

نقش میانجی گر صفات شخصیتی پیشنهادی DSM-5 در اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر اختلال بی خوابی دانشجویان دانشگاه کردستان

طاهره محرابیان^{۱*}، فاتح رحمانی^۲، آزاد همتی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار روانشناسی دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

مقدمه: بی خوابی از شایع ترین اختلال های خواب و درمانگری شناختی رفتاری از جمله روش های درمانی مؤثر برای آن است. صفات شخصیت، علاوه بر اینکه یک عامل احتمالی آماده ساز و تداوم بخش بی خوابی است می تواند پیش بینی کننده پیامدهای مداخلات درمانی برای این اختلال باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی گر صفات شخصیتی پیشنهادی (دی.اس.ام. - ۵) در تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر علائم بی خوابی دانشجویان دانشگاه کردستان بود.

روش: ۳۴ نفر از دانشجویان مبتلا به بی خوابی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند و با پرسشنامه ی شدت بی خوابی و پرسشنامه ی شخصیت برای (دی.اس.ام. - ۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند. طرح پژوهشی، از نوع آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون بود. داده ها با آزمون های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس تک متغیره و با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار (اس. پی. اس. اس.) تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج پژوهش بیانگر کاهش معنادار در نمرات آزمون های شدت بی خوابی در گروه آزمایش، نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل بود که این نشان دهنده ی اثربخشی درمان بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که نمرات بالا در تمام صفات شخصیتی پیشنهادی (دی.اس.ام. - ۵) ارتباط معناداری با کاهش اثرات درمانی داشتند. از آن میان، نقش صفات عجیب و غریب بودن، خودبزرگ بینی، توجه طلبی، فقدان احساس لذت، اجتناب از صمیمی شدن، حواس پرتی، تحریک پذیری و بی ثباتی هیجانی بیش از سایر صفات بود.

بحث و نتیجه گیری: صفات شخصیتی مرضی قادر هستند شرایط درمانی بیماران را پیچیده تر و اثربخشی درمانی شناختی رفتاری را کاهش دهند. بنابراین، لازم است که پیش از آغاز مداخلات درمانی مورد ارزیابی قرار گیرند و در صورت امکان، خود آنها در کانون درمان قرار گیرند.

کلیدواژه ها: درمانگری شناختی رفتاری، بی خوابی، صفات شخصیتی پیشنهادی (دی.اس.ام. - ۵).

*Email: t.mehrabian@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

نشریه علمی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۳
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۱۰۹-۱۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 101-109

مقدمه

اختلال بی‌خوابی شایع‌ترین اختلال خواب است که به صورت ناراضیاتی از مقدار و کیفیت خواب تعریف شده است که حداقل با یکی از علائم: مشکل در شروع خواب، مشکل در حفظ خواب و بیدار شدن در اوایل صبح و ناتوانی برای بازگشتن به خواب، حداقل ۳ شب در هفته و به مدت حداقل ۳ ماه همراه است [۱]. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، بی‌خوابی "اولیه" و "ثانویه" را با "اختلال بی‌خوابی" جایگزین کرده است. این تغییر، تأکید می‌کند که افراد مبتلا به اختلال خواب، علاوه بر وجود هرگونه اختلال پزشکی یا روانی دیگر، باید مورد توجه بالینی مستقل قرار بگیرند [۲]. نتایج پژوهش تیلور^۲ و همکاران نشان داده است که افراد مبتلا به علائم بی‌خوابی در جمعیت عمومی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، خودکشی، اختلال در کنش‌وری سیستم ایمنی و بیماری‌های قلبی و عروقی هستند [۳].

بی‌خوابی یک پدیده جهانی است که توسط بسیاری از افراد تجربه می‌شود [۴]. همچنین، برخی از پژوهش‌ها [۵، ۶ و ۷] نشان داده‌اند که ۴۰ تا ۷۷ درصد دانشجویان از کیفیت خواب پایین رنج می‌برند. دانشجویانی که بی‌خوابی مزمن دارند نسبت به افرادی که خواب طبیعی دارند، بطور قابل توجهی، خواب بدتر، خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس، کیفیت زندگی پایین و استفاده از داروهای خواب‌آور یا محرک برای مشکلات خوابشان را گزارش می‌دهند [۴].

از روش‌های غیر دارویی مورد استفاده برای بی‌خوابی، می‌توان به تغییر در سبک زندگی، ماساژ درمانی، یوگا، طب سوزنی، نور درمانی و تنش زدایی اشاره کرد [۸]. در بین مداخلات روانشناختی مطرح شده برای بی‌خوابی، درمانگری شناختی رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده است [۹]. درمانگری شناختی رفتاری، یک روان‌درمانگری ساختاریافته، مشارکتی و مسأله-محور است که از طریق اصلاح افکار، باورها و بازخوردهای ناسازگارانه و همچنین سوگیری پردازش اطلاعات معیوب، در صدد کاهش علائم بیماران است [۱۰]. درمان شناختی رفتاری در چندین پژوهش برای اختلال بی‌خوابی مورد بررسی قرار گرفته [۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴] و در مجموع نتایج بیانگر اثربخشی این درمان در کاهش علائم بی‌خوابی بوده است.

