

Research Paper

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia on Emotional Regulation and Dysfunctional Sleep Beliefs Among Insomnia Patients



Masoomeh Yarahmadi¹, *Fariba Hafezi², Behnam Makvandi²

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.



Citation Yarahmadi M, Hafezi F, Makvandi B. [Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia on Emotional Regulation and Dysfunctional Sleep Beliefs Among Insomnia Patients (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):196-209. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.1979.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.1979.2>



Received: 13 Jul 2021

Accepted: 31 Oct 2021

Available Online: 01 Jul 2022

Keywords:

Cognitive-behavioral therapy for insomnia, Emotional regulation, Dysfunctional sleep beliefs

ABSTRACT

Objectives Human body needs an adequate amount of night's sleep after a long day to regain its power. This study aims to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on emotional regulation and dysfunctional sleep beliefs among insomniac patients.

Methods This was a quasi-experimental study with a pretest, post-test, follow-up test, and a control group. The sample included 43 people referring to sleep disorders clinics in Rasoul Akram Hospital and two private clinics for psychiatrists with a sleep fellowship in Tehran City, Iran in 2020. Of the 43 patients suffering from insomnia, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5), 36 individuals were selected based on the inclusion and exclusion criteria, of which 20 cases were selected and randomly assigned to an experimental (n=10) and a control group (n=10).

Results The results demonstrated a significant difference between the emotional regulation and dysfunctional beliefs scores of the experimental and control groups in the post-test ($P < 0.05$). The results of the follow-up test indicated the sustainable effects of the therapeutic intervention on emotional regulation and dysfunctional sleep beliefs of the experimental and control groups compared to the pretest ($P < 0.05$).

Conclusion Considering the significant effects of CBT-I on insomnia and dysfunctional sleep beliefs in the insomniac, this treatment can be used to improve their condition in sleep laboratories or other clinics.

* Corresponding Author:

Fariba Hafezi, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Tel: +98 (61) 33348420

E-mail: febram315@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

The treatment of insomnia comprises considering its quality and intensity first and then searching for its causes to begin the treatment. Compared to pharmacotherapy, cognitive therapy is inexpensive and has fewer side effects. Recent findings on cognitive-behavioral therapy (CBT) strongly support this method for treating insomnia. Evidence indicates that this treatment is beneficial for primary insomnia and patients whose insomnia is caused by psychiatric disorders or chronic diseases. CBT for insomnia targets the maladaptive behaviors and thoughts that lead to insomnia or its progress.

Accordingly, and considering the importance of regulating emotion and dysfunctional beliefs about sleep on individuals' mental health and performance, this study aims to investigate the effects of CBT for insomnia on emotion regulation and dysfunctional beliefs about sleep in individuals with insomnia. The primary question of this study is as follows: does CBT affect the regulation of emotion and dysfunctional beliefs about sleep in individuals with insomnia?

Methods

A case and control group were examined in this experimental study with pretest-post-test and follow-up. The statistical population included all the patients with insomnia who visited the sleep disorders laboratory of Rasoul Akram Hospital and two private clinics with psychiatrists

with a sleep fellowship in Tehran City, Iran in 2020. The patients were selected through convenient sampling and were diagnosed with insomnia through the interview by the psychologist and the sleep medicine fellow according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Subsequently, of 36 patients with insomnia, 20 patients were randomly selected as the statistical sample, 10 were grouped in the case group (cognitive-behavioral therapy for insomnia [CBT-I]) and 10 in the control group.

Results

The frequency of male and female participants in the CBT-I group was 6 and 4, respectively, and the frequency for control group participants was 7 and 3, respectively. In addition, the participants in the CBT-I and the control group are shown in the following table based on their age. According to the results of the analysis of covariance (ANCOVA) test, controlled with the effect of pretest scores for the studied variables, the difference between the weighted mean of the two groups in both post-test and follow-up was statistically significant for all of the variables (Table 1).

Discussion

The ANCOVA results indicated that CBT-I influenced emotion regulation and dysfunctional beliefs about sleep in patients with insomnia. It significantly increased emotion regulation ($P < 0.05$) and significantly decreased the dysfunctional beliefs about sleep ($P < 0.05$). Moreover, the results showed a significant increase ($P < 0.05$) in emotion

Table 1. ANCOVA results for sleep quality, sleep intensity, dysfunctional beliefs about sleep, emotion regulation in post-test and follow-up stages with controlled pretest scores

Variables	Change Stage	Sum of Squares	df	MS	F	Sig.	Impact Rate	Statistical Power	
Emotion regulation	Pre-test	Post-test	1189.45	1	1189.45	113.87	<0.001	0.652	0.956
		Follow-up	1336.38	1	1336.38	98.52	< 0.001	0.765	0.875
	Group membership	Post-test	817.58	2	418.87	22.71	< 0.001	0.696	0.961
		Follow-up	316.278	2	154.19	46.35	< 0.001	0.730	1.00
Dysfunctional beliefs about sleep	Pretest	Post-test	3878.45	1	3878.45	57.67	< 0.001	0.466	1.00
		Follow-up	4257.45	1	4257.45	64.28	< 0.001	0.845	1.00
	Group membership	Post-test	845.44	2	845.44	23.48	< 0.001	0.713	1.00
		Follow-up	773.21	2	773.21	12.75	< 0.001	0.521	1.00

regulation and a significant decrease ($P < 0.05$) in the scores of dysfunctional sleep beliefs in patients with insomnia in the post-test and follow-up stages compared to the pretest. The literature review elaborated on the connection between this study and the previous research conducted on a similar subject. It should be noted that the results of this study were in line with the studies conducted by Vanek et al. (2020) [21], Gencarelli et al. (2020) [33], Yensusong (2021), Khazaei, and Zakiee (2019) [27], Hertenstein et al. (2019) [28], and Rezaei et al. (2016) [29].

Gencarelli et al. (2020) examined the relationship between action time, sleep intensity, and dysfunctional beliefs about sleep [33]. He demonstrated a negative correlation between sleep intensity and dysfunctional beliefs about sleep and reaction time. Sleep impacts emotion regulation in both normal individuals and those who suffer from mental disorders. Several studies have indicated a connection between pre-bed positive and negative emotion activation and amplification of sleep emotional excitement disrupting sleep. On the other hand, many studies have demonstrated that low-quality sleep and sleep deprivation negatively impact adults' emotional functioning.

