

August-September 2020, Volume 15, Issue 3

The Quality of Sleep Among Nurses in Critical Care Units of Educational-Therapeutic Centers of Mazandaran University of Medical Sciences

Saberi M¹, *Momeni B², Azizi M³

1- MSc, of Geriatric Nursing, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

2- MSc of Critical Nursing, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (**Corresponding author**)

Email: momenib911@gmail.com

3- Ph.D. Student of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 26 March 2020

Accepted: 20 June 2020

Abstract

Introduction: The members of a medical team especially critical care nurses experience the most level of tension due to work pressure and less rest time. The highest level of stress has an adverse effect on their sleep quality. This study was conducted with the aim of assessing the quality of sleep among nurses in critical care units of educational- therapeutic centers of Mazandaran University of Medical Sciences

Methods: This study was a descriptive –correlational research that was performed on 180 nurses in Intensive Care Units (ICUs) of the hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences in 2015 who were selected by stratified random sampling. The data were collected using job and individual information profile questionnaire and Pittsburgh's sleep quality questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics (for quantitative and qualitative variables from mean \pm standard deviation and absolute and relative frequency tables respectively) and inferential statistics (Chi-square, independent t-test, One-Way ANOVA, Pearson correlation coefficient and logistic regression) and were analyzed by SPSS software version 18.

Results: Results show that 38 percent had proper sleep quality and 61.7 percent had improper sleep quality. The logistic regression model also showed that shifts in the factor for having poor sleep quality were independent of other variables.

The study results showed that 38 % of nurses had a proper sleep quality and 61.7 % had a poor sleep quality. The logistic regression model also showed that rotation in shifts is a factor for having low sleep quality independently of other variables ($p = 0.005$). The results of the study also showed that there was not observed relationship between variables such as gender ($p = 0.096$), age ($p = 0.764$), marital status ($p = 0.585$), work experience ($p = 0.708$), job position ($P=0.099$), the number of night shifts ($p = 0.276$), service charge time ($p = 0.60$) and place of work ($P = 0.151$) with the sleep quality of nurses.

Conclusions: Given the findings of this study it is necessary to proper planning will be conducted to increase the sleep quality. Therefore, it is important to pay attention to the work environment and the quality of work life in the nurses.

Keywords: Sleep Quality, Real Sleep, Nurse, Intensive Care Unit.

کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

محمد صابری^۱، *بهزاد مومنی^۲، مرضیه عزیزی^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
 ۲- کارشناس ارشد پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: momenib911@gmail.com

۳- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۷

چکیده

مقدمه: اعضای تیم پزشکی و بخصوص پرستاران مراقبت های ویژه به دلیل فشار کاری زیاد و فرصت استراحت کمتر بیشترین تجربه تنش را دارند. سطح بالای استرس اثر سوء بر کیفیت خواب آنان دارد. این مطالعه با هدف کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی بوده است که بر روی ۱۸۰ نفر از پرستاران بخش های ویژه بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴ که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند، انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشخصات اطلاعات فردی و شغلی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی (برای متغیرهای کمی و کیفی به ترتیب از میانگین \pm انحراف معیار و جداول فراوانی مطلق و نسبی) و آمار استنباطی (کای اسکور، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه One-Way ANOVA)، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون لجستیک) و بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد، ۳۸ درصد از افراد وضعیت خواب مناسب و ۶۱/۷ درصد افراد وضعیت خواب نامناسب داشته اند. مدل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که شیفت در گردش عاملی جهت داشتن کیفیت خواب پایین به صورت مستقل از سایر متغیرها می باشد ($p=0/005$). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ارتباطی بین متغیرهایی نظیر جنسیت ($p=0/096$)، سن ($p=0/764$)، وضعیت تاهل ($p=0/585$)، سابقه کاری ($p=0/708$)، سمت شغلی ($p=0/099$)، تعداد شیفت شب ($p=0/276$)، ساعت اضافه کاری ($p=0/060$) و محل خدمت ($p=0/151$) با کیفیت خواب پرستاران دیده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این تحقیق ضروری است برای افزایش کیفیت خواب برنامه ریزی مناسب صورت پذیرد. لذا توجه به محیط های کاری پرستاران و کیفیت زندگی کاری این قشر حائز اهمیت می باشد.

کلیدواژه ها: کیفیت خواب، خواب واقعی، پرستار، بخش مراقبت های ویژه.

مقدمه

و آنان دارای نقش حیاتی در سیستم مراقبتی درمانی کشور می باشند (۲). پرستاران با ارائه بیشترین خدمات مستقیم به بیماران از یک سو و نقش انکارناپذیر ایشان در کیفیت مراقبت از بیماران از سویی دیگر به منظور ارتقای کارایی و کیفیت مراقبت از بیماران مورد توجه می باشند (۳). اگرچه پرستاران آموزش دیده اند که به کیفیت مراقبت و زندگی بیماران توجه و رسیدگی نمایند اما به ندرت به

در حال حاضر پرستاران بزرگترین نیروی انسانی ارائه دهنده ی خدمات مراقبت بهداشتی به مددجویان به شمار می آیند و بر کیفیت مراقبت های بهداشتی در حال ارائه و بازدهی سیستم سلامت، تأثیر قابل توجهی دارند (۱). رسالت حرفه ای پرستاران به عنوان یکی از مهمترین اعضای تیم بهداشت، حفظ و ارتقای سطح کیفی مراقبت ها در حد استاندارد است

کارکنان بخش مراقبت شیوع بیشتری دارد (۱۶، ۱۵) اگرچه اختلال خواب در تمامی مشاغل وجود دارد اما بی خوابی در بخش بهداشت و درمان بسیار مشکل ساز می باشد (۱۷). روچا و همکاران (۲۰۱۰) مطالعه ای تحت عنوان استرس و کیفیت خواب پرستاران شیفت های مختلف در گردش در compinas انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که بین استرس و کیفیت خواب ارتباط معنی داری وجود دارد و پرستار شیفت صبح سطح استرس بالاتر و کیفیت خواب ضعیف تری را تجربه کردند (۱۸). نورهان و همکاران (۲۰۰۸) مطالعه توصیفی را با هدف بررسی سطح کیفیت خواب و رضایت شغلی ۴۸۸ پرستار در ترکیه انجام دادند. یافته های مطالعه نشان داد میانگین نمرات کیفیت خواب پرستاران ۷، ۲۸ و رضایت شغلی ۰۵، ۴۸ بود و با افزایش کیفیت خواب رضایت شغلی پرستاران افزایش یافته است ($P < 0,01$) و $F(2, 25) = -0,19$.

