Comparing the Effects of Cognitive-behavioral Therapy and Zolpidem 10 mg on Illness Perception and Sleep Efficiency in Individuals With Chronic Insomnia

Behzad Salmani*, Jaafar Hasani

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

1. Background and Aim
This study aimed at comparing the efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and zolpidem 10 mg on illness perception and sleep efficiency in individuals with chronic insomnia.

1. Methods & Materials
The study participants included 74 (female=43) individuals with chronic insomnia who were recruited from December 2018 to February 2020 by purposive sampling method (as per the inclusion & exclusion criteria). Then, the study patients were randomly allocated to one of the 3 conditions, including CBT (n=25), pharmacotherapy (zolpidem 10 mg; n=29), and the waiting list (n=20). All explored patients were assessed at pretreatment, post-treatment, and a 3-month follow-up by the Persian version of the Brief Illness Perception Questionnaire and Sleep Efficiency Index. The collected data were analyzed by repeated-measure Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post-hoc test.

1. Ethical Considerations
This study was approved by the Ethics Committee of Kharazmi University of Tehran (Code: IR.KHU.REC.1398.008).

1. Findings
The patients who received CBT, compared to those in the waiting list group, obtained significantly lower scores in illness perception and sleep efficiency at post-treatment and 3-month follow-up. The efficacy of pharmacotherapy was observed at post-treatment; however, there were no significant differences between pharmacotherapy and waiting list patients at the 3-month follow-up.

1. Conclusion
CBT significantly reduced insomnia, illness perceptions, and sleep efficiency in 3 months. All the treatment gains remained stable even 3 months after the treatment. Furthermore, not receiving any treatment on the waiting list and gradually discontinued the treatment in the pharmacotherapy group have led to decreased sleep efficiency and increased illness perception.

Key words:
Sleep initiation and maintenance disorders, Cognitive-Behavioral therapy, Illness perception, Sleep efficiency

Extended Abstract

1. Introduction

According to various studies, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is used for treating chronic insomnia; however, the adherence rate is not very high [9-11]. A reason for decreased adherence to treatment can be attributed to an individual’s perception of the disease. When a subject receives effective treatment, they will observe a decrease in the perception of the disease and an increase in adherence to it [14]. The perception of the disease includes 5 components of identity, outcome, timeline, treatment/control, and cause [15]. Various studies indicated that the components of disease perception were significantly related to the effectiveness, outcome, and follow-up of treatment in various chronic conditions [22-26]. Therefore, when CBT reduces the perception of the disease in chronic insomnia, it will increase the effectiveness of the treatment.
treatment and adherence to it. The current study aimed to compare the effects of CBT, pharmacotherapy, and waiting list on sleep efficiency index and disease perception.

2. Materials and Methods

This was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, quarterly follow-up, and a control group. The study participants included 74 patients (43 females) who were selected by purposive sampling method and were divided into 3 groups; CBT, pharmacotherapy, and waiting list. The research instrument included a Persian version of the short form of the Brief Illness Perception Questionnaire and Sleep Efficiency Index to measure the cognitive and emotional representation of patients and the efficiency index to measure the rate of sleep efficiency. Patients were sampled from a psychiatric clinic and a health center in Kashan City, Iran, and randomly assigned to 3 study groups. After all, patients were trained on how to complete the research tool, they were assessed in 3 stages. The CBT group received eight sessions of 30 to 120 minutes of psychotherapy. Moreover, the pharmacotherapy group received 10 mg of zolpidem tablets per night. The obtained data were analyzed using repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni Post Hoc test.

3. Results

MANCOVA was used to compare the effects of CBT on chronic insomnia and pharmacotherapy on perceiving illness and sleep efficiency. After the assumptions of MANCOVA were met, the Wilks’ Lambda test was used to examine the potential differences between the evaluation stages and the group interaction and the evaluation stage (Table 1).

The significance of Wilke’s Lambda test suggested a significant difference between at least 2 study groups in one of the evaluation stages; there was a significant relationship between the evaluation and interaction stages of the group effect and the evaluation stages.

