اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد

علی‌محمد نظری[۱]، محمد نیکوسیر جهرمی[۲]، سجاد امینی‌منش[۳]، مهدی طاهری[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بی‌خوابی از اختلال‌های شایعی است که در اغلب موارد به عنوان علامت همراه اختلال‌های جسمی و روان‌شناختی تشخیص داده می‌شود. پژوهش حاضر، با هدف بررسی شیوع نشانگان بی‌خوابی و شناخت اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش این نشانگان در زندانیان مرد انجام شد.

مواد و روش‌ها: نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شبه آزمایشی، ۲۸ نفر از زندانیان مرد زندان مرکزی شیراز بودند که به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند، در حالی که آزمودنی‌های گروه شاهد هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. آزمودنی‌ها شاخص کیفیت خواب Pittsburgh، سیاهه افسردگی Beck و سیاهه اضطراب Beck را تکمیل کردند. داده‌ها به کمک تحلیل کوواریانس تک متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: درصد بالایی از زندانیان مورد بررسی نشانگان بی‌خوابی را گزارش کردند. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون ($P < ۰/۰۱$) و پیگیری ($P < ۰/۰۵$) مؤثر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای بی‌خوابی در زندانیان و اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی، انجام پژوهش‌های بیشتر و ارایه خدمات روان‌شناختی در جهت کاهش نشانگان بی‌خوابی و عوامل زمینه‌ساز آن ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی شناختی رفتاری، بی‌خوابی، زندانیان مرد

ارجاع: نظری علی‌محمد، نیکوسیر جهرمی محمد، امینی‌منش سجاد، طاهری مهدی. **اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۲): ۱۴۶-۱۳۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۲۲

مقدمه

فضای زندگی نقش مهمی در سلامت جسمانی و روان‌شناختی انسان دارد و بروز هر گونه محدودیت در جنبه‌های مختلف این فضا می‌تواند باعث افزایش آسیب‌پذیری شود. در این راستا، بررسی مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی و رفتاری زندانیان، یکی از موضوعات اساسی مورد بررسی روان‌شناسان و کارشناسان علوم اجتماعی می‌باشد. نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیش از ۱۰/۱ میلیون نفر در سراسر دنیا و ۲۲۰۰۰۰ نفر در ایران در زندان به سر می‌برند که بررسی سلامت جسمی و روان‌شناختی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱). علاوه بر این، پژوهش‌های انجام شده در زندان نشان می‌دهد که میزان

۱- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، شیراز، ایران
۳- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول) Email: sajadaminimansh@yahoo.com
۴- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

شیوع اختلال‌های جسمی و روان‌شناختی در زندانیان بالاتر از جمعیت عمومی است (۲، ۳).

از جمله شایع‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی در زندان، بی‌خوابی است که به صورت یکی از شکایت‌های عمده زندانیان در ارتباط با وضعیت جسمی و روان‌شناختی‌شان ظاهر می‌شود (۴). بی‌خوابی در عموم افراد جامعه نیز یکی از مسایل مهم است، به گونه‌ای که در مرور Ohayon بر ۵۰ مطالعه مبتنی بر همه‌گیرشناسی، شیوع نشانگان بی‌خوابی بین ۹ تا ۱۵ درصد می‌باشد (۵) و در مطالعات دیگر بین ۵ تا ۲۵ درصد گزارش شده است (۶). با این حال بسیاری از مطالعات انجام شده گویای شیوع بالاتر بی‌خوابی در زندانیان است (۴، ۷)، به گونه‌ای که شیوع آن را تا ۵۰ درصد نیز گزارش کرده‌اند (۸).

از جمله ملاک‌های تشخیصی بی‌خوابی می‌توان به ابراز نارضایتی از خواب، مشکل در به خواب رفتن، تجربه بیش از سه شب مشکل در خواب در طول هفته، اختلال در کارکرد اجتماعی یا شغلی فرد و داشتن حداقل یکی از عواملی چون خستگی یا اختلالات خلقی در اثر بدخوابی اشاره کرد (۹).

