Barriers to the treatment of insomnia from patients' perspectives: a qualitative study

Rezaie L., PhD[1], Khazaie H., MD[2]
1. Assistant Professor, Sleep Disorders Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Professor, Sleep Disorders Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (Corresponding Author), Tel:+98-83-38265255, Hakhazaie@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Insomnia is a common problem in general population. It is associated with negative consequences on daily living. Insomnia is an under recognized disease, and patients may seek treatment very late, which may lead to chronicity of the disorder and aggravation of its adverse consequences. Determination of the barriers to insomnia treatment may be helpful for early diagnosis and designing treatment plans for this disorder. The aim of study was to determine the barriers to insomnia treatment from patients' views.

Material and Method: This qualitative study was performed by using conventional content analysis. Our participants were selected by purposive sampling with insomnia who had referred to Sleep Disorders Research Center of Kermanshah University of Medical Sciences from April to October 2015. Data collection was performed by semi- structure interview. The interviews were recorded by an audio tape recorder, and transcribed. Then, they were analyzed by qualitative methods.

Results: Barriers to the treatment of insomnia included three main categories: "overlooking insomnia", "worries about insomnia treatment", and "janus faced nature of insomnia treatment". The subjects in the category of "overlooking insomnia" had lack of beliefs' about insomnia as an illness which should be treated. The patients in the second category, "worries about insomnia treatment", described their concerns about the treatment of insomnia. The subjects in the category of" janu faced nature of insomnia treatment" explained the inappropriate pattern of insomnia treatment in the study population.

Conclusion: According to the results, patients' views about insomnia, their worries about treatment, and the current pattern of insomnia treatment were the main barriers to the insomnia treatment. Barriers to the treatment of insomnia should be taken into consideration for the future treatment programs.

Key words: Insomnia, Treatment barriers, Qualitative study, Content analysis.

Received: Mar 15, 2016 **Accepted:** Aug 20, 2016

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و یکم / آذر و دی ۱۳۹۵/ ۱۰۰-۹۱

تبیین موانع درمان بی خوابی از دیدگاه بیماران: یک مطالعه کیفی

لیبا رضایی[۱]، حبیب اله خزایی[۲]

۱. استادیار. مرکزتحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. استاد، مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (مولف مسئول)، تلفن ثابت: ۰۸۳-۳۸۲۶۵۲۵۵ hakhazaie@gmail.com

چکیده

مقدمه: بی خوابی از جمله مشکلات شایع در جمعیت عمومی است که با پیامدهای منفی بر زندگی روزمره افراد همراه است. این اختلال معمولا به موقع تشخیص داده نمی شود، و افراد مبتلا با تاخیر برای درمان مراجعه می کنند، که موجب مزمن شدن و تشدید پیامدهای آن می شود. شناسایی موانع درمان بی خوابی می تواند در برنامه ریزی صحیح به منظور تشخیص و درمان به موقع این اختلال مفید باشد. لذا این تحقیق با هدف تبیین موانع درمان بی خوابی انجام شد.

روش بررسی: این تحقیق با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی در نیمه اول سال ۱۳۹۴ انجام شد. مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند از بین مراجعه کنندگان به مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انتخاب شدند. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری شدند. همه مصاحبه ها ضبط و بازنویسی شدند و مورد تجزیه و تحلیل کیفی قرار گرفتند.

یافته ها: موانع درمان بی خوابی در سه طبقه اصلی نادیده گرفتن بی خوابی، نگرانی در مورد درمان بی خوابی، و سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی طبقه بندی گردید. طبقه نادیده گرفتن بی خوابی به عدم باور به بی خوابی به عنوان یک بیماری و ضرورت درمان آن تاکید داشت. طبقه نگرانی در مورد بی خوابی به ترس افراد از درمان بی خوابی اشاره داشت. طبقه سهل و ممتنع بودن بی خوابی نیز جایگاه نامناسب درمان بی خوابی در جامعه مورد مطالعه را توصیف می کرد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این تحقیق باورها و ادراک بیماران نسبت به بی خوابی و درمان آن و همچنین نگرانی هایی که در رابطه با درمان وجود دارد، و شرایط موجود درمان بی خوابی از جمله موانع درمان بی خوابی هستند. توجه به این موانع در برنامه ریزی های درمانی پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: بی خوابی، موانع درمان، تحقیق کیفی، تحلیل محتوایی

وصول مقاله: ۹۴/۱۲/۲۵ اصلاحیه نهایی: ۹۵/۵/۳ پذیرش: ۹۵/۵/۳۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