The final results of Tables 2 and 3 suggested that the CBT group, in the post-treatment and follow-up stages was significantly superior to the waiting list group in terms of efficiency in the consequences of disease perception and sleep efficiency. There was no significant difference between CBT and pharmacotherapy in the post-treatment phase respecting effectiveness on disease perception and sleep efficiency. However, patients in the CBT group experienced a significant improvement in the three-month follow-up phase, compared to patients receiving zolpidem 10 mg. Ad-

| Table 1. Wilke’s Lambda test data on the effects of the evaluation stage, as well as group interaction and evaluation stage effects |
|-----------------------------------------------------|
| Characteristic | Effect | Value | df | df Error | F | η² |
|----------------|--------|-------|----|-----------|---|-----|
| Illness perception | Evaluating the interaction effect of group and evaluation step | 0.018 | 2 | 64 | 1784.01 | 0.98 |
| | | 0.001 | 4 | 128 | 834.37 | 0.96 |
| Sleep efficiency | Evaluating the interaction effect of group and evaluation step | 0.05 | 2 | 64 | 556.19 | 0.95 |
| | | 0.009 | 4 | 128 | 300.99 | 0.90 |

P<0.001.

| Table 2. Repeated-measured ANOVA data concerning intra-group effects |
|-----------------------------------------------------|
| Characteristic | Effect | df | F | η² | Phase | F | η² |
|----------------|--------|----|---|-----|--------|---|-----|
| Illness perception | Evaluation step | (2, 130) | 3216.21 *** | 0.96 | Pre-test, post-test | 34120.70 *** | 0.98 |
| | Group interaction and evaluation stage | (4, 130) | 300.99 *** | 0.94 | Post-test, follow-up | 1027.07 *** | 0.94 |
| | | | | | Pre-test, post-test | 931.77 *** | 0.97 |
| | | | | | Post-test, follow-up | 802.68 *** | 0.96 |
| Sleep efficiency | Evaluation step | (2, 130) | 651.37 *** | 0.91 | Pre-test, post-test | 1119.21 *** | 0.98 |
| | Group interaction and evaluation stage | (4, 130) | 320.94 *** | 0.91 | Post-test, follow-up | 404.22 *** | 0.94 |
| | | | | | Pre-test, post-test | 347.93 *** | 0.97 |
| | | | | | Post-test, follow-up | 252.70 *** | 0.96 |

*** P<0.001
only until the post-treatment stage [16, 28, 37]. Therefore, the perception of the disease is among the components that with successful treatment can reduce its severity in the tissue of chronic insomnia.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Kharazmi University of Tehran (Code: IR.KHU.REC.1398.008). All the researchers of the present study were obliged to follow the Helsinki Declaration at all stages of the research.

#### Funding

The paper was extracted from the PhD. dissertation of the first author at the Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Kharazmi University.

#### Authors’ contributions

All authors participated in the preparation of this article and met the standard writing criteria based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Publishers (ICMJE).

#### Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

---

**Table 3.** The results of one-way ANOVA and Bonferroni post hoc test to evaluate the intergroup effects

| Characteristic  | df  | F   | η² | Bonferroni Post Hoc Test’s Comparing Source | Mean Difference | EE  | P*  |
|----------------|-----|-----|----|---------------------------------------------|----------------|-----|-----|
| Illness perception | (65, 2) | 803.05 | 0.96 | CBT with medication                          | -14.16          | 0.75 | 0.001 |
|                 |     |     |    | CBT with a waiting list                      | -31.63          | 0.79 | 0.001 |
|                 |     |     |    | Medication with a waiting list               | -15.49          | 0.79 | 0.001 |
| Sleep efficiency | (56, 2) | 233.84 | 0.88 | CBT with medication                          | 6.19            | 0.67 | 0.001 |
|                 |     |     |    | CBT with a waiting list                      | 15.26           | 0.71 | 0.001 |
|                 |     |     |    | Medication with a waiting list               | 9.07            | 0.71 | 0.001 |

*P<0.001

---

Patients receiving CBT have learned to reduce the hours of sleep in favor of its quality and to eliminate the conditioned association between sleep-related stimuli and the inability to fall asleep and hyperexcitability [31]. In addition to improving sleep hygiene, patients in this group did not have much opportunity to engage in rumination and anxiety due to the implementation of the treatment protocol, which led to a decrease in their level of arousal [32-34]. In such cases, their perception of control and treatability increased. After performing the technique of delaying worry and rumination, these patients manifested a decrease in the severity of anxiety; the explored patients’ perception of the signs and symptoms of the disease also decreased.

