

Zebrack, B. J. , Gurney, J. G. , & Oeffinger, K. (2004). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(6), 999-1006.

Zebrack, B. J. , Zeltzer, L. K. , & Whitton, J. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood Leukemia, Hodgkin's disease, and Non-hodgkin's Lymphoma: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Pediatrics*, 110(1), 42-52.

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 ($P=0/050$).

۱- مربی گروه پرستاری دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. zeighami@kiauo.ac.ir

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

ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه ($P=0/035$)، مصرف داروهای مهار کننده ی آنژیم مبدل آنژیوتانسین ($P=0/009$) و مسدود کننده های آنژیوتانسین ($P=0/016$) رابطه ی آماری معنادار داشت. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک 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

مقدمه

بیماری های قلبی از شایع ترین بیماری های مزمن و از علل مهم مرگ و میر در سراسر دنیا است و در این میان نارسایی قلبی مسیر نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی به شمار می رود (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۸). نارسایی قلبی وضعیت پاتوفیزیولوژیکی است که در آن قلب قادر به تخلیه ی کافی خون متناسب با متابولیسم بافتهای بدن نیست (ضیغمی محمدی و همکاران، ۱۳۸۹). میزان شیوع نارسایی قلبی به دلیل افزایش سن جوامع و پیشرفت های اخیر در درمان انفارکتوس میوکارد و بیماری های مادرزادی قلبی و کاهش مورتالیتی در آنان، رو به افزایش است. نزدیک به ۵ میلیون نفر در ایالات متحده ی امریکا دچار نارسایی قلبی هستند و هر ساله ۵۰۰۰۰۰ مورد جدید نیز به آنها اضافه می گردد (داویس و همکاران^۱، ۲۰۰۰). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای سالهای باقیمانده ی زندگی خود ناچار به سازگاری با مشکلات حاصل از بیماری هستند (دریابیگی و جلیلی، ۱۳۸۱). بررسی ها نشان می دهد که (۷۶/۴٪) مبتلایان به نارسایی قلبی کیفیت زندگی نامطلوبی دارند (شجاعی، ۱۳۸۷). کیفیت زندگی، پیشگویی کننده ی پیامد بیماری نارسایی قلبی شناخته شده است (الوگلینو^۲ همکاران، ۲۰۱۰) و ارتقاء آن از مهم ترین چالشهای سیستم مراقبت های بهداشتی است. با شناخت ریسک فاکتورهای قابل تعدیل در پیشرفت بیماری، می توان به ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران کمک نمود (ضیغمی محمدی و همکاران، ۱۳۸۹).

عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تاثیر دارد که از جمله ی این موارد، اختلالات خواب می باشد (ردکر^۳ و همکاران، ۲۰۱۰، اریکسون^۴

1- Davis & et al
2- OLoughlin & et al
3- Redeker & et al
4- Erickson & et al

و همکاران، ۲۰۰۳، گرادی و همکاران، ۱۹۹۵، اسکات، 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

سندرم پای بیقرار و ۲۶/۸% ریسک بالایی برای آپنه ی انسدادی خواب داشتند. عوامل مختلفی با مشکلات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رابطه دارند که از آن جمله می توان به افزایش سن (والسلبن^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، جنس مذکر (اریکسون و همکاران، ۲۰۰۳، والدیویا آرناس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹) مجرد بودن، تحصیلات و درآمد پایین و اقلیت های نژادی (اکرستد^۳ و همکاران، ۲۰۰۲، دراک^۴ و همکاران، ۲۰۰۴، جین لوئیس^۵ و همکاران، ۲۰۰۰، پارک^۶ و همکاران، ۲۰۰۹) شاخص توده ی بدنی (گنگویچ^۷ و همکاران، ۲۰۰۵، اشپیگل^۸ و همکاران، ۲۰۰۴)، مصرف سیگار (ناکاتا^۹ و همکاران، ۲۰۰۸، فرانکلین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴، جان و همکاران، ۲۰۱۰، سابانایاگام و شانکار^{۱۱}، ۲۰۱۱)، شدت علائم بالینی و وخامت بیماری (اریکسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۳) ابتلا به بیماری های تنفسی و تنگی نفس و سرفه (ایزدی آونجی و همکاران، ۱۳۸۷)

مصرف داروهای بتابلوکرها (ییلماز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸) و دیورتیک ها (اسپلاندا^{۱۳}، ۲۰۰۵) مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (تاناب^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره نمود. با توجه به اهمیت خواب و اثرات منفی آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مطالعه ی حاضر با هدف بررسی کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه و فاکتورهای مرتبط با آنها در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی انجام شد.

