

The Comparison of Effectiveness of Quality of Life Based on Lived Experiences Therapy with Integral Deep Listening Therapy on Improving Insomnia Severity and Sleep Quality in Female Adolescent with Insomnia

Fateme Torkladany *
Asghar Aghaei**
Ilnaz Sajjadian***

Introduction

Insomnia is one of the major disorders of adolescent sleep that has implications for various aspects of their health and performance. The present study was performed to compare the effectiveness quality of life based on lived experiences and integral deep listening treatment on the insomnia intensity and sleep quality of female adolescents.

Method

A method of this study was semi-experimental with pretest-posttest and two months follow-up. The statistical population consisted of 45 female adolescents suffering from insomnia from Isfahan senior high schools that, as a target, were selected and randomly assigned divided into two groups of intervention and a control group. Research tools, Insomnia Severity Index (ISI - 2006), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI -1989) and, Clinical Interviews (to diagnose insomnia and other mental problems), were completed by all groups. Data were analyzed by analysis of variance test with repeated measurements and Bonferroni follow-up test.

Results

The results of repeated measures' analysis with the effect time effect

* Ph.D Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

** Professor Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. *Corresponding Author:* aghaeipsy@gmail.com

*** Faculty Member, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

and group interaction showed that these two interventions had a significant effect on improving the severity of insomnia and sleep quality in the two experimental groups compared to the control group and this effect was persisting at follow-up ($p < 0.05$). In comparison, integral deep listening treatment was more effective in improving the severity of insomnia than the quality of life therapy ($p < 0.05$). In both post-test and follow up there was no significant difference in regard to effectiveness of sleep quality in quality of life therapy group and the group with therapy based on integral deep treatment. ($p > 0.05$).

Conclusion

According to the results of this study, it can be said that the treatment of integral deep listening has been more effective in improving the severity of insomnia than quality of life treatment. Based on the results treatment of integral deep listening, it can be used to reduce the severity of insomnia and increase the quality of sleep. In order to get better results it is recommended to use "IDL" instead of "Quality of Life Treatment".

Keywords: Quality of life, Integral Deep listening, Insomnia Severity, Sleep Quality, Adolescent Girls

Author Contributions: The current article have been extracted from Ms. Fateme TorkLadani Ph.D. dissertation at the Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, supervised by Dr. Asghar Aghaei, and consulted by Dr. Ilnaz Sajjadian. All authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors express their gratitude to the secondary Isfahan who have helped us in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare there is no conflict of interest in this schools in article.

Funding: This article did not receive any financial support.

مقایسه اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته دختران نوجوان دارای مشکل بی‌خوابی با درمان گوش کردن عمیق کامل بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب آنان

فاطمه ترک لادانی*

اصغر آقایی**

ایلناز سجادیان***

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته دختران نوجوان دارای مشکل بی‌خوابی و درمان گوش کردن عمیق کامل بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب نوجوانان دختر با مشکل بی‌خوابی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. نمونه آماری پژوهش از بین دختران دارای مشکل بی‌خوابی دوره متوسطه دوم شهر اصفهان ۴۵ نفر که دارای معیارهای ورود و خروج مطالعه بودند به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها در سه مرحله به پرسشنامه‌های شدت بی‌خوابی مو رین، و کیفیت خواب پیتزبورگ پاسخ دادند. درمان کیفیت زندگی در ۱۰ جلسه و درمان گوش کردن عمیق کامل در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که این دو مداخله در بهبود شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه تأثیر معنی‌داری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری باقی مانده است ($p < 0/05$). در مقایسه این دو مداخله، درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل در بهبود شدت بی‌خوابی اثربخش‌تر از درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته بوده است ($p < 0/05$) و در هر دو مرحله

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

** استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)،

اصفهان ایران (نویسنده مسئول)

اصفهان ایران (نویسنده مسئول)

*** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

پس‌آزمون و پیگیری تفاوت اثربخشی بر کیفیت خواب در مقایسه گروه درمان کیفیت زندگی با درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل تفاوت معنی‌داری نبود ($p > 0/05$).

کلید واژگان: کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته، گوش کردن عمیق کامل، شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، نوجوانان دختر

مقدمه

بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین اختلالات خواب بوده، ممکن است مداوم یا گذرا باشد (Sadock & Kaplan, 2015). بی‌خوابی به‌عنوان یکی از اختلالات عمده خواب نوجوانان است که پیامدهای آن بر چندین جنبه از سلامت و عملکرد نوجوان اثر می‌گذارد. شیوع بی‌خوابی در نوجوانان ۱۴/۳ درصد گزارش شده است (Rahmati & Rahmani, 2015). مشکل بی‌خوابی به‌عنوان یکی از اختلالات عمده روان‌پزشکی به‌شمار می‌آید (Zambotti, Goldestone & Bake, 2018). علائم بی‌خوابی باعث به هم ریختن عملکردهای مهمی در مدرسه می‌گردد (Kena, et al., 2019). از پیامدهای منفی بی‌خوابی کاهش کیفیت خواب است. کیفیت خواب به صفات و ویژگی‌های یک خواب خوب و مناسب گفته می‌شود که عدم وجود آن موجب اختلال در نظم طبیعی بدن، اعصاب و روان می‌شود (Hedayat & Arefi, 2015). کیفیت مناسب خواب اثرات مفیدی در وضعیت سلامت جسمانی و روانی برجای می‌گذارد (Bahri, Shamshri, Moshki & Mogharab, 2014). مشکل بی‌خوابی در نوجوانان دختر بیشتر از نوجوانان پسر مشاهده می‌شود (Bauducco, Tillfors, Ozdemir, Flik & Linton, 2015). در نوجوانان بی‌خوابی باعث خستگی و غیبت از مدرسه می‌شود (Donskoy & Loghmanee, 2015). بین وضعیت روان‌شناختی و کیفیت خواب ارتباط مستقیم و معناداری دیده شد (Dehdari, Taatti & Chaboksavar, 2016). یکی دیگر از پیامدهای بی‌خوابی تأثیر بر کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی یکی از شاخص‌های بهداشت روانی است که بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی تأثیرگذار است (Nik-Azin, Shairi & Naeniyan, 2013). بین مدت خواب و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Lin, Liu, Ma & Shen, 2016)، کیفیت خواب و کیفیت زندگی (Liu, Wheaton, Croft, Cunningham & Greenlund, 2018) بی‌خوابی باعث کاهش کیفیت زندگی نوجوانان (Amaral et al., 2017) و پیامدهای شناختی و رفتاری در یادگیری و کیفیت زندگی

