

تدوین درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی مطابق با فرهنگ ایرانی

امیرعلی مازندرانی^۱
ماریا یوجینیا آگیلار - وفایی^۲
مریم اسماعیلی‌نسب^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر در مدیریت بی‌خوابی و اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی بر مبنای فرهنگ ایرانی است. این پژوهش در دو بخش کیفی و کمی اجرا شد. در بخش کیفی ابتدا از ۱۹ شرکت‌کننده بزرگسال دارای تجربه غیر بالینی بی‌خوابی مصاحبه کیفی به عمل آمد. سپس با ۷ درمان‌گر دارای تجربه اجرای درمان استاندارد شناختی - رفتاری بی‌خوابی مصاحبه شد و از ۵ مراجع این درمان نیز مصاحبه به عمل آمد. متن تمامی مصاحبه‌ها را دو نفر به صورت جداگانه کدگذاری کردند و در پنج جلسه بین کدگذاران توافق ایجاد شد. سپس نتایج کدگذاری‌ها با روش تحلیل مضمون تحلیل شد و در بخش کمی درمان انطباق یافته روی ۱۰ مراجع دارای بی‌خوابی اجرا شد. به منظور انطباق فرهنگی این درمان با بافتار اجتماعی - فرهنگی ایران، پنج انطباق در درمان انجام شد: مدت درمان کوتاه شد، اعضای خانواده در فرایند درمان مشارکت داده

۱. استادیار روان‌شناسی، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت»، تهران، ایران (mazandarani@live.com) (نویسنده مسئول).

۲. استاد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

شدند، از اصول مصاحبه‌انگیزی استفاده شد، مؤلفه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ به درمان افزوده شد، و برخی مفهومی‌سازی‌های مذهبی در آن گنجانده شد. در بخش کمی، اثربخشی این درمان در ۶ شاخص خواب (ارزش پی = کوچک‌تر از ۰/۰۰۱، مجذور اتا = بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰) و همچنین در شاخص شدت بی‌خوابی (ارزش پی = کوچک‌تر از ۰/۰۰۱، مجذور اتا = ۰/۵۶) مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این مطالعه، عوامل فرهنگی - اجتماعی مرتبط با تجربه بی‌خوابی (موانع کمک‌طلبی، راهبردهای رفتاری مورد استفاده، باورهای ناکارآمد رایج در مورد خواب و درمان‌های ترجیحی بی‌خوابی) در جامعه ایران را نشان می‌دهد و از اجرای درمان‌شناختی رفتاری بی‌خوابی مطابق با فرهنگ ایران حمایت می‌کند. **کلیدواژه‌ها:** بی‌خوابی، انطباق فرهنگی، درمان شناختی - رفتاری، تحلیل مضمون.

Development of a Culturally Adapted Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia in Iran

Amir Ali Mazandarani¹

Maria E. Aguilar-Vafaie²

Maryam Esmaeilinasab³

Abstract

This study aimed to investigate the socio-cultural factors affecting insomnia management and the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy for Insomnia (CBT-I) based on Iranian culture. This research was conducted in two parts: Qualitative and quantitative. The first part examines the socio-cultural factors affecting management and treatment of insomnia. In the qualitative part, qualitative interviews were conducted first with 19 adult participants with non-clinical insomnia experiences. Then, 7 therapists experienced in CBT-I standard treatment were interviewed and 5 clients of this treatment were interviewed as well. The transcripts of all the interviews were coded by two coders, and an agreement was reached between them in five sessions. In order to culturally adapt this treatment to the socio-cultural context of Iran, five adaptations were made in the treatment: The duration of treatment was shortened; family members were involved in the treatment process; the principles of motivational interviewing were used; educational

1. Assistant Professor of Psychology, The Institute for Research and Development in the Humanities (SAMT). (Corresponding Author) (mazandarani@live.com)
2. Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

components appropriate to Iranian culture, and religious conceptualizations were included in the treatment. In the quantitative part, the effectiveness of this treatment was confirmed in 6 sleep indices ($p < .001$, $\eta^2 = .50$ to $.80$) and also in insomnia severity index ($p < .001$, $\eta^2 = 0.56$). The results of this study show socio-cultural factors related to the experience of insomnia in Iran (including barriers to help-seeking, commonly used behavioral strategies, common dysfunctional beliefs about sleep, and insomnia treatments preferences).

Keywords: insomnia, cultural adaptation, cognitive-behavioral therapy, thematic analysis.

مقدمه

بی خوابی یکی از شایع ترین اختلالات روانی است که با دشواری در به خواب رفتن، ناتوانی در حفظ حالت خواب یا بیدار شدن زود هنگام مشخص می شود و آشفتگی و آسیب های بسیاری در کارکردهای زندگی فرد ایجاد می کند. این ناراحتی که علی رغم فرصت کافی برای خوابیدن اتفاق می افتد، با بیماری های جسمی و مصرف مواد بهتر توجیه نمی شود (انجمن روان پزشکی امریکا^۱، ۲۰۱۳). خط اول درمان این اختلال، درمان شناختی - رفتاری بی خوابی^۲ است که هدف آن تغییر شناخت ها و رفتارهای ناکارآمدی است که سبب تداوم بی خوابی می شوند (ادینجر و مینز^۳، ۲۰۰۵). درمان شناختی - رفتاری بی خوابی یک درمان غیر دارویی و رفتاری مؤثر است که وضعیت خواب را با عوارض جانبی منفی کمی بهبود می بخشد (تراور^۴ و همکاران، ۲۰۱۵) و بیماران آن را به دارودرمانی ترجیح می دهند (وینسنت و لیونبرگ^۵، ۲۰۰۱). به طور معمول این درمان از ۵ مؤلفه تشکیل می شود: ۱) کنترل محرک^۶، ۲) محدودسازی خواب^۷، ۳) بهداشت خواب^۸، ۴) درمان شناختی، و ۵) تن آرامی^۹. کارایی هر یک از این مؤلفه ها به صورت مجزا مشخص شده است (مورین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶) و درمان شناختی - رفتاری بی خوابی از همه ۵ مؤلفه بالا

1. American Psychiatric Association
2. cognitive behavioral therapy for insomnia
3. Edinger & Means
4. Trauer
5. Vincent & Lionberg
6. stimulus control
7. sleep restriction
8. sleep hygiene
9. relaxation
10. Morin

استفاده می‌کند تا به بالاترین اثربخشی درمان دست یابد. به‌طور مثال، یک مطالعه نشان داد که این درمان برای حدود ۷۵ درصد از شرکت‌کنندگان دچار بی‌خوابی مفید واقع می‌شود و نهنفتگی پیش از شروع خواب را به‌طور متوسط ۵۰ درصد کاهش می‌دهد (مورین و همکاران، ۱۹۹۹). مزیت این درمان در ایران نیز مشخص شده است، به‌طوری که اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی به بهبود کیفیت خواب و کاهش علائم بی‌خوابی می‌انجامد. نظری و همکارانش (۱۳۹۲) نیز نشان دادند درمان گروهی شناختی - رفتاری بی‌خوابی به بهبود علائم بی‌خوابی زندانیان کمک می‌کند. بر اساس یک مقاله مروری، درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی و دارودرمانی در کوتاه‌مدت اثربخشی تقریباً یکسانی دارد، اما مشخص شد درمان طولانی‌مدت بی‌خوابی به احتمال بیشتری با استفاده از درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی حاصل می‌شود (رایمن و پرلیس^۱، ۲۰۰۹). به‌دلیل همین مزیت‌ها، در این پژوهش درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی برای انطباق فرهنگی انتخاب شد.

با اینکه به‌نظر می‌رسد خواب پدیده‌ای زیستی و جهانی است، اما خواب و بی‌خوابی از نظر نحوه، دلیل، مکان، و زمان می‌تواند تحت تأثیر بافتار اجتماعی - فرهنگی قرار بگیرد (فلسکراد^۲، ۲۰۱۵). به‌طور مثال، معمولاً به‌منزله بخشی از درمان کنترل محرک توصیه می‌شود افراد دچار بی‌خوابی از چرت زدن بعدازظهر بپرهیزند (شوت - رادین^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). اما الگوی خواب، به‌خصوص چرت بعدازظهر در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (برانت و استجر^۴، ۲۰۰۴). مثلاً در کشورهای حوزه مدیترانه خواب دوفازی یا خواب بعدازظهر (سیستا^۵) رواج زیادی دارد (ماستین^۶، ۲۰۱۳). بر اساس مشاهده‌های پژوهشگر، در ایران نیز خواب بعدازظهر به‌خصوص در مناطق گرمسیر و روزهای تعطیل کاملاً رایج است. عوامل اجتماعی مانند بازنشستگی نیز می‌تواند بر کیفیت و نظم خواب تأثیر منفی بگذارد (اسحتی گرجی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین در فرهنگ‌های مختلف در زمینه محل خواب (روی زمین، سکو، یا تخت خواب) و خوابیدن به‌تنهایی یا با سایر اعضای خانواده تفاوت وجود دارد (وارن^۷، ۲۰۰۸) که این موضوع از نظر بهداشت خواب که

1. Riemann & Perlis
2. Flakerud
3. Schutte-Rodin
4. Brunt & Steger
5. siesta
6. Mastin
7. Warren

بخشی از درمان شناختی - رفتاری بی خوابی است، اهمیت دارد. همچنین در بافتارهای اجتماعی فرهنگی مختلف دیدگاه‌های متنوعی درباره بی خوابی وجود دارد و به چالش کشیدن باورهایی که خواب را مختل می‌کنند، بخشی از این درمان است.

به‌طور سنتی مطالعات بی خوابی همواره بر مقیاس‌های اندازه‌گیری عینی و کمی مانند پرسش‌نامه‌ها یا دستگاه‌های نظارت خواب مانند پلی‌سومنوگرافی^۱ متکی بوده‌اند (برای مثال اسمیت و وجنر^۲، ۲۰۰۳)، درعوض، مطالعات کیفی، بافتار و تجربه بیماران و درمان‌گران، و همچنین رابطه بیمار - درمان‌گر و تغییرات آن در طول زمان را از دیدگاه عمیق‌تری در نظر می‌گیرند (کرسول و کلارک^۳، ۲۰۰۷). به همین دلیل، اخیراً در پژوهش‌های خواب تمایل روزافزونی به پذیرش ظرفیت رویکردهای کیفی در افزایش شناخت اختلالات خواب مانند بی خوابی پیدا شده است (چیونگ و همکاران، ۲۰۱۴). مثلاً مطالعات کیفی نشان می‌دهند که بیماران و درمان‌گران برداشت‌های متفاوتی از بی خوابی و درمان آن دارند. این در حالی است که دیدگاه بیماران در مورد بی خوابی و درمان آن می‌تواند بر میزان درگیری آن‌ها با فرایند درمان تأثیر بگذارد (هگر و اوربل^۴، ۲۰۰۳). به‌طور مثال، زمانی که افراد دچار بی خوابی مشکلات خود را جزئی می‌دانند و یا درمان‌های موجود را غیر جذاب و بی‌تأثیر می‌پندارند، احتمال کم‌تری وجود دارد که برای آن در جست‌وجوی کمک حرفه‌ای باشند (استینسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). زمانی هم که بیماران وارد مرحله درمان می‌شوند، پذیرش درمان شناختی - رفتاری بی خوابی می‌تواند بر نتیجه درمان اثرگذار باشد. به‌طور مثال هنگامی که بیماران درمان محدودسازی خواب و درمان کنترل محرک را که دو مؤلفه مهم در این درمان هستند، خسته‌کننده یا آزاردهنده می‌بینند، کم‌تر به ادامه درمان علاقه نشان می‌دهند (وینست و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، برای بررسی جنبه‌های کیفی اجرای درمان شناختی - رفتاری بی خوابی در بافت اجتماعی - فرهنگی ایران نیاز به پژوهش‌های کیفی است. به‌ویژه مطالعات بسیار کمی به این موضوع پرداخته‌اند که چگونه بافتار و محیط اجتماعی - فرهنگی در شکل‌دهی تجربه ذهنی مراجعان و درمان‌گران از فرایند درمان بی خوابی و تعامل آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین،

1. polysomnography
2. Smith & Wegener
3. Creswell & Clark
4. Hagger & Orbell
5. Stinson

به منظور کاهش این شکاف، شناخت وسیع‌تری از تجربه ذهنی بی‌خوابی نیاز است و برای رسیدن به این شناخت، لازم است از روش‌های کیفی استفاده شود.

