

## Effectiveness of multi-component cognitive behavioral intervention on quality of sleep and general health in drug abusers

S. Shiri\*

Sh. Banijamali\*\*

Gh. Sarami Foroshani\*\*\*

H. Ahadi\*\*\*\*

\*Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

\*\*Alzahra University, Tehran, Iran

\*\*\*Kharazmi University, Karaj, Iran

\*\*\*\*Health Psychology Group, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

### \*Abstract

**Background:** Drug abuse is one of the important problems needs intervention in our country and may influence life and health of a person. One of the important functions and indicates the health of the individual is sleeping.

**Objective:** To determine the effectiveness of multi-component cognitive behavioral intervention on quality of sleep and general health in drug abusers.

**Methods:** This interventional study was conducted in 2015 in drug treatment centers of Qazvin. With consideration inclusion criteria and after preliminary interview, 30 male of treatment center were chosen available from one of the treatment centers of Qazvin and were randomly assigned in two groups. One of the groups received multi-component cognitive behavioral therapy and the control group received no intervention. Research tools were Pittsburg's quality of sleep and general health questionnaires that were filled by clients at baseline and after sessions of the intervention. Data were analyzed by method of analysis of variance differences.

**Findings:** The results demonstrated that multi-component cognitive behavioral therapy significantly improved the quality of sleep and general health in drug abusers in intervention group comparing to control group ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** According to findings cognitive behavioral therapy may improve health and quality of sleep in addicts.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Sleep, General Health, Drug Abuse

**Citation:** Shiri S, Banijamali Sh, Sarami Foroshani Gh, Ahadi H. Effectiveness of multi-component cognitive behavioral intervention on quality of sleep and general health in drug abusers. J Qazvin Univ Med Sci. 2016; 20 (4): 29-35.

**Corresponding Address:** Shokoh Sadat Banijamali, Alzahra University, Psychology Group, Tehran, Iran

**Email:** banijamalishoko@yahoo.com

**Tel:** +98-912-7061534

**Received:** 29 Sep 2015

**Accepted:** 10 Jul 2016

## اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای بر کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر

سهیلا شبیری\*

دکتر شکوه‌السادات بنی‌جمالی\*\*

دکتر غلامرضا صرامی فروشانی\*\*\*

دکتر حسن احدی\*\*\*\*

\* دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

\*\* دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

\*\*\* دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

\*\*\*\* گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

آدرس نویسنده مسؤول: تهران، دانشگاه الزهرا، گروه روان‌شناسی، تلفن ۰۹۱۲۷۰۶۱۵۳۴

Email: banijamalishoko@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۷

### \* چکیده

**زمینه:** سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات نیازمند مداخله در کشور است که می‌تواند زندگی و سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از کارکردهای مهم و نشان‌دهنده سلامت فرد، خواب است.

**هدف:** مطالعه به منظور تعیین اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای بر کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش مداخله‌ای در سال ۱۳۹۳ در مراکز ترک اعتیاد قزوین اجرا شد. با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و پس از مصاحبه مقدماتی، ۳۰ مرد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از یکی از مراکز درمان سوء مصرف مواد قزوین انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جای‌گزین شدند. گروه مداخله، درمان شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای ادینگر و کارنی را دریافت کرد و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و سلامت عمومی بود که پیش و پس از مداخله توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس نمره‌های اختلافی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** درمان شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای به‌طور معنی‌داری کیفیت خواب و سلامت عمومی را در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد بهبود بخشید ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به بهبود سلامت عمومی و کیفیت خواب منجر شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی- رفتاری، خواب، سلامت عمومی، سوء مصرف مواد مخدر

### \* مقدمه

سلامت بررسی می‌کند و کارکرد جسمی و روانی بیمار پیش از درمان، در طول درمان و پس از آن تا چه میزانی از نظم مورد انتظار برخوردار است.

