

The effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia

تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بیخوابی در زنان مبتلا به بیخوابی مزمن

Naeimeh Aminnia

Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch. M.A.

Asghar Aghaei

Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch. Ph.D.

Hossein Molavi

Isfahan University. Ph.D.

Mohamad Reza Najafi

Medical Science University Isfahan. M.D.

نعیمه امین‌نیا*

کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

اصغر آقایی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

حسین مولوی

دانشگاه اصفهان

محمد رضا نجفی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of group cognitive therapy on symptoms of insomnia in women with chronic insomnia. The study had a quasi-experimental (Repeated measurement) design and the statistical population were the women who came to the neurologist, among whom 18 persons were selected as the accessible sample and then they were randomly assigned into two groups: experimental (cognitive therapy group) and control (drug treatment). All subjects received hypnotic drugs (Benzodiazepines). The instrument was a researcher-made Chronic Insomnia Symptoms Questionnaire. The results of analysis of covariance showed that group cognitive therapy is significantly effective in reducing chronic insomnia symptoms ($P < 0/01$).

Keywords: Cognitive therapy, Group therapy, chronic insomnia.

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بیخوابی مزمن در زنان مبتلا به بیخوابی مزمن اجرا شد. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی (اندازه‌گیری تکرار شده) و جامعه آماری آن زنان مراجعه‌کننده به مطب‌های متخصصان مغز و اعصاب بودند که از بین آنها، ۱۸ نفر، به صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی گروهی) و گواه (درمان دارویی) قرار گرفتند. همه شرکت‌کنندگان داروی خواب‌آور (بنزودیازپین‌ها) مصرف می‌کردند. ابزار سنجش پرسشنامه محقق‌ساخته نشانه‌های بیخوابی مزمن بود. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی گروهی بر کاهش نشانه‌های بیخوابی مزمن به‌طور معناداری مؤثر است ($P < 0/01$).

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی، درمان گروهی، بیخوابی مزمن.

مقدمه

خواب حالتی منظم و تکرارشونده دارد که از مشخصه‌های اصلی آن بی‌حرکتی نسبی و افزایش قابل توجه آستانه پاسخ به محرک‌های بیرونی است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). یکی از شایع‌ترین اختلالات مربوط به خواب، بیخوابی^۱ است (مورین، ۱۳۸۱)، به ترتیبی که شیوع آن در افراد بزرگسال ۳۰ تا ۴۵ درصد گزارش شده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). بیخوابی در حالت کلی شکایت از خواب ناکافی و نامناسب است، ولی گاهی در قالب‌های دیگری نظیر دشواری در به خواب رفتن، بیداری مستمر و بی‌وقفه، بیدار شدن زود هنگام در صبح یا خواب مداوم اما نامطلوب نیز خود را نشان می‌دهد (سیزلر، وینکلمن و ریچاردسون، ۲۰۰۶). این پدیده در بسیاری شرایط مشکل شایع بیمارانی است که از اختلالات جسمی و روانی رنج می‌برند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد حتی وقتی اختلال اصلی با موفقیت درمان می‌شود، کماکان بیخوابی ادامه می‌یابد و از این طریق کیفیت زندگی افراد را پایین می‌آورد (اسمیت، هنگ و مانبر، ۲۰۰۵).

بیخوابی‌ها به‌طور کلی به دو نوع گذرا^۲ و مزمن^۳ تقسیم می‌شوند (نجفی، ۱۳۷۹). نبود گاه و بی‌گاه خواب شبانه شکل کلی بیخوابی گذرا را تشکیل می‌دهد، ولی بیخوابی مزمن پیچیده‌تر است و اشکال متنوعی دارد. ملاک‌های بیخوابی مزمن^۴ عبارت‌اند از: ابراز نارضایتی از خواب، مشکلاتی در به خواب رفتن یا دوام خواب (بیدار ماندن در رختخواب بیش از ۳۰ دقیقه)، دوام مشکلات خواب بیش از سه شب در هفته، طول مدت‌زمان بیخوابی بیش از شش ماه و همچنین فرد حداقل یکی از موارد خستگی، اختلال در عملکرد یا اختلالات خلقی را که قابل استناد به بدخوابی باشد در ارتباط با فعالیت‌های روزمره خود نشان دهد (مورین، ۱۳۸۱).

