



فراتحلیلی از کارآیی درمانی مداخلات غیر دارویی در درمان بیخوابی

برگردان آزاد از فلورا شادلویی*

چارلز مورین^(۱)، جیمز کولبرت^(۲)، استون شوارتز^(۳)

چکیده

به دلیل اهمیت نقش عوامل روانشناختی در بیخوابی، نارسایی درمانهای دارویی و علاقه و استقبال چشمگیر بیماران از درمانهای غیر دارویی برای بیخوابی، نویسندگان مقاله به منظور بررسی کارآیی و تداوم شیوه‌های درمانی روانشناختی در درمان بی‌خوابی‌های مزمن به یک فراتحلیل پرداختند. نتایج ۵۹ پژوهش انجام شده در این زمینه که جمعاً ۲۱۰۲ آزمودنی را مورد بررسی قرار داده بودند، بر اساس معیارهای زیر که در مقالات وجود داشت برای بازبینی برگزیده شدند: ۱- شکایت اصلی اشکال در به خواب رفتن یا تداوم آن و یا هر دو آنها، ۲- کاربرد درمانهای غیر دارویی، ۳- بررسی با استفاده از یک طرح گروهی، ۴- مقیاسهای مورد نظر شامل تأخیر در شروع خواب^(۴)، مدت زمان بیداری پس از شروع خواب، تعداد بیدار شدنهای شبانه و کل مدت خواب بوده است.

نتایج: مداخلات روانشناختی با میانگین ۵ ساعت مدت درمان که تغییرات موثقی را در ۲ مقیاس از ۴ مقیاس به وجود آورده بود، مورد بررسی قرار گرفت. متوسط میزان اثر بخشی^(۵) (نمره Z) برای تأخیر در به خواب رفتن ۰/۸۸ و برای مدت خواب ۰/۶۵ بود. نتایج نشان دهنده آن بود که مبتلایان به بیخوابی پس از درمان در میزان به خواب رفتن از ۸۱٪ گروه کنترل بدون درمان و در میزان تداوم خواب از ۷۴٪ گروه نامبرده بهتر بودند. روش کنترل محرک^(۶) و محدود نمودن زمان خواب^(۷) از مؤثرترین روشهای درمانی به کار رفته بودند. در حالیکه استفاده از روش آموزش بهداشت خواب^(۸) به تنهایی مؤثر نبود. بهبودی ایجاد شده در پیگیری شش ماه بعد به خوبی حفظ شده بود. یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخلات غیر دارویی سبب ایجاد تغییرات دراز مدت و پایا در الگوی خواب بیماران مبتلا به بیخوابی مزمن گردیده است.

Am. J. Psychiatry (1994; 151: 1172-1180)

کلید واژه: بی‌خوابی، درمانهای غیر دارویی، کنترل محرک

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.

1-Charles Morin

2-James Culbert

3-Steven Schwartz

4-Sleep onset latency

5-effect size

6-stimulus control

7-sleep restriction

8-sleep hygiene education

بی خوابی از شایعترین شکایاتی است که مورد توجه کارکنان بهداشت قرار گرفته است. براساس یافته‌های همه‌گیرشناسی نزدیک ۱۰ تا ۱۵ درصد بزرگسالان از بیخوابیهای مزمن شکایت می‌کنند (ملینگر^(۱)، بالتر^(۲)، اوهلنهوت^(۳)، ۱۹۸۵؛ فورد^(۴)، کامرو^(۵)، ۱۹۸۹) و برآورد شده که بیخوابی در بین زنان، سالمندان و بیماران تحت مراقبتهای پزشکی (بیکسلر^(۶)، کیلز^(۷)، سولداتوس^(۸)، ۱۹۷۹)، و روانپزشکی شایعتر است.

دارو درمانی یکی از رایجترین روشهای درمان بی‌خوابی است. نتایج پژوهشی که انستیتو ملی بهداشت روانی امریکا در زمینه رواندرمانی معتادین به دارو انجام داده نشان می‌دهند که بیش از ۷/۱٪ بزرگسالان تا یکسال برای رفع بی‌خوابی از دارو استفاده کرده‌اند و ۱۱٪ معتادین به داروهای خواب‌آور بیش از یکسال به طور مرتب این داروها را بکار برده‌اند. بسزودپازین‌ها از رایجترین داروهای تجویز شده کوتاه مدت در درمان بی‌خوابی هستند که مدت تأخیر در به خواب رفتن را کاهش داده، تعداد و طول بیدار شدن‌ها را کم کرده، مدت زمان خواب را زیاد و به سطح کافی می‌رسانند (گیلین^(۹)، بیرلی^(۱۰)، ۱۹۹۰؛ مورین، وتوس^(۱۱)، ۱۹۸۸). استفاده کوتاه مدت از داروهای خواب‌آور، ممکن است در درمان زیرگونه‌های بی‌خوابی که به دلیل استرس حاد بوجود می‌آید، مؤثر باشد. با این وجود اطلاعات کمی در مورد کارایی دراز مدت این داروها در دست می‌باشد، همچنین مفید بودن آنها در کنترل بیخوابی‌های مزمن روشن نیست.

