

## اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب مرگ در بیماران سرطانی

زهرا آقامیرمحمدعلی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران سرطانی در سال ۱۳۹۷ بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر، عبارت است از کلیه ی مراجعه کنندگان به بیمارستان کوثر کرج که به بیماری سرطان مبتلا می باشند. برای تخمین تعداد نمونه هر گروه از فرمول کوهن استفاده شد. طبق محاسبه فرمول کوهن حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. که مجموع کل حجم نمونه دو گروه ۳۰ نفر (۱۵ نفر کنترل) و (۱۵ نفر آزمایش) اعلام شد. با توجه به آزمایشی بودن طرح فوق، پس از جایگزینی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای تحت درمان طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل این آموزش را دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه استاندارد اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) بود. نتایج پژوهش نشان داد که در میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه آزمایش پس از اجرای مداخله، در پس آزمون تفاوت ایجاد شده است. براساس یافته های پژوهش در متغیر بین گروهی سطح معنادرای ۰/۰۰۱ می باشد و این مقدار کوچکتر از سطح معناداری ملاک یعنی ( $P \leq 0.05$ ) است و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده ۴/۱۴۷ بیشتر از مقدار جدول با درجه آزادی (۱۵ و ۱) می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ را تایید می کند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی گروهی، اضطراب مرگ، بیماران سرطان

## مقدمه

در اواخر قرن بیستم عوامل روان شناختی و بیماری سرطان توجه چشمگیری را در موقعیت های پژوهشی و بالینی به سوی خود جلب کرد (بارکن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). مطالعات اولیه بیماران سرطان به نقش عوامل روانشناختی اشاره داشته اند این اثر از طریق افزایش اضطراب مرگ که موجب آغاز زنجیره ای از اتفاقات می شود صورت می گیرد، بدن از طریق آزادسازی هورمون آدرنالین در مقابل این موقعیت واکنش نشان می دهد، که سبب می شود تنفس و ضربان قلب سریع تر شده و فشارخون افزایش یابد. این عکس العمل های فیزیکی، از طریق مقابله با یک موقعیت یا فرار از آن، یا همان پاسخ «جنگ یا گریز»، برای رویارویی با آن موقعیت صورت میگیرد (شوستر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

لیو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵) بیان می کنند هنگامی که روح جاویدان به مخاطره می افتد انتخاب به شکل سرنوشت سازی شیوه آغاز گری را تعیین می کند. انتخاب راهی برای پایان دادن به دلهره و اضطراب یا آشوب درونی است. می<sup>۴</sup> معتقد است خاستگاه اضطرابی نیاز شخص برای بقا حفظ خود و شجاعت است. تیلیش<sup>۵</sup> نیز سه شکل اضطراب را ذکر می کند که بر اساس آن سه نوع نیستی «خود وجودی» یا «اضطراب مرگ»<sup>۶</sup>، یا «اضطراب بی معنایی» و «خود اخلاقی» یا «اضطراب محکومیت» انسان را تهدید می کند. نیستی زمینه ایی است که شکل هستی در برابر آن آفریده شده است. مرگ زمینه ایی است که بر شکل زندگی تاکید می کند هستی مستلزم نیستی است. پیوند ما با جنبه های زیستی و مادی جهان ماست که به صورت بودن در طبیعت، بودن با دیگران و بودن برای خویشتن است مرگ بیانگر آن است که زمان محدودی داریم. تجربه کردن مقداری اضطراب در مورد مرگ طبیعی و سازگارانه است اما مانند ترس های دیگر اضطراب مرگ خیلی شدید می تواند سازگاری موثر را تضعیف کند (هرینگتن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). اضطراب مرگ را می توان به عنوان سطح اضطرابی تعریف نمود که فرد هنگام اندیشیدن در مورد مرگ با آن روبرو می شود (ویل اسمیت<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۹). نیستی زمینه ایی است که شکل هستی در برابر آن آفریده شده است (کستا<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲). مرگ زمینه ایی است که بر شکل زندگی تاکید می کند هستی مستلزم نیستی است (پروچاسکا و نور کراس، ۲۰۰۷).

