

مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی

سیستولیک قلبی

شراره ضیغمی محمدی^{۱*}، ماندانا شهپریان^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

هدف از مطالعه ی حاضر بررسی کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه و فاکتورهای مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی سیستولیک قلبی بود. این یک مطالعه مقطعی بود که بر روی یکصد مرد بیمار مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی انجام شد. روش نمونه گیری به روش نمونه گیری ساده بود. داده ها توسط فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه خواب آلودگی اپورث، مقیاس اختلالات خواب، شاخص کیفیت خواب کیفیت خواب پیتسبرگ جمع آوری شد. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب هم بستگی پیرسون تحلیل گردید. همه ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت خواب پایین و ۵۳٪ خواب آلودگی روزانه خفیف داشتند. شایع ترین نوع اختلال خواب، بی خوابی و آپنه خواب بود. کیفیت خواب با سن ($p=0/030$) تحصیلات ($P=0/004$)، مصرف سیگار ($P=0/048$) و اختلالات خواب با درآمد ($p=0/012$)، شاخص توده بدنی ($p=0/028$)، تحصیلات ($P=0/019$)، مصرف سیگار ($P=0/050$).

zeighami@kiaua.ac.ir

۱- مربی گروه پرستاری دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

۲- بیماریهای قلب و عروق، بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج، کرج، ایران.

ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه ($P=0/035$)، مصرف داروهای مهارکننده ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین ($P=0/009$) و مسدودکننده های آنژیوتانسین ($P=0/016$) رابطه ی آماری معنادار داشت. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که مردان مبتلا به نارسایی سیستمولیک قلبی کیفیت خواب پایین داشتند و بی خوابی، آپنه خواب و خواب آلودگی روزانه از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بود. کاهش وزن، ترک سیگار، کنترل و درمان بیماریهای مزمن تنفسی، کنترل عوارض جانبی داروها ممکن است به کاهش مشکلات خواب مبتلایان به نارسایی قلبی کمک نماید.

واژه های کلیدی: اختلالات خواب، خواب آلودگی روزانه، کیفیت خواب،

نارسایی قلبی

Archive of SID



و همکاران، ۲۰۰۳، گرادی و همکاران، ۱۹۹۵، اسکات^۱، ۲۰۰۰). خواب از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است (ذاکری مقدم و همکاران، ۱۳۸۵). سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب ارتباط دارد (فرهادی نسب و عظیمی، ۱۳۸۷). اختلالات خواب از شایع ترین مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است که بر ابعاد عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی تاثیر منفی دارد (ردکر و همکاران، ۲۰۱۰، اریکسون و همکاران، ۲۰۰۳، گرادی و همکاران، ۱۹۹۵، اسکات، ۲۰۰۰).

نتایج بررسی چن^۲ (۲۰۰۹) نشان داد که ۷۴ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به اختلال خواب دچار بودند. مطالعه ی ردکر و همکاران^۳ (۲۰۰۸) حاکی از آن بود که بی خوابی، سندرم پای بیقرار و اختلالات تنفسی خواب از شایع ترین اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود. در مطالعه ی دیگری که توسط ردکر و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد ۶۷ درصد بیماران نارسایی قلبی اختلال در کیفیت خواب داشتند و ۴۴ درصد از خواب آلودگی روزانه شکایت می کردند.

در مطالعه ی اریکسون^۴ و همکاران (۲۰۰۳) در حدود ۵۶% مشکل خواب داشتند و بیش از یک سوم این افراد از قرصهای خواب آور استفاده می کردند، ۵۱% بیماران تحمل خوابیدن در حالت طاق باز را نداشتند، ۴۴% سندرم پای بی قرار، ۴۰ درصد مشکل در به خواب رفتن و ۳۹ درصد بیدار شدن زود هنگام را از مشکلات خواب خود می دانستند. در مطالعه ی دیگری که توسط سفتل^۵ و همکارانش (۲۰۰۲) انجام شد ۳۵/۴% از بیماران خُر خُر شبانه و ۱۴% بیخوابی شبانه و ۱۳/۶%