Khazaei et al. (2019) studied the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and sleep quality problems in patients with chronic insomnia [27]. The results specified that ACT increased the sleep quality of patients with insomnia, and it also helped with emotion regulation problems.

Emotion regulation strategies are the activities that individuals employ to tackle stressful situations and unfortunate incidents. CBT is based on behavioral therapy, which stands at the heart of traditional psychotherapy and shows the therapists' interest in restructuring cognition as an effective factor in emotions and behaviors. This training method aims to correct irrational opinions, dysfunctional beliefs, misinterpretations and cognitive biases, the sense of control over life, facilitating constructive self-talk, and underpinning coping skills.

Studies have indicated that patients with insomnia reported more negative thoughts during night awakenings compared to individuals with normal sleep. Furthermore, pre-bed negative cognitions (for instance, thoughts about not sleeping) could lead to increased sleep problems. These pre-bed dysfunctional cognitions are called dysfunctional beliefs about sleep. Some researchers have focused on the intrusive thoughts during the night and others on the core beliefs and attitudes, potentially carrying an emotional load, about sleep deprivation during day and night.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has ethical approval from the [Ahvaz Branch, Islamic Azad University](#) (IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.051) and the ethical code of the [Iranian Clinical Trials Registration \(IRCT\)](#) (IRCT20210714051894N1)

Funding

This article taken from the PhD Thesis Masoomeh Yarahmadi, Department of Health Psychology, [Khorramshahr International Branch, Islamic Azad University](#) and has no Financial Support.

Authors contributions

Conceptualization, Research, Review, Editing and finalization: Masoomeh Yarahmadi. Supervision: Fariba Hafezi and Behnam Makvandi.

Conflicts of interest

The Authors Declared no Conflict of interest.

Acknowledgements

Hereby, as part of a doctoral thesis, the authors of this study thank all individuals who contributed to it, including the Research Deputy of the Persian Gulf Branch, Islamic Azad University and all participating patients with insomnia disorder.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بی خوابی بر تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی خوابی

معصومه یاراحمدی^۱، فریبا حافظی^۲، بهنام مکوندی^۲

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
 ۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Yarahmadi M, Hafezi F, Makvandi B. [Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia on Emotional Regulation and Dysfunctional Sleep Beliefs Among Insomniac Patients (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2022; 28(2):196-209. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.1979.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.1979.2>

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۲ تیر ۱۴۰۰
 تاریخ پذیرش: ۰۹ آبان ۱۴۰۰
 تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

اهداف بدن هر فرد بعد از یک روز طولانی به خواب مناسب و کافی شبانه نیاز دارد تا بتواند نیروی ازدست‌رفته‌اش را بازیابد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بی خوابی بر تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی خوابی بود. **مواد و روش‌ها** این پژوهش از نوع نیمه تجربی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را ۴۳ مراجعه‌کننده به درمانگاه اختلالات خواب بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و ۲ کلینیک خصوصی متخصصان روان‌پزشک دارای فلوشیپ خواب شهر تهران در سال ۹۹ تشکیل دادند. از بین این ۴۳ نفر ۳۶ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند که به‌صورت تصادفی در گروه‌های پژوهش معادل شدند. در نهایت، با توجه به ریزش نمونه‌های بررسی شده ۲۰ بیمار به‌عنوان نمونه آماری اصلی، ۱۰ نفر در گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری بی خوابی) و ۱۰ نفر در گروه کنترل تحلیل شدند.

یافته‌ها نتایج تفاوت معناداری در نمرات تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب بین گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داد ($P < 0/05$). نتایج آزمون پیگیری حاکی از پایداری اثر آزمایشات درمانی بر نمرات تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب بین گروه آزمایش با گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری با توجه به تأثیر معنادار درمان شناختی رفتاری بی خوابی بر تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد خواب در بیماران مبتلا به اختلال بی خوابی می‌توان این درمان را برای بهبود افراد مبتلا به این اختلال در درمانگاه‌های اختلال خواب و روان‌پزشکی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری
 بی خوابی، تنظیم هیجانی،
 باورهای ناکارآمد خواب

* نویسنده مسئول:

دکتر فریبا حافظی

نشانی: اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۶۱) ۹۸+ ۳۳۳۴۸۴۲۰

رایانامه: febram315@yahoo.com

مقدمه

در ایران احمدوند و همکاران در مطالعه خود فراوانی بی‌خوابی در ۶۸۴ نفر از افراد را ۵۹ درصد بیان کردند و نشان دادند مشکل بی‌خوابی در زنان بیشتر از مردان است. همچنین به بررسی شیوع بی‌خوابی پرداختند که نتایج نشان دادند ۵۹ درصد شرکت‌کنندگان مبتلا به بی‌خوابی هستند و گروه سنی ۴۱ تا ۶۵ سال با دارا بودن ۶۷/۹ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند [۱۲].

در مطالعه امیزاده و همکاران به بررسی شیوع اختلالات خواب بر ۵۶۱ کودک در شهر کرمان پرداختند. نتایج نشان داد شیوع اختلالات خواب در این مطالعه بین کل جمعیت ۷/۲۶ درصد (۱۵۰ بیمار) بود. ۵۱/۳ درصد آن‌ها دختر بودند. این مطالعه شیوع نسبتاً بالایی از اختلالات خواب بین کودکان این منطقه را نشان داد [۱۳].

جلالی و همکاران بیان کردند یکی از مهم‌ترین مشکلات بزرگسالان، اختلالات خواب است که در آن کیفیت نامناسب خواب، سومین مشکل بزرگسالان را به خود اختصاص می‌دهد. آن‌ها در مطالعه خود که با هدف بررسی شیوع اختلالات خواب در میان بزرگسالان ایرانی از طریق مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده است، شیوع اختلال خواب در بزرگسالان ایرانی ۴۸/۹ درصد به دست آوردند [۱۴].

الگوهای مختلفی برای توضیح بی‌خوابی وجود دارند و بر فرایندهای شناختی و هیجانی مختلف متمرکز شده‌اند. این فرایندهای شناختی شامل نگرانی بیش از حد، نشخوار فکری، باورهای درباره خواب و عواقب بی‌خوابی و توجه انتخابی می‌شوند. افراد بی‌خواب همواره با دامنه‌ای از مشکلات هیجانی برخورد می‌کنند که راهبردهای مختلف تنظیم هیجان را طلب می‌کند. تنظیم هیجانی^۲ به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی استفاده می‌شود. تنظیم هیجان فرایندی است که موجب تغییر در نوع، شدت، مدت یا بیان احساسات می‌شود که باعث پرورش سطح بهینه‌ای از تعامل با محیط می‌شود [۱۵].

