

بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب در کیفیت خواب و شدت بی‌خوابی بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی

مریم اسماعیلی^۱، نوشین بصیری^۲، فرشته شکیبایی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بی‌خوابی اختلالی شایع در اختلالات خواب است که در آن فرد در شروع خواب و یا حفظ و تداوم آن ناتوان است. هدف از این پژوهش نیز بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی بر درمان اختلال بی‌خوابی بود.

مواد و روش‌ها: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی افراد دارای اختلال بی‌خوابی در شهر اصفهان بود. نمونه شامل ۲۰ نفر از این افراد بود که به صورت تصادفی زمانی انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری از روش تصادفی زمانی استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده آزمون کیفیت خواب پیتربورگ (PSQI یا Pittsburgh Sleep Quality Index) و آزمون تعیین شدت بی‌خوابی (ISI) بودند. مداخله از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که حدود سه ماه به طول انجامید. نتایج توسط نرم افزار SPSS 18 و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که رفتار درمانی شناختی به میزان ۶۵/۷٪ در کاهش نمرات آزمون ISI و ۸۴/۷٪ در بهبود کیفیت خواب افراد در پرسش‌نامه‌ی PSQI مؤثر می‌باشد که این تأثیر به طور معنی‌داری در اثر عضویت گروهی افراد در گروه آزمایش می‌باشد ($p < 0/05$). شرکت‌کنندگان در این پژوهش افزایش طول مدت خواب، هم‌چنین بهبود کیفیت خواب و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتر در مواجهه با بی‌خوابی را گزارش کرده و اعلام داشتند که بهتر می‌توانند از خواب برخیزند.

نتیجه‌گیری: در تبیین نتایج کسب شده از این پژوهش می‌توان مطرح نمود با این فرض که افکار خودآیند فرد بر بی‌خوابی تأثیرگذار است و با تغییر این افکار می‌توان به درمان این اختلال کمک نمود در نتیجه رفتار درمانی شناختی مورد استفاده در این پژوهش در کاهش علائم بی‌خوابی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. پژوهش‌های بعدی می‌توانند به بررسی تأثیر این درمان در سایر اختلالات خواب از قبیل وحشت‌زدگی شبانه نیز بپردازند.

واژه‌های کلیدی: اختلال بی‌خوابی، درمان شناختی رفتاری، کیفیت خواب، شدت بی‌خوابی

ارجاع: اسماعیلی مریم، بصیری نوشین، شکیبایی فرشته. بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب در کیفیت خواب و شدت بی‌خوابی بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۱۹-۴۰۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۰۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۲۳

Email: noushonbasiri@gmail.com

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، دانشگاه اصفهان

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

۳. دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین اختلالات خواب می‌باشد. تقریباً ۱۰٪ از جمعیت کل جهان گزارش تجربه‌ی بی‌خوابی مزمن و یا مداوم را دارند. در مقابل DSM-IV، راهنمای تشخیصی و آماری جدید DSM-V تمایزی بین بی‌خوابی اولیه و ثانویه قائل نشده است. به همین دلیل تشخیص بی‌خوابی اولیه به اختلال بی‌خوابی تغییر نام داده است (۱). واژه‌ی اختلال بی‌خوابی به سختی در شروع خواب، حفظ و تداوم آن و یا داشتن خوابی آرامش بخش اشاره دارد. همچنین بیماران مبتلا به بی‌خوابی، علاوه بر تجربه‌ی علائم فوق، علی‌رغم داشتن زمان و فرصت کافی برای آن، با مشکلات و نقص در عملکرد روزانه نیز مواجه هستند که از جمله می‌توان به خستگی، کاهش تمرکز، توجه و حافظه، بهره‌وری آکادمیک کمتر، نقص عملکرد شغلی، علاوه بر اختلال در خلق و تحریک‌پذیری تنش و نگرانی درباره‌ی خواب اشاره داشت (۲). علاوه بر تمام اظهاراتی که راجع به مضرات بی‌خوابی بر کیفیت زندگی این افراد مطرح شد، شواهدی وجود دارد که تأثیر بی‌خوابی را بر سلامتی بدن نشان داده‌اند و امروزه هیچ شکی وجود ندارد که بی‌خوابی باعث برهم ریختن تعادل و تغییر هموستاز بدن می‌شود که خود می‌تواند منجر به افزایش مرگ و میر در این افراد شود (۳). طبق پژوهش‌های انجام شده با پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، بیماران مبتلا به بی‌خوابی در چندین ویژگی و صفت شخصیتی با گروه سالم تفاوت دارند (۴). اظهار شده است صفت‌های شخصیتی مانند کمال‌گرایی و یا روان رنجوری در سبب‌شناسی این اختلال دخیل هستند. می‌توان حدس زد که کمال‌گرایی با پردازش شناختی شناخته شده‌ی افراد در خواب مختل مانند تلاش برای خوابیدن (۵) و یا نظاره سرنخ‌های درونی و بیرونی مرتبط با خواب (۶) مرتبط باشد. انتظارات غیر واقع بینانه، ادراک مختل و نگرانی ممکن است به بدعملکردی تبدیل شود و با استرس و عادات خواب ناسازگارانه همراه شود که خود باعث ایجاد حالت تنش، که کاملاً متضاد با حالت آرامش لازم برای خواب است، می‌شود. باورها و نگرش‌های فرد نسبت به خواب و بی‌خوابی حتماً باید مورد بازنگری قرار گیرند

