

تأثیر گوش‌بند و چشم‌بند بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش CCU (بیمارستان نظامی)

The Effects of Ear and eye Protect Device Application on Quality of Sleep of CCU patients with acute coronary syndrome (hospital military)

فاطمه نیسه* محمد دانشمندی**، مهدی صادقی شرمه***، عباس عبادی****

Abstract

Introduction: Sleep is one of the basic needs of humans. Sleep deprivation causes several adverse effects on the human's body and mind. Several factors causing sleep disturbances in hospital inpatient. Noise and Light are two common disturbing factors for patients in coronary care unit. For improving the quality of sleep using the ear and eye protection device is suggested. The purpose of this study was to study the effects of ear and eye Protect Device Application on Quality of Sleep of patients with acute coronary syndrome.

Method: The research design was two-group controlled clinical trial. 60 acute coronary syndrome patients were selected by judgmental sampling then they divided into two groups by randomization. Patients in the intervention group used ear and eye protect device form the second night of hospitalization for three nights. The quality of sleep was assessed by Pittsburgh Sleep Quality Index before and after hospitalization. Then data was analyzed by paired t Test, independent t test, and Pearson and spearman correlation coefficient.

Results: the results showed that PSQI in the experimental group was decreased after intervention. (Pretest 5.7 ± 1.6 , posttest $8/8 \pm 2/8$) has decreased significantly ($p < 0/000$). Also There are significant differences in PSQI after intervention between groups (experimental group 5.7 ± 1.6 , control group $8/43 \pm 1/97$ $p < 0.05$).

Discussion: Using the ear and eye protect device is a cost-effective and un complicated method to improve sleep quality in acute coronary syndrome patients in CCU and can serve as an alternative for drug therapy.

Key words: ear protect device, eye protect device, sleep quality, acute coronary syndrome, ccu

چکیده

مقدمه: خواب یکی از نیازهای اساسی انسان بشمار می رود. محرومیت از خواب اثرات سوء متعددی بر جسم و روان انسان به جای می گذارد. عوامل متعددی باعث اختلال خواب بیماران بستری در بخش می شود. یکی از این عوامل سر و صدا و نور بخش می باشد. بنابراین با توجه به اهمیت خواب از نظر روان شناسی جهت بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب، برآورده ساختن این نیاز اساسی با استفاده از گوش بند و چشم بند ضروری به نظر می رسد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر گوش بند و چشم بند بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه ی قلب در یک بیمارستان نظامی بوده است.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی شاهد دار، ۶۰ بیمار سندرم کرونری حاد به روش غیراحتمالی مبتنی بر هدف انتخاب و با روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد توزیع و مورد مطالعه قرار گرفتند. در گروه آزمون مداخله گوش بند و چشم بند از شب دوم بستری در هر شب (به مدت سه شب) انجام گرفت و با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبرگ کیفیت خواب قبل و پایان مدت بستری مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس داده‌ها با آزمون تی زوج شده‌تی مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد نمره کل کیفیت خواب در گروه آزمون، پس از مداخله ($5/7 \pm 1/6$) نسبت به قبل از مداخله ($8/43 \pm 1/97$) کاهش معنی داری یافته است ($P < 0/000$). همچنین نمره کل کیفیت خواب پس از مداخله در گروه آزمون ($5/7 \pm 1/6$) در مقایسه با نمره ی کل کیفیت خواب کسب شده در گروه شاهد ($8/43 \pm 1/97$) تفاوت معنی داری داشته است ($p < 0/05$).

بحث: استفاده از گوش بند و چشم بند بعنوان یک روش مقرون به صرفه و بدون عارضه می تواند موجب بهبود کیفیت خواب و بالا بردن رضایت روحی و روانی بیماران سندرم کرونری حاد در بخش مراقبت ویژه قلبی باشد و به عنوان روشی جایگزین به جای استفاده از درمان دارویی به کار رود.

کلید واژه‌ها: گوش بند، چشم بند، کیفیت خواب، سندرم کرونری حاد، بخش سی سی یو.
«این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری می باشد.»

* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) دانشکده پرستاری.

** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) دانشکده پرستاری.

*** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) دانشکده پرستاری.

**** دکتری پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، دانشکده پرستاری.

مقدمه

در حال حاضر بیماریهای قلبی - عروقی از شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود و تعداد این بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش است (محمد علیزاده، ۱۳۸۶). متأسفانه تحت تأثیر ویژگی‌های زندگی شهر نشینی، کاهش فعالیت جسمی، افزایش وزن، افزایش مصرف دخانیات، استرس‌های شغلی و روانی و عدم توجه به توصیه‌های بهداشتی، بروز بیماری‌های قلبی - عروقی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش می‌باشد. شیوع بیماری‌های قلبی - عروقی مخصوصاً بیماری‌های عروق کرونری در چین، هند، پاکستان، شرق مدیترانه و خاورمیانه و از جمله ایران به شدت در حال افزایش است و به عنوان یک مشکل عمده ی بهداشتی جسمی روانی و اجتماعی به شمار می‌رود (شریفی راد، ۱۳۸۶، ایمانی پور، ۱۳۸۷، رضائیان، ۱۳۸۷، سزاوار، ۱۳۸۹). هر سال حدود ۳/۶ میلیون نفر فقط در بیمارستانهای تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بستری می‌شوند که تعداد قابل توجهی از این بیماران را مبتلایان به بیماری‌های قلبی به خصوص بیماران سندرم کرونری حاد که شامل انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین ناپایدار است تشکیل می‌دهند (بیرانوند، ۱۳۸۷). مراکز کنترل بیماری‌ها برآورد کرده اند که اگر بیماری‌های عروق کرونری و عوارض آن ریشه کن گردند، امید به زندگی ۷ سال افزایش می‌یابد (صافی، ۱۳۸۸). بیماری‌های قلبی - عروقی یک فاکتور اصلی در کاهش میزان خواب و افزایش بیداری‌های شبانه می‌باشند که علاوه بر تأثیرات خستگی جسمانی، موجب بروز خستگی روحی - روانی، تنش‌های جسمی، بی‌قراری، پرخاشگری و بالطبع طولانی‌تر شدن زمان بستری و درمان بیماری می‌گردند (حیرانی، ۱۳۸۶). خواب حالتی منظم و تکرار شونده است که به آسانی قابل برگشت است و از مشخصات آن بی‌حرکتی نسبی و کاهش قابل توجه آستانه ی پاسخ به محرکات بیرونی نسبت به حالت بیداری است و در طی آن قوای جسمی و روحی تحلیل رفته فرد، مجدداً بازیابی و بازسازی می‌گردد (سادوک، ۲۰۰۳). خواب

