

Assessing the effect of Gabapentin on improving quality of life and sleep disruption in postmenopausal women

Jamilian M¹, Jamilian HR^{2*}

1- Department of Gynecology and Obstetrics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 18 Oct 2014, Accepted: 7 Jan 2015

Abstract

Background: About 40% of postmenopausal women experience sleep disruption which can affect their quality of life. Various medications were used for managing the sleep disruption. There are some studies on the effectiveness of gabapentin in the management of post menopausal vasomotor symptoms and sleep disruption. The aim of present study was to assess the effect of gabapentin on improving quality of life and sleep of post menopausal women .

Materials and Methods: In this double blind clinical trial, 90 post menopausal women with sleep disruption were selected and randomly divided into two groups for 12 weeks; intervention (300 mg gabapentin, twice daily) and control groups. SF36 questionnaire of quality of life and PSQI questionnaire of sleep quality were surveyed and compared before and after the intervention in patients.

Results: The mean age of participants were 52.7 ± 3.14 and 53.4 ± 3.68 years in intervention and placebo groups respectively. There was no significant difference in demographic information and the mean score of SF36 and PSQI questionnaires between groups before the intervention ($p > 0.05$). Significant improvement was seen in score of SF36 and PSQI in gabapentin group after the intervention and in comparison with placebo group ($p = 0.0001$)

Conclusion: According to the results of present study, it seems that gabapentin 300mg/twice daily for 12 weeks can improve quality of life and sleep of post menopausal women.

Keywords: Gabapentin, Quality Of Life, Sleep Disruption

*Corresponding Author:

Address: Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: Mjamilian@yahoo.com

بررسی اثر گاباپنتین در بهبود کیفیت زندگی و اختلال خواب در زنان یائسه

مهری جمیلیان^۱، حمیدرضا جمیلیان^{۲*}

۱- استادیار، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: اختلال خواب حدود ۴۰ درصد زنان یائسه را درگیر نموده و بر کیفیت زندگی ایشان موثر است. انواع داروها جهت درمان اختلال خواب مورد استفاده قرار گرفته است. مطالعاتی از اثربخشی گاباپنتین در کنترل علائم وازوموتور و اختلال خواب زنان یائسه وجود دارد. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثر گاباپنتین در بهبود کیفیت زندگی و خواب زنان یائسه می باشد.

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی دوسوکور، ۹۰ زن یائسه مبتلا به اختلال خواب به صورت تصادفی به مدت ۱۲ هفته در دو گروه مورد (گاباپنتین ۳۰۰ میلی گرم دوبار در روز) و شاهد قرار گرفتند. پرسش نامه کیفیت زندگی SF36 و کیفیت خواب پیتزبرگ قبل و بعد از مداخله در بیماران بررسی و مقایسه شد.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه مورد $52/7 \pm 3/14$ و در گروه شاهد $53/4 \pm 3/68$ سال بود. نمره کیفیت خواب و کیفیت زندگی بیماران و متغیرهای دموگرافیک ایشان قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p > 0/05$) ولی بعد از مداخله در گروه گاباپنتین به صورت معنی داری بهتر از گروه شاهد بود ($p = 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر می رسد تجویز ۳۰۰ میلی گرم گاباپنتین دوبار در روز برای ۱۲ هفته سبب بهبود کیفیت زندگی و خواب زنان یائسه می شود.

واژگان کلیدی: گاباپنتین، کیفیت زندگی، اختلال خواب

مقدمه

کنترل گر گرفتگی یائسگی حداقل در دو کارآزمایی بالینی به اثبات رسیده است (۱۰، ۱۱). در این راستا مطالعاتی نیز برای ارزیابی گاباپنتین در برطرف کردن بی‌خوابی یائسگی انجام شده که نتایج امیدوارکننده و بعضاً متناقض بوده‌اند (۹-۱۵). هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی گاباپنتین بر روی اختلالات خواب و کیفیت زندگی در زنان یائسه می‌باشد.