مقدمه

بی خوابی (insomnia) که با شکایت ذهنی از ناتوانی در به خواب رفتن، حفظ خواب، یا پایین بودن کیفیت خواب تعریف می شود، شایع ترین علامت مربوط به مشکلات خواب است و از شیوع ۵۰-۲۰ درصدی برخوردار است. این شکایت هنگامی که با پیامدهای روزانه ای مانند تحریک پذیری، خواب آلودگی، و خستگی همراه باشد و حداقل یک ماه به طول انجامیده باشد، اختلال بی خوابی (insomnia disorder) نامیده می شود و شیوع آن در جمعیت بزرگسال ۱۵-۵ درصد گزارش شده است. این اختلال همچنین می تواند به صورت اولیه (primary insomnia) و یا ثانویه (secondary insomnia) به سایر اختلالات بروز کند (۲و۱) و در ۳۰-۱۰ درصد از موارد سیر مزمن داشته باشد، یعنی علائم بی خوابی حداقل سه بار در هفته و به مدت سه ماه ادامه یابد (۳)

بی خوابی تاثیرات نافذی بر روی عملکرد روزانه داشته و موجب افت عملکرد کاری و اجتماعی می شود، وبه همین دلیل با فشارهای اقتصادی هم برای فرد و هم برای جامعه همراه است (۴).پیامدهای منفی بی خوابی بر سلامت جسمی و روانی مانند افزایش خطر ابتلا به فشار خون، و بیماری های قلبی ، افسردگی و اضطراب از جمله مواردی است که در تحقیقات انجام شده در این زمینه به آنها اشاره شده است. بنابراین بی خوابی به عنوان یک معضل بهداشتی در همه جوامع در نظر گرفته می شود (۸-۵).

علیرغم این که دامنه گسترده ای از درمانهای دارویی و غیردارویی برای بی خوابی وجود دارد، این اختلال معمولا کمتر تشخیص داده می شود، و به طور مناسب درمان نمی شود(۹)، که این مسئله به نوبه خود می تواند موجب مزمن شدن آن و بروز پیامدهای منفی شود. Stinson و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی موانع درمان بی خوابی اولیه بروی مبتلایان به این اختلال در انگلستان عنوان کردند که دلایلی مانند برداشت بیماران از این که بی خوابی مشکلی ایجاد نمی کند، می توانند با آن کنار بیایند، و عدم آگاهی از شیوه های درمان بی خوابی موانع شایع برای درمان می باشند، و برنامه های آموزشی در جهت ارتقاء آگاهی افراد نسبت این اختلال را پیشنهاد کردند (۱۰). مواردی مانند دانش ناکافی پزشکان در مورد درمان بی خوابی، لیست های طولانی انتظار برای درمان تخصصی خواب، ترس از وابستگی به داروهای خواب آور، عدم وجود شواهد تایید کننده و به روز نبودن دستور العمل های درمانی از دیگر مواردی هستند که به عنوان موانع درمان بی خوابی گزارش شده اند (۱۲و۱۱).

اگرچه بررسی های انجام شده در این زمینه محدود می باشد، اما به نقش عوامل مربوط به بیمار و سرویس های ارائه دهنده خدمات یعنی پزشکان و امکانات درمانی در این زمینه اشاره دارد (۱۳) و درک بهتر این عوامل می تواند در رفع موانع درمان موثر باشد.از آنجا که بر اساس جستجوی انجام شده در منابع اطلاعاتی تاکنون در کشور ما مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است، و از آنجا که شکایت از بی خوابی و برداشت از آن یک پدیده کاملا ذهنی است، و تحقیقات کیفی از توانمندی بیشتری برای بررسی پدیده های ذهنی برخوردار هستند، این مطالعه با رویکرد کیفی به تبیین موانع درمان بی خوابی از دیدگاه بیماران می پردازد.

روش بررسی

این تحقیق به روش تحلیل محتوای قراردادی (conventional content analysis) انجام شد. در این روش فرآیند تفسیر ذهنی منظم از داده های متنی که با رویکرد استقرایی (inductive) صورت می گیرد، منجر به پیدایش کدها، طبقات، و زیر طبقات می شود. دانش تولید شده براساس اطلاعاتی است که به طور مستقیم از مشارکت کنندگان جمع آوری می شود و پیش فرض های محقق به آنها تحمیل نمی شود (۱۵و۱۴).

مشارکت کنندگان در این تحقیق مبتلایان به بی خوابی مزمن بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۴جهت تشخیص و درمان تخصصی به مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و به روش نمونه گیری هدفمند (purposive) انتخاب شدند ین افراد کسانی بودند که از بی خوابی شکایت داشتند و پس ارزیابی توسط متخصص خواب و انجام پلی سومنوگرافی تشخیص بی خوابی اولیه برای آنها درنظر گرفته شد. ملاک های ورود به مطالعه شامل تجربه بی خوابی که حداقل دوبار در هفته و به مدت شش ماه طول کشیده باشد (بی خوابی مزمن)، و تمایل به شرکت در مطالعه بود. مبتلایان به بی خوابی که به طور همزمان مبتلا به سایر اختلالات خواب بودند، همچنین مبتلایان به روانپریشی و سوء مصرف مواد از مطالعه خارج شدند. در این تحقیق ۱۵ نفر از مبتلایان به بی خوابی مشارکت داشتند.