جنبه‌های گوناگونی از درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی می‌تواند تحت تأثیر فرهنگ جامعه قرار بگیرد. مثلاً بین فرهنگ‌های مختلف، احتمالاً در زمینه این موضوع که بی‌خوابی و مراجعه به روان‌شناس با داغ‌ننگ همراه است، تفاوت وجود دارد و این موضوع، بر میزان مراجعه افراد به درمانگر و به‌ویژه روان‌شناس برای بی‌خوابی تأثیر می‌گذارد (چیونگ و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این ویژگی‌های فرهنگی ممکن است موجب شود افرادی که از بی‌خوابی رنج می‌برند، نسبت به بی‌خوابی و درمان آن نوعی حس تسلیم و درماندگی داشته باشند. مثلاً ممکن است حس کنند که هرگز درمان نمی‌شوند (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). برعکس، برخی تمایل دارند بی‌خوابی را طبیعی بدانند، مثلاً آن را به فرایند سالمندی، تغییرات هورمونی، یا مشکلات خلقی، و ارزش‌ها و باورهای فرهنگی نسبت دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۵) که این مسئله به‌نوبه خود مانع از رفتار کمک‌خواهانه در اولین مراحل بی‌خوابی می‌شود. یانگ و همکارانش (۲۰۱۵) مشخص کردند که ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی (مثلاً تواضع در فرهنگ چینی) می‌تواند بر انتظارات و رفتارهای مرتبط با خواب چینی‌ها تأثیر بگذارد. بنابراین، برخی از نویسندگان (چیونگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ دیاز^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) تأکید می‌کنند که باید هم به درمان‌گران و هم به درمانجویان آموزش داده شود تا مدیریت درمان بی‌خوابی منحصربه‌فرد و متناسب با فرهنگ انجام شود.

در این راستا، مدل‌های صلاحیت فرهنگی^۴ فرض می‌کنند که درمان‌ها برای اینکه مؤثر باشند باید با نیازهای فرهنگی مراجعه‌کنندگان هماهنگ باشند (هوانگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، در نظر گرفتن بافتار اجتماعی - فرهنگی برای درمان‌گران بالینی که در پی به‌حداکثر رساندن موفقیت درمانی در مراجعه‌کنندگان دارای فرهنگ‌های مختلف هستند، مهم تلقی می‌شود (برنال و شارون - دل - ریو^۶، ۲۰۰۱). در ایران نیز تلاش‌هایی برای انطباق فرهنگی یا «بومی‌سازی» درمان‌های مختلف انجام شده است. مثلاً

1. Yung
2. Cheung
3. Dyas
4. cultural competence
5. Hwang
6. Bernal & Scharón-del-Río

صمصام شریعت و همکاران (۱۳۹۶) بر اساس منابع نوشتاری، یک درمان بومی ایرانی را برای افسردگی پیشنهاد دادند. انطباق‌های فرهنگی در دو دسته سطحی یا عمیق طبقه‌بندی می‌شوند (رسنیکف^۱ و همکاران، ۱۹۹۹). در این پژوهش، انطباق فرهنگی درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی بر اساس دیدگاه لائو^۲ (۲۰۰۶) وابسته به پژوهش تجربی توصیفی و کیفی اولیه مبنی بر تجارب و نگرش عموم مردم جامعه، درمان‌گران و مراجعه‌کنندگان انجام خواهد شد و نوع و سطح انطباق بنا به نتایج مرحله نخست پژوهش مشخص خواهد شد.

مطالعات انگشت‌شماری به جنبه‌های فرهنگی و بافتاری درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی برای اختلال بی‌خوابی توجه کرده‌اند. در یک مطالعه جلال^۳ و همکاران (۲۰۱۶) درمان رایج شناختی - رفتاری برای تروما را برای مصری‌های دچار تروما انطباق دادند و بخشی از پژوهش خود را به درمان بی‌خوابی آن‌ها اختصاص دادند. آن‌ها چند توصیه اسلامی برای قبل از خواب (وضو گرفتن، نماز وتر، مرور آیات قرآن، تسبیح گفتن، و دعا) و دو توصیه برای بعد از خواب (نماز صبح و دعا) را به درمان استاندارد اضافه کردند. با این حال، این پژوهش انطباق‌های مذکور را به صورت نظام‌مند و پژوهش - محور ایجاد نمی‌کند. به همین ترتیب، در مطالعه‌ای وانگ^۴ و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند هنوز در چین درمان‌های سنتی چینی برای درمان بی‌خوابی رواج بیشتری نسبت به روان‌درمانی‌های علمی مانند درمان شناختی - رفتاری دارد. یکی از تبیین‌های آن‌ها برای این موضوع، عدم علاقه مردم چین به بحث‌های منطقی است. این مطالعه نشان می‌دهد جنبه‌های فرهنگی می‌توانند بر نگرش درمان‌جویان نسبت به درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی و حتی احتمالاً نتیجه درمان تأثیرگذار باشد. یک مطالعه دیگر نیز (یانگ و همکاران، ۲۰۱۵) بر نیاز به انطباق فرهنگی در ارزیابی و درمان بی‌خوابی (مثلاً تدوین درمان‌های مخصوص یک فرهنگ) به خصوص در فرهنگ‌های غیر غربی تأکید کرده است.

در بسیاری از کشورها مانند پاکستان، به دلیل غلبه فرهنگ سنتی، درمان‌های گیاهی یا تشریفات سنتی بیش از درمان‌های مبتنی بر شواهد رواج دارد (نعیم^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد در ایران نیز چنین الگویی وجود داشته باشد (رضایی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Resnicow
2. Lau
3. Jalal
4. Wang
5. Naeem
6. Rezaie

تعدادی از متخصصان (هیز^۱، ۲۰۰۹) بر این باورند که زیربنای درمان شناختی - رفتاری ارزش‌های فرهنگی فرهنگ‌های فردگرا مانند انگلستان و امریکاست، در حالی که فرهنگ ایران معمولاً به صورت جمع‌گرا در نظر گرفته می‌شود (بایربراور^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). گفته می‌شود افراد فرهنگ‌های فردگرا از جنبه‌های مهمی از جمله ارزش‌های اساسی، جهت‌گیری فرهنگی و میزان توجهی که به شناخت در مقابل هیجان دارند، با افراد در فرهنگ‌های جمع‌گرا متفاوت‌اند (لاونگانی^۳، ۲۰۰۴). در ایران نیز، خزائی و رضایی (۱۳۹۴) در پژوهش کیفی خود در زمینه پیامدها و درمان بی‌خوابی نشان می‌دهند که ایرانیان تمایل زیادی به درمان‌های سنتی دارند. بنابراین، دلایل منطقی وجود دارد تا درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی انطباق پیدا کند تا برای فرهنگ‌های جمع‌گرا از جمله ایران نیز مفید و مؤثر باشد.

با توجه به اینکه درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی یک درمان پرکاربرد، منحصربه‌فرد و متفاوت از سایر درمان‌های شناختی - رفتاری است، تاکنون هیچ مطالعه‌ای به ایجاد تغییرهای پژوهش - محور و نظام‌مندی در ساختار کلاسیک این درمان برای انطباق آن با فرهنگ‌های مختلف نبرداخته است (مورین^۴، مکاتبه شخصی، ۱۸ ژانویه ۲۰۱۶). به خصوص به نظر می‌رسد در فرهنگ ایران با ویژگی‌های منحصربه‌فرد آن، ایجاد انطباق‌هایی بر درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی بتواند تأثیرات مثبتی بر نتایج و افزایش جذابیت این درمان داشته باشد و حتی ممکن است نتایج این پژوهش، تلویحاتی را نیز برای اجرای درمان‌های دیگر در بافتار و فرهنگ ایرانی فراهم آورد. با توجه به این مطالب، در این پژوهش، به صورت اکتشافی به دنبال یافتن جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با بی‌خوابی از جمله باورها، نگرش‌ها، نیازها و روش‌های مدیریت بی‌خوابی و همچنین تجربه‌ها و نیازهای مراجعان و دیدگاه‌های درمان‌گران درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی در ایران هستیم تا بتوانیم بر مبنای آن انطباقی مبتنی بر فرهنگ ایرانی در درمان استاندارد شناختی - رفتاری بی‌خوابی ایجاد کنیم و سرانجام، اثربخشی درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی را متناسب با بافت اجتماعی - فرهنگی ایران به صورت اولیه بررسی کنیم.

-
1. Hays
 2. Bierbrauer
 3. Laungani
 4. Morin

روش

این پژوهش از دو بخش کیفی و کمی تشکیل شده است. بخش کیفی به صورت توصیفی و بخش کمی این پژوهش نیز به صورت نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون بدون گروه کنترل انجام شده است. در مجموع در این پژوهش ۴۱ شرکت‌کننده حضور داشتند که از میان آن‌ها از ۳۱ نفر مصاحبه کیفی به عمل آمد و بر روی ۱۰ نفر درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی اجرا شد.

اعتبار داده‌های کیفی

این پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاقی دانشگاه تربیت مدرس است. اعتبار داده‌های کیفی با چهار معیار (هاوتون^۱ و همکاران، ۲۰۱۳) بررسی شد: ۱) اعتبارپذیری: صحت و دقت کدها با ۹ نفر از شرکت‌کنندگان (۷ نفر از عموم مردم و ۲ نفر از درمان‌گران) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین به دلیل جمع‌آوری داده‌های کیفی از سه منبع عموم مردم، مراجعان و درمان‌گران بخش زیادی از کدها تکرار شد که این موضوع نیز اعتبارپذیری کدها را از راه مثلث‌سازی تأیید می‌کند. علاوه بر این، شیوه مصاحبه، کدگذاری و تحلیل مورد بازبینی و اصلاح تیم پژوهش قرار گرفت. هر دو پژوهشگر، متن‌های نوشته‌شده را به منظور افزایش اعتبار بازخوانی کردند و هر گونه تفاوت نظر میان کدگذاران در پنج جلسه پژوهشی مورد بحث قرار گرفت تا کدگذاران به توافق دست یافتند؛ ۲) اعتمادپذیری: تمامی داده‌های صوتی، آوانوشت‌ها و کدها در دسترس قرار دارد. همچنین تمامی کدها به صورت لفظی^۲ هستند و حتی‌الامکان از کدگذاری به صورت تحلیلی اجتناب شد تا اعتمادپذیری یافته‌ها و تحلیل‌ها تأمین شود؛ ۳) تأییدپذیری: برای تحقق تأییدپذیری، پژوهشگر تلاش کرد تا با به حداقل رساندن ذهنیت خود در روند مصاحبه و عدم القای اطلاعات، عدم سوق دادن مشارکت‌کننده به مسیری خاص و اجتناب از دخالت دادن ذهنیات شخصی در فرایند تفسیر داده‌ها تأییدپذیری پژوهش را به حداکثر برساند. از ناظران بیرونی و خود مشارکت‌کنندگان نیز برای چک کردن و تأیید یافته‌ها استفاده شد؛ ۴) انتقال‌پذیری: از طریق مصاحبه با شرکت‌کنندگان ناهمگون از نظر محل تولد، سن و سطح تحصیلات، انتقال‌پذیری یافته‌ها تأمین شده است. همچنین مروری بر پژوهش‌های

1. Houghton
2. semantic

مشابه در سایر کشورها شباهت‌های قابل توجهی نسبت به یافته‌های سایر کشورها را نشان می‌دهد که این موضوع نیز مؤید انتقال‌پذیری داده‌هاست.