1- Scott

2- Chen & et al

3- Redeker & et al

4- Erickson & et al

5- Seftel & et al

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

مطالعه ی حاضر توصیفی از نوع مقطعی بود که در آن کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه و فاکتورهای مرتبط با آنها در یکصد مرد مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه ی پژوهش کلیه ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش داخلی بیمارستان تامین اجتماعی البرزکرج و بیمارستان تامین اجتماعی شهریار در سال ۱۳۸۹ بود. نمونه پژوهش با توجه به معیار شمول (متاهل، حداقل یکسال سابقه ابتلا به نارسایی قلبی، کسر جهشی زیر ۴۰٪، نداشتن سابقه ی بیماری روانی و افسردگی) به روش نمونه گیری ساده از جامعه ی پژوهش انتخاب شدند. نحوه ی اجرای پژوهش بدین صورت بود که کمک پژوهشگر بطور روزانه با مراجعه به بیمارستان های مذکور و با توجه به معیار شمول، ضمن توضیح هدف کلی پژوهش، ابزار پژوهش را به روش مصاحبه تکمیل و جمع آوری نمود.

ابزارهای پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از فرم انتخاب نمونه، فرم مشخصات دموگرافیک و برخی اطلاعات مربوط به بیماری (سن، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی خانواده، شغل، مصرف سیگار، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع بیماری مزمن همراه با نارسایی قلبی، نوع داروهای مصرفی، کسر تخلیه بطن چپ بر اساس اکوکاردیوگرافی، شاخص توده ی بدنی، بررسی سطح هموگلوبین سرم)، پرسشنامه ی خواب آلودگی اپورث^۱، مقیاس اختلالات خواب، شاخص کیفیت خواب کیفیت خواب پیتسبرگ^۲ بود.

1- Epworth Sleepiness scale

2- The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

پرسشنامه ی کیفیت خواب پیتسبرگ یک پرسشنامه ی استاندارد ۱۸ سوالی بود. سوالات ۷ جزء کیفیت خواب بطور ذهنی، تاخیر در خواب رفتن، مدت زمان خواب، کارایی و موثر بودن خواب، اختلالات و عملکرد نامناسب در طول روز را بررسی نمود. امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ بود.

مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره ی کل ابزار را تشکیل داد که دامنه ی نمرات پرسشنامه از ۰ تا ۲۱۱ بود. هر چه نمره ی به دست آمده بالاتر بود کیفیت خواب، پایین تر بود. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب داشت. پایایی این ابزار با آزمون مجدد با آلفا ۰/۸۰ کرونباخ تعیین شد (ایزدی آونجی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه ی اپورت یک پرسشنامه ی هشت گویه ای بود که احتمال خواب آلودگی و خوابیدن افراد را در حین انجام فعالیت های مختلف مانند تماشای تلویزیون و نشستن غیر فعال در یک مکان را مورد سنجش قرار داد. بر اساس این معیار، پاسخ دهنده به هر سؤال امتیاز (۰ = هرگز چرت نمی زنم، ۱ = شانس چرت زدنم کم است، ۲ = شانس چرت زدنم متوسط است، ۳ = شانس چرت زدنم زیاد) داد. مجموع امتیازات ۵-۰ معادل خواب کافی، ۱۰-۶ خواب آلودگی خفیف، ۱۵-۱۱ خواب آلودگی متوسط، ۱۶ تا ۲۴ معادل خواب آلودگی شدید در نظر گرفته شد. در مطالعه ی مسعود زاده و همکارانش پایایی این ابزار بالای ۷۰٪ ذکر گردید (مسعودزاده و همکاران، ۱۳۸۵).

پرسشنامه ی اختلالات خواب این یک پرسشنامه ۲۴ گویه ای بود که برای ارزیابی بی خوابی، ساق پای بیقرار، آپنه ی خواب، نارکولپسی، کابوس شبانه، ریفلاکس در زمان خواب به شکل دو گزینه ای بلی (۱) و خیر (۰) به کار گرفته شد (داگلاس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴).

در مطالعه ی حاضر، منظور از کشیدن سیگار مصرف حداقل یک نخ سیگار در روز و به مدت یکسال بود. شاخص توده ی بدنی بر حسب تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم

بر قد برحسب متر به توان دو به دست آمد. برای این منظور از افراد خواسته شد تا بدون کفش و پاهای به هم چسبیده در حالی که زانوها، لگن، شانه و سر در یک امتداد قرار دارند، پشت خود را به دیوار بچسباند، سپس پژوهشگر با مماس کردن متر با سر مقدار قد افراد را بر حسب سانتی متر و با دقت یک سانتی متر محاسبه نمود.

