

Sleep Disorders in Military Nurses

Received: 20 July 2014

Revised: 17 November 2014

Accepted: 23 November 2014

ABSTRACT

Minoo Asadzandi¹Roghayeh Sayari²Hormoz Sanayinasab³Abbas Ebadi⁴Fatemeh Rahmati Najarkolaei^{5*}Farzaneh Chavoshi⁶

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

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

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

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

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

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

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

*Corresponding Author:

Fatemeh Rahmati Najarkolaei

Tel: (+98)9124493479

e-mail: fatemeh_rahmaty@yahoo.com

تعیین اختلالات اولیه خواب در پرستاران نظامی

تاریخ پذیرش: ۲ آذر ۱۳۹۳

تاریخ اصلاح: ۲۶ آبان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۲۹ تیر ۱۳۹۳

چکیده

مینو اسدزندی^۱رقیه سیاری^۲هرمز سنایی نسب^۳عباس عبادی^۴فاطمه رحمتی نجار کلائی^{۵*}فرزانه سادات چاووشی^۶

^۱استادیار، مرکز تحقیقات طب قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
^۲کارشناسی ارشد پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
^۳دانشیار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
^۴دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
^۵استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
^۶متخصص طب کار، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

مقدمه: پرستاران به منظور ارائه مراقبت پرستاری در طول شبانه روز، ناگزیر به بیدار ماندن های شبانه هستند که می تواند سبب اختلال خواب آن ها شود. هدف از انجام این مطالعه، بررسی فراوانی اختلالات اولیه خواب در بین پرستاران نظامی بود.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی ۲۷۲ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان نظامی منتخب را که با روش نمونه گیری چندمرحله ای احتمالی انتخاب شدند، مورد بررسی قرار داد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد شده کیفیت خواب پیتزبورگ و مقیاس خواب آلودگی ایپورث بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۵ تحلیل شد.

یافته ها: از بین ۲۷۲ پرستاران مورد مطالعه 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 خواب آلودگی در طی روز ۱۶ درصد محاسبه گردید.

نتیجه گیری: میزان اختلال خواب و خواب آلودگی در پرستاران نظامی با دیگر افراد دارای مشاغل نوبت کاری هم خوانی دارد، لذا در پرستاران نظامی نیز مشابه با سایر گروه های شغلی، بایستی تمهیدات لازم جهت کاهش این مشکل صورت گیرد.

کلید واژه ها: اختلالات خواب، پرستاران، کارکنان نظامی

*نویسنده مسئول:

فاطمه رحمتی نجار کلائی

تلفن: ۰۲۱۸۲۴۸۲۴۶۹ (+۹۸)

پست الکترونیک:

fatemeh_rahmaty@yahoo.com

مقدمه

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 می گذارد [۲].

خواب برای حفظ سلامت جسمی و روانی انسان ضروری است و برآورده نشدن این نیاز فیزیولوژیک می تواند حیات انسان را به خطر

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 به صورت همزمان بود. معیار خروج از مطالعه نیز قرار گرفتن 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 $a = 0.05$ و میزان حداکثر شیوع در مطالعات مشابه $p = 28\%$ ، حجم نمونه در مجموع ۳۰۹ نفر برآورد شد که ۳۱۰ پرسش‌نامه به صورت 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 قابل قبول 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 رضایت‌نامه 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 کنار گذاشتن نمونه‌های 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.

اختلالات اولیه خواب، اختلالاتی است که ناشی از بیماری جسمی، روانی یا سوءمصرف مواد نبوده، بلکه بر اثر مکانیسم غیرطبیعی خواب، بیداری و اغلب به دنبال شرطی شدن به وجود می‌آیند. میزان خواب‌آلودگی 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، ارتفاعات، عوامل فیزیکی و شیمیایی و غیره) با تشدید اختلال خواب، سبب خواب‌آلودگی روزانه می‌شود [۶] که تحقیقی که در سال ۱۹۹۲ در آمریکا انجام شد نیز مؤید این امر است. از آنجایی که اختلالات خواب و خواب‌آلودگی 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 انجام شده 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، خواب‌آلودگی مفرط ۶۵/۵ درصد و ناهنجاری خواب ۳۶/۹ درصد بوده است [۹]. پژوهش سال ۱۹۸۰ در پرستاران فرانسه نیز نشان داد که آن‌ها 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 بلايا را بر عهده دارند، بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر درصدد است تا با

ابتدا به وسیله 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 لوییند و لایویند (۱۹۹۵) افسردگی، اضطراب و استرس (واکنش‌های 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 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 شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ 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 اندازه‌گیری می‌کند. 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 استاندارد است که به بررسی افسردگی، اضطراب و استرس (واکنش‌های هیجانی) پرستاران می‌پردازد. این پرسشنامه اولین بار توسط لوییند و لایویند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید و پاسخ به آن بر مبنای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ می‌باشد [۱۴ و ۱۳].

