

## کنکاشی در تجارب زنان سالمند بستری از پدیده خواب و اختلال آن، یک مطالعه کیفی

دکتر ناهید رژه\*<sup>۱</sup>، دکتر مجیده هروی کریموی<sup>۲</sup>، دکتر مهشید فروغان<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات آموزش و مدیریت مددجو؛ گروه سلامت سالمندی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات آموزش و مدیریت مددجو؛ گروه سلامت سالمندی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی و روانی سالمندی، تهران، ایران

E-mail: reje@shahed.ac.ir

\* نویسنده مسئول:

### چکیده

**مقدمه و هدف:** شکایت افراد سالمند از اختلال خواب از پیامدهای رایج بستری شدن در بیمارستان است که در صورت عدم توجه و مداخلات به موقع، به ایجاد عوارض نامطلوب منجر می‌شود. درباره تجربه سالمندان، به خصوص زنان سالمند از پدیده خواب طی مدت بستری در بخش‌های بیمارستانی اطلاعات چندانی وجود ندارد. این مطالعه با هدف بررسی تجارب و ادراک بیماران سالمند زن از شرایط و رویدادهای مؤثر بر خواب و راهکارهای فردی آنان برای بهبود خواب و کیفیت آن طی دوره بستری در بیمارستان و با منظور نهایی ارائه راهکارهایی مؤثر در راستای تشخیص، درمان و کنترل به موقع اختلال خواب در گروه فوق انجام شده است.

**مواد و روش کار:** این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۸۸ انجام شده است، هجده بیمار زن سالمند ۶۵ تا ۸۱ ساله بستری در سه بیمارستان آموزشی شهر تهران با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف مورد مطالعه قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته تا رسیدن به اشباع اطلاعات، گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

**یافته‌ها:** یافته‌ها در چهار طبقه اصلی تغییر در سیکل خواب- بیداری، عوامل محیطی، عوامل فردی، بهبود و راهکارهای مقابله با اختلال خواب استخراج شده است. یافته‌ها بیانگر آن بود که با شناخت و درک مشکلات خواب و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه بیماران، پرستاران خواهند توانست ارزیابی دقیق‌تر و واقع‌گرایانه‌تری در مورد تغییر الگو و نیازهای خواب بیماران به عمل آورند.

**نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود شناسایی و طراحی راهبردهای مؤثر بر بهبود خواب با مشارکت شخصی سالمندان جزئی از فعالیت‌های روتین پرستاری باشد.

**واژگان کلیدی:** سالمند، اختلال خواب، بستری شدن، پژوهش کیفی

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال هفدهم- شماره ۸۶  
اردیبهشت ۱۳۸۹

وصول: ۸۸/۱۱/۲۸  
آخرین اصلاحات: ۸۹/۲/۱۲  
پذیرش: ۸۹/۲/۱۳

## مقدمه

حدود یک سوم زندگی هر فرد در خواب می‌گذرد (۱). خواب یکی از نیازهای اساسی انسان و برای ادامه زندگی ضروری است (۲). برخورداری از خواب مناسب، از حقوق انسان است. اما اهمیت دو چندان خواب به دلیل تأثیر گسترده اختلالات چرخه خواب - بیداری بر زندگی افراد است (۳، ۴). تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا از بی‌خوابی رنج می‌برند که با افزایش سن، این میزان افزایش می‌یابد (۵). با افزایش سن تغییراتی نیز در کیفیت و ساختار خواب ایجاد می‌شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن منجر می‌گردد (۶).

شواهد نشان می‌دهند، کیفیت خواب پیش از ۵۷ درصد افراد مسن‌تر از ۶۰ سال در سطح نازل است (۵) و زنان سالمند بیش از مردان سالمند از اختلال خواب شکایت دارند (۷). تفاوت‌های جنسیتی در اختلال خواب در چندین ارزیابی دیگر گزارش شده است. تاجور (۱۳۸۲) معتقد است، اختلالات خواب در زنان مسن بیشتر است و با بالا رفتن سن آن‌ها شکایت از مشکلات مرتبط با خواب افزایش می‌یابد (۸). تحقیقات دیگر نشان داده‌اند، یائسگی نقش مهمی در تغییرات ساختاری خواب زنان سالمند دارد و در دوره بعد از یائسگی، خواب آنان نسبت به دوره جوانی اختلال بیشتری پیدا می‌کند. در این دوره شروع خواب با تأخیر طولانی و تداوم آن با بیداری‌های مکرر همراه بوده و زمان خواب کوتاه‌تر می‌شود (۹). علاوه بر این، ممکن است دلیل نازل‌تر بودن کیفیت خواب در زنان یائسه، وجود دوره‌های قبلی بارداری و شیردهی باشد، به این معنی که بیداری‌های زنان طی دوره‌های فوق، باعث اختلال در سیکل خواب - بیداری آنان می‌شود که به شکل یک عادت باقی‌مانده و ادامه می‌یابد (۱۰). ایزدی اونجی (۱۳۸۷) نشان داد، کیفیت کلی خواب در زنان پایین‌تر از مردان است (۱۱).

خواب با کیفیت نازل، یا خواب آلودگی در طول روز به اختلال در وضعیت سلامت، کاهش عملکرد جسمی، تأخیر در بهبود زخم و تسکین درد، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی، اختلال در عواطف و ارتباط با دیگران و اندیشه و انگیزش، تنش، افزایش خطر سقوط و صدمات، کاهش عملکرد روزانه، کاهش کیفیت زندگی، ناخوشی و مرگ و میر در افراد سالمند منجر می‌شود (۱۲-۱۵). شایان ذکر است، افراد سالمند سه برابر بیشتر از افراد جوان‌تر در بیمارستان بستری می‌شوند و مدت بستری آنان نیز در قیاس ۵۰ درصد طولانی‌تر است (۱۶). شکایت از اختلال خواب در میان بیماران سالمند بستری در بیمارستان، رایج بوده و چنانچه این مشکل برطرف نشود، ممکن است پیامدهای ناگواری به همراه داشته باشد (۱۷).

