

آموزش بهداشت خواب بر کیفیت زندگی پرستاران

زهرا یوسفی^۱، الهه منصوری قزلحصاری^۲، لایا افشاری صالح^۳، حمیدرضا بهنام وشانی^۴، زهرا امامی مقدم^{۴*}

- ^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ^۲ دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ^۳ دانشیار، گروه طب کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ^۴ مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ^۵ مربی، گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ^۶ استادیار گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: خواب باکیفیت یکی از عوامل مؤثر در افزایش کیفیت زندگی می‌باشد و پرستاران با توجه به شرایط خاص شغلی، در معرض خطر بالای ایجاد اختلالات خواب قرار دارند که این مهم بر کیفیت زندگی و مراقبت از بیماران تأثیر منفی دارد. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی شهر مشهد انجام شد. **مواد و روش ها:** مطالعه شبه تجربی دو گروهی حاضر در ارتباط با ۶۰ پرستار شاغل در دو بیمارستان آموزشی شهر مشهد انجام شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند و پس از تکمیل پرسشنامه های دموگرافیک، کیفیت خواب پترزبورگ و فرم کوتاه سنجش کیفیت زندگی توسط تمام شرکت کنندگان، چهار جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه ای برای گروه های هفت و هشت نفری مداخله برگزار شد و در پایان و یک ماه پس از آن، تمام شرکت کنندگان مجدداً ابزار مورد استفاده را تکمیل نمودند. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 25 بین دو گروه مقایسه گردیدند.

یافته ها: قبل از مداخله، میانگین نمره کیفیت خواب پرستاران در دو گروه تفاوت آماری معنا داری نداشت ($P > 0.05$). بلافاصله و یک ماه پس از آموزش، میانگین نمره کیفیت خواب در دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: آموزش بهداشت خواب، روش مؤثری برای کاهش اختلال خواب در پرستاران شب کار و شیفت در گردش است؛ از این رو توصیه می‌شود به عنوان یک راه کار در جهت کاهش مشکلات مربوط به بی‌خوابی در پرستاران مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: آموزش، بهداشت خواب، پرستار، کیفیت زندگی

مقدمه

خواب یکی از پیچیده‌ترین الگوهای زیست‌شناختی است که تحت تأثیر عوامل مختلف فیزیولوژیک، تغییرات شب و روز و برنامه‌های عملکردی روزانه قرار می‌گیرد (۱). عملکردهای قلبی-عروقی، درجه حرارت، ترشح هورمون‌ها و عملکرد سیستم ایمنی، با سیکل‌های خواب و بیداری، تغییر یافته و تنظیم می‌شوند و هرگونه اختلال و محرومیت از خواب، آثار منفی متعدد جسمی و روانی را به دنبال خواهد داشت (۲). مشاغل که شب‌کاری یا برنامه کاری در گردش دارند، در معرض خطر بالای ایجاد اختلالات خواب می‌باشند که این مهم با علائمی نظیر خستگی، خواب آلودگی، مشکلات گوارشی، تحریک‌پذیری، کاهش فعالیت مغزی، اختلال در عملکرد و کاهش کارایی همراه است (۳،۴). این مشکلات که به دلیل اختلال در ریتم شبانه روزی (Circadian rhythm) ایجاد می‌شوند، تحت عنوان اختلالات خواب مرتبط با نوبت کاری (SDW: Sleep disorders related to shift work) نامگذاری شده‌اند (۵). پرستاران به عنوان عمده‌ترین بخش نیروی انسانی در سیستم بهداشتی-درمانی، همواره در معرض مشکلات مرتبط با نوبت کاری قرار دارند (۶). در مطالعات پیشین، میزان این اختلال در پرستاران بین ۳۲/۴ تا ۳۷/۶ درصد گزارش شده است (۷). بی‌خوابی و خستگی ناشی از نوبت کاری پرستاران منجر به افزایش خطاهای درمانی و به خطر افتادن سلامت و ایمنی بیماران می‌شود (۸). علاوه بر این، در صورتی که راه‌حل مناسبی برای درمان این اختلال به کار گرفته نشود، عملکرد شناختی افراد مختل شده و روابط خانوادگی، اجتماعی و سلامت جسمی و روانی پرستاران به خطر می‌افتد که این مهم کاهش عملکرد و رضایت آن‌ها را به دنبال خواهد داشت (۹). باقری و همکاران اظهار داشته‌اند که پرستاران از کیفیت پایین خواب برخوردار هستند و این موضوع ارتباط معناداری با کاهش کیفیت