روند اجرای پژوهش

بخش کیفی: بخش کیفی این مطالعه از سه مرحله تشکیل شده است. در هر سه مرحله، ابتدا بر اساس پیشینه پژوهش یک راهنمای مصاحبه اختصاصی (متشکل از سؤال‌های اصلی و کنکاش‌ها) تدوین شد که با مطرح شدن مسائل جدید در مصاحبه‌ها به تدریج اصلاح می‌شد. همچنین در تمامی مراحل ابتدا به شرکت کنندگان درمورد مطالعه اطلاعات داده شد و برای انجام مصاحبه کامل زمانی تعیین شد و در صورتی که تمایل به مصاحبه وجود داشت، شرکت کنندگان فرم رضایت‌نامه و محرمانه بودن اطلاعات را امضا می‌کردند. در زمان تعیین‌شده، مصاحبه توسط نویسنده اول انجام شد. در هر سه مرحله، مصاحبه تا زمانی ادامه پیدا کرد که به اشباع درون‌مایه‌ای رسیدیم و در آن مصاحبه‌های جدید مفهوم جدید یا مقوله درون‌مایه‌ای جدیدی را ایجاد نمی‌کرد (فاش و نس، ۲۰۱۵). تمامی مصاحبه‌ها با اپلیکیشن‌های تلفن همراه نویسنده اول ضبط شد و به صورت کلمه به کلمه^۲ مورد آوانویسی املایی^۳ قرار گرفت.

هدف از مرحله اول بررسی باورها، نگرش‌ها و عادات رفتاری عموم مردم در زمینه مدیریت بی‌خوابی بود. این مرحله در آذر تا اسفند ۱۳۹۵ در شهرهای تهران، اهواز و آبادان با اجرای ۱۹ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برگزار شد. در این مرحله، بیشتر مصاحبه‌ها در محل کار (۱۴ مصاحبه)، و تعداد کمی از آن‌ها در خانه شرکت کنندگان (۵ مصاحبه) انجام شد تا مصاحبه‌شوندگان احساس آرامش بیشتری داشته باشند. مصاحبه‌ها بین ۳۲ تا ۶۶ دقیقه طول کشید (میانگین = ۴۷ دقیقه و ۲۱ ثانیه؛ انحراف استاندارد = ۷ دقیقه و ۱۹ ثانیه).

مرحله دوم، به منظور بررسی نظرات متخصصان درمورد اجرای درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی در بافت اجتماعی - فرهنگی ایران انجام شد. از خرداد تا مرداد ۱۳۹۶ به صورت تلفنی ۷ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۷ درمان‌گر شناختی - رفتاری بی‌خوابی انجام شد. مصاحبه‌ها بر اساس تمایل شرکت کنندگان با استفاده از تلفن یا با استفاده از نرم افزارهای واتس‌آپ و اسکایپ انجام گرفت. دلیل انتخاب این روش مصاحبه این بود که

1. Fusch & Ness
2. verbatim
3. orthographical transcription

درمان‌گران در نواحی جغرافیایی پراکنده‌ای بودند و همچنین با توجه به درگیری‌های زیادی که داشتند، هماهنگی یک جلسه رودرو دشوارتر از مصاحبه تلفنی بود. از ۷ درمان‌گر مورد مصاحبه، ۳ نفر در هنگام مصاحبه در تهران، ۱ نفر در دهلی هندوستان، ۱ نفر در اهواز، ۱ نفر در امیدیه و ۱ نفر در شهر قم حضور داشت. مصاحبه‌ها بین ۲۸ تا ۶۸ دقیقه طول کشید (میانگین = ۴۵ دقیقه و ۲۷ ثانیه؛ انحراف استاندارد = ۱۳ دقیقه و ۲۱ ثانیه). مرحله سوم، به منظور بررسی نیازها و تجربه‌های مراجعان ایرانی دچار بی‌خوابی از مراجعه به درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی انجام شد. از اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۶ با ۵ مراجع بی‌خوابی که جلسه آخر این درمان را پشت سر گذاشته بودند، ۵ مصاحبه نیمه ساختاریافته به عمل آمد. مصاحبه‌ها در همان محل اجرای درمان انجام شد. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۴۲ دقیقه به طول انجامید (میانگین = ۳۵ دقیقه و ۴۱ ثانیه؛ انحراف استاندارد = ۴ دقیقه و ۲۳ ثانیه).

سرانجام، بر اساس یافته‌های سه مرحله مطالعه کیفی، تغییرهای احتمالی متناسب با فرهنگ در درمان کلاسیک شناختی - رفتاری بی‌خوابی ایجاد شد. روایی محتوایی تغییرات این بسته درمانی پس از مشورت با دو متخصص و درمان‌گر با تجربه در این زمینه (یک فلوشیپ خواب و یک استاد روان‌شناسی) تعیین شد. این نظرسنجی از متخصصان تا انتهای پژوهش به صورت مستمر ادامه یافت.

بخش کمی: درمان انطباق یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی روی ۱۰ فرد دچار بی‌خوابی که ملاک‌های ورود و خروج را احراز کردند، در ۴ جلسه اجرا شد. همه داوطلبان، رضایت‌نامه کتبی شرکت در طرح پژوهشی را امضا کردند. بی‌خوابی مراجعان در دو مرحله قبل از مداخله (هفته ۰) و پس از مداخله (هفته ۴) با استفاده از شاخص شدت بی‌خوابی مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین در طول درمان، مراجعان الگوی خواب خود را با استفاده از روزنگار توافقی خواب ثبت می‌کردند.

شرکت کنندگان بخش کیفی

بخش کیفی: شرکت کنندگان مرحله اول کیفی، به دلیل دسترسی آسان و به صورت هدفمند از محیط‌های کاری (اغلب مغازه‌ها) و مکان‌های عمومی مانند بوستان‌های عمومی انتخاب شدند. تلاش شد در انتخاب شرکت کنندگان، از طیف‌های مختلف اجتماعی، انتخاب شود تا گروه مورد مطالعه حتی الامکان ناهمگن باشد. ملاک‌های ورود به این

مرحله از پژوهش عبارت بودند از سن ۱۸ سال به بالا، ایرانی بودن، و گزارش تاریخچه تجربه ذهنی بی‌خوابی (یعنی دشواری در شروع خواب، حفظ خواب یا بیدار شدن زودهنگام). گفتنی است که ۳ نفر از آن‌ها در زمان مصاحبه، تجربه ذهنی بی‌خوابی را داشتند. مراجعان دارای تجربه درمان تخصصی و تشخیص رسمی بی‌خوابی از این مرحله حذف شدند. منطبق استفاده از این چارچوب نمونه‌گیری به‌دست آوردن باورها و تجارب بی‌خوابی افرادی بود که در جامعه عمومی ایرانیان هستند، به‌خصوص افرادی که خود را دارای تشخیص رسمی بی‌خوابی نمی‌دانند، زیرا افرادی که برای بی‌خوابی خود به درمان مراجعه می‌کنند، احتمالاً نمونه معرفی از جامعه ایران نیستند. شرکت‌کنندگان مرحله دوم، ۷ نفر از درمان‌گران درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی بودند. ابتدا با بررسی پژوهش‌هایی که در ایران در مورد این روش انجام شده است و پرس و جو از استادان متخصص در زمینه خواب و همچنین با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی گلوله‌برفی به نام ۹ درمان‌گر شناختی - رفتاری بی‌خوابی دست یافتیم که با تلاش‌های انجام‌گرفته از بین آن‌ها، موفق شدیم با ۷ نفر از آن‌ها به‌صورت تلفنی مصاحبه‌ای به‌عمل بیاوریم. ملاک‌های ورود به این مرحله از پژوهش عبارت بودند از داشتن ملیت ایرانی، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد در رشته‌های مرتبط با خواب، و سابقه اجرای درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی. این درمان‌گران بین ۱ تا ۵ سال (میانگین ۲٫۵ سال) سابقه اجرای این درمان را داشتند. شرکت‌کنندگان مرحله سوم، ۵ نفر از مراجعان درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی بودند. ابتدا با تماس با درمان‌گران موضوع این مرحله از پژوهش با آن‌ها مطرح شد. در ابتدا ۳ درمان‌گر پذیرفتند با مراجعان بی‌خوابی خود در این زمینه صحبت کنند، زیرا برخی از درمان‌گران در حال حاضر مراجع بی‌خوابی نداشتند. به‌دلیل کمبود مراجعی که به‌طور کامل در جلسات حاضر شود، با مراجعان یکی از درمان‌گران نتوانستیم مصاحبه‌ای انجام دهیم، و از دو درمان‌گر دیگر، با ۳ نفر از مراجعان یکی از آن‌ها و ۲ نفر از مراجعان درمان‌گر دیگر مصاحبه به‌عمل آمد. ملاک‌های ورود به این مرحله از پژوهش عبارت بودند از سن بالای ۱۸ سال، داشتن ملیت ایرانی و طی کردن یک دوره کامل درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی توسط یک متخصص.

بخش کمی: با استفاده از شبکه اجتماعی لینکدین در مورد درمان‌رایگان بی‌خوابی اطلاعاتی منتشر شده و برای بیش از هزار نفر، آگهی تبلیغاتی به‌صورت مستقیم ارسال شد. همچنین این آگهی توسط پژوهشگر و همچنین تعدادی از دانشجویان رشته روان‌شناسی در

بسیاری از گروه‌های پیام‌رسان‌های مختلف منتشر شد. علاوه بر این در سطح دانشگاه‌ها و معابر عمومی شهر پوسترهایی چسبانده شد. از میان تماس‌های متعدد افراد متقاضی درمان، بی‌خوابی ۳۲ نفر در غربالگری تلفنی تأیید شد و از میان این افراد، ۱۸ نفر برای ارزیابی حضوری به مرکز مشاوره دانشگاه تربیت مدرس و مرکز طب کار ایرانیان مراجعه کردند، و بی‌خوابی ۱۴ نفر تأیید شد. این ۱۴ نفر در جلسه اول درمان شرکت کردند. در جلسه دوم ۱۲ نفر شرکت کردند، در جلسه سوم هر ۱۲ نفر شرکت کردند، اما در جلسه چهارم تنها ۱۰ نفر شرکت کردند (یک مراجع به دلیل مشکل پزشکی و دیگری مسافرت خارج از کشور در جلسه چهارم حضور نیافت). بنابراین، اجرای این درمان در ۴ جلسه با حدود ۲۹ درصد ریزش همراه بود. مدت بی‌خوابی ۴ نفر از شرکت‌کنندگان بین ۳ ماه تا ۳ سال بود و ۶ نفر گزارش کردند که بیش از ۳ سال مشکل بی‌خوابی داشته‌اند. ۹ نفر از شرکت‌کنندگان سابقه مصرف داروهای خواب‌آور داشتند، با این حال در زمان اجرای درمان، هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان برای مشکل خواب دارویی مصرف نمی‌کرد.

