



Comparison between Medical and Psychological Interventions for Improving Sleep Quality

مقایسه مداخله پزشکی و روانشناختی در بهبود کیفیت خواب

Mahboubeh Dastani. MA
Ali Fathi-Ashtiani. PhD
Khosro Sadeghniaat. MD

محبوبه داستانی^۱، دکتر علی فتاحی آشتیانی^۲،

دکتر خسرو صادق نیت^۳

پذیرش نهایی: ۸۹/۲/۲۴

بازنگری: ۸۹/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۲۵

Abstract

The aim of this research is to compare medical and psychological interventions to improve sleep quality among subjects who refer to sleep clinics in the city of Tehran. The population of interest includes all of the clientele in sleep clinics of Tehran for a month suffering from insomnia. The sample for this study includes 26 clientele of Baharloo sleep clinic. This sample is randomly selected and divided into two groups with 13 clientele in each group. Psychological intervention group subjects were given instructions for progressive muscle relaxation, guided imagery, relaxation music, and sleep hygiene in 4 sessions. Subjects in medical intervention group used hypnotic drugs (Benzodiazepines and Benzodiazepine receptor agonists) in 4 weeks and they all were examined after 4 weeks. The scales for obtaining information consisted of; Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale, Berlin Questionnaire for Sleep Apnea, and Beck Depression Inventory. The results showed that psychological interventions can amend sleep latency (SL), total sleep time (TST), sleep efficacy (SE) and sleep quality (SQ) but medical intervention and drug therapy can significantly affect sleep efficacy and sleep quality. Comparison between the two kinds of interventions showed that psychological interventions is more effective in improving SL, TST, SE and SQ than medical intervention. According to the results, we may suggest that psychological interventions is the more proper alternative for the remedy of insomnia.

Keywords:

Sleep quality, progressive muscle relaxation, guided imagery, relaxation music, sleep hygiene, drug therapy.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی مداخلات پزشکی و روانشناختی در بهبود کیفیت خواب مراجعه کنندگان به کلینیک خواب در شهر تهران صورت گرفت. جامعه مورد پژوهش تمام افراد مراجعه کننده به یکی از کلینیک‌های خواب در شهر تهران، طی یک ماه، با شکایت بی خوابی یا بد خوابی بود. نمونه شامل ۲۶ نفر از مراجعه کنندگان بود که بطور تصادفی در ۲ گروه ۱۳ نفره (برای مداخله روانشناختی و مداخله پزشکی) جایگزین شدند. هر دو گروه قبل از مداخله مورد ارزیابی روانشناختی قرار گرفتند. سپس در گروه مداخله روانشناختی افراد طی ۴ جلسه تحت آموزش تنش زدایی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی، موسیقی آرام بخش و بهداشت خواب قرار گرفتند و در گروه مداخله پزشکی افراد تحت دارو درمانی با داروهای خواب آور به مدت ۴ هفته قرار گرفتند و پس از ۴ هفته مجدداً هر دو گروه مورد ارزیابی روانشناختی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ، مقیاس خواب آلودگی اپورث، پرسشنامه وقفه تنفسی خواب برلین و پرسشنامه افسردگی بک بود. نتایج بدست آمده نشان داد مداخله روانشناختی می تواند باعث بهبودی تاخیر در بخواب رفتن، مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب شود، درحالیکه مداخله پزشکی و دارودرمانی عمدتاً در بهبودی اثربخشی خواب و کیفیت خواب تأثیرگذار بود. مقایسه دو نوع مداخله نیز نشان داد که مداخلات روانشناختی اثربخشی بیشتری در بهبود تاخیر در بخواب رفتن، مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب، نسبت به مداخلات پزشکی دارد. با توجه به یافته های این پژوهش می توان در زمانی که دارو درمانی تأثیر گذاری کمی دارد، مداخلات روانشناختی را به عنوان جایگزینی مناسب برای درمان آشفته گی های خواب و بی خوابی پیشنهاد کرد.

کلید واژه ها:

کیفیت خواب، تنش زدایی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی، موسیقی آرام بخش، بهداشت خواب، دارودرمانی

۱- (نویسنده پاسخگو) کارشناس ارشد روانشناسی . Email: mdastani63@yahoo.com

۲- استاد گروه روانشناسی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله (عج).