خواب یکی از این کارکردهای مهم و نشان‌دهنده سلامت فرد است. تحقیق‌های متعدد گویای ارتباط کمیت و کیفیت خواب با سلامت عمومی هستند.<sup>(۱،۲)</sup> بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌گونه‌ای که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب

در حال حاضر سوء مصرف مواد یک معضل غیرقابل انکار و نیازمند مداخله در کشور است که می‌تواند زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. سوء مصرف مواد مخدر به دلیل ماهیت پیشرونده‌ای که دارد، تمامی ابعاد زندگی فرد را به خطر می‌اندازد و آثار سوء آن در سلامت جسمی، روانی، شناختی، معنوی، هیجانی و اجتماعی فرد دیده می‌شود.<sup>(۱)</sup> نکته مهم در درمان سوء مصرف مواد این است که روش درمانی تا چه اندازه بیمار را در ابعاد مختلف

نامناسب‌تری داشتند. بنابراین استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی از جمله درمان شناختی- رفتاری برای بهبود کیفیت خواب مددجویان در حال ترک بسیار مناسب خواهد بود.<sup>(۱۳)</sup>

مدل رفتاری- شناختی فرض می‌گیرد که تعامل سازوکارهای شناختی و رفتاری، تداوم‌بخش اصلی بی‌خوابی در درمان‌جویان گرفتار بی‌خوابی است.<sup>(۱۴)</sup> تحقیق‌های متعدد گویای اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود کیفیت خواب بوده‌اند.<sup>(۱۶-۱۹)</sup> شواهد نشان داده که این درمان نه تنها برای بی‌خوابی اولیه، بلکه برای بیماران مبتلا به بی‌خوابی ناشی از اختلال‌های روان‌پزشکی، دردهای مزمن و سرطان نیز سودمند است.<sup>(۲۰)</sup> هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری چند مؤلفه‌ای ادینگر و کارنی<sup>(۱۴)</sup> بر بهبود کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف‌کنندگان مواد بود.

### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۹۳ بر روی ۳۰ نفر مرد از سوء مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد قزوین انجام شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و پس از مصاحبه مقدماتی و احراز شرایط ورود انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه مداخله (درمان شناختی- رفتاری چند مؤلفه‌ای ادینگر و کارنی) و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: پشت سر گذاشتن مرحله سم‌زدایی، عدم مصرف دارو طی یک هفته قبل، عدم وجود بیماری‌های طبی ایجادکننده بی‌خوابی، ابراز نارضایتی از خواب، نمره بالاتر از پنج در شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ، عدم مصرف مواد محرک و تمایل به شرکت در جلسه‌های درمانی. معیارهای خروج ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی یا بیماری طبی که فرد را از شرکت در جلسه‌های درمانی بازدارد و شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر بود. ملاحظه‌های اخلاقی رعایت شده

افزایش می‌یابد و توانایی مقابله با تنش‌های روزمره کم می‌شود.<sup>(۴)</sup> مقدار و کیفیت خواب شبانه می‌تواند در عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به کارهای روزمره، خستگی، تحریک‌پذیری و کاهش تحمل درد و حتی در نتایج مهم بالینی و پیامدهای درمان مؤثر باشد.<sup>(۵-۷)</sup> خواب در طب نوین به عنوان مؤلفه‌ای اثرگذار در سبک زندگی، جایگاه ویژه‌ای دارد.<sup>(۸)</sup>

مشکلات مرتبط با خواب و کیفیت نامناسب خواب از پیامدهای سوء مصرف و ترک مواد است؛ به گونه‌ای که شیوع آن در سوء مصرف‌کنندگان مواد نسبت به جمعیت عادی بسیار بیش‌تر (بین ۷۵ تا ۸۴ درصد) است و این بیماران از نوعی اختلال خواب رنج می‌برند.<sup>(۹)</sup> رابطه بین سوء مصرف مواد و مشکلات خواب دو سویه به‌نظر می‌رسد؛ به طوری که مصرف مواد می‌تواند به آشفتگی خواب منجر شود و وجود مشکل در خوابیدن ممکن است عامل خطری برای عود مصرف باشد. شواهد فزاینده‌ای پیوند بین مصرف مواد و اختلال در چرخه شبانه‌روزی را نشان می‌دهند و مداخله‌های تنظیم‌کننده چرخه شبانه‌روزی می‌توانند در پیشگیری و درمان اختلال‌های مصرف مواد نقش حیاتی داشته باشند.<sup>(۱۰)</sup>