و نهایتاً تغییر یابند. افراد مبتلا به بی‌خوابی اکثراً افکار مزاحم زیادی در شب دارند که باعث می‌شود باورهایی که راجع به خواب دارند به طور هیجانی بارگذاری شوند (۲). به دلیل تأثیرات قابل توجهی که بی‌خوابی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد، بسیاری از متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی سعی کرده‌اند تا درمانی مؤثر و مفید برای آن ارائه دهند. تدابیر درمانی که تاکنون برای درمان و کنترل بی‌خوابی معرفی شده است شامل درمان‌های دارویی، رفتاری و شناختی می‌باشد (۷). بنزودیازپین‌ها، داروهای مسکن غیر بنزودیازپینی و آگونیست‌های ملاتونین اولین درمان‌های دارویی بی‌خوابی می‌باشند. درمان‌های ثانویه شامل داروهای ضد افسردگی، دیفن هیدرامین، داروهای ضدروان پریشی و باریتورات‌ها هستند. اگرچه این داروها مؤثر هستند اما اغلب عوارض جانبی زیادی مانند باقی ماندن تأثیر داروی مسکن در طول روز در بدن، خواب آلودگی، گیجی، سردردهای خفیف، نقص‌های شناختی، ناهماهنگی حرکتی و وابستگی را ایجاد می‌کند (۸). درمان دارویی این اختلال تنها باعث بهبود لحظه‌ای می‌شود. از این رو درمان‌های روان‌شناختی از جمله رفتار درمانی شناختی اخیراً بسیار مورد توجه قرار گرفته‌اند (۹). این رویکرد شامل یک جز رفتاری (کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب و آسوده سازی) به علاوه‌ی یک جز شناختی و یک جز آموزشی (بهداشت خواب) می‌باشد. هدف از رفتار درمانی شناختی تغییر عوامل پایدارکننده‌ی بی‌خوابی است، که شامل عوامل رفتاری (برنامه‌های نامنظم و عادات خواب نامناسب)، عوامل روانی (انتظارات غیر واقع‌بینانه، نگرانی و باورهای زیان‌بخش) و عوامل فیزیولوژیک (تنش‌های جسمی و روحی و برانگیختگی بیش از حد) می‌باشد (۱۰). درمان شناختی بی‌خوابی اغلب معطوف به افزایش توانایی افراد برای مقابله با فشارهای روانی مربوط به بی‌خوابی می‌شود. هدف این روش‌ها تغییر فرضیه‌ها و تفکرات افراد در مورد بی‌خوابی است (۷). کنترل شناختی، به شناخت احساس‌ها و افکار ناخواسته یا منفی و اعتقادات و گرایش‌های غیر کارکردی (مانند نگرانی بیش از حد درباره‌ی عواقب نخوابیدن) کمک می‌کند و آن‌ها را با توقعات واقع‌بینانه درباره‌ی خواب و کمبود خواب جایگزین می‌کند

بررسی مکانیسم اثر این درمان پرداخته‌اند. دارو درمانی و رفتاری اثرات قابل مقایسه‌ای در درمان بی‌خوابی نشان دادند (۲۴) اما رفتاردرمانی شناختی بی‌خوابی اثرات پایدارتر و با دوام‌تری در از بین بردن نشانه‌های بی‌خوابی داشته است (۲۵). از این رو این پژوهش به بررسی تأثیر این درمان با استفاده از روند مطرح شده در بالا در درمان اختلال بی‌خوابی پرداخته است.

مواد و روش‌ها

بی‌خوابی یکی از شایع‌ترین اختلالات خواب می‌باشد. تقریباً ۱۰٪ از جمعیت کل جهان گزارش تجربه‌ی بی‌خوابی مزمن و یا مداوم را دارند. در مقابل DSM-IV، راهنمای تشخیصی آماری جدید DSM-V تمایزی بین بی‌خوابی اولیه و ثانویه قائل نشده است. به همین دلیل تشخیص بی‌خوابی اولیه به اختلال بی‌خوابی تغییر نام داده است (۱). واژه‌ی اختلال بی‌خوابی به سختی در شروع خواب، حفظ و تداوم آن و یا داشتن خوابی آرامش بخش اشاره دارد. همچنین بیماران مبتلا به بی‌خوابی، علاوه بر تجربه‌ی علائم فوق، علی‌رغم داشتن زمان و فرصت کافی برای آن، با مشکلات و نقص در عملکرد روزانه نیز مواجه هستند که از جمله می‌توان به خستگی، کاهش تمرکز، توجه و حافظه، بهره‌وری آکادمیک کمتر، نقص عملکرد شغلی، علاوه بر اختلال در خلق و تحریک‌پذیری تنش و نگرانی درباره‌ی خواب اشاره داشت (۲). علاوه بر تمام اظهاراتی که راجع به مضرات بی‌خوابی بر کیفیت زندگی این افراد مطرح شد، شواهدی وجود دارد که تأثیر بی‌خوابی را بر سلامتی بدن نشان داده‌اند و امروزه هیچ شکی وجود ندارد که بی‌خوابی باعث بر هم ریختن تعادل و تغییر همئوستازی بدن می‌شود که خود می‌تواند منجر به افزایش مرگ و میر در این افراد شود (۳). طبق پژوهش‌های انجام شده با پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، بیماران مبتلا به بی‌خوابی در چندین ویژگی و صفت شخصیتی با گروه سالم تفاوت دارند (۴). اظهار شده است صفت‌های شخصیتی مانند کمال‌گرایی و یا روان‌رنجوری در سبب‌شناسی این اختلال دخیل هستند. می‌توان حدس زد که کمال‌گرایی با پردازش