صالحی و همکاران (۱۳۸۹) مطالعه تحت عنوان کیفیت خواب پرستاران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام دادند. بررسی ها نشان داد درصد بالایی از پرستاران از کیفیت خواب پایین رنج می برند و الگوی نوبت کاری و میزان ساعات نوبت کاری نقش عمده ای در کاهش خواب آنان داشت (۲۰). قلیجایی و همکاران (۱۳۸۸) مطالعه ای با هدف وضعیت سلامت و کیفیت خواب پرستاران شیفت های ثابت و در گردش بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام دادند. یافته ها نشان داد ۹۲ درصد شرکت کنندگان در پژوهش زن و ۸ درصد آنان مرد بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین کیفیت خواب پرستاران شیفت ثابت و در گردش اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0,05$). به طوری که پرستاران شیفت ثابت از کیفیت خواب بهتری برخوردار بودند (۲۱).

با توجه به نقش کلیدی پرستاران در سیستم مراقبتی، توجه به جنبه های مختلف زندگی آنها و تلاش برای ارتقاء و بهبود آن ضروری می باشد. زیرا پرستاران در صورتی می توانند مراقبت ها را به شکل مطلوبی به مددجویان ارائه دهند که جنبه های مختلف زندگی خودشان در سطح مطلوبی باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی هدف کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران صورت گرفته است تا گامی مؤثر در جهت مشخص شدن میزان کیفیت خواب پرستاران بخش های مراقبت های ویژه و ارتباط آنها با یکدیگر برداشته شود و امیدوار بود تا با مرتفع نمودن این مشکلات، ارائه خدمات بالینی پرستاران

نیازهای فردی خود می اندیشند. علی رغم این واقعیات، برخی مواقع پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کاری به ندرت به این مسئله عنایت دارند که خودشان نیز ممکن است نیازمند مراقبت باشند (۴). پرستاران از جمله افرادی هستند که روزانه با عوامل استرس زای متعدد در تماس می باشند که سبب اختلال در عملکردشان در سازمان می شود. استرس با رضایت شغلی فرد رابطه مستقیم داشته و یکی از مؤلفه های مؤثر بر سلامت، ایمنی و آسودگی و کارایی افراد است (۲).

کیفیت خواب در واقع یک فرآیند پیچیده ای از درک ذهنی و عینی شخص از خواب خود می باشد. شرایط کاری از عوامل تأثیر گذار روی اختلال خواب است. مطالعات نشان داده عواملی چون حجم زیاد کار، حمایت کم مدیران، تعارض و تضاد با همکاران، مواجهه با مرگ و خود کشی و ابهام در شرح وظایف برخی از عوامل تنش زای پرستاری می باشد که به طور مستقیم بر روی کیفیت خواب آنها تأثیر می گذارد (۵، ۶). همچنین خستگی از عوامل مؤثر در خواب پرستاران می باشد که خود می تواند موجب رفتارهای نامناسب، اجتناب از سر کار آمدن، بی تفاوتی به مددجو، اعتماد به نفس، کاهش رضایت شغلی و ترک خدمت شود (۷). در سیستم بهداشت و درمان توجه به پدیده خستگی و خواب برای حفظ ارتباط پرستار و بیمار و رضایت و ایمنی بیماران مهم است (۸). اختلال خواب اثر مخرب بر سلامت پرستاران دارد که با کاهش احساس رفاه و سلامتی به طور غیر مستقیم بر کیفیت خدمات آنان و سلامتی جامعه نیز اثر خواهد داشت (۹).

کم خوابی کیفیت زندگی را کاهش داده و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی را به مخاطره می اندازد (۱۰). طبق پژوهش های انجام شده در ایالات متحده هزینه های غیر مستقیم مرتبط با اثرات سوء بی خوابی بر هوشیاری روزانه و رفتار تقریباً ۸۰ میلیارد دلار در سال تخمین زده شده است (۱۱). حوادث و خطاهای کاری و فرسودگی شغلی در پرستاران شب کار بیشتر از پرستارانی است که در نوبت های صبح و عصر کار می کنند (۱۲). بنابراین خواب کافی و توجه به الگوی آن در افزایش کیفیت کاری در پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. زیرا سلامت پرستاران بر سلامت و بهبودی سریع بیماران نیز مؤثر خواهد بود (۱۳). برای اغلب پرستارانی که به صورت شیفت در گردش کار می کنند، شیفت کاری عوارض و پیامدهای ناخوشایندی را بر روی زندگی طبیعی و همچنین الگوی طبیعی خواب آنان دارد (۱۴). مطالعات اخیر نشان داد که اختلال خواب در بین

به مددجویان هرچه بهتر و مطلوب تر فراهم گردد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی است که به منظور بررسی کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش ای مراقبت ویژه در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل پرستاران بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان امام خمینی، مرکز قلب مازندران، بیمارستان بوعلی سینا، بیمارستان سوختگی و اعصاب و روان شهید زارع تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سطح شهر ساری بود. محیط پژوهش شامل تمام بیمارستان های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران شامل

بیمارستان های امام خمینی، مرکز قلب مازندران، بوعلی سینا، بیمارستان سوختگی و اعصاب و روان شهید زارع در سطح شهر ساری بود. انتخاب نمونه ها از مراکز درمانی به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای و انتخاب پرستاران از هر بخش بر اساس تعداد پرستاران شاغل در آن بخش و با استفاده از جدول اعداد تصادفی بود. طی مشورت انجام شده با استاد آمار و بر اساس مقالات موجود در این زمینه، جامعه مورد پژوهش از بین ۲۸۸ پرستار شاغل در بخش های ویژه بر اساس فرمول زیر (ضریب اطمینان ۹۵٪) و با توان آزمون ۹۰ درصد و با در نظر گرفتن ریزش ۱۵ درصدی ۱۸۰ نفر محاسبه گردید (۲). لازم به ذکر است که تعداد پرستاران شاغل بدون احتساب پرستارانی است که مشغول گذراندن طرح نیروی انسانی بود.

$$C_r = \frac{1}{2} \times \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right) = 0.26, r = 0.15$$

$$n = \left[\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{C_r} \right]^2 + 3 = 158, \alpha = 0.05, \beta = 0.1, 158 \times 0.15 = 180$$

پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ که پرسشنامه ای استاندارد و شامل ۱۸ سوال می باشد و کیفیت خواب شبانه پرستاران را در طول یک ماه گذشته بررسی می کند. این پرسشنامه شامل ۱۸ آیتم می باشد. سوال ۴-۱۴ سوالات باز و ۵-۱۸ آن بر اساس لیکرت ۴ درجه ای می باشند. نهایتاً نمره دهی مقیاس اندازه گیری به شرح زیر می باشد: در طی ماه گذشته اصلاً رخ نداده است (امتیاز صفر)، کمتر از یک بار در هفته (امتیاز یک)، یک بار در هفته (امتیاز دو)، سه یا چند بار در هفته (امتیاز سه). گویه ۱۸ کیفیت خواب پرستاران را در ماه گذشته به صورت می سنجد که به صورت خیلی خوب (امتیاز صفر)، نسبتاً خوب (امتیاز یک)، نسبتاً بد (امتیاز دو)، خیلی بد (امتیاز ۳) نمره دهی می شود. نمره کل این شاخص بین ۰-۲۱ است که کسب نمره کلی کمتر از ۵ به معنی مناسب بودن کیفیت خواب و کسب نمره ۵ یا بیشتر از آن به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه ای در ایران، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ محاسبه شده است (۲۳). برای بدست آوردن پایایی پرسشنامه در این مطالعه نیز از روش آزمون مجدد استفاده شده است. پس از تکمیل پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از پرستاران و وارد کردن اطلاعات در نرم افزار SPSS، آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت خواب ۰/۸۳ بدست آمد.

اطلاعات بدست آمده از جمع آوری پرسشنامه ها با استفاده

پس از اخذ کد اخلاق از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.MAZUMS)، و کسب اجازه انجام پژوهش از مدیریت بیمارستان های تابع و بخش پرستاری، به نمونه های پژوهش توضیحات لازم درباره هدف از انجام این پژوهش و چگونگی انجام آن ارائه شد و همچنین به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها در روند پژوهش محرمانه می ماند و هر زمانی که بخواهند می توانند مطالعه را ترک کنند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: کلیه پرستاران شاغل در بخش های ویژه دارای مدرک کارشناسی و بالاتر، با سابقه ی کار بالینی حداقل دو سال (۲). معیارهای خروج از مطالعه شامل: استفاده از داروهای مؤثر بر روان و ضدافسردگی (بنزودیازپین، داروی ضد افسردگی سه حلقه ای، ترکیبات مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده مونوآمین اکسیداز (MAO)، سابقه بیماری اعصاب و روان، بیماری های جسمی مؤثر بر خواب (۲۲) و سابقه اختلال خواب بوده است.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، شامل پرسشنامه مشخصات اطلاعات فردی و شغلی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ بود. پرسشنامه اطلاعات فردی و شغلی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان درآمد، میزان تحصیلات، سابقه کار، میزان اضافه کار، نوع شیفت، وضعیت محل سکونت، سمت سازمانی می باشد.

یافته ها

(جدول ۱) یافته های دموگرافیک جامعه مورد مطالعه بر حسب جنس، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، محل خدمت، شیفت کاری، سابقه کاری، سمت سازمانی، تعداد شیفت شب در ماه، ساعت اضافه کاری در ماه، وضعیت محل سکونت و کفایت درآمد را نشان می دهد.

از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (برای متغیرهای کمی از میانگین \pm انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از جداول فراوانی مطلق و نسبی) استفاده شد. برای آمار استنباطی از آزمون های (کای اسکوئر، تی تست، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه یا ANOVA و رگرسیون لجستیک) استفاده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی یافته های دموگرافیک پرستاران بخش های ویژه

شاخص	(تعداد) فراوانی مطلق	(درصد) فراوانی نسبی
جنسیت	مرد	۳۸ / ۲۱/۲
	زن	۱۴۲ / ۷۸/۹
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۷ / ۹/۴
	۳۰-۴۰ سال	۱۱۴ / ۶۳/۳
وضعیت تاهل	بالای ۴۰ سال	۴۹ / ۲۷/۳
	مجرد	۶۱ / ۳۳/۹
سطح تحصیلات	متاهل	۱۰۹ / ۶۰/۶
	مطلقه	۶ / ۳/۳
محل خدمت	همسر فوت شده	۴ / ۲/۲
	کارشناسی	۱۷۲ / ۹۵/۶
شیفت کاری	کارشناسی ارشد	۸ / ۴/۴
	آی سی یو	۱۰۰ / ۵۵/۶
سابقه کاری	سی سی یو	۵۰ / ۲۷/۸
	دیالیز	۳۰ / ۱۶/۶
سمت سازمانی	شیفت ثابت	۲۳ / ۱۲/۸
	سرپرستار	۹ / ۵/۰
تعداد شیفت شب در ماه	شیفت در گردش	۱۵۷ / ۸۷/۲
	۵ سال و کمتر	۱۶ / ۸/۹
ساعت اضافه کاری در ماه	۶-۱۰ سال	۴۹ / ۲۷/۲
	۱۱-۱۵ سال	۶۰ / ۳۳/۳
وضعیت محل سکونت	۱۶-۲۰ سال	۳۵ / ۱۹/۴
	بالای ۲۰ سال	۲۰ / ۱۱/۱
کفایت درآمد	سوپروایزر	۱۱ / ۶/۱
	پرستار	۱۶۰ / ۸۸/۹
وضعیت محل سکونت	۵ شیفت و کمتر	۷۷ / ۴۲/۸
	بیش از ۵ شیفت	۱۰۳ / ۵۷/۲
کفایت درآمد	کمتر از ۳۰ ساعت	۴۰ / ۲۲/۲
	۳۰-۵۰ ساعت	۱۲۳ / ۶۸/۳
وضعیت محل سکونت	۵۰-۱۰۰ ساعت	۱۷ / ۹/۵
	شخصی	۹۹ / ۵۵/۰
کفایت درآمد	استیجاری	۸۱ / ۴۵/۰
	کم	۱۱۱ / ۶۱/۷
کفایت درآمد	متوسط	۵۶ / ۳۱/۱
	زیاد	۱۳ / ۷/۲

پس از یک بامداد به خواب می روند. ۳۸/۳ درصد افراد مورد مطالعه پس از گذشت ۱۵ دقیقه و کمتر، ۴۴/۴ درصد پس از گذشت ۳۰-۱۶ دقیقه، ۱۳/۳ درصد پس از گذشت ۶۰-۳۱ دقیقه و ۳/۹ درصد پس از گذشت بیش از ۶۰ دقیقه بعد از به رختخواب رفتن، به خواب می روند. همچنین طول مدت خواب واقعی ۲۷/۲ درصد از افراد مورد مطالعه بیش از ۷ ساعت و ۴۱/۷ درصد بین ۶-۷ ساعت و ۲۳/۳ درصد ۵-۶ ساعت و ۷/۸ درصد کمتر از ۵ ساعت بوده است.

