

بررسی پارامترهای خواب و عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران سرپائی

مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص)

چکیده

زمینه و هدف: تقریباً هر بیماری جسمی که درد یا ناراحتی قابل ملاحظه تولید کند، می‌تواند بر روی کیفیت خواب تأثیر منفی بگذارد. جراحات و بیماری‌هایی که سیستم قلبی - عروقی، تنفسی، گوارشی و نورولوژیک را مبتلا می‌کنند، می‌توانند کیفیت خواب را مختل کنند. هدف از این مطالعه، بررسی پارامترهای خواب و عوامل مؤثر بر کیفیت خواب بیماران جسمی مختلف است.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی - مقطعی، ۳۰۰ بیمار سرپایی با شکایات مختلف جسمی که به درمانگاه‌های داخلی، گوش و حلق و بینی (ENT)، ارتوپدی، اعصاب، نفرولوژی و جراحی مراجعه کرده بودند، شرکت داده شدند. ابزار ارزیابی، شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ بود که کیفیت خواب را در ۷ قلمروی اصلی می‌سنجد و یک نمره > 5 به عنوان اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی شده است. برای تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و تحلیل پراش یکطرفه استفاده گردید. یافته‌ها: میانگین نمره پیترزبورگ در تمام درمانگاه‌ها، بالاتر از نقطه برش ($M=8/02$) یافته شد. تفاوت‌های معنی‌داری در پارامترهای مدت خواب، اختلالات خواب و اختلال عملکرد روزانه بین درمانگاه‌ها بدست آمد و بیماران درمانگاه گوش و حلق و بینی بیشترین مشکلات خواب را داشتند. عوامل درد و نگرانی به عنوان علل اصلی اختلالات خواب، گزارش شده بودند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، بسیاری از بیماری‌های جسمانی می‌توانند به خودی خود اختلال خواب ایجاد کنند. از آنجایی که، درد و نگرانی بیش از سایر عوامل بر کیفیت خواب تأثیر منفی می‌گذارند، لازم است در ارزیابی و درمان بیماران جسمی مختلف در نظر گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: ۱- پارامترهای خواب ۲- کیفیت خواب ۳- شاخص خواب پیترزبورگ ۴- بیماران جسمی

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۲۹، تاریخ پذیرش: ۸۶/۹/۲۸

مقدمه

بسیاری از بیماری‌های جسمی، خواب را آشفته و هوشیاری را مختل می‌کنند. به علاوه، ممکن است خواب با بیماری‌های جسمی همبودی داشته باشد.^(۱) تقریباً هر بیماری جسمی که درد یا ناراحتی قابل ملاحظه تولید کند یا ناشی از اختلالات متابولیک باشد، می‌تواند هر دو کیفیت و کمیت خواب را به طور منفی تحت تأثیر قرار بدهد.

خواب، یک فرآیند زیستی پویا و بسیار سازمان یافته است که بخش مهمی از زندگی محسوب می‌شود و کمیت خواب با کیفیت تعامل اجتماعی مرتبط شناخته شده است.^(۱) اهمیت خواب در سلامتی و بیماری از زمان بقراط مورد توجه بوده است و خواب آشفته، یک علت مهم رنج و مریض احوالی انسان در هر سنی تلقی می‌شود.^(۲)

- (I) مربی و عضو هیئت علمی و کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، ستارخان، خیابان نیایش، جنب کوچه شهید منصوری، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول).
- (II) استادیار و متخصص روانپزشکی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
- (III) استادیار و متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زاهدان، زاهدان، ایران.
- (IV) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، ایران.
- (V) کارشناس روانشناسی، مرکز روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