مورین^۳ یک مدل شناختی رفتاری از بی‌خوابی را ارائه داده است که روی افکار ناسازگارانه بیماران مبتلا به بی‌خوابی بعنوان عوامل مستعد کننده و تداوم بخش بی‌خوابی تمرکز می‌کند. تحقیقات وی نشان داد که بیماران مبتلا به بی‌خوابی، طیف گسترده‌ای از افکار ناسازگارانه در مورد خواب دارند [۱۵]. وی پیشنهاد داد که راهبردهای درمانگری شناختی به منظور کمک به بیماران برای تغییر باورها و بازخوردهای نارساکنش آنها درباره‌ی خواب، به مداخلات رفتاری اضافه شود [۱۶].

شخصیت و اختلال در آن می‌تواند تعدیل کننده‌ی دامنه‌ی وسیعی از بدکارکردی‌های روانشناختی و متغیرهای مرضی باشد [۱۷]. صفات شخصیتی خاص ممکن است عوامل مستعد کننده و همینطور تداوم بخش مهم بی‌خوابی به شمار آیند. مطالعات مختلف نه تنها بر نقش برخی صفات شخصیتی به عنوان یک عامل سبب شناختی احتمالی برای بی‌خوابی متمرکز شده‌اند، همچنین به تأثیر شخصیت روی پیامد درمان، به ویژه درمانگری شناختی رفتاری نیز توجه دارند، که نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین ویژگی‌های شخصیتی پایه و نتایج درمان رابطه وجود دارد [۱۸]. دی. اس. ام. - ۵ مدلی را برای شخصیت پیشنهاد داده است که شامل ۲۵ صفت می‌شود که نشانگر توصیف-گرهای محوری آسیب شناسی شخصیت و ترسیم ۵ دامنه گسترده‌ی متشکل از عاطفه منفی^۴، کناره گیری^۵، خصومت^۶، مهار گسستگی^۷ و روان گسسته‌گرایی^۸ است [۱۹]. مدل جامع شخصیت، بصورت کلی، هم از لحاظ مفهومی و هم از لحاظ تجربی (بعنوان مثال از طریق تحلیل عاملی) مبنی بر مدل پنج عاملی شخصیت^۹ است. اگرچه مدل پنج عاملی که شخصیت را در واژه‌هایی مانند روان آزرده‌گی (N)، برون‌گرایی (E)، باز بودن به تجربه (O)، توافق‌پذیری (A) و وجدانی بودن (C) توصیف می‌کند، برای سطح نرمال شخصیت گسترش یافته است، مطالعات اخیر نشان داده است که بسیاری از مدل‌های موجود برای صفات ناسازگارانه شخصیت و سبک‌های بین شخصی نیز بر اساس این مدل طراحی شده‌اند [۲۰].

نتایج پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که نمرات پایین‌تر در

³ Morin

⁴ negative affectivity

⁵ detachment

⁶ antagonism

⁷ disinhibition

⁸ psychoticism

⁹ Five-Factor Model

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² Taylor

تشخیصی اختلال بی‌خوابی بودند، تشکیل داد.

(ب) نمونه پژوهش: برای شناسایی این افراد، از روش فراخوان و پرسشنامه شدت بی‌خوابی (ISI) استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بالینی اختلال بی‌خوابی بر اساس مصاحبه بالینی، دانشجوی دانشگاه کردستان بودن، سن ۱۸ تا ۳۵ سال و موافقت شرکت کنندگان برای حضور در پژوهش. پس از ارائه توضیحات لازم درباره اهداف و نحوه انجام مطالعه، از بین افراد شناسایی شده و دارای ویژگی‌های مورد نظر، به روش داوطلبانه و در دسترس، ۳۴ نفر از افرادی که داوطلب همکاری با پژوهشگر بودند به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند که ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

(۱) پرسشنامه شدت بی‌خوابی: در پژوهش حاضر برای سنجش شدت بی‌خوابی شرکت کنندگان از مقیاس شدت بی‌خوابی که در سال ۱۹۹۳ توسط مورین طراحی شده است، استفاده شد. این مقیاس دارای ۷ ماده است که مشکل در شروع خواب و مشکلات تداوم خواب (هم بیدار شدن‌های شبانه و هم بیدار شدن‌های صبح زود)، رضایت از الگوی کنونی خواب، تداخل با کنش‌وری روزانه، قابل توجه بودن آسیب نسبت داده شده به مشکل خواب و درجه آشفتگی یا نگرانی ایجاد شده توسط مشکل خواب را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری نتایج به صورت ۰ (هرگز) تا ۴ (بسیار شدید) برای ۳ سؤال اول و ۰ (بسیار راضی) تا ۴ (بسیار ناراضی) برای ۴ سؤال بعدی صورت می‌گیرد. نمره کل پرسشنامه از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بی‌خوابی است [۲۲]. بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۸ خواهد بود. نمرات ۱۵ تا ۲۱ نشان دهنده بی‌خوابی متوسط و ۲۲ تا ۲۸ نشان دهنده بی‌خوابی شدید است. همسانی درونی این مقیاس در پژوهش تیمپانو^۲ و همکارانش، ۰/۸۵ به دست آمده است [۲۲]. در ایران، داستانی و همکاران همسانی درونی این مقیاس را از طریق آلفای کراباخ ۰/۷۲ به دست آورده‌اند [۲۳].

