

کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان‌های کاشان در سال ۱۳۸۵

فاطمه سادات ایزدی اونجی^{*۱}، محسن ادیب حاج باقری^۲، محمد رضا افاضل^۱

خلاصه

سابقه و هدف: کیفیت خواب ضعیف یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند. با افزایش سن، تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می‌شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌گردد. با توجه به شکایت زیاد سالمندان از بی‌خوابی تصمیم گرفته شد مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در بیماران سالمند بستری در بیمارستان‌های شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۵ انجام شود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی است که روی ۳۹۰ بیمار سالمند بالای ۶۵ سال بستری در بیمارستان‌های کاشان که به روش به‌طور متوالی انتخاب شده بودند انجام شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه شامل ۱۹ سوال در مورد مشخصات شخصی و بخش دوم شامل سوالات ایندکس کیفیت خواب پیتسبرگ بود. مجموع نمره بالاتر از ۶ کیفیت پایین خواب را نشان می‌دهد. از آزمون‌های آماری t-test و ANOVA و مجذور کای برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نمونه‌ها شامل ۵۵/۴٪ مرد و ۴۴/۶٪ زن بودند. میانگین سنی افراد $71/8 \pm 5/9$ سال بود. از کل نمونه‌ها ۸۹/۵٪ متاهل و ۷۰/۸٪ بی‌سواد بودند. بین وضعیت تاهل و کیفیت خواب ارتباط معناداری مشاهده شد ($p < 0/0001$) و افراد متاهل ۴/۲ بار بیشتر، از کیفیت خواب مطلوب برخوردار بودند (CI 95% = ۲-۸/۸۵). بیمارانی که در بخش‌های داخلی بستری بودند نسبت به بخش‌های جراحی ۲/۷ بار بیشتر کیفیت خواب ضعیف داشتند (۴/۴- CI 95% = ۱/۷۲). کیفیت خواب با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی‌دار داشت ($p < 0/01$). کیفیت کلی خواب بیماران سالمند بستری پایین بود ($4/8 \pm 7/2$). ولی در مردان ($6/22 \pm 4/9$) بهتر از زنان ($8/32 \pm 4/33$) بود. بین دو جنس در همه اجزای خواب به جز مدت زمان خواب و کفایت و کارایی آن تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. تنگی نفس ($9/3 \pm 4/56$)، تغییر عادات خواب ($8/77 \pm 4/35$) و محرک‌های نوری ($10/1 \pm 4/76$) مهمترین عواملی بودند که روی کیفیت خواب تاثیر گذار بودند. کیفیت خواب همچنین با تاخیر در خواب رفتن و بیماری‌های تنفسی و خونی ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: کیفیت خواب بیماران سالمند بستری ضعیف بود. با انجام بعضی تغییرات در تسهیلات و کار روزانه بخش می‌توان به بیماران سالمند جهت داشتن خواب بهتر هنگام بستری بودن کمک کرد.

واژگان کلیدی: کیفیت خواب، عوامل مرتبط، بیمار سالمند

۱- مربی گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- دانشیار گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: فاطمه سادات ایزدی اونجی

پست الکترونیکی: izady_avangy@yahoo.com

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۵۷۲۰۶۷

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۲

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۱۲

مقدمه

نمی‌باشد، بلکه بخاطر بروز بیماری‌ها، اثر داروها، افسردگی و اضطراب و محدودیت حرکتی است [۵]. تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از شکایات شایع و دلیل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است [۶]. تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا از بی‌خوابی رنج می‌برند و با افزایش سن مقدار آن افزایش می‌یابد [۳]. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است

کیفیت خواب ضعیف یکی از علائم اصلی بی‌خوابی مزمن [۱] و یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند [۳،۲]. با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می‌شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌گردد [۴]. علاوه بر این مهمترین علت مشکلات خواب سالمندان بدلیل تغییرات بیولوژیک در ریتم سیرکادین

