

## تبیین پیامدهای بی خوابی مزمن : یک مطالعه کیفی

حبیب الله خزایی<sup>1</sup>، لیا رضایی<sup>2</sup>

1. استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

2. استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (مؤلف مسوول)، تلفن ثابت: 083-38265255.

rezaie.phd.ot@gmail.com

### چکیده

**مقدمه:** بی خوابی یک اختلال شایع همراه با سیر رو به مزمن شدن در جمعیت عمومی است که پیامدهای منفی آن کیفیت زندگی را در مبتلایان به این اختلال تحت تاثیر قرار می دهد. تبیین پیامدهای بی خوابی مزمن می تواند در برنامه ریزی درمانی این افراد مورد استفاده قرار بگیرد. لذا این تحقیق به منظور تبیین پیامدهای بی خوابی مزمن انجام شد.

**مواد و روش ها:** این تحقیق با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت کنندگان در این تحقیق 17 نفر از مبتلایان به بی خوابی مزمن مراجعه کننده به مرکز تحقیقات اختلالات خواب کرمانشاه بودند که به طور هدفمند انتخاب شدند. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته در شش ماهه اول سال 1393 جمع آوری شد. مصاحبه ها ضبط و باز نویسی شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** پیامدهای بی خوابی در سه طبقه پیامدهای مربوط به سلامتی، پیامدهای عملکردی، و پیامدهای اقتصادی طبقه بندی شدند. پیامدهای مربوط به سلامتی شامل تجربه طیف گسترده ای از مشکلات جسمی، روانی، و شناختی بود، و پیامدهای عملکردی و اقتصادی نیز افت عملکرد فردی و خانوادگی در زمینه های مختلف و هزینه های ناشی از بی خوابی را در بر می گرفتند.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این تحقیق بی خوابی مزمن علاوه بر این که با پیامدهای مختلف جسمی، روانی، و شناختی همراه است، عملکرد فردی و خانوادگی را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و موجب صرف هزینه می گردد. توجه به این پیامدها در درمان مبتلایان به این اختلال پیشنهاد می گردد.

**کلید واژه ها:** بی خوابی مزمن، پیامدها، تحقیق کیفی، تحلیل محتوایی

و وصول مقاله: 94/2/7 اصلاحیه نهایی: 94/4/14 پذیرش: 94/4/15

## مقدمه

خواب یک عملکرد طبیعی بدن است که نقش مهمی را در حفظ سلامت روانی و جسمی افراد بر عهده دارد. هرگونه اختلال در خواب طبیعی می تواند سلامتی را تحت تاثیر قرار دهد (1). بی خوابی (insomnia) شایع ترین اختلال خواب است که از شیوع 35-10 درصدی در جمعیت عمومی و 50 درصدی در جمعیت بزرگسال برخوردار است و با سه ویژگی شکایت ذهنی از ناتوانی در به خواب رفتن، و حفظ خواب، و نداشتن خواب نیرو بخش مشخص می گردد (2و3). علاوه بر این بی خوابی معمولاً به اختلالی اطلاق می شود که شکایت از بی خوابی شبانه با علائم روزانه ای مانند خستگی، خواب آلودگی و علائم خلقی و شناختی همراه باشد (4) و بر اساس ملاک های چهارمین ویرایش متن طبقه بندی اختلالات روانپزشکی طول مدت بی خوابی حداقل یک ماه بوده و این بی خوابی به دلیل ابتلا به اختلالات دیگر مانند سوء مصرف مواد نباشد (3). همچنین در مواردی که تشخیص بی خوابی با استفاده از این ملاک ها با قطع و یقین حاصل نشود، انجام خواب نگاری چندگانه یا پلی سومنوگرافی (polysomnography) ضروریست (5).

بی خوابی در 50 درصد از موارد به سمت مزمن شدن می رود (6و7)، یعنی علائم بی خوابی حداقل سه بار در هفته و به مدت شش ماه ادامه می یابد (8). بی خوابی مزمن علاوه بر مشکلات مربوط به خواب شبانه با پیامدهایی در عملکرد روزانه و تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی همراه است. خستگی و خواب آلودگی روزانه، مشکلات حافظه، کاهش توجه و تمرکز، و ناتوانی در لذت بردن از ارتباط با دیگران (9-11) غیبت از کار، تاثیرات منفی بر سلامتی، استفاده بیشتر از خدمات درمانی و افزایش خطر ابتلا به بیماری های روانی به ویژه افسردگی از جمله پیامدهایی است که در مبتلایان به بی خوابی گزارش شده است. همچنین مبتلایان

به بی خوابی در معرض افزایش خطر تصادفات وسایط نقلیه و در نهایت افزایش خطر مرگ و میر می باشند (12). Buysse و همکاران (2006) در بررسی آینده نگر علائم روزانه بی خوابی عنوان کردند که مبتلایان به بی خوابی مزمن در مقایسه با افرادی که خوب می خوابیدند (Good sleepers)، در طول روز خلق افسرده، و مضطرب را بیشتر تجربه می کردند، و از سطح برانگیختگی بیشتری برخوردار بودند. این افراد همچنین نمره بالاتری را در مقیاس خستگی و خواب آلودگی روزانه کسب کرده بودند (13). همچنین در بررسی همه گیرشناسی اختلالات خواب در هنگ کنگ که توسط Zhung و همکاران (2012) انجام شد، بی خوابی مزمن، پیشگوی اختلالات اضطراب و افسردگی بود (14).