مواد و روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی تصادفی و دو سوکور که به منظور بررسی تاثیر گاباپنتین بر اختلال خواب زنان یائسه در مرکز آموزشی درمانی طالقانی اراک در سال ۱۳۹۲ انجام شد از بین زنان یائسه مبتلا به اختلال خواب مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی اراک در سال ۱۳۹۲، تعداد ۹۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی، آسان و هدف‌دار وارد مطالعه شدند.

حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای نوع اول ۵ درصد و خطای نوع دوم ۲ درصد و با شرط $p_1=0/16$ و $p_2=0/05$ و $d=0/02$ طبق فرمول ذیل محاسبه شد.

$$n = \frac{2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{d^2} = 90$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل تکمیل رضایت نامه آگاهانه شرکت در مطالعه، گذشت حداقل یک سال از زمان آخرین قاعدگی پس از شروع یائسگی طبیعی، نداشتن بیماری جسمی و روانی، عدم مصرف دارو، دخانیات و الکل، اخذ حداقل نمره ۵ از پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ بود.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل پیدایش هرگونه بیماری جسمی و روانی در طول انجام پژوهش که موجب اختلال خواب گردد، عدم مصرف داروی مورد مطالعه، مصرف داروهای هورمونی، Tamoxifen، SSRIs، SSRI، Raloxifene، و داروهای ضد صرع،

تقریباً ۴۰ درصد زنان یائسه اختلال خواب را تجربه می‌کنند که معمولاً به شکل اشکال در شروع خواب و بیدار شدن‌های مکرر در طی خواب است (۱). مطالعه مولین و همکاران حداقل چهار علت برای اختلال خواب در یائسگی مشکلات تنفسی خواب، اختلالات خلقی، بی‌خوابی اولیه یائسگی و گر گرفتگی را مشخص می‌سازد (۲). بسیاری از مطالعات نتایج متفاوت و گاه متناقض درباره تاثیر یائسگی بر روی ساختار خواب به دست دادند، با این حال بسیاری از زنان یائسه و زنان نزدیک به یائسگی خواب مختل را تجربه می‌کنند (۳، ۴). به طور سنتی درمان علائم یائسگی من جمله بی‌خوابی بر روی درمان جایگزینی هورمونی (HRT) متمرکز بوده است. اما نتایج مطالعه اولیه سلامت زنان در خصوص درمان هورمونی زنان یائسه در ایالات متحده که در سال ۲۰۰۲ منتشر شد پزشکان و محققین را به تجدید نظر در مورد استفاده از استروژن و پروژسترون در یائسگی واداشت (۵). نتایج حاکی از افزایش خطر در مورد سرطان پستان و بیماری‌های کرونری قلب در سکنه و آمبولی ریه در زنان یائسه تحت درمان با HRT بود. داروهای خواب آور جدید امیدهایی را برای درمان بی‌خوابی یائسگی نشان داده‌اند اما هنوز ابهامات زیادی در مورد بی‌خطری مصرف بلند مدت آگونست بنزو دیازپین‌ها وجود دارد (۶، ۷). داروهای ضدافسردگی، به خصوص مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین نیز گرچه امیدهایی را برای درمان علائم یائسگی نشان داده‌اند اما پاسخ به آنها متغیر و متفاوت بوده است (۸).

براین اساس تلاش‌های زیادی برای یافتن درمان‌های دارویی جدید برای کنترل علائم مختلف یائسگی انجام شده است. یکی از درمان‌های جدید پیشنهاد شده در این زمینه گاباپنتین (Gabapentin) است. گاباپنتین یک آنالوگ ساختمانی نروترونسمیتر گابا با مکانیسم‌های مولکولی مختلف است که ابتدا برای درمان صرع مورد تایید قرار گرفت و سپس در درمان Neuralgia Post herpetic و restless leg Syn نیز تایید شد (۹). اثر بخشی آن در

برداشتن دوطرفه تخمدان، بیماری‌های نورولوژیک، حساسیت به گاباپنتین و ناتوانی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، نمونه‌ها به صورت تصادفی (زوج و فرد کردن کدهای مربوطه) به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. همه بیماران نحوه صحیح استفاده از کپسول‌های گاباپنتین را آموزش دیده و با اهمیت و عوارض احتمالی آن (خواب‌آلودگی، سرگیجه) آشنا شدند.