که بیشتر از ۵۷٪ سالمندان اختلال خواب خود را گزارش می کنند و فقط ۱۲٪ از مشکلات خواب شاکی نیستند [۷] و بیش از ۴۰٪ افرادی که سن بالاتر از ۶۰ سال دارند کیفیت خواب آنان ضعیف است [۸]. همچنین مطالعه دیگری از شیوع بالای ۵۷٪ و بروز ۵٪ درصد بی خوابی در سالمندان حکایت دارد [۹]. کیفیت خواب ضعیف و یا خواب آلودگی در طول روز در افراد سالمند با آسیب وضعیت سلامت، عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی و مرگ و میر [۱۰]، کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری های روانی و کاهش عملکرد روزانه همراه است [۱۱]. خواب بی کیفیت می تواند باعث اختلال در احساسات، اندیشه و انگیزش فرد شود [۱۲] و تنش، تاخیر در بهبود زخم و درد را افزایش دهد [۱۳]. همچنین خطر سقوط و صدمات را بیشتر می کند [۱۴]. مطالعات نشان داده است که بی خوابی در بیماران بستری منجر به خستگی، تحریک پذیری و پرخاشگری و همچنین کاهش تحمل درد می شود [۱۵]. یافته های تحقیقات دیگر حاکی از آن است که بی خوابی می تواند اثرات منفی روی حیطة های مختلف زندگی مثل ارتباط با دیگران، حیطة شغلی و وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد و محرومیت از آن باعث افسردگی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی و بیماری های قلبی می گردد [۱۶، ۳، ۱۸]. افراد سالمند سه برابر بیشتر از افراد زیر سن ۶۵ سال در بیمارستان ها بستری می شوند و مدت بستری آنان نیز ۵۰٪ طولانی تر از سایرین است [۱۹]. بستری شدن به طور مشخص باعث اختلال در الگوی خواب و بد خوابی می شود [۲۰، ۱۲]. گاهی اوقات به نظر می رسد بیماران بستری خواب هستند ولی معمولاً خواب آنها باعث تجدید قوا و انرژی نمی شود و یک خواب بی کیفیت است [۱۲]. توجه به کیفیت خواب به دو دلیل اهمیت دارد: اولاً شکایات مربوط به خواب شایع هستند. ثانیاً خواب بی کیفیت شاخص بسیاری از بیماری ها است [۲۱]. گزارش های بی شماری در مقالات وجود دارد که حاکی از شیوع بالای مشکلات خواب و خواب آلودگی در طول روز در افراد سالمند است [۲۲] ولی درباره کیفیت و الگوی خواب این افراد در مراکز درمانی و سرای سالمندان تحقیقات کمی صورت گرفته است [۲۳]. از این رو با توجه به شکایت زیاد سالمندان بستری از بی خوابی و تاثیر سوء بی خوابی بر سلامت جسمی و روند بهبودی و از طرف دیگر از آنجایی که بیشتر تخت های بیمارستانی را سالمندان اشغال می کنند و مدت بستری آنان نیز طولانی تر از سایر گروه های سنی است و همچنین نقش عوامل محیطی و رفتار پرسنل درمانی در خواب بیماران، تصمیم گرفته شد مطالعه ای تحت عنوان بررسی کیفیت خواب و عوامل موثر بر آن در بخش های مختلف بیمارستان های کاشان در جمعیت سالمند در سال ۱۳۸۵ انجام شود.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مقطعی است که روی ۳۹۰ بیمار سالمند

بستری در بخش های مختلف بیمارستان شهید بهشتی و متینی کاشان انجام شد. واحد های مورد پژوهش افراد بالای ۶۵ سال بودند که هنگام جمع آوری داده ها کاملاً هوشیار بوده و قدرت پاسخ گفتن به سوالات را داشتند. با توجه به اینکه تقریباً ۴۷٪ افراد سالمند بستری دچار اختلال خواب می شوند تعداد نمونه با درجه اطمینان ۰/۹۵ و با دقت ۰/۰۵ برابر با ۳۸۴ نفر تعیین شده شد که در مجموع ۳۹۰ نفر گردآوری شد. انتخاب نمونه به صورت مقطعی انجام شد تا حجم نمونه تکمیل گردید. برای تکمیل پرسشنامه ها پژوهشگر و همکاران وی روزانه به هریک از بیمارستان های بهشتی و متینی و بخش های مربوطه مراجعه می کردند و با یافتن نمونه های واجد شرایط و با توجه به رضایت بیمار و بیان اهداف پژوهش پرسشنامه از پیش تهیه شده را بصورت مصاحبه تکمیل می کردند. اطلاعات از تیرماه تا آذرماه ۱۳۸۵ جمع آوری شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک و عوامل مرتبط با کیفیت خواب بود. این اطلاعات با استفاده از مطالعه کتابخانه ای تهیه شده است. قسمت دوم پرسشنامه ایندکس کیفیت خواب پیتسبرگ [The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)] بود که یک پرسشنامه خود گزارشی است و کیفیت خواب را بررسی می کند [۲۴] و بهترین ابزار مناسب برای اندازه گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد و دارای ۱۸ سوال است. این سوالات در ۷ جزء طبقه بندی می شود: جزء اول مربوط به کیفیت خواب بطور ذهنی است که با یک سوال (شماره ۹) مشخص می شود. جزء دوم مربوط به تاخیر در خواب رفتن است که نمره آن با دو سوال یعنی میانگین نمره سوال ۲ و نمره قسمت الف سوال ۵ مشخص می شود. جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب بودن است که با یک سوال (شماره ۴) مشخص می شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و موثر بودن خواب بیمار است. نمره آن با تقسیم کل ساعت خواب بودن بر کل ساعتی که بیمار در بستر قرار می گیرد ضربدر ۱۰۰ محاسبه می شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات جزئیات سوال ۵ به دست می آید. جزء ششم مربوط به مصرف داروهای خواب آور است که با یک سوال (شماره ۶) مشخص می شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سوال (میانگین نمرات سوال شماره ۷ و ۸) مشخص می شود. امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ است و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ می باشد. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد کیفیت خواب، پایین تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. اعتبار PSQI با الفا کرونباخ ۰/۸۰ و پایایی آن با آزمون مجدد بررسی شده است که بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است [۲۵]. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. برای