Zailinawati و همکاران (2012) در بررسی شیوع بی خوابی و پیامدهای آن در مراجعه کنندگان به خدمات مراقبت های اولیه در کشور مالزی عنوان کردند که مبتلایان به بی خوابی، تحریک پذیری و خلق افسرده را در طول روز گزارش می کردند (به ترتیب 50/8 و 35/4 درصد). فقدان تمرکز در کار (37/9 درصد)، احساس زود خسته شدن (72/1 درصد)، حافظه ضعیف (48/3 درصد)، و احساس بازدهی کمتر (37/4 درصد) از دیگر پیامدهای بی خوابی بود. این نویسندگان همچنین بر پیامدهای منفی بی خوابی بر کیفیت زندگی تاکید داشتند (15). کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان بی خوابی (16) و هزینه های مربوط به آن در سطح فردی و سازمانی موجب شده است که بی خوابی به عنوان یک معضل بهداشتی در سطح جوامع محسوب شود (17). علیرغم اینکه پیامدهای بی خوابی و تاثیرات آن بر عملکرد روزانه در تحقیقات مختلف بررسی شده است و نتایج مشابهی گزارش شده است، اما با توجه به این که گزارش بی خوابی پدیده ای ذهنی است که می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند فرهنگ قرار بگیرد (18) و استفاده از ابزارهای ارزیابی عینی مانند پرسشنامه نمی

تواند جنبه های ذهنی و متأثر از فرهنگ را به طور کامل ارزیابی نماید، و همچنین از آنجا که بر اساس منابع موجود تا کنون در ایران مطالعه ای به منظور بررسی پیامدهای بی خوابی انجام نشده است، این تحقیق به روش کیفی و با هدف تبیین پیامدهای بی خوابی طراحی و اجرا شد.

### روش بررسی

این تحقیق به روش کیفی و از نوع تحلیل محتوای مرسوم (conventional) انجام شد. در تحلیل محتوای کیفی تفسیر ذهنی از محتوای داده های متنی انجام می گیرد و با استفاده از فرآیند طبقه بندی منظم محتوای پنهان و آشکار در متن مورد شناسایی قرار می گیرد (19). در تحلیل محتوای مرسوم طبقات مستقیماً از متن داده ها و به روش استقرایی (inductive) استخراج می گردد و پیش فرض های نظری محقق بر داده ها تحمیل نمی شود (20).

مشارکت کنندگان در این تحقیق مبتلایان به بی خوابی مزمن مراجعه کننده به مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند که تشخیص بی خوابی آنها با انجام پلی سومنوگرافی محرز شده بود و بی خوابی آنها به دلیل بارداری و یا ابتلا به بیماری های روانپزشکی مانند اضطراب و افسردگی، بیماری های طبی مانند بیماری های قلبی، دیابت، سرطان، و آرتریت روماتوئید، و همچنین سوء مصرف مواد نبود.

در این تحقیق برای انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند (sampling purposive) با حداکثر تنوع (maximum diversity) استفاده شد. به همین منظور پژوهشگر بر اساس معیارهای از قبل تعیین شده مربوط به سوال پژوهش، نمونه ها را انتخاب نمود و برای حفظ حداکثر تنوع در نمونه گیری که بتواند دامنه تغییرات در پدیده مورد مطالعه را نشان دهد، نمونه های خود را از بین مردان و زنان در سنین مختلف و شرایط تحصیلی و طبقه اجتماعی مختلف انتخاب نمود (21)، و

نمونه گیری تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. ملاک های ورود به مطالعه داشتن تمایل و توانایی جسمی و روانی مناسب برای شرکت در مصاحبه بود. لازم به ذکر است که توانایی روانی برای شرکت در مصاحبه توسط روانپزشک حاضر در مرکز که بررسی اولیه مراجعین را انجام می داد، تأیید می گردید. پس از تصویب پروپوزال طرح تحقیقاتی در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، محقق در شش ماهه اول سال 1393 در مرکز اختلالات خواب حضور پیدا کرده، و ضمن تشریح اهداف تحقیق، از مراجعه کنندگانی که واجد ملاک های ورود به مطالعه بودند، برای شرکت در تحقیق دعوت می کرد و در صورت تمایل وقت مصاحبه با آنها تنظیم می گردید. در این تحقیق 17 نفر (ده زن و هفت مرد) از مبتلایان به بی خوابی مزمن با میانگین سنی 52/43 سال و سطح تحصیلات بیسواد تا کارشناس مشارکت داشتند.

ابزار جمع آوری داده ها در این تحقیق مصاحبه نیمه ساختار یافته (semi structure interview) بود. این نوع مصاحبه فرصت مناسبی را فراهم می کرد تا مشارکت کنندگان به راحتی به بیان تجربیات خود بپردازند (22). پس از برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان و گرفتن شرح مختصری از زمان شروع و چگونگی بی خوابی آنها مصاحبه ها با سؤالاتی مانند "بی خوابی چه تاثیری بر روی شما داشته است؟" و "بی خوابی موجب چه تغییراتی در زندگی شما شده است؟" شروع می شد و سؤالات بعدی بر اساس مسیر مصاحبه و پاسخ های مصاحبه شوندگان مطرح می شد. مدت مصاحبه ها از 30 الی 60 دقیقه بود و کلیه مصاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط شدند. با هر مشارکت کننده یک مصاحبه انجام شد. لازم به یادآوری است که طبقات اصلی پس از 15 مصاحبه استخراج شدند و 2 مصاحبه آخر به منظور اطمینان از اشباع داده ها صورت گرفت که منجر به استخراج طبقه جدیدی نشد.

کلی از مصاحبه به آنها گفته می‌شد. نظرات مشارکت کنندگان مجدداً مورد بررسی قرار گرفت و در آنالیز کلی لحاظ گردید. علاوه بر این جلسات هفتگی تیم تحقیق و بحث و تبادل نظر در مورد اطلاعات جمع‌آوری شده نیز برای اعتماد پذیری داده‌ها انجام شد.

جمع‌آوری منظم داده‌ها و حفظ مستندات مربوط به تحقیق و علاقه شخصی محقق به موضوع تحقیق موجب تاییدپذیری (confirm ability) داده‌ها شد. استفاده از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان موجب شد تا مشارکت کنندگان از نظر سن، جنس، تحصیلات، شغل از تنوع بالایی برخوردار باشند و این موضوع موجب انتقال پذیری (transferability) داده‌ها شود. همچنین از نقل قول‌های مستقیم مشارکت کنندگان نیز برای انتقال پذیری داده‌ها استفاده شد.

این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی در نظر گرفته شده در طرح تحقیقاتی از کلیه مشارکت کنندگان در این تحقیق رضایت آگاهانه گرفته شد و در مورد استفاده از ضبط صوت در طی مصاحبه از آنها اجازه گرفته شد. همچنین به آنها اطمینان داده شد که اسامی و اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و در گزارش‌های منتشر شده از این تحقیق درج نخواهد شد، و در صورت درخواست آنها فایل‌های صوتی پاک خواهد شد.