از طرفی، باورهای ناکارآمد^۳ خواب، در بی‌خوابی نقش دارند و آن‌ها یک مؤلفه اصلی در الگوهای نظری مختلف برای بی‌خوابی هستند. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند فرایندهای شناختی، به‌ویژه پدیده ناتوانی برای قطع یا کنترل این افکار، یک عامل مهم در حفظ بی‌خوابی هستند. نشخوار فکری، نوعی از افکار تکراری است. فعالیت‌های شناختی منفی موجب برانگیختگی فیزیولوژیکی و پریشانی می‌شوند. هر ۲ برانگیختگی با آمادگی ابتلا به بی‌خوابی در ارتباط هستند. سطوح بالای استرس روزانه با سطوح بالاتر برانگیختگی جسمانی و شناختی همراه است.

خواب از فرایندهای حیاتی در زمینه رفتاری و روانی برای عملکرد مناسب ارگانیزم انسان است [۱]. خواب شبانه، خلق‌وخو در طول روز، واکنش هیجانی و ظرفیت تنظیم هیجان مثبت و منفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین فعالیت در طول روز هم بر کیفیت خواب شبانه تأثیر می‌گذارد و این یک رابطه دوسویه است. از این رو، یک تعامل پیچیده میان خواب و تنظیم هیجانی وجود دارد [۲].

بی‌خوابی مزمن یک مشکل شایع بین افراد جوامع است و بی‌خوابی به‌عنوان یک اختلال رو به افزایش شناخته می‌شود. بیماران مبتلا به بی‌خوابی اغلب بهره کافی از خواب به دست نمی‌آورند [۳]. بین ۳۵ تا ۴۸ درصد جمعیت به‌طور معمول علائم بی‌خوابی را گزارش کرده‌اند، اما بی‌خوابی مزمن فقط بین ۶ تا ۱۵ درصد از مردم گزارش شده است. این مسئله نشان‌دهنده یک چالش عمده در سطح فردی و اجتماعی برای همگان است [۴]. بی‌خوابی مزمن بسیار شایع و پرهزینه است، هزینه‌های مستقیم بی‌خوابی مزمن به تنهایی سالانه در آمریکا ۱۳/۹ میلیارد دلار تخمین زده شده است [۵].

بی‌خوابی در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ به‌عنوان مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن مکرر در خلال شب همراه با ناتوانی یا اشکال در به خواب رفتن مجدد، بیدار شدن خیلی زود در صبح، همراه با اختلال عملکرد روزانه برای دست‌کم ۴ هفته تعریف شده است [۶]. بی‌خوابی می‌تواند یک اختلال اولیه باشد یا همچنین با سایر اختلالات جسمی یا روانی همراه شود [۷]. باید این نکته را در نظر گرفت که برخی از بیداری‌های زودگذر موقت که در عملکرد روزانه مشکلی ایجاد نمی‌کند، اختلال بی‌خوابی به شمار نمی‌آید [۸].

سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب او در ارتباط است. بی‌خوابی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد، به‌گونه‌ای که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب افزایش و توانایی مقابله با استرس‌های روزمره کاهش می‌یابد [۹]. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده که بیش از ۵۷ درصد از سالمندان، مشکل خواب خود را گزارش می‌کنند و تنها ۱۲ درصد از مشکلات خواب شاکی نیستند. بیش از ۴۰ درصد از افراد که سن بیشتر از ۶۰ سال دارند، کیفیت خواب‌شان ضعیف است. شیوع اختلالات بی‌خوابی در بزرگسالان در مطالعات به‌دلیل روش‌های ارزیابی مختلف استفاده‌شده مختلف است. از این رو، آمارها شیوع را از ۹ تا ۴۴ درصد تخمین زده‌اند [۱۰]. در استرالیا بین ۱۳ الی ۲۳ درصد از افراد بزرگسال به‌طور منظم در به خواب رفتن یا در خوابیدن مشکل دارند و به‌نوعی دچار اختلالات خواب هستند. همچنین در آمریکا ۳۵ درصد از بالغین دست‌کم یک بار از بی‌خوابی در طول یک سال زندگی خود شکایت داشته‌اند [۱۱].

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5)

2. Emotion Regulation
3. Dysfunctional Beliefs

با گروه کنترل است که در آن از یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی در سال ۱۳۹۹ است که به آزمایشگاه اختلالات خواب بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و ۲ کلینیک خصوصی متخصصان روان‌پزشک دارای فلوشیپ خواب شهر تهران مراجعه کرده‌اند و به‌صورت در دسترس انتخاب شدند.

تمام ۶۸ بیمار مراجعه‌کننده برای درمان، براساس ویژگی‌های ذکرشده در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی که در جدول شماره ۱ آورده شده، مورد مصاحبه روان‌پزشک قرار می‌گرفتند. در طی سال ۱۳۹۹ فقط ۴۳ نفر تشخیص اختلال بی‌خوابی دریافت کردند. از بین این ۴۳ نفر ۳۶ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به‌عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند که به‌صورت تصادفی در گروه‌های پژوهش معادل شدند. در نهایت، با توجه به ریزش نمونه‌های بررسی‌شده ۲۰ بیمار به‌عنوان نمونه آماری اصلی، ۱۰ نفر در گروه آزمایش (درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی) و ۱۰ نفر در گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش: ابتلا به بی‌خوابی به‌مدت ۳ ماه یا بیشتر؛ داشتن سابقه بی‌خوابی؛ گرفتن نمره پایین‌تر از میانگین در پرسش‌نامه‌های کیفیت خواب و تنظیم هیجانی؛ گرفتن نمره بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه‌های شدت بی‌خوابی و باورهای ناکارآمد خواب؛ سن بین ۲۰ تا ۴۹ سال؛ مصرف نکردن داروی خواب‌آور هم‌زمان با اجرای پژوهش؛ ابتلا نداشتن به بیماری جسمی؛ نداشتن بیماری‌های مزبور روان‌پزشکی (اختلالات سایکوتیک، اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی (دوقطبی) و افسردگی)؛ نداشتن اختلال عقب‌ماندگی ذهنی^۵ یا ناتوانی ذهنی^۶؛ نداشتن علت بی‌خوابی ناشی از مواد؛ نداشتن اعتیاد و مصرف الکل ۶ ماه قبل از مطالعه.