برای بقای توانایی‌های انسان مانند حافظه، یادگیری، توانایی حل مسئله و خلاقیت ضروری است و در اثر اختلال در روند طبیعی خواب این توانایی‌ها تحت تأثیر قرار خواهند گرفت. مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف دنیا خصوصاً در کشورهای صنعتی و پیشرفته حاکی از شیوع بسیار بالای اختلالات خواب در بین مردم این کشورها می‌باشد. به عنوان مثال در آمریکای شمالی از هر هفت نفر، یک نفر از اختلال خواب رنج می‌برد. همچنین حدود ۵ درصد مردم جوامع غربی از خواب آلودگی شدید در حین روز شکایت دارند (مهرداد، ۱۳۸۶). عملکرد هوشی، اختلال حافظه، اختلال در قضاوت و تغییرات شخصیتی به دنبال مشکلات خواب بروز می‌کند. از طرفی بسیاری از اختلالات خواب به طور غیر مستقیم، تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شوند. بسیاری از اختلالات عملکردی در طی روز، به دنبال مشکلات خواب، تکه تکه شدن خواب و عدم فرو رفتن به مراحل عمیق تر خواب ناشی می‌شوند (تولایی، ۱۳۸۶). محرومیت از خواب عبارت است از کاهش مقدار، ثبات و کیفیت خواب که ممکن است ناشی از کاهش خواب REM یا NREM باشد. نشانه‌های محرومیت کامل خواب مورد آزمایش قرار گرفته است و علل آن متعدد و علایم آن از تحریک پذیری و نقص در توانمندی‌های عقلانی شروع و تا عدم تکامل شخصیت ادامه می‌یابد (کارول، ۱۳۸۲). با انجام یک پژوهش، مشخص گردید بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را از نظر جسمی و روانی تحت تأثیر قرار دهد، به گونه ای که احتمال ابتلاء به افسردگی و اضطراب افزایش یافته و توانایی مقابله با استرس‌های روزمره کم شود (عظیمی نسب، ۱۳۸۷). مطالعات انجام شده بر کیفیت خواب، ریسک افسردگی را در افراد دچار کم‌خوابی تا چهار برابر ذکر کرده اند و در کل، نتایج مطالعات آینده‌نگر نشانگر این است که اشکالات خواب ممکن است اولین علامت اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، سوءمصرف الکل و بیش‌فعالی همراه با کاهش تمرکز باشد. مقالات مروری اخیر نقش مهم خواب را در روند یادگیری و تقویت حافظه ادعان داشته اند (آراسته، ۱۳۸۶). محرومیت از

می‌گردد. این امر علاوه بر تأثیرات روانی خود؛ که می‌تواند بی‌قراری، بی‌حوصلگی، پائین آمدن آستانه تحمل روحی باشد، از نظر جسمی نیز باعث افزایش ضربان قلب، ریت تنفسی، میزان فشار خون و میزان نیاز میوکارد به اکسیژن، دیس‌ریتمی قلبی، کاهش پرفوزیون کلیوی شود که این عوامل در نهایت موجب تشدید ایسکمی و انفارکتوس و در نهایت سکتة قلبی می‌شوند. بیماران بخش مراقبت ویژه ممکن است خواب خوبی در شب نداشته باشند که این می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلف داخلی مثل درد، ناراحتی، داروها، اضطراب، استرس، پیری و عوامل خارجی مثل سر و صدای مانیتورها، بیدار شدن مکرر به واسطه فعالیت پرستاران، روشنایی چراغ‌ها، درجه حرارت محیط و مراقبت‌های پرستاری و درمانی باشد (پاتل، ۲۰۰۸، پونگام^۲، ۲۰۰۵، ونگ من^۳، ۲۰۰۷، وین‌هاوس^۴، ۲۰۰۶، هانکس^۵، ۲۰۰۳، گیبیر^۶، ۲۰۰۱، فونتانا^۷، ۲۰۱۰). همان‌طور که گفته شد بیماری‌های قلبی و عروقی نظیر آنژین صدری و انفارکتوس میوکارد می‌تواند موجب اختلال در خواب شود و با توجه به این که نیاز به اکسیژن میوکارد در اثر اختلال خواب بالا می‌رود و احتمال بروز خطرات قلبی نظیر انفارکتوس مجدد و بروز آریتمی بیشتر می‌شود، نیاز به برطرف کردن اختلالات خواب را دوچندان می‌نماید (شریفی راد، ۱۳۸۶). از سوی دیگر، شواهد علمی نشان داده است کوتاهی خواب، عامل خطر ساز حمله ی قلبی است (رحمانی نیا، ۱۳۸۸). راه‌های مختلفی جهت درمان مشکلات خواب بیماران وجود دارد. معمول ترین راه درمان یا مقابله با مشکلات خواب، استفاده از داروهاست. اثربخشی روش‌های درمانی بدون استفاده از دارو، کندتر از اثربخشی مصرف داروهای خواب آور است؛ اما دوام بیشتری دارند و خطرهای جانبی مصرف دارو مانند اعتیاد را ندارند. بنزودیازپین‌ها شایع ترین داروهای مورد استفاده برای کنترل

خواب بیشترین اثر را بر خلق و شناخت می‌گذارد و به درجات کمتر اما قابل اهمیت، بر فعالیت موتور نیز تاثیر گذار است. محرومیت از خواب نسبی و مزمن می‌تواند قدرت حل مسائل پیچیده و حتی قدرت تکلم را نیز کاهش دهد. یادگیری وظایف شناختی پیچیده و تکنیک‌های مهارتی نیز تا ۵۰٪ بر اثر محرومیت از خواب کاهش می‌یابد (سروش، ۱۳۸۷). از طرفی خواب نقش بسیار مهمی را در عملکرد قلبی - عروقی ایفا می‌نماید و محرومیت از آن موجب تشدید اضطراب، تحریک پذیری، عصبانیت، ازدیاد ضربان قلب و افزایش میزان نیاز اکسیژن میوکارد در یک چرخه مکرر و خطرناک می‌گردد. بی‌خوابی موجب افزایش قدرت و سرعت انقباض عضله قلب (از طریق تحریک سمپاتیک) و در نتیجه افزایش تقاضای اکسیژن عضله قلب می‌شود. اضطراب و افسردگی، ترس از مرگ در اثر انفارکتوس میوکارد باعث کم‌خوابی و یا بی‌خوابی در بیماران می‌گردد. خواب طبیعی با تغییرات فیزیولوژیکی در بدن همراه است که این تغییرات ممکن است اثرات مطلوبی بر روی بهبودی بیماری‌های قلبی - عروقی داشته باشد (حیرانی ۱۳۸۶، بهروزی فر ۱۳۸۶، ذاکری مقدم، ۱۳۸۵). با توجه به نتایج مطالعات گذشته به دست آمده مشاهده می‌شود که در افراد مبتلا به سکتة قلبی حاد، شاخص‌های متعدد اختلالات خواب از جمله: کوتاه بودن طول مدت خواب شبانه، اشکال در به خواب رفتن و بیدار شدن متعدد و طولانی در طول شب بیشتر از افراد عادی دیده می‌شود که این موضوع بر سلامت جسمی - روانی و سیر بهبود این بیماران تاثیر گذار است. به دست آوردن این نتایج که با نتایج مطالعات معدود در این زمینه مشابه است می‌تواند بیانگر نقش اختلالات خواب در بروز عوارض قلبی - عروقی باشد. از طرفی بیماران بستری در بخش سی سی یو کیفیت خواب پایین تری نسبت به زمانی دارند که در منزل هستند (جوان، ۱۳۸۶) کمبود خواب یک مشکل شایع در بیماران بستری می‌باشد. حدود ۵۶٪ از بیماران در اولین روز بستری دچار این مشکل می‌شوند (ابوالحسنی، ۱۳۸۴). کمیت و کیفیت نامطلوب خواب به عنوان یک وضعیت استرس زا باعث ترشح اپی‌نفرین و نور اپی‌نفرین

- 1- Patel.
- 2- Pongam.
- 3- Wongman.
- 4- Weinhouse.
- 5- Honkus.
- 6- Gabor.
- 7- Fontana.

می توان دوره‌های خواب طولانی برای بیماران به ارمغان آورد. (زای،^۲ ۲۰۰۹). با وجود تاکیدات زیادی که در استفاده از گوش بند و چشم بند بر بهبود کیفیت خواب بیماران بخشهای ویژه وجود دارد مطالعات کمی در این زمینه انجام گردیده و اکثر این مطالعات به بررسی تأثیر این دو مداخله به تنهایی پرداخته اند و کمتر بر اثر بخشی توام گوش بند و چشم بند بر کیفیت خواب و تاثیرات روحی - روانی آن پرداخته شده است. بنابراین با توجه به تأثیر بی خوابی در بیماران بستری در بخش سی سی یو و همچنین تأثیری که بی خوابی بر عملکرد سیستم قلبی - عروقی و سطح سلامت جسمی - روانی و بهبود بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری دارد و این که تا کنون مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر گوش بند و چشم بند بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد در ایران صورت نگرفته است مطالعه ی حاضر با هدف بررسی تأثیر گوش بند و چشم بند بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش سی سی یو انجام گرفت.

