Research in Psychological Health

September 2017, Volume 11, issue 2

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

Effectiveness of Multi components Cognitive-behavioral Therapy on Insomnia Intensity and Quality of sleep of Breast Cancer Patients after Surgery

Najmeh Shafaat[1], Shahrokh Makvand Hosseini*[2], Ali Mohammad Rezaie[3]

1. *M. A. in Clinical Psychology, Semnan University*
2. *Department of Clinical Psychology, Semnan University,* shmakvand@yahoo.com
3. *Department of Educational Psychology, Semnan University*

Please cite to: Shafaat, N., Makvand Hosseini, Sh., Rezaei, A.M. (2017). Effectiveness of Multi components Cognitive-behavioral Therapy on Insomnia Intensity and Quality of sleep of Breast Cancer Patients after Surgery. *Research in Psychological Health*, 11, 2, 19-33. [Persian]

Highlights

- Multi-components Group Cognitive-behavioral therapy decreases insomnia severity in breast cancer patients after mastectomy and improves their sleep quality.
- Multi-components Group Cognitive-behavioral therapy promotes sleep quality of breast cancer patients after surgery due to decreasing insomnia intensity.

Abstracts

The aim of the current research was to examine the effectiveness of group multi-components cognitive-behavior therapy on insomnia severity and quality of sleep of breast cancer patients after surgical operation. Applying a convenient sampling procedure and random assignment method for assigning group samples, a sample of 30 breast cancer patients (experimental=15, control= 15) were selected. The criteria of inclusion and exclusion were checked for and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Insomnia Severity Inventory (ISI) were completed by all subject in three occasions (pre, post and follow-up stages). The six session's therapy protocol were conducted on experimental group, whereas another group received only simple meeting with the therapist. Data extracted from questionnaires and analyzed using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA). Significant differences were revealed for insomnia severity in the follow up stage, and for quality of sleep in the post-test and follow-up stages, between two groups with decreased mean scores in the experimental group than control. Multi-components Cognitive-behavioral therapy could improve insomnia severity and sleep quality of patients with breast cancer after surgery and is recommended for these patients to resolve their insomnia problems.

Keywords: Insomnia, cognitive behavioral therapy, multi component therapy, breast cancer

اثر بخشی رواندرمانی گروهی شناختی رفتاری چند مؤلفه ای بر شدت بی خوابی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی

نجمه شفاعت[۱] شاهرخ مکوند حسینی[۲]، علی محمد رضایی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۱۹

یافته های اصلی

- رواندرمانی گروهی شناختی رفتاری چند مؤلفه ای نشانه های آشفتگی خواب بیماران دچار سرطان پستان پس از عمل جراحی را کاهش می بخشد و موجب بهبود کیفیت خواب آنان می گردد.
- رواندرمانی گروهی شناختی رفتاری چند مولفه ای کیفیت خواب بیماران دچار سرطان پستان پس از عمل جراحی را بدلیل کاهش شدت بی خوابی در آنان، بهبود می بخشد.

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری چند مؤلفه‌ای بر شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و انتصاب تصادفی با احتساب معیارهای ورود و خروج از نمونه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) قرار گرفتند. معیارهای ورود و خروج کنترل شدند و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ، شاخص شدت بی‌خوابی مورین در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) توسط همه آزمودنی‌ها تکمیل شد. پروتکل شش جلسه‌ای گروه درمانی شناختی-رفتاری چند مؤلفه‌ای تنها بر روی گروه آزمایش اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه تنها جلسات ملاقات ساده با روان‌درمانگر داشتند. داده‌ها از پرسشنامه‌ها استخراج شد و با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شدند. تفاوت‌های معناداری در میانگین کیفیت خواب در مراحل پس آزمون و پیگیری و نیز در شدت بی‌خوابی در مرحله پیگیری، بین دو گروه بدست آمد و میانگین گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بود. گروه درمانگری شناختی- رفتاری چند مؤلفه‌ای باعث بهبود شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی می‌شود بنابراین این روش به منظور بهبود مشکلات خواب آنان توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: گروه درمانی، بی‌خوابی، رفتار درمانی شناختی، درمان چند مؤلفه‌ای، سرطان پستان

