

رابطه سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران

شبیم فاتی^۱، سارا دوبرادران^{۲*}

۱. واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره دوم، شماره ششم، تابستان ۱۳۹۹، صفحات ۱۲-۱

چکیده

خواب یکی از مهم‌ترین فرآیندهای چرخه‌ی شبانه‌روزی است که نقش زیادی در سلامت افراد دارد. ازجمله مشاغلی که درگیر نوبت‌کاری و اختلال ناشی از آن هستند، گروه پرستاران می‌باشند، که برای بهبود روند خواب خود به راهبردهایی متوسل می‌شوند. از اهداف این مطالعه بررسی رابطه سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران شهر کرمانشاه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران شهر کرمانشاه حدود (۹۰۰) نفر که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان تمامی بیمارستان‌های شهر کرمانشاه که در کل ۱۲ بیمارستان می‌باشد، تعداد ۵ بیمارستان که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی بود انتخاب شد و با استفاده از جدول مورگان تعداد ۲۶۹ نفر از پرستاران (زن و مرد) به‌صورت تصادفی انتخاب شد؛ اما با توجه به ریزش آزمودنی‌ها تعداد ۱۲۰ نفر وارد پژوهش شدند. با کسب رضایت از پرستارانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند، پرسشنامه‌های کیفیت خواب پترزبورگ (PSQL)، سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی توزیع شد و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل انجام گرفت. نتایج نشان داد که سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی می‌توانند کیفیت خواب را در پرستاران پیش‌بینی کنند. بنابراین ارزیابی و شناخت کیفیت خواب و ارتباط آن با سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی می‌تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه بهبود کیفیت خواب پرستاران به همراه داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، کیفیت زندگی، سخت رویی، کیفیت خواب، پرستاران.

مقدمه

امروزه بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسان‌ها یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار در جوامع بشری به شمار می‌رود و تحقق این امر نیازمند وجود گروه درمانگر شاداب، سالم و بانگیزه کاری بالا می‌باشد. ازجمله افراد این گروه، کادر پرستاری بیمارستان‌ها می‌باشند (مسعودی و همکاران، ۲۰۰۸). پرستاران به دلیل ماهیت حرفه‌ای حساسی که دارند به‌طور مداوم در معرض اختلالات خواب قرار دارند. خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است و اختلال خواب در اغلب موارد یک نشانه‌ی زودرس در بیماری‌های روان‌پزشکی است. مقدار و چگونگی خواب می‌تواند روی عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزمره مؤثر باشد (سیلوا^۱، ۲۰۰۶). خواب با کیفیت نقش ترمیمی و حفاظتی برای کارکردهای روان‌شناختی و عصب‌شناختی دارد و بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم است (فارت، بوجیلیتا، وانها و کرکوفس^۲، ۲۰۱۲). با توجه به اینکه به‌طور متوسط حدود یک‌سوم زندگی هر فرد در خواب می‌گذرد، اختلالات چرخه‌ی خواب و بیداری تأثیر گسترده‌ای بر زندگی افراد دارد. کیفیت زندگی و فعالیت بیداری تا حد زیادی تحت تأثیر کیفیت خواب افراد است به‌طوری‌که کیفیت خواب نامناسب با کیفیت زندگی پایین در ارتباط است (بالدوین^۳ و همکاران، ۲۰۰۱)؛ و همین مسئله ضرورت توجه به خواب و درمان به‌موقع آن را روشن می‌سازد. کیفیت خواب به این مسئله اشاره دارد که خواب چگونه تجربه می‌شود. این شاخص شامل احساس تجدید نیرو و نبود احساس خواب‌آلودگی بعد از بیدار شدن می‌باشد (دوالد^۴، مایر^۵، اورت، کرخوف، بوگس، ۲۰۱۰). بدون تردید افرادی که دچار اختلال خواب هستند، قادر به انجام وظایف و فعالیت‌های معمول خود نیستند و به نظر می‌رسد بعضی از گروه‌های خاص بیشتر در معرض اختلالات خواب می‌باشند (آراسته^۶، لوکس، ۱۹۹۷). که یکی از این گروه‌های خاص پرستاران هستند. پرستاران به‌عنوان یکی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ملزم هستند تا نیازهای بیماران را برآورده کنند این در صورتی ممکن است که آن‌ها به‌طور ۲۴ ساعته کار کنند (هارینگتون^۷، ۲۰۰۱). پرستاران به‌منظور ارائه‌ی مراقبت پرستاری در طول شبانه‌روز، ناگزیر به بیدار ماندن شبانه هستند که می‌تواند سبب اختلال خواب آن‌ها شود (اسدزندی و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج مطالعات منتشرشده در حمله‌ی خواب نشان داد که شخص بی‌خواب از اختلال حافظه، کاهش توانایی انجام کارهای روزانه، کاهش توانایی لذت بردن از رابطه‌ی میان افراد، اختلال در فعالیت و تنظیم برخی هورمون‌ها و کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن رنج می‌برد (مایکل کروگین، ۱۳۸۷). براساس آخرین آمار منتشرشده توسط مسئولین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در آذرماه ۱۳۹۱، تعداد پرستاران شاغل در حوزه

