

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Sleep Quality in the Elderly

Saeede Hedayat. M.A.

Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Department of Psychology, Kermanshah Science and Research Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Mokhtar Arefi .Ph.D.

Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Science and Research Branch, Islamic Azad University, Kermanshah

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effect of group cognitive-behavioral therapy on sleep quality of the elderly. This research was a semi-experimental study with pretest-posttest and control group design. Of all the elderly with sleep problem, who were members of retirement census in Kermanshah city in the year (2014), 30 people through purposive sampling procedure were selected and randomly assigned into the experimental (15 people) and the control (15 people) groups. The experimental group received eight 90-min. sessions of group cognitive-behavioral therapy, and control group received no treatment. Both groups completed Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse, 1989) at pretest and posttest. The data were analyzed using (ANCOVA). The mean difference of scores in sleep quality components of experiment group, after the intervention, showed that cognitive-behavioral treatment lead to improved sleep quality in five components including subjective sleep quality ($P < 0.001$), sleep latency ($P < 0.001$), sleep duration ($P < 0.001$), sleep efficiency ($P < 0.001$), and sleep disturbance ($P < 0.001$). The result of the research showed that cognitive-behavioral treatment, can lead to promotion of sleep quality in the elderly. So, the findings suggest that, therapeutic personnel and nurses can use this sort of therapy in elderly domain.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, sleep quality, the elderly.

تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب سالمندان

سعیده هدایت

گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه
گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، ایران

مختار عارفی*

گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، ایران
گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب در سالمندان می‌باشد. در این پژوهش نیمه آزمایشی، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. از میان همه سالمندان دارای مشکل خواب عضو کانون بازنشستگی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳، تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری به‌صورت گروهی شرکت کرد اما گروه گواه درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه، پیش و پس از جلسه‌های درمانی به پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (بایسی، ۱۹۸۹) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های کیفیت خواب در گروه آزمایش، پس از اجرای مداخله، نشان داد که درمان شناختی - رفتاری منجر به بهبود معنادار کیفیت خواب در پنج مؤلفه آن شامل کیفیت ذهنی خواب ($P < 0/001$)، تأخیر در خواب ($P < 0/001$)، مدت خواب ($P < 0/001$)، کفایت خواب ($P < 0/001$) و اختلال خواب ($P < 0/001$) شده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند منجر به ارتقاء کیفیت خواب در سالمندان شود. بنابراین، با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش این مداخله به کادر درمان و پرستاران شاغل در حیطه سالمندی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، کیفیت خواب، سالمندان.

مقدمه

کیفیت خواب طبق تعریف از شاخص‌های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می‌شود، مانند میزان رضایتمندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می‌شود، کیفیت خواب نامطلوب به خواب‌آلودگی روزانه، تغییرات خلقی و افزایش خطر مصرف مواد مخدر منجر می‌گردد. کیفیت و کمیت خواب بر یادگیری، حافظه و تعداد زیادی از توانایی‌های شناختی مؤثر است، به‌ویژه اعمالی که مرتبط با ذخیره اطلاعات جدید و مهارت در محیط‌های آموزشی است (احمدزاده وسطی، حسینی و صانعی، ۱۳۹۲).

بی‌خوابی^۱ یکی از انواع اختلالات شایع خواب در سالمندان است و براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، به‌عنوان مشکل در شروع یا تداوم خواب یا داشتن خواب غیرنیروبخش به مدت ۱ ماه یا بیشتر تعریف می‌شود (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۹ ترجمه خزایی، ۱۳۹۰). این اختلال به دو صورت بی‌خوابی اولیه^۳ و ثانویه^۴ دیده می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۲).

در حال حاضر درمان غالب برای بهبود کیفیت خواب، درمان دارویی است. با وجود این پژوهش‌های متعددی مانند نظری، نیکوسیر جهرمی، امینی‌منش و طاهری (۱۳۹۲) و داستانی، جمهری، فتحی‌آشتیانی، صادق‌نیت و صومعلو (۱۳۹۰) نیز گویای اثر مثبت درمان‌های روان‌شناختی بر بهبود کیفیت خواب هستند که در این بین، درمان شناختی - رفتاری در سال‌های اخیر بیش از سایر درمان‌ها مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است. پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که درمان غیردارویی شامل درمان‌های شناختی رفتاری، برای بهبود کمیت و کیفیت خواب در بی‌خوابی اولیه افراد سالمند مؤثر است (جوشی^۵، ۲۰۰۸). همچنین هاروی^۶ (۲۰۰۵)، روش‌های شناختی از جمله مداخلات غیردارویی را مؤثر بر بهبود اختلالات الگوی خواب معرفی می‌نماید. نتایج مطالعه مورین، بلایس و ساوارد^۹ (۲۰۰۲) 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 به‌وجود آورد. نتایج مطالعه جاکوبس، پاس اسکات، استیک‌گلد و اتو^{۱۰} (۲۰۰۴) و ادینجر و سامپسون^{۱۱} (۲۰۰۳) نیز نشان داد که درمان‌های شناختی - رفتاری موجب بهبود کیفیت خواب