#### یافته‌ها

پیامدهای بی‌خوابی مزمن در سه طبقه اصلی پیامدهای مربوط به سلامتی، پیامدهای عملکردی، و پیامدهای اقتصادی طبقه بندی گردید (جدول 1)، که شرح آنها در ادامه آمده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش Graneheim و Lundman (20) در طی مراحل زیر انجام شد. ابتدا نسخه برداری کلمه به کلمه از مصاحبه‌ها انجام شد. سپس محقق برای اینکه با متن آشنایی داشته باشد، چندین بار متن مصاحبه‌ها را روخوانی کرد و برداشت کلی خود از آنها را یادداشت نمود. در مرحله بعد جملات مهم در متن مشخص شدند و زیر آنها خط کشیده شد و واحدهای معنایی، مشخص گردید و با انجام کدگذاری، کدهای مرتبط به آنها اختصاص داده شد. در مرحله بعد کدهای استخراج شده که از مشابهت برخوردار بودند در زیر طبقه (sub category) که سطوح انتزاع متفاوتی دارد، نامگذاری شدند. در مرحله آخر چندین زیر طبقه که یک ویژگی مشترک داشتند، در یک طبقه (category) قرار گرفتند. در درون طبقات بیشترین همگونی و در بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشت (19).

در طول تحقیق از ملاکهای پیشنهادی Guba و Lincoln برای دقت در تحقیقات کیفی استفاده شد (23). اعتبار پذیری داده‌ها (Credibility) با مقایسه مداوم داده‌ها (constant comparison) و درگیری مداوم (prolonged engagement) انجام گرفت. در این تحقیق محقق به مدت یک سال با مشارکت کنندگان در ارتباط بود که موجب جلب اعتماد و همچنین درک تجربیات آنها می‌شد.

اعتمادپذیری (dependability) داده‌ها با استفاده از تکنیک بازنگری مشارکت کنندگان (member check) صورت گرفت. برای این منظور خلاصه‌ای از مصاحبه و کدهای استخراج شده به مشارکت کنندگان عودت داده شد و از آنها خواسته شد تا نظر خود را در مورد آن اعلام کنند. لازم به یادآوری است که در مورد مشارکت کنندگان بسواد در پایان مصاحبه خلاصه‌ای از مصاحبه و استنباط

جدول 1. طبقات، زیر طبقات، و برخی از کدهای استخراج شده

کدها	زیر طبقات	طبقه اصلی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ گر گرفتگی و سرخ شدن صورت</li> <li>✓ بی حسی و ضعف در دستها</li> <li>✓ کاهش بیه بدنی</li> <li>✓ کاهش انرژی در انجام کار</li> <li>✓ تاثیر بر روی ضربان قلب</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مشکلات جسمی</li> </ul>	پیامدهای مربوط به سلامتی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ بی حوصلگی و عصبانیت</li> <li>✓ زود رنجی</li> <li>✓ افسردگی</li> <li>✓ احساس عدم لذت از زندگی</li> <li>✓ کندی حرکات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مشکلات روانشناختی</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ کاهش توجه و تمرکز</li> <li>✓ کاهش قدرت یادگیری</li> <li>✓ فراموشی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ مشکلات شناختی</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ انجام کارهای روزانه از سر اجبار</li> <li>✓ ناتمام گذاشتن کارها</li> <li>✓ به تعویق افتادن کارهای روزمره</li> <li>✓ افت تحصیلی</li> <li>✓ کاهش عاطفه نسبت به فرزندان</li> <li>✓ افسردگی در خانواده</li> <li>✓ درگیری زمانی خانواده</li> <li>✓ محدود شدن روابط خانوادگی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ افت عملکرد فردی</li> <li>✓ افت عملکرد خانوادگی</li> </ul>	پیامدهای عملکردی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ هزینه ویریت پزشکی و دارو</li> <li>✓ هزینه آزمایش و تست خواب</li> <li>✓ هزینه رفت و آمد برای ادامه درمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ پیامدهای اقتصادی مستقیم</li> </ul>	پیامدهای اقتصادی
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ هزینه داروهای گیاهی و طب سنتی</li> <li>✓ از دست دادن شغل و موقعیت های شغلی</li> <li>✓ کسر حقوق</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ پیامدهای اقتصادی غیر مستقیم</li> </ul>	

و کندی حرکات از جمله علائم جسمی بودند که مشارکت کنندگان در این تحقیق به دنبال بی خوابی گزارش می کردند. این افراد همچنین عنوان می کردند که این علائم باعث می شود آنها احساس کنند که نمی توانند کارهای روزمره خود را انجام دهند. یکی از مشارکت کنندگان می گوید:

پیامدهای مربوط به سلامتی این طبقه خود دارای سه زیر طبقه بود که در ادامه به توصیف آنها می پردازیم. مشکلات جسمی: سردرد، احساس سنگینی سر، حالت تهوع، تپش قلب، بر افروختگی چهره، خستگی، خواب آلودگی، کاهش انرژی، احساس ضعف در اندام ها، یخ کردن پاها، احساس بی بنیگی، تحلیل رفتن قوای بدنی،

ناراحتی در آنها می شد. یکی از مشارکت کنندگان می گوید:

"من فکر میکنم یه مشکلی وجود داره، قسمت خواب مغز من از کار افتاده، اینم یه بیماریه دیگه. من خیلی مطالعه کردم واقعا احساس می کنم دیگه سالم نیستم و مشکلی دارم" (مشارکت کننده 5: خانم 25 ساله).

مشارکت کنندگان احساس اضطراب و نگرانی در مورد آسیب به سیستم هایی مانند قلب و عروق و مغز و همچنین مبتلا شدن به بیماری های روانی به دلیل بی خوابی و مصرف داروهای بی خوابی را گزارش می کردند. یکی از مشارکت کنندگان این موضوع را اینگونه بیان می کند:

"بی خوابی سلامتی آدم را ازش میگیره گاهی فکر می کنم نکنه این بی خوابی دیوانه م کنه. الان تپش قلب گرفتم، می ترسم یه مشکلی برای قلبم اتفاق بیفته، دکترم میگه باید قرص بخوری. آخه من تا کی باید قرص بخورم، سنم زیاده مگه کبد من چقدر میتونه قرص را تصفیه کنه" (مشارکت کننده 2: خانم 56 ساله).