- 1- Walsleben & et al
- 2- Valdivia-Arenas & et al
- 3- Akerstedt & et al
- 4- Drake & et al
- 5- Jean-Louis & et al
- 6- Park & et al
- 7- Gangwisch & et al
- 8- Spiegel & et al
- 9- Nakata & et al
- 10- Franklin & et al
- 11- Sabanayagam & Shankar
- 12- Yilmaz & et al
- 13- Asplund
- 14- Tanabe & 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.

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، کارائی 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 ۲۱ 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 اپورث 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 زدن کم است، ۲=شانس چرت زدن متوسط است، ۳=شانس چرت زدن 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، ریفلکس 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

1- Epworth Sleepiness scale

2- The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

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 بچسبانند، 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 اپورث ($r=0/78$) 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.

نتایج

میانگین سنی مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی $59/23 \pm 11/69$ و میانگین طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی $4/59 \pm 2/95$ سال بود. میانگین درآمد $486000 \pm 254/729$ هزار تومان در ماه، میانگین شاخص توده بدنی $26/18 \pm 4/47$ ، میانگین کسر جهشی بطن چپ $35/19 \pm 7/43$ و میانگین سطح هموگلوبین $14/32 \pm 1/86$ گرم در دسی لیتر بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱: میانگین سن، طول مدت بستری، درآمد، شاخص توده‌ی بدنی و سطح هموگلوبین در مردان مبتلا به نارسایی قلبی

حداقل	حداکثر	Mean \pm SE	
۳۴	۸۸	$59/23 \pm 11/69$	سن
۱	۱۵	$4/59 \pm 2/95$	طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی
۲۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰	$486000 \pm 254/729$	درآمد (تومان)
۱۸/۵۲	۴۸/۴۴	$26/18 \pm 4/47$	شاخص توده‌ی بدنی (kg/m^2)
۱۰	۴۰	$35/19 \pm 7/43$	کسر جهشی بطن چپ
۹/۹	۲۰/۳	$14/32 \pm 1/86$	سطح هموگلوبین (گرم در دسی لیتر)

بر اساس یافته‌ها در جدول شماره ۲ (۴۶٪) واحدهای پژوهش از نظر وضعیت اقتصادی در حد متوسط، (۴۲٪) دارای تحصیلات ابتدایی و (۵۱٪) بازنشسته بودند. (۶۲٪) واحدهای پژوهش سیگار نمی کشیدند. بیشترین ناخوشی‌های همراه (۳۳٪) هایپرتانسیون و (۳۳٪) دیابت بود. (۴۱٪) واحدهای پژوهش تحت درمان با دیگوکسین، (۳۸٪) تحت درمان با دیورتیک، (۲۹٪) تحت درمان با مهارکننده‌ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین، (۵٪) تحت درمان با کلسیم بلوکر، (۱۹٪) تحت درمان با بتابلوکر، (۷۴٪) تحت درمان با نیترات، (۳۵٪) تحت درمان با بلوک کننده‌های آنژیوتانسین و (۸٪) تحت درمان با اسپرونولاکتون بودند.

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

سیگار و بیماری های همراه

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

همان گونه که جدول شماره ۳ نشان داد میانگین نمره ی کیفیت خواب $۱۳/۲۴ \pm ۳/۱۴$ بود و بیشترین مشکل بیماران مربوط به تاخیر در به خواب رفتن $۱/۵۹ \pm ۰/۹۱$ بود. ۱۰۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت خواب نامطلوب و نمره ی کیفیت خواب

بالای ۶ داشتند. میانگین نمره ی اختلالات خواب در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی $۱۰/۱۵ \pm ۴/۸۱$ بود و از نظر نوع اختلالات خواب نیز بیشترین اختلال خواب مربوط به بی خوابی و آپنه ی خواب بود. میانگین نمره ی خواب آلودگی $۷/۱۱ \pm ۳/۷۶$ بود. ($۰/۳۰$) عدم ابتلا به خواب آلودگی روزانه، ($۰/۵۳$) خواب آلودگی خفیف، ($۰/۱۲$) خواب آلودگی متوسط و ($۰/۲$) خواب آلودگی شدید داشتند. در ارتباط با عوامل مرتبط با کیفیت خواب در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، نتایج آزمون ضریب هم بستگی پیرسون ارتباط آماری معناداری بین سن ($p=۰/۰۳۰$) با کیفیت خواب نشان داد.