(۲) پرسشنامه شخصیت برای دی. اس. ام. - ۵: مقیاس دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه شخصیت برای دی. اس. ام. - ۵ بود که در سال

دامنه‌ی پاتولوژیک ام. ام. پی. آی.^۱ با نتایج درمانی بهتر، و نمرات بالاتر با شکست در درمان ارتباط دارد [۱۸]. همینطور نشان داده شده است که نگرانی، به صورت منفی روی پیامدهای درمانی بی‌خوابی تأثیر می‌گذارد [۲۱]. بنابراین می‌توان نتیجه گیری کرد که صفات شخصیتی می‌توانند پیامدهای درمانی را پیش بینی کنند.

پیش بینی پیامدهای درمانی از جمله نکات مهم در شناخت و بکارگیری شیوه‌های درمانی مناسب است. همچنانکه ذکر شد پژوهش‌ها بیانگر این بوده‌اند که متغیرهای شخصیتی از جمله عوامل پیش بینی کننده و حتی پیچیده کننده‌ی پیامدهای درمانی هستند. با توجه به اینکه دی. اس. ام. - ۵ سیستمی را برای تشخیص اختلال‌های شخصیت ارائه می‌دهد که علاوه بر طبقه بندی اختلال‌های شخصیت، بر ابعاد ناسازگار صفات نیز تأکید دارد، می‌توان حضور و شدت صفات شخصیت ارائه شده در آن را بعنوان متغیرهای احتمالی پیش بینی کننده اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری نیز در نظر گرفت. به این ترتیب، عواملی که پیش بینی کننده‌ی درمان هستند نیز مورد مطالعه قرار می‌گیرند. علاوه بر این با توجه به اینکه مطالعه‌ای که بر اساس صفات شخصیتی دی. اس. ام. - ۵ به پیش‌بینی پیامدهای درمانگری شناختی رفتاری بر علائم بی‌خوابی بپردازد، یافت نشد و این بخش پیشنهادی جدید از نسخه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد، بنابراین، پژوهش حاضر در پی تعیین نقش میانجی این صفات شخصیتی در تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر علائم بی‌خوابی دانشجویان دانشگاه کردستان است.

با توجه به متغیرهای تحقیق، فرضیه‌ی پژوهش عبارت است از: صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵ در تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر علائم بی‌خوابی نقش تعدیل کننده دارند.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهشی آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را تمامی دانشجویانی که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در دانشگاه کردستان مشغول به تحصیل بوده و واجد ضوابط

² Timpano

¹ MMPI

جدول ۱. شرح جلسات درمانگری شناختی رفتاری برای اختلال

بی‌خوابی

اهداف	جلسه
آموزش اصول روانی خواب و توضیح درباره بی‌خوابی، شناسایی مشکلات و تعیین اهداف، آموزش روش‌های شناسایی افکار اتوماتیک، تأکید بر اهمیت یادداشت برداری و پایبندی به تمرین‌های درمانی	جلسه اول
ارزیابی افکار اتوماتیک در موقعیت‌هایی در راستای اهداف جلسه، بررسی شناخت‌ها و باورهای معیوب مرتبط با خواب و بی‌خوابی، آموزش بهداشت خواب	جلسه دوم و سوم
بررسی خطاهای شناختی	جلسه چهارم
آموزش تکمیل کامل برگه ثبت افکار (TR) و همچنین ایجاد پاسخ سازگارانه و افکار جایگزین	جلسه پنجم
آموزش مهارت حل مسأله؛ ابتدا منطق زیربنایی برای حل مسأله به مراجع توضیح داده شد و سپس روی مراحل فرآیند حل مسأله تمرکز شد. آموزش کنترل محرک نیز در این جلسه قرار گرفت.	جلسه ششم
آموزش تکنیک‌های تنفس دیافراگمی، تن آرامی عضلانی، روش‌های توقف فکر و توجه برگردانی	جلسه هفتم
شناسایی، ارزیابی و بازسازی باورهای میانی	جلسه هشتم و نهم
شناسایی و ارزیابی باورهای محوری و صورت بندی یک پاسخ سازش یافته‌تر	جلسه دهم و یازدهم
مرور و جمع بندی مطالب جلسات قبل، تشویق مراجع به ادامه فرآیند تمرین‌ها و ادامه کارهای صورت گرفته در جلسات قبل، همراه با آموزش در مورد ضرورت تداوم تمرین‌ها	جلسه دوازدهم