با پذیرفتن نقش واسطه‌یی عوامل روانشناختی در بی‌خوابی، همراه با اشکالات استفاده دراز مدت از داروهای خواب‌آور، بهره‌گیری از مداخلات غیردارویی به جای دارو درمانی در کنترل بی‌خوابیهای مزمن گسترش یافته است. این شیوه‌های درمانی در جهت اصلاح عاداتهای ناجور خواب، کاهش برانگیختگی شناختی و سیستم عصبی خودمختار، جایگزینی باورهای منطقی به

جای نگرشهای نادرست در مورد خوابیدن، آموزش بیماران در مورد انجام رفتار سالمتر و رعایت بهداشت خواب، است. به این ترتیب این مداخلات شناختی، رفتاری و آموزشی، از نظر عملی مطلوب، از لحاظ زمانی محدود و متمرکز بر مسئله خواب می‌باشند. ارزیابیهای کنترل شده‌ای که در مورد این مداخلات درمانی انجام شده، نتایج ثمربخشی را در جمعیت‌های گوناگون بالینی نشان داده است (لکس^(۱۲) و مورین، ۱۹۹۲؛ مورین، استون^(۱۳)، مک‌دونالد^(۱۴)، جونز^(۱۵)، ۱۹۹۴). به این ترتیب مداخلات غیردارویی بیش از دارو درمانی مورد استفاده کارکنان بهداشت روانی قرار گرفته و بیشتر مورد قبول مبتلایان به بی‌خوابی بوده است (مورین و همکاران، ۱۹۹۲).

مقالات بازنگری چندی به تشریح روشهای درمانی غیردارویی، تبیین دلایل استفاده از آنها و بحث پیرامون تأثیر آنها در کنترل اختلالهای شروع و تداوم خواب پرداخته‌اند (مورین، وتوس، ۱۹۸۸؛ لکس، مورین، ۱۹۹۲؛ لیخشتین^(۱۶)، فیشر^(۱۷)، ۱۹۸۵، تسرنر^(۱۸)، دیتوماسو^(۱۹)، کیلز^(۲۰)، ۱۹۸۳). نتایج بدست آمده از بیش از دوازده مداخله روانشناختی را که در درمان بیخوابیهای مزمن بکار رفته است، در این مقاله گرد آورده‌ایم که در آن به بررسی تغییرات مهم و پایدار به وجود آمده در الگوی خواب بیماران مبتلا به بی‌خوابی پرداخته شده است.

1-Mellinger	2-Balter
3-Uhlenhuth	4-Ford
5-Kamerow	6-Bixler
7-Kales	8-Soldatos
9-Gillin	10-Byerley
11-Kwentus	12-Lacke
13-Stone	14-McDonald
15-Jones	16-Lichstein
17-Fisher	18-Turner
19-Ditomasso	20-Giles

روش

نتایج بیش از ۵۹ بررسی انجام شده در طول ۲۰ سال گذشته (۱۹۹۳-۱۹۷۴) از میان بیش از ۱۰۰ گزارش انتخاب شدند. این پژوهشها از طریق جستجوی کامپیوتری، بررسی منابع مورد استفاده در مقالات پیشین و بهره‌گیری از گزارشهای پژوهشی موجود، شناسایی شدند. معیارهای درون‌گنجی^(۱) این پژوهش عبارت بودند از: ۱- شکایت اصلی در به خواب رفتن یا تداوم آن و یا هر دوی آنها باشد ۲- درمان صرفاً غیر دارویی بوده ۳- بررسی در یک طرح گروهی انجام گرفته ۴- مقیاسهای ارزیابی نتایج درمان یک یا بیش از یکی از متغیرهای زیر بوده است: تأخیر در شروع خواب، مدت زمان بیداری پس از شروع خواب، دفعات بیدار شدن در طول شب و کل زمان خواب در شب. معیارهای برون‌گنجی^(۲) در این پژوهش عبارت بودند از: گزارشهای موردی و بررسیهای انجام شده بر پایه طرحهای تک موردی و یا پژوهشهایی که به ارزیابی درمان دارویی پرداخته بودند.