معیارهای عدم ورود به مطالعه: تمایل نداشتن به ادامه حضور در جلسات؛ مصرف دارو برای اختلال بی‌خوابی؛ مصرف داروهای سنتی مثل دمنوش‌های خواب‌آور؛ مصرف مواد و الکل در زمان اجرای آزمایش؛ هم‌بودی با سایر اختلالات خواب (آپنسه انسدادی خواب، سندرم پاهای بی‌قرار، اختلال حرکت متناوب پا و اختلال رفتار خواب REM)؛ داشتن شیفت کاری متغیر (یک هفته روزانه، یک هفته شبانه) یا شیفت کاری شبانه

معیارهای خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه در درمان‌ها و انجام ندادن تمرینات شناختی‌رفتاری بی‌خوابی و تمرینات ذهن‌آگاهی

علاوه‌براین، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند رابطه نزدیکی بین نگرانی و بی‌خوابی وجود دارد. از لحاظ توصیفی، نگرانی تحت سلطه فعالیت فکر منفی است و اغلب درباره رویدادهای منفی است که فرد می‌ترسد در آینده رخ دهند. بیشتر اختلال‌های اضطرابی به‌طور نسبی با کاهش کیفیت خواب ارتباط دارند. همچنین تجربه نگرانی روزانه، آشفته‌گی خواب را پیش‌بینی می‌کند [۱۶].

برای درمان بی‌خوابی باید ماهیت و شدت علائم بی‌خوابی را در نظر گرفت و سپس در جست‌وجوی علت‌های آن برآمد و درمان را آغاز کرد. درمان‌های روان‌شناختی در مقایسه با درمان‌های دارویی ارزان‌تر هستند و اثرات جانبی کمتری دارند [۱۷]. یافته‌های اخیر با استفاده از درمان‌های شناختی‌رفتاری برای اختلالات خواب حمایت می‌کنند [۱۸]. شواهد نشان می‌دهد این درمان نه‌تنها برای بی‌خوابی اولیه مؤثر است، بلکه برای بیماری‌هایی که بی‌خوابی آن‌ها ناشی از مشکلاتی مانند اختلالات روان‌پزشکی و بیماری‌های مزمن باشد نیز مفید است [۱۹].

درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی^۴، رفتارهای ناسازگارانه و افکاری را که موجب بی‌خوابی شده یا در پیشرفت آن نقش دارد، هدف قرار می‌دهند. سانگ و همکاران بیان کردند درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی موجب کاهش باورهای ناکارآمد خواب بین جانبازان مسن می‌شود. همچنین ونک و همکاران به بررسی تأثیر تنظیم هیجانات منفی پیش از خواب بر بی‌خوابی پرداختند و بیان کردند که تنظیم هیجانات منفی تأثیر زیادی بر بهبود بی‌خوابی دارد و درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی یک روش مؤثر برای تنظیم هیجانات منفی و بهبود بی‌خوابی است [۲۰]. فرخی و همکاران بیان کردند که درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی تأثیر مثبتی بر شاخص‌های خواب سالمندان دارد [۲۱].

با توجه به مطالب مطرح‌شده و اهمیت تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب بر سلامت روان و عملکرد افراد در پژوهش حاضر تلاش شده تا به بررسی تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی بر تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی پرداخته شود. نتایج پژوهش حاضر آماری را در اختیار درمانگران اختلالات خواب و همچنین افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی مزمن قرار می‌دهد که این اطلاعات را می‌توان در جهت بهبود و درمان این اختلال مزمن و آزاردهنده به کار برد. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی بر تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی تأثیر دارد؟

روش

این پژوهش با کد IRCT20210714051894N1 در سایت کارآزمایی بالینی کشور ثبت شده است. روش تحقیق پژوهش حاضر یک روش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

5. Mental Retardation

6. Intellectual Disability

4. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I)

ابزار

در جدول شماره ۱ توزیع آزمودنی برحسب جنسیت و سن آورده شده است. در جدول شماره ۲ پروتکل درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی آورده شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار گروه درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی و گروه کنترل آورده شده است.

در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود که نمرات تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب، در هر ۲ گروه و در تمام مراحل ارزیابی سطح معناداری بزرگ‌تر از (۰/۰۵) دارند، پس شرط نرمال بودن داده‌ها پذیرفته شده است.

به‌منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است. طبق جدول شماره ۴ اطلاعات جمع‌آوری‌شده در پژوهش حاضر سطح معناداری بالاتر از (۰/۰۵) دارد؛ بنابراین واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس بلامانع است.

به منظور بررسی تساوی کوواریانس‌ها از جدول آزمون باکس استفاده می‌شود.

همان‌طور که در جدول‌های ۵، ۶، ۷، ۸ مشاهده می‌شود آزمون باکس برای تساوی کوواریانس‌ها متغیرهای تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب از سطح معناداری بالاتر از (۰/۰۵) برخوردار است، پس تساوی کوواریانس‌ها برقرار است.

همان‌طور که در جدول‌های شماره ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ مشاهده می‌شود، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون برای متغیرهای پژوهش، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده ۲ گروه در هر ۲ مرحله پس‌آزمون و پیگیری برای تمام متغیرهای پژوهش به‌لحاظ آماری معنادار است (عضویت گروهی معنادار است)؛ بنابراین فرضیه‌های پژوهش مورد تأیید است.

بحث

هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی بر تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی بر تنظیم هیجان و باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی اثربخش هستند و موجب افزایش معنادار ($P < 0/05$) تنظیم هیجان و کاهش معنادار ($P < 0/05$) باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی می‌شود.

پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گراس^۷

گراس و جان پرسش‌نامه تنظیم هیجان را به‌منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان تدوین کرده‌اند. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۲ مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است. کاریمن و وینگرهوتس همبستگی درونی را برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران، حسینی میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است [۲۲، ۲۳].

پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد خواب^۸

مورین پرسش‌نامه باورهای ناکارآمد خواب را ساخته است و شامل ۲۸ ماده مرتبط با باورها و نگرش‌های ناکارآمد پیش از خواب است که فرض می‌شود در تداوم مشکلات خواب نقش دارند. آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هر گویه روی یک مقیاس نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت از ۰ تا ۱۰ نمره‌گذاری کنند. نمرات بالا با سطح بالاتری از باورها و نگرش‌های ناکارآمد درباره خواب مرتبط است. همسانی درونی این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ برای جمعیت بالینی ۰/۷۷ و برای جمعیت عادی ۰/۷۹ گزارش شده است [۲۴]. در ایران دوس‌علی‌وند و همکاران در پژوهش خود بیان کردند مقیاس باورهای ناکارآمد خواب از روایی و پایایی خوبی بین دانشجویان برخوردار است [۲۵].

شرح جلسات درمانی

درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی (CBT-I)

ادینگر و کارنی، پروتکل درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی را طراحی کرده‌اند [۲۶]. این روش درمان حضوری و چهره‌به‌چهره است و در ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایشی اول انجام شد. خلاصه جلسات درمان در زیر ارائه شده است.

یافته‌ها

ابتدا برای استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های مورد استفاده برای این روش آماری بررسی شد. در ادامه، جدول‌های یافته‌های توصیفی و جدول‌های پیش‌فرض‌ها و درنهایت، جدول تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آورده شده است.

7. Emotional Regulation Questionnaire (ERQ)

8. Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep (DBAS)

جدول ۱. ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی

ویژگی‌ها
الف) شکایت اصلی مبنی بر نارضایتی از کمیت یا کیفیت خواب، همراه با یک یا چند مورد از علائم زیر: اشکال در شروع خواب اشکال در حفظ خواب که با بیداری‌های مکرر یا مشکلات بازگشت به خواب پس از بیداری مشخص می‌شود بیدار شدن صبح زود همراه با ناتوانی در بازگشت به خواب.
ب) این آشفتگی خواب باعث ناراحتی چشمگیر بالینی یا آفت کارکردهای اجتماعی، شغلی، آموزشی، تحصیلی، رفتاری یا دیگر حوزه‌های کارکردی هم می‌شود.
ج) مشکل خواب دست‌کم ۳ شب در هفته روی می‌دهد.
د) مشکل خواب دست‌کم برای ۳ ماه وجود دارد.
ه) مشکل خواب علی‌رغم فرصت مناسب برای خواب روی می‌دهد.
و) بی‌خوابی با دیگر اختلالات خواب‌بیداری توجیه نمی‌شود و منحصرأ در طول اختلال مزبور روی نمی‌دهد (مانند حمله خواب، یک اختلال خواب وابسته به تنفس، یک اختلال خواب‌بیداری ریتم شبانه‌روزی و یک بدخوابی).
ز) این بی‌خوابی مربوط به تأثیرات فیزیولوژیکی یک ماده (مانند سوءمصرف یک داروی پزشکی) نیست.
ک) اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های طبی همراه، توضیح کافی برای شکایت اصلی بی‌خوابی را فراهم نمی‌کند.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۲. پروتکل درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی

جلسه	محتوا
جلسه اول (ارزیابی بی‌خوابی)	ارزیابی کامل از ماهیت بی‌خوابی، آموزش چگونگی رصد کردن خط پایه خواب به‌وسیله جدول گزارشات خواب برای مدت ۲ هفته توسط بیمار (قبل از درمان).
جلسه دوم (معرفی اجزای درمان رفتاری اولیه)	الف) معرفی منطق درمانی و معیار آموزش خواب ب) معرفی قانون‌های خواب رژیم رفتاری بی‌خوابی ج) محاسبه زمان مجاز برای ماندن در تخت خواب د) ارائه آموزش‌های اصلی بهداشتی خواب و) مدیریت انتظارات بیمار و پای‌بندی به درمان ز) تکلیف خانه
جلسه سوم (معرفی راهبردهای درمانی شناختی)	الف) مرور و اظهارنظر در مورد یادداشت‌های مربوط به خواب بیمار و نشان دادن پیشرفت ب) پایه و منطق درمان شناختی برای بیمار ج) بحث در خصوص تکنیک نگرانی سازنده
جلسه چهارم (ادامه درمان شناختی)	مرور جلسه پیش درمان، بررسی یافته‌های فرم گزارش خواب و فرایند پیشرفت و پیگیری از دستورالعمل‌های درمانی، چگونگی ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی، بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بی‌خوابی مانند افکار همه یا هیچ، فاجعه‌سازی و ذهن‌خوانی.
جلسه پنجم (پیگیری / حل مسئله)	الف) مرور و اظهارنظر در مورد کاربرد نگرانی سازنده و ثبت افکار بیمار و نشان دادن پیشرفت ب) تعدیل توصیه‌های مربوط به زمان مجاز برای ماندن در تخت‌خواب ج) مرور و تشویق تبعیت از برنامه درمانی و) حل مسئله / بخش رفتاری ه) حل مسئله / بخش شناختی
جلسه ششم (بررسی پایان دوره درمان)	مرور تکالیف پیشین، رفع اشکال در زمینه‌های مؤلفه‌های شناختی درمان، تکالیف خانگی بیمار هر جلسه مرور و راهنمایی‌های لازم ارائه می‌شود. جدول خواب تکمیل شده بیمار هر هفته مرور و میانگین کارایی خواب بیمار در هفته پیشین تکمیل می‌شود.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. توزیع آزمودنی‌های گروه‌ها بر حسب جنسیت و سن

تعداد (درصد)		گروه
گروه کنترل	درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی	
۷(۷۰)	۶(۶۰)	زن
۳(۳۰)	۴(۴۰)	مرد
۱۰(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	کل
۰(۰)	۱(۱۰)	۴۹ تا ۳۴
۲(۲۰)	۱(۱۰)	۴۳ تا ۲۸
۱(۱۰)	۴(۴۰)	۳۷ تا ۳۲
۳(۳۰)	۱(۱۰)	۳۱ تا ۲۶
۴(۴۰)	۳(۳۰)	۲۵ تا ۲۰
۱۰(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	کل

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بهبود خواب را نشان داد [۲۰]. ونک و همکاران در یک پژوهش مروری بیان کردند بی‌خوابی و اختلالات عاطفی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات بهداشتی جامعه ما هستند. خواب هم در افراد عادی و هم در افراد دچار اختلالات روانی مختلف در تنظیم هیجان نقش دارد.