به منظور تعیین اعتبار علمی ابزارهای فوق از روش روایی محتوی با مطالعه‌ی منابع علمی و با توجه به اهداف پژوهش استفاده شد. در مطالعه‌ی فعلی به منظور تعیین ضریب پایایی پرسشنامه از روش باز آزمایی مجدد استفاده گردید که به این منظور پرسشنامه‌ها در دو مرحله به فاصله‌ی ۱۰ روز در اختیار ۱۰ تن از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار داده شد و آلفای کرونباخ حاصل از دو آزمون برآورد گردید. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی حاضر برای مقیاس کیفیت خواب پیتزبرگ ($r=0/76$) و مقیاس خواب آلودگی ایپورث ($r=0/78$) و مقیاس اختلالات ($r=0/86$) محاسبه شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام تحقیق، ارائه‌ی معرفی‌نامه‌ی رسمی به مسئولین بیمارستان، معرفی پژوهشگر به نمونه‌های پژوهش و توضیح اهداف و نحوه‌ی انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه، اخذ رضایت کتبی از افراد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش و آزاد بودن جهت انصراف از ادامه‌ی پژوهش، عدم مغایرت با آداب و رسوم و عرف حاکم بر جامعه و اطمینان به بیماران و مسئولین جهت اعلام نتایج پژوهش در صورت تمایل، رعایت گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ استفاده شد. داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده‌ها از ضریب هم بستگی پیرسون، آزمون تی تست برای گروه‌های مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲: توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل، مصرف سیگار و بیماری های همراه

فراوانی	(%) تعداد	
بی سواد	۱۳(۱۳)	تحصیلات
ابتدایی	۴۲(۴۲)	
راهنمایی	۲۳(۲۳)	
دبیرستان	۱۳(۱۳)	
دیپلم و فوق دیپلم	۴(۴)	
لیسانس و بالاتر	۵(۵)	
خوب	۱۰(۱۰)	وضعیت اقتصادی
متوسط	۴۶(۴۶)	
ضعیف	۴۴(۴۴)	
بیکار	۱۰(۱۰)	شغل
بازنشسته	۵۱(۵۱)	
آزاد	۱۶(۱۶)	
کارمند	۸(۸)	
کشاورز	۳(۳)	
سایر	۱۲(۱۲)	سیگار
می کشد	۳۸(۳۸)	
نمی کشد	۶۲(۶۲)	بیماری های همراه
هایپر تانسیون	۳۳(۳۳)	
بیماری کلیوی	۷(۷)	
بیماری مزمن انسدادی ریه	۲۳(۲۳)	
بیماری های ایسکمیک قلبی	۲۴(۲۴)	
آسم	۵(۵)	
دیابت	۳۳(۳۳)	

همان گونه که جدول شماره ۳ نشان داد میانگین نمره ی کیفیت خواب $13/24 \pm 3/14$ بود و بیشترین مشکل بیماران مربوط به تاخیر در به خواب رفتن $1/59 \pm 0/91$ بود. ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت خواب نامطلوب و نمره ی کیفیت خواب

در رابطه با عوامل مرتبط با اختلالات خواب در مردان مبتلا به نارسایی قلبی، آزمون ضریب هم بستگی پیرسون ارتباط آماری معنی داری بین درآمد ($P=0/012$)، شاخص توده بدنی ($P=0/028$)، نمره خواب آلودگی ($P=0/028$)، کیفیت خواب ($P=0/000$) با اختلالات خواب نشان داد. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره ی اختلالات خواب بر حسب سطح تحصیلات ($P=0/019$)، مصرف سیگار ($P=0/050$)، ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه ($P=0/035$)، مصرف داروهای مهار کننده آنژییم مبدل آنژیوتانسین ($P=0/009$) و مسدود کننده های آنژیوتانسین ($P=0/016$) به دست آمد. ارتباطی بین سایر اختلالات خواب و سایر متغیرهای مورد بررسی وجود نداشت ($P>0/05$).