The examined patients in the drug treatment group, after experiencing a reduction in insomnia symptoms, could experience high scores on sleep efficiency and a decrease in the severity of disease perception; a process that continued

---

**4. Discussion and Conclusion**

The present study findings indicated that CBT and pharmacotherapy (zolpidem 10 mg) can significantly reduce the severity of disease perception in patients in addition to a significant increase in sleep efficiency index. Furthermore, the therapeutic achievements of the CBT group continued even up to three months after the end of treatment; however, the patients in the pharmacotherapy group, after gradual discontinuation of the drug, gradually presented an increase in disease perception and decreased sleep efficiency. The passage of time could not lead to a significant change in the scores of the waiting list group in the pre-treatment, post-treatment, and quarterly follow-up stages. Even the group’s quarterly follow-up scores had deteriorated somewhat, compared to the pre-treatment phase.

Patients receiving CBT have learned to reduce the hours of sleep in favor of its quality and to eliminate the conditioned association between sleep-related stimuli and the inability to fall asleep and hyperexcitability [31]. In addition to improving sleep hygiene, patients in this group did not have much opportunity to engage in rumination and anxiety due to the implementation of the treatment protocol, which led to a decrease in their level of arousal [32-34]. In such cases, their perception of control and treatability increased. After performing the technique of delaying worry and rumination, these patients manifested a decrease in the severity of anxiety; the explored patients’ perception of the signs and symptoms of the disease also decreased.

The examined patients in the drug treatment group, after experiencing a reduction in insomnia symptoms, could experience high scores on sleep efficiency and a decrease in the severity of disease perception; a process that continued

---

**Table 3.** The results of one-way ANOVA and Bonferroni post hoc test to evaluate the intergroup effects

| Characteristic  | df  | F   | η² | Bonferroni Post Hoc Test’s Comparing Source | Mean Difference | EE  | P*  |
|----------------|-----|-----|----|---------------------------------------------|----------------|-----|-----|
| Illness perception | (65, 2) | 803.05 | 0.96 | CBT with medication                          | -14.16          | 0.75 | 0.001 |
|                 |     |     |    | CBT with a waiting list                      | -31.63          | 0.79 | 0.001 |
|                 |     |     |    | Medication with a waiting list               | -15.49          | 0.79 | 0.001 |
| Sleep efficiency | (56, 2) | 233.84 | 0.88 | CBT with medication                          | 6.19            | 0.67 | 0.001 |
|                 |     |     |    | CBT with a waiting list                      | 15.26           | 0.71 | 0.001 |
|                 |     |     |    | Medication with a waiting list               | 9.07            | 0.71 | 0.001 |

*P<0.001
مقاله پژوهشی

مقالهی کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم 10 میلی گرم و لیست انتظار بر ادراک بیماری و بازدهی خواب در افراد مبتلا به اختلال ی بی خوابی مزمن

پژوهشی

نوع علمی: مقاله پژوهشی

نام اصلی پژوهش: مقایسه کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم 10 میلی گرم و لیست انتظار بر ادراک بیماری و بازدهی خواب در افراد مبتلا به اختلال بی خوابی مزمن

نام مسئول پژوهش: دکتر بهزاد سلمانی

گروه اخلاق دریافت: جعفر حسنی

مطرح کننده: مجید میری، النظمی، مهدی قربانی، علی اکبر فرینی، دکتر بهزاد سلمانی

میلی گرم و لیست انتظار بر ادراک بیماری و بازدهی خواب

هدف از این مطالعه مقایسه کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم و لیست انتظار با یکدیگر است.

مواد و روش‌ها

با استفاده از مبانی و مدل‌های ورود و خروج، انتخاب می‌شود که کاربران به صورت تصادفی در یکی از سه گروه 1398 تا بهمن 1397 به این درمانها می‌پردازند.

نتایج

درمان‌های رفتاری و لیست‌های انتظاری در این مطالعه به ترتیب به طور معناداری بهبودیمند شده، اما کارآمدی رفتار درمانی شناختی بیشتری نسبت به لیست انتظار داشته است.

ملاحظات اخلاقی

استاد دکتر بهزاد سلمانی که رفتار درمانی شناختی دریافت کرده بودند، در دو مرحله پس از درمان و پی‌گیری سه ماهه در ادراک بیماری و بازدهی خواب، نمرات به طور معناداری کمتری نسبت به گروه لیست انتظار دریافت کرده بودند. کارآمدی دارو درمانی تنها در مرحله پس از درمان مشاهده شد، اما در مرحله پی‌گیری سه ماهه بین گروه‌های دارو درمانی و لیست انتظار تفاوت معناداری وجود نداشت.