(۷۰/۸٪) بودند. میانگین سنی $5/9 \pm 71/8$ سال بود و کیفیت خواب بین گروه‌های سنی سالمندی تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/92$). میانگین نمره کل کیفیت خواب $4/8 \pm 7/2$ بود و $54/1$ درصد بیماران در محدوده مطلوب ($1/74 \pm 3/38$) قرار داشتند. بین وضعیت تاهل و کیفیت خواب ارتباط معناداری مشاهده شد ($p<0/0001$) و افراد متاهل $4/2$ بار بیشتر، از کیفیت خواب مطلوب برخوردار بودند ($2-8/85$) (جدول شماره ۱).

توصیف و تحلیل داده‌ها ابتدا پرسشنامه‌ها کدگذاری و وارد برنامه آماری SPSS شد. فراوانی کیفیت خواب خوب و ضعیف در نمونه‌ها محاسبه شد. جهت ارزیابی تاثیر عوامل مرتبط با کیفیت خواب از T-test، آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای استفاده شد و در صورت معنی دار بودن OR و CI مربوطه محاسبه گردید.

نتایج

اکثر نمونه‌ها مرد ($55/4\%$)، متاهل ($89/5\%$) و بی‌سواد

جدول ۱ - مقایسه واحد‌های پژوهش بر حسب کیفیت خواب به تفکیک عوامل مرتبط با خواب

OR CI	نتیجه آزمون (کای دو و فیشر) pv	جمع		مطلوب		مطلوب		کیفیت خواب متغیرها
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تاهل								
4/21 (2-8/85)	0/0001	349	42/4	148	57/6	201	57/6	متاهل
		41	75/6	31	24/4	10	24/4	مجرد، بیوه، مطلقه
بخش‌های بیمارستانی								
2/76 (1/72-4/4)	0/0001	114	28/9	33	71/1	81	71/1	بخش جراحی
		276	52/9	146	47/1	130	47/1	بخش داخلی
جنس								
0/39 (0/26-0/59)	0/0001	216	35/6	77	64/4	139	64/4	مرد
		174	58/6	102	41/4	72	41/4	زن

تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<0/0001$) (جدول شماره ۱) ولی بررسی اجزای خواب بر حسب جنس نشان داد که مدت زمان خواب و کفایت و کارایی خواب در زنان و مردان سالمند تفاوت معنی داری نداشت (جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱)

همچنین بین کیفیت خواب و نوع بخش ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p<0/0001$). بیمارانی که در بخش‌های داخلی بستری بودند نسبت به بخش‌های جراحی $2/7$ بار بیشتر کیفیت خواب ضعیف داشتند ($4/4-1/72$) (جدول شماره ۱). بین کیفیت خواب زنان و مردان

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات اجزای کیفیت خواب بر حسب جنس

نتیجه آزمون t مستقل	جنس		اجزای کیفیت خواب
	مرد	زن	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
0/0001	0/85±1/04	1/36±0/85	کیفیت خواب بطور ذهنی
0/0001	1/2±1/26	1/7±1/17	تاخیر در خواب رفتن
0/106	1/22±1/06	1/39±0/9	مدت زمان خواب بودن
0/651	0/33±0/75	0/37±0/74	موثر بودن (کارایی) خواب
0/0001	1/12±0/63	1/45±0/63	اختلالات خواب
0/0001	0/56±1/13	0/98±1/33	مصرف داروهای خواب آور
0/0001	0/69±0/78	1/11±0/85	عملکرد نامناسب در طول روز
0/0001	6/22±4/97	8/32±4/33	نمره کل PSQI

ارتباط بین کیفیت خواب با نوع اختلال خواب معنی دار بود خواب رفتن بیش از سایر اختلالات باعث کاهش کیفیت خواب شده (p<۰/۰۰۰۱) و مقایسه نمره میانگین آنها بیانگر این بود که تاخیر در بود (۴/۱۲ ± ۹/۷۶) (جدول شماره ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت خواب در بیماران سالمند بستری بر حسب عوامل مرتبط