ارتباطی بین نمره خواب آلودگی با متغیرهای مورد بررسی به دست نیامد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ی حاضر تمامی مردان مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت خواب پایینی داشتند. کیفیت پایین خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مطالعه ی وانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۰) ۸۱ درصد گزارش شده است.

خواب نامناسب بر عملکرد جسمی، روحی، روانی و اجتماعی تاثیر نامطلوبی دارد لذا بررسی ریسک فاکتورهای موثر در بروز آن و اجرای مداخلاتی به منظور مقابله با مشکلات خواب به بهبود کیفیت خواب و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار کمک می کند.

در مطالعه ی حاضر شایع ترین اختلالات خواب، بی خوابی و آپنه ی خواب بود. این یافته با نتایج مطالعه اریکسون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) همسو است که نشان داد مشکل در به خواب رفتن (۵۶٪)، استفاده از داروهای خواب آور برای به خواب رفتن

1- Wang & et al

2- Erickson & et al

در یک سوم افراد، زود بیدار شدن از خواب (۳۹٪) شایع ترین مشکلات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده است. نتایج مطالعه ی ردکر^۱ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بی خوابی و آپنه ی خواب از شایع ترین اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده است. آپنه ی خواب با خواب آلودگی روزانه ارتباط دارد و خطر مرگ و میر را افزایش می دهد. آپنه ی خواب با ایجاد هایپوکسی شبانه، بالارفتن فشار خون در اثر افزایش فعالیت سمپاتیک و افزایش فرایندهای التهابی و اکسیداتیو موجب پیشرفت نارسایی قلبی می شود (ارزت^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعه ی پائولینو^۳ (۲۰۰۹) حاکی از آن بود که ۸۵ درصد مردان نارسایی قلبی به آپنه ی خواب دچار هستند. با توجه به نقش منفی مشکلات خواب بر شدت و وخامت بیماری نارسایی قلبی، توجه، ارزیابی، کنترل و درمان آن ضروری به نظر می رسد.

در مطالعه حاضر دو سوم بیماران مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی خواب آلودگی روزانه داشتند که در بیش از نیمی از آنان خواب آلودگی شدت خفیف داشت. میزان شیوع خواب آلودگی روزانه در مبتلایان به نارسایی قلبی در مطالعه ی ردکر (۲۰۰۶) ۴۴ درصد و در مطالعه ی بروستریم^۴ (۲۰۰۴) ۲۱ درصد گزارش شد. احتمالاً این مسئله می تواند به دنبال اختلال در شروع و حفظ خواب و یا بیدار شدن زود هنگام و یا اختلالاتی مانند آپنه ی خواب ایجاد شود. خواب آلودگی روزانه بر کیفیت زندگی فرد، انجام وظایف شغلی و فردی تاثیر منفی می گذارد. لذا توجه به علل بروز و تلاش در جهت کاهش و رفع آن می تواند در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران تاثیر گذار باشد. در مطالعه ی حاضر اختلالات خواب و کیفیت خواب پایین در مردان درآمد پایین

1- Redeker & et al
2- Arzt & et al
3- Paulino & et al
4- Brostrom & et al

و بی سواد بیشتر بود. این یافته با نتایج مطالعه ی آکرستد^۱ (۲۰۰۲)، دراک^۲ (۲۰۰۴) و جین لوئیس^۳ (۲۰۰۰) همخوانی دارد که نشان داد در افراد با تحصیلات و درآمد پایین میزان شیوع محرومیت از خواب و اختلالات خواب بیشتر است.

شاید درآمد پایین و مشکل در تامین هزینه های درمان باافزایش استرس فردی و ناتوانی در کنترل علائم بیماری در ارتباط باشد. از سویی دیگر کاهش سطح تحصیلات امکان دسترسی افراد به منابع آموزشی خود مراقبتی را کاهش می دهد که این امر در بی توجهی به مشکلات خواب و مقابله با آن و رعایت اصول بهداشت خواب تاثیر می گذارد.

