

اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر علایم بی‌خوابی دانشجویان

علی عبداللهی^۱، علی محمد نظری^۱، دکتر جعفر حسینی^۲، محمد درهرج^۲، محمد بهنام‌مقدم^{۳*}

^۱ گروه مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران، ^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران، ^۳ گروه پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۸/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: بی‌خوابی با مشکلات قابل ملاحظه‌ای در کارکرد تحصیلی، شغلی، اجتماعی و خانوادگی مرتبط است. هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر علایم بی‌خوابی دانشجویان بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۲۴ نفر از دانشجویان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) وارد شدند. اعضای گروه آزمایش در هشت جلسه گروه درمانی شناختی - رفتاری بی‌خوابی شرکت کردند، در حالی که اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ و شاخص شدت بی‌خوابی بود که شرکت کنندگان هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آن‌ها را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی مستقل و زوجی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس نشان داد که اجرای گروه درمانی شناختی - رفتاری منجر به بهبود علایم بی‌خوابی و کاهش شدت بی‌خوابی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی - رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر علایم بی‌خوابی دانشجویان مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: بی‌خوابی، درمان شناختی - رفتاری، اختلالات خواب.

* نویسنده مسئول: محمد بهنام‌مقدم، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه پرستاری و مامایی

Email: mbehnammoghadam@yahoo.com

مقدمه

خواب یک فرآیند زیستی پویا و سازمان یافته است که بخش مهمی از زندگی محسوب می‌شود و کیفیت آن با کیفیت تعامل اجتماعی در ارتباط است (۱). یکی از مسائلی که در ارتباط با خواب و خوابیدن همواره مطرح بوده، اختلالاتی است که در آن رخ می‌دهد. حدود یک سوم افراد بالغ در طول عمر خود نوعی اختلال خواب را تجربه می‌کنند که در این میان بی‌خوابی، شایع‌ترین و شناخته شده‌ترین اختلال خواب است. بی‌خوابی با شکایت دشواری در شروع یا حفظ خواب و یا خواب ناکافی که برای حداقل یک ماه ادامه داشته باشد و پریشانی بالینی قابل ملاحظه‌ای که در عملکرد اجتماعی یا شغلی ایجاد می‌کند، مشخص شده است. تخمین زده می‌شود که این اختلال تقریباً در ۱۲ تا ۲۵ درصد جمعیت عمومی رخ دهد (۲).

مطالعه‌ها نشان می‌دهد که بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش و توانایی مقابله با استرس‌های روزمره را کاهش دهد (۲). علاوه بر این، بی‌خوابی می‌تواند بر عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزمره تأثیری منفی داشته باشد (۳). مطالعات حاکی از آن است که برخی گروه‌های ویژه نظیر زنان، افراد شاغل در شیفت‌های کاری مانند؛ پرستاران و رانندگان، زندانیان و دانشجویان به میزان بیشتری مشکلات مرتبط با

بی‌خوابی را گزارش می‌کنند. دانشجویان به دلیل رویارویی با عوامل تنش‌زای متعددی نظیر؛ پرداخت هزینه‌ها، مشکل در تطابق با سیستم آموزشی، فشارهای درسی، شیوه جدید زندگی، به هم خوردن ساعات خواب و بیداری، زندگی در خوابگاه، امتحانات و انجام تکالیف درسی، بیشتر دچار اختلالات خواب از جمله بی‌خوابی هستند (۴). با توجه به مطالعه‌هایی که نشان دهنده ارتباط بی‌خوابی با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، سوء مصرف الکل و مواد و تأثیر آن بر کاهش سلامت عمومی و افت عملکرد شناختی و تحصیلی فرد است (۶ و ۵)، اتخاذ مداخلاتی در جهت تشخیص و درمان بی‌خوابی در گروه‌های آسیب‌پذیر و به ویژه دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد. در زمینه درمان بی‌خوابی رویکردهای مختلفی از جمله درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مطرح شده است. با توجه به عوارض جانبی درمان‌های دارویی و نقش مشکلات روان‌شناختی در بی‌خوابی، لزوم استفاده از مداخلات روان‌شناختی جایگزین دارو درمانی بیش از پیش مشخص می‌شود. در بین مداخلات روان‌شناختی مطرح شده برای بی‌خوابی، درمان شناختی - رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده است (۸ و ۷) و از آن جایی که بی‌خوابی به وسیله تعدادی از عوامل رفتاری و شناختی تداوم می‌یابد، از این رو درمان شناختی - رفتاری به عنوان درمانی منتخب برای بی‌خوابی مورد استفاده قرار گرفته است (۷).