[۱] .کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

[۲] (نویسنده مسئول). دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

[۳] استادیار گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

مقدمه

بی‌خوابی یکی از برجسته‌ترین نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان است که به خصوص پس از عمل جراحی باعث اختلال در کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. بسیاری از این بیماران نیازمند درمان‌های موثر در دوره‌های پس از عمل جراحی هستند. علیرغم شیوع بالای اختلال خواب در بیماران مبتلا به سرطان پستان، مداخلات موثری برای رفع آن در این بیماران صورت نمی‌گیرد. اغلب این بیماران پس از تشخیص ابتلا به سرطان دچار بی‌خوابی می‌شوند و نیازمند مداخلات درمانی برای خواب راحت و با کیفیت هستند. تاکنون دارو درمانی با بنزودیازپین‌ها و یا داروهای ضد افسردگی بیشترین فراوانی را در بین راهبردهای درمانی برای بی‌خوابی مزمن داشته است، اما راهبردهای درمان غیردارویی نیز در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری یکی از این درمان هاست که در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است (ون هودن هاو، بویز،گابریلز، ون دن برگ،۲۰۱۱). هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری چند مؤلفه‌ای بر شدت بی‌خوابی و نیز کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از عمل جراحی ماستکتومی و یا لوبکتومی است.

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 زودهنگام در صبح یا خواب مداوم اما نامطلوب نیز خود را نشان میدهد (سیزلر،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 دارد و از این طریق کیفیت زندگی افراد را پایین می‌آید (اسمیت، هوانگ و منبر،۲۰۰۵).

در واقع بی‌خوابی یکی از شکایات رایج بیماران مبتلا به سرطان پستان است و عوارض و پیامدهای طبی و روان‌شناختی زیادی دارد (فیورنتینو و آنکولی-ایسریل،۲۰۰۶). در واقع مشکلات خواب یکی از برجسته‌ترین نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان است (کینزبرگ، کویرت، کینزبرگ و مکیلوپ، ۱۹۹۵؛ سارنا، ۱۹۹۲). محققان این حیطه (سیوارد، سیمارد، بلانکت، ایورس و مورین،۲۰۰۱) به شدت بر بی‌خوابی وپیامدهای روان‌شناختی و سلامت روان آن در جمعیت مبتلا به سرطان از جمله سرطان پستان تاکید کرده‌اند و نشان دادند که توجه کمی نسبت به بی‌خوابی در این جمعیت از نظر تشخیص و درمان صورت گرفته است. بسیاری از مطالعات در حوزه مشکلات خواب بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. جمعیت زنان مبتلا به سرطان پستان به دلایل مختلفی مستعد ابتلا به بی‌خوابی هستند، از جمله احتمالات اختلال خواب ناشی از افزایش و شدت گُر گرفتگی مرتبط با درمان سرطان پستان و یا افزایش سطوح افسردگی، اضطراب و خستگی به دنبال تشخیص سرطان پستان است. (کرایگر،۲۰۰۴). علاوه بر این، افراد مبتلا به سرطان پستان در صورت داشتن برنامه درمان ممکن است دچار ایجاد یا افزایش نشانه‌های اضطراب و افسردگی شوند، که خود آن‌ها باعث اختلال خواب می‌شوند. همچنین باید در نظر داشت که بی‌خوابی می‌تواند قبل از شرایط مبتلا به سرطان پستان وجود داشته باشد که در این صورت تشخیص سرطان به احتمال زیاد باعث تشدید بی‌خوابی خواهد شد (فیورنتینو و آنکولی-ایسریل،۲۰۰۶). هنگامی که بی‌خوابی در این بیماران تشخیص داده شد، بسیاری از عوامل از جمله بیماری‌های همراه آن مانند افسردگی و اضطراب ممکن است به عنوان عوامل تداوم دهنده بی‌خوابی عمل کنند. بیماری‌های پزشکی و روانی مانند سرطان و افسردگی ممکن است نقش عوامل مستعد کننده، تسریع و تداوم دهنده را بازی کنند (فیورنتینو و آنکولی- ایسریل،۲۰۰۶).