(۱۱). درمان شناختی رفتاری برای بهبود علائم بی‌خوابی در تحقیقات اخیر مورد حمایت قرار گرفته است. Morin, Blaris & Savard (۱۲) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه و مزمن، به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی و دارو درمانی بر باورها و نگرش‌های مربوط به خواب پرداختند. نتایج نشان داد که رفتار درمانی شناختی همراه با دارودرمانی تأثیر بیشتری در عقاید و نگرش‌های آزمودنی‌ها درباره‌ی خواب دارد. همچنین در پژوهش Morgan, Dixson, Mathers, Thompson & Thomeny (۱۳) نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت خواب نسبت به دارو درمانی مؤثرتر می‌باشد.

در پژوهش‌های داخلی نیز به تأثیر فوق‌العاده‌ی درمان‌های شناختی برای بی‌خوابی اشاره شده است. امین‌نیا، آقایی، مولوی و نجفی (۷) به بررسی تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بی‌خوابی در زنان مبتلا به بی‌خوابی مزمن پرداختند. آن‌ها نشان دادند که ساز و کار اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی مربوط به تأثیر عمیقی است که این روش بر افکار و باورهای افراد در مورد بی‌خوابی می‌گذارد. اکثر افراد مبتلا افکار و باورهای نادرستی درباره‌ی خواب و بی‌خوابی خود دارند و این افکار به اضطراب عملکرد و در نتیجه افزایش شدت بی‌خوابی منجر می‌گردد. از دیگر مطالعات اجرا شده در ایران می‌توان به مطالعه‌ی نظری، نیکوسر، امینی منش و طاهری اشاره داشت (۱۴) که به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی گروهی بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که این درمان در از بین بردن علائم این اختلال به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد. علاوه بر این مطالعات، از زمان ظهور رفتار درمانی شناختی تعداد روز افزون تحقیقات درباره‌ی این درمان انجام شده است. تحقیقات زیادی در حیطه‌های افسردگی (برای مثال ۱۵ و ۱۶) اختلالات اضطرابی (برای مثال ۱۷ و ۱۸) اختلالات خوردن (۱۹ و ۲۰) و بیماری‌های پزشکی (۲۱-۲۳) برای بررسی تغییرات درمانی صورت گرفته است. اگر چه امروزه تحقیقات زیادی با تمرکز بر روی اثرات رفتار درمانی شناختی بر بی‌خوابی صورت گرفته است اما پژوهش‌های کمی به

شناختی شناخته شده‌ی افراد در خواب مختل مانند تلاش برای خوابیدن (۵) و یا نظاره سرنخ‌های درونی و بیرونی مرتبط با خواب (۶) مرتبط باشد. انتظارات غیر واقع بینانه، ادراک مختل و نگرانی ممکن است به بدعملکردی تبدیل شود و با استرس و عادات خواب ناسازگارانه همراه شود که خود باعث ایجاد حالت تنش، که کاملاً متضاد با حالت آرامش لازم برای خواب است، می‌شود. باورها و نگرش‌های فرد نسبت به خواب و بی‌خوابی حتماً باید مورد بازنگری قرار گیرند و نهایتاً تغییر یابند. افراد مبتلا به بی‌خوابی اکثراً افکار مزاحم زیادی در شب دارند که باعث می‌شود باورهایی که راجع به خواب دارند به طور هیجانی بارگذاری شوند (۲). به دلیل تأثیرات قابل توجهی که بی‌خوابی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد، بسیاری از متخصصان روان‌شناسی و روان‌پزشکی سعی کرده‌اند تا درمانی مؤثر و مفید برای آن ارائه دهند. تدابیر درمانی که تاکنون برای درمان و کنترل بی‌خوابی معرفی شده است شامل درمان‌های دارویی، رفتاری و شناختی می‌باشد (۷). بنزودیازپین‌ها، داروهای مسکن غیر بنزودیازپینی و آگونیسست‌های ملاتونین اولین درمان‌های دارویی بی‌خوابی می‌باشند. درمان‌های ثانویه شامل داروهای ضد افسردگی، دیفن هیدرامین، داروهای ضدروان پریشی و باربیتورات‌ها هستند. اگرچه این داروها مؤثر هستند اما اغلب عوارض جانبی زیادی مانند باقی ماندن تأثیر داروی مسکن در طول روز در بدن، خواب آلودگی، گیجی، سردردهای خفیف، نقص‌های شناختی، ناهماهنگی حرکتی و وابستگی را ایجاد می‌کند (۸). درمان دارویی این اختلال تنها باعث بهبود لحظه‌ای می‌شود. از این رو درمان‌های روان‌شناختی از جمله رفتار درمانی شناختی اخیراً بسیار مورد توجه قرار گرفته‌اند (۹). این رویکرد شامل یک جز رفتاری (کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب و آسوده‌سازی) به علاوه‌ی یک جز شناختی و یک جز آموزشی (بهداشت خواب) می‌باشد. هدف از رفتار درمانی شناختی تغییر عوامل پایدارکننده‌ی بی‌خوابی است، که شامل عوامل رفتاری (برنامه‌های نامنظم و عادات خواب نامناسب)، عوامل روانی (انتظارات غیر واقع‌بینانه، نگرانی و باورهای زیان‌بخش) و عوامل فیزیولوژیک (تنش‌های جسمی و روحی و برانگیختگی