در سال های اخیر طرحواره درمانی گروهی جزء مهمی از درمان های روانشناختی مؤثر برای اختلالات اضطرابی بوده است (کاپلان، ۱۹۹۸). کلمه «طرحواره» در حوزه های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است. طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار<sup>۱۰</sup>، قالب<sup>۱۱</sup>، یا چهارچوب<sup>۱۲</sup> تعریف می شود. در فلسفه قدیم یونان، منطقیون رواقی<sup>۱۳</sup>، مخصوصا فروسیپوس<sup>۱۴</sup> (۲۰۶ تا ۲۷۹ ق.م)، اصول منطقی را در قالب «طرحواره استنباط»<sup>۱۵</sup> مطرح کردند. طرحواره در نظام فلسفی کانت<sup>۱۶</sup> «درک و دریافت نقطه اشتراک تمام عناصر یک مجموعه» تعریف می شود. این واژه همچنین در نظریه ریاضی مجموعه ها، هندسه جبری، آموزش، تحلیل ادبی، برنامه ریزی کامپیوتری نیز به کار برده شده است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲؛ به نقل از هرینگتن، ۲۰۱۴).

- 
- 1 - Barkun
  - 2 - Schuster
  - 3 - Liu
  - 4 - May.
  - 5 - Tilich.
  - 6- death Anxiety.
  - 7 - Harrington
  - 8 - Vail-Smith
  - 9 - Costa
  - 10 - structure
  - 11 - Framework
  - 12 - outline
  - 13 - stoic logicians
  - 14 - Frosippus
  - 15 - inference schmata
  - 16 - kant

طرحواره یک ساختار شناختی به منظور غربال کردن، کد گذاری و ارزیابی محرکهایی است که ارگانسیم در معرض آن قرار گرفته است. براساس ماتریکس طرحواره ها، فرد قادر می شود تا خود را در ارتباط با زمان و فضا جهت یابی کند و تجربه های خود را به روش معنی داری، طبقه بندی و تفسیر کند. (بک، ۱۳۸۵) طرحواره بالاترین سطح تعمیم یافته شناخت است که به تغییر مقاوم می باشد و تاثیر عمیق و قدرتمندی در شناخت واره ها و هیجان های فرد دارد. افکار خودآیند منفی و مفروضه های بنیادین بینابینی به طور شدیدی تحت تاثیر طرحواره ها قرار می گیرند و این تاثیر به خصوص زمانی قدرتمندتر است که طرحواره ها فعال شوند. بک و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند که در حیطه آسیب شناسی روانی، واژه طرحواره در مورد ساختارهایی با محتوای شخصی شده باخصایص فردی به کار می رود که در اثر اختلالاتی از جمله افسردگی، اضطراب، حملات هراس و وسواس ها فعال می شوند. (بارلو، ۲۰۰۲) مفهوم طرحواره ریشه در روانشناسی شناختی، تحول شناخت، روان شناسی خود و نظریه وابستگی دارد. در حیطه روانشناسی شناختی، واژه طرحواره شناختی دارای معانی متعددی می باشد که در حیطه گسترده ای از ساختارهای شناختی<sup>۱</sup> قابل دستیابی تا غیر قابل دستیابی متفاوت می باشد.