مقدمه

اختلال بی‌خوابی با نارضایتی از کیفیت و کمیت خواب همراه است. بی‌خوابی مزمن با افت فعالیت یادگیری و بهبود مراقبت‌ها و عملیات روان‌شناختی بارز می‌شود.

کلیدواژه‌ها

اختلال های شروع و تداوم خواب، رفتار درمانی شناختی، ادراک بیماری، بازدهی خواب

اطلاعات مقاله:

- تاریخ دریافت: 3 مهری 1398
- تاریخ پذیرش: 30 مردادی 1398
- تاریخ انتشار: 22 خردادی 1399

1. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBTI)

1+4898

b.salmani1365@gmail.com

پست الکترونیکی: b.salmani1365@gmail.com

مقدمة

اختلال بی‌خوابی با نارضایتی از کیفیت و کمیت خواب همراه است. بی‌خوابی مزمن با افت فعالیت یادگیری و بهبود مراقبت‌ها و عملیات روان‌شناختی بارز می‌شود.

کلیدواژه‌ها

اختلال های شروع و تداوم خواب، رفتار درمانی شناختی، ادراک بیماری، بازدهی خواب

اطلاعات مقاله:

- تاریخ دریافت: 3 مهری 1398
- تاریخ پذیرش: 30 مردادی 1398
- تاریخ انتشار: 22 خردادی 1399

1. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBTI)
نفر به درمان‌گاه‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی در جامعه ی آماری این مطالعه را تمامی بیماران مبتلا به اختلال پس آزمون و پی‌گیری سه ماهه همراه با گروه کنترل است.

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون به‌حسب اثراتشان روی ادراک بیماری و بازدهی خواب در افراد میلی‌گرم) و مقایسه آن با گروه لیست انتظار مطالعه‌ی مورد نظر، ارزیابی کارآمدی رفتار درمانی شناختی، دارو درمانی روی ادراک بیماری نپرداخته است. بنابراین، هدف از هیچ پژوهشی به ارزیابی اثرات رفتار درمانی شناختی و دارو به اثرات درمانی آن بیشتر اطمینان کرد. طبق دانش ما، تاکنون برای مثال، رفتار درمانی شناختی، بتواند در کنار افزایش بازدهی بازدهی خواب نیز در کنار ادراک بیماری استفاده شود.

چنانچه هسته بر پژوهش‌های گذشته، از مهم‌ترین شاخص خواب یعنی . به علاوه، برای مقایسه پذیر کردن یافته‌های پژوهش می‌توان بسیاری از متغیرهای مداخله‌گر را از طرح پژوهش خارج میلی‌گرم و همچنین اثرات گذر زمان (لیست انتظار)، به دلیل کارآمدی که تاکنون روی اختلال بی‌خوابی داشته است. بی‌خوابی مزمن، از گروه شناختی و دارو درمانی، پژوهشگران این مطالعه به منظور کنترل زمینه درمان اختلال بی‌خوابی مزمن است، یکی از گزینه‌های که بعد از رفتار درمانی شناختی، مهم‌ترین و رایج‌ترین مداخله در سایر درمان‌های موثر در این زمینه نیز استفاده کرد. درمان دارویی درمان دارویی رفتار درمانی شناختی، بایستی علاوه بر رفتار درمانی شناختی، به بهبود و نسبت به اجرای درمان، حساس است ویژگی که در بافت بی‌خوابی مزمن نیز نقش مهمی در تعیین پیامد درمان داشته است. بنابراین، می‌توان فرض کرد که ادراک بیماری در اختلال بی‌خوابی مزمن، می‌توان نتیجه‌گیری کرد، اگر رفتار درمانی شناختی بتواند به اثر ادراک بیماری روی کارآمدی و پایبندی در بیماری‌های اختلال بی‌خوابی مزمن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه و نسبت به اجرای درمان، حساس است ویژگی که در بافت بی‌خوابی مزمن نیز نقش مهمی در تعیین پیامد درمان داشته است.