شیوه انجام پژوهش

در مرحله اول به هر دو گروه، مقیاس شدت بی‌خوابی (بعنوان پیش آزمون) و پرسشنامه شخصیت برای دی. اس. ام. - ۵ داده شد، سپس برای گروه آزمایش مداخله درمانی اجرا شد و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. تعداد جلسات درمانی ۱۲ جلسه و زمان هر جلسه ۷۵ دقیقه بود و در هر هفته یک جلسه بصورت انفرادی تشکیل می‌شد. پس از اتمام جلسات درمانی که به مدت سه ماه طول کشید، پرسشنامه‌ی مربوطه (بعنوان پس آزمون) به هر دو گروه داده شد. پس از اجرای پس آزمون، نتایج آزمون‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و نکات و توصیه‌های لازم به آنها ارائه گردید.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار اس. پی. اس. اس. و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در جدول ۲ به توصیف متغیرهای جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل پرداخته شده است. هر دو گروه از

۲۰۱۲ توسط کروگر^۱ و همکارانش طراحی شده است و دارای ۲۲۰ سؤال است که پنج حیطه‌ی شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵ و صفات مربوطه آنها را در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای اندازه گیری می‌کند [۱۷]. پاسخگویی به سؤال‌ها در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. این پرسشنامه از ۲۵ خرده مقیاس که در ۵ حیطه کلی قرار می‌گیرند، تشکیل شده است. حیطه عاطفه منفی شامل: صفات سلطه پذیری، ناامنی جدایی، اضطراب، بی‌ثباتی هیجانی و در جا ماندگی می‌شود. حیطه کناره گیری شامل: صفات گرایش به افسردگی، بدگمانی، عاطفه محدود، انزوا طلبی، اجتناب از صمیمی شدن و فقدان احساس لذت است. حیطه خصومت شامل: صفات عوام فریبی، تقلب، خصومت، بی‌رحمی، توجه طلبی و خود بزرگ نمایی می‌شود. حیطه مهار گسستگی شامل صفات وظیفه نشناسی، تحریک پذیری، حواس پرتی، کمال گرایی انعطاف ناپذیر و خطر پذیری است. همچنین حیطه روان گسسته گرایی شامل صفات عجیب و غریب بودن، بی‌انسجامی ادراکی و افکار غیر معمول می‌شود. علاوه بر این نمره گذاری بعضی از گویه‌ها (۷، ۳۰، ۳۵، ۵۸، ۸۷، ۹۰، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۱۳۱، ۱۴۲، ۱۵۵، ۱۶۴، ۱۷۷، ۲۱۰، ۲۱۵) بصورت معکوس است. در پژوهش آندرسون^۲ و همکاران همسانی درونی هریک از حیطه‌ها بالا بوده است. حیطه مهار گسستگی، ۰/۸۹، عاطفه منفی، ۰/۹۳، کناره‌گیری، ۰/۹۳، خصومت، ۰/۹۴ و روان گسسته‌گرایی، ۰/۹۴ [۲۴]. در ایران، همتی و همکارانش جهت بررسی همسانی درونی هر یک از پنج حیطه و ۲۵ صفت مربوط به آنها از روش ضریب آلفای کرانباخ استفاده کردند. ضریب آلفا در حیطه عاطفه منفی ۰/۹۱، کناره گیری ۰/۹۳، خصومت ۰/۹۱، مهار گسستگی ۰/۸۴ و روان گسسته گرایی، ۰/۹۳ بوده است.

دامنه‌ی آلفای کرانباخ برای ۲۵ صفت نیز از ۰/۵۲ برای صفت سلطه پذیری تا ۰/۹۱ برای صفت عجیب و غریب بودن، بوده است [۱۷].

علاوه بر این، شرح جلسات درمانگری شناختی رفتاری برای اختلال بی‌خوابی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

¹ Kruger

² Anderson

لحاظ جنسیت همگن هستند و همینطور میانگین سنی گروه آزمایش $33/39 \pm 25$ و گروه کنترل $41/13 \pm 25/71$ است. علاوه بر این میانگین و انحراف معیار نمرات شدت بی‌خوابی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌های مورد مقایسه

گروه	تعداد	جنسیت		سن		
		مونث	مذکر	حداقل	حداکثر	میانگین
گروه آزمایش	۱۷	۱۶	۱	۲۰	۳۲	۲۵
گروه کنترل	۱۷	۱۵	۲	۲۰	۳۶	۲۵/۷۱

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات شدت بی‌خوابی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	میانگین		انحراف معیار
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	۱۸/۲۹	۱۸/۲۹	۴/۵۹
	۷/۷۱	۷/۷۱	۴/۹۵
کنترل	۱۷/۹۸	۱۷/۹۸	۲/۸۹
	۱۷/۹۴	۱۷/۹۴	۴/۱۶

شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، درمانگری شناختی رفتاری به میزان ۶۵٪ بر روی کاهش نمرات پرسشنامه شدت بی‌خوابی (ISI) تأثیر داشته است. همچنین تمام صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵ به درجات مختلفی برای درمان اثر مزاحم داشته‌اند.