کیفیت خواب عوامل مرتبط	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون (آنالیز واریانس یک طرفه)
عوامل جسمی				
تنگی نفس	۲۶	۶/۷	۴/۵۶ ± ۹/۳	۰/۰۰۱
سرفه	۱۰	۲/۶	۲/۱۱ ± ۸/۶	
درد	۵۹	۱۵/۱	۵/۴ ± ۸/۴۹	
شب ادراری	۳۶	۹/۲	۳/۶۶ ± ۵/۸	
ترکیبی از همه عوامل	۶۶	۱۶/۹	۴/۹۸ ± ۹/۳۶	
هیچکدام	۱۹۳	۴۹/۵	۴/۳۹ ± ۵/۸۹	
عوامل روانی و فردی				
عادات خواب	۲۷	۶/۹	۴/۳۵ ± ۸/۷۷	۰/۱۶۵
نگرانی و اضطراب	۱۳۹	۳۵/۶	۵/۱۳ ± ۶/۸۵	
هیچکدام	۲۲۴	۵۷/۴	۴/۶۳ ± ۷/۱۵	
عوامل محیطی				
محرکهای نوری	۱۱	۲/۸	۴/۷۶ ± ۱۰/۱	۰/۰۰۴
محرکهای صوتی	۶۰	۱۵/۴	۴/۴۲ ± ۷/۳۱	
محرکهای حرارتی	۱۵	۳/۸	۴/۳۸ ± ۵/۷۳	
ترکیبی از همه عوامل	۵۰	۱۲/۸	۵/۲۹ ± ۹/۰۲	
هیچکدام	۲۵۴	۶۵/۱	۴/۳۵ ± ۸/۷۷	
اختلال خواب در بیمارستان				
تاخیر در خواب رفتن	۹۷	۲۴/۹	۴/۱۲ ± ۹/۷۶	۰/۰۰۱
اشکال در ابقاء خواب	۵۶	۱۴/۴	۳/۳۹ ± ۷/۵۸	
زود بیدار شدن	۹	۲/۳	۲/۴۹ ± ۶/۴۴	
ترکیبی از همه انواع	۸۷	۲۲/۳	۵/۱۹ ± ۹/۹۸	
هیچکدام	۱۴۱	۳۶/۲	۲/۴۴ ± ۳/۵	
نوع بیماری				
تنفسی	۲۹	۳/۸	۵/۰۴ ± ۱۰/۲۷	۰/۰۰۱
حون	۲۱	۲۴/۹	۵/۶ ± ۸/۹۵	
ارتوپدی	۲۶	۲۱/۸	۴/۸۷ ± ۷/۷۳	
قلبی	۱۵۰	۷/۲	۴/۵۲ ± ۷/۵۷	
مغز و اعصاب	۳۱	۵۱/۵	۵/۲۹ ± ۶/۷۴	
گوارش	۴۴	۳۵/۱	۴/۵۷ ± ۶/۰۴	
چشم و گوش	۲۶	۲/۱	۴/۲۲ ± ۶/۰	
ارولوژی و نفرولوژی	۴۸	۱۴/۴	۴/۵ ± ۵/۴۱	
دیابت	۱۵	۲/۳	۳/۷۶ ± ۵/۲۶	
وضعیت تحصیلات				
بی سواد	۲۷۶	۷۰/۸	۴/۹۶ ± ۷/۷۵	۰/۰۰۱
تحصیلات ابتدایی	۹۹	۲۵/۴	۴/۰۹ ± ۵/۷۵	
دیپلم	۱۵	۳/۸	۴/۱۷ ± ۵/۵۳	

می‌کردند (جدول شماره ۳). کیفیت خواب با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی دار داشت ($p < 0/01$) (جدول شماره ۳). چرت روزانه تأثیری روی کیفیت خواب نداشت ولی بررسی اجزای خواب بر حسب چرت زدن در طول روز نشان داد که چرت روزانه فقط روی عملکرد افراد سالمند در طول روز تأثیر گذار بوده و باعث کاهش آن شده بود ($p < 0/0001$) (جدول شماره ۴).

همچنین بین کیفیت خواب و نوع بیماری ارتباط معنادار مشاهده شد ($p < 0/0001$). میانگین نمره کیفیت خواب در کسانی که بیماری‌های تنفسی ($5/04 \pm 10/27$) و خونی ($8/95 \pm 5/6$) داشتند بیشتر از سایر بیماران بود (جدول شماره ۳). مهم‌ترین عوامل مرتبط با کیفیت خواب، در بعد جسمی تنگی نفس ($9/3 \pm 4/56$)، در بعد فردی و روانی تغییر عادات خواب ($8/77 \pm 4/35$) و در بعد محیطی محرک نوری ($4/76 \pm 10/1$) بودند که خواب سالمندان بستری را نسبت به سایر عوامل مختل

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات اجزای کیفیت خواب بر حسب چرت زدن در طول روز