برای این مرحله از پژوهش ملاک‌های ورود و خروج به صورت همخوان با پیشینه پژوهشی (بلوم^۱ و همکاران، ۲۰۱۵) تعیین شد. وجود یا فقدان این ملاک‌ها در داوطلبان در

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با شرکت‌کنندگان

بخش کمی	بخش کیفی		عموم مردم	
	مراجعان	درمانگران		
مراجعان درمان	۴ (۴۰٪)	۰ (۰٪)	۱۶ (۸۴/۲٪)	مذکر
	۶ (۶۰٪)	۷ (۱۰۰٪)	۳ (۱۵/۸٪)	مؤنث
	۴۸/۹ (۱۶,۷٪)	۵۴/۴ (۱۵,۴٪)	۴۳/۲ (۱۵)	سن (انحراف استاندارد)
	۷۳-۲۸	۷۱-۳۲	۷۹-۱۸	دامنه سن
				سطح تحصیلات
	۱ (۲۰٪)	۰ (۰٪)	۲ (۱۰/۵٪)	ابتدایی
	۴ (۴۰٪)	۰ (۰٪)	۱۲ (۶۳/۲٪)	دبیرستان
	۳ (۳۰٪)	۰ (۰٪)	۲ (۱۰/۵٪)	کارشناسی
	۲ (۲۰٪)	۱ (۱۴/۳٪)	۳ (۱۵/۷۹٪)	کارشناسی ارشد
	۱ (۱۰٪)	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	دکتری

ارزیابی حضوری تعیین شد. در این پژوهش ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) ارائه رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی برای شرکت در پروژه، (۲) توانایی خواندن و نوشتن، (۳) نمره ۱۰ به بالا در شاخص شدت بی‌خوابی، (۴) داشتن شرایط خواب طبیعی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: (۱) داشتن بی‌خوابی به دلیل درد یا مشکلات پزشکی، (۲) وجود اختلالات خواب دیگر نظیر نارکولپسی، آپنه انسدادی خواب یا سندرم پاهای بی‌قرار که مستلزم توجه فوری باشند، (۳) وجود اختلالات روانی حاد که مستلزم توجه فوری باشند، (۴) مصرف داروهای افسردگی یا خواب در دو ماه قبل از شروع درمان، (۵) گذراندن روان‌درمانی‌های دیگر به صورت هم‌زمان. در این پژوهش، وجود اختلالات خفیف روانی دیگر به دلیل همبندی بسیار زیاد مجاز در نظر گرفته شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در سه مرحله کیفی و بخش کمی پژوهش در جدول ۱ مطرح شده است.

ابزارهای پژوهش

مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته: در این پژوهش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۳ گروه از افراد انجام شد: نخست با عموم مردم به منظور بررسی عادات، باورها، و نگرش‌های آن‌ها در مورد بی‌خوابی مصاحبه عمیق انجام می‌شود. دوم، با متخصصان برای شناخت نظرات درمان‌گران از اجرای درمان شناختی - رفتاری در ایران و سوم، با مراجعان درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی برای شناسایی تجربیات و نیازهای آن‌ها. مازندرانی (۱۳۹۶) سؤال‌ها و توضیح‌های کامل مربوط به این مصاحبه‌ها را به صورت مشروح ذکر کرده است.

شاخص شدت بی‌خوابی: در این پژوهش، شاخص شدت بی‌خوابی^۱ در مرحله کمی دو بار قبل و پس از درمان اجرا شد. شاخص شدت بی‌خوابی یک ابزار ذهنی کوتاه برای اندازه‌گیری علائم و پیامدهای بی‌خوابی است. شاخص شدت بی‌خوابی از ۷ آیتم تشکیل شده است که زمان شروع خواب، نگهداری خواب^۲، بیدار شدن زود هنگام از خواب، تداخل با کارکرد روزانه، دیدگاه مراجع در مورد پیامدهای بی‌خوابی، نگرانی در مورد مشکلات خواب و رضایت از الگوهای خواب را می‌سنجد (باستین^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). شدت ادراک شده هر یک از آیتم‌ها در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای سنجیده می‌شود. از مجموع این آیتم‌ها نمره نهایی از ۰ تا ۲۸ به دست می‌آید. این شاخص از زمان تدوین

1. Insomnia Severity Index (ISI)
2. sleep maintenance
3. Bastien

توسط مورین (۱۹۹۳) در مطالعات پژوهشی و بالینی بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است (صادق‌نیت حقیقی^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نشان می‌دهند که شاخص شدت بی‌خوابی برای سنجش و غربالگری بی‌خوابی پرسش‌نامه‌ای مفید و دارای روایی و اعتبار قابل قبولی است (باستین و همکاران، ۲۰۰۱؛ گاگون^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط یزدی^۳ و همکاران (۲۰۱۲) مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه با محاسبه آلفای کرونباخ نشان داد نسخه فارسی دارای همسانی درونی بالاتر از ۰/۸ است. همچنین در پژوهش صادق‌نیت و همکاران (۲۰۱۴)، هم‌بستگی بالایی میان نتایج شاخص شدت بی‌خوابی و متغیرهای متناظر پلی‌سومنوگرافی به‌دست آمد.

روزنگار توافقی خواب: در بخش کمی این پژوهش، برای ارزیابی جلسه به جلسه وضعیت خواب شرکت‌کنندگان از روزنگار توافقی خواب^۴ استفاده شد. روزنگار توافقی خواب به‌منزله یکی از ابزارهای اصلی درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی (ناتاله^۵ و همکاران، ۲۰۱۵)، یک ابزار خودگزارشی است که در هنگام بیداری پر می‌شود. شرکت‌کنندگان برخی از متغیرهای خواب مانند مدت در تخت خواب بودن^۶، زمان کلی خواب^۷، نهفتگی شروع خواب^۸، بیداری‌های پس از شروع خواب^۹، کیفیت خواب^{۱۰} و اثربخشی خواب^{۱۱} را برآورد می‌کنند. مشخص شده است که روزنگار خواب، برآوردی معتبر از الگوی خواب مراجعان را ارائه می‌کند (مورین و اسپای^{۱۲}، ۲۰۰۳)، و به‌عنوان استاندارد طلایی مقیاس‌های ذهنی خواب در نظر گرفته می‌شود (بایس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶). در قیاس با زمینه‌یابی‌ها، روزنگار خواب وابستگی کم‌تری به حافظه دارد و امکان اندازه‌گیری کمی مدت خواب و برنامه خواب/بیداری در طول روزهای متوالی را فراهم می‌سازد (فولینی و هاردوی^{۱۴}، ۲۰۰۶). گزارش‌های روزنگار خواب با اندازه‌های عینی

1. Sadeghniaat-Haghighi
2. Gagnon
3. Yazdi
4. consensus sleep diary
5. Natale
6. Time in Bed (TiB)
7. Total Sleep Time (TST)
8. Sleep Onset Latency (SOL)
9. Waking After Sleep Onset (WASO)
10. Sleep Quality (SQ)
11. Sleep Efficacy (SE)
12. Morin & Espie
13. Buysse
14. Fuligni & Hardway

خواب مانند پلی سومنوگرافی هم‌بستگی بالایی دارد (ترمین^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) و در برخی متغیرها مانند بیداری های پس از شروع خواب، از دستگاه‌های گران‌قیمت عینی مانند اکتی گرافی نتایج دقیق‌تری به‌دست آورده است (شورت^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

روش تحلیل داده‌ها

در بخش کیفی، ابتدا مصاحبه‌ها به‌صورت کلمه به کلمه آوانویسی^۳ شد. سپس برای تحلیل دادگان از روش تحلیل مضمون^۴ از نسخه براون و کلارک^۵ (۲۰۰۶) استفاده شد. این روش، یکی از رایج‌ترین تکنیک‌های تحلیل داده‌ها در مطالعات کیفی است (براون و کلارک، ۲۰۰۶، ۲۰۱۳). تحلیل داده‌های کیفی هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. آوانوشت مصاحبه‌ها بررسی شد تا مفاهیم، کدها و مضمون‌های مرتبط با سؤالات پژوهش آشکار شود. سپس درون‌مایه‌ها در برابر داده‌های کدگذاری شده مرور شد و تناسب میان درون‌مایه‌ها و داده‌های کدگذاری شده مورد ارزیابی گرفت و بررسی شد که آیا درون‌مایه‌ها داستان متقاعدکننده و منسجمی درباره داده‌های کدگذاری شده بازگو می‌کنند یا خیر. سرانجام درون‌مایه‌ها تعریف و نام‌گذاری شدند. برای تسهیل فرایند کدگذاری و تحلیل، از نرم‌افزار اطلس تی. آی. استفاده شد. آوانوشت‌ها به‌منظور افزایش اعتبار توسط یک فرد دیگر (یک استاد روان‌شناسی) بازخوانی شد و در آخرین مرحله از تحلیل‌های کیفی، هر گونه تفاوت نظر میان کدگذاران در ۵ جلسه پژوهشی مورد بحث قرار گرفت تا کدگذاران به توافق دست یافتند. برای تحلیل تفاوت‌های مربوط به شاخص شدت بی‌خوابی قبل و پس از درمان از آزمون t هم‌بسته استفاده شد. علاوه بر این، برای ارزیابی تفاوت ۶ شاخص خواب در طول جلسات درمان از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. همچنین برای مقایسه دو به دوی تأثیرات مراحل مختلف درمان از آزمون بونفرونی استفاده شد. برای تحلیل‌های کمی نیز از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج بخش کیفی این مطالعه به‌صورت مختصر بیان می‌شود. مشروح نتایج بخش کیفی را

1. Tremaine
2. Short
3. transcription
4. Thematic Analysis (TA)
5. Braun & Clarke

مازندرانی (۱۳۹۶) ذکر کرده است. از تحلیل داده های مربوط به مصاحبه با عموم جامعه ۶ درون مایه به دست آمد: (۱) عوامل اجتماعی - اقتصادی بی خوابی، (۲) بی خوابی: بیماری جسم یا بیماری روان، (۳) ذهنی آرام برای خوابی آرام، (۴) انفعال در برابر بی خوابی، (۵) عادات رفتاری من برای مدیریت بی خوابی، و (۶) غذای خوب، داروی بد. همچنین تحلیل داده های به دست آمده از مصاحبه با درمان گران سه درون مایه حاصل شد: (۱) ترس و ناامیدی مراجعان، (۲) دشواری اجرای درمان شناختی - رفتاری بی خوابی، (۳) شرایط موفقیت درمان شناختی رفتاری بی خوابی. مصاحبه با مراجعان نیز سبب ایجاد ۳ درون مایه شد: (۱) از دارو تا یافتن درمانی آشنا، (۲) از دسترسی تا پای بندی، (۳) گنج با رنج. جدول ۲ درون مایه های ایجاد شده، مفهوم های سازمان دهنده مرکزی آن ها و یک نقل قول مرتبط را در ۳ مرحله پژوهش کیفی نشان می دهد.

جدول ۲ درون مایه ها، مفهوم سازمان دهنده مرکزی و نقل قول ها

عموم مردم		
درون مایه ها	مفهوم سازمان دهنده مرکزی	نقل قول از شرکت کنندگان
۱. عوامل اجتماعی - اقتصادی بی خوابی	شرایط اجتماعی - اقتصادی آشفته سبب بی خوابی می شود.	تو تهران فکر می کنم [بی خوابی] زیاد باشه، به خاطر این مشکلات و سیستم جامعه (مصاحبه شونده ۹) کسایی که مثلاً چک دارن (مصاحبه شونده ۱۳).
۲. بی خوابی: بیماری جسم یا بیماری روان	بی خوابی باید ریشه یابی شود تا مشخص شود بی خوابی جسمی است یا روانی.	تا ببینی مشکلتش چیه، علتش چیه (مصاحبه شونده ۱۷)، اگه پزشکی باشه، روان شناس جواب نمی ده (مصاحبه شونده ۹).
۳. ذهنی ناآرام برای خوابی ناآرام	بی خوابی نشان دهنده ذهن ناآرام است.	اشتغال و کار اینقدر فشار روی آدم هست (مصاحبه شونده ۳)؛ اگه فکر و خیال نداشته باشی، خوابت می بره (مصاحبه شونده ۵).
عموم مردم		
۴. انفعال در برابر بی خوابی	برای بی خوابی هیچ کاری نمی توانم انجام دهم و انجام نمی دهم.	هیچی همینجور سر جام غلت می خورم (مصاحبه شونده ۱۶)، کلاً وقتشو ندارم، اصلاً به ذهنم هم نرسیده که کجا برم برای این کار [بی خوابی].

