

مقاله اصلی

بررسی کیفیت خواب و عوامل موثر بر آن در بیماران بستری در بخش های زنان و جراحی عمومی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۳ - تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۸

خلاصه

مقدمه

خواب از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر و یک حالت منظم تکرار شونده و به آسانی برگشت پذیر است که با بی حرکتی نسبی و بالارفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرکهای خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص است.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۳۸۹ انجام شده است. تعداد نمونه شامل ۲۹۶ نفر بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ایندکس کیفیت خواب پیترسبرگ (PSQI) است که کیفیت خواب را بررسی می کند. اطلاعات با نرم افزار SPSS و از مون کای دو، تجزیه و تحلیل و بررسی شد.

نتایج

نتایج مطالعه حاضر نشان میدهد که بین جنس بیماران و کیفیت خواب رابطه آماری معنی داری ($p \leq 0/003$)، $(X^2 = 4/7, df)$ وجود دارد (۱). به طوری که کیفیت خواب مردان نسبتاً "بهرتر از زنان می باشد. و بین وضعیت تاهل بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی دار آماری ($p \leq 0/001$)، $(X^2 = 6/5, df(5))$ وجود دارد. به طوری که کیفیت خواب افراد مجرد بهتر از افراد متاهل بوده است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بین سن بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی دار آماری وجود دارد همچنین، با توجه به نتایج مطالعه حاضر، و بین ساعات کار در هفته بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی دار آماری ($p \leq 0/001$)، $(X^2 = 18/2, df)$ وجود دارد (۴).

نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، بین سن و کیفیت خواب رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین، مطابق نتایج به دست آمده از این مطالعه، بین ساعت کاری در هفته با کیفیت خواب افراد مورد مطالعه رابطه معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: بیماران بستری، بخش زنان، بخش جراحی عمومی، بیمارستان، خواب، عوامل موثر

پی نوشت: این مقاله استخراج یافته از پایان نامه پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد.

۱-مدبر آراسته
۲-فایق یوسفی*
۳-ژیلا شریفی

۱- استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران
۲- استادیار روانشناسی کودک، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران
۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

*کردستان- دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مرکز آموزشی درمانی قدس، کردستان، ایران
تلفن: ۹۸-۸۷-۶۶۲۴۱۴۷+
email: fyousefi_kms@yahoo.com

مقدمه

خواب از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر بوده و یک حالت منظم تکرار شونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانسیم است که با بی حرکتی نسبی و بالارفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرکهای خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص است (۲،۱). خواب به عنوان یک عامل مهم در وضعیت سلامتی انسان ها از دیرباز مورد توجه بوده است (۳). مختل شدن چرخه خواب و بیداری بر مختل شدن سایر اعمال فیزیولوژیک بدن تاثیر می گذارد. مثل کاهش اشتها، احساس خستگی، فقدان تمرکز حواس، تشدید بیماریها و مشکلات جسمی (۴،۱). اختلالات خواب به دوصورت بی خوابی و بدخوابی نمایان می شوند، بی خوابی عبارت است از اختلال در خواب، از جمله اشکال در به خواب رفتن، اشکال در باقی ماندن در حالت خواب، بیدار شدن متناوب، بیدار شدن صبح خیلی زود، یا ترکیبی از این حالات. بدخوابی شامل خواب بیش از اندازه، خواب ناکافی، خواب با کیفیت پایین، اشکال در به خواب رفتن، بیداری های پیاپی و مشکلات تنفسی در هنگام خواب می باشد (۲). به دلیل اهمیت تاثیر چرخه خواب و بیداری بر حیطه های مختلف زندگی فرد، مثل سیستم ایمنی بدن، کیفیت خواب از عوامل تاثیر گذار بر سلامتی افراد است (۵). تخمین زده می شود که بین ۳۰ - ۴۵٪ جمعیت دنیا از بی خوابی رنج می برند (۶). شیوع اختلالات خواب در بین جمعیت عمومی بین ۱۵-۴۲٪ است (۷).

بیماری و درد جسمی کیفیت و کمیت خواب را تحت تاثیر قرار می دهند (۸). کیفیت خواب ضعیف و یا خواب آلودگی سبب کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری های روانی و کاهش عملکرد روزانه می شود (۹). خواب بی کیفیت باعث اختلال در احساسات، اندیشه و انگیزش فرد می شود و همچنین تنش، درد و تاخیر در بهبود زخم را افزایش می دهد (۱۰،۱).