(جدول ۲) نشان دهنده توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر اساس سطح کیفیت خواب، ساعات خوابیدن، زمان مورد نیاز برای به خواب رفتن و طول مدت خواب واقعی در پرستاران بخش های ویژه می باشد. همان طوری که نشان داده شده است، ۳۸/۳٪ از افراد وضعیت خواب مناسب و ۶۱/۷٪ افراد وضعیت خواب نامناسب داشته اند. اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ نشان داد که ۲۰ درصد افراد مورد مطالعه در ساعات بین ۲۳-۲۱ و ۶۳،۹ درصد بین ساعت ۲۳ تا یک بامداد و ۱۶،۱ درصد

جدول ۲: بررسی سطح کیفیت خواب، ساعات خوابیدن، زمان مورد نیاز برای به خواب رفتن و طول مدت خواب واقعی در پرستاران بخش های ویژه

شاخص	تعداد فراوانی مطلق	(درصد) فراوانی نسبی
کیفیت خواب	مناسب	۶۹ (۳۸/۳)
	نامناسب	۱۱۱ (۶۱/۷)
ساعات خوابیدن	ساعت ۲۱-۲۳	۳۶ (۲۰/۰)
	ساعت ۲۳ الی ۱ بامداد	۱۱۵ (۶۳/۹)
زمان مورد نیاز برای به خواب رفتن	پس از ۱ بامداد	۲۹ (۱۶/۱)
	۱۵ دقیقه و کمتر	۶۹ (۳۸/۳)
	۳۰-۱۶ دقیقه	۸۰ (۴۴/۴)
	۶۰-۳۱ دقیقه	۲۴ (۱۳/۳)
طول مدت خواب واقعی	بیش از ۶۰ دقیقه	۷ (۳/۹)
	بیش از ۷ ساعت	۴۹ (۲۷/۲)
	۶-۷ ساعت	۷۵ (۴۱/۷)
	کمتر از ۵ ساعت	۴۲ (۲۳/۳)
		۱۴ (۷/۸)

سال برابر ۳۵/۲٪، ۴۰-۳۰ سال برابر ۴۰/۴٪ و در افراد بالای ۴۰ سال برابر ۳۴/۷٪ بوده است. مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکور مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/764$). درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد مطلقه بیشتر از سایر گروه ها و در افراد متاهل کمتر از سایر گروه ها بوده است. مقایسه آماری با استفاده از آزمون فیشر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/585$).

(جدول ۳) مقایسه سطح کیفیت خواب بر اساس جنسیت، رده سنی و وضعیت تاهل در پرستاران بخش های ویژه را نشان می دهد. بررسی انجام شده نشان داد درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد مذکر بیشتر از افراد مونث بوده است (۵۰٪ در برابر ۳۵/۲٪)، اما مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکور مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/096$). درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد زیر ۳۰

جدول ۳: مقایسه سطح کیفیت خواب بر اساس جنسیت، رده سنی و وضعیت تاهل در پرستاران بخش های ویژه

کیفیت خواب	مناسب	نامناسب	کل
زن	تعداد	۵۰	۱۴۲
	درصد	۳۵/۲٪	۶۴/۸٪
مرد	تعداد	۱۹	۳۸
	درصد	۵۰/۰٪	۵۰/۰٪
کل	تعداد	۶۹	۱۸۰
	درصد	۳۸/۳٪	۶۱/۷٪

درجه آزادی=۱ Value: ۲/۷۷۴ $P=0/096$

نتیجه آزمون chi-square

محمد صابری و همکاران

تعداد	۶	۱۱	۱۷
زیر ۳۰ سال	درصد %۳۵/۲	%۶۴/۷	%۱۰۰/۰
تعداد	۴۶	۶۸	۱۱۴
۳۰-۴۰ سال	درصد %۴۰/۴	%۵۹/۶	%۱۰۰/۰
تعداد	۱۷	۳۲	۴۹
بالای ۴۰ سال	درصد %۳۴/۷	%۶۵/۳	%۱۰۰/۰
تعداد	۶۹	۱۱۱	۱۸۰
کل	درصد %۳۸/۳	%۶۱/۷	%۱۰۰/۰
نتیجه آزمون chi-square	درجه آزادی = ۲ Value: ۰/۵۳۷ P=۰/۷۶۴		
تعداد	۲۵	۳۶	۶۱
مجرد	درصد %۴۱/۰	%۵۹/۰	%۱۰۰/۰
تعداد	۴۱	۶۸	۱۰۹
متاهل	درصد %۳۷/۶	%۶۲/۴	%۱۰۰/۰
تعداد	۳	۳	۶
مطلقه	درصد %۵۰/۰	%۵۰/۰	%۱۰۰/۰
وضعیت تاهل	تعداد	۰	۴
بیوه	درصد %۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰
تعداد	۶۹	۱۱۱	۱۸۰
کل	درصد %۳۸/۳	%۶۱/۷	%۱۰۰/۰
نتیجه آزمون Fisher	درجه آزادی = ۳ P=۰/۵۸۵ F=۰/۴۸۶		

۴۳٪ و ۳۸٪). مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد (P=۰/۱۵۱).