در میان روش‌هایی که افراد برای مقابله با خواب‌آلودگی و بی‌خوابی و به‌طور کلی کیفیت نامناسب خواب به کار می‌برند، تاکنون استفاده از داروهای خواب‌آور مانند بنزودیازپین‌ها، داروهای ضدافسردگی و الکل بیش‌ترین فراوانی را داشته است.<sup>(۱۱)</sup> اما مصرف مزمن داروهای خواب‌آور مسایلی را در ارتباط با تحمل و وابستگی ایجاد می‌کند و برای فردی که به‌تازگی مواد را ترک کرده و یا در حال ترک آن است، توصیه نمی‌شود.<sup>(۱۲)</sup>

پلز و همکاران با ارزیابی نمره پرسش‌نامه پیترزبورگ در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون تخمین زدند که حدود ۷۵/۲ درصد افراد خواب‌آشفته داشتند. نمره پرسش‌نامه مذکور در بیماران دارای ادرار مثبت از نظر وجود بنزودیازپین، بالاتر بود؛ یعنی کیفیت خواب

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط دانیل جی بایسی و همکاران (۱۹۸۹) برای ارزیابی کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی تدوین شد که خواب خوب یا بد دارند. این پرسش‌نامه با ۹ سؤال، ساعت به بستر رفتن، ساعت بیدار شدن از خواب، میزان خواب شبانه‌روزی و سایر مسایل مرتبط با الگو و کیفیت ذهنی خواب را ارزیابی می‌کند. (۲۳) اعتبار این مقیاس ۰/۸۹ محاسبه شده و از حساسیت ۸۸ درصد و ویژگی ۷۴ درصد برخوردار است. (۲۴) ناتسون و همکاران ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی آزمون را پس از یک‌سال در جمعیت عمومی ۰/۶۸ و اعتبار تنصیفی آزمون را ۰/۷۶ گزارش کردند. (۲۵) اعتبار این پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی توسط مطالعه ثبت شده به شماره ۲۷۳۰ از انستیتو روان‌پزشکی تهران تأیید شده است. (۲۶) بررسی‌های پیشین همخوانی چشمگیری را بین نتایج این پرسش‌نامه و بررسی‌های آزمایشگاهی خواب با استفاده از پلی‌سومنوگرافی نشان داده‌اند. (۲۷)

پرسش‌نامه‌های مذکور در اولین جلسه به عنوان پیش‌آزمون در دو گروه اجرا شدند. گروه مداخله در ۸ جلسه هفتگی درمان شناختی-رفتاری چند مؤلفه‌ای ادینگر و کارنی (۱۴) شرکت کردند. طول مدت جلسه‌ها حدود ۹۰ دقیقه بود که محتوای آن‌ها به‌طور مختصر در جدول ۱ ارائه شده است. در این مدت گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در جلسه آخر پرسش‌نامه سلامت عمومی و کیفیت خواب به‌عنوان پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس نمره‌های اختلافی تحلیل شدند.

در این مطالعه شامل اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و مرکز ترک اعتیاد، توضیح درباره روش کار و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از مشارکت‌کنندگان و ذکر این نکته بود که مطالعه محرمانه بوده و هیچ‌گونه اثر جانبی برای افراد ندارد و هر زمان که خواستند حق خروج از مطالعه را دارند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و کیفیت خواب پیتزبورگ استفاده شد. (۲۳، ۲۴) پرسش‌نامه سلامت عمومی یک پرسش‌نامه غربال‌گری مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است. شکل ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)، توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شده و دربرگیرنده ۴ خرده‌مقیاس علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. برای نمره‌گذاری دو روش وجود دارد: در روش اول گزینه‌ها به صورت ۱، ۰، ۱، ۰، ۱، ۰ ارزیابی می‌شوند و نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. در روش دوم پاسخ‌ها براساس روش لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) نمره‌گذاری می‌شود و در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۸۴ در نوسان است. در هر دو شیوه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت مطلوب‌تر و نمره بالا به معنای عدم سلامت است. (۲۱) در این مطالعه از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. پالاهنگ و همکاران در بررسی اعتباریابی این پرسش‌نامه، براساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و براساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ را گزارش کردند و ضریب پایایی پرسش‌نامه (با روش بازآزمایی) ۹۱ درصد بود. (۲۲)