در مطالعه حاضر اختلالات خواب در افراد با شاخص توده بدنی بالاتر بیشتر بود. این یافته با نتایج مطالعه پارک^۴ (۲۰۰۹) همخوانی دارد که نشان داد کاهش ساعات خواب و کم خوابی منجر به افزایش چاقی شکمی می شود. گانگویچ و همکاران^۵ (۲۰۰۵) معتقد است افرادی که کمتر از ۷ ساعت می خوابند بیشتر با چاقی روبه رو هستند. نتایج مطالعه ی وگونتاز و همکاران^۶ (۲۰۰۸) نشان داد که ۴۷/۲٪ افراد چاق و ۲۵/۵٪ افراد غیر چاق از بی خوابی شکایت داشتند. در افراد چاق رسوب چربی در بافت فارنکس از یک طرف و کمپرسیون فارنکس توسط توده ی چربی سطحی گردن از طرف دیگر باعث تنگی مجرای عبور هوا می شوند که این امر در تشدید اختلالات خواب تاثیر دارد. احتمالاً مداخلاتی به منظور کاهش وزن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که دچار اضافه وزن یا چاقی هستند می تواند به کاهش اختلالات خواب در این بیماران کمک نماید.

1- Akerstedt & et al

2- Drake & et al

3- Jean-Louis & et al

4 - Park & et al

5 - Gangwisch & et al

6 - Vgontzas & et al

در مطالعه‌ی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بودند از اختلالات خواب بیشتری رنج می‌بردند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی دارد که نشان داد در بین بیماران بستری در بیمارستان، کسانی که دچار بیماری‌های تنفسی بوده و علائمی مانند تنگی نفس و سرفه دارند از اختلال خواب بیش‌تر و کیفیت خواب پایین‌تری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد که تنگی نفس و سرفه در مراحل مختلف خواب مانند شروع به خواب رفتن و حفظ خواب عمیق ایجاد اختلال می‌کند. برای کاهش اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کنترل مناسب بیماری‌های مزمن همراه مانند بیماری‌های مزمن انسدادی ریه ضروری به نظر می‌رسد.

مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که تحت درمان با داروهای مهارکننده‌ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدود کننده‌های آنژیوتانسین بودند اختلال خواب بیشتری داشتند. نتایج مطالعه‌ی سیکولین و همکاران^۱ (۲۰۰۶) نشان داد که استفاده از مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین منجر به تشدید اختلالات تنفسی خواب می‌گردد.

در مطالعه‌ی تاناب^۲ و همکاران (۲۰۱۱) یکی از عوامل پیشگویی کننده اختلالات خواب در افراد مبتلا به فشار خون بالا مصرف مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین بود. بررسی عوارض جانبی داروها و تاثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران همیشه مورد تاکید بوده است. بررسی‌های بیشتری جهت تایید عارضه‌ی مشکلات خواب در افراد تحت درمان با مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین پیشنهاد می‌گردد.

در مطالعه‌ی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که در سنین بالاتر قرار داشتند، کیفیت خواب پایین‌تری را تجربه می‌کردند. این یافته با نتایج بررسی

1 - Cicolin & et al

2 - Tanabe & et al

اریکسون و همکاران^۱ (۲۰۰۳) همسو بود که نشان داد یکی از عوامل پیش گویی کننده اختلالات خواب در مبتلایان به نارسایی قلبی افزایش سن است به طوری که احتمال بروز اختلالات خواب با افزایش سن در این بیماران بیشتر می شود.

در بررسی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که سیگار می کشیدند بیشتر در معرض بروز اختلالات خواب و کیفیت خواب پایین تر بودند. در بیشتر افراد سیگاری که تمایل به کشیدن سیگار در هنگام شب و قبل از خواب دارند، نیکوتین موجود در سیگار موجب بی خوابی و مشکلات خواب در آنان می گردد (جان و همکاران^۲، ۲۰۱۰). نتایج مطالعه سباناایاگام و شانکار^۳ (۲۰۱۱) نشان داد که در مقایسه با افراد غیر سیگاری، افراد سیگاری بیشتر در معرض اختلالات خواب قرار دارند. ارتباط میان اختلالات خواب و مصرف سیگار در سایر مقالات نیز مستند گردیده است (ناکاتا^۴ و همکاران، ۲۰۰۸، فرانکلین^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). احتمالاً با کمک به ترک سیگار در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می توان در کاهش اختلالات خواب و ارتقاء کیفیت خواب آنان کمک موثری نمود.