اجزای کیفیت خواب	چرت زدن	
	خیر	بلی
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
کیفیت خواب بطور ذهنی	$1/12 \pm 0/96$	$1/2 \pm 0/92$
تاخیر در خواب رفتن	$1/49 \pm 1/2$	$1/44 \pm 1/21$
مدت زمان خواب بودن	$1/44 \pm 1/06$	$1/25 \pm 0/96$
موثر بودن (کارایی) خواب	$0/39 \pm 0/75$	$0/34 \pm 0/74$
اختلالات خواب	$1/2 \pm 0/66$	$1/29 \pm 0/65$
مصرف دارو های خواب آور	$0/63 \pm 1/2$	$0/79 \pm 1/25$
عملکرد نامناسب در طول روز	$0/62 \pm 0/71$	$0/97 \pm 0/85$
نمره کل PSQI	$6/87 \pm 4/9$	$7/26 \pm 4/79$

فولی^۲ و همکاران بیان می‌کنند که دوران بیهوشی با افزایش خطر اختلالات خواب در جمعیت بالای ۶۵ سال همراه است [۲۴]. تنها بودن یا طلاق داده شدن و بیهوش بودن فاکتورهایی هستند که رابطه مثبت آنها با بی‌خوابی و اختلالات خواب در مطالعات قبلی نشان داده شده است [۲۸]. در این پژوهش بررسی وضعیت کیفیت خواب در بخش‌های مختلف بیمارستانی نشان داد که در بخش‌های جراحی کیفیت خواب بهتر از سایر بخش‌ها بود. در مطالعه دوگان^۳ و همکاران اختلاف معنی داری بین کیفیت خواب بیماران بستری در سه کلینیک روانپزشکی ($9/1 \pm 0/66$)، جراحی ($8/1 \pm 0/49$) و داخلی ($6/6 \pm 0/29$) مشاهده شد [۲۹]. در مطالعه سوتول^۴ کیفیت خواب در بخش روان بدتر از سایر بخش‌ها بود. که علت این اختلاف ترس و اضطراب از محیط عجیب و غریب بخش، اضطراب مربوط به بیماری، خشم، احساس گناه و ماهیت بیماری‌های روان بیان شده است [۳۰]. مطالعه دیگری نشان داد که کیفیت خواب بیماران در بخش‌های جراحی بدتر از بخش‌های داخلی بود [۳۱]. شاید علت این اختلاف با مطالعه حاضر این باشد که در بخش‌های داخلی محیط بیمارستانی ما، بیماران از مشکلاتی مانند تنگی نفس، سرفه، شب‌اداری ... رنج می‌برند که کنترل این مشکلات به راحتی امکان پذیر نبوده است ولی در بخش‌های جراحی عمده‌ترین

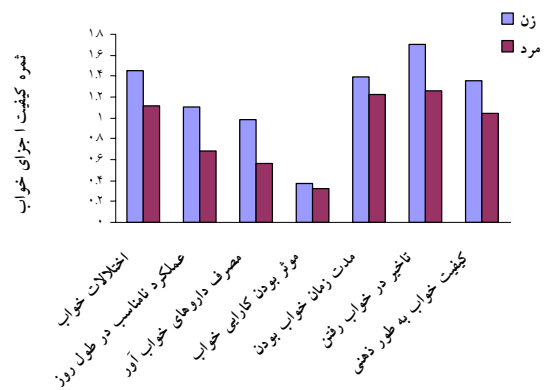
بحث

این تحقیق نشان داد تقریباً نیمی از بیماران بستری ($45/9\%$) کیفیت خواب نامطلوب داشتند. به نظر می‌رسد با افزایش سن کمیت و کیفیت مراحل یک و دو که سبک‌ترین دوره خواب است افزایش می‌یابد اما مراحل ۳ و ۴ که عمیق‌ترین مرحله خواب است کاهش می‌یابد [۲۶]. با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می‌شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌گردد. از طرفی بروز همزمان بیماری‌های جسمی و ذهنی با این تغییرات نیز اختلالات خواب در این جمعیت را افزایش می‌دهد [۴]. مطالعه بازارگان^۱ نیز نشان داد که بیش از ۴۰ درصد افرادی که سن بالاتر از ۶۰ سال داشتند کیفیت خواب آنان ضعیف بود [۸]. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت تاهل با کیفیت خواب ارتباط معناداری داشت. به عبارتی کیفیت خواب افراد متأهل مطلوب‌تر از افراد تنها، بیوه و یا مطلقه بود. کسانی که متأهل هستند از یک منبع بزرگ حمایت اجتماعی یعنی خانواده برخوردار هستند و برعکس افراد بیوه و تنها از این حمایت محروم می‌باشند. در کنار این محرومیت بیماری نیز استرس دوچندان به فرد وارد می‌آورد. به همین دلیل بی‌خوابی در افراد تنها شایع‌تر است. عامل طلاق یکی از عوامل خطر ساز مهمی است که در ایجاد شیوع تمامی اختلالات خواب نقش دارد [۲۷]