(Arboledas, et al., 2017) آنان دارد. روان‌درمانی اسلامی در بهبود کیفیت زندگی مؤثر بوده است (Jabalamehli, Neshatdost, Kajbaf & Molavi, 2014).

برای درمان بی‌خوابی از درمان‌های متعددی تا به حال استفاده شده است که عبارت است از: دارودرمانی (Sonta, SOS & Susta, 2014)، طب سنتی (Bahrami et al., 2018)، شناختی رفتاری (Ashrafi, Ansarin, Hasanzadeh & Jouyban, 2018)، فراشناخت (Rezaei, 2015)، نوروفیدبک (Basiri, Namdari & Abedi, 2016) و ذهن آگاهی (Farahbakhsh & Dehghani, 2017; Javadi & Ghorbani, 2019; Burdick, 2017). راهبردهای بهبود خواب شامل راهبردهای درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در بهبود کیفیت زندگی افرادی که دچار بی‌خوابی بودند موفقیت‌آمیز بوده است (Ishak et al., 2012). درمان شناختی گروهی بر کاهش نشانه‌های بی‌خوابی مزمن به‌طور معناداری اثربخش بود (Aminnia, Aghaei, Molavi & Bassak, 2011). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب مؤثر بوده است (Najafi, 2011). اثربخشی آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب، مشکلات بین فردی و اضطراب سلامتی پرستاران نشان داد که بعد از آموزش بهداشت خواب، کیفیت خواب (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، اختلالات خواب و اختلال عملکرد روزانه) بهبود یافته بود (Arhami Isaloo, Basharpour, Narimani & Sadeghi, 2018). رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب در افزایش کیفیت خواب و کاهش شدت بی‌خوابی بیماران مبتلا به بی‌خوابی به‌طور معنی‌داری اثر داشته است (Esmaeili, Basiri & Shakibae, 2015). آموزش مهارت‌های بهبود کیفیت خواب نقش به‌سزایی در ارتقاء کیفیت خواب داشته است (Babamiri, Moeini, Tahmasian, Roshanai & Barati, 2017).

درمان‌های نامبرده تا به حال تأثیرات خاص خود را در جهت کاهش علائم مشکل بی‌خوابی و افزایش کیفیت خواب بر جای گذاشته است، منتهی دو رویکرد درمانی که در این پژوهش برای اثربخشی بر مشکل بی‌خوابی به کار گرفته شده تا به حال در ایران به کار گرفته نشده است و از نگاه دیگر و زوایای مختلفی به این موضوع پرداخته شده است. برای یک گروه آزمایشی از بسته درمانی کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته دختران نوجوان با مشکل بی‌خوابی که توسط نویسندگان مقاله بر اساس رویکرد پدیدارشناسی تهیه و تدوین شده بود، استفاده گردید؛ که در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با ۸ بُعد (بر اساس جدول ۱) برگزار شد و

به‌عنوان یک بخش از مداخله در نظر گرفته شد و برای گروه دیگر آزمایش مداخله درمان گوش کردن عمیق کامل به کار گرفته شد؛ که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (بر اساس جدول ۲) اجرا شد. روش درمان گوش کردن عمیق کامل متمرکز بر این مسئله است که چگونه همزادپنداری با خصوصیات اساسی و مرکزی سلامت درون و یا شخصیت‌بخشی به استعداد‌های نهانی درون در بازی نقش که اساس این روش است، سبب کاهش علائم بی‌خوابی می‌شود (Dillard & Kibler, 1989). اثربخشی این درمان بر بی‌خوابی بررسی شده است (Dillard, 2017). اساس روش درمانی گوش کردن عمیق کامل حاکی از آن است که گوش کردن یک نکته مهم برای درست تصمیم گرفتن است. هرچه افراد بیشتر فرا بگیرند که به خودشان، دیگران و درس‌هایی که این روش به آنان می‌دهد گوش دهند بیشتر قادر خواهند بود تصمیم درست‌تری در زندگی بگیرند تا به ترس‌ها و توهمات و مشکلات خودساخته‌ای غلبه کنند که منشأ تمامی جدال‌ها، عدم توازن، اعتیاد، بی‌خوابی و استرس‌های زمان بیداری هستند. در این رویکرد درمانی با استفاده از قطب نمای درونی و بیرونی ذهن می‌توان فهمید در کجای زندگی گیر افتاده و چگونه می‌توان از آن خارج شد (Dillard, 2013). این درمان مربوط به یاد گرفتن گوش دادن و اعتماد به خود است. هدف از انجام مصاحبه در این درمان این است که فرد کمتر وابسته به حمایت دیگران جهت یافتن نگاه‌داری و قوت تعادل درونی خود باشد و آموزش آن به آزمودنی‌ها، کمک خواهد کرد که با کمک از استعداد‌های نهانی خود، به منشأ ترس‌ها و اضطراب‌های درونی خود پی ببرند و با به‌کارگیری فنون این روش، راه‌های متنوع و متفاوتی از فکر کردن، احساس کردن و رفتار در پاسخ به این ترس‌ها و اضطراب‌ها را کشف کنند (Dillard, 2003).