روش

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروه شاهد دار است که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۶۰ بیمار سندرم کرونری حاد که در بخش سی سی یو یک بیمارستان نظامی بستری بوده اند انجام شده است. نمونه‌های این مطالعه به طور مبتنی بر هدف انتخاب و در دو گروه شاهد و آزمون قرار داده شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها در این مطالعه به شرح زیر: داشتن حداقل سن ۱۸ سال (مارتین،^۳ ۲۰۰۸)، آگاه بودن به زمان و مکان (مارتین، ۲۰۰۸)، عدم انجام عمل جراحی (مارتین، ۲۰۰۸)، کسر تخلیه ای قلبی بالای ۴۰٪ (اسچیزا،^۴ ۲۰۱۰)، عدم دریافت مخدر ۶-۵ ساعت قبل از خواب شب (خدام، ۱۳۸۶)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (بهروزی فر، ۱۳۸۷)، عدم وجود اختلال

دارویی، بی‌خوابی حاد در بیماران بستری و سرپایی می‌باشند و به طور مکرر در درمان بی خوابی مورد استفاده قرار می‌گیرند. شایع ترین اثرات جانبی این داروها؛ شامل باقی ماندن اثر آرام بخشی درطول روز، نقص در عملکرد و حافظه، افزایش خطر سقوط، فراموشی آنتروگرید، دپرسیون تنفسی و کاهش کیفیت خواب (کاهش خواب با موج آهسته) می‌باشد (زرععتی، ۱۳۸۸). پژوهش‌های فراوانی نشان دهنده تاثیر درمان‌های غیردارویی دراختلالات خواب است. میزان تاثیر این روش‌های درمانی هفتاد تا هشتاد درصد گزارش گردیده است. آکادمی پزشکی خواب آمریکا با مروری بر مقالات متعدد پژوهشی، روایی این بررسی‌ها را در تاثیر درازمدت روش‌های غیردارویی، و مطالعات تصادفی دو سوکور نیز تأثیر این روش‌ها را در مقایسه با انواع داروهای خواب آور گزارش نموده اند (ابهری، ۱۳۸۶). یک اطاق تاریک و آرام با رعایت خلوت آن، تقریباً برای هر کس جهت استراحت ایده آل است. محیط ناآشنا با رفت و آمد افراد مختلف و باز و بسته نمودن مکرر درب آسانسور، مورد شکایت اکثر بیماران بستری در بیمارستان می باشد. اگر چه برای پرستار کنترل بعضی از این منابع شلوغی و ناراحتی مشکل است ولی هر کوششی جهت کاهش ناراحتی و پیشبرد خواب و استراحت بیماران باید انجام گیرد. اقدامات متعددی جهت بهبود خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه پیشنهاد می شود که یکی از این اقدامات، محدود کردن سروصدا و نور محیط با استفاده از چشم بند و گوش بند به عنوان یک مداخله پرستاری است (ون‌هاوس، ۲۰۰۶، بهروزی فر ۱۳۸۷). استفاده از گوش بند باعث بهبود کیفیت خواب و خواب رم در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می گردد (هاردین،^۱ ۲۰۰۹). مطالعات ریچاردسون و زاهر و والاس نشان می دهد که گوش بند تاثیر مثبتی بر خواب بیماران بستری دارد. اولین مطالعه جهت بررسی تاثیر ترکیبی دو مداخله چشم بند و گوش بند توسط ریچاردسون صورت گرفت و مشخص گردید که با یک مداخله ی ارزان قیمت و مقرون به صرفه

2- Xie.
3- Martin.
4- Schiza.

1- Hardin.

۱۳۸۷؛ براز، ۱۳۸۴، کریستین^۳؛ اسمیت^۴، ۲۰۰۷؛ تمار^۵، ۲۰۰۷؛ سلیمانی^{۱۳۸۷}؛ صادقی^{۱۳۸۹}، این پرسشنامه از حساسیت ۰/۹۰ و ویژگی ۰/۸۷ برخوردار است. بویسی و همکاران (۱۹۸۹) نیز در مطالعه خود حساسیت و ویژگی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹/۶ و ۰/۸۶/۵ و اعتبار درونی را $\alpha=0/83$ و روایی آن را در آزمون مجدد $r=0/85$ گزارش نمودند (حسین آبادی^{۱۳۸۷}، در مطالعه ای دیگر قابلیت اعتماد آن را ۰/۸۳ گزارش نموده اند (قریشی^{۱۳۸۷}، در مطالعه ای بهروزی فر و همکاران پایایی شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ بر روی ۱۵ نمونه و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردیده و تایید شده است (بهروزی فر^{۱۳۸۷}، پایایی این مقیاس به نسبت بالا و ضریب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۷ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (تمار^{۲۰۰۷}) پس از مشخص نمودن هدف مطالعه و چگونگی انجام آن و کسب رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، صبح روز بعد از بستری پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبرگ بین نمونه‌ها توزیع و تکمیل گردید. مداخله از شب دوم تا زمان ترخیص (به مدت سه شب) بر روی نمونه‌ها انجام گرفت. سپس پرسشنامه‌ها مجدداً توسط نمونه‌ها در روز آخر بستری تکمیل گردید و به کمک روشهای آمار توصیفی و استنباطی با آزمون تی زوج شده، تی مستقل، ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و با استفاده از نرم افزار آماری spss 19 اطلاعات بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌ها نشان می دهد میانگین سنی نمونه‌ها $(5/9 \pm 54/9)$ سال بود که ۴۳/۳ درصد آن ها مبتلا به انفارکتوس بدون صعود قطعه ST و ۳۱/۷ درصد آنها مبتلا به انفارکتوس با صعود قطعه ST و ۲۵ درصد مبتلا به آنژین صدری بودند. همچنین ۲۹ نفر

واضح و شناخته شده ی خواب، عدم وجود اختلالات مغزی (ونگمن، ۲۰۰۷)، عدم وجود اختلالات شنوایی و بینایی (ونگمن، ۲۰۰۷)، عدم عادت به استفاده از مواد مخدر (نوحی، ۱۳۸۶)، عدم وجود سابقه و عادت به استفاده از گوش بند و چشم بند، عدم وجود بیماری‌های زمینه ای مؤثر بر خواب مثل آرتريت روماتوئید، میگرن، عدم عادت به استفاده از هرگونه مواد یا پروسیجر مؤثر بر خواب، عدم استفاده از داروهای اینوتروپ (اسچیزا، ۲۰۱۰) و معیارهای خروج از این مطالعه شامل بروز مشکلات حاد در زمان بستری و یا تجویز و مصرف مخدر در شب هنگام بودند. ابزار جمع آوری داده‌ها در این مطالعه شامل دو پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبرگ و پرسشنامه ی اطلاعات دموگرافیک بود. پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبرگ^۱ یک پرسشنامه خود کنترلی و خود گزارش دهی است که توسط دانیل جی بای سی^۲ و همکاران برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسشنامه به طور گسترده در تحقیقات بالینی و غیر بالینی به منظور بررسی کیفیت خواب در طول ماه (۴ هفته) گذشته مورد استفاده قرار گرفته است و شامل ۱۹ سوال در ۷ بخش (کیفیت خواب ذهنی C1، دیر به خواب رفتن C2، کفایت خواب C3، دوره خواب C4، اختلال خواب C5، استفاده از داروهای خواب آور C6 و عملکرد ناقص در روز C7) می باشد که به طور خلاصه در یک جدول قرار می گیرد. هر بخش از ۰-۳ امتیاز دارد. نمرات ۰، ۱، ۲، ۳، در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل ضعیف، متوسط و شدید می باشد. اکثر گزینه‌ها کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم هستند. در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت خواب پائین می باشد (عظیمی نسب، ۱۳۸۷؛ بهروزی فر^{۱۳۸۷}؛ اسچیزا^{۲۰۱۰}؛ خدام^{۱۳۸۶}؛ نوحی^{۱۳۸۶}؛ حسن زاده^{۱۳۸۷}؛ افخم ابراهیمی^{۱۳۸۶}،

3- Kristen.