بی‌خوابی در زندان دارای پیامدهای متعددی، نظیر ناامیدی و خودکشی می‌باشد (۷). در این راستا، Carli و همکاران گزارش کردند که بی‌خوابی پیش‌بینی کننده مهمی برای اقدام به خودکشی و خودکشی موفق است (۷). افسردگی (۱۰، ۱۱)، اضطراب (۱۲)، پرخاشگری، افت عملکرد شناختی (۱۳) و کاهش سلامت عمومی (۱۴) نیز از جمله پیامدهای بی‌خوابی به‌شمار می‌رود.

در حال حاضر درمان غالب برای کاهش نشانه‌های بی‌خوابی، درمان دارویی است. با این وجود پژوهش‌های متعددی نیز گویای اثر مثبت درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش علایم بی‌خوابی هستند (۹، ۱۵، ۱۶)، که در این بین درمان شناختی رفتاری در سال‌های اخیر بیش از سایر درمان‌ها مورد توجه پژوهش‌گران و درمان‌گران قرار گرفته است (۱۷). هدف اصلی درمان شناختی رفتاری، کاهش فشار روانی و بهبود کارکردهایی است که در اثر ابتلا به اختلال‌های روانی مختل شده‌اند. افکار، باورها و تصاویر ذهنی که بیماران تجربه می‌کنند، هسته اصلی درمان شناختی رفتاری است. محتوای درمان شامل شناسایی افکار و باورها، مرور شواهد و بررسی شناخت‌ها و افکاری است که به خلق و رفتار مرتبط هستند (۱۸). این شکل از درمان می‌تواند موجب بهبود قابل توجه و طولانی مدت تمام انواع بی‌خوابی شود و به عنوان یک جایگزین مؤثر برای دارو درمانی در بیماران مصرف کننده مزمن مورد استفاده قرار گیرد (۱۹).

در این راستا، درمان شناختی رفتاری به طور گسترده‌ای برای درمان اختلال‌های روانی مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و اغلب مطالعات اثربخشی این روش درمانی را در درمان و کاهش نشانگان بی‌خوابی تأیید کرده‌اند (۲۶-۲۰، ۱۵). با این حال تاکنون پژوهش‌های اندکی در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بی‌خوابی زندانیان انجام شده است.

با توجه به شیوع بالای نشانگان بی‌خوابی در زندانیان و وجود تحقیقات اندک در زمینه بررسی و درمان این اختلال در زندانیان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش این نشانگان در زندانیان مرد زندان مرکزی شیراز انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زندانیان مرد زندان عادل‌آباد شیراز در سال ۱۳۹۱ بودند که ۱۲۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود زندانیان به پژوهش شامل عدم مصرف دارو، عدم ابتلا به بی‌خوابی ثانویه در اثر ترک سوء مصرف مواد و مشکلات پزشکی، ابراز نارضایتی از خواب، تجربه بیش از سه شب بی‌خوابی در هفته (۹)، حداقل یک ماه حضور در زندان (۸)، نمره بالاتر از پنج در شاخص کیفیت خواب Pittsburg (۲۷) و تمایل به شرکت در پژوهش بود. همچنین از آن جا که بی‌خوابی در ارتباط تنگاتنگ با اضطراب و افسردگی است (۱۲، ۱۱)، عدم وجود نشانگان شدید افسردگی و اضطراب نیز یکی از معیارهای خروج از مطالعه بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسش‌نامه مشخصات فردی: در این پژوهش از پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای استفاده شد که حاوی سؤالاتی در مورد سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و جرم ارتکابی بود.

شاخص کیفیت خواب Pittsburgh (PSQI یا Pittsburgh sleep quality index): این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است و توسط Buysee و همکاران طراحی شده است (۲۷). این پرسش‌نامه دارای هفت مؤلفه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان دهنده بی‌خوابی و کیفیت خواب نامناسب است (۲۸). Carpenter و Andrykowski، Cronbach's alpha ۰/۸۰ را برای این مقیاس به دست آوردند و همبستگی نمرات آن را با مشکلاتی چون افسردگی و خواب آشفته مناسب گزارش کرده‌اند (۲۹). همچنین در مطالعه Backhaus و همکاران، پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه ۰/۸۷ به دست آمد (۲۸). در ایران نیز این پرسش‌نامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شده است. برای مثال مکرمی و همکاران (۳۰) Cronbach's alpha ۰/۸۹ و مهدی‌زاده و همکاران (۳۱) Cronbach's alpha ۰/۹۳ را برای این شاخص گزارش کرده‌اند.