این رویکرد توسط هیچ پژوهشگر ایرانی برای درمان بی‌خوابی نوجوانان به‌صورت کار پژوهشی به کار گرفته نشده فقط در ایران تأثیر درمان گوش کردن عمیق کامل بر افسردگی، اضطراب و عزت‌نفس بیماران ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بررسی شد. این درمان بر کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس این گروه تأثیر داشته است (Arefi, 2015). درمان گوش کردن عمیق کامل در کاهش اضطراب و افسردگی نوجوانانی که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند اثربخش بوده است (Arefi, Karbalaee Harofteh

(& Salehi, 2015).

خواب به عنوان بخش مهمی از زندگی شبانه روزی نیاز به بررسی و شناخت کافی از دیدگاه روان‌شناختی و زیستی دارد و در این راستا شناخت و درمان عواملی که خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر کمیت و کیفیت آن اثر می‌گذارد می‌تواند در زمینه ایجاد یک زندگی سالم و پربار نقش آفرین باشد، ضروری به نظر می‌رسد. در تحقیقات پیشین کمتر به بهبود شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب نوجوانان دختر با مشکل بی‌خوابی پرداخته شده است؛ بنا بر این پژوهش حاضر با هدف اثربخشی و مقایسه این دو روش در گروه نوجوانان دختر دارای مشکل بی‌خوابی به کار گرفته شده است تا از طریق تأثیر احتمالی این دو شیوه درمانی در شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب نوجوانان با یکدیگر مقایسه شود که: ۱- آیا اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان دارای مشکل بی‌خوابی با آموزش درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل بر شدت بی‌خوابی آنان متفاوت است؟ ۲- آیا اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان دارای مشکل بی‌خوابی با آموزش درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل بر کیفیت خواب آنان متفاوت است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با اندازه‌گیری مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) است که در آن مداخله درمان کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل به عنوان متغیر مستقل به صورت آموزش گروهی همراه با گروه گواه اجرا گردیده است. انتخاب گروه‌ها به صورت تصادفی صورت گرفته است. جامعه آماری را دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم شهر اصفهان که در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد و نمونه به شیوه هدفمند انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش را می‌توان دختران پایه تحصیلی دهم و یازدهم متوسطه دوم، داشتن نمره ۱۵ به بالا در آزمون شدت بی‌خوابی، تمایل به شرکت در درمان گروهی و رضایت کتبی والدین نام برد. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل دریافت هر نوع درمان دارویی و روان‌شناختی، وجود اختلالات روان‌پزشکی، عدم تمایل فرد برای ادامه درمان و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی بود.

ابزارهای پژوهش

شاخص شدت بی‌خوابی^۱: شاخص شدت بی‌خوابی که توسط Morin (2006) طراحی شده است، یک ابزار خودسنجی مختصر است که ادراک بیمار از بی‌خوابی‌اش را اندازه می‌گیرد. این شاخص شامل هفت ماده است که مشکل در شروع خواب و تداوم خواب، رضایت از الگوی کنونی خواب، تداخل با کارکرد روزانه، قابل‌توجه بودن آسیب نسبت داده‌شده به مشکل خواب و درجه آشفتگی یا نگرانی ایجادشده توسط مشکل خواب را ارزیابی می‌کند. شرکت‌کنندگان ادراک خود را از ماده‌های این آزمون در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱ برابر با هرگز و ۵ برابر با بسیار زیاد) تخمین می‌زنند. نمرات بالاتر ادراک بیشتری از بی‌خوابی را نشان می‌دهد. هر ماده معیارهای DSMV^۲ را نشان می‌دهد (Morin, Blais & Savard, 2006). اعتبار سازه آن بر اساس دقت، شدت، رضایت‌مندی با واریانس ۰/۷۲ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و ۰/۷۸ بود و ضریب اعتبار این آزمون را ۰/۵۶ به دست آوردند (Parsaierad, Ali Akbari & Mashak, 2011). پایایی این شاخص هم در این مطالعه با استفاده از آلفای کرونباخ و اجرا بر ۴۵ آزمودنی ۰/۸۲ به دست آمد.

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۳: این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۱ تا ۲۱ است. این پرسشنامه دارای هفت مؤلفه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان‌دهنده بی‌خوابی و کیفیت خواب نامناسب است (Buyss, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 2002). آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ برای این مقیاس گزارش کردند (Backhaus, Junghanns, Broocks, Riemann & Hohagen, 2012). در ایران آلفای کرونباخ ۰/۸۵ در مطالعه Farahbakhsh and Dehghani (2016) گزارش شده و در مطالعه Shafaat Makvand, Hosseini and Rezaei (2017) با تأیید و روایی به‌کار رفته است. پایایی این مقیاس هم در این مطالعه با استفاده از آلفای کرونباخ و اجرا بر ۴۵ آزمودنی ۰/۸۸ به دست آمد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوزها و اقدامات اخلاقی لازم با اجرای آزمون شدت بی‌خوابی در میان کل

1- Insomnia Severity Index

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3- Pittsburgh Sleep Quality Index

دانش‌آموزان جامعه آماری (۲۵۶ نفر) افرادی که واجد شرایط بودند (نمره آزمون بی‌خوابی آنان بالاتر از ۱۵ بود) و مصاحبه بالینی جهت غربال افراد، ۴۵ نفر به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت نمودند. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. مداخله در گروه آزمایشی درمان کیفیت زندگی ۱۰ جلسه گروهی به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و مداخله در گروه آزمایشی درمان گوش کردن عمیق کامل ۸ جلسه گروهی به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه صورت گرفت. گروه گواه مداخله درمانی دریافت نکردند. در نهایت شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب مورد پس‌آزمون قرار گرفت. گروه آزمایشی اول طی ده جلسه درمانی (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش بسته کیفیت زندگی ویژه بی‌خوابی نوجوانان دختر که بر اساس رویکرد پدیدارشناسی توسط نویسندگان مقاله تدوین شده بود قرار گرفتند. این بسته حاصل استخراج مضامین مصاحبه‌های پدیداری است که بر اساس روش Colaizzi, Valle and King (1987) تنظیم شده و پس از توافق ارزیابان متخصص (CVI= ۰/۸۳) و انجام پایلوت جهت اعتبار اجرایی مداخله تنظیم شد و سپس مداخله بر روی یکی از گروه‌های آزمایشی اجرا شد. خلاصه‌ای از بسته تدوین شده در جدول ۱ ارائه گردیده است.

