کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان‌های کاشان درسال۱۳۸۵

فاطمه سادات ایزدی اونجی [۱*]، محسن ادیب حاج باقری [۲]، محمد رضا افاضل [۱]

خلاصه

سابقه و هدف: کیفیت خواب ضعیف یکی از شایع ترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند. با افزایش سن، تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌گردد. با توجه به شکایت زیاد سالمندان از بی خوابی تصمیم گرفته شد مطالعه ای 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 بیمارستان های کاشان که به روش به طور متوالی انتخاب شده بودند انجام شد. برای جمع آوری 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 می دهد. از آزمون های آماری t-test و ANOVA و مجذور کای برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نمونه ها شامل ۵۵/۴٪ مرد و ۴۴/۶٪ زن بودند. میانگین سنی افراد ۵/۹ ±۷۱/۸ سال بود. از کل نمونه ها ۸۹/۵٪ متاهل و ۷۰/۸٪ بی سواد بودند. بین وضعیت تاهل و کیفیت خواب ارتباط معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱) و افراد متاهل ۴/۲ بار بیشتر، از کیفیت خواب مطلوب برخوردار بودند (CI 95%=۲-۸/۸۵). بیمارانی که در بخش های داخلی بستری بودند نسبت به بخش های جراحی۲/۷ بار بیشتر کیفیت خواب ضعیف داشتند (۴/۴-CI 95% =۱/۷۲). کیفیت خواب با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی دار داشت (p<۰/۰۱). کیفیت کلی خواب بیماران سالمند بستری پایین بود (۴/۸ ± ۷/۲). ولی در مردان (۴/۹ ±۶/۲۲) بهتر از زنان (۸/۳۲±۴/۳۳) بود. بین دو جنس در همه اجزای خواب به جز مدت زمان خواب و کفایت و کارایی آن تفاوت آماری معنی دار مشاهده شد. تنگی نفس (۴/۵۶ ± ۹/۳)، تغییر عادات خواب (۸/۷۷ ±۴/۳۵) و محرک های نوری (۴/۷۶ ± ۱۰/۱) مهمترین عواملی بودند که روی کیفیت خواب تاثیر گذار بودند. کیفیت خواب همچنین با تاخیر در خواب رفتن و بیماری های تنفسی و خونی ارتباط معنی داری داشت (p<۰/۰۰۰۱).

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

واژگان کلیدی: کیفیت خواب، عوامل مرتبط، بیمار سالمند

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

۲- دانشیار گروه داخلی ـ 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

کیفیت خواب ضعیف یکی ازعلائم اصلی بی خوابی مزمن [۱] و یکی از شایع ترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند [۳،۲]. با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می گردد [۴]. علاوه بر این مهمترین علت مشکلات خواب سالمندان بدلیل تغییرات بیولوژیک در ریتم سیرکادین نمی باشد، بلکه بخاطر بروز بیماری ها، 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 جمیت دنیا از بی خوابی رنج می برند و با افزایش سن مقدار آن افزایش می یابد [۳]. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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 خطرابتلا 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 می‌کند [۱۴]. مطالعات نشان داده است که بی‌خوابی در بیماران بستری منجر به خستگی، تحریک پذیری و پرخاشگری و همچنین کاهش تحمل درد می شود [۱۵]. یافته های تحقیقات دیگرحاکی از آن است که بی خوابی می تواند اثرات منفی روی حیطه های مختلف زندگی مثل ارتباط با دیگران، حیطه شغلی و وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد و محرومیت از آن باعث افسردگی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی و بیماری های قلبی می‌گردد [۳،۱۶،۱۷، ۱۸]. افراد سالمند سه برابر بیشتر از افراد زیر سن ۶۵ سال در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و مدت بستری آنان نیز ۵۰٪ طولانی‌تر از سایرین است [۱۹]. بستری شدن به‌طور مشخص باعث اختلال در الگوی خواب و بد خوابی می شود [۲۰،۱۲]. گاهی اوقات به نظر می رسد بیماران بستری خواب هستند ولی معمولا 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: اولا شکایات مربوط به خواب شایع هستند. ثانیا خواب بی کیفیت شاخص بسیاری از بیماری‌ها 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 بیمارستان‌های 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 کاملا هوشیار بوده و قدرت پاسخ گفتن به سوالات را داشتند. با توجه به اینکه تقریبا 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 پرسشنامه‌ها پژوهشگر و همکاران وی روزانه به هریک از بیمارستان‌های بهشتی و متینی و بخشهای 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 ۱۸سوال است. این سوالات در ۷ جزء طبقه بندی می شود : جزء اول مربوط به کیفیت خواب بطور ذهنی است که با یک سوال (شماره۹) مشخص می‌شود. 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 می‌شود. جزء سوم مربوط به مدت زمان خواب بودن است که با یک سوال (شماره ۴) مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارائی و موثر بودن خواب بیمار است. نمره آن با تقسیم کل ساعت خواب بودن بر کل ساعتی که بیمار در بستر قرار می گیرد ضربدر۱۰۰ محاسبه می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات جزئیات سوال ۵ به دست می‌آید. جزء ششم مربوط به مصرف داروهای خواب آور است که با یک سوال (شماره ۶) مشخص می‌شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سوال (میانگین نمرات سوال شماره ۷ و۸) 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، پایین‌تر 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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