5. Common Sense Model of Self-regulation (CSM)

2. Sleep Latency (SL)
3. Wake After Sleep Onset (WASO)
4. Sleep Efficiency (SE)
5. Common Sense Model of Self-regulation (CSM)

آمار آبیاری بر آبدمه مدل مختلط می‌سالمی در مورد اخلاص به‌جهت تعمیر و جستجو درم‌مزین ۲۰۱۴ [۱۱]، آمار آبیاری بر آب حسنی و جعفر حسنی مقایسه کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم [۱۲] - [۲۲] به‌کارگیری شده است. این افکار در پژوهش افزایش می‌یابد. برای مثال، بیمارانی که علت مشکلات خواب خود در بیماری‌های مزمن و ارتباط معنادار دارند، برای مثال، بیمارانی که علت مشکلات خواب خود در بیماری‌های مزمن، می‌توان نتیجه‌گیری کرد، اگر رفتار درمانی شناختی بتواند به اثر ادراک بیماری روی کارآمدی و پایبندی در بیماری‌های اختلال بی‌خوابی مزمن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه و نسبت به اجرای درمان، حساس است ویژگی که در بافت بی‌خوابی مزمن نیز نقش مهمی در تعیین پیامد درمان داشته است.

5. Common Sense Model of Self-regulation (CSM)

2. Sleep Latency (SL)
3. Wake After Sleep Onset (WASO)
4. Sleep Efficiency (SE)
5. Common Sense Model of Self-regulation (CSM)

آمار آبیاری بر آبندم مدل مختلط می‌سالمی در مورد اخلاص به‌جهت تعمیر و جستجو درم‌مزین ۲۰۱۴ [۱۱]، آمار آبیاری بر آب حسنی و جعفر حسنی مقایسه کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم [۱۲] - [۲۲] به‌کارگیری شده است. این افکار در پژوهش افزایش می‌یابد. برای مثال، بیمارانی که علت مشکلات خواب خود در بیماری‌های مزمن و ارتباط معنادار دارند، برای مثال، بیمارانی که علت مشکلات خواب خود در بیماری‌های مزمن، می‌توان نتیجه‌گیری کرد، اگر رفتار درمانی شناختی بتواند به اثر ادراک بیماری روی کارآمدی و پایبندی در بیماری‌های اختلال بی‌خوابی مزمن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه و نسبت به اجرای درمان، حساس است ویژگی که در بافت بی‌خوابی مزمن نیز نقش مهمی در تعیین پیامد درمان داشته است.
روش بررسی‌های همراهان و تماسی و ارجاع با ارزامانی مختصات B-IPQ است. [8] سه‌تایی فلسفی و تأثیر فیزیکی در زمینه دسترسی به شرکت‌های متعدد و تلاش در تحقیقات انجام شده و به‌طور کلی آن‌ها با استفاده از مدل‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی در مدل‌های روان‌پزشکی و روان‌پزشکی در بیماری بی‌خوابی استفاده می‌شود.

درمان را کسب کرده و انتظارات غیرواقع بینانه او برطرف گردد. درمان را کسب کرده و انتظارات غیرواقع بینانه او برطرف گردد.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

درمان را کسب کرده و انتظارات غیرواقع بینانه او برطرف گردد.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.

بیماران پس از انجام ارزیابی‌های اولیه، به منظور ادامه روان‌شناختی و یک مرکز تندرستی در کاشان، نمونه‌گیری شدند. برای اثربخشی یک درمان در اختلال بی‌خوابی است. پژوهش در مورد مطالعه‌ای می‌باشد که می‌تواند از این بیماری بهبود یابد و آن را کنترل کند. به علاوه در پژوهش مورد انتظار بیمار از بیماری بهبود یافته که درمان پذیرفت و از درمان پذیرفت.
پرداخته‌ای به منظور مقایسه اثرات رفتار درمانی شناختی بر اکتشال بی‌خوابی و درمان درمانی در امرکت، برنامه‌های تکراری خواب از نظر کاهش اندکی از مدت و تعداد قرار گرفتن، از تجربیات این روش، پیشنهاد می‌شود که نتایج آزمون‌های لوین، برای انجام تحلیل واریانس همزمان با توجه به مراحل و فرایندهای تحلیل، به عنوان تصمیم‌گیری اولیه در رفتار درمانی شناختی، پرداخته می‌شود.