بیماران گروه مداخله کپسول خوراکی گاباپنتین ۳۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز و بیماران گروه کنترل، دارونمایی حاوی ۵۰ میلی‌گرم نشاسته به مدت ۱۲ هفته دریافت نمودند. دارونمای مورد استفاده ظاهری کاملاً مشابه کپسول گاباپنتین داشت. جهت نظارت بر مصرف کپسول‌ها پژوهش‌گر هر هفته نحوه مصرف دارو را از طریق تماس تلفنی با واحدهای پژوهش کنترل و از مصرف صحیح آن مطمئن شد. در صورت عدم مصرف دارو و یا وجود هر یک از معیارهای خروج، نمونه از مطالعه خارج می‌گردید. همه داروها از نظر ظاهری مشابه بوده و تا انتهای مطالعه تنها داروساز از نوع داروی هر بیمار مطلع بود از این رو مطالعه دوسوکور می‌باشد (محقق و بیمار از نوع داروی مصرفی مطلع نبودند). جهت کنترل و تحمل بهتر عوارض گاباپنتین، دارو با دوز کمتر و به صورت منقسم شروع شده و ظرف دو هفته به دوز نهائی ۶۰۰ میلی‌گرم در روز رسانده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبرگ (Pittsburg sleep quality index) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 (Short Form Health Survey) بود که برای همه بیماران قبل و بعد از مداخله تکمیل و مقایسه شد.

پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبرگ با هدف بررسی کیفیت و کمیت خواب در طی یک ماه گذشته ساخته شده و شامل ۱۶ سوال چهار جوابی است که نمره کل پرسش‌نامه از صفر تا ۲۱ خواهد بود. پس از نمره‌بندی نهایی سوالات، در صورت کسب نمره ۵ و یا بیشتر نشان‌گر وجود اختلال خواب می‌باشد. اعتبار علمی پرسش‌نامه پیتزبرگ در

ایران چندین بار در مطالعات مختلف از طریق روایی محتوا سنجیده شده است به طوری که این پرسش‌نامه توسط حسین آبادی و همکاران (۱۳۸۶) در دانشگاه تربیت مدرس مورد استفاده و سنجش قرار گرفته است (۱۶). هم‌چنین در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز در دو پژوهش انجام شده توسط ملک زادگان و همکاران (۱۳۸۵) و نصیری زیبا و همکاران (۱۳۸۵) روایی ابزار از طریق روایی محتوا سنجیده شده است (۱۸، ۱۹). پایایی این پرسش‌نامه نیز در تحقیقات مختلف سنجیده شده است (۱۹).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) برای مصارفی چون پژوهش بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارآیی خود را ثابت کرده است. فرم ۳۶ عبارتی در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران و جمعیت عمومی مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسش‌نامه سنجیده می‌شوند اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسش‌نامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط، سلامت روانی).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی یکی از ابزارهای معتبر برای ارزیابی کیفیت زندگی می‌باشد که در ایران نیز مورد ارزیابی و تایید قرار گرفته است. روایی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده، هم‌چنین روایی این پرسش‌نامه با روش بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۰)، ضریب اعتبار درونی برای ۳۶ سوال این پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۲).