پس از بررسی نرمال بودن نمرات آزمون‌ها که با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف تأیید شد و همگنی واریانس که از طریق آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت، برای تحلیل داده‌ها و بررسی تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر بی‌خوابی با نقش تعدیل‌کننده صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵، از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده

جدول ۴. تحلیل کواریانس اثرات درمانگری شناختی رفتاری بر میزان شدت بی‌خوابی با نقش تعدیل‌کننده صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	نسبت مجذور اتا
اثر پیش‌آزمون	۵۹/۲۹	۱	۵۹/۲۹	۳/۲۵	۰/۱۲	۰/۳۵
اثر صفت سلطه‌پذیری	۰/۲۹	۱	۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۰۰۳
اثر نامنی جدایی	۱۲/۸۴	۱	۱۲/۸۴	۰/۷۰	۰/۴۳	۰/۱۰
اثر اضطراب	۲/۶۱	۱	۲/۶۱	۰/۱۴	۰/۷۲	۰/۰۲
اثر بی‌ثباتی هیجانی	۲۲/۱۹	۱	۲۲/۱۹	۱/۲۱	۰/۳۱	۰/۱۷
اثر درجاماندگی	۰/۵۵	۱	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۸۷	۰/۰۰۵
اثر گرایش به افسردگی	۱۷/۸۲	۱	۱۷/۸۲	۰/۹۷	۰/۳۶	۰/۱۴
اثر بدگمانی	۱۱/۳۹	۱	۱۱/۳۹	۰/۶۲	۰/۴۵	۰/۰۹
اثر عاطفه محدود	۲/۲۱	۱	۲/۲۱	۰/۱۲	۰/۷۴	۰/۰۲
اثر انزوای طلبی	۳/۷۴	۱	۳/۷۴	۰/۲۰	۰/۶۶	۰/۰۳
اثر اجتناب از صمیمی شدن	۳۹/۹۴	۱	۳۹/۹۴	۲/۱۹	۰/۱۹	۰/۲۷
اثر فقدان احساس لذت	۴۳/۷۷	۱	۴۳/۷۷	۲/۴۰	۰/۱۷	۰/۳۸
اثر عوام‌فریبی	۰/۹۸	۱	۰/۹۸	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۹
اثر تقلب	۲/۳۹	۱	۲/۳۹	۰/۱۳	۰/۷۳	۰/۰۲
اثر خصومت	۴/۰۸	۱	۴/۰۸	۰/۲۲	۰/۶۵	۰/۰۳
اثر بی‌رحمی	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۶
اثر توجه طلبی	۲۷/۲۰	۱	۲۷/۲۰	۱/۴۹	۰/۲۶	۰/۱۹
اثر خود بزرگ‌نمایی	۵۵/۲۲	۱	۵۵/۲۲	۳/۰۳	۰/۱۳	۰/۳۳
اثر وظیفه‌نشناسی	۶/۳۳	۱	۶/۳۳	۰/۳۴	۰/۵۷	۰/۰۵
اثر تحریک‌پذیری	۲۲/۳۹	۱	۲۲/۳۹	۱/۲۲	۰/۳۱	۰/۱۷
اثر حواس‌پرتهی	۳۷/۸۹	۱	۳۷/۸۹	۲/۰۸	۰/۱۹	۰/۲۵
اثر کمال‌گرایی	۱/۸۲	۱	۱/۸۲	۰/۱۰	۰/۷۶	۰/۰۱
اثر خطر‌پذیری	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۰/۰۸	۰/۷۸	۰/۰۱

۰/۳۶	۰/۱۱	۳/۵۱	۶۴/۰۲	۱	۶۴/۰۲	اثر عجیب و غریب بودن
۰/۰۴	۰/۶۳	۰/۲۴	۴/۵۰	۱	۴/۵۰	اثر بی‌انسجامی ادراکی
۰/۰۱	۰/۷۶	۰/۰۹	۱/۷۹	۱	۱/۷۹	اثر افکار غیر معمول
۰/۶۵	۰/۰۱	۱۱/۴۰	۲۰۷/۸۴	۱	۲۰۷/۸۴	اثر بین‌گروهی
			۱۸/۲۲	۶	۱۰۹/۳۳	اثر خطا

بحث و نتیجه‌گیری

مختلف شناختی رفتاری از جمله آموزش اصول روانی، چالش با افکار اتوماتیک منفی، نگرش‌ها، بازخوردها و فرضیه‌ها و همچنین بازسازی شناخت‌ها می‌تواند باورهای معیوب فرد به خصوص در مورد بی‌خوابی را کاهش دهد یا اصلاح کند. مهارت حل مسأله نیز راهبرد مهم این روش درمانگری است که می‌تواند به افراد کمک کند که برای افکار نگران‌کننده‌ای که قبل از خواب به ذهنش می‌آیند و مانع به خواب رفتنش هستند، راه حل پیدا کند و به این ترتیب میزان نگرانی‌اش کاهش یابد. همچنین، تکنیک تن آرامی عضلانی نیز به بیمار کمک می‌کند که بتواند بدن و ذهن خود را قبل از خواب در حالت آرامش قرار دهد که در نتیجه به خواب رفتن سریع‌تر رخ می‌دهد. علاوه بر این، تکنیک‌های کنترل محرک و توقف فکر می‌تواند در کنترل افکار تکراری قبل از خواب به مراجع کمک کند. مجموع تکنیک‌های فوق باعث کاهش علائم بی‌خوابی شرکت‌کنندگان در مرحله پس از آزمون شد. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت درمانگری شناختی رفتاری به عنوان یک درمان برای اختلال بی‌خوابی مؤثر است [۳۲، ۳۳ و ۳۴].