با توجه به اینکه، تاکنون در ایران پژوهشی درباره کیفیت خواب بیماران جسمی با استفاده از مقیاس‌های خود گزارشی صورت نگرفته است، پژوهش حاضر توزیع فراوانی پارامترهای کیفیت خواب و عوامل موثر بر کیفیت خواب بیماران جسمی شش درمانگاه منتخب بیمارستان رسول اکرم را با استفاده از یک مقیاس خودگزارشی مورد بررسی و مقایسه قرار می‌دهد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بود. با توجه به اینکه در سوابق پژوهشی ۲۰٪ از بیماران جسمی، مشکلات خواب گزارش شده بود، براساس فرمول حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد گردید که شامل بیمارانی می‌شد که برای معاینه و درمان به درمانگاه‌های گوش و حلق و بینی، داخلی، اعصاب، نفرولوژی، ارتوپدی و جراحی مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش آسان صورت گرفت و افرادی انتخاب شدند که مایل به همکاری بودند. تست‌گیری به طور روزانه و به مدت دو هفته متوالی توسط دو کارشناس ارشد روانشناسی شاغل در بیمارستان و زمانی که بیماران در درمانگاه‌های منتخب در انتظار نوبت بودند، انجام گرفت. در نهایت، ۱۵۵ بیمار زن و ۱۴۵ بیمار مرد انتخاب شدند.

به منظور سهولت مقایسه بین درمانگاه‌ها، از هر درمانگاه ۵۰ نفر انتخاب گردیدند. معیارهای ورود و حذف از مطالعه شامل سن ۱۸ سال به بالا و نداشتن مشکلات شناختی بود. رضایت کتبی آگاهانه از همه شرکت کنندگانی که همکاری خود را اعلام کرده بودند، اخذ گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات، شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index) است که توسط دانیل جی‌بای‌سی (Daniel J Buysse et al) و همکارانش^(۶) برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، ساخته شده است. این مقیاس خودگزارشی، قلمروهای متعددی دارد که شامل کیفیت خواب ذهنی (C1)، تأخیر خواب (C2)، مدت خواب (C3)، کفایت عادات خواب (C4)، اختلال خواب (C5)، استفاده از داروهای

بیماری‌هایی که سیستم‌های تنفسی، قلبی - عروقی، گوارشی و نورولوژیک را مبتلا می‌کند، به ویژه از این لحاظ، مشکل‌ساز هستند. به علاوه، تقریباً هر بیماری عفونی که دامنه آن از سرماخوردگی معمولی تا آنفولانزا قرار دارد و همینطور سایر بیماری‌های نسبتاً شایع مانند عفونت‌های مجاری ادراری و اوتیت، می‌توانند خواب را مختل کنند.^(۴)

بی‌خوابی، شایعترین مشکل خواب در بیماران جسمی است که با شکایات دشواری در شروع یا حفظ خواب و یا خواب ناکافی که برای حداقل یک ماه طول بکشد و پریشانی بالینی قابل ملاحظه یا اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی ایجاد کند، مشخص شده است. بی‌خوابی یک اختلال ناهمگن است که توسط طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات خواب (International Classification of Sleep Disorders (ICSD) به انواع اولیه و ثانویه تقسیم شده است. بی‌خوابی اولیه، شامل هر نوع بی‌خوابی است که علت دیگری ندارد و در آن گزارشهای ذهنی خواب آشفته، توسط پلی‌سومنوگرافی عینی تأیید شده است.

بی‌خوابی ثانوی، که اخیراً توسط انستیتو ملی بهداشت (National Institute of Health=NIH) بی‌خوابی همبود نامیده شده، شامل بی‌خوابی همراه با اختلالات پزشکی و روانپزشکی می‌شود.^(۵) اگر چه در طی سال‌های اخیر، توجه بالینی به پژوهش درباره خواب منجر به طبقه‌بندی اختلالات مشخص و عینی تعریف شده‌ای از اعمال مربوط به خواب/بیداری شده است و پیشرفت‌هایی در زمینه ارزیابی اختلالات خواب به ویژه پلی‌سومنوگرافی صورت گرفته، اما پژوهش‌های اندکی تأثیرات ذهنی کیفیت خواب «خوب» و «بد» را با استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی خود گزارشی در افراد عادی و بیماران جسمی مورد مطالعه قرار داده‌اند. در واقع به اعتقاد اوانز (Evans)، سوابق پژوهشی درباره کیفیت خواب اطلاعات اندکی درباره اینکه افراد خواب خود را چگونه توصیف می‌کنند، فراهم می‌کند که نشان می‌دهد اگر قرار است پژوهش‌ها درباره کیفیت خواب موفق باشند، باید به تجارب افراد نیز حساس باشند و از مقیاس‌هایی استفاده کننده که کیفیت خواب ذهنی را ارزیابی می‌نماید.^(۷)