دالاس<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) بیان میکند که طرحواره ها مفروضه ها یا قوانین زیربنایی<sup>۳</sup> هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود دارند و در طول سالهای زندگی فرد تحول یافته اند. محتوای طرحواره ها، کلیه جنبه های زندگی فرد، اعم از آگاهانه یا غیر آگاهانه را در بر می گیرد. طرحواره ها، معنی و ساختاری که فرد به دنیا می دهد را ایجاد می کنند. طرحواره ها، در طول دوره تحول فرد شکل گرفته اند. به این معنا که به موازاتی که فرد از محیط پیرامون خود اطلاعات را دریافت می کند آن را پردازش و فیلتر می کند. طبق دیدگاه بک (آلفورد و بک، ۱۹۹۷)، ذهنیت ها از طرحواره هایی تشکیل شده اند که در برگزیده خاطرات، راهبردهای حل مساله، تصاویر ذهنی و زبان هستند. ذهنیت ها، در راهبردهای برنامه ریزی شده<sup>۴</sup> جهت به انجام رساندن مهارت های بقایی مثل دفاع در برابر شکارگرها فعال می سازند، فعال سازی یک ذهنیت خاص حاصل میراث<sup>۵</sup> ژنتیکی فرد و باورهای فرهنگی و اجتماعی اوست. بک (۱۹۹۶) معتقد است، ذهنیت ممکن است لزوماً به هنگام برانگیختگی طرحواره، فعال نشود حتی زمانی که مولفه شناختی طرحواره برانگیخته می شود ممکن است هیچگونه مولفه عاطفی، انگیزشی یا رفتاری را مشاهده نکنیم. مفهوم حالت طرحواره، مشکل ترین قسمت نظریه طرحواره است. چون در برگزیده عناصر بسیاری است. حالت طرحواره، حالت های هیجانی و پاسخ های مقابله ای، انطباقی یا غیر انطباقی است که فرد لحظه به لحظه آن را تجربه می کند. اغلب حالت های طرحواره فرد توسط موفقیت های زندگی مورد آماج قرار می گیرند که فرد نسبت به آنها بسیار حساس است (تکمه های هیجانی<sup>۶</sup>). در طرحواره درمانی، سعی می کنیم تا به بیمار کمک کنیم تا از یک حالت ناکارآمد به سمت یک حالت سالم حرکت کند تا بتوانیم در مسیر فرایند ترسیم طرحواره پیشرفت کنیم. حالت غالبی را که فرد در یک لحظه معینی از زمان دارد، حالت طرحواره نامیده می شود. هنگام کار، از واژه تلنگر زدن استفاده می کنیم یعنی حرکت بین حالت ها که به صورت ضربه زدن به یک حالت برای وارد شدن به حالت دیگر استفاده می شود (بینگل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸).

لند<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۰) اظهار می کنند طرحواره ها تعیین کننده راه های میان بر پردازش اطلاعات و نهایتاً پیامدها و محتوای شناختی هستند و اصولاً از طریق پردازش اطلاعات از طریق یک طرحواره است که شخصی به نتیجه گیری و راه اطلاعات داده شده به او می رسد. در رشد شناختی طرحواره قالبی است که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجربه را تبیین نمایند. در بافت روانشناسی و روان درمانی طرحواره به طور کلی به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم مرتبط با حوزه روان درمانی

1 - Cognitive structures

2 - Dallas

3 - underlying assumptions

4 - programmed strategies

5 - make up

6 - Emotional buttons

7 - Bingöl

8 - Lund

این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند و به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسأله همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به هماهنگی شناختی از آن یاد می شود یعنی حفظ دیدگاهی با ثبات درباره دیگران، حتی اگر نادرست یا تحریف شده باشد. با این تعریف کلی طرحواره می تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و می تواند در اوایل زندگی یا در مسیر بعدی زندگی شکل بگیرد (لازاروس<sup>۱</sup> و جیمرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

طرحواره درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه گذاری شده است او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی - رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء ای، ساختار گرایی و روان تحلیلی و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی ارائه دهد. طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (یانگ ۱۹۹۹، ۱۹۹۰) بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. مزیت های مهم طرح واره درمانی بر سایر درمانهای متداول این است که در مقایسه با اغلب رویکردهای دیگر، طرح واره درمانی یکپارچه تر است، مخصوصاً با این که جنبه هایی از مدل های شناختی، رفتاری، روان پویایی (مخصوصاً روابط شیئی) دلبستگی و گشتالت را در هم می آمیزد. طرح واره درمانی اگر چه مولفه های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می داند، با این حال به تغییر هیجانی، تکنیک های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می دهد. میگنا دات آی آر، یکی دیگر از مزیت های مدل طرح واره، ایجاز و از سوی دیگر پیچیدگی و قابل تعمق بودن آن است. درک آن برای بیماران و درمانگران راحت است (مک ماهان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). با توجه به مطالب گفته شده هدف اصلی بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران سرطان است و پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران سرطان اثربخش است؟