یافته‌ها نشان داده است که احتمال ارتباط ناراحتی‌های فیزیکی و هیجانی سرطان با مشکلات خواب وجود دارد (کینزبرگ و همکاران،۱۹۹۵). در یک بررسی نشان دادند که ۶۱ درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان به طور قابل توجهی مشکلات خواب داشتند و مشکلات خواب از طریق کاهش زمان کلی خواب، خواب مختل شده با درد، شب ادراری، احساس گرمای بیش از حد و سرفه یا خروپف با صدای بلند مشخص شده بود

(فورتنر، استپانسکی، وانگ، کاسپرویژ و دیورنس،۲۰۰۲). شدت و فراوانی بی‌خوابی در جمعیت مبتلا به سرطان پستان لزوم توجه خاص برای یافتن درمان‌های اختصاصی بیماران سرطان پستان را ایجاد کرده است. اگرچه انواع بی‌خوابی اغلب با دارو درمان شده است، با این حال یافته‌های اخیر به دست آمده از کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده، استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری را نیز قویاً حمایت می‌کنند (فیورنتینو و همکاران،۲۰۰۹). شواهد نشان می‌دهد که این درمان نه تنها برای بی‌خوابی اولیه مؤثر است، بلکه برای بیمارانی که بی‌خوابی آن‌ها از مشکلاتی نظیر اختلالات روان‌پزشکی، دردهای مزمن و از جمله سرطان ناشی شده نیز مفید است (نیلان ،۲۰۱۱). درمان شناختی بی‌خوابی اغلب معطوف به افزایش توانایی افراد برای مقابله با فشارهای روانی مربوط به بی‌خوابی است. هدف این روش‌ها تغییر فرضیه‌ها و تفکرات افراد در مورد بی‌خوابی است. از لحاظ نظری، شناخت‌های ناسازگارانه موجب برانگیختگی هیجانی می‌شوند و این برانگیختگی بی‌خوابی را ایجاد و یا تشدید می‌کند. مهم‌ترین شناخت‌های ناسازگارانه در این حوزه شامل سوء تعبیر علل بی‌خوابی، اسناد نادرست و بزرگ‌نمایی پیامدهای مربوط به بی‌خوابی، انتظارات غیرواقعی درمورد خواب و تصور غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن خواب است (مورین ، بلیس و ساوارد،۲۰۰۲).

از این میان مدل شناختی-رفتاری چند مؤلفه‌ای توسط محققان قویاً توصیه شده است (رامبل، کیفی، ادینگر، پورتر و گارست، ۲۰۰۵) و دارای اثرات درمانی بلند مدتی است (اسپای،۲۰۰۹) .این روش درمانی به عنوان یک مداخله روانی برای مورد هدف قرار دادن عوامل تداوم دهنده بی‌خوابی رشد یافته است، در واقع یک درمان کوتاه مدت چند جزئی است که متشکل از تکنیک‌های رفتاری و شناختی است. تفاوت این مدل را با مدل‌های قدیمی می‌توان در ماهیت ترکیبی آن که اجزای مختلف خواب بیمار را هدف قرار می‌دهد و نیز طول مدت نسبتاً کوتاه آن دانست. اجزای اصلی درمان شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای عبارت اند از: ۱) محدودیت خواب، که شامل محدود کردن زمان در بستر بودن است خواب را تحکیم می‌کند و انرژی خواب را افزایش می‌دهد.۲) کنترل محرک: که شامل محدود کردن رفتارهایی است که در بستر یا اتاق خواب رخ می‌دهد و اطمینان حاصل کردن از این که دوره‌های طولانی بیداری در تخت خواب/اتاق‌خواب رخ نمی‌دهد. ۳) بازسازی شناختی که نشانه افکار ناسازگارانه وعقاید ناکارآمد درباره خواب است و به منظور کاهش اضطراب مرتبط با خواب به کار می‌رود. (کفل، فل و گهرمن، ۲۰۱۵).

در پژوهش هاروی و همکاران (هاروی، شارپلی، ری، استینسن و کلارک،۲۰۰۷) ۱۹ بیمار مبتلا به بی‌خوابی تحت یک دوره درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. نتایج بهبود معناداری را در از بین بردن آشفتگی و علائم شبانه و روزانه بی‌خوابی و تغییر در شاخص‌های خواب این بیماران نشان داد. کویسنل و همکاران (۲۰۰۳) اثرات درمان بی‌خوابی را با گروه درمانی شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان تجزیه و تحلیل کردند و دریافتند که این درمان باعث بهبودی قابل توجهی در بهره‌وری خواب، زمان کلی خواب و جنبه‌های شناختی و خلقی کیفیت زندگی شده است. نویسندگان همچنین به بررسی بی‌خوابی ثانویه سرطان پستان پرداختند (مورین وهمکاران،۲۰۰۲). این مطالعه بین ۲۰ بیمار مبتلا به بی‌خوابی که سرطان پستان علت یا تشدید کننده آن بود انجام شد و در آن استفاده از درمان شناختی رفتاری باعث بهبود کلی خلق، خستگی و کیفیت زندگی شد.