داده ها در این تحقیق با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته (semi structure interview) جمع آوری شد. هر مصاحبه با سوالاتی مانند لطفا در مورد بی خوابی خود برای ما صحبت کنید، و چه عللی باعث شده است که برای درمان بی خوابی خود دیر مراجعه کنید، و یا چرا درمان خود را با تاخیر شروع کرده اید؟شروع می شد و با سوالات جزیی تر و بر اساس پاسخ های مشارکت کنندگان ادامه می یافت. طول مدت مصاحبه ها ۶۰- ۴۵ دقیقه بود و همه مصاحبه ها ضبط شدند. انجام مصاحبه ها تا رسیدن به حد اشباع (saturation) یعنی تا جایی که مفهوم و درون مایه جدیدی استخراج نشد، ادامه یافت. لازم به یادآوریست که طبقات اصلی پس از ۱۳ مصاحبه اول استخراج شدند و دو مصاحبه آخر به منظور اطمینان بیشتر از اشباع داده ها انجام شد. علاوه بر انجام دو مصاحبه آخر، تیم تحقیق همزمان با جمع آوری داده ها با مقایسه مداوم آنها با یکدیگر در مورد رسیدن به حد اشباع به توافق رسیدند (۱۶). همه مصاحبه ها ضبط شدند.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش Granehimeو Lundman (۱۴) استفاده شد. به همین منظور ابتدا کلیه مصاحبه های ضبط شده کلمه به کلمه نسخه برداری شدند. سپس به منظور آشنایی با متن مصاحبه ها، محقق چندبار متن مصاحبه ها را بازخوانی نمود و برداشت کلی خود را از آنها یادداشت نمود. سپس زیر جملات مهم در متن خط کشیده شد و واحدهای معنایی مشخص گردید. در مرحله کدگذاری کدهای مرتبط به آنها اختصاص داده شد. در مرحله بعد کدهای استخراج شده ای که مشابهت داشتند درزیر طبقه (subcategory) که از سطوح انتزاع متفاوت برخوردار است، نامگذاری شدند. در مرحله آخر نیز چند زیر طبقه که یک ویژگی مشترک داشتند، در یک طبقه قرار گرفتند. طبقه بندی به گونه ای انجام شد که درون طبقات بیشتر همگونی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشت (۱۵).

برای اطمینان از صحت داده های جمع آوری شده، از درگیری عمیق و طولانی مدت با داده ها (prolonged engagement) استفاده شد. همچنین وجود تخصص‌های مختلف (متخصص خواب، محقق روش تحقیق کیفی) در تیم تحقیق اعتبارپذیری داده‌ها را افزایش داد. استراتژی بازنگری مشارکت کنندگان (member check) یکی دیگری از مواردی بود که برای افزایش اعتبار داده ها استفاده شد که در طی آن آنالیز انجام شده به مشارکت- کنندگان عودت داده شد و نظرات آنها در مورد صحت آنالیز اعمال گردید. .

حفظ مستندات مربوط به تحقیق و علاقه شخصی محقق به موضوع موجب تاییدپذیری داده‌ها گردید. همچنین برای انتقال‌پذیری داده‌ها (transferability) جزییات مراحل انجام تحقیق به طور کاملا مبسوط شرح داده شده است (thick description) و امکان این که محقق دیگری بخواهد این تحقیق را ادامه دهد و یا درصورت امکان از نتایج آن در جای دیگر استفاده کند ، فراهم شده است (۱۷).

این تحقیق با تایید شواری پژوهشی و دریافت کد (KUMS.REC.1394.134) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. همچنین قبل از انجام مصاحبه ها، اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان توضیح

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

داده شد و ضمن اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، در مورد محرمانه ماندن اطلاعات شخصی به آنها اطمینان داده شد. کسب اجازه در مورد ضبط مصاحبه ها و پاک کردن فایل های صوتی در صورت درخواست مشارکت کنندگان، از دیگر ملاحظات اخلاقی بود که در این تحقیق در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این تحقیق ۱۵ مشارکت کننده (۸ مرد و ۷ زن) با میانگین سنی ۱۳±۴۴ شرکت داشتند. برخی از ویژگی های دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک مشارکت کنندگان