¹ - silva

² - Faraut, Boudjeltia, Vanhamme, Kerkhofs

³ - Baldwin

⁴ - Dewald

⁵ - Dewald, Meiger

⁶ - Arasteh

⁷ - Harrington

درمان کشور ۱۲۰ هزار نفر اعلام شده است (شریفی مقدم، ۲۰۱۳)؛ و بر اساس برخی از گزارش‌ها در حدود ۳۲ درصد از پرستاران در نوبت‌های عصر یا شب مشغول کار می‌باشند و ۱۶ تا ۲۰ درصد از اقدامات درمانی نیاز در شیفت‌های عصر و شب انجام می‌شود (ادمین، ۲۰۱۳). این در حالی است که پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی‌های طولانی ناشی از آن همیشه مستعد این هستند که سلامتی آن‌ها در ابعاد مختلف مورد تهدید قرار گیرد (سوزوکی و همکاران، ۲۰۰۴). مسلماً پرستارانی که از سلامت روان خوبی برخوردار نباشند، نمی‌توانند مراقبت‌های خوبی از بیمار به عمل آورند از طرفی خواب‌آلودگی حین روز که جزء عوارض لاینفک شیفت‌های کاری مختلف به خصوص شب‌کاری می‌باشد، زمان انجام واکنش در موقعیت‌های بحرانی، سطح دقت و تمرکز پرستاران را تحت تأثیر قرار داده و حتی ممکن است سبب بروز حوادث شغلی نیز بشود (سلیمانی و همکاران، ۲۰۰۷). یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با کیفیت خواب مرتبط باشد مفهوم کیفیت زندگی است. سازمان جهانی بهداشت^۱ کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، تفسیر می‌نماید و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات، مفهوم می‌یابد. این واقعیت دارای محدوده گسترده‌ای است که به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورهای فردی و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد. کیفیت زندگی هم یکی از شاخص‌های مهم در بعد روانی و جسمی افراد می‌باشد که توجه به این مقوله می‌تواند باعث افزایش کارایی افراد و جلوگیری از تشنجات روانی شود (گویات و همکاران، ۱۹۹۳؛ ادینگتون و کارلا، ۲۰۰۱). پس‌ازاین محققین سعی کردند ارتباط کیفیت خواب را با متغیرهایی همچون سخت رویی در حوزه شغلی مختلف از جمله پرستاری بسنجند. به‌عنوان مثال والکر مارشا (۲۰۰۴) با انجام تحقیقی بر روی پرستاران نشان داد که استفاده از تکنیک تماس قلبی^۲ (یک تمرکز درونی کوتاه مدت) می‌تواند بر روی سخت رویی، هوش معنوی و دریافت استرس تأثیر بگذارد. یافته‌های او نشان داد تکنیک تماس قلبی، فوایدی معنوی، عاطفی و روانی در کار و زندگی خانوادگی پرستاران دارد که شامل کاهش استرس و افزایش کنترل و ارتباطات معنادار با دیگران و یک نیروی بالاتر است و با سخت رویی^۳ ارتباط معنادار و مثبتی دارد (والکر، ۲۰۰۶). واژه سخت رویی را سوزان اولت (کوباسا) و سالواتور مدی ابداع کردند (کوباسا، ۱۹۸۲). آن‌ها و دیگر محققین از جمله هریسون^۴ (هریسون، ۲۰۰۲). وگت^۵ و همکاران (وگت و همکاران، ۲۰۰۸) و لمبرت^۶ (لمبرت، ۲۰۰۷) نشان دادند افرادی که از سخت رویی بالایی برخوردارند در شرایط پر استرس بیمار نمی‌شوند. افراد سخت رو عمیقاً درگیر فعالیت‌های زندگی هستند و بر پیچیدگی زندگی چیره می‌شوند. آن‌ها معتقدند زندگی‌شان هدفمند است، تماشاگر منفعلی نیستند و برای معنادار کردن زندگی خود مسئولیت می‌پذیرند. افراد متعهد، رویدادهای