بنا به گزارش سازمان اختلالات خواب آمریکا^۵ (۲۰۰۵) پیامدهای بیخوابی و سایر اختلالات خواب به مراتب بیش از آن چیزی است که مردم گمان می‌کنند. افراد مبتلا به بیخوابی مزمن نه تنها شب‌های بدی را می‌گذرانند، بلکه روز بعد نیز در محل کار به قدری خسته هستند که کارایی آنان به شدت کاهش می‌یابد. به همین دلیل بعد از ساعات کاری به قدری فرسوده‌اند که از فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی صرف‌نظر می‌کنند و

کیفیت زندگیشان به شدت افت می‌کند (هاری و لیند، ۱۳۷۶؛ لاکس، ۱۳۷۶). در بسیاری شرایط بیخوابی بیشتر به‌عنوان یک علامت مطرح است. بیخوابی به‌طور شایع با اضطراب، افسردگی، فشارها و آسیب‌های روانی و در برخی بیماران با بیماری‌های عصبی همراه است (صالحی، ۱۳۷۸). به‌طور کلی عوامل مختلفی ممکن است در ایجاد بیخوابی نقش داشته باشند، از جمله این عوامل می‌توان به وجود یک تجربه اضطراب‌انگیز، سوگ، فقدان یا هرگونه تغییر در زندگی و گاهی دوره‌های شدید بیماری روانی و افسردگی و همچنین بیماری‌های جسمی اشاره کرد (احمدوند، سپهرمنش، قریشی و موسوی، ۱۳۸۸).

به دلیل تأثیرات قابل توجهی که بیخوابی بر کیفیت کار و زندگی افراد می‌گذارد، بسیاری از متخصصان عرصه پزشکی و روان‌شناسی سعی کرده‌اند تا درمانی مؤثر و مفید برای آن ارائه کنند. تدابیر درمانی که تاکنون برای درمان و کنترل بیخوابی معرفی شده شامل درمان‌های دارویی، رفتاری و شناختی است. تاکنون دارودرمانی با بنزودیازپین‌ها و یا داروهای ضد افسردگی بیشترین فراوانی را در بین راهبردهای درمانی برای بیخوابی مزمن داشته، اما راهبردهای درمان غیردارویی نیز مورد توجه قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری یکی از این درمان‌هاست که در سالهای اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است (ون هودنهاو، بویز، گابریلز و ون دن برگ، ۲۰۱۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری بیخوابی در تحقیقات سه دهه مورد حمایت قرار گرفته است. شواهد نشان می‌دهد که این درمان نه تنها برای بیخوابی اولیه^۶ مؤثر است، بلکه برای بیمارانی که بیخوابی آنها ناشی از مشکلاتی نظیر اختلالات روانپزشکی، دردهای مزمن و سرطان است نیز مفید است (توماس و نیلان، ۲۰۱۱). البته از بین روشهای مختلف، درمان شناختی^۷ تاکنون کمتر مورد استفاده واقع شده است (مورین، ۱۳۸۱). درمان شناختی بیخوابی اغلب معطوف به افزایش توانایی افراد برای مقابله با فشارهای روانی^۸ مربوط به بیخوابی می‌شود. هدف این روش‌ها تغییر فرضیه‌ها و تفکرات افراد در مورد بیخوابی است (شیبرسون، ۲۰۰۰).

از لحاظ نظری، شناخت‌های ناسازگارانه^۹ موجب برانگیختگی هیجانی می‌شوند و این برانگیختگی بیخوابی را ایجاد و یا تشدید می‌نماید. مهم‌ترین شناخت‌های ناسازگارانه

1. Insomnia

3. Chronic

5. American sleep disorders department

7. cognitive therapy

9. dysfunctional cognitions

2. transient

4. chronic insomnia

6. primary insomnia

8. Stress

دوم درمان را به صورت ترکیبی (درمان دارویی و شناختی- رفتاری همزمان) شروع کردند و سپس درمان آنها با روش شناختی- رفتاری به تنهایی ادامه یافت و گروه سوم درمان شناختی- رفتاری را به تنهایی دریافت کردند. نتایج نشان داد، زمانی که درمان به صورت ترکیبی شروع شود و با درمان شناختی- رفتاری به تنهایی ادامه یابد، بهترین نتیجه را به همراه دارد. سیورتنسن، امویک، پالیسن، بیوروتن، هاویک و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی به مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری با داروی بیخوابی زوپیکلون^۱ برای درمان بیخوابی اولیه مزمن^۲ در بزرگسالان مسن پرداختند. شرکت کنندگان که در سه گروه درمان شناختی- رفتاری، درمان دارویی با زوپیکلون (هر شب ۷/۵ میلی گرم) و دارونما قرار داشتند، طی شش هفته (پیگیری ۶ ماه بعد) تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد، درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با داروی زوپیکلون نتایج بهتری دارد. در این تحقیق بین گروهی که داروی زوپیکلون دریافت کردند و گروه دارونما تفاوتی دیده نشد.