شماره	سن	جنس	تحصیلات	وضعیت تاهل	شغل	طول مدت بیماری
۱	۳۱	مرد	راهنمایی	متاهل	راننده	۲ سال
۲	۳۶	مرد	دبیرستان	متاهل	بیکار	۵ سال
۳	۳۵	زن	دبیرستان	متاهل	خانه دار	۲ سال
۴	۵۲	مرد	فوق دیپلم	متاهل	معلم	۱۸ ماه
۵	۴۸	زن	لیسانس	متاهل	پرستار	۶ سال
۶	۶۶	زن	بیسواد	متاهل	خانه دار	۱۵ سال
۷	۳۶	زن	دیپلم	متاهل	خانه دار	سه سال
۸	۴۲	زن	راهنمایی	متاهل	خانه دار	پنج سال
۹	۲۸	زن	لیسانس	مجرد	بیکار	۲ سال
۱۰	۵۸	مرد	دیپلم	متاهل	کارمند	۱۵ ماه
۱۱	۲۴	مرد	دیپلم	مجرد	بیکار	۲ سال و شش ماه
۱۲	۳۸	مرد	راهنمایی	متاهل	فروشنده	۵ سال
۱۳	۶۳	زن	بیسواد	متاهل	خانه دار	یک سال
۱۴	۶۱	مرد	دیپلم	متاهل	بازنشسته	شش ماه
۱۵	۴۸	مرد	لیسانس	متاهل	ناجی غریق	۱۰ سال

تجزیه و تحلیل داده ها در این تحقیق منجر به استخراج سه طبقه اصلی نادیده گرفتن بی خوابی، نگرانی از درمان بی خوابی، و سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی شد. هریک از طبقات نیز دارای زیرطبقات مخصوص به خود بودند (جدول۲) که در زیر به توصیف آنها می پردازیم.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

جدول ۲: طبقات و زیر طبقات استخراج شده

طبقات اصلی	زیر طبقات
نادیده گرفتن بی خوابی	✓ عدم باور به بی خوابی به عنوان بیماری
	✓ در اولویت نبودن درمان بی خوابی
نگرانی از درمان بی خوابی	✓ نگرانی از انگ بیماری روانی
	✓ نگرانی از وابستگی به داروهای خواب اور
	✓ نگرانی از عوارض درمان بی خوابی
سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی	✓ سهولت دسترسی به داروهای خواب آور
	✓ استفاده از طب سنتی
	✓ عدم آگاهی و دسترسی به درمانهای تخصصی خواب
	✓ پرهزینه بودن درمان تخصصی بی خوابی

نادیده گرفتن بی خوابی

نادیده گرفتن بی خوابی و بی توجهی به آن یکی از طبقات استخراج شده بود که خود دارای دو زیر طبقه بود.

عدم باور به بی خوابی به عنوان بیماری

مشارکت کنندگان در این تحقیق عنوان می کردند که بی خوابی را بیماری نمی دانستند، و آن را ناشی از فشارهای اقتصادی، مشکلات خانوادگی، استرس های روزمره زندگی، و یا شرایط موقتی می دانسته اند که خود به خود خوب می شود و نیازی به درمان ندارد، و به همین دلیل برای درمان آن اقدام نکرده اند. مشارکت کننده ای می گوید:

"خیلی وقته بی خوابی دارم، ولی فکر نمی کردم که این یه جور مریضیه. فکر می کردم شاید مال فکرو خیال زیاده یا به دلیل مشکلاتی که با شوهرم دارم و اگه این مشکلاتم حل بشه، بی خوابی هم درست میشه." (مشارکت کننده ۳ خانم ۳۵ ساله).

مشارکت کنندگان همچنین عنوان می کردند که چون در اطرافیان خود به ویژه اعضای خانواده سابقه بی خوابی وجود داشته است، این مسئله عادی تلقی شده و به عنوان یک بیماری مورد توجه قرار نگرفته است. مشارکت کننده ای می گوید:

برادرم از سن جوانی بی خوابی داره، مادرم هم همیشه میگه من نمی خوابم، کلا خانواده ما همه میگن که نمی خوابن، به همین دلیل فکر می کردم که خب شاید این یه امر ارثی و عادی تو خانواده ما باشه.(مشارکت کننده ۲ آقای ۳۶ ساله).

در اولویت نبودن درمان بی خوابی

بر اساس یافته های این تحقیق وجود سایر بیماری ها مانند فشار خون، مشکلات غده تیروییدد، آرتروز، و ناراحتی های گوارشی و احساس نیاز به درمان و پیگیری درمان این بیماری ها باعث شده بود که مبتلایان به بی خوابی، درمان بی خوابی را در اولویت ندانند و برای درمان آن مراجعه نکنند. مشارکت کننده ای می گوید:

"چند سالی میشه که بی خوابی دارم ولی وقت نداشتم دنبال درمان برم، فشارخون دارم، تیروییدم مشکل داره و مرتب باید پیش متخصص داخلی برم، و معمولا هر بار برام آزمایش می نویسه. باور کنید یک هفته تمام درگیر نوبت پزشک و انجام آزمایشم، دیگه وقتی برای آدم نمی مانه." (مشارکت کننده ۵ خانم ۴۸ ساله).