ابعاد مختلف زندگی آن‌ها دارد (۱۰). از آنجایی که نوبت کاری امری اجتناب‌ناپذیر در سیستم درمانی بوده و پیشگیری از ایجاد اختلالات مرتبط با آن عملکرد کارکنان و سیستم درمانی را افزایش می‌دهد، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت زندگی پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه شبه تجربی حاضر در سال ۱۳۹۸ پس از تصویب در دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کسب مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری آن دانشگاه و ارائه آن به بیمارستان‌های تحت پوشش انجام شد. حجم نمونه با توجه به زمانیان و همکاران، براساس میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته کیفیت زندگی و فرمول تعیین حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد معادل ۲۳ نفر برای هر گروه برآورد گردید (۱۱) و با در نظر گرفتن ریزش نمونه و افزایش اطمینان نتایج مطالعه، تعداد ۳۰ شرکت کننده برای هر گروه در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی صورت گرفت. به منظور تصادفی‌سازی و جلوگیری از به اشتراک گذاشتن برنامه آموزشی توسط شرکت‌کنندگان با استفاده از روش قرعه‌کشی از بین بیمارستان‌های تابعه، دو بیمارستان برای مطالعه انتخاب گردید. سپس از بین بخش‌های هر یک از دو بیمارستان به صورت تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی، بخش‌های اورولوژی، ارتوپدی و زنان و مامایی برای گروه مداخله و بخش‌های اطفال، داخلی و جراحی برای گروه کنترل انتخاب شدند و براساس معیارهای ورود و کسب رضایت شرکت‌کنندگان، از هر بخش پنج پرستار وارد مطالعه گردیدند.

معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بودند از: تمایل به

(۱۲). نسخه فارسی این ابزار نیز با آلفای کرونباخ، حساسیت و ویژگی ۰/۸۳/۹۴ و ۷۲ درصد دارای روایی و پایایی مناسبی برای استفاده می‌باشد (۱۳). در مطالعه حاضر نیز این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید گردید. پرسشنامه کوتاه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شده و دارای چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی می‌باشد. این زیرمقیاس‌ها عبارت هستند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف. ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه نجات و همکاران به منظور سنجش کیفیت زندگی ایرانیان با کسب ضریب همبستگی و آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ در تمام حیطه‌ها تأیید شده است (۱۴). با توجه به اینکه ابزار کیفیت زندگی در مطالعه حاضر از نوع کمی و با مقیاس فاصله‌ای بوده که ابعاد مختلفی داشته و هریک از سؤالات دارای گزینه‌های طبقه‌ای می‌باشد، بررسی پایایی این ابزار با استفاده از روش همسانی درونی صورت گرفت. به این ترتیب که نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در ارتباط با ۱۰ پرستار در یک نوبت اندازه‌گیری شد و ضریب آلفای کرونباخ ابعاد آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ و برای نمره کلی کیفیت زندگی معادل ۰/۸۶ به دست آمد.

روش کار به این صورت بود که پس از تکمیل پرسشنامه‌های مذکور توسط هریک از واحدهای پژوهش، شرکت‌کنندگان در گروه مداخله به چهار گروه (دو گروه هفت نفره و دو گروه هشت نفره) تقسیم شدند. برای هر گروه چهار جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای طی چهار هفته با محتوای آموزشی و مفاهیم و اصول بهداشت خواب به روش