صفات شخصیتی می‌توانند روی درمانگری شناختی رفتاری برای بی‌خوابی، تأثیر بگذارند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تمام صفات شخصیتی برای نتایج درمانگری شناختی رفتاری بر شدت بی‌خوابی اثر مزاحم دارند، بنابراین ممکن است روند درمان را با مشکل مواجه سازند. قابل ذکر است که از میان این متغیرها، مزاحمت صفات عجیب و غریب بودن، خود بزرگ‌نمایی، توجه طلبی، فقدان احساس لذت، اجتناب از صمیمی شدن، حواس‌پرتی، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی هیجانی بیشتر از سایر صفات بود. با توجه به اینکه تا زمان حاضر هیچ پژوهشی به بررسی تأثیر این صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵ بر تأثیر درمانگری شناختی رفتاری برای بی‌خوابی نپرداخته است، می‌توان گفت که این یافته‌ها به صورت غیر مستقیم با نتایج پژوهش‌های ون‌دی لار^۱ و همکاران [۱۸] و اسپای^۲ و همکاران [۲۱] که در مجموع مبنی بر وجود رابطه منفی بین صفات شخصیتی ناسازگار و پیامدهای درمانگری

هدف این پژوهش، پیش‌بینی پیامدهای درمانگری شناختی رفتاری بر اساس صفات شخصیتی پیشنهادی دی. اس. ام. - ۵ بود که نتایج پژوهش نشان داد تمام صفات ناسازگار شخصیت، به درجات مختلفی برای درمان اثر مزاحم دارند، اما به‌رغم این تأثیر منفی، درمانگری شناختی رفتاری همچنان برای این بیماران اثر یاری‌کننده‌ی قاطعی دارد.

در نگاهی کلی، می‌توان مشاهده کرد که درمانگری شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار نمرات علائم بی‌خوابی افراد در مقیاس شدت بی‌خوابی شد. کاهش قابل توجه میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمایش در طی ۱۲ جلسه درمانگری شناختی رفتاری، نشان از اثربخشی این روش درمانی و بهبودی در افراد بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین، همسو است [۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰]. تمامی پژوهش‌های یاد شده، تأییدکننده درجات مختلف اثربخشی این روش درمانگری بر کاهش علائم بی‌خوابی بوده‌اند. این نتایج را می‌توان تأییدی بر اهمیت این روش درمانی برای بی‌خوابی دانست. درمانگری شناختی رفتاری، روش درمانی برای بی‌خوابی است که پیشینه‌ی تجربی زیادی دارد [۳۱] و تأثیرات متوسط تا زیادی روی بیداری شب، از جمله تأخیر در شروع خواب و بیدار شدن‌های مکرر دارد. بطور خلاصه و با توجه به مطالب ذکر شده، با توجه به محتوا و فرایند جلسات، می‌توان گفت با در نظر گرفتن نقش باورهای نارساکنش افراد مبتلا به بی‌خوابی درباره علت‌های بی‌خوابی و روش‌های بهبود خواب و نیز پنداشت کاهش کنترل بر خواب در آنها، دلیل اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری، تمرکز آن بر شناسایی و نقد باورهای مربوط به خواب و بی‌خوابی آنها و اسنادهای آسیب‌دیده‌ای است که باعث افزایش پریشانی و بازداری از حل مسأله به طور مؤثر می‌شود. بنابراین به درمان‌جو کمک می‌کند تا تفکرات و باورهای نارساکنش خود را به چالش بکشد، برداشت خود را درباره بیماری مورد بازنگری قرار دهد، از رفتارهای ایمنی که در کوتاه مدت ممکن است مؤثر باشند اما در حقیقت باعث تداوم بی‌خوابی می‌شوند اجتناب کند. همچنین، بیمار یاری می‌شود که به طور مؤثر با مشکل کنار بیاید و از این چرخه معیوب رهایی یابد. روش‌های

¹ Van de laar

² Spaei

دیگر می‌تواند به نتیجه گیری‌های دقیق‌تر منجر گردد. همچنین توصیه می‌شود که از نتایج این پژوهش در مراکز درمانی و مشاوره‌ای دانشجویی توسط متخصصین بهداشت روانی استفاده شود.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش هرگونه همکاری داشتند، بی‌نهایت سپاسگزاریم.