بیماران را به دو گروه درمانی ضروری و غیرضروری دسته‌بندی کردند. در این مطالعه، متغیر اصلی آزمون‌های لوین (آزمون تکراری) می‌باشد. با اعمال آزمون‌های لوین به منظور مقایسه اثرات درمانی ضروری و غیرضروری، به منظور محاسبه کمیت‌های ارزش‌گذاری و تکراری بالا، و در نهایت نتایج آزمون‌های لوین و آزمون‌های تکراری، به عنوان فاکتور اول و دوم در تحلیل واریانس مختلط استفاده خواهد شد.

در فرآیند ساختاری آزمون‌های لوین و آزمون‌های تکراری، ارزش‌گذاری و تکراری بالا، و در نهایت نتایج آزمون‌های لوین و آزمون‌های تکراری، به عنوان فاکتور اول و دوم در تحلیل واریانس مختلط استفاده خواهد شد.
مشخصه شناسی‌های موجود بر روی روش‌ها و روش‌های بررسی‌های مختلف، با استفاده از وضعیت ایجاد روند بررسی، ایجاد ارزیابی و درمان مورد نیاز خواب، ارائه آموزش‌های بیمار به‌طور ماهانه انجام می‌شود.

جدول ۱: مقایسه کارآمدی رفتار درمانی شناختی، زولپیدم و لیست انتظار بر ادراک بیماری و خواب

| مرحله ارزیابی | ارتفاع درمانی | شناختی | یکتاکتیک | پیش از درمان | پس از درمان | پیگیری | پیش از درمان | پس از درمان | پیگیری |
|---------------|---------------|---------|-----------|-------------|-------------|--------|-------------|-------------|--------|
| پیش از درمان  | 67/20±2/88     | 63/62±3/20 | 64/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  | 63/62±3/20 | 64/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  |
| پس از درمان  | 68/20±3/88     | 64/20±3/88 | 67/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  | 64/20±3/88 | 67/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  |
| پیش از درمان  | 68/20±3/88     | 62/20±3/88 | 64/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  | 62/20±3/88 | 64/20±3/88 | 66/25±3/78  | 67/20±3/88  |

میانگین و انحراف استاندارد ادراک بیماری و رفتار درمانی شناختی در مرحله پیش از درمان ۷۱/۲۵±۳/۶۷ بود. در مرحله پس از درمان، این درک بیماری به ۷۱/۲۵±۳/۶۷ کاهش یافت. در مرحله پیگیری، این درک بیماری به ۷۱/۲۵±۳/۶۷ کاهش یافت.

این نتایج نشان می‌دهد که رفتار درمانی شناختی بیماران در مرحله پس از درمان بهترین کارآمدی در مواجهه با درک بیماری و خواب دارد. در مرحله پیش از درمان و پیگیری، بیماران رفتار درمانی شناختی را بهتری از رفتار درمانی دارویی استفاده می‌کنند.
جدول 3. نتایج آزمون‌های چند متغیری لامبدای ویلکز برای بررسی اثر مراحله ارزیابی و تعامل اثر گروه و مرحله ارزیابی

| متغیر                  | گفا فرضیه | df     | F   | اثر | متغیر                  | گفا فرضیه | df     | F   | اثر |
|------------------------|-------------|--------|-----|-----|------------------------|-------------|--------|-----|-----|
| درک بیماری             |             |        |     |     | مرحله ارزیابی          |             |        |     |     |
| تعلیم گروه و مرحله ارزیابی | 2          | 6/64   | 1618 | 0/06 | مرحله ارزیابی          |             |        |     |     |
| مرحله ارزیابی          |             |        |     |     | تعلیم گروه و مرحله ارزیابی |             |        |     |     |
| پیش آزمون غربی       |             |        |     |     | پس آزمون غربی         |             |        |     |     |
| پس آزمون غربی         |             |        |     |     | پیش آزمون غربی         |             |        |     |     |

جدول 4. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس با تدرک مکرر همراه با آزمون‌های مقایسه بونفرنی جهت بررسی آثار بین گروهی

| متغیر                  | df     | F   | df | df | öğretی بیماری |
|------------------------|--------|-----|----|----|---------------|
| درک بیماری             |        |     |    |    |                |
| مرحله ارزیابی          |        |     |    |    |                |
| تعلیم گروه و مرحله ارزیابی |        |     |    |    |                |
| پیش آزمون غربی       |        |     |    |    |                |
| پس آزمون غربی         |        |     |    |    |                |
| پیش آزمون-پس آزمون   |        |     |    |    |                |
| پس آزمون-پیگیری      |        |     |    |    |                |