صاحب‌نظران معتقدند، بی‌خوابی در بیماران بستری به خستگی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری و همچنین کاهش تحمل درد منجر شده، از سوی دیگر، بستری شدن نیز به‌طور مشخص باعث اختلال در الگوی خواب و بدخوابی می‌شود (۱۸).

گاهی به نظر می‌رسد، بیمار بستری در حالت خواب به سر می‌برد، اما مشکل اینجا است که اغلب این خواب باعث تجدید قوا و انرژی نمی‌شود و خوابی بی‌کیفیت است (۱۹، ۲۰). اگرچه ماهیت بیماری و عوارض ناشی از آن می‌تواند مانع خواب و استراحت کافی شود، ولی محیط بیمارستان، مراقبت مداوم و فعالیت‌های کارکنان مراکز درمانی نیز می‌تواند در ایجاد اختلال خواب بیماران سهم داشته باشند (۲۱).

مطالعه ساوت ول با هدف بررسی تجارب خواب بیماران بستری در مراکز درمانی نشان داد، نیمی از بیماران بستری از خواب ناکافی و مشکلات خواب شبانه شکایت داشتند (۱۷). بر اساس گزارش پژوهش انجام شده، از سوی سازمان ملی بهداشت روان امریکا، ۳۵ درصد از بیماران مورد مطالعه دچار اشکال در به خواب رفتن بودند و ۵۰ درصد نیز از اختلالات جدی خواب رنج می‌بردند. مشکلات خواب این بیماران، بیش از همه، ناشی از بستری

شدن آنان در بیمارستان بود (۲۲).

نقش داروهای مختلف در درمان اختلالات خواب سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است اما تفاوت معناداری در کیفیت خواب بیماران استفاده کننده و افرادی که از آنها استفاده نکرده اند مشاهده نشده است. بیش از نیمی از بیماران مصرف کننده داروی خواب آور دوباره پس از بیدار شدن در شب را اشکال در به خواب رفتن گزارش کردند (۲۳). علاوه بر این، استفاده طولانی مدت از داروهای خواب آور در بازگشت و اصلاح تغییرات الگوی خواب هیچ گونه اثری ندارد (۲۴). به تازگی مداخلات غیر دارویی به عنوان روشی بهتر و مقدم بر سایر روش‌های موجود در درمان اختلالات خواب سالمندان مطرح شده است (۲۵). با توجه به ارتباط نزدیک پرستاران با بیماران، وظیفه شناسایی و ارزیابی نیازهای خواب سالمندان و پاسخگویی مناسب به آن بیشتر بر دوش این افراد قرار داشته و برای آنان عملی تر است (۲۶، ۲۳). پرستاران می‌توانند مداخلات غیر دارویی مانند مداخلات مربوط به تنظیم محیط فیزیکی و تسهیل کننده خواب و تن آرامی را برای سالمندان به کار گیرند. علی‌رغم اثبات اثر و کارایی این مداخلات غیر دارویی در بهبود خواب بیماران، برخی از پرستاران تصور می‌کنند این اقدامات واقع‌بینانه نبوده و باعث افزایش بار کار پرستاران در بیمارستان می‌شود، از این رو در کاربرد آنها بسیار محتاطانه عمل می‌کنند (۲۷).

متأسفانه، با وجود شیوع بالای مشکلات خواب در سالمندان به ویژه زنان سالمند (۲۸)، تاکنون اطلاعات چندانی درباره تجربه شخصی این بیماران در زمینه تغییرات ناشی از بستری شدن بر روند خواب آنها و نیز آشنایی با دیدگاه‌های آنها درباره راهکارهای مناسب بهبود خواب در بیمارستان منتشر نشده است.

بنابراین با عنایت به شکایت زیاد سالمندان بستری از بی‌خوابی، تأثیر سوء بی‌خوابی بر وضعیت سلامت، روند بهبودی و کیفیت زندگی، بیشتر بودن مدت و دفعات بستری سالمندان در قیاس با سایر گروه‌های سنی،

استفاده بیش از حد از داروهای خواب‌آور در درمان مشکلات خواب و همچنین ناشناخته ماندن احساسات، ارزش‌ها و انتظارات سالمندان در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربیات و ادراکات زنان سالمند از پدیده اختلال خواب در بیمارستان انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحقیقی کیفی از نوع تحلیل محتوایی است. تحلیل محتوا جایگاه ارزشمندی در گستره تحقیقات داشته و ابزار خوبی برای پژوهش‌گران کیفی به شمار می‌آید (۲۹).

در این روش، محتوای نوشتارها برای استخراج درون‌مایه‌های اصلی و الگوهای موجود در بین داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۳۰).

با توجه به هدف مطالعه، مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین سالمندان بستری در بخش‌های داخلی و جراحی عمومی سه بیمارستان آموزشی انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بودند از: هوشیاری و تمایل به بیان احساسات درونی درباره مفهوم مورد تحقیق، دارا بودن سن بالای ۶۵ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به بیماری‌های تأیید شده روانی، کانسر، ناپیایی، ناشنوایی و اختلالات شناختی (کسب نمره ۶ و بالاتر از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت شناختی) (۳۱).

در این پژوهش هجده زن سالمند با دامنه سنی ۶۵ تا ۸۱ سال مشارکت داشتند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق استفاده شده به این ترتیب که ابتدا با طرح سؤالات کلی و عمومی مصاحبه آغاز سپس به تدریج با جلب اطمینان بیماران به زمینه‌های اختصاصی‌تر و عمیق‌تر پرداخته شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن مناسب پژوهش‌های کیفی است. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب زندگی روزانه بیماران از زمان حضور در بیمارستان شروع شده و سپس با سؤالات اکتشافی، از قبیل «بیشتر توضیح بدهید»، یا «این یعنی چه»، و مانند