ادامه جدول ۲

۵. عادات رفتاری من برای مدیریت بی‌خوابی	روش‌های خاصی را می‌شناسم که به درمان بی‌خوابی من کمک می‌کند.	[موقع بی‌خوابی] هی برای خودم می‌چرخیدم توی گوشیم (مصاحبه‌شونده ۱) آگه خوابم نبره، نه من بازی می‌کنم با ایکس - باکس (مصاحبه‌شونده ۳).
۶. غذای خوب، داروی بد	با تغذیه مناسب بی‌خوابی ایجاد نمی‌شود و نیازی به داروهای شیمیایی نیست.	دوغ اصیل باشه. یه بار خوردم، بی‌هوش شدم (مصاحبه‌شونده ۹) ... [داروهای خواب آور] خوب نیست دیگه ... شیمیاییه دیگه همش مضره. اعتیاد آور.
درون‌مایه‌ها ۱. ترس و ناامیدی مراجعات	مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی مراجعات می‌ترسند آسیب ببینند و از دارو خسته و از مشاوره ناامیدند.	نقل قول از شرکت‌کنندگان تمام مشکلاتش رو منتسب به خوابش می‌کنه (درمان گر ۵) ... از مصرف دارو خسته شده بودن (درمان گر ۱) ... طرف باورشون نمی‌شد که این [بدون دارو] قراره تأثیر بگذاره (درمان گر ۶).
۲. دشواری اجرای درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی	سیستم پزشکی و دارویی غلبه دارد و مراجعات نظم‌ناپذیرند.	فوقش داروهای خواب‌آور از یه دکتری می‌گرفتند ... فقط درمان علامتی (درمان گر ۳) ... مردم ما خیلی اهل این نیستند که گزارش خواب بنویسند (درمان گر ۲).
۳. شرایط موفقیت درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی	برای موفقیت درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی برخی مراجعات مناسب‌ترند و مهارت و خلاقیت درمانگر اهمیت زیادی دارد.	بعضی از مراجعات که انگیزه بالایی دارند ... محدودسازی خواب رو تحمل می‌کنند (درمان گر ۴) خیلی بستگی به مهارت داره ... تجربه کاری زیاد می‌خواد، نه تجربه علمی (درمان گر ۵).
درون‌مایه‌ها	مراجعات مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی	نقل قول از شرکت‌کنندگان
عموم مردم		
از دارو تا یافتن درمانی آشنا	پس از جست‌وجوی طولانی به درمانی رسیدم که از قبل می‌شناختم.	گفتم ... یعنی می‌شه که منم مثل بقیه بدون قرص بخوابم ... (مراجع ۳) من اکثر این چیزا رو شنیده بودم ... می‌دونستم خودم (مراجع ۱).

ادامه جدول ۲

از دسترسی تا پای‌بندی	این درمان در دسترس نیست و موفقیت در آن، مستلزم شرایط مساعد و همت بالاست.	مشکل اصلیش، ناشناخته بودنش (مراجع ۴) باید تبلیغ بشه (مراجع ۵) من خودم مشکلم اینه که ... از پس خودم بر نیام (مراجع ۲).
گنج با رنج	رضایت بالا از درمانی که عمل کردن به آن دشوار است.	الان خیلی راحت‌تر خوابم می‌بره (مراجع ۴) دیر بود ... بدنمون [به داروها] عادت کرده بود (مراجع ۵) یه جورایی شکنجه بود دیگه (مراجع ۲).

پس از اجرای سه مرحله مصاحبه و تحلیل نتایج آن‌ها، تمامی داده‌ها یک بار دیگر با هدف یافتن جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی جامعه ایرانی در زمینه مدیریت بی‌خوابی تحلیل شد و ۲۱ ویژگی اجتماعی - فرهنگی یافته شد که در مازندرانی (۱۳۹۶) ذکر شده است و در اینجا به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. برای واکنش مناسب به این ویژگی‌ها ۵ تغییر در درمان استاندارد شناختی - رفتاری بی‌خوابی مورین (۱۹۹۳) اعمال شد: ۱) کوتاه کردن مدت درمان: تعداد جلسه‌های درمان از ۸ جلسه به ۴ جلسه کاهش یافت. این کاهش با هدف مطابقت بیشتر درمان با انتظار مراجعان برای نتیجه‌گیری سریع، دسترس‌پذیری بیشتر برای افراد پرمشغله و کاهش هزینه‌های درمان به‌منظور افزایش دسترسی اقشار کم‌درآمدتر انجام شد؛ ۲) مشارکت دادن اعضای خانواده: از ابتدای درمان یکی از اعضای خانواده مراجع (همسر، والدین یا یکی از فرزندان) برای کمک به اجرای تکلیف‌ها و دستورالعمل‌ها در خانه، به درمانگر کمک می‌کرد. این کار با توجه به نقش اعضای خانواده در شکل‌گیری و تداوم بی‌خوابی و ایجاد انگیزه به مراجعان انجام شد؛ ۳) استفاده از مصاحبه انگیزشی: در مصاحبه‌ها مشخص شد که مراجعان در اغلب مواقع با ناباوری و انگیزه کم این درمان را شروع می‌کنند، در حالی که موفقیت در این درمان مستلزم حضور مراجع و تغییر در سبک زندگی اوست. برای پاسخ‌گویی به این مسئله، بر اساس میلر و رولنیک^۱ (۲۰۱۲) از اصول مصاحبه انگیزشی (مانند درک و فراخوانی انگیزش مراجع و توانمندسازی مراجع) و فنون آن (مانند سؤالات بازپاسخ، تأیید و انعکاس) استفاده شد؛

۴) گنجاندن محتواهای آموزشی متناسب با فرهنگ: بخش اعظم جلسه اول درمان به بیان مطالب آموزشی متناسب به فرهنگ اختصاص یافت از جمله به این موارد پرداخته شد: پرداختن به احتمال احساس ننگ برای مراجعه به روان‌شناس، پرداختن به ارزشمند دانستن شب‌زنده‌داری (مترادف دانستن کم‌خوابی با قدرت و معنویت)، به چالش کشیدن تضاد کمک‌طلبی از روان‌شناس با مردانگی، معرفی درمان بدون دارو، زمان مناسب برای شام خوردن، مضرات مصرف چای پس از شام، زمان مناسب میهمانی رفتن، خواب بعد از ظهر و اجرای عملی نحوه تکمیل فرم‌ها؛ ۵) گنجاندن مفهوم‌های فرهنگی و مذهبی در صورت علاقه مراجع: برای تبیین مفاهیم بخش شناختی درمان از برخی آیه‌های و روایت‌ها استفاده شد و برای بخش رفتاری از مثال‌هایی از تزکیه نفس و ماه رمضان استفاده شد. همچنین در برنامه ریزی خواب مراجعان به مناسک مذهبی و فرهنگی (مانند نماز شب، نماز صبح، شب‌های احیا و شب یلدا) توجه شد و در موارد نیاز تغییراتی در برنامه استاندارد محدودسازی خواب اعمال شد. برای مشاهده پروتکل درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی مطابق با فرهنگ ایرانی، مازندرانی (۱۳۹۶) را ملاحظه کنید.

در بخش کمی، درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی روی ۱۰ فرد دچار بی‌خوابی اجرا شد. در جلسه اول (پیش‌آزمون) و چهارم (پس‌آزمون) درمان برای بررسی وضعیت بی‌خوابی شرکت‌کنندگان از شاخص شدت بی‌خوابی استفاده کردیم. برای بررسی تأثیر درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی، میانگین نمرات این دو مرحله اجرای شاخص شدت بی‌خوابی را با استفاده از آزمون t هم‌بسته مورد مقایسه قرار دادیم. میزان تفاوت‌ها را نیز با آزمون اندازه اثر d کوهن برای t وابسته و اندازه اثر مجذور اتا سنجیده‌ایم. برای اجرای این آزمون ابتدا فرضیه‌های این آزمون (فاصله‌ای بودن مقیاس، استقلال مشاهدات از یکدیگر، توزیع تقریباً نرمال متغیر وابسته و نبود داده‌های پرت) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج این تحلیل آماری در جدول ۳ مشخص شده است.

نتایج این مقایسه نشان می‌دهد بی‌خوابی شرکت‌کنندگان پس از چهار جلسه درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی به شکل معناداری بهبود پیدا کرد. اندازه این بهبودها همگی بسیار قابل توجه بوده‌اند.

علاوه بر این، برای ارزیابی ۶ شاخص خواب، شرکت‌کنندگان شرایط خواب خود را به صورت روزانه در روزنگار خواب ثبت کرده و در سه مرحله (در جلسه دوم، جلسه

جدول ۳ آزمون t وابسته برای مقایسه پاسخ های شرکت کنندگان به شاخص شدت بی خوابی (ISI) قبل و پس از درمان

اندازه اثر (مجدور اتا)	اندازه اثر (d کوهن)	نمره t	میانگین و انحراف استاندارد پس آزمون	میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون	آیتمها (مختصرشده)
۰/۵۶	۲/۲۸	۷/۲۱**	۰/۹۰ (۰/۸۸)	۲/۷۰ (۰/۹۵)	مشکل در به خواب رفتن
۰/۳۴	۱/۴۵	۴/۵۸**	۱/۳۰ (۰/۹۵)	۲/۷۰ (۰/۹۵)	مشکل در تداوم خواب
۰/۳۸	۱/۵۸	۴/۹۹**	۰/۳۰ (۰/۹۵)	۱/۶۰ (۰/۸۴)	مشکل در بیدار شدن زود هنگام
۰/۳۵	۱/۴۶	۴/۶۳**	۱/۴۰ (۰/۸۴)	۳/۲۰ (۰/۷۹)	رضایت از الگوی خواب
۰/۲۳	۱/۱۱	۳/۵۰**	۱/۳۰ (۰/۸۲)	۲/۷۰ (۱/۱۶)	تداخل ادراک شده بی خوابی در کارکرد روزانه
۰/۲۸	۱/۲۶	۳/۹۷**	۱/۲۰ (۰/۶۳)	۲/۳۰ (۱/۰۶)	تخریب ادراک شده کیفیت زندگی
۰/۵۷	۲/۲۳	۷/۳۲**	۰/۶۰ (۰/۹۷)	۳/۱۰ (۰/۹۹)	نگرانی از مشکل خواب
۰/۵۶	۲/۲۷	۷/۱۹**	۷/۰۰ (۳/۹۷)	۱۸/۳۰ (۴/۳۲)	نمره کلی

P < ۰/۰۱ **

سوم، و جلسه چهارم) به درمانگر/ پژوهش گر تحویل دادند. این ۶ شاخص عبارت اند از: مدت در تخت خواب بودن، زمان کلی خواب، نهفتگی شروع خواب (SOL)، مجموع بیداری های پس از به خواب رفتن، اثربخشی خواب و کیفیت خواب (SQ). برای بررسی تفاوت میانگین های سه مرحله ارزیابی این ۶ شاخص، از آزمون اندازه گیری های مکرر (یک راهه) استفاده شد. برای اجرای اندازه گیری های مکرر ابتدا فرضیه های این آزمون آماری مورد ارزیابی قرار گرفت. بر این اساس، داده ها در مقیاس نسبی هستند، توزیع متغیرهای وابسته که با آزمون های کالموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک سنجیده شد، تقریباً نرمال است، داده پرتی وجود ندارد و فرضیه کرویت که با آزمون موخلی^۱ سنجیده شد، به جز یک مورد که برای اصلاح آن از آزمون گرینهاوس جیسر^۲ استفاده