سیاهه افسردگی Beck (Beck depression inventory یا BDI): این پرسش‌نامه ابزار خودگزارشی ۲۱ سؤالی است که توسط Beck و برای سنجش شدت نشانگان افسردگی طراحی شده است و می‌توان از آن به منظور غربالگری یا سنجش پیشرفت درمان استفاده کرد. نمرات صفر تا ۱۳ نشان دهنده افسردگی حداقل، ۱۴ تا ۱۹ نشان دهنده افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ نمایانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ نمایانگر افسردگی شدید است. این پرسش‌نامه به زبان‌های مختلف ترجمه شده است و در تحقیقات فراوانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۲) و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شده است. برای مثال لشکری‌پور و همکاران (۳۳) ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ را برای این سیاهه گزارش کرده‌اند و ابراهیمی قوام (۳۴) نیز ضریب پایایی آن را به روش بازآزمایی ۰/۷۶ به دست آورده‌اند.

سیاهه اضطراب Beck (BAI): این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ سؤالی است که برای اندازه‌گیری شدت نشانگان اضطرابی در هفته گذشته طراحی شده است. به هر یک از گویه‌های این پرسش‌نامه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد و دامنه نمره کلی اضطراب فرد بین صفر تا ۶۳ است. نمرات صفر تا ۷ نشان دهنده اضطراب حداقل، ۸ تا ۱۵ نشان دهنده اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ نمایانگر اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. این پرسش‌نامه تاکنون به زبان‌های مختلفی ترجمه شده است و مورد استفاده قرار گرفته است (۳۲) و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مناسب گزارش شده است. برای مثال کاویانی و همکاران (۳۵) و کاویانی و موسوی (۳۶) ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۸۳ و Cronbach's alpha ۰/۹۳ را برای این سیاهه گزارش کردند.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از هماهنگی با مسؤولین زندان، پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش در اختیار ۱۲۰ نفر از زندانیانی قرار گرفت که دارای معیارهای اولیه ورود به پژوهش بودند. از مجموع ۱۰۸ پرسش‌نامه عودت داده شده، ۸۸ نفر از آزمودنی‌ها دارای معیارهای تشخیص بی‌خوابی بودند. از این میان، تعداد ۴۴ نفر از آزمودنی‌هایی که بر اساس نمره کسب شده دارای نشانگان شدید افسردگی، اضطراب یا هر دو بودند، حذف شدند. سپس ۲۸ نفر از آزمودنی‌های باقی مانده که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. گروه درمانی شناختی رفتاری در ۹ جلسه برای آزمودنی‌ها گروه آزمایش اجرا شد که به اختصار در جدول ۱ آورده شده است. در این مدت آزمودنی‌های گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های دو گروه در پایان جلسات درمانی و یک ماه پس از آن، پرسش‌نامه کیفیت خواب را تکمیل کردند. از مجموع ۲۸ شرکت کننده در پژوهش، ۳ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه شاهد در مرحله پیگیری حضور نداشتند. در مرحله پیگیری داده‌های به دست آمده از پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]
www.mui.ac.ir