جدول 5. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس با تدرک مکرر همراه با آزمون‌های مقایسه بونفرنی جهت بررسی آثار بین گروهی

| متغیر                  | df     | F   | df | df | öğretی بیماری |
|------------------------|--------|-----|----|----|---------------|
| درک بیماری             |        |     |    |    |                |
| مرحله ارزیابی          |        |     |    |    |                |
| تعلیم گروه و مرحله ارزیابی |        |     |    |    |                |
| پیش آزمون غربی       |        |     |    |    |                |
| پس آزمون غربی         |        |     |    |    |                |
| پیش آزمون-پس آزمون   |        |     |    |    |                |
| پس آزمون-پیگیری      |        |     |    |    |                |

میلی گرم و لیست انتظار بر ادراک بیماری و بازدهی خواب در افراد مبتلا به اختلال بی خوابی مزمن...
درمانبندی‌های آکادمیک مشخصات واکنش بیماران به درمانها را مشخص می‌کند. بهترین روش برای کاهش ادراک بیماری و بهبود بازدهی خواب، افزایش نمرات مولفه‌های کنترل و درمان در گروه‌های رفتار درمانی شناختی است. این روش باعث کاهش پیش‌بینی شده‌ی ادراک بیماری و افزایش نمرات مولفه‌های کنترل و درمان در گروه‌های رفتار درمانی شناختی می‌شود.

![تصویر 1](https://example.com/image1.png)

**تصویر 1. بررسی تغییرات در درمانبندی‌های آکادمیک به سه مرحله ارزیابی بر گروه‌ها**
بیمارانی که زولپیدم نشان می‌دهند مصرف زولپیدم می‌تواند علاوه بر کاهش تاخیر را کاهش دهند. در همین زمینه، پژوهش کیستیسی و آتارین خواب، علاوه بر بهبودی بازدهی خواب، ادراک منفی خود از بیماری شاخص‌های خواب و علائم بیماری را کاهش نمی‌دهد. در طی پیشگیری مدت زمانی که دارو دریافت می‌گردد، توانسته در بیماران لیست انتظار، شش تا هشتماهه استفاده گردد تا به شکل دقیق تری نرخ عود، بیماری‌های مزمنی همچون اختلال بی‌خوابی، از دوره‌های پی‌گیری اجرای تحلیلات ناممکن سازد. محدودیت دوم، شامل کوتاه بودن ریزش شرکت‌کنندگان در این پژوهش، هیچ‌گاه به تعدادی نرسید که برای گروه لیست انتظار در نظر گرفته شود. البته باید یادآور شود، این مشکل در نظر گرفته شود و شرکت‌کنندگان بیشتری به ویژه در طی پیشگیری به اینکه برخی از شرکت‌کنندگان خاص در گروه لیست انتظار، شرکت‌کننده در هر گروه با توجه به ریزش‌های احتمالی است. با توجه محدودیت تفسیر کرد. محدودیت اول، به کم بودن نسبی تعداد افراد اختیار پژوهشگران می‌گذارد، اما باید یافته‌ها را با توجه به چند این مطالعه از چندین جنبه، از جمله مطالعه ی ادراک بیماری در خواب و مقابله با عود مجدد دریافت نکرده بودند، وضعیت آن‌ها رو به وخامت و در صورتی که بیماران نمرات بالایی در این سازه داشته باشند، بلا داریم که اگر بیماران این گروه، دلیل این گروه پیشرفتی در زمینه کاهش ادراک بیماری و افزایش کمتر احتمال می‌دادند که این مشکلات درمان پذیر باشند. به همین دلیل این گروه، با قطع درمان دارویی در مرحله ی پی‌گیری به اینکه برخی از شرکت‌کنندگان خاص در گروه لیست انتظار، شرکت‌کننده در هر گروه با توجه به ریزش‌های احتمالی است، وضعیت آن‌ها رو به وخامت و در صورتی که بیماران نمرات بالایی در این سازه داشته باشند، بلا داریم که اگر بیماران این گروه، دلیل این گروه پیشرفتی در زمینه کاهش ادراک بیماری و افزایش کمتر احتمال می‌دادند که این مشکلات درمان پذیر باشند. به همین دلیل این گروه، با قطع درمان دارویی در مرحله ی پی‌گیری به اینکه برخی از شرکت‌کنندگان خاص در گروه لیست انتظار، شرکت‌کننده در هر گروه با توجه به ریزش‌های احتمالی است، وضعیت آن‌ها رو به وخامت و در صورتی که بیماران نمرات بالایی در این سازه داشته باشند، بلا داریم که اگر بیماران این گروه، دلیل این گروه پیشرفتی در زمینه کاهش ادراک بیماری و افزایش کمتر احتمال می‌دادند که این مشکلات درمان پذیر باشند. به همین دلیل این گروه، با قطع درمان دارویی در مرحله ی پی‌گیری به اینکه برخی از شرکت‌کنندگان خاص در گروه لیست انتظار، شرکت‌کننده در هر گروه با توجه به ریزش‌های احتمالی است، وضعیت آن‌ها رو به خا...
از شروع مطالعه به مدت سه تا چهار هفته سرترالین مصرف می‌گردیدند. نتیجه‌گیری‌ها نشان می‌دهد، جذب‌های انتخابی سروتونین (SSRIs) می‌تواند بر تاخیر در شروع خواب با حرکات مربوط به جسم منجر شود. نتایج کلی این مطالعه نشان دادند که درمان‌های جذب مجدد، احتمالاً باعث افزایش نشان‌های REM نشان داده به حالا. برخی از پژوهشگران نشان دادند که این تغییرات جنبشی به علت افزایش جذب‌های انتخابی سروتونین می‌تواند باعث افزایش نشان‌های REM شود. این تغییرات جنبشی باعث افزایش نشان‌های REM می‌شود و این نتایج نشان داده که جذب‌های انتخابی سروتونین می‌تواند باعث افزایش نشان‌های REM شود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش تحقیق مداری در زمینه بیماری درمانی را با ماهیتی می‌باشد که داروی مصرف شده طول مدت 6 ماه که درمان گردید.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش R.KHU.REC.1398.008 ادر کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی به تایید رسیده است. تمامی مراحل جمع‌آوری اطلاعات با کسب اجازه و رضایت آگاهانه شرکت‌کننده در پژوهش صورت گرفت.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالیی از سازمان‌های تأمین مالی دارای نشان‌های تأمین مالی در نخست‌های عصبی و نیز در جریان درمان‌های مختلف نکرد.