مشارکت کنندگان همچنین عنوان می کردند که وجود مشغله های زندگی مانند کار، نگهداری و مراقبت از فرزندان، و سایر مسئولیت های زندگی یکی از مواردی بوده است که باعث به تاخیر انداختن درمان شده است. مشارکت کننده ای می گوید:

" من الان خودم درگیر مراقبت از پدرم هستم که چندساله سکته کرده و نمیتونه راه بره، اصلا نمیشه تنهاش گذاشت. به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

همین دلیل وقت ندارم به خودم و درمان خودم برسم. خیلی ها ممکنه اینطوری باشن و به خاطر مراقبت از بچه و کارهای دیگه نتونن دنبال درمان بی خوابی برونـد." (مشارکت کننده ۸ خانم ۴۲ ساله).

نگرانی از درمان بی خوابی

این طبقه دارای سه زیر طبقه به شرح زیر بود:

نگرانی از انگ بیماری روانی

براساس مصاحبه های انجام شده چون برای درمان بی خوابی معمولا به روانپزشکان مراجعه می شود، و بی خوابی نوعی بیماری اعصاب و روان تلقی می شود، افراد به دلیل ترس از انگ روانی از جانب اعضای خانواده معمولا برای درمان بی خوابی مراجعه نمی کرده اند. مشارکت کننده ای می گوید:

" من از این که دیگران فکر بکنند که ناراحتی روانی دارم و به چشم یه بیمار روانی به من نگاه کنند واقعا اعصابم به هم میریزه. مردم ما اینجورین دیگه تا میگی رفتی پیش روانپزشک فورا فکر میکنن حتما شما دیوانه ای. به همین دلیل اصلا دوست نداشتم برای بی خوابی پیش روانپزشک برم." (مشارکت کننده شماره ۱ آقای ۳۱ ساله) .

نگرانی از وابستگی به داروها

عدم مراجعه برای بی خوابی به دلیل ترس از وابستگی و اعتیاد به داروهای خواب آور از جمله موارد دیگری بود که مشارکت کنندگان در این تحقیق مطرح می کردند. آنها عنوان می کردند که ترجیح می داده اند که بی خوابی را تحمل کنند تا به داروها وابسته شوند. مشارکت کننده ای می گوید:

" از هرکه می پرسی میگه داروهای خواب آور مثل دیازپام، و کلونازپام اعتیاد آوره. دوستام می گفتن دکتر بری حتما برات خواب آور می نویسه، خودت را بیچاره نکنی داروی خواب آور بخوری." (مشارکت کننده ۹ خانم ۲۸ ساله).

نگرانی از عوارض درمان بی خوابی

مشارکت کنندگان عنوان می کردند، چون نگران عوارض درمانهای بی خوابی مانند گیجی، خواب آلودگی، و لرزش دستها بوده اند، برای درمان مراجعه نکرده اند، و یا درمان خود را ادامه نداده اند. این مشارکت کنندگان معمولا تجربیات ناخوشایندی راکه خود یا اطرافیانشان در این رابطه داشته اند را گزارش می کردند. مشارکت کننده ای می گوید:

" یک بار که برای ناراحتی کلیه دکتر رفته بودم، به دکتر گفتم بی خوابی هم دارم، یه قرصی برام نوشت که حالم را خیلی بد کرد، حالت گیجی داشتم، تمام بدنم می لرزید، نمی توانستم حرکت کنم. دو شب بیشتر نخوردم، و اصلا قرصها را دور انداختم." (مشارکت کننده ۴ آقای ۵۲ ساله).

سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی

این طبقه دارای چهار زیر طبقه به شرح زیر می باشد:

سهولت دسترسی به داروهای خواب آور

براساس مصاحبه های انجام شده، چون داروهای خواب آور به راحتی در دسترس هستند و می توان آنها را از داروخانه ها تهیه نمود، افراد مبتلا به بی خوابی معمولا به جای مراجعه به پزشک و درمان تخصصی داروهای خواب آور را از داروخانه ها تهیه می کنند. مشارکت کننده ای می گوید:

" وقتی که میشه راحت داروها را از داروخانه تهیه کرد، دیگه آدم ضرورتی نمی بینه که پیش پزشک بره و همون داروه را براش بنویسه. در واقع اینجوری هم در وقت و هم در هزینه صرفه جویی میشه." (مشارکت کننده ۱۱ آقای ۲۴ ساله).

استفاده از طب سنتی

مشارکت کنندگان در این تحقیق عنوان می کردند که با توجه به این که استفاده از طب سنتی و داروهای گیاهی را بی ضرر می دانسته اند، ترجیح داده اند که بی خوابی خود را به این روش درمان کنند، و بنابراین به پزشک مراجعه نکرده اند. مشارکت کننده ای می گوید:

" من با هر که صحبت می کردم، می گفت از داروگیاهی استفاده بکنی خیلی بهتره، قرص های خواب آور ممکنه کلیه و کبد را از کار بندازه. به همین خاطر به داروگیاهی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

فروشی مراجعه کردم و یه دم نوش آرامبخش گرفتم."
(مشارکت کننده ۳ خانم ۶۳ ساله).