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ: این پرسشنامه توسط دانیل جی بای سی^۱ و همکاران برای اندازه‌گیری 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 می‌شود)، ۵) اختلال‌های خواب (به‌صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود)، ۶) میزان داروی خواب‌آور 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 خواب‌آلودگی ایپورث: این پرسشنامه به‌وسیله ماری جونز^۲ هنگامی که در مرکز خواب ایپورث استرالیا کار می‌کرد، تهیه شد. میزان ثبات داخلی مقیاس از طریق کرونباخ ۹۵ درصد گزارش شده است. مقیاس خواب‌آلودگی ایپورث 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 بیش از حد در فرد پاسخ‌دهنده است [۱۷ و ۱۶].

داده‌های جمع‌آوری شده بعد از ورود در نرم‌افزار SPSS۱۵ با روش‌های توصیفی و تحلیلی (کای اسکوتر و من ویتنی) تحلیل شدند.

یافته‌ها

مرحله اول: از بین ۲۷۲ پرستار مورد مطالعه ۴۳ درصد مرد با میانگین سنی $38/69 \pm 7/8$ سال و ۵۷ درصد زن با میانگین سنی $40/93 \pm 35/53$ سال بودند. در بررسی سوابق شغلی ۷۹ درصد نوبت در گردش بودند و میانگین ساعات کار در هفته $19/47 \pm 55/27$ 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 ($P = 0/04$) و شیوع موارد مشکوک به افسردگی

جدول ۱: توزیع مشخصات جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	تعداد	فراوانی (درصد)
جنسیت		
مرد	۱۱۷	۴۳
زن	۱۵۵	۵۷
تأهل		
مجرد	۴۱	۱۵
متأهل	۲۳۹	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		
۱۳ تا ۳۵ ساعت	۹	۳/۳
۳۶ تا ۴۲ ساعت	۹۶	۳۵/۳
بیشتر از ۴۳ ساعت	۱۶۷	۶۱/۳
سابقه کار		
کمتر از ۶ سال	۶۴	۲۳/۵
۷ تا ۱۲ سال	۹۴	۳۴/۶
۱۳ تا ۱۸ سال	۵۵	۲۰/۲
۱۹ تا 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
نوبت کاری		
نوبت ثابت	۵۸	۲۱
نوبت چرخشی	۲۱۴	۷۹

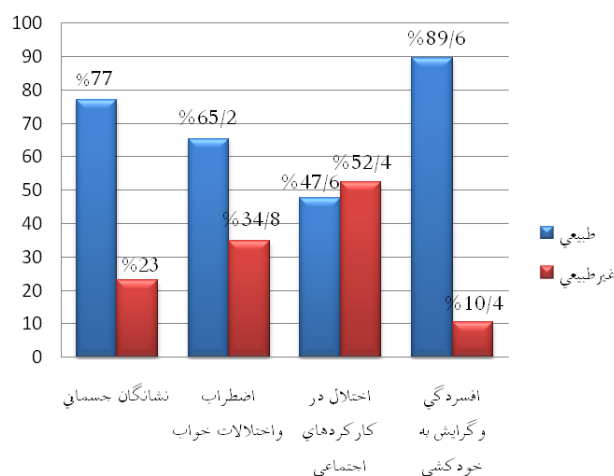
بین اختلالات عملکرد جسمانی، اضطراب، افسردگی و جنسیت اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۲$) یافته‌ها نشان می‌دهد ۲۲/۴ درصد پرستاران نوبت کاری ثابت، دارای سلامت روانی نامطلوب بودند که این میزان در پرستاران نوبت در گردش ۲۶/۸ درصد بود. در بررسی زیر مقیاس‌ها، میانگین افسردگی و تمایل به خودکشی در پرستاران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

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



نمودار ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر اساس زیر مقیاس‌های سلامت روانی

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

افسردگی		اضطراب		استرس	
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
طبیعی	۲۰۲	۷۵/۱	۱۹۴	۷۲/۱	۲۰۵
خفیف	۳۰	۱۱/۲	۳۳	۱۲/۳	۲۵
متوسط	۱۷	۶/۳	۱۸	۶/۷	۲۲
شدید	۱۲	۴/۵	۱۰	۳/۷	۱۳
بسیار شدید	۸	۳	۱۴	۵/۲	۴
جمع	۲۶۹	۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰	۲۶۹
میانگین و انحراف معیار	$3/43 \pm 3/5$		$3/07 \pm 2/98$		$4/83 \pm 4/1$

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 غربال شده که دارای سلامت جسمی روانی بوده و سوء مصرف مواد نداشتند، کیفیت

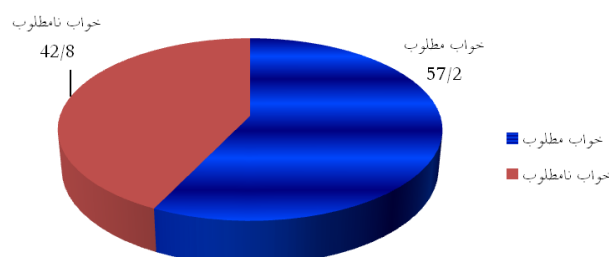
خواب (با پرسشنامه پیتزبورگ) و میزان خواب آلودگی روزانه (با پرسشنامه اپیورت) بررسی شد. میانگین نمره کیفیت خواب واحدهای مورد بررسی $1/68 \pm 7/33$ بود. در بررسی کیفیت خواب به طور ذهنی ۲۶/۴ درصد افراد کیفیت خواب خود را بسیار خوب ۵۹/۸ درصد نسبتاً خوب، ۱۰ درصد نسبتاً بد و ۳/۸ درصد خیلی بد ارزیابی کردند. طبق 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

