Journal of Police Medicine

Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 149-158

Original Article

Sleep Disorders in Military Nurses

Received: 20 July 2014 **Revised:** 17 November 2014 **Accepted:** 23 November 2014

ABSTRACT

Background: Nurses must stay awake during the night to provide nursing cares. This can cause sleep problems in these personnel. The aim of this study was to assess the prevalence of sleep disorders among military nurses.

Materials and Methods: A sample of 272 nurses who were randomly selected with a multi stage cluster method, participated in this cross sectional study. Sleep quality and day time sleepiness were assessed based on Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth sleepiness scale. Demographic characteristics were also collected and all data analyzed with SPSS 15.

Results: Of 272 studied nurses, 43% were male and 57% were female. Daytime Sleepiness score was achieved 16%. Most of the nurses had a degree of sleep disruption (63.8%) and only 10.9% had not have any sleep disorders.

Conclusion: Due to similar rate of sleep disorders and sleepiness in military nurses to other shift work personnel, necessary measures should be similarly taken to reduce this problem.

Keywords: sleep disorders, nurses, military personnel

Minoo Asadzandi[1]

Roghayeh Sayari[2]

Hormoz Sanayinasab[3]

Abbas Ebadi[4]

Fatemeh Rahmati Najarkolaei[5*]

Farzaneh Chavoshi[6]

[1]Assistant Professor, Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University Of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]MSc, Military Nursing, School of Nursing, Baqiyatallah University Of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[3]Associate Professor, Health Faculty, Baqiatallah Medical Sciences University, Tehran, Iran.

[4]Associate Professor Behavioral Sciences Research Center (BSRC), Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[5]Assistant Professor, Health Research Centre, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[6]Occupational Medicine Specialist, Health Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[*]**Corresponding Author:**
Fatemeh Rahmati Najarkolaei
Tel: (+98)9124493479
e-mail: fatemeh_rahmaty@yahoo.com

پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۵۸-۱۴۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

تعیین اختلالات اولیه خواب در پرستاران نظامی

تاریخ دریافت: ۲۹ تیر ۱۳۹۳ **تاریخ اصلاح:** ۲۶ آبان ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۲ آذر ۱۳۹۳

مینو اسدزندی[۱]

رقیه سیاری[۲]

هرمز سنایی‌نسب[۳]

عباس عبادی[۴]

فاطمه رحمتی نجارکلائی[۵*]

فرزانه سادات چاووشی[۶]

[۱]استادیار، مرکز تحقیقات طب قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

[۲]کارشناسی ارشد پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

[۳]دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

[۴]دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

[۵]استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

[۶]متخصص طب کار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) ، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:

فاطمه رحمتی نجارکلائی

تلفن: ۲۱۸۲۴۸۲۴۶۹(۹۸+)

پست الکترونیک:

fatemeh_rahmaty @yahoo.com

چکیده

مقدمه: پرستاران به‌منظور ارائه مراقبت پرستاری در طول شبانه‌روز، ناگزیر به بیدار ماندن‌های شبانه هستند که می‌تواند سبب اختلال خواب آن‌ها شود. هدف از انجام این مطالعه، بررسی فراوانی اختلالات اولیه خواب در بین پرستاران نظامی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی– مقطعی ۲۷۲ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان نظامی منتخب را که با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای احتمالی انتخاب شدند، مورد بررسی قرار داد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استانداردشده کیفیت خواب پیتزبورگ و مقیاس خواب‌آلودگی ایپورث بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS۱۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: از بین ۲۷۲ پرستاران موردمطالعه ۴۳ درصد مرد و ۵۷ درصد زن بودند. فقط ۱۰/۹ درصد از پرستاران هیچ نوع اختلال خواب ندارند. ۶۸/۳ درصد دارای درجاتی از اختلال اولیه خواب هستند و میزان خواب‌آلودگی در طی روز ۱۶ درصد محاسبه گردید.

نتیجه‌گیری: میزان اختلال خواب و خواب‌آلودگی در پرستاران نظامی با دیگر افراد دارای مشاغل نوبت‌کاری هم‌خوانی دارد، لذا در پرستاران نظامی نیز مشابه با سایر گروه‌های شغلی، بایستی تمهیدات لازم جهت کاهش این مشکل صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: اختلالات خواب، پرستاران، کارکنان نظامی

مقدمه

خواب برای حفظ سلامت جسمی و روانی انسان ضروری است و برآورده نشدن این نیاز فیزیولوژیک می‌تواند حیات انسان را به خطر اندازد [۱]. اختلال خواب علاوه بر خستگی، باعث اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه و یادگیری، افزایش استرس و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی افراد شده و اثرات زیانباری بر روی سطح سلامتی می‌گذارد [۲].

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 149-158

اختلالات اولیه خواب، اختلالاتی است که ناشی از بیماری جسمی، روانی یا سوءمصرف مواد نبوده، بلکه بر اثر مکانیسم غیرطبیعی خواب، بیداری و اغلب به‌دنبال شرطی شدن به‌وجود می‌آیند. میزان خواب آلودگی شدید روزانه در جمعیت عمومی حدود ۵-۴ درصد گزارش شده که این امر باعث حوادث صنعتی ناشی از خواب‌آلودگی، تصادفات جاده‌ای، کاهش بهره‌وری و هزینه بالای مصرف داروهای خواب‌آور می‌شود [۳].