۳- دانشیار طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران. بیمارستان بهارلو



مقدمه

خواب یک فرایند زیستی پویا و سازمان یافته است که بخش مهمی از زندگی محسوب می شود. کیفیت یا چگونگی خواب با کیفیت تعامل اجتماعی مرتبط است (هایس، مارتین، سستی و اسپینتز، ۲۰۰۵). کنترل دقیق خواب بخش مهمی از کار بالینی است. زیرا اختلال خواب اغلب نشانه اولیه یک اختلال روانی است. برخی اختلالات روانی با تغییرات مشخص در فیزیولوژی خواب همراهند. خواب یکی از عناصر مهم در چرخه شبانه روزی است که با بازسازی قوای فیزیکی و روانی همراه است. از آنجا که انسان ها یک سوم زندگی خود را در خواب می گذرانند، و بیش از ۳۰ درصد مردم دنیا از اختلالات خواب رنج می برند (بلنک، بانیو، مریت، ساوارد، ایورس، ۲۰۰۷)، که در یک سوم موارد، مزمن تلقی می شود (فرهادی نسب و عظیمی، ۱۳۸۷) می توان گفت که اختلالات خواب از جمله مهمترین اختلالات روانی می باشند. بعلاوه تحقیقات متعددی گزارش کرده اند که آشفتگی خواب شبانه می تواند موجب تضعیف عملکرد روزانه شود (هیدالگو و کامو، ۲۰۰۲).

از آنجایی که در مطالعات متفاوت، اثر سوء اختلالات خواب بر شرایط سلامت عمومی (بریونز، آدامز، استروس، روزنبرگ، وولن، ۱۹۹۶)، احساس رضایت از زندگی (پیلگر، گینتر، سادوسکی، ۱۹۹۷)، خلق (دینجز، پاک، ویلیامز، گیلن و پاول، ۱۹۹۷) و کیفیت انجام وظایف و کار فرد (اولفبرگ، کارتر، تالباک و ادلینگ، ۱۹۹۶؛ رامسا، استین، بلیک، جاکوبی و سارن، ۲۰۰۹) نشان داده شده است و نیز با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در انواع بیماری ها، توجه بسیاری به سمت بررسی اختلالات خواب، علل و عوامل مرتبط و درمان آن در طی ۱۰ سال گذشته معطوف شده است (موشی، مولنار، ریتیلی، واموس و سفانی، ۲۰۰۴) و طب خواب در طب نوین

جایگاه ویژه ای یافته است، به گونه ای که در کشورهای پیشرفته کمتر بیمارستان و شهری را می توان یافت که به این مهم بطور جدی نپرداخته باشد (دمنت، ۲۰۰۶).

اگرچه طی سالهای اخیر، توجه بالینی به پژوهش درباره خواب منجر به طبقه بندی اختلالات مشخص و عینی تعریف شده ای از اعمال مربوط به خواب و بیداری شده است و پیشرفت هایی در زمینه ارزیابی اختلالات خواب بویژه پلی سومنوگرافی صورت گرفته، اما پژوهش های اندکی تاثیرات ذهنی کیفیت خواب "خوب" و "بد" را با استفاده از مقیاس های درجه بندی خودگزارشی در افراد عادی و بیماران مورد مطالعه قرار داده اند. در واقع به اعتقاد اوانز (۱۹۷۷)، سوابق پژوهشی درباره کیفیت خواب، اطلاعات اندکی درباره اینکه افراد، خواب خود را چگونه توصیف می کنند، فراهم می کند که نشان می دهد اگر قرار است پژوهش ها درباره کیفیت خواب موفق باشند باید به تجارب افراد نیز حساس باشند و از مقیاس هایی استفاده کنند که کیفیت خواب ذهنی را ارزیابی می نماید (افخم ابراهیمی، کافیان تفتی، ۱۳۸۷).

بر اساس بررسی های بعمل آمده شکایت از آشفتگی خواب، موضوعی است شایع ولی این افراد کمتر به دنبال درمان می روند (ولدی، آلوچا و وسار، ۲۰۰۵). درمان اختلالات خواب را نیز اغلب پزشکان بر عهده دارند و درمان بطور معمول شامل دارو درمانی است. رویکردهای روانشناختی نیز سالهاست که شکل گرفته اند اما نقص دانش پزشکان درباره آنها و سوالهایی درباره سودمندی آنها، استفاده از آنها را محدود کرده است. از طرفی عوارض جانبی داروها که باعث ایجاد مشکلاتی برای افراد می گردد لزوم درمانهای جایگزین را مطرح می سازد (چسان، اندرسون، لیتنر، هارتس و وایس، ۱۹۹۹).

سفینگ، لیچستین، نایو، مک کری و ویلسون (۲۰۰۸)، سیورتنسن، امویک، پالیسن، (۲۰۰۶)، و



بیماری جسمانی؛ بدون نشانه های شدید افسردگی؛ عدم سابقه آشنایی با یکی از فنون تنش زدایی و انجام آن، رضایت داشتن برای شرکت در تحقیق) بودند انتخاب و بطور تصادفی در ۲ گروه جایگزین شدند (۱۳ نفر در گروه مداخله روانشناختی و ۱۳ نفر در گروه دارو درمانی).

ابزار

ابزار گردآوری اطلاعات شامل شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ، مقیاس خواب آلودگی اپورث، پرسشنامه وقفه تنفسی خواب برلین و پرسشنامه افسردگی بک بود.