سالمندی بخشی از فرایند زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در برمی‌گیرد و قسمتی از زندگی است که پس از میانسالی اتفاق می‌افتد (دلاور، ۱۳۷۸). سالمندی احتمالاً مهمترین پدیده مردم‌شناختی اواخر قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم است. سالمندان سریع‌ترین میزان رشد جمعیت را در بین گروه‌های مختلف سنی دارند و حدود دو سوم از جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران زندگی می‌کنند (کرمی، گلمحمدی، حیدرپهلوانیان، حیدرمقدم و پورالعجل، ۱۳۹۲). افزایش جمعیت سالمندان به علت کاهش مولید، بهبود وضعیت بهداشت و افزایش امید به زندگی، ضرورت توجه به مشکلات این قشر را روزافزون و توجه به مسائل مختلف قشر سالمندی را برجسته می‌کند. یکی از مشکلات تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این قشر آسیب‌پذیر خواب است. با توجه به شیوع اختلالات خواب در افراد پیر، نباید آن را کوچک شمرد. ضمن اینکه خواب مطلوب سلامت جسمی را حفظ می‌کند، خمودگی و اضطراب را کاهش می‌دهد، توانایی سازش را تقویت و باعث تمرکز حواس بر فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود. در حالی که محرومیت از خواب باعث خستگی، سردرد، اختلال در تمرکز حواس و خواب‌آلودگی در روز می‌شود (هارینگتون و آویدان^۱، ۲۰۰۵).

شیوع مشکلات خواب سالمندان، بالا و شامل مشکل در به خواب رفتن (۱۰ تا ۳۹ درصد)، بیدار شدن در طول شب (۱۸ تا ۶۰ درصد)، بیدار شدن زودهنگام در صبح (۱۲ تا ۳۳ درصد)، احتیاج به چرت روزانه (۱۸ تا ۳۶ درصد) است. در واقع اگرچه افزایش سن، زمانی را که فرد در بستر طی می‌کند، افزایش می‌دهد، ولی میزان واقعی خواب کاهش می‌یابد. عمیق‌ترین قسمت‌های خواب (مراحل سوم و چهارم خواب بدون حرکات سریع چشمی) که کیفیت خواب به‌طور عمده به آن بستگی دارد، کاهش می‌یابد (احمدی، ۱۳۸۹).

کیفیت خواب^۲ یک سازه بالینی مهم است، همچنین کیفیت خواب یک پدیده پیچیده است که تعریف آن مشکل و سنجش آن ذهنی است، یعنی در محیط آزمایشگاهی قابل اندازه‌گیری نیست. از طرفی، متغیرهای تشکیل‌دهنده کیفیت خواب و میزان اهمیت آنها ممکن است بین افراد مختلف متفاوت باشد،

1. Harrington & Avidan
3. insomnia
5. primary insomnia
7. Joshi
9. Morin, Blais & Savard
11. Edinger & Sampson

2. sleep quality
4. Kaplan & Sadock
6. comorbid insomnia
8. Harvey
10. Jacobs, Pace-schott, Stickgold & Otto

خواب، تأخیر در خواب، مدت خواب، کفایت خواب و اختلال خواب سالمندان کانون بازنشستگی کشوری شهر کرمانشاه انجام شده است. در این پژوهش فرضیات زیر مطرح می‌شوند و مورد پژوهش قرار می‌گیرند:

- ۱- درمان شناختی - رفتاری کیفیت ذهنی خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد.
- ۲- درمان شناختی - رفتاری تأخیر در خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد.
- ۳- درمان شناختی - رفتاری مدت خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد.
- ۴- درمان شناختی - رفتاری کافی بودن خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد.
- ۵- درمان شناختی - رفتاری اختلال خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه مورد پژوهش همه سالمندان عضو کانون بازنشستگی کشوری شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۳ بودند. در فاصله زمانی یک ماه، از میان سالمندان عضو کانون، ۳۰ زن با شکایت بی‌خوابی و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند که دارای ملاک‌های ورود به نمونه (حداقل ۶۰ سال سن، داشتن اختلال در کیفیت خواب براساس پرسشنامه پیتزبورگ (کسب نمره بالاتر از ۵)، مبتلا نبودن به اختلالات سایکوتیک، شخصیت و سوء مصرف مواد، عدم مصرف داروهای خواب‌آور و رعایت شاخص‌های اخلاقی و تمایل به همکاری) بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: برای سنجش کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۷ (PSQI) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که بایسی^۸ (۱۹۸۹) آن را طراحی کرده است. این پرسشنامه ۹ سؤال دارد که کیفیت خواب را در فاصله زمانی بیش از یک ماه ارزیابی می‌کند و شامل ۷ مقیاس است که برای به‌دست آوردن ارزیابی

می‌شود، همچنین نتایج این مطالعات نشان‌دهنده بهبود بیشتر کیفیت خواب با درمان‌های شناختی - رفتاری نسبت به دارونما بود، نتایج به‌دست آمده در پیگیری که ۶ ماه بعد صورت گرفت، همچنان باقی بود. مورگان، دیکسون، ماترز، تامپسون و تومنی^۱ (۲۰۰۳) نیز پژوهشی را بر روی افراد دارای مشکلات خواب مزمن که داروهای خواب‌آور را برای حداقل یک ماه استفاده می‌کردند، انجام دادند که یک گروه از این بیماران درمان شناختی - رفتاری 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 گزارش کردند (مورگان و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در این زمینه مطالعه تیکوتزکی و سده^۲ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش زمان آغاز خواب و بهبود کیفیت خواب اثربخش است.

با این حال مخالف با این پژوهش‌ها رایمن و پرلیس^۳ (۲۰۰۹) دریافتند که تأثیر رفتاردرمانی و دارودرمانی بر بی‌خوابی، در کوتاه‌مدت یکسان است و هیچ تفاوتی بین اثربخشی رفتاردرمانی و دارودرمانی مشاهده نکردند. این نوع درمان، ترکیبی از شیوه‌های شناختی و رفتاری برای برطرف کردن رفتارهای خواب توأم با اختلال عملکرد، سوء درک و افکار درهم گسیخته راجع به خواب است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۹ ترجمه خزایی، ۱۳۹۰). در این روش تأکید بالینی عمده بر الگوهای رفتاری ناسازگارانه فعلی و شیوه‌های شناختی معیوب است که مشکلات خواب را به وجود می‌آورند (مورین^۴، ۱۳۸۱).

به همین منظور درمان شناختی - رفتاری به‌طور گسترده‌ای برای درمان اختلال‌های روانی مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و اغلب مطالعات اثربخشی این روش درمانی را در کاهش نشانگان بی‌خوابی تأیید کرده‌اند (تایلور، لیچستین، وینستوک، سانفورد و تمپل^۵، ۲۰۰۷؛ بلانگر، لیبلانس^۶ و مورین، ۲۰۱۲؛ جاکوبس و همکاران، ۲۰۰۴). در ایران نیز تاکنون پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب انجام شده است (احمدی، ۱۳۸۹؛ حسین‌آبادی، ۱۳۸۶؛ داستانی و همکاران، ۱۳۹۰ و نظری و همکاران، ۱۳۹۲)، با این حال با توجه به شیوع بالای نشانگان بی‌خوابی در سالمندان این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت کلی خواب و پهن مؤلفه آن شامل کیفیت ذهنی

1. Morgane, Dixon, Mathers, Thompson & Tomeny
3. Rayman & Perlis
5. Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford & Temple
7. Pittsburgh Sleep Quality Index

2. Tikotzky & Sadeh
4. Morin
6. Belanger & Leblanc
8. Buysse

روایی این پرسشنامه را با ضریب همبستگی ۰/۸۸ به دست آورد. در این پژوهش نیز ضریب اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آزمون - باز آزمون ۰/۷۸ و با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ بوده است. این ضریب از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس کیفیت ذهنی خواب ۰/۷۶، تأخیر در خواب ۰/۸۳، مدت خواب ۰/۸۱، کفایت خواب ۰/۹۱ و اختلال خواب ۰/۷۹ به دست آمد. دو نمونه از پرسش‌های پرسشنامه: «از زمانی که به رختخواب می‌روید، چقدر طول می‌کشد تا خوابتان ببرد؟»، «در طی ماه گذشته، در کل کیفیت خواب خود را چگونه توصیف می‌کنید?».