چندین مطالعه نشان داد فعال‌سازی عاطفی منفی و مثبت قبل از خواب با افزایش هیجان عاطفی خواب ارتباط داشته و خواب را مختل می‌کند. نتایج پژوهش ونک و همکاران نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر بی‌خوابی یک درمان مناسب برای تنظیم هیجانات منفی پیش از خواب و کاهش بی‌خوابی است [۲۱].

علاوه بر این، نتایج افزایش معنادار ($P < 0/05$) تنظیم هیجان و کاهش معنادار ($P < 0/05$) نمرات باورهای ناکارآمد خواب در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون و مراحل پیگیری نسبت به پیش‌آزمون را نشان داد. بررسی پیشینه و ادبیات تحقیق نشان می‌دهد پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که در این راستا انجام شده‌اند، مرتبط هستند. با توجه به این تحقیقات، نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقات سانگ، ونک، جنکارلی، خزایی و زکی‌بی، هرتناستین و همکاران، رضایی و همکاران و نیز فرخی و همکاران همسو است.

سانگ و همکاران در پژوهش خود به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی بی‌خوابی بر باورهای ناکارآمد مربوط به خواب پرداخت. نتایج کاهش قابل توجه باورهای ناکارآمد خواب و

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد خواب گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین \pm انحراف معیار
		گروه کنترل
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۶۱/۵۹ \pm ۶/۶۷
	پس‌آزمون	۳۶/۲۱ \pm ۵/۹۳
	پیگیری	۴۲/۸۶ \pm ۶/۳۴
باورهای ناکارآمد خواب	پیش‌آزمون	۸۹/۴۵ \pm ۱۰/۹۵
	پس‌آزمون	۴۹/۳۶ \pm ۹/۴۶
	پیگیری	۶۰/۴۸ \pm ۹/۶۴

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نمرات باورهای ناکارآمد خواب و تنظیم هیجانی گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	درمان شناختی رفتاری خواب		درمان ذهن آگاهی		گروه کنترل
		کولموگروف اسمیرنوف	معناداری	کولموگروف اسمیرنوف	معناداری	
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۰/۴۱۵	۰/۹۲۳	۰/۴۹۵	۰/۸۲۳	۰/۸۲۳
	پس‌آزمون	۰/۷۶۸	۰/۶۶۲	۰/۶۶۸	۰/۵۶۲	۰/۶۰۹
	پیگیری	۰/۵۲۸	۰/۹۲۳	۰/۷۲۸	۰/۹۰۰	۰/۹۶۴
باورهای ناکارآمد خواب	پیش‌آزمون	۰/۴۴۵	۰/۹۶۸	۰/۵۴۵	۰/۷۲۸	۰/۶۲۸
	پس‌آزمون	۰/۶۲۳	۰/۸۵۲	۰/۶۵۱	۰/۵۶۲	۰/۵۱۲
	پیگیری	۰/۶۵۱	۰/۶۱۴	۰/۵۹۷	۰/۶۸۴	۰/۶۴۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

بی‌خوابی مؤثر باشد [۲۶]. فرخی و همکاران به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی بر سالمندان مبتلا به بی‌خوابی پرداختند و نتایج حاکی از افزایش کیفیت خواب سالمندان بود [۲۹].

افراد بی‌خواب همواره با دامنه‌ای از مشکلات هیجانی برخورد می‌کنند که راهبردهای مختلف تنظیم هیجان را طلب می‌کند. تنظیم هیجان^۱ به راهبردهایی اطلاق می‌شود که به منظور کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی استفاده می‌شود. راهبردهای تنظیم هیجان، فعالیت‌هایی هستند که افراد برای کنار آمدن با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار از آن‌ها استفاده می‌کنند. فورد و گروس در توضیح نظریه‌های مربوط به راهبردهای تنظیم هیجان بیان کردند اختلال و آشفتگی در هیجان‌ها و اهمیت تنظیم آن‌ها به دلیل ارزش ذاتی‌شان در زندگی روزمره و پیامدهای آسیب‌شناختی‌شان مورد توجه قرار می‌گیرند [۸].

9. Emotion Regulation

جدول ۶. نتایج آزمون لوین برای نمره‌های باورهای ناکارآمد خواب و تنظیم هیجانی گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	درمان شناختی رفتاری خواب			گروه کنترل		
		f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری	F	درجه آزادی ۱
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۴/۵۴	۱	۲۷	۰/۱۸	۲/۱۴	۲۷
	پس‌آزمون	۷/۱۵	۱	۲۷	۰/۵۴	۵/۱۰	۲۷
	پیگیری	۱/۹۳	۱	۲۷	۰/۱۱	۰/۹۶	۲۷
باورهای ناکارآمد خواب	پیش‌آزمون	۴/۶۷	۱	۲۷	۰/۱۸	۵/۱۷	۲۷
	پس‌آزمون	۷/۱۲	۱	۲۷	۰/۴۵	۶/۰۲	۲۷
	پیگیری	۶/۰۳	۱	۲۷	۰/۲۵	۳/۰۳	۲۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۷. آزمون باکس برای باورهای ناکارآمد خواب، تنظیم هیجانی گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	Boxes M	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
تنظیم هیجانی	۱۸/۰۸۶	۴/۳۶۵	۳	۱۰۴۶۲/۱۸۸	۰/۵۹۱
باورهای ناکارآمد خواب	۳۷/۱۹۳	۶/۳۱۲	۳	۱۰۴۶۲/۱۸۸	۰/۳۹۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

شناختی در بی‌خوابی حمایت می‌کنند. بعضی از مطالعات بر افکار مهاجم در شب تمرکز کرده و سایر مطالعات، باورها و نگرش‌های بنیادین و احتمالاً دارای بار عاطفی درباره کمبود خواب را بررسی کرده‌اند که در طول روز و شب به ذهن خطور می‌کند. سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که محتوا و بار عاطفی شناخت‌های مرتبط با خواب ممکن است نقش بیشتری در تعدیل بی‌خوابی نسبت به میزان فعالیت شناختی به‌تنهایی داشته باشد [۳۲].

بهترین راه برای درمان بی‌خوابی در بیشتر افراد، استفاده از روش درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی است. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است [۳۳].

در پژوهش حاضر با استفاده از درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی روی افراد مبتلا به اختلال خواب، به آن‌ها یاد داده شد که با نوشتن افکار منفی پیش از خواب، آگاهی از این افکار منفی، نگرانی‌ها، نشخوارها و چالش با این افکار همچنین پی بردن به زیربنای این عقاید غیرمنطقی، اصلاح آن‌ها و جایگزین کردن‌شان با عقاید منطقی‌تر و سازنده‌تر می‌توانند احساس کنترل بر خود، افکار و زندگی‌شان را تقویت کنند و درنهایت با کنترل این افکار ناکارآمد و هیجان‌های حاصل از آن‌ها به بهبود بی‌خوابی در افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی کمک شد.