4- Smyth.

5- Tamar.

1- PSQI.

2- Daniel J Buysse.

مداخله به $(\pm 1/6 \text{ } 5/7)$ کاهش یافت که آزمون آماری تی زوجی این اختلاف را معنی دار نشان داد $(p < 0/000)$. در گروه شاهد نمره ی کل کیفیت خواب قبل و پس از مداخله (به ترتیب $2/23 \pm 7/4$ نسبت به $1/97 \pm 8/43$) تفاوت آماری معنی داری را نشان داد $(p < 0/000)$ که نشان دهنده کاهش کیفیت خواب بیماران در طی مدت بستری در بخش مراقبت ویژه می باشد. همچنین نمره کل کیفیت خواب پس از مداخله در گروه آزمون $(\pm 1/6 \text{ } 5/7)$ کمتر از نمره ی کسب شده در گروه شاهد $(1/97 \pm 8/43)$ بود که این تفاوت بر اساس آزمون تی نمونه‌های مستقل از نظر آماری معنی دار بود $(p < 0/05)$ (جدول ۱).

$(/48/3)$ مذکر و ۳۱ نفر $(/51/7)$ مونث بودند. میانگین کسر تخلیه ای قلبی نمونه‌ها $(\pm 3/5 \text{ } 45/5)$ بود. اکثر نمونه متاهل و زیر ۲ تا فرزند، تحصیلات دانشگاهی، کارمند و درآمد بین پانصد هزار تومان تا یک میلیون تومان داشتند. $51/7$ ٪ سابقه بستری قلبی، $51/7$ ٪ سابقه قلبی MI و $96/6$ ٪ سابقه مصرف دارو را ذکر نمودند. $41/65$ ٪ نمونه‌ها سابقه فشارخون بالا، $26/65$ ٪ سابقه دیابت و 15 ٪ سابقه هر دو را ذکر نمودند. در خصوص متغیرهای دموگرافیک قبل از مداخله در دو گروه از نظر آماری اختلاف معناداری دیده نشد $(p > 0/05)$. در گروه آزمون نمره کل کیفیت خواب، قبل از مداخله $(8/8 \pm 2/8)$ بود که پس از

جدول ۱- مقایسه ی نمره کل کیفیت خواب گروه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله

گروه	آزمون	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t زوجی
شاهد		$7/4 \pm 2/23$	$8/43 \pm 1/97$	$P=0/000$
آزمون		$8/8 \pm 2/8$	$5/7 \pm 1/6$	$P=0/000$
آزمون t مستقل		$P=0/000$		$P=0/000$

همه حیطه‌های کیفیت خواب به جز حیطه کیفیت خواب ذهنی پس از مداخله معنی دار بود $(p > 0/05)$ (جدول ۳).

در گروه شاهد پس از مداخله تفاوت مشاهده شده در نمره کسب شده به جزء در حیطه ی مصرف داروی خواب $(p > 0/05)$ در سایر حیطه‌ها معنی دار نبود $(p > 0/05)$ (جدول ۲). اما در گروه آزمون کاهش نمره

جدول ۲- مقایسه ی نمره حیطه‌های کیفیت خواب گروه شاهد قبل و بعد از مداخله

حیطه‌ها	آزمون	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t زوجی
کیفیت خواب بطور ذهنی		$0/83 \pm 0/59$	$1/03 \pm 0/66$	$0/13$
تاخیر در به خواب رفتن		$1/16 \pm 0/53$	$1/2 \pm 0/61$	$0/74$
طول مدت خواب مفید		$1/2 \pm 0/61$	$1/1 \pm 0/4$	$0/32$
کفایت خواب		$0/93 \pm 0/58$	$1/03 \pm 0/55$	$0/44$
اختلالات خواب		$1/06 \pm 0/44$	$1/3 \pm 0/46$	$0/07$
میزان داروی خواب آور مصرفی		$0/86 \pm 0/57$	$1/2 \pm 0/4$	$0/01$
عملکرد صبحگاهی		$1/3 \pm 0/53$	$1/56 \pm 0/62$	$0/1$

جدول ۳- مقایسه ی نمره حیطة‌های کیفیت خواب گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

حیطه‌ها	آزمون	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t زوجی
کیفیت خواب بطور ذهنی		۰/۹۳ \pm ۰/۶	۰/۷۷ \pm ۰/۴	۰/۰۹
تاخیر در به خواب رفتن		۱/۲ \pm ۰/۴	۰/۶۶ \pm ۰/۶	۰/۰۰۱
طول مدت خواب مفید		۱/۲ \pm ۰/۵	۰/۸ \pm ۰/۴	۰/۰۰۵
کفایت خواب		۱/۱ \pm ۰/۷	۰/۹ \pm ۰/۴	۰/۰۵
اختلالات خواب		۱/۲ \pm ۰/۷	۰/۹ \pm ۰/۴	۰/۰۳
میزان داروی خواب آور مصرفی		۱/۶ \pm ۰/۸	۰/۹ \pm ۰/۴	۰/۰۰۰
عملکرد صبحگاهی		۱/۵ \pm ۰/۷	۰/۸ \pm ۰/۵	۰/۰۰۱

داروی خواب آور مصرفی در بقیه حیطه‌ها تفاوت معناداری دیده نشد ($p > 0/05$) (جدول ۴).

در مقایسه ی نمره ی حیطه‌های کیفیت خواب قبل از مداخله در دو گروه غیر از حیطه ی میزان

جدول ۴- مقایسه ی نمره حیطه‌های کیفیت خواب گروه‌های مورد پژوهش قبل از مداخله

حیطه‌ها	آزمون	شاهد	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t مستقل
کیفیت خواب بطور ذهنی		۰/۸۳ \pm ۰/۵۹	۰/۹۳ \pm ۰/۶	۰/۶۳	۰/۶۳
تاخیر در به خواب رفتن		۱/۱۶ \pm ۰/۵۳	۱/۲ \pm ۰/۴	۰/۷۷	۰/۷۷
طول مدت خواب مفید		۱/۲ \pm ۰/۶۱	۱/۲ \pm ۰/۵	۰/۸	۰/۸
کفایت خواب		۰/۹۳ \pm ۰/۵۸	۱/۱ \pm ۰/۷	۰/۱	۰/۱
اختلالات خواب		۱/۰۶ \pm ۰/۴۴	۱/۲ \pm ۰/۷	۰/۳	۰/۳
میزان داروی خواب آور مصرفی		۰/۸۶ \pm ۰/۵۷	۱/۶ \pm ۰/۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
عملکرد صبحگاهی		۱/۳ \pm ۰/۵۳	۱/۵ \pm ۰/۷	۰/۲	۰/۲

بترتیب (۱/۳ و ۱/۵۶) بوده و حداقل نمره قبل از مداخله مربوط به کیفیت خواب ذهنی (۰/۸۳) و بعد از مداخله مربوط به کیفیت خواب ذهنی و کفایت خواب (۱/۰۳) بود. بعد از مداخله به غیر از حیطه ی کفایت خواب بین دو گروه، آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی داری را نشان داد ($p < 0/05$) (جدول ۵). بین هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک با نمره کیفیت خواب ارتباط معناداری دیده نشد (اسپیرمن-پیرسون $p > 0/05$).