شرکت در مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه کار، داشتن شیفت شب‌کاری ثابت یا در گردش (حداقل شش شب در ماه)، نداشتن بحران روحی و تنش شدید عاطفی در شش ماه گذشته (طلاق، فوت بستگان و اختلالات شدید اضطرابی)، عدم مصرف داروی خواب‌آور و آرام‌بخش و عدم شرکت در برنامه آموزشی مشابه با پژوهش حاضر طی شش ماه اخیر. عدم تمایل به ادامه همکاری در مطالعه، شروع به مصرف داروهای مؤثر در کیفیت خواب، ایجاد تنش جسمی - روحی شدید (طلاق، فوت بستگان یا بیماری شدید جسمی) و غیبت در بیش از یک جلسه آموزشی نیز به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از: پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه سنجش کیفیت خواب پترزبورگ و فرم کوتاه سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. پرسشنامه پترزبورگ یک ابزار خودگزارشی است که کیفیت خواب افراد را طی یک ماه گذشته بررسی می‌کند و شامل ۱۸ سؤال در هفت بعد کیفیت خواب شامل: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه فرد ناشی از کمبود خواب می‌باشد. نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۱ در نظر گرفته می‌شود که نمره ۰ نشان‌دهنده عدم وجود مشکل در خواب و نمره ۲۱ نشان‌دهنده وجود مشکل در تمام ابعاد کیفیت خواب است. باید خاطر نشان ساخت که نمره کل به چهار کد وضعیتی "خوب، نسبتاً خوب، نسبتاً بد و بد" تقسیم‌بندی می‌شود. کسب نمره کل بالاتر از ۵ نشان‌دهنده کیفیت پایین خواب و مشکلات شدید حداقل در دو حیطه یا مشکلات متوسط در بیشتر از سه حیطه می‌باشد. سنجش روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات گذشته صورت گرفته و حساسیت، ویژگی و آلفای کرونباخ آن به ترتیب معادل ۰/۸۹/۶، ۰/۸۶/۵ و ۰/۷۵ درصد گزارش شده است

و جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار داده شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS 25، پس از بررسی نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk توسط آمار توصیفی، کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، t مستقل، *Mann-Whitney*، آنالیز واریانس با اندازه های تکراری و Friedman بین دو گروه مقایسه شدند.

سخنرانی، بحث گروهی، فیلم آموزشی و پمفلت توسط پژوهشگر و تحت نظارت و همکاری متخصص طب کار برگزار گردید و محتوای هر جلسه آموزشی به صورت فایل الکترونیک در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد (جدول ۱). در پایان جلسات آموزشی و یک ماه پس از آن، شرکت کنندگان هر دو گروه ابزار مورد استفاده در مطالعه را تکمیل نمودند. در ادامه، محتوای آموزشی در غالب فایل الکترونیک

جدول ۱: محتوای آموزشی

دهنده فرد ارائه	روش تدریس	محتوای آموزشی	جلسه
توسط پژوهشگر با نظارت اساتید و متخصصین	سخنرانی و بحث گروهی نمایش اسلاید فیلم آموزشی پرسش و پاسخ	آشنایی و معرفی پژوهش، بیان اهداف پژوهش و کلیات اهمیت خواب و اجرای تکمیل سه پرسشنامه (کیفیت خواب پترزبورگ، کیفیت زندگی بریف و اطلاعات دموگرافیک)	اول
توسط پژوهشگر با نظارت اساتید	سخنرانی و بحث گروهی نمایش اسلاید نمایش فیلم آموزشی	آشنایی با اصول و مفاهیم بهداشت خواب و مشخص کردن الگوهای درست رفتاری در ارتباط با بهداشت خواب (۱۲ آیتم بهداشت خواب)	دوم
توسط پژوهشگر با نظارت اساتید و متخصصین	سخنرانی و بحث گروهی نمایش اسلاید فیلم آموزشی	آشنایی با اصول و مفاهیم بهداشت خواب و آموزش مداخلات رفتاری از جمله آرام سازی و تصویرسازی ذهنی جهت بهبود کیفیت خواب	جلسه سوم
توسط پژوهشگر با نظارت اساتید	سخنرانی و بحث گروهی نمایش اسلاید پرسش و پاسخ	جمع بندی مطالب، پاسخگویی به سؤالات، اجرای مجدد تکمیل پرسشنامه های کیفیت خواب پترزبورگ و کیفیت زندگی بریف و در اختیار قرار دادن جزوه و سی دی آموزشی	چهارم

بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، این میانگین به اندازه قابل توجهی کاهش یافته است (جدول ۳).