2 - Foley
3 - Dogan
4 - Southwell

می‌شود [۳۵]. ولی در در تحقیق فولی و مکال^۵ اشکال در ابقاء خواب توسط سالمندان بیشتر از اشکال در شروع خواب گزارش شده است [۷، ۳۶]. در این پژوهش کیفیت خواب در کسانی که بیماری های تنفسی و خونی داشتند نامطلوب تر از سایر بیماری ها بود و کسانی که به علت دیابت، بیماری های چشم و گوش و مشکلات دستگاه ادراری بستری شده بودند از کیفیت خواب بهتری بر خوردار بودند. به نظر می‌رسد بیماری های تنفسی شرایط نامطلوب مداومی مثل سرفه و تنگی نفس در فرد ایجاد می‌کردند که باعث اختلال در خواب بیماران شده بود و بیماری های خونی که عمدتاً سرطان‌ها بودند به علت پیش آگهی بد، افسردگی و اضطراب ایجاد می‌کردند که خود از عوامل اصلی مرتبط با اختلال خواب است. یافته های این تحقیق بین کیفیت خواب در مشکلات جسمی مختلف ارتباط معنی داری را یافت. میانگین نمره کیفیت خواب در افرادی که تنگی نفس داشتند بیش از سایر مشکلات جسمی بود. مقایسه مشکلات جسمی بیماران نشان داد افرادی که شب ادراری داشتند نمره میانگین کیفیت خواب آنان زیر ۶ بود ولی سایر مشکلات مانند سرفه، درد و یا ترکیبی از همه مشکلات، کیفیت خواب نامطلوبی برای بیمار ایجاد می‌کردند. به نظر می‌رسد تنگی نفس و سرفه و درد چون به طور مدام وجود داشتند مانع به خواب رفتن فرد و یا مانع ایجاد خواب عمیق شده بود. از این رو کیفیت خواب در این افراد کاهش داشت ولی شب ادراری باعث می‌شد فرد هر چند ساعت از خواب بیدار شود. در این فواصل بیمار حداقل یک الی دو سیکل خواب را طی می‌کرد. به همین علت کیفیت خواب در این بیماران بهتر از سایر افرادی بود که مشکلاتی مانند تنگی نفس، سرفه و یا درد داشتند. در بررسی ارتباط عوامل محیطی با کیفیت خواب نیز تفاوت معنی داری مشاهده شد. بیشترین عامل محیطی که باعث اختلال در کیفیت خواب شده بود محرکهای نوری بودند. بعد از محرکهای نوری ترکیبی از همه عوامل محیطی یعنی سرو صدا، نور و گرما دخالت داشتند. ووتن^۶ ذکر کرده است علت اختلالات خواب سالمندان بخصوص در مکانهای بیمارستانی محرک های محیطی هستند. چرا که افراد پیر تر به محرک های محیطی بیشتر حساس می‌باشند [۳۷]. ریموند^۷ نیز معتقد است اغلب بیماران بستری از اختلالات خواب شاکی هستند. این شکایت می‌تواند به عوامل محیطی مثل سر و صدای محیط نور و مداخله مکرر پرسنل و یا عوامل داخلی مثل هذیان، افسردگی، استرس، عدم توانایی در دراز کشیدن و درد مربوط باشد [۱۲]. یافته ها نشان داد کیفیت خواب در افرادی سواد کمتر از سایر رده های تحصیلی بود. تحقیقات دیگر نیز این یافته را تایید می‌کند. گزارش ژلنبرگر^۸ و همکاران در لهستان نشان داد که سطح تحصیلات پایین تر با فراوانی بالاتری از

مشکل، درد ناشی از برش جراحی بوده است که با مصرف داروهای آرام بخش تسکین داده شده اند. از این رو کیفیت خواب در بخش جراحی بهتر از داخلی بوده است. طبق نتایج بدست آمده جنس نیز یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت خواب بود و تفاوت معناداری بین کیفیت خواب زنان و مردان وجود داشت. در مطالعه ای که در لهستان انجام شد جنس یکی از چهار عامل مربوط به اختلال خواب بود [۲۷]. تفاوت های جنسیتی در اختلال خواب بوسیله چندین ارزیابی دیگر گزارش شده است. برای مثال در مطالعه‌ای که در فرانسه انجام شد خانم بودن، بالای ۶۵ سال سن داشتن، باز نشسته بودن و تنها بودن به طور مشخص با اختلالات خواب ارتباط داشت [۳۱، ۳۲، ۳۳]. تحقیقات دیگر نشان داده است یائسگی نقش مهمی در تغییرات ساختاری خواب زنان سالمند دارد و در دوره بعد از یائسگی خواب آنان نسبت به دوره جوانی دچار اختلال می‌گردد. در این دوره شروع خواب با تاخیر طولانی، بیداری های مکرر همراه بوده و زمان خواب کوتاه تر می‌شود [۳۴].