خواب در درمانگاه گوش، حلق و بینی (ENT) بیشتر از سایر درمانگاه‌هاست ($M=8/90$, $SD=4/08$) و پس از آن به ترتیب درمانگاه‌های جراحی ($M=8/77$, $SD=4/73$) و ارتوپدی ($M=8/42$, $SD=3/99$) قرار دارند. بررسی فراوانی مشکلات خواب در درمانگاه‌های منتخب نشان می‌دهد که ۴۰ نفر در درمانگاه گوش و حلق و بینی (۸۰٪)، ۳۲ نفر در درمانگاه داخلی (۶۴٪)، ۳۲ نفر در درمانگاه مغز و اعصاب (۶۴٪)، ۳۱ نفر در درمانگاه نفرولوژی (۶۲٪)، ۳۴ نفر در درمانگاه ارتوپدی (۶۸٪) و ۳۶ نفر در درمانگاه جراحی (۷۲٪) مشکلات خواب را گزارش داده‌اند.

بررسی یافته‌های مربوط به عوامل فردی و فیزیکی موثر بر کیفیت خواب که در پارامتر ۵ (C5) پرسشنامه پیتزبورگ به آنها اشاره شده، نشان داد که درد (۲۶/۷٪) فراوان‌ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت خواب است و پس از آن به ترتیب نگرانی و اشتغالات ذهنی درباره بیماری، مشکلات خانوادگی، مالی، شغلی (۲۰٪)، مشکل تنفس (۱۳/۳٪)، رفتن به دستشویی (۱۱/۳٪)، خروپف و سرفه (۱۰/۷٪)، گرما (۹/۳٪) و خواب بد (۷/۷٪) قرار دارند و ۱٪ باقیمانده را عوامل متفرقه مانند سرما، سرگیجه و خارش تشکیل می‌دهند.

یافته‌های مربوط به پارامترهای خواب بر حسب جنسیت و سن، حاکی از آن است که میانگین کل پارامترهای خواب در زنان بیشتر از مردان است (۸/۶ و ۷/۳ به ترتیب) و با افزایش سن آزمودنی‌ها نیز، میانگین نمره کیفیت خواب در پرسشنامه پیتزبورگ افزایش یافته است و سنین ۶۸ تا ۷۷ سال بیشترین مشکلات کیفیت خواب را گزارش داده‌اند.

جدول شماره ۲ مقایسه میانگین پارامترهای خواب در درمانگاه‌ها را با روش تحلیل پراش یک‌طرفه نشان می‌دهد. یافته‌ها جدول نشان دهنده تفاوت معنی دار در پارامترهای C۲ (مدت خواب)، C۵ (اختلالات خواب)، و C۷ (اختلال عمل روزانه) بین درمانگاه‌ها هستند ($P=0/002$, $P=0/001$ و $P=0/009$). تحلیل تعقیبی (Post Hoc) یافته‌ها نشان داد که مراجعین به درمانگاه ENT بیشترین مشکلات کیفیت خواب را گزارش داده‌اند که تفاوت معنی داری با سایر درمانگاه‌ها دارد.

خواب (C6) و اختلال عمل در طی روز (C7) می‌شود. اکثر مواد تست براساس سؤالات چندجوابی تنظیم شده‌اند، کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم هستند. پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده‌اند و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۱ است. سازندگان مقیاس معتقدند که یک نمره بالاتر از ۵ (>5) به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی می‌شود. پایایی این مقیاس ۰/۸۳ محاسبه شده و اعتبار آن با حساسیت ۰/۸۹/۶٪ و ویژگی ۰/۸۶/۵٪ در آزمودنی‌های بیمار نسبت به گروه کنترل، توسط سازندگان این مقیاس در سطح مناسب گزارش شده است.