بیش از حد) می‌باشد (۱۰). درمان شناختی بی‌خوابی اغلب معطوف به افزایش توانایی افراد برای مقابله با فشارهای روانی مربوط به بی‌خوابی می‌شود. هدف این روش‌ها تغییر فرضیه‌ها و تفکرات افراد در مورد بی‌خوابی است (۷). کنترل شناختی، به شناخت احساس‌ها و افکار ناخواسته یا منفی و اعتقادات و گرایش‌های غیر کارکردی (مانند نگرانی بیش از حد درباره‌ی عواقب نخوابیدن) کمک می‌کند و آن‌ها را با توقعات واقع‌بینانه درباره‌ی خواب و کمبود خواب جایگزین می‌کند (۱۱). درمان شناختی رفتاری برای بهبود علائم بی‌خوابی در تحقیقات اخیر مورد حمایت قرار گرفته است. Morin, Blaris & Savard (۱۲) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه و مزمن، به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی و دارو درمانی بر باورها و نگرش‌های مربوط به خواب پرداختند. نتایج نشان داد که رفتار درمانی شناختی همراه با دارودرمانی تأثیر بیشتری در عقاید و نگرش‌های آزمودنی‌ها درباره‌ی خواب دارد. همچنین در پژوهش Morgan, Dixon, Mathers, Thompson & Thomeny (۱۳) نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت خواب نسبت به دارو درمانی مؤثرتر می‌باشد.

در پژوهش‌های داخلی نیز به تأثیر فوق‌العاده‌ی درمان‌های شناختی برای بی‌خوابی اشاره شده است. امین نیا، آقایی، مولوی و نجفی (۷) به بررسی تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بی‌خوابی در زنان مبتلا به بی‌خوابی مزمن پرداختند. آن‌ها نشان دادند که ساز و کار اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی مربوط به تأثیر عمیقی است که این روش بر افکار و باورهای افراد در مورد بی‌خوابی می‌گذارد. اکثر افراد مبتلا افکار و باورهای نادرستی درباره‌ی خواب و بی‌خوابی خود دارند و این افکار به اضطراب عملکرد و در نتیجه افزایش شدت بی‌خوابی منجر می‌گردد. از دیگر مطالعات اجرا شده در ایران می‌توان به مطالعه‌ی نظری، نیکوسر، امینی منش و طاهری اشاره داشت (۱۴) که به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی گروهی بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد پرداختند. نتایج مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که این درمان در از بین بردن علائم این اختلال به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد.

بررسی مکانیسم اثر این درمان پرداخته‌اند. دارو درمانی و رفتار درمانی اثرات قابل مقایسه‌ای در درمان بی‌خوابی نشان دادند (۲۴). اما رفتاردرمانی شناختی بی‌خوابی اثرات پایدارتر و با دوام‌تری در از بین بردن نشانه‌های بی‌خوابی داشته است (۲۵). از این رو این پژوهش به بررسی تأثیر این درمان با استفاده از روند مطرح شده در بالا در درمان اختلال بی‌خوابی پرداخته است.

علاوه بر این مطالعات، از زمان ظهور رفتار درمانی شناختی تعداد روز افزون تحقیقات درباره‌ی این درمان انجام شده است. تحقیقات زیادی در حیطه‌های افسردگی (برای مثال ۱۵ و ۱۶) اختلالات اضطرابی (برای مثال ۱۷ و ۱۸) اختلالات خوردن (۱۹ و ۲۰) و بیماری‌های پزشکی (۲۱-۲۳) برای بررسی تغییرات درمانی صورت گرفته است. اگر چه امروزه تحقیقات زیادی با تمرکز بر روی اثرات رفتار درمانی شناختی بر بی‌خوابی صورت گرفته است اما پژوهش‌های کمی به