جدول ۳: میانگین کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی در مردان مبتلایان به نارسایی قلبی

حداقل	حداکثر	Mean ± SE	ویژگی های خواب	
۰/۲	۰/۹۶	۰/۲۰ ± ۰/۲۱	کارایی و موثر بودن خواب	ابعاد کیفیت خواب پیتزبرگ
۰/۰۰	۳	۱/۳۰ ± ۱/۰۹	عملکرد نامناسب در طول روز	
۰/۰۸	۳	۱/۵۹ ± ۰/۹۱	تأخیر در به خواب رفتن	
۰/۱۱	۲/۷۸	۱/۴۳ ± ۰/۶۴	اختلالات خواب	
۰	۳	۰/۹۸ ± ۱/۱۵	مصرف داروهای خواب آور	
۰	۳	۱/۲۴ ± ۰/۹۶	کیفیت ذهنی خواب	
۳	۱۳	۶/۳۶ ± ۱/۵۷	مدت زمان خواب بودن	
۷/۰۶	۲۱	۱۳/۲۴ ± ۳/۱۴	کل نمره ی پرسشنامه ی کیفیت خواب	اختلالات خواب
۰	۱	۰/۵۴ ± ۰/۳۴	بی خوابی	
۰	۱	۰/۴۳ ± ۰/۳۶	ساق پای بی قرار	
۰	۱	۰/۵۱ ± ۰/۲۷	آپنه ی خواب	
۰	۱	۰/۱۴ ± ۰/۲۵	نارکولپسی	
۰	۱	۰/۴۴ ± ۰/۴۹	کابوس	
۰	۱	۰/۳۵ ± ۰/۴۳	ریفلاکس در خواب	
۰	۲۱	۱۰/۱۵ ± ۴/۸۱	نمره ی کل اختلالات خواب	
۰	۱۸	۷/۱۱ ± ۳/۷۶	خواب آلودگی روزانه	

تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره ی کیفیت خواب بر حسب تحصیلات ($P=۰/۰۰۴$) و مصرف سیگار ($P=۰/۰۴۸$) وجود داشت. اما با سایر متغیرها ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$).

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 آنزیم 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 زودهنگام 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 با افزایش 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 فارتکس از یک طرف و کمپرسیون فارتکس 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 مطالعه ی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بودند از اختلالات خواب بیشتری رنج می بردند. این یافته با نتایج مطالعه ی ایزدی اونجی و همکاران^۱ (۱۳۸۷) همخوانی دارد که نشان داد در بین بیماران بستری در بیمارستان، کسانی که دچار بیماری های تنفسی بوده و علائمی مانند تنگی نفس و سرفه دارند از اختلال خواب بیش تر و کیفیت خواب پایین تری برخوردار بودند. به نظر می رسد که تنگی نفس و سرفه در مراحل مختلف خواب مانند شروع به خواب رفتن و حفظ خواب عمیق ایجاد اختلال می کند. برای کاهش اختلالات خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کنترل مناسب بیماری های مزمن همراه مانند بیماری های مزمن انسدادی ریه ضروری به نظر می رسد.

مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که تحت درمان با داروهای مهارکننده ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدود کننده های آنژیوتانسین بودند اختلال خواب بیشتری داشتند. نتایج مطالعه سیکولین و همکاران^۱ (۲۰۰۶) نشان داد که استفاده از مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین منجر به تشدید اختلالات تنفسی خواب می گردد.

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

در مطالعه ی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که در سنین بالاتر قرار داشتند، کیفیت خواب پایین تری را تجربه می کردند. 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 پیش‌گویی‌کننده اختلالات خواب در مبتلایان به نارسایی قلبی افزایش سن است به طوری که احتمال بروز اختلالات خواب با افزایش سن در این بیماران بیشتر می‌شود.

در بررسی حاضر مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی که سیگار می‌کشیدند بیشتر در معرض بروز اختلالات خواب و کیفیت خواب پایین‌تر بودند. در بیشتر افراد سیگاری که تمایل به کشیدن سیگار در هنگام شب و قبل از خواب دارند، نیکوتین موجود در سیگار موجب بی‌خوابی و مشکلات خواب در آنان می‌گردد (جان و همکاران^۲، ۲۰۱۰). نتایج مطالعه سباناایگام 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 می‌توان در کاهش اختلالات خواب و ارتقاء کیفیت خواب آنان کمک موثری نمود.

مطالعه‌ی حاضر نشان داد مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی کیفیت خواب پایین‌تری داشتند. بی‌خوابی، آپنه خواب و خواب‌آلودگی روزانه از شایع‌ترین مشکلات این بیماران بود. افزایش سن، تحصیلات و درآمد پایین، مصرف سیگار، چاقی، ابتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه و درمان با مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدودکننده‌های 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 داروها بر خواب، همچنین آموزش اصول بهداشت خواب و روش‌های مختلف مقابله با مشکلات خواب مانند ریلاکشن، گوش دادن به موسیقی و... می‌توان به بهبود خواب و ارتقاء کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی سیستولیک قلبی کمک نمود. از محدودیت‌های این مطالعه در نظر نگرفتن گروه کنترل و انجام مطالعه تنها بر روی جنس مرد بود. پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری به منظور تعیین مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در زنان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، در بیماران مبتلا به نارسایی دیاستولیک قلبی و با در نظر گرفتن گروه کنترل انجام گیرد.