بازخورد به مشارکت کنندگان برای دستیابی به داده‌هایی با اعتبار بیشتر استفاده شد. به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها یا گروه‌های دیگر، از شرکت کنندگانی استفاده شد که از نظر موقعیت اجتماعی-اقتصادی، نوع بیماری و... متفاوت بودند. همچنین، بسیاری از یافته‌های این مطالعه در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است. اطمینان‌پذیری و قابلیت تأیید از طریق بازنگری ناظرین، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست‌نوشته‌ها از سوی بعضی از مشارکت کنندگان، اعمال اصلاحات و نکات پیشنهادی، لحاظ شده است. علاقه‌مندی پژوهش‌گران به پدیده تحت مطالعه و تماس درازمدت با داده‌ها از دیگر عوامل تضمین‌کننده، قابلیت تأیید بود.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از کسب مجوزهای لازم از مسئولان مراکز درمانی، قبل از شروع مصاحبه، مشارکت کنندگان از اهداف تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت کردند. برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت از آن‌ها اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار گرفته و در اختیار افرادی غیر از گروه تحقیق قرار نمی‌گیرد. همچنین به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که در هر مرحله‌ای از تحقیق می‌توانند انصراف خود را اعلام کنند و مشخصات آن‌ها در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌شود.

### یافته‌ها

هجده زن سالمند در دامنه سنی ۶۵ تا ۸۱ سال در این پژوهش مشارکت کردند که هفده نفر متأهل و دارای یک تا شش فرزند بودند. از نظر تحصیلات نه نفر تن‌بی سواد بودند، هفت نفر سواد ابتدایی، و دو نفر دیپلم داشتند. بیشتر افراد با خانواده و دو نفر تنها زندگی می‌کردند. مدت بستری آن‌ها در بیمارستان بین چهار تا سیزده روز بوده و اکثریت به دلیل اختلال در دستگاه‌های مختلف بدن از قبیل بیماری‌های قلبی، جراحی سیستم

آن، به منظور تشویق شرکت‌کننده به ادامه صحبت و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر ادامه یافت. مصاحبه با هر مشارکت‌کننده طی یک تا دو جلسه و بین سی تا هفتاد دقیقه متناسب با وضعیت جسمی سالمند به طول انجامید. زمان مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان تعیین و تا دستیابی به داده‌های عمیق دنبال شد و فرآیند گزینش مشارکت‌کنندگان تا آنجا ادامه یافت که در جریان کسب اطلاعات هیچ داده جدیدی پدیدار نشد، یا به عبارت دیگر، داده‌ها به اشباع رسیدند. علاوه بر آن، مصاحبه‌های غیررسمی با هشت نفر از همراهان بیماران نیز به عنوان تأییدی بر یافته‌های محقق از محیط تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. تمام مصاحبه‌ها روی نوار صوتی ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد و در نهایت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای تحلیل محتوا از روش مرحله‌ای استفاده شد که توسط کوال (۱۹۹۶) توصیف شده است (۳۲). بر این اساس، محققان متن مصاحبه‌ها را چندین بار بازبینی کردند تا به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل دهنده و معنادار شکسته شدند. در ادامه فهرستی از آنها تهیه و سپس مرور شد تا شباهتهای موجود در معنا و مفهوم آن‌ها روشن شود. مرور عبارات تا جایی ادامه یافت که بر اساس محوریت یافت شده، هر چند مورد در یک زیر طبقه قرار گرفتند. و بعد در ادامه همان جریان کاهشی و استقرایی، زیرطبقه‌های مرتبط با هم در یک طبقه جای داده شدند. این مرورها، لغزیدن طبقات بر روی یکدیگر و ادغام‌ها در بین نوشته‌های اولیه و طبقه‌های نهایی، آن قدر تکرار شد تا در نهایت پژوهش‌گران در بین داده‌ها و احساس رضایت درباره طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها به ثبات قابل قبول دست یافتند (۳۳).

در ادامه کار، روایی و دقت تحقیق، معتبر بودن، قابلیت انتقال، اطمینان‌پذیری و قابلیت تأیید داده‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد تضمین معتبر بودن داده‌ها یا اطمینان به صحت داده‌ها، از تکنیک‌های تلفیق مکانی (نمونه‌گیری در بخش‌های مختلف) و زمانی (بررسی در زمان‌های متفاوت)، افزایش دفعات مصاحبه و امکان

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند، از همان روزهای آغازین بستری در بیمارستان سخت به خواب می‌روند. سالمند ۷۵ ساله‌ای در این خصوص ابراز داشت: «دو شب اول روی زمین می‌خوابیدم.... می‌دونی چاره‌ای نداشتم. چون اصلاً به این تخت‌ها عادت نداشتم. خواب نمی‌برد».

سالمندان در توصیف‌های خود به بر هم خوردن ساعت درونی بر اثر تغییر محل خواب توجه خاصی داشتند. «توی خانه عادت دارم سر شب می‌خوابم. اینجا می‌خوام بخوابم، ولی جون می‌کنم تا خوابم بیره.... تخت و محل رختخوابم که عوض می‌شه حتی بالش، به سختی خوابم می‌بره. ..».

برخی از مشارکت‌کنندگان از اشکال در ابقاء خواب و همچنین عمیق و باکیفیت نبودن خواب شبانه طی بستری شکایت داشتند: «با کوچک‌ترین پیچ‌پیچ از خواب می‌پریم... اینجا هم که نزدیک قسمت پرستارها است (اشاره به ایستگاه پرستاری) آروم هم که حرف بزنی، یا تلفن یک زنگی بزنی، من بدخواب می‌شم...».

همه مشارکت‌کنندگان در مطالعه ما اظهار کردند، به طور مکرر در طول روز چرت می‌زنند و دفعات آن را حدود سه الی پنج بار و مدت هر بار را کمتر از یک ربع ساعت ذکر کردند. آنان این روند چرت زدن مکرر را امری جبرانی برای خواب از دست‌رفته در شب تعریف کردند. «شب که نمی‌تونی درست بخوابی روز همش چرت می‌زنی. این چرت‌ها در روز شیرینه. اما باعث می‌شه از اون طرف شب درست و حسابی نتونیم بخوابیم».