جدول ۱. شرح جلسات رفتار درمانی شناختی

جلسه	اهداف
اول	ایجاد آشنایی، بررسی مشکل و مصاحبه ی فردی، توضیح اهداف آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی
دوم	معرفی ساز و کار خواب و توضیح درباره‌ی اختلال بی‌خوابی، دادن تکلیف برای شناخت الگوهای خواب فرد
سوم	بررسی شناخت‌های معیوب مرتبط با خواب و بی‌خوابی، بررسی تکالیف
چهارم	ادامه‌ی بررسی شناخت‌های مرتبط با خواب و بی‌خوابی و کار بر روی تغییر آن‌ها، آموزش بهداشت خواب
پنجم	آموزش روش‌های توقف فکر، برگرداندن توجه، آموزش تکنیک محدودیت خواب و آرام‌سازی عضلانی
ششم	آموزش روش حل مسأله، آموزش کنترل محرک
هفتم	ارائه دستورالعمل‌های لازم برای مقابله با بی‌خوابی در مکان خواب و آموزش آرام‌سازی
هشتم	ادامه آموزش آرام‌سازی و رفع اشکال
نهم	بررسی مسائل اضافه و اجرای پس‌آزمون

است. برای مثال مکرمی و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند (۳۱-۲۹).
شاخص شدت بی‌خوابی (ISI): شاخص شدت بی‌خوابی که توسط مورین طراحی شده است یک ابزار خود سنجی مختصر است که ادراک بیمار از بی‌خوابی اش را اندازه می‌گیرد. ISI شامل هفت ماده است که مشکل در شروع خواب و مشکلات تداوم خواب (هم بیدار شدن‌های شبانه و هم بیدار شدن‌های صبح زود) رضایت از الگوی کنونی خواب، تداخل با کارکرد روزانه، قابل توجه بودن آسیب نسبت داده شده به مشکل خواب و درجه‌ی آشفتگی یا نگرانی ایجاد شده توسط مشکل خواب را ارزیابی می‌کند. شرکت‌کنندگان ادراک خود را از ماده‌های ISI در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای (۰ برابر با هرگز و ۵ برابر با بسیار زیاد) تخمین می‌زنند. نمرات بین ۰ تا ۲۸ می‌باشد. نمرات بالاتر ادراک بیشتری از بی‌خوابی را نشان

ابزار پژوهش

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI): این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است و توسط Buysse, Reynolds, Berman & Cupfer طراحی شده است (۲۷). این پرسش‌نامه دارای هفت مؤلفه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان‌دهنده بی‌خوابی و کیفیت خواب نامناسب است (۲۸).
 Carpenter & Andrykowski آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را برای این مقیاس گزارش کردند (۲۹). هم‌چنین در مطالعه Backhaus & Junghanns پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه ۰/۸۷ به دست آمد (۲۷). در ایران نیز این پرسش‌نامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شده

آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت برای تحلیل داده و تأثیر درمان شناختی رفتاری بر روی شدت و کیفیت خواب آزمودنی‌ها از تحلیل کواریانس همراه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود رفتار درمانی شناختی به میزان ۶۵/۷٪ بر روی کاهش نمرات پرسش‌نامه ISI تأثیر داشته است و این کاهش نمرات در اثر عضویت گروهی بوده است. همچنین توان آماری نزدیک به ۱ نمایان‌گر کفایت حجم نمونه است.

در جدول ۳ نشان داده شده است که رفتار درمانی شناختی به میزان ۸۴/۷٪ در کاهش نمرات کیفیت خواب بیماران مؤثر بوده است و این کاهش در اثر عضویت گروهی افراد بوده است.

می‌دهد. هر ماده ISI معیارهای DSM-IV را نشان می‌دهد. 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. مشاک و پارسایی راد در تحقیقی ضریب اعتبار این آزمون را ۰/۵۶ به دست آوردند (۳۲).

یافته‌ها

در جدول شماره (۲) به توصیف داده‌های پژوهش پرداخته شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین نمرات آزمون‌های ISI و PSQI در گروه آزمایش در پس آزمون افت شدیدی داشته و به ترتیب از ۱۸/۷ و ۱۴/۹ به ۱۳/۴ و ۹/۹۰ رسیده است.

پس از بررسی نرمال بودن نمرات آزمون‌ها که توسط آزمون کولموگراف اسمیرنوف تأیید شد و همگنی واریانس با که با

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری ISI و PSQI

گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آزمایش	پیش آزمون	ISI	۱۸/۷	۳/۱۲
		PSQI	۱۴/۹	۱/۶۶
	پس آزمون	ISI	۱۳/۴	۲/۰۶
		PSQI	۹/۹۰	۱/۹۱
کنترل	پیش آزمون	ISI	۱۷/۲۰	۳/۲۹
		PSQI	۱۵/۰	۲/۱۰
	پس آزمون	ISI	۱۶/۱۰	۲/۲۸
		PSQI	۱۵/۳۰	۱/۹۴

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات آزمون ISI

مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	آماره	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
۵۴۱/۹۳۳	۱	۵۴/۹۳۳	۳۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۹۹
۵۸/۲۷۵	۱	۵۸/۲۷۵	۳۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷	۱
۳۰/۳۶۷	۱۷	۰/۷۸۶	-	-	-	-

جدول ۴. نتایج تحلیل کواربانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات آزمون PSQI