پژوهشها بر اساس متغیرهای چندی از جمله معیارهای خواب و بیداری، کیفیت روشهای درمانی، ویژگیهای بیماران، چگونگی طرح پژوهش و دیگر مقیاسهای کمی طبقه‌بندی و کدگذاری شده بودند. در اینجا روشهای درمان بیخوابی را که در این بررسیها بیشترین کاربرد را داشته‌اند مرور می‌کنیم.

روش کنترل محرک (بوتزین^(۳)، اپستین^(۴)، وود^(۵))، (۱۹۹۱) شامل آموزش شیوه‌هایی که برای کاهش رفتارهای ناسازگار خوابیدن و منظم کردن برنامه‌های خواب و بیداری طراحی شده‌اند. این شیوه‌ها عبارتند از: ۱- رفتن به رختخواب هنگامی که فرد خواب آلوده است ۲- استفاده از رختخواب یا اتاق خواب فقط برای خواب یا اعمال جنسی (نه برای مطالعه، تماشای تلویزیون، خوردن یا کار کردن در طول روز یا در شب) ۳- خارج شدن از رختخواب و رفتن به اتاق دیگر زمانیکه ۱۵ الی ۲۰ دقیقه

از رفتن به رختخواب گذشته و هنوز به خواب نرفته است و تنها زمانی به اتاق خواب و رختخواب برگردد که خواب آلوده باشد ۴- بیدار شدن در ساعت معین بدون توجه به میزان خواب شب گذشته. ۵- خودداری از چرت زدن در طول روز.

روش محدود کردن خواب، شامل کاهش مقدار زمانی است که فرد در رختخواب می‌گذراند تا مدت واقعی خواب. برای مثال اگر فردی گزارش می‌دهد که به طور متوسط هر شب ۵ ساعت از ۸ تا ۹ ساعتی که در رختخواب می‌گذراند در خواب است، خواب واقعی وی همان ۵ ساعت در نظر گرفته می‌شود. بنابراین بر اساس یک برنامه هفتگی، بیمار مجاز است هر روز ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به زمان خواب خود بیافزاید، مشروط بر اینکه بیش از ۹۰٪ زمانی را که در رختخواب بوده، خوابیده باشد و چنانچه کمتر از ۸۰٪ وقت سپری شده در رختخواب را در خواب باشد، ۱۵ تا ۲۰ دقیقه از مدت زمان مورد نظر در شب پیش بکاهد. این وضعیت تا رسیدن به یک برنامه خواب مطلوب ادامه می‌یابد.

روش آرام‌سازی^(۶) بر پایه آرام نمودن برانگیختگی جسمی یا شناختی طرح ریزی شده است. شیوه‌های آرام سازی مانند آرام سازی تدریجی عضلانی، آموزش خود آرمیدگی و پس‌خوراند زیستی^(۷) که در اصل بر کاهش تنشهای عضلانی تأکید دارند. روشهای تمرکز توجه مانند پرورش ذهن، مراقبه و توقف فکر، برای کاهش هیجانات شناختی طرح‌ریزی شده‌اند.

روش نیت متناقض^(۸)، روشی است که بیمار را تشویق می‌کند تا خود را با رفتارهایی که مزاحم خواب وی هستند مشغول کند. منطق این روش آن است که چون عملکرد اضطراب مانع خوابیدن می‌شود، پس هنگامی که بجای خوابیدن تلاش کند که نخوابد و بیدار بماند ممکن

1-inclusive criteria	2-exclusive criteria
3-Bootzin	4-Epstein
5-Wood	6-relaxation
7-biofeedback	8-paradoxical intention

است اضطراب وی کاهش یافته و خوابیدن به آسانی میسر شود. رعایت بهداشت خواب، شامل اجرای امور بهداشتی (مانند رژیم غذایی، ورزش و کنترل عوامل محیطی چون نور، صدا و درجه حرارت) است، که ممکن است در خوابیدن تأثیرات قابل توجهی داشته باشند. همچنین دادن اطلاعات اساسی در مورد خواب و گاهی تغییر الگوی خوابی که فرد در طول زندگی داشته مفید است. این بررسیها بر اساس این که درمان بصورت فردی اجرا شده، در گروه صورت گرفته و یا توسط خود مراجع بکار بسته شده‌اند، طبقه بندی گردیده‌اند. همچنین درمان از نظر نوع درمانگر، برای مثال درمانگر حرفه‌ای، کارآموز و موارد دیگر نیز طبقه بندی شده است. طول درمان نیز بر اساس تعداد ساعات تماس و کار واقعی و مدت آنها در هفته نیز گروه بندی گردیده است.