عدم آگاهی و دسترسی به درمان تخصصی خواب

مشارکت کنندگان عنوان می کردند که نمی دانسته اند برای خواب هم درمان های تخصصی وجود دارد، و از انواع تست های تشخیصی و درمان های خواب به ویژه درمان های غیر دارویی اطلاع نداشته اند و این مسئله باعث شده است که برای درمان بی خوابی مراجعه نکنند. مشارکت کننده ای می گوید:

"خودم تا وقتی که پزشک متخصص غدد به من نگفته بود، واقعا نمی دانستم که برای خواب هم متخصص وجود داره و یا دستگاه هایی که خواب را اندازه می گیرند. مردم واقعا نمی دانند و باید اطلاع رسانی بشه ."*(مشارکت کننده ۵ خانم ۴۸ ساله).*

عده دیگری از مشارکت کنندگان نیز عنوان می کردند که تعداد پزشکان متخصص خواب و مراکز تخصصی برای درمان خواب بسیار کم است و همه به ویژه کسانی که در شهرهای کوچک هستند به این مراکز دسترسی ندارند، و این مسئله یکی از موانع موجود بر سر راه درمان بی خوابی است. مشارکت کننده ای می گوید:

" واقعیت این که مگه ما چند جا مثل اینجا را (مرکز خواب) را توی این استان داریم. طبیعیه که مریض هایی که تو شهرهای اطراف هستند، راحت نمی توانند که از این خدمات استفاده کنند. مسئولین باید یه فکری بکنن. (مشارکت کننده ۱۴ آقای ۶۱ ساله).

پرهزینه بودن درمان بی خوابی

براساس گفته های برخی از مشارکت کنندگان از آنجا که مراجعه به مراکز تخصصی و انجام بررسی های تخصصی خواب مانند پلی سومنوگرافی پرهزینه است، و این خدمات تحت پوشش خدمات بیمه نیستند، همه نمی توانند برای درمان خواب مراجعه کنند.مشارکت کننده ای می گوید:

"به نظر من مسائل اقتصادی هم موثره. اگه واقعا بخواهی که مشکل خواب را بررسی و درمان بکنی نیاز به پول داره. متاسفانه بیمه هم که بابت این کارها پول نمیده. بنابراین خیلی ها ممکنه بخواهند دنبال درمان بروند اما شرایط مالی به آنها اجازه نده." (مشارکت کننده ۱۲ آقای ۳۸ ساله).

بحث

یافته های این تحقیق که بر اساس منابع منتشر شده، اولین تحقیق در این زمینه در ایران می باشد، موانع درمان را از دیدگاه بیماران در سه طبقه اصلی نادیده گرفتن بی خوابی، نگرانی از درمان بی خوابی، و سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی طبقه بندی کرد. لازم به یادآوریست که نتایج این تحقیق در بسیاری از موارد با تحقیقات گذشته در این زمینه همسویی دارد (۱۲-۹) و در زیر به بحث در مورد جزییات یافته ها می پردازیم.

همانطور که گفته شد، نادیده گرفتن بی خوابی یکی از طبقات اصلی استخراج شده بود، که بر اساس آن چون بی خوابی یک بیماری تلقی نمی شد، افراد برای درمان مراجعه نمی کردند. این مسئله توسطStinson و همکاران نیز گزارش شده بود (۱۰). در واقع باورهایی مانند این که بی خوابی بیماری نیست و یا خود به خود خوب خواهد شد، مانع از بروز رفتارهای جستجوگرانه درمان در این افراد شده بود. بنابراین، به نظر می رسد آموزش و اطلاع رسانی در جهت اهمیت توجه به مشکلات خواب در سطح جامعه و از طریق رسانه های عمومی می تواند در این رابطه مفید باشد.

بر اساس یافته های این تحقیق نادیده گرفتن بی خوابی تنها به عدم باور به بی خوابی به عنوان بیماری محدود نمی گردید، بلکه در مواردی نیز که این افراد به وجود مشکلات خواب آگاهی داشتند، درمان آن را در اولویت نمی دانستند و درمان سایر بیماری ها را بر درمان خواب ارجح می دانستند. در اولویت ندانستن درمان بی خوابی حاکی از عدم آگاهی نسبت به پیامدهای منفی تاخیر در درمان بی خوابی است که آموزش و اطلاع رسانی در این زمینه را ضروری می سازد. همچنین این یافته که در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

تحقیقات گذشته گزارش نشده است، می تواند بیانگر تفاوت در نگرش افراد نسبت به اولویت های سلامت و درمان در فرهنگ مورد مطالعه باشد.