هاروی، شارپلی، ری، استینسون و کلارک (۲۰۰۷)، شناخت درمانی را در مورد گروهی از افراد دارای بیخوابی به کار بردند. الگوی شناخت درمانی مورد استفاده معطوف به تغییر فرایندهایی نظیر نگرانی‌ها و نشخوارهای ذهنی در مورد خواب، سوگیری توجه و تهدیدهای مربوط به خواب، باورهای ناکارآمد و ادراکات نادرست درباره خواب، کاهش عملکرد روزانه همراه با استفاده از رفتارهای اطمینان‌بخش بود که باورهای نادرست را تداوم می‌بخشید. هدف از شناخت درمانی تغییر این عوامل در طول شب و روز بود. پس از درمان، ارزیابی‌ها به وسیله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ۳، ۶ و ۱۲ ماه بعد انجام گرفت. نتایج بهبود معناداری را در مشکلات شبانه و روزانه خواب در پس‌آزمون نشان داد. بهبود در طول ۱۲ ماه پیگیری نیز ادامه پیدا کرد. در مطالعه‌ای که ون هودنهاو و همکاران (۲۰۱۱) انجام دادند، ۱۵۷ نفر با میانگین سنی ۴۴ سال که به مرکز خواب دانشگاه لیوون مراجعه کرده بودند، شرکت نمودند. این افراد از بیخوابی اولیه و شدید رنج می‌بردند. پس از درمان شناختی- رفتاری، ۴۱ درصد افراد بهبود قابل توجهی را نشان دادند.

در جمع‌بندی پایانی از نظریات و پژوهش‌هایی که اشاره شد، می‌توان گفت درمان شناختی شیوه‌ای مؤثر برای کمک به افرادی است که از بیخوابی رنج می‌برند. این شیوه درمانی

در این حوزه شامل سوء تعبیر علل بیخوابی، اسناد نادرست و بزرگنمایی پیامدهای مربوط به بیخوابی، انتظارات غیرواقعی در مورد خواب و تصور غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن خواب است (مورین، ۱۳۸۱). بر این اساس در این پژوهش فقط به درمان‌های شناختی پرداخته شده است و تا آنجا که ممکن بوده ابعاد رفتاری در نظر گرفته نشده است. در اینجا به تحقیقاتی اشاره خواهد شد که از تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری و همچنین درمان‌های شناختی در کنترل بیخوابی خبر می‌دهند. در درمان‌های شناختی رفتاری علاوه بر روش‌های شناختی از روش‌هایی نظیر بهداشت خواب، کنترل محرک و قصد متناقض نیز استفاده می‌شود (توماس و نیلان، ۲۰۱۱).

مورین، بلایس و ساوارد (۲۰۰۲) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به بیخوابی اولیه و مزمن، به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری^۱ و دارودرمانی^۲ بر باورها و نگرش‌های مربوط به خواب پرداختند. آنها شرکت کنندگان را در چهار گروه درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی، ترکیب درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی و گروه دارونما^۳ قرار دادند. هر یک از افراد علاوه بر ثبت روزانه خواب، پرسشنامه باورها و نگرش‌های ناکارآمد درباره خواب^۴ را در شروع درمان، پس از درمان و در ۳، ۱۲ و ۲۴ ماه بعد پاسخ دادند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و ترکیب درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی بهبود بیشتری را در عقاید و نگرش‌ها درباره خواب پس از درمان به وجود آوردند. مورگان، دیکسون، ماترز، تامپسون و تومنی (۲۰۰۳)، پژوهشی را بر روی افراد دارای مشکلات خواب مزمن که داروهای خواب‌آور را برای حداقل یک ماه استفاده می‌کردند، انجام دادند. یک گروه از این بیماران درمان‌های شناختی- رفتاری بیخوابی را دریافت کردند و گروه دیگر هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. نتایج نشان داد که گروه درمان شناختی- رفتاری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری را در تأخیر خواب، بهبود معناداری را در کیفیت خواب و کاهش معناداری را در دفعات مصرف داروهای خواب‌آور گزارش کردند. مورین، بلانگر، باستین و والیرس (۲۰۰۵) این نتیجه را در گروهی از افراد سالمند تکرار کردند. والیرس، مورین و گای (۲۰۰۵) در پژوهشی در سه گروه به بررسی تأثیر همزمان دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر بیخوابی پرداختند؛ گروه اول ابتدا دارو دریافت نمود و سپس درمان آنها با ترکیب درمان دارویی و شناختی- رفتاری ادامه یافت. گروه