توان آماری	میزان تأثیر	معناداری	آماره	میانگین مجذورات	درجه ی آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۹۹۹	۰/۶۱۹	۰/۰۰۱	۲۷/۶۷۴	۴۱/۵۰۴	۱	۴۱/۵۰۴	پیش آزمون
۱	۰/۸۴۷	۰/۰۰۱	۹۴/۲۸۵	۱۴۱/۴۰۵	۱	۱۴۱/۴۰۵	عضویت گروهی
-	-	-	-	۱/۵	۱۷	۲۵/۴۹۶	خطا

شدت بی‌خوابی به طور معنی‌داری مؤثر بود. درجه‌ی بهبود معمولاً به مقدار تلاشی که افراد به خرج می‌دهند بستگی دارد. برای توجیه تأثیر این درمان می‌توان این گونه مطرح نمود که در بی‌خوابی مزمن اشکال در خوابیدن با تفسیرهای ذهنی، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی که با تداوم و وخیم شدن اختلال خواب مرتبط است، همراه می‌شود. مشکل عمده بسیاری از افرادی که بی‌خوابی را تجربه می‌کنند، تمایل به نگرانی و دلواپسی درباره‌ی کمبود خواب است. درمانگران شناختی رفتاری بیماران را تشویق می‌کنند که از یک دفتر روزانه خواب برای پی‌گیری مشکلات خوابشان، استفاده کنند. دفتر روزانه خواب یک جز لاینفک درمان است، چون ارتباط بین رفتار و الگوی خواب را نشان می‌دهد. درمان شناختی رفتاری بر اساس این عقیده قرار دارد که افکار ما درباره رویدادها، فعالیت‌ها و افراد مختلف زندگی‌مان می‌تواند احساسات و رفتار ما را تحت‌تأثیر قرار دهد (۲۶). بسیاری از تصوراتی که افراد در باره‌ی خواب دارند روی رفتار خواب آن‌ها اثر می‌گذارد. در زمینه‌ی درمان بی‌خوابی، درمان شناختی به این منظور مورد استفاده قرار گرفت که به افراد کمک کند از چیزهایی که درباره‌ی خواب به خودشان می‌گویند (فرضیه‌ها و باورها) آگاه شوند و ارزشیابی کنند که آیا این فرضیات روش‌های معقول و اطمینان‌بخشی برای در نظر گرفتن بی‌خوابی آن‌ها است یا نه. در این درمان مراجعان یاد گرفتند که کدام یک از افکار خودآیند در فرایند خواب آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند و آموختند تا افکار مقابله‌ای را جانشین آن‌ها نمایند. چندین تبیین احتمالی برای تأثیر درمان

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج این پژوهش رفتار درمانی شناختی باعث کاهش علائم چندوجهی اختلال بی‌خوابی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. این نتیجه در پژوهش‌های قبلی نیز گزارش شده بود. این پژوهش‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اختلال بی‌خوابی مؤثر است. درمان شناختی رفتاری یک رویکرد روان‌شناختی است که شامل فنونی می‌شود که برای درمان افراد دچار بی‌خوابی و همین‌طور آن‌هایی که افسردگی شدید و مشکلات اضطرابی دارند به کار می‌رود. این درمان توسط بسیاری از روان‌شناسان بالینی و سایر متخصصین بهداشتی که در این زمینه آموزش دیده‌اند ارائه می‌شود. از آن‌جایی که هدف این روش حل مشکلات توسط تغییر رفتار و افکار است، آموزش این روش توانست موجب کاهش استفاده از قرص‌های خواب شود. با این رویکرد بیمار اطلاعاتی درباره‌ی خواب طبیعی یا متوسط خود دریافت کرد، یاد گرفت چگونه خواب خود را تنظیم کند و تشویق شد بهداشت خواب مناسب را رعایت کند. نوعاً بیمار یاد گرفت نشانه‌هایی که ممکن است خواب آلودگی را ایجاد کنند تشخیص دهد و آن‌ها را از بین ببرد و عادت‌های جدیدی یاد گرفت که موجب خواب بهتر شد. بیماران از افکار و انتظارات خود درباره‌ی خواب آگاه‌تر شدند و بعداً بهتر قادر بودند آن‌ها را تغییر دهند. آن‌ها چندین تکنیک آرام‌سازی مختلف را یاد گرفتند که موجب شد راحت‌تر خوابشان ببرد و خواب آسوده‌تری داشته باشند. همان‌طور که نتایج پژوهش نیز نشان داد این درمان در بهبود کیفیت خواب و کاهش

هدف درمان قرار گیرند و اصلاح یا تعدیل شده و به طور آرمانی به کلی تغییر کند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های امین‌نیا (۷)، Edinger, sampson, (۳۳) Morin (۲۶) کاملاً همسو بود. پژوهشی که در مقابل نتایج پژوهش حاضر باشد نیز یافت نشد. در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت. بررسی این که مشکل افراد، به طور کامل در نتیجه‌ی اختلال بی‌خوابی باشد کاملاً میسر نبود و احتمال این که اختلالات همبود هم در افراد وجود داشته باشد محتمل می‌باشد. درمان گران طب شناختی می‌تواند از این روش برای درمان اختلال‌های بی‌خوابی مراجعان خود استفاده کنند و پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم به درمانگران برای استفاده از این روش درمانی داده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی ابعاد دیگر اختلال بی‌خوابی را بررسی نمایند و از ابزارهای دیگری برای سنجش درمان و نوع تفکر و تحریف‌های شناختی آن‌ها استفاده نمایند و همچنین پیشنهاد می‌شود به بررسی تأثیر این روش درمانی در بهبود سایر اختلالات بی‌خوابی پردازند.