بستری شدن به طور مشخص باعث اختلال در الگوی خواب و بد خوابی می شود 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 (۱۱،۱۰). نتایج تحقیقات نشان می دهند که کیفیت خواب در بیماران بستری در بخش های مختلف بیمارستانها پایین می باشد، به طوری که

۴۵/۹٪ بیماران بستری در بخش های مختلف بیمارستان کیفیت خواب نامطلوب داشتند و بیش از ۷۵٪ بیماران همودپالیزی، اختلال خواب و کیفیت خواب پایین داشته اند (۱۲-۱۴).

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).

بی خوابی همچنین می تواند اثرات منفی بر وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد و محرومیت از خواب باعث افسردگی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی و بیماری های قلبی می گردد (۱۶). از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب می توان به درد، نگرانی درباره بیماری، مشکلات مالی و مشکلات خانوادگی اشاره کرد (۳). همچنین، کیفیت خواب در بیماران بستری در بیمارستانها تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند بستری شدن در بخش های مختلف بیمارستان، وضعیت تاهل، جنس، مشکلات جسمی مانند درد، تغییر عادات خواب، عوامل محیطی مثل نور و سرو صدا می باشد (۱۲).

با توجه به مطالب گفته شده توجه به کیفیت خواب در بیماران بستری در بیمارستانها بسیار حائز اهمیت است. از آنجا که هیچ مطالعه ای در خصوص شیوع بی خوابی بیماران بستری در بیمارستانها در استان کردستان انجام نشده است و با توجه به اینکه عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب مانند عوامل فردی، عوامل محیطی و رفتار پرسنل درمانی در جوامع مختلف متفاوت می باشند، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت خواب در بیماران بستری در بخشهای جراحی و زنان بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که جامعه مورد مطالعه شامل بیماران بستری شده در بخشهای جراحی و زنان بیمارستان بعثت سنندج در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۸۹ بوده است.

تعداد نمونه در این مطالعه با توجه به شیوع ۳۰٪ اختلال خواب در مطالعات مشابه و فاصله اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰/۰۵ حجم نمونه در این بررسی برابر ۳۳۰ نفر برآورد گردید (فرمول کوکران) که در این مطالعه پرسشنامه ۳۴ نفر ناقص بود که اطلاعات آنها

است که با دو سوال میانگین نمرات سوال (سوال شماره ۸،۷) 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. و کمتر از آن کیفیت خواب مطلوب می باشد. اعتبار پرسشنامه PSQI با آلفای کرونباخ ۰/۸ و پایایی آن با آزمون مجدد بررسی شد که بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۱۸).

در ابتدا با واحدهای پژوهش هماهنگی لازم به عمل آمد و نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی منظم مشخص و انتخاب گردیدند و در مرحله بعد پس از توجیه نمونه ها و کسب رضایت از آنان، اطلاعات جمع آوری گردید. و در نهایت اطلاعات تجزیه و تحلیل گردید.

لازم به توضیح است قبل از عمل جراحی، اطلاعات از بیماران بستری در بخش های جراحی عمومی و زنان گردآوری شد. از آنجا که اطلاعات جمع آوری شده از بیماران مورد مطالعه محرمانه تلقی شده و فقط جهت انجام پایان نامه مورد استفاده قرار گرفت، لذا انجام این مطالعه از لحاظ اخلاقی مشکلی نداشته است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد. از آمارهای توصیفی جهت محاسبه فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار و برای تعیین عوامل تاثیر گذار بر خواب از آزمون کای دو استفاده گردید.

نتایج

بیشترین فراوانی مربوط به افراد خانه دار (۲۷/۷٪) می باشد. فراوانی افراد از نظر جنسی برابر و بیماران متاهل با (۶۰/۱٪) فراوانی بیشتری دارند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۳۷/۲٪) می باشد (جدول ۱).

اطلاعات جدول ۲، نشان می دهد که ۵۰٪ بیماران دارای خواب مطلوب بوده اند و همچنین، ۸۹/۲٪ بیماران مورد مطالعه در به خواب رفتن تاخیر داشته اند. جدول شماره ۳ نشان می دهد که در ۸۲/۴٪ افراد مورد مطالعه، خواب موثر بوده است. فقط در ۱۲/۸٪ کیفیت خواب بد بوده است.