جدول ۱. شرح جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری

جلسه	اهداف
اول	ایجاد آشنایی، بیان اهداف، روند کار جلسات و قوانین گروه، اجرای پیش‌آزمون
دوم	بحث در زمینه خواب مناسب و ویژگی‌های آن، ارایه اطلاعات درباره اثرات خواب بر سلامت جسمی و روانی، بررسی اثرات زندان بر بی‌خوابی
سوم	تعریف بی‌خوابی، ارایه آمارها و اطلاعات لازم درباره خواب مناسب و بی‌خوابی، بررسی نگرانی به عنوان مؤلفه اصلی بی‌خوابی
چهارم	بررسی نگرانی‌های مختلف و شناخت‌های نامناسب مربوط به خواب و بی‌خوابی، آموزش ثبت افکار و مواجهه با نگرانی‌ها
پنجم	آموزش بهداشت خواب و شرایط لازم جهت خواب مناسب
ششم	تشریح مفهوم شرطی شدن و نقش آن در بی‌خوابی
هفتم	ارایه دستورالعمل‌های لازم برای مقابله با بی‌خوابی در مکان خواب و آموزش آرام‌سازی
هشتم	ادامه آموزش آرام‌سازی و رفع اشکال
نهم	بررسی مشکلات و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن گروه نمونه به ترتیب برابر با ۲۲/۰۴ و ۳/۵۲ سال بود. دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۸ تا ۳۱ سال بود و ۲۰/۸ درصد (۵ نفر) از گروه نمونه متأهل و سایر آن‌ها مجرد بودند. همچنین تحصیلات ۸/۳ درصد (۲ نفر) آن‌ها در سطح ابتدایی و پایین‌تر، ۴۵/۸ درصد (۱۱ نفر) راهنمایی و سایر آزمودنی‌ها نیز در سطح دبیرستان و دیپلم بود. ویژگی‌های آزمودنی‌ها از نظر جرم نیز در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی جرم نمونه‌های پژوهش

جرم	فراوانی	درصد
مواد	۳۰	۲۷/۰۰
سرقت	۴۱	۳۷/۰۰
درگیری	۱۴	۱۳/۰۰
آدم‌ربایی	۱۶	۱۵/۰۰
قتل	۲	۱/۸۰
سایر جرایم	۷	۶/۳۶

به منظور بررسی همه‌گیرشناسی نشانگان بی‌خوابی زندانیان مرد، با توجه به نمرات حاصل از مقیاس Pittsburg در مرحله غربالگری نمرات بالاتر از ۵ به عنوان شاخص وجود نشانگان بی‌خوابی در نظر گرفته شد که ۸۰ درصد (۸۸ نفر) از آزمودنی‌های پژوهش این نشانگان را گزارش کردند. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نشانگان بی‌خوابی در جدول ۳ آورده شده است.

جهت بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از آزمون Levin برای بررسی تساوی واریانس خطای دو گروه استفاده شد و نتایج آن نشان داد که این پیش‌فرض در مرحله پس‌آزمون ($F_{1,21}$ = ۰/۰۷۹، P > ۰/۰۵) و پیگیری ($F_{1,21}$ = ۰/۰۱۷، P > ۰/۰۵) برقرار است. همچنین بررسی همگنی شیب ضرایب رگرسیون نشان داد که این پیش‌فرض نیز در مرحله پس‌آزمون ($F_{1,21}$ = ۱/۰۱، P > ۰/۰۵) و پیگیری ($F_{1,21}$ = ۰/۵۲۹، P > ۰/۰۵) برقرار است.

نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نشانگان بی‌خوابی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پس از کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول ۴ ارایه شده است. چنان که مشاهده می‌شود، تفاوت دو گروه در نشانگان بی‌خوابی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است (P < ۰/۰۱). به علاوه اندازه اثر (مجذور اتا سهمی) ۰/۳۱۲ و توان آماری ۰/۹ است.

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است. بر این اساس می‌توان گفت که در مرحله پیگیری نیز تفاوت دو گروه معنی‌دار بوده است (P < ۰/۰۵). همچنین اندازه اثر (مجذور اتا سهمی) ۰/۱۸۷ و توان آماری ۰/۵۳۱ است. همچنین شاخص Cohen' d و اندازه اثر در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۸- و ۰/۴۴- به دست آمد. اندازه اثر نمودار ۱ نیز تغییرات رخ داده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