نتایج

در ۵۹ پژوهشی که مورد بازنگری قرار گرفتند در جمع ۲۱۰۲ بیمار بررسی شده بودند. بیشتر آنها را زنان تشکیل داده، این افراد بصورت معمول از بین افراد جامعه برای شرکت در بررسیهای کنترل شده انتخاب شده بودند (۵۱ درصد کل بررسیها). بقیه آزمودنیها از دانشجویان دانشکده‌ها انتخاب شده بودند که یا خود مراجعه نموده بودند یا توسط درمانگران حرفه‌ای مراکز بهداشت روانی ارجاع شده بودند (۱۴٪). بقیه از میان گروههای مختلف بیماران بودند (۱۵٪). مشخص‌ترین معیارهای ورود به پژوهش، مزمن بودن بیخوابی (بیش از ۶ ماه)، تأخیر در شروع خواب، مدت زمان بیداری پس از شروع خواب بیشتر از ۳۰ دقیقه در شب و کل زمان خواب کمتر از ۶/۵ ساعت در شب برای سه شب یا بیشتر در طول یک هفته بودند. این ملاکها منطبق بر طبقه‌بندی بین‌المللی بیخوابی بود. متوسط مدت بی‌خوابی برای تمام شرکت‌کنندگان ۱۱/۲۳ سال و انحراف معیار ۲۵/۶ گزارش گردید.

از کل ۱۸۳ وضعیت آزمایشی، ۱۲۶ مورد وضعیت درمانی و ۵۷ مورد وضعیت گواه بودند، بطور متوسط در هر پژوهشی ۳/۱ گروه مورد بررسی قرار گرفته و میانگین آزمودنیها در هر گروه ۱۱/۵ با انحراف معیار ۷/۸ بوده است. آزمودنیهای درمان شده با مداخلات کوتاه مدت درمانی متمرکز بر خواب روبرو شدند. زمان متوسط درمان نزدیک ۵ ساعت (انحراف معیار ۳/۵) و مدت آن حدود ۵ هفته بود. میانگین زمان پیگیری ۲۵/۹ هفته بود.

مقایسه شرایط درمانی با شرایط گواه

نخستین پرسش مورد نظر این بود که آیا مداخلات غیردارویی در کنترل بی‌خوابی مؤثر است یا خیر و اگر چنین است آیا تأثیر آن بیشتر از گروهی است که هیچ درمانی نداشته‌اند؟ جدول شماره ۱ خلاصه داده‌های مربوط به ۴ متغیر وابسته بی‌خوابی، شامل تأخیر در شروع خواب، مدت زمان بیدار شدن پس از شروع خواب، تعداد بیدار شدنها و کل زمان خواب را نشان می‌دهد. برای مقایسه تمامی وضعیتهای درمانی با وضعیتهای گواه بدون توجه به ماهیت آنها، داده‌ها در هم جمع شدند. در مرحله پیش از درمان، آزمودنیها بطور متوسط ۱ ساعت پیش از شروع خواب در رختخواب دراز می‌کشیدند، همچنین گزارش نمودند که بطور متوسط ۷۰ دقیقه پس از شروع خواب به طور کامل بیدار بوده‌اند، دوبار از خواب بیدار می‌شده‌اند و کمتر از ۶ ساعت در هر شب خوابیده‌اند. بر روی اطلاعات بدست آمده یک رشته آزمون t برای نمونه‌های مستقل بر روی مقیاسهای خواب در مرحله پیش از درمان اجرا شد. هیچگونه تفاوت معنی‌دار بین گروهی بین آزمودنیهای گروه گواه و آزمودنیهای گروه درمان در هر یک از مقیاسهای یاد شده مشاهده نگردید ($p > 0/1$) در تمام بیماران).