مشارکت کنندگان با بیان احساس ضعف و عدم کنترل بر روی خواب عنوان می کردند با وجود راه کارهای مختلفی مانند ذکر و دعا، مطالعه، و استفاده از چشم بند که آنها برای کنترل بی خوابی خود به کار می برند، نمی توانند بخوابند و خود را در مقابل بی خوابی ضعیف و ناتوان می دانستند. مشارکت کننده ای در این رابطه می گوید:

"هرکاری می کنم فایده نداره، قرص خواب آور می خورم، تسبیح میندازم، ذکر میگم، چشمهامو با چشم بند میندم فایده نداره. نمی دانم این دیگه چه بلاییه، چه هیولاییه که هیچ کاریش نمیشه کرد. درد بی درمانه" (مشارکت کننده 3: خانم 66 ساله).

این افراد همچنین احساس نگرانی و اضطراب از تداوم بی خوابی و این که در شبهای آینده نیز دچار بی خوابی می شوند، را گزارش می کردند. این موضوع موجب می شد

"شبی که بی خوابی داشته باشم فرداش اصلا حال خوب نیست. داغ می کنم، صورتم قرمز می شه، حالت تهوع دارم، گاهی حتی بالا میارم. دیگه هیچ کاری هم نمی تونم بکنم" (مشارکت کننده 10: مرد 30 ساله).

مشارکت کنندگان در این تحقیق همچنین به ارتباط بین بی خوابی و برخی از بیماری ها اشاره می کردند، و بی خوابی را عاملی برای تشدید این بیماری ها می دانستند. مشارکت کننده ای می گوید:

"من روده ام ناراحته. الان تحت نظر دکتر متخصص گوارش هستم. میگن کولیت داری، اندوسکوپی کردم. دارو هم مصرف می کنم. اما الان خودم می دانم که هر شبی که بی خوابی دارم، فرداش حالم بدتره. بیخشید نفخ می کنم و گاهی اسهال میشم" (مشارکت کننده 15: مرد 54 ساله).

مشکلات روانشناختی: مشارکت کنندگان در این تحقیق طیفی از مشکلات روانشناختی را به دنبال بی خوابی گزارش می کردند. خلق افسرده، تحریک پذیری و عصبانیت، احساس دلتنگی و غم و غصه، گریه، و بی قراری، بی حوصلگی، تحریک پذیری و عصبانیت، احساس عدم لذت از زندگی، احساس رنجش و دلخوری از دیگران و حتی افکار خودکشی از جمله مشکلات روانشناختی بود که توسط این افراد گزارش می شد. مشارکت کننده ای در این رابطه چنین می گوید:

"احساس می کنم افسرده شدم، حوصله هیچ چیز و هیچ کس راندارم. قبلا نوه هام می آمدن خوشحال می شدم. حالا تحمل سرو صدایشان را ندارم. خیلی وقتها میشنم برای خودم گریه می کنم، آخه من چرا باید اینجوری باشم. یه وقتهایی به سرم میزنه خودم را بکشم و راحت بشم" (مشارکت کننده 6: خانم 56 ساله).

این افراد احساس نگرانی از این که بی خوابی به دلیل وجود نقص در بدن به ویژه نقص در مغز و سیستم اعصاب می باشد را بیان می کردند و این موضوع احساس بیمار بودن را در آنها ایجاد می کرد که موجب احساس افسردگی و

که آنها نتوانند از اوقات خود به طور مطلوب استفاده کنند. مشارکت کننده ای می گوید:

"بعد از مدتها به شب خوب خوابیدم، فرداش اونقدر سر حال بودم که انگار تازه متولد شده بودم، خیلی خوشحال بودم، می خندیدم. یک دفعه دلشوره گرفتم که میادا امشب خوابم نیره، حالم گرفته شد" (مشارکت کننده 11: مرد 36 ساله).

احساس نگرانی در مورد تغییرات منفی در ظاهر از جمله قرمزی چشم ها و یا گود رفتن آنها، رنگ پریدگی، تیره شدن پوست و لکه های پوستی و کاهش نشاط در چهره از دیگر احساسات منفی بود که توسط مشارکت کنندگان به ویژه خانم ها گزارش می شد و آنها را ناراحت می کرد. مشارکت کننده ای می گوید:

"بی خوابی رو همه چیز تاثیر داره، آدم مثل میوه آب گرفته می شه. هر چه بی خوابیم بیشتر باشه، پوستم دو سه درجه تیره می شه و چشمام گود میره. کلا صورتم بهم میریزه" (مشارکت کننده 16: خانم 43 ساله).

مشکلات شناختی: تاثیر بی خوابی بر مواردی مانند حافظه، توجه، و تمرکز، قدرت تصمیم گیری، قدرت یادگیری، و درک کامل مسائل از جمله مشکلات شناختی بود که مبتلایان به بی خوابی گزارش می کردند. مشارکت کننده ای می گوید:

"بی خوابی آدم رو گیج و منگ میکنه، یادگیری و انجام ساده ترین کارها برای آدم سخت می شه، به حساب کتاب ساده مربوط به خرید خانه هم سخت می شه. گاهی فکر می کنم وقتی تو جمع هستم، متوجه حرفهای دیگران نمیشم، اصلا نمی فهمم که چه میگن" (مشارکت کننده 10: مرد 30 ساله).

شکایت از فراموشی و نگرانی در این مورد از جمله شکایات شایع در این افراد بود. مشارکت کننده ای می گوید:

"فراموشی گرفتم. همه چیز از یادم میره، نمیدانم فلان وسیله را کجا گذاشتم. به وقت می بینی می خوام برنج آبکش

کنم، یادم میره کته می شه" (مشارکت کننده 8: خانم 34 ساله)

پیامدهای عملکردی: مشارکت کنندگان در این تحقیق تاثیرات منفی بی خوابی بر عملکرد را گزارش می کردند در دوزیر طبقه افت عملکرد فردی، و افت عملکرد خانوادگی طبقه بندی گردید.