^۱ -WHO

^۲ - heart touch

^۳ - hardiness

^۴ - harrisson

^۵ - vogt

^۶ - lambert

زندگی را به عنوان تجارب معنادار تعبیر می کنند و معتقدند که همه فعالیت های زندگی آن ها یک هدف کلی دارد (کوباسا، ۱۹۷۹). بحری، شمشیری، مشکی و مقرب (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان بررسی کیفیت خواب و ارتباط آن با سلامت روان در پرستاران به این نتیجه رسیدند که کیفیت خواب نامطلوب در پرستاران اثرات منفی بر سلامت روان آن ها بر جای می گذارد. اکبری زاده، باقری، حاتمی و حاجوندی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران به این نتیجه رسیدند که ارتقا هوش معنوی و تقویت ویژگی شخصیتی سخت رویی می تواند به افزایش سلامت عمومی در پرستاران کمک کند. با توجه به پیشینه پژوهش های انجام شده و نیز اهمیت کیفیت خواب در پرستاران به نظر می رسد پرستارانی که دچار کمبود خواب چه از لحاظ کمیت و چه از لحاظ کیفیت هستند برای اصلاح و بهبود خواب خود از راهبردهای مناسبی جهت افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی خود استفاده می کنند تا بهبودی خواب خود را ارتقا دهند. بنابراین مطالعه حاضر باهدف بررسی رابطه سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران شهر کرمانشاه طراحی گردید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است که باهدف تعیین رابطه بین سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران شهر کرمانشاه انجام گرفته است. متغیرهای سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی به عنوان متغیرهای (پیش بین) و کیفیت خواب به عنوان متغیر (ملاک) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه پرستاران زن و مرد (۹۰۰ نفر) شهر کرمانشاه تشکیل داده اند که بر اساس ملاک ورود و خروج و مطابق با جدول مورگان (۲۶۹) نفر؛ به عنوان نمونه و به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند اما به دلیل مخدوش بودن تعدادی از پرسشنامه ها تعداد ۱۲۰ پرسشنامه وارد تحلیل گردید. به این صورت که از بین بیمارستان هایی که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی بودند تعداد ۴ بیمارستان به شکل تصادفی وارد پژوهش شدند و از میان ۴ بیمارستان، بخش های درمانی به شکل تصادفی انتخاب شدند و با کسب رضایت از آن دسته از پرستارانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند پرسشنامه شرح داده شد و اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI): این شاخص وسیله ای خود ارزیاب، برای تعیین کیفیت و الگوی خواب افراد است. نمره گذاری این پرسشنامه بدین صورت بود که سؤالات ۱ تا ۴ به شکل جای خالی باید توسط آزمودنی پر می شد. بقیه سؤالات به صورت لیکرتی مرتب شده اند که هر ماده نمره ۰ تا ۳ در طی ماه گذشته اصلاً رخ نداده است (امتیاز ۰)، کمتر از یک بار در طول هفته (امتیاز ۱)، یک یا دو بار در طول هفته (امتیاز ۲)، سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته (امتیاز ۳) را به خود اختصاص می دهد. پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که شامل کیفیت ذهنی خواب؛ عبارت شماره ۱۸ که برگیرنده ی گزینه های خیلی خوب (امتیاز ۰)، نسبتاً خوب (امتیاز ۱)، نسبتاً بد (امتیاز ۲) و خیلی بد (امتیاز ۳) می باشد. تأخیر در به خواب رفتن که شامل مجموع امتیازات ۲ و ۵

می‌باشد، کمتر یا مساوی ۱۵ دقیقه (امتیاز ۰)، کمتر یا مساوی ۱۶ تا ۳۰ دقیقه (امتیاز ۱)، کمتر یا مساوی ۳۱ تا ۶۰ دقیقه (امتیاز ۲) و بیش از ۶۰ دقیقه (امتیاز ۳) را دارا می‌باشد. خرده مقیاس سوم طول مدت خواب است که نمره‌گذاری آن به این صورت است، بیش از ۷ ساعت (امتیاز ۰)، ۶ تا ۷ ساعت (امتیاز ۱)، ۵ تا ۶ ساعت (امتیاز ۲) و کمتر از ۵ ساعت (امتیاز ۳). خرده مقیاس بعدی خواب مفید است که مربوط به سؤال ۴ پرسشنامه است. اختلالات خواب مجموع امتیازات سؤالات ۶ تا ۱۴، داروهای خواب‌آور، امتیاز سؤال ۱۵ و اختلال در عملکرد روزانه مجموع سؤالات ۱۶ و ۱۷ را دربرمی‌گیرد. پرسشنامه‌ی کیفیت خواب پتربورگ از اعتبار $0.86/5$ و پایایی $0.89/5$ برخوردار است. در پژوهش حیدری و همکاران، ضرایب پایایی این پرسشنامه به روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید. که این ضرایب به ترتیب برابر با $0.46/5$ و $0.52/5$ بودند که به‌طور کلی بیانگر ضرایب قابل قبولی می‌باشند. روایی ابزار این مطالعه با استفاده از نوع اعتبار محتوی و پایایی آن توسط آزمون مجدد بود ضریب همبستگی بین نتایج $(r=0.89/5)$ به دست آمد. اعتبار آن توسط مدرسین دانشگاه تربیت مدرس تأیید و پیوستگی درونی آن توسط ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که 0.94 درصد بود (سلیمانی و همکاران، ۲۰۰۷).

پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته‌شده و به‌وسیله پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شده است (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱). این پرسشنامه یک ابزار غربالگری شناخته شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی و غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود. این مقیاس دارای چهار مؤلفه نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد و هر مؤلفه دارای هفت ماده است. این پرسشنامه دارای جمله‌هایی ساده پیرامون وضعیت روانی فرد است که با چهار گزینه اصلاً (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲) و زیاد (۳) نمره‌گذاری می‌شود. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را $0.91/5$ و تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آن را از طریق سه روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب $0.70/5$ ، $0.93/5$ و $0.90/5$ گزارش نموده است. همچنین تقوی (۱۳۸۰) برای مطالعه روایی این پرسشنامه از دو روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل استفاده نمود که به ترتیب $0.55/5$ و همبستگی خرده مقیاس‌ها بین $0.72/5$ تا $0.87/5$ متغیر بود (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه ۳۶ عبارتی توسط واروشربون (۱۹۹۲) در کشور آمریکا طراحی شد، هدف از طرح این مقیاس ارزیابی حالت سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. این پرسشنامه یک پرسشنامه معتبر است که به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی به‌کاربرده می‌شود. نمره حاصل در این پرسشنامه بین صفر تا صد می‌باشد. که هرچه نمره بالاتر باشد حاکی از بالاتر بودن کیفیت زندگی فرد می‌باشد. نقطه برش در نظر گرفته‌شده برای این مقیاس حدوداً ۴۶ می‌باشد (وار و شربرون، ۱۹۹۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعددی بررسی شده است و مطالعات متعددی در ایران نیز از آن استفاده کرده‌اند. وار و شربرون، ثبات درونی این پرسشنامه با بررسی آلفای کرونباخ $0.94/5$ اعلام کرده‌اند.

پرسشنامه سخت رویی اهواز (۱۳۷۷): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی مداد-کاغذی است که دارای ۲۷ ماده می‌باشد. این پرسشنامه به وسیله تحلیل عوامل نجاریان، کیامرثی و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۳) اعضاء هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته شده است. در سال ۱۳۷۷ بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشگاه آزاد اسلامی اهواز اعتبار یابی شد که سرسختی را موردسنجش قرار می‌دهد. این آزمون یک نمره کل از سرسختی افراد می‌دهد و فاقد مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه ۲۷ ماده‌ای به این صورت است که آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه‌ی هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ گفته و بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. به‌جز ماده‌های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ۶ که در این پرسشنامه نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بالا در افراد است. نجاریان و همکاران برای سنجش پایایی مقیاس AHI از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده کرده است. ضریب همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد بافاصله زمانی ۶ هفته در نمونه ۱۱۹ نفری برای آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ گزارش شد و در روش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶ به دست آمد که کاملاً ضریب قابل قبولی می‌باشد. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سخت رویی در کل نمونه به دست آمد. در زمینه اعتبار یابی آزمون مزبور از روش اعتبار ملاکی همزمان استفاده نمود و این پرسشنامه را همزمان با چهار پرسشنامه اضطراب عمومی ANQ، پرسشنامه افسردگی اهواز ADI، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو MASAI و مقیاس سازه‌ای سرسختی به دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ به کاربرد که ضریب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۴۴ که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین ضریب همبستگی خود شکوفایی ۰/۶۵ بوده است. بین اعتبار سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷). بنابراین با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه و تحقیقات فراوانی که درباره آزمون سخت رویی صورت گرفته، همگی از اعتبار بالای این آزمون حکایت می‌کند و نشان می‌دهد که یکی از بهترین ابزارهای سنجش سرسختی در افراد می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری spss21 انجام شد و علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی و شاخص‌های آماری همچون میانگین و انحراف استاندارد، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره و همزمان نیز استفاده شد.

یافته‌ها

برای بررسی رابطه‌ی سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که بین کیفیت خواب و خرده مقیاس‌های سلامت روان شامل نشانه‌های جسمی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۱۸، ۰/۲۱ و ۰/۲۲ وجود دارد که در سطح ۰/۰۱، ۰/۰۰۱ و ۰/۰۲ معنادار است؛ و از میان خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی خرده مقیاس‌های قلمرو جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، سلامت روانی، سرزندگی و درد بدنی به ترتیب با کیفیت خواب دارای ضرایب همبستگی ۰/۲۵، ۰/۱۸، ۰/۱۹، ۰/۲۳، ۰/۲۵ و ۰/۱۶ است و این

همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. همچنین بین مقیاس سخت رویی با کیفیت خواب ضریب همبستگی ۰/۲۶ وجود دارد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ اما بین خرده مقیاس‌های نارساکنش وری اجتماعی و ایفای نقش هیجانی با کیفیت خواب رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج تحلیل همبستگی و داده‌های توصیفی در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. داده‌های توصیفی و همبستگی متغیرهای سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب

خرده مؤلفه‌ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	همبستگی با کیفیت خواب	سطح معناداری
مؤلفه‌ها	نشانه‌های جسمی	۱۵/۱۸	۱/۲۲	۱۱	۱۹	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	اضطراب و بی خوابی	۱۸/۹۷	۲/۷۷	۱۳	۲۴	۰/۲۱	۰/۰۰۱
	نارساکنش وری	۸/۶۷	۱/۹۰	۵	۱۱	۰/۰۹	۰/۵
	اجتماعی	۱۹/۸۴	۴/۵۶	۲۳	۴	۰/۲۲	۰/۰۲
سلامت روان	افسردگی	۱۹/۸۴	۴/۵۶	۲۳	۴	۰/۲۲	۰/۰۲
	قلمرو جسمی	۳۹/۶۶	۸/۲۱	۲۱	۶۸	۰/۲۵	۰/۰۲
	عملکرد اجتماعی	۱۷/۲۲	۴/۲۶	۱۴	۲۲	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	ایفای نقش جسمی	۲۱/۰۸	۴/۸۸	۱۸	۲۵	۰/۱۹	۰/۰۱
مؤلفه‌ها	ایفای نقش هیجانی	۱۱/۱۳	۲/۶۵	۳	۱۳	۰/۰۸	۰/۶
	سلامت روانی	۲۲/۰۹	۵/۱۱	۶	۱۹	۰/۲۳	۰/۰۲
	سرزندگی	۲۵/۱۷	۵/۹۸	۷	۲۰	۰/۲۵	۰/۰۵
	درد بدنی	۱۷/۹۹	۴/۴۶	۵	۱۲	۰/۱۶	۰/۰۱
سخت رویی	سخت رویی	۴۶/۱۳	۱۱/۹۰	۱۹	۵۳	۰/۲۶	۰/۰۰۱

برای پیش‌بینی کیفیت خواب (متغیر ملاک) بر اساس متغیرهای سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که مدل رگرسیونی استفاده‌شده معنادار است ($F=14/2$) و این مدل با ضریب تعیین ۰/۳۱ توان تبیین رابطه بین متغیرها را دارد. همچنین نتایج نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی، قلمرو جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سخت رویی به ترتیب با ضریب بتای ۰/۱۹ و ۰/۱۸، ۰/۲۱، ۰/۱۸، ۰/۲۱، ۰/۱۹، ۰/۰، ۰/۲۱، ۰/۱۳ و ۰/۲۲ قادر هستند که متغیر ملاک (کیفیت خواب) را

پیش‌بینی کنند. به‌منظور بررسی اینکه چه مقدار از واریانس کیفیت خواب پرستاران، توسط متغیرهای سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی تبیین می‌شود، از روش رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. بدین منظور، متغیر کیفیت خواب به‌عنوان متغیر ملاک و مؤلفه‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیونی شدند. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی کیفیت خواب در جدول (۲) آمده است

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی کیفیت خواب توسط سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی

R	R ^۲	F	sig	متغیر پیش‌بین	B	β	t	sig
۰/۴۹	۰/۳۱	۱۴/۲۸	۰/۰۰۱	نشانه‌های جسمی	۰/۳۶	۰/۱۹	۳/۳۱	۰/۰۰۱
				اضطراب و بی‌خوابی	۰/۳۲	۰/۱۸	۲/۱۶	۰/۰۰۱
				افسردگی	۰/۳۸	۰/۲۱	۲/۷۷	۰/۰۰۱
				قلمرو جسمی	۰/۳۱	۰/۱۸	۲/۱۱	۰/۰۰۲
				عملکرد اجتماعی	۰/۲۷	۰/۲۱	۲/۰۹	۰/۰۳
				ایفای نقش جسمی	۰/۲۵	۰/۱۷	۲/۱۴	۰/۰۱
				سلامت روانی	۰/۳۱	۰/۱۹	۲/۵۵	۰/۰۰۹
				سرزندگی	۰/۳۲	۰/۲۱	۲/۰۹	۰/۰۳
				درد بدنی	۰/۲۱	۰/۱۳	۱/۷۱	۰/۰۱
				سخت رویی	۰/۴۶	۰/۲۲	۳/۰۸	۰/۰۰۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت روان، کیفیت زندگی و سخت رویی با کیفیت خواب پرستاران شهر کرمانشاه است. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین کیفیت خواب پرستاران و سلامت روان آن‌ها مشاهده شد و پرستارانی که کیفیت خواب نامطلوب‌تری داشتند، در بعد سلامت روان نیز وضعیت نامطلوب‌تری را نشان دادند. این یافته‌ها مشابه با نتیجه مطالعات اکبری زاده و همکاران (۱۳۹۰)، بحری و همکاران (۱۳۹۲)، سلیمانی و همکاران (۲۰۰۷) و حجتی و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد. باقری در مطالعه‌ای مشابه با عنوان ارتباط کیفیت خواب و کیفیت زندگی پرستاران به ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی در ابعاد مختلف اشاره و گزارش کرده است، در مطالعه وی بیشترین تأثیر منفی کیفیت خواب به ترتیب بر ابعاد درک سلامت عمومی، وضعیت ذهنی و درد جسمانی بوده است (باقری، ۲۰۰۶). هایاشینو نیز در مطالعه خود ارتباط خطی معنی‌داری را بین کیفیت ضعیف خواب با افسردگی گزارش کرده است (هایاشینو و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین باگلیونی می‌نویسد: به نظر می‌رسد که کیفیت

خواب نامطلوب با خلق و خوی منفی بالا و خلق مثبت پایین همراه می‌باشد (باگیلونی و همکاران، ۲۰۱۰). ساسانی در مطالعه‌ای به بررسی اثرات بی‌خوابی بر سلامت عمومی پرداخت. وی گزارش کرده است که بی‌خوابی در ارتباط با نمرات پایین تر در ابعاد روانی و جسمانی کیفیت زندگی بوده است (ساسانی و همکاران، ۲۰۱۰). شچلتر در مقاله‌ای با عنوان "ریتم‌های سیرکاردین و زنان نوبت کار" می‌نویسد: زنانی که کار شیفتی انجام می‌دهند از عدم هماهنگی بین ریتم سیرکاردین و ساعات خواب خود رنج می‌برند که این امر ممکن است منجر به بروز انواع اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی عروقی و گوارشی و اثرات منفی بر خلق و خوی این زنان شود (شچلتر و همکاران، ۲۰۰۸). ازجمله محدودیت‌های این مطالعه؛ تکمیل پرسشنامه‌ها در محیط کار بود که به نظر می‌رسد به دلیل ازدحام بخش‌ها مسئولیت‌های کاری محیط چندان مناسبی نباشد. برای کنترل این محدودیت ما سعی کردیم که تکمیل پرسشنامه‌ها در زمان استراحت کارکنان و در موقعیت‌های زمانی مناسب انجام شود. محدودیت دیگر؛ استفاده از ابزار پرسشنامه برای سنجش متغیرهای کیفیت خواب و سلامت روان بود. اگرچه این پرسشنامه‌ها استاندارد هستند اما به نظر می‌رسد استفاده از روش مصاحبه توسط یک روان‌شناس بالینی بتواند ارزیابی دقیق‌تری از این دو متغیر ارائه دهند. در همین رابطه پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این متغیرها توسط مصاحبه یک روان‌شناس بالینی کنترل شوند. به‌طورکلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت خواب نامطلوب می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی را در پرستاران به مخاطره اندازد. از آنجائی که سلامت پرستاران در ارتباط مستقیم با کیفیت خدمات مراقبتی ارائه‌شده توسط آنان است، لذا پژوهش گران پیشنهاد می‌نمایند که کیفیت خواب به‌عنوان یک پارامتر مهم در پرستاران مورد ارزیابی و پایش مداوم قرار گیرد.

منابع

- اکبری زاده، فاطمه؛ باقری، فریبرز؛ حاتمی، حمیدرضا و حاجیوندی، عبدالله (۱۳۹۰). ارتباط بین هوش معنوی، سخت رویی و سلامت عمومی در بین پرستاران. مجله بهبود، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱۵(۶).
- بحری، نرجس؛ شمشیری، محمود؛ مشکی، مهدی و مقرب، مرضیه (۱۳۹۲). بررسی کیفیت خواب و ارتباط آن با سلامت روان در پرستاران. ماهنامه سلامت کار ایران، ۳(۱۱).
- پالاهنگ، حسن، نصر، مهدی، براهنی، محمد نقی و شاه محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره ۴، صص ۲۷-۱۹.
- فرهادی مطلق، لیلا (۱۳۹۱). رابطه مستقیم و غیرمستقیم هوش هیجانی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی با میانجی‌گری تاب‌آوری و خودکارآمدی در دانشجویان مقطع علوم پایه‌ی رشته‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Arasteh, M. (2008). Insomnia Assesment in medical students of Kurdistan univ med sci, 12(3), 58-63.
- Admine of Shahid Chamran Hospital. (2009). Evaluation on the effects of night shift on nursing malpractice and the ways of prevention. Available at: <http://www.chamranhospital.ir/Lists/Events/DispForm.aspx?ID=31>. July 10, 2013.

- Addington-Hall, J., Kalra, L. (2001). Measuring quality of life: Who should measure quality of life? *BMJ: British Medical Journal*, 322(7299), 1417.
- Asadzandi, M., Sayari, R., Sanayinasab, H., Ebadi, A., Rahmati Najarkolaei, F., Chavo, S. (2014). Sleep disorders in Military Nurses, 3(3), 149-158.
- Bagheri, H., Shahabi, Z., Ebrahimi, H., Alaeenejad, F. (2006). The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses. *Hayat*, 12(4), 13-20.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Med Rev*, 14(4), 227-238.
- Baldwin, C.M., Griffith, K.A., Nieto, F.J., O'connor, G.T., Walsleben, J.A., Redline, S. (2011). The association of sleep disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the sleep health study. *Sleep*, 24 (1), 96-105.
- Costa, E., Silva, J.A. (2006). Sleep disorders in psychology metabolism, 55(10 suppl), 40-4.
- Dewald, J., Meiger, A., S. (2012). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescent: a meta analytic review. *J Head face pain*, 14, 89-179.
- Faraut, B., Boudjeltia, K.Z., Vanhamme, L., Kerkhofs, M.I. (2012). Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of sleep restriction and recovery: *sleep med Rev*, 16(2), 49-137.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Harrisson, M., Loisele, C.G., Duquette, A., Semenik, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nurs*, 38(6), 584-91.
- Harrington J.M. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup envior med* 2001; 58(5). 68-72.
- Hojati, H., Jalalmanesh, S., Fesharaki, M. (2009). Sleeplessness effect on the general health of hospitals nightshift nurses in Gorgan. *J Gorgan Univ Med Sci*, 11(3), 70-75.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*, 42(1), 168-77.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Petrini, M., Li, X.M., Zhang, Y.J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci*, 9(2), 120-6.
- Masoudi, R., Etemadifar, S.H., Afzali, S.M., Khayeri, F., Hassanpour Dehkordi, A. (2008). Factors affecting burnout among nurses working in the hospital in Tehran. *Nursing Research*, 3(9) 8.
- Soleimani, M., Nasiri ziba, F., Kermani, A., Hosseini, F. (2007). comparison of sleep quality in two groups of nurses with and without rotation work shift hours iran. *IJN*, 20(49), 29-38. (Persian).
- Sharifi Moghadam, M. (2012). The latest status of staff nursing employee. Available at: <http://www.pana.ir/Pages/News-21391.aspx>. July 10, 2013.
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S., et al. (2004). Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health*, 46(6), 448-454.
- Soleimany, M., Nasiri Ziba, F., Kermani, A., Hosseini, F. (2007). A Comparative Study of the General Health among Staff Nurses with Fixed or Rotating Working Shift. *Iran J Nurs*, 20(50), 21-28.
- Sasai, T., Inoue, Y., Komada, Y., Nomura, T., Matsuura, M., Matsushima, E. (2010). Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. *Sleep Med*, 11(5), 452-457.

- Shechter, A., James, F.O., Boivin, D.B. (2008). Circadian rhythms and shift working women. *Sleep Med Clinics*, 3(1), 13-24.
- Vogt, D.S., Rizvi, S.L., Shipherd, J.C., Resick, PA. (2008). Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardiness. *Pers Soc Psychol Bull*, 34(1), 61-73.
- Walker, M.J. (2006). The effects of nurses' practicing of the HeartTouch technique on perceived stress, spiritual wellbeing, and hardiness. *J Holist Nurs*, 24(3), 164-75.

The relationship between mental health, quality of life and hardship with the quality of nurses' sleep

Abstract

Sleep is one of the most important processes in the circadian cycle, which plays an important role in people's health. Among the occupations that are involved in shift work and the resulting disorder are the group of nurses, who resort to strategies to improve their sleep patterns. One of the goals of this study is to investigate the relationship between mental health, quality of life and hardship with the quality of sleep of nurses in Kermanshah. The statistical population of this study selected all nurses of Kermanshah city, about (900) people, who used cluster sampling method from among all hospitals of Kermanshah city which is in 12 hospitals, 5 hospitals under the supervision of the University of Medical Sciences. 269 nurses (male and female) were randomly selected using Morgan's table. However, due to the drop in the number of subjects, 120 people entered the study. With the consent of the nurses who participated in the study, the Petersburg Sleep Quality Questionnaire (PSQL), Mental Health, Quality of Life, and Hardship were distributed and analyzed using Pearson correlation coefficient and multivariate regression. The results showed that mental health, quality of life and well-being could predict the quality of sleep in nurses. Therefore, evaluating and recognizing the quality of sleep and its relationship with mental health, quality of life, and hardship can provide valuable guidelines for improving the quality of sleep of nurses.

Keywords: Mental Health, Quality of Life, Hardship, Sleep Quality, Nurses