

مقایسه شدت اختلالات خواب در میان نگهبانان شیفت شب بیمارستان بر اساس پرسشنامه‌های اپورت و پتنبورگ

فرزانه رحیم‌پور^۱، صابر محمدی^{۲*}، ماشاءاله عقیلی نژاد^۳، میرسعید عطارچی^۴

مریم ملک^۱، نصیر دهقان^۴

۱- عضو مرکز تحقیقات طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- متخصص طب کار، استادیار و عضو مرکز تحقیقات طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- متخصص طب کار، دانشیار و عضو مرکز تحقیقات طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پردیس همت

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۲۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۴/۱۲

چکیده:

مقدمه: خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است. گرچه ماهیت بیماری و عوارض ناشی از آن می‌تواند مانع خواب و استراحت کافی گردد، ولی محیط بیمارستان، مراقبت‌های طولانی مدت و فعالیت‌های کارکنان مراکز درمانی نیز می‌تواند موجب اختلال خواب بیماران شود. لذا در این مطالعه بر آن شدیم تا میزان اختلالات خواب را در نگهبانان بیمارستانی با پرسشنامه مهم مورد بررسی قرار دهیم.

روش بررسی: ۷۴ نگهبان مسئول در بیمارستان‌های مختلف وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران توسط پرسشنامه اپورت (ESS) و پتنبورگ (PSQI) مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات پرسشنامه‌ها توسط خود نگهبان تکمیل گردید.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اختلال خواب کلی در نگهبانان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. این اختلال در نگهبانان بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) به نحو معنی‌داری بیش از نگهبانان سایر بخش‌ها بود. نتایج هر دو پرسشنامه در یافته‌های فوق با هم هم‌خوانی داشتند. تفاوت قابل ملاحظه‌ای در خواب سیگاری‌ها و غیر سیگاری‌ها دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج حکایت از عدم رضایت از کیفیت خواب نگهبانان دارد که این نتایج می‌تواند بسیار نگران‌کننده بوده و بر کیفیت کار آنها تاثیر بگذارد. شدت سختی و استرس کار نیز بر میزان این اختلال می‌افزاید.

کلیدواژه‌ها: اختلال خواب، پرسشنامه پتنبورگ، پرسشنامه اپورت

مقدمه

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم می‌باشد (۱) و سبب کاهش استرس، اضطراب و فشارهای عصبی می‌شود و به شخص در بازیافت مجدد انرژی برای تمرکز بهتر حواس، سازگاری و لذت بردن از فعالیت‌های روزانه کمک می‌کند. اشخاصی که اختلال خواب دارند نه تنها از خستگی، بلکه از اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه و یادگیری، افزایش استرس و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی روزمره نیز رنج می‌برند. محیط بیمارستان، مراقبت‌های طولانی مدت و فعالیت‌های کارکنان مراکز درمانی نیز می‌توانند موجب اختلال خواب بیماران شوند (۲). محرومیت از خواب نسبی و مزمن می‌تواند قدرت حل مسائل پیچیده و حتی قدرت تکلم را نیز کاهش دهد (۳). یادگیری وظایف شناختی پیچیده و تکنیک‌های مهارتی نیز تا ۵۰٪ بر اثر محرومیت از خواب کاهش می‌یابد (۴) تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا از بی‌خوابی رنج می‌برند و با افزایش سن مقدار آن افزایش می‌یابد (۵). توجه به کیفیت خواب به دو دلیل اهمیت دارد: اولاً شکایات مربوط به خواب شایع هستند. ثانیاً خواب بی‌کیفیت عامل بسیاری از بیماری‌ها است (۶،۷). در تحقیقی که در سال ۱۹۹۸ توسط آقای تافیندر و همکاران انجام شد مشخص گشت بی‌خوابی می‌تواند اثرات منفی روی حیطه‌های مختلف زندگی مثل ارتباط با دیگران، حیطه شغلی و وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد و محرومیت از آن باعث افسردگی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی افراد و بیماری‌های قلبی می‌گردد (۸). نتایج مطالعات متعدد بر روی اثرات منفی ناشی از محرومیت نسبی و مزمن خواب نشان می‌دهد که خواب کمتر از ۶-۵ ساعت در شب می‌تواند به اختلال عملکرد بیانجامد (۹). این زوال عملکرد در افرادی که محرومیت از خواب نسبی و مزمن آنها روند دائمی دارد، به صورت تجمعی افزایش می‌یابد (۱۰). از جمله مشاغلی که درگیر نوبت‌کاری و اختلال خواب

