

تأثیر برنامه آموزشی سبک زندگی سالم به صورت مجازی بر کیفیت خواب پرستاران خانم شاغل در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۴۰۱

فرزانه ظفرمضانیان^۱، هاله قوامی^{۲*}، وحید علی نژاد^۳، مدینه جاسمی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۲/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۵/۲۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به این که پرستاران اصلی‌ترین عضو در انجام مراقبت مستقیم از بیماران می‌باشند و عوامل مختلفی منجر به پایین آمدن کیفیت خواب در آنان می‌شود، لذا برای ارائه هرچه بهتر و موثرتر خدمات مراقبتی نیازمند یک سبک زندگی سالم می‌باشند. سبک زندگی فاکتورهای مختلفی را شامل می‌شود. تا کنون هیچ مطالعه‌ای تأثیر هم‌زمان چندین مورد را به صورت آموزش مجازی بر کیفیت خواب پرستاران بررسی نکرده است، لذا ما در این پژوهش قصد داشتیم تا تأثیر سه نمونه از این فاکتورها (بهداشت خواب، تکنیک‌های مربوط به آرام سازی پیشرونده عضلانی و ورزش‌های هوازی) را بررسی کنیم. پژوهش حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش سه نمونه از مداخلات سبک زندگی به صورت مجازی بر روی کیفیت خواب پرستاران خانم شاغل در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با طرح پیش-پس‌آزمون بود که با مشارکت ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه با روش در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون (هر گروه ۳۰ پرستار) تقسیم شدند. پرستاران گروه مداخله محتوای آموزشی مربوط به بهداشت خواب، تکنیک‌های مربوط به آرام سازی پیشرونده عضلانی و فیلم‌های مربوط به ورزش‌های هوازی را به مدت دو ماه در فضای مجازی دریافت کردند. پرستاران گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای از پژوهشگر دریافت نکردند. پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و اطلاعات دموگرافیک قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: دو گروه قبل از مداخله از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$). میانگین نمره کل کیفیت خواب پیتزبورگ در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$) ولی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری داشت ($p = 0.001$). میانگین نمره کل کیفیت خواب پیتزبورگ قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل یکسان بوده است ($p > 0.05$) ولی بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل یکسان نبوده و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشته است ($p = 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که آموزش هم‌زمان بهداشت خواب، تکنیک‌های مربوط به آرام سازی پیشرونده عضلانی و ورزش‌های هوازی بر افزایش کیفیت خواب پرستاران خانم شاغل در بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه مؤثر است. لذا توصیه می‌شود از برنامه‌های آموزش اصلاح سبک زندگی در آموزش مداوم بیمارستان استفاده شود و در پژوهش‌های بعدی، تأثیر سایر موارد مرتبط با سبک زندگی بر کیفیت خواب پرستاران مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: برنامه آموزشی، سبک زندگی سالم، پرستاران، کیفیت خواب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجازی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۶۶، مرداد ۱۴۰۲، ص ۳۶۵-۳۵۴

آدرس مکاتبه: ارومیه کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: haleh_ghavami@yahoo.co.uk

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

مقدمه

جوهره عملکرد بالینی پرستاری، تأمین آسودگی و سلامتی بیماران است که از طریق توجه به نیازهای جسمی، روحی و معنوی آن‌ها فراهم می‌شود (۱). طبق مطالعات صورت گرفته به‌طور میانگین در ایران ۵۰ درصد از کل کارکنان سیستم درمانی را پرستاران تشکیل می‌دهند که این آمار در برخی کشورها به ۸۰ درصد می‌رسد (۲). پرستاری از حرفه‌هایی است که شرایط کار بر سبک زندگی آن‌ها تأثیر گذار است و آن‌ها را در معرض خطر اضافه وزن، رژیم غذایی نامناسب، کم تحرکی، مصرف دخانیات و نوشیدن الکل قرار می‌دهد (۳). بر اساس نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد پرستاران، با وجود داشتن دانش و آگاهی در زمینه انواع بیماری‌ها و نقش مهمی که در قبال آموزش رفتارهای صحیح به بیماران دارند، خود از شیوه زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. از طرف دیگر سلامت پرستاران نه تنها ابعاد مختلف زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد بلکه در ارتقاء سلامت بیماران نیز نقش بسزایی دارد، لذا جهت افزایش بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی توسط پرستاران در مطالعات مختلفی توصیه می‌شود که رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم در در بین پرستاران افزایش یابد (۳). سبک زندگی راهی است که فرد برای زندگی خود در پیش می‌گیرد و یک عامل مهم برای سلامت ذهنی و جسمی است (۴). سبک زندگی سالم شامل فاکتورهای مختلفی ازجمله استراحت، خواب کافی، تغذیه سالم، شادابی و تحرک می‌باشد. عوامل بسیار زیادی ممکن است سلامتی جسمی و روانی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد و آن‌ها را در ارائه وظایف خود دچار مشکل سازد از جمله خستگی، خواب ناکافی، نداشتن برنامه‌های مفرح و عدم تحرک (۵). جامعه به خدمات پرستاری حیاتی در همه ساعات شبانه روز نیاز دارد به این دلیل پرستاران اغلب به‌صورت شیفتی و در تایم‌های طولانی کار می‌کنند و این ساعت‌های طولانی از یک خواب هفت ساعته یا یک خواب باکیفیتی که متخصصان توصیه می‌کنند جلوگیری می‌کند (۶). در واقع سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب او در ارتباط است (۷). الگوی نامناسب و اختلال در خواب سبب کاهش تندرستی، اختلال در عملکردهای شناختی، ابتلای افراد به درد جسمانی، کاهش کیفیت زندگی و اختلالات روانشناختی می‌شود (۸). هنگامی که مدت خواب به کمتر از هفت ساعت می‌رسد به‌ویژه هنگامی که به شش ساعت یا کمتر از آن می‌رسد، شیوع انواعی از اختلالات افزایش می‌یابد. بیشتر متخصصان معتقد اند که یک نقطه هدف برای ساعات خواب وجود دارد که برای افراد بالغ

بین هفت تا هفت و نیم ساعت در شبانه روز می‌باشد (۶). شیفت‌های کاری چرخه عادی خواب و بیداری را مختل می‌کند و منجر به کوتاه شدن خواب و خستگی مفرط می‌شود (۹). پرستارانی که شیفت‌های شب را تجربه می‌کنند به‌طور قابل توجهی کیفیت خواب و مدت‌زمان آن را ضعیف‌تر گزارش می‌کنند (۱۰). همچنین افزایش خستگی (۱۱)، مشکلات گوارشی (۱۲)، افزایش خطر ابتلا به سندرم روده تحریک پذیر (۱۳)، ناهماهنگی هورمونی (۱۴) و افزایش اضطراب و سایر اختلالات هیجانی (۱۱) را گزارش می‌کنند. علاوه بر این تقریباً ۳۰ درصد از پرستاران علائم اختلال شیفت کاری را گزارش می‌کنند مثل یک اختلال خواب که با خواب آلودگی و یا بی خوابی مشخص می‌گردد (۱۵). در مطالعه محمد بابامیری و همکاران که باهدف بررسی تأثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب در پرستاران بیمارستان‌های لرستان انجام شد مشخص شد که آموزش مهارت‌های بهبود کیفیت خواب می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء کیفیت خواب پرسنل پرستاری داشته باشد (۱۶). لذا یکی از اهداف ما در این پژوهش آموزش اصول بهداشت خواب به پرستاران گروه مداخله و بررسی تأثیر آن بر کیفیت خواب پرستاران بود. یکی دیگر از مواردی که در سبک زندگی افراد مطرح است و می‌تواند روی کیفیت خواب افراد تأثیر گذارد رژیم غذایی مصرفی آنان می‌باشد. ارتباط بین رژیم غذایی و خواب در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است. طبق یکی از مطالعات مداخله‌ای که در سال ۲۰۱۹ انجام شد استفاده از رژیم غذایی حاوی تریپتوفان^۱ باعث بهبود کیفیت خواب و در نتیجه خواب راحت در افراد شده است (۱۷). تریپتوفان یک اسید آمینه ضروری برای بدن می‌باشد که در بدن ساخته نمی‌شود و باید از طریق رژیم غذایی به بدن برسد و در موادی مثل شیر موجود است (۱۸). این اسید آمینه در بدن ابتدا به سرتونین و سپس به ملاتونین تبدیل می‌شود (۱۹). ملاتونین هورمونی می‌باشد که در طول شب از غده پینه آل، شبکیه، دستگاه گوارش و چند اندام دیگر تولید می‌شود (۱۹). لذا هر اندازه میزان دریافت تریپتوفان بیشتر باشد ترشح ملاتونین در بدن بیشتر می‌شود و میزان کیفیت خواب افراد بالاتر می‌رود. بنابراین یکی دیگر از اهداف ما در این پژوهش آشنا سازی گروه مداخله با مواد غذایی حاوی تریپتوفان و توصیه به استفاده از آن بود. همچنین در مطالعه طاهره روزبهانی و همکاران که باهدف بررسی تأثیر آرام سازی پیشرونده عضلانی به روش جاکوبنسون^۲ بر روی کیفیت خواب دانش آموزان پیش دانشگاهی انجام شد، مشخص شد که آرام سازی پیش رونده عضلانی باعث افزایش کیفیت خواب دانش آموزان پیش

¹ Tryptophan

² Jacobson

بیمارستان لیست تمامی پرستاران تهیه شد و به کمک جدول اعداد تصادفی از هر بیمارستان ۳۰ نفر انتخاب شد. نمونه‌ها در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و نیز هدف از انجام این پژوهش توجیه شدند و تمامی آنان با رضایت کامل وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: (۱) محدوده سنی ۲۲ تا ۴۵،۲) نداشتن بیماری جسمی، روحی یا هر شرایطی که باعث خستگی شود مثل آنمی، نارسایی کلیه و مولتیپل اسکلروزیس طی ۶ ماه گذشته، (۳) داشتن مدرک کارشناسی پرستاری، (۴) عدم مصرف داروهای خاص مؤثر بر خستگی، (۵) شیفت در گردش بودن، (۶) نداشتن سوگواری طی ۶ ماه گذشته، (۷) نداشتن بارداری، شیردهی و بیماری‌های تیروئیدی در طی مطالعه و معیارهای خروج شامل: (۱) عدم تمایل به شرکت در ادامه پژوهش بودند. هر دو گروه اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی از قبیل سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، نوع استخدام، سابقه خدمت، سابقه کار در بخش‌های ویژه، داشتن مشکل خانوادگی قابل اهمیت و درآمد ماهیانه، شاخص توده بدنی، تعداد فرزند و شیفت کاری را تکمیل کردند.

برای بررسی کیفیت خواب از پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ استفاده شد که حساسیت و ویژگی این پرسشنامه به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ درصد بود و در ایران پایایی آن تأیید شده است (۲۳). این پرسشنامه شامل ۷ زیرمقیاس: الف) توصیف کلی فرد از خواب، ب) تأخیر در به خواب رفتن، ج) طول مدت خواب مفید، د) کفایت خواب (محاسبه بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب)، ه) اختلالات خواب (به صورت بیدار شدن شبانه فرد)، و) میزان داروی خواب آور مصرفی و ز) عملکرد صبحگاهی (به صورت مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بدخوابی) است. نمره دهی هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین عدد صفر تا ۳ به ترتیب برای «اصلاً تجربه نکرده‌ام»، «کمتر از یکبار در هفته»، «یک یا دوبار در هفته» و «سه بار یا بیشتر در هفته» در نظر گرفته شد. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفت گانه نمره کلی را تشکیل دادند که عددی بین صفر تا ۲۱ بود. نمره کلی بالاتر از ۵ به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب است (۲۴).

پرسشنامه‌های کیفیت خواب پیتزبورگ و اطلاعات دموگرافیک در مورد تمامی نمونه‌های پژوهش در هر دو گروه تکمیل شد. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و مداخلات فقط در گروه مداخله انجام شد که شامل موارد زیر بود.

(۱) قبل از شروع مداخلات، یک پیام صوتی توسط پژوهشگر ضبط شد که که محتوای آن توضیحات کلی در مورد مداخلات

دانشگاهی می‌گردد (۲۰). تکنیک آرام سازی پیشرونده عضلانی در سال ۱۹۸۳ به وسیله ادموند جاکوبسون معرفی و به کار گرفته شد. یادگیری این تکنیک‌ها بسیار ساده، راحت و بدون نیاز به تجهیزات می‌باشد و مددجو در این روش تک تک عضلات خود را به ترتیب منقبض و سپس منبسط می‌سازد و بعد از اتمام آرام سازی بدن حالت شل و رها پیدا می‌کند و از اضطراب و استرس رهایی می‌یابد (۲۱). بنابراین یکی دیگر از اهداف ما در این پژوهش آموزش تکنیک‌های آرام سازی به پرستاران گروه مداخله و بررسی تأثیر آن بر کیفیت خواب پرستاران بود. آذرنبوه و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای باهدف بررسی اثر فعالیت بدنی بر کیفیت خواب دانشجویان دختر انجام دادند که نتایج نشان داد کیفیت نامناسب خواب در دختران با فعالیت بدنی کمتر، بیشتر بود (۲۲). لذا یکی دیگر از اهداف ما در این پژوهش ارسال تمرینات و نرمش‌های هوازی در ۵ روز هفته و به مدت دو ماه برای گروه مداخله بود که از طریق چک‌لیست خود گزارش دهی تکمیل شده توسط هر فرد کنترل و پیگیری شد.

با توجه به مسائل ذکر شده و اهمیت بهبود کیفیت خواب در سلامت پرستاران و تأثیر مستقیم این موارد بر نحوه ارائه خدمات مراقبتی به آن بودیم تا در این پژوهش تأثیر آموزش سه نمونه از مداخلات سبک زندگی را به صورت مجازی بر کیفیت خواب پرستاران خانم شاغل در بیمارستان طالقانی شهرستان ارومیه بررسی کنیم و نتایج را با گروه کنترل انتخابی از بیمارستان امام خمینی مورد مقایسه قرار دهیم. ما در این پژوهش قصد داشتیم تا تأثیر ترکیبی از روش‌های: ارسال تمرینات و نرمش‌های هوازی، آموزش اصول بهداشت خواب و آشنا سازی افراد با رژیم غذایی حاوی تریپتوفان، آموزش تکنیک آرام سازی به روش جاکوبسون را بر روی کیفیت خواب پرستاران بررسی کنیم. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر برنامه آموزشی سبک زندگی سالم بر روی کیفیت خواب پرستاران خانم شاغل در مراکز آموزشی و درمانی شهر ارومیه انجام شد

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی (IRCT20161227031588N5) با طرح پیش-پس‌آزمون است که با مشارکت ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۱ انجام گرفت. نمونه‌ها با روش در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمون (هر گروه ۳۰ پرستار) تقسیم شدند. به‌طوری که در هر

¹ Petersburg Sleep Quality Questionnaire

پژوهش بود. بعد از تهیه، این فیلم به کانال واتساپ که تمامی اعضای گروه مداخله در آن عضو شده بودند ارسال شد.

۲) تهیه محتوای مربوط به اصول بهداشت خواب (استفاده از مواد غذایی حاوی تریپتوفان، لزوم عدم مصرف مواد غذایی حاوی کافئین قبل از خواب، داشتن تحرک جسمانی به اندازه کافی در طی روز و استراحت کافی و خواب بین ۷ تا ۸ ساعت در هر روز) طبق مستندات علمی و ارائه آن به اعضای گروه مداخله و قرار دادن یک نسخه از آن در کانال واتساپ. هم چنین برگزاری یک جلسه آموزشی مربوط به اصول بهداشت خواب در اسکای روم که با هماهنگی اعضای گروه زمان آن مشخص شد. رعایت اصول بهداشت خواب نیز توسط چکلیست خود گزارش دهی تکمیل شده توسط اعضا مداخله پیگیری شد. به این صورت که این چکلیست تا دو ماه و روزانه توسط هر فرد تکمیل شد.

۳) تهیه پمفلت مربوط به تکنیک‌های آرام سازی به روش جاکوبسون (تکنیک آرام سازی پیشرونده عضلانی در سال ۱۹۸۳ به وسیله ادموند جاکوبسون معرفی و به کار گرفته شد. یادگیری این تکنیک‌ها بسیار ساده، راحت و بدون نیاز به تجهیزات می‌باشد و مددجو در این روش تک تک عضلات خود را به ترتیب منقبض و سپس منبسط می‌سازد و بعد از اتمام آرام سازی بدن حالت شل و رها پیدا می‌کند و از اضطراب و استرس رهایی می‌یابد (۲۱). طبق مستندات علمی و ارائه آن به اعضای گروه مداخله، همچنین ارسال یک نمونه فایل صوتی از روش انجام این تکنیک به کانال واتساپ که توسط گروهی از روانشناسان تهیه شده است. از اعضای گروه مداخله خواسته شد که روزی یک بار در یک محیط آرام و راحت و جایی که حواس پرتی‌ها به حداقل برسد، این تکنیک آرام سازی را انجام دهند. در مورد پیگیری انجام لازم به ذکر می‌باشد که یک چکلیست خود گزارش دهی انجام تمرینات تکنیک آرام سازی پیشرونده عضلانی در اختیار تک تک اعضای گروه مداخله قرار گرفت. این چکلیست ۶۲ قسمت (دو ماه) داشت که هر قسمت مربوط به انجام یک بار تمرین تکنیک است که زمان شروع و پایان تکنیک، میزان خستگی فرد، قبل و بعد از انجام تکنیک در آن ثبت شد.

۴) ارسال تمرینات و نرمش‌های هوازی تهیه شده توسط مربی فدراسیون ورزشی که تمرینات تهیه شده به کانال واتساپ گروه مداخله ارسال شد که در مدت ۲ ماه و در ۵ روز از هفته توسط اعضا گروه مداخله انجام شد در مورد زمان انجام این تمرینات لازم به ذکر است که طی مشورت‌های انجام شده با مربی فدراسیون، و همچنین به علت متفاوت بودن زمان شیفت‌های کاری پرستاران و همچنین جهت افزایش انجام پذیری این تمرینات، محدودیتی در مورد زمان انجام تمرینات ایجاد نشد و پرستاران توانستند در هر زمانی از روز و

حتی در زمان شیفت‌های خود نیز این تمرینات را انجام دهند. هم چنین خود پژوهشگر نیز از طریق واتساپ پیگیر انجام تمرینات بود و انجام آن را پژوهشگر با بررسی چکلیست‌های خود گزارش دهی تکمیل شده توسط نمونه‌های گروه مداخله پیگیری کرد. علاوه بر این در طی این دو ماه مداخله، پژوهشگر طی بازدیدهای هفتگی از پرستاران این گروه راجع به کاربرد موارد آموزش داده شده سؤال کرده و آن‌ها را به انجام این کارها تشویق نمود.

نهایتاً دو ماه بعد از مداخله، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در مورد کلیه واحدهای پژوهش تکمیل شد. برای گروه کنترل نیز طی این دو ماه مداخله‌ای انجام نشد و بعد از پایان مداخلات در گروه مداخله، نتایج به دست آمده از پژوهش در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو پیرسن و دقیق فیشر توزیع توام هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و مداخله معنی‌دار نبوده و همگن بودند ($P > 0.05$) (جدول ۱). میانگین سطح توده چربی ۶۰ درصد پرستاران حاضر در مطالعه بدن برابر $24/82 \pm 3/59$ می‌باشد. از ۶۰ نفر پرستار مورد مطالعه ۳۸ نفر (۶۳/۳ درصد) سن کمتر مساوی ۳۰ سال داشته و ۲۲ نفر (۳۶/۷ درصد) سن بیشتر از ۳۰ سال داشته‌اند. و ۳۸ نفر (۶۳/۳ درصد) هیچ فرزندی نداشته، ۱۴ نفر (۲۳/۳ درصد) یک فرزند و ۸ نفر (۱۳/۳ درصد) دوفزند داشته‌اند. همچنین ۲۷ نفر (۴۵ درصد) مجرد و ۳۳ نفر (۵۵ درصد) متأهل بوده‌اند. از ۶۰ پرستار حاضر در مطالعه ۵۴ نفر (۹۰ درصد) تحصیلات کارشناسی و تنها ۶ نفر (۱۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد داشته‌اند. و ۲۹ نفر (۴۸/۳ درصد) نیروی طرحی، ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) نیروی قراردادی، ۲۱ نفر (۳۵ درصد) نیروی پیمانی بوده‌اند. همچنین ۴۹ نفر (۸۱/۷ درصد) سابقه کار کمتر مساوی ۱۵ سال داشته و ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) سابقه کار بیشتر از ۱۵ سال داشته‌اند. در مطالعه حاضر ۱۶ نفر (۲