افت عملکرد فردی: مشارکت کنندگان وجود مشکلات در زمینه های مختلف عملکرد از جمله در زمینه مراقبت از خود مانند رسیدگی به ظاهر، و یا عدم توجه به تغذیه صحیح به دلیل بی حوصلگی ناشی از بی خوابی را گزارش می کردند. مشارکت کننده ای می گوید:

"حوصله ندارم، خیلی کلافه ام. قبلا خیلی به خودم می رسیدم ولی الان حوصله ندارم، فقط به ماتو شلوار ساده می پوشم و میرم بیرون" (مشارکت کننده 7: خانم 16 ساله).

کاهش عملکرد اجتماعی مانند کاهش روابط اجتماعی با دوستان و اقوام و یا عدم تمایل به حضور در مراسم اجتماعی مانند عروسی و عزا از دیگر مواردی بود که توسط مشارکت کنندگان در این تحقیق گزارش می شد. مشارکت کننده ای می گوید:

"دیگه به جواری شدم، مثل قبل نیستم، نمی تونم عروسی برم. حوصله ندارم. بچه هام اصرار می کنن اما من نمی تونم برم" (مشارکت کننده 9: خانم 68 ساله).

افت عملکرد در انجام کارهای روزمره مانند خرید، پخت و پز و نظافت منزل به ویژه در خانم ها از دیگر پیامدهای منفی بی خوابی بر عملکرد این افراد بود. مشارکت کننده ای در این رابطه می گوید:

"قبل از این بی خوابی خیلی خوب آشپزی می کردم، دلمه درست می کردم، حتما برای چلوکباب ریحان پاک می کردم، اما حالا مجبورم به چیزی همینطوری تهیه کنم" (مشارکت کننده 4: خانم 63 ساله).

ناتوانی در انجام تکالیف درسی و افت عملکرد تحصیلی، و عملکرد شغلی و در مواردی غیبت و ترک کار از دیگر

پیامدهای اقتصادی: بر اساس یافته‌های این تحقیق بی‌خوابی با پیامدهای اقتصادی نیز همراه بود که در دو زیر طبقه پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم طبقه بندی شدند.

پیامدهای اقتصادی مستقیم: مشارکت کنندگان در این تحقیق عنوان می‌کردند که آنها برای درمان بی‌خوابی مجبور به صرف هزینه هستند. هزینه ویزیت پزشک، انجام آزمایشهای مختلف، تست خواب، و مراجعه به شهرهای دیگر برای درمان از جمله مواردی بود که این افراد ذکر می‌کردند. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"من خیلی دکتر رفتم. هم اینجا و هم تو شهرهای دیگه. یک بار هم که دکتر ب برنامه تلویزیونی در مورد خواب داشت. آدرس مطبشو گرفتم و با هواپیما رفتم تهران. خب اینها همه پول می‌خواد، بعضی داروها هم آزاده و بیمه قبول نمیکنه" (مشارکت کننده 2: خانم 56 ساله).

هزینه درمان‌های دیگر مانند داروهای گیاهی، حجامت، طب سوزنی نیز توسط مشارکت کنندگان مطرح می‌شد. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"یکی از اقوام به من پیشنهاد کرد که دارو گیاهی مصرف کنم. رفتم و دارو گیاهی خریدم. قیمتش از داروهای خودم بیشتر بود، ولی چاره ای نبود. من همه جور هزینه کردم که بی‌خوابیم خوب بشه" (مشارکت کننده 7: خانم 43 ساله).

پیامدهای اقتصادی غیر مستقیم: این پیامدها شامل هزینه‌های مربوط به مواردی مانند کسر حقوق به دلیل غیبت از کار، هزینه‌های مربوط به جبران تصادفات و خطاهای کاری ناشی و همچنین از دست دادن کار بود. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"من راننده بودم. اما به دلیل بی‌خوابی کنار گذاشتم. رانندگی برام سخت شده بود، می‌ترسیدم تصادف کنم. قبض‌های جریمه رانندگیم زیاد شده بود. حالا باید دنبال کار دیگه بگردم" (مشارکت کننده 13: مرد 57 ساله).

پیامدهای پیامدهای بی‌خوابی بر عملکرد فردی بود. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"الان دو هفته است مدرسه نرفتم. نمی‌تونم برم. درسها جمع شده، همه اش نگرانم. امتحانات نزدیکه. نمی‌دونم چکار کنم" (مشارکت کننده 1: خانم 16 ساله).

بی‌میلی در انجام فعالیت‌های اوقات فراغت و ترک این فعالیت‌ها نیز در این افراد گزارش می‌شد که موجب احساس ناراحتی و غم و غصه در آنها می‌گردید. مشارکت کننده ای در این رابطه اظهار می‌کند:

"من واقعا عاشق ورزش بودم، سالن می‌رفتم. این تنها دلخوشی من تو زندگی بود که بی‌خوابی اونو از من گرفت. الان نمی‌تونم برم" (مشارکت کننده 7: خانم 38 ساله).

افت عملکرد خانوادگی: مشارکت کنندگان تاثیر بی‌خوابی بر عملکرد خانوادگی را نیز گزارش می‌کردند. این افراد از سردی روابط خود با اعضای خانواده به دلیل تحریک پذیری و عصبانیت و افسردگی ناشی از بی‌خوابی شکایت داشتند که موجب احساس تنهایی آنها در محیط خانواده می‌شده است. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"دیگه مثل قبل نیستم. با بچه‌ها حرف نمی‌زنم. انگار بی‌عاطفه شدم. دیگه خیلی چیزها برام مهم نیست. اونهام سرد شدن و کاری به کار من ندارن" (مشارکت کننده 15: مرد 58 ساله).

افت عملکرد خانوادگی در زمینه‌های دیگر مانند کاهش فعالیت‌های تفریحی و یا رفت و آمد با دیگران به دلیل نگرانی از وضعیت فرد مبتلا به بی‌خوابی و یا صرف وقت برای برنامه‌های درمانی از جمله مواردی بود که توسط این افراد گزارش می‌شد. مشارکت کننده ای می‌گوید:

"من حوصله ندارم جایی برم یا مهمان برام بیاد، بیچاره شوهرم و پسر. میگن آگه شما نیاید به ما هم خوش نمیگذره آنگاهم جایی نمیرن. عملا با همه قطع رابطه کردیم" (مشارکت کننده 8: خانم 38 ساله).