منابع

- 1- American Psychiatric Association & American Psychiatric Association (2013). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American psychiatric association.
- 2- Harris, A. L., Carney, C. E., Moss, T. G., & Edinger, J. D (2010). Distinguishing rumination from worry in clinical insomnia. Behaviour research and therapy 48(6). pp. 540-546.
- 3- Taylor, D. J., Gardner, C. E., Bramoweth, A. D., Williams, J. M., Roane, B. M., Grieser, E. A., & Tatum, J. I (2011). Insomnia and mental health in college students. Behavioral sleep medicine 9(2). pp. 107-116.
- 4- Taylor, D. J., Zimmerman, M. R., Gardner, C. E., Williams, J. M., Grieser, E. A., Tatum, J. I., ... & Ruggero, C (2014). A pilot randomized controlled trial of the effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on sleep and daytime functioning in college students. Behavior therapy 45(3). pp. 376-389.
- 5- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. The Journal of Adolescent Health 46(2). pp. 124-132.
- 6- Vail-Smith, K., Felts, W. M., & Becker, C. M (2009). Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. College Student Journal 43(3). pp. 924-930.
- 7- Park, J., An, H., Sook Jang, E., & Chung, S (2012). The influence of personality and dysfunctional sleep-related cognitions on the severity of insomnia. Psychiatry research 197(3). pp. 275-279.

۸- رضایی، مهدی، حجت، کاوه، حاتمی، سید اسماعیل، منادی زیارت، حدیثه، عین‌بیگی، الهه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر بیماران مبتلا به بی‌خوابی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان، ۷(۲)، صص. ۳۲۷-۳۱۹.

شناختی رفتاری بر بی‌خوابی بوده است، همسو هستند. همچنین پژوهش‌های پارک^۱ و همکاران [۷] حاکی از وجود رابطه مثبت بین اجتناب از آسیب و شدت بی‌خوابی و رابطه منفی بین همکاری و شدت بی‌خوابی است. علاوه بر این پژوهش روشن و همکارانش نشان دهنده‌ی رابطه بین استرس‌های روانی و مشکلات خواب است [۳۵]. همینطور یافته‌های پژوهش‌های لاند^۲ و همکارانش [۵] و وینسنت و والکر^۳ [۳۶] که در مجموع نشان دهنده‌ی رابطه منفی بین صفات شخصیتی ناسازگار و مشکلات خواب است، تأیید کننده این نتایج است. به نظر می‌رسد که صفت شخصیتی روان‌آزردگی پیامدهای درمان را با مشکل مواجه می‌کند. برخی از پژوهشگران روان‌آزردگی را همان عاطفه‌ی منفی نامیده‌اند و آن را عامل آسیب‌پذیری در برابر اختلال‌های روانی ذکر کرده‌اند [۳۷]. با توجه به اینکه یکی از اصول مهم درمانگری، برقراری اعتماد و اتحاد درمانی با بیمار است، و این خود یک عنصر درمانی و عامل شفا بخش محسوب می‌شود، افرادی که در حیطه کناره‌گیری و خصومت نمرات بالاتری می‌گیرند، بر اساس صفات شخصیتی آنها، ممکن است نسبت به فرآیند درمان مقاوم باشند و کمتر از درمان بهره‌مند شوند.

از آنجاییکه صفات شخصیتی افراد دارای اعتبار پیش‌بینی برای عوامل بالینی از جمله انتخاب درمان، مدت و فراوانی درمان هستند [۲۰] و در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که آنها نقش تعدیل‌کننده‌ی در تأثیر درمانگری دارند، بنابراین پیشنهاد می‌شود که در درمانگری شناختی رفتاری برای بی‌خوابی، علاوه بر اینکه روی مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری تمرکز می‌شود، به صفات ناسازگار شخصیت درمانجویان نیز توجه شود که هم خود این صفات در کانون درمان قرار بگیرند و هم تأثیر منفی آنها روی پیامدهای درمانی کمتر شود.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه بر روی یک نمونه از دانشجویان در دسترس مبتلا به بی‌خوابی در شهر سمنان انجام گرفته است، بنا براین تعمیم نتایج آن به افراد مبتلا به اختلال بی‌خوابی غیر دانشجویی، باید با دقت صورت گیرد.