تشکر و قدردانی

از تمامی آزمودنی‌های این پژوهش که در طی انجام آن، ما را همراهی کردند و از مصرف دارو خودداری نمودند قدردانی می‌نماییم.

شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال بی‌خوابی وجود دارد. اول این که علت معین و تعیین‌شده‌ای برای ایجاد اختلال بی‌خوابی وجود ندارد بلکه عوامل روان شناختی، اجتماعی، بافتاری به خصوص نظام باورهای بیمار، شناخت‌های ناکارآمد و نگرش‌های غیر منطقی او در مورد بی‌خوابی و تداوم آن در این دسته از بیماران مرتبط است. دوم تفکرات ناکارآمد، تفسیر غیر انطباقی از بی‌خوابی، تحریف‌های شناختی راجع به بی‌خوابی نظیر فاجعه‌سازی بی‌خوابی، تعمیم‌دهی افراطی و ترس از انجام فعالیت‌ها و اجتناب‌های شناختی- رفتاری مرتبط با شرایطی که احتمال بی‌خوابی می‌رود، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفی و احساس عدم کنترل بر خواب عواملی هستند که بیش از تجربه‌ی صرف بی‌خوابی منجر به احساس درماندگی و کیفیت پایین خواب در این بیماران می‌گردد که همه‌ی این موارد آماج درمان شناختی- رفتاری هستند. سوم کاهش توانایی در انجام وظایف و نقش‌های اجتماعی به دلیل استمرار بی‌خوابی همراه با احساس عدم کنترل بر خواب منجر به پیدایش علائم بی‌خوابی می‌شود (۳). بنابراین، از آن‌جا که هدف درمان شناختی رفتاری کمک به بیماران برای اکتساب مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و دستیابی به برداشت منطقی از بی‌خوابی و نیز درک درستی از توانایی‌شان در کنترل خواب است نقش سودمندی در درمان پیامدهای منفی و بهبود کیفیت خواب این بیماران دارد. همچنین به کمک درمان‌های شناختی- رفتاری بسیاری از تحریف‌های شناختی مرتبط با تجربه‌ی بی‌خوابی می‌تواند

References

1. Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia P. Exploring new frontiers for the pharmacological treatment of insomnia. Clin exp pharmacol 2014; 4:5.
2. Molen YF, Carvalho LBC, Fernandes prado L, Fernandes prado G. Insomnia: psychological and neurobiological aspects and non-pharmacological treatments. arq neuropsiquiatr 2014; 72(1): 63-71.
3. Rosekind MR, Gregory KB. Insomnia risks and costs: health, safety, and quality of lif. the American journal of managed care 2010; 16(8):617-26.
4. Regen W, Hertenstein E, Weil P. Perfectionistic tendencies in insomnia patients behavior during psychometric testing. behavioral sleep medicine 2014; 12:1-8.
5. Espie C, Broomfield N.M, Macmahon K. M, Macphee LM, Taylor L.M. The attention-intention-effort pathway in development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. Sleep Medicine Reviews 2006; 10: 215-45.
6. Harvey A.G. A cognitive model of insomnia. Behaviour research and therapy 2002; 40: 869-93.