متوسط میزان اثر بخشی برای تأخیر شروع خواب ۰/۸۸ بود. این رقم که بر اساس ۹۱ پژوهش کنترل شده

بدست آمد، نمره هنجاریابی شده Z بود و نشان می داد متوسط نتایج برای بیماران درمان شده $۰/۸۸$ انحراف معیار بالاتر از گروه بدون درمان بوده است. مرتبه درصدی مربوطه $۰/۸۱$ بود که با توجه به منحنی توزیع طبیعی با $۰/۸۸$ انحراف معیار بالای میانگین، بالاتر از بیماران درمان نشده می نمود. مرتبه درصدی هشتاد و یکم نشانگر این مطلب بود که متوسط بیماران درمان شده، سریعتر از $۰/۸۱$ کسانی که تحت هیچگونه برنامه درمانی قرار نداشته پس از رفتن به رختخواب به خواب می رفتند. میانگین اندازه اثربخشی برای مدت زمان بیداری پس از شروع خواب $۰/۶۵$ بود که با مرتبه درصدی ۷۴ مربوط است. این میزان تأثیر که براساس ۱۵ پژوهش کنترل شده محاسبه شد، نشان می داد که بیماران دارای بی خوابی مداوم، بهتر از $۰/۷۴$ آزمودنیهای درمان نشده به درمان پاسخ داده بودند. میانگین اندازه اثربخشی برای تعداد بیدار شدنهای شبانه $۰/۵۳$ و کل مدت خواب $۰/۴۲$ محاسبه گردید. که به ترتیب با مرتبه درصدی ۷۰ و ۶۶ مربوط هستند. هرچهار مورد از اعتبار بالاتر از صفر برخوردار بودند ($p < ۰/۰۰۱$ در هر ۴ مورد).

متوسط تأخیر در شروع خواب برای تمام آزمودنیهای درمان شده (جدول ۱) به گونه معنی داری کمتر از آزمودنیهای گروه گواه بود ($t = -۵/۹۸$, $df = ۱۷۱$, $p < ۰/۰۰۰۱$). میزان بهبودی در زمینه تأخیر در شروع خواب در مرحله پس از درمان نسبت به مرحله پیش از درمان در آزمودنیهای درمان شده بطور معنی داری بیشتر از آزمودنیهای گروه گواه بود ($t = ۷/۲۸$, $df = ۱۷۱$, $p < ۰/۰۰۰۱$). الگوی نتایج در مورد هر دو متغیر تقریباً یکسان بود. اما در اینجا تنها درصدهای بهبودی گزارش گردیده است.

مدت زمان بیداری پس از شروع خواب در مرحله پس از درمان (جدول ۱) نیز در آزمودنیهای درمان شده، به گونه ای معنی دار کمتر از آزمودنیهای گروه گواه بود

($t = ۲/۹۴$, $df = ۳۳$, $p < ۰/۰۱$). میزان تغییر در مرحله پیش و پس از درمان در آزمودنیهای درمان شده به گونه ای معنی دار بیشتر از آزمودنیهای گروه گواه بود ($t = ۴/۱۱$, $df = ۳۳$, $p < ۰/۰۰۰۱$).

هیچگونه تفاوت معنی داری بین آزمودنیهای درمان شده و آزمودنیهای گروه گواه در زمینه تعداد مطلق بیدار شدنها در مرحله پس از درمان دیده نشد، هرچند درصد بهبودی در مرحله پیش و پس از درمان در گروه درمان شده به گونه ای معنی دار بیشتر از گروه گواه بود ($t = ۴/۱۸$, $df = ۷۳$, $p < ۰/۰۰۰۱$). زمان کل خواب در مرحله پس از درمان، تفاوت معنی داری در آزمودنیهای درمان شده و گواه نداشت (جدول ۱). با وجود این میزان بهبودی در آزمودنیهای درمان شده به گونه ای معنی دار بیشتر از آزمودنیهای درمان نشده بود ($t = -۴/۲۴$, $df = ۷۵$, $p < ۰/۰۰۰۱$).

تداوم دستاوردهای درمانی

از ۵۹ پژوهش بازنگری شده ۴۸ پژوهش دارای مرحله پیگیری بود که مورد بررسی قرار گرفت. داده های بدست آمده از این ۴۸ پژوهش بالاترین میزان اثر بخشی را در زمینه تأخیر شروع خواب نشان می داد که برابر $۰/۹۲$ بود. مقایسه های بین گروهی با آزمون t مستقل نیز تأخیر در شروع خواب را در گروه بیماران درمان شده کوتاه تر از آزمودنیهای بدون درمان نشان می داد ($t = ۴/۶۰$, $df = ۹۶$, $p < ۰/۰۰۰۱$). مقایسه درون گروهی (استفاده از t وابسته) تفاوت نمرات t در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری، تفاوت معنی دار در زمینه های تأخیر در شروع خواب ($t = ۳/۳۶$, $df = ۷۹$, $p < ۰/۰۰۰۱$) و کل زمان خواب ($t = -۳/۲۲$, $df = ۳۵$, $p < ۰/۰۰۰۱$) را نشان می داد. در زمینه شمار بیدار شدنها پس از شروع خواب هیچگونه تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