Table 1.

Quality of life treatment for insomnia in adolescent girls with insomnia

جلسه	موضوع جلسه
اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه و ارائه منطق درمان و انجام پیش‌آزمون‌ها
دوم	آموزش اصول و فنون بهداشت خواب
سوم	چگونگی ایجاد روابط سالم با خانواده و همسالان
چهارم	شناخت و حل چالش‌های ارتباط با جنس مخالف
پنجم	نحوه گذراندن اوقات فراغت سالم با توجه به شناخت ارزش‌ها، توانمندی‌ها، تجربه‌ها و امکانات فردی، خانوادگی و فرهنگی افراد
ششم	راهبردهای شناختی: شناسایی خطاهای شناختی، تکنیک‌های شناختی برای مواجهه با خطاهای شناختی
هفتم	راهبردهای رفتاری: تمرین مراقبه، اولویت‌بندی کارهای روزانه، مدیریت زمان و استفاده از تلفن همراه و فضای مجازی و مدیریت مالی برای پول توجیبی
هشتم	راهبردهای اعتقادی: ارتباط با خدا (نماز، دعا و نیایش، ذکر، توسل)، امید، شکرگزاری و توکل
نهم	مهارت‌های تحصیلی: روش مطالعه مؤثر، حل تعارض، مدیریت قبل، حین و بعد از امتحان
دهم	جمع‌بندی و مرور جلسات و پاسخ‌گویی به سؤالات انجام پس‌آزمون‌ها

روش درمانی گوش کردن عمیق کامل که در این پژوهش به کار گرفته شد، توسط یک

روان‌درمانگر آلمانی که بیش از بیست سال است در ارتباط با مشکلات خواب کار می‌کند، استفاده گردیده است. وی در درمان مشکلات خواب از این روش استفاده می‌کند (Dillard, 2014). مداخله گوش کردن عمیق کامل که اساس آن بر مصاحبه به‌وسیله متخصصی که آشنا به روش بود، انجام شد. سؤالات این مصاحبه به صورتی است که درمانگر با فرد در ارتباط با مسائل زندگی در قالب سؤالاتی وارد مصاحبه می‌شود و او می‌بایست در بازی نقش قرار بگیرد و نقش انتخابی به او در مقابله با مشکلات زندگی راهکار ارائه دهد. تغییرات زندگی در شش عامل (ترس، خردورزی، اعتمادبه‌نفس، پذیرش، نظاره‌گری و آرامش) مطرح می‌شود و طی جلسات درمانی تغییر این عوامل توسط خود فرد با انجام همان مصاحبه با خودارزیابی می‌شود (Dillard, 2009). این درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار با محتوای زیر اجرا گردید (Arefi, 2015). در جدول ۲ به‌طور خلاصه جلسات درمانی گوش کردن عمیق کامل ارائه شده است.

Table 2.

General topics and topics of treatment based on deep deep listening

شرح جلسه	
جلسه اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه و انجام پیش‌آزمون‌ها. استفاده از دستورات مصاحبه با مسائل زندگی و تهیه فهرستی از توصیه‌هایی که توسط بیمار در حین مصاحبه به دست می‌آید و آن لیست در اختیار او قرار داده می‌شود. تکلیف انجام مصاحبه با خود در منزل.
جلسه پنجم	کمک به بیمار برای قرار گرفتن در نقش موجود خیالی و در مرحله بعد شخصیت فردی که نترسیده را به خود گرفتن، گرفتن پیشنهادهایی از آن شخصیت برای تقویت اعتمادبه‌نفس، اطمینان دادن به فرد که در مقابل شفاگر درون خود به اعتماد و به باور جدیدی رسیده است.
جلسه چهارم	سؤال در مورد چگونگی ترس در حین خواب، بیان احساسش را با یکرنگ، پر کردن تصویری همه اتاق با آن رنگ، تصور شکل منسجم یک حیوان را با آن رنگ، مصاحبه‌ای به‌صورت وانمود سازی در قالب آن حیوان و یا شیء دیگر و در انتهای جلسه دادن یک نسخه از ارزیابی و تکلیف برای مصاحبه با خود در طول هفته.
جلسه دوم	از فرد خواسته می‌شود به خودش در معیارهای اساسی مشکلات (بی‌خوابی، اضطراب، کابوس‌های شبانه، تمرکز و فلش‌بک‌های روزانه) به خودش امتیاز دهد، سؤال در مورد تغییر در خواب و انجام یک مصاحبه جدید.
جلسه سوم	یک مصاحبه با مسائل زندگی انجام می‌شود و از تغییرات خواب وی مطلع می‌شویم. راهکارهای لازم از دیدگاه خود فرد در قالب شخصیت فراتر ارائه می‌شود. برای اجرای مصاحبه توسط خودش تلاش می‌شود.
جلسه ششم	کمک به بیمار برای انجام مصاحبه با مسائل زندگی گوشزد کردن اشکالات وی، تکلیف برای انجام مصاحبه با خود در طول هفته داده می‌شود.
جلسه هفتم	از بیمار خواسته می‌شود به خود در معیارهای بی‌خوابی امتیاز دهد و یاری بیمار برای انجام مصاحبه، گوش زد کردن اشکالات، دادن فرم مجدد برای مصاحبه و توصیه به انجام مصاحبه در طول هفته.
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسات قبل، بررسی ابهامات و پاسخ‌گویی به سؤالات و اجرای پس‌آزمون

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و با روش تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در ادامه از روش آمار استنباطی تحلیل اندازه‌گیری مکرر اثر تعامل زمان و گروه استفاده گردید. جدول ۳ به داده‌های توصیفی پژوهش پرداخته شده است.