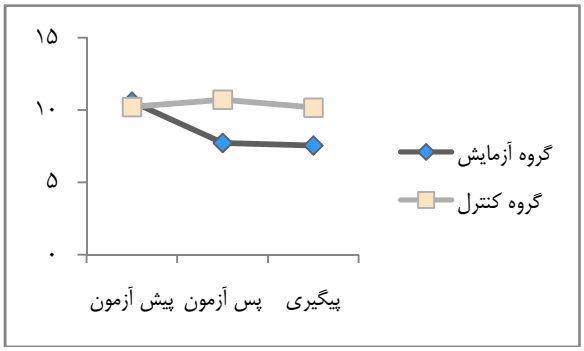
www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نشانگان بی‌خوابی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۱۴	۱۰/۵۷۱	۲/۸۴۷	۱۴	۷/۷۱۴	۲/۸۱	۱۱	۷/۵۴۵	۳/۱۷۳
گروه شاهد	۱۴	۱۰/۲۱۴	۲/۴۸۶	۱۴	۱۰/۷۱۴	۳/۲۹	۱۲	۱۰/۱۶۷	۳/۶۸۸

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نشانه‌های بی‌خوابی گروه‌ها در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر (مجذور اتا)	توان آماری
پیش‌آزمون	۸۲/۹۵۳	۱	۸۲/۹۵۳	۱۲/۹۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۰	۰/۹۳۲
پس‌آزمون	۷۳/۰۷۱	۱	۷۳/۰۷۱	۱۱/۳۶۳	۰/۰۰۲	۰/۳۱۲	۰/۹۰۰
خطا	۱۶۰/۷۶۱	۲۵	۶/۴۳۰				
کل	۲۶۸۴/۰۰	۲۸					



نمودار ۱: نتایج تغییرات نشانگان بی‌خوابی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف شیوع شناسی بی‌خوابی و بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش شدت نشانگان آن در زندانیان مرد انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که میزان شیوع بی‌خوابی در زندانیان بالا می‌باشد. این نتیجه همسو با یافته‌های Carli و همکاران (۷) و Elger (۸، ۴) است که درصد بالای همه‌گیرشناسی بی‌خوابی در بین زندانیان را گزارش کرده‌اند. در تفسیر این یافته‌ها باید به این مسأله توجه کرد که هیچ یک از آزمودنی‌های پژوهش سن بالایی نداشتند، از این رو نظر به این که شیوع بی‌خوابی همراه با سن افزایش می‌یابد (۶، ۵)، درصد شیوع بی‌خوابی مشاهده شده در آزمودنی‌های پژوهش بسیار زیاد به نظر می‌رسد. این در حالی است که مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی در کاهش نشانگان بی‌خوابی مؤثر بوده‌اند (۱۶، ۱۵، ۹). این یافته‌ها ضرورت ارایه این خدمات را در جهت کاهش آسیب‌های بی‌خوابی و پیامدهای ناخوشایند آن خاطر نشان می‌سازند. البته لازم به ذکر است که بی‌خوابی تا اندازه‌ای به شرایط موجود در زندان هم مربوط می‌شود. بنابراین در ارایه خدمات درمانی و پیش‌گیرانه در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص زندگی در زندان از اهمیت خاصی برخوردار است.

همچنین یافته مهم پژوهش حاضر، اثربخش بودن گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان بی‌خوابی بود. این یافته همسو با یافته‌های مطالعات پیشین است (۲۵-۲۰، ۱۵) و نشان می‌دهد که می‌توان از این روش در درمان بی‌خوابی زندانیان مرد استفاده کرد. با توجه به وجود مرحله پیگیری در این مطالعه می‌توان تداوم اثرات مداخله انجام شده در طول زمان را نتیجه گرفت.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده اثربخشی مداخله مورد استفاده در کاهش نشانگان بی‌خوابی زندانیان بود. اثربخشی این مداخلات را می‌توان در نتیجه افزایش بهداشت خواب و برطرف شدن نگرانی‌های مؤثر بر بی‌خوابی در نظر گرفت (۲۳، ۱۵). از آن جا که برطرف کردن محدودیت‌های موجود برای خوابیدن در زمان دلخواه، تراکم