کیفیت اجزای خواب

علاوه بر این دلایل شاید در جامعه ما و ظایف سنگین زنان در خانه و در اجتماع و مشغولیت ذهنی آنان در مورد عدم انجام وظایفشان هنگام بستری شدن باعث اختلال در خواب آنان شده است. همچنین ممکن است علت ضعیف تر بودن کیفیت خواب در زنان این باشد که آنان قبل از یائسگی دوره هایی از بارداری و شیردهی را داشته اند. بیداری های این دوره در طول شب شاید باعث اختلال در سیکل خواب آنان شده و به شکل یک عادت باقیمانده است و هنوز ادامه دارد. بررسی ارتباط کیفیت خواب با نوع اختلال خواب تفاوت معنی داری را نشان داد. مقایسه نمره میانگین انواع مشکلات خواب بیانگر این بود که تاخیر در خواب رفتن یا اشکال در شروع خواب بیش از سایر انواع دیگر روی کیفیت خواب تاثیر گذار بوده و باعث کاهش کیفیت خواب شده است. عمومی ترین شکایت خواب افراد سالمند مربوط به اشکال در شروع خواب یا ابقاء خواب است که منجر به بی کفایتی خواب، افزایش خطر سقوط، اشکال در تمرکز و حافظه و روی هم رفته کاهش کیفیت زندگی

5 - McCall
6 - wooten
7 - Raymond
8 - szelenberger

کارایی خواب و اختلال خواب با شیوع چرت زدن ارتباط معنی دار نداشت. همچنین ارتباط معنی داری بین کیفیت کلی خواب و طول مدت چرت زدن پیدا نشد [۴۲]. فولی بیان می‌دارد که دلیلی وجود ندارد که با افزایش سن چرت زدن افزایش یابد ولی به نظر می‌رسد با افزایش سن فرصت برای چرت زدن زیاد می‌شود و اگر بنا به فرصت باشد، تمامی گروه‌های سنی چرت خواهند زد [۷]. هایتر (Hayter) استدلال می‌کند که چرت روزانه خواب شبانه را تکمیل می‌کند و تنها تاثیری که به نظر می‌رسد داشته باشد این است که آغاز خواب شبانه را به تاخیر می‌اندازد [۴۳].

نتیجه‌گیری

کیفیت کلی خواب تقریباً در نیمی از بیماران ضعیف بود و در زنان پایین تر از مردان بود. مهمترین عوامل مرتبط با خواب، در بعد جسمی تنگی نفس و درد، در بعد فردی و روانی تغییر عادات خواب و در بعد محیطی محرکهای نوری بودند. بیمارانی که اختلال تاخیر در شروع خواب داشتند نسبت به اختلالات دیگر کیفیت خواب پایین تری داشتند. از نظر تشخیص پزشکی و نوع اختلال، افرادی که بیماری‌های تنفسی یا خونی داشتند از کیفیت خواب پایین تری برخوردار بودند. در افراد متاهل کیفیت خواب مطلوب تر از افرادی بود که تنها بودند. لذا پرستاران و سایر افراد تیم درمان در مورد مشکلات خواب بیماران سالمند و عوامل تاثیر گذار روی کیفیت خواب بیشتر حساس باشند و مداخلات مناسبی برای بهبودی خواب بیماران انجام دهند.

اختلالات خواب همراه بود [۳۸،۲۹]. مور (moore) و همکاران نیز بیان کرده اند که درآمد و میزان تحصیلات با کیفیت خواب ارتباط مستقیم دارد [۳۹]. فریدمن و ادامز (Adams) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران سالمند مثل شغل، سطح درآمد و سواد با کیفیت خواب ارتباط دارد [۴۱،۴۰]. همچنین تحقیق دیگری از فریدمن نشان داد که تاخیر در شروع خواب و کارایی خواب با سطح سواد ارتباط داشت. کسانی که تحصیلات بیشتری داشتند تاخیر در شروع خواب آنان کوتاه تر و کارایی و کفایت خواب شان بهتر بود. زیرا در افراد با سواد تصویر ذهنی از کارایی خواب بهتر بود [۴۱]. در مطالعه حاضر نیز ۷۰٪ بیماران سالمند بی‌سواد و ۲۵٪ نیز تحصیلات ابتدائی داشتند و شاید به همین دلیل تاخیر در شروع خواب بیشتر باعث اختلال در کیفیت خواب شده بود. همچنین افراد بی‌سواد کمتر با روشهای حل مشکل آشنایی دارند. از طرفی در اکثر مواقع وضعیت اقتصادی افراد بی‌سواد نامناسب است و بستری شدن یک بار اضافی بر اقتصاد خانواده وارد می‌کند بنابراین با بستری شدن بیشتر دچار استرس می‌شوند که خود یکی از عوامل روانی مختل کننده خواب است. با توجه به یافته‌های این تحقیق تفاوتی میان کیفیت خواب کسانی که چرت روزانه داشتند با کسانی که در طول روز چرت نمی‌زدند مشاهده نشد. ولی بررسی اجزای خواب بر حسب چرت زدن در طول روز نشان داد که چرت روزانه فقط روی عملکرد افراد سالمند در طول روز تاثیر گذشته و باعث کاهش آن شده بود و ارتباطی با سایر اجزاء خواب نداشت. در مطالعه‌های (Lai) نیز کیفیت کلی خواب،