تجزیه و تحلیل نگردید. روش نمونه گیری به روش نمونه گیری تصادفی منظم بود، این روش نمونه گیری زمانی استفاده می شود که تمام اعضای جامعه تعریف شده قبلا به صورت تصادفی فهرست شده باشند. در این روش ابتدا جامعه آماری بر تعداد نمونه تقسیم شد. سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی، یک عدد به شکل تصادفی انتخاب شد. عدد حاصله از تقسیم جامعه آماری بر تعداد نمونه را به عدد تصادفی جدول اعداد اضافه کرده و به ترتیب این عمل تا نمونه مورد نظر یعنی ۳۳۰ نفر ادامه یافت، لازم به توضیح است چون نمونه ها به شکل تصادفی انتخاب شدند لذا، متغیرهای مداخله ای احتمالی کنترل شدند.

اطلاعات به وسیله پرسشنامه و از طریق مصاحبه با بیماران و همچنین مشاهده پرونده بیماران جمع آوری شد. پرسشنامه مورد استفاده شامل دو بخش بود: بخش اول مشخصات دموگرافیک و بیماری و عوامل مرتبط با کیفیت خواب و بخش دوم پرسشنامه ایندکس کیفیت خواب پیتسبرگ بود که یک پرسشنامه خود گزارشی است، (PSQI)^۱ که کیفیت خواب را بررسی می کند و بهترین ابزار مناسب برای اندازه گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است (۱۷). این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد و دارای ۱۸ سوال است. این سوالات در هفت جزء طبقه بندی می شود: جزء اول مربوط به کیفیت خواب به طور 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 ضرب در عدد 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

¹Pittsburgh Sleep Quality Index

جدول ۱- توزیع فراوانی جنسیت، تاهل، گروه سنی و شغل

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۴۹	۵۰/۳
زن	۱۴۷	۴۹/۷
وضعیت تاهل		
مجرد	۱۱۸	۹/۳۹
متاهل	۱۷۸	۶۰/۱
گروه سنی		
کمتر از ۲۰ سال	۲۷	۹/۱
بین ۲۱ تا ۳۰	۱۱۰	۳۷/۲
بین ۳۱ تا ۴۰	۷۵	۲۵/۳
بین ۴۱ تا ۵۰	۳۹	۱۳/۲
بین ۵۱ تا ۶۰	۲۲	۷/۴
بیشتر از ۶۱ سال	۲۳	۷/۸
شغل		
خانه دار	۸۲	۲۷/۷
کارمند	۵۳	۱۷/۹
بازنشسته	۱۵	۵/۱
آزاد	۷۱	۲۴
نظامی	۷	۲/۴
دانشجو	۲۸	۹/۵
بی کار	۲۷	۹/۱
کارگر	۱۳	۴/۴

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت مدت خواب و تاخیر در به خواب رفتن افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد	%
وضعیت مدت خواب		
مطلوب	۱۴۸	۵۰
خوب	۹۳	۳۱/۴
متوسط	۴۲	۱۴/۲
نامطلوب	۱۳	۴/۴
تاخیر در به خواب رفتن		
بدون تاخیر	۳۲	۱۰/۸
تاخیر کم	۱۱۹	۴۰/۲
متوسط	۹۸	۳۳/۱
زیاد	۴۷	۱۵/۹

جدول ۳- توزیع فراوانی موثر بودن خواب، کیفیت خواب و اختلال خواب در افراد مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	%
موثر بودن خواب		
موثر	۲۴۴	۸۲/۴
کم اثر	۳۸	۱۲/۸
متوسط	۸	۲/۷
بی اثر	۶	۲
کیفیت خواب		
خیلی خوب	۲۴	۸/۱
خوب	۱۰۲	۳۴/۵
متوسط	۱۳۲	۴۴/۶
بد	۳۸	۱۲/۸
اختلال خواب		
بدون اختلال	۱۰	۳/۴
اختلال کم	۱۳۵	۴۵/۶
متوسط	۱۱۹	۴۰/۲
زیاد	۳۲	۱۰/۸

۵۱٪ بیماران اختلال خواب متوسط و زیاد داشتند ۷۳/۳٪ بیماران مورد مطالعه کیفیت خواب نامناسب داشتند. با توجه به جدول ۴، بین جنسیت بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی داری ($p \leq 0.003$) وجود داشت. به طوری که کیفیت خواب مردان نسبتاً "بهبتر از زنان بود. و بین وضعیت تاهل بیماران و کیفیت خواب آنان رابطه معنی دار آماری ($p \leq 0.001$)، و کیفیت خواب آنها رابطه معنی دار آماری ($p \leq 0.001$) وجود داشت.