پژوهش حاضر نیز تلاشی دیگر برای بررسی میزان تأثیر روان‌درمانی شناختی- رفتاری چند مؤلفه‌ای گروهی بر شدت بی‌خوابی و نیز کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان پستان پس از انجام عمل جراحی بر روی آنان بوده است.

ب) نمونه و روش نمونه گیری: پژوهش حاضر از طرح‌های آزمایشی، از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. از میان بیماران مبتلا به سرطان پستان مرکز بنیاد حمایت از بیماران سرطانی شهر شیراز ۱۰۰ بیمار پرسشنامه‌های کیفیت

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

خواب پیتزبورگ و شاخص شدت بی‌خوابی مورین را تکمیل کردند و ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بود از دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال، وجود ملاک‌های یکی از انواع بی‌خوابی برای حداقل یک ماه، نمره‌های بالاتر از میانه در هر دو پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ و شاخص شدت بی خوابی مورین، سابقه جراحی سرطان پستان، ابتلا به سرطان پستان حداکثر در طول دو سال اخیر و سواد خواندن و نوشتن. افراد با سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمانی دیگر، بیماران تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی، ابتلا به بیماری‌های روانی دیگر و نیز افراد وابسته به مواد مخدر و روان‌گردان از نمونه خارج شدند.

ج) ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)[1]: این پرسشنامه در ارزیابی آشفتگی خواب در بیماران مبتلا به بی‌خوابی و بیماران دارای انواع دیگر ناهنجاری‌های خواب اخیراً به طور وسیعی توصیه شده است. PSQI مرکب از ۴ پرسش باز پاسخ و ۱۹ آیتم خود ارزیابی است (دامنه نمرات هر پرسش بین صفر تا ۳ است) که به ارزیابی کیفیت خواب و آشفتگی‌های آن در طی یک ماه گذشته می‌پردازد. در همه موارد، نمره ۰ یعنی هیچ مشکل خوابی برای این فرد وجود ندارد، در حالی که نمره ۳ چندین مشکل را نشان می‌دهد. مجموع نمرات به ما یک نمره کلی از کیفیت خواب فرد می‌دهد. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۱ قرار دارد. اگر نمره PSQI بعد از درمان فرد بالاتر از ۵ باشد در برخی مطالعات به عنوان بهبود بی‌خوابی تلقی می‌شود.

۲. شاخص شدت بی خوابی (ISI):[2] شاخص شدت بی‌خوابی که توسط مورین طراحی شده است یک ابزار خود سنجی مختصر است که ادراک بیمار از بی‌خوابی‌اش را اندازه میگیرد. ISI شامل هفت ماده است که مشکل در شروع خواب و مشکلات تداوم خواب (هم بیدارشدن‌های شبانه و هم بیدار شدن‌های صبح زود) رضایت از الگوی کنونی خواب، تداخل با کارکرد روزانه، قابل توجه بودن آسیب نسبت داده شده به مشکل خواب و درجه آشفتگی یا نگرانی ایجاد شده توسط مشکل خواب را ارزیابی می‌کند. شرکت‌کنندگان ادراک خود را از ماده‌های ISI در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ =هرگز و ۵ =بسیار زیاد) تخمین می‌زنند. نمرات بین صفر تا ۲۸ است. نمرات بالاتر ادراک بیشتری از بی‌خوابی را نشان می‌دهد.

د) *پروتکل درمان:* در این پژوهش از برنامه درمانی شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای ادینگر و کارنی (ادینگر و کارنی،۲۰۱۴) استفاده شد. مدل به کار برده شده در این پژوهش یک برنامه ترکیبی شامل تکنیک‌های کنترل محرک، محدودیت خواب، بهداشت خواب و بازسازی شناختی باورهای غیر سودمند خواب است.