مقایسه کارآیی روشهای درمانی

براساس نتایج بدست آمده و استفاده از تحلیل واریانس یکسویه کاهش تأخیر در شروع خواب به صورت معنی داری در تمام روشهای درمانی مشخص شد ($F=12/37$, $df=8$ و $p<0/0001$). با استفاده از روش مقایسه‌ی پس از تجربه روشن شد که بجز دو روش نیت متناقض و آموزش بهداشت خواب، بیشتر بیماران درصد بهبودی معنی دار بالاتری را در مقایسه با گروه گواه نشان دادند (در تمام موارد $p<0/05$). همچنین با استفاده از همان روش، شیوه‌های کنترل محرک، محدود کردن خواب، روشهای ترکیبی و پس خوراندن زیستی میزان بهبودی معنی داری را در مقایسه با گروه گواه به وجود آوردند (در تمام موارد $p<0/05$).

متغیرهای تعدیل کننده کارآیی روشهای درمانی

برای آنکه مشخص شود کدام یک از روشهای درمانی فردی، گروهی و خوداجرایی^(۱)، دستاوردهای متفاوتی دارد، تحلیل واریانس یکسویه محاسبه شد. تنها یک تفاوت معنی دار در شمار بیدارشدنها مشاهده شد ($F=10/39$, $df=235$ و $p<0/0005$). همچنین با استفاده از روشهای مقایسه‌ی پس از تجربه مشخص شد که درمانهای انفرادی اثربخشی بالاتری را نسبت به درمانهای گروهی و خوداجرایی داشته، و نیز درمانهای گروهی به نوبه خود از روشهای خوداجرایی مؤثرتر بوده‌اند ($p<0/05$ برای تمام موارد). از آنجا که در ارتباط با درمان خوداجرایی تنها یک یا دو وضعیت وجود داشت، برای سه متغیر باقی مانده، در نمونه‌های مستقل، آزمون t محاسبه شد (برای نمونه، اجرای درمان بوسیله افراد حرفه‌ای در مقابل کارآموز). نتایج نشان داد که درمان اجرا شده توسط افراد حرفه‌ای سبب بهبود بیشتری در زمان بیدار شدن از خواب پس از شروع آن گردید ($t=2/44$; $df=23$, $p<0/05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این فرا تحلیل نشان می‌دهد که مداخلات درمانی غیردارویی اثرات درمانی دراز مدت و مفیدتری در درمان مشکلات مربوط به خواب رفتن و تداوم آن موجب می‌گردد. بیماران مبتلا به بی‌خوابی درمان شده، بهبودی معنی داری را در دو علامت اصلی مورد بررسی نسبت به افرادی که مورد مراقبت قرار گرفته، یا از دارونما استفاده کرده و یا بدون درمان بوده‌اند، نشان می‌دهند. در زمینه اشکال در بخواب رفتن بیماران درمان شده از ۸۱٪ افرادی که درمان نشده بودند بهتر بودند، و در مورد زمان بیداری پس از شروع خواب ۷۴٪ آزمودنیهای گروه گواه بهتر بودند. میزان اثربخشی در زمینه دفعات بیدار شدن در شب و کل زمان خواب بطور نسبتاً کم اما بالاتر از صفر بود. گرچه نرخ بهبودی بین ۵۰٪ تا ۶۰٪ محاسبه شد، هنوز از نتیجه ایده‌آل فاصله دارد. با توجه به مقادیر بدست آمده پس از درمان برای تأخیر در شروع خواب (۳۶/۶ دقیقه) و مدت زمان بیداری پس از شروع خواب (۳۷/۶) به نقطه برش ۳۰ دقیقه که مشخصاً برای تعریف بی‌خوابی سرشب و نیمه شب مورد استفاده قرار می‌گیرد بسیار نزدیک شده بود.