در سال‌های اخیر به جایگاه عوامل شناختی در درک و سازگاری بیماران در ارتباط با هیجانات آن‌ها توجه بیشتری شده است. درمان شناختی‌رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی است که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی به‌وجود آمده‌اند و نشان‌دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارها است. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است. این درمان هم به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه عاطفی (احساسات، ارزش‌ها و نگرش‌ها) و هم به حوزه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری) مربوط می‌شود [۳۰].

بیشتر مطالعاتی که به بررسی نقش فرایندهای شناختی در بی‌خوابی پرداخته و به تأثیر شناخت‌های پیش از خواب یا شناخت‌های شبانه مربوط به خواب توجه کرده‌اند. مطالعات نشان داده‌اند افراد مبتلا به بی‌خوابی، افکار منفی بیشتری را در طول بیداری‌های شبانه نسبت به افراد دارای خواب بهنجار گزارش می‌کنند [۳۱].

همچنین شناخت‌های منفی پیش از خواب (برای مثال، افکاری درباره خواب نرفتن) با افزایش مشکلات خواب همراه است، در مجموع به این شناخت‌های ناکارآمد پیش از خواب، باورهای ناکارآمد خواب می‌گویند. ۲ مجموعه شواهد از نقش عوامل

جدول ۸. نتایج تحلیل واریانس یا اندازه‌گیری مکرر برای باورهای ناکارآمد خواب، تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با کنترل نمرات پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	میزان تأثیر	معناداری	توان آماری	متغیر
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱۸۹/۴۵	۱	۱۱۸۹/۴۵	۱۱۳/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۲	۰/۹۵۶
	پیگیری	پس‌آزمون	۱۳۳۶/۳۸	۱	۱۳۳۶/۳۸	۹۸/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۰/۸۷۵
	عضویت گروهی	پیگیری	۸۱۷/۵۸	۲	۴۱۸/۸۷	۴۶/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۶	۰/۹۶۱
	پیگیری	پس‌آزمون	۳۱۶/۲۷۸	۲	۱۵۴/۱۹	۵۷/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۰	۱/۰۰
باور ناکارآمد خواب	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۸۷۸/۴۵	۱	۳۸۷۸/۴۵	۶۴/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۶	۱/۰۰
	عضویت گروهی	پس‌آزمون	۴۲۵۷/۴۵	۱	۴۲۵۷/۴۵	۲۳/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰
	پیگیری	پس‌آزمون	۸۴۵/۴۴	۲	۸۴۵/۴۴	۲۳/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۱/۰۰
	پیگیری	پیگیری	۷۷۳/۲۱	۲	۷۷۳/۲۱	۱۲/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۱/۰۰

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد IRCT20210714051894N1 در سایت کارآزمایی بالینی کشور ثبت شده است. کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز این تحقیق را با کد اخلاق IR.IAU.AH-VAZ.REC.1399.051 تأیید کرده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی، ویراستاری و نهایی‌سازی: معصومه یاراحمدی. نظارت: دکتر فریبا حافظی، دکتر بهنام مکوندی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در انجام پژوهش یاری‌رسان بودند، تشکر کنند. از معاونت محترم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی خلیج فارس و همه بیماران مبتلا به بی‌خوابی جهت شرکت در پژوهش سپاس‌گزار هستیم.

درمان شناختی‌رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا افکار و احساساتی را که روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، درک کنند، زیرا افکار و احساساتی که فرد مبتلا به اختلال خواب، قبل از خواب تجربه می‌کند، موجب برانگیختگی هیجانات منفی در او می‌شود و در نتیجه این هیجانات بر رفتار و افزایش بی‌خوابی در این افراد اثر می‌گذارد، اما تکنیک‌های درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی به افراد مبتلا به این اختلال کمک می‌کند تا افکار و احساسات آسیب‌رسان و ناکارآمد خود را بشناسند و بتوانند نسبت به هیجانات حاصل از آن‌ها آگاهی پیدا کنند.

این آگاهی به افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی کمک می‌کند تا بتوانند با چالش شناختی و گفت‌وگوی سقراطی و آگاهی از زیربنای این افکار ناکارآمد به بهبود این افکار و هیجانات خود آیند کمک کرده و هیجانات منفی کمتری تجربه کنند. درنهایت با تنظیم هیجانات پیش از خواب و کاهش هیجانات منفی افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی، بهبود زیادی را تجربه کردند.

نتیجه‌گیری

با توجه به پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی‌رفتاری با کمک به بیماران برای آگاهی به افکار و احساسات‌شان که بر رفتارشان تأثیر می‌گذارد، می‌تواند به بهبود اختلال خواب در آن‌ها کمک کند، زیرا افکار و احساساتی که فرد مبتلا به اختلال خواب، قبل از خواب تجربه می‌کند، موجب برانگیختگی هیجانات منفی و افزایش بی‌خوابی در این افراد می‌شود. درنهایت با تنظیم هیجانات پیش از خواب و کاهش افکار ناکارآمد خواب افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی، بهبود زیادی تجربه کردند و می‌توان از درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی برای کمک به افراد مبتلا به اختلال خواب بهره برد.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، کم بودن تعداد افراد نمونه موردنظر است. همچنین همراه شدن پژوهش حاضر با شیوع بیماری کرونا و ریزش تعدادی از افراد نمونه و درنهایت بررسی هر گروه با ۱۰ نفر و همچنین تعطیل شدن و محدودیت پذیرش بیماران در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) به دلیل اینکه بیمارستان مذکور یکی از مراکز اصلی درمان بیماری کووید-۱۹ از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر است.

پیشنهاد می‌شود درمان شناختی‌رفتاری بی‌خوابی به‌عنوان یک درمان مؤثر برای درمان افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی و همچنین تنظیم هیجان و کاهش افکار ناکارآمد خواب مورد استفاده متخصصین قرار گیرد.