[1]. Pittsburgh Sleep Quality Index
[2].Insomnia Severity Index (ISI)

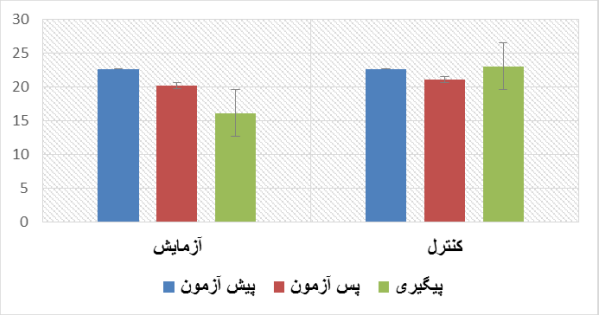
[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

یافته‌ها

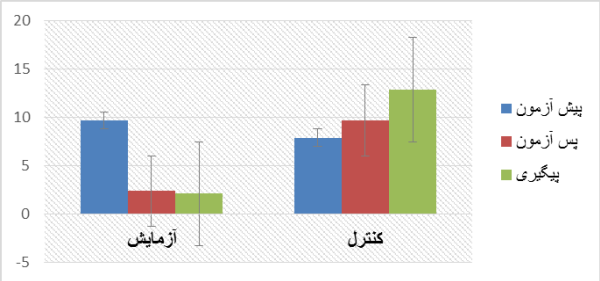
داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمودنی‌های هر دو گروه استخراج و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

متغیر	مرحله آزمون	گروه			
		کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شدت بی‌خوابی	پیش	۲۲/۷۳	۲,۶۸	۲۲/۷۰	۳/۳۰
	پس	۱۳/۲۱	۳/۶۸	۲۰/۲۰	۱/۹۳
	پیگیری	۱۳/۲۳	۲/۵۸	۱۶/۲۰	۱/۹۸
کیفیت خواب	پیش	۷/۹۳	۳/۵۵	۹/۷۰	۲/۴۰
	پس	۹/۷۳	۲/۹۶	۲/۴۰	۱/۳۴
	پیگیری	۱۲/۹۳	۴/۳۸	۲/۱۰	۱/۱۰

در جدول ۱ شاخص های مرکزی وضعیت شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش نمایش داده شده است.



نمودار۱. شدت بی‌خوابی بیماران مبتلا به سرطان سینه در دو گروه



نمودار۲. کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان سینه در دو گروه

همان گونه که در جدول و نمودار شماره (۱) دیده می‌شود، میانگین شدت بی‌خوابی در گروه کنترل حدودا در طول زمان ثابت باقی مانده است، درحالی که میانگین گروه آزمایش در طی درمان سیر نزولی طی کرده است که ناشی از کاهش شدت بی‌خوابی و نیز اثر بخشی درمان بکار رفته در بیماران تحت درمان است. همچنین مشاهده داده‌های توصیفی جدول (۱) و نمودار (۲) در خصوص کیفیت خواب نیز از سویی در گروه کنترل حاکی از وخامت پیش‌رونده کیفیت خواب با گذر زمان در این بیماران تحت شرایط بدون درمان است، در حالی که در خلال درمان در گروه آزمایش میانگین کیفیت خواب بطور مشهودی پایین آمده که حاکی از کاهش آشفتگی‌های خواب این بیماران است.به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش ازتحلیل کوواریانس چند متغیره، استفاده شد. پیش از انجام آزمون آماری مفروضه‌های آن بررسی شد. به منظور بررسی یکسانی واریانس خطا از آزمون لِون و به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس کوواریانس از آزمون اِم باکس استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو مفروضه ذکر شده برقرار است. پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها از آزمون مانکووا استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج آزمون لِون نشان می‌دهد که مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا برقرار است. آماره اِم باکس در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است (ام باکس =۲۴/۰۱، F=۱/۹، p>۰ /۰۵).نتایج اجرای آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد و شاخص اثر پیلای با ارزش

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

۰/۸۷, F=۳۰/۲۹۱، df =۴ در سطح p< ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول۲. مقایسه اثربخشی درمان در گروه کنترل و آزمایش

منبع	مرحله آزمون	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	ضرایب اتا
گروه	پس	کیفیت	۳۴۴/۳۵	۱	۳۴۴/۳۵	۶۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
		شدت	۰/۵۱	۱	۰/۵۱	۰/۰۷	۰/۷۸۹	۰/۴۵
	پیگیری	کیفیت	۷۷۵/۹۳	۱	۷۷۵/۹۳	۸۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷
		شدت	۲۲۵/۵۰	۱	۲۲۵/۵۰	۴۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
خطا	پس	کیفیت	۱۱۱/۰۱	۲۱	۵/۲۸			
		شدت	۱۴۸/۵۵	۲۱	۰/۰۷			
	پیگیری	کیفیت	۱۸۴/۵۵	۲۱	۸/۷۸			
		شدت	۹۶/۶۱	۲۱	۴/۶۰			

متعاقباً آزمون اثرات بین‌گروهی نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت‌های میان دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری در کیفیت خواب معنادار بوده است.