نگرانی از درمان بی خوابی یکی دیگر از طبقات استخراج شده در این تحقیق بود که به نگرانی هایی که در رابطه با درمان بی خوابی وجود دارد، می پرداخت. نگرانی از انگ بیماری روانی (stigma) به دلیل مراجعه به متخصصین اعصاب روان از جمله نگرانی های مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود. این مسئله در تحقیقات گذشته در این زمینه نیز مطرح گردیده است (۱۱و۱۰). انگ بیماری روانی به عنوان یک مانع بزرگ در دریافت خدمات در همه بیمارهای روانی مورد توافق صاحب نظران می باشد (۲۰-۱۸). بنابراین اقداماتی که در سطح جوامع به منظور انگ زدایی از دریافت خدمات بهداشت روانی صورت می گیرد، می تواند در این زمینه مفید باشد.

نگرانی از وابستگی به داروهای خواب آور که توسط مشارکت کنندگان در این تحقیق مطرح گردید، اگرچه در تحقیقات گذشته نیز مطرح شده است (۱۲-۹) اما توجه به این نکته ضروریست که وابستگی به داروهای خواب آور معمولا در شرایطی که دسترسی راحت به این داروها وجود دارد، و افراد مبادرت به مصرف خودسرانه داروها می کنند، و یا به دلیل برخی از ویژگی های شخصیتی در معرض وابستگی به داروها هستند، رخ می دهد (۲۱). بنابراین افزایش آگاهی نسبت به کم خطر بودن درمان بی خوابی توسط پزشکان متخصص می تواند در کاهش این نگرانی ها موثر باشد.

نگرانی از عوارض داروها مانند گیجی، خواب آلودگی از دیگر مواردی بود که توسط مشارکت کنندگان در این تحقیق مطرح گردید. دراین مورد توجه به دو نکته ضروریست. ابتدا به نظر می رسد این نگرانی ها در رابطه با درمانهای دارویی است و مشارکت کنندگان از سایر گزینه های درمانی مانند درمانهای غیر دارویی برای بی خوابی آگاهی ندارند. نکته دوم این که مصرف دارو اگر با تجویز و تحت نظر پزشک انجام شود، عوارض داروها به حداقل خواهد رسید. بنابراین به نظر می رسد، تغییر نگرش نسبت به نحوه صحیح مصرف داروها و همچنین آگاهی از درمان های موجود برای بی خوابی ضروری می باشد.

طبقه سهل و ممتنع بودن درمان بی خوابی که از یک سو سهولت ، و از طرف دیگر سختی درمان بی خوابی را مطرح می کند، به ماهیت دوگانه جایگاه درمان بی خوابی اشاره دارد، که ضمن نامناسب بودن این جایگاه می تواند به عنوان یک مانع جدی برای درمان بی خوابی تلقی شود. دسترسی آسان به داروهای خواب آور و تهیه آنها از داروخانه ها حتی بدون نسخه پزشک که می تواند نوعی خود درمانی نیز محسوب شود، و به جنبه سهولت درمان بی خوابی اشاره دارد، یکی از موانع جدی بر سر راه درمان بی خوابی می باشد. اگرچه، این مسئله در ساختار سیستم ارائه خدمات دارویی قابل بحث می باشد، اما به نظر می رسد، این باور که بی خوابی بیماری نیست و هرکس می تواند بی خوابی خود را کنترل کند، در بروز رفتار خود درمانی برای بی خوابی موثر باشد. از طرف دیگر این گونه خود درمانی ها می تواند در بروز برخی از وابستگی های دارویی و ایجاد ترس و نگرانی در سایر افراد موثر باشد. بنابراین، ارائه اطلاعات و آگاهی در این زمینه لازم می باشد.

استفاده از طب سنتی و در دسترس بودن این نوع خدمات نیز یکی دیگر از جنبه های سهولت درمان بی خوابی بود که توسط مشارکت کنندگان در این تحقیق مطرح گردید. این مسئله که در تحقیقات گذشته نیز به عنوان راه کاری برای مقابله با بی خوابی ذکر شده است (۲۲و۲۱) می تواند مانعی برای مراجعه به پزشکان باشد، هرچندکه ممکن است شواهدی در حمایت از اثربخشی این مداخلات وجود داشته باشد (۲۳).

عدم آگاهی و دسترسی به درمان های تخصصی خواب، و پرهزینه بودن این خدمات جنبه سختی درمان بی خوابی را مطرح می کند. براساس یافته های این تحقیق عدم آگاهی افراد از وجود درمانهای تخصصی برای بی خوابی از جمله

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

موانع درمان می باشد. بدیهی است با توجه به نوپا بودن طب خواب در کشور ما ، آگاهی از این خدمات در حد قابل قبول نباشد. همچنین کلینیک های تخصصی برای خواب در همه شهرها وجود ندارد، و دسترسی به آنها راحت نیست. طولانی بودن لیست های انتظار در مطالعات انجام شده در این زمینه گزارش شده است (۱۱). در واقع دسترسی به خدمات تخصصی درمان اختلالات خواب برای همگان در سایر کشورها نیز به راحتی امکان پذیر نیست اما یافته های این تحقیق مبنی بر عدم آگاهی از وجود این خدمات ضرورت ارائه اطلاعات در این زمینه را مطرح می کند.

