

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و نشخوار فکری سالمندان

The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Counseling on Sleep Quality and Rumination in Older People

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۱۲/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۲۱

N. Houshi., A. Khodabakhshi Koolae., M.R. Falsafinajad

نگین هوشی^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}، محمدرضا
فلسفی نژاد^۳

Abstract

Aim: The present study aimed to examine the effect of mindfulness-based group counseling on sleep quality and rumination of older men in Isfahan. **Methods:** The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of 30 elderly retirees of the Social Security Organization in Isfahan in 2019 and they had obtained higher scores in rumination questionnaire by Nolen-Hoeksema and Morrow (1990) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (1989) and we put them randomly into two 15-individual experimental and control groups. The experimental group received the intervention of mindfulness techniques for eight 90-minute sessions, and the results were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA). **Results:** It was found that teaching mindfulness

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین تاثیر مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و نشخوار فکری سالمندان مرد شهر اصفهان بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را ۳۰ نفر از سالمندان بازنشسته سازمان تامین اجتماعی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که در نمرات پرسشنامه نشخوار فکری نالن-هوکسما و مورو (۱۹۹۰) و کیفیت خواب پیتزبورگ (۱۹۸۹) نمرات بالا کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. برای گروه آزمایش روش مداخله‌ای تکنیک‌های ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و نتایج با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نشان داد که آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار

مقاله حاضر اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. *نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

techniques decreased rumination ($P=0.007$, $F=13.99$) and improved sleep quality ($P=0.001$, $F=8.41$) in the older people of the experimental group. **Conclusion:** It seems that reducing sleep quality decreased the quality of life for older people; hence, teaching methods such as mindfulness in addition to the reduction of rumination could be effective in improving the quality of sleep in older people.

Keywords: Older people; Mindfulness; Sleep quality; Rumination

فکری ($F=13/99$, $P=0/007$) و بهبود کیفیت خواب ($F=8/41$, $P=0/001$) در سالمندان گروه آزمایش شد. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که کاهش کیفیت خواب باعث کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود؛ بنابراین آموزش روش‌هایی مثل ذهن آگاهی علاوه بر کاهش نشخوار فکری بتواند بر بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، ذهن آگاهی، کیفیت خواب، نشخوار فکری

مقدمه

با افزایش سن، تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می‌شود؛ این تغییرات به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن منجر می‌شود (راید، مارتینوویچ، فینکل، گلدن، هارتر و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، مهم‌ترین علت مشکلات خواب سالمندان، تغییرات بیولوژیک در ریتم سیرکادین نیست؛ بلکه بروز این مشکلات به دلیل بیماری‌ها، اثر داروها، افسردگی، اضطراب و محدودیت حرکتی است (اوهایون، کارسکادون، گولمینوات و ویتیلو، ۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و از شکایات شایع و از دلایل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است (کوترونو، گارری، لاکاوا و کابودی، ۲۰۱۴). از این رو، تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا به بی‌خوابی مبتلایند و با افزایش سن، میزان آن افزایش می‌یابد (لگر، پورساین، نیوباوئر و اوچی یاما، ۲۰۰۸). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که بیشتر از ۵۷ درصد سالمندان، اختلال خواب را گزارش می‌کنند و فقط ۱۲ درصد آنان از مشکلات خواب شاکی نیستند (بیرامی، علیزاده، انصارعسین و قهرمان محرم‌پور، ۱۳۹۲). علاوه بر آن، کیفیت خواب ضعیف یا خواب آلودگی در طول روز، در افراد سالمند با مسائلی از این قبیل همراه است: آسیب وضعیت سلامت، عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی و مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش عملکرد روزانه (هارینگتون و آویدان، ۲۰۱۲).

افزون بر آن، خواب بی‌کیفیت باعث اختلال در احساسات و اندیشه و انگیزش فرد خواهد شد (رایموند، نیلسن، لایوگنه، مانزینی و چوینیر، ۲۰۱۱) و تنش نیز موجب کم‌خوابی می‌شود و به مرور زمان اختلال خواب را در سالمندان شدت می‌بخشد (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲)، همچنین کم‌خوابی خطر سقوط و صدمات را نیز در سالمندان بیشتر می‌کند (براسینگتون، کینگ و بلی وایس، ۲۰۱۰).

مطالعات نشان داده است که بی خوابی در سالمندان، به خستگی، تحریک پذیری، پرخاشگری و همچنین کاهش آستانه تحمل منجر می شود (به پژوه و سلیمانی، ۱۳۹۵). افزون بر آن، مشکلات خواب در سالمندان شیوع بسیاری دارد؛ این مشکلات عبارت اند از: مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، بیدار شدن زودهنگام در صبح و احتیاج به چرت روزانه (لی، یاو، دانگ، دانگ، لیائو، یانگ و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از مسائل مهم و حائز اهمیت در زندگی سالمندان، مسائل مرتبط با الگوی خواب آنان است؛ زیرا افزایش سن مهم ترین علت افزایش شیوع اختلالات خواب است؛ نکته حائز اهمیت دیگر این است که در پی کاهش مدت چرخه خواب بیداری روزانه در سالمندان، علاوه بر اختلال در الگوی خواب، اختلال در رفتار و تفکر نیز بروز می کند (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