همان گونه که در جدول۲ دیده می‌شود F محاسبه شده به ترتیب برای مراحل پس آزمون و پیگیری ۶۵/۱۳ و ۸۸/۲۹ است که در سطح p> ۰/۰۰۱ برای کیفیت خواب معنادار است. همچنین آزمون اثرات بین‌گروهی نشان می‌دهد که با کنترل اثر پیش آزمون تفاوت‌ها بین دو گروه‌های تحقیق تنها در مرحله پیگیری برای شدت بی‌خوابی بیماران معنادار بوده است. در مرحله پیگیری F محاسبه شده ۴۹/۰۱ است که در سطح P< ۰/۰۰۱ معنادار است . بررسی ضرایب پاره‌ای اِتا حاکی از معناداری بالینی قابل اطمینان بود و در دامنه‌ای از ۰/۴۵ تا ۰/۷۷ برای شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب در پس آزمون و پیگیری امتداد داشت.

جدول۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اثربخشی درمان بر روی شدت و کیفیت بی خوابی

متغیر	مرحله	F	dF۱	dF۲	سطح معناداری
شدت بی‌خوابی	پس آزمون	۰/۵۶	۱	۲۳	۰/۴۶
	پیگیری	۱/۲۲	۱	۲۳	۰/۲۸
کیفیت خواب	پس آزمون	۲/۸۰	۱	۲۳	۰/۱۰
	پیگیری	۰/۰۲	۱	۲۳	۰/۸۸

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که گروه درمانی رفتاری شناختی چند مؤلفه‌ای تاثیرات مطلوبی بر شدت بی‌خوابی زنان مبتلا به سرطان پستان باقی دارد و در بلند مدت موجب کاهش شدت بی‌خوابی‌های آنان می‌شود. در واقع تاثیر فنون درمانی پس از مدتی ظاهر می‌شود و در خلال زمان نیز ادامه می‌یابد. مطالعات موجود بر روی مشکلات خواب بیماران سرطان پستان در داخل و خارج از کشور در مجموع بسیار اندک است. دریکی از این پژوهش‌ها که در مورد اثرات درمان شناختی رفتاری بر روی زنان مبتلا به سر طان پستان و بی‌خوابی مزمن ثانویه انجام شد، محققان متوجه شدند که درمان شناختی رفتاری در بهبود شاخص ذهنی خواب و همچنین کاهش سطح افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی موثر بوده است (مورین و همکاران،۲۰۰۲) که با نتایج این پژوهش همسو است.

ون هودنها و و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه‌ای بر روی ۱۵۷ فرد دچار بی‌خوابی اولیه و شدید نتایج مثبتی را از اجرای درمان شناختی رفتاری گزارش کردند به گونه‌ای که ۴۱ درصد افراد بهبود قابل توجهی یافتند. هاروی وهمکاران (۲۰۰۷) شناخت درمانی را در مورد گروهی از افراد دارای بی‌خوابی به کار بردند. الگوی شناخت درمانی مورد استفاده معطوف به تغییر فرآیندهایی نظیر نگرانی‌ها و نشخوارهای ذهنی در مورد خواب، سوگیری توجه و تهدیدهای مربوط به