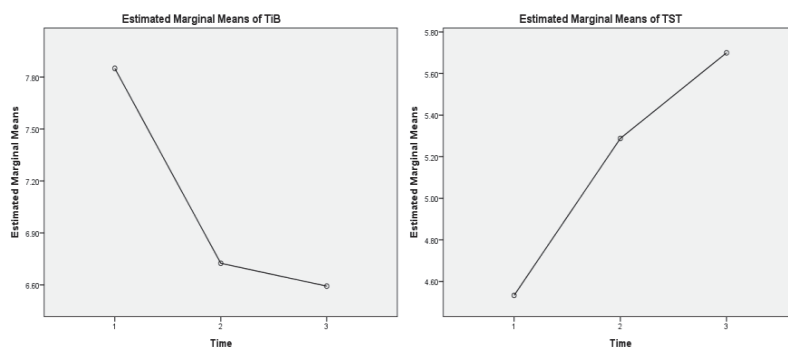
1. Mauchly's test
2. Greenhouse-Geisser

شد، رعایت شده است. برای مقایسه‌های پس‌تبعی میان سه زمان از آزمون بونفرونی^۱ استفاده شد. نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

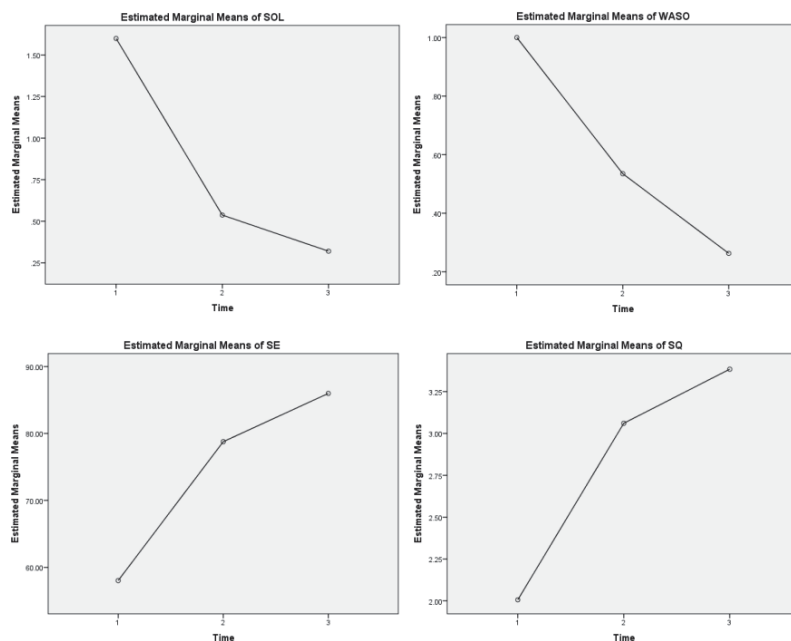
جدول ۴ اندازه‌گیری‌های مکرر تغییر شاخص‌های خواب شرکت‌کنندگان در سه مرحله درمان

شاخص	زمان ۱: میانگین (انحراف استاندارد)	زمان ۲: میانگین (انحراف استاندارد)	زمان ۳: میانگین (انحراف استاندارد)	درجه آزادی	F	مجذور اتا		
							مدت در	تخت خواب بودن
مدت کلی خواب	۷/۸۵ (۱/۰۶)	۶/۷۲ (۰/۸۲)	۶/۵۹ (۰/۸۷)	۲	۱۵/۲۱**	۰/۶۳	مدت کلی خواب	تخت خواب بودن
نهفتگی شروع خواب	۱/۶۰ (۰/۸۲)	۰/۵۴ (۰/۴۴)	۰/۳۲ (۰/۲۴)	۲	۳۵/۱۳**	۰/۸۰	مدت بیداری پس از خواب	اثر بخشی خواب
مدت بیداری پس از خواب	۱/۰۰ (۰/۷۲)	۰/۵۳ (۰/۳۴)	۰/۲۸ (۰/۲۸)	۲	۱۰/۹۳**	۰/۵۵	کیفیت خواب	
اثر بخشی خواب	(۱۸/۲۵)	(۱۱/۲۱)	(۹/۱۸)	۲	۲۶/۱۶**	۰/۷۴		
کیفیت خواب	۲/۰۱ (۰/۵۴)	۳/۰۶ (۰/۷۸)	۸۵/۹۸	۲	۲۳/۵۶**	۰/۷۲		

P < ۰/۰۱ **



1. Bonferroni



شکل ۱ تغییرات در ۶ شاخص خواب در ۳ مرحله ارزیابی روزنگار خواب

نتایج فوق نشان می دهند که در هر ۶ شاخص، تفاوت های میان ۳ مرحله معنادار است. اما برای ارزیابی تفاوت های یک به یک مراحل، از آزمون بونفرونی استفاده کردیم. در جدول ۵ نتایج آزمون بونفرونی ذکر شده است.

جدول ۵ تفاوت اندازه گیری ها طی ۳ هفته اندازه گیری ۶ شاخص خواب با آزمون بونفرونی

شاخص	تفاوت میانگین زمان ۱ و ۲	تفاوت میانگین زمان ۱ و ۳	تفاوت میانگین زمان ۲ و ۳
مدت در تخت خواب بودن	-۱/۱۳*	-۱/۲۶**	-۰/۱۳
مدت کلی خواب	۰/۷۶	۱/۱۷*	۰/۴۱
نهفتگی شروع خواب	-۱/۰۶**	-۱/۲۸**	-۰/۲۲
مدت بیداری پس از خواب	-۰/۴۶۵	-۰/۷۳۷*	-۰/۲۷۲
اثربخشی خواب	۲۰/۷۵**	۲۷/۹۶*	۷/۲۱*
کیفیت خواب	۱/۰۶**	۱/۳۸**	۰/۳۲

$P < 0.05^*$ $P < 0.01^{**}$

نتایج این آزمون نشان داد که بیشتر تغییرهای مثبت، در زمان ۲ (بین هفته دوم و سوم درمان) اتفاق افتاده است و در زمان ۳ معمولاً نتایج به دست آمده در زمان ۲ حفظ شده و کمی بهبود پیدا کرده است، اما این بهبودها به جز در مورد اثربخشی خواب از نظر ارزش پی معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از نکته‌هایی که در مصاحبه با عموم مردم، درمان‌گران و بیماران مطرح شد، تمایل به کوتاه‌مدت بودن طول درمان بود. استفاده از درمان‌های کوتاه‌مدت شناختی-رفتاری بی‌خوابی به دلیل اینکه اجرای آن‌ها زمان کم‌تری صرف می‌کند و درمان‌گران آموزش‌دیده‌ای به جز روان‌شناسان و متخصصان خواب نیز می‌توانند آن را اجرا کنند، در سایر کشورها نیز مورد آزمون قرار گرفته است. در یک مطالعه اولیه، ادینجر و سامپسون^۱ (۲۰۰۳) درمانی را متشکل از یک دوره مختصر آموزش خواب به همراه یک درمان فشرده رفتاری اجرا کردند. این درمان در ۲ جلسه، به صورت دو هفته یکبار و در جلسات ۲۵ دقیقه‌ای اجرا شد. اجرای این درمان نسبت به گروه کنترل بهبود کاملاً بیشتری را نشان داد. پس از آن بایس و همکاران (۲۰۱۱) یک درمان مشابه به نام درمان رفتاری کوتاه‌مدت برای بی‌خوابی^۲ را روی سالمندان اجرا کردند. در این پژوهش‌ها نیز درمان کوتاه‌مدت برای بی‌خوابی به شکل معناداری از گروه کنترل که شامل فقط ارائه اطلاعات به بیماران دچار بی‌خوابی بود. نگرانی شرکت‌کنندگان در مورد موانع عملیاتی دسترسی به درمان و ارتباط مستقیم با یک روان‌شناس می‌تواند ما را هم‌راستا با دیدگاه اسپای^۳ (۲۰۰۹) در مورد ارائه این درمان در جوامع غربی، برای اجرای نسخه‌های کوتاه‌شده درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی در چارچوب «مراقبت گام به گام»^۴ در ایران متقاعد کند. این کار دو مزیت دارد: نخست، دسترسی به مداخلات کوتاه‌مدت آسان‌تر و ارزان‌تر است؛ و دوم، نسخه کوتاه‌شده درمان شناختی-رفتاری بی‌خوابی را می‌توان خارج از مسیرهای رایج مراقبت‌های سلامت به کار برد، مانند مراکز عمومی (سوئیفت^۵ و همکاران، ۲۰۱۲) و محل کار (یاماموتو^۶ و همکاران، ۲۰۱۶) که هر دوی این روش‌ها ممکن است در

1. Edinger & Sampson
2. Brief Behavioral Therapy for Insomnia (BBTI)
3. Espie
4. stepped care
5. Swift
6. Yamamoto

بافتار اجتماعی - فرهنگی ایرانیان جذاب باشد. ذکر این نکته ضرورت دارد که با توجه به کمبود نیروی متخصص در زمینه پزشکی رفتاری خواب^۱، یکی از ملزومات مهم اجرای درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی کوتاه‌مدت در اماکن عمومی و محیط‌های کار، تربیت درمان‌گران آموزش‌دیده در زمینه این درمان است.

تغییر عمده دیگر، مشارکت دادن اعضای خانواده در درمان انطباق‌یافته بود. خانواده و اعضای آن نقش بسیار مهمی در زندگی ایرانیان دارند. در خانواده سنتی ایرانی پیوند خانوادگی مهم‌ترین پیوند اجتماعی محسوب می‌شود (ناصیه - بهنام^۲، ۱۹۸۵). به‌طوری‌که تنها افراد قابل اعتماد می‌توانند اعضای خانواده و دوستان قدیمی باشند (جلالی^۳، ۲۰۰۵). مروری بر پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد به‌طور کلی خواب به‌عنوان موضوعی انفرادی مفهوم‌سازی شده و مورد بررسی قرار گرفته است (روگوژانسکی^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، مروری بر برخی از رایج‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری در پژوهش‌های مربوط به بی‌خوابی نشان می‌دهد این ابزارها ماهیت خانوادگی محیط خواب بزرگ‌سالان را در نظر نمی‌گیرند (بایس و همکاران، ۲۰۰۶). به همین ترتیب، تا کنون هیچ مداخله روانی - اجتماعی برای بی‌خوابی تدوین نشده است که عوامل میان‌فردی مربوط به خواب را در نظر بگیرد. در عین حال، بسیاری از افراد خواب را یک تجربه خانوادگی توصیف می‌کنند که به‌طور مثال، بی‌خوابی می‌تواند برای همسر فرد به موضوعی چالش‌برانگیز تبدیل شود و روابط زوجین را با مشکل روبه‌رو سازد (روزنبلات^۵، ۲۰۰۶). بنابراین، اعضای خانواده می‌توانند سبب ایجاد و تداوم بی‌خوابی شوند، و به همین ترتیب، می‌توان از آن‌ها در جهت کمک به درمان بی‌خوابی نیز استفاده کرد. اعضای خانواده می‌توانند از طریق کنترل سلامتی و تقویت رفتارهای سالم (مانند تغذیه سالم و ورزش) به سلامتی یکدیگر کمک کنند (آمبرسون^۶، ۱۹۹۲). سرانجام در یک مطالعه (الیس^۷ و همکاران، ۲۰۱۵)، ۶۵ درصد از افرادی که تحت درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی قرار گرفتند، در مصاحبه پس از درمان به نقش همسر خود در نتیجه درمان اشاره کردند و در درمان‌هایی که بهتر نتیجه داده بودند، به نقش همسر به‌صورت مثبت تری اشاره شد. بنابراین، با توجه به نقش مهم خانواده

1. behavioral sleep medicine
2. Nassehi-Behnam
3. Jalali
4. Rogojanski
5. Rosenblatt
6. Umberson
7. Ellis

در زندگی ایرانیان و تأثیر آن در ایجاد، تداوم و حتی بهبود بی‌خوابی، برای انطباق درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی، از کمک اعضای خانواده بیماران استفاده کردیم.