پیشنهاد پژوهش

انجام مطالعه در جوامع غیر دانشجویی و در مناطق

¹ Park

² Lund

³ Vincent & Walker

- 19- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment* 20(3). pp. 353-361.
- 20- Strickland, C. (2014). M. Validating the personality inventory for DSM-5: A trait-based model of personality disorders (Doctoral dissertation, THE FLORIDA STATE UNIVERSITY).
- 21- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review* 25(5). pp. 539-558.
- 22- Timpano, K. R., Carbonella, J. Y., Bernert, R. A., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive symptoms and sleep difficulties: Exploring the unique relationship between insomnia and obsessions. *Journal of psychiatric research* 57, pp. 101-107.
- 23- Dastani M., Jomheri F., Fathi- Ashtiani A., Sadeghniaat Kh, Someloo S (2011). Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. *Journal of Behavioral Sciences* 5(1). pp. 27-32.
- 24- Anderson J. L., Selbom M. R. BagbyM, Veltri O. C., Markon K. E., and Krueger R. F (2012). On the Convergence between PSY-5 Domains and PID-5 Domains and Facets: Implications for Assessment of DSM-5 Personality Traits. *Assessment*.
- 25- Hertenstein, E., Johann, A., Baglioni, C., Spiegelhalder, K., & Riemann, D. (2016). Treatment of insomnia—A preventive strategy for cardiovascular and mental disorders. *Mental Health & Prevention* 4(2). pp. 96-103.
- 26- Norell-Clarke, A., Jansson-Fröjmark, M., Tillfors, M., Holländare, F., & Engström, I. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour research and therapy* 74. pp. 80-93.
- 27- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G. M., Yu, L. M., Harrison, P. J., Emsley, R., & Espie, C. A. (2015). Effects of cognitive behavioural therapy for insomnia on the mental health of university students: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 16(1). pp. 1-15.
- 28- Järnefelt, H., Sallinen, M., Luukkonen, R., Kajaste, S., Savolainen, A., & Hublin, C. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: Analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. *Behaviour research and therapy* 56. pp. 16-21.
- 9- Abollahi A., Nazar, AM., Hasani, J., Darharaj, M., Behnam Moghadam, M (2015). Effectiveness of Cognitive- behavioral Group Therapy on Insomnia Symptoms in Students. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal* 20(1). pp. 11-18.
- ۱۰- نیکتام، ماندانا، مداحی، محمد ابراهیم، شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۵). اثربخشی مدل شناختی رفتاری مارلات بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴(۱)، صص. ۱۷-۷.
- 11- Trockel, M., Karlin, B. E., Taylor, C. (2015). B., Brown, G. K., & Manber, R. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on suicidal ideation in veterans. *Sleep* 38(2). pp. 259-265.
- 12- Schwartz, D. R., & Carney, C. E. (2012). Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: A review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clinical psychology review* 32(7). pp. 664-675.
- 13- Myers, E., Startup, H., & Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: a pilot trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 42(3). pp. 330-336.
- 14- Freeman, D., Waite, F., Startup, H., Myers, E., Lister, R., McNerney, J., & Foster, R. (2015). Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): a prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *The Lancet Psychiatry* 2(11). pp. 975-983.
- 15- Hersen, M. & Rosqvist, J. *Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment*. New Jersey; 2007.
- 16- Ong, J. C., Ulmer, C. S., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy* 50(11). pp. 651-660.
- ۱۷- همتی، آزاد، دژکام، محمود، دلاور، علی، عاطف وحید، محمدکاظم، برجعلی، احمد و کامکاری، کامبیز (۱۳۹۲). همخوانی مقیاس‌های آسیب‌شناسی شخصیت (PSY-5)، پرسشنامه MMPI-2-RF با رگه‌های پیشنهادی محور دوم DSM-5. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۲(۳)، صص. ۱۱۳-۸۴.
- 18- van de Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep medicine reviews* 14(1). pp. 61-68.

- 29- Bélanger, L., LeBlanc, M., & Morin, C. M (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice* 19(1). pp. 101-115.
- 30- Esmaceli, M., Basiri, N., Shakibae, F (2015). The Effect of Cognitive Behavioral Therapy focused in Insomnia (CBTFI) on Improving Sleep Quality and Insomnia Severity in Patients with Primary Insomnia Disorder. *J Res Behave Sci* 13(3). pp. 174-184.
- 31- Eidelman, P. Talbot, L. Ivers, H. B'elanger, L. Morin, C. M. & Harvey, A. G (2015). Change in Dysfunctional Beliefs about Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia. *Behavior Therapy*.
- 32- Heckler, C. E., Garland, S. N., Peoples, A. R., Perlis, M. L., Shayne, M., Morrow, G. R., ... & Roscoe, J. A (2016). Cognitive behavioral therapy for insomnia, but not armodafinil, improves fatigue in cancer survivors with insomnia: a randomized placebo-controlled trial. *Supportive Care in Cancer* 24(5). pp. 2059-2066.
- 33- Larouche, M., Lorrain, D., Côté, G., & Bélisle, D (2015). Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to treat chronic insomnia. *Revue européenne de psychologie appliquée* 65. pp. 115-123
- 34- Rosen, R. C., Lewin, D. S., Goldberg, L., & Woolfolk, R. L (2000). Psychophysiological insomnia: combined effects of pharmacotherapy and relaxation-based treatments. *Sleep medicine* 1(4). pp. 279-288.
- 35- Rowshan Ravan, A., Bengtsson, C., Lissner, L., Lapidus, L., & Björkelund, C (2010). Thirty-six-year secular trends in sleep duration and sleep satisfaction, and associations with mental stress and socioeconomic factors—results of the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *Journal of sleep research* 19(3). pp. 496-503.
- 36- Vincent, N. K., & Walker, J. R (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of psychosomatic research* 49(5). pp. 349-354.
- 37- Saber, F., Musavi, S. V., Salehi, I (2011). Comparison of personality characteristics and problem-solving styles in male addicts and non-addicts. *Journal of research & Addiction office* 5(19). pp. 39-55.