Table 3.
Descriptive indicators of scores of research variables by three groups

Variable	Quality of life group therapy			Group Therapy integral deep listening			Control group			
	Pre-test	Post-test	Follow up	Pre-test	Post-test	Follow up	Pre-test	Post-test	Follow up	
Severe insomnia	Mean	18.47	13.07	11.93	17.47	7.87	7.33	18.13	18.6	20.4
	SD	3.24	1.62	1.75	2.38	4.25	3.37	2.47	3.137	2.87
Sleep quality	Mean	10.2	5.8	4.67	9.2	4.13	4	12.27	12.33	13.67
	SD	4.09	2.04	1.49	3.46	1.84	1.64	4.39	4.49	4.59

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است میانگین نمرات شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب در گروه‌های مداخله (بسته درمانی کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل) نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد و به ترتیب شدت بی‌خوابی در گروه کیفیت زندگی از ۱۸/۴۷ به ۱۳/۰۷ و در گروه درمانی گوش کردن عمیق کامل از ۱۷/۴۷ به ۷/۸۷ رسیده است. میانگین نمرات آزمون کیفیت خواب در گروه درمانی کیفیت زندگی از ۱۰/۲ به ۵/۸ و در گروه گوش کردن عمیق کامل از ۹/۲ به ۴ تغییر پیدا کرده است.

آزمون موجهی برای بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل است؛ که نتایج این آزمون موجهی در جدول ۴ ارائه شده است.

Table 4.
Machley sphericity test for research variables

Effect	Statistics	Chi-square	df	p
Insomnia severity test steps	0.65	17.75	2	0.001
Sleep quality test steps	0.88	4.89	2	0.086

همان‌گونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون موجلی در متغیر شدت بی‌خوابی رد شده است و در متغیر کیفیت خواب در پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون موجلی تأیید شده است. نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری آزمون در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است، لذا پیش‌فرض برقرار نمی‌باشد. در صورت عدم برقراری این مفروضه تفسیر شاخص F تغییر می‌کند. در این پژوهش برای دقت بیشتر از اصلاح درجات آزادی گرین-هوس گیسر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در جدول ۵ آمده است.

Table 5.

Analysis of variance of repetitive measures to compare intra-group and inter-group changes for research variables in three measurement stages

Variable	Source	Sum of squares	df	Average squares	F	Significance level	Effect size	Statistical power
Severe insomnia	Group	8.2	1	8.2	1.62	0.209	0.038	2
	Time	0.002	1	0.002	0.001	0.972	0.001	0.05
	Time × Group	34.288	2	17.14	9.87	0.001	0.325	0
Sleep quality	Group	106.96	2	534.48	50.33	0.001	0.711	1.00
	Time	8.2	1	8.2	1.62	0.209	0.038	0.238
	Time × Group	29.102	2	14.55	2.89	0.067	0.124	0.535

نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات شدت بی‌خوابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$)، اما تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیر شدت بی‌خوابی معنی‌دار است ($p < 0.05$). همچنین اثر اصلی گروه معنی‌دار شده است، به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات شدت بی‌خوابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار نبوده است اما تفاوت نمرات این متغیر در مراحل پژوهش بین سه گروه معنی‌دار است. براین اساس باید از آزمون‌های تعقیبی استفاده نمود تا مشخص شود بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود داد.

بین میانگین نمرات کیفیت خواب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$)، علاوه بر این، تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در متغیر کیفیت خواب معنی‌دار نیست ($p > 0.05$)، اما اثر اصلی گروه معنی‌دار شده است. به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات کیفیت خواب در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار نبوده است و همچنین تفاوت نمرات این متغیر در مراحل پژوهش در سه گروه

معنی دار نیست. اما تفاوت دو گروه به طور کلی معنی دار به دست آمده است. بر این اساس تغییر نمرات در مراحل پژوهش در گروه‌ها معنی دار به دست نیامده است. با توجه به نتایج جدول تأثیر بسته درمانی کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان دارای مشکل بی‌خوابی با درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل بر کیفیت خواب آنان متفاوت است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش را برای متغیر شدت بی‌خوابی در جدول ۶ ارائه شده است.

Table 6.

Results of Bonferroni post hoc test by dependent variables or mean scores of insomnia severity in research stages

Dependent variable	Parameter	B	S.E	T	P	Effect volume
Post-test of insomnia severity	Quality of life treatment with control group	-5.74	1.10	-5.25	0.001	0.40
	Integral deep listening treatment with control	-10.51	1.10	-9.54	0.001	0.69
	Quality of life therapy with integral deep listening therapy	-4.76	1.1	-4.3	0.001	0.31
Follow up of insomnia severity	Quality of life treatment with control group	-8.61	0.92	-9.36	0.001	0.68
	Integral deep listening treatment with control	-12.77	0.92	-13.84	0.001	0.82
	Quality of life therapy with complete deep listening therapy	-4.16	0.92	-4.48	0.001	0.33

نتایج در جدول ۶ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری بین گروه گواه با گروه درمانی کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$) که نشان می‌دهد میزان تأثیر درمان کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل بر بهبود شدت بی‌خوابی در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۰/۱ و ۶۹ درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر دو روش درمان کیفیت زندگی و در گوش کردن عمیق کامل در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۶۸/۱ و ۸۲/۴ درصد به دست آمده است. نتایج نشان داد که در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین درمان کیفیت زندگی با درمان گوش کردن عمیق کامل تفاوت معنی‌داری دارد ($p < 0.05$).