در گروه آزمون حداکثر میانگین نمره حیطه‌ها در مرحله قبل از مداخله مربوط به حیطه ی میزان داروی خواب آور مصرفی (۱/۶ \pm ۰/۸۹) و عملکرد صبحگاهی (۱/۵ \pm ۰/۷) و در مرحله بعد از مداخله مربوط به حیطه ی کفایت خواب، اختلالات خواب و میزان داروی خواب آور مصرفی (۰/۹ \pm ۰/۴) بود. همچنین حداقل میانگین نمره در مرحله قبل از مداخله مربوط به کیفیت خواب ذهنی (۰/۹۳ \pm ۰/۶) و بعد از مداخله مربوط به تاخیر در به خواب رفتن (۰/۶۶ \pm ۰/۶) بود. در گروه شاهد نیز حداکثر میانگین نمره در مرحله قبل و بعد از مداخله مربوط به حیطه ی عملکرد صبحگاهی

جدول ۵- مقایسه ی نمره حیطة‌های کیفیت خواب گروه‌های مورد پژوهش بعد از مداخله

حیطه‌ها	آزمون	شاهد	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	آزمون t مستقل
کیفیت خواب بطور ذهنی	۱/۰۳±۰/۶۶	۰/۷±۰/۴	۰/۰۲		
تاخیر در به خواب رفتن	۱/۲±۰/۶۱	۰/۶۶±۰/۶	۰/۰۰۲		
طول مدت خواب مفید	۱/۱±۰/۴	۰/۸±۰/۴	۰/۰۰۶		
کفایت خواب	۱/۰۳±۰/۵۵	۰/۹±۰/۴	۰/۳		
اختلالات خواب	۱/۳±۰/۴۶	۰/۹±۰/۴	۰/۰۰۲		
میزان داروی خواب آور مصرفی	۱/۲±۰/۴	۰/۹±۰/۴	۰/۰۰۶		
عملکرد صبحگاهی	۱/۵۶±۰/۶۲	۰/۸۳±۰/۵	۰/۰۰۰		

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۶۳/۳۵٪ از واحدهای مورد مطالعه کیفیت خواب نامطلوب داشتند و میانگین نمره کلی کیفیت خواب در این بیماران برابر (۸/۸ ± ۲/۸) بود. نتایج تحقیقات چندین ساله ی پرستاری، همواره نشان داده که بیماران بستری در بیمارستان به نوعی کاهش در میزان و کیفیت خواب را تجربه کرده اند. هر چند که آمار و میزان این اختلالات در تحقیقات متفاوت بوده است به طوری که در چهار مطالعه ی مجزا این آمار به ترتیب ۵۰٪، ۶۰٪، ۶۵٪ و ۷۴/۶٪ گزارش شده است (هاردین، ۲۰۰۹). در مطالعه ردکر و همکاران طی پنج روز پس از عمل جراحی قلب باز مشخص شد هر چند که در کمیت و مدت خواب بیماران تغییر محسوسی ایجاد نشده و حتی در مواردی درصد خواب شبانه روز از ۴۵٪ به ۶۰٪ افزایش یافته ولی به دلیل قطع مکرر ریتم خواب طی سه روز اول کیفیت خواب کاهش یافته بود (ردکر^۱، ۲۰۰۲). در مطالعه اریکسون و همکاران که بر روی ۸۴ بیمار قلبی انجام شد مشخص گردید که ۵۱٪ دچار مشکل به خواب رفتن بودند، ۴۴٪ در خواب دچار ناراحتی و ۴۰٪ در مراحل انتهایی خواب دچار

مشکل و ۳۹٪ مشکل زود از خواب بیدار شدن داشتند (اریکسون^۲، ۲۰۰۳). در مطالعه پارکر نیز مشخص گردید که مشکل خواب در بیماران با نارسایی قلبی نسبت به افراد بدون این بیماری از شیوع بیشتری برخوردار است و عواملی چون مشکلات تنفسی، افزایش سن، دارو، اضطراب و افسردگی در این امر نقش بسزایی دارند (پارکر^۳، ۲۰۰۲). بنابراین نتایج این پژوهش مانند مطالعات ذکر شده حاکی از کاهش کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می باشد. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره ی کیفیت خواب در دو گروه بعد از مداخله از نظر آماری اختلاف معناداری داشته، به طوری که کیفیت خواب بیماران بعد از استفاده از گوش بند و چشم بند در گروه آزمون ارتقاء یافت؛ که با نتایج مطالعات استانچین^۴، ریچاردسون^۵، کویی و کوچی^۶ و هیو^۷ هماهنگ است (زای، ۲۰۰۹، کویی و کوچی ۲۰۰۸، هیو ۲۰۱۰، ریچاردسون، ۲۰۰۷). هم چنین در مطالعه ای که توسط استانچین و همکارانش در لابراتوار خواب آمریکا بر روی ۴ فرد سالم به روش پلی سومنوگرافی

2- Erickson.
3- Parker.
4- Stanchin.
5- Richardson.
6- kooyj&kohhj.
7- Hu.

1- Redker.

انجام گرفت، مشخص گردید که گوش بند باعث بهبود ۶۷/۶٪ خواب افراد می شود (هاردین، ۲۰۰۹). نتایج مطالعه اسکاتو^۱ و همکارانش (۲۰۰۹) که با هدف بررسی تأثیر گوش بند بر تجربه ذهنی خواب بیماران سی سی یو در دانشگاه اکرون امریکا انجام گرفت با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. طبق نتایج بدست آمده نمره ی کلی رضایت خواب در گروه آزمون به طرز معنی داری بالاتر از گروه شاهد بود و مشخص گردید که گوش بند و چشم بند به عنوان یک مداخله غیر تهاجمی و ارزان قیمت به طور مؤثری باعث بهبود کیفیت ذهنی خواب بیماران سی سی یو می گردند (اسکاتو، ۲۰۰۹). از طرفی نتایج حاصل افزایش قابل ملاحظه ای را در حیطه های کیفیت خواب بعد از استفاده از گوش بند و چشم بند در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد نشان داد که به غیر از حیطه کفایت خواب بین دو گروه تفاوت معناداری دیده شد ($P < 0.05$). این امر شاید به دلیل کوتاه بودن مدت زمان مداخله به دلیل عدم دسترسی به نمونه ها غیر از زمان بستری آنان باشد. در گروه آزمون در کلیه ی حیطه ها جز حیطه ی کفایت خواب ذهنی و نمره ی کل کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنادار بود و در گروه شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله فقط در حیطه ی مصرف داروی خواب آور تفاوت معنی دار دیده شد. در سایر ابعاد خواب تفاوت معناداری مشاهده نگردید که این معناداری شاید به دلیل عدم استفاده از داروی خواب آور در طول مدت مطالعه باشد. در گروه شاهد نمره ی کلی کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری را نشان داد، بدین معنی که نمره ی کلی کیفیت خواب افزایش یافته بود؛ این مسئله نشان دهنده کاهش کیفیت خواب بیماران در مدت بستری در بخش بود که با یافته مطالعه لی و همکاران، اسپچیزا و همکاران هماهنگ می باشد. نتایج مطالعه ی لی نشان داد که کیفیت خواب بیماران بعد از بستری شدن

در بیمارستان ۵۷-۵۴ درصد کاهش پیدا می کند (لی^۲، ۲۰۰۹، مارتین، ۲۰۰۸). در این مطالعه بین جنسیت و کیفیت خواب ارتباط معناداری بدست نیامد ($p = 0.78$) که با مطالعه اصلانی و همکاران^۳، زیتهوفر و همکاران، مکسیمو^۴ و همکاران همخوانی ندارد (اصلانی ۱۳۸۶، زیتهوفر ۱۹۹۴، مکسیمو ۱۹۹۷).