بررسی انجام شده در (جدول ۴) نشان داد که درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در بخش دیالیز کمتر از دو بخش ICU و CCU بوده است (به ترتیب ۲۱/۳٪،

جدول ۴: مقایسه کیفیت خواب بر اساس بخش محل خدمت در پرستاران بخش های ویژه

بخش محل خدمت	کیفیت خواب		
	مناسب	نامناسب	میانگین
آی سی یو	تعداد ۴۳	۵۷	۶/۷
	درصد %۴۳	%۵۷	۳/۷۱
سی سی یو	تعداد ۱۹	۳۱	۷/۱
	درصد %۳۸	%۶۲	۳/۸۷
دیالیز	تعداد ۷	۲۳	۷/۹
	درصد %۲۱	%۷۷	۳/۹۲
نتیجه آزمون chi-square	درجه آزادی = ۲ Value: ۳/۷۷۹ P=۰/۱۵۱		

مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار می باشد (P= ۰/۰۰۵). درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد با سابقه کاری ۱۰ سال و کمتر برابر ۳۸/۷٪، در افراد با سابقه کاری ۲۰-۱۱ سال ۴۰٪ و در افراد با سابقه کاری بالای ۲۰ سال ۳۰٪ بوده است. مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد (P=۰/۷۰۸). درصد

(جدول ۵) مقایسه کیفیت خواب بر اساس وضعیت شیفت، سابقه کار، سمت شغلی، تعداد شیفت شب و ساعات اضافه کاری در پرستاران بخش های ویژه را نشان می دهد. بررسی انجام شده نشان داد درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد با شیفت های ثابت بیشتر از افراد با شیفت های گردشی بوده است (۶۵/۲٪ در برابر ۳۴/۴٪). مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر

که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افرادی که ساعات اضافه کاری ۵۹-۳۰ ساعت در ماه داشته اند برابر ۴۱/۵٪ بوده است که این میزان در افراد با ساعات اضافه کاری زیر ۳۰ ساعت در ماه برابر ۴۰٪ بوده است. همچنین بررسی نشان داد که درصد افرادی که کیفیت خواب مناسب داشته اند در افراد با ساعات اضافه کاری ۶۰ ساعت و بالاتر، برابر ۱۱/۸٪ بوده است که در مقابل دو گروه دیگر پایین تر بوده است. مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/060$).

کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در سرپرستارها بالاتر از سوپروایزرها و پرستاران بوده است (به ترتیب ۶۶/۷٪، ۵۴/۵٪ و ۳۵/۶٪). مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/099$). درصد کسانی که کیفیت خواب مناسب داشته اند، در افراد با تعداد ۵ تا و کمتر شیفت شب در ماه برابر ۳۳/۸٪ و در افراد با شیفت شب بالای ۵ تا در ماه برابر ۴۱/۷٪ بوده است. مقایسه آماری با استفاده از آزمون کای اسکوئر مشخص نمود که اختلاف مشاهده شده معنی دار نمی باشد ($P=0/276$). همچنین درصد کسانی

جدول ۵: مقایسه کیفیت خواب بر اساس وضعیت شیفت، سابقه کار، سمت شغلی، تعداد شیفت شب و ساعات اضافه کاری در پرستاران بخش های ویژه

کیفیت خواب	مناسب	نامناسب	کل
تعداد	۸	۱۵	۲۳
درصد	۳۴/۳٪	۶۵/۷٪	۱۰۰٪
تعداد	۵۴	۱۰۳	۱۵۷
درصد	۳۴/۴٪	۶۵/۶٪	۱۰۰٪
تعداد	۶۹	۱۱۱	۱۸۰
درصد	۳۸/۳٪	۶۱/۷٪	۱۰۰٪
نتیجه آزمون chi-square درجه آزادی=۱ Value: ۸/۰۶۲ $P=0/005$			
تعداد	۲۹	۴۶	۷۵
درصد	۳۸/۷٪	۶۱/۳٪	۱۰۰٪
تعداد	۳۴	۵۱	۸۵
درصد	۴۰/۱٪	۶۰/۱٪	۱۰۰٪
تعداد	۶	۱۴	۲۰
درصد	۳۰/۱٪	۷۰/۱٪	۱۰۰٪
تعداد	۶۹	۱۱۱	۱۸۰
درصد	۳۸/۳٪	۶۱/۷٪	۱۰۰٪
نتیجه آزمون chi-square درجه آزادی=۲ Value: ۰/۶۲۰ $P=0/708$			
تعداد	۶	۵	۱۱
درصد	۵۴/۵٪	۴۵/۵٪	۱۰۰٪
تعداد	۶	۳	۹
درصد	۶۶/۷٪	۳۳/۳٪	۱۰۰٪
تعداد	۵۷	۱۰۳	۱۶۰
درصد	۳۵/۶٪	۶۴/۴٪	۱۰۰٪
تعداد	۶۹	۱۱۱	۱۸۰
درصد	۳۸/۳٪	۶۱/۷٪	۱۰۰٪
نتیجه آزمون chi-square درجه آزادی=۲ Value: ۴/۶۳۳ $P=0/099$			

محمد صابری و همکاران

۷۷	۵۱	۲۶	تعداد	۵ تا و کمتر
%۱۰۰/۰	%۶۶/۲	%۳۳/۸	درصد	
۱۰۳	۶۰	۴۳	تعداد	بالای ۵ تا
%۱۰۰/۰	%۵۸/۳	%۴۱/۷	درصد	
۱۸۰	۱۱۱	۶۹	تعداد	کل
%۱۰۰/۰	%۶۱/۷	%۳۸/۳	درصد	
P=۰/۲۷۶ Value:۱/۱۸۷			نتیجه آزمون chi-square	
۴۰	۲۴	۱۶	تعداد	زیر ۳۰ ساعت در ماه
%۱۰۰/۰	%۶۰/۰	%۴۰/۰	درصد	
۱۲۳	۷۲	۵۱	تعداد	۳۰-۵۹ ساعت در ماه
%۱۰۰/۰	%۵۸/۵	%۴۱/۵	درصد	
۱۷	۱۵	۲	تعداد	۶۰ ساعت و بالاتر در ماه
%۱۰۰/۰	%۸۸/۲	%۱۱/۸	درصد	
۱۸۰	۱۱۱	۶۹	تعداد	کل
%۱۰۰/۰	%۶۱/۷	%۳۸/۳	درصد	
P=۰/۰۶۰ Value:۵/۶۳۳			نتیجه آزمون chi-square	
درجه آزادی=۱				
درجه آزادی=۲				

حجتی و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند اکثر افراد مورد مطالعه سابقه کار زیر ۲۹ سال داشتند. به طوری که میانگین سنی آنها بین ۳۰-۴۰ سال بود (۲۴). از نظر سمت سازمانی، ۶/۱٪ افراد سوپروایزر، ۵٪ افراد سرپرستار و ۸۸/۹٪ افراد پرستار بوده‌اند. خاقانی زاده و همکاران نشان دادند، ۹ درصد از پرستاران مورد مطالعه دارای مسئولیت اجرایی هستند و ۹۱ درصد نیز بدون مسئولیت اجرایی می‌باشند (۲).