در مقایسه نمره کسب شده از مقیاس کیفیت زندگی پرستاران قبل از مداخله، بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت؛ اما در نوبت اندازه گیری پس از آن، میانگین نمره گروه مداخله افزایش یافت و تفاوت بین دو گروه معنادار شد؛ اما در مقایسه درون گروهی، با وجود افزایش میانگین نمره، تفاوت معناداری مشاهده نگردید (جدول ۴).

در مقایسه میانگین نمره کسب شده از حیطه های مختلف کیفیت زندگی بین دو گروه، قبل از مداخله در هیچ یک از گروه ها تفاوت آماری معناداری وجود نداشت؛ اما پس از مداخله، در اکثر حیطه ها شاهد تفاوت معناداری بودیم (جدول ۵).

نتایج

نتایج نشان دادند که بین میانگین سن واحدهای پژوهش در هر یک از گروه های مداخله ($29/5 \pm 6$) و کنترل ($31/9 \pm 5/7$) اختلاف آماری معناداری وجود ندارد. ۷۰ درصد از شرکت کنندگان گروه مداخله و ۷۶/۷ درصد از شرکت کنندگان گروه کنترل زن بودند. نتایج کای اسکوئر، تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه نشان نداد. در مقایسه سطح تحصیلات دو گروه با استفاده از آزمون دقیق فیشر نیز تفاوت معناداری به دست نیامد (جدول ۲).

میانگین نمره کیفیت خواب در هر دو گروه قبل از مداخله نشان دهنده وجود اختلال خواب خفیف هستند و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد؛ اما

جدول ۲: مقایسه اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل

سطح معناداری	گروه کنترل	گروه مداخله	
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	سن (سال)
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	تحصیلات (تعداد/درصد)
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	کارشناسی
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	کارشناسی ارشد
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	جنسیت
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	مرد
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	زن
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	وضعیت تأهل
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	مجرد
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	متأهل
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	جدا شده
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	تعداد فرزندان
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	سابقه کار بالینی (سال)
$P=0/112$	۳۱/۵±۹/۷	۲۹/۵±۶/۰	مقدار کار روزانه (ساعت)

* t مستقل؛ ** دقیق فیشر؛ *** کای اسکوتر؛ **** کای اسکوتر دقیق؛ Mann-Whitney

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره پرسشنامه کیفیت خواب پرستاران مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه

سطح معناداری در مقایسه بین گروهی	گروه		
	کنترل (۳۰ نفر) انحراف معیار ± میانگین	مداخله (۳۰ نفر) انحراف معیار ± میانگین	
۰/۳۲۶	۶/۸±۳/۰	۷/۵±۲/۷	قبل از مداخله
۰/۰۰۱	۷/۵±۳/۱	۴/۴±۲/۸	بلافاصله پس از مداخله
۰/۰۰۵	۶/۷±۲/۹	۴/۳±۳/۴	یک ماه پس از مداخله
	۰/۱۳۸	۰/۰۰۱	سطح معناداری در مقایسه درون گروهی

جدول ۴: مقایسه نمره کل کیفیت زندگی پرستاران مورد مطالعه؛ قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

سطح معناداری در مقایسه بین گروهی	گروه		نمره کل کیفیت زندگی
	کنترل (۳۰ نفر) انحراف معیار ± میانگین	مداخله (۳۰ نفر) انحراف معیار ± میانگین	
۰/۱۱۲	۵۳/۰±۱۵/۴	۵۹/۳±۱۴/۶	قبل از مداخله
۰/۰۰۵	۵۱/۹±۱۵/۱	۶۲/۲±۱۲/۱	بعد از مداخله
۰/۰۰۴	۵۳/۴±۱۴/۷	۶۲/۸±۹/۲	یک ماه بعد از مداخله
	۰/۲۶۷	۰/۰۴۳	سطح معناداری در مقایسه درون گروهی