عدم فعالیت در روز، کم تحرکی و دراز کشیدن طولانی از مواردی بود که به افزایش چرت‌های روزانه منجر می‌شد. روند بیدار شدن ناخواسته در سپیده دم، از مواردی بود که توسط تمامی سالمندان آن را مورد تأکید قرار دادند. سالمند ۷۹ ساله‌ای در این خصوص ابراز داشت: «کلاً آدم سنش که بالا میره دیگه صبح‌ها زود بیدار میشه. اما اینجا کارهاشون را، نزدیک صبح که

گوارش و جراحی ارتوپدی بستری شده بودند. تجارب شرکت‌کنندگان در این پژوهش نمایان گر مشکلات خواب آنان و همچنین انعکاسی از پاسخ گروه درمان به این نیازها بود.

از تجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌ها پیرامون نظرات بیماران در مورد تجربه زیسته بستری با آنان از بروز اختلال خواب در طول مدت بستری در بیمارستان چهار طبقه حاصل شد. این طبقات عبارتند از: «تغییر در سیکل خواب- بیداری»، «عوامل محیطی»، «عوامل فردی»، و «راهکارهای مقابله با اختلال خواب».

### تغییر در سیکل خواب-بیداری

در مطالعه حاضر، یکی از طبقات مهم در تجربه زنان سالمند از اختلال خواب آنان خوابشان در طی اقامت در بیمارستان " تغییر در سیکل خواب- بیداری " بود. از زیر طبقات آن می‌توان به دشواری و تأخیر در به خواب رفتن، اشکال در ابقاء خواب، چرت مکرر روزانه، زود بیدار شدن و نیاز به زمان بیشتر جهت تطابق خود با شرایط تازه خواب اشاره داشت. مشارکت‌کنندگان تأخیر در به خواب رفتن و خوابیدن دوباره پس از بیدار شدن را امری دشوار و ناراحت‌کننده توصیف کرده و از تأثیر آن بر افزایش احساس کسالت و ناخوشی در طول روز ناخشنود بودند. سالمند ۷۲ ساله‌ای در این خصوص ابراز داشت: «تا صبح ده دفعه بیدار می‌شوم هر یک ربع یک دفعه. تا می‌خواهد چشم‌هام گرم خواب شود بیدار می‌شم. بعدش مصیبت دارم تا بتوانم دوباره بخوابم».

اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد، این مشکل با علائم بیماری‌های گوارشی، پوستی، قلبی، تعریق و... تشدید می‌شد. بیماری که دچار خارش و خشکی پوست شده بود، این ناخوشی را عامل مؤثری بر روند بیدار شدن مکرر دانسته و بیان داشت: «اینجا هواش خیلی خشکه. از بس خارش دارم از خواب بیدار می‌شم. مجبورم پماد بمالم از خارش که افتاد دوباره باید این‌قدر تلاش کنم تا بالأخره کی خوابم بیره...».

مربوط می‌شد: «نفس‌هایش وحشتناکه (اشاره به بیمار تخت کناری) تا صبح صدایش تو گوشمه، توی خونه اتاقم آرومه، عادت ندارم خروپف کسی رو بشنوم، بی‌خوابم می‌کنه.»

نامناسب بودن دمای بیمارستان نیز به کیفیت نامناسب خواب دامن زده و بعضاً بی‌خوابی را در پی داشت. «لباس‌های بیمارستان نازک و پرپری هستند، ما هم که چربی بدنمون کم شده، لرز توی دلم می‌افتد و خوابم نمی‌بره...»

### عوامل فردی

بیماران بخش‌های داخلی و جراحی از مشکلات جسمی مانند دفع شبانه ادرار، تنگی نفس، سرفه و درد ناشی از برش جراحی رنج می‌برند که فائق آمدن بر آنها به راحتی امکان‌پذیر نبوده، سبب احساس فقدان کنترل بر خواب و استراحت می‌شود. «دستشویی رفتن برای ماها با این پوک شدن استخوان سخته، دردناکه. دست خودمون که نیست، برم دستشویی و برگردم باید جون بکنم تا خوابم ببره. تازه شب‌هایی که قرص فشار خون را دیر می‌دهند، خواب مکفاتیه»

درد تسکین‌نیافته از مواردی بود که احساس ناتوانی در کنترل بر خواب را در پی داشت: «با این درد که تا صبح زق‌زق می‌کنه، خواب و خوراک را از من می‌گیره. بی‌طاقتم می‌کنه...»

دغدغه‌ها و تفکرات قبل از خواب مانند نگرانی در مورد اعاده سلامتی، هزینه‌های درمانی یا خطرات نامطلوب گذشته سبب دلواپسی و احساس درماندگی، عدم کنترل بر اوضاع و اختلال خواب می‌شد: «یک فکرهایی توی سرم میاد، دلشوره می‌گیرم، خرج عملم و بیمه و اینجور چیزا، دیگه خوابم نمی‌بره تا از شدت سوزش چشم خوابم ببره که دیگه موقع اذان شده و باید بیدار بشم.»

تغییر عادات و آداب خواب بر اثر الزامات بیمارستانی سبب احساس عجز و درماندگی در سالمندان می‌شد: «من عادت دارم رو زمین بخوابم، این تخت ناراحته...»

میشه، خیلی قبل از اذان، شروع می‌کنند. برای هر کاری هم آدم را بیدار می‌کنند.»

بیماران سالمند درباره نیاز به زمان بیشتر جهت تطابق خود با شرایط تازه خواب در بیمارستان توضیح دادند: «آدمی که همیشه تنها خوابیده، برایش سخته که ناگهان اتاق خوابش را با فرد دیگری تقسیم کنه. کمی طول می‌کشه تا بتونم خودم را با خواب توی این اتاق، توی این تخت و این وضعیت عادت بدم. حالا نسبت به روزهای اولی که آمدم بهترشده»

### عوامل محیطی

از دیگر طبقات حاصل از تحلیل داده‌ها، طبقه‌ای با مضمون ماهیت غریب محیط بیمارستان بود. از زیرطبقات می‌توان به محرکات صوتی، محرکات نوری و محرکات حرارتی اشاره داشت. بیشترین عامل محیطی مسبب اختلال خواب، محرکات نوری بودند. «من عادت دارم تو تاریکی بخوابم. بعضی وقتا چشم بند هم می‌بندم... اینجا تا صبح چراغ‌ها روشنه. رنگ نور لامپ‌ها برای چشم هم سن و سال‌های من تیزه... من هم خوابم نمی‌بره»

مشارکت‌کنندگان فضای فیزیکی بخش را مکانی پرسروصدا توصیف کرده و به نقش محرکات صوتی در برهم زدن احساس آرامش و آسودگی ذهنی اشاره کردند.