پرهزینه بودن درمان بی خوابی و عدم پوشش بیمه های درمانی برای این خدمات از دیگر موانع مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود. این یافته که در مطالعات گذشته مطرح نگردیده است، می تواند به دلیل نوپا بودن، و در عین حال فراگیر نبودن خدمات تخصصی مربوط به اختلالات خواب باشد. به نظر می رسد همراه با فراگیر شدن این خدمات، اقدامات لازم برای پوشش بیمه ها در این زمینه می تواند مفید باشد.

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق به عنوان اولین تحقیق کیفی انجام شده در این زمینه توانست موانع درمان بی خوابی را از دیدگاه بیماران مبتلا به بی خوابی تبیین نماید. براساس یافته های این تحقیق باورهای نادرست بیماران نسبت به بی خوابی که موجب نادیده گرفتن بی خوابی به عنوان یک بیماری می شود، نگرانی ها آنها در مورد درمان بی خوابی، خوددرمانی های رایجی که برای درمان بی خوابی انجام می دهند، و عدم آگاهی و دسترسی این افراد به درمان های تخصصی خواب از جمله موانعی هستند که درمان بی خوابی را به تاخیر می اندازند. بنابراین توجه به این موانع در برنامه ریزی برای درمان بی خوابی پیشنهاد می شود.

محدودیت ها

اگرچه این تحقیق بر اساس تجربیات مبتلایان به بی خوابی که خود موانع درمان را تجربه کرده اند، انجام شده است، و اطلاعات ارزشمندی را در این زمینه فراهم نموده است، اما تجربیات پزشکان به عنوان ارائه دهندگان این خدمات در این تحقیق درنظر گرفته نشده است. بنابراین تحقیقات بعدی با تاکید بر تجربیات پزشکان پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مشارکت کنندگان در این تحقیق که تجربیات خود را در اختیار ما قرار دادند، و همچنین پرسنل مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تشکر و قدردانی می گردد.

References

1.American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

2.American Academy of Sleep Medicine: The International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed: Diagnostic and Coding Manual. Westchester, Ill, American Academy of Sleep Medicine, 2005.

3. Buysse DJ1, 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.

4. 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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]

5. Rezaie L, Khazaie H, Yazdani F. Exploration of the experience of living with chronic insomnia: A qualitative study. sleep science 2016 (Article in Press). doi.org/10.1016/j.slsci.2016.07.001
6. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med Rev 2002; 6:97–111.
7.Shekleton JA, Rogers NL, Rajaratnam SM. Searching for the daytime impairments of primary insomnia. Sleep Med Rev 2010; 14:47–60.
8.Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Savard J. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. Sleep 2009; 32:55–64.
9.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.
10.Doghramji PP. Detection of insomnia in primary care. J Clin Psychiatry 2001; 62Suppl 10:18-26.
11.Stinson K, Tang NK, Harvey AG. Barriers to treatment seeking in primary insomnia in the United Kingdom: a cross-sectional perspective. Sleep 2006; 29:1643-6.
12.Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic insomnia: a review. Psychiatr Serv. 2005; 56(3):332-43.
13.Cheung JM, Bartlett DJ, Armour CL, Saini B. The insomnia patient perspective, a narrative review. Behav Sleep Med 2013; 11:369-89.
14.Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15: 1277-88.
15.Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24: 105–112.
16.Dworkin SL. Sample size policy for qualitative studies using in-depth interviews. Arch Sex Behav 2012 ; 41:1319–1320.
17.Lincoln YS. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. Qualitative Inquiry 1995; 1:275-89.
18.Knight AM1, Vickery ME, Fiks AG, Barg FK9. Barriers and facilitators for mental healthcare in pediatric lupus and mixed connective tissue disease: a qualitative study of youth and parent perspectives. Pediatr Rheumatol Online J 2015; 24:13:52.
19.Oliveira SE, Carvalho H, Esteves F. Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. J Ment Health 2016;25:55-61.
20.Seeman N. Use data to challenge mental-health stigma. Nature 2015;17:528:309
21.Lichstein KL, Nau SD, Wilson NM, Aguillard RN, Lester KW, Bush AJ, and et al. Psychological treatment of hypnotic-dependent insomnia in a primarily older adult sample. Behav Res Ther 2013;51:787-96.
22.Khazaie H, Rezaie L. Determination of consequences of chronic insomnia: A qualitative study. Scientific Journal of Kurdistan Medical University of Sciences 2015; 20: 112- 124.
23.Trevelyan EG, Turner WA, Robinson N. Acupuncture for the treatment of phantom limb pain in lower limb amputees: study protocol for a randomized controlled feasibility trial. Trials 2015 ;12:158.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.22102/20.5.93]