## بحث

یافته های این تحقیق که بر اساس جستجو در منابع منتشر شده اولین تحقیق انجام شده در این زمینه در ایران می باشد، پیامدهای بی خوابی مزمن را در سه طبقه پیامدهای مربوط به سلامتی، پیامدهای عملکردی، و پیامدهای اقتصادی طبقه بندی کرد. قبل از بحث در مورد جزئیات این یافته ها توجه به این نکته ضروریست که؛ نتایج این تحقیق ضمن مشابهت با تحقیقات قبلی که در این زمینه انجام شده است (27-24 و 17)، توانسته است، به برخی از نکات مربوط به تفاوت های فرهنگی در پیامدهای بی خوابی مزمن نیز بپردازد که در جای خود مورد بحث قرار می گیرند.

پیامدهای مربوط به سلامتی که در زیرطبقات مشکلات جسمی، روانشناختی، و شناختی تقسیم بندی گردید، حاکی از تأثیرات بی خوابی مزمن بر روی ابعاد مختلف سلامتی مبتلایان به این اختلال است که می تواند در نهایت کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد (17). بر اساس یافته های این تحقیق مبتلایان به بی خوابی مشکلات جسمی متعددی مانند؛ خستگی، سردرد، سرگیجه، و حالت تهوع، و ضعف بنیه بدنی را تجربه می کردند که موجب می شد این افراد نتوانند کارهای روزمره خود را انجام دهند. نکته قابل توجه در این رابطه تنوع علائم جسمی گزارش شده به دنبال بی خوابی در مشارکت کنندگان در این تحقیق می باشد که می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی در تجربه بی خوابی و تمایل به بیان جسمی علائم باشد (28)، که بر این اساس در فرهنگ ایرانی معمولاً علائم ناراحتی به صورت علائم جسمی گزارش می گردد. لازم به ذکر است که خستگی و خواب آلودگی دو پیامد شایع گزارش شده در تحقیقات گذشته در این زمینه بوده است (9-11 و 13 و 15). همچنین این افراد به تشدید برخی از بیماری های خود به دلیل بی خوابی اشاره داشتند. در بررسی انجام شده توسط Kathz و McHorney ارتباط بین دردهای بدنی و بی خوابی در مبتلایان به دردهای مزمن گزارش شده است که کیفیت

زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده است (29). با توجه به اهمیت این ارتباط، بررسی بی خوابی مزمن در بیماری های طبی پیشنهاد می گردد.

دومین زیرطبقه پیامدهای مربوط به سلامتی، مشکلات روانشناختی بودند که بر اساس این زیر طبقه مبتلایان به بی خوابی مزمن با مشکلات روانشناختی متعددی روبرو هستند که تأثیرات بی خوابی بر سلامت روان این افراد را مورد تأکید قرار می دهد. لازم به یادآوریست که تنوع این مشکلات بر اساس تجربه های ذهنی مشارکت کنندگان بوده و بیانگر تفاوت در تجربه ذهنی بی خوابی در بین افراد مختلف می باشد. ابتلا به مشکلات روانشناختی و همچنین بیماری های روانپزشکی از جمله اضطراب و افسردگی در تحقیقات انجام شده در این رابطه نیز مطرح شده است (30 و 31). در واقع اگرچه شکایت بی خوابی در بسیاری از اختلالات روانپزشکی وجود دارد، اما ابتلا به بی خوابی مزمن به عنوان یک اختلال اولیه می تواند پیشرو مشکلات روانشناختی و بیماری های روانپزشکی باشد، و همبودی (comorbidity) آن با اختلالات روانپزشکی یک عامل موثر در سیر، و پیش آگهی این اختلالات محسوب می گردد (29). بنابراین توجه به بی خوابی به عنوان یک اختلال اولیه و موثر در سیر و پیش آگهی سایر اختلالات حائز اهمیت است.

بر اساس یافته های این تحقیق بی خوابی مزمن با پیامدهای خلق افسرده، تحریک پذیری، و عصبانیت و افکار خودکشی همراه می باشد که می تواند بر روابط بین فردی مبتلایان به بی خوابی تأثیر بگذارد. پیامدهای خلقی که می تواند با تابلوی بالینی افسردگی تظاهر نماید ممکن است موجب به اشتباه انداختن بالینگران و نادیده گرفتن مشکل اصلی یعنی بی خوابی شود. لذا ارزیابی دقیق در این رابطه ضروریست. نقش بی خوابی در افزایش خطر بروز اولین دوره اختلال افسردگی اساسی و عود آن توسط Johnson و همکاران (30) و همچنین ارتباط چندگانه متعامل

موثر باشد. از طرف دیگر نقش نگرانی بیش از حد (Over worried) و باورهای ناکارآمد (Maladaptive beliefs) در تداوم بی خوابی در مدل شناختی (Cognitive model) بی خوابی مورد تاکید قرار گرفته است (34). بر اساس این مدل مبتلایان به بی خوابی باورهای نافذ و نگران کننده ای در مورد بی خوابی دارند که خود موجب برانگیختگی بیشتر و بی خوابی در آنها می شود. بر اساس این مدل درمانهای شناختی رفتاری از جمله درمانهای موثر و پیشنهادی برای این افراد می باشد. لذا توجه به افکار نگران کننده این افراد در برنامه های درمانی حائز اهمیت می باشد.

مشکلات شناختی آخرین زیرطبقه پیامدهای مربوط به سلامتی بود که بر اساس این زیر طبقه، مشارکت کنندگان از وجود مشکلات شناختی مانند فراموشی، کاهش توجه و تمرکز، ناتوانی در تصمیم گیری، و ناتوانی در یادگیری شکایت داشتند. وجود این مشکلات می تواند افت عملکرد روزانه در این افراد را توجیه نماید. پیامدهای شناختی بی خوابی از جمله پیامدهای مورد بحث در تحقیقات منتشر شده در این رابطه بوده است (18 و 16 و 11). در عین حال علیرغم تاکید بر این پیامدها، برخی از مطالعات به پراکندگی بین گزارش های بیماران و ارزیابی عینی پیامدهای شناختی در بی خوابی اشاره داشته اند (35). به نظر می رسد ارزیابی های دقیق با استفاده از ابزارهای عینی می تواند در رفع این پراکندگی موثر باشد.