روش اجرا و تحلیل

پژوهشگر با همکاری روان‌شناس بالینی و تحت نظارت استادان گروه روان‌شناسی گروه درمانی شناختی - رفتاری را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا کرد. در این مدت آزمودنی‌های گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در ابتدای پژوهش و پس از اتمام جلسه‌های درمانی، ابزارهای پژوهش برای هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری شده ابتدا با روش‌های آمار توصیفی و سپس با آمار استنباطی تحلیل کواریانس برای بررسی نبودن تفاوت معنادار در نمرات پس‌آزمون دو گروه استفاده شد. خلاصه محتوای جلسه‌های درمان به شرح زیر بود: جلسه اول: بررسی برنامه، تعیین و یادگیری اجتماعی از بی‌خوابی، تعیین هدف و قرارداد رفتاری، جلسه دوم: مؤلفه رفتاری شامل شیوه‌های کنترل خواب و محرک، جلسه سوم: مؤلفه رفتاری شامل پرداختن به مشکلات حل مسأله بیماران در انجام تکالیف منزل، جلسه چهارم و پنجم: مؤلفه شناختی شامل بازسازی شناختی، جلسه ششم: مؤلفه آموزشی شامل بهداشت خواب، جلسه هفتم: بررسی و یکپارچه کردن تمامی مؤلفه‌های درمان؛ طراحی روش‌هایی برای ارتقای پایبندی به درمان؛ برنامه‌ریزی تعمیم مهارت‌های تازه آموخته شده و جلسه هشتم: تعیین موقعیت‌های با خطرپذیری بالا؛ بررسی راهبردهای ممانعت از عود بی‌خوابی و تثبیت منافع درمانی. همه داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS16 و با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار توصیف و سپس فرضیه‌های پژوهش با روش آماری تحلیل کواریانس تحلیل گردید.

یکپارچه از کیفیت خواب از جمله: کیفیت ذهنی خواب (سؤال ۹)، تأخیر در به خواب رفتن (مدت زمانی که طول می‌کشد تا فرد به خواب رود) (سؤال ۲ و ۵ الف)، طول مدت واقعی خواب (مدتی که فرد در خواب سپری می‌کند) (سؤال ۴)، کافی بودن خواب^۱ (نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب) (سؤال ۳، ۴ و ۵)، اختلالات خواب که به صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود (سؤال ۵ الف تا ۵ ط)، میزان داروهای خواب‌آور مصرفی (سؤال ۶) و کژکاری‌های روزانه (مشکلات تجربه شده فرد در طول روز که ناشی از بی‌خوابی است) (سؤال ۷ و ۸) به کار می‌رود (مورین^۲، ۱۳۸۱).

لازم به ذکر است پرسش‌های ۱ تا ۴ کوتاه و تک‌جوابی و پرسش‌های ۵ الف تا سؤال ۸ به صورت چهارجوابی است و پاسخ‌دهنده باید در جواب به پرسش‌ها یکی از پاسخ‌های هرگز، کمتر از یک بار در هفته، یک یا دو بار در هفته، سه بار یا بیشتر در هفته و در پاسخ به سؤال ۹ یکی از گزینه‌های خیلی خوب، نسبتاً خوب، خیلی بد یا نسبتاً بد را انتخاب کند. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. نمرات ۳، ۲، ۱ در هر مقیاس به ترتیب نشان‌دهنده وجود وضعیت طبیعی، مشکل خفیف، متوسط و شدید است (احتشام‌زاده و مرعشی، ۱۳۹۰). حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفتگانه، نمره کل را تشکیل می‌دهد که بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود. اخذ نمره ۵ و یا بیشتر از پرسشنامه، نشان‌دهنده نامناسب بودن کیفیت خواب است و هرچه نمره بالاتر باشد کیفیت پایین‌تر است (احمدی، ۱۳۸۹). زمان پاسخدهی به این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه است (راش^۳، ۲۰۰۰).