جدول ۴- توزیع رابطه کیفیت خواب بیماران با تاهل، سن، جنسیت و تعداد ساعت کار در هفته افراد مورد مطالعه

کیفیت خواب	مطلوب		نا مطلوب		df	χ^2	p
	تعداد	%	تعداد	%			
جنسیت مرد	۴۸	۳۲/۲	۱۰۱	۶۷/۸	۱	۴,۷	≤۰,۰۳
	۳۱	۲۱/۱	۱۱۶	۷۸/۹			
زن							
وضعیت تاهل							
مجرد	۴۱	۳۴/۷	۷۷	۶۵/۳	۱	۶,۵	≤۰,۰۱
متاهل	۳۸	۲۱/۳	۱۴۰	۷۸/۷			
گروه سنی							
کمتر از ۲۰ سال	۷	۲۵/۹	۲۰	۷۴/۱	۵	۱۸,۲	≤۰,۰۰۳
بین ۲۱ تا ۳۰	۳۴	۳۰/۹	۷۶	۶۹/۱			
بین ۳۱ تا ۴۰	۲۷	۳۶	۴۸	۶۴			
بین ۴۱ تا ۵۰	۱۰	۲۵/۶	۲۹	۷۴/۴			
بین ۵۱ تا ۶۰	۱	۴/۵	۲۱	۹۵/۵			
بیشتر از ۶۱ سال	۰	۰	۲۳	۱۰۰			
ساعت کار در هفته							
کمتر از ۲۰ ت	۴	۸/۹	۴۱	۹۱/۱	۴	۲۴,۸	≤۰,۰۰۱
بین ۲۱ تا ۳۰	۱۰	۱۳/۷	۶۳	۸۶/۳			
بین ۳۱ تا ۴۰	۲۳	۳۱/۱	۵۱	۶۸/۹			
بین ۴۱ تا ۵۰	۱۹	۳۷/۳	۳۲	۶۲/۷			
بیشتر از ۵۱	۲۳	۴۳/۴	۳۰	۵۶/۶			

به طوری که کیفیت خواب افراد مجرد بهتر از افراد متأهل بوده است. با توجه به جدول فوق، بین سن بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی داری وجود داشت. به غیر از گروه سنی زیر ۲۰ سال، در سایر گروههای سنی با افزایش سن فراوانی خواب مطلوب کمتر می شود. با توجه به نتایج مندرج در جدول فوق، و بین ساعات کار در هفته بیماران و کیفیت خواب رابطه معنی داری ($\chi^2=18/2, df, p \leq 0/001$) وجود داشت. به عبارتی با افزایش ساعات بالاتر کار در هفته فراوانی خواب مطلوب افزایش یافته است.

بحث

به طور کلی کیفیت خواب در ۲۶/۷٪ بیماران مطلوب و در ۷۳/۳٪ آنها نامطلوب بود. در مطالعه ریموند^۱ ۷۵٪ خواب نامطلوب داشتند (۱۰). مطالعه ایزدی نیز نشان داد که کیفیت خواب بیماران سالمند پایین می باشد (۱۲). در مطالعه کاظمی نیز بیش از نیمی از بیماران کیفیت خواب نامطلوب بوده است و نتایج مطالعه فوق، نشان داد که بستری بیماران به نوعی سبب کاهش میزان و کیفیت خواب شده است (۱۹). احتمالاً حضور در بیمارستان از دلایل موثر بر خواب بیماران باشد. زیرا حضور در بیمارستان سبب اضطراب و استرس، دوری از خانواده و همچنین جابجایی در محل خواب از یک سو و همچنین احتمال وجود درد و ناراحتی در اثر بیماری از سوی دیگر می شود که همه این موارد بر خواب و شرایط آن تاثیر گذار هستند.