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات کسب شده از حیطة های مختلف کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه کنترل	گروه مداخله	سطح معناداری در مقایسه بین گروهی
سلامت جسمی قبل از مداخله	۵۶/۸ ± ۱۵/۷	۶۰/۵ ± ۱۵/۲	۰/۳۷۷
سلامت جسمی بعد از مداخله	۵۵/۴ ± ۱۵/۷	۶۶/۲ ± ۱۳/۹	۰/۰۰۶
سلامت جسمی یک ماه بعد از مداخله	۵۶/۴ ± ۱۵	۶۶/۹ ± ۱۱/۵	۰/۰۰۴
سطح معناداری در مقایسه درون گروهی	۰/۶۵۷	۰/۰۲۰	
سلامت روان قبل از مداخله	۵۵/۰ ± ۱۴/۹	۵۹/۴ ± ۱۴/۷	۰/۲۵۰
سلامت روان بعد از مداخله	۵۲/۸ ± ۱۴/۱	۶۱/۴ ± ۱۲/۸	۰/۰۱۶
سلامت روان یک ماه بعد از مداخله	۵۴/۹ ± ۱۳/۴	۶۲/۱ ± ۱۱/۳	۰/۰۲۸
سطح معناداری در مقایسه درون گروهی	۰/۱۸۷	۰/۳۶۶	
روابط اجتماعی قبل از مداخله	۵۴/۴ ± ۱۸/۸	۵۹/۴ ± ۱۹/۰	۰/۲۶۹
روابط اجتماعی بعد از مداخله	۵۳/۱ ± ۱۸/۰	۶۲/۹ ± ۱۸/۸	۰/۰۴۳
روابط اجتماعی یک ماه بعد از مداخله	۵۴/۷ ± ۱۷/۲	۶۱/۴ ± ۱۴/۸	۰/۱۷۲
سطح معناداری در مقایسه درون گروهی	۰/۳۲۵	۰/۶۱۷	
سلامت محیط قبل از مداخله	۴۶/۴ ± ۱۹/۴	۵۶/۰ ± ۱۶/۸	۰/۱۵۳
سلامت محیط بعد از مداخله	۴۶/۱ ± ۱۸/۸	۵۷/۷ ± ۱۴/۵	۰/۰۱۰
سلامت محیط یک ماه بعد از مداخله	۴۸/۴ ± ۱۸/۹	۵۹/۴ ± ۱۱/۰	۰/۰۲۵
سطح معناداری در مقایسه درون گروهی	۰/۲۵۷	۰/۲۳۶	
سلامت عمومی قبل از مداخله	۵۸/۳ ± ۱۹/۲	۶۷/۱ ± ۱۷/۵	۰/۱۶۵
سلامت عمومی بعد از مداخله	۵۸/۳ ± ۱۸/۱	۶۷/۹ ± ۱۳/۶	۰/۰۲۵
سلامت عمومی یک ماه از مداخله	۵۶/۳ ± ۲۰/۲	۶۶/۷ ± ۱۳/۸	۰/۰۱۸
سطح معناداری در مقایسه درون گروهی	۰/۶۲۶	۰/۵۰۶	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که تمام پرستاران مورد مطالعه، به درجه خفیفی از اختلال خواب مبتلا هستند و آموزش بهداشت خواب می‌تواند این مسئله را تا حدی بهبود بخشد. بر مبنای نتایج، کیفیت زندگی پرستاران در حد متوسط بود و آموزش بهداشت خواب تأثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران داشت. در این راستا، در مطالعه توصیفی باقری و همکاران بیان شده است که کیفیت خواب پرستاران ضعیف بوده و میانگین نمره کلی کیفیت خواب آن‌ها $10/1 \pm 5/3$ می‌باشد. بر مبنای نتایج، کمترین اختلال در افراد صبح‌کار ثابت و پس از آن در پرستاران شیفت در گردش و بیشترین اختلال خواب با