همچنین در درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی تمامی بخش‌ها بر مبنای اصول و فنون مصاحبه انگیزشی (میلر و رولنیک، ۲۰۱۲) اجرا شد. مارینو^۱ (۲۰۰۹) یک مطالعه اولیه در مورد تأثیر مصاحبه انگیزشی روی پای‌بندی به این درمان انجام داد. نتایج نشان داد افرادی که در درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی آن‌ها مصاحبه انگیزشی گنجانده شد، نسبت به گروه کنترل، پای‌بندی بیشتری نسبت به درمان نشان دادند. اصول مصاحبه انگیزشی برای اصلاح مشکلات خواب نوجوانان پیش از این در چند مطالعه به کار رفته است (کین^۲، ۲۰۱۲). همچنین کین و همکاران (۲۰۱۱) در یک مدرسه محلی یک مداخله انگیزشی برای نوجوانان دچار بی‌خوابی انجام دادند. دانش‌آموزانی که در گروه مداخله قرار گرفتند، گزارش کردند انگیزه بیشتری برای نظم‌دهی به زمان‌های خواب و بیداری خود دارند و میانگین کلی خواب آن‌ها نیز افزایش یافت. در این پژوهش نیز، هماهنگی با این مطالعات، گنجاندن مصاحبه انگیزشی به درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی احتمالاً یکی از مؤلفه‌هایی است که به تأثیرگذاری درمان انطباق‌یافته کمک کرده است. با توجه به اینکه موفقیت این درمان مستلزم این است که مراجعان، در سبک زندگی خود تغییراتی ایجاد کنند، در نظر گرفتن میزان آمادگی و انگیزه بیماران برای تغییر در چارچوب‌هایی نظری مانند الگوی باور سلامتی^۳ (گرین و مورفی^۴، ۲۰۱۴) بسیار اهمیت دارد. پژوهش‌های قبلی نیز نشان داده‌اند افزایش انگیزه همکاری در مراجعان از طریق اعضای خانواده یا بازخوردهای درمان‌گر باعث پای‌بندی بیشتر مراجعان به این درمان می‌شود (کایل و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، پیشنهاد کردیم که مصاحبه انگیزشی با درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی تلفیق شود. پیش‌فرض فرایند مصاحبه انگیزشی این است که بیماران در طول فرایند تغییر، دچار تردید و دوسوگرایی می‌شوند. بر اساس دیدگاه مارینو (۲۰۰۹) اغلب افراد دچار بی‌خوابی در طول این درمان، میزان قابل توجهی از تردید موقعیتی^۵ را نشان می‌دهند. بنابراین، استفاده از مصاحبه انگیزشی را می‌توان به منزله روشی برای کاهش این احساس تردید به کار برد. در حال حاضر مطالعات بسیار کمی درباره اثربخشی مصاحبه

1. Marino
2. Cain
3. Health Belief Model (HBM)
4. Green & Murphy
5. situational ambivalence

انگیزی برای بیماران دچار بی‌خوابی انجام شده است. تغییر دیگری که در درمان استاندارد شناختی - رفتاری بی‌خوابی ایجاد شد، گنجاندن محتواهای آموزشی متناسب با یافته‌هایی بود که از بخش کیفی این مطالعه به دست آمده بود. در این پژوهش، نتایج مصاحبه با درمان‌گران و مراجعان دچار بی‌خوابی نشان داد که بخش‌های روانی - آموزشی درمان شناختی رفتاری بی‌خوابی مورد استقبال مراجعان قرار می‌گیرد و باعث پذیرش بیشتر این درمان می‌شود. به عبارت دیگر، مصاحبه‌های کیفی انجام شده به‌نحوی به‌مثابه یک نیازسنجی عمل کرد و بر مبنای آن، مطالب آموزشی مورد نیاز برای نخستین جلسه درمان تهیه شد. در یک مطالعه خیرآبادی^۱ و همکاران (۲۰۱۴) از همین راهبرد استفاده کردند و برای درمان آموزشی خانواده‌بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از نیازسنجی استفاده کردند. در این مطالعه نیز، روان‌درمانی آموزشی مبتنی بر نیازسنجی احتمالاً در اثربخشی بالای این درمان انطباق یافته نقش داشته است. انطباق دیگر، افزودن مفهوم‌های فرهنگی و مذهبی در درمان استاندارد شناختی - رفتاری بی‌خوابی بود. اگرچه در این پژوهش اغلب شرکت‌کنندگان اشاره مستقیمی به تأثیر مناسب مذهبی در درمان بی‌خوابی نکردند، اما بیشتر آن‌ها از مفهوم‌سازی‌هایی مانند دوگانگی روح و جسم (بی‌خوابی روحی یا بی‌خوابی جسمی) استفاده کردند که با مفهوم‌سازی‌های مذهبی همخوان است. علاوه بر این، در مراجعانی که نماز صبح می‌خواندند، در نظر گرفتن این موضوع در زمان‌بندی خواب و اجرای مؤلفه‌های رفتاری درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی اهمیت پیدا می‌کرد. بنابراین، ما در این مطالعه، از این مفهوم‌سازی‌ها استفاده کردیم، اما در استفاده از این مفاهیم مذهبی به اصول و سبک درمانی شناختی - رفتاری پای‌بند باقی ماندیم. مطابق هشدار پیرس^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در تلفیق مفاهیم مذهبی با این درمان، تلاش کردیم قبل از استفاده از مفهوم‌سازی‌های مذهبی درمان‌گر، هم با دین مراجع و هم با اعتقادات شخصی مراجع و برداشت او از آن دین آشنایی کامل پیدا کنیم. احتمالاً بر مبنای پژوهش‌های گذشته، وارد کردن مناسب (جلال و همکاران، ۲۰۱۷) و مفاهیم اسلامی (حاج و نظیر^۳، ۲۰۰۸) به درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی به‌خصوص برای مراجعانی که باورهای مذهبی بیشتری دارند، پذیرش و احتمالاً اثربخشی درمان را می‌توان بالا برد.

1. Kheirabadi
2. Pearce
3. Hodge & Nadir

نتایج این مطالعه نشان داد درمان انطباق یافته شناختی رفتاری بی خوابی در درمان بی خوابی مؤثر است و احتمال دارد تأثیر این درمان از درمان کلاسیک بالاتر باشد، زیرا میزان اندازه اثر (مجذور اتا) در این مطالعه در شش شاخص خواب بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ بود. همچنین اندازه اثر (مجذور اتا) تفاوت نمره کلی شاخص شدت بی خوابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۰/۵۶ بود. در مطالعه نظری و همکاران (۱۳۹۲) مجذور اتا برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت خواب زندانیان پس از اجرای درمان گروهی شناختی - رفتاری بی خوابی ۰/۳۱ بود که کاملاً پایین‌تر از مطالعه حاضر است. در مطالعه متقی و همکاران (۱۳۹۵) اندازه اثرهای گزارش شده (بین ۰ تا ۰/۳۸) کاملاً پایین‌تر از مطالعه حاضر است. در مطالعه امین‌نیا و همکاران (۱۳۹۰) اندازه اثر تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۰/۳۱ گزارش شده است. در سایر مطالعات اندازه اثر تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش نشده است. بر اساس دیدگاه چو^۱ و همکاران (۲۰۱۶) انطباق فرهنگی به دو دلیل سبب اثربخشی بالاتر درمان می‌شود: ۱) تناسب بافتاری بیشتر با واقعیت‌های بیرون با اصلاح محتوا، ساختار و نحوه ارائه درمان؛ و ۲) ایجاد احساس فهمیده شدن و اختیار در مراجع و افزایش همدلی و تواضع درمانگر. در این مطالعه نیز، احتمالاً این احساس‌ها و تناسب بیشتر درمان با بافت اجتماعی - فرهنگی ایران به افزایش اثربخشی این درمان کمک کرده است. با همه این‌ها، مطالعه حاضر محدودیت‌های قابل توجهی نیز دارد. داده‌های مطالعه‌های کیفی، فقط از سه شهر ایران و اغلب از تهران جمع‌آوری شد. بنابراین، نمی‌توان نتایج آن را به‌طور کامل در مورد تجربه نواحی روستایی و سایر نواحی کشور به کار برد. علاوه بر این، این مطالعه در بخش کیفی وابسته به خودگزارشی شرکت‌کنندگان در مورد تاریخچه بی خوابی و تجربه درمانشان بود و در این مراحل از هیچ ابزاری برای سنجش شرایط خواب/بی خوابی‌شان استفاده نشد. با این حال، کانون توجه این پژوهش در مراحل کیفی درک بیشتر تجربه ذهنی افراد از بی خوابی و درمان آن و رفتارهای مردم در فرهنگ ایران بود، نه سنجش عینی این موضوعات. خلاف اغلب مطالعات در زمینه بی خوابی، نمونه ما در نخستین مرحله مطالعه کیفی متشکل از نسبت بسیار بیشتری از مردان بود. اگرچه این یک محدودیت است، اما کمک می‌کند که صدای مردان دچار بی خوابی در این مطالعه بهتر شنیده شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش کمبود افرادی بود که در ایران این درمان را اجرا کرده باشند. این موضوع باعث شد مصاحبه‌های کمی از درمان‌گران و

مراجعان این درمان داشته باشیم. در این پژوهش افراد به‌سختی به مصاحبه‌گر اعتماد می‌کردند، به‌خصوص وقتی از آن‌ها خواسته می‌شد رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کنند، ترس و بی‌اعتمادی آن‌ها بیشتر می‌شد. همچنین در بخش اعظم پژوهش کیفی فرض را بر این گرفته‌ایم که رابطه مستقیمی میان آنچه مردم می‌گویند، و آنچه مردم باور دارند (و عمل می‌کنند) وجود دارد. در عین حال اذعان داریم که ضرورتاً این رابطه به‌طور کامل وجود ندارد. علاوه بر این، به‌دلیل محدودیت در زمان و امکانات، اثربخشی درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی تنها به‌صورت مقدماتی مورد ارزیابی قرار گرفت. بنابراین، این پژوهش هم از نظر تعداد نمونه و هم از نظر وجود گروه‌های کنترل و پیگیری محدودیت دارد. از طرف دیگر، با توجه به ماهیت اکتشافی این پژوهش، می‌توان ایده‌های پژوهشی و کاربردی گوناگونی از این نتایج به‌دست آورد. برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که هر یک از انطباق‌های انجام‌شده به‌صورت جداگانه و با گروه کنترل و پیگیری بررسی شود. همچنین بررسی کیفی گسترده‌تر تجربه درمان‌گران باتجربه از مراجعان ایرانی می‌تواند مکمل این یافته‌ها باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در اماکن عمومی و محیط‌های کاری، درمان انطباق‌یافته شناختی - رفتاری بی‌خوابی اجرا شود. این کار مستلزم تربیت گسترده درمان‌گران است. سرانجام، از یافته‌های این پژوهش می‌توان الگوهای برای آموزش بهداشت عمومی خواب به‌دست آورد.

بنابراین، مطالعه حاضر به بررسی تجربه ذهنی بی‌خوابی در جامعه عمومی ایران پرداخت. علاوه بر موانع عملیاتی، این مطالعه برخی عوامل اجتماعی - فرهنگی را مشخص کرد که زیربنای باورهای شرکت‌کنندگان درباره علل بی‌خوابی هستند. همچنین این مطالعه به بررسی پاسخ اولیه به بی‌خوابی و الگوهای کمک‌طلبی پس از آن پرداخت. همچنین، بر تجربه‌ها و نیازهای مراجعان این درمان نیز تأکید شد و توصیه‌ها و دیدگاه‌های درمان‌گران متخصص نیز بررسی شد. نکته مهم این جا است که بسیاری از این پاسخ‌های متأثر از فرهنگ و دین به خواب را می‌توان به‌منزله اهداف درمانی مهمی برای اصلاح رفتاری - شناختی در ایران در نظر گرفت. چنان‌که در نظر گرفتن این پاسخ‌ها احتمالاً سبب افزایش اثربخشی این درمان نسبت به مطالعات قبلی شد. یافته‌های ما همچنین ملاحظات عملی مهمی را در اجرای پژوهش در جوامع مشابهی از بیماران مطرح می‌کند. با توجه به شیوع بالای بی‌خوابی در دنیا، انتقال‌پذیری فرهنگی درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی قدم مهمی در تدوین راهنماهای جهان‌شمول برای این درمان خواهد بود.