علی‌رغم مطالعه‌های صورت گرفته در زمینه

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بی‌خوابی، پژوهش‌های اندکی در این زمینه در داخل کشور انجام گرفته است و اندک مطالعه‌های صورت گرفته نیز گروه‌های بالینی را هدف قرار داده‌اند. با توجه به میزان شیوع بالای بی‌خوابی در دانشجویان که این گروه را به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در این زمینه معرفی می‌کند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر علائم بی‌خوابی دانشجویان انجام گرفته است.

روش بررسی

در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ملاک‌های ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۹-۲۵ سال، دریافت تشخیص اختلال بی‌خوابی بر اساس ملاک‌ها ی DSM-IV و شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ^(۱) و رضایت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود، علاوه بر این، مصرف داروهای خواب‌آور به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. بدین منظور، ابتدا شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ بر روی ۵۰۰ نفر (۲۵۰ دختر و ۲۵۰ پسر) از دانشجویان دانشکده‌های مختلف که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند، اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اجرای این پرسشنامه‌ها نشان داد که ۳۲۶ نفر از این دانشجویان دارای کیفیت خواب پایین و نشانگان بی‌خوابی (نمره بالاتر از ۵ در شاخص کیفیت خواب

پیترزبورگ) بودند. از این میان ۱۰۰ نفر که بالاترین نمره را در این شاخص داشتند انتخاب شدند. در مرحله بعد، از میان این افراد و پس از تماس تلفنی و هماهنگی‌های لازم، ۴۱ نفر که حاضر به همکاری بودند، از طریق مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و نیز با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند. از میان این گروه ۲۴ نفر انتخاب شدند و به دو گروه مساوی به صورت تصادفی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ادامه و پس از تکمیل ابزارهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه و به مدت ۶۰ دقیقه) در جلسه‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند (جدول ۱)، در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات نیز که به مدت ۲ ماه به طول انجامید، هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند.

در پژوهش حاضر از شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ و شاخص شدت بی‌خوابی^(۲) استفاده شد. شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ یک ابزار خودگزارشی است که برای ارزیابی بی‌خوابی و نگرش افراد پیرامون کیفیت خواب و آشفتگی آن طی چهار هفته ی گذشته مورداستفاده قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری این شاخص بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (وضعیت خواب طبیعی) تا ۳ (مشکل

1-Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

2- Insomnia Severity Index (ISI)

کرونبخا ۰/۷۲ گزارش شده است که نشان دهنده اعتبار خوب این آزمون می باشد (۱۴). ساختار جلسه های گروه درمانی شناختی - رفتاری برای اختلال بی خوابی شامل اهداف زیر می باشد؛ جلسه اول، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با گروه درمانگر، معرفی درمان شناختی - رفتاری، بیان اهداف، ساختار و قوانین جلسه ها، جلسه دوم ارایه منطق درمان، معرفی مدل رفتاری بی خوابی، توصیف رویکردهای درمانی کنترل محرک و محدودسازی خواب، جلسه سوم، ارایه آموزش بهداشت خواب و توضیح مؤلفه های آن، تشویق اعضا به ادامه روند درمان و مشارکت در گروه، جلسه چهارم، بررسی نتایج جدول خواب، رفع اشکال مؤلفه های رفتاری، بحث در مورد بی خوابی های ناشی از ادراک نادرست، جلسه پنجم، ارایه اصول درمان شناختی، بررسی انتظارات غیرواقع بینانه و سوء تعبیرها با استفاده از تکنیک بازسازی شناختی، جلسه ششم، ادامه بحث مربوط به درمان شناختی، آموزش تکنیک نگرانی سازنده، کاربرد فرم ثبت افکار و تنظیم زمان خواب، جلسه هفتم، رفع اشکال مؤلفه های شناختی، آموزش آرمیدگی، عضلانی به اعضای گروه، تعیین تکلیف خانگی اجرای آرمیدگی جلسه هشتم مرور مداخلات رفتاری بی خوابی، بحث درباره پیشگیری از عود و چگونگی مقابله با بازگشت احتمالی و جمع بندی بودند.