میانگین و انحراف معیار $14/3 \pm 5/9$ در افراد عصر و شب‌کار ثابت وجود داشت و متناسب با آن، میانگین کیفیت زندگی آن‌ها $(12 \pm 32/7)$ از سایر پرستاران کمتر بود. یافته‌های پژوهش مذکور گویای آن بودند که اختلال خواب، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کاهش کیفیت زندگی پرستاران دارد (۱۰). در راستای نتایج مطالعه حاضر، Boughattas و همکاران در تانزانیا، بیشترین اختلال خواب را در پرستاران شب‌کار گزارش کردند؛ اما میزان خواب‌آلودگی طی روز بین پرستاران روزکار و شب‌کار کم بود و تفاوت معناداری نداشت. بر مبنای نتایج، کیفیت زندگی پرستاران صبح‌کار بهتر بود (۱۵). در مقایسه نتایج دو پژوهش، این مسئله قابل ذکر است که ما برای همسان‌سازی نمونه‌ها در دو

عدم آشنایی افراد با روش‌های مناسب جلوگیری از ایجاد اختلال خواب می‌باشد. در این زمینه، در مطالعه زمانیان و همکاران در ارتباط با پرستاران شاغل در شیراز و تهران بیان شد که ۷۸ درصد از پرستاران دچار اختلال خواب هستند. بر مبنای یافته‌ها، هرچه میانگین سنی بالاتر باشد، میزان اختلال نیز بیشتر است و این مسئله باعث کاهش کیفیت زندگی پرستاران می‌شود. در مطالعه مذکور، رنج سنی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش تفاوت زیادی با مطالعه حاضر داشت که احتمالاً همین نکته علت تفاوت گزارش شده در میزان اختلال خواب می‌باشد؛ اما نتایج هر دو مطالعه در مورد این موضوع که بی‌خوابی یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است، توافق دارند (۱۱). سلیمانی و همکاران نیز پژوهشی را با هدف بررسی سلامت عمومی و ارتباط آن با کیفیت خواب پرستاران شیفت ثابت و در گردش انجام دادند. یافته‌ها حاکی از سلامت عمومی نامطلوب در بیش از ۱۰ درصد از پرستاران بودند. علاوه‌براین، کیفیت خواب ۴۴ درصد از پرستاران نامناسب بود و بین سلامت عمومی و کیفیت خواب ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت که از این نظر با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. اگرچه در مطالعات فوق، اثر آموزشی بهداشت خواب مورد بررسی قرار نگرفت؛ اما نتایج پژوهش مذکور، یافته‌های مطالعه حاضر در خصوص تأثیر کیفیت خواب بر افزایش سلامت جسمی کیفیت زندگی را تأیید می‌کنند (۱۷). در این راستا، در مطالعه‌ای که در زمینه تأیید تأثیر آموزش بهداشت خواب بر بهبود کیفیت خواب در مورد پرستاران انجام شد، پس از بررسی و شناسایی افراد دچار اختلال خواب، برای آن‌ها یک دوره آموزشی برگزار گردید و کیفیت خواب آن‌ها مجدداً سنجیده شد. در نهایت گزارش گردید که کیفیت خواب پرستاران پس از طی دوره آموزشی بهبود یافته است؛ اگرچه نمی‌توان از این روش به تنهایی برای بهبود اختلال خواب افراد شب‌کار

گروه، فقط پرستاران شب‌کار و شیفت در گردش را مورد بررسی قرار دادیم و همین موضوع باعث کسب نمره کیفیت زندگی نزدیک به هم در اولین نوبت اندازه‌گیری در دو گروه گردید که ممکن است با کیفیت زندگی پرستاران صبح‌کار تفاوت زیادی داشته باشد. با این وجود، کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است که عوامل متعددی بر آن تأثیرگذار هستند که تمام آن‌ها در این مطالعه بررسی نشده‌اند و نمی‌توان به طور قطع ادعا کرد که اگر فردی کیفیت خواب پایینی داشته باشد، بدون تردید کیفیت زندگی وی نیز کاهش می‌یابد. علاوه‌براین، مسائل متعددی در زندگی انفرادی افراد مانند کمک همسر و خانواده‌های زوجین در انجام کارهای روزمره و دادن فرصت خواب به افراد طی روز، مجرد یا متأهل بودن، داشتن فرزند خردسال یا چند فرزند و زندگی در شهرها و محله‌های شلوغ از عوامل مؤثر در جبران یا تشدید کمبود خواب پرستاران شب‌کار هستند که توصیه می‌شود در مطالعات آینده به عنوان متغیر بررسی گردند. در این ارتباط، در مطالعه مهرپور و همکاران (۲۰۱۱) پرستاران ثابت صبح‌کار با پرستاران شیفت در گردش از نظر میزان خواب‌آلودگی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که از نظر میزان خواب‌آلودگی، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد (۱۶). باید توجه داشت که اگرچه در مطالعه حاضر پرستاران صبح‌کار مورد بررسی قرار نگرفتند؛ اما نتایج میزان خفیفی از اختلال خواب را نشان دادند که این مهم می‌تواند مؤید نتایج مطالعات ذکر شده باشد؛ زیرا وجود اختلال خواب مهم‌ترین عامل ایجاد خواب‌آلودگی طی روز است. از سوی دیگر، سبک زندگی افراد متفاوت بوده و ممکن است فردی در شیفت صبح کار کند؛ در حالی که با توجه به شرایط زندگی، طی شب خواب مناسبی نداشته باشد. براساس نتایج این پژوهش و دیگر مطالعات، تأثیر احتمالی اختلال خواب بر کیفیت زندگی مربوط به ادامه طولانی مدت آن و