به طور میانگین افراد مورد مطالعه $6/1 \pm 2/15$ شیفت شب در ماه داشته‌اند که ۴۲/۸٪ افراد تعداد ۵ شیفت شب در ماه و یا کمتر از ۵ داشته‌اند و ۵۷/۲٪ افراد بیش از ۵ شیفت شب در ماه داشته‌اند. به طور میانگین افراد مورد مطالعه $6/1 \pm 2/15$ شیفت شب در ماه داشته‌اند که ۴۲/۸٪ افراد تعداد ۵ شیفت شب در ماه و یا کمتر از ۵ داشته‌اند و ۵۷/۲٪ افراد بیش از ۵ شیفت شب در ماه داشته‌اند. در مطالعه حجتی که پیرامون کیفیت خواب پرستاران بود، نشان داده شد که پرستاران مورد مطالعه به طور متوسط ۷-۱۰ شیفت شب را در ماه سپری می‌کردند و به طور میانگین ۱۰/۱ شبکاری در هر ماه داشتند (۲۴). از نظر وضعیت شیفت کاری، ۱۲/۸٪ افراد شیفت ثابت و ۸۷/۲٪ از افراد نیز شیفت‌های در گردش داشته‌اند. تمامی افراد مورد مطالعه در طی ماه اضافه کاری داشته‌اند. به طوری که افراد به طور میانگین $39/6 \pm 16/46$ ساعت اضافه کاری در ماه داشته‌اند. همچنین، ۲۲/۲٪ از افراد کمتر از ۳۰ ساعت اضافه کاری در طی ماه، ۶۸/۳٪ از افراد ۳۰-۵۰ ساعت اضافه کاری در ماه و ۹/۴٪

بحث

بر اساس یافته‌های دموگرافیک در این مطالعه، ۲۱/۱٪ افراد جنسیت مرد و ۷۸/۹٪ افراد جنسیت زن داشته‌اند. میانگین سنی افراد مورد پژوهش برابر $38/1 \pm 6/8$ سال و در محدوده ۲۶ تا ۵۵ سال بوده است و بیشتر افراد مورد مطالعه در رده سنی ۳۰-۴۰ سال بوده‌اند. درگاهی و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش کردند که ۶۰/۶ درصد پرستاران زن و ۳۹/۴ درصد پرستاران بودند (۳). همچنین، ۳۳/۹٪ افراد مجرد، ۶۰/۶٪ افراد متاهل، ۲/۳٪ افراد مطلقه و ۲/۲٪ افراد همسر فوت شده بوده‌اند. از نظر تحصیلات، ۹۵/۶٪ افراد مدرک تحصیلی کارشناسی و ۴/۴٪ افراد مدرک کارشناسی ارشد داشته‌اند. دهقان نیری و همکاران گزارش کردند اکثر پرستاران مدرک تحصیلی کارشناسی (۷۵ درصد) داشتند (۴). صالحی و همکاران به این یافته دست پیدا کردند که ۹۰ درصد پرستاران مورد مطالعه دارای مدرک لیسانس، ۵/۸ درصد دارای مدرک فوق لیسانس و ۴/۲ درصد دارای مدرک فوق دیپلم بودند (۲۰).

از میان پرستاران مورد مطالعه، ۵۵/۶٪ افراد شاغل در بخش‌های آی سی یو، ۲۷/۸٪ افراد شاغل در بخش‌های آی سی یو و ۱۶/۷٪ افراد شاغل در بخش دیالیز بوده‌اند. میانگین سابقه کار در افراد مورد مطالعه $12/9 \pm 6/29$ سال و در محدوده ۲ تا ۲۸ سال بود که بیشتر افراد سابقه کاری ۲۰-۶ سال داشته‌اند (حدود ۸۰٪ افراد). مطالعه‌ی در همین راستا گزارش شد که سابقه‌ی کار در بالین ۳۵ درصد بیشتر از ده سال و ۲۵/۸ درصد بین ۱۰-۵ سال، ۱۷/۵ درصد ۲-۵ سال بود (۲۰).

از افراد بیش از ۵۰ ساعت اضافه کاری در ماه داشته اند. مطالعه حسینی و همکاران حاکی از آن بود که ۹۱ درصد پرستاران در شیفت گردشی کار می کردند و اکثریت واحد پژوهشی اضافه کاری داشتند (۹). از نظر وضعیت محل سکونت، ۵۵٪ افراد در منزل شخصی و ۴۵٪ از افراد در منزل استیجاری زندگی می کنند. در مطالعه رسولی و همکاران مشخص شد ۵۲/۸ درصد افراد مورد مطالعه دارای خانه شخصی و ۴۴/۵ درصد دارای منزل استیجاری بودند. ۲/۷ درصد نیز وضعیت مسکن خود را ذکر نکرده بودند (۸). بر اساس پاسخ افراد مورد مطالعه مشخص شد که ۶۱/۷٪ از افراد معتقد به پایین بودن کیفیت درآمد، ۳۱/۱٪ افراد معتقد به متوسط بودن کیفیت درآمد و ۷/۲٪ از افراد اعتقاد به بالا بودن کیفیت درآمد داشته اند. نصیری و همکاران طی بررسی خود اشاره داشتند که اکثر افراد مورد مطالعه (۶۸/۲ درصد)، از نظر اقتصادی وضع متوسط داشتند (۲۵).