مطالعه ی حاضر نشان داد مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی کیفیت خواب پایین داشتند. بی خوابی، آپنه خواب و خواب آلودگی روزانه از شایع ترین مشکلات این بیماران بود. افزایش سن، تحصیلات و درآمد پایین، مصرف سیگار، چاقی، ابتلا به بیماری های مزمن انسدادی ریه و درمان با مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدود کننده های گیرنده آنژیوتانسین با مشکلات خواب ارتباط داشت. کیفیت و کمیت خواب با کیفیت زندگی ارتباط دارد، با شناسایی مشکلات خواب و کاهش

1 - Erickson & et al

2 - Jahne & et al

3 - Sabanayagam & Shankar

4 - Nakata & et al

5 - Franklin & et al

عوامل خطر مانند کاهش وزن، ترک سیگار، کنترل و درمان بیماریهای مزمن تنفسی، کنترل عوارض جانبی داروهای خواب، همچنین آموزش اصول بهداشت خواب و روش های مختلف مقابله با مشکلات خواب مانند ریلاکشن، گوش دادن به موسیقی و.... می توان به بهبود خواب و ارتقاء کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی سیستم قلبی کمک نمود. از محدودیت های این مطالعه در نظر نگرفتن گروه کنترل و انجام مطالعه تنها بر روی جنس مرد بود. پیشنهاد می گردد مطالعات دیگری به منظور تعیین مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در زنان مبتلا به نارسایی سیستم قلبی، در بیماران مبتلا به نارسایی دیاستولیک قلبی و با در نظر گرفتن گروه کنترل انجام گیرد.

قدردانی

مطالعه ی حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهشی با کد ۱/۱۱۹۷۲ بوده است بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج جهت تصویب و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می گردد.



منابع

- ایزدی اونجی، ف.، ادیب حاج باقری، م. وافضل، م. (۱۳۸۷). کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان های کاشان در سال ۱۳۸۵. مجله فیض، (۴)۱۲: ۵۹-۵۲.
- دریاییگی، ر. و جلیلی، ز. (۱۳۸۱). تاثیر آموزش خود مراقبتی بر دانش مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب: بیماران بستری در اصفهان. پژوهش در علوم پزشکی، (۱)۷: ۲۶-۲۳.
- ذاکری مقدم، م.، شبان، م.، کاظم نژاد، ا. و قدیانی، ل. (۱۳۸۵). مقایسه عوامل موثر بر خواب از دیدگاه پرستاران. بیماران. مجله حیات، (۲)۱۲: ۱۲-۵.
- رفیعی، ف.، شاه پوریان، ف.، ناشر، ز.، آذرباد، م. و حسینی، ف. (۱۳۸۸). اهمیت نیازهای یادگیری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از دیدگاه بیماران و پرستاران. نشریه پرستاری ایران، (۵۷)۲۲: ۱۹-۳۰.
- شجاعی، ف. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب. (۲)۱۴: ۱۳-۵.
- ضیغمی محمدی، ش.، اصغرزاده حقیقی، س. و نیکبخت نصرآبادی، ع. (۱۳۸۹). بررسی اختلالات الکترولیتی و اختلال عملکرد کلیوی در سالمندان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی. مجله پرستاری مراقبت ویژه، (۴)۳: ۱۶۶-۱۵۵.
- ضیغمی محمدی، ش.، اصغرزاده حقیقی، س. و فلاح، ن. (۱۳۸۹). فراوانی آنمی در سالمندان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی. مجله سالمندی ایران، (۱۶)۵: ۳۳-۲۵.
- فرهادی نسب، ع. و عظیمی، ح. (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 درمانی همدان، (۱)۱۵: ۱۱-۱۵.

کیانی آسابر، م.، صمیمی اردستانی، س. ه. و مهدی زاده، ج. (۱۳۸۷). پالاتوپلاستی به روش رادیوفرکانس جهت کنترل خرخر. مجله دانشکده پزشکی، ۶۶(۲): ۱۱۸-۱۲۲.