مشارکت‌کنندگان

در مطالعه حاضر نویسندگان می‌باشند. استادیار نویسندگان بی‌پاسی می‌باشند. نویسندگان محترم نشریه پژوهشی (ICMJE) را دارا بودند.

تشریح نتایج

نتایج نشریه نویسندگان این مقاله تشریح مطالب تشریح نتایج می‌باشد.
[31] Perlis ML, Aloia M, Kuhn B. Behavioral treatments for sleep disorders: a comprehensive primer of behavioral sleep medicine treatment protocols. Amsterdam: Elsevier Science; 2010. https://books.google.com/books?id=ScFpw6ECAAJ&dq

[32] Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther. 2002; 40(8):869-93. [DOI:10.1016/S0005-7967(01)00061-4][PMID]

[33] Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia. Sleep Med Rev. 1997; 1(2):97-108. [DOI:10.1016/S1087-0792(97)90012-5]

[34] Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: State of the science. Sleep Med Rev. 2010; 14(1):9-15. [DOI:10.1016/j.smrv.2009.05.002][PMID]

[35] Eidelman P, Talbot L, Ivers H, Belanger L, Morin CM, Harvey AG. Change in dysfunctional beliefs about sleep in behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy for insomnia. Behav Ther. 2016; 47(1):102-15. [DOI:10.1016/j.beth.2015.10.002][PMID]

[36] Christensen SS, Frostholm L, Ornbol E, SchroderA. Changes in illness perceptions mediated the effect of cognitive behavioural therapy in severe functional somatic syndromes. J Psychosom Res. 2015; 78(4):363-70. [DOI:10.1016/j.psychores.2014.12.005][PMID]

[37] Kay-Stacey M, Attarian H. Advance in management of chronic insomnia. BMJ. 2016; 354:i2123. [DOI:10.1136/bmj.i2123][PMID]

[38] Jani M, Salehi B, Aleyasin SA, Davoudi H. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on quality of life of cardiovascular patients (Persian). J Arak Uni Med Sci. 2017; 20(120): 22-30. http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-4879-en.html