## روش

### الف) شرکت کنندگان و طرح پژوهش

جامعه آماری در پژوهش حاضر، عبارت است از کلیه ی مراجعه کنندگان به بیمارستان کوثر کرج که به بیماری سرطان مبتلا می باشند. برای تخمین تعداد نمونه هر گروه از فرمول کوهن استفاده شد. فرمول کوهن یکی از پرکاربردترین روش ها برای محاسبه حجم نمونه آماری است. طبق گفته جاکوب کوهن (۱۹۹۸) تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن نیازمند آن است که واریانس را بدانید. همچنین باید سطح خطا نیز تعیین شود.

$$n = \left( \frac{Z_{\alpha} \sigma}{E} \right)^2$$

در این محاسبات  $\frac{Z_{\alpha}}{2}$  در سطح خطای  $\alpha=5\%$  محاسبه شده و برابر ۱٫۹۷ است. مقدار خطای E را پژوهشگر تعیین می کند و به صورت پیش فرض بدترین حالت آن یعنی ۰٫۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که اگر واریانس جامعه در دسترس نباشد مقدار  $\sigma$  براساس واریانس داده های نمونه اولیه تعیین می شود. طبق محاسبه فرمول کوهن حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. که مجموع کل حجم نمونه دو گروه ۳۰ نفر (۱۵ نفر کنترل) و (۱۵ نفر آزمایش) اعلام شد. با توجه به آزمایشی بودن طرح فوق، پس از جایگزینی شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۸۰ دقیقه ای تحت درمان طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل این آموزش را دریافت نکرد. بعد از انجام ۱۰ جلسه درمانی مجدداً بین دو گروه پرسشنامه اضطراب مرگ توزیع شد و بعد از جمع آوری آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

1 - Lazarus  
2 - Jimerson  
3 - McMahan

**ب) ابزار**

پرسشنامه اضطراب مرگ: که شامل ۱۵ عبارت است و در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد. اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند تعریف می‌شود (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). با توجه به تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی بعد از ۶ بار چرخش ۴ عامل به شرح زیر استخراج شده‌اند. ترس از عواقب مرگ با واریانس ۱۲ ترس از مرگ توسط دیگران با واریانس ۲۱، ترس از عذاب روحی بعد از مردن با واریانس ۲۹، ترس از مرگ ناگهانی با واریانس ۳۶ بود.

**یافته‌ها**

جدول ۱ تحلیل توصیفی نمرات اضطراب مرگ را در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون پس‌آزمون بر اضطراب مرگ به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۵	۲۸/۱۶۴	۲/۵۱
	۱۵	۲۸/۱۰۶	۲/۷۴
آزمایش	۱۵	۲۷/۱۶۹	۲/۴۱
	۱۵	۱۸/۰۲۱	۲/۸۹

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه آزمایش پس از اجرای مداخله، در پس‌آزمون تفاوت ایجاد شده است و به زبان ساده اضطراب مرگ کاهش یافته است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۲. تحلیل کوواریانس اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر اضطراب مرگ

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
واریانس بین گروهی	۹۸۴,۷۳۸	۱	۹۳۲۱,۵۲۱	۴,۱۴۷	۰,۰۰۱
واریانس درون گروهی	۱۹۸۵,۹۰۱	۱۴	۶۰۲,۷۳۱		
مجموع	۲۱۱۹,۳۴۸	۱۵			

براساس یافته‌های جدول ۲، در متغیر بین گروهی سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد و این مقدار کوچکتر از سطح معناداری ملاک یعنی ( $P \leq 0.05$ ) است و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده ۴/۱۴۷ بیشتر از مقدار جدول با درجه آزادی (۱ و ۱۵) می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ را تایید می‌کند.