یافته های حاصل از اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبرگ نشان داد که افراد مورد مطالعه به طور میانگین از این پرسشنامه نمره $7/0 \pm 3/80$ کسب نمودند. همچنین در بررسی کیفی مشخص شد ۳۸/۳٪ از افراد وضعیت خواب مناسب و ۶۱/۷٪ افراد وضعیت خواب نامناسب داشته اند. در مطالعه چان در هنگ کنگ بر روی پرستاران شاغل به صورت شیفت در گردش، مشخص شد که ۶۸/۷٪ از این پرستاران از خواب ناکافی رنج می برند. در این پژوهش از پرسشنامه ای محقق ساخته استفاده شده بود (۲۶). مطالعه حسینی و همکاران بر روی ارتباط بین کیفیت خواب و سلامت عمومی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نشان داد از میان ۳۶۴ پرستار، بر اساس پرسشنامه پیتسبرگ، ۷۴/۷٪ کیفیت خواب نامطلوب و ۲۵/۳٪ کیفیت خواب مطلوب داشته اند (۹). در مطالعه ای که پورنیک و همکاران در دانشگاه ایران بر روی کیفیت خواب افراد شاغل در حیطه سلامت انجام دادند، مشخص شد که از میان انواع مشاغل (پزشکان، پرستاران، سایر حرفه های مشغول به کار در حیطه سلامت، کارمندان با کار دفتری و شاغلان غیر تحصیل کرده)، پرستاران بالاترین میزان کیفیت خواب نامطلوب را داشته اند (۵۵،۱٪). همچنین در میان کسانی که به صورت شیفتی مشغول به کار بودند، پرستاران با ۶۴٪، بالاترین میزان شیوع کیفیت خواب نامطلوب را داشتند. در این مطالعه نیز از پرسشنامه پیتسبرگ استفاده شد (۲۷).

همان طوری که یافته های مطالعه کنونی هم جهت با مطالعات گذشته نشان داده است، بیشتر پرستاران از کیفیت خواب نامناسب رنج می برند. این یافته ها نشان دهنده

جدی بودن مشکلات خواب در پرستاران می باشد به طوری که مطالعات انجام شده در کشور ما درصدهای بالایی از کیفیت خواب نامناسب را نشان می دهد (۹۵٪-۵۵٪). نتایج بررسی حاضر نشان داد که اکثریت پرستاران (۴۴/۴ درصد) دچار اختلال در شروع خواب بوده و طول مدت خواب واقعی شبانه آنان کوتاه می باشد. همچنین زودتر از زمان مورد نظر از خواب بیدار می شوند. باقری و همکاران در طی تحقیق خود در پیرامون خواب پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تهران گزارش کردند که میانگین زمان طی شده برای شروع خواب در واحدها ۳۰/۲ دقیقه برآورد شد و ۵۲/۱ درصد اظهار نمودند که بیش از ۳۰ دقیقه بعد از رفتن به بستر به خواب می روند. میانگین خواب پرستاران در طول شب نیز ۶ ساعت بود (۱۰).

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت خواب افراد بر اساس متغیرهایی از جمله جنسیت، رده سنی، وضعیت تاهل، بخش محل خدمت، سابقه کار، سمت شغلی و تعداد شیفت شب در ماه تفاوت معنی داری نداشته است اما با ساعات اضافه کاری در ماه تفاوت نزدیک به معنی داری داشته است ($P=0/060$). همچنین، بر اساس یافته های به دست آمده، مشخص شد که در افراد با شیفت های ثابت، میزان کیفیت خواب مناسب بالاتر از افراد با شیفت های گردشی بوده است (۶۵/۲٪ در برابر ۳۴،۴٪). مدل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که شیفت در گردش عاملی جهت داشتن کیفیت خواب پایین به صورت مستقل از سایر متغیرها می باشد. تعداد زیادی از مطالعات نشان دادند که در کارمندان شاغل به کارهای با شیفت گردشی، اختلالات خواب شایع تر است (۲۸، ۲۹). موکه و همکاران با بررسی نوبت های کاری پرستاران دریافتند که نوبت کار در گردش باعث ایجاد اثرات مضر روان شناختی و فیزیولوژیک بر روی آنان مخصوصاً در سنین بالای ۴۰ سال می گردد (۳۰). در مطالعه انجام شده توسط قلاجایی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بر روی وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب پرستاران شیفت های ثابت و در گردش مشخص شد که بین کیفیت خواب پرستاران شیفت ثابت و در گردش اختلاف معنی داری وجود دارد به طوری که ۴۰٪ افراد با شیفت ثابت و ۱۰٪ افراد با شیفت در گردش کیفیت خواب خوب داشتند (۳۱). مطالعه رحیم پور و همکاران نشان داد که بین تعداد شیفت های شب و کیفیت خواب ارتباط آماری معناداری مشاهده شد (۳۱). در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که شیفت کاری در گردش تاثیر منفی بر روی کیفیت خواب پرستاران دارد. این امر

از کار، غیبت در کار، کاهش نبوغ و ناراضی‌تبی از کار را به دنبال دارد (۲۱، ۳۳، ۳۴). مطالعه حسینی نیز نشان داد کاهش کیفیت خواب به طور معنی داری منجر به افزایش اضطراب در پرستاران شده است (۹). سید رسولی در مطالعه خود پس از بررسی عوارض محرومیت از خواب پس از شیفت شب کاری در پرستاران شهر تبریز اظهار داشت که پرستاران امروز، بیماران بالقوه فردا هستند و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها به طور جدی تهدید می‌شود (۲۰). این نتایج متذکر این نکته است که باید توجه جدی به سلامت پرستاران داشت چرا که سلامت جامعه به طور مستقیم و غیر مستقیم تحت تاثیر سلامت کادر درمانی به خصوص پرستاران می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بنابراین در این پژوهش مشخص شد که بین کیفیت خواب با متغیر وضعیت شیفت ارتباط معنی دار وجود دارد که می‌توان نتیجه گرفت برای اغلب پرستارانی که به صورت شیفت در گردش کار می‌کنند، شیفت کاری عوارض و پیامدهای ناخوشایندی را بر روی زندگی طبیعی و همچنین الگوی طبیعی خواب آنان دارد. برنامه‌های متغیر نوبت کاری می‌توانند بیشترین از هم گسیختگی را در الگوی خواب و بیداری به وجود آورند و سازگاری طبیعی فرد را با چرخه‌های شبانه روزی بر هم زنند. لذا تغییر سریع نوبت کاری از اختلال‌های خواب جلوگیری نموده و مانع تغییر ریتم زیست‌شناختی می‌شود. تطابق با نوبت کاری شبانه نیازمند ایجاد عادت‌های صحیح خواب، ورزش، تغییر شیوه زندگی، حمایت اعضای خانواده و برنامه ریزی صحیح مدیران است.

لزوم توجه ویژه به برنامه‌های نوبت کاری و مدیریت مناسب نیروی انسانی را نشان می‌دهد. از طرف دیگر پایین تر بودن کیفیت خواب در افرادی که ساعات اضافه کاری بالاتری داشتند نیز تایید کننده این امر است.