در این پژوهش، نخست مقیاس پیتزبورگ توسط دو آتند (یک روانپزشک و یک روانشناس بالینی) که آشنائی کافی به زبان انگلیسی داشتند، به طور مستقل ترجمه و سپس توسط یک فوق‌لیسانس مترجمی زبان انگلیسی ویرایش و اصلاح گردید و نسخه نهائی آماده شد. به منظور تعیین اعتبار صوری مقیاس، دو فوق‌تخصص اختلالات خواب (یک متخصص روانپزشک و یک متخصص گوش و حلق و بینی) مقیاس مورد نظر را مطالعه و بررسی نمودند و با توجه به مناسب بودن تعداد موارد و سادگی و قابل فهم بودن محتوای آنها، تغییراتی در فرم اصلی صورت نگرفت و مقیاس مورد نظر به عنوان یک مقیاس کیفیت خواب مورد تأیید متخصصین قرار گرفت. همچنین، برای تعیین پایایی پرسشنامه پیتزبورگ در نمونه پژوهش حاضر، پاسخ‌های ۳۰ بیمار که ۱۰٪ از کل نمونه را تشکیل می‌دادند، با روش دو نیمه کردن محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد. داده‌ها، پس از جمع‌آوری به برنامه SPSS انتقال یافتند و برای تحلیل آنها از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی) و روش تحلیل پراش یک‌طرفه (One Way ANOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ آمارهای توصیفی پارامترهای خواب در درمانگاه‌های منتخب بیمارستان رسول اکرم (ص) را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، میانگین پارامترهای

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پارامترهای خواب در درمانگاه‌های منتخب

درمانگاه	C۱	C۲	C۳	C۴	C۵	C۶	C۷	میانگین کل
گوش، حلق و بینی	۱/۳۷۷	۱/۵۷	۱/۸۵	۰/۴۵	۱/۷۸	۱/۰۹	۰/۶۸	۸/۹۰
میانگین								
انحراف استاندارد	۱/۲۴	۱/۱۴	۱/۰۴	۰/۸۴	۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۸۲	۴/۰۸
داخلی	۱	۱/۵۶	۱/۳۰	۰/۳۶	۱/۳۰	۱/۳۰	۰/۵۸	۷/۴۲
میانگین								
انحراف استاندارد	۰/۵۸	۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۷۴	۰/۵۰	۰/۵۸	۰/۶۴	۳/۲۳
مغز و اعصاب	۱/۱۴	۱/۵	۱/۱۸	۰/۲۸	۱/۲۴	۱/۳۶	۰/۵۸	۷/۲۸
میانگین								
انحراف استاندارد	۰/۸۸	۱/۰۳	۱/۱۳	۰/۶۷	۰/۵۱	۰/۸۲	۰/۸۳	۳/۷۷
نفرولوژی	۱/۳۶	۱/۴۴	۱/۳۴	۰/۳۲	۱/۵۰	۱/۲۸	۰/۵۸	۷/۸۲
میانگین								
انحراف استاندارد	۱/۰۴	۱/۰۱	۱/۱۳	۰/۶۸	۰/۶۷	۰/۷۲	۰/۸۱	۳/۹۹
ارتوپدی	۱/۱۲	۱/۷۰	۱/۶۴	۰/۴۲	۱/۴۰	۱/۴۰	۰/۷۴	۸/۴۲
میانگین								
انحراف استاندارد	۱/۱۱	۱/۰۵	۱/۰۴	۰/۹۴	۰/۵۳	۰/۹۰	۰/۶۹	۳/۹۹
جراحی	۱/۴۴	۱/۵۵	۱/۵۰	۰/۵۷	۱/۵۰	۱/۳۰	۰/۸۸	۸/۷۷
میانگین								
انحراف استاندارد	۱/۰۸	۱/۱۳	۱/۱۷	۰/۹۳	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۹۱	۴/۷۳
کل	۱/۲۴	۱/۵۴	۱/۴۴	۰/۳۹	۱/۴۵	۱/۲۹	۰/۶۴	۸/۰۲
میانگین								
انحراف استاندارد	۱/۰۲	۱/۰۳	۱/۰۸	۰/۷۹	۰/۶۲	۰/۷۳	۰/۷۸	۳/۹۷