یکی از عوامل اختلال در الگوی خواب سالمندان، پریشانی هیجانی و اختلال در الگوهای تفکر از جمله نشخوار فکری می باشد، لذا با توجه به اهمیت این مولفه روان شناسی نشخوار فکری نیز در این سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است؛ از این رو، در سال های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلال های هیجانی و بررسی افکار ناخواسته نقش آن را در دوام اختلال های هیجانی سالمندان مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است؛ از انواع این افکار ناخواسته نشخوار فکری است. نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می شود (لیوبومرסקی، لایوس، چانسلرو نلسون، ۲۰۱۵). نشخوار فکری طبقه ای از افکار هشیارانه است که حول یک محور مشخص می گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی، این افکار تکرار می شوند (نولن-هوکسما، ویسکو و لیوبومرסקی، ۲۰۰۸). در واقع نشخوار فکری مجموعه ای از افکار منفعلانه است که جنبه تکراری دارد که بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل سازش یافتگی شده و افکار منفی را افزایش می دهند (جورج، ۲۰۱۴). نشخوار فکری می تواند زیربنای شناختی در اختلال خواب سالمندان باشد و شامل افکاری است که به طور پایان ناپذیری مرور می شوند و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی های منفی درباره خود دامن می زنند و بر خلق اثر می گذارند و انگیزش سالمندان را تحت تأثیر قرار می دهند (لو، هو و هولون، ۲۰۱۲).

افزون بر آن، اعتقاد به از کار افتادگی، تنهایی و درماندگی و نشخوار فکری^۱ مضطربانه، سالمندان را رنج می دهد (نولن-هوکسما، ۲۰۰۰). پژوهش ها نشان می دهند که یکی از عوامل مهم در فعال شدن این باورهای بنیادی در سالمندان، سبک پاسخ نشخواری است؛ سالمندان، پس از بروز علائم ضعف و فرسودگی جسمانی، ممکن است کهولت و سالمندی را به عنوان پایان زندگی خود در نظر بگیرند (وارد، لیوبومرסקی، سوسا و نولن-هوکسما، ۲۰۰۳). از این رو، نشخوار فکری همانند ناتاب آوری

1. rumination.

می‌تواند موجب افزایش اثرات خُلق منفی روی انگیزش و امید به ادامه حیات در سالمندان شود (وارد و دیگران، ۲۰۰۳). همچنین، این امر، تفکر سالمند را به‌طور منفی جهت‌دار می‌کند و توان حل مسئله آن‌ها را ضعیف می‌کند (پاپاگئورگیو و ولز، ۲۰۰۴). در این مرحله، سالمند به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (بلوچ، موریلو، لوسیانو، گارسیا-سوریانو، کابدو و کاری، ۲۰۱۰). بررسی‌های لیهی (۲۰۰۷) نشان می‌دهد افرادی که نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به‌طور مؤثری مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند. به همین علت نیاز است که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنیدگی‌زا به شیوه‌های سازگارانه‌تری تفکر و به‌صورت تاب آورانه‌تری عمل کنند (هال و پیرسون، ۲۰۰۳). بیشتر پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود، بلکه این شیوه واکنش دهی به آن‌ها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود (مک‌کی، ۲۰۰۸). مدل‌های شناختی بیان می‌کنند که همه تلاش‌های ناموفق در کنترل نشخوارهای فکری در شکل‌گیری و تداوم اختلال، نقش تعیین‌کننده‌ای دارند (بلوچ و دیگران، ۲۰۱۰). در تکنیک ذهن‌آگاهی^۱ از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده می‌شود؛ ذهن‌آگاهی از طریق توجه هدفمند، در اینجا و اکنون، و توجه عاری از قضاوت نسبت به تجارب لحظه‌به‌لحظه پدیدار می‌شود (گاریگید و وایدیگر، ۲۰۰۳). وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد، افکار خودبه‌خود ناپدید می‌شوند (کهارت، ۲۰۱۲). افراد بر اساس عادت آموخته‌اند که در زندگی و در موقعیت‌های مختلف، بسیاری از تجارب ناخوشایند خود را انکار کنند؛ در حالی که در ذهن‌آگاهی به آن‌ها آموخته می‌شود که به‌جای انکار و رد تجارب ناخوشایند، آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرند و نسبت به خودشان و واکنش‌هایشان به تجارب ناخوشایند، آگاهی داشته باشند (کرانه، ۲۰۰۹). بیشاپ و دیگران (۲۰۱۸) اعتقاد دارند که ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که به‌جای اینکه بخواهند به‌زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند. در یک بررسی مروری نتیجه‌گیری شد که ذهن‌آگاهی اثرات مثبت روانی مختلف، از جمله افزایش بهزیستی روانی، کاهش علائم روانی و واکنش پذیرش هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار، و سرزندگی و نشاط را به ارمغان می‌آورد (کیه و پیدگئون، ۲۰۱۳)؛ اما با وجود اینکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و مشکلات خواب بسیار موفق عمل