پرسش نامه کیفیت زندگی SF36 گروه مداخله مشاهده شد ولی در گروه کنترل تغییر معنی داری مشاهده نشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و ابعاد هشت گانه آن قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p
عملکرد جسمانی	۴۱/۳۶±۲۵/۰۵	۵۵/۹۳±۲۱/۱۸	*۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۴۸/۵۴±۱۸/۲۲	۶۰/۱۴±۱۹/۳۵	*۰/۰۲۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۴۵/۹۰±۱۶/۵۶	۵۲/۷۱±۱۶/۹۰	*۰/۰۴۵
خستگی یا نشاط	۳۸/۱۲±۱۹/۷۰	۶۱/۰۸±۱۹/۶۶	*۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۶۳/۴۴±۲۸/۷۵	۷۵/۷۸±۲۱/۰۳	*۰/۰۳۴
عملکرد اجتماعی	۵۲/۶۰±۱۹/۴۱	۶۳/۸۹±۱۱/۹۵	*۰/۰۱۸
درد بدنی	۵۸/۰۷±۱۴/۳۵	۷۱/۶۰±۱۴/۵۹	*۰/۰۰۵
سلامت عمومی	۶۹/۲۲±۲۱/۰۵	۷۷/۶۵±۱۸/۹۳	*۰/۰۴۱
نمره کل	۵۲/۱۵±۱۷/۶۸	۶۴/۸۴±۱۹/۱۰	*۰/۰۰۰۱

*از نظر آماری معنی دار

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و ابعاد هشت گانه آن قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p
عملکرد جسمانی	۴۴/۷۰±۲۲/۳۰	۴۷/۰۵±۱۸/۶۶	۰/۷۴۱
محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	۴۵/۲۲±۱۷/۵۳	۴۶/۸۸±۱۵/۰۲	۰/۴۲۷
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۴۸/۱۵±۲۰/۰۶	۴۴/۵۳±۱۹/۳۴	۰/۶۵۱
خستگی یا نشاط	۳۹/۹۴±۱۶/۱۲	۳۸/۵۵±۱۴/۷۲	۰/۹۲۱
سلامت روانی	۶۴/۰۵±۲۵/۳۳	۶۵/۹۱±۲۳/۸۵	۰/۸۶۲
عملکرد اجتماعی	۵۳/۴۴±۱۹/۹۵	۵۱/۸۰±۱۵/۴۰	۰/۷۶۱
درد بدنی	۵۹/۳۸±۲۴/۶۱	۶۳/۱۴±۱۷/۲۴	۰/۴۹۱
سلامت عمومی	۷۱/۲۳±۲۰/۸۵	۷۳/۰۱±۲۲/۰۳	۰/۶۷۸
نمره کل	۵۳/۲۶±۲۲/۶۱	۵۴/۸۵±۳۹/۰۳	۰/۸۹۲

همان طور که در جداول ۴ و ۵ مشاهده می شود

در آنالیز نتایج تست کیفیت خواب پیتربرگ هم مصرف گاباپنتین در گروه مداخله سبب بهبود معنی دار نمره کلی کیفیت خواب و همه متغیرهای مورد بررسی در این پرسش نامه شد، ولی در گروه کنترل تغییر معنی داری

پس از جمع آوری اطلاعات، کلیه داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ ثبت و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی زوجی و تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پیامد اولیه تغییر در نمره شاخص کیفیت خواب پیتربرگ و شاخص کیفیت زندگی SF36 بود.

این مطالعه پس از تصویب به شماره ۸۷۹ در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است (کد: ۶-۱۴۳-۹۲) و کلیه اطلاعات بیماران به صورت محرمانه نگهداری شده و داده ها به صورت کلی آنالیز و گزارش شده است. این کارآزمایی در مرکز ثبت کارآزمایی ایران با کد IRCT201304184686N3 ثبت شده است.

یافته ها

در این مطالعه ۹۰ زن یائسه مبتلا به اختلالات خواب مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی طالقانی اراک در دو گروه مداخله و کنترل (n=۴۵) بررسی شدند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۵۲/۷±۳/۱۴ و ۵۳/۴±۳/۶۸ سال بود. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار اطلاعات دموگرافیک بیماران