ناشی از آن هستند، گروه پرستاران و پزشکان و سایر کادر درمانی از جمله نگهبانان شیفت شب بیمارستان‌ها می‌باشند. از سوی دیگر اختلال خواب می‌تواند در محیط کار بر پیکره ارائه وظایف محوله شغلی صدمه بزند و باعث تخریب کیفیت و کمیت آن گردد. در مطالعه‌ای که توسط گلدمن و همکاران انجام پذیرفت، نوار ویدئویی از عملکرد نگهبانان که شب قبل کمتر از ۲ ساعت خوابیده بودند با نوار ویدئویی خودشان پس از خواب کافی مقایسه شد. این مطالعه نشان داد مهارت‌های فردی آنان در شرایطی که خواب آنها ناکافی بوده، تا ۳۰٪ کاهش یافته است؛ پدیده‌ای که گلدمن آنرا نارسایی بر اثر بی‌خوابی نامید (۱۱). شغل نگهبانی به ویژه در واحدهای پزشکی یکی از مشاغل حساس است که نیاز به سطح بالاتری از دقت دارد، لذا کم خوابی یقیناً می‌تواند اثرات منفی بلند و کوتاه مدتی در انجام وظیفه این افراد داشته و از طرفی امنیت محیط درمانی را نیز به خطر اندازد. علی‌رغم اهمیت بالای این مسئله مطالعات انجام شده در خصوص آن بسیار محدود بوده و تا زمانی که مطالعات دقیقی در این زمینه صورت نگیرد امید چندانی به رفع مشکلات حاضر وجود نخواهد داشت. هدف از انجام این مطالعه مقایسه شدت اختلالات خواب در میان نگهبانان شیفت شب بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران) می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه نگهبانان تحت بررسی به دو گروه اصلی تقسیم شدند گروه اول نگهبانان بخش‌های اورژانس و گروه دوم نگهبانان بخش‌های غیر اورژانس. سپس اختلال خواب بر اساس پرسشنامه‌های اپورث (ESS: Epworth Sleepiness Scale) و پترزبورگ (PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index) بررسی و نتایج آن با استفاده از آنالیز ANOVA بایکدیکر مقایسه شدند.

یافته‌ها

۱۸/۱ بود. پس از مقایسه میانگین‌ها نتیجه حاکی از اختلال خواب شدید در نگهبانان بخش اورژانس بیمارستان رسول بود ($P=0/002$)، سایر گروهها طبق این پرسشنامه تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میزان خواب با هم نداشتند. بررسی میان دو گروه نگهبانان سیگاری و غیرسیگاری نیز با استفاده از تی تست انجام گرفت و نتایج حاکی از عدم تفاوت آماری معنی‌دار در وضعیت خواب دو گروه بود ($P>0/05$). در گروه متاهلین و مجردها نیز این مقایسه با تست فوق انجام گرفت. نتایج حاکی از بهبود معنی‌دار خواب در گروه متاهلین نسبت به مجردها بر اساس پرسشنامه ESS بود ($P=0/02$). این بررسی توسط پرسشنامه PSQI مقدور نبود. چرا که در بخش انتهایی این پرسشنامه امتیازی جدا برای خواب متاهلین قائل شده که در بررسی خواب مجردها چنین امتیازبندی وجود ندارد.

طبق پرسشنامه PSQI وضعیت کیفی خواب نگهبانان ارزیابی شد. میانگین ساعات به خواب رفتن نگهبانان ۱۸/۹ دقیقه بود که اندکی غیرنرمال بود. برآورد پاسخ‌دهندگان از خوابشان: ۲۳ نفر خوب (۳۱٪)، ۳۲ نفر تا حدودی خوب (۴۳٪) و سایرین ناراضی بودند (۲۵٪) که ۷۳/۹ درصد از ناراضیان را نگهبانان اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تشکیل می‌دادند. در مجموع از این پرسشنامه نیز پس از امتیازبندی میانگین گرفته شد. پس از انجام آنالیز ANOVA نتایج حاکی از تغییرات معنی‌دار یافته‌های پرسشنامه‌های نگهبانان اورژانس نسبت به سایرین بود ($P=0/03$). این میانگین برای نگهبانان اورژانس ۲۳، در نگهبانان بیمارستان علی‌اصغر ۱۹/۱، در نگهبانان بیمارستان فیروزگر به ترتیب ۱۶/۶ در بخش‌های داخلی و ۱۸/۸ در بخش اورژانس آن بیمارستان، در بیمارستان شهید هاشمی نژاد ۱۷/۸ و در بیمارستان شهید اکبرآبادی