اما دومین طبقه استخراج شده در این تحقیق پیامدهای عملکردی بود که خود در دو زیر طبقه افت عملکرد کاری و خانوادگی طبقه بندی شد. بر اساس این یافته پیامدهای بی خوابی هم عملکرد فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد و هم بر عملکرد خانوادگی تاثیر می گذارد که بیانگر توجه به جنبه های فردی و خانوادگی این اختلال است، که در ادامه مورد بحث قرار می گیرد.

(multifaceted interplay) بین بی خوابی و افسردگی توسط Manber و Chambers (31) مطرح شده است. نقش بی خوابی در بروز افکار خودکشی در گزارش های موردی (32) و تحقیقات مربوط افسردگی (30) نیز مورد تاکید قرار گرفته است، و این مسئله اهمیت بی خوابی مزمن را به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی، و خودکشی را روشن می سازد.

احساس نگرانی و اضطراب در رابطه با تاثیر بی خوابی بر سلامت جسم و روان، تغییرات منفی در قیافه ظاهری از دیگر پیامدهای روانشناختی بی خوابی بود که در مطالعات گذشته در این زمینه به آن اشاره ای نشده است، که احتمالاً ناشی از تفاوت روش انجام این تحقیقات بوده که عموماً به شیوه کمی و با استفاده از پرسشنامه بوده اند، در حالی که در این تحقیق مصاحبه نیمه ساختاریافته فرصت مناسبی را برای بیان مسائل مختلف مشارکت کنندگان فراهم می کرد. از طرف دیگر بیان این نگرانی می تواند به دلیل تفاوت های فرهنگی در توجه به ظاهر فیزیکی باشد (33) که بر این اساس ظاهر فیزیکی یکی از ارزش های مورد توجه در فرهنگ ایرانی است. بدیهی است که بروز این نگرانی ها می تواند در پیدایش اختلال در تصویر بدنی (Body image) و اختلالات اضطرابی و مشکلات بیشتر در سلامت روان این افراد موثر باشد.

احساس ضعف و عدم کنترل بر روی بی خوابی و همچنین نگرانی در مورد تداوم بی خوابی از دیگر یافته های این تحقیق بود. نکته قابل توجه در این یافته تاکید بر احساس ضعف و عدم کنترل این افراد در مقابل بی خوابی مزمن است که در تحقیقات گذشته گزارش نشده است که در این رابطه نیز می توان به تفاوت در روش تحقیق و همچنین تفاوت در برداشتهای ذهنی مبتلایان به بی خوابی اشاره نمود. در عین حال شواهدی وجود ندارد که این برداشت ها متأثر از مسائل فرهنگی می باشد. بدیهی است که این احساس می تواند در بروز ناامیدی و عدم پی گیری درمانی

فشارهای خاصی را بر سیستم خانواده وارد می‌کند. اهمیت خانواده در مباحث بهداشت روانی همواره مورد تأکید قرار گرفته است. بنابراین با توجه به این که بی‌خوابی می‌تواند عملکرد خانواده را نیز تحت تأثیر قرار بدهد، توجه به این جنبه از بی‌خوابی در درمان این افراد حائز اهمیت می‌باشد. لازم به یادآوریست که این یافته نیز در تحقیقات گذشته مورد توجه قرار نگرفته است و تنها به مشکل ارتباط بین فردی در این افراد اشاره شده است (11) که به نظر می‌رسد ناشی از توجه به روابط بین فردی به عنوان یک شاخص مهم در فرهنگ مورد مطالعه بوده است در حالی که یافته‌های تحقیق حاضر به روابط بین فردی در چارچوب خانواده پرداخته است که بیانگر تفاوت فرهنگی در اهمیت دادن به روابط خانوادگی است.

و در نهایت پیامدهای اقتصادی هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بی‌خوابی مزمن را در بر می‌گرفت. همانطور که گفته شد هزینه‌های مستقیم مربوط به درمان بی‌خوابی بود. اگرچه استفاده بیشتر مبتلایان به بی‌خوابی از سرویس‌های درمانی در مطالعات گذشته نیز ذکر شده است (24-26)، اما توجه به هزینه‌های درمانی مانند داروهای گیاهی، و طب سنتی در این تحقیق بیانگر برخی از تفاوت‌های فرهنگی در رابطه با درمان بی‌خوابیست. هزینه‌های غیر مستقیم بی‌خوابی که ناشی از مواردی مانند تصادفات و خطاهای کاری، و از دست دادن کار بود، نیز بیانگر ابعاد گسترده تری از پیامدهای اقتصادی بود. لازم به ذکر است از آنجا که این تحقیق با رویکرد کیفی انجام شده است، برآورد این پیامدها با بیان آماری که بتواند اهمیت موضوع را نشان دهد، امکان پذیر نبود و لذا تحقیقات کمی در این رابطه پیشنهاد می‌گردد.

این تحقیق بر اساس تجربیات مبتلایان به بی‌خوابی مزمن انجام شد. از آنجا که بر اساس یافته‌های این تحقیق بی‌خوابی مزمن می‌تواند با پیامدهای خانوادگی نیز همراه

افت عملکرد فردی که کاهش و یا اختلال در جنبه‌های مختلف عملکرد روزانه از جمله خود مراقبتی، فعالیت‌های اوقات فراغت، فعالیت‌های اجتماعی را در بر می‌گرفت، از جمله پیامدهای بی‌خوابی مزمن بود که توسط مشارکت کنندگان در این تحقیق مطرح گردید. پیامدهای عملکردی بی‌خوابی می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که بی‌خوابی با تأثیرات منفی بر روی عملکرد افراد ماهیت ناتوان کننده دارد و از آنجایی که بی‌خوابی تجربه‌ای کاملاً شخصی است، می‌تواند توسط دیگران کم‌اهمیت تلقی شود و مشکلات عملکردی این افراد مورد تفسیرهای نادرست قرار بگیرد. لذا توجه به این جنبه از پیامدهای بی‌خوابی مزمن در بررسی این افراد حائز اهمیت می‌باشد.