مسعود زاده، ع.، زنگانه، ع. و شهبازنژاد، ل. (۱۳۸۵). بررسی میزان خواب آلودگی دانشجویان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سال ۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)، ۱۶(۵۲): ۷۵-۸۰.

Akerstedt, T. , Fredlund, P. , Gillberg, M. & Jansson, B. (2002). Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosomatic Res* , 53: 585-588.

Arzt, M. , Young, T. , Finn, L. , Skatrud, J. , Ryan, C. , Newton, G. , Mak, S. , Parker, J. , Floras, J. & Douglas Bradley, D. (2006). Sleepiness and Sleep in Patients With Both Systolic Heart Failure and Obstructive Sleep Apnea. *Arch Intern Med* ,166: 1716-1722.

Asplund, R. (2005). Nocturia in relation to sleep, health, and medical treatment in the elderly. *BJU Int*, 96 (11): 15-21.

Chen, H. M. , Clark, A. P. , Tsai, L. M. & Chao, Y. F. (2009). Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. *Nurs Res*, 58(1): 63-71.

Davis, R. , Hobbs, F. & Lip, G. (2000). ABC of heart failure. *BMJ*, 320: 39-42.

Douglass, A. , Bornstein, R. , Nino-Murcia, G. , Keenan, S. , Miles, L. & Zarcone, V. (1994). The Sleep Disorders Questionnaire I: Creation and

مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به ... ۱۵۴
multivariate structure of SDQ. Sleep,17: 160-167.

Drake, C. L. , Roehrs, T. , Richardson, G. , Walsh, J. K. & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. Sleep, 27: 1453-1462.

Erickson, V. S. , Westlake, C. A. ,Dracup, K. A. ,Woo, M. A. & Hage, A. (2003). Sleep disturbance symptoms in patients with heart failure. AACN Clin Issues ,14(4): 477-487.

Franklin, K. A. , Gislason, T. , Omenaas, E. , Jogi, R. , Jensen, E. J. & Lindberg, E. (2004). The influence of active and passive smoking on habitual snoring. American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, 170: 799-803.

Gangwisch, J. E. , Malaspina, D. & Boden-Albala, B. (2005). Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. Sleep, 28: 1289-1296.

Grady, K. L. , Jalowiec, A. &White-Williams, C. (1995). Predictors of quality of life in patients

Jahne, A. , Cohrs, S. , Rodenbeck, A. , Andreas, S. , Loessl, B. , Feige, B. , Kloepfer, C. , Hornyak, M. & Riemann, D. (2010). Nicotine influence on sleep and its relevance for psychiatry and psychotherapy. Nervenarzt. , 81(7): 844-859.

Jean-Louis, G. , Kripke, D. F. , Ancoli-Israel, S. , Klauber, M. R. & Sepulveda, R. S. (2000). Sleep duration, illumination, and activity patterns

Scott, L. D. (2000). Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure

Seftel, A. D. , Strohl. K. P. , Loye, T. L. , Bayard, D. , Kress, J. & Netzer, N. C. (2002). Erectile dysfunction and symptoms of sleep disorders. *Sleep*, 25(6): 643-637.

Skobel, E. , Norra, C. , Sinha, A. , Breuer, C. , Hanrath, P. & Stellbrink, C. (2005). Impact of sleep-related breathing disorders on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* ,7(4): 505-511.

Spiegel, K. , Tasali, E. & Penev, P. (2004). Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* , 141: 846-850.

Tanabe, N. , Fujita, T. , Fujii, Y. & Orii, T. (2011). Investigation of the factors that contribute to the onset of insomnia in hypertensive patients by using a post-marketing surveillance database, 131(5): 669-77.

Valdivia-Arenas, M. A. , Powers, M. & Khayat R. M. (2009). Sleep-disordered breathing in patients with decompensated heart failure. *Heart Fail Rev*, 14(3): 183-193.

Walsleben, J. , Kapur, V. , Newman, A. , Shahar, E. , Bootzin, R. & Rosenberg, C. (2004). Sleep and Reported Daytime Sleepiness in Normal Subjects: the Sleep Heart Health Study. *Sleep*,27(2): 293-298.

Wang, T. J. , Lee, S. C. , Tsay, S. L. & Tung, H. H. (2010). Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *J Adv Nurs*, 66(8): 1730-1740.

Archive of SID