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	p
سن	۵۲/۷±۳/۱۴	۵۳/۴±۳/۶۸	۰/۷۸۲
سن یائسگی	۴۹/۲±۳/۲۵	۴۶/۹±۴/۱۲	۰/۶۳۲
سن منارک	۱۲/۹±۲/۰۶	۱۳/۲±۲/۶۵	۰/۲۰۵
تعداد حاملگی	۶/۹±۲/۵۱	۷/۳±۳/۴۴	۰/۳۰۳
تعداد زایمان	۴/۹±۱/۲۵	۵/۱±۲/۱۳	۰/۴۲۰
تعداد سقط	۱/۸±۱/۳	۲/۱±۱/۱	۰/۱۱
زیر دیپلم	۳۷	۳۵	۰/۹۸۵
دیپلم و بالاتر	۸	۱۰	۰/۸۳۲
شغل خانه دار	۳۸	۳۹	۰/۸۹۵
شاغل	۷	۶	۰/۹۱۱

همان طور که در جداول ۲ و ۳ مشاهده می شود

طبق نتایج آنالیز آماری بهبود معنی داری در نمره کلی

بررسی‌های اندکی با هدف بررسی اثرات گاباپنتین بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شده که نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی از آنها موافق می‌باشد (۲۶-۲۳). در کارآزمایی بالینی بیگلین و همکاران که به بررسی اثر گاباپنتین بر روی اختلال خواب ۱۱۵ زن که به واسطه سرطان پستان یائسه شده اند پرداخته، آمده است که شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ با مصرف گاباپنتین به طور معنی داری بهبود می‌یابد (۱۵).

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۳ منتشر شد اثر گاباپنتین بر علائم وازوموتور یائسگی بررسی شده است. در این مطالعه مروری آمده است که گاباپنتین در کنترل علائم وازوموتور و بهبود کیفیت خواب اثربخش و موثر بوده و تجویز انواع آهسته رهش گاباپنتین در بهبود کیفیت خواب موثرتر بوده و در عین حال عوارض جانبی کمتری دارد (۲۴). شوارتز و همکاران در یک مطالعه مروری تاثیر داروهای مختلف بر بهبود کیفیت خواب را بررسی کرده‌اند. در این مطالعه گاباپنتین در بهبود کیفیت خواب و کاهش بیدار شدن شبانه و بهبود عملکرد سایکوموتور و باقی ماندن در خواب موثر شناخته شده است (۲۶).

از سوی دیگر کارآزمایی بالینی دوسوکور و کنترل شده گتوزو و همکاران در بررسی اثر گاباپنتین بر روی گرگرفتگی و بی‌خوابی در زنان یائسه نشان داد که دریافت روزانه ۹۰۰ میلی گرم گاباپنتین برای ۱۲ هفته هیچ تفاوت معنی داری در مقیاس کیفیت خواب پیتزبرگ در مقایسه با دارونما ایجاد نمی‌نماید (۹) که با نتایج مطالعه ما در تضاد است.

زنان مورد بررسی در مطالعه حاضر همه یائسه بوده و سابقه‌ای از وجود اختلال خواب قبل از یائسگی در دسترس نبود، ضمن این که بر اساس بعضی از مطالعات، علاوه بر سوابق قبل از یائسگی، مدت زمان سپری شده از شروع یائسگی نیز ممکن است بر اختلال خواب موثر بوده باشد چنان که در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده است، ۹۶۲ زن یائسه مورد بررسی قرار گرفته و طبق نتایج این مطالعه، مدت زمان سپری شده از یائسگی با شدت بروز

مشاهده نشد. نمره کیفیت خواب و زیر مقیاس‌های آن در جداول ۴ و ۵ آمده است.

گروه مداخله و کنترل نیز از نظر متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شدند. اختلاف معنی داری در متغیرهای مورد بررسی قبل از مداخله بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$) ولی پس از مداخله متغیرهای مورد بررسی به صورت معنی داری در گروه مداخله بهتر از گروه کنترل بود.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت خواب و زیرمقیاس‌های آن قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p
کیفیت ذهنی خواب	۱/۹۵±۰/۶۳	۰/۶۵±۰/۴۴	*۰/۰۰۰۱
تاخیر در به خواب رفتن	۱/۸۰±۰/۵۴	۰/۸۵±۰/۵۲	*۰/۰۰۴
طول مدت خواب	۱/۶۲±۰/۶۲	۰/۹۴±۰/۶۵	*۰/۰۴۳
خواب مفید	۰/۵۵±۰/۸۵	۰/۳۶±۰/۲۰	۰/۰۷۲
اختلالات خواب	۲/۰۵±۰/۸۳	۰/۶۲±۰/۳۴	*۰/۰۰۰۱
مصرف داروی خواب آور	۱/۲۰±۰/۱۰	۰/۴۵±۰/۱۴	*۰/۰۰۷
اختلال عملکرد روزانه	۲/۰۷±۰/۸۵	۱/۶۶±۰/۳۸	*۰/۰۱۲
نمره کل	۱۱/۲۴±۴/۳۰	۵/۵۳±۰/۴۴	*۰/۰۰۲