توصیف وتحلیل داده ها ابتدا پرسشنامه ها کدگذاری و وارد برنامه آماری SPSS شد. فراوانی کیفیت خواب خوب و ضعیف در نمونه ها 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 نمونه ها مرد (۵۵/۴٪) ، متاهل (۸۹/۵٪) و بی‌سواد (۷۰/۸٪) بودند. میانگین سنی ۵/۹ ±۷۱/۸ سال بود و کیفیت خواب بین گروهای سنی سالمندی تفاوت معنی داری نداشت (p=۰/۹۲). میانگین نمره کل کیفیت خواب ۴/۸ ± ۷/۲ بود و ۵۴/۱ درصد بیماران در محدوده مطلوب (۱/۷۴ ± ۳/۳۸) قرار داشتند. بین وضعیت تاهل و کیفیت خواب ارتباط معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱) و افراد متاهل ۴/۲ بار بیشتر، از کیفیت خواب مطلوب برخوردار بودند (۸/۸۵-۲ =CI) (جدول شماره ۱).

جدول ۱ – مقایسه واحد های پژوهش بر حسب کیفیت خواب به تفکیک عوامل مرتبط با خواب

کیفیت خواب / متغییر ها	مطلوب		نامطلوب		جمع	نتیجه آزمون (کای دو و فیشر)pv	OR CI
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
وضعیت تاهل							
متاهل	۲۰۱	۵۷/۶	۱۴۸	۴۲/۴	۳۴۹	۰/۰۰۰۱	۴/۲۱
مجرد، بیوه، مطلقه	۱۰	۲۴/۴	۳۱	۷۵/۶	۴۱		(۸/۸۵-۲)
بخش های بیمارستانی							
بخش جراحی	۸۱	۷۱/۱	۳۳	۲۸/۹	۱۱۴	۰/۰۰۰۱	۲/۷۶
بخش داخلی	۱۳۰	۴۷/۱	۱۴۶	۵۲/۹	۲۷۶		(۴/۴-۱/۷۲)
جنس							
مرد	۱۳۹	۶۴/۴	۷۷	۳۵/۶	۲۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
زن	۷۲	۴۱/۴	۱۰۲	۵۸/۶	۱۷۴		(۰/۵۹-۰/۲۶)

همچنین بین کیفیت خواب و نوع بخش ارتباط معنی داری مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱). بیمارانی که در بخش های داخلی بستری بودند نسبت به بخش های جراحی ۲/۷ بار بیشتر کیفیت خواب ضعیف داشتند (۴/۴-۱/۷۲ =CI 95%) (جدول شماره ۱). بین کیفیت خواب زنان و مردان تفاوت معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱) (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)