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک نگهبانان مراکز بیمارستانی مختلف

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سن	۲۷/۳	۵/۵	۲۱	۴۶
قد(متر)	۱/۶۸	۹/۶	۱/۶۸	۱/۸۸
وزن(کیلوگرم)	۷۵/۶	۱۰/۵۲	۵۴	۹۶
شاخص توده بدنی	۲۷/۴	۴۰۴	۱۹/۷	۳۱/۹

جدول ۲: وضعیت خواب نگهبانان در مراکز بیمارستانی

نام بیمارستان	میانگین نمره خواب
اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)	۲۳
داخلی بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)	۱۸/۲
بیمارستان علی‌اصغر	۱۹/۱
اورژانس بیمارستان فیروزگر	۱۸/۸
داخلی بیمارستان فیروزگر	۱۶/۶
بیمارستان شهید هاشمی نژاد	۱۷/۸
بیمارستان شهید اکبرآبادی	۱۸/۱

بین سیگار و اختلال خواب ذکر نشده است. تأهل و تجرد به عنوان مؤثرترین عامل جانبی بر کیفیت خواب شناخته شده است. متاهلین به نحو معنی‌داری وضعیت خواب بهتری نسبت به سایرین داشته‌اند. این مسئله در مطالعه‌ای که توسط Koslowsky و همکاران انجام شد، اثبات شده است (۱۶). در مجموع برآیند هر دو پرسشنامه یک مطلب واحد بود. کیفیت خواب نگهبانان بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران مختل است. در این میان اختلال خواب نگهبانان اورژانس بیمارستان رسول اکرم بیش از سایرین است.

با توجه به این که خواب نقش بسیار مهمی را در عملکرد قلبی-عروقی ایفا می‌نماید و محرومیت از آن موجب تشدید اضطراب، تحریک‌پذیری، عصبانیت، ازدیاد ضربان قلب و افزایش میزان نیاز اکسیژن میوکارد در یک چرخه تکراری و خطرناک می‌گردد، شناسایی عوامل مخمل خواب اهمیت بسیاری دارد. ارتباط تنگاتنگ الگوی خواب با بهداشت روانی ایجاب می‌کند که موضوع خواب مورد توجه بیشتری واقع شود. رسیدگی به منشا روانی استرس‌های وارده در طول روز به نگهبانان قطعاً در بهبود کیفیت خواب آنان نقش مؤثری خواهد داشت. آموزش اصول بهداشت خواب و مشاوره‌های ماهانه روانپزشکی برای این افراد از راهکارهای دیگر بهبود این شرایط است. متمرکز کردن بیشتر مطالعات روانپزشکی در بخش اورژانس بیمارستان رسول به دو دلیل ضروری به نظر می‌رسد. اولاً که این افراد طبق نتایج این مطالعه از اختلال خواب در سطح وسیع‌تر از سایر همکاران خود رنج می‌برند. ثانیاً اینکه بار کاری این افراد و استرس وارده بر آنها بالاست که می‌تواند به علت عدم توجه بیماران و همراهان به وظایف خود و درگیری مکرر میان این نگهبانان و آنان می‌باشد. لذا حضور یک برنامه توجیهی منظم برای بیماران و همراهان آنان در اورژانس لازم به نظر می‌رسد.