1. mindfulness

کرده، اما در ایران پژوهش‌های بسیار کمی را در نمونه‌های سالمند مورد بررسی قرار داده‌اند. با توجه به موارد یاد شده، پرسش اصلی این پژوهش این است که آموزش مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و نشخوار فکری سالمندان مرد چه تاثیری دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه با گمارش تصادفی بود. جامعه آماری پژوهش را سالمندان مرد بازنشسته مراجعه کننده به کانون بازنشستگان تامین اجتماعی اصفهان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ابتدا پس از کسب مجوز از مرکز مشاوره تحت اختیار سازمان تامین اجتماعی اصفهان و هماهنگی با مشاورین مرکز در بازه زمانی فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۸ از کلیه مراجعین سالمند بازنشسته نمونه‌هایی پس از مطالعات ابتدایی و جلب حمایت و رضایت از مشارکت در پژوهش انتخاب شدند. بدین شکل که سالمندان مراجعه کننده به مرکز پس از اطلاع و آگاهی از ماهیت پژوهش و اصل محرمانه بودن و مطالعه بدون نام و اطمینان از فرایند آموزش درخواست شد تا به پرسشنامه کیفیت خواب و نشخوار فکری پاسخ دهند. پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها و نمره گذاری و تحلیل آن‌ها از بین سالمندانی که حائز شرکت در مطالعه بر اساس ملاک‌های ورودی که عبارت بودند از سن بالای ۶۰ سال، حداقل داشتن مدرک دیپلم، نداشتن مشکلات شنوایی جهت تعامل مناسب در جلسات مداخله و ملاک‌های خروجی که عبارت بودند از داشتن مشکلات جسمانی و روانشناختی جدی، مصرف داروهای تاثیر گذار بر جسم و روان، غیبت بیش از دو جلسه و شرکت هم‌زمان در جلسه‌های مشاوره و روانشناسی دیگر نمونه‌ای به حجم ۳۰ سالمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی کاربندی شدند. پس از تقسیم بندی گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره سازمان تامین اجتماعی تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند و نتایج در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از هر دو گروه استخراج شد. در راستای حفظ اصول اخلاقی پژوهش پس از اتمام آموزش از گروه گواه نیز درخواست شد تا در کلاس‌های آموزش ذهن آگاهی شرکت نمایند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال در ۷ جزء است. جزء اول مربوط به کیفیت خواب ذهنی است که با سؤال شماره ۹ مشخص می شود؛ جزء دوم مربوط به تأخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با دو سؤال یعنی میانگین نمره سؤال ۲ و نمره قسمت الف سؤال ۵ مشخص می شود؛ جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با سؤال شماره ۴ مشخص می شود؛ جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب است که نمره آن با تقسیم کل

ساعات خواب بودن بر کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد، ضرب در ۱۰۰ مشخص می‌شود؛ جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات سؤال بدست می‌آید؛ جزء ششم مربوط به داروهای خواب آور است که با سؤال شماره ۶ مشخص می‌شود؛ جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با محاسبه میانگین نمرات سؤالات شماره ۷ و ۸ مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال حداقل ۰ و حداکثر ۳ است؛ مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن بین ۰ تا ۲۱ است؛ هر چه نمره به‌دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است؛ نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد (صفا و همکاران، ۱۳۹۴). پایایی پرسشنامه فارسی مورد پژوهش در مطالعه‌ای قبلی با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۸۳ مورد سنجش قرار گرفته بود که مقدار قابل قبول برای تأیید پایایی آن است (بیرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه نشخوار ذهنی: توسط نالن-هوکسما ومورو در سال ۱۹۹۰ ساخته شد که چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس سبک‌هایی پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری فکری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی درجه‌بندی کنند. طریقه نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای است. بازه نمره‌های این مقیاس بین صفر الی ۶۶ است که نمره ۳۳ نقطه برش مقیاس است که نمره‌های کمتر از ۳۳ نشان‌دهنده نشخوار فکری پائین و نمره‌های بیشتر از آن نشان‌دهنده نشخوار فکری بالا است. بر پایه شواهد تجربی، این مقیاس اعتبار بالایی دارند. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که همبستگی باز آزمایی برای پاسخ‌های مقیاس نشخوار فکری ۰/۶۷ است (لامیت، ۲۰۰۴). این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فردی و طباطبایی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه و روایی یابی شده است. رابطه بین نمرات این پرسشنامه و نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمد. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه تیموری و همکاران (۱۳۹۴) ۰/۸۸ گزارش شده است.

شیوه اجرا. بسته آموزشی جلسات ذهن آگاهی برگرفته از بسته آموزشی برگرفته از کتاب تکنیک‌های ذهن آگاهی ویلیامز و پمن (۲۰۱۲)؛ ترجمه جمالی و همکاران، (۱۳۹۶) و کتاب ذهن آگاهی کرین (۲۰۰۶)؛ ترجمه خوش لهجه، (۱۳۹۱) تدوین شد؛ سپس محتوای جلسات به تأیید استاد راهنما و مشاور رسید؛ پس از آن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه، یک بار در هفت و در روزهای پنجشنبه تحت مداخله گروهی ذهن آگاهی در مرکز مشاوره سازمان تامین

اجتماعی شهر اصفهان قرار گرفتند. فعالیت هایی که در هر جلسه انجام شد به این صورت بود که: در هر جلسه ابتدا تکالیفی که در جلسه قبل به آنان داده، بررسی و اشکالاتی را که دارند برطرف، و اقدامات لازم جهت رفع آن ها به عمل آمد، سپس از مطالب جلسه قبل سؤالاتی از شرکت کنندگان پرسیده و بعد از این که مشخص شد آزمودنی ها مطالب جلسه قبل را به خوبی آموخته اند مطلب جدید تدریس شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