روایی و پایایی شاخص پیتزبورگ و حساسیت آن برای بررسی کیفیت خواب در مطالعات متعدد خارجی و داخلی بررسی شده است. بایسی (۱۹۸۹) در مطالعه خود حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را به ترتیب ۸۹/۶ درصد و ۸۶/۵ درصد و اعتبار درونی را ۰/۸۳ و روایی آن را در آزمون مجدد ۰/۸۵ گزارش کرد. همچنین کارپنتر و اندریکوسکی^۴ آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را برای این مقیاس به دست آوردند و همبستگی نمرات آن را با مشکلاتی مانند افسردگی و خواب آشفته مناسب گزارش کردند (نظری و همکاران، ۱۳۹۲). در ایران نیز، این پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، برای مثال حسین‌آبادی (۱۳۸۶)، در مطالعه خود پایایی و

1. sleep efficiency
3. Rush

2. Morin
4. Carpenter & Andrykowski

یافته‌ها

الف - یافته‌های توصیفی

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های کیفیت خواب سالمندان گروه گواه و گروه آزمایش

متغیر	مرحله	گروه			
		آزمایش	گواه		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کیفیت ذهنی خواب	پیش‌آزمون	۰/۴۸	۱/۳۳	۰/۸۱	۱/۶۶
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۶۳	۱/۴۶
تأخیر در خواب	پیش‌آزمون	۰/۶۳	۱/۴۰	۰/۶۳	۱/۴۶
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۵۳	۰/۷۰	۱/۷۳
مدت خواب	پیش‌آزمون	۰/۶۳	۱/۴۰	۰/۶۰	۱/۵۳
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۶۳	۱/۵۳
کفایت خواب	پیش‌آزمون	۰/۵۰	۱/۶۰	۰/۶۱	۱/۳۳
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۵۱	۱/۴۶
اختلال خواب	پیش‌آزمون	۰/۶۳	۱/۴۰	۰/۷۳	۱/۶۰
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۶۳	۱/۵۳

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های کیفیت خواب سالمندان را در دو گروه گواه و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که پس از بررسی و تعدیل سهم ب - یافته‌های استنباطی تفاوت داشتند.

جدول ۲- تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت ذهنی خواب سالمندان گروه آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۰/۴۳	۱	۰/۴۳	۱/۲۸	۰/۲۶	۰/۰۴	۰/۱۹۴
گروهها	۶/۹۶	۱	۶/۹۶	۲۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۳

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود فراوانی به‌دست آمده در گروهها ۲۰/۸۰ و معنادار است و نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین‌هاست ($P < ۰/۰۰۱$)، بنابراین فرضیه یک تأیید شد و نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت ذهنی خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری توانسته است در گروه آزمایش افکار و شناخت‌های منفی را به‌طور معناداری کاهش دهد و افکار متعادل را جایگزین باورهای بی‌خواب‌کننده رایج و اضطراب‌زا کند و در نتیجه کیفیت ذهنی خواب سالمندان را بهبود بخشد. میزان تأثیر این درمان بر کیفیت ذهنی خواب سالمندان در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۳ بوده است، یعنی حدود ۴۳ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری در شرایط آزمایش است. توان آماری ۰/۹۹۳ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

متعادل را جایگزین باورهای بی‌خواب‌کننده رایج و اضطراب‌زا کند و در نتیجه کیفیت ذهنی خواب سالمندان را بهبود بخشد. میزان تأثیر این درمان بر کیفیت ذهنی خواب سالمندان در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۳ بوده است، یعنی حدود ۴۳ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری در شرایط آزمایش است. توان آماری ۰/۹۹۳ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

جدول ۳- تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت تأخیر در خواب سالمندان گروه آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۲۴	۱	۰/۲۴	۰/۶۳	۰/۴۳	۰/۰۲	۰/۱۲۰
گروهها	۱۰/۵۹	۱	۱۰/۵۹	۲۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹۹

جدول ۴- تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان شناختی - رفتاری بر بهبود مدت خواب سالمندان گروه آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۷۵	۱	۰/۷۵	۲/۳۵	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۳۱۶
گروهها	۷/۸۹	۱	۷/۸۹	۲۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹۷

در جدول ۴ نیز ملاحظه می شود فراوانی به دست آمده در گروهها ۲۴/۴۸ و معنادار است و نشان دهنده تفاوت بین میانگین هاست ($P < ۰/۰۰۱$)، بنابراین فرضیه سوم تأیید شد و نتیجه می گیریم که درمان شناختی - رفتاری بر بهبود مدت خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری طول مدت خواب سبک و سطحی را در گروه آزمایش کاهش می دهد و مدت زمانی را که فرد در خواب عمیق به سر می برد، بیشتر می کند و در نتیجه مدت خواب سالمندان را بهبود می بخشد. میزان تأثیر این درمان بر مدت خواب سالمندان در مرحله پس آزمون ۰/۴۷ بوده است، یعنی در حدود ۴۷ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری در شرایط آزمایش است. توان آماری ۰/۹۹۷ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