قدردانی

مطالعه‌ی 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 می‌گردد.

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

منابع

ایزدی اونجی، ف.، ادیب حاج باقری، م. و افضل، م. (۱۳۸۷). کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بستری در بیمارستان های کاشان در سال ۱۳۸۵. مجله فیض، ۱۲(۴): ۵۲-۵۹.

دریابیگی، ر. و جلیلی، ز. (۱۳۸۱). تاثیر آموزش خود مراقبتی بر دانش مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب: بیماران بستری در اصفهان. پژوهش در علوم پزشکی، ۷(۱): ۲۳-۲۶.

ذاکری مقدم، م.، شبان، م.، کاظم نژاد، ا. و قدیانی، ل. (۱۳۸۵). مقایسه عوامل موثر بر خواب از دیدگاه پرستاران. مجله حیات، ۱۲(۲): ۵-۱۲.

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، ۲۲(۵۷): ۳۰-۱۹.

شجاعی، ف. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب. ۱۴(۲): ۵-۱۳.

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، ۳(۴): ۱۵۵-۱۶۶.

ضیغمی محمدی، ش.، اصغرزاده حقیقی، س. و فلاح، ن. (۱۳۸۹). فراوانی آنمی در سالمندان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی. مجله سالمندی ایران، ۱۶(۵): ۲۵-۳۳.

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، ۱۵(۱): ۱۱-۱۵.

in a population sample: effect of gender and ethnicity. *Biol Psychol*, 47: 921-927.

Nakata, A. , Takahashi, M. , Haratani, T. , Ikeda, T. , Hojou, M. & Fujioka, Y. (2008). Association of active and passive smoking with sleep disturbances and short sleep duration among Japanese working population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15: 81-91.

OLoughlin, C. , Murphy, N. F. , Conlon, C. , ODonovan, A. , Ledwidge, M. & McDonald, K. (2010). Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J Cardiol*, 139(1): 60-7.

Park, S. E. , Kim, H. M. , Kim, D. H. , Kim, J. , Cha, B. S. & Kim, D. J. (2009). The association between sleep duration and general and abdominal obesity in Koreans: data from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2001 and 2005. *Obesity* , 17(4): 767-771.

Redeker, N. S. & Stein, S. (2006). Characteristics of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. *Heart Lung*, 35(4): 252-261.

Redeker, N. S. (2008). Sleep disturbance in people with heart failure: implications for self-care. *J Cardiovasc Nurs* , 23(3): 231-238.

Redeker, N. S. , Jeon, S. , Muench, U. , Campbell, D. , Walsleben, J. & Rapoport, D. M. (2010). Insomnia symptoms and daytime function in stable heart failure. *Sleep*, 33(9): 1210-1216.

Sabanayagam, C. , Shankar A. The association between active smoking, smokeless tobacco, second-hand smoke exposure and insufficient sleep. *Sleep Med*. 2011 Jan;12(1): 7-11.

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

Yilmaz, M. B. , Erdem, A. , Yalta, K. , Turgut , O. , Yilmaz, A. & Tandogan, I. (2008). Impact of beta-blockers on sleep in patients with mild hypertension: a randomized trial between nebivolol and metoprolol. *Adv Ther* , 25(9): 871-883.

Paulino, A. , Damy, T. , Margarit, L. , Stoca, M. , Deswarte, G. , Khouri, L., Vermes, E. , Meizels, A. , Hittinger, L. & dOrtho, M. P. (2009). Prevalence of sleep-disordered breathing in a 316-patient French cohort of stable congestive heart failure. *Arch Cardiovasc Dis* ,102(3): 169-175.

Brostrom, A. , Stromberg, A. , Dahlstrom, U. & Fridlund, B. (2004). Sleep difficulties, daytime sleepiness, and health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*,19(4): 234-242.

Vgontzas, A. N. , Lin, H-M. , Papaliaga, M. , Calhoun, S. , Vela-Bueno, A. , Chrousos, G. P. & Bixler, E. O. (2008). Short sleep duration and obesity: the role of emotional stress and sleep disturbances *International Journal of Obesity*, 32: 801-809.

Cicolin, A. , Mangiardi, L. , Mutani, R. & Bucca, C. (2006). Angiotensin-converting enzyme inhibitors and obstructive sleep apnea. *Mayo Clin Proc*,81(1): 53-55. population. *Adv Nurs Sci*, 23: 82-97. with advanced heart failure awaiting transplantation. *J Heart Lung Transplant* , 14: 2-10.

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.