بررسی ارتباط میان BMI نگهبانان و اختلال خواب نیز صورت گرفت. ۲۱ نگهبان در گروه $BMI > 29$ ، ۳۲ نگهبان در گروه $BMI > 29$ و مابقی در گروه افراد لاغر با $BMI > 25$ قرار گرفتند. شیوع اختلال خواب در این ۳ گروه (آنهایی که امتیاز بالای ۱۲ از پرسشنامه خواب گرفته بودند) با تست کای‌دو بررسی شد. بررسی درآمد ماهانه به عنوان عامل مؤثر بر اختلال خواب امکان‌پذیر نبود چرا که کمترین میزان آن ۴۵۰۰۰۰ و بیشترین ۶۰۰۰۰۰ تومان بود، لذا با میانگین ۵۱۱۳۷۰ تومان و انحراف معیار ۳۳۰۰۰۰ تومان، پراکندگی درآمد در حدی نبود که بتوان آنها را با اختلاف معنی‌دار از هم وارد آنالیز کرد. تعداد شیفت‌های شبانه نیز بین ۵ تا ۷ شیفت در شب در ماه در تمام نگهبانان بود لذا تفاوت قابل توجهی بین آنها وجود نداشت تا بتوان آنها را با هم وارد مقایسه کرد. حداقل سنوات خدمتی این نگهبانان در این پست کاری ۲ سال و حداکثر ۸/۵ سال با میانگین ۵/۲ سال و انحراف معیار ۲/۱ سال بود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تمام جستجوهای گسترده ما نشان داد که تاکنون هیچ مطالعه‌ای در کشور دقیقاً با این ساختار که میزان شیوع اختلالات خواب را در نگهبانان بسنجد انجام نشده است. اختلال خواب در این تحقیق در میان نگهبانان شیفت شب بسیار واضح بود که شدت آن ارتباط مستقیمی با شدت استرس آنها داشت چرا که بیشترین اختلال خواب در میان نگهبانان اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که بارکاری بالاتری داشتند دیده شد. اختلال خواب در این تحقیق ارتباطی با BMI بالا نداشت. در برخی مطالعات دیگر نیز BMI بالا به عنوان ریسک فاکتور احتمال خواب نبوده است (۱۰، ۱۱). سیگار هر چند که کلاً به عنوان نوعی استرس‌سور شناخته می‌شود اما در این مطالعه تأثیر آماری معنی‌داری در کاهش کیفیت خواب نداشته است. با توجه به سایر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز ارتباط معنی‌داری

منابع

1. Hayes RD, Martin SA, Sesti AM, Spitzer K. *Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure*. Sleep Med 2005; 6: 41- 4.
2. Monane M. *Insomnia in elderly*. J Clin Psychiat 1992; 53: 23-8.
3. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, et al. *Sleep loss and fatigue in residency training*. JAMA 2002; 288: 1116- 24.
4. Weinger MB, Ancoli S. *Sleep deprivation and clinical performance*. JAMA 2002; 287: 955-7.
5. Smith C, Macneill C. *Memory for motor task is impaired by stage 2 sleep loss*. Sleep Res 1992; 21: 132-9.
6. *Agency for healthcare research and quality*. Available at: http://www.npsf.org/html/res_catalog/catalog.html.
7. Johns MW. *A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale*. Sleep 1991; 14: 540- 5.
8. Taffinder NJ, McManus IC, Gul Y. *Effect of sleep deprivation on surgeon's dexterity on laparoscopy simulator*. Lancet 1998; 352: 1191.
9. Driver HS. *Sleep in women*. J Psychosom Res 1994; 40(3): 227-30.
10. Mauri M. *Sleep and reproductive cycle: a review*. Health Care Women Int 1990; 11(4): 409-21.
11. Goldman LI, McDonough MT, Rosemond GP. *Stress affecting surgical performance and learning: correlation of heart rate, electrocardiogram and operation simultaneously recorded on videotapes; a survey on medical health cares*. J Surg Res 1972; 12: 83- 6.
12. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi M.F, Salehi M. *Sleep Parameters and the Factors affecting the Quality of Sleep in patients attending elected clinics of Rasoul-e-Akram Hospital*. Iran Medical Science Journal 2008; 31(58): 31-36. [Persian]
13. Sadeghniaat k, Labbafinejad Y. *Sleepness among Iranian Lorry*. Acta medica Iranica 2007; 45(2).
14. Amiraliakbar S, Bulori B, Haghghi Sadeghneiat KH, Alavi Majd H. *Sleep disorders in the last month of pregnancy, delivery type and duration Labour in pregnant women referring to city health centers 2005, Saghez*. ILam University of Medical Sciences Journal 2007; 15(3). [Persian]
15. Jeiran F. *Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A)*. Sleep Breath 2009; 13: 259–262.
16. Koslowsky, M. & H. Babkoff. *Meta-analysis of the relationship between total sleep deprivation and performance*. Chronobiology Int 1992; 9(2): 132-136.