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

بالای زندان‌ها و سایر عوامل مؤثر بر بـی‌خـوابی امکـان‌پـذیر نیست، می‌توان در کنار مداخلات روان‌شناختی انجام شـده بـا راه‌بردهـایی چـون مراقبـت‌هـای پزشـکی، ورزش و انجـام فعالیت‌های شغلی و حرفه‌ای شدت نشانگان بـی‌خـوابی را بـه شکل قابل ملاحظه‌ای کاهش داد (۴). با توجـه بـه برگـزاری دوره‌های آموزشی منظم برای زندانیان می‌توان از این دوره‌ها در جهت کاهش نشانگان بی‌خـوابی و کـاهش پیامـدهای آن بهره‌مند شد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز همراه بود کـه از جملـه مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سطح پایین سواد آزمودنی‌ها اشاره کرد. تحصیلات بیش از نیمی از آزمودنی‌ها در سطح راهنمایی و پایین‌تر بود. همچنین عدم نمونه‌گیری تصادفی که به دلیـل در دسترس نبودن همه زندانیان صورت گرفت، عـدم بررسـی زندانیان زن و میانگین سنی به نسبت پایین افراد گروه نمونـه دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود تـا در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرند. علاوه بر این بندهای مورد مطالعه تحت پوشش خدمات مشاوره‌ای و مددکاری قرار داشتند. بنابراین ممکن است که بین افراد ساکن در این بندها و سایر زندانیان از نظر موارد بررسی شده تفـاوت‌هـایی وجـود داشته است که نتایج این مطالعه را تحت تأثیر خود قـرار داده باشد. همچنین پیشنهاد می‌شـود کـه مطالعـات آینـده نقـش متغیرهـایی چـون اضـطراب و افسـردگی را در اثربخشـی مداخلات روان‌شناختی مورد بررسـی قـرار دهنـد. یافتـه‌هـای پژوهش حاضر ضرورت ارایـه خـدمات روان‌شـناختی را مـورد تأکید قرار می‌دهد. انجام چنین مداخلاتی می‌تواند نقشی مهم در افزایش کیفیت خواب زندانیان و ارتقای سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها ایفا کند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بدین وسیله قدردانی خود را از روان‌شناسـان زندان عادل‌آباد شیراز و کلیه زندانیانی که ما را در انجـام ایـن پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

References

1. Walmsley R. World Prison Population List. 8th ed. London, UK: King's College of London: International Centre for Prison Studies, 2009.
2. James DJ, Glaze LE. Mental health problems of prison and jail inmates. Washington, DC: Department of Justice; 2006.
3. Khodayari MF, Abedini Y, Akbari SZ, Ghobari BB, Sohrabi F, Younesi SJ. Cognitive-behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health. J Behav Sci 2009; 2(4): 283-90. [In Persian].
4. Elger BS. Prison life: television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. Int J Law Psychiatry 2009; 32(2): 74-83.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002; 6(2): 97-111.
6. 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.
7. Carli V, Roy A, Bevilacqua L, Maggi S, Cesaro C, Sarchiapone M. Insomnia and suicidal behaviour in prisoners. Psychiatry Res 2011; 185(1-2): 141-4.
8. Elger BS. Does insomnia in prison improve with time? Prospective study among remanded prisoners using the Pittsburgh Sleep Quality Index. Med Sci Law 2003; 43(4): 334-44.
9. Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniiat Kh, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. J Behav Sci 2011; 5(1): 27-32. [In Persian].
10. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. Sleep Med Rev 2010; 14(1): 35-46.
11. Benca RM, Peterson MJ. Insomnia and depression. Sleep Med 2008; 9(Suppl 1): S3-S9.
12. Vgontzas AN, Tsigos C, Bixler EO, Stratakis CA, Zachman K, Kales A, et al. Chronic insomnia and activity of the stress system: a preliminary study. J Psychosom Res 1998; 45(1): 21-31.
13. Kamphuis J, Meerlo P, Koolhaas JM, Lancel M. Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. Sleep Med 2012; 13(4): 327-34.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