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین پارامترهای خواب در درمانگاه‌های منتخب

پارامترها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری (Pv)
C۱	بین گروه‌ها	۶	۱/۲۸۵	۰/۲۲
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۲	بین گروه‌ها	۶	۰/۳۹۸	۰/۸۸
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۳	بین گروه‌ها	۶	۳/۵۲	۰/۰۰۲**
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۴	بین گروه‌ها	۶	۱/۰۸۴	۰/۳۷
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۵	بین گروه‌ها	۶	۵/۰۶۲	۰/۰۰۱**
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۶	بین گروه‌ها	۶	۱/۰۰۹	۰/۴۱۹
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
C۷	بین گروه‌ها	۶	۱۰/۵۸	۰/۰۰۹**
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		
کل	بین گروه‌ها	۶	۱۹۴/۶۴	۰/۰۵*
	درون گروه‌ها	۲۹۴		
	کل	۳۰۰		

** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. * در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره مقیاس پیتزبورگ ($M=8/02$) در تمام درمانگاه‌ها بالاتر از نقطه برش گزارش شده توسط سایر متخصصین است. برای مثال بای‌سی و همکاران^(۷) نقطه برش >5 و بک‌هوس و همکاران (Backhaus et al)^(۸) نقطه برش >6 را گزارش داده‌اند. در پژوهش حاضر، بالاترین میانگین برآورد شده در بخش گوش و حلق و بینی و کمترین میانگین در بخش مغز و اعصاب مشاهده گردید که هر دو بالاتر از نقطه برش هستند و نشان می‌دهد که کیفیت خواب بیمارانی که شکایات جسمی مختلف دارند، به طور فراگیر دچار اختلال است و علی‌رغم تنوع بیماری‌ها، شکایت مشترک تمام بیماران مشکل خواب می‌باشد. توجهی دیگر، به تمایل بیماران سرپائی به بیش گزارش‌دهی مشکلات جسمانی خود مربوط می‌شود که این تمایل در گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر از متوسط و بعضی اقوام شایعتر است.^(۹) با توجه به اینکه اکثریت بیماران سرپائی پژوهش حاضر را قشرهای متوسط و متوسط به پائین تشکیل می‌دادند، این احتمال وجود دارد که نقطه برش به دست آمده، برآورد بالاتری از مشکلات واقعی خواب بیماران ما باشد.

در مورد عوامل فردی و فیزیکی موثر بر کیفیت خواب، نتایج نشان داد که درد شایعترین عامل بر هم زنده خواب می‌باشد.

درد، یک پدیده چند بعدی با اجزای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی است. درد مزمن یک مشکل عمده بیماران جسمی مزمن، محسوب می‌شود. درمان ناکافی درد، منجر به اختلال در بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند عملکرد خلق و خواب می‌گردد. برآورد شده است که بین ۵۰٪ تا ۸۰٪ از بیماران که دچار درد مزمن غیرکشنده هستند، اختلال خواب قابل ملاحظه دارند. سوابق پژوهشی همچنین نشان می‌دهند که بی‌خوابی و افسردگی اثرات نامطلوبی بر بیماری‌های جسمی مزمن می‌گذارند و مشکل عمده افراد دچار درد مزمن می‌باشند.^(۱۰) مع‌هذا، بی‌خوابی یک نشانه مشخص افسردگی اساسی، براساس معیارهای DSM-IV است. بنابراین معلوم

نیست که آیا ارتباط بین درد و بی‌خوابی ناشی از همبودی با افسردگی است یا بی‌خوابی اثرات مستقل یا حتی اضافه‌ای دارد. با وجودی که ارتباط بین درد مزمن و بی‌خوابی هنوز به خوبی شناخته نشده است، اما مطالعاتی که درباره سایر جمعیت‌های بیمار انجام گرفته نشان داده که اختلال خواب با شدت درد بیشتر، سطوح بالاتر افسردگی و اضطراب و کاهش سطوح فعالیت همبستگی دارد.