شدید خواب) انجام می گیرد. مجموع نمرات فرد در هر یک از مقیاس های هفت گانه این شاخص، نمره کلی فرد را تشکیل می دهد که در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می گیرد و نمره کلی ۵ یا بیشتر به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب می باشد (۹). اعتبار این شاخص در مطالعه های خارجی در دامنه ۸۰ درصد تا ۸۷ درصد گزارش شده است (۱۰). در ایران نیز این پرسشنامه در جمعیت های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و ضرایب اعتبار بین ۷۸ درصد تا ۸۲ درصد برای آن محاسبه شده است که نشانگر ویژگی های روان سنجی قابل قبول این شاخص در نمونه ایرانی می باشد (۱۱). شاخص شدت بی خوابی که شدت بی خوابی را طول دو هفته گذشته مورد ارزیابی قرار می دهد، دارای هفت سؤال است که هر یک از این سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از صفر تا چهار) نمره گذاری می شوند و بنابراین نمره فرد در دامنه صفر تا ۲۸ قرار می گیرد؛ نمره ۰-۷ نشانگر عدم وجود بی خوابی بالینی بارز، نمره ۸-۱۴ نشانگر وجود بی خوابی زیر حد آستانه، نمره ۱۵-۲۱ نشانگر وجود بی خوابی بالینی با شدت متوسط و نمره ۲۲-۲۸ نشانگر وجود بی خوابی شدید می باشد (۱۲). در مطالعه های خارجی صورت گرفته بر روی خصوصیات روان سنجی این شاخص، ضریب اعتبار ۰/۷۴ و روایی ۰/۶۵ گزارش شده است (۱۳). در ایران نیز همسانی درونی آزمون از طریق محاسبه آلفای

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی مستقل و زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

به منظور پاسخ به سؤال پژوهش در خصوص اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر علائم بی‌خوابی دانشجویان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. همان طور که نتایج ارایه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین آزمودنی‌های دو گروه در میزان بهبود علائم بی‌خوابی ($F_{(1, 21)} = 0/9$ = مجذورِ اتا؛ $p < 0/001$ ، $F_{(1, 21)} = 222/231$ و شدت بی‌خوابی ($F_{(1, 21)} = 0/46$ = مجذورِ اتا؛ $p = 0/001$ ، $F_{(1, 21)} = 17/84$) وجود دارد که نشان دهندهٔ اثربخشی درمان بر علائم بی‌خوابی دانشجویان بود.

بحث

در زمینه ی درمان بی‌خوابی رویکردهای مختلفی از جمله درمان‌های دارویی و روان‌شناختی مطرح شده است. با توجه با عوارض جانبی درمان‌های دارویی و نقش مشکلات روان‌شناختی در