*از نظر آماری معنی دار

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت خواب و زیرمقیاس‌های آن قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	p
کیفیت ذهنی خواب	۱/۸۰±۰/۷۲	۱/۱۶±۰/۷۲	۰/۵۶۲
تاخیر در به خواب رفتن	۲/۰۵±۰/۸۸	۱/۷۴±۰/۶۵	۰/۰۷۴
طول مدت خواب	۱/۹۶±۰/۷۵	۲/۰۸±۱/۲۴	۰/۱۴۳
خواب مفید	۰/۶۲±۰/۶۵	۰/۵۵±۰/۴۳	۰/۱۸۴
اختلالات خواب	۲/۱۸±۰/۹۶	۱/۴۳±۰/۸۵	۰/۰۹۲
مصرف داروی خواب آور	۱/۴۵±۱/۰۲	۰/۸۸±۰/۳۳	۰/۱۰۷
اختلال عملکرد روزانه	۱/۹۷±۰/۷۴	۲/۱۵±۰/۵۶	۰/۴۱۲
نمره کل	۱۲/۰۳±۴/۰۲	۹/۹۹±۳/۵۵	۰/۱۰۵

بحث

طبق نتایج مطالعه حاضر دریافت کپسول خوراکی گاباپنتین ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز در بیماران گروه مداخله سبب بهبود معنی دار نمره کلی پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 و بهبود معنی دار کیفیت خواب زنان یائسه می‌شود.

in premenopausal, perimenopausal, and postmenopausal women in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Sleep*. 2003;26(6):667-72.

4. Sharkey KM, Bearpark HM, Acebo C, Millman RP, Cavallo A, Carskadon MA. Effects of menopausal status on sleep in midlife women. *Behavioral sleep medicine*. 2003;1(2):69-80.

5. Investigators WGfWshI. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(3):321-33.

6. Dorsey CM, Lee KA, Scharf MB. Effect of zolpidem on sleep in women with perimenopausal and postmenopausal insomnia: a 4-week, randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *Clinical therapeutics*. 2004;26(10):1578-86.

7. Hajak G, Muller WE, Wittchen HV, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zolpiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction*. 2003;98:1371-8.

8. Kerwin JP, Gordon PR, Senf JH. The variable response of women with menopausal hot flashes when treated with sertraline. *Menopause*. 2007;14(5):841-5.

9. Guttuso Jr T, Kurlan R, McDermott MP, Kiebertz K. Gabapentin's effects on hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;101(2):337-45.

10. Reddy SY, Warner H, Guttuso Jr T, Messing S, DiGrazio W, Thornburg L, et al. Gabapentin, estrogen, and placebo for treating hot flashes: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;108(1):41-8.

11. 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.

12. Cole JC, Motivala SJ, Buysse DJ, Oxman MN, Levin MJ, Irwin MR. Validation of a 3-factor scoring model for the Pittsburgh sleep quality index in older adults. *Sleep-New York then westchester*. 2006;29(1):112-3.