جلسات	هدف	محتوای جلسات آموزشی
اول	آشنایی	اجرای پیش آزمون- توضیح مختصر درمانجو در مورد مشکل -سنجش اولیه ارزش ها نا امیدی سازنده - برای رفع مسائلتان تا کنون چه کارهایی انجام داده اید؟- کارهایی که انجام داده اید چقدر موثر واقع شده است؟- تمثیل فرد افتاده در چاه
دوم	معرفی ذهن آگاهی	مروری بر جلسه گذشته- تمرین پوشش سخت - تمرین ذهن آگاهی -تمرین عینیت بخشیدن- تمرین ذهن آگاهی - تمثیل دروغ سنج
سوم	تمرین تکنیک های ذهن آگاهی	مروری بر جلسه گذشته و تکالیف خانه- تمرین شیر، شیر، شیر -ناهم آمیزی شناختی عینیت بخشیدن به محتوی روان شناختی -تمثیل مسافران اتوبوس -تمرین ذهن خود را عابر وراج فرض کنید -افکار کنترلی بر ما ندارند-هرجا که می روید، ذهن خود را نیز به همان جا می برید- تمثیل بافتار انگاشتن خویشتن
چهارم	تکنیک های ذهن آگاهی	مروری بر جلسه قبل و تکالیف گفته شده-تمرین ذهن آگاهی -تمرین مربوط به روشن سازی ارزش ها -تمثیل همسایه مزاحم -تمرین فرونشانی فکر -تمثیل صفحه شطرنج
پنجم	تمرین تکنیک های ذهن آگاهی	مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی -تمثیل مسابقه طناب کشی با هیولا با هیجان مساله مدار خود، فقط و فقط بمانید -راهبردهای نا هم آمیزی
ششم	تمرین تکنیک های ذهن آگاهی و در زمان حال بودن	مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی- بافتار انگاشتن خویشتن - تمثیل ریگ های روان - سوال هایی در خصوص آمل ها، آرزوها و رویاها -بیشترین خواسته ای که از زندگی تان دارید، چیه؟- چه جور کارهایی را خیلی دوست دارید انجام بدید؟- دلتان می خواد چه جور آدمی باشید؟- دوست دارید در روابط بین فردی تان چه عملکردی داشته باشید؟- دوست دارید زندگی تان چطوری باشه؟- تیشه به ریشه دلیل یابی زدن- نا هم آمیزی
هفتم	تمرین تکنیک های ذهن آگاهی	مروری بر جلسات گذشته- تمرین ذهن آگاهی - بافتار انگاشتن خویشتن -تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر - قطب نمای ارزش ها - تعیین هدف: هدف ها باید بر این اساس انتخاب شود که به چه میزان می توانند درمانجو را در مسیر ارزشمند به حرکت درآورند- هدفها باید مشخص و اندازه پذیر باشد، یعنی زمان، مکان و نحوه حصولشان روشن باشد- هدفها باید فعال باشد (نه اینکه تلاشهای فرد برای اجتناب یا اجرای کمتر فعالیتی را شامل شود)- هدف ها باید عملی و متناسب با سطح توانایی درمانجو باشد- دادن تعهدی علنی برای عملی کردن ارزش ها، هدف ها و فعالیت ها، مفید خواهد بود- برنامه ریزی فعالیت

هشتم مروری بر ذهن آگاهی و تمرین مشاهده گر - برگشت به تمثیل های مسافران اتوبوس، همسایه مزاحم، جلسات و طناب کشی با هیولا - خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه - آماده سازی درمانجویان برای گذشته و مواجه احتمالی با موانع و تمیز دادن موانع بیرونی از موانع درونی. - به کار گیری مداخلات مربوط به ذهن آگاهی، پذیرش و ناهم آمیزی. - حفظ تمرکز درمانجویان بر فرایند گام نهادن در مسیرهای ارزشمند - انتقال این پیام به درمانجویان که کیفیت عمل متعهدانه در مقایسه با کمیت آن، اهمیت بیشتری دارد - کمک به درمانجویان برای دادن تعهد مجدد، هنگام عهد شکنی یا بروز لغزش - تمرین مشاهده گر - تمرین ذهن آگاهی - اجرای پس آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن سالمندان گروه آزمایش ۶۷/۶۰ (۲/۳۸) و سالمندان گروه گواه ۶۷/۶۶ (۱/۷۵) بود؛ از بین سالمندان گروه آزمایش ۴ نفر (۲۷ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳ درصد) لیسانس و همچنین سالمندان گروه گواه ۵ نفر (۳۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر (۲۷ درصد) لیسانس بودند.

جدول ۲. شاخص‌های آماری کیفیت خواب و نشخوار فکری در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیرها	آزمایش			کنترل		
	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت خواب	پیش آزمون	۱۱/۵۳	۲/۰۹	۱۵	۱۲/۲۶	۱/۷۹
	پس آزمون	۱۰/۲۶	۱/۶۲	۱۵	۱۲/۰۶	۱/۵۳
نشخوار فکری	پیش آزمون	۴۹/۴۰	۱/۱۲	۱۵	۵۰/۰۶	۱/۶۲
	پس آزمون	۴۷/۰۰	۲/۲۶	۱۵	۴۹/۹۳	۱/۵۷

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون (بعد از مداخله گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی) میانگین نمره کیفیت خواب از پیش آزمون کمتر است؛ یعنی بعد از مداخله ذهن آگاهی، میانگین کیفیت خواب در گروه آزمایش به طور شهودی کاهش یافته است با توجه به شیوه نمره گذاری هر چقدر نمره بالاتر باشد فرد در کیفیت خواب دچار مشکل است و نمره کمتر نشان دهنده کیفیت بهتر خواب است. همچنین مشاهده می‌شود در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون (بعد از مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی) میانگین نشخوار فکری از پیش آزمون کمتر است؛ این تفاوت‌ها در گروه کنترل محسوس نیست.