در حالی که در مطالعه ای که توسط دوگان بر روی ۱۵۰ بیمار و ۵۰ فرد سالم به عنوان گروه کنترل با استفاده از پرسشنامه پیترزبرگ انجام شد کیفیت خواب در زنان نسبت به مردان بدتر گزارش شد (دوگان^۵، ۲۰۰۵) و برعکس در مطالعه فریگیتو^۶ کیفیت خواب در مردان بدتر از زنان ذکر گردیده است. یافته های اسپورمیکر^۷ و همکاران نیز نشان دهنده شیوع بیشتر شکایات بی خوابی در زنان در مقایسه با مردان است (اسپورمیکر، ۲۰۰۵). احساس خواب آلودگی به هنگام روز، در زنان بیشتر از مردان است. منابع روانپزشکی و علوم رفتاری نیز، وجود اختلالات خواب را در زنان بیشتر از مردان اعلام کرده اند (لگر^۸، ۲۰۰۰). از طرفی بین سن و کیفیت خواب نیز ارتباط معناداری دیده نشد ($p = 0.65$). در حالی که در مطالعه صارمی مشخص گردید که عامل سن بر روی تعداد دفعات بیدار شدن در طول خواب موثر است و با افزایش سن تغییرات عمده ای در ساختار خواب انسان بوجود می آید که از آن دسته می توان به کاهش کیفیت، حساسیت و پیوستگی خواب با افزایش سن اشاره کرد. (صارمی، ۱۳۸۷). در مطالعه ی کاتر^۹ نیز مشخص گردید که میانگین خواب موج آهسته از ۱۸/۹ درصد در سنین جوانی به ۳/۴ درصد در سنین میانسالی کاهش می یابد (کاتر، ۲۰۰۰). شیروتا نیز در تحقیق

2- Lei.
3- Zeitlhofer.
4- Maksimov.
5- Dogon.
6- Frieghetto.
7- Spoormaker.
8- Leger.
9- cauter.

1- Scotto.

اختلالات خواب بیشتر دیده شد اما بین کسر تخلیه ای قلب و طیف اختلالات خواب در سایر مراحل شامل تداوم خواب و بیدار شدن از خواب ارتباط معناداری را گزارش نمودند (اصلانی، ۱۳۸۶). نتایج این مطالعه در زمینه عدم ارتباط معنادار کسر تخلیه ای قلب و کیفیت خواب با مطالعه بهروزی فر همخوانی دارد (بهروزی فر، ۱۳۸۷).

بین سابقه قلبی دیابت و فشارخون ($p = 0/22$)، مصرف دارو ($p = 0/13$)، دفعات بستری ($p = 0/55$) و کیفیت خواب نیز ارتباط معناداری دیده نشد که با نتایج آندرسکینی^۶ و همکاران که نشان داد که افراد دارای فشار خون بالا بیشتر از افراد سالم مشکل در بیدار شدن و بیدار شدن‌های شبانه دارند و مطالعه بهروزی فر نشان داد که بین این دو بیماری با کیفیت خواب ارتباط وجود دارد، همخوانی ندارد (بهروزی فر، ۱۳۸۶، آندرسکینی ۲۰۰۶). در ارتباط با دیابت در مطالعه ویگ^۷ با عنوان بررسی خواب بیماران مبتلا به دیابت نوع دو عنوان شده است تعداد زیادی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اختلال خواب دارند که با پژوهش حاضر مطابقت ندارد (ویگ، ۲۰۰۳). جین جاکوز عنوان می کند که دیابت نوع دو از طریق ارتباطش با چاقی منجر به اختلال خواب می شود. چاقی ممکن است باعث باریکی راه هوایی و آپنه ی انسدادی خواب شود. البته علائم بیماری دیابت مثل پرنوشی و پرادراری می تواند بر کیفیت خواب تأثیر گذار باشد (بهروزی فر، ۱۳۸۶). همچنین در تحقیقی که توسط تاسالی^۸ (۲۰۰۷) با هدف بررسی موج آهسته خواب^۹ و خطر دیابت نوع دو بر روی ۹ فرد جوان سالم در شیکاگو انجام شد مشخص گردید موج آهسته خواب نقش مهمی در نگهداری هموستاز طبیعی گلوکز دارد و کاهش کیفیت خواب همراه با کاهش دامنه ی

خود دریافت که افراد بالای ۶۰ سال اغلب در به خواب رفتن و بیداری‌های مکرر در طول شب مشکل دارند که با خوابیدن در طول روز جبران می شود (بهروزی فر، ۱۳۸۷) این نتایج با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه ی حاضر بین وضعیت تأهل ($p = 0/35$)، تعداد فرزند ($p = 0/36$) و کیفیت خواب ارتباط معناداری دیده نشد که با مطالعه حجتی همخوانی دارد (حجتی، ۱۳۸۹). در حالی که در مطالعه ایزدی اونجی و بهروزی فر ارتباط کیفیت خواب و وضعیت تأهل مورد تأیید قرار گرفت به عبارت دیگر مشخص گردید که کیفیت خواب افراد متأهل مطلوب‌تر از افراد مجرد، بیوه و مطلقه است (بهروزی فر، ۱۳۸۷، ایزدی اونجی، ۱۳۸۷). فولی^۱ و همکاران بیان می کنند که دوران بیوه گی با افزایش خطر اختلالات خواب در جمعیت بالای ۶۵ سال همراه است (فولی، ۱۹۹۹). هم چنین بین تحصیلات ($p = 0/34$) و درآمد ($p = 0/88$) با کیفیت خواب در این مطالعه نیز ارتباط معناداری دیده نشد که با نتایج تحقیق ژولنبرگر^۲ و همکاران در لهستان که نشان داد سطح تحصیلات پایین تر با فراوانی بالاتری از اختلالات خواب همراه است همخوانی ندارد (ریچاردسون، ۲۰۰۷). مور^۳ و همکاران نیز بیان کردند که درآمد و میزان تحصیلات با کیفیت خواب ارتباط مستقیم دارد (مور، ۲۰۰۲). فریدمن^۴ و آدامز^۵ نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت اجتماعی - اقتصادی مثل شغل، سطح درآمد و سواد با کیفیت خواب ارتباط دارد (فریدمن ۲۰۰۷، آدامز ۲۰۰۶).

در ارتباط با رابطه کیفیت خواب و کسر تخلیه ای قلبی ارتباط معناداری دیده نشد ($p = 0/14$) در حالی که در مطالعه ی اصلانی و همکاران در بیماران با کسر تخلیه ای قلبی پایین در مرحله شروع به خواب رفتن

6- Andruskiene.

7- Vigg.

8- Tasali.

9- SWS = Slow wave sleep.

1- Foley.

2- Szelenberger.

3- Moore.

4- Friedman.

5- Adams.

موج آهسته خواب معمولاً در سالمندان و افراد چاق خطر دیابت نوع دو را افزایش می‌دهد (ویگ، ۲۰۰۳). بنابراین خواب یکی از عناصر مهم در زندگی بشری است که با بازسازی قوای فیزیکی، هیجانی و روحی-روانی همراه است. حفظ دوره‌های منظم خواب جهت کسب تندرستی و سلامتی لازم و ضروری است و استفاده از چشم‌بند و گوش‌بند به عنوان یک روش مقرون به صرفه و بدون عارضه می‌تواند موجب بهبود کیفیت خواب بیماران سندرم کرونری حاد در بخش مراقبت ویژه قلبی باشد و به عنوان روشی جایگزین به جای استفاده از درمان دارویی به کار رود.