1. cognitive behavior therapy

3. Placebo

5. Zopiclone

2. drug treatment

4. dysfunctional beliefs and attitudes about sleeping

6. chronic primary insomnia

ابزار سنجش

پرسشنامه بیخوابی مزمن^۱؛ برای اندازه‌گیری نشانه‌های بیخوابی مزمن، پرسشنامه محقق‌ساخته با ۱۶ سؤال و مقیاس پاسخگویی پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) براساس ملاک‌های چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال روانی (۲۰۰۰) (DSM IV)^۲ و طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال خواب^۳ (۲۰۰۵) تهیه و آماده اجرا شد. برای بررسی تناسب سؤالات، پرسشنامه طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۰ نفر از افراد مبتلا به بیخوابی مزمن اجرا شد و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. از آنجا که این پرسشنامه براساس ملاک‌های چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال روانی (DSM IV) و طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال خواب (ICSD) برای بیخوابی مزمن طراحی شده است، سؤالات آن در اختیار سه فرد متخصص قرار گرفت و از لحاظ صوری و محتوایی مورد تأیید قرار گرفت. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از: بیشتر از سه شب در هفته برای به خواب رفتن مشکل دارم.

روش اجرا و تحلیل؛ پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و قرار دادن تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و گواه، پرسشنامه شدت و علائم بیخوابی مزمن در اولین جلسه مشترک بین دو گروه به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. درمان‌شناختی گروهی بر مبنای دستورالعمل ارائه شده مورین (۱۳۸۱)، در پنج جلسه به‌صورت هفتگی بر روی گروه آزمایش اجرا شد. محتوای جلسات آموزش و درمان به این شرح است: جلسه اول توضیح اهداف آموزش و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توافق اعضا در مورد زمان و مکان آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی؛ جلسه دوم معرفی سازوکار خواب و توضیح در مورد اختلال بیخوابی و بررسی شناخت‌های معیوب مرتبط با خواب و بیخوابی؛ جلسه سوم ادامه بررسی شناخت‌های معیوب مرتبط با خواب و بیخوابی و تغییر آنها؛ جلسه چهارم آموزش روش‌های توقف فکر^۴، برگرداندن توجه^۵ و جلسه پنجم آموزش روش حل مسأله^{۱۱}. این روش‌ها براساس توصیه مورین (۱۳۸۱) و بر مبنای روش‌های مطرح در حوزه درمان‌شناختی بیخوابی بود. در پایان جلسات درمانی (پنجمین جلسه) و سه ماه پس از آن، پرسشنامه شدت و