7. Amin Nia N, Aghaei A, Molavi H, Najafi MR. The effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2011;12(2):13-20.[In Persian]
8. Han KH, Kim SY, Chung SY. Effect of acupuncture on patients with insomnia: study protocols for a randomized controlled trial. *Trials* 2014; 15:403.
9. Jernelov S, Lekander M, Blom K, Rydh S, Ljotsson B, Axelsson J, [et al]. Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid and primary insomnia –a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12(5):1-13.
10. Pillai V, Anderson J.B, Cheng Ph, Bazan L, Bostock S, Espie C, [et al]. The anxiolytic effect of cognitive behavior therapy for insomnia: preliminary results from a web-delivered protocol. *Journal of sleep medicine & disorders* 2015; 2(2):1017-7.
11. Mitchell M, Gehrman Ph, Perlis M, Umscheil CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *BMC family practice* 2012; 13:40.
12. Morin Cm, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behavior research and therapy* 2002; 40:741-52.
13. Morgan K, Dixson S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in management of long-term hypnotic drug use. *British journal of general practice* 2003; 53: 923-8.
14. Nazari A, Nikoosiar M, Amini Manesh S, Taheri M. The efficiency of cognitive behavioral group therapy on insomnia symptoms male prisoners. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2011; 2(11):139-47
15. Hollon S, DeRubeis R, Evans M. Causal medication of change in treatment for depression: discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological bulletin* 1987; 102:139-49.
16. Quality L, McBride C, Bagby R. Evidence for cognitive mediational model of cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine* 2008; 38:1531-41.
17. Hofmann S.G. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004; 72: 393-9.
18. Smits J, Powers M, Cho Y, Telch M. Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Evidence of the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of counseling and clinical psychology* 2004; 72: 646-52.
19. Spangler D, Baldwin S, Agras W. An experimental of mechanisms of action in cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Behavior therapy* 2004; 35: 537-60.
20. Murphy R, Cooper Z, Hollon SD, Fairburn CG. How do psychological treatments work? investigating mediators of change. *Behaviour research and therapy* 2009; 47(1): 1-5.
21. Knoop H, Van kssel K, Moss-morris R. Which cognitions and behaviours mediate the positive effect of cognitive behavioural therapy on fatigue in patients with multiple sclerosis? *psychological medicine* 2012;42:205-13.
22. Turner J, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2007; 127:276-86.
23. Wiborg J, Knoop H, Prins J, Bleijenberg G. Does a decrease in avoidance behavior and focusing on fatigue mediate the effect of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome? *Journal of psychosomatic Research* 2011; 70(4): 306-10.
24. Valliers A, Morin CM, Guay B. Sequential combination of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: An exploratory study, *Behaviour Research and therapy* 2005;43:1611-30.
25. Espie C.A. Stepped care: A health technology solution dor delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment . *Sleep* 2009;32:1549-58.
26. Morin Ch. Cognitive-Behavioral Approaches to the treatment of insomnia. *Clin Psychiatry* 2004;65(16):33-41.
27. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the pittsburg sleep quality index in primary insomnia. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;53:737-40.
28. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of pittsburg sleep quality index. *journal of psychosomatic Research* 1998; 45(1):5-13.
29. Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of general health status and sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. *Behbood Journal* 2010;14(3):237-43. [In Persian].

30. Malek M, Halvani GH, Fallah M, Jafari-Nodoushan R. A. Study of the relationship between the Pittsburgh sleep quality index and road accidents among truck drivers. *Occup Med* 2011; 3(1):14-20. [In Persian].
31. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi MF, Salehi M, Kafian Tafti AR, Vakili Y, Akhlaghi Farsi E. Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of Rasoul-e-Akram hospital. *Razi J Med Scin* 2008;15(58):31-8. [In Persian].
32. parsaierad E, Ali Akbari S, Mashak R. The comparison of insomnia, drowsiness and social support of pregnant and unpregnant women. *journal of yaftehayeh no dar ravanshenasi* 2011; 5(17):19-34. [In Persian].
33. Edinger J, Sampson W. A primary care friendly cognitive Behavioral Insomnia Therapy. *Sleep* 2003; 26(2):177-83.
34. Smith M, Huang M, Manber R. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology review*. 2005.25:559-592.
35. Morin M, Bootzin R, Buysse D, Edinger J, Espie C, Lichstein K. Psychological and Behavioral Treatment of insomnia: Update of recent Evidence (1998-2004) *Sleep* 2006; 29(11): 1398-14.

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy focused in Insomnia (CBTFI) on Improving Sleep Quality and Insomnia Severity in Patients with Primary Insomnia Disorder

Maryam Esmaeili ¹, Nooshin Basiri ², Fereshteh Shakibae ³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Insomnia disorder is a common sleep disorder in which one is unable in sleep onset or its maintenance or continuity. So Current work aims to investigate cognitive behavioral therapy on insomnia disorder treatment.

Methods and Materials: Through random sampling 20 individuals with insomnia disorder selected among patients who referred to psychiatrists with complaints of insomnia symptoms in Isfahan, Iran. Farsi versions of Peterborough sleep quality index (PSQI) (Pittsburg Sleep Quality Index) and insomnia severity index (ISI) were used to assess sleep quality and insomnia severity as primary and secondary outcomes after a course of 9 weeks cognitive behavioral therapy. Statistical package for social sciences (SPSS) version 18 was used for analyzing the data. Covariance analysis was used in this work.

Findings: Analysis of covariance showed that cognitive behavioral therapy is effective by 65.7 percent in reduction of ISI tests scores and by 84.7 percent in improvement of sleep quality in PSQI questionnaire, and this which is significantly due to effect of group membership in case group. Participants reported improvement of duration and sleep. They also reported more freshness at morning, less distress about and better coping with insomnia.

Conclusions: Assuming that one's automatic thoughts influence insomnia, this disorder can be treated by changing these thoughts and cognitive behavioral therapy was effective in this regards. Further studies are warranted to investigate the efficacy of CBTFI on other formats of sleep disorders.

Keywords: Insomnia Disorders, Cognitive Behavioral Therapy, Sleep Quality, Insomnia Severity

Citation: Esmaeili M, Basiri N, Shakibae F. **The Effect of Cognitive Behavioral Therapy focused in Insomnia (CBTFI) on Improving Sleep Quality and Insomnia Severity in Patients with Primary Insomnia Disorder.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 409-419

Received: 12.02.2015

Accepted: 31.10.2015

1. Assistant Professor, School of Psychology, Educational and Psychological Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Educational Faculty University of Isfahan, Isfahan, Iran. (corresponding author) Email: noushonbasiri@gmail.com
3. Associated Professor, Psychiatry Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran