابل اجرا است. این پرسشنامه ۹ خرده مقیاس (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران) را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات از ۱ تا ۵ است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد (گارنفسگی، کرایج، اسپاینهاون، ۲۰۰۲). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط حسنی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است که اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۲۰۱۱).

۴- **مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته**[۲] **(SCID)**: یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM فراهم می‌آورد. نیمه ساختار یافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخهای مصاحبه شونده دارد و به همین دلیل مصاحبه‌گر در زمینه آسیب شناسی روان باید دانش و تجربه بالینی داشته باشد. به علاوه یکی از اهداف سازندگان این ابزار طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختار یافتگی، استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد. شریفی و همکاران پایایی قابل قبول تشخیص‌ها با نسخه فارسی این ابزار مصاحبه و قابلیت اجرای مطلوب آن را نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص گذاری‌های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود (شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی، سمنانی و همکاران، ۲۰۰۷)

۵ - **درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی**[۳] **(CBT-I)**: این درمان بر اساس پروتکل CBT-I ادینگر[۴] و کارنی (۲۰۱۵) انجام شد. روش اجرایی درمان به دو شیوه حضوری و مبتنی بر اینترنت بود. چارچوپ درمان کاملاً در هر دو شیوه یکسان بود فقط در روش حضوری، فرایند درمان حضوری و به صورت چهره به چهره انجام شد. درمان مبتنی بر اینترنت از طریق تلگرام و ایمیل انجام شد.

۱. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (*CERQ*)
۲. Structured Clinical Interview for DSM
۳ cognitive behavioral therapy for insomnia
۴. Edinger

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

جلسه	محتوا
اول (ارزیابی بی‌خوابی)	الف: ارزیابی ماهیت بی‌خوابی و مناسب بودن روش درمانیCBT ب: تعیین معیارهای ارزیابی یادداشتهای روزانه خواب بیمار (قبل از درمان)
دوم (معرفی اجزای درمان رفتاری اولیه)	الف: معرفی منطق درمانی و معیار آموزش خواب ب: معرفی قانونهای خواب-رژیم رفتاری بی‌خوابی ج: محاسبه زمان مجاز برای ماندن در تختخواب د: ارائه‌ی آموزش‌های اصلی بهداشتی خواب و: مدیریت انتظارات بیمار و پایبندی به درمان ز: تکلیف خانه
سوم (معرفی راهبردهای درمانی شناختی)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد یادداشتهای مربوط به خواب بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: پایه و منطق درمان شناختی برای بیمار ج: بحث در خصوص تکنیک نگرانی سازنده
چهارم (ادامه درمان شناختی)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد کار برگ نگرانی سازنده بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: بحث در خصوص تکنیک ثبت افکار ج: تکلیف خانه
پنجم (پیگیری / حل مسئله)	الف: مرور و اظهار نظر در مورد کار برگ نگرانی سازنده و ثبت افکار بیمار و نشان دادن پیشرفت ب: تعدیل توصیه‌های مربوط به زمان مجاز برای ماندن در تختخواب ج: مرور و تشویق تبعیت از برنامه درمانی و: حل مسئله- بخش رفتاری ه: حل مسئله- بخش شناختی ز: درمان افسردگی
ششم (بررسی پایان دوره درمان)	الف: بررسی روند درمان افسردگی ب: مرور کلی فرآیند درمان

شکل ۱: خلاصه و جریان ارزیابی کلی و مداخله درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۴۵ نفر بودند. گروه کنترل [فوق لیسانس (۴ نفر زن، ۳ نفر مرد)، دانشجوی دکتری (۳ نفر زن، ۲ نفر مرد) و دکتری (۲ نفر زن، ۱ نفر مرد)]، گروه اجرای حضوری [فوق لیسانس (۶ نفر زن،۲ نفر مرد)، دانشجوی دکتری (۲ نفر زن، ۲ نفر مرد) و دکتری (۱ نفر زن، ۲ نفر مرد)] و گروه اجرای اینترنتی [فوق لیسانس (۶ نفر زن، ۱ نفر مرد)، دانشجوی دکتری (۴ نفر زن، ۲ نفر مرد) و دکتری (۱ نفر زن، ۱ نفر مرد)] بود.

جهت مشخص کردن تاثیر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی حضوری و درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر اینترنت در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به بی‌خوابی همبود با افسردگی از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. علت استفاده از تحلیل واریانس مختلط ترکیب تحلیل متغیرهای بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی می‌باشد. در اینجا یک عامل بین گروهی (دو گروه آزمایش و گروه کنترل) و یک عامل درون گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وارد مدل شدند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروه را نشان می‌دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه کنترل ، درمان شناختی-رفتاری اجرای حضوری و اینترنتی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
ملامت خویش	کنترل	۱۱/۷۳	۲/۷۸	۱۰/۱۳	۲/۴۷	۱۰/۳۳	۱/۸۷
	ICBT-I	۱۱/۶۰	۲/۵۰	۷/۸۷	۱/۳۰	۸/۲۷	۱/۳۳
	CBT-I	۱۰/۴۷	۲/۰۳	۸/۳۳	۱/۷۹	۸/۵۳	۱/۸۴
پذیرش	کنترل	۱۱/۲۷	۱/۳۳	۱۱/۴۰	۱/۶۳	۱۱/۴۷	۱/۶۴
	ICBT-I	۱۱/۴۷	۲/۰۶	۱۳/۰۷	۲/۸۶	۱۳/۵۳	۲/۲۶
	CBT-I	۹/۸۰	۲/۳۶	۱۱/۱۳	۰/۹۲	۱۱/۴۷	۱/۵۹
نشخوار فکری	کنترل	۱۳/۶۷	۲/۳۲	۱۲/۶۰	۱/۹۲	۱۲/۶۷	۱/۹۵
	ICBT-I	۱۳/۶۰	۲/۰۲	۹/۹۳	۱/۲۸	۱۰/۰۷	۱/۱۰۰
	CBT-I	۱۳/۲۷	۱/۸۷	۹/۲۷	۱/۱۶	۱۰/۱۳	۱/۵۰
تمرکز مجدد مثبت	کنترل	۹/۱۳	۱/۶۸	۹/۶۷	۱/۳۴	۹/۹۳	۱/۵۸
	ICBT-I	۹/۶۷	۱/۹۵	۱۲/۰۷	۱/۶۶	۱۲/۳۳	۱/۴۴۷
	CBT-I	۱۰/۰۷	۲/۴۳	۱۱/۸۰	۲/۵۱	۱۲/۰۰	۲/۲۶
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	کنترل	۱۱/۱۳	۱/۴۰	۱۱/۳۳	۱/۷۱	۱۱/۸۰	۱/۴۷
	ICBT-I	۱۲/۴۰	۲/۴۴	۱۱/۸۰	۱/۹۷	۱۱/۷۳	۱/۹۴
	CBT-I	۱۳/۳۳	۲/۳۵	۱۲/۸۷	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۱/۶۸
ارزیابی مجدد مثبت	کنترل	۹/۱۳	۱/۷۲	۹/۶۷	۱/۲۳	۹/۶۷	۱/۴۹
	ICBT-I	۸/۹۳	۲/۱۲	۱۱/۵۳	۲/۸۲	۱۱/۲۰	۲/۲۴
	CBT-I	۹	۲/۲۳	۱۱/۸۰	۳/۵۹	۱۲/۱۳	۲/۴۱
دیدگاه گیری	کنترل	۱۰/۲۷	۱/۱۰	۱۰/۸۷	۱/۸۸	۱۰/۶۰	۱/۹۵
	ICBT-I	۱۱/۵۳	۳/۷۲	۱۱/۰۷	۲/۷۸	۱۱/۱۳	۱/۸۸
	CBT-I	۱۱/۶۰	۲/۸۷	۱۴	۱/۹۲	۱۴/۰۷	۱/۳۸
فاجعه سازی	کنترل	۱۱/۴۷	۱/۵۹	۱۰/۶۷	۱/۶۳	۱۱/۰۷	۱/۶۶
	ICBT-I	۱۱/۸۷	۲/۲۹	۹/۸۰	۱/۵۲	۱۰/۰۰	۱/۴۶
	CBT-I	۱۱	۲/۳۶	۹/۲۰	۱/۱۴	۹/۲۰	۱/۴۷
ملامت دیگران	کنترل	۱۱/۲۰	۱/۹۷	۹/۹۳	۲/۱۸	۹/۸۷	۱/۸۴
	ICBT-I	۹/۹۳	۲/۴۳	۷/۴۰	۱/۲۴	۷/۶۷	۱/۱۷
	CBT-I	۸/۸۷	۱/۶۸	۸/۲۷	۱/۲۲	۸/۵۳	۱/۴۵

ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس، نرمال بودن (پیش‌آزمون، p=۰/۶۷۵؛ پس‌آزمون، p=۰/۸۵۷؛ پیگیری، p=۰/۷۷۹) و همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لون (پیش‌آزمون، p=۰/۷۸۷؛ پس‌آزمون، p=۰/۲۲۱؛ پیگیری، p=۰/۴۶۱) بررسی شد و با تایید آنها مفروضه همگنی بین-همبستگی‌ها بوسیله آماره اِم‌باکس مورد آزمون قرار گرفت. از آنجا که این آماره خیلی حساس است سطح محافظه‌کارانه آلفا ۰/۰۰۱ باید استفاده شود. با توجه به نتایج به دست آمده (p=۰/۲۴۵) مشخص شد این مفروضه برقرار است. برای تحلیل واریانس مختلط، همسانی کوواریانس‌ها ضروری است، آزمون کرویت موچلی برای بررسی این مفروضه استفاده شد. برای تحلیل واریانس مختلط از آزمون محافظه کارانه‌ی گرین هاوس گیسر استفاده شد. مقدارF و معناداری میانگین‌ها در جدول ۲

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

ارائه شده است. با توجه به جدول ۲ نتایج نشان داد که F به دست آمده از تاثیر درمان روی گروه‌ها در خرده مقیاس‌های (دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت و ملامت خویش) به جز خرده مقیاس ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش در سه سطح اندازه‌گیری (پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است. در واقع، روند تغییر میانگین نمرات (دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت) گروه‌های آزمایش در این شاخص‌ها رو به افزایش بود و روند تغییر میانگین نمرات (فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و ملامت خویش) گروه‌های آزمایش در این شاخص‌ها رو به کاهش بود.

جدول ۲: تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری مکرر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای بررسی تغییرات درون آزمودنی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

متغیرها	آزمون موچلی		منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
	درجه آزادی	سطح معنی داری							
ملامت خویش	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص ملامت خویش	۱۶۸/۰۵۹	۱/۴۱۳	۱۱۸/۸۳۷	۳۷/۳۷۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷۱
			شاخص ملامت خویش*گروه	۲۲/۴۳۰	۲/۸۲۶	۷/۹۳۷	۲/۴۹۴	۰/۰۷۲	۰/۱۰۶
			خطا	۱۸۸/۸۴۴	۵۹/۳۴	۳/۱۸	---	---	---
پذیرش	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص پذیرش	۴۲/۷۱۱	۱/۴۷	۲۸/۸۹	۱۳/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۲۴۱
			شاخص پذیرش*گروه	۱۶/۱۷۸	۲/۹۵	۵/۴۷	۲/۵۲	۰/۰۶۶	۰/۱۰۷
			خطا	۱۳۴/۴۴	۶۲/۰۸	۲/۱۶	---	---	---
نشخوار فکری	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص نشخوار فکری	۲۲۶/۹۷	۱/۵۰	۱۵۰/۵۳	۵۹/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸
			شاخص نشخوار فکری*گروه	۴۶/۳۱۱	۳/۰۱	۱۵/۳۵	۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
			خطا	۱۵۹/۳۸	۶۳/۳۲	۲/۵۱	---	---	---
تمرکز مجدد مثبت	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص تمرکز مجدد مثبت	۸۵/۷۲	۱/۲۳	۶۹/۵۵	۱۷/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹
			شاخص تمرکز مجدد مثبت*گروه	۱۷/۸۰	۲/۴۶	۷/۲۱	۱/۸۲	۰/۱۶۰	۰/۰۸۰
			خطا	۲۰۵/۰۶	۵۱/۸۰	۳/۹۵	---	---	---
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲/۱۷	۱/۳۴	۱/۶۱	۰/۶۳	۰/۴۷	۰/۰۱۵
			شاخص تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی*گروه	۹/۵۱	۲/۶۹	۳/۵۳	۱/۳۹	۰/۲۵۶	۰/۰۶۲
			خطا	۱۴۳/۶۴	۵۶/۵۵	۲/۵۴	---	---	---
ارزیابی مجدد مثبت	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص ارزیابی مجدد مثبت	۱۱۷/۳۴	۱/۳۱	۸۹/۱۵	۲۴/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۳۶۸
			شاخص ارزیابی مجدد مثبت*گروه	۳۴/۳۸	۲/۶۳	۱۳/۰۶	۳/۵۸	۰/۰۲۴	۰/۱۴۶
			خطا	۲۰۱/۶۰	۵۵/۲۸	۳/۶۴	---	---	---
دیدگاه گیری	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص دیدگاه گیری	۲۰/۳۲	۱/۱۴	۱۷/۷۷	۳/۵۳	۰/۰۶۱	۰/۰۷۸
			شاخص دیدگاه گیری*گروه	۴۳/۵۴	۲/۲۸	۱۹/۰۳	۳/۷۸	۰/۰۲۵	۰/۱۵۳
			خطا	۲۴۱/۴۶	۴۸/۰۳	۵/۰۲	---	---	---
فاجعه سازی	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص فاجعه سازی	۶۴/۴۵	۱/۰۷	۶۰/۰۲	۱۸/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۰
			شاخص فاجعه سازی*گروه	۱۱/۷۱	۲/۱۴	۵/۴۵	۱/۶۵	۰/۲۰۰	۰/۰۷۳
			خطا	۱۴۸/۴۸	۴۵/۱۰	۳/۲۹	---	---	---
ملامت دیگران	۲	۰/۰۰۰	اثر اصلی شاخص فاجعه سازی	۵۸/۴۱	۱/۱۶	۵۰/۳۱	۱۹/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۳۱۹
			شاخص فاجعه سازی*گروه	۱۹/۳۶	۲/۲۳	۸/۳۳	۳/۲۵	۰/۰۴۰	۰/۱۳۴
			خطا	۱۲۴/۸۸	۴۸/۷۵	۲/۵۶	---	---	---

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

برای بررسی تاثیر دو شیوه درمان با گروه کنترل در واقع تغییرات بین آزمودنی با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری مکرر نیز محاسبه شد. جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار بین سه گروه در سطح (p<۰/۰۵) در خرده مقیاس‌های دیدگاه-گیری، فاجعه‌سازی و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت و ملامت خویش وجود دارد.

با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی مشخص شد اجرای حضوری درکاهش نمرات فاجعه‌سازی و افزایش نمرات دیدگاه‌گیری و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی موثرتر از اجرای اینترنتی بود. دو گروه آزمایشی در خرده‌مقیاس نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، ملامت دیگران و ملامت خویش با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشتند. همچنین در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش بین سه گروه تفاوتی دیده نشد. میانگین نمرات پیگیری نشان داد که اثر درمان در خرده مقیاس‌های مذکور پایا بوده‌است.

جدول ۳: خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس یک راهه با اندازه گیری معیارهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای بررسی تغییرات بین آزمودنی

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ملامت خویش	اثر اصلی گروه	۷۲/۹۹	۲	۳۶/۴۹	۴/۴۷	۰/۰۱۷	۰/۱۷۶
	خطا	۳۴۲/۲۲۲	۴۲	۸/۱۴۸	---	---	---
پذیرش	اثر اصلی گروه	۸۴/۳۱	۲	۴۲/۱۵۵	۴/۶۸	۰/۱۵	۰/۱۸۲
	خطا	۳۷۸/۰۸	۴۲	۹/۰۰	---	---	---
نشخوار فکری	اثر اصلی گروه	۱۱۴/۳۱	۲	۵۷/۱۵	۱۱/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۳۴۴
	خطا	۲۱۷/۹۵	۴۲	۵/۱۸	---	---	---
تمرکز مجدد مثبت	اثر اصلی گروه	۹۱/۳۹	۲	۴۵/۶۹	۷/۳۸	۰/۰۰۲	۰/۲۶۰
	خطا	۲۵۹/۸۶	۴۲	۶/۱۸۷	---	---	---
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	اثر اصلی گروه	۵۲/۵۷	۲	۲۶/۲۸	۳/۳۳	۰/۰۴۵	۰/۱۳۷
	خطا	۳۳۱/۴۲۲	۴۲	۷/۸۹	---	---	---
ارزیابی مجدد مثبت	اثر اصلی گروه	۵۲/۹۹	۲	۲۶/۴۹	۲/۳۶	۰/۱۰۶	۰/۱۰۱
	خطا	۴۷۰/۰۰	۴۲	۱۱/۱۹۰	---	---	---
دیدگاه گیری	اثر اصلی گروه	۱۷۰/۲۳	۲	۸۵/۱۱	۸/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶
	خطا	۴۲۵/۷۳	۴۲	۱۰/۱۳	---	---	---
فاجعه سازی	اثر اصلی گروه	۳۶/۵۴	۲	۱۸/۲۷	۳/۳۸	۰/۰۴۳	۰/۱۳۹
	خطا	۲۲۶/۴۴	۴۲	۵/۳۹	---	---	---
ملامت دیگران	اثر اصلی گروه	۱۰۸/۱۴	۲	۵۴/۰۷	۸/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵
	خطا	۲۵۸/۴۴	۴۲	۶/۱۵	---	---	---

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که اجرای حضوری در افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری) و کاهش به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران و ملامت خویش) موثر تر از شیوه اینترنتی اجرای درمان بوده است. اجرای اینترنتی در ارتقاء راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت) و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند نشخوار فکری، ملامت دیگران و ملامت خویش) موفق بوده است. با توجه

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

به نتایج به دست آمده تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو شیوه اجرای حضوری و اینترنتی درمان شناختی رفتاری در ارتقاء و بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دیده نشد.

نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی باعث افزایش کیفیت خواب شده و از آنجایی که خواب و تنظیم هیجان ارتباط مستقیم با هم دارند، بنابراین ارتقاء خواب باعث ارتقاء راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شده است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، راه‌های کنار آمدن فرد با موقعیتهای استرس‌زا می‌باشند (سزیگل، بوکزنی و بازین اسکا،[1] ۲۰۱۲). افرادی که در مواجهه با مشکلات زندگی درگیر نشخوار فکری می‌شوند و آن را فاجعه‌بار می‌دانند و تسلیم این افکار می‌شوند، کیفیت خواب ضعیف و احساسات منفی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، بی‌خوابی منشاء نشخوار فکری درباره خواب است که موقع خواب سراغ فرد می‌رود و این مسئله باعث افزایش ساعت بیداری در شب می‌شود. لذا کیفیت پایین خواب باعث استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند. در واقع ارتباط خواب و تنظیم هیجان دوسویه است. پژوهش‌های گذشته نشان داد، محرومیت از خواب اتصال بین پیش پیشانی و بادامه را مختل می‌کند و باعث اختلال در تنظیم هیجان می‌شود (گرابر و کاسوف، ۲۰۱۴). محرومیت از خواب دو فرایند حافظه هیجانی وابسته به خواب را که در تثبیت حافظه هیجانی و تضعیف حافظه عاطفه منفی نقش دارند، به طور همزمان مختل می‌کند (واکر و وندرهلم[2]، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد محرومیت از خواب در تجربه هیجان و واکنش هیجانی روز بعد، که بخشی از تنظیم هیجان است، نقش کلیدی دارد. محرومیت از خواب واکنش به استرس را تغییر می‌دهد. وقتی افراد پس از یادگیری خوب بخوابند حافظه بهتری برای تجربه‌های هیجانی نشان می‌دهند. این خاطرات با کاهش واکنش پذیری بادامه همراه است. این فرایند می‌تواند این مسئله را توجیه کند که چگونه اختلال خواب می‌تواند با اختلال در تنظیم هیجان در ایجاد نشانه‌های اختلالهای مانند بی‌خوابی و افسردگی رابطه داشته باشد (دنیلسون، ۲۰۱۳).

در این پژوهش درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی هم باعث افزایش کیفیت خواب و هم کاهش افسردگی شد. درمان شناختی-رفتاری برای بی‌خوابی در بازسازی نگرش‌های ناکارآمد درباره خواب (روان، دولان، براموث، روزنتال و تیلور، ۲۰۱۲) و نگرانی مختص خواب (سانهد و جانسون- فروجمارک، ۲۰۱۴) و برانگیختگی شناختی مؤثر است. افراد مبتلا به بی‌خوابی در سرکوب کردن فعالیت‌های ذهنی هنگام خوابیدن ناتوانند؛ پدیده ای که از آن در اغلب مدل‌های شناختی بی‌خوابی با عنوان برانگیختی شناختی خواب یاد می‌شود (هاروی، تانگ و برونینیگ[3]، ۲۰۰۵). بی‌خوابی منعکس‌کننده اختلال در تعادل بین سه فرآیند تنظیم خواب شامل سیستم تعادل، سیستم شبانه‌روزی و سیستم برانگیختگی است (یانگ، اسپیلمن وگلووینسکی[4]، ۲۰۰۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای حضوری باعث کاهش استفاده از راهبرد فاجعه‌سازی شده است. از لحاظ نظری ، وقتی نگرانی ناسازگارانه یا فاجعه‌بار می‌شود، یک حلقه فیدبک منفی خود تقویت‌کننده ممکن است ایجاد شود. در نتیجه نگرانی فاجعه‌بار تکراری ممکن است یک آسیب پذیری شناختی و یا آمادگی برای افراد مستعد ابتلا به اختلالاتی مثل افسردگی شود و افسردگی هم باعث تقویت نگرانی فاجعه‌بار می‌شود (آبلا و هانکین، ۲۰۰۸[5]). در این پژوهش بهبود بی‌خوابی و افسردگی باعث بهبود راهبرد فاجعه‌سازی و کاهش نگرانی فاجعه بار شد. راهبرد تنظیم شناختی هیجان دیگری که تحت تاثیر درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی اجرای حضوری و مبتنی بر اینترنت بهبود یافت، نشخوار فکری بود. نشخوارفکری پیش از خواب بر کیفیت خواب اثر می‌گذارد، هر چند نشخوارفکری یکی از پیش‌بینی‌کننده های پایدار در مشکلات مربوط به تاخیر شروع خواب است، ارتباط آن با حفظ خواب، خیلی قوی نیست (پیلای

[1]. Szczygiel, Buczny & Bazinska
[2]. Van der Helm
[3]. Harvey, Tang & Browning
[4]. Yang, Spielman & Glovinsky
[5]. Abela & Hankin

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

استنبرگ، سِپسلا، روث و دراک، ۲۰۱۴). ارتباط بین افکار تکرار شونده و آشفتگی خواب منعکس کننده‌ی همبودی بین اختلال بی‌خوابی و افسردگی است. مطالعات نشان می‌دهد که ۶۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی، بی‌خوابی بیمارگون را تجربه می‌کنند (کلوس، زاب و دینگز، ۲۰۰۳). بنابراین شواهد موجود نشان می‌دهد که نه تنها افکار تکرار شونده مشخصه افسردگی است، بلکه همچنین این سبک شناختی با آشفتگی خواب نیز مرتبط است. همچنین افراد افسرده بیشتر از نشخوار فکری، خود سرزنشی و فاجعه‌سازی و کمتر از ارزیابی مجدد مثبت در مواجهه با استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند. استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان باعث تشدید تفکر منفی و تداخل در حل مسئله شده و فرد در معرض خطر از دست دادن حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد. فاجعه‌سازی با مولفه‌های نشخوار فکری، بزرگنمایی و درماندگی ادغام می‌شود و منجر به تحریف شناختی می‌شود که باعث توسعه و تشدید علائم بی‌خوابی و افسردگی می‌شود. در مقابل، ارزیابی مجدد مثبت و یا تولید یک تفسیر مثبت از یک وضعیت و رویداد منفی زندگی باعث کاهش علائم افسردگی و عاطفه منفی می‌شود (دوارت، ماتوس و مارکویس، ۲۰۱۵). ارتباط خواب و تنظیم هیجان یک ارتباط دوسویه است. محرومیت از خواب باعث اختلال در تنظیم هیجان می‌شود و همچنین ناتوانی در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، به ویژه نشخوار فکری و فاجعه‌سازی منجر به افزایش برانگیختگی شبانه و بی‌خوابی می‌شود (گاستلا و مولدز،[1] ۲۰۰۷). همانطور که ذکر شد پژوهش‌ها نشان داد که اختلال در خواب ممکن است باعث اختلال در تنظیم هیجان از طریق فرایندهای شناختی مانند باورهای اشتباه درباره خواب و سوگیری ناسازگار در توجه شود (بگلیونی، لامباردو، باکس، هانسن، سالوتا، بیلو و اسپی،[2] ۲۰۱۰). لذا درمان شناختی- رفتاری می‌تواند با به چالش کشیدن افکار خودکار منفی و باورهای اساسی ناکارآمد و همچنین تغییر الگوهای رفتاری مربوط به خواب، موثر باشد. از آنجایی که شرکت‌کنندگان، اتاق خواب و تختخواب برایشان تداعی کننده تلاش ناموفق برای به خواب رفتن است، وقتی بطور مکرر در معرض چنین شرایطی قرار می‌گرفتند، بی‌خوابی بیشتری را تجربه می‌کردند. از این رو یک الگوی درمانی رفتاری (*کنترل محرک*) برای معکوس کردن این شرطی سازی نامناسب ارائه شد که به افراد کمک کرد اتاق خواب و تختخواب را با خوابیدن تداعی کنند و هیچ کار دیگری غیر از خواب در اتاق خواب انجام ندهند. درمان شناختی رفتاری با هر دو شیوه اجرای حضوری و اینترنتی توانست بر بی‌خوابی و افسردگی شرکت‌کنندکان غلبه کند و در نهایت افراد به تنظیم هیجان برسند.

با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری به عمل‌گرایی معطوف است، نحوه ارائه درمان آن به شکل ساختارمند همراه با آموزش روانشناختی، ارایه تکالیف و ثبت تکالیف بوده که علاوه بر رویکرد چهره به چهره، از طریق اینترنت (تلگرام و ایمیل) هم ارائه می‌شود که در این پژوهش از هر دو روش استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوتی در درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی به دو شیوه اجرای حضوری و مبتنی بر اینترنت در تغییر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان وجود ندارد، یعنی هر دو نحوه ارائه درمان تقریباً تاثیر یکسانی دارند. با این حال درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت می‌تواند به افراد کمک کند که یاد بگیرند چگونه در موارد عود به خود کمک کنند. همچنین به دلیل حجم بالای افرادی که از بی‌خوابی رنج می‌برند و کمبود درمانگر ماهر در زمینه درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی، مشغله کاری مراجعین و نگرانی مراجعین از انگِ رفتن نزد روانشناس و درمانگر این شیوه درمان توصیه می‌شود. با این شیوه افراد مبتلا به بی‌خوابی قادر می‌شوند از درمان و ارتباط با درمانگر را در هر زمان و مکان بهره-مند می شوند.

به هر حال، ارائه‌ی درمان شناختی رفتاری از طریق اینترنت محدودیتهای هم دارد، از جمله اینکه یک برنامه آنلاین ممکن است مناسب برای بیماران دارای ترس از فناوری و افراد کم سواد

[1]. Guastella & Moulds
[2]. Baglioni, Lombardo, Bux, Hansen, Salveta, Biello & Espie

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]
[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

نباشد و همچنین ممکن است نتواند به تمام سوالات کاربران پاسخ دهد. همچنین نمی‌تواند سرنخ‌های غیر کلامی و کلامی ظریف به سوء تفاهم مراجعین را تشخیص دهد. همه مراجعین نمی‌توانند از طریق رایانه‌ها ارتباط برقرار کنند. اما در درمان به روش اجرای حضوری، ارتباط رودر رو مراجع و مشاور می‌تواند در فرایند درمان نقش مهمی داشته باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بیشتری در زمینه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت در درمان اختلالهای دیگر، سایر گروه‌های سنی، با سطح تحصیلات متفاوت نیز صورت پذیرد.

منابع

Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (۲۰۰۷). Cognitive vulnerability to depression *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. ۳۵-۷۸). New York: Guilford Publications.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (۲۰۱۲). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۲۱(۱), ۲۷۶-۲۸۱.

Babson, K. A., & Feldner, M. T. (۲۰۱۵). *Sleep and affect: Assessment, theory, and clinical implications*. United States: Elsevier Science.

Baglioni, C., Lombardo, C., Bux, E., *et al.* (۲۰۱۰). Psychophysiological reactivity to sleep-related emotional stimuli in primary insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, ٤٨(٦), ٤٦٧-٤٧٥.

Blom, K., Jernelöv, S., Kraepelien, M., *et al.* (۲۰۱۵). Internet treatment addressing either insomnia or depression, for patients with both diagnoses: A Randomized trial. *SLEEP*, ۳۸(۲), ۲٦۷–۲۷۷.

Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. A., & Broman, J. (۲۰۱۳). Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*, ۲۲(٦), ٦٨٨-٦٩٦.

Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (۲۰۰۷). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of Depressive and anxious Symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, ۳۱(۳), ۳٤۳-۳٥٦.

Carney, C. E., Harris, A. L., Falco, A., & Edinger, J. D. (۲۰۱۳). The relation between insomnia symptoms, mood, and rumination about insomnia symptoms. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, ۹(٦), ٥٦٧-٥٧٥.

Carney, C. E., Harris, A. L., Moss, T. G., & Edinger, J. D. (۲۰۱۰). Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, ٤٨(٦), ٥٤٠-٥٤٦.

Cockayne, N. L., Christensen, H. M., Griffiths, K. M., *et al.* (۲۰۱٥). The sleep or mood novel Adjunctive therapy (SOMNA) trial: A study protocol for a randomised controlled trial evaluating an internet-delivered cognitive behavioural therapy program for insomnia on outcomes of standard treatment for depression in men. *BMC Psychiatry*, ۱٥(۱), ۱٦-۲۲.

Cropley, M., Rydstedt, L. W., Devereux, J., & Middleton, B. (۲۰۱۳). The relationship between work-related rumination and evening and morning salivary Cortisol secretion. *Stress and Health*, ۳۱(۲), ۱٥۰-۱٥۷.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (۲۰۰۸). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۷٦(٦), ۹۰۹-۹۲۲.

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., & Savard, J. (۲۰۰۹). The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *SLEEP*, ۳۲(۱), ٥٥-٦٤.

Danielsson, N. S. (۲۰۱۳). *Sleep and Emotion: A Developmental Perspective*. Örebro University.

Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (۲۰۱٥). Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: Gender's moderating effect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, ۱٦٥, ۲۷٥-۲۸۳.

Edinger, J. D., & Carney, C. E. (۲۰۱٥). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach Workbook: A cognitive-behavioral therapy approach Workbook* (۲ Ed.). ۱۹۸ Madison Avenue, New York, NY: Oxford University Press, USA.

Ellis, J. G., Cushing, T., & Germain, A. (۲۰۱٥). Treating acute insomnia: A Randomized controlled trial of a “Single-Shot” of cognitive behavioral therapy for insomnia. *SLEEP*, ۳۸(٦), ۹۷۱-۹۷۸.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۲). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies*. Leiderdorp: The Netherlands: DATEC.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (۲۰۰٥). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II. *Depression and anxiety*, ۲۱(٤), ۱۸٥-۱۹۲.

Gruber, R., & Cassoff, J. (۲۰۱٤). The interplay between sleep and emotion regulation: Conceptual framework empirical evidence and future directions. *Current*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]

Iranian Journal of Psychiatry, ۲(۱), ٤٦-٤٨.

Sunnhed, R., & Jansson-Fröjmark, M. (۲۰۱۳). Are changes in worry associated with treatment response in cognitive behavioral therapy for insomnia? *Cognitive Behaviour Therapy*, ٤٣(۱), ۱-۱۱.

Szczygieł, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (۲۰۱۲). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, ٥٢(٣), ٤٣٣–٤٣٧.

Takano, K., Iijima, Y., & Tanno, Y. (۲۰۱۲). Repetitive thought and self-reported sleep disturbance. *Behavior Therapy*, ٤٣(٤), ٧٧٩-٧٨٩.

Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Lord, H. R., Ingersoll, K. S., & Morin, C. M. (۲۰۱۳). A Randomized controlled trial of an Internet intervention for adults with insomnia: Effects on Comorbid psychological and fatigue symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, ٦٩(١٠), ١٠٧٨-١٠٩٣.

Tsaousis, I., & Nikolaou, I. (۲۰۰٥). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, ٢١(٢), ٧٧-٨٦.

Ursin, H., & Eriksen, H. R. (۲۰۱۰). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ٣٤(٦), ٨٧٧-٨٨١.

Walker, M. P., & van der Helm, E. (۲۰۰۹). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological Bulletin*, ١٣٥(٥), ٧٣١-٧٤٨.

Weise, S., Ong, J., Tesler, N. A., Kim, S., & Roth, W. T. (۲۰۱۳). Worried sleep: ٢٤-h monitoring in high and low worriers. *Biological Psychology*, ٩٤(١), ٦١-٧٠.

Yang, C.-M., Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (۲۰۰٦). Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. *Psychiatric Clinics of North America*, ٢٩(٤), ٨٩٥–٩١٩

Ye, Y., Zhang, Y., Chen, J., *et al.* (۲۰۱٥). Internet-Based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and Depression—A Meta-Analysis of Randomized controlled trials. *PLOS ONE*, ١٠(١١), ١٤١-١٤٩.

Yi, H., Shin, K., & Shin, C. (۲۰۰٦). Development of the sleep quality scale. *Journal of Sleep Research*, ١٥(٣), ٣٠٩-٣١٦.

Psychiatry Reports, ١٦(١١).

Hasani, J. (۲۰۱۱). The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]. *Journal of Clinical Psychology*, ٢(٣), ٧٣-٨٣.

Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (۲۰۰٥). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, ٢٥(٥), ٥٩٣–٦١١.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (۲۰۱۲). Emotion disregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, ٢٩(٥), ٤٠٩-٤١٦.

Jansson, M., & Linton, S. J. (۲۰۰٦). The development of insomnia within the first year: A focus on worry. *British Journal of Health Psychology*, ١١(٣), ٥٠١-٥١١.

Kloss, J. D., Szuba, M. P., & Dinges, D. F. (۲۰۰۳). Insomnia in psychiatric disorders *Insomnia in psychiatric disorders* (pp. ٤٣-٧٠). United Kingdom: Cambridge University Press.

Mokarami, H., Kakvyy, H., Dehdashti, A. R., Jahani, Y., & Ebrahimi, H. (۲۰۱۰). Comparison of general health status and quality of sleep, shift workers in a workplace press. *Kermanshah Univ Med Sci Res J*, ١٤(٣), ٢٣٧-٢٤٣. [Persian]

Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (۲۰۱۲). Functional imaging studies of emotion regulation: A synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, ١٢٥١(١), ١-٢٤.

Ohayon, M. M. (۲۰۰۲). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, ٦(٢), ٩٧-١١١.

Pillai, V., Steenburg, L. A., Ciesla, J. A., Roth, T., & Drake, C. L. (۲۰۱٤). A seven day actigraphy-based study of rumination and sleep disturbance among young adults with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, ٧٧(١), ٧٠-٧٥.

Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A., & Phelps, E. A. (۲۰۱۳). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, ١١٠(٣٧), ١٥١٣٩-١٥١٤٤.

Roane, B. M., Dolan, D. C., Bramoweth, A. D., Rosenthal, L., & Taylor, D. J. (۲۰۱۱). Altering unhelpful beliefs about sleep with behavioral and cognitive therapies. *Cognitive Therapy and Research*, ٣٦(٢), ١٢٩-١٣٣.

Rodríguez-Muñoz, A., Notelaers, G., & Moreno-Jiménez, B. (۲۰۱۱). Workplace bullying and sleep quality: The mediating role of worry and need for recovery. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, ١٩(٢), ٤٥٣-٤٦٨.

Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., *et al.* (۲۰۰۷). Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): (Persian Translation and Cultural Adaptation).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.1.7.9]

[DOI: 10.29252/rph.11.1.49]