اختلال خواب در بیماران دچار درد مزمن می‌تواند حساسیت به درد را بالا ببرد، موجب افزایش توجه به درد شود، با عملکرد روزانه تداخل کند و یک سیکل دائمی، آشفتگی خواب، درد افزاینده و افسردگی تولید کند. با توجه به اینکه، در پژوهش حاضر تعداد کمی از بیماران، افسردگی را به عنوان یک عامل مختل‌کننده خواب گزارش داده بودند، بنابراین نمی‌توان یک ارتباط مستقیم و سبب شناختی بین درد، افسردگی و بی‌خوابی برقرار نمود.

برخلاف افسردگی که در تعداد کمی از بیماران پژوهش حاضر گزارش شد، نگرانی و اشتغالات ذهنی به عنوان دومین عامل مختل‌کننده خواب بعد از درد عنوان شده بود. برکووک (Berkovec)^(۱۱) به نقش اضطراب در افراد دچار بی‌خوابی اشاره کرده است. طبق فرضیه او، فعالیت شناختی افزاینده در افراد دچار بی‌خوابی زیربنای دشواری در به خواب رفتن را تشکیل می‌دهد.

نتایج اسپورمیکر (Spoomaker)^(۱۲) نشان می‌دهد که اضطراب با دامنه وسیعی از شکایات خواب همبستگی دارد که یک ارتباط درونی بالا بین اضطراب و شکایات خواب را نشان می‌دهد و لازم است در هر دو ارزیابی و درمان خواب در نظر گرفته شود. اضطراب و نشخوار فکری در بی‌خوابی و نارکولپسی نیز مهم تلقی شده‌اند.^(۱۳) به طور کلی، این شکایات ممکن است موجب مشکلات خواب بیشتری شوند و بنابراین باید محور پژوهش درباره خواب قرار بگیرند.

یافته‌های مربوط به عوامل جمعیت‌شناختی، جنسیت و سن نشان دهنده فراوانی بیشتر مشکلات خواب در زنان و سنین بالای ۵۰ سال است که یک یافته ثابت در اکثر پژوهش‌های خواب می‌باشد.

توجه به مشکلات خواب این جمعیت خاص از بیماران را ایجاب می‌کند.

این بیماران در وهله اول، نیاز به ارزیابی خواب دارند و در صورت همبودی درد و مشکلات تنفسی با مشکلات خواب آنها، عوامل فارماکولوژیک همراه با مداخلاتی مانند «فشار هوای مثبت مداوم» (Continuous positive airway pressure) یا یک وسیله دندانی مناسب در سوابق پژوهشی پیشنهاد شده است.^(۱۸)

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. اول اینکه، فقط یک پرسشنامه برای ارزیابی مشکلات خواب مورد استفاده قرار گرفت که عمدتاً بر روی بی‌خوابی و اثرات آن تمرکز داشت. دوم، کیفیت خواب افراد عادی با گروه بیمار مورد مقایسه قرار نگرفت. سوم، گزارش ذهنی بیماران از مشکلات خواب خود با یافته‌های عینی مانند اطلاعات پلی‌سومنوگرافی مورد مقایسه قرار نگرفت تا میزان و جهت ارتباط بین این دو سنجیده شود و در نهایت، این مطالعه مقطعی به ما اجازه نمی‌دهد که یک رابطه علت و معلولی بین بیماری‌های جسمی خاص و مشکلات خواب برقرار کنیم.