منابع

- اسحق‌ی گرجی، م.، کسای، ع.، و محسن‌زاده، ف. (۱۳۹۸). راهبردهای سازش با بازنشستگی: یک مطالعه پدیدارشناختی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۳ (۱)، ۱۴۷-۱۷۴.
- اسماعیلی، م.، بصیری، ن.، و شکیبایی، ف. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر بهبود خواب در کیفیت خواب و شدت بی‌خوابی بیماران مبتلا به اختلال بی‌خوابی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳ (۳)، ۴۱۰-۴۱۹.
- امین‌نیا، ن.، آقایی، ا.، مولوی، ح.، و نجفی، م. ر. (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی گروهی بر نشانه‌های بی‌خوابی در زنان مبتلا به بی‌خوابی مزمن. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴)، ۱۳-۱۹.
- خزایی، ح.، و رضایی، ل. (۱۳۹۴). تبیین پیامدهای بی‌خوابی مزمن: یک مطالعه کیفی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۰ (۴)، ۱۱۲-۱۲۴.
- صمصام شریعت، م. ر.، نشاط‌دوست، ح. ط.، کلانتری، م.، و عریضی سامانی، ح. ر. (۱۳۹۶). درمان بومی اختلالات افسردگی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱ (۱)، ۵۲-۸۴.
- مازندرانی، ا. ا. (۱۳۹۶). *تدوین و اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بی‌خوابی مبتنی بر انطباق فرهنگی در ایران*. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تربیت مدرس.
- متقی، ر.، کامکار، ع.، ماردپور، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مبتلا به بی‌خوابی. *سالنامه*، ۱۱ (۲)، ۲۴۳-۲۳۴.
- نظری، ع. م.، نیکوسیر جهرمی، م.، امینی‌منش، س.، و طاهری، م. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بی‌خوابی بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۲)، ۱۳۹-۱۴۶.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297-307.
- Bernal, G., & Scharrón-del-Río, M. R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 328.
- Bierbrauer, G., Meyer, H., & Wolfradt, U. (1994). Measurement of normative and evaluative aspects in individualistic and collectivistic orientations. In U. Kim, H. Triandis, C. Kagitcibasi, S-C. Choi, & G. Yoon (Eds.). *Individualism and collectivism: Theory, method and applications* (pp. 189-199). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Blom, K., Tillgren, H. T., Wiklund, T., Danlycke, E., Forssen, M., Söderström, A., ... & Andersson, G. (2015). Internet-vs. group-delivered cognitive behavior therapy for insomnia: a randomized controlled non-inferiority trial. *Behaviour research and therapy*, 70, 47-55.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.

- Brunt, L., & Steger, B. (Eds.) (2004). *Night-time and sleep in Asia and the west: exploring the dark side of life*. Routledge.
- Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2006). Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*, 29(9), 1155-1173.
- Buysse, D. J., Germain, A., Moul, D. E., Franzen, P. L., Brar, L. K., Fletcher, M. E., ... & Monk, T. H. (2011). Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Archives of internal medicine*, 171(10), 887-895.
- Cain, N. (2012). Ready, willing, and able? Sleep hygiene education, motivational interviewing and cognitive behavior therapy for insomnia in an Australian high school setting. *Education and Health*, 30(3), 60-63.
- Cain, N., Gradisar, M., & Moseley, L. (2011). A motivational school-based intervention for adolescent sleep problems. *Sleep medicine*, 12(3), 246-251.
- Cheung, J. M., Bartlett, D. J., Armour, C. L., Glozier, N., & Saini, B. (2014). Insomnia patients' help-seeking experiences. *Behavioral sleep medicine*, 12(2), 106-122.
- Chu, J., Leino, A., Pflum, S., & Sue, S. (2016). A model for the theoretical basis of cultural competency to guide psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 18.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publication.
- Dyas, J. V., Apekey, T. A., Tilling, M., Ørner, R., Middleton, H., & Siriwardena, A. N. (2010). Patients' and clinicians' experiences of consultations in primary care for sleep problems and insomnia: a focus group study. *British Journal of General Practice*, 60(574), e180-e200.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Overview of insomnia: definitions, epidemiology, differential diagnosis, and assessment. *Principles and practice of sleep medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 702-13.
- Edinger, J. D., & Sampson, W. S. (2003). A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep*, 26(2), 177-182.
- Ellis, J. G., Deary, V., & Troxel, W. M. (2015). The role of perceived partner alliance on the efficacy of CBT-I: preliminary findings from the Partner Alliance in Insomnia Research Study (PAIRS). *Behavioral sleep medicine*, 13(1), 64-72.
- Espie, C. A. (2009). "Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep*, 32(12), 1549-1558.
- Flaskerud, J. H. (2015). The Cultures of Sleep. *Issues in mental health nursing*, 36(12), 1013-1016.
- Fulgini, A. J., & Hardway, C. (2006). Daily Variation in Adolescents' Sleep, Activities, and Psychological Well-Being. *Journal of Research on Adolescence*, 16(3), 353-378
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408.
- Gagnon, C., Bélanger, L., Ivers, H., & Morin, C. M. (2013). Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(6), 701-710.
- Green, E. C., & Murphy, E. (2014). Health belief model. in *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. 755-769.

- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184.
- Hays, P. A. (2009). Integrating evidence-based practice, cognitive-behavior therapy, and multicultural therapy: Ten steps for culturally competent practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 354-360.
- Hodge, D. R., & Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work*, 53(1), 31-41.
- Houghton C., Casey D., Shaw D., & Murphy, K. (2013) Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12-17.
- Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211-227.
- Jalal, B., Samir, S. W., & Hinton, D. E. (2017). Adaptation of CBT for traumatized Egyptians: examples from Culturally Adapted CBT (CA-CBT). *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(1), 58-71.
- Jalali, B. (2005). Iranian families. *Ethnicity and family therapy*, 3, 451-467.
- Kheirabadi, G. R., Rafizadeh, M., Omranifard, V., Yari, A., Maracy, M. R., Mehrabi, T., & Sadri, S. (2014). Effects of needs-assessment-based psycho-education of schizophrenic patients' families on the severity of symptoms and relapse rate of patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(6), 558.
- Kyle, S. D., Morgan, K., Spiegelhalter, K., & Espie, C. A. (2011). No pain, no gain: an exploratory within-subjects mixed-methods evaluation of the patient experience of sleep restriction therapy (SRT) for insomnia. *Sleep medicine*, 12(8), 735-747.
- Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: examples from parent training. *Clinical psychology: Science and practice*, 13(4), 295-310.
- Laungani, P. (2004). *Asian Perspectives in Counselling and Psychotherapy*. New York: Psychology Press.
- Marino, C. (2009). *Motivational interviewing in insomnia treatment: a randomized control pilot study*. Palo Alto University.
- Mastin, L. (2013). *Sleep anthropology: sleep in different cultures*. Retrieved from http://www.howsleepworks.com/anthropology_cultures.html. Accessed 1 October 2017.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Morin, C. M. (1993). *Treatment manuals for practitioners. Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *Jama*, 281(11), 991-999.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A Clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-

- seeking behaviors. *Sleep medicine*, 7(2), 123-130.
- Naeem, F., Phiri, P., Munshi, T., Rathod, S., Ayub, M., Gobbi, M., & Kingdon, D. (2015). Using cognitive behavioral therapy with South Asian Muslims: Findings from the culturally sensitive CBT project. *International review of psychiatry*, 27 (3), 233-246.
- Nassehi-Behnam, V. (1985). Change and the Iranian family. *Current anthropology*, 26(5), 557-562.
- Natale, V., Léger, D., Bayon, V., Erbacci, A., Tonetti, L., Fabbri, M., & Martoni, M. (2015). The consensus sleep diary: quantitative criteria for primary insomnia diagnosis. *Psychosomatic medicine*, 77(4), 413-441.
- Pearce, M. J., Koenig, H. G., Robins, C. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Cohen, H. J., & King, M. B. (2015). Religiously integrated cognitive behavioral therapy: A new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy*, 52(1), 56.
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethnicity & disease*, 9(1), 10-21.
- Rezaie, L., Khazaie, H., & Yazdani, F. (2016). Exploration of the experience of living with chronic insomnia: A qualitative study. *Sleep Science*, 9(3), 179-185.
- Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep medicine reviews*, 13(3), 205-214.
- Rogojanski, J., Carney, C. E., & Monson, C. M. (2013). Interpersonal factors in insomnia: A model for integrating bed partners into cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 17(1), 55-64.
- Rosenblatt, P. C. (2006). *Two in a bed: The social system of couple bed sharing*. SUNY Press
- Sadeghniaat-Haghighi, K., Montazeri, A., Khajeh-Mehrizi, A., Nedjat, S., & Aminian, O. (2014). The Insomnia Severity Index: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of a Persian version. *Quality of Life Research*, 23(2), 533-537.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(5), 487-504.
- Short, M. A., Gradisar, M., Lack, L. C., Wright, H., & Carskadon, M. A. (2012). The discrepancy between actigraphic and sleep diary measures of sleep in adolescents. *Sleep Medicine*, 13(4), 378-384.
- Smith, M. T., & Wegener, S. T. (2003). Measures of sleep: the insomnia severity index, medical outcomes study (MOS) sleep scale, Pittsburgh sleep diary (PSD), and Pittsburgh sleep quality index (PSQI). *Arthritis Care & Research*, 49(S5), 184-196.
- Swift, N., Stewart, R., Andiappan, M., Smith, A., Espie, C. A., & Brown, J. S. (2012). The effectiveness of community day-long CBT-I workshops for participants with insomnia symptoms: a randomised controlled trial. *Journal of sleep research*, 21(3), 270-280.
- Stinson, K., Tang, N. K. Y., & Harvey, A. G. (2006). Barriers to treatment seeking in primary insomnia in the United Kingdom: a cross-sectional perspective. *Sleep*, 29(12), 1643-1646.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 163(3), 191-204.

- Tremaine, R. B., Dorrian, J., & Blunden, S. (2010). Measuring sleep habits using the Sleep Timing Questionnaire: A validation study for school-age children. *Sleep and Biological Rhythms*, 8(3), 194-202.
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*, 34(8), 907-917.
- Vincent, N., Lewycky, S., & Finnegan, H. (2008). Barriers to engagement in sleep restriction and stimulus control in chronic insomnia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(5), 820.
- Vincent, N., & Lionberg, C. (2001). Treatment preference and patient satisfaction in chronic insomnia. *Sleep*, 24(4), 411-417.
- Wang, W., Li, G., Zhou, X., & Liu, X. (2015). Thoughts on localization of insomnia treatment and innovative techniques in China. *Sleep Medicine*, 16, S53.
- Warren, J. (2008, February 19). How to sleep like a hunter-gatherer. *Discover: Science for the Curious*. Retrieved from <http://discovermagazine.com/2007/dec/sleepinglike-a-hunter-gatherer>
- Yamamoto, M., Sasaki, N., Somemura, H., Nakamura, S., Kaneita, Y., Uchiyama, M., & Tanaka, K. (2016). Efficacy of sleep education program based on principles of cognitive behavioral therapy to alleviate workers' distress. *Sleep and Biological Rhythms*, 14(2), 211-219
- Yazdi, Z., Sadeghniat-Haghighi, K., Zohal, M. A., & Elmizadeh, K. (2012). Validity and reliability of the Iranian version of the Insomnia Severity Index. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 19(4), 31
- Yung, K. P., Chung, K. F., Ho, F. Y. Y., Yeung, W. F., & Ng, T. H. Y. (2015). The experience of chronic insomnia in Chinese adults: a study using focus groups and insomnia experience diaries. *Behavioral sleep medicine*, 14(4), 406-428.