نتایج بدست آمده در پایان درمان و در مرحله پیگیری (به مدت ۶ ماه) بخوبی حفظ شد. این نتایج امیدوارکننده متعلق به بیماران مبتلا به بی‌خوابی مزمنی بود که بطور متوسط ۱۱/۲۳ سال سابقه ابتلاء به بی‌خوابی و مدت زمان درمان نسبتاً کوتاهی (بطور متوسط ۵ هفته) داشتند. این کوتاهی درمان را شاید بتوان بزرگترین نقطه قوت مداخلات رفتاری در درمان بی‌خوابی دانست. گرچه میزان بهبودی عمومی پس از درمان متوسط بود، در تمام مدت بخوبی حفظ شد و برای برخی از مقیاسها (مانند تأخیر در شروع خواب و کل زمان خواب) اثرات بهبودی بیشتری پس از درمان تا مرحله پیگیری مشاهده گردید.

مقایسه روشهای درمانی نشان داد که کنترل محرک موثرترین روش درمان انفرادی برای مشکلات مربوط به شروع خواب و تداوم آن بود. محدود کردن زمان خواب دارای اثرات درمانی مفیدتری بود، اما در آزمایشهای محدودتری مورد استفاده قرار گرفته بود.

داده‌های بدست آمده از تأثیر عوامل مداخله‌گر در نتایج درمان نشان می‌دهد که درمانهای انجام شده توسط درمانگران حرفه‌ای چه فردی و چه گروهی نتایج مطلوب‌تری را نسبت به کسانی که خود با استفاده از روشهای خوداجزایی درمان می‌شدند و آنهایی که تحت درمان کارآموز بودند نشان دادند. بین متغیرهای سن و جنسیت با نتایج بدست آمده، همبستگی بدست نیامد.

تعمیم و تفسیر نتایج پژوهش کنونی بایستی از جهاتی با احتیاط صورت گیرد. زیرا اطلاعات بدست آمده از یادداشتهای روزانه آزمودنیها استخراج شده است. بیماران مبتلا به بی‌خوابی مدت زمان تأخیر در شروع خواب و مدت زمان بیداری را پس از شروع به خواب بیشتر برآورد می‌کنند و شمار بیدارشدنها و کل مدت خواب را کمتر. با وجود این پژوهشهای اندکی که از مقیاسهای خواب‌نگاری برای ارزیابی نتایج بدست آمده از مداخلات روانشناختی استفاده کرده است، نشان داده است که این مداخلات نه تنها در درک مفهوم خواب مؤثر بوده است بلکه سبب بهبودی معیارهای عینی خواب نیز گردیده است (مورین، کسواج^(۱)، بساری^(۲)، والتون^(۳)، ۱۹۹۳؛ جاکوبز^(۴)، بسون^(۵)، فریدمن^(۶)، ۱۹۹۳). با این وجود میزان بهبودی ثبت شده با مقیاس‌های خواب‌نگار تا اندازه‌ای کمتر از تغییرات نشان داده شده، در یادداشتهای روزانه افراد، اما در همان راستا بوده است. احساس بهبودی ذهنی در الگوی خواب موازی با داده‌های بدست آمده از ارزیابی رفتاری بود (ادینگر^(۷)، هولشر^(۸)، مارش^(۹)، لیپر^(۱۰)، ۱۹۹۲؛ مورین، آذرین^(۱۱)، ۱۹۸۸). سرانجام از آنجا که شکایت ذهنی کم‌خوابی ویژگی اساسی بی‌خوابی است، درک ذهنی بهبودی آن نیز ممکن است در کاهش آشفتگی

روانی که اغلب زیربنای این شکایت است ضروری باشد. این یافته‌ها مفاهیم ضمنی چندی برای درمان بالینی بی‌خوابی در بر دارند: نخست آنکه گرچه درمانهای روانشناختی موجب صرف هزینه و وقت بیشتری نسبت به درمان دارویی می‌شوند، یافته‌های موجود نشان می‌دهند که در دراز مدت تأثیر بیشتری دارند. دوم آنکه درمان بی‌خوابی نیازی به روان‌درمانی‌های دراز مدت ندارد، در واقع هیچ شاهد تجربی به نفع مفید بودن روان‌درمانی به تنهایی در درمان این اختلال وجود ندارد. به جای آن می‌بایستی بر خواب و عوامل تداوم دهنده، مانند عاداتهای ناسازگار با خوابیدن و باورداشتهای نادرست در مورد آن تمرکز نمود. سوم آنکه رعایت توصیه‌های بهداشت خواب در مورد کافئین، ورزش و رژیم برای درمان بی‌خوابیهای مزمن ناکافی بنظر می‌رسد. هرچند رعایت بهداشت خواب معمولاً یکی از عناصر درمانهای ترکیبی برای درمان بی‌خوابی است، با این وجود چنانکه از بیمار خواسته شود که تنها از مصرف الکل خودداری نموده و به تمرینهای ورزشی بپردازد، بعید بنظر می‌رسد که در کنترل بی‌خوابی موفق گردد.