در یک نتیجه‌گیری کلی به نظر می‌رسد ضمن معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های بسته آموزشی کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل در بهبود شدت بی‌خوابی

نوجوانان دارای مشکل بی‌خوابی در مراحل پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات درمان‌ها در مرحله پیگیری، در مقایسه روش‌های مداخله، روش درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل اثربخش‌تر از بسته آموزشی کیفیت زندگی بوده است.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها در مراحل پژوهش برای متغیر کیفیت خواب در جدول ۷ ارائه شده است.

Table 7.

Results of Bonferroni post hoc test by dependent variables or mean scores of sleep quality in research stages

Dependent variable	Parameter	B	S.E	T	P	Effect volume
Post-test of sleep quality	Quality of life treatment with control group	-5.79	1.01	-5.70	0.001	0.442
	Integral deep listening treatment with control	-7.09	1.04	-6.81	0.001	0.531
	Quality of life therapy with integral deep listening therapy	-1.31	1.00	-1.31	0.197	0.04
Follow up of sleep quality	Quality of life treatment with control group	-8.59	1.07	-7.99	0.001	0.609
	Integral deep listening treatment with control	-9.07	1.1	-8.22	0.001	0.622
	Quality of life therapy with complete deep listening therapy	-0.47	1.06	0.45	0.657	0.005

نتایج در جدول ۷ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری بین گروه گواه با گروه درمان کیفیت زندگی ($p < 0/001$)، درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان می‌دهد میزان تأثیر درمان کیفیت زندگی و گوش کردن عمیق بر بهبود کیفیت خواب در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۴/۲ و ۵۳/۱ درصد حاصل شده است. همچنین تأثیر دو روش بسته آموزشی کیفیت زندگی و گوش کردن عمیق در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۶۰/۹ و ۶۲/۲ درصد به دست آمده است. نتایج نشان داده است که در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت بین گروه بسته آموزشی کیفیت زندگی با درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل تفاوت معنی‌داری ندارد ($p > 0/05$).

در یک نتیجه‌گیری کلی به نظر می‌رسد ضمن معنی‌داری اثر هر یک از روش‌های درمان کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر گوش کردن عمیق کامل در بهبود کیفیت خواب نوجوانان

دارای مشکل بی‌خوابی در مراحل پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات درمان‌ها در مرحله پیگیری، در مقایسه روش‌های مداخله، دو روش تفاوت معنی‌داری ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته دختران نوجوان با مشکل بی‌خوابی و درمان گوش کردن عمیق کامل بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب دختران نوجوان با مشکل بی‌خوابی بود؛ که در این میان یافته اول حاکی از آن است که ضمن معنی‌داری هریک از دو درمان، بر بهبود شدت بی‌خوابی، در مقایسه روش‌های مداخله درمان گوش کردن عمیق بر شدت بی‌خوابی در مراحل پس‌آزمون و باقی ماندن اثرات درمان‌ها در مرحله پیگیری، درمان گوش کردن عمیق کامل اثربخش‌تر از بسته درمان کیفیت زندگی بوده است. علی‌رغم جستجوی اطلاعاتی تا زمان گزارش پژوهش حاضر، پژوهشی در دسترس قرار نگرفت که طی آن تأثیر درمان کیفیت زندگی مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان دارای مشکل بی‌خوابی در مقایسه با درمان یا درمان‌های دیگر مورد بررسی قرار گرفته باشد؛ با این حال پژوهش‌های چندی تاکنون تأثیر درمان‌های دیگر بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب را در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند که می‌توان به نتایج پژوهش‌های Esmaeili و Babamiri et al. (2017)، Arhami Isaloo et al. (2018)، Aminnia et al. (2011) et al. (2015) اشاره نمود.

در این پژوهش با توجه به این‌که درمان کیفیت زندگی ابعاد مختلف (بهداشت خواب، ایجاد روابط سالم با خانواده همسالان، شناخت و حل چالش‌های ارتباط با جنس مخالف، نحوه گذراندن اوقات فراغت سالم، به‌کارگیری راهبردهای شناختی، رفتاری، اعتقادی و مهارت‌های تحصیلی) را در بر گرفته بود، نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش با به‌کارگیری تکالیف داده‌شده و عادت‌های جدیدی که در وضعیت بهداشت خواب، روابط با خانواده، همسالان و جنس مخالف، تغییراتی که در پر کردن سالم اوقات فراغت، افکار، رفتار، راهبردهای اعتقادی و کسب یک سری مهارت‌های لازم و ضروری در مسائل تحصیلی خود آموختند، باعث شد اثربخشی این دوره درمانی بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب آنان معنی‌دار گردد.

اثربخشی روش درمان گوش کردن عمیق کامل به شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی دیگر پژوهش کمک کرد تا در حین مصاحبه با خود در زمینه مسائل زندگی، از استعداد‌های نهانی خود استفاده کنند، به منشأ ترس‌ها و اضطراب‌های خود پی ببرند و با انجام تکالیف خانگی که برای خود منظور داشتند شدت بی‌خوابی آنان کاهش و کیفیت خوابشان بهبود یافت. این یافته پژوهش (Arefi, 2015; Arefi et al., 2015) در ایران و بررسی‌ها و مطالعات (Dillard, 1989, 2013, 2014, 2017) در آلمان همسو هست و توانسته برای گروه دوم آزمایش در زمینه شدت بی‌خوابی و کیفیت خوابشان تأثیر معنی‌داری داشته باشد.