اختلالات خواب گزارش شده ارتباط معنی داری دارد و سالانه ۲-۳ برابر شدیدتر می شود. در این مطالعه، پس از تعدیل متغیرها بر اساس علائم فیزیولوژیک، آزمون و سوماتیک و تعداد موارد بیدار شدن از خواب شبانه برای استفاده از توالت، تنها زنان هیستریکتومی شده در گروه پرخطر برای اختلال خواب باقی ماندند. در این مطالعه، با توجه به خود اظهاری بیماران، زنانی که در گذشته سابقه بیماری نداشتند شدت اختلال خواب بیشتری گزارش نمودند. از این رو توجه به سابقه قبلی در نتیجه گیری و درک شدت اختلال خواب مهم است (۲۷).

نتیجه گیری

در نهایت به نظر می رسد با توجه به اهمیت و تاثیر کیفیت خواب در کیفیت زندگی و سلامت زنان از یک سو و نتایج به دست آمده از این کار آزمایی واغلب کار آزمایی های بالینی از سوی دیگر، تجویز گاباپنتین در درمان اختلالات خواب زنان موثر و کارآمد باشد.

در پایان، پیشنهاد می شود مطالعه ای با هدف بررسی وضعیت خواب زنان قبل از یائسگی و مقایسه آن با وضعیت بعد از یائسگی طراحی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از کلیه افراد مورد مطالعه و هم چنین از مدیریت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition*. *Menopause*. 2003;10(1):19-28.
2. Moline ML, Broch L, Zak R. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. *Medical Clinics of North America*. 2004;88(3):705-36.
3. Young T, Rabago D, Zgierska A, Austin D, Laurel F. Objective and subjective sleep quality

13. Yurcheshen ME, Guttuso Jr T, McDermott M, Holloway RG, Perlis M. Effects of gabapentin on sleep in menopausal women with hot flashes as measured by a Pittsburgh Sleep Quality Index factor scoring model. *Journal of Women's Health*. 2009;18(9):1355-60.
14. Guttuso Jr T. Nighttime awakenings responding to gabapentin therapy in late premenopausal women: a case series. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2012;8(2):187-8.
15. Biglin N, Sgandurra P, peano E, Marengo D, Moggio G, Bounous N, et al. Non- hormonal treatment of hot flashes in breast cancer. *CLIMACTERIC* 2009;12:310-8.
16. Hosseynabadi R. Effect of acupressure on sleep quality of elderly of Kahrizak. *Tehran University Med Journal*. 2002;60(6): 447-52.[persian]
17. Malekzadegan A. Effect of relaxation training on sleep disorder in third trimester of pregnancy. *Nursing and Midwifery faculty of Iran*. 2006;12(2):145-51.[persian]
18. Nasiriziba F. Comparison of general health and quality of sleep in two groups of nursing with fixed shifts and rotation shift. *Nursing and Midwifery faculty of Iran* 2006;13(3):134-9.[persian]
19. Taavoni S, Ekbatani N, Kashaniyan M, Haghani H. Effect of valerian on sleep quality in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled clinical trial. *Menopause*. 2011;18(9):951-5.
20. Eshaghi S-R, Ramezani MA, Shamsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items questionnaire as a measure of quality of life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*. 2006;3(3):1763-4.
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14(3):875-82.
22. Ghamari M, Khoshnam A. The relationship of original family function and quality of Life among students. *Journal of Family Research*. 2011;7:343-54.
23. Saadati N, Mohammadjafari R, Natanj S, Abedi P. The effect of gabapentin on intensity and duration of hot flashes in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Global journal of health science*. 2013;5(6):126-7.
24. Yadav M, Volkar J. Potential role of gabapentin and extended-release gabapentin in the management of menopausal hot flashes. *International journal of general medicine*. 2013;6:657-8.
25. Hayes LP, Carroll DG, Kelley KW. Use of gabapentin for the management of natural or surgical menopausal hot flashes. *Annals of Pharmacotherapy*. 2011;45(3):388-94.
26. Schwartz TL, Goradia V. Managing insomnia: an overview of insomnia and pharmacologic treatment strategies in use and on the horizon. *Drugs in context*. 2013; 2013: 212-25.
27. Tom SE, Kuh D, Guralnik JM, Mishra G. Self-reported sleep difficulty during the menopausal transition: results from a prospective cohort study. *Menopause (New York, NY)*. 2010;17(6):1128-9.