می‌دهد؛ از این رو لازم است در کنار این مسئله، متغیرهای تأثیرگذار دیگر نیز مد نظر قرار گیرند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد حمایت مالی شده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1398.006 در دانشگاه علوم پزشکی مشهد ثبت شده است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از کلیه پرستاران بیمارستان‌های "قائم" و "امام رضا(ع)" مشهد که بدون کمک‌های ارزنده ایشان امکان اجرای این طرح میسر نبود، اعلام می‌نمایند.

استفاده نمود و بهتر است سایر روش‌های درمان شناختی نیز در کنار آموزش بهداشت خواب برای این افراد مورد استفاده قرار گیرند (۱۸). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که برنامه‌های آموزش خواب بر دانش بهداشت خواب، تمرینات رفتاری خواب و کیفیت خواب دانشجویان و دانش آموزان تأثیرگذار است (۱۹،۲۰). با وجود اینکه افراد مورد بررسی در مطالعات مذکور با مطالعه حاضر متفاوت بودند؛ اما نتایج تأثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت زندگی و عملکرد افراد را تأیید نمودند.

در ارتباط با محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این مطالعه با تعداد نمونه کم انجام شده است که این مهم نتایج قابل تعمیم به جامعه را محدود می‌سازد. علاوه بر این در این مطالعه، سایر متغیرهای متعدد تأثیرگذار بر کیفیت زندگی پرستاران مورد بررسی قرار نگرفته است.

نتیجه‌گیری

آموزش بهداشت خواب روش مؤثری برای کاهش اختلال خواب در پرستاران شب‌کار است و اختلال خواب از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌باشد؛ اما نمی‌توان با اطمینان گفت که به تنهایی کیفیت زندگی را کاهش

References

1. Tobaldini E, Costantino G, Solbiati M, Cogliati C, Kara T, Nobili L, et al. Sleep, sleep deprivation, autonomic nervous system and cardiovascular diseases. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 74(Pt B):321-9.
2. Kendzerska T, Mollayeva T, Gershon AS, Leung RS, Hawker G, Tomlinson G. Untreated obstructive sleep apnea and the risk for serious long-term adverse outcomes: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2014; 18(1):49-59.
3. Sadeghniaat-Haghighi K, Yazdi Z, Jahanihashemi H, Aminian O. The effect of bright light on sleepiness among rapid-rotating 12-hour shift workers. *Scand J Work Environ Health.* 2011; 37(1):77-9.
4. Akerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med.* 2003; 53(2):89-94.
5. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP Jr, Vitiello MV, et al. Circadian rhythm sleep disorders: part I, basic principles, shift work and jet lag disorders. *An American Academy of Sleep Medicine review.* *Sleep.* 2007; 30(11):1460-83.
6. Saksvik- Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, et al. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *J Adv Nurs.* 2013; 69(5):1136-46.
7. Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH, et al. Shift work disorder in nurses—assessment, prevalence and related health problems. *PLoS One.* 2012; 7(4):e33981.