#### جدول ۱- محتوای جلسه‌های مداخله شناختی-رفتاری

جلسه	موضوع مورد بحث
اول	ارزیابی کامل خواب، آموزش چگونگی رصد کردن خط پایه خواب به‌وسیله جدول گزارش خواب، تحویل کتاب کار
دوم	ارایه اصول و منطق درمان، آموزش کارکرد خواب و مراحل آن، چرخه‌های خواب و بیداری، عوامل زمینه‌ساز، نگهدارنده و تداوم بخش بی‌خوابی
سوم	بحث در مورد جداول گزارش خواب، بررسی میزان تبعیت از اصول رفتاری آموزش داده شده در جلسه قبل و تأثیر این اصول بر شاخص‌های کارایی خواب و نحوه محاسبه آن، ارایه اصول و راهبردهای درمان شناختی به بیمار
چهارم	مرور جلسه قبلی درمان، بررسی یافته‌های فرم گزارش خواب و فرایند پیشرفت و بی‌گیری از دستورالعمل‌های درمانی، آموزش چگونگی ثبت افکار مرتبط با بی‌خوابی، بررسی خطاهای شناختی رایج در افراد مبتلا به بی‌خوابی مثل افکار همه یا هیچ، فاجعه‌سازی، ذهن‌خوانی
پنجم	مرور جلسه قبلی درمان، آموزش بهداشت خواب و نحوه استفاده از روش‌های مناسب خوابیدن
ششم	مرور تکالیف قبلی، رفع اشکال در زمینه مؤلفه‌های شناختی درمان
هفتم	بررسی تکالیف خانگی بیمار و ارایه راهنمایی‌های لازم، مرور جداول خواب تکمیل شده و تعیین میانگین کارایی خواب بیمار در هفته قبل
هشتم	جمع‌بندی و مرور مطالب، اجرای پس‌آزمون

**\* یافته‌ها:**

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه  $47/73 \pm 8/21$  سال بود. از بین ۳۰ نفر مرد شرکت کننده، ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد) متأهل و شاغل و بقیه مجرد و بی‌کار بودند. ۱۹ نفر (۶۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالای دیپلم داشتند. میانگین مدت زمان مصرف متادون  $8/77 \pm 3/4$  ماه بود و نوع ماده مصرفی همه افراد شرکت کننده تریاک بود. میزان F مشاهده شده در گروه‌ها قبل و بعد از مداخله در آزمون کیفیت خواب و سلامت عمومی از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول شماره ۲). تفاوت نمره پیش آزمون- پس آزمون در گروه شناختی- رفتاری بیش‌تر از گروه شاهد بود. براساس نتایج آزمون تعقیبی شفه تفاوت میانگین‌ها بین گروه شناختی- رفتاری و شاهد معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

**\* بحث و نتیجه‌گیری:**

این مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری چند مؤلفه‌ای، در بهبود کیفیت خواب سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد قزوین مؤثر بود که با یافته‌های سایر مطالعه‌ها مطابقت داشت. (۱۹-۱۶) درمان شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت خواب دو هدف را مد

نظر دارد: اول، محکم کردن ارتباط بین رفتارهای مرتبط با خواب و محرک‌هایی مانند محیط اتاق خواب، ساعت خوابیدن و رفتارهای قبل از خواب مانند مسواک زدن یا در محیط اتاق خواب قرار گرفتن و دوم، ایجاد دوره‌های طولانی‌تر و اثربخش‌تر در خواب. تیکوتزکی و سده<sup>(۱۸)</sup> نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش زمان آغاز خواب، بیدار شدن پس از آغاز خواب و بهبود کیفیت خواب اثربخش می‌باشد. اثربخشی این مداخله را می‌توان در نتیجه افزایش بهداشت خواب و برطرف شدن نگرانی‌های مؤثر بر بی‌خوابی در نظر گرفت.<sup>(۲۸)</sup>

در این مطالعه گروه مداخله پس از مداخله شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای بهبود بیش‌تری در پرسش‌نامه سلامت عمومی نسبت به گروه شاهد نشان دادند. در زمینه اثربخشی مداخله‌های مؤثر بر بی‌خوابی بر سلامت عمومی تحقیق‌های اندکی انجام شده است.<sup>(۲۸)</sup> با توجه به این که ارتباط کمیت و کیفیت خواب و سلامت در تحقیق‌های مختلف تأیید شده است<sup>(۳۲)</sup> می‌توان این یافته مطالعه را تبیین کرد و از این روش در ارتقای سلامت عمومی سوء مصرف کنندگان مواد سود جست.