سالمندان مشارکت‌کننده و به طور کلی شرایط بخش را با آرامش موجود در خانه مقایسه و بیمارستان را مکانی پرسروصدا و عجیب توصیف کردند. آنها شرایط موجود بخش را مانعی برای خواب آرام دانستند: «من در خانه کلی با بلند کردن صدای رادیو برای خودم سر و صدا ایجاد می‌کنم تا احساس تنهایی نکنم، اما اینجا برعکسه، مثل ترمینال‌های مسافربری می‌ماند. همین جوری آدمه که می‌آیند و می‌روند. نمی‌گذارند چرتم کامل بشه.»

شکایت از سروصدا به سرفه، خروپف، دندان قروچه، حرف زدن در خواب بیماران تخت‌های مجاور نیز

عمومی‌ترین شکایت افراد سالمند از اختلالات خواب مربوط به اشکال در شروع خواب یا ابقاء خواب است که به بی‌کفایتی خواب، افزایش خطر سقوط، اشکال در تمرکز و حافظه و روی هم رفته کاهش کیفیت زندگی سالمند منجر می‌شود (۳۵).

نتایج تحقیق فولی و مکال (۱۹۹۵) نشان داد، سالمندان اشکال در ابقاء خواب را بیش از اشکال در شروع خواب گزارش می‌کنند (۳۶،۳۷).

بروز اشکال در خواب شبانه در میان بیماران مطالعه حاضر شایع بود. آن‌ها، به خصوص، تلاش برای به خواب رفتن دوباره پس از بیدار شدن را عنوان می‌کردند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سات ول (۱۹۹۵) که با هدف بررسی مشکلات خواب شبانه در بیماران بستری در بیمارستان انجام شده، مطابقت دارد (۱۷).

نتایج مطالعه لیوری (۱۹۹۷) نشان داد، بستری شدن به‌طور مشخص باعث اختلال در الگوی خواب و بدخوابی سالمندان می‌شود (۲۸). گاهی اوقات به نظر می‌رسد، بیماران بستری در خواب هستند، اما اغلب خواب آن‌ها باعث تجدید قوا و انرژی نمی‌شود و یک خواب بی‌کیفیت است (۱۳).

بالا رفتن سن، مهم‌ترین دلیل افزایش شیوع اختلالات خواب است. پدیده‌های مربوط به اختلال خواب، شامل دشوار به خواب رفتن، خواب‌آلودگی و چرت زدن در طی روز و مصرف داروهای خواب‌آور است (۴۸). دلیل شیوع بالای چرت‌های روزانه، احساس فرد مینی بر کاهش کیفیت خواب شبانه است (۳۹).

فولی (۱۹۹۵) می‌گوید، دلیلی وجود ندارد که با افزایش سن چرت زدن افزایش یابد، اما به نظر می‌رسد، با افزایش سن فرصت برای چرت زدن زیاد می‌شود و اگر بنا به فرصت باشد، بستری شدن در بیمارستان برای تمامی گروه‌های سنی امکان چرت زدن را فراهم خواهد ساخت (۴۰).

ارسر (۱۹۹۹) استدلال می‌کند، چرت روزانه، خواب شبانه را تکمیل می‌کند و احتمالاً تنها تأثیر آن تاخیر خواب شبانه است (۴۱).

می‌ترسم موقع خواب بیفتم، آدم موقع خواب نمی‌فهمه که داره می‌افته.»

### راهکارهای مقابله با اختلال خواب

مشارکت‌کنندگان، کارها و فعالیت‌های روزانه تأثیرگذار بر خواب را که بنا به عادت و بدون تفکر و تصمیم‌گیری صورت می‌گرفت، به عوامل ناخودآگاه یا کنترل درونی نسبت می‌دادند. این فعالیت‌ها شامل مواردی مانند صحبت کردن با دیگران، راه رفتن در کریدورها و محوطه بیمارستان، خواندن ادعیه و گفتن ذکر، گوش دادن به رادیو و تماشای تلویزیون بود. در مقابل خواسته‌های خود از افراد و محیط پیرامون را به منظور اصلاح خواب به عوامل خودآگاه یا کنترل بیرونی نسبت می‌دادند. درخواست مسکن و خواب‌آور، یا یک لیوان شیر، بالش‌های سبک‌تر و انتقال به اتاق خصوصی به‌عنوان راه‌حل‌های مفیدی در جهت جبران ساعات خواب از دست‌رفته و رفع اختلال خواب عنوان شد. در ادامه نمونه‌ای از تجربیات زنان سالمند در این رابطه ارائه می‌شود: «این سریال‌هایی که شب‌ها تلویزیون می‌ده، سرگرم می‌کنن. سعی می‌کنم این‌ها را ببینم تا خوابم بیره»

«از وقتی شب‌ها چای قبل از خواب نمی‌خورم، شب‌ها کمتر بیدار می‌شوم. راحت‌تر می‌خوابم.»

### بحث

این مطالعه به منظور تبیین تجربیات و ادراکات زنان سالمند از پدیده خواب و اختلال آن با استفاده از رویکرد کیفی صورت گرفته است. یافته‌های این مطالعه نشان داد، زنان سالمند در طی مدت بستری در بیمارستان، تغییر در روند خواب و مشکلات آن را تجربه کرده بودند. لگر و همکاران (۲۰۰۸) نیز معتقدند، در حین بستری در بیمارستان تغییراتی در روند خواب سالمندان ایجاد می‌شود که کاهش کیفیت خواب آن‌ها می‌شود (۵).