به‌ویژه زمانی که به‌صورت گروهی اجرا می‌شود، این مزیت عمده را دارد که توانمندی افراد را بدون اینکه تأثیرات جانبی منفی به بار آورد، بالا برده و از این طریق کیفیت زندگی آنها را ارتقا می‌بخشد (مورین، ۱۳۸۱). پژوهش‌هایی که در حمایت از این نوع درمان مورد اشاره قرار گرفت، همگی در خارج از ایران انجام گرفته‌اند. به نظر می‌رسد که در ایران پژوهشگران و درمانگران به تأثیر این شیوه درمان روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیخوابی مزمن توجه زیادی ننموده‌اند. با توجه به همین امر، این پژوهش با هدف بررسی میزان تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بیخوابی در زنان مبتلا به بیخوابی مزمن انجام شد تا از این طریق تأثیر احتمالی این شیوه درمانی در بیخوابی مزمن بارز و مستند شود.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه‌آزمایشی دو گروهی با اندازه‌گیری تکرار شده^۱ (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) است که متغیر مستقل^۲ آن درمان شناختی گروهی و متغیر وابسته^۳ آن را نشانه‌های بیخوابی مزمن تشکیل داده است. به دلیل مراجعه کمتر و در دسترس نبودن مردان، جامعه آماری پژوهش ۴۰ زن مبتلا به بیخوابی مزمن بودند که در ماههای تیر تا شهریور در سال ۱۳۸۷ به مطب متخصصان مغز و اعصاب شهر اصفهان مراجعه کردند. از بین این ۴۰ نفر، ۱۸ نفر که تمایل به همکاری داشتند، به‌صورت سهل‌الوصول^۴ انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۹ نفری درمان‌شناختی (آزمایش) و دارودرمانی (گواه) قرار گرفتند. توان آماری ۰/۸۵ پس از تحلیل یافته‌ها نشان داد که حجم نمونه برای آزمایش این فرضیات کافی بوده است (مولوی، ۱۳۸۶). همه شرکت‌کنندگان در ابتلا به بیخوابی مزمن مشترک بودند. به دلیل در نظر گرفتن مسائل اخلاقی و عدم امکان حذف دارو، همه شرکت‌کنندگان در طول دوره پژوهش از داروهای خواب‌آور (بنزودیازپین‌ها^۵) استفاده نکردند. گروه آزمایش همزمان با استفاده از این داروها، طی ۵ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) از طریق درمان شناختی گروهی مورد آموزش و درمان قرار گرفتند. در گروه گواه هیچ مداخله‌ای در کنار مصرف دارو صورت نگرفت. لازم به ذکر است که میانگین سنی گروه آزمایش ۴۳ و گروه گواه ۳۸/۲۲ بود.

1. repeated measurement
3. dependent variable
5. Benzodiazepine
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV)
8. International Classification of Sleep Disorders (ICSD)
10. Distraction

2. independent variable
4. convenience sampling
6. chronic insomnia questionnaire
9. thought stopping
11. problem solving

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین گروه درمان شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمرات بیخوابی به ترتیب ۶۳/۷۷، ۵۰/۸۸ و ۴۶/۷۷ و در گروه گواه به ترتیب ۶۵/۶۶، ۶۱/۷۷ و ۵۸/۴۴ است. نتایج تحلیل کوواریانس بر نشانه‌های بیخوابی گروهها در مرحله پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تفاوت گروه درمان شناختی گروهی و دارودرمانی (گواه) در نشانه‌های بیخوابی در مرحله پس‌آزمون، پس از کنترل پیش‌آزمون معنادار است ($P < 0/01$). اندازه اثر^۷ (مجذور اتا سهمی^۸) ۳۰ درصد و توان آماری ۰/۸۵ است. نتایج تحلیل کوواریانس بر نشانه‌های بیخوابی گروهها در مرحله پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت گروه درمان شناختی گروهی و دارودرمانی (گواه) در نشانه‌های بیخوابی در مرحله پیگیری، پس از کنترل پیش‌آزمون معنادار است ($P \leq 0/05$). اندازه اثر (مجذور سهمی اتا) ۱۴ درصد و توان آماری ۰/۷۷ است.

علایم بیخوابی مزمن دوباره به‌عنوان پس‌آزمون و پیگیری بر روی دو گروه اجرا شد. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل کوواریانس^۱ با بسته آماری علوم اجتماعی^۲ SPSS تحلیل شد. پیش از انجام تحلیل، آزمون باکس^۳ برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس^۴ و آزمون لوین^۵ و همچنین بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطای دو گروه اجرا و مشخص گردید که این دو پیش‌فرض در داده‌ها رعایت شده است. در تحلیل کوواریانس، متغیر مستقل، درمان گروهی (شناختی و دارویی)، امتیازات پرسشنامه علائم بیخوابی مزمن در پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان متغیر وابسته و امتیازات پرسشنامه علائم بیخوابی مزمن در پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی^۶ (همپراش) در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار گروههای آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نشانه‌های بیخوابی مزمن ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروهها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بیخوابی مزمن

گروهها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M
درمان شناختی گروهی	۷/۸۸	۶۳/۷۷	۴/۵۳	۵۰/۸۸	۴۶/۷۷	۱۱/۲
درمان دارویی (گواه)	۹/۲۰	۶۵/۶۶	۱۳/۹۲	۶۱/۷۷	۵۸/۴۴	۱۶/۲