14. Briones B, Adams N, Strauss M, Rosenberg C, Whalen C, Carskadon M, et al. Relationship between sleepiness and general health status. Sleep 1996; 19(7): 583-8.
15. 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; 38(1): 49-57.
16. Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. Explore (NY) 2011; 7(2): 76-87.
17. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. Schizophr Res 2005; 77(2-3): 201-10.
18. Garety PHA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive- behavioral Therapy. In: Lieberman JA, Murray R, editors. Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management. London, UK: Martin Dunitz; 2001. p. 94-105.
19. Roszkowska J, Geraci SA. Management of insomnia in the geriatric patient. Am J Med 2010; 123(12): 1087-90.
20. Bélanger L, LeBlanc M, Morin CM. Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. Cogn Behav Pract 2012; 19(1): 101-15.
21. Paine S, Gradisar M. A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. Behav Res Ther 2011; 49(6-7): 379-88.
22. 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(4): 321-7.
23. Vallieres A, Morin CM, Guay B. Sequential combinations of drug and cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: an exploratory study. Behav Res Ther 2005; 43(12): 1611-30.
24. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide. New York, NY: Springer; 2005.
25. Arnedt JT, Conroy DA, Armitage R, Brower KJ. Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol dependent patients: a randomized controlled pilot trial. Behav Res Ther 2011; 49(4): 227-33.
26. Perlman LM, Arnedt JT, Earnheart KL, Gorman AA, Shirley KG. Group cognitive-behavioral therapy for insomnia in a VA mental health clinic. Cogn Behav Pract 2008; 15(4): 426-34.
27. Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28(2): 193-213.
28. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. J Psychosom Res 2002; 53(3): 737-40.
29. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Psychosom Res 1998; 45(1): 5-13.
30. Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of general health status and sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. Behbood 2010; 14(3): 237-43. [In Persian].
31. Mahdizadeh S, Salari MM, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Avazeh A, et al. Relationship between sleep quality and quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans referred to Baqiyatallah hospital of Tehran, Iran. Payesh Health Monit 2011; 10(2): 265-71. [In Persian].
32. Lam RW, Michalaak EE, Swinson RP. Assessment scales in depression, mania and anxiety. Oxfordshire, UK: Taylor & Francis; 2006.
33. Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. J Fundam Ment Health 2008; 10(39): 191-8. [In Persian].
34. Ebrahimi-Ghavam S. Examination of psychological aspects of adjustment after spinal cord damage. [MA Thesis]. Tehran, Iran: Tehran institute of psychiatry. 1991. [In Persian].
35. Kaviani H, Mousavi AS, Mohit A. Interview and psychological test. Tehran, Iran: Cognitive Institution; 2002. [In Persian].
36. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory. Tehran Univ Med J 2009; 66(2): 126-40. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]

The efficacy of cognitive-behavioral group therapy on insomnia symptoms among male prisoners

AliMohammad Nazari[1], Mohammad Nikoosiar Jahromi[2], Sajad Aminimanesh[3], Mehdi Taheri MSc[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Insomnia, one of the prevalent disorders, in many cases is considered as a sign associated with physical and mental disorders. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on these symptoms among male prisoners.

Methods and Materials: The subjects of this experimental study were 28 male prisoners in central prison of Shiraz, Iran, who were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group participated in 9 cognitive behavioral group therapy sessions, while the control group received no treatment. The participants completed Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression Inventory, and Beck Anxiety Inventory. Data were analyzed using analysis of covariance.

Findings: High percentage of prisoners reported insomnia symptoms. Moreover, the results of analysis of covariance showed that cognitive behavioral group therapy could decrease insomnia symptoms in post-test ($P<0.01$) and follow-up ($P<0.05$) stages.

Conclusions: Taking into account the high prevalence of insomnia among prisoners and effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on its symptoms, it seems necessary to carry out more research and provide psychological services to decrease insomnia symptoms and its underlying factors.

Keywords: Insomnia, Cognitive-behavioral group therapy, Male prisoners

Citation: 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

Received: 09.12.2012 Accepted: 12.05.2013

1- Department of Counseling, School of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran
2- Department of Clinical Psychology, School of Literature and Humanities, OloomTahghighat University, Shiraz, Iran
3- Department of Counseling, School of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: sajadaminimanesh@yahoo.com
4- Department of Psychology, School of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.2.8.1]