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج نشان داد که در میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه آزمایش پس از اجرای مداخله، در پس‌آزمون تفاوت ایجاد شده است و به زبان ساده اضطراب مرگ کاهش یافته است. اماره استنباطی نیز نشان داد که در متغیر بین گروهی سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد و این مقدار کوچکتر از سطح معناداری ملاک است و نیز از آنجا که مقدار F به دست آمده بیشتر از مقدار جدول می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ را تایید می‌کند. نتایج پژوهش همسو با پژوهش قادری (۱۳۹۵) بود که با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار

اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی با هدف هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) در دانشجویان بود نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه در مرحله پس آزمون در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده می شود و طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه به جز دو طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. یافته ها همچنین نشان داد طرحواره درمانی علائم اختلال اضطراب اجتماعی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون به میزان معناداری کاهش می دهد. نتایج بیانگر آن بود که این تغییر در نمرات کل و ابعاد علائم ترس و اجتناب معنادار و بر بعد ناراحتی فیزیولوژیک معنادار نبود ( $p < 0.05$ ). می توان گفت که طرحواره درمانی برای اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از اثربخشی لازم برخوردار است.

همچنین عاشوری (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران که با هدف بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران انجام شد نشان داد که قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار افسردگی و کیفیت زندگی به ترتیب  $۳۷/۶۰ \pm ۶/۳۴$  و  $۷۱/۸۹ \pm ۱۱/۳۲$  بود، اما پس از مداخله میانگین و انحراف معیار آنها به ترتیب  $۲۵/۸۹ \pm ۳/۸۰$  و  $۸۵/۳۳ \pm ۹/۷۱$  شد. همچنین میان گروه های مداخله و کنترل در افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت. طرحواره درمانی گروهی کاهش علائم افسردگی ( $F=۳۵/۷۳۸$ ) و افزایش کیفیت زندگی ( $F=۲۳/۴۵۱$ ) پرستاران را نشان داد ( $p < 0.001$ ). نتایج اهمیت طرحواره درمانی گروهی را در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی پرستاران نشان داد. بنابراین پرستاران می توانند از روش طرحواره درمانی گروهی برای کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی استفاده کنند.

#### منابع

- DelValle J. Peptic ulcer and related factors IN: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (editors). Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th ed. Vol 2. New York: McGraw-Hill; ۲۰۱۱; 1746-62.
- Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. Am J Med. 2010 Apr; 123(4):358-66.e2.
- Schuster JP, Limosin F, Levenstein S, Le Strat Y. Association between peptic ulcer and personality disorders in a nationally representative US sample. Psychosom Med. 2010 Nov; 72(9):941-6. Epub 2010 Aug 17.
- Goodwin RD, Stein MB. Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. Psychosom Med. 2002 Nov-Dec; 64(6):862-6.
- Costa P. & McCrae R. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources Inc, 1992.
- Kaplan GA. Socioeconomic status and ulcer. A prospective study of contributory risk factors. J Clin Gastroenterol. 1998 Jan; 26(1):14-7.
- Lee S, Park M, Choi S, Nah Y, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. J Psychosom Res. ۲۰۰۵ Jul; 49(1):93-9.
- Lee S, Park M, Choi S, Nah Y, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. J Psychosom Res. 2000 Jul; 49(1):93-9.
- Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. (2015). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. Pediatrics. 115(1 Suppl):241-9.
- Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. Nurs Outlook. 2008 Nov-Dec; 56(6):298-307.

- McMahan R. Nursing at night; a professional approach. Translated by Shaban M, Nikbakht Nasrabadi A, Dehgan nayeri N, Jouybari L. Movaghri MR. 1th ed. Tehran: Andishe Rafi; ۲۰۱۰.
- Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2014Sep;7(5):339-52.
- Lazarus, P. J., and Jimerson, S. R., eds. (2002). *Best Practices in School Crisis Prevention and Intervention*. NASP Publications, Bethesda, MD. Brock
- Vail-Smith K, Felts WM, Becker C. Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students *College Student Journal*. 2009;43( 4):924-30.
- Dallas R. Understanding Sleep Disorders in a College Student Population. *Journal of College Counseling*. ۲۰۰۸;6(1):25-34.
- Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb;46(2):124-32.
- Buysse, D. J., Reynolds Iii, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.