Archive of SID

منابع

- ۱- ابهری سید علی (۱۳۸۶). درمان‌های غیر دارویی اختلالات خواب. اولین سمینار اختلالات خواب و فعالیت‌های شغلی. کد مقاله ۳۰:۳۱-۷.
- ۲- ابوالحسنی شهلا. (۱۳۸۴) بررسی تاثیر تحریکات حسی بر نشانه‌های محرومیت از خواب در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب، مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد ۷، شماره ۲.
- ۳- آراسته مدبر. (۱۳۸۶). بررسی بی خوابی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره ۱۲، ۶۳-۵۸.
- ۴- اصلانی یوسف، اعتمادی فر شهرام، علی اکبری فاطمه، حیدری آمنه. (۱۳۸۶). بررسی طیف اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بخش قلب بیمارستان‌هاجر شهرکرد مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۹، شماره ۱، ۴۹-۴۴.
- ۵- افخم ابراهیمی عزیزه، قلعه بندی میر فرهاد، صالحی منصور، کافیان تفتی علیرضا، وکیلی یعقوب، اخلاقی فارسی الهه. (بهار ۱۳۸۷). بررسی پارامترهای خواب و عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص). مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. دوره ۱۵، شماره ۵۸، ۳۸-۳۱.
- ۶- ایزدی اونجی فاطمه سادات، ادیب حاج باقری محسن، افاضل محمد رضا. (زمستان ۱۳۸۷). کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۸۵. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. دوره دوازدهم، شماره ۴، ۵۹-۵۲.
- ۷- ایمانی پور معصومه، حقانی حمید. (بهار ۱۳۸۷). بررسی میزان آگاهی و عملکرد فرهنگیان در زمینه پیشگیری از بیماریهای قلبی و عروقی و برخی عوامل مرتبط با آن. نشریه دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، شماره ۶۰ سال ۱۸، صفحه ۴۰-۳۶.
- ۸- براز شهرام، محمدی عیسی، برومند بهروز. (زمستان ۱۳۸۴). ارتباط کیفیت خواب، کیفیت زندگی و بعضی فاکتورهای خونی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۹، شماره ۴، ۷۴-۶۷.
- ۹- بهروزی فر صدیقه، زنوری شایسته، نظافتی محمد حسن، اسماعیلی حبیب الله. (۱۳۸۶) بررسی ارتباط الگوی خواب و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. دوره ۱۴، شماره ۱۶، ۶۱.
- ۱۰- بهروزی فر صدیقه، زنوری شایسته، نظافتی محمد حسن، اسماعیلی حبیب الله. (پاییز ۱۳۸۷). عوامل احتمالی موثر بر کیفیت و کمیت خواب شبانه بیماران بعد از جراحی پیوند عروق کرونر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره شانزدهم، شماره سوم.
- ۱۱- بیرانوند محمد رضا، کلاهی علی اصغر، قافله باشی سیدحمید رضا. (مرداد و شهریور ۱۳۸۷). خصوصیات و تشخیص نهایی بیماران با تشخیص اولیه سندرم کرونری حاد مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. دوره دهم شماره ۳، ۸۲-۷۲.
- ۱۲- تولایی سید عباس، آثاری شروین، قانعی مصطفی. همبستگی بین متغیرهای خواب و علائم ریوی، کیفیت زندگی و تست عملکرد ریوی در بزرگسالان مبتلا به برونشیت مزمن. [from: www.bmsu.ac.ir](http://www.bmsu.ac.ir)
- ۱۳- جوان عبدالرسول، محمدی علی، خزائین شیر علی، محبی سمانه. (پاییز ۱۳۸۶). مقایسه شیوع اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سکنه قلبی حاد با همراهان سالم آنان. مجله ارمغان دانش، دوره ۱۲، شماره ۲، ۸۶-۸۰.
- ۱۴- حجتی حمید، طاهری نورالله، حیدری بهروز، طاهری فرشته. (تابستان ۱۳۸۹). بررسی کیفیت خواب رانندگان اتوبوس شاغل در پایانه مسافری شهر گرگان و ارتباط آن با سلامت عمومی در سال ۱۳۸۷. فصلنامه سلامت کار ایران. دوره ۷ شماره ۲، ۲۴-۲۰.
- ۱۵- حسن زاده مهدی، علوی کاوه، قلعه بندی میر فرهاد، بدالهی زهرا، غرابی بنفشه، صادقی کیا عباس و همکاران. (۱۳۸۷). کیفیت خواب راننده گان مسئول تصادفات جاده ای شدید (منجر به جرح یا فوت). مجله تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۶، شماره ۲، ۱۰۷-۹۷.
- ۱۶- حسین آبادی رضا، نوروزی کیان، پور اسماعیل زهرا، کریملو مسعود، مداح سادات میر باقر. (تابستان ۱۳۸۷). بررسی تاثیر ماساژ نقاط فشاری بر کیفیت خواب سالمندان. مجله توانبخشی. ۹، ۲، ۱۸-۱۴.
- ۱۷- حیرانی وجیهه، زنگیوند اعظم، سلیمی کامبیز، کازرانی هاشم، پور میرزا رضا. بررسی اختلالات الگوی خواب در بیماران قلبی [from: www.ihacongress.org.ir](http://www.ihacongress.org.ir)
- ۱۸- خدام رامین. (۱۳۸۶). راهنمای جیبی کاربرد داروهای ژنریک ایران. تهران: انتشارات دیباج ۶۴۱ و ۷۴۳.
- ۱۹- ذاکری مقدم معصومه، شبان مرضیه، کاظم نژاد انوشیروان، قدیانی لیلا. (تابستان ۱۳۸۵) مقایسه عوامل مؤثر بر خواب از دیدگاه پرستاران و بیماران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۲، شماره ۲، ۱۲-۵.
- ۲۰- رحمانی نیا فرهاد، محبی حمید، قلی صابریان بروجنی مصطفی. (زمستان ۱۳۸۸). اثر پیاده روی بر کیفیت، کمیت و برخی پارامترهای فیزیولوژیک مرتبط با خواب در مردان سالمند. علوم زیستی ورزشی. شماره ۳، ۱۲۶-۱۱۱.
- ۲۱- رضائیان محسن، دهداری نژاد آرشد، اسماعیلی ندیمی علی، طباطبائی سیدضیاء. (۱۳۸۷) اپیدمیولوژی جغرافیایی مرگ ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در شهرستان‌های استان کرمان. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۱، ۴۱-۳۵.

۳۱- عظیمی نسب عبد الله، عظیمی حامد. (بهار ۱۳۸۷). بررسی الگو و کیفیت ذهنی خواب در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارتباط آن با صفات شخصیتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. دوره پانزدهم، شماره ۱، ۱۱-۱۵.

۳۲- قریشی ابوالفضل، آقاجانی امیر حسین. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت خواب در دانشجویان پزشکی زنجان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. دوره ۶۶، شماره ۱، ۶۶-۶۷.

۳۳- کارول تیلور، پریسیلا لمون. (۱۳۸۲). اصول پرستاری تیلور مفاهیم پرستاری بخش ۲، تهران انتشارات بشری، ۲۸-۱۲۰.

۳۴- محمد علیزاده سکینه، سبزواری سکینه، میرزایی فاطمه، باقریان بهناز (۱۳۸۶). مقایسه علایم و نشانه‌های انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان و مردان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره هفدهم، شماره ۵۶، ۴۹-۴۲.

۳۵- مهرداد رامین. اختلالات خواب و تاثیر آن بر عملکرد شغلی و بهره‌وری. اولین سمینار اختلالات خواب و فعالیت‌های شغلی. کد مقاله ۲۹:۳۱-۷.

۳۶- نوحی سیما، آذر ماهیار، تولایی عباس، رادفر شکوفه، حبیبی مهدی، انوری سمیه سادات و همکاران. (پاییز ۱۳۸۶). کیفیت خواب در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه، مجله علوم رفتاری. سال اول. شماره ۱، ۷۷-۶۹.

37- Adams J. (2006) Socioeconomic position and sleep quantity in UK adults. *J Epidemiol Community Health*;60(3):267-9.

38- Andrušienė Jurgita, Varoneckas Giedrius, Martinkėnas Arvydas. Sleep complaints and their relation to coronary artery disease, arterial hypertension and depressive mood in West Lithuanian population. *ACTA medica lituanica* 2006; volume 13 No. 4:265-71

39- Cauter Eve Van, Leproult Rachel, Plat Laurence. (August, 2000) Age-Related Changes in Slow Wave Sleep and REM Sleep and Relationship With Growth Hormone and Cortisol Levels in Healthy Men *JAMA*. Vol 284. No 7861, -68.

40- Dogon O, Ertekin S, Dogan S. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs*. 14(1):107-13.

41- Erickson VS, Westlake CA, Dracup KA, Woo MA, Hage A. (2003). Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. *AACN Clin*. 14(4):477-87.

42- Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. (1999) Incidence and remission of insomnia among elderly adults. An epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *sleep*. 22, 366-72.