علیرغم شایع بودن شکایات مربوط به خواب، تنها ۱۵٪ مبتلایان به بی‌خوابی در جستجوی کمکهای حرفه‌ای برای درمان آن می‌باشند و بیشتر آنها هرگز از خدمات مراکز حرفه‌ای بهداشت روان بهره نمی‌گیرند. نیمی از بیمارانی که برای درمان بی‌خوابی به پزشک مراجعه می‌کنند تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند (کیلز^(۱۲) و کیلز، ۱۹۸۴). مداخلات روانشناختی در درمان بی‌خوابی کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند در حالی که اثرات درمانی آنها بر مبنای شواهد موجود مورد پذیرش بیشتر بیمارانی که در

- | | |
|-----------|------------------|
| 1-Kowatch | 2-Barry |
| 3-Walton | 4-Jacobs |
| 5-Benson | 6-Friedman |
| 7-Edinger | 8-Holscher |
| 9-Marsh | 10-Lipper |
| 11-Azrin | 12-Kales & Kales |

Lichstein, K. L., & Fischer, S. M. (1985). Insomnia, in *handbook of clinical behavior therapy with adults*.

In Hersen M., Bellack, A. (Eds.). New York: Plenum.

Mellinger, G.D., Balter, M. B., & Uhlenhuth, E. H. (1985).

Insomnia and its treatment prevalence and correlates.

✦ *Archive General Psychiatry*, 42, 225-232.

Morin, C. M., & Kwentus, J. A. (1988). Behavioral and

pharmacological treatment for insomnia. *Annals of Behavioral Medicine*, 10, 91-100.

Morin, C. M., & Azrin, N. H. (1988). Behavioral and

cognitive treatments of geriatric insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 748-53.

Morin, C. M., Gaulier, B., Barry, T., & Kowatch, R. A.

(1992). Patients acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep*, 15, 302-5.

Morin, C. M., Kowatch, R. A., & Barry, T., & Walton, E.

(1993). Cognitive-behavior therapy for late-life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 137-46.

Morin C. M., & Stone, J., McDonald, K., & Jones,

S. (1994). Psychological management of insomnia: a clinical replication series with 100 Patients. *Behavior Therapy*, 25, 291-309.

Turner, R. M., & Ditomasso, R., & Giles, T. (1983).

Failures in the treatment of insomnia: a plea for differential diagnosis, in failures in behavioral therapy. In Foa, E. B., Emmelkamp, P. M. G. (Eds.) New York: John Wiley & Sons.

جستجوی درمانهای حرفه‌ای بوده‌اند می‌باشد (مورین، گولیر^(۱)، باری، کوواج، ۱۹۹۲). پژوهش کنونی که براساس نتایج بدمست آمده از درمان بیشتر از ۲۰۰۰ بیمار مبتلا به بی‌خوابی با مداخلات روانشناختی شکل گرفته، بسیار نوید بخش است. گردآوری فراتحلیل مشابهی در ارزیابی کارایی درمان دارویی نیز می‌تواند مفید واقع شود.

منابع

Bixler, E. O., & Kales, A., & Soldatos, C. R. (1979). Sleep

disorders encountered in medical practice: a national survey of physicians. *Behavioral Medicine*, 6, 1-6.

Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991).

Stimulus control instructions in case studies in insomnia. Edited by hauri p. P. New York, Plenum.

Edinger, J. D., Hoelscher, T. J., Marsh, G. R., Lipper, S., &

Ionescu-Pioggia, M. (1992). A cognitive-behavioral therapy for sleep-maintenance insomnia in older adults. *Psychology of Aging*, 7, 282-9.

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic

study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *JAMA*, 262, 1479-84.

Gillin, J. C., & Byerley, W. F. (1990). The diagnosis and

management of insomnia. *New England Journal of Medicine*, 322, 239-248.

Jacobs, G. D., Benson, H., & Friedman, R. (1993).

Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral treatment of chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy*, 24, 159-74.

Kales, A., Kales, J. D. (1984). *Evaluation and treatment of insomnia*. New York: Oxford University.

Lacks, P., & Morin, C. M. (1992). Recent advances in the

assessment and treatment of insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 586 - 94.