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های ما نشان داد که بیماری‌های جسمی می‌توانند به خودی خود اختلال خواب ایجاد کنند و اساساً هر شرایطی که درد یا ناراحتی تولید کند، می‌تواند موجب بی‌خوابی شود. یک ارزیابی دقیق که شامل یک تاریخچه کامل و معاینه فیزیکی می‌شود، برای تعیین سبب‌شناسی اختلالات خواب در بیماران جسمی و در نظر گرفتن همه عوامل دخیل، لازم هستند. همچنین، با توجه به نقش عوامل روانشناختی به عنوان واسط بین بیماری‌های جسمی و خواب، لازم است اضطراب و افسردگی زیربنائی تشخیص و متعاقباً درمان شوند. استفاده از مقیاس‌های اختصاصی‌تر مشکلات خواب و ارزیابی‌های طولی (در مقابل مقطعی) نیز، موجب غنی‌تر شدن پژوهش‌های آینده درباره خواب می‌شود. در نهایت، به علت سبب‌شناسی پیچیده اختلالات خواب، ارزیابی در یک مرکز اختلالات خواب و اطلاعات

براساس نظرسنجی سازمان گالوپ (Gallup Poll) که در گزارش روزکایند آمده^(۱۴)، وقوع اختلالات خواب با افزایش سن به ویژه در زنان بالا می‌رود و زنان در تمام سنین بیش از مردان بی‌خوابی را نشان می‌دهند. یافته‌های اسپورمیکر و همکاران^(۱۲) نیز نشان دهنده شیوع بیشتر شکایات بی‌خوابی در زنان در مقایسه با مردان است.

نتیجه یک مطالعه اپیدمیولوژیک اخیر در ژاپن^(۱۵) نیز نشان می‌دهد که فراوانی مشکلات خواب و شکایات جسمی و روانی همراه، در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان است و مدت خواب مردان به طور قابل ملاحظه‌ای طولانی‌تر از زنان می‌باشد. همینطور، زنان مشکلات بیشتری از مردان در شروع (Difficulty Initiating Sleep=DIS) و حفظ (Difficulty Maintaining Sleep=DMS) خواب داشتند. بنابراین، مؤنث بودن یک عامل زمینه‌ساز برای ظهور بی‌خوابی در نظر گرفته شده است.^(۱۶)

مشکلات خواب با بالا رفتن سن نیز افزایش می‌یابد. فرآیند پیری با تغییرات عینی و ذهنی در کیفیت و کمیت خواب همراه است. شکایات دشواری در شروع و حفظ خواب و خواب‌آلودگی هنگام روز در افراد پیر، شایعتر از سایر گروه‌های سنی است.^(۱۷) بیماران بالای ۶۵ سال به طور نامتناسبی دچار بی‌خوابی هستند: ۹٪ از بیماران ۲۰ تا ۳۰ سال و ۳۵٪ تا ۵۰٪ از بیماران ۶۵ سال و بالاتر، از خواب آشفته شکایت دارند.^(۲)

براساس مطالعه اپیدمیولوژیک روزکایند^(۱۴)، جوانان مشکلات تأخیر خواب را بیشتر تجربه می‌کنند و افراد سالمند مشکلات بیشتری در حفظ خواب دارند. در بیماران این پژوهش، افراد سالمند در تمام پارامترهای خواب بیشتر از جوانان مشکل داشتند و در پارامتر تأخیر خواب نیز میانگین به دست آمده در افراد سالمند، بیش از افراد جوان‌تر بود (به ترتیب ۲/۰۹ و ۱/۵۴).

نتیجه مقایسه پارامترهای خواب در درمانگاه‌ها نشان داد که بیماران درمانگاه ENT در مقایسه با سایر درمانگاه‌ها، مدت خواب کمتر (C۲)، اختلال خواب بیشتر (C۵) و عملکرد روزانه (CV) مختل‌تری داشتند که این مشاهدات، ضرورت

depression, sleep and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain and Symptom Management* 2005; 30: 465-73.

11- Borkovec FD. Insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1982; 50: 880-95.

12- Spoomaker VI. Depression and anxiety complaints, relations with sleep disturbances. *Eur Psychiat* 2005; 20: 243-5.

13- Harvey AG, Jones C, Schmidt DA. Sleep and post traumatic stress disorder: A review. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 377-407.

14- Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiat*, 1992; 53: 6 Suppl: 4-67.

15- Asai S, Yoshitaka K, Uchiyama M, Takemura S, Asai S, Yokoyama E, et al. Epidemiological study of the relationship between sleep disturbances and somatic and psychological complaints among the Japanese general population. *Sleep and Biological Rhythms* 2006; 4: 55-62.