همچنین همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود فراوانی به دست آمده در گروهها ۲۷/۴۴ و معنادار است و نشان دهنده تفاوت بین میانگین هاست ($P < ۰/۰۰۱$)، بنابراین فرضیه دوم تأیید شد و در نتیجه درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت تأخیر خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری مدت زمان به خواب رفتن گروه آزمایش را کاهش می دهد، به طوری که افراد پس از مداخله زودتر به بستر می رفتند و مدت اندکی طول می کشید تا به خواب روند و در نتیجه تأخیر خواب سالمندان را بهبود می بخشد. میزان تأثیر این درمان بر تأخیر خواب سالمندان در مرحله پس آزمون ۰/۵۰ بوده است. یعنی در حدود ۵۰ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر بهبود تأخیر خواب در سالمندان در شرایط آزمایش است. توان آماری ۰/۹۹۹ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

جدول ۵- تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کفایت خواب سالمندان گروه آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۶۸	۱	۰/۶۸	۲/۷۱	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۳۵۵
گروهها	۸/۱۵	۱	۸/۱۵	۳۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰۰

جدول ۶- تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون درمان شناختی - رفتاری بر بهبود اختلال خواب سالمندان گروه آزمایش

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	حجم اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۰/۱۴	۱	۰/۱۴	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۰۱	۰/۰۹۷
گروهها	۸/۰۱	۱	۸/۰۱	۲۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۶

بوده‌اند. در واقع دو گروه آزمایش و گواه، از لحاظ کیفیت خواب مشابه بوده‌اند و می‌توان هرگونه تغییر در این متغیر و خرده‌مقیاس‌های آن را با اطمینان بالا به مداخله نسبت داد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی انجام این پژوهش، بررسی تأثیر روش گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب سالمندان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد بین میانگین‌های نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های کیفیت خواب در دو گروه آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$)، و می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری توانسته است بهبود قابل ملاحظه‌ای در کیفیت کلی خواب و خرده‌مقیاس‌های آن به وجود آورد. نتایج این پژوهش با نتایج مورین و همکاران (۲۰۰۲)، جاکویس و همکاران (۲۰۰۴)، ادینجر و سامپسون (۲۰۰۴)، مورگان و همکاران (۲۰۰۳) و تیکوتزکی و سده (۲۰۱۰) که نشان دادند درمان شناختی رفتاری موجب بهبود کیفیت خواب می‌شود، همسو است.

مطالعه مورین (۱۹۹۹) که به بررسی اثربخشی درمان‌های رفتاری و دارویی بر بی‌خوابی سالمندان پرداخت، نشان داد که هر دو نوع مداخله پس از ۴ هفته مدت کلی خواب را تا ۱۵ درصد افزایش دادند، اما فقط مداخلات رفتاری تأثیر خود را پس از ۹ هفته حفظ کردند. همچنین مطالعه نظری و همکاران (۱۳۹۲) با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی نیز فرضیه‌های این پژوهش را تأیید می‌کند. اما ناهمسو با نتیجه به‌دست آمده در این پژوهش، احمدی (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای تفاوت معناداری در مؤلفه مدت خواب، بین دو گروه آزمایش و گواه مشاهده نکرد، که این نتیجه نشان‌دهنده این است که در آن مطالعه فقط اثربخشی درمان محدودیت خواب بر بهبود کیفیت خواب سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین مطالعه

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود فراوانی به‌دست آمده در گروهها ۳۲/۴۶ و معنادار است و نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین‌هاست ($P < 0/001$)، بنابراین فرضیه چهارم تأیید شد و در نتیجه درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کافی بودن خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری توانسته است طول مدت زمانی را که افراد گروه آزمایش در بستر سپری کرده‌اند و طی آن بیدار بودند، کاهش و میزان خواب مفید آنها را افزایش می‌دهد؛ در نتیجه کافی بودن خواب سالمندان را افزایش می‌دهد و بهبود می‌بخشد. میزان تأثیر این درمان بر کفایت خواب سالمندان در مرحله پس‌آزمون ۰/۵۴ بوده است، یعنی در حدود ۵۴ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری در شرایط آزمایش است. توان آماری ۱/۰۰۰ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