بی‌خوابی، لزوم استفاده از مداخلات روان‌شناختی جایگزین دارو درمانی بیش از پیش مشخص می‌شود. در بین مداخلات روان‌شناختی مطرح شده برای بی‌خوابی، درمان شناختی- رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده است (۸ و ۷). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر علائم بی‌خوابی دانشجویان انجام گرفت.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که گروه آزمایش، بهبود مشخصی را در این درمان از خود نشان می‌دهد، درحالی که شرکت کنندگان گروه کنترل تغییر معنی‌داری در علائم بی‌خوابی خود نداشتند که این نتایج با یافته‌های سایر مطالعه‌ها هم‌سو است (۱۶ و ۱۵). یکی از مکانیسم‌های اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی- رفتاری مربوط به تأثیر عمیق این درمان بر افکار و باورهای افراد در مورد بی‌خوابی است. 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 (۸). مؤلفه‌ی شناختی این درمان با تغییر این افکار و باورها، سطح اضطراب و در نتیجه نشانه‌های بی‌خوابی را کاهش می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب و شدت بی‌خوابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	f	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین			
کیفیت خواب	آزمایش	۱۷/۴۲ ± ۰/۹۰	۷/۳۴ ± ۱/۷۷	۵/۱۸	۱	۰/۰۳۳
	کنترل	۱۷/۵۹ ± ۱/۳۱	۱۶/۵ ± ۱/۴۴	۲۲۲/۲۳	۱	۰/۰۰۱
شدت بی‌خوابی	آزمایش	۲۰/۸۳ ± ۲/۱۷	۱۳/۱۶ ± ۲/۷۴	۰/۰۸	۱	۰/۷۸
	کنترل	۲۱/۲۵ ± ۱/۶۰	۱۹/۵۸ ± ۲/۵۵	۱۷/۸۴	۱	۰/۰۰۱

نکته مهم دیگر این است که این درمان وقتی به صورت گروهی اجرا شود، می‌تواند باعث ایجاد انگیزه بیشتر در افراد شود. از آن جا که گروه از تعدادی افراد با مشکلی مشابه تشکیل شده است، اعضا با شرکت در جلسات گروهی متوجه می‌شوند که افراد دیگری نیز مشکل آن‌ها را دارند و این آگاهی باعث احساس آرامش اعضا می‌شود. از دیگر دلایل مؤثر بودن این مداخله می‌توان به ساختار منظم جلسه‌های گروهی و تعهد اعضای گروه نسبت به یکدیگر اشاره کرد. همچنین استفاده از تکنیک‌های آموزش آرمیدگی و بهداشت خواب به عنوان مؤلفه‌های رفتاری درمان شناختی- رفتاری می‌تواند منجر به مقابله با عادات مخل خواب و در نتیجه بهبود خواب شود (۱۶).

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه آزمایش پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی‌داری را در شاخص شدت بی‌خوابی نشان می‌دهد که این یافته نیز با نتایج سایر مطالعه‌ها صورت گرفته در این زمینه هم‌سو است (۱۷ و ۱۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت خواب فرایندی است که به شدت تحت تأثیر عوامل رفتار روان‌شناختی از جمله فعالیت‌های روزمره قرار دارد. از این رو مجموعه‌ای از عوامل رفتاری و شناختی مانند؛ عدم رعایت بهداشت خواب، عادات نامناسب خواب، شرطی‌سازی نامناسب برای خواب، برانگیختگی بیش از حد، افکار ناکارآمد و نگرانی‌های قبل از خواب و سایر مشکلات شناختی می‌تواند زمینه‌ساز و تشدیدکننده بی‌خوابی باشند (۱۹).

از آن جایی که درمان شناختی- رفتاری یک درمان مشکل‌مدار است، در جلسه‌های درمانی بیشترین تأکید را بر رفتارهای زمینه‌ساز مشکلات خواب، انحراف‌های شناختی، اسنادهای غلط و افکار ناکارآمد دارد، که همگی باعث تداوم و تشدید بی‌خوابی می‌شوند. به عبارت دیگر، در نتیجه جلسه‌های درمان، دانشجویان می‌توانستند تغییرات رفتاری- هیجانی را به وسیله آموختن شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل‌مدارانه در خود ایجاد کنند و در نتیجه از شدت بی‌خوابی خود بکاهند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، درمانی اثربخش برای علایم بی‌خوابی دانشجویان است و می‌توان از آن به عنوان مداخله‌ای کوتاه مدت در ارایه خدمات روان‌شناختی به دانشجویان استفاده کرد. با این حال، انجام پژوهش‌های بیشتر با گروه‌های دیگر و در مقیاس‌های بزرگ‌تر جهت افزایش تعمیم‌پذیری این نتایج ضروری است. علاوه بر این، مطالعه‌های آتی می‌توانند در قالب پژوهش‌های تطبیقی، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی مختلف را با یکدیگر مقایسه کنند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی می‌باشد.