جدول ۳ آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌ها

منبع تغییرات	گروه	کولموگراف اسمیرنوف	سطح معناداری	آزمون لوین	سطح معناداری
کیفیت خواب	پیش آزمون	۰/۱۷	۰/۲۰	۱/۳۳	۰/۲۵
	کنترل	۰/۱۶	۰/۲۰		
نشخوار فکری	پیش آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰	۰/۴۰	۰/۵۲
	کنترل	۰/۱۹	۰/۱۴		

نتایج مربوط به نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای مورد بررسی در مرحله پیش‌آزمون در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج جدول فوق چون سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در متغیرهای کیفیت خواب و نشخوار فکری از ۰/۰۵ بزرگتر است پس فرض صفر (نرمال بودن توزیع داده‌ها) تأیید می‌شود. همچنین با توجه به سطح معنی‌داری آزمون لوین در متغیرهای کیفیت خواب و نشخوار فکری که بزرگتر از ۰/۰۵ است پس فرض صفر (شرط برابری واریانس‌ها) در این متغیرها تأیید می‌شود.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره مداخله مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و نشخوار فکری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره آزمون	سطح معناداری	مجدور اتا
کیفیت خواب	اثربخشی آزمون مستقل	۱/۲۶	۱	۱/۲۶	۰/۴۹	۰/۴۸	۰/۰۱
نشخوار فکری	اثربخشی آزمون مستقل	۲۱/۳۸	۱	۱۸/۸۵	۵/۷۸	۰/۰۲۳	۰/۱۷
	اثربخشی آزمون مستقل	۴۵/۶۴	۱	۴۵/۶۴	۱۳/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴

نتایج جدول ۴ نشان داد که مقدار آماره آزمون اثر متغیر مستقل بر کیفیت خواب برابر با ($F=۸/۴۱$) و نشخوار فکری ($F=۱۳/۹۹$) شده است؛ بنابراین بین کیفیت خواب و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون پس از حذف تاثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد و مداخله مشاوره مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر سالمندان گروه آزمایش داشته

است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا در کیفیت خواب برابر با ۲۳ درصد و در نشخوار فکری برابر با ۳۴ درصد است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و نشخوار فکری سالمندان مرد انجام شد. نتایج یافته‌ها نشان داد که نمرات گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه منجر به کاهش نمرات کیفیت خواب در مرحله پس‌آزمون شده است؛ یعنی بعد از مداخله ذهن آگاهی، میانگین کیفیت خواب در گروه آزمایش به‌طور شهودی کاهش یافته است با توجه به شیوه نمره‌گذاری هر چقدر نمره بالاتر باشد فرد در کیفیت خواب دچار مشکل است و نمره کمتر نشان دهنده کیفیت بهتر خواب است. همچنین تحلیل کوواریانس تک متغیری مؤید آن است که این مداخله توانسته است کیفیت خواب را در مراحل پس‌آزمون تحت تاثیر قرار دهد. تأیید این فرضیه نشان می‌دهد که ذهن آگاهی به صورت گروهی باعث بهبود کیفیت خواب در سالمندان شده است؛ این یافته به دلیل پیشینه اندک تنها با نتایج ماوایی و کاکابرایی (۱۳۹۵) و بریتون و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی دارد. در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان بیان کرد که آموزش ذهن آگاهی به سالمند یاد داد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت خود خارج سازند و به‌وسیله‌ی تمرکز بر تنفس باعث تغییر جهت دادن منابع پردازش اطلاعات شوند؛ بنابراین، در آموزش‌های ذهن آگاهی سالمند یاد می‌گیرد که تلاش برای کنترل خواب را متوقف کند و به صورت متفاوتی با تفکرات و احساسات خود ارتباط برقرار کند (بریتون و همکاران، ۲۰۱۲)؛ سالمندانی که دارای کیفیت خواب نامطلوبی بودند تمایل داشتند تا هر مشکلی را مثل احساس خستگی، بی‌حالی، کاهش عملکرد و اختلالات خلقی خود را به خواب ربط دهد، از این رو، فنون ذهن آگاهی توجه به نشانه‌های خستگی و عملکرد پایین مرتبط با خواب‌آلودگی را افزایش داد. سالمندان اغلب به دلیل قرار گرفتن در شرایط تحلیل جسمانی و فکری و کهولت سن با احساس خستگی و بی‌خوابی روبرو می‌شوند و برنامه‌ی ذهن آگاهی باعث افزایش تمرکز ذهنی آن‌ها و سطح بهداشت خواب می‌شود؛ علاوه بر آن، اساس درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، حضور ذهن در هر لحظه، جلوگیری از نشخوارهای ذهنی، کنترل نسبت به وقایع روزانه، بازشناسی الگوهای افکار خودکار با تمرکز بر تنفس، تمرکز و یکپارچه بودن بیشتر، توجه به شناخت‌های معیوب و استفاده از پذیرش افکار و روبرو شدن با آن‌ها است (کییز، ۲۰۰۵). در سالمندان با اختلال بی‌خوابی، نشخوار ذهنی مداوم سالمند در مورد بخواب رفتن در طول روز یا شب منجر به برانگیختگی جسمانی و هیجانی در او می‌شود؛ حتی فرد سالمند ممکن است در مورد خود این افکار نیز تفکر نماید؛ داشتن افکار فراشناخت مانند اینکه نباید این فکرها را داشته باشم