43- Fontana CF, Pittiglio LI. (2010 Jan-Mar). Sleep deprivation among critical care patients. *Oakland University*. 33(1), 75-81.

۲۲- زراعتی فاطمه، سیف ربیعی محمد علی، عراقچیان ملیحه، صبوری طاهره. (زمستان ۱۳۸۸). بررسی کیفیت خواب و استفاده از داروهای خواب آور در بالغین بستری در بخش‌های داخلی بیمارستان اکباتان همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. دوره شانزدهم، شماره ۴، ۳۱-۳۱.

۲۳- سادوک ب. (۲۰۰۳) سادوک و خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک جلد دوم. ویراست نهم، تهران: انتشارات ارجمند، ص ۳۰۱-۳۲۶.

۲۴- سروش احمد رضا، حامدی سرشت احسان، دبیران سهیلا. (پائیز ۱۳۸۷). ارزیابی میزان محرومیت از خواب و خستگی در دستیاران جراحی عمومی: آیا کاهش ساعات کاری دستیاران ضرورت دارد؟. مجله پژوهشی حکیم. دوره یازدهم، شماره سوم ۳۵-۴۱.

۲۵- سزاوار سیدهاشم، ولیزاده مریم، مرادی مازیار، رهبر محمدحسین. (تابستان ۱۳۸۹). بررسی انفارکتوس میوکارد زودرس و عوامل خطر آن در بیماران بستری در بیمارستان رسول اکرم تهران. مجله پزشکی هرمزگان. سال چهاردهم شماره دوم، ۱۶۳-۱۵۶.

۲۶- سلیمانی محمد علی، مسعودی رضا، صادقی طاهره، بهرامی نسیم، قربانی مصطفی، حسن پور دهکردی علی. (۱۳۸۷). سلامت عمومی و ارتباط آن با کیفیت خواب پرستاران ثابت و شیفت در گردش شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۱۰، شماره ۳، ۷۵-۷۰.

۲۷- شریفی راد غلامرضا، محبی سیامک، مطلبی محمد. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان عضو کانون باز نشستگان اصفهان با سابقه فعالیت جسمانی در دوران میانسالی. افق دانش، دوره ۱۳، شماره ۲.

۲۸- صادقی هاجر، عزیز زاده فروزی منصوره، حقدوست علی اکبر، محمدعلیزاده سکینه (۱۳۸۹). تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی. مجله پرستاری مراقبت ویژه. دوره ۳، شماره ۱، ۱۸-۱۳.

۲۹- صارمی مهناز، خانی جزنی رضا، تاسی پاتریسیا. (تابستان ۱۳۸۷). مقایسه میزان خستگی کمیت و کیفیت خواب در نوبت کاران پیر و جوان پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۲، شماره ۲، ۱۳۹-۱۳۵.

۳۰- صافی مرتضی، محمد پورشاطری مهری، مجتهد زاده مونا، اتوکش سلمان، وکیلی حسین. (بهار و اسفند ۱۳۸۸). مقایسه نتایج آنژیوپلاستی اورژانس کرونری با ترومبولیتیک تراپی در مبتلایان به انفارکتوس حاد میوکارد پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)، سال چهاردهم (شماره ۶ پی در پی ۷۲) ۳۳۶-۳۳۲.

- 58-** pongam Sunisa.(2005).The effect of music on sleep efficiency among patient during admission in the coronary care unite, mahidol university.
- 59-** Redker NS , Hedges C.(2002). sleep during hospitalization and recovery after cardiac surgery J cardiovasc Nurs. 16(1):56-68.
- 60-** Richardson Annette, Allsop Micheala, Coghil Elaine, Turnock Chris.(2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? Nursing in Critical Care,12 No ,6:278-86.
- 61-** Schiza Sophia E, Simantirakis Emmanuel, Bouloukaki Izolde, Mermigkis Charalampos , Arfanakis Dimitrios , Chrysostomakis Stavros , etal.(2010 Feb). Sleep patterns in patients with acute coronary syndromes. Sleep Med.11(2),149-53.
- 62-** Scotto Carrie J, McClusky Carol, Spillan, Kimmel Justin.(2009). Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care Nursing in Critical Care. Volume 14 Issue 4;180 – 184.
- 63-** Smyth Carole.(2007). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). New York University College of Nursing.Number 6.1,193-213.
- 64-** Spoomaker VI.(2005). Depression and anxiety complaints, relations with sleep disturbances. Eur Psychiat.20:243-5.
- 65-** Tamar S, Orna T, Arie O, Ron P.(December 2007), Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew Translation(PSQI-H) in a Sleep Clinic Sample. IMAJ.Vol 9:853-6.
- 66-** vigg A. sleep in type 2 diabetes journal of association physicians India. May 2003;51:49.
- 67-** Weinhouse Gerald J. Schwab Richard.(2006). Sleep in the Critically ill Patient The Division of Pulmonary and Critical Care Medicine. Brigham and Women's Hospital, University of Pennsylvania Medical Center; vol 29,N0 5,707-16.
- 68-** wongman Mali.(2007).The effect of music on sleep quality and physiological responses in patient with coronary artery disease during admission in the critical care unit.mahidol university.
- 69-** Xie Hui, Kang Jian , Mills Gary H.(2009). Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units.13,208.
- 70-** Zeitlhofer B.(1994). Epidemiology of sleep disorder in Austria. Wien Klin Wochenschr. 102 (3):80-7.
- 44-** Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH (2007) Socioeconomic Status Predicts Objective and Subjective Sleep Quality in Aging Women. Psychosom Med;69(7):682-91.
- 45-** Gabor JY, Cooper A, Hanly P.(2001 Feb). Sleep disruption in the intensive care unit. University of Toronto.7(1),21-7.
- 46-** Hardin Kimberly A.(2009).Sleep in the ICU Potential Mechanisms and Clinical Implications. Chest.136,284-94.
- 47-** Honkus VL.(2003 Jul-Sep). Sleep deprivation in critical care units.Western Pennsylvania Hospital. Pittsburgh;26(3),179-89.
- 48-** Hu RF, Jiang XY, Zeng YM, Chen XY, Zhang YH.(2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment Critical Care.11(2),14.
- 49-** Koo YJ, Koh HJ.(2008 Aug). Effects of eye protective device and ear protective device application on sleep disorder with coronary disease patients in CCU. Department of Nursing. Andong Science College.38(4):582-92.
- 50-** Kristen L Knutson, PaulJ Rathouz , LijingL Yan , Liu Kiang , Diane S Lauderdale.(2006).Stability of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Questionnaires Over 1 Year in Early Middle-Aged Adults. The CARDIA Study. School of Management. Peking University. Vol 29. No 11,1503-6.
- 51-** leger D, guilleminault c, Dreyfus JP, Delahaye c.(2000). prevalence of insomnia in a survey of 12778 adults in france journal of sleep research;9(1):35.
- 52-** Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W, Sabrina K, Xiaojing L, Changli W.(2009 Sep). Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital.18(17):2521-9.
- 53-** Maksimova TM, Romanov AI, Kakorina EP, Lushkina NP, Tokurov MV.(1997 Nov-Dec). Social- hygienic evaluation of the prevalence of sleep disorders. Probal Sotsialnoi Gig Istor Med.;6:14-7.
- 54-** Martin Kristy Ann.(2008 April). The effect of earplugs on perceived sleep quality of acute care patients. Montana state university. a thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Nursing,38.
- 55-** Moore PJ, Adler NE, Williams DR, Jackson JS.(2002). Socioeconomic status and health: the role of sleep. Psychosom Med.64(2),337-44.
- 56-** Parker KP , Dunbar SB.(2002 Oct). Sleep and heart failure. J Cardiovasc Nurs;17(4):20-7.
- 57-** Patel Maulik, Chipman Joseph, W. Carlin Brian, Daniel Shade.) October/December 2008).Sleep in the Intensive Care Unit Setting. Volume 31 Number 4, 309 – 18.