در سالمندان تغییرات زمان خواب و بیداری گسترده‌تر و از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۳۴).

ناگهانی به تشدید اختلال خواب افراد سالمند منجر می‌شد. نکته شایان ذکر آن است که از دیدگاه بیماران، پرستاران کمتر به سروصدای ناشی از رفتار خود مانند صحبت‌های روزمره توجه می‌کردند و اغلب برای رعایت سکوت در بخش به همراهان و سایرین تذکر می‌دادند. برخلاف مطالعات انجام‌یافته در بخش بیماری‌های مزمن، هیچ‌یک از افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه سروصدای ناشی از تجهیزات بیمارستانی را به‌عنوان عامل ایجاد اختلال خواب ذکر نکردند. مطالعه ما نشان داد، ایجاد تغییراتی در محیط و فرایندهای جاری کار در بخش‌های بیمارستانی می‌تواند رهگشای مشکل بی‌خوابی سالمندان شود. وسایلی مانند ساعت که نگاه کردن به آن یا شنیدن صدای آن هنگام خواب باعث ایجاد اضطراب بی‌خوابی می‌شود، باید از محیط حذف شوند. برخی مطالعات، برخلاف یافته‌های ما، وجود این وسیله را موجب آرامش خاطر و خواب‌آور ذکر کرده‌اند (۵۰). همچنین اقداماتی از قبیل خاموش کردن چراغ‌های اضافی بخش در هنگام شب و کاهش صدای زنگ تلفن، می‌تواند خواب بیمار و تداوم آن را تسهیل کند (۵۱).

به علاوه، زمان اجرای برخی از فعالیت‌ها در بخش با کیفیت خواب سالمندان در ارتباط بود. برخی اقدامات درمانی روتین و زمان انجام آنها به مشکلات بیشتر در خواب بیماران منجر می‌شد و با عادات معمول خواب و نیازهای بیماران در تناقض بود، بنابر این انعطاف‌پذیری در ارائه برنامه مراقبت ضروری به نظر می‌رسد. هر چند خوابیدن در محیط غریب بیمارستان به علت تغییر در برنامه‌های روتین زندگی به طرز اجتناب‌ناپذیری برای اغلب افراد دشوار است، انعطاف‌پذیر بودن برنامه‌های مراقبت می‌تواند در برآورده شدن نیازها و الگوهای متفاوت خواب بیماران مؤثر باشد. در این مطالعه مانند مطالعات مشابه، اغلب بیماران از بیان نیاز و دفعات دفع شبانه ادرار امتناع داشتند. لذا به نظر می‌رسد که محدود کردن مایعات مصرفی شبانه سالمندان بستری، به طور عام، اقدامی منطقی و منطبق با رعایت جوانب احتیاط باشد (۵۳-۵۲).

یافته‌های مطالعات اخیر نشان می‌دهد، افراد مسن به چرت روزانه، حتی بیشتر از یک بار در روز، علاقه دارند (۴۲). علاوه بر این، با تمایل افراد برای چرت زیاد در طی روز، پیش‌بینی می‌شود که خواب شبانه کمتر و کیفیت آن نازل‌تر شود (۴۳). شواهد مؤید آن است که بیماران بستری، در طول روز غیرفعال‌هستند و به راحتی به خواب می‌روند (۴۴).

این مطالعه نشان داد، روال‌های جاری عوامل محیطی بخش به ایجاد اختلال در خواب سالمند منجر می‌شدند. بیشترین عوامل محیطی ایجادکننده اختلال در کیفیت خواب، محرک‌های نوری بودند. بعد از محرک‌های نوری، ترکیبی از همه عوامل محیطی یعنی سرو صدا و گرما دخالت داشتند. ووتن (۱۹۹۰) عنوان می‌کند، دلیل اختلال خواب سالمندان به خصوص در مکان‌های بیمارستانی، محرک‌های محیطی هستند. چراکه افراد پیرتر به محرک‌های محیطی حساس‌ترند (۴۵).

ریموند (۱۹۹۰) نیز معتقد است، اغلب بیماران بستری از اختلال خواب شکایت دارند. این شکایت می‌تواند به عوامل محیطی مانند سروصدای محیط، نور و مداخله مکرر پرسنل یا عوامل فردی مانند هذیان، افسردگی، استرس، عدم توانایی حفظ حالت درازکش، و درد مربوط باشد (۱۳).

وجود نارضایتی و شکایت بیماران از سروصدای بخش در این مطالعه، در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۴۷، ۴۶). در جریان مصاحبه با بیماران، تفاوت‌های فردی آنان در میزان حساسیت به سطوح مختلف سروصدا و تحمل آن مشخص شد. هرچند بیشتر افراد تلاش می‌کردند خود را با شرایط خواب در محیطی پرسروصدا منطبق سازند، اما شواهد حاکی از آن است که تطبیق با چنین محیطی هرگز به طور کامل حاصل نمی‌شود (۴۸).

برخی مطالعات نشان داده‌اند، افرادی که با محیط‌های پرسروصدا آشنا هستند، می‌توانند در صورت پیوسته بودن سروصدا به تدریج به آن عادت کرده کمتر بیدار شوند (۴۹). در این مطالعه به طور عمده سروصدای



روان‌شناختی بیماران در روزهای اولیه بستری توجه بیشتری داشته باشند. به‌عنوان مثال، زمان بیشتری را به صحبت با سالمند و ارزیابی سلامت روان او اختصاص دهند و آن را بخشی از ارزیابی نیازهای خواب در زمان پذیرش در نظر بگیرند. آگاهی از انتظارات بیمار در زمینه شرایط خواب در بیمارستان و تصحیح آن، در صورت لزوم، از اقدامات مفید است. همچنین لزوم مشارکت بیمار در به‌کارگیری راهبردهای بهبود خواب ضروری به نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران مراتب سپاس خود را از سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه به دلیل صبر، حوصله و اعتمادی که به محققان نشان دادند، ابراز می‌دارند.