در تبیین این بخش از مداخله می‌توان عنوان کرد که دختران نوجوان دارای مشکل بی‌خوابی (گروه آزمایشی دوم) شرکت‌کننده در پژوهش توانستند با انجام تکالیفی که در حین و بعد از مصاحبه برای خود عنوان می‌کردند در مواجهه با چالش‌های زندگی خود راهکارهای مسئله‌مداری را به کار ببندند و با توجه به نتایج پژوهش اثرگذاری آن بر شدت بی‌خوابی بهبود کیفیت خواب در آنان نسبت به گروه گواه مشهود بود.

در مقایسه روش‌های درمانی، روش درمان گوش کردن عمیق کامل در بهبود شدت بی‌خوابی اثربخش‌تر از درمان کیفیت زندگی بوده است. بدین معنا که این روش با اثرگذاری بر روی علائم بی‌خوابی توانسته شدت بی‌خوابی نوجوانان دختر گروه آزمایشی تحت درمان گوش کردن عمیق کامل را کاهش دهد، اما در بهبود کیفیت خواب بین درمان کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در متغیر کیفیت خواب هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری گروه درمان کیفیت زندگی و درمان گوش کردن عمیق کامل با گروه گواه، تفاوت معنی‌دار وجود داشت، اما در مقایسه اثربخشی بر کیفیت خواب بین دو مداخله تفاوت معنی‌داری نبود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدود بودن نمونه به دختران پایه دهم و یازدهم مدارس متوسطه دوم شهر اصفهان بود که در نتیجه در تعمیم نتایج به سایر افراد جنبه احتیاط را باید در پیش گرفت. به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه توصیه می‌شود که اثربخشی این دو مداخله را در گروه‌های مختلط دختران و پسران نوجوان با گروه‌های تک‌جنسیتی مورد مقایسه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود مشاوران مدارس و مراکز درمانی روان‌شناختی برای درمان مشکل بی‌خوابی و افزایش کیفیت خواب مراجعان خود از این دو روش به‌عنوان درمانی

اثربخشی برای مشکل بی‌خوابی نوجوانان استفاده نمایند.

سهم مشارکت نویسندگان: مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری خانم فاطمه ترک لادانی در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، به راهنمایی دکتر اصغر آقایی و مشاوره دکتر ایلناز سجادیان می‌باشد؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از مدارس سطح شهر اصفهان که در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند اعلام می‌دارند.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Amaral, O., Garrid, A., Pereir, C., Veiga, N., Serpa, C., & Sakellarides, C. (2017). Sleep pattern and insomnia among Portuguese adolescents: Cross sectional study. *Aten Primaria, 46*, 191-194.
- Amarala, A., Garridob, A., Pereira, C., Masterc, N., & Nunesd C. (2016). Quality of life, sleepiness and depressive symptoms in adolescents with insomnia: A cross-sectional study. *Aten Primaria, 49*(1), 35-41.
- Aminnia, N., Aghaei, A., Molavi, H., & Najafi, M. R. (2011). The effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 12*(2), 13-19. [Persian]
- Arboledas, G. P., Insuga, S. V., Lague, M. G., et al. (2017). Insomnia in children and adolescents. A consensus - document. *An Pediatr Barc, 86*, 165-175.
- Arefi, M. (2015). *The efficacy of I.D.L. (Integral Deep Listening) method on anxiety, depression and self-esteem of 12 to 18 years with post-traumatic stress disorder patients in Isfahan*. Final Report of Project Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Department of Educational and Psychology Science. [Persian]
- Arefi, M., Karbalaee Harofteh, M., & Salehi, Z. (2015). Comparison of effect of cognitive-behavioral, group psychotherapy and I.D.L. on depression and anxiety of unattended adolescents suffering of the post-traumatic stress disorder in Isfahan. *Gazi universi Gazi Egitim Fakultesi Dergisi, 4*(6), 1-8.
- Arhami Isaloo, Z., Basharpour, S., Narimani, M., & Sadeghi, G. (2018). *The effectiveness of sleep hygiene education on sleep disturbances in nurses*. 5th Iranian Scientific Conference on Educational and Psychological Sciences, Social and Cultural Injuries. [Persian]

- Ashrafi, H., Ansarin, K. H., Hasanzadeh, M., & Jouyban, A. (2018). Review on sleep disorders and their management. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services*, 40(2), 95-105. [Persian]
- Babamiri, M., Moeini, B., Tahmasian, H., Roshanai, G., & Barati, M. (2017). The study of sleep health education effecton sleep quality among Lorestan nursing personnel. *Journal of Ergonomics*, 4(4), 8-13. [Persian]
- Backhaus, J., Junghanns, K., Broocks, A., Riemann, D., & Hohagen, H. (2012). Comparison of general health status and sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 49(3), 184-211.
- Bahrani, M., Mortagheb Ghasemi, M., Hasani D, Heidari, A., Marzban, M., & SalekmoGhadam, A. (2018). Comparative study of causes Signs and symptoms Insomnia in humans from the perspective medicine traditional and medicine. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine*, 1(20), 183-191. [Persian]
- Bahri, N., Shamsari, M., Moshki, M., & Mogharab, M. (2014). The survey of sleep quality and its relationship to mental health of hospital. *Iran Occupational Health*, 11(3), 96-104. [Persian]
- Basiri, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2016). The effect of neuro feedback training on improving sleep quality of patient with insomnia. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 4(23), 294-304. [Persian]
- Bassak Nejad, S., Aghajani Afjadi, A., & Zargari, Y. (2012). The effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness on sleep quality and life quality in female university students. *Journal of Psychological Achievements*, 19(2), 181-198. [Persian]
- Bauducco, C. A., Tillfors, M., Ozdemir, M., Flik, I. K., & Linton, S. J. (2015). Too tired for school the effects of insomnia on absenteeism in adolescence. *Sleep Health*, 1, 205 -210.
- Burdick, D. (2017). *A guide to mindfulness training for children and adolescents*. Gh. Monshei Azad et al. (Trans.). Isfahan: Islamic Azad University Press [Persian]
- Buys, D. J., Reynolds, F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (2002). The Pittsburgh sleep quality: A new Instrument for psychiatric and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Colaizzi, P. F., Valle, R. S., & King, M. (1978). *Existential phenomenological alternatives for psychology*. Psychological Research as the Phenomenologist Views it, 48-71.
- Dai, H., Mei, Z. M., An, A., & Wu, J. (2019). Association between sleep problems and health-related quality of life in Canadian adults with chronic diseases. *Journal of sleep Medicine*, 61, 26-30.
- Dehdari, T., Taatti, R., & Chaboksavar, F. (2016). The relationship between sleep quality and psychological condition in college students. *Rahavard Salamat*, 2(1), 1-9. [Persian]