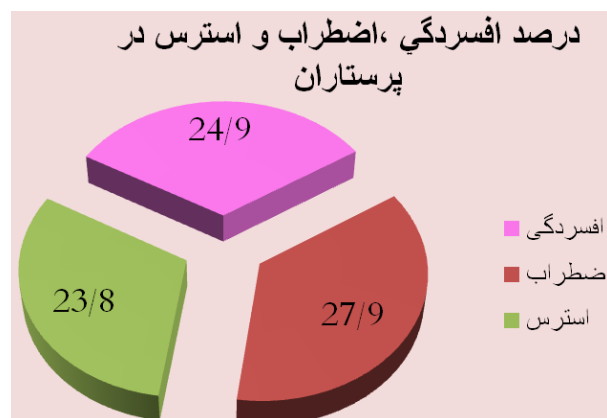
متغیرها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت خواب به طور ذهنی	۱	۰/۴۱	۶۹	۲۶/۴
			۱۵۶	۵۹/۸
			۲۶	۱۰
			۱۰	۳/۸
			۲۶۱	۱۰۰
طول مدت خواب مفید	۱/۹۴	۰/۷۵	۵۸	۲۲/۶
			۸۹	۳۴/۶
			۶۸	۲۶/۵
			۴۱	۱۶
			۲۵۷	۱۰۰
کفایت خواب	۱/۱۹	۰/۹۸	۱۶۷	۶۵/۵
			۴۳	۱۶/۹
			۲۴	۹/۴
			۲۱	۸/۲
			۲۵۵	۱۰۰
اختلالات خواب	۱/۱۴	۰/۴۸	۲۹	۱۰/۹
			۱۸۱	۶۸/۳
			۴۹	۱۸/۵
			۶	۲/۳
			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		

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 اختلالات روانی در ایران ۲۱ درصد گزارش نمودند [۲۱] و خاقانی زاده میانگین نمره سلامت روان پرستاران بیمارستان‌های 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 آن‌ها 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 شیوع 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 خواب‌آلودگی 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 مورد مطالعه بر اساس امتیازات نمره کل پرسشنامه پیتزبورگ



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 ۶-۷ 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 به کل زمان سپری‌شده در رختخواب محاسبه می‌شود).

میانگین اختلال خواب $1/14 \pm 0/48$ بود و فقط ۱۰/۹ درصد پرستاران هیچ نوع اختلال خواب نداشتند و ۶۸/۳ درصد (۱۸۱ نفر) 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 $1 \pm 0/41$ بود (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

محاسبات آماری مرحله اول پژوهش نشان داد که ۲۶ درصد پرستاران شاغل در بیمارستان نظامی منتخب به نوعی مشکوک به اختلال روانی بودند. با توجه به در دست نبودن مطالعات مشابه (در زمینه پرستاران نظامی) آمار با مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلال

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری نظامی دانشکده پرستاری دانشگاه بقیه الله می باشد.

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, Omid 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
- داشتند، همخوانی دارد. پژوهش باقری میانگین نمره کیفیت خواب پرستاران را $5/3 \pm 10/1$ گزارش کرد و $22/3$ درصد از واحدها دارای کیفیت خواب خوب بوده اند. میانگین زمان طی شده برای شروع خواب واحدها $14/9 \pm 30/2$ دقیقه برآورد شد و $52/1$ درصد اظهار نمودند که بیشتر از ۳۰ دقیقه بعد از رفتن به بستر، به خواب می روند. در گروه شب کاران کیفیت خواب پائین تر 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 $72/4$ درصد ذکر کرده که با پژوهش حاضر همخوانی دارد [۲۹]. ۲۰ درصد کارکنان در کشورهای صنعتی دارای نوبت کاری در گردش می باشند که ۱۰ درصد آن ها مبتلا به اختلال خواب می باشند [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 بهرامی نژاد و همکاران همسویی دارد [۳۱]. نتایج این پژوهش مبنی بر میزان $65/5$ درصد کفایت خواب بالای ۸۵ درصد، با میزان گزارش شده توسط شوارتز هم خوانی 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 خواب آلودگی 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 آنجا که 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، مورد نیاز است. بهبود کیفیت خواب پرستاران می تواند سلامت عمومی آن ها و نهایتاً کیفیت مراقبت های بعمل آمده از بیماران را ارتقاء دهد. با توجه به اینکه وجود اختلال خواب در پرستاران 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 محدود کردن ساعت کاری کارکنان، خواب های کوتاه قبل از نوبت کار، 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.

- 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, Eftekhari 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)