جدول۲- میانگین و انحراف معیار نمرات اجزای کیفیت خواب بر حسب جنس

اجزای کیفیت خواب	جنس		نتیجه آزمون t مستقل
	زن	مرد	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
کیفیت خواب بطور ذهنی	۱/۳۶±۰/۸۵	۰/۸۵±۱/۰۴	۰/۰۰۱
تاخیر در خواب رفتن	۱/۷±۱/۱۷	۱/۲±۱/۲۶	۰/۰۰۰۱
مدت زمان خواب بودن	۱/۳۹±۰/۹	۱/۲۲±۱/۰۶	۰/۱۰۶
موثر بودن(کارایی) خواب	۰/۳۷±۰/۷۴	۰/۳۳±۰/۷۵	۰/۶۵۱
اختلالات خواب	۱/۴۵±۰/۶۳	۱/۱۲±۰/۶۳	۰/۰۰۰۱
مصرف دارو های خواب آور	۰/۹۸±۱/۳۳	۰/۵۶±۱/۱۳	۰/۰۰۱
عملکرد نامناسب در طول روز	۱/۱۱±۰/۸۵	۰/۶۹±۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
نمره کل PSQI	۸/۳۲±۴/۳۳	۶/۲۲±۴/۹۷	۰/۰۰۰۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

ارتباط بین کیفیت خواب با نوع اختلال خواب معنی دار بود (p<۰/۰۰۰۱) و مقایسه نمره میانگین آنها بیانگر این بود که تاخیر در خواب رفتن بیش از سایر اختلالات باعث کاهش کیفیت خواب شده 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	۹/۳ ± ۴/۵۶	
سرفه	۱۰	۲/۶	۸/۶ ± ۲/۱۱	
درد	۵۹	۱۵/۱	۸/۴۹ ± ۵/۴	
شب ادراری	۳۶	۹/۲	۵/۸ ± ۳/۶۶	۰/۰۰۱
ترکیبی از همه عوامل	۶۶	۱۶/۹	۹/۳۶ ± ۴/۹۸	
هیچکدام	۱۹۳	۴۹/۵	۵/ ۸۹ ± ۴/۳۹	
عوامل روانی و فردی				
عادات خواب	۲۷	۶/۹	۸/۷۷ ± ۴/۳۵	
نگرانی و اضطراب	۱۳۹	۳۵/۶	۶/۸۵ ± ۵/۱۳	۰/۱۶۵
هیچکدام	۲۲۴	۵۷/۴	۷/۱۵ ± ۴/۶۳	
عوامل محیطی				
محرکهای نوری	۱۱	۲/۸	۱۰/۱ ± ۴/۷۶	
محرکهای صوتی	۶۰	۱۵/۴	۷/۳۱ ± ۴/۴۲	
محرکهای حرارتی	۱۵	۳/۸	۵/۷۳ ± ۴/۳۸	۰/۰۰۴
ترکیبی از همه عوامل	۵۰	۱۲/۸	۹/۰۲ ± ۵/۲۹	
هیچکدام	۲۵۴	۶۵/۱	۸/۷۷ ± ۴/۳۵	
اختلال خواب در بیمارستان				
تاخیر در خواب رفتن	۹۷	۲۴/۹	۹/۷۶ ± ۴/۱۲	
اشکال در ابقاء خواب	۵۶	۱۴/۴	۷/۵۸ ± ۳/۳۹	
زود بیدار شدن	۹	۲/۳	۶/۴۴ ± ۲/۴۹	
ترکیبی از همه انواع	۸۷	۲۲/۳	۹/۹۸ ± ۵/۱۹	۰/۰۰۱
هیچکدام	۱۴۱	۳۶/۲	۳/۵ ± ۲/۴۴	
نوع بیماری				
تنفسی	۲۹	۳/۸	۱۰/۲۷ ± ۵/۰۴	
حون	۲۱	۲۴/۹	۸/۹۵ ± ۵/۶	
ارتوپدی	۲۶	۲۱/۸	۷/۷۳ ± ۴/۸۷	
قلبی	۱۵۰	۷/۲	۷/۵۷ ± ۴/۵۲	
مغز و اعصاب	۳۱	۵۱/۵	۶/۷۴ ± ۵/۲۹	
گوارش	۴۴	۳۵/۱	۶/۰۴ ± ۴/۵۷	
چشم و گوش	۲۶	۲/۱	۶/۰ ± ۴/۲۲	۰/۰۰۱
اورلوژی و نفرولوژی	۴۸	۱۴/۴	۵/۴۱ ± ۴/۵	
دیابت	۱۵	۲/۳	۵/۲۶ ± ۳/۷۶	
وضعیت تحصیلات				
بی‌سواد	۲۷۶	۷۰/۸	۷/۷۵ ± ۴/۹۶	
تحصیلات ابتدایی	۹۹	۲۵/۴	۵/۷۵ ± ۴/۰۹	۰/۰۰۱
دیپلم	۱۵	۳/۸	۵/۵۳ ± ۴/۱۷	