این مطالعه نشان داد که کیفیت خواب با جنس بیماران ارتباط دارد و مردان کیفیت خواب مطلوبتری نسبت به زنان دارند. مطالعات دیگر نیز بر ارتباط جنس با کیفیت خواب تاکید دارند. از جمله مطالعه ایزدی و مطالعه کیجنا^۲ که جنس را یکی از عوامل مهم موثر در اختلال خواب ذکر کرده اند (۱۲، ۲۰). مطالعه تریبل^۳ نیز زن بودن را به عنوان عاملی در اختلال خواب نشان داده است (۲۱). این یافته می تواند به دلیل وظایف زنان در خانه و دل مشغولی آنها در هنگام بستری شدن به دلیل عدم انجام

امور خانه و فرزندان خود باشد که سبب ایجاد اختلال خواب در آنها می گردد، همچنین یکی از دلایل دیگر که می تواند مطرح باشد مساله یائسگی زنان است که سبب ایجاد اختلال در خواب آنها نسبت به دوران جوانی می شود. زیرا در دوره یائسگی شروع خواب با تاخیر همراه با بیدار شدن مکرر است و زمان خواب کوتاه می شود. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که سن افراد با کیفیت خواب آنها رابطه دارد، به طوری که در افراد سالمند کیفیت خواب نامطلوبتر و در افراد میان سال کیفیت خواب مطلوبتر می باشد که این یافته با نتایج حاصل از مطالعه ایزدی و همکاران هم خوانی دارد (۱۲). با افزایش سن در کمیت و کیفیت خواب تغییراتی ایجاد می گردد که سبب بروز اختلالات خواب و شکایتهای مکرر ناشی از آن می گردد. از طرفی بروز بیماریهای جسمی، بروز اختلالات خواب در این گروه سنی را تشدید می نماید. همچنین بیماران سالمند مواردی چون بازنشستگی، مرگ فرد مورد علاقه (مثلاً همسر) را تجربه می کنند که منجر به تنش عاطفی می شود. به همین دلیل، اغلب، تاخیر در به خواب رفتن و بیداری های مکرر در طول خواب دارند. همچنین، سالمندان اغلب دارو برای کنترل و درمان بیماریهای مزمن مصرف می کنند و این داروها می توانند بر کمیت و کیفیت خواب تاثیر گذار باشند. سالمندان احتمال بیشتری برای ابتلا به اختلالات اولیه خواب مانند آپنه انسدادی دارند که ممکن است آنها را برای اختلالات مزمن خواب مستعد کند (۲۲).

نتایج این تحقیق نشان که کیفیت خواب با وضعیت تاهل بیماران ارتباط معنی داری دارد. به عبارتی افراد مجرد کیفیت خواب بهتری نسبت به افراد متأهل دارند، که با نتایج حاصل از مطالعه ایزدی همخوانی ندارد که این یافته می تواند به این دلیل باشد که در شرایط اقتصادی کنونی یکی از دغدغه های اصلی افراد متأهل تامین مایحتاج خانواده تحت تکفل آنها است که معمولاً افراد مجرد این دغدغه را ندارند (۱۲).

در این مطالعه بین میزان ساعات کار در هفته بیماران مورد مطالعه با کیفیت خواب آنها رابطه وجود داشت. به طوری که با افزایش ساعات کار در هفته کیفیت خواب افراد افزایش می یابد و فراوانی خواب مطلوب بیمارانی که ساعات کار در هفته بیشتری

¹Raymond

²Kiejna

³Tribl

نتیجه گیری

به طور کلی می توان نتیجه گرفت کیفیت خواب بیماران بستری مورد مطالعه در حد قابل قبول نمی باشد و عواملی از قبیل سن، جنس، شغل و تاهل در آن نقش دارد. جهت بهبود وضعیت خواب بیماران در بخشها بهتر است مدیریت و پرسنل مراقبتی، اقدامات لازم را جهت بهبود کیفیت خواب با کنترل و یا حذف عواملی که سبب اختلال خواب بیماران می شوند به عمل آورند.

تشکر و قدردانی

از شورای پژوهشی دانشکده پزشکی برای تصویب این طرح تشکر و قدر دانی می شود و همچنین از حسن همکاری مدیران، مسولین، پرستاران و مسول بخش های جراحی و زنان مرکز آموزشی، درمانی و پزشکی بعثت شهر سندج برای هماهنگی های لازم در اجرای این طرح قدر دانی می گردد.