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

خواب، باورهای ناکارآمد و ادراکات نادرست دربارهٔ خواب و کاهش عملکرد روزانه همراه با استفاده از رفتارهای اطمینان بخش بود که باورهای نادرست را تداوم می‌بخشید. هدف از شناخت درمانی تغییر این عوامل در طول شب و روز بود. پس از درمان، ازیابی‌هایی به وسیلهٔ پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ۳، ۶ و ۱۲ماه بعد انجام گرفت. نتایج بهبود معناداری را در مشکلات شبانه و روزانهٔ خواب در پس آزمون نشان داد. بهبود در طول ۱۲ ماه پیگیری نیز ادامه پیدا کرد. محققان زیادی اظهار می‌کنند که درمان شناختی - رفتاری برای درمان بی‌خوابی بازماندگان سرطانی (ساوارد، سیمارد، ایورز و مورین،۲۰۰۵ الف) (ساوارد، سیمارد، ایورز و مورین،۲۰۰۵ ب) کارآیی خوبی داشته است. در پژوهش هاروی و همکاران (۲۰۰۷) ۱۹ بیمار مبتلا به بی‌خوابی تحت یک دوره درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. نتایج بهبود معناداری را در از بین بردن آشفتگی و علائم شبانه و روزانه بی‌خوابی، تغییر در شاخص‌های خواب این بیماران نشان دادند. در تحقیق دیگری (اسپای، اینگلیز، تسیر و هاروی،۲۰۰۱) اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر بی‌خوابی مزمن ۱۳۹ نفر مورد پژوهش قرار دادند. نتایج نشان دهنده برتری درمان شناختی رفتاری بر خود سنجی در کاهش نهفتگی شروع خواب و بیداری در طول شب بود. ۸۴ درصد بیماران که در ابتدا دارو مصرف می‌کردند در انتهای درمان، دارو درمانی را قطع کردند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای قویاً برکیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر گذار است. به عبارت دیگر میزان آشفتگی خواب این بیماران با اجرای درمان بلافاصله کاهش می‌یابد و نتایج درمانی نیز در طول زمان پایدار باقی می‌ماند. لذا می‌توان استنباط کرد که مداخله درمانی شناختی رفتاری گروهی به گونه مؤثری منجر به بهبود کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود. این نتیجه نیز با یافته‌های کویسنل و همکاران (۲۰۰۳) که اثرات درمان بی‌خوابی را با گروه درمانی شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان تجزیه و تحلیل کردند و دریافتند که باعث بهبودی قابل توجهی در بهره وری خواب، زمان کلی خواب و جنبه های شناختی و خلقی کیفیت زندگی شده است، همسو است. جاکوبز و همکاران (۲۰۰۴)۶۳ آزمودنی مبتلا به بی‌خوابی مزمن از نوع ناتوانی درشروع خواب را به سه گروه درمانی شناختی رفتاری، دارو درمانی و گروه کنترل تقسیم کردند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری مداخله موثرتری برای بی‌خوابی است و منجر به تغییرات بیشتری در کاهش نهفتگی شروع خواب و کارایی خواب دارد. مورین و همکارانش (۲۰۰۲) در پژوهشی بر روی افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه و مزمن تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر چهار گروه درمان شناختی رفتاری، دارو درمانی، ترکیب درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی و ترکیب درمان شناخت درمانی و دارونما را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و ترکیب درمان شناختی رفتاری با دارودرمانی بهبود بیشتری را در عقاید و نگرش‌ها دربارهٔ خواب پس از درمان به وجود آوردند.

مورگان و همکاران (۲۰۰۳) نیز 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 وکاهش معناداری را در دفعات مصرف داروهای خواب‌آور گزارش کردند. در تعدادی از مطالعات، یافته‌ها نشان داده است که رویکرد درمانی شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای منجر به افزایش سطح خودکارآمدی خواب (ادینگر و سامپسون،۲۰۰۳)، کاهش رفتارهای مخرب خواب نظیر زیاد ماندن در رختخواب (ادینگر و کارنی،۲۰۱۴) کاهش باورهای ناکارآمد درباره خواب (ادینگر، مینز، کارنی و کریستال،۲۰۰۸) و کاهش در برانگیختگی شناختی زمان خواب (هاروی و همکاران،۲۰۰۷) می‌شود.

در مجموع یافته‌های این تحقیق قویاً اعمال شیوه‌های گروهی روان‌درمانی شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای برای کاهش شدت بی‌خوابی و نیز بهبود کیفیت خواب زنان دچار سرطان پستان که در دوره پس از عمل جراحی سینه قرار دارند را تایید می‌کند و انجام تحقیقات مشابه با این بیماران در مراحل مختلف بیماری سرطان سینه و نیز با بیماران با عمل جراحی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]
[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

لوبکتومی و تحت شیمی درمانی به محققان آینده توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی بیمارانی که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از کلیه مسئولین بنیاد حمایت از بیماران سرطانی شهر شیراز، سپاسگزاریم.

منابع

Czeisler, C. A. (2006). Sleep deficit. *Harvard Bus Rev, 84*, 53-59 .

Edinger, J. D., & Carney, C. E. (2014). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach, therapist guide*: Oxford University Press.

Edinger, J. D., Means, M. K., Carney, C. E & ,.Krystal, A. D. (2008). Psychomotor performance deficits and their relation to prior nights' sleep among individuals with primary insomnia. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-, 31*(5), 599 .

Edinger, J. D., & Sampson, W. S. (2003). A primary care" friendly "cognitive behavioral insomnia therapy. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-, 26*(2), 177-184 .