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نشانه‌های بیخوابی گروهها در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۵۰/۰۴	۱	۶۵۰/۰۴	۸/۹۲	۰/۰۰۷	۰/۲۸	۰/۸۲
پس‌آزمون	۱۷۷۹/۲۷	۱	۸۸۹/۶۴	۱۲/۲۱	۰/۰۲۲	۰/۳۱	۰/۸۵

1. covariance analysis
3. Box,s test
5. Lewin,s test
7. effect size

2. Statistical Package for Social Science (SPSS)
4. variance – covariance matrix
6. covariate variable
8. partial eta square

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نشانه‌های بیخوابی گروهها در پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۴۴۸/۱۱	۱	۴۴۸/۱۱	۳/۲۷	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۴۱
پس‌آزمون	۲۴۳۶/۲۴	۱	۱۲۱۸/۱۲	۸/۸۸	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۷۷

بحث

باعث احساس آرامش اعضا می‌شود (مورین، ۱۳۸۱). به نظر می‌رسد که از دیگر دلایل مؤثر بودن این مداخلات می‌توان به ساختار منظم جلسات گروهی و تعهد افراد گروه نسبت به یکدیگر اشاره کرد. همچنین استفاده از روش‌هایی نظیر توقف فکر، برگرداندن توجه و حل مسأله باعث کاهش هجوم افکار منفی در طول روز و در هنگام خواب می‌شود که همین امر به بهبود بیخوابی منجر می‌شود.

در نتیجه‌گیری پایانی باید گفت که برای درمان بیخوابی، نباید فقط به درمان‌های دارویی اکتفا کرد، بلکه باید این درمان‌ها با درمان‌هایی نظیر درمان شناختی همراه باشد. زمانی که درمان شناختی گروهی و دارودرمانی به‌صورت همزمان مورد استفاده قرار گیرند، نه تنها تأثیرات درمانی افزایش می‌یابد، بلکه قطع یا کاهش مصرف داروهای خواب‌آور نیز آسان‌تر خواهد شد. این امر تأثیرات قابل توجهی بر ابعاد فردی، اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی و شغلی زندگی افراد و در نهایت جامعه خواهد داشت. بنابراین به درمانگران و متخصصان عرصه پزشکی توصیه می‌شود تا برای درمان افراد مبتلا به بیخوابی مزمن طی همکاری با روان‌شناسان و مشاوران، این بیماران را همزمان از طریق دارودرمانی و شناخت درمانی مورد درمان قرار دهند. به پژوهشگران علاقه‌مند نیز توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های آینده با گروه‌های نمونه بیشتر درمان‌های ترکیبی دارویی و روانی (رفتاری، شناختی و شناختی - رفتاری) را با مدت پیگیری بیشتر (تا یک سال و یا بیشتر) در زنان و مردان هر دو مورد مطالعه قرار دهند. در پایان لازم است در تعبیر و تفسیر نتایج به محدودیت‌های پژوهش توجه شود. محدودیت اول اینکه گروه‌های نمونه این پژوهش محدود به زنان است، لذا در تعمیم نتایج به مردان باید احتیاط شود. دومین محدودیت اینکه نمونه اولیه قبل از قرار گرفتن در گروهها به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. این مسأله نیز ممکن است بر نتایج تأثیراتی گذاشته باشد.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان شناختی گروهی همراه با مصرف دارو نسبت به مصرف دارو به تنهایی بر نشانه‌های بیخوابی مؤثرتر است. این نتیجه تا سه ماه بعد از اتمام دوره درمان شناختی گروهی نیز به‌طور نسبی پایدار بود. نکته‌ای که از این نتیجه می‌توان استنباط کرد، این است که هرگاه درمان شناختی با دارودرمانی ترکیب شود، تأثیر درمان در کوتاه‌مدت و درازمدت افزایش می‌یابد. این نتیجه با نتایج گزارش مورین و همکاران (۲۰۰۲)، مورگان و همکاران (۲۰۰۳)، والیرس و همکاران (۲۰۰۵)، سیورتنس و همکاران (۲۰۰۶) و هاروی و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. از این نتایج می‌توان به اهمیت مداخلات روان‌شناختی در درمان بیخوابی مزمن پی برد. متأسفانه اولین گامی که افراد در درمان بیخوابی برمی‌دارند، دارودرمانی است، زیرا هم آسان‌تر است و هم بهبود سریعی را ایجاد می‌نماید. این در حالی است که استفاده از داروهای خواب‌آور پس از مدتی باعث ایجاد تحمل خواهد شد، بدین معنی که افراد باید میزان مصرف دارو را افزایش دهند تا همان نتیجه قبلی حاصل شود. وابستگی و نوعی احساس عدم کنترل بر خواب نیز از دیگر مشکلات مصرف داروهای خواب‌آور است (نجفی، ۱۳۷۹).