- Dillard, J., & Kibler, S. (1989). *Dream working*. Dearrlyitd.
- Dillard, J. (2003). *Integral deep listening interviewing techniques*. In press.
- Dillard, J. (2013). *Ending nightmares for good*. Berlin: Deep Listening Publishing.
- Dillard, J. (2014). *Integral deep listening: Accessing your inner compass*. Berlin: Deep Listening Press.
- Dillard, J. (2017). Dream sociodrama. *Sociometry and Group Psychotherapy*, 65, 1-37.
- Donskoy, I., & Loghmanee, D. (2018). Insomnia in Adolescence. *Medical Sciences* 6(72), 1-12.
- Esmaceli, M., Basiri, N., & Shakibae, N. (2015). The effect of cognitive behavioral therapy focused in insomnia on improving sleep quality and insomnia severity in patients with primary insomnia disorder. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 13(3), 174-184. [Persian]
- Farahbakhsh, A., & Dehghani, F. (2016). Effectiveness of mindfulness therapy in sleep quality and mental health of women with insomnia disorder. *Journal of Health Chimes*, 4(3), 8-15. [Persian]
- Hedayat, S., & Aref, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on improving sleep quality in the elderly. *Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(2), 60-68. [Persian]
- Hedayat, S., & Arefi, M. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy on improving the sleep quality of the elderly. *Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2(16), 60-68. [Persian]
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children. *Elsevier Mosby-Year Book*, 9(14), 651-83.
- Hsieh, Y-P., Lu, W-H., & Yen, C-F. (2019). Psycho-social determinants of insomnia in adolescents: Roles of mental health, behavioral health, and social environment. *Journal of Neuroscience*, 13, 848.
- Ishak, W., Bagot, F. K., Thomas, S. H., Maghikian, N., Bedwani, D., & Larson, D. (2012). Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innov Clinical Neuroscience*, 9(10), 13-26.
- Jabal Ameli, H., Nesht Dost, M. T., Kajbaf, M. B., & Molavi, H. (2014). Effectiveness of Islamic psychotherapy on quality of life and anxiety in persons with general anxiety disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 21(2), 1-18. [Persian]
- Javadi, Z., & Ghorbani, M. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the improvement of sleep quality in patients with general anxiety disorder. *Horizon of Medical Sciences ofogh Danesh*, 25(2), 117-126. [Persian]
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry (11th edition)*. Published by LWW.
- Kena, Z., Jinwen, Z., Zengqiang, W., Xiaoming, S., Shilu, T., & Shenghui, L. (2019). The relationship between insomnia symptoms and school

- performance among 4966 adolescents in Shanghai, China. *Sleep Health*, 5, 273-279.
- Lin, Y. F., Liu, Z. D., Ma, W., & Shen, W. D. (2016). Hazards of insomnia and the effects of acupuncture treatment on insomnia. *International Journal of Integrative Medicine*, 14(3), 174-186.
- Liu, Y., Wheaton, A. G., Croft, J. B., & Xu, F. (2018). Relationship between sleep duration and self-reported health-related quality of life among US adults with or without major chronic diseases, 2014. *Journal of Sleep Health*, 4(3), 265-272.
- Morin, C., Blais, F., & Savard, J. (2006). Are changes in beliefs and attitudes? About sleep related to sleep related to sleep improvements in the Treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 741-752.
- Nik-Azin, A., Shairi, M. R., & Naeniyan, M. R. (2013). Health related quality of life in adolescents: Mental health, socio-economic status, gender, and age differences developmental psychology. *Iranian Psychologists*, 9(53), 271-281. [Persian]
- Parsaierad, E., Ali Akbari, S., & Mashak, R. (2011). The comparison of insomnia, drowsiness and social support of pregnant and unpregnant women. *Journal of Yaftehayeh no dar Ravanshenasi*, 5(17), 19-34. [Persian]
- Rahmati, R., & Rahmani, S. (2015). Investigation of relationship between quality of sleep and mental health of rehabilitation sciences students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of the Faculty of Rehabilitation*, 4(3), 147-155.
- Rezaei, M., Hojjat, K., Hatami, S. E., Monadi, H., & Ein Beigi, E. (2015). Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia. *Journal of North Khorasan University*, 7(2), 319-327. [Persian]
- Shafaat, N., Makvand Hosseini, S., & Rezaei, A. M. (2017). Effectiveness of multi components cognitive-behavioral therapy on insomnia intensity and Quality of sleep of breast cancer patients after surgery. *Research in Psychological Health*, 11(2), 19-33. [Persian]
- Sonta, T., SOS, P., & Susta, M. (2014). Past and present in drug treatment of sleep disorder. *Neuro Endocrinal Lett*, 35(3), 186-197.
- Zambotti, M., Goldestone, A., & Baker, C. (2018). Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact and treatment. *J Sleep Medicine Reviews*, 39, 12-24.