Espie, C. A. (2009). Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep, 32*(12), 154 .۱۵۵۸-۹

Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour research and therapy, 39*(1), 45-60 .

Fiorentino, L., & Ancoli-Israel, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep medicine reviews, 10*(6), 419-429 .

Fiorentino, L., McQuaid, J. R., Liu, L., Natarajan, L., He, F., Cornejo, M., . . . Ancoli-Israel, S. (2009). Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: a randomized controlled crossover pilot study. *Nature and science of sleep, 2010*, 1 .

Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasprowicz, S., & Durrence, H. H. (2002). Sleep and quality of life in breast cancer patients. *Journal of pain and symptom management, 24*(5), 471-480 .

Ginsburg, M., Quirt, C., Ginsburg, A., & MacKillop, W. J. (1995). Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 152*(5), 701 .

Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour research and therapy* ,(۱۰)٤٥ , .۲٥۰۱-۲٤۹۱

Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R., & Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Archives of internal medicine, 164*(17), 1888-18 .۹٦

Koffel, E. A., Koffel, J. B., & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews, 19*, 6-16 .

Kryger, M. (2004). *A woman's guide to sleep disorders*: McGraw Hill Professional.

Morgan, 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 randomised controlled trial. *Br J Gen Pract, 53*(497), 923-928 .

Morin, C., Blais, F., & Savard ,J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour research and therapy, 40*(7), 741-752 .

MPs, S. S., MPs, J. B., & MPs, H. I. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep, 24*(5), 583 .

Neylan, T. C. (2011). Time to disseminate cognitive behavioral treatment of insomnia: comment on "efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults ."*Archives of internal medicine, 171*(10), 895-896 .

Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in women treated for nonmetastic breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(1), 189 .

Rumble, M. E., Keefe, F. J., Edinger, J. D., Porter, L. S., & Garst, J. L. (2005). A pilot study investigating the utility of the cognitive-behavioral model of insomnia in early-stage lung cancer patients. *Journal of pain and symptom management, 30*(2), 160-169 .

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]

Sarna, L. (1992). Correlates of symptom distress in women with lung cancer. *Cancer Practice, 1*(1), 21-28 .

Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005a). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology, 23*(25), 6083-6096 .

Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005b). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part II: Immunologic effects. *Journal of Clinical Oncology, 23*(25), 6097-6106 .

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*(5), 559-592 .

Van Houdenhove, L., Buyse, B., Gabriëls, 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, 18*(3), 312-321 .

ضمیمه ۱. محتوا و برنامه جلسات درمان

جلسه ارزیابی	ارزیابی کامل از ماهیت بی‌خوابی، آموزش چگونگی رصد کردن خط پایه خواب به وسیله جدول گزارشات خواب (برای مدت دو هفته)، تحویل کتاب کار
جلسه اول	ارائه اصول و منطق درمان، آموزش مکانیسم خواب و مراحل آن، چرخه‌های خواب و بیداری، عوامل زمینه‌ساز، عوامل نگهدارنده و تداوم بخش بی‌خوابی، ارائه مؤلفه‌های درمان رفتاری
جلسه دوم	بحث در مورد جداول گزارش خواب، بررسی میزان تبعیت از اصول رفتاری آموزش داده شده جلسه قبل و تاثیر این اصول بر شاخص‌های خواب به خصوص کارایی خواب و نحوه محاسبه آن. ارائه اصول و راهبردهای درمان شناختی به بیمار
جلسه سوم	مرور جلسه قبلی درمان، بررسی یافته‌های فرم گزارش خواب و فرآیند پیشرفت و پیگیری از دستورالعمل‌های درمانی، چگونگی ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی، بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بی‌خوابی مثل افکار همه یا هیچ، فاجعه سازی، ذهن خوانی
جلسه چهارم	مرور جلسه قبلی درمان، آموزش بهداشت خواب و نحوه استفاده از روش‌های مناسب خوابیدن
جلسه پنجم و ششم	مرور تکالیف قبلی، رفع اشکال در زمینه‌های مؤلفه‌های شناختی درمان. تکالیف خانگی بیمار هر جلسه مرور می‌شود و راهنمایی‌های لازم ارائه می‌شود. جدول خواب تکمیل شده بیمار هر هفته مرور و میانگین کارایی خواب بیمار در هفته قبلی تکمیل می‌شود.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2025-12-07]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.2.4.8]

[DOI: 10.29252/rph.11.2.82]