نتایج ما نشان داد، درد مداوم مانع به خواب رفتن فرد یا خواب عمیق او می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند، وجود درد و شدت آن بر کیفیت خواب سالمندان تأثیر سوء دارد (۵۴) و بی‌خوابی در بیماران بستری به خستگی و همچنین کاهش تحمل درد منجر می‌شود (۱۸). در مجموع، تجربه بستری شدن، محیط بیمارستان، وجود بیماری و وضعیت نامناسب روحی-هیجانی و مقررات خشک بیمارستان از عواملی هستند که باعث تشدید مشکلات خواب می‌شوند. بلک (۲۰۰۱) اظهار می‌دارد، فراهم آوردن محیطی آشنا و تا حد امکان هماهنگ با عادات قبلی خواب در بهبود خواب تأثیر مثبت چشمگیری خواهد داشت (۵۵). در حالی که ایجاد تنش و نگرانی مانند حضور اجباری در مکان‌های ناآشنا و غریب بر کیفیت خواب سالمندان تأثیرات منفی می‌گذارند (۵۶). برخی دیگر از مطالعات نشان داده‌اند که بین برنامه‌های روتین مراقبت پرستاری و اختلال خواب در بخش مراقبت‌های حاد، ارتباط وجود دارد (۵۷). شناسایی اثرات دل‌نگرانی‌ها و تفکرات آزاردهنده قبل از خواب روی روند خواب بیماران، پرستاران را قادر می‌سازد تا با مداخلات به موقع و مشاوره مناسب برای پیش‌گیری از اختلال بیشتر خواب اقدام کنند (۴۸-۵۸).

این تحقیق نشان داد، ارزیابی خواب بیماران برای درک بهتر نیازهای بیماران سالمند بستری در بیمارستان و شناسایی زودرس اختلال خواب در آن‌ها حائز اهمیت است. یافته‌های ما ضمن تأکید بر اهمیت قابلیت‌های پرستاران در ارزیابی دقیق و کامل مشکلات خواب بیماران، بر کاربرد سیاست مشارکت دادن بیماران در فرایند شناسایی نیازها و راه‌حل‌های مشکلات خوابشان تأکید دارد. با به‌کارگیری مداخلات متناسب با نیازهای بیماران می‌توان روند تغییر الگوها و نیازهای خواب بیماران را در حوزه بالینی کنترل کرد. اقداماتی مانند طراحی پروتکل‌هایی برای تعیین روند معمول خواب بیماران و ارزیابی نیازهای خواب آنان سودمند خواهد بود. علاوه بر این، لازم است پرستاران به وضعیت

### منابع

- 1- Kupperman M, Lubeck D, Mazonson PD, Patrick DL, Stewart AL, Buesching DP, et al. Sleep problems and their correlates in a working population. *J Gen Inter Med* 1995; 10:25-32.
- 2- Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Medical-Surgical Nursing: Concepts Clinical Practice*. St. Louis: Mosby Co; 2002.
- 3- Brunner L, Suddarth L. *textbook of medical-surgical nursing* 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 4- Asplund R. Sleep disorders in the elderly. *Drugs Aging* 1999; 14(2):91-103.
- 5- 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.
- 6- Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14(10):860-866.
- 7- Vitiello MV, Larsen LH, Moe KE. Age-related sleep change: gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *J Psychosom Res* 2004; 56:503-510.
- 8- Farzian Poor F, Tajvar M. *Elderly health and overview of aspects different their life*. Tehran: Nasle Farda Publication; 1382.
- 9- Kalleinen N, Polo O, Himanen SL, Joutsen A, Urrila AS, Polo-Kantola P. Sleep deprivation and hormone therapy in post menopausal women. *Sleep Med* 2006; 7(5):436-447.
- 10- Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16(5):279-286.
- 11- Izadi FO, Adib M, Afzal M R. Quality of sleep and its associated factors in elderly hospitalized of hospitals in Kashan. *Faiz Journal* 1387, 12 (4) 52-59.
- 12- Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol* 2005; 7(5):339-352.
- 13- 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.
- 14- Newman AB, Spiekerman CF, Enright P, Lefkowitz D, Manolio T, Reynolds CF et al. Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(2):115-123.
- 15- Brassington GS, King AC, Bliwise DL. Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of communitydwelling adults aged 64-99 years. *J Am Geriatr Soc* 2000; 8(10):1234-1240.
- 16- Smeltzer S, Bare B. *Brunner & Suddarth s Text book of medical- surgical nursing*, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins co. 2004:195.
- 17- Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met. *J Adv Nurs* 1995; 21: 1101-1109.
- 18- Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *ResNurs Health* 1987; 10(3):155-163.
- 19- 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):381-8.
- 20- Lauri S, Lepist M, Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' patients' views. *J Adv Nurs* 1997; 25(2):339-346.
- 21- Potter FC, Perry JE. A good Night s sleep. *Journal of American Association of Nurse. Anesthetic* 2003; 84: 36-44.
- 22- National Institutes of Mental Health. Fighting heart disease and stroke. 17March 2002 [online] <http://www.whint/World-health> [22 March2002]pp.1
- 23- Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T. The sleep of older people in hospital and nursing homes. *J Clin Nurs* 1999; 8: 360-368.
- 24- Glass J, Lancot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005; 331: 1169-1175.
- 25- Petit L, Azad N, Byszewski A, Sarazan F, Power B. Nonpharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments. *Age Ageing* 2003; 32: 19-25.