سازوکار 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 به بیخوابی، افکار و باورهای نادرستی در مورد خواب و بیخوابی خود دارند و این افکار به اضطراب عملکرد و در نتیجه افزایش شدت بیخوابی منجر می‌گردد (مورین، ۱۳۸۱). شناخت درمانی با تغییر این افکار و باورها به کاهش اضطراب و در نتیجه کاهش نشانه‌های بیخوابی منجر می‌شود. نکته مهم دیگر اینکه این درمان‌ها زمانی که به‌صورت گروهی انجام شوند، باعث ایجاد انگیزه بیشتر در افراد خواهد شد. از آنجا که گروه از تعدادی افراد با مشکلی مشابه تشکیل شده، اعضا با شرکت در جلسات گروهی متوجه می‌شوند که افراد دیگری نیز مشکل آنها را دارند و این آگاهی

منابع

- Morgan, K., Dixson, S., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2003). Psychological treatment for insomnia in the management of long – term hypnotic drug use. *British Journal of General Practice*, 53,923-928.
- Morin, C.M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallieres, A. (2005). Long- term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 43,1- 14.
- Morin, C.M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia ?. *Behavior Research and Therapy* 40, 741-752.
- Shneerson, J.M. (2000). *Handbook of sleep medicine*. Malden: Blackwell Science.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O.E., Kvale, C., Nielsen, G.H., & Nordhus, I.H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. *Jama*, 295, 2851-2858.
- Smith, M.T., Huang, M.I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 559 -592.
- Thomas, C., & Neylan, M.D. (2011). Time to disseminate cognitive behavior treatment of insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 171(10), 895-896.
- Vallieres, A., Morin, C.M., & Guay, B. (2005). Sequential combinations of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1611-163.
- Van Houdenhove, L., Buyse, B., Gabriels, L., & Van den bergh, O. (2011). Treating primary insomnia: clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 92,50-57.
- احمدوند، ا.، سپهرمنش، ز.، قریشی، ف.، و موسوی، غ. (۱۳۸۸). بررسی شیوع بیخوابی در افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان. *فصلنامه فیض*، ۱۳(۴)، ۳۲۰-۳۱۳.
- سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی (جلد ۱)*. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، چاپ اول، تهران؛ انتشارات ارجمند. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- صالحی، م. (۱۳۷۸). بررسی فراوانی نسبی اختلالات خواب در ۱۵۰ بیمار بستری در بخش داخلی اعصاب بیمارستان الزهرا. *پایان نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*.
- لاکس، پ. (۱۳۷۶). *رفتار درمانی بیخوابی مزمن*. ترجمه جواد شافعی مقدم. چاپ اول. مشهد؛ انتشارات آستان قدس رضوی.
- مورین، ج. (۱۳۸۱). *روانشناسی بیخوابی*. ترجمه علیرضا بخشایش و آیتا لشکریان. چاپ اول. یزد؛ انتشارات دانشگاه یزد.
- مولوی، ح. (۱۳۸۶). *راهنمای عملی SPSS در علوم رفتاری*. چاپ اول. اصفهان؛ انتشارات پویش اندیشه.
- نجفی، م. (۱۳۷۹). *اختلالات خواب*. چاپ اول. اصفهان؛ انتشارات مانی.
- هاری، پ.، و لیند، ش. (۱۳۷۶). *خواب و بیخوابی*. ترجمه مهدی قراچه‌داغی. چاپ اول. تهران؛ نشر گفتار.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Czeisler, C.A., Winkelman, J.W., & Richardson, G.S. (2006). Sleep disorder. In S.L, Hauser (ed.), *Harrison's neurology in clinical medicine (PP.169-176)*. New York: Mc Graw- Hill.
- Harvey, A.G., Sharpley, A.L., Ree, M.J., Stinson, K., & Clark, D.M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behavior Research Therapy*, 45, 2491-2501.