مطالعات نشان می‌دهد برنامه‌های متغیر نوبت کاری می‌توانند بیشترین از هم گسیختگی را در الگوی خواب و بیداری به وجود آورند و سازگاری طبیعی فرد را با چرخه‌های شبانه روزی بر هم زنند (۳۲). بنابراین می‌توان گفت یکی از راهکارهای مناسب در جهت بهبود کیفیت خواب پرستاران، برنامه ریزی به صورت شیفت‌های ثابت باشد. از سوی دیگر یافته‌های برخی مطالعات نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد، برای مثال در مطالعه چان در هنگ کنگ مشخص شد عواملی از جمله سن، سابقه کار، داشتن فرزند، داشتن علائم گوارشی و داشتن درد ستون فقرات یا عضلانی میان دو گروه با خواب کافی و ناکافی تفاوت معنی داری داشته است. در بررسی عوامل مرتبط با داشتن خواب ناکافی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک، مشخص شد که سن بالاتر و داشتن علائم گوارشی با خواب ناکافی مرتبط بوده است (۲۶). یافته‌های مطالعه نصیری زیبا و همکارش نیز نشان داد، کیفیت خواب پرستاران رده‌های سنی مختلف و سوابق کاری متفاوت با هم تفاوت معنی دار آماری داشته است. این امر مؤید این نکته است که برخلاف یافته‌های پژوهش‌های پیشین، ریتم شبانه روزی تنها دلیل تأثیرگذار بر خواب و سلامت پرستاران نیست بلکه سایر عوامل مرتبط با ویژگی‌های فردی و محیط کار نیز باید در نظر گرفته شوند (۲۵).

همان طوری که پیش تر اشاره شد، خواب نامناسب اثراتی از قبیل تضعیف عملکرد، کاهش کیفیت زندگی، تضعیف سلامت عمومی، افزایش خطر حوادث یا آسیب‌های ناشی

References

1. Koushki MS, Arab M. Quality of working life and its relation with productivity of nurses' performance in Shahid Beheshti University of Medical Sciences hospitals. Journal of school of public health and institute of public health research. 2013; 10 (4):81-90.
2. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Sirati Nm, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. 2008; 10 (3):175-184.
3. Dargahi H, Gharib M, Goodarzi M. Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. Journal of hayat. 2007; 13(2):13-21.
4. Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadinoghaby A. Quality of work life and productivity of clinical nurses and their relationship with each other. Nurse Res. 2009;8 (9):27-37.
5. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. Journal of advanced nursing. 2007; 59 (3):233-9.
6. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2012; 49 (11):1411-22.

7. Kuerer HM, Eberlein TJ, Pollock RE, Huschka M, Baile WF, Morrow M, et al. Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of surgical oncology*. 2007;14(11):3043-53.
8. Rassouli M, Zandiye S, Noorian M, Zayeri F. Fatigue and its related factors in pediatric and adult oncology nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):37-47.
9. Hosseini F, FasihiHarandi T, Kazemi M, Rezaeian M, Hosseini R. The relationship between sleep quality and general health of nurses in Rafsanjan university of medical sciences in 2012. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(10):843-54.
10. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alaeenejad F. The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses. *Journal of hayat*. 2007;12(4):13-20.
11. Thase ME. Correlates and consequences of chronic insomnia. *General hospital psychiatry*. 2005; 27 (2):100-12. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.09.006> PMID:15763121
12. S S. [Basic nursing theory and practice] 1st. Tehran: Publishing Salmy; pp:14-28. (Persian). 2007.
13. Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*. 2005;115(1):241-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815F> PMID:15866858
14. Soleymani m, Masoudi R, Sadeghi T, Bahrami N, Qorbani m, Hasanpour DA. 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). 2008;10(3):70-75.
15. Najafi Ghezljeh T, Moradi F, Rafii F, Haghani H. Relationship between job stress, sleep quality and fatigue in nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(89):40-9. <https://doi.org/10.29252/ijn.27.89.40>
16. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review*. 2007;32(3):203-12. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
17. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire J-P, Savard J, Baillargeon L. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep medicine*. 2009;10(4):427-38. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005> PMID:18753000
18. da Rocha MCP, De Martino MMF. Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(2):280-6.
19. Karagozoglu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook*. 2008;56(6):298-307. e3. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.03.009> PMID:19041451
20. Salehi K, Alhani F, Mahmoudifar Y, Rouhi N. Quality of sleep and related factors among Imam Khomeini hospital staff nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(63):18-25.
21. Ghaljaei F, Naderifar M, Ghaljeh M. Comparison of general health status and sleep quality between nurses with fixed working shifts and nurses with rotating working shifts. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(1):47-50.
22. M. S. The relationship between quality of work life and happiness among intensive care unit nurses. Thesis for the degree of MS in Critical Care Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery. 2012.
23. Hasanzadeh M, Alavi Knk, Ghalehbandi M, Yad Ez, Gharaei B, Sadeghikia A. Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. 2008;6(2):97-107.
24. Hojati H, Jalalmanesh S, Fesharaki M. Sleeplessness effect on the general health of hospitals nightshift nurses in Gorgan, Iran. 2009;11(3):70-8.
25. Nasiri-Ziba F, Bogheiri F. Mental health status of critical care nurses in teaching hospitals of Tehran. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;1(4):6-12.
26. Chan MF. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(2):285-93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02583.x>

PMid:19120755

27. Pournik O. Sleep quality among health care workers. Archives of Iranian medicine. 2013;16(2):100-3.
28. Samaha E, Lal S, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. Journal of advanced nursing. 2007;59(3):221-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04338.x>
PMid:17590207
29. Winwood PC, Lushington K. Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. Journal of advanced nursing. 2006;56(6):679-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04055.x>
PMid:17118046
30. Muecke S. Effects of rotating night shifts: literature review. Journal of advanced nursing. 2005;50(4):433-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03409.x>
PMid:15842451
31. Rahimpour f, Saeedi f, Fazli a, Mohammadi s. The relationship of sleep quality and general health in shift working nurses. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2013;4(4):8-13.
32. Williams SR, Rawlins RP, Beck CK. Mental health-psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach: Mosby; 1993.
33. Doi Y. An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. Industrial health. 2005;43(1):3-10.
34. Nakata A, Haratani T, Kawakami N, Miki A, Kurabayashi L, Shimizu H. Sleep problems in white-collar male workers in an electric equipment manufacturing company in Japan. Industrial Health. 2000; 38 (1): 62-8.