**جدول ۲- تحلیل واریانس نمره‌های اختلافی آزمون سلامت عمومی و کیفیت خواب**

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۲۲۰۰/۵۷	۲	۶۱۰۰/۲۸	۷۱/۴۴	۰/۰۰۰۱
بین گروهی	۳۵۸۶/۰۰	۴۲	۸۵/۳۸		
درون گروهی	۱۵۷۸۶/۵۷	۴۴			
کل					
کیفیت خواب پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۴۱۳۶/۲۲	۲	۲۰۶۸/۱۱	۸/۵۵	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱۰۱۵۱/۹۴	۴۲	۲۴۱/۷۱		
درون گروهی	۱۴۲۸۸/۱۶	۴۴			
کل					

**جدول ۳- مقایسه میانگین اختلافی در گروه‌های مورد مطالعه (هر گروه ۱۵ نفر)**

گروه‌ها	میانگین اختلافی	انحراف معیار	خطای استاندارد
سلامت عمومی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲۵/۰۶	۹/۳۶	۲/۴۱
شناختی- رفتاری (مداخله) شاهد	-۷/۵۳	۶/۰۶	۱/۵۶
کیفیت خواب پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲۲/۵۹	۱۵/۵۲	۴/۰۰
شناختی- رفتاری (مداخله) شاهد	۰/۵۹	۱۶/۱۹	۴/۱۸

3. Leger D, Poursain B. An international survey of insomnia: under recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition. *Curr Med Res Opin* 2005 Nov; 21 (11): 1785-92.
4. Farhadinasab A, Azimi H. The study of pattern and subjective sleep quality in medical students of Medical University and its relationship with personality traits. *J Hamadan Univ Med Sci* 2008; 15 (1): 11-5. [In Persian]
5. Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2012 Feb; 16 (1): 83-94. doi: 10.1016/j.smrv.2011.03.008.
6. Schuh-Hofer S, Wodarski R, Pfau DB, Caspani O, Magerl W, Kennedy JD, et al. One night of total sleep deprivation promotes a state of generalized hyperalgesia: a surrogate pain model of study the relationship of insomnia and pain. *Pain* 2013 Sep; 154 (9): 1613-21. doi: 10.1016/j.pain.2013.04.046.
7. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J* 2011 Jun; 32 (12): 1484-92. doi: 10.1093/eurheartj/ehr007.
8. American College of Preventive Medicine (ACPM). Understanding sleep's role in health promotion and chronic disease. Available at: <http://www.acpm.org/>.
9. Cernovsky Z, Sadek G, Chiu S. Sleep of methadone patient and their urine screening tests. *Canadian Journal of Addiction* 2014; 1 (5): 5-6.
10. Hasler BP, Smith LJ, Cousins JC, Bootzin RR. Circadian rhythms, sleep, and substance abuse. *Sleep Med Rev* 2012 Feb; 16 (1): 67-81. doi: 10.1016/j.smrv.2011.03.004.
11. Aminnia N, Aghaii A, Molavi H, Najafi M. The effect of group cognitive therapy in women with chronic insomnia. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2011; 12 (2):

به دلیل شیوع بالای مشکلات خواب در مصرف‌کنندگان مواد (بیش از ۷۵ درصد)<sup>(۹)</sup> استفاده از مداخله‌های مناسب در این زمینه اهمیت زیادی دارد. با توجه به ویژگی‌های درمان شناختی- رفتاری که از لحاظ زمان، هزینه و امکانات مقرون به صرفه بوده و اثربخشی آن‌ها نیز در تحقیق‌های مختلف به اثبات رسیده است،<sup>(۱۶-۱۹)</sup> درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان درمانی مناسب در افزایش کیفیت خواب برای افراد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد پیشنهاد می‌شود.