16- Hugel H, Ellershaw JE, Cook L, Skinner J, Irvine C. The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *J Pain Symptom Management* 2003; 27: 316-21.

17- Moran MG, Thompson TL, Nies AS. Sleep disorders in the elderly. *Am J Psychiat* 1998; 145: 1369-78.

18- Graff-Radford SB, Newman A. Obstructive sleep apnea and cluster Headache. *Headache* 2004; 44: 607-10.

پلی‌سومنوگرافی می‌تواند در تشخیص مواردی که به درمان‌های قبلی خوب پاسخ نمی‌دهند، کمک کننده باشد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین آن مرکز ابراز می‌دارند همچنین از سرکار خانم مینا فراهانی و آقای شمس‌الدین کهانی که در جمع‌آوری داده‌ها کمک‌های شایانی نمودند، تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1- Hayes RD, Martin SA, Sesti AM, Spitzer K. Psychometric properties of the medical outcomes study sleep measure. *Sleep Med* 2005; 6: 41-4.

2- Monane M. Insomnia in elderly. *J Clin Psychiat* 1992; 53: 23-8.

3- Lamberg L. Insomnia shows strong link to psychiatric disorders. *Psychiatric News* 2005; 40: 21-3.

4- Moran MG, Stoudemire A. Sleep disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiat* 1992; 53(6 suppl): 29-36.

5- Fiorentino L, Ancoli-Israel S. Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep medicine Reviews* 2006; 10: 419-29.

6- Evans FJ. Subjective characteristics of sleep efficiency. *J Abnorm Psychol* 1977; 86: 561-4.

7- 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: 193-213.

8- Backhaus J, Junghanns K, Brooks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the pittsburgh sleep quality index in primary insomnia. *J psychosom Res* 2002; 53: 737-40.

9- Gillam SJ. Sociocultural differences in patients' expectations at consultations for upper respiratory tract infection. *J Royal College General Practitioners* 1987; 37: 205-6.

10- Davison SN, Jhangri S. The impact of chronic pain on

Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e-Akram Hospital

*A. Afkham Ebrahimi, MS^I M.F. Ghale Bandi, MD^{II} M. Salehi, MD^{II}
 A.R. Kafian Tafti, MD^{III} Y. Vakili, MS^{IV} E. Akhlaghi Farsi, BS^V

Abstract

Background & Aim: Almost any medical illness that causes significant pain or discomfort may negatively affect the quality of sleep. Illnesses affecting cardiovascular, respiratory, gastrointestinal, and nervous systems and injuries disrupt the quality of sleep. The objective of this study is to investigate the parameters of sleep and the factors affecting the quality of sleep in medically ill patients.

Patients and Method: In a descriptive cross-sectional study, a total of 300 medical patients with various somatic complaints who attended internal, ENT, orthopedic, neurology, urology and surgery clinics were selected. The assessment instrument was Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI) which measures the quality of sleep in 7 major domains. A score of >5 is considered as a significant sleep disturbance. The data were analyzed using descriptive statistics and one-way ANOVA.

Results: The mean PSQI score of the patients from all six selected clinics was higher than anchor point(M=8.02). Significant differences were found in sleep duration, sleep disturbances and daytime dysfunction among the clinics. Pain and worry were the major causes of sleep disturbances.

Conclusion: Based on the findings of this study, the majority of medical conditions can cause sleep disturbances per se. Because pain and worry may adversely affect the quality of sleep, they should be considered in the assessment and treatment of various medical conditions.

Key Words: 1) Sleep Parameters 2) Quality of Sleep 3) Pittsburgh Sleep Index
 4) Medical Patients

*I) MS in Clinical Psychology. Instructor. Tehran Psychiatric Institute. Mental Health Research Center. Niayesh St., Sattarkhan Ave., Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*

II) Assistant Professor of Psychiatry. Tehran Psychiatric Institute. Mental Health Research Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Assistant Professor of Psychiatry. Zahedan University of Medical Sciences and Health Services. Zahedan, Iran.

IV) MS in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute.

V) Clinical Psychologist. Iran Psychiatric Center.