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

همچنین بین کیفیت خواب و نوع بیماری ارتباط معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۰۰۱). میانگین نمره کیفیت خواب در کسانی که بیماری‌های تنفسی (۵/۰۴ ± ۱۰/۲۷) و خونی (۵/۶± ۸/۹۵) داشتند بیشتر از سایر بیماران بود (جدول شماره ۳). مهم‌ترین عوامل مرتبط با کیفیت خواب، در بعد جسمی تنگی نفس (۴/۵۶ ± ۹/۳)، در بعد فردی و روانی تغییر عادات خواب (۴/۳۵ ± ۸/۷۷) و در بعد محیطی محرک نوری (۴/۷۶ ± ۱۰/۱) بودند که خواب سالمندان بستری را نسبت به سایر عوامل مختل می‌کردند (جدول شماره۳). کیفیت خواب با سطح تحصیلات نیز ارتباط معنی دار داشت (p<۰/۰۱) (جدول شماره ۳). چرت روزانه تاثیری 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 تاثیر گذار بوده و باعث کاهش آن شده بود (p<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۴).

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

اجزای کیفیت خواب	چرت زدن		نتیجه آزمون t مستقل
	بلی	خیر	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
کیفیت خواب بطور ذهنی	۱/۲ ± ۰/۹۲	۱/۱۲ ± ۰/۹۶	۰/۴۸
تاخیر در خواب رفتن	۱/۴۴±۱/۲۱	۱/۴۹ ±۱/۲	۰/۷۳
مدت زمان خواب بودن	۱/۲۵ ± ۰/۹۶	۱/۴۴ ± ۱/۰۶	۰/۰۹
موثر بودن(کارایی) خواب	۰/۳۴ ± ۰/۷۴	۰/۳۹ ± ۰/۷۵	۰/۵۵
اختلالات خواب	۱/۲۹ ± ۰/۶۵	۱/۲ ± ۰/۶۶	۰/۲۷
مصرف دارو های خواب آور	۰/۷۹ ± ۱/۲۵	۰/۶۳ ± ۱/۲	۰/۲۸
عملکرد نامناسب در طول روز	۰/۹۷ ± ۰/۸۵	۰/۶۲ ± ۰/۷۱	۰/۰۰۰۱
نمره کل PSQI	۷/۲۶ ± ۴/۷۹	۶/۸۷ ± ۴/۹	۰/۵

بحث

این تحقیق نشان داد تقریبا نیمی از بیماران بستری (۴۵/۹٪) کیفیت خواب نامطلوب داشتند. به نظر می‌رسد با افزایش سن کمیت و کیفیت مراحل یک و دو که سبک ترین دوره خواب است افزایش می‌یابد اما مر احل ۳ و ۴ که عمیق ترین مرحله خواب است کاهش می‌یابد [۲۶]. با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می شود. 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[1] نیز نشان داد که بیش از ۴۰درصد 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 متاهل مطلوب‌تر از افراد تنها، بیوه و یا مطلقه بود. کسانی که متاهل هستند از یک منبع بزرگ حمایت اجتماعی یعنی خانواده برخوردار هستند و برعکس افراد بیوه و تنها از این حمایت محروم می باشند. در کنار این محرومیت بیماری نیز استرس دو چندان به فرد وارد می آورد. به همین دلیل بی خوابی در افراد تنها شایع تر است. عامل طلاق یکی از عوامل خطر ساز مهمی است که در ایجاد شیوع تمامی اختلالات خواب نقش دارد [۲۷]

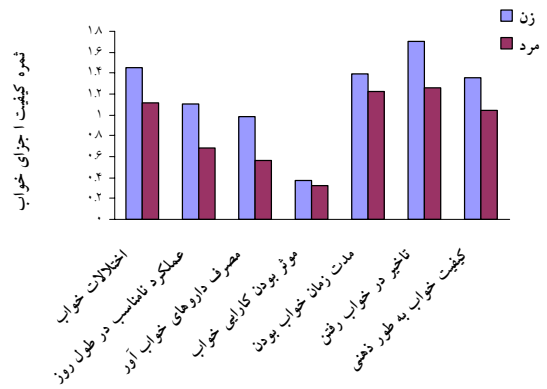
فولی[2] و همکاران بیان می کنند که دوران بیوه گی با افزایش خطر اختلالات خواب در جمعیت بالای ۶۵ سال همراه است [۲۴]. تنها بودن یا طلاق داده شدن و بیوه بودن فاکتورهایی هستند که رابطه مثبت آنها با بی خوابی و اختلالات خواب در مطالعات قبلی نشان داده شده است [۲۸]. در این پژوهش بررسی وضعیت کیفیت خواب در بخش‌های مختلف بیمارستانی نشان داد که در بخش‌های جراحی کیفیت خواب بهتر از سایر بخش‌ها بود. در مطالعه دوگان[3] و همکاران اختلاف معنی داری بین کیفیت خواب بیماران بستری در سه کلینیک روانپزشکی (۰/۶۶ ± ۹/۱)، جراحی(۰/۴۹ ± ۸/۱) و داخلی (۰/۲۹ ± ۶/۶) مشاهده شد [۲۹]. در مطالعه سوتول[4] 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 بیماری های روان بیان شده است [۳۰]. مطالعه دیگری نشان داد که کیفیت خواب بیماران در بخش های جراحی بدتر از بخش های 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، شب ادراری ... رنج می‌برند که کنترل این مشکلات به راحتی امکان پذیر نبوده است ولی در بخش های جراحی عمده ترین

1 - Bazargan

2 - Foley
3 - Dogan
4 - Southwell

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

مشکل، درد ناشی از برش جراحی بوده است که بـا مـصرف داروهـای آرام بخش تسکین داده شده اند. از ایـن رو کیفیـت خـواب در بخـش جراحی بهتر از داخلی بوده است. طبق نتایج بدست آمـده جـنس نیـز یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت خواب بود و تفاوت معناداری بـین کیفیت خواب زنان و مردان وجود داشت. در مطالعه ای که در لهـستان انجام شد جنس یکی از چهار عامل مربوط به اختلال خواب بـود [۲۷]. تفاوت‌های جنسیتی در اختلال خواب بوسـیله چنـدین ارزیـابی دیگـر 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 بـه طـور مشخص با اختلالات خواب ارتبـاط داشـت[۳۱ ، ۳۲ ، ۳۳]. تحقیقـات دیگر نشان داده است یائسگی نقش مهمی در تغییرات ساختاری خواب زنان سالـمند دارد و در دوره بعد از یائسگی خـواب آنـان نـسبت بـه دورهجوانی دچار اختلال می‌گردد. در این دوره شروع خواب با تـاخیر 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 خانـه و در اجتماع و مشغولیت ذهنی آنان در مورد عدم انجام وظایفشان هنگـام بستری شدن باعث اختلال در خواب آنان شده اسـت. همچنـین ممکـن است علت ضعیف تر بودن کیفیت خواب در زنان این باشد کـه آنـان قبل از یائسگی دوره هایی از بارداری و شیردهی را داشته انـد. بیـداری های این دوره در طول شب شاید باعث اختلال در سیکل خـواب آنـان شده و به شکل یک عادت باقیمانده است و هنـوز ادامـه دارد. بررسـی ارتباط کیفیت خواب با نوع اختلال خواب تفاوت معنی دار ی را نـشان 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. عمومی‌ترین شکایت خواب افراد سالمند مربوط بـه اشـکال در شـروع 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 می‌شود [۳۵]. ولی در در تحقیق فولی و مکال[5] اشکال در ابقاء خواب توسط سالمندان بیشتر از اشکال در شروع خواب گـزارش شـده اسـت [۷،۳۶] . در این پژوهش کیفیت خـواب در کـسانی کـه بیمـاری هـای تنفسی و خونی داشتند نامطلوب تر از سایر بیماری ها بود و کسانی که به علت دیابت، بیماری های چشم و گوش و مشکلات دسـتگاه ادراری بستری شده بودند از کیفیت خواب بهتری بر خوردار بودند. به نظر می-رسد بیماری های تنفسی شرایط نامطلوب مداومی مثل سـرفه و تنگـی نفس در فرد ایجاد می کردند که باعث اختلال در خواب بیمـاران شـده بود و بیماری های خونی که عمدتا سرطان‌ها بودند به علت پیش آگهی بد، افسردگی و اضطراب ایجاد می کردند کـه خـود از عوامـل اصـلی مرتبط با اختلال خواب است. یافته های این تحقیق بین کیفیـت خـواب در مشکلات جسمی مختلف ارتباط معنی داری را یافت. میانگین نمـره کیفیت خواب در افرادی که تنگی نفس داشتند بیش از سایر مـشکلات جسمی بود. مقایسه مشکلات جسمی بیماران نشان داد افرادی که شـب ادراری داشتند نمره میانگین کیفیت خواب آنان زیر ۶ بـود ولـی سـایر مشکلات مانند سرفه، درد و یا ترکیبی از همه مشکلات، کیفیت خواب نامطلوبی برای بیمار ایجاد می‌کردند. به نظر می رسد 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 خـواب در ایـن افـراد کاهش داشت ولی شب اداری باعث می شد فـرد هـر چنـد سـاعت از خواب بیدار شود. در این فواصل بیمار حداقل یک الی دو سیکل خواب را طی می کرد. به همین علت کیفیت خواب در ایـن بیمـاران بهتـر 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 خـواب شده بود محرکهای نوری بودند. بعد از محرکهای نوری ترکیبی از همـه عوامل محیطی یعنی سرو صدا، نور و گرما دخالت داشتند. ووتن[6] ذکر کرده است علت اختلالات خـواب سـالمندان بخـصوص در مکانهـای بیمارستانی محرک های محیطی هستند. چرا که افراد پیر تر بـه محـرک های محیطی بیشتر حساس می باشند [۳۷]. ریمونـد[7] نیـز معتقـد اسـت اغلب بیماران بستری از اختلالات خواب شاکی هستند. این شکایت می-تواند به عوامل محیطی مثل سر و صدای محیط نـور و مداخلـه مکـرر پرسنل و یا عوامل داخلی مثل هذیان، افسردگی، استرس، عدم توانـایی در دراز کشیدن و درد مربوط باشد [۱۲]. یافتـه هـا نـشان داد کیفیـت خواب در افراد بی سواد کمتر از سایر رده های تحصیلی بود. تحقیقات دیگر نیز این یافته را تایید می کند . گزارش ژلنبرگـر[8] و همکـاران در لهستان نشان داد که سطح تحصیلات پایین تـر بـا فراوانـی بـالاتری از

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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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 فرید من 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 بی سواد 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 می کند بنابراین با بستری شدن بیشتر دچار استرس می شوند که خود یکی از عوامل روانی مختل کننده خواب است. با توجه به یافته های این تحقیق تفاوتی میان کیفیت خواب کسانی که چرت روزانه داشتند با کسانی که در طول روز چرت نمی زدند 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، 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 می رسد داشته باشد این است که آغاز خواب شبانه را به تاخیر می‌اندازد [۴۳].

نتیجه‌گیری

کیفیت کلی خواب تقریبا 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 بیماری های تنفسی یا خونی داشتند از کیفیت خواب پایین‌تری 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.

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.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

[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 Willams & 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. ***Tur Psychiat*** 1996;7:107–15.
[22] Lesage1 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. Cioeconomic 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.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]