به طور کلی درمان شناختی- رفتاری چندمؤلفه‌ای در بهبود کیفیت خواب سوء مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد قزوین مؤثر بود. البته این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله: عدم نمونه‌گیری تصادفی، عدم بررسی مددجویان زن و وجود ملاک‌های ورود خاص برای شرکت‌کنندگان که در نتیجه‌گیری نهایی و تفسیر نتایج مطالعه باید آن‌ها را در نظر گرفت. همچنین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی جمعیت بیشتری از سوء مصرف‌کنندگان مواد و مراکز مختلف انجام شود.

#### \*سپاس‌گزاری:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری دانشگاه آزاد واحد کرج با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف‌کنندگان مواد است. از تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین کارکنان مرکز درمان سوء مصرف مواد قزوین قدردانی می‌شود.

#### \*مراجع:

1. Guell F, Nunez L. The liberating dimension of human habit in addiction context. *Front Hum Neurosci* 2014 Aug 28; 8: 664. doi: 10.3389/fnhum.2014.00664.
2. Furihata R, Uchiyama M, Takahashi S, Suzuki M, Konno C, Osaki K, et al. The association between sleep problems and perceived health status: a Japanese nationwide general population survey. *Sleep Med* 2012 Aug; 13 (7): 831-7. doi: 10.1016/j.sleep.2012.03.011.

- 13-19. [In Persian]
12. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/Clinical Psychiatry. Translated by: Poorafkari. Tehran: Shahreab. 2003. 431-7. [In Persian]
13. Peles E, Schreiber S, Adelson M. Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) Patients. *Drug Alcohol Depend* 2006 Apr 28; 82 (2): 103-10.
14. Edinger JD, Carney CE. Overcoming insomnia cognitive behavioral approach (manual therapy). Translated by: Avadis Yans H.1. Tehran: Neyvand; 2013. 15-35 [In Persian]
15. Valente S. Evaluating and managing insomnia: non-pharmacological treatments. *J Sleep Disord Ther* 2015; 4 (2): 189. doi: 10.4172/2167-0277.1000189
16. Taylor DJ, Lichstein KL, Weinstock J, Sanford S, Temple JR. A pilot study of cognitive behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behav Ther* 2007 Mar; 38 (1): 49-57.
17. Perlman LM, Arnedt TJ, Earnheart KL, Gorman AA, Shirley KG. Group cognitive-behavioral therapy for insomnia in a VA mental health clinic. *Cogn Behav Pract* 2008 Nov; 15 (4): 426-34. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.05.003.
18. Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Med* 2010 Aug; 11 (7): 686-91. doi: 10.1016/j.sleep.2009.11.017.
19. Belager L, LeBlanc M, Morin CM. Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cogn Behav Pract* 2012 Feb; 19 (1): 101-15. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003
20. Neylan TC. Time to disseminate cognitive behavioral treatment of insomnia: comment on "Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults". *Arch Intern Med* 2011 May 23; 171 (10): 895-6. doi: 10.1001/archinternmed.2010.526.
21. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Res J* 2009; 11 (4): 47-53. [In Persian]
22. Palahang H, Naser M, Beraheni MN, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illnesses in Kashan city. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 1996; 2 (4): 19-27. [In Persian]
23. Nazari AM, Nikoosiar Jahromi M, Aminimanesh S, Taheri M. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on insomnia symptoms among male prisoners. *J Res Behav Sci* 2013; 11 (2): 139-46. [In Persian]
24. Najafi M, Solati Dehkordi SK, Foruzbakhsh F. Relationship between staff burnout and mental health in staff of nuclear energy organization ,Isfahan. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2000; 2 (2): 34-41. [In Persian]
25. Knutson KL, Rathouz PJ, Yan LL, Liu K, Lauderdale DS . Stability of the Pittsburg Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Questionnaires over 1 year in early middle-aged adults: the CARDIA study. *Sleep* 2006 Nov; 29 (11): 1503-6.
26. Dastani M, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniai Kh, Someloo S. Chronic insomnia in women: Comparison between Drug Therapy and Behavioral Therapy for. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011. 5 (1): 7-8.
27. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989 May; 28 (2): 193-213.
28. Vallieres A, Morin CM, Guay B. Sequential combinations of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: an exploratory study. *Behav Res Ther* 2005 Dec; 43 (12): 1611-30.