References:

- [1] Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004;27(8):1567-96.
- [2] Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):97-111.
- [3] Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin* 2008;24(1):307-17.
- [4] Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(10):860-6.
- [5] Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004;27(7):1255-73.
- [6] Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004;(9):93-6.
- [7] Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DGL. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995;18(6):425-32.
- [8] Bazargan M. Self-reported sleep disturbance among African-American elderly: The effects of depression, health status, exercise, and social support. *Int J Aging Hum Dev* 1996;42(2):143-60.
- [9] McCall WV. Sleep in the Elderly: Burden, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004;6(1):9-20.
- [10] Newman AB, Spiekerman CF, Enright P, Lefkowitz D, Manolio T, Reynolds CF et al. Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(2):115-23.
- [11] Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol* 2005;7(5):339-52.
- [12] Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain* 2001;92(3):381-8.

- [13] Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing. Mosby Year Book, Philadelphia, 1993.
- [14] Brassington GS, King AC, Bliwise DL. Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64–99 years. *J Am Geriatr Soc* 2000; 8(10):1234–40.
- [15] Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Res Nurs Health* 1987;10(3):155-63.
- [16] Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med* 2003;1(4):227-47.
- [17] Ohayon MM, Zulley J. Correlates of global sleep dissatisfaction in the German population. *Sleep* 2001;24(7):780-7.
- [18] Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, Kometani S, Shimoyama T, Sato M, et al. Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;56(3):239-40.
- [19] Smeltzer S, Bare B. Brunner & Suddarth's Text book of medical- surgical nursing, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins co. 2004:195.
- [20] Lauri S, Lepistö M, Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' patients' views. *J Adv Nurs* 1997;25(2):339-46.
- [21] Agargun MY, Kara H, Anlar Ö. Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiat* 1996;7:107–15.
- [22] Lesage I S, Scharf SM. Sleep and sleep disorders in older persons. beyond the sleep in elderly people. *J Geront med sci* 2007;62(1):153–4.
- [23] Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T. The sleep of older people in hospital and nursing homes. *J Clin Nurs* 1999;8(4):360-368.
- [24] Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Incidence and remission of insomnia among elderly adults. An epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep* 1999;22:S366-S372.
- [25] Agargun MY, Kara H, Anlar Ö. Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiat* 1996;7:107–15.
- [26] Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA, Thorpy MJ. Geriatrics: sleep disorders and ageing. *N Engl J Med* 1990;323(8):520-6
- [27] Kiejna A, Rymaszewska J, Wojtyniak B, Stokwiszewski J. Characteristics of sleep disturbances in Poland– results of the National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatrica* 2004.
- [28] Ohayon M, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Br J Psychiatry* 1997;171:382–8.
- [29] Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005;14(1):107-13.
- [30] Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *J Adv Nurs* 1995; 21(6):1101-9.
- [31] Lauri S, Lepistö M & Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' patients' views. *J Adv Nurs* 1997;25(2):339-46.
- [32] Tribl GG, Schmeiser-Rieder A, Rosenberger A, Saletu B, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleeping habits in the Austrian population. *Sleep Medicine* 2002;3(1):21–8.
- [33] Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep* 1996;19:S7-S15.
- [34] Kalleinen N, Polo O, Himanen SL, Joutsen A, Urrila AS, Polo-Kantola P. Sleep deprivation and hormone therapy in post menopausal women. *Sleep Med* 2006;7(5):436-47.
- [35] Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16(5):279-86.
- [36] McCall WV. Management of primary sleep disorders among elderly persons. *Psychiatr Serv* 1995;46(1):49-55.
- [37] Wooten V. Evaluation and management of sleep disorders in the elderly. *Psychiat Annals* 1990;28(8):466-73.
- [38] Szelenberger W, Skalskim M. Epidemiology of sleeping disturbances in Poland–preliminary report. In: Nowicki Z, Szelenberger W, eds. Sleep disturbances, diagnostics and therapy. krako'w: *Biblioteka Psychiatrii Polskiej* 1999:57–63.
- [39] Moore PJ, Adler NE, Williams DR, Jackson JS. Socioeconomic status and health: the role of sleep. *Psychosom Med* 2002;64(2):337–44.
- [40] Adams J. Socioeconomic position and sleep quantity in UK adults. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(3):267–9.
- [41] Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH, et al. Socioeconomic Status Predicts Objective and Subjective Sleep Quality in Aging Women. *Psychosom Med* 2007;69(7):682-91.
- [42] Lai HL. Self-reported napping and nocturnal sleep in Taiwanese elderly insomniacs. *Public Health Nurs* 2005;22(3):240-7.
- [43] Hayter J. To nap or not to nap? *Geriatr Nurs* 1985;6(2):104-6.