- 26- Floyd JA, Falahee ML, Fhobir RH. Creation and analysis of a computerized database of interventions to facilitate adult sleep. *Nurs Res* 2000; 49: 236-341.
- 27- Nagel CL, Markie MB, Richards KC, Taylor JL, Beverly C. Sleep promotion in hospitalized elders. *Medsurg Nurs* 2005; 12: 279-292.
- 28- Lesage S, Scharf SM. sleep and sleep disorders in older persons. Beyond the sleep in elderly people. *J Geront med sci* 2007; 62(1):153-154.
- 29- Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
- 30- Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing Research. 6th Edn. Philadelphia: Lippincott; 2006.332-336.
- 31- Foroughan M, Jafari SF. The Persian version of the short test standardization its correlation with cognitive status examination brief test of cognitive status in elderly Iran. Articles in Third Congress of older issues Vjhan, Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation, 1386: 36.
- 32- Kvale S. Interviews: an Introduction to Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications; 1996.66-72.
- 33- Parvizi S, Aminizade Kh, SanaguA, Sepahvand F. Exploring the concept of healthy family from adolescents' perspectives in Zanjan. *Iranian Journal of Nursing Research*, 2008; 12(4):7-17.
- 34- Grond, Erich: Praxis der psychischen Altenpflege. 10. Auflage. München-Gröfeling: Werk 1993.
- 35- Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16(5):279-286.
- 36- Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DGL. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995; 18(6):425-432.
- 37- McCall WV. Management of primary sleep disorders among elderly persons. *Psychiatr Serv* 1995; 46(1):49-55.
- 38- Zareshan R. Investigation of the complains of hospitalized patients in surgery wards of their provision of sleep in educational hospitals of Isfahan in. *Journal of Nursing and Midwifery*. 1375; 5.
- 39- Ehsani M, Baghaee M, Chehrzad M, Kazemnezhad A. Factors affecting the quality of sleep in patients after coronary artery bypass graft surgery in the city of Rasht. *Journal of Nursing and Midwifery School of Gilan province* 1382; 13(46):5-9.
- 40- Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DGL. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995; 18(6):425-432.
- 41- Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T. The sleep of older people in hospital and nursing homes. *J Clin Nurs* 1999; 8(4):360-368.
- 42- Evans BD & Rogers AE. 24-hour sleep/wake patterns in healthy older persons. *Applied Nursing Research* 1994; 7:75-83.
- 43- Stepanski E, Rybarczyk B, Lopez M & Stevens S. Assessment and treatment of sleep disorders in older adults: review for rehabilitation psychologists. *Rehabilitation Psychology* 2003; 48: 23-36.
- 44- Manabe K, Matsui T, Yamaya M, Sato-nakagawa T, Okamura N, Arai H & Sasaki H. Sleep patterns and mortality among older patients in a geriatric hospital. *Gerontology* 2000; 46:318-322.
- 45- Wooten V. Evaluation and management of sleep disorders in the elderly. *Psychiat Annals* 1990; 28(8):466-473.
- 46- Matteson MA, McConnell ES & Linton AD. *Gerontological Nursing: Concepts and Practice*, 2nd edn. Saunders, New York 1997.
- 47- Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1155-1162.
- 48- Morgan K, Closs SJ. Sleep management in nursing practice: an evidence-based guide. London: Churchill Livingstone; 1999.
- 49- Douglas N J. Clinicians' guide to sleep medicine. New York: Oxford University Press; 2002.
- 50- Vincent J, Zacrone JR. Sleep hygiene. In: Kryger MH, Dement WC. Principles and practices of sleep medicine. 3rd ed. New York: Saunders; 2000: 657-675.
- 51- Zakrymoghadam M, Shaban M, Kazmnzhad A, Qdyany L. Comparison of factors affecting sleep of Nurses and Patients. *Z.Hayat*. 1385; 12(2).
- 52- Umlanf MG, Goode S, Burgio KL. Psychosocial issues in geriatric urology: problems in treatment and treatment seeking. *Urol Clin North Am* 1996; 23: 127-136.
- 53- Donahue JL, Lowenthal DT. Nocturnal polyuria in the elderly person. *Am J Med Sci* 1997; 314: 232-38.

- 54- Monk, T. etal. The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. 2003.20(1): 97-107.
- 55- Black JM, Hawks JH, Keene AM. Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Co;2001
- 56- Pother, Patricia, A & Perry, Anne, G. Basic Nursing. A textbook of medical – surgical Nursing. St. Louis: The Mosby Inc. 2003
- 57- Freedman NS, Kotzer N & Schwab RJ [1999) Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the Intensive Care Unit. Amercian Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; 159:1155-1162.
- 58- Zakrymoghadam M, Shaban M , Kazmnzhad A, Qdyany L. Comparison of factors affecting sleep of Nurses and Patients. Z.Hayat. 1385; 12(2).

Archive of SID

**Daneshvar  
Medicine**

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
Seventeenth Year,  
No.86  
April, May  
2010*

Received: 17/2/2010

Last revised: 2/5/2010

Accepted: 3/5/2010

## **An exploration into the lived experiences of the hospitalized older women of sleep phenomenon and its disturbance: A qualitative study**

**Nahid Rejeh<sup>1\*</sup>, Majideh Heravi-Karimooi<sup>1</sup>, Mahshid Foroughan<sup>2</sup>**

1-Assistant Professor- Department of nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University and, Research center of client education and management - Health of the Elderly Research Group, Tehran. Iran

2- Assistant Professor- Department of rehabilitation management ,University of Social Welfare and Rehabilitation and Iranian Research Center on Aging, Tehran,Iran

**E-mail: reje@shahed.ac.ir**

### **Abstract**

**Background & Objective:** Complaints regarding sleep disturbances are common among older people during hospitalization, and if timely proper interventions have not been taken, adverse complications will be followed. Little information exists about the lived experiences of older people, especially, older women, on this issue. The purpose of this study was to explain older women's experiences of disturbed sleep and the factors affecting it during the hospitalization, and the ways which may improve the sleep and its quality in these patients.

**Materials & Methods:** In this qualitative research which conducted during the year 1388, eighteen participants (all females in the age range of 65-81 years) selected through a purposeful sampling from three university-affiliated hospitals in Tehran. In depth interviews were conducted and continued, until the saturation was achieved. The gathered data analysed using content analysis approach

**Results:** Four main contributing categories were emerged: changes in sleep-wakefulness cycle, environmental factors, individual factors, and the ways of dealing with sleep disturbances. Results showed that through understanding the sleep disturbance and the factors influencing it during hospitalization from the perspectives of older women, the nursing personnel would be able to better evaluate and respond to these patients' sleep needs.

**Conclusion:** Participation of older hospitalized patients in designing and implementing strategies to improve their sleep is recommended.

**Key words:** Elderly, Hospitalization, Disturbed Sleep, Qualitative Approach