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ: شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ که توسط دانیل جی بایسی و همکارانش (۱۹۸۹) برای ارزیابی کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، ساخته شده است. اعتبار^۲ این مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شده و از حساسیت^۳ ۸۹/۶ درصد و ویژگی^۴ ۸۶/۵ درصد برخوردار است. همچنین نانتسون و همکاران (۲۰۰۶)، ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی آزمون را پس از یکسال در جمعیت عمومی ۰/۶۸ و اعتبار تنصیفی آزمون را ۰/۷۶ گزارش کرده اند. نوحی و همکاران (۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی آزمون را ۰/۸۳ گزارش کرده اند. همچنین روایی این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی توسط مطالعه ثبت شده به شماره ۲۷۳۰ از انستیتو روانپزشکی تهران مورد تایید قرار گرفته است (فرهادی نسب و عظیمی، ۱۳۸۷). در این مطالعه نیز اعتبار همسانی درونی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب خود طی ۴ هفته گذشته بررسی می نماید. این پرسشنامه شامل ۷ خرده مقیاس به شرح: (۱) کیفیت خواب ذهنی^۵، (۲) تاخیر در به خواب رفتن^۶، (۳) طول مدت خواب مفید^۷،

جیکوبس، پیس اسکات، استیک گلد، اومد (۲۰۰۴)، دریافتند مداخلات روانشناختی در مقایسه با درمان دارویی می تواند بطور معناداری باعث بهبود کیفیت خواب و بی خوابی شود. همچنین مورین، کلچی، استن، سوود (۱۹۹۹) و مک کلاسکی، میلی، اسویتزر، ویلیامز و ووتن (۱۹۹۱)، در ارزیابی تاثیرات فوری و طولانی مدت تربیازولام و تکنیک های رفتاری طی ۴ هفته مداخله (کوتاه مدت) و پیگیری پس از ۹ هفته (بلند مدت، ۵ هفته بدون مداخله) دریافتند که هر دو نوع مداخله پس از ۴ هفته، مدت نهفتگی خواب را تا ۵۰ درصد کاهش و مدت کلی خواب را تا ۱۵ درصد افزایش دادند اما تنها مداخلات رفتاری تاثیر خود را پس از ۹ هفته حفظ کردند. در حالیکه رایمن و پرلیس (۲۰۰۹) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۲)؛ به نقل از جیکوبس و همکاران (۲۰۰۴)، دریافتند که تاثیر مداخلات روانشناختی و دارو درمانی در کوتاه مدت یکسان بوده و هیچ تفاوتی بین تاثیر مداخلات روانشناختی با مداخلات پزشکی مشاهده نکردند.

با توجه به نکات فوق، این پژوهش در صدد مقایسه اثربخشی مداخلات پزشکی و مداخلات روانشناختی در بهبود کیفیت خواب افراد و پاسخگویی به این سوال است که آیا مداخلات روانشناختی می توانند جایگزین مناسبی برای مداخلات پزشکی باشند؟

روش

این پژوهش از نوع طرح های شبه آزمایشی و بصورت پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش می باشد. جامعه مورد پژوهش تمام افراد مراجعه کننده به یکی از کلینیک های خواب در شهر تهران با شکایت بی خوابی یا بد خوابی بود. در فاصله زمانی یک ماه، از میان مراجعه کنندگان، ۲۶ نفر با شکایت بی خوابی یا بد خوابی که حایز ملاک های ورود به نمونه (شامل بد خوابی؛ عدم وجود اختلالات دیگر غیر از بی خوابی شامل پر خوابی و آپنه خواب؛ بدون

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
2. reliability
3. sensitivity
4. specificity
5. subjective sleep quality



مشکل جدی است (آدوسان و همکاران، ۲۰۰۸). جونز (۲۰۰۰)، ویژگی بالا (۱۰۰ درصد) و حساسیت ۹۳/۵ درصد و اعتبار همسانی درونی آزمون را ۰/۸۱ گزارش کرده است. همچنین ناتسون و همکاران (۲۰۰۶)، اعتبار بازآزمایی مقیاس را به فاصله یکسال در جمعیت عمومی، ۰/۷۶ و اعتبار تنصیفی را ۰/۸۵ گزارش کرده اند. در ایران نیز مسعود زاده، زنگانه و شهباز نژاد (۱۳۸۵) اعتبار حاصل از بازآزمایی مقیاس را در دانشجویان حدود ۰/۷۰ بدست آوردند.

پرسشنامه وقفه تنفسی خواب برلین: این پرسشنامه ریسک فاکتورهای وقفه تنفسی خواب مثل خرخرکردن، خواب آلودگی و خستگی روزانه و وجود چاقی یا فشارخون را بررسی می‌کند و بطور گسترده در تشخیص های بالینی و تحقیقات مرتبط مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه حاوی ۱۰ سوال است که در ۳ مقوله جای می‌گیرند. سوالهای ۱ تا ۵ مقوله اول، ۶ تا ۹ مقوله دوم، و سوال ۱۰ مقوله سوم را تشکیل می‌دهد. در مقوله های اول و دوم اگر نمره فرد بیش از ۲ شود، وضعیت فرد در آن مقوله مثبت و اگر کمتر باشد منفی خواهد بود. در مقوله سوم اگر پاسخ آزمودنی به سوال "بلی" باشد وضعیت فرد مثبت وگرنه منفی خواهد بود. و در نهایت اگر وضعیت فرد در ۲ تا یا بیشتر از مقوله ها مثبت باشد، خطر وقفه تنفسی بالا و اگر در یک مقوله یا کمتر مثبت شده باشد، پایین ارزیابی می‌گردد. نتزر، استوس، نتزر، کلارک و استول (۱۹۹۹)، اعتبار همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آزمون را برای مقوله های پرسشنامه از ۰/۸۶ تا ۰/۹۲، حساسیت ۸۶ درصد و ویژگی ۷۷ درصد را برای کل پرسشنامه گزارش کرده اند. در این مطالعه نیز اعتبار همسانی درونی آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

شیوه اجرا و مداخله:

شیوه اجرا بدین صورت بود که افراد مراجعه کننده

(۴) اثر بخشی خواب^۱ (بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب)، (۵) اختلالات خواب^۲، (۶) استفاده از داروهای خواب آور^۳ و (۷) اختلال عملکرد در طی روز^۴ می‌باشد. نمره هریک از مقیاس ها از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است که به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، خفیف، متوسط و شدید میباشند. حاصل جمع نمرات مقیاس های ۷ گانه نمره کلی را تشکیل می‌دهد که از ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نمره کلی بالاتر از ۵ بمعنی نامناسب بودن کیفیت خواب است (بایسی، رینولد، مونک و برمن، ۱۹۸۹).

پرسشنامه افسردگی بک II: پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از جمله مناسب ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک (BDI) حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از فتحي آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸).

مقیاس خواب آلودگی اپوورث: این مقیاس توسط موری جونز در سال ۱۹۹۱، ساخته شده و یک پرسشنامه خودگزارشی است که فرد وقوع خواب آلودگی را در هریک از آنها طبق یک مقیاس درجه بندی لیکرت از هرگز (صفر) تا زیاد (۳) درجه بندی می‌کند. نمره برابر یا کمتر از ۱۰ نشانه عدم وجود مشکل جدی پر خوابی روزانه و بیشتر از ۱۰ نشانه وجود

6. sleep latency
7. sleep duration
8. habitual sleep efficiency
9. sleep disturbances
10. use of sleeping medication
11. daytime dysfunction



عضلات بدن خود را می‌آموزد. برای شروع با گروه اول ماهیچه ای، دست و بازوی برتر، مراجع ماهیچه ها را حدود ۵ ثانیه به شدت منقبض و سپس سریع آنها را رها می‌کند. این عمل به مراجع اجازه می‌دهد تا تفاوت بین تنش و آرامش را در آن گروه از ماهیچه ها احساس کند. مراجع روی سطح کاهش یافته تنش در گروه ماهیچه ای به مدت ۱۰ ثانیه متمرکز می‌شود و سپس به سراغ گروه ماهیچه ای بعدی می‌رود (توالی تنش - آرامش در هر گروه عضلانی دو بار تکرار می‌شود). این فرایند ادامه می‌یابد تا تمام گروه های عضلات شل و سفت شوند (میلتن برگر، ۱۳۸۱).

تهیه نرم افزار آموزشی: جهت تمرین خانگی مراجعان، نرم افزاری صوتی شامل دستورات تنش زدایی عضلانی تدریجی (۲۵ دقیقه) بر اساس روش ۱۴ گروهی جکوبسن (میلتن برگر، ۱۳۸۱) تصویرسازی ذهنی هدایت شده (۵ دقیقه) بر اساس مطالعه ریچاردسون (۲۰۰۳) و موسیقی آرام بخش (۱۵ دقیقه) بر اساس مطالعه زیو، روتمان، آمون و هایمون (۲۰۰۸) تهیه گردید که مراجعان باید هر شب پیش از خواب به مدت ۴۵ دقیقه به آن گوش فرا می‌دادند.

۲- گروه مداخله پزشکی؛ شامل ۱۳ نفر که این افراد تحت دارو درمانی با داروهای خواب آور شامل بنزودیازپین ها و آگونیسست‌های گیرنده بنزودیازپین (ترازودون، لورازپام، کلونازپام، زولپیدم و زوپیکلون) بر حسب تشخیص پزشک متخصص به مدت ۴ هفته قرار گرفتند. اولین جلسه از آزمودنی‌ها پیش از آزمون و پس از ۴ هفته مصرف دارو از آنها پس از آزمون بعمل آمد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در چهار متغیر تأخیر در بخواب رفتن (به دقیقه)، مدت خواب (ساعت)، اثربخشی خواب (نسبت طول مدت خواب مفید به کل خواب ضربدر ۱۰۰) و کیفیت خواب، قبل و

به کلینیک خواب بیمارستان بهارلو با شکایت بی‌خوابی یا بد خوابی پس از مصاحبه اولیه و پر کردن پرسشنامه ها و احراز شرایط ورود به نمونه بطور تصادفی در ۲ گروه به شرح زیر جایگزین شدند:

۱- گروه مداخله روانشناختی؛ که شامل ۱۳ نفر بود و افراد طی ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تنش زدایی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی، موسیقی آرام بخش و بهداشت خواب قرار گرفتند. در جلسه اول از آزمودنی‌ها پیش از آزمون بعمل آمد و بعد از جلسه آموزشی (جلسه دوم) از آزمودنی‌ها خواسته شد که به مدت ۴ هفته به راهبردهای بهداشت خواب عمل کرده و هر شب پیش از خواب به نواری که حاوی دستورات تنش زدایی عضلانی، تصویرسازی ذهنی و موسیقی آرام بخش است گوش فرا دهند و به دستورات آن عمل کنند. هفته‌ای یکبار با آزمودنی‌ها تلفنی تماس گرفته شد و نحوه عمل و مشکلات افراد در اجرای فنون تنش زدایی پیگیری شد. پس از ۴ هفته از آزمودنی‌ها پس از آزمون گرفته شد.

جلسه اول: ارائه مبانی نظری تنش زدایی، موسیقی، بهداشت خواب و فواید آن.

جلسه دوم: آموزش تنش زدایی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی و راهبردهای بهداشت خواب؛ ارائه CD یا نوار حاوی دستورات تنش زدایی، تصویرسازی ذهنی و موسیقی آرام بخش.

جلسه سوم: تمرین تنش زدایی و صحبت راجع به مشکلات افراد برای اجرا و احساس ناشی از تنش زدایی.

جلسه چهارم: تمرین تنش زدایی و صحبت راجع به احساس ناشی از تنش زدایی، اجرای پس از آزمون.

در این تحقیق برای تنش زدایی عضلانی تدریجی، از روش چهارده گروهی جکوبسن (۱۹۳۸) استفاده شد. که طی آن عضلات بدن به چهارده گروه تقسیم می‌شوند و فرد سفت و شل کردن گروه‌های مختلف



جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر	مداخله	میانگین		انحراف معیار	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تاخیر خواب	روانشناختی	۱۰۸/۸۵	۳۰/۳۸	۱۹/۳۱	۴/۴۷
	پزشکی	۹۶/۱۵	۸۱/۹۲	۱۴/۵۱	۱۸/۹۲
مدت خواب	روانشناختی	۴/۰۷	۶/۳۳	-/۳۶	-/۳۷
	پزشکی	۴/۴۶	۵/۱۵	-/۳۱	-/۳۷
اثربخشی خواب	روانشناختی	۵۵/۸۴	۸۲/۱۰	۵/۲۰	۱/۳۷
	پزشکی	۵۹/۶۹	۶۸/۰۳	۳/۹۷	۳/۳۴
کیفیت خواب	روانشناختی	۱۲/۴۶	۷/۳۸	۱/۰۱	-/۷۷
	پزشکی	۱۵/۶۱	۱۳	-/۷۴	-/۹۲

ضربدر ۱۰۰) افزایش یافته و باعث بهبود کیفیت خواب ذهنی بیماران شده است. بنابراین بطور کلی می توان مداخله روانشناختی را در بهبود کیفیت خواب موثر دانست.

همچنین تفاوت میانگین های پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله پزشکی، در متغیر تاخیر در بخواب رفتن، معنادار نیست ($p > 0.05$) اما در متغیرهای مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب معنادار است ($p < 0.05$). بعبارت دیگر یک ماه مصرف داروهای خواب آور نتوانسته تاخیر در بخواب رفتن بیماران را کاهش دهد اما طول مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب را بهبود بخشیده است.

برای مقایسه تاثیر دو نوع مداخله در بیماران و حذف اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده

بعد از مداخله، در جدول ۱ آمده است. جهت بررسی اثربخشی دو نوع مداخله در بهبود کیفیت خواب از آزمون T وابسته استفاده شد که نتایج در جدول ۲ آمده است. همانطور که مشاهده می شود تفاوت میانگین های پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله روانشناختی، در متغیرهای تاخیر در بخواب رفتن، مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب معنادار است ($p < 0.01$)، و با توجه به میزان تفاوت میانگین ها میتوان گفت مدت زمان تاخیر در به خواب رفتن در بیماران پس از یک ماه آموزش و تمرین تنش زدایی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی و موسیقی آرام بخش و عمل به راهبردهای بهداشت خواب در طی روز، کاهش و طول مدت خواب مفید و اثربخشی خواب (نسبت طول مدت خواب مفید به کل خواب

جدول ۲: نتایج آزمون T در دو گروه

متغیر	مداخله	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	سطح معناداری
تاخیر خواب	روانشناختی	۷۸/۴۶	۵۶/۳۶	۵/۱۹	۰/۰۰۱
	پزشکی	۱۴/۲۳	۳۷/۳۵	۱/۳۷	۰/۱۹۵
مدت خواب	روانشناختی	-۲/۲۵	۱/۰۶	۷/۶۱	۰/۰۰۱
	پزشکی	-۰/۶۹	۱/۰۲	۲/۴۲	۰/۰۳۳
اثربخشی خواب	روانشناختی	-۲/۶۲	۱۷/۱۴	۵/۵۲	۰/۰۰۱
	پزشکی	-۸/۳۴	۶/۵۱	۴/۶۲	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	روانشناختی	۷/۰۷	۲/۱۷	۱۱/۷۱	۰/۰۰۱
	پزشکی	۲/۶۱	۲/۹۸	۳/۱۵	۰/۰۰۸



جدول ۳: آزمون کوواریانس برای مقایسه دو گروه

متغیر واریانس	متغیر	مجموع مجدورات	مقدار F	سطح معناداری
متغیر هم پراش (پیش آزمون)	تاخیر خواب	۲۴۷۳۲/۹۰	۱۶/۶۰	۰/۰۰۱
	مدت خواب	۱۳/۰۸	۱۴/۵۴	۰/۰۰۱
	اثربخشی خواب	۸۲۲/۰۲	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱
	کیفیت خواب	۹۷/۶۲	۱۷/۳۴	۰/۰۰۱
گروه (پس آزمون)	تاخیر خواب	۲۱۷۴۶/۳۸	۱۴/۵۹	۰/۰۰۱
	مدت خواب	۱۲/۵۵	۱۴/۹۶	۰/۰۰۱
	اثربخشی خواب	۱۵۳۳/۰۸	۲۸/۹۰	۰/۰۰۱
	کیفیت خواب	۱۵۰/۳۱	۲۶/۷۰	۰/۰۰۱

همکاران (۲۰۰۸)، سفینگ و همکاران (۲۰۰۸)، سیورتنس و همکاران (۲۰۰۶)، جیکوبس و همکاران (۲۰۰۴)، مورین و همکاران (۱۹۹۹) و مک کلاسی و همکاران (۱۹۹۱) است. همچنین با تحقیقات رایمن و پرلیس (۲۰۰۹)، یامادارا، ایناجاوا، چی با، بانایی و تاکاهاشی (۲۰۰۷) و اسمیت و همکاران (۲۰۰۲) مغایرت دارد.

در این پژوهش، منظور از مداخله روانشناختی، آموزش تنش‌زدایی عضلانی پیش‌رونده، تصویرسازی ذهنی، موسیقی آرام‌بخش و بهداشت خواب بود. از آنجا که تنش جسمانی می‌تواند شروع خواب را به تاخیر بیاندازد و گاه باعث ایجاد درد و ناراحتی در طی خواب شود، تنش‌زدایی عضلانی پیش‌رونده باعث می‌شود که فرد، تنش‌های جسمانی و تنیدگی‌های عضلانی را که در اثر استرس‌های روزانه کسب می‌کند، تخلیه کرده و پیش از خواب به آرامش دست یابد. برانگیختگی شناختی نیز نقش مهمی در سبب‌شناسی و ابقای مشکلات خواب ایفا می‌کند. یکی از شکایت‌های عمده مراجعان این بود که در حالیکه در بستر دراز کشیده‌اند، قادر به کنترل افکارشان نیستند، و با خصوصیات نظیر ذهن فعال هنگام خواب، نگرانی، برنامه‌ریزی، و ناتوانی در کنترل افکار توصیف می‌کردند. بنظر می‌رسد تصویرسازی ذهنی و موسیقی آرام‌بخش از طریق

شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به داده‌های جدول ۳، بین دو گروه پس از مداخله، در هر چهار متغیر تاخیر در بخواب رفتن، مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب، با حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار ($p < 0.01$) وجود دارد. بعبارت دیگر بین تاثیر مداخلات روانشناختی و مداخلات پزشکی در بهبود کیفیت خواب افراد تفاوت وجود دارد.

اما با توجه به میانگین‌های اصلاح‌شده دو گروه در پس‌آزمون، که در جدول ۴ آمده است می‌توان نتیجه گرفت مداخلات روانشناختی در بهبود تاخیر در بخواب رفتن، مدت خواب، اثربخشی خواب و کیفیت خواب اثربخش‌تر از مداخله پزشکی و دارو درمانی بوده است.

بحث

یافته‌های تحقیق نشان داد، هم‌روش دارودرمانی و هم مداخله روانشناختی، بطور جداگانه در بهبود کیفیت خواب افراد تاثیر دارند؛ اما در مقایسه با یکدیگر، اثربخشی مداخله روانشناختی بطور معناداری بیشتر از مداخله پزشکی بود، که این نتیجه همسوبا یافته‌های بوگدن و همکاران (۲۰۰۹)، پاسارلا و دونگ (۲۰۰۸)، آداچی، چی فومی، کانیتسوکا، هایاما (۲۰۰۸)، پاین و همکاران (۲۰۰۸)، هارمات و



می‌توان از این روش بعنوان مکمل دارو درمانی در کلینیک های خواب استفاده کرد. البته باید اذعان کرد که مانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی روبه رو بوده است. به عنوان مثال انتخاب اولیه کلینیک خواب و آزمودنی ها بطور تصادفی صورت نگرفته و این می‌تواند تعمیم یافته ها را محدود سازد. همچنین بدلیل محدودیت زمانی، امکان پیگیری بعدی و مقایسه تداوم اثر دو روش در طولانی مدت وجود نداشت.

تقدیر و تشکر

از همکاری های صمیمانه و بی دریغ همکاران و پرسنل کلینیک خواب بیمارستان بهارلو که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر را داریم.

منابع فارسی

- افخم ابراهیمی، عزیزه؛ کافیان تفتی، علیرضا. (۱۳۸۷). تاثیر اضطراب بر اجزای کیفیت خواب. خلاصه مقالات چهارمین همایش سراسری پزشکی خواب، ۲۶-۲۵. سرد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه. (۱۳۸۳). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگاه. فتحی آشتیانی، علی؛ و داستانی، محبوبه. (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: انتشارات بعثت. فرهادی نسب، عبدالله؛ و عظیمی، حامد. (۱۳۸۷). بررسی الگو و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۵(۱)، ۱۵-۱۱. مسعودزاده، عباس؛ زنگانه، علی؛ و شهبازنژاد، لیلا. (۱۳۸۵). بررسی میزان خواب آلودگی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۶(۵۲)، ۸۰-۷۵. میلتن برگر، ریموند. (۱۳۸۱). شیوه های تغییر رفتار. ترجمه علی فتحی آشتیانی و هادی عظیمی آشتیانی. تهران: انتشارات سمت.

جدول ۴: میانگین اصلاح شده پس آزمون در دو گروه بعد از حذف اثر پیش آزمون

متغیر	مداخله	میانگین	خطای استاندارد
تاخیر خواب	روانشناختی	۲۷/۰۶	۱۰/۷۳
	پزشکی	۸۵/۳۴	۱۰/۷۳
مدت خواب	روانشناختی	۶/۴۴	۰/۲۶
	پزشکی	۵/۰۳	۰/۲۶
اثر بخشی خواب	روانشناختی	۸۲/۷۸	۳/۰۲
	پزشکی	۶۷/۳۶	۳/۰۲
کیفیت خواب	روانشناختی	۷/۷۴	۰/۶۶
	پزشکی	۱۲/۶۳	۰/۶۶

تحریف توجه فرد از افکار ناسازگار با خواب و نگرانی های می‌تواند باعث افزایش کیفیت خواب شود. بخشی از مشکلات خواب و بد خوابی ها نیز بعلا عادات غلط و سبک زندگی اشتباهی افراد است. بعنوان مثال، شام خوردن درست پیش از خواب، خوردن مواد کافئین دار، نامنظم بودن ساعت خواب و بیداری، نامناسب بودن اتاق خواب یا رختخواب، و یا عدم تداعی رختخواب با خوابیدن بعلا کارهای دیگر در رختخواب، همگی باعث آشفتگی خواب و کاهش کیفیت خواب می‌شوند. آموزش راهبردهای بهداشت خواب به افراد کمک می‌کند تا عادات اشتباه و سبک زندگی خود را برای بهتر خوابیدن اصلاح کنند و از این طریق باعث بهبود کیفیت خواب آنان می‌شود. بنابر این یافته ها بنظر می‌رسد که بی خوابی و کیفیت خواب می‌تواند با تمرکز بر عادات های غلط خواب، افکار و نگرانی های مرتبط با خواب و آرامش بخشی به فرد پیش از خواب، بطور موثری بهبود یابد.

همچنین با توجه به عوارض مختلف مصرف داروهای خواب آور، تاثیر کوتاه مدت آنها و ایجاد مقاومت در بدن نسبت به آنها، می‌توان مداخلات روانشناختی را جایگزین مناسبی برای درمان آشفتگی های خواب و بی خوابی دانست. همچنین



Harmat, L., Takacs, J., Bodizs, R. (2008). Music improves sleep quality in students. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 327-335.

Hayes, R. D., Martin, S. A., Sesti, A. M., & Spitzer, K. (2005). Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Med.*, 6, 41-44.

Hidalgo, MP., Caumo, W. (2002). Sleep disturbances associated with minor psychiatric disorders in college students. *Neural Science*, 23(1), 35-39.

Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R., & Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia. *Archives of internal medicine*, 164(17), 1888-1896.

Johns, M. (2000). Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale. *Journal of sleep Research*, 9(1), 5-11.

Knutson, KL., Rathouz, PJ., Yan, LL., Liu, K., Lauderdale, DS. (2006). Stability of the Pittsburgh sleep quality index and the Epworth sleepiness scale over 1 year in early middle aged adults. *Sleep*, 29(11), 1503-1506.

McClusky, HY., Milby, JB., Switzer, PK., Williams, PK., Wooten, V. (1991). Efficacy of behavioral versus triazolam treatment in persistent sleep onset insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 148, 121-126.

Morin, CM., Collechi, C., Stone, J., Sood, R., Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA*, 281, 991-999.

Mucsi, I., Molnar, M. Z., Rethelyi, J., Vamos, E., Csepányi, G., Tompa, G., et al. (2004). Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 19, 1815-1822.

Netzer, NC., Stoohs, RA., Netzer, CM., Clark, K., Strohl, KP. (1999). Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 131(7), 485-491.

Passarella, S., & Duong, M. T. (2008). Diagnosis and treatment of insomnia. *American journal of health system pharmacists*, 65, 927-934.

Payne, J. K., Held, J., Thorpe, J., & Shaw, H. (2008). Effects of exercise on biomarkers, fatigue, sleep disturbances, and depressive symptoms in older women with breast cancer. *Oncology nursing forum*, 35(4), 635-642.

Pilker, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationship between sleep and measures of health, wellbeing and sleepiness in college students. *J Psychosom Res*, 42, 583-596.

نوحی، سیما؛ آذر، ماهیار؛ تولایی، سیدعباس؛ رادفر، شکوفه؛ حبیبی، مهدی؛ انوری، سمیه سادات؛ و دیگران. (۱۳۸۶). کیفیت خواب در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *مجله علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۶۹-۷۷.

References

Adachi, Y., Chifumi, S., Kunitsuka, K., Hayama, J., Doi, Y. (2008). A brief behavior therapy by correspondence improves sleep and sleep-related behavior in poor sleepers. *Sleep and Biological rhythms*, 6(1), 16-21.

Adeosun, S. O., Asa, S. O., Babalola, O. O., Akanmu, M. A. (2008). Effects of night-reading on sleepiness, sleep quality and academic performance of undergraduate pharmacy students in Nigeria. *Sleep and Biological Rhythm*, 6, 91-94.

Blanc, M. L., Bonneau, S. B., Merrete, C., Savard, J., Ivers, H., Martin, C. M. (2007). Psychological and health related Quality of life factors associated with Insomnia in a population based sample. *J psychosom Res*, 63(2), 157-160.

Bogdan, V. A., Balazsi, R., Lupu, V., Bogdan, V. (2009). Treating primary insomnia: A comparative study of sleep-help methods and progressive muscle relaxation. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 67-82.

Brions, B., Adams, N., Strauss, M., Rosenberg, C., Wholen, C., Carskadon, M., et al. (1996). Relationship between sleepiness and general health status. *Sleep*, 19, 583-588.

Buysse, DJ., Reynolds, CF., Monk, TH., Berman, SR., Kupfer, DJ. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28, 193-213.

Chesson, A. L., Anderson, W. M., Littner, M., David, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M., & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the non-pharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22(8), 1128-1133

Dement, W. (2006). Available from [http://www.stanford.edu/~dement/sleepless.html]

Dinges, D. F., Pack, F., Williams, K., Gillen, K. A., Powell, J. W., Ott, J. E., et al. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep*, 20, 267-275.



Ramsawh, H. J., Stein, M. B., Belik, S.L., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*. In press.

Richardson, S. (2003). Effects of Relaxation and Imagery on the Sleep of Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(4), 182-190.

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, 205-214.

Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O., Kvale, G., Nielsen, G., & Nordhus, I. (2006). Cognitive behavioral therapy vs. Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults - A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 295(24), 2851-2858.

Soeffing, J. P., Lichstein, K. L., Nau, S. D., McCrae, C. S., Willson, N. M., Aguillard, R. N., Lester, K. W., & Busch, A. J. (2008). Psychological treatment of insomnia in hypnotic-dependant older adults. *Sleep medicine*. 9(2), 165-177.

Stevenson, J. P. (2007). *Intermediate statistics*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Ulfberg, J., Carter, N., Talback, M., Edling, C. (1996). Excessive daytime sleepiness at work and subjective work performance in the general population and among heavy snorers and patients with obstructive sleep apnea. *Chest*, 110, 659-663.

Veldi, M., Aluoja, A., & Vesar, V. (2005). Sleep quality and more common sleep related problems. *Sleep Med*, 6(3), 269-275.

Yamadera, W., Inagava, K., Chiba, Sh., Bannai, M., Takahashi, M., & Nakayama, K. (2007). Glycine ingestion improves subjective sleep quality in human volunteers, correlating with polysomnographic changes. *Sleep and biological rhythms*, 5, 126-131.

Ziv, N., Rotman, T., Amon, Z., & Haimov, I. (2008). The Effect of Music Relaxation versus Progressive Muscular Relaxation on Insomnia in Older People and Their Relationship to Personality Traits. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 360-380.