8. Dekker S. The criminalization of human error in aviation and healthcare: a review. *Saf Sci*. 2011; 49(2):121-7.
9. Kaliyaperumal D, Elango Y, Alagesan M, Santhanakrishnan I. Effects of sleep deprivation on the cognitive performance of nurses working in shift. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(8):CC01-3.
10. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alaei Nezhad F. The association between quality of sleep and health related quality of life in nurses. *Hayat*. 2007; 12(4):13-20.
11. Zamanian Z, Nikeghbal K, Khajehnasiri F. Influence of sleep on quality of life among hospital nurses. *Electron Physician*. 2016; 8(1):1811-6.
12. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28(2):193-213.
13. Moghaddam JF, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath*. 2012; 16(1):79-82.
14. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Institute Public Health Res*. 2006; 4(4):1-12.
15. Boughattas W, El Maalel O, Chikh RB, Maoua M, Houda K, Braham A, et al. Hospital night shift and its effects on the quality of sleep, the quality of life, and vigilance troubles among nurses. *Int J Clin Med*. 2014; 5(10):46209.
16. Mirmohammadi SJ, Mehrparvar AH, Kamali Z, Mostaghaci M. Evaluation or the relationship between shift work and sleepiness in nurses. *Occup Med Quart J*. 2011; 3(2):31-8.
17. Soleimani M, Masoudi R, Sadeghi T, Bahrami N, Ghorbani M, HasanPour-Dehkordi A. General health and its association with sleep quality in two groups of nurses with and without shift working in educational centers of Iran University of Medical Sciences (IUMS). *Shahrekord Univ Med Sci J*. 2008; 10(3):70-5.
18. Hazeri A, Farahzadi HR. Investigating the efficacy of sleep hygiene education on improving sleep disorders in shahid sadoughi hospital nurses. *Tolooebehdasht*. 2015; 14(2):47-56.
19. Dietrich SK, Francis-Jimenez CM, Knibbs MD, Umali IL, Truglio-Londrigan M. The effectiveness of sleep education programs in improving sleep hygiene knowledge, sleep behavior practices and/or sleep quality of college students: a systematic review protocol. *JB I Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13(9):72-83.
20. Gruber R, Somerville G, Bergmame L, Fontil L, Paquin S. School-based sleep education program improves sleep and academic performance of school-age children. *Sleep Med*. 2016; 21:93-100.



Original Article

Effect of Sleep Health Education on Nurses' Quality of Life

Mahboubeh Movahedifar¹, Elaheh Mansouri Ghezelhesari², Lahya Afshari Saleh³, Hamidreza Behnam Vashani^{4,5}, Zahra Emami Moghaddam^{4,6*}

¹ M.Sc. Student of Nursing Education, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Reproductive Health PhD Student, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Department of Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁵ Instructors, Department of Children and Infants, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 7 January 2021

Accepted: 10 June 2021

Abstract

Introduction: Qualified sleep is one of the factors affecting the increase of quality of life, and nurses are at high risk of developing sleep disorders due to their specific occupational conditions, which has a negative impact on the quality of life and patient care. Therefore, this study was conducted to determine the effect of sleep health education on the quality of life of nurses working in teaching hospitals in Mashhad, Iran.

Materials and Methods: A quasi-experimental two-group study was performed on 60 nurses working in two teaching hospitals in Mashhad. The participants were randomly divided into intervention and control groups and completed a demographic form, the Pittsburgh Sleep Quality Index, and the Short-Form World Health Organization Quality of Life. Subsequently, the intervention group participated in four 60-minute training sessions in groups of 7 and 8 people. At the end of the intervention and 1 month later, all participants completed the tools again. The collected data were compared between the two groups using SPSS software (version 25).

Results: Before the intervention, the mean score of qualified sleep of nurses in the two groups was not statistically significant ($P>0.05$). However, immediately and 1 month after the training, the mean score of qualified sleep was statistically significant in both groups ($P<0.05$).

Conclusion: Based on the results, sleep health education was an effective method to reduce sleep disorders in the night and shift nurses; therefore, it is recommended to consider it as a way to reduce insomnia problems among nurses.

Keywords: Education, Sleep health, Quality of life, Nurse