دارند مطلوبتر بوده است. یکی از دلایل این یافته می تواند این باشد که افرادی که ساعات کار در هفته بیشتری دارند از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردارند و دغدغه مالی کمتری جهت تامین هزینه های زندگی و حتی درمان خود را داشته اند. همچنین افراد با انجام کار بیشتر، دچار خستگی جسمی بیشتری می شوند و در نتیجه احتیاج به خواب بیشتری پیدا می کنند.

از طرف دیگر نوع شغل افراد مورد مطالعه نیز با کیفیت خواب آنها مرتبط بوده است به طوری که کارمندان بالاترین فراوانی کیفیت مطلوب و زنان خانه دار و افراد بیکار کمترین مطلوبیت را داشتند. مور^۱، فریدمن^۲ و آدامز^۳ نیز در مطالعات خود، نشان دادند که شغل فرد با کیفیت خواب رابطه مستقیم دارد، نتایج این مطالعات نشان داد که افراد با مشاغل و وضعیت اقتصادی اجتماعی خوب از کیفیت خواب بهتری برخوردار بودند (۲۳-۲۵).

¹ Moore

²Friedman

³Adams

References:

1. Potter PA, Perry AG. Fundamental of Basic Nursing. 5th ed. St Louis: Mosby; 2003.
2. Kaplan and Sadok synopsis of psychiatry .Sadock BJ, 9th ed. 2003.756-81.
3. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi MF, Salehi M, Kafian Tafti AR, Vakili Y, Akhlaghi Farsi A. Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e Akram Hospital. Razi J Med Sci 2008;15(58):31-38.
4. Jembrely M. Evaluation of the effect of sleep lessness in working time on quality of nursing duty and the solutions of it. national congress of insomnia. 2005.
5. Bryant PA, Trinder J, Curtis N. Sick and tired: Does sleep have a vital role in the immune system. Nat Rev Immunol 2004 Jun;4(6):457-467.
6. 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):307-317.
7. Thropy Mj, Editor. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual. Rochester: Diagnostic Classification Steering Committee-American Sleep Disorder Association; 1990.
8. Moran MG, Stoudemire A. Sleep disorders in medically ill patients. J Clin Psychiat 1992;53(6):29-36.
9. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. Curr Treat Options Neurol 2005;7(5):339-352.
10. 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):381-388.
11. Lauri S, Lepistö M, Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' patients' views. J Adv Nurs 1997;25(2):339-346.
12. Sadat Izedi Avanj F, Adib Hajibagheri M, Afzal MR. Sleep quality and related factors in elderly patients in Faze hospital .Kashan Univ Med Sci J 2009(12)4:52-59.
13. Unruh M, Buysse D, Amanda M, Evans I, Wu A, Fink N, *et al.* Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. J Am Soc Nephrol 2006;1(4):802-810.
14. Sadeghi H, Azizzadeh Forouzi M, Haghdust AA, Mohammad Alizadeh S. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. J Nurs Care 2011;1(3):13-18.
15. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Res Nurs Health 1987;10(3):155-163.
16. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. Behav Sleep Med. 2003;1(4):227-47.
17. 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 1;22 Suppl 2:S366-372.
18. Agargun MY, Kara H, Anlar Ö. Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. Turk J Psychiat 1996;7:107-115.
19. kazemi M, Rafie GH, Ansari A. Sleep disorder in patients admitted to surgical wards, center of Hazrat Ali-Ebne Abitaleb hospital at University of Medical Sciences of Rafsanjan . J Rafsanjan Univ Med Sci 2002,4(4):270-275.
20. Kiejna A, Rymaszewska J, Wojtyniak B, Stokwizewski J .Characteristics of sleep disturbances in Poland: results of the National Health Interview Survey. Acta Neuropsychiatrica 2004,16:124-129.
21. Tribl GG, Schmeiser-Rieder A, Rosenberger A, Saletu B, Bolitschek J, G. K, *et al.* Sleeping habits in the Austrian population. Sleep Med 2002 Jan;3(1):21-28.
22. Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. J Nurs Scholarsh 2000;32(1):31-38.
23. Moore PJ, Adler NE, Williams DR, Jackson JS. Socioeconomic status and health: the role of sleep. Psychosom Med 2002 Mar-Apr;64(2):337-344.
24. Adams J. Socioeconomic position and sleep quantity in UK adults. J Epidemiol community health 2006;60(3):267-269.
25. 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 2007Sep-Oct;69(7):682-691.