در جدول ۶ ملاحظه می‌شود فراوانی به‌دست آمده در گروهها ۲۳/۲۲ و معنادار است و نشان‌دهنده تفاوت بین میانگین‌هاست ($P < 0/001$)، بنابراین فرضیه پنجم تأیید شد و در نتیجه درمان شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت ذهنی خواب سالمندان مؤثر است. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری با شناسایی افکار و باورها و تغییر شناخت‌های معیوبی که به رفتار خوابیدن مربوط است، اختلالات خواب را در افراد گروه آزمایش کاهش می‌دهد و در نتیجه اختلال خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد. میزان تأثیر این درمان بر اختلال خواب سالمندان در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۶ بوده است، یعنی در حدود ۴۶ درصد از واریانس کل مربوط به تأثیر درمان شناختی - رفتاری در شرایط آزمایش است. توان آماری ۰/۹۹۶ در گروهها نیز دقت آزمون را نشان داد.

نتایج تحلیل نشان می‌دهد که کیفیت خواب هم در گروه آزمایش و هم در گروه گواه قبل از مداخله پایین بوده است. با مقایسه کیفیت خواب قبل از مداخله، در گروه آزمایش و گواه، می‌توان استنباط کرد که کیفیت کلی خواب و پنج مؤلفه آن یعنی کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در خواب، مدت خواب، کفایت خواب و اختلال خواب، تفاوت معنادار نداشته و همگن

جامعه فراهم می‌کند. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از انجام نشدن دوره پیگیری به دلیل در دسترس نبودن افراد شرکت‌کننده پس از اتمام پژوهش و شرایط روحی و روانی آزمودنی‌ها در هنگام پاسخ به پرسش‌های پرسشنامه و تکمیل جدول خواب که ممکن است بر نمره پس‌آزمون آنها اثر بگذارد. همچنین این مطالعه در میان سالمندان عضو کانون بازنشستگی کشوری شهر کرمانشاه و فقط بر روی سالمندان زن اجرا شده است که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهشگران از این روش درمان بر روی سالمندان مرد استفاده کنند و حجم نمونه آماری در پژوهش‌های بعدی وسیع‌تر در نظر گرفته شود.

منابع

احتشام‌زاده، پ.، و مرعشی، م. (۱۳۹۰). رابطه شدت بی‌خوابی، کیفیت خواب، خواب‌آلودگی و سلامت روان با عملکرد تحصیلی در نوجوانان پسر شهر اهواز. *مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی*، دوره ۵، شماره ۱۵، ۲۷-۳۸.

احمدزاده وسطی، ح.، حسینی، ر.، و صانعی، ح. (۱۳۹۲). ارتباط عادات خوابیدن و زمان‌بندی خواب با کیفیت خواب دانشجویان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۱، ۸۰-۸۳، ۲۷۳-۲۸۳.

احمدی، ش. (۱۳۸۹). تأثیر درمان محدودیت خواب بر کیفیت خواب سالمندان عضو کانون جهاندیدگان شیراز در سال ۱۳۸۸. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.

حسین‌آبادی، ر. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب سالمندان سرای سالمندان کهریزک تهران سال ۱۳۸۵. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.

داستانی، م.، جمهری، ف.، فتحی‌آشتیانی، ع.، صادق‌نیت، خ.، و صومعلو، س. (۱۳۹۰). اثربخشی دارو درمانگری و رفتار درمانگری در بی‌خوابی مزمن. *مجله علوم رفتاری*، ۵، ۱، ۲۷-۳۲.

دلاور، ب. (۱۳۷۸). بررسی وضعیت سالمندان کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سادوک، ب.، و کاپلان، ه. (۱۳۹۰). *خواب (علوم پایه و اختلالات)*. ترجمه خزائی، ح.، چاپ اول، کرمانشاه: انتشارات طاقستان.

سادوک، و.، و سادوک، ب. (۱۳۹۲). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ترجمه رضاعی، ف.، جلد دوم، ویرایش دهم، چاپ پنجم، تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

کرمی، ز.، گلمحمدی، ر.، حیدرپهلویان، ا.، حیدرمقدم، ر.، و پورالعجل، ج. (۱۳۹۲). بررسی اثر نور روز بر سلامت روانی سالمندان. *مجله ارگونومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات علوم بهداشت (دانشگاه علوم پزشکی همدان)*، ۱، ۲، ۱، ۴۹-۵۵.