نکته دیگر در رابطه با مشکلات عملکردی، افت عملکرد در زمینه فعالیت‌های خود مراقبتی، و اوقات فراغت می‌باشد که برخلاف عملکرد شغلی در متون مربوطه کمتر مورد توجه قرار گرفته است، و در این تحقیق توسط مشارکت کنندگان مطرح گردیده است، که این مسئله می‌تواند به دلیل توجه ویژه به بازدهی در محیط‌های کاری به دلیل مسائل اقتصادی در مطالعات گذشته و سایر فرهنگ‌ها باشد. فعالیت‌های خودمراقبتی برای حفظ سلامتی ضروری می‌باشند. همچنین فعالیت‌های اوقات فراغت می‌توانند موجب ایجاد نشاط و انرژی و کاهش مشکلات بهداشت روانی گردند (36). لذا به نظر می‌رسد که علاوه بر درمان‌های دارویی برنامه ریزی در جهت بازسازی مجدد این فعالیت‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

همانطور که گفته شد بی‌خوابی موجب افت عملکرد خانوادگی نیز می‌شود. ایجاد نگرانی در سایر اعضای خانواده، تغییر در روابط عاطفی اعضای خانواده، و صرف وقت جهت درمان بی‌خوابی از جمله پیامدهای بی‌خوابی بودند که توسط مشارکت کنندگان عنوان گردید. در واقع اگرچه بی‌خوابی یک تجربه کاملاً شخصی است اما از جنبه فردی فراتر رفته و جنبه خانوادگی را نیز در بر می‌گیرد و

فرهنگی در این افراد را روشن سازد. از آنجا که این تحقیق بر اساس تجربیات مبتلایان به این اختلال بوده است، می تواند در درمان این افراد مورد توجه قرار بگیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مشارکت کنندگان در این تحقیق که تجربیات خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند، تشکر و قدردانی می گردد.

باشد، تحقیقات بعدی با مشارکت اعضای خانواده این افراد پیشنهاد می گردد.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته های تحقیق بی خوابی مزمن با پیامدهای مربوط به سلامتی و پیامدهای عملکردی و اقتصادی همراه است، که پیامدهای مربوط به سلامتی در ابعاد جسمی، روانشناختی، و شناختی و پیامدهای عملکردی در ابعاد فردی و خانوادگی، و پیامدهای اقتصادی در ابعاد هزینه های مستقیم و غیر مستقیم طبقه بندی گردید و توانست پیامدهای این اختلال را با در نظر گرفتن برخی از ویژگی های

### References

1. Roberts RE. Prospective data on sleep complaints and associated risk factors in an older cohort *Psychosom Med* 1999; 61: 188-196.
2. American Academy of Sleep Medicine. 2005. The international classification of sleep disorders, diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, IL: Author
3. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed American Psychiatric Association. APA, Washington, DC
4. Hohagen F, KäppEdinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of An American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004; 27: 1567-9.
5. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008;4: 487-504.
6. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep* 1999; 22: S347-53.
7. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res* 1997; 31: 3.333-46
8. Buysse DJ, Thompson W, Scott J, Franzen PL, Germain A, Hall M, et al. Daytime symptoms in primary insomnia: a prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep Med* 2007; 8: 198-208.
9. Zhang J, Lam SP, Li SX, Yu MW, Li AM, Ma RC, et al. Long-term outcomes and predictors of chronic insomnia: a prospective study in Hong Kong Chinese adults. *Sleep Med* 2012; 13: 455-62.
10. Zailinawati AH, Mazza D, Teng CL. Prevalence of insomnia and its impact on daily function amongst Malaysian primary care patient. *Asia Pac Fam Med* 2012; 27: 11: 9.
11. Katz DA1, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract* 2002; 51: 229-35.
12. Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. Quantitative criteria for insomnia. *Behav Res Ther* 2003; 41: 427-45.
13. Alpin I, Fichten CS, Libman E, Creti L, Bailes S, Wright J. How is good and poor sleep in older adults and college students related to daytime sleepiness, fatigue, and ability to concentrate? *J Psychosom Res* 2000; 49: 381-90.

14. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000; 23: 41–7.
15. Riedel BW, Lichstein KL. Insomnia and daytime functioning. *Sleep Med Rev* 2000; 4: 277–98.
16. Buysse DJ. Chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:678-86
17. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 1998;158:1099-107.
18. Bluestein D, Rutledge CM, Healey AC. Psychosocial correlates of insomnia severity in primary care. *J Am Board Fam Med* 2010; 23: 204–211.
19. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15: 1277-88.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105–112.
21. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26: 623-30.
22. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J* 2008 Mar 22; 204: 291-5.
23. Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry* 1995; 1: 275-89.
24. Walsh, JK, Engelhardt CL. The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. *Sleep* 1999; 22: 386-S393.
25. Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep* 1999;22:394-401.
26. Stoller MK. Economic effects of insomnia. *Clin Ther* 1994; 16: 873-997.
27. Ozminkowski RJ, Wang SH, Walsh JK. The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United States. *Sleep* 2007; 30: 263-73.
28. Dastjerdi M. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *Int J Equity Health* 2012; 11: 9.
29. Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J FamPract* 2002; 51:229-35.
30. Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 700-8.
31. Manber R, Chambers AS. Insomnia and depression: a multifaceted interplay. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 437-42.
32. Khazaie H, Rezaie L, Tahmasian M, Schwebel DC. Insomnia treatment by olanzapine. Is sleep state misperception a psychotic disorder? *Neurosciences* 2010; 15: 110-2.
33. Samani S. Important criteria for spouse selection in a sample of Iranian youth. *Psychol Rep* 2007; 100: 59-65.
34. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 2002; 40: 869-93.
35. Orff H J, Drummond SPA, Nowakowski S, Perlis ML. Discrepancy between subjective symptomatology and objective neuropsychological performance in insomnia. *Sleep* 2007; 30: 1205-11.
36. Jonsdottir IH, Rödger L, Hadzibajramovic E, Börjesson M, Ahlberg G Jr. A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Prev Med* 2010; 51: 373-7.