REFERENCES

1. Hayes RD, Martin SA, Sesti AM, Spitzer K. Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Med* 2005; 6: 41-4.
2. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7(2): 123-30.
3. Silvac JAC. Sleep disorders in psychiatry. *Metabolsim* 2006; 55: 50-4.
4. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *J Anxiet Disord* 2007; 23: 23-36.
5. Gau SS, Kessler RC, Tseng WL, Wu YY, Chiu YN, Yeh CB, et al. Association between sleep problems and symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder in young adults. *Sleep* 2007; 30(2): 195-201.
6. Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas JM, Lancel M. Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Med* 2012; 10: 128-32.
7. Edinger JD, Means MK. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 539-58.
8. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes related to sleep improvements in the treatment of insomnia?. *Behav Res Ther* 2002; 40: 741-52.
9. Edinger E, Carney C. *Overcoming insomnia: a cognitive-behavioral therapy approach*. New York: John Wiley; 2008; 124-5.
10. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention?. *JAMA* 1989; 262(11): 1479-84.
11. Hasanzdeh H, Alavi K, Ghalebani MF, Yadollahi Z, Gharaei B, Sadeghikia G. Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. *J Res Behav Sci* 2008; 6(2): 97-107.
12. Smith MT, Huang MI, Manber R. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 559-92.
13. Bastien CH, Morin CM, Ouellet MC. Cognitive behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 653-9.
14. Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniai KH, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. *J Behav Sci* 2011; 5(1): 27-32.
15. Sánchez AI, Díaz-Piedra C, Miró E, Martínez MP, Gálvez R, Buena-Casal G. Effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on polysomnographic parameters in fibromyalgia patients. *Behav Res Ther* 2012; 53: 235-41.
16. Pigeon WR, Moynihan J, Matteson-Rusby S, Jungquist CR, Xia Y, Tu X, et al. Comparative effectiveness of CBT interventions for co-morbid chronic pain & insomnia: A pilot study. *Behav Res Ther* 2012; 50: 685-9.
17. Dolan DC, Taylor DJ, Bramoweth AD, Rosenthal LD. Cognitive-behavioral therapy of insomnia: A clinical case series study of patients with co-morbid disorders and using hypnotic medications. *Behav Res Ther* 2010; 48: 321-8.
18. Perlis ML, Sharpe MC, Smith MT, Greenblatt DW, Giles DE. Behavioral treatment of insomnia: Treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity. *J Behav Med* 2001; 24: 281-96.
19. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 national sleep foundation survey. *Sleep* 1999; 22: 347-53.

Effectiveness of Cognitive- behavioral Group Therapy on Insomnia Symptoms in Students

Abollahi A¹, Nazar AM¹, Hasani J², Darharaj M², Behnam Moghadam M^{3*}

¹ Department of Family Counseling, Kharazmi University, Karaj, Iran, ² Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran, ³ Department of nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 9 Nov 2014

Accepted: 17 Feb 2015

Abstract

Background & aim: Insomnias is associated with considerable problems in educational, vocational, social and familial performance. The purpose of present research was to investigate the effectiveness of Cognitive-Behavior group therapy on improvement of insomnia symptoms in students.

Methods: The present clinical trial study was conducted on twenty-four students who were randomly assigned into two groups of case and the control (n = 12). The experimental group was participated in eight sessions of cognitive behavior therapy, while the control group received no intervention. Research tools include the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Insomnia Severity Index that completed by both participants. Data were analyzed using ANOVA, t-test.

Results: Analysis of covariance showed that the performance of cognitive behavioral therapy may improve symptoms and reduce the severity of insomnia in the experimental group compared with the control group (p < 0.05).

Conclusion: Group cognitive-behavioral therapy is effective on symptoms of insomnia in students.

Keywords: Insomnia, Cognitive-Behavioral Therapy, Sleep Disorders.

* **Corresponding Author: Behnam Moghadam M**, Department of nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran **Email:** mbehnammoghadam@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Abollahi A, Nazar AM, Hasani J, Darharaj M, Behnam Moghadam M. Effectiveness of Cognitive- behavioral Group Therapy on Insomnia Symptoms in Students. *Armaghane-danesh* 2015; 20 (1): 11-18.