References

- [1] Yi H, Shin K, Shin C. Development of the sleep quality scale. *Journal of Sleep Research*. 2006; 15(3):309-16. [DOI:10.1111/j.1365-2869.2006.00544.x] [PMID]
- [2] Gruber Z, Cassoff J. The interplay between sleep and emotion regulation: Conceptual framework empirical evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*. 2014; 16(11):500. [DOI:10.1007/s11920-014-0500-x] [PMID]
- [3] Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman J. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*. 2013; 22(6):688-96. [DOI:10.1111/jsr.12067] [PMID]
- [4] Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. 2009; 32(5):44-65. [PMID] [PMCID]
- [5] Ellis J G, Cushing T, Germain A. Treating acute insomnia: A randomized controlled trial of a "single-shot" of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep*. 2015; 38(6):971-8. [DOI:10.5665/sleep.4752] [PMID] [PMCID]
- [6] Araujo T, Jarrin DC, Leanza Y, Vallieres A, Morin CM. Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Medicine Reviews*. 2017; 31:58-69. [DOI:10.1016/j.smrv.2016.01.003] [PMID] [PMCID]
- [7] LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM. Psychological and health related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63(2):157-66. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2007.03.004] [PMID]
- [8] Schaie KW, Willis SL. *Handbook of the psychology of aging*. Cambridge: Academic Press; 2010. [Link]
- [9] Kryger MH, Roth T, Goldstein CA. *Principles and practice of sleep medicine*. Amsterdam: Elsevier; 2017. [Link]
- [10] Bartlett D, Marshall N, Williams A, Grunstein R. Sleep health New South Wales: Chronic sleep restriction and daytime sleepiness. *Internal Medicine Journal*. 2010; 38(1):24-31. [DOI:10.1111/j.1445-5994.2007.01395.x] [PMID]
- [11] Azimi M, Moradi A, Hasani J. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia (traditional and Internet-based) on everyday memory of people with insomnia and comorbid depression (Persian)]. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*. 2019; 20(4):20-34. [Link]
- [12] Ahmadvand A, Ebrahimi N, Ghoreyshi F, Mousavi S. [Prevalence of insomnia among 18 years old people and over in Kashan city in 2008 (Persian)]. *Feyz*. 2010; 13(4):313-20. [Link]
- [13] Amizadeh M, Shamsadini A, Motamed S, Zeinadini Meimand N. Epidemiology of sleep disturbances among primary school students in Kerman, Iran, in 2019. *Social Work in Public Health*. 2021; 36(2):311-6. [DOI:10.1080/19371918.2021.1873886] [PMID]
- [14] Jalali R, Mohammadi M, Vaisi-Raygan A, Salari N. The prevalence of sleep disorders among Iranian older adults: A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*. 2021; 41:8002-9. [DOI:10.1007/s12144-020-01252-8]
- [15] Edinger JD, Carney CE. *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach, therapist guide*. Oxford: Oxford University Press; 2014. [DOI:10.1093/med:psych/9780199339389.001.0001]
- [16] Smith MT, Perlis ML. Who is a candidate for cognitive-behavioral therapy for insomnia? *Health Psychology*. 2006; 25(1):15-9. [DOI:10.1037/0278-6133.25.1.15] [PMID]
- [17] Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2015; 163(3):191-204. [DOI:10.7326/M14-2841] [PMID]
- [18] Fiorentino L, McQuaid JR, Liu L, Natarajan L, He F, Cornejo M, et al. Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: A randomized controlled crossover pilot study. *Nature and Science of Sleep*. 2010; 2:1-8. [DOI:10.2147/NSS.S8004] [PMID] [PMCID]
- [19] Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1927; 7:395-6. [Link]
- [20] Song Y, Kelly MR, Fung CH, Dzierzewski JM, Grinberg AM, Mitchell MN, et al. Change in dysfunctional sleep-related beliefs is associated with changes in sleep and other health outcomes among older veterans with insomnia: Findings from a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2022; 56(1):35-49. [DOI:10.1093/abm/kaab030] [PMID] [PMCID]
- [21] Vanek J, Prasko J, Genzor S, Ociskova M, Holubova M, Sova M, et al. Insomnia and emotion regulation. *Neuro Endocrinology Letters*. 2020; 41(5):255-69. [PMID]
- [22] Goli M. [The effectiveness of emotion regulation on reducing the level of bullying in preschool children [MSc thesis] (Persian)]. Tehran: Allameh University; 2013. [Link]
- [23] Bigdeli I, Najafi M, Rostami M. [Relationship between attachment styles, emotional regulation and resilience with psychological well-being in medical students (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 13 (9):721-9. [Link]
- [24] Atadokht A. [Sleep quality and its related factors in students (Persian)]. *Journal of Health and Care*. 2015; 17(1):9-18. [Link]
- [25] Doos Alivand H, Gharae B, Asgharnjad Farid A, Rzvani Far SH. [Psychometric properties of short form Persian version of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 20(3):264-75. [Link]
- [26] Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi MR, Zarghami F. Transdiagnostic treatment of cooccurrence of anxiety and depressive disorders based on repetitive negative thinking: A case series. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2015; 10(3):200-11. [PMID] [PMCID]
- [27] Khazaie H, Zakei A. [The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotion regulation and sleep quality problems in patients with chronic insomnia (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019; 29(178):63-52. [Link]
- [28] Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalder K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2019; 43:96-105. [DOI:10.1016/j.smrv.2018.10.006] [PMID]

- [29] Rezaei M, Hojjat K, Hatami SA, Manadi Ziarat, H, Ein Beigi A. [The effectiveness of metacognitive therapy on patients with insomnia (Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2015; 7(2):327-19. [DOI:10.29252/jnkums.7.2.319]
- [30] Chen A, Hartse K, McDowell W, Davila D, Johnson S, Littner M, et al. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. *Sleep*. 2013; 23(2):237-42. [Link]
- [31] Morin C M, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007; 30(11):1547-54. [DOI:10.1093/sleep/30.11.1547] [PMID] [PMCID]
- [32] Azimi M, Moradi A, Hassani, J. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (face-to-face and online implementation) on strategies for emotional regulation of people with insomnia and depression (Persian)]. *Journal of Psychological Health*. 2017; 11(1):49-61. [DOI:10.29252/rph.11.1.49]
- [33] Gencarelli AM, Zurlinden T, Nicoletta A, Winters A, Sorrell A, Corbett Q, et al. The relationship between reaction time, insomnia severity, sleepiness and dysfunctional beliefs about sleep. *Sleep*. 2020; 43. [DOI:10.1093/sleep/zsaa056.155]