می‌تواند به برانگیختگی بیشتر شخص منجر شود (کابات-زین و همکاران، ۲۰۱۶)؛ از این رو، تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله تنفس آگاهانه و اسکن بدن آگاهی سالمند را از دامنه‌ای از محرک‌های درونی (از جمله افکار، هیجانات، حس‌های فیزیولوژیک) و محرک‌های بیرونی افزایش می‌دهد (کابات-زین، ۲۰۰۵). در طول این تمرینات سالمندان مهارت‌های کنترل توجه را با متمرکز کردن توجه کسب می‌نمایند؛ این تمرینات به سالمند کمک می‌کند تا با هدایت توجه، بازبینی بسیار زیاد و توجه انتخابی بر روی نشانه‌های درونی (حس‌های درونی) و بیرونی (ساعت) مرتبط با خواب را تغییر دهند؛ همچنین در طول جلسات سالمندان آموختند که ارتباط با تجاربشان (افکار، هیجانات یا حس‌های فیزیولوژیک) را از طریق پذیرش آن‌ها نه اجتناب یا کنترلشان تغییر دهند (بریتون و همکاران، ۲۰۱۲).

افزون بر آن، مهارت پذیرش از طریق مشاهده افکار، هیجانات یا حس‌های فیزیولوژیک به‌عنوان رویدادهای روان‌شناختی در حال گذر، به‌جای واقعیت به دست می‌آید؛ در حقیقت این سالمندان یاد گرفتند که برانگیختگی‌های فیزیولوژیک یا هیجانی به وجود آمده را بدون ارزیابی کردن آن تجربه کنند (فرح‌بخش و دهقانی، ۱۳۹۵). تلاش برای به خواب رفتن و عدم موفقیت در این زمینه به همراه برداشتهای نادرست از اینکه کمبود خواب چه نتایج منفی را در پی دارد، به شناخت منفی بیش‌ازحد در سالمندان گروه آزمایش منجر شد؛ در این زمینه، ذهن آگاهی به سالمند کمک می‌کند تا با عدم قضاوت و داوری در مورد رویدادها، افکار، هیجانات و حس‌ها از تشدید این رویداد جلوگیری کند؛ در حقیقت تغییر ارتباط با محتواهای شناختی (تمرکززدایی) و مدیریت فرایندهای تفکر می‌تواند به سالمندان با بی‌خوابی کمک کرده و از چرخه نشخوار ذهنی-برانگیختگی-افکار منفی خارج شوند (ماوایی و کاکابرایی، ۱۳۹۵). همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به سالمند کمک می‌کند تا نسبت به به‌کارگیری الگوهای شناختی تکراری، در مواجهه با افکار و هیجانات مرتبط با خواب که منجر به بروز استرس و آشفتگی هیجانی می‌شود، آگاهی کسب کنند؛ بدین ترتیب سالمندان با شرکت در جلسات درمان ذهن آگاهی، آموزش‌های لازم را در زمینه تغییر نگرش‌های منفی به خواب کسب نموده و یاد گرفتند چگونه کمتر درگیر افکار ناراحت‌کننده و نشخوار فکری‌شان شوند که در نتیجه سبب کاهش اضطراب و استرس ناشی از کم‌خوابی شد و به بهبود کیفیت خواب آن‌ها کمک کرد.

بخش دوم یافته‌های این پژوهش نشان داد که نمرات گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه منجر به کاهش نمرات نشخوار فکری و در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین تحلیل کوواریانس تک متغیری مؤید آن است که این مداخله توانسته است نشخوار فکری را در مراحل پس‌آزمون تحت تأثیر قرار دهد. این یافته با نتایج مصلحی و کراسکیان (۱۳۹۶)، کانلی و همکاران (۲۰۱۸)، پرستلو-پرز و

همکاران (۲۰۱۷)، کنگ و همکاران (۲۰۱۶)، هاوولی و همکاران (۲۰۱۴)، کمپل و همکاران (۲۰۱۲) و لابل و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. در تبیین این امر می‌توان این‌طور بیان نمود که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی‌های سالمندی است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود (کانلی و همکاران، ۲۰۱۸). امروزه استفاده از شیوه‌های روان‌درمانگری از جمله شناخت درمانی به سالمندان کمک می‌کند تا افکار خود را شناسایی و تغییر دهند؛ آموزش انعطاف‌پذیری روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط در مورد پیری و سالخوردگی و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات ناشی از بی‌کفایتی و پوچی زندگی باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود (مصلحی و کراسکیان، ۱۳۹۶). در واقع این شیوه درمانی از طریق تمرکز بر زمان حال و با توجه به اتفاقات مثبت گذشته و توانایی‌های فردی کمک می‌کند تا سالمندان کمتر به افکار منفی توجه و آن را در ذهن نشخوار کنند و از این طریق بر کنترل افکار ناکارآمد خود توانمندتر گردند.

تکنیک‌های ذهن آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد و تغییر، به سالمند برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند؛ هدف این درمان، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توانایی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است (ایزدی، ۱۳۹۱). رفتاری که به مقتضا موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است؛ این درمان یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی است و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیر روان‌شناختی می‌داند که به‌وسیله آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. یکی از مهم‌ترین عوارض نشخوار فکری، منزوی شدن و گوشه‌گیری فرد سالمند در خانه است که در نتیجه ارتباطات خانوادگی و اجتماعی و کفایت اجتماعی سالمند با نقص جدی مواجه خواهد شد (فتح‌اله‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). لذا بهبود کفایت اجتماعی فرد می‌تواند به بهبود شرایط ارتباطی و احساس کفایت سالمند کمک کند؛ ارزش‌هایی چون؛ ارزش سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل هر حرکت در مسیر ارزش‌ها، از طریق هدف‌گذاری و بعد از آن تعیین تکلیف، ادراک فرد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کند ارتقاء می‌یابد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳)؛ در واقع حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران در درمان ذهن آگاهی از طریق فرآیندهای در لحظه بودن باعث می‌شود که کفایت اجتماعی ارتقاء یابد؛ در واقع مراجعان می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این کار به‌طور کلی موجب بهبود کفایت اجتماعی آن‌ها خواهد شد (ایزدی و عادی، ۱۳۹۲). از این رو، آموزش شیوه‌های مختلف و چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله موجود و از سوی دیگر با تأثیر بر روی

این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر کاهش نشخوار فکری و بهبود کیفیت خواب سالمند تأثیرگذار باشند (ایزدی، ۱۳۹۱). از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود شدن افراد نمونه به سالمندان مراجعه کننده به مرکز مشاوره وابسته به کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی شهر اصفهان و مشکل در خواندن پرسشنامه‌ها توسط برخی از شرکت کنندگان اشاره کرد که باید در تعمیم نتایج جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود به صورت کلاس‌های دوره‌ای در خانه‌های سالمندان، سراهای محله و خانه‌های سلامت تحت نظارت شهرداری اقدام به برگزاری کلاس‌ها و استفاده از روش ذهن آگاهی برای سالمندان برگزار شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در ادارات دولتی و شبه‌دولتی نیروهای در آستانه بازنشستگی، دوره های ذهن آگاهی برای آن‌ها برگزار شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سیاسگزاری

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی اصفهان و همچنین کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و تمامی همراهان ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری با افسردگی و اضطراب در نمونه ای از دانشجویان ایرانی؛ مطالعات تربیتی و روانشناسی؛ ۱۱(۱)؛ ۲۱-۳۸.
بساک نژاد، سودابه؛ آقاجانی افجدی، اعظم؛ زرگر، یدالله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. فصلنامه دست آوردهای روانشناختی؛ ۳(۲)، ۱۸۱-۱۹۸.

- به پژوه احمد، سلیمانی سیمین. رابطه کیفیت خواب با افسردگی در افراد سالمند در سه ناحیه شهر تهران . سالمند: مجله سالمندی ایران. ۱۳۹۵؛ ۱۱ (۱): ۷۲-۷۹
- بهرامی مهشید، دهدشتی علیرضا، کرمی میثم. (۱۳۹۶). بررسی کیفیت خواب سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر دامغان در سال ۱۳۹۵: یک گزارش کوتاه . مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۶ (۶): ۵۸۱-۵۹۰
- بیرامی منصور، عزیزاده گورادل جابر، انصارعسین سروین، قهرمان محرم پور نسیم. (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت خواب و سلامت عمومی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان . سالمند: مجله سالمندی ایران. ۸ (۴): ۴۷-۵۵
- پورمحسنی کلوری فرشته. تأثیر نشخوار ذهنی و نگرانی در آشفتگی‌های خواب . دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی. ۱۳۹۲؛ ۲۱ (۱۰۸): ۲۹-۴۰
- صفا آزاده، ادیب حاج باقری محسن، فاضل دربندی علیرضا. (۱۳۹۴). رابطه بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی سالمندان . روان پرستاری. ۳ (۳): ۵۳-۶۲
- کرین، ربکا. (۲۰۰۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. ترجمه انیس خوش لهجه (۱۳۹۱). تهران: انتشارات بعثت
- میرزایی مسعود، غلامرضایی انسیه، بیدکی رضا، فلاح زاده حسین، روایی جعفر. (۱۳۹۶). بررسی کیفیت خواب و روش‌های مقابله با اختلالات خواب در سالمندان شهر یزد در سال ۱۳۹۵ . مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۵ (۶): ۴۶۷-۴۷۵
- ویلیامز، مارک؛ پنمن، دنی. (۲۰۱۲). ذهن آگاهی: یک طرح هشت هفته ای برای دستیابی به آرامش در دنیای متلاطم. ترجمه: مرضیه جمالی، سلیمه فیض آبادی، سمیه دشتیان زاده و لیلا گودرزی (۱۳۹۶)؛ تهران: انتشارات سخنوران

References

- Addae-Dapaah K, Juan QS. (2014). Life Satisfaction among Elderly Housholds in Public Rental Housing in Singapore. Health. 2014; 6:1057-1076.
- Belloch A, Morillo C, Luciano JV, Garcia-Soriano G, Cabedo E, Carri A. (2010). Dysfunctional Belief Domains Related to obsessive- Compulsive Disorder: A Further Examination of their Dimensionality and Specificity. Span J Psychol 2010; 13(1):376-38
- Bishop JR, Lee AM, Mills LJ, Thuras PD, Eum S, Clancy D, Erbes CR, Polusny MA, Lamberty GJ and Lim KO (2018) Methylation of FKBP5 and SLC6A4 in Relation to Treatment Response to Mindfulness Based Stress Reduction for Front. Psychiatry 9:418. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00418
- Brassington GS, King AC, Bliwise DL. (2010). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. J Am Geriatr Soc. 48(10):1234-40.

- Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Primary Care Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 11(6):285-91.
- Carighead WE G., Widiger T. A. (2013). *Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy*: wiley.
- Carney CE, Harris AL, Moss T, Edinger JD.(2010). Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. *Behavioral Research Therapy* 2010, 48, 640-546.
- Crane, R. (2012). *Mindfulness-based cognitive Therapy*. (Translated by Khvshlhjh sedgh, a).Tehran: Publication of Prophet. (Published in the original language, 2009). (In Persian).
- Conley S.L., Faleer H.E., Raza G.T., Bailey B.E., & Wu K.D. (2018). The Moderating Effects of Rumination Facets on the Relationship Between Mindfulness and Distress Reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4); 436-446.
- Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. (2014). Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*. 2004;(9):93–6.
- Hall D, & Pearson J. (2003). Resilience giving children the skills to bounce back. Ontario: Reaching out project publishers ; 2003. 18.
- Harrington JJ, Avidan AY. (2012). Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*. 7(5):339–52.
- leahy RL. (2007). A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract* 2007; 9:177-90
- Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. (2008). An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(1):307–17.
- Lo, C.S.L., Ho, S.M.Y., and Hollon, S.D. (2012). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behavior Research Therapy*; 46: 487-495
- Liu X, Uchiyama M, Kim K, Okawa M, Shibui K, Kudo Y, et al.(2011). Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan. *Psychiatry Research*. 93(1):1-11.
- Lyubomirsky, S., Layous, K., Chancellor, J., & Nelson, R. (2015). Thinking about rumination: the scholarly contributions and intellectual legacy of Susan Nolen-Hoeksema. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11: 1-22.
- Jorj, A (2014). The effect of cognitive behavioral therapy on the intensity of insomnia and obsessive rumination of M.S. *Cog Behav Ther*; 39 (1): 64-71.
- Kabat-Zinn,J.(2005).bringing mindfulness to medicine.*Advances*,21:22-27.
- Kehart DR. (2012). *Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy*. New York: Springer; 2012.
- Keng Sh.L., Smoski M.J., & Robins C.J. (2016). Effects of Mindful Acceptance and Reappraisal Training on Maladaptive Beliefs About Rumination. *Mindfulness*, 7(2); 493-503.

- Keye M, Pidgeon AM. (2013). An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy. *Open Journal of Social Sciences* 2013; 1(6):1-4.
- Mackay M. (2008). *Handbook of research method in abnormal and clinical psychology*. New York: Guilford Press; 2008.
- Nolen-Hoeksema S. (2007). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100(4): 569-82
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (2003). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561–570.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, EB., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *J Perspectives on Psychological Science*. 3(5): 400-24.
- Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. (2011). Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain*. 92(3):381–8.
- Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. (2015). Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 14(10):860–6.
- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV.(2014). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 1;27(7):1255–73.
- Semler CN, Harvey AG. (2009). An investigation of monitoring for sleep-related threat in primary insomnia. *Behavioral Research Therapy* 42: 1403–1420.
- Thomsen DK, Mehlsen MY, Christensen S, Zachariae R. (2009). Rumination–relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences* 34: 1293–1301.
- Topper M, Emmelkamp PMG, Ehring T.(2010). Improving prevention of depression and anxiety disorders: Repetitive negative thinking as a promising target. *Applied Preventive Psychology*, 14, 57– 71.
- Papageorgiou C, Wells A. (2009). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Perestelo-Perez L., Barraca J., Peñate W., Rivero-Santana A., & Alvarez-Perez Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3); 282-295.
- Ward AH, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen–Hoeksema S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Pers Soc Psychol Bull* 2003; 29: 96-107.
- Stewart M.A & George-Walker L. (2014). Self-handicapping, perfectionism, locus of control and self-efficacy: A path model, *Personality and Individual Differences*, 66; 160-164.

- Shivakumar, P., Sadanand, S., Bharath, S., Girish, N., Philip, M., & Varghese, M. (2015). Identifying psychological distress in elderly seeking health care. *Indian journal of public health*, 59(1), 18-23.
- Snyder, K. E., Malin, J. L., Dent, A. L., & Linnenbrink-Garcia, L. (2014). The message matters: The role of implicit beliefs about giftedness and failure experiences in academic self-handicapping. *Journal of Educational Psychology*, 106(1), 230-241.
- Winkels R.M., Heine-Bröring R.C., van Zutphen M., van Harten-Gerritsen S., Kok D., van Duijnhoven F & Kampman E. (2014). The COLON study: Colorectal cancer: Longitudinal, Observational study on Nutritional and lifestyle factors that may influence colorectal tumour recurrence, survival and quality of life. *BMC Cancer*, 14(374); 143-158.
- Wusik M.F. and Axsom D. (2016). Socially Positive Behaviors as Self-Handicapping. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 35, No. 6, pp. 494-509.