سیورستن، امویک، پالسن، هاویک و وال^۱ (۲۰۰۶). پس از ۶ هفته درمان شناختی - رفتاری، تفاوت معناداری را در این مؤلفه بین دو گروه آزمایش و گواه نشان نداد. اگرچه در پیگیری ۶ ماه بعد، گروه مداخله بهبود معنی‌داری را در این مؤلفه نشان داد.

مورین (۱۹۹۹) و سیورستن و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان دادند، درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود کفایت خواب و میزان خواب با امواج آهسته می‌شود و همچنین جاکوبس و همکاران (۲۰۰۴) در یک کارآزمایی بالینی که بر ۶۳ فرد مبتلا به بی‌خوابی اولیه انجام دادند، دریافتند درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود کفایت خواب می‌شود و گروه درمان شناختی - رفتاری با گروه دارونما از نظر این مقیاس پس از مداخله، تفاوت معنادار دارند که با یافته‌های این پژوهش همسو است.

مطالعه ادینجر و سامپسون (۲۰۰۳) نیز نشان داد که درمان شناختی - رفتاری اختلال خواب سالمندان را بهبود می‌بخشد. همچنین همسو با نتیجه این پژوهش میچل، جرمن و پرلیس^۲ (۲۰۱۲) که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با دارودرمانی در درمان بی‌خوابی افراد پرداختند، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری نسبت به اثربخشی بنزودیازپین‌ها را در این مؤلفه نشان دادند و با توجه به اینکه یک دوره پیگیری صورت گرفت، تأثیر این درمان در طولانی‌مدت با دوام‌تر از تأثیر بنزودیازپین‌ها در بهبود بی‌خوابی افراد بوده است. با این حال، به نظر می‌رسد درمان‌های شناختی - رفتاری قادر به بهبود کیفیت خواب به‌طور قابل مقایسه با داروهای خواب‌آور هستند و با توجه به مشکلاتی که این داروها به همراه دارند، استفاده از درمان‌های شناختی - رفتاری که غیرتهاجمی هستند مفیدتر به نظر می‌رسد.

یافته‌های این پژوهش، ضمن حمایت از فرضیه پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری، موجب بهبود شاخص‌های کیفیت خواب می‌شود، به این معنی که این درمان، سبب بهبود محسوس و معنادار کیفیت خواب سالمندان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنها می‌شود و از آنجا که خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از مشکلات شایع و دلیل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است و معمول‌ترین راه‌حل درمانی برای این مشکل، مصرف داروهای خواب‌آور است، بنابراین مداخلاتی نظیر درمان شناختی - رفتاری و سایر درمان‌های غیردارویی، ضمن بهبود کیفیت خواب سالمندان، زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی و حضور فعال‌تر آنها در

- Mitchel, M.D., Gehrman, P., & Perlis, M. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: systematic review. *BMC Family Practice*, 13, 40.
- Morin, C.M. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22, 8: 56-134.
- 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.
- Morgane, K., Dixon, S., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2003). Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 53: 923-928.
- Riemann, D., & Perlis, M.L. (2009). The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Medicine Reviews*, 13: 205-214.
- Rush, J. (2000). Hand book of psychiatric measures. *American Psychological Association-Washingto Dc*.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Havik, O., & Kvale, G. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 24: 28-51.
- Taylor, D.J., Lichstein, K.L., Weinstock, J., Sanford, S., & Temple, J.R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behavior Therapy*, 38(1): 49-57.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 11: 686-691.
- نظری، ع.م.، نیکوسیر جهرمی، م.، امینی‌منش، س.، و طاهری، م. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱، ۲، ۱۴۶-۱۳۹.
- مورین، ج. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی بی‌خوابی*. ترجمه بخشایش، ع.، و لشکریان، آ.، چاپ اول، یزد: انتشارات دانشگاه یزد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- Belanger, L., Leblanc, M., & Morin, C.M. (2012). Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive Behavioral Practice*, 19(1): 101-15.
- Buysse, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28: 193-213.
- Edinger, J.D., & Sampson, W.S. (2003). A primary care friendly cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep*, 26: 177-182.
- Harrington, J.J., & Avidan, A.R. (2005). Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Current Treatment Options in Neurology*, 7, 5: 52-339.
- Harvey, A.G. (2005). A cognitive theory of and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychology*, 19: 41-60.
- Jacobs, G.D., Pace-schott, E.F., Stickgold, & Otto, M.W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: A randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of Internal Medicine*, 164: 1888-1896.
- Joshi, S. (2008). Nonpharmacologic therapy Insomnia in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24, 1: 107-119.