اگرچه شیوع اختلالات خواب در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۱۵ درصد می‌باشد، اما مطالعه‌ای در استرالیا اختلال خواب را در محدوده سنی ۲۴-۱۸ سال، ۲۰ درصد گزارش کرده و ۱۱/۷ درصد افراد را واجد حالت خواب‌آلودگی مزمن می‌داند [۴].

در بخش بهداشت و درمان نسبت افرادی که در نوبت شب مشغول بکارند بیشتر از شاغلین دیگر است، به طوری که ۳۶/۹ درصد کارکنان بیمارستان‌ها شب‌کار بوده و اکثرشان نیز پرستارند [۵]. کار کردن در شب برخلاف سرشت انسان بوده و سبب اختلال در ریتم شبانه‌روزی (ساعت بیولوژیک) بدن می‌شود. ماهیت شغل پرستاری و استرس‌های شغلی پرستاران، در کنار عوامل محیط کار (سروصدا، ارتعاشات، عوامل فیزیکی و شیمیایی و غیره) با تشدید اختلال خواب، سبب خواب‌آلودگی روزانه می‌شود [۶] که تحقیقی که در سال ۱۹۹۲ در آمریکا انجام‌شد نیز مؤید این امر است. از آنجایی که اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه باعث کاهش توانایی و کارکرد، تمرکز و افزایش اشتباهات درمانی و خطر بروز سوانح و حوادث می‌شود، پرستاران شیفت شب را در معرض ابتلا به این بیماری قرار می‌دهد [۷].

مطالعه‌ای که در پرستاران دو بیمارستان زنجان انجام شد، نشان داد از ۱۷۷ پرستار موردبررسی ۶۶ درصد اختلال در به خواب رفتن، ۵۵ درصد وقفه در خواب، ۳۷ درصد خواب مداوم کمتر از ۶ ساعت و ۶۸ درصد احساس خستگی بعد از بیدار شدن از خواب را گزارش نمودند [۸]. در پژوهش انجام‌شده کلاگری در دانشگاه شهید بهشتی بین پرستاران ۴۵-۲۰ ساله، نشانگر اختلال در تداوم خواب ۷۲/۴ درصد، اختلال در شروع خواب ۵۵/۸ درصد ، بیدار شدن زودرس ۵۲/۷ درصد ، خواب آلودگی مفرط ۶۵/۵ درصد و ناهنجاری خواب ۳۶/۹ درصد بوده است [۹]. پژوهش سال ۱۹۸۰ در پرستاران فرانسه نیز نشان داد که آن ها از بیداری زودرس ناشی از نوبت کاری رنج می‌برند [۱۰].

توجه به مسئله اختلال خواب در پرستاران خصوصاً پرستاران نظامی که علاوه بر فشارهای شغلی، مسئولیت سنگین پشتیبانی در امر مسائل نظامی و خدمت‌رسانی به افراد در شرایط بحران و بلایا را بر عهده دارند، بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر درصدد است تا با بررسی فراوانی اختلالات اولیه خواب، بتواند طی تمهیدات آموزشی و اصلاح شرایط محیطی، نسبت به اصلاح آن اقدام مؤثری نماید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک تحقیق توصیفی- مقطعی است. جامعه پژوهش، پرستاران شاغل در یک بیمارستان وابسته به نیروهای مسلح بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل کارکنان برای همکاری در مطالعه، داشتن سطح تحصیلات کاردانی و بالاتر در رشته پرستاری، اشتغال در بیمارستان منتخب نظامی و عدم شرکت در تحقیق مشابه دیگر به‌صورت همزمان بود. معیار خروج از مطالعه نیز قرارگرفتن در وضعیت بحرانی (مانند مرگ عزیزان، آتش سوزی، مهاجرت یا سانحه) در زمان انجام مطالعه بود، چراکه این قبیل بحران‌ها می‌تواند با ایجاد استرس زیاد، سلامت روانی فرد را دچار اشکال کند.

با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای احتمالی و با احتساب درصد میزان اختلالات اولیه خواب و محاسبه تعداد نمونه بر اساس a =۰/۰۵ و میزان حداکثر شیوع در مطالعات مشابه p=٪۲۸، حجم نمونه در مجموع ۳۰۹ نفربرآورد شد که ۳۱۰ پرسش‌نامه به‌صورت حضوری توزیع گردید. با توجه به عدم تمایل تعدادی از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه و مخدوش بودن برخی از پرسش‌نامه‌ها در نهایت ۲۷۲ پرسش‌نامه قابل‌قبول بدست آمد. بخش‌های موردبررسی، ۲۹ بخش بالینی از بیمارستان وابسته به نیروهای مسلح بود. از هر بخش با توجه به تعداد پرستاران، تعداد نمونه کافی بر اساس لیست به روش تصادفی ساده انتخاب شد.

با مراجعه حضوری به نزد کارکنان انتخابی، هدف از تحقیق تشریح شد و پس از اعلام رضایت ایشان برای شرکت در تحقیق، از آن‌ها رضایت نامه کتبی گرفته شد. سپس مندرجات پرسشنامه و روش تکمیل آن بیان شد. با روش کدگذاری پرسشنامه، به واحدهای موردپژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات آنان اطمینان قطعی داده شد و در بخش بالای هر پرسشنامه این مورد قید گردید. با در نظر گرفتن مناسب نبودن شرایط بالینی بخش برای تکمیل پرسشنامه، زمان کافی برای تکمیل پرسشنامه در نظر گرفته شد.

از آنجایی که اختلالات اولیه خواب شامل آن دسته از اختلالاتی است که ناشی از بیماری جسمی، بیماری روانی و یا سوءمصرف مواد نباشد، لذا ضرورت داشت که ابتدا بررسی وجود یا عدم وجود بیماری جسمی (نشانگان جسمی) و نیز بررسی وضعیت سلامت روان و سابقه سوءمصرف مواد در کارکنان انتخاب شده صورت گیرد و پس از کنارگذاشتن نمونه های مبتلا به مشکلات سه‌گانه فوق، از بین افرادی که از سلامت روانی و جسمی برخوردار بوده و هیچ‌گونه اعتیاد (سوءمصرف مواد) نداشتند، بررسی کیفیت خواب بعمل آید، به این منظور تحقیق در سه مرحله انجام شد.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۵۸-۱۴۹

ابتدا به‌وسیله پرسشنامه اطلاعات فردی و سپس پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) که دارای ۴ مقیاس است و هر مقیاس با ۷ سؤال به بررسی نشانگان جسمانی اضطراب و اختلال خواب اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی و گرایش به خودکشی می‌پردازد و نیز با یک سؤال باز درباره تشریح وضعیت سلامت جسمی و وجود هرگونه بیماری جسمی، اطلاعاتی جهت غربالگری روانپزشکی و سلامت جسم جمع‌آوری گردید.

در مرحله دوم تحقیق با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده DASS-21 لویباند و لاویباند (۱۹۹۵) افسردگی، اضطراب و استرس (واکنش های هیجانی) پرستاران غربال شده از گروه قبل (اول) مورد بررسی قرار گرفت و در کنار آن با یک سؤال باز درباره تشریح هرگونه مصرف داروی مسکن و با یا بدون تجویز پزشک، افراد مبتلا به اختلالات روانی و یا اعتیاد غربال شدند.

ابزارهای مطالعه

۱- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): ابزار ۲۸ سؤالی است که شناخته ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلد برگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شده و تاکنون به ۳۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است و یک پرسشنامه به‌روز روان‌شناختی است. فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده شد دارای ۴ مقیاس است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که چهار دسته از اختلالات غیرسایکوتیک شامل ۱- نشانگان جسمانی ۲-اضطراب و اختلالات خواب ۳- اختلال در کارکردهای اجتماعی ۴- افسردگی و گرایش به خودکشی را اندازه گیری می کند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرتی و ضریب پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی، ۸۸ درصد گزارش نموده‌اند [۱۲ و ۱۱].

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): پرسشنامه استانداردی است که به بررسی افسردگی، اضطراب و استرس (واکنش های هیجانی) پرستاران می پردازد. این پرسشنامه اولین بار توسط لویباند و لاویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید و پاسخ به آن بر مبنای گزینه های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می باشد. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ می‌باشد [۱۴ و۱۳].

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسشنامه توسط دانیل جی بای سی[1] و همکاران برای اندازه گیری کیفیت خواب ساخته شده است. پایایی این مقیاس ۸۳ درصد محاسبه شده و از میزان حساسیت ۸۹ درصد و ویژگی ۸۶ درصد برخوردار است. این پرسشنامه نگرش فرد را در مورد کیفیت خوابش در طی چهار هفته گذشته بررسی می‌نماید. پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتزبورگ، ۹ سؤال دارد که سؤالات ۱ تا ۴ سؤالات باز پاسخ و ۵ تا ۹ آن بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای است. هفت نمره برای مقیاس‌های: ۱) توصیف کلی فرد از کیفیت خواب ۲) تأخیر در به خواب رفتن، ۳) طول مدت خواب مفید، ۴) کفایت خواب (بر پایه نسبت طول مدت خواب مفید بر کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می شود)، ۵) اختلال‌های خواب (به‌صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود)، ۶) میزان داروی خواب آور مصرفی و ۷) عملکرد صبحگاهی (به‌صورت مشکلات ناشی از بدخوابی که توسط فرد در طول روز تجربه شده است)، تعریف می‌شود که هر مقیاس امتیازی از صفر تا سه می‌گیرد و درنهایت یک امتیاز کلی به دست می‌دهد [۱۵].

مقیاس خواب آلودگی اپیورث: این پرسشنامه به‌وسیله ماری جونز[2] هنگامی که در مرکز خواب اپیورث استرالیا کار می کرد، تهیه شد. میزان ثبات داخلی مقیاس از طریق کرونباخ ۹۵ درصد گزارش شده است. مقیاس خواب‌آلودگی اپیورث جهت ارزیابی میزان خواب‌آلودگی روزانه طراحی شده است. در این مقیاس، هشت وضعیت مختلف تعریف شده است که فرد باید احتمال چرت زدن و یا به خواب رفتن خود را در این هشت وضعیت مشخص نماید. هر مورد از صفر تا سه، امتیازبندی شده است. امتیاز صفر یعنی چرت زدن و یا به خواب رفتن در آن وضعیت هیچ‌گاه اتفاق نمی‌افتد و امتیاز سه یعنی احتمال زیاد چرت زدن و یا به خواب رفتن در آن وضعیت وجود دارد. مجموع امتیازات ده یا بیشتر نشان‌دهنده خواب‌آلودگی روزانه بیش‌ازحد در فرد پاسخ‌دهنده است [۱۷ و۱۶].

داده های جمع آوری شده بعد از ورود در نرم‌افزار SPSS۱۵ با روش های توصیفی و تحلیلی (کای اسکوئر و من ویتنی) تحلیل شدند.

یافته‌ها

مرحله اول: از بین ۲۷۲ پرستار موردمطالعه ۴۳ درصد مرد با میانگین سنی ۷/۸ ± ۳۸/۶۹ سال و ۵۷ درصد زن با میانگین سنی ۴/۹۳ ± ۳۵/۵۳ سال بودند. در بررسی سوابق شغلی ۷۹ درصد نوبت در گردش بودند و میانگین ساعات کار در هفته ۱۹/۴۷ ± ۵۵/۲۷ ساعت بود (جدول ۱).

با در نظر گرفتن مقیاس‌های چهارگانه موردبررسی در GHQ-28، ۵۲/۴ درصد افراد از اختلال در عملکرد اجتماعی ، ۳۴/۸ درصد از علائم اضطراب و اختلال خواب، ۱۰/۴ درصد از افسردگی و ۲۳ درصد از علائم جسمانی شکایت داشتند. در این میان شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در پرستاران زن به‌طور معنی‌داری بیش از مردان بود (P = ۰/۰۴) و شیوع موارد مشکوک به افسردگی

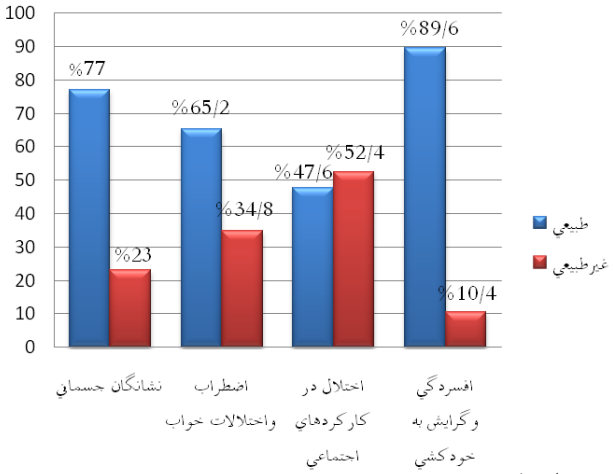
1: Daniel J Buysse, 2: Murry Johns

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 149-158

جدول ۱: توزیع مشخصات جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه

متغیرهای موردمطالعه		تعداد	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۱۱۷	۴۳
	زن	۱۵۵	۵۷
تأهل	مجرد	۴۱	۱۵
	متأهل	۲۲۹	۸۵
تعداد فرزند	بدون فرزند	۷۶	۲۸/۱
	یک فرزند	۶۲	۲۳
	دو فرزند	۸۸	۳۲/۶
	سه تا پنج فرزند	۴۶	۱۶/۹
دارای فرزند زیر دو سال	بلی	۲۶	۹/۶
	خیر	۲۴۵	۹۰/۴
مدرک تحصیلی	کاردانی	۳۸	۱۴/۲
	کارشناسی	۲۱۷	۸۱/۳
	کارشناسی ارشد	۱۲	۴/۵
ساعات کاری	۱۳تا ۳۵ ساعت	۹	۳/۳
	۳۶تا ۴۲ ساعت	۹۶	۳۵/۳
	بیشتر از ۴۳ ساعت	۱۶۷	۶۱/۳
سابقه کار	کمتر از ۶ سال	۶۴	۲۳/۵
	۷تا ۱۲ سال	۹۴	۳۴/۶
	۱۳تا ۱۸ سال	۵۵	۲۰/۲
	۱۹تا ۲۴ سال	۳۴	۱۲/۵
	بیشتر از ۲۵ سال	۲۵	۹/۲
بخش کاری	بخش‌های ویژه و اورژانس	۱۱۶	۴۲/۶
	بخش‌های داخلی و اطفال	۱۰۸	۳۹/۷
	بخش‌های جراحی و زنان	۴۸	۱۷/۶
نوبت‌کاری	نوبت ثابت	۵۸	۲۱
	نوبت چرخشی	۲۱۴	۷۹

در افراد مجرد (۱۵/۱ درصد نمونه‌ها) بیشتر از افراد متأهل (۸۴/۲ درصد نمونه‌ها) بود (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد موردمطالعه بر اساس زیر مقیاس های سلامت روانی

بین اختلالات عملکرد جسمانی، اضطراب، افسردگی و جنسیت اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (P = ۰/۰۲) یافته‌ها نشان می‌دهد ۲۲/۴ درصد پرستاران نوبت کاری ثابت، دارای سلامت روانی نامطلوب بودند که این میزان در پرستاران نوبت در گردش ۲۶/۸ درصد بود. در بررسی زیر مقیاس‌ها، میانگین افسردگی و تمایل به خودکشی در پرستاران با نوبت‌کاری ثابت ۲/۷ ± ۴/۹۲ و در نوبت در گردش‌ها ۴/۴۱ ± ۶/۱۱ به‌دست آمد.

در کل، ۱۹۹ نفر یعنی ۷۴ درصد از کل واحدهای پژوهش دارای نمره زیر نمره برش و ۷۰ نفر(۲۶ درصد) دارای نمره بالاتر از نمره برش بودند و به‌نوعی مشکوک به اختلال روانی بودند.

مرحله دوم: از بین افرادی که در مرحله اول غربال شدند نتایج بررسی حاصل از پرسشنامه DASS-21 بیانگر موارد زیر بود:

فراوانی افسردگی در میان پرستاران ۲۴/۹ درصد بود که ۱۷/۵ درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۷/۵ درصد افسردگی شدید داشتند.

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۵۸-۱۴۹

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی واحدهای موردمطالعه بر اساس زیر مقیاس افسردگی، اضطراب افسردگی در پرستاران با استفاده از پرسشنامه DASS-21.

	افسردگی		اضطراب		استرس	
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۲۰۲	۷۵/۱	۱۹۴	۷۲/۱	۲۰۵	۷۶/۲
خفیف	۳۰	۱۱/۲	۳۳	۱۲/۳	۲۵	۹/۳
متوسط	۱۷	۶/۳	۱۸	۶/۷	۲۲	۸/۲
شدید	۱۲	۴/۵	۱۰	۳/۷	۱۳	۴/۸
بسیار شدید	۸	۳	۱۴	۵/۲	۴	۱/۵
جمع	۲۶۹	۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰
میانگین و انحراف معیار	۳/۴۳ ± ۳/۵		۳/۰۷ ± ۲/۹۸		۴/۸۳ ± ۴/۱	

فراوانی اضطراب ۲۷/۹ درصد بود که ۱۹ درصد اضطراب خفیف تا متوسط و ۸/۹ درصد اضطراب شدید داشتند.

۲۳/۸ درصد نیز دارای درجاتی از استرس بودند. اگر موارد خفیف را در مقیاس DASS به علت غیر مرضی بودن کنار گذاشته شود [۱۸]، ۴۳/۹ درصد پرستاران، سلامت روانی نداشتند. میانگین و انحراف معیار در جدول ذکر شده است (جدول ۲ و نمودار ۲).

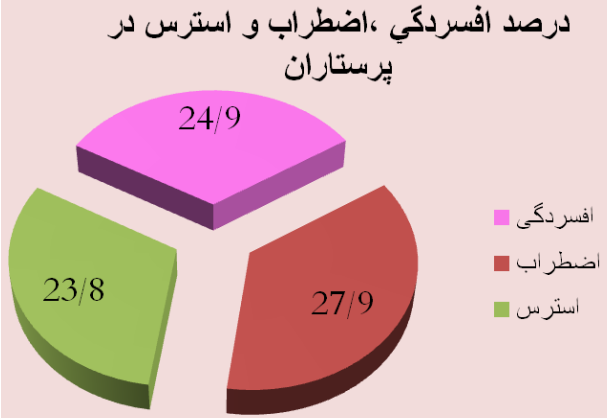
مرحله سوم: در این مرحله از بین ۱۳۷ نفر پرستار غربال‌شده که دارای سلامت جسمی روانی بوده و سوءمصرف مواد نداشتند، کیفیت خواب (با پرسشنامه پیتزبورگ) و میزان خواب آلودگی روزانه (با پرسشنامه ایپورت) بررسی شد.

میانگین نمره کیفیت خواب واحدهای موردبررسی ۱/۶۸ ± ۷/۳۳ بود. در بررسی کیفیت خواب به‌طور ذهنی ۲۶/۴ درصد افراد کیفیت خواب خود را بسیار خوب ۵۹/۸ درصد نسبتاً خوب، ۱۰ درصد نسبتاً بد و ۳/۸ درصد خیلی بد ارزیابی کردند. طبق بررسی زمان طی شده برای شروع خواب، این مدت زمان در ۴۰/۲ درصد پرستاران ۳۰-۱۶ دقیقه، در ۳۲/۳ درصد پرستاران ۶۰-۳۱ دقیقه و در بقیه بیشتر از یک

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار شاخص‌های اختلال خواب و کیفیت خواب و دیگر شاخص‌ها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار			
			خیلی خوب	۶۹	۲۶/۴
			نسبتاً خوب	۱۵۶	۵۹/۸
کیفیت خواب به‌طور ذهنی	۱	۰/۴۱	نسبتاً بد	۲۶	۱۰
			خیلی بد	۱۰	۳/۸
			جمع	۲۶۱	۱۰۰
			بیش از ۷ ساعت	۵۸	۲۲/۶
			۷-۶ ساعت	۸۹	۳۴/۶
طول مدت خواب مفید	۱/۹۴	۰/۷۵	ساعت ۶-۵	۶۸	۲۶/۵
			کمتر از ۵ ساعت	۴۱	۱۶
			جمع	۲۵۷	۱۰۰
			درصد ۸۵ بیشتر از	۱۶۷	۶۵/۵
			۷۵ تا ۸۴ درصد	۴۳	۱۶/۹
کفایت خواب	۱/۱۹	۰/۹۸	۶۵ تا ۷۴ درصد	۲۴	۹/۴
			کمتر از ۶۵ درصد	۲۱	۸/۲
			جمع	۲۵۵	۱۰۰
			هیچ مرتبه	۲۹	۱۰/۹
			کمتر از یک بار در طول هفته	۱۸۱	۶۸/۳
اختلالات خواب	۱/۱۴	۰/۴۸	۱ یا ۲ بار در طول هفته	۴۹	۱۸/۵
			۳ مرتبه یا بیشتر در طول هفته	۶	۲/۳
			جمع	۲۶۵	۱۰۰
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۲۸	۰/۸۱			
میزان داروی خواب‌آور مصرفی	۰/۰۶	۰/۲۳			
مشکل تمرکز حواس و عدم اشتیاق	۰/۷۲	۰/۶۱			

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 149-158



نمودار ۲: درصد مجموع سطوح از خفیف تا بسیار شدید افسردگی، اضطراب و استرس

ساعت بوده است. طول مدت خواب مفید در ۲۲/۶ درصد نمونه‌ها بیش از ۷ ساعت، در ۳۴/۶ درصد افراد ۷-۶ ساعت و در بقیه کمتر از ۶ ساعت در شب بود.

۶۵/۵ درصد از پرستاران کفایت خواب بالای ۸۵ درصد و بقیه زیر ۸۵ درصد را داشتند (کفایت خواب بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید به‌کل زمان سپری‌شده در رختخواب محاسبه می‌شود).

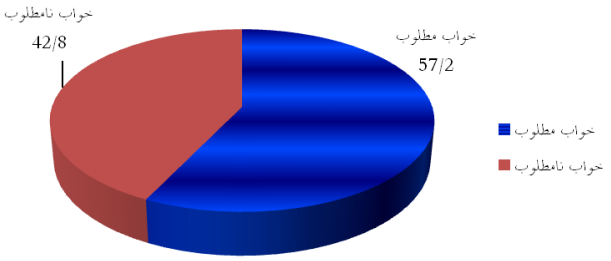
میانگین اختلال خواب ۱/۱۴ ± ۰/۴۸ بود و فقط ۱۰/۹ درصد پرستاران هیچ نوع اختلال خواب نداشتند و ۶۸/۳ درصد (۱۸۱نفر) درجاتی از اختلال خواب را گزارش نمودند. ۹۲ درصد، اصلاً داروی خواب‌آور مصرف نمی‌کردند و ۸ درصد بقیه در دفعاتی در هفته، دارو مصرف می‌کردند. ۴۴ درصد پرستاران هنگام صبح از عملکرد خوبی برخوردار بوده و ۵۶ درصد بقیه احساس آرامش و تمرکز حواس کافی برای فعالیت‌های اجتماعی و اشتیاقی جهت انجام کارهای روزمره را نداشتند. نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۲۱ متغیر است و کسب امتیاز بالاتر به منزله کیفیت خواب نامطلوب تر محسوب می‌شود. افراد با امتیاز ۵ یا کمتر دارای خواب مطلوب (۵۷/۲ درصد نمونه) و افرادی که امتیاز بیش از ۵ کسب کنند، دارای خواب نامطلوب در نظر گرفته می‌شوند که در این مطالعه شامل ۴۲/۸ درصد بودند.

از بین ۱۳۷ پرستار فاقد اختلال جسمی-روانی، ۲۷/۷ درصد (۳۸ نفر) دارای اختلال اولیه خواب و ۱۵/۹ درصد افراد دارای درجاتی از خواب‌آلودگی (بر اساس پرسشنامه ایپورت) بودند. همچنین امتیاز میانگین کیفیت خواب ۱ ± ۰/۴۱ بود (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

محاسبات آماری مرحله اول پژوهش نشان داد که ۲۶ درصد پرستاران شاغل در بیمارستان نظامی منتخب به‌نوعی مشکوک به اختلال روانی بودند. با توجه به در دست نبودن مطالعات مشابه (در زمینه پرستاران نظامی) آمار با مطالعات همه‌گیری شناسی اختلال روانی در ایران که طیف شیوع اختلالات روانی را از ۱۱/۹ تا ۲۳/۸ درصد متفاوت می‌داند، مقایسه شد [۲۰ و ۱۹]. نوربالا و همکاران میزان ابتلای افراد ۱۵ سال و بالاتر را به اختلالات‌روانی در ایران ۲۱ درصد گزارش نمودند [۲۱] و خاقانی‌زاده میانگین نمره سلامت روان پرستاران بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران را ۲۳/۲۹ گزارش کرد [۲۲]. مطالعه سلامت روان صاحبی در کارکنان بیمارستان‌های شیراز نشان داد که ۴۵/۶ درصد آن ها دارای اختلال روان بودند [۱۸]. در انگلستان میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران ۲۸/۵ درصد و در جمعیت عمومی ۱۷/۸ درصد گزارش شده است [۲۳]. در تایوان فراوانی‌ها به ترتیب در پرستاران و در جمعیت عمومی ۴۸/۸ درصد و ۳۳/۳ درصد بوده است [۲۴]. در مرحله دوم پژوهش فراوانی افسردگی در پرستاران مذکور ۲۴/۹ درصد، اضطراب ۲۷/۹ درصد و استرس ۲۳/۸ درصد به دست آمد.

بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت شیوع افسردگی در جامعه ۱۵ تا ۲۰ درصد و در پرستاران ۱۵ تا ۳۰ درصد برآورد و میزان شیـــــوع اضطراب نیز ۲۵ درصد تخمین زده شده است [۲۵] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. تحقیقی که در سال ۱۳۷۰ بر روی پرستاران بخش‌های ویژه انجام شد، محیط فیزیکی را مهم‌ترین منبع استرس‌زا (۸۱/۳ درصد) گزارش کرد. استرس پرستاران این بخش در مقایسه با پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی بیشتر بود [۲۶]. لی و وانگ عمده‌ترین منبع استرس شغلی پرستاران را بار کاری و مسئولیت ذکر کرده است [۲۷]. نتایج مرحله سوم پژوهش صادق‌نیت که در آن ۲۷/۷ درصد پرستاران دارای اختلال اولیه خواب بودند، ۱۵/۹ درصد درجاتی از خواب آلودگی روزانه داشتند و تنها ۲۶/۴ درصد کیفیت خواب خود را بسیار خوب ارزیابی کرده و فقط ۱۰/۹ درصد پرستاران هیچ نوع اختلال خوابی نداشتند در مقایسه با ۶۸/۳ درصد که در مطالعه حاضر دارای درجاتی از اختلال خواب بودند، قابل توجه است و با تحقیق انجام‌شده در بخش بهداشت و درمان که در آن تقریباً ۶۰ تا ۷۰ درصد نوبت‌کاران از اختلال خواب شکایت



نمودار ۳: توزیع فراوانی واحدهای موردمطالعه بر اساس امتیازات نمره کل پرسشنامه پیتزبورگ

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۵۸-۱۴۹

داشتند، همخوانی دارد. پژوهش باقری میانگین نمره کیفیت خواب پرستاران را ۵/۳ ± ۱۰/۱ گزارش کرد و ۲۲/۳درصد از واحدها دارای کیفیت خواب خوب بوده‌اند. میانگین زمان طی شده برای شروع خواب واحدها ۱۴/۹ ± ۳۰/۲ دقیقه برآورد شد و ۵۲/۱ درصد اظهار نمودند که بیشتر از ۳۰ دقیقه بعد از رفتن به بستر، به خواب می‌روند. در گروه شب‌کاران کیفیت خواب پائین‌تر بوده که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد [۲۸]. کلاگری و همکاران بیشترین اختلال خواب را از نوع اختلال در تداوم خواب یا فراوانی به میزان ۷۲/۴ درصد ذکر کرده که با پژوهش حاضر همخوانی دارد [۲۹]. ۲۰ درصد کارکنان در کشورهای صنعتی دارای نوبت‌کاری در گردش می‌باشند که ۱۰ درصد آن‌ها مبتلا به اختلال خواب می‌باشند [۳۰]. همچنین نتایج این پژوهش که گزارش می کند، ۴۴ درصد از پرستاران در هنگام صبح از عملکرد خوبی برخوردارند و بقیه احساس آرامش و تمرکز حواس کافی در فعالیت های اجتماعی و اشتیاق جهت کارهای روزمره را ندارند، با تحقیق بهرامی‌نژاد و همکاران همسویی دارد [۳۱]. نتایج این پژوهش مبنی بر میزان ۶۵/۵ درصد کفایت خواب بالای ۸۵ درصد، با میزان گزارش‌شده توسط شوارتز هم‌خوانی دارد [۳۲]. این پژوهش با مطالعه شاهسوند که میزان اختلالات خواب در پرستاران را بیش از ۸۳ درصد گزارش نموده نیز همسویی دارد ولی میزان خواب‌آلودگی در طی روز که در مطالعه حاضر ۱۶ درصد محاسبه شده، با این مطالعه که ۲۹ درصد شدید و ۹ درصد متوسط گزارش کرده متفاوت است [۳۳].

از آنجاکه میزان اختلال خواب و کیفیت خواب در کارکنان نظامی با دیگر شغل های مشابه تفاوت چندانی ندارد، لذا در این قشر نیز تمهیدات مشابهی که برای شایر مشاغل به کار می رود، موردنیاز است. بهبود کیفیت خواب پرستاران می‌تواند سلامت عمومی آن‌ها و نهایتاً کیفیت مراقبت‌های بعمل آمده از بیماران را ارتقـــاء دهد. با توجه به اینکه وجود اختلال خواب در پرستـــاران یک واقعیت غیرقابل انکار است، مدیران می توانند با اتخاذ تدابیر مناسب نظیر عدم برنامه ریزی شب کاری برای پرستاران مبتلا به افسردگی و بیماری قلبی ، تنظیم قوانین محدودکردن ساعت کاری کارکنان، خواب‌های کوتاه قبل از نوبت‌کار، مدیریت استرس، توجه به نظرات کارکنان در تنظیم برنامه نوبت کاری، فراهم کردن محیط آرام و تاریک که درجه حرارت مناسب برای خواب دارد، استفاده از پلاک های گوش و پوشش روی چشم در حین خواب، رعایت بهداشت خواب و آداب اسلامی و ارتباط با خدا قبل از خواب علاوه بر حفظ سلامت کارکنان، از بروز خطاهای پزشکی در محیط کار نیز پیشگیری کنند.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری نظامی دانشکده پرستاری دانشگاه بقیه‌الله می‌باشد.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Translated by Raffia H, Sobhanian kh. Tehran: Arjmand 2005; 301-26. (Persian)
2. Panaghi L, Kafashi A, Seraji M. Epidemiology of Sleep Disorders in Primary School Students in Tehran. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2004; 10: 50-8. (Persian)
3. Clark AJ, Flowers J, Boots L, Shettar S. Sleep disturbance in mid-life women. J Adv Nurs 1995; 22: 562-8.
4. Bartlett DJ, Marshall NS, Williams A, Grunstein RR. Sleep health New South Wales: chronic sleep restriction and daytime sleepiness. Intern Med J 2008; 38: 24-31.
5. Azad E, Fathhi Ashtiani A, Ahmadi Kh. Evaluation of stress in military personnel of Persian Gulf. J Mil Med 2007; 8: 249-54. (Persian)
6. Morovati MA. Towards Promoting health promotion model and evaluation it's with adult learning theory. PhD thesis 2005. (Persian)
7. Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE, et al. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. Am J Public Health 1992; 82: 1011-4.
8. Bahraminejad N, Hydari R, Afshinjo M, Dinmohammadi M. Sleep disorders among nurses in Zanjan. J Qazvin Univ Med Sci 2006; 10: 106-7. (Persian)
9. Kalagary Sh, Afsharimoghadam F, Azar M. The type of sleep disorders among nurses. J Gorgan Uni Med Sci 2001; 3: 46-50. (Persian)
10. Palma BD, Tiba PA, Machado RB, Tufik S, Suchecki D. [Immune outcomes of sleep disorders: the hypothalamic-pituitary-adrenal axis as a modulatory factor]. Rev Bras Psiquiatr 2007; 29 Suppl 1: S33-8.) Portuguese (
11. Molina JD, Andrade-Rosa C, Gonzalez-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real MA, Pintor C. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. Eur Psychiatry 2006; 21: 478-86.
12. Yaghubi H, Karimi H, Omidi A, Barouti E, Abedi M. Validity and factor structure of the general health questionnaire (ghq-12) in university students. J Behav Sci 2012; 6: 153-60. (Persian)
13. Baker RA, Andrew MJ, Schrader G, Knight JL. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. ANZ j surg 2001; 71: 139-42.
14. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of

Journal of Police Medicine
Fall 2014; Vol. 3, No. 3: 149-158

the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non clinical sample. Brit J Clin Psychol 2005; 44: 227-39.
15. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.
16. Giles TL, Lasserson TJ, Smith BJ, White J, Wright J, Cates CJ. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. Cochrane Database Syst Rev 2006: Cd001106.
17. Banerjee D. The Epworth Sleepiness Scale. Occup Med-Oxford 2007; 57: 232.
18. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. J Iran psychol 2006; 4: 299-310. (Persian)
19. Hatami H, Razavi M, Eftekhar ardebili H, Majlese F, seyed Nozadi M, Parizadeh MJ. Textbook of public health. Tehran: Arjmand 2005. (Persian)
20. Bagheriyazdi A, Bolhari J, Shahmohammad D. An Epidemiological Study of Psychological Disorders on a Rural Area (Meibod, Yazd) in Iran. IJPCP 1994; 1: 32-41.) Persian)
21. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184: 70-3.
22. khaghanizade M, Siratinir M, Abdi F, Kaviani H. Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran medical sciences university. J Fundam Ment Hlth 2006; 8: 141-8. (Persian)
23. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. BMJ 2000; 320: 1432-6.
24. Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. Psychol Med 1988; 18: 953-68.
25. Christian-Herman JL, O'Leary KD, Avery-Leaf S. The impact of severe negative events in marriage on depression. J Soc Clin Psychol 2001; 20: 24–40.
26. Ehteshami S. Stressful factors from the viewpoint of nurses working in public hospitals infectious. Tehran: Iran university sciences 1991. (Persian)
27. Lee I, Wang HH. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. J Nurs Res 2002; 10: 253-60.
28. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alaeenejad F. The association between quality of sleep and health -related quality of life in nurses. Hayat 2006; 12: 13 -20. (Persian)
29. Kalagary Sh, Afsharimoghadam F, Azar M. The type of sleep disorders among nurses. J Gorgan Uni Med Sci 2001; 3: 46-50. (Persian)
30. Admi H, Tzischinsky O, Epstein R, Herer P, Lavie P. Shift work in nursing: is it really a risk factor for nurses' health and patients' safety? Nurs Econ 2008; 26: 250-7.
31. Bahraminejad N, Hydari R, Afshinjo M, Dinmohammadi M. Sleep disorders among nurses in Zanjan. J Qazvin Univ Med Sci 2006: 10: 106-7. (Persian)
32. Schwartz JR, Roth T. Shift work sleep disorder: burden of illness and approaches to management. Drugs 2006; 66: 2357-70.
33. Salehi K, Alhani F, Sadegh-Niyat Kh, Mahmoudifar Y, Rouhi N. Quality of sleep and related factors among Imam Khomeini hospital staff nurses. IJN 2010; 23:18-25. (Persian)

مجله طب انتظامی
پاییز ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۳- صفحات ۱۵۸-۱۴۹