مقاله پژوهشی

مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی

عباس بور[۱]، علی خانه‌کشی[۲]*، نادر امام قلی‌پور[۳]

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کیفیت خواب نامناسب می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد روزانه شود. هدف از اجرای پژوهش حاضر مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی افراد عادی با بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور بوده است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی پس‌رویدادی با طرح علی-مقایسه‌ای بوده است. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور بودند که تعداد ۲۷۴ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای از شهرهای ساری، نور و چالوس انتخاب شدند. تعداد ۲۷۴ نفر از افراد عادی در سطح شهرهای مذکور نیز پس از همتاسازی متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه بیمار با روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات نیز از پرسشنامه کیفیت خواب بویس و کیفیت زندگی ویر و شربون استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که بین افراد عادی و بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور از لحاظ کیفیت خواب ($P<۰/۰۱$) و کیفیت زندگی ($P<۰/۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت در کلیه‌های زیرمقیاس‌های کیفیت خواب و کیفیت زندگی نیز وجود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: مطابق با نتایج این مطالعه بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور در قیاس با افراد عادی از کیفیت خواب و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. مطابق با این نتایج استفاده دارو درمانی در ترکیب با درمان‌های روان‌شناختی در درمان اختلالات خواب پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: بیماران، داروهای خواب‌آور، کیفیت خواب، کیفیت زندگی

مجله ایده‌های نوین روانشناسی، دوره اول، شماره دوم، ص ۱۸-۹، بهار ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات شاهرود، دانشکده روانشناسی ، تلفن: ۰۹۳۷۱۶۱۳۲۱۹

Email: abassbour@gmail.com

مقدمه

خواب یکی از عناصر اصلی در چرخه شبانه‌روزی زندگی انسانی است که نقش مهمی در بازسازی قوای جسمانی و روانی ایفا می‌کند (۱). خواب حدود یک سوم از عمر انسان را به خود اختصاص می‌دهد و فقدان آن می‌تواند باعث اختلال شناختی، هیجانی و جسمانی شود. سیستم تنظیم خواب و بیداری با سیستم‌های درگیر در تنظیم هیجان و سایر رفتارها، همپوشانی و تعامل دارند (۲). حفظ چرخه منظم خواب به‌منظور حفظ تناسب اندام و سلامت جسمانی کاملاً ضروری است (۳). اختلالات مربوط به خواب مطابق با مطالعات همه‌گیرشناسی یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی است (۴). در همین راستا شاخص کیفیت خواب[۴] عبارت است از این‌که خواب چگونه تجربه می‌شود. این شاخص مشتمل بر احساس تجدید نیرو و نبود احساس خواب‌آلودگی بعد از بیدار شدن می‌باشد و جنبه‌های کم‌خوابی طولانی‌مدت، کفایت و جنبه‌های ذهنی همچون عمق خواب و آرام‌بخشی آن را در بر می‌گیرد (۵). کیفیت خواب به دلیل دو دلیل عمده یک سازه پراهمیت بالینی است. یکی این‌که شکایت افراد از کیفیت خوابی که دارند بسیار رایج است و دوم این که کیفیت خواب پایین می‌تواند مهم‌ترین نشانه مبنی بر وجود اختلالات خواب و وضعیت‌های پزشکی باشد (۶).

خواب و اختلالات خواب از دیرباز مورد توجه پژوهشگران در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، فیزیولوژی و خواب‌شناسی قرار داشته

[۱] دانش‌آموخته کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، شاهرود، ایران

[۲] استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد آیت‌الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد آیت‌الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

[4] quality of sleep

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

و به‌صورت یک نیاز اساسی در زندگی انسانی مورد بررسی قرار گرفته است (۷). مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت خواب نامناسب با افزایش تنیدگی، تحریک‌پذیری، افسردگی و به‌طورکلی با رضایت کمتر از زندگی ارتباط دارد (۸). مضاف بر موارد یاد شده اختلالات خواب به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم برای زندگی افراد تهدید جدی به شمار می‌روند. یافته‌های اخیر در این زمینه نشان می‌دهد که کیفیت خواب نقش مهمی در حفظ عملکردهای شناختی افراد و کاهش خطر ابتلا به زوال عقل دارند (۹، ۱۰). بنابراین هرگونه اختلال در کمیت، کیفیت و یا الگوی خواب می‌تواند تأثیر منفی چشمگیری بر عملکرد و سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد (۱۱، ۱۲، ۱۳). در همین راستا خواب خوب و کیفیت مناسب آن برای ایجاد عملکرد صحیح روزانه در دوره بیداری و در نتیجه رسیدن به کیفیت بهتر زندگی لازم است. بر این اساس می‌توان گفت که کیفیت نامناسب خواب تهدیدی برای کیفیت زندگی[1] انسان‌ها محسوب می‌شود (۱۴).

کیفیت زندگی به‌عنوان نتیجه کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود و رویدادهای زندگی در یک مجموعه چندبُعدی از حوزه‌های زندگی اتفاق می‌افتد و کیفیت زندگی بر مجموعه حوزه‌های تشکیل‌دهنده زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۵). تعاریف مختلفی از کیفیت زندگی ارائه شده است اما بر وجود سه اصل اساسی در این موضوع توافق وجود دارد. کیفیت زندگی محصول یک ارزشیابی ذهنی است و ماهیتی پویا دارد نه ایستا و همچنین مفهومی چندبعدی است (۱۶). بر طبق مدل سلامت‌نگر، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی و روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را دربر گیرد. امروزه با پیدایش و گسترش مفاهیم سلامت و روانشناسی مثبت، نگرش درباره اختلالات از چهارچوب پزشکی و مدل تک‌عاملی خارج شده و محققان معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های زندگی معیوب وکیفیت نازل زندگی افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود (۱۷). در همین راستا نتایج پژوهش‌ها حاکی از ارتباط بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی است چنانکه برخی ابعاد کیفیت زندگی همچون محدودیت‌های فیزکی، نشانه‌های بیماری، و عملکرد اجتماعی با کیفیت خواب در ارتباط هستند (۱۸، ۱۹).

با توجه به تأثیرات اختلالات خواب و کیفیت نامناسب آن بر سایر ابعاد زندگی انسانی درمان آن از دیرباز مورد توجه متخصصین بوده است. در همین راستا می‌توان گفت که درمان‌های دارویی یکی از مهم‌ترین راهبردهای درمانی برای اختلالات خواب است. برای درمان اختلالات خواب از داروهای متفاوتی استفاده می‌شود. به‌طور مثال دیازپام[2] و اگزازپام[3] از دسته داروهای بنزودیازپینی[4] شایع‌ترین داروهای مورد استفاده هستند. اگرچه این داروها کارآیی خوبی داشته و نسبتاً ایمن و بی‌خطر هستند ولی عوارض جانبی زیادی داشته که در موارد استفاده با دوزهای دارویی بالا مصارف طولانی‌مدت بیشتر دیده می‌شوند (۲۰). استفاده از داروهای خواب‌آور غیربنزودیازپینی و آگونیست‌های ملاتونین[5] نیز از شایع‌ترین درمان‌های دارویی هستند. درمان‌های دارویی ثانویه نیز مشتمل بر داروهای ضد افسردگی، ضدسایکوزها و باربیتورات‌ها هستند. داروهای اخیر نیز گرچه مؤثر هستند؛ اما اغلب عوارض جانبی زیادی مانند باقی‌ماندن تأثیر مسکن در طول روز در بدن، خواب‌آلودگی، گیجی، سردردهای خفیف، نقصان‌های شناختی و وابستگی ایجاد می‌کند (۲۱). در همین راستا پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیش از نیمی از بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور، بیدار شدن در شب و مشکل در به خواب رفتن مجدد را گزارش کرده‌اند. علاوه بر این استفاده طولانی‌مدت از داروهای خواب‌آور در بازگشت و اصلاح تغییرات الگوی خواب هیچ‌گونه تأثیری ندارد (۲۰، ۲۱). با توجه به شواهد پژوهشی که نتایج آن‌ها پیرامون اثربخشی درمان‌های دارویی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور بعضاً متناقض و ناهمسو بوده است (۲۲، ۲۳، ۲۴). مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی در بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی انجام می‌شود. سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ فرضیه‌های این پژوهش نیز عبارت‌اند از: ۱- کیفیت خواب بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور از افراد عادی پایین‌تر است. ۲- کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور از افراد عادی پایین‌تر است.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی با توجه به هدف آن که مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی افراد مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی است از نوع مطالعات کاربردی و با توجه به ماهیت موضوع مزبور در زمره مطالعات توصیفی پس‌رویدادی با طرح علی- مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. جامعه آماری این پژوهش نیز مشتمل بر کلیه زنان و مردان بیمار مصرف‌کننده داروهای خواب‌آوری است که طی نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه نخست سال ۱۳۹۵ به یکی از کلینیک‌های مغز و اعصاب و روان، و قلب و عروق در استان مازندران مراجعه کردند. پس از مراجعه به کلینیک‌های مزبور از پرونده‌های پزشکی موجود تعداد افرادی که واجد بیماری‌های مغز و اعصاب و روان و قلب و عروق بودند و علاوه بر آن، به علت مشکلات خواب داروی خواب‌آور (یکی از داروهای خواب‌آور بنزودیازپینی-کلونازپام، دیازپام، آلپرازولام، لورازپام، اگزازپام، تمازپام، کلردیازپوکساید، فلورازپام، تریازولام، پرازپام، استازولام، میدازولام،

[1] quality of life
[2] diazepam
[3] egzazepam
[4] benzodiazepine
[5] melatonin

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

کوازپام، زولپیدم و یا ملاتونین) نیز مصرف می‌کردند مشخص شدند که تعداد آن‌ها برابر با ۹۵۰ نفر بوده است. با توجه به جامعه آماری حجم نمونه مورد بررسی در گروه بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور ۲۷۴ نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. بر این اساس ابتدا از بین شهرهای استان مازندران سه شهر ساری، نور و چالوس انتخاب شدند. سپس با تهیه فهرستی از کلینیک‌های اعصاب و روان و مغز و قلب و عروق این شهرها، تعداد سه مرکز از هر شهر و از بین مراکز و کلینیک‌های مزبور نمونه مورد نظر متناسب با حجم جامعه آن به صورت تصادفی انتخاب شدند. نمونه عادی این مطالعه نیز همسان با گروه بیمار به تعداد ۲۷۴ و پس از انتخاب نمونه‌های بیمار در همین شهرها و پس از همتاسازی متغیرهایی مانند جنس، تحصیلات، شغل، و درآمد با گروه بیماران، با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود در گروه بیمار عبارت بودند از ۱- بیماران قلبی عروقی، روان‌پزشکی و نورولوژیکی که فقط از داروهای خواب‌آور استفاده می‌کردند؛ ۲- بیمارانی که به کلینیک‌های مغز و اعصاب و روان و قلب و عروق مراجعه نمودند. همچنین بیماران دارای مشاغل نوبت‌کاری و آن‌هایی که به بیماری‌های جسمی مزمن مانند سرطان و بیماری‌های عفونی مبتلا بودند در مطالعه قرار نگرفتند. ملاک ورود برای افراد عادی نیز عبارت بودند از: ۱- عدم ابتلا به بیماری‌های مغز و اعصاب و روان و قلب و عروق؛ ۲- عدم استفاده از داروهای خواب‌آور طبق گزارش های شخصی آن‌ها. در جدول شماره (۱) مراکز درمانی منتخب و تعداد نمونه‌های مستخرج از هر یک از آن‌ها گزارش شده است.

جدول (۱): مراکز درمانی منتخب و تعداد نمونه‌های مستخرج از هر یک از آن‌ها

شهر	مرکز درمانی	نمونه بیمار به نفر زن - مرد	نمونه عادی زن - مرد
ساری	بیمارستان شهید زارع	۱۶-۱۶	۱۶-۱۶
	بیمارستان فاطمه الزهرا (س)	۱۶-۱۶	۱۶-۱۶
	کلینیک تخصصی دکتر دهقان	۱۶-۱۶	۱۶-۱۶
نور	بیمارستان امام خمینی	۱۵-۱۵	۱۵-۱۵
	کلینیک تخصصی دکتر سالاریان	۱۴-۱۵	۱۴-۱۵
	کلینیک تخصصی دکتر شفیعی ثابت	۱۵-۱۵	۱۵-۱۵
چالوس	بیمارستان طالقانی	۱۴-۱۵	۱۴-۱۵
	کلینیک تخصصی دکتر کنعانی	۱۵-۱۵	۱۵-۱۵
	کلینیک تخصصی دکتر عزیزی	۱۵-۱۵	۱۵-۱۵
جمع کل نمونه‌ها در هر گروه		۲۷۴	۲۷۴

ابزارهای پژوهش

شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ[1] (PSQI): در سال ۱۹۸۹ توسط بوس[2] در مؤسسه روان‌پزشکی پیتزبورگ ساخته شده است و یکی از شناخته‌شده‌ترین ابزارها در زمینه سنجش کیفیت خواب می‌باشد (۲۵). شاخص مزبور متشکل از ۱۸ سؤال و مشتمل بر ۷ قسمت می‌باشد که عبارت‌اند از برداشت فرد از خود، دوره نهفتگی خواب، مدت زمان خواب، کارآیی خواب معمول، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه در یک ماه گذشته. نمره قابل اطلاق برای هر پرسش از صفر تا سه متغیر است. نمره صفر به معنای این است که فرد در یک ماه گذشته آن مشکل را نداشته است، نمره یک به معنای این است که فرد در یک ماه گذشته دارای مشکل خواب متوسط است، نمره دو به معنای این است که فرد در یک ماه گذشته دارای مشکل خواب جدی است و منظور از نمره سه این است که فرد حداقل سه بار در هفته آن مشکل را داشته است؛ یا به عبارت دیگر، دارای مشکل خواب بسیار جدی است. مطابق با این نمره‌دهی، مجموع نمره پنج یا بیشتر نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف می‌باشد (۲۵). پایایی و روایی این شاخص در مطالعات مختلف جهانی مورد تأیید قرار گرفته است و همسانی و سازگاری بین اجزاء آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۶). نسخه فارسی این پرسشنامه خودگزارش‌دهی توسط فرهی و همکاران مورد اعتباریابی قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن نیز مناسب و معادل با ۰/۷۷ گزارش شد (۲۷). سایر مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز روایی و پایایی این پرسشنامه را مناسب ارزیابی کردند (۲۸). در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی سؤالات این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی[3] (SF-36): این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی است که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود. این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارآیی خود را ثابت کرده است. این پرسشنامه توسط وار و شربورن[4] (۲۹) ساخته شده و دارای

[1] Pittsburgh Sleep Quality Index
[2] Buysse
[3] Quality Of Life Questionnaire
[4] Ware & Sherbourne

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

۳۶ عبارت است و سلامت و کیفیت زندگی را در دو بعد کلی جسمانی و سلامت روانی ارزیابی می‌کند. شیوه پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی- خیر (بسته پاسخ) تا طیف ۶ درجه‌بندی متغیر است. این پرسشنامه وضعیت سلامت را در هشت خرده مقیاس ارزیابی می‌کند که هر مقیاس توسط مجموعه سؤالاتی سنجیده که بر اساس آن امتیاز دهی می‌شود. بُعد سلامت جسمانی دارای ۴ خرده مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی می‌باشد و بُعد سلامت روانی دارای ۴ مقیاس که شامل سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت عاطفی و سلامت روانی می‌باشد (۳۰). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیمار خاص ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و سلامت روانی است که به وسیله ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می آید. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره صد است. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (۳۱). پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلف تأیید شده است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را اولین بار در ایران منتظری، گشتاسبی، وحیدنیا و گاندک[1] (۳۲) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که مطابق با گزارش آن‌ها ضریب پایایی هشت بعد از ۷۷ تا ۹۵ درصد به غیر از بعد سر زندگی ۶۵ درصد بود (۳۳). در مطالعه حاضر نیز همسانی درونی سؤالات این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی) به‌ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌های سلامت روانی (سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت عاطفی و سلامت روانی) به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به‌دست آمد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی انجام شده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور (۱۳/۸۹ ± ۴۳/۷۵) و در گروه افراد عادی (۱۳/۴۶ ± ۴۳/۹۸) بوده است. ۲۰۳ نفر از افراد گروه بیمار متأهل و ۷۱ نفر آن‌ها مجرد بودند و در گروه افراد عادی تعداد ۱۹۴ نفر متأهل و ۸۰ نفر مجرد وجود داشتند. در هر یک از دو گروه مورد بررسی ۵۵/۱۰ درصد از افراد واجد تحصیلات کارشناسی و کارشناسی به بالا و ۴۴/۹۰ درصد نیز تحصیلات پایین‌تر از آن داشتند. جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت‌کنندگان دو گروه را در متغیرهای مورد سنجش نشان می‌دهد.

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیرها		گروه بیمار		گروه عادی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	۵۶/۸۲	۸/۰۹	۷۶/۶۲	۷/۰۵
	عملکرد جسمانی	۱۷/۵۰	۴/۶۴	۲۳/۴۹	۳/۵۹
	محدودیت جسمانی	۴/۸۳	۱/۰۸	۶/۴۹	۱/۲۲
	محدودیت عاطفی	۳/۶۸	۰/۷۷	۴/۸۷	۱/۱۳
	سرزندگی و نشاط	۳/۷۴	۱/۴۸	۶/۲۶	۲/۳۰
	سلامت روانی	۱۰/۷۴	۳/۷۱	۱۲/۴۵	۳/۳۰
	عملکرد اجتماعی	۴/۰۲	۱/۶۷	۵/۷۵	۱/۵۹
	درد	۳/۸۶	۲/۰۵	۵/۴۸	۲/۲۷
	سلامت عمومی	۱۲/۲۸	۳/۷۱	۱۷/۲۸	۳/۷۴
کیفیت خواب	کیفیت کلی خواب	۱۲/۲۲	۲/۳۱	۴/۹۶	۱/۷۶
	کیفیت ذهنی خواب	۱/۷۱	۰/۹۸	۰/۸۰	۰/۶۰
	تأخیر در به خواب رفتن	۱/۶۲	۰/۸۵	۰/۵۰	۰/۵۶
	مدت زمان خواب	۱/۲۸	۰/۷۰	۰/۸۵	۰/۵۴
	میزان بازدهی خواب	۲/۱۳	۰/۸۰	۰/۷۲	۰/۷۳
	اختلالات خواب	۱/۹۰	۰/۸۴	۰/۶۶	۰/۷۰
	استفاده از داروهای خواب‌آور	۲/۵۹	۰/۵۶	۰/۷۷	۰/۷۹
	اختلالات عملکردی روزانه	۰/۷۶	۰/۸۹	۰/۶۳	۰/۵۹

[1] Montazeri, Goshtasebi, Vahdaninia, & Gandek

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

برای تحلیل داده‌های پژوهش و مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه در شاخص‌های کیفیت زندگی و کیفیت خواب، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است. پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس مفروضه‌های استفاده از این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در گام نخست رابطه خطی بین نمره کیفیت زندگی و کیفیت خواب با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خط‌ها حاکی از برقراری رابطه خطی نمره کیفیت زندگی و کیفیت خواب بوده است. مفروضه‌های عدم هم‌خطی چندگانه و همگنی شیب‌های رگرسیونی نیز برقرار بوده است. برای بررسی یکسانی واریانس‌های نمرات دو گروه در کیفیت زندگی و کیفیت خواب از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن حاکی از برقراری مفروضه یکسانی واریانس‌های دو گروه بوده است (جدول شماره ۳). بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) در راستای بررسی تفات میانگین نمره‌های دو گروه در کیفیت زندگی و کیفیت خواب استفاده شده است. جهت پی‌بردن به تفاوت‌ها در دو گروه از طریق تحلیل واریانس در متن مانوا به بررسی دو فرضیه اصلی این پژوهش می‌پردازیم که نتایج آن در جدول شماره (۴) ارائه شده است. همچنین نتایج حاصل از تحلیل واریانس در متن مانوا بر میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و کیفیت خواب در جدول شماره (۵) آورده شده است.

جدول (۳): نتایج آزمون لون برای بررسی یکسانی واریانس نمره‌های دو گروه در متغیرهای کیفیت زندگی و کیفیت خواب

متغیرها	شاخص‌ها			
	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
کیفیت خواب	۰/۰۶	۲	۵۴۵	۰/۷۱
کیفیت زندگی	۰/۰۸	۲	۵۴۵	۰/۶۳

جدول (۴): نتایج آزمون تحلیل مانوا بر روی میانگین نمره‌های کیفیت خواب و کیفیت زندگی در دو گروه

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۳۲	۱۰/۶۱	۲	۵۴۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۸۳	۱۰/۶۱	۲	۵۴۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۴۳	۱۰/۶۱	۲	۵۴۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۵	۱۰/۶۱	۲	۵۴۵	۰/۰۰۱

همان‌گونه که از نتایج گزارش شده در جدول شماره (۴) بر می‌آید بین دو گروه در شاخص نمره کل کیفیت زندگی و کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مدل آماری معنی‌دار است. در جدول‌های شماره (۵) و (۶) نتایج این تحلیل برای شناسایی دقیق تفاوت‌ها ارائه شده است.

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل واریانس در متن مانوا بررسی تفاوت نمره‌ها در زیر مقیاس‌های کیفیت خواب در دو گروه

متغیرها	شاخص‌ها					
	درجه آزادی گروه	درجه آزادی خطا	میانگین مجذورات گروه	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معنی‌داری
کیفیت ذهنی خواب	۱	۵۴۶	۱۱۳/۱۴	۰/۶۶	۱۷۰/۳۹	۰/۰۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	۱	۵۴۶	۱۷۱/۹۸	۰/۵۲	۳۲۷/۷۵	۰/۰۰۱
مدت زمان خواب	۱	۵۴۶	۲۴/۹۸	۰/۳۹	۶۲/۷۰	۰/۰۰۱
میزان بازدهی خواب	۱	۵۴۶	۲۷۴/۷۱	۰/۶۰	۴۵۷/۷۹	۰/۰۰۱
اختلالات خواب	۱	۵۴۶	۲۱۰/۹۴	۰/۶۰	۳۵۰/۴۶	۰/۰۰۱
استفاده از داروهای خواب‌آور	۱	۵۴۶	۴۵۴/۳۸	۰/۴۸	۹۴۴/۲۷	۰/۰۰۱
اختلالات عملکردی روزانه	۱	۵۴۶	۱۴/۷۸	۰/۵۹	۲۵/۰۶	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت خواب	۱	۵۴۶	۷۲۲۶/۴۶	۱۶۲/۱۹	۱۷۰/۰	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول شماره (۵) می‌توان گفت که بین دو گروه از مصرف‌کنندگان دارو و افراد عادی در کلیه زیرمقیاس‌های کیفیت خواب تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر بیماران مصرف‌کننده دارو در کلیه زیرمقیاس‌های کیفیت خواب در قیاس با همتایان عادی خود از نمره‌ها پایین‌تری برخوردار هستند. لذا فرضیه اول این پژوهش تأیید می‌گردد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

جدول (۶): نتایج آزمون تحلیل واریانس در متن مانوا برای بررسی تفاوت نمره‌ها در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه

متغیرها	شاخص‌ها					
	درجه آزادی گروه	درجه آزادی خطا	میانگین مجذورات گروه	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معنی‌داری
عملکرد جسمانی	۱	۵۴۶	۴۹۲۰/۰۰	۱۷/۲۳	۲۸/۵۰	۰/۰۰۱
محدودیت جسمانی	۱	۵۴۶	۳۷۶/۱۲	۱/۳۴	۲۷/۷۵	۰/۰۰۱
محدودیت عاطفی	۱	۵۴۶	۱۹۵/۱۲	۰/۹۴	۲۰/۶۶	۰/۰۰۱
سرزندگی و نشاط	۱	۵۴۶	۸۶۸/۷۹	۳/۷۶	۲۳/۸۱	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۱	۵۴۶	۴۰۱/۳۸	۱۲/۳۷	۳۲/۴۴	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۱	۵۴۶	۴۰۹/۹۹	۲/۶۷	۱۵/۳۸	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۱	۵۴۶	۳۵۹/۷۳	۴/۶۹	۳۷/۶۳	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۱	۵۴۶	۳۴۲۰/۰۰	۱۳/۹۳	۲۴/۴۴	۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت زندگی	۱	۵۴۶	۵۳۷۰۵/۵۲	۱۴۸/۷۲	۶۳/۳۷	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول شماره (۶) می‌توان گفت که بین دو گروه از مصرف‌کنندگان دارو و افراد عادی در کلیه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر بیماران مصرف‌کننده دارو در کلیه زیرمقیاس‌های کیفیت خواب در قیاس با همتایان عادی خود از نمره‌ها پایین‌تری برخوردار هستند. لذا فرضیه دوم این پژوهش تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت خواب و کیفیت زندگی در بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور با افراد عادی انجام شده است. مطابق با نتایج این مطالعه بین افراد عادی با بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور از نظر مؤلفه‌های کیفیت خواب –کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب و اختلالات عملکردی روزانه- تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر افراد عادی از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب و اختلالات عملکردی روزانه بهتری در قیاس با بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور برخوردارند. علاوه بر موارد فوق نتایج این مطالعه حاکی از آن بوده است که بین افراد عادی با بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور از نظر مؤلفه‌های کیفیت زندگی– عملکرد جسمانی، محدودیت فیزیکی، محدودیت عاطفی، سرزندگی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی و سلامت عمومی- نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر افراد عادی در شاخص‌های کیفیت زندگی عملکرد بهتری در قیاس با بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور برخوردارند. به‌رغم این‌که تاکنون مطالعه‌ای در مورد مقایسه کیفیت زندگی بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور و افراد عادی انجام نشده است اما یافته‌های این مطالعه در زمینه کیفیت خواب را می‌توان همسو با یافته‌های برخی مطالعات پیشین (۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳) و ناهمسو با نتایج مطالعه لینتزریس، مودلی، کمپل، لارس، برونو، نیلسن[1] و ... دانست (۳۴).

در تبیین این نتایج باید گفت که طبق پژوهش‌های انجام شده، قرص‌های خواب‌آور باید به‌عنوان آخرین علاج مصرف شود و نباید بیش از چند هفته مورد استفاده قرار گیرد. مصرف این قرص‌ها در روزهای نخست بسیار آسان است اما در هفته دوم به تدریج اعتیادآور خواهد بود. از سوی دیگر قرص‌های خواب‌آور دارای عوارض جانبی از جمله سرگیجه، تورم صورت، سردرد، احساس خواب آلودگی بعد از خوردن غذا و حتی تا روز بعد است. بر این اساس روان‌شناسان و متخصصان توصیه می‌کنند افراد برای نجات از بی‌خوابی برنامه زندگی خود را تغییر دهند. به‌عنوان مثال افرادی که دچار بی‌خوابی هستند باید از خوردن غذاهای سنگین در اواخر شب جلوگیری کنند. خواب‌آلودگی و خستگی صبح روز بعد از مصرف، عدم هماهنگی عضلات، ضعف، سرگیجه، گیجی، آلرژی، تاری دید، توهم، بی‌حالی، سردرد، اشکال در گفتار، حافظه و قضاوت، حالت تهوع، استفراغ و سوزش سر دل، ایجاد فراموشی پیش‌گستر (خاطرات اخیر به یاد نمی‌مانند)، خشونت‌طلبی و پرخاشگری، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، افسردگی و اختلال در حفظ تعادل از عوارض کوتاه مدت ناشی از مصرف این قرص‌ها است. مصرف این قرص‌ها سبب می‌شود که فرد در درازمدت دچار اختلالات عصبی و حتی زوال مغزی شود. خواب‌آلودگی، خواب عمیق و حتی مرگ از عوارض داروهای خواب‌آور است که در اثر تضعیف مراکز تنظیم حیاتی در مغز در نتیجه مصرف بیش از حد ایجاد می‌شود. در واقع داروهای خواب‌آور، داروهایی هستند که با سرکوب سیستم اعصاب مرکزی (CNS) سبب ایجاد آرامش، تمدد اعصاب، کاهش اضطراب و استرس،

[1] Lintzeris, Moodley, Campbell, Larance, Bruno, Nielsen

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

خواب آلودگی، سرخوشی، کندی تنفس، کاهش حس تعادل، شل شدن عضلات، قضاوت مختل و واکنش های کند و مردد می‌شوند .مصرف دُز بالای این دسته از داروها می تواند به از دست رفتن هوشیاری و حتی مرگ بینجامد. مصرف بیش از حد این داروها در فرد وابستگی روانی و جسمانی نیز ایجاد می‌کند. عموماً داروهای خواب‌آور برای کاهش استرس و اضطراب، درمان بی‌خوابی، تسکین و کاهش گرفتگی و تنش عضلات، کاهش علایم محرومیت از الکل و مواد مخدر، درمان حملات وحشت‌زدگی، افزایش اثر بی‌حس‌کننده‌های موضعی و بیهوشی عمومی، درمان پسیکوز (روان پریشی) و فراموشی پیش‌گستر قبل از اعمال جراحی تجویز می‌شوند. استفاده از این داروها پس از یک تا دو هفته ممکن است اثر معکوس بر خواب فرد داشته باشد. مطابق با این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که درمان دارویی نمی‌تواند آن‌طور که باید و شاید بر روی کیفیت خواب تأثیرگذار باشد و در مقابل سایر درمان‌هایی که شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی طولانی‌مدت آن‌ها هستند مانند درمان‌های روان‌شناختی از جمله درمان شناختی رفتاری کارآیی کمتری دارند (۲۲، ۲۳، ۲۴). در همین راستا نتایج پژوهش تیکوتسکی و ساده[1] (۳۵) نشان داده است که بین گروهی که داروی خواب‌آور دریافت کردند و گروه دارونما از نظر کیفیت خواب تفاوتی وجود ندارد. از دیگرسو نتایج این پژوهش را می‌توان پشتوانه تجربی مناسبی برای یافته‌های پژوهش‌هایی دانست که پیشتر نشان دادند که استفاده از درمان‌های دارویی در ترکیب با راهبردهای درمانی دیگری همچون درمان شناختی رفتاری بهبودی بیشتری را در کیفیت خواب به همراه داشته است (۲۲، ۲۳). با توجه به عوارض جانبی ناشی از مصرف داروهای خواب‌آور و همچنین با توجه به این‌که این داروها نمی‌توانند اثرات طولانی‌مدت و پایداری بر روی کیفیت خواب داشته باشد و با ادامه مصرف نشانگان تحمل را در مصرف‌کننده به همراه دارد، می‌توان نتایج این مطالعه مبنی بر کیفیت خواب پایین‌تر بیماران مصرف‌کننده داروهای خواب‌آور در قیاس با افراد عادی را مورد تبیین قرار داد. در همین راستا نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که بنزودیازپین‌ها به‌رغم آن‌که داروهای مؤثری برای شروع خواب و طول مدت خواب هستند اما با عوارضی همچون عدم دفع طولانی‌مدت از بدن و نیمه عمر زیاد همراه هستند که منجر به ایجاد حالات خواب‌آلودگی در طول روز می‌شوند به همین دلیل با کاهش کیفیت خواب در ارتباط می‌باشند (۲۰، ۲۱). علاوه بر این مصرف طولانی‌مدت داروهای خواب‌آور ممکن است منجر به ایجاد عارضه‌هایی همچون فراموشی، اختلال در تفکر و حتی علایم روان‌شناختی چون افسردگی در افراد مصرف‌کننده گردد و این موارد می‌تواند زمینه‌ساز بروز دوباره مشکلات خواب و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی شود. بنزودیازپین‌ها و خواب‌آورهای غیربنزودیازپینی برای درمان کوتاه‌مدت بی‌خوابی مؤثر هستند اما به نظر می‌رسد در درازمدت نمی‌توانند بر کیفیت خواب و در نهایت سلامت روان و کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری داشته باشند و گاهی با عود مشکل می‌تواند وضعیت را وخیم‌تر نموده و کیفیت ذهنی خواب را کاهش دهند و با توجه به ارتباط بین کیفیت خواب با کیفیت زندگی، منجر به کاهش مؤلفه‌های کیفیت زندگی گردند. مضاف بر موارد یاد شده همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۳، ۲۴) به نظر می‌رسد که وجود مشکلات خواب به تنهایی در این بیماران نیز می‌تواند کیفیت زندگی ایشان را تقلیل دهد. در مجموع با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌گردد برای درمان اختلالات خواب در کنار دارو درمانی از سایر راهبردهای درمانی همچون درمان‌های روان‌شناختی برای کسب نتایج درازمدت استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولین و شرکت‌کنندگانی که در انجام این تحقیق کمک کرده‌اند، کمال تشکر و سپاس‌گزاری را داریم.

References:

1. Ghorbani A, Esmailzadehha N, Mohammadpoorasl A, Ziaee A. Association of sleep quality and waking time with prediabetes: The Qazvin metabolic diseases study, Iran. Sleep Disorders 2015; 2015: 1-5.
2. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences. 11th ed. NewYork: Philadelphia; 2015.
3. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 1989; 28(2): 193-213.
4. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: Melatonin for the treatment of primary sleep disorders. PloS one 2013; 8(5): e63773.
5. Muller MJ, Olschinski C, Kundermann B, Cabanel N. Subjective sleep quality and sleep duration of patients in a psychiatric hospital. Sleep Science 2016; 9(3): 202-206.
6. Dobing S, Frolova N, McAlister F, Ringrose J. Sleep quality and factors influencing self-reported sleep duration and quality in the general internal medicine inpatient population. PloS one 2016; 11(6): e0156735.

[1] Tikotzky & Sadeh

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

7. Engeda J, Mezuk B, Ratliff S, Ning Y. Association between duration and quality of sleep and the risk of prediabetes: evidence from nhanes. Diabetic Medicine 2013; 30(6): 676-80.
8. Gordijn MS, Van Litsenburg RR, Gemke RJ, Huisman J, Bierings MB, Hoogerbrugge PM, Kaspers GJ. Sleep, fatigue, depression, and quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. Pediatric Blood & Cancer 2013; 60(3): 479-85.
9. Ju YE, McLeland JS, Toedebusch CD, Xiong C, Fagan AM, Duntley SP, Morris JC, Holtzman DM. Sleep quality and preclinical Alzheimer disease. JAMA Neurology. 2013; 70(5): 587-93.
10. Hahn EA, Wang HX, Andel R, Fratiglioni L. A change in sleep pattern may predict alzheimer disease. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2014; 22(11): 1262-71.
11. Boyko EJ, Seelig AD, Jacobson IG, Hooper TI, Smith B, Smith TC, Crum-Cianflone NF. Sleep characteristics, mental health, and diabetes risk. Diabetes Care 2013; 36(10): 3154-61.
12. Petrov ME, Lichstein KL, Baldwin CM. Prevalence of sleep disorders by sex and ethnicity among older adolescents and emerging adults: Relations to daytime functioning, working memory and mental health. Journal of Adolescence 2014; 37(5): 587-97.
13. Kenney SR, Lac A, LaBrie JW, Hummer JF, Pham A. Mental health, sleep quality, drinking motives, and alcohol-related consequences: A path-analytic model. Journal of Studies on Alcohol and Drugs; 74(6): 841-51.
14. Huang W, Shah S, Long Q, Crankshaw AK, Tangpricha V. Improvement of pain, sleep, and quality of life in chronic pain patients with vitamin D supplementation. The Clinical Journal of Pain. 2013; 29(4): 341-7.
15. Parahoo K. Nursing research: Principles, process and issues. 3rd ed. Palgrave Macmillan; 2014.
16. Khajeh, A., Bahrami, F., Fatehizadeh, M., Abedi, M., Sajadian, P. The effect of happiness training based on cognitive behavioral approach on quality of life of marital life in married males and females. Research in Applied Psychology 2013; 14(53): 11-21. (Persian)
17. Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiei M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on Subjective Well–Being (SWB) and mental health. Journal of clinical Psychology 2011; 3(2): 23-34. (Persian)
18. Moradi M, Mehrdad N, Nikpoor S, Haghani H, Sharifi F. Relationship between sleep quality and quality of life in patients with chronic heart failure. Journal of Neursing Research 2013; 8(2): 18-25. (Persian)
19. Zemestani M, Hasannejad L, Nejadian A. Comparison of quality of life, sleep quality and social adjustment of cancerous patients with intact individual in Ahvaz city. The Journal of Urmia University of Medical Sciences 2013; 24(7): 43-50. (Persian)
20. Han KH, Kim SY, Chung SY. Effect of acupuncture on patients with insomnia: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2014; 15(1): 403.
21. Glass JLK, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: Metaanalysis of risks and benefits. BMJ 2005; 331: 1169-1175.
22. Van Houdenhove L, Buyse B, Gabriels L, Van den Bergh O. Treating primary insomnia: Clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2011; 18(3): 312-321.
23. Riemann D, Perlis M.L. The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. Sleep Medicine Reviews 2009; 13(3): 205-214.
24. Mitchel MD, Gehrman P, Perlis M. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: systematic review. BMC Family Practice 2012; 13(40): 1-11.
25. Buysse DJ, Reynolds CF, 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.
26. Otte JL, Rand KL, Landis CA, Paudel ML, Newton KM, Woods N, Carpenter JS. Confirmatory factor analysis of the Pittsburgh sleep quality Index in women with hot flashes. Menopause 2015; 22(11): 1190-6.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

27. Farrahi MJ, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). Sleep Breath 2012; 16(1): 79-82.
28. Chehri A, Kiyamanesh A, Ahadi H, Khazaee H. Psychometric properties of the Persian version of sleep hygiene index in women. J Kermanshah Univ Med Sci 2015; 19(6): 311-18. (Persian)
29. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992; 30(6): 473-483.
30. Watt T, Cramon P, Frendl DM, Ware JE, Group T. Assessing health-related quality of life in patients with benign non-toxic goitre. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2014; 28(4): 559-75.
31. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. Journal of Orthodontics 2001; 28(2): 152-8.
32. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-882.
33. Soury A, Shabani K, Suory R. The effect of physical activity on quality of life in elder women in Kermanshah Province. Applied Research of Sport Management 2016; 16(4): 75-84. (Persian)
34. Lintzeris N, Moodley R, Campbell G, Larance B, Bruno R, Nielsen S, Degenhardt L. Sleep quality among people living with chronic noncancer pain: Findings from the Pain and Opioids IN Treatment (POINT) Cohort. The Clinical Journal of Pain 2016; 32(5): 380-387.
35. Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitivebehavioral therapy in behavioral childhood insomnia. Sleep Medicine Reviewe 2010; 11(7): 686-691.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]

Original Article

COMPARISON OF SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE BETWEEN PATIENTS USING SOPORFIC DRUGS AND NORMAL INDIVIDUALS

Abbas Bour[1], Ali Khanekeshi[2]*, Nader Emamgholipoor[3]

Received: 16 March, 2017 Accepted: 28 May, 2017

Abstract

Background & Aims:

Poor sleep quality may result in disturbed daily functioning. The aim of this study was to compare of sleep quality and quality of life between patients using soporific drugs and normal individuals.

Materials & Methods:

This study was a descriptive ex-post facto one with causal comparative design. The statistical population of the present study was all patients taking hypnotic drugs that 274 patients were selected by a random stratified sampling method from Sari, Noor and Chaloos. As well as, 274 normal individuals from the above mentioned cities were selected by convenient sampling method after matching with the first group on demographic variables. The data collected using quality of sleep and quality of life questionnaires. The results analyzed with Multivariate Analysis's of Variance (MANOVA).

Results:

The results of MANOVA indicated that there is a significant difference between ordinary people and those taking hypnotic drugs in quality of sleep (P<0001) and quality of life (P<0001). This differences existed in all subscales of the quality of sleep and quality of life.

Conclusion:

According to the results of this study, patients with using soporfic drugs compared with normal individuals had a lower quality of sleep and quality of life. Consistent with this results, drug therapy in combination with psychological treatment is recommended in the treatment of sleep disorders.

Key Words: hypnotic drugs, patients, quality of life, quality of sleep

Address: *Amol, Islamic Azad University Amol Branch, Faculty of Psychology*

Tel: *+989371613219*

Email: *abassbour@gmail.com*

SOURCE: Journal of Psychology New Ideas, 2017: 1(2): 9-18 ISSN: 2588-3356

[1] *Graduated MA of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran*

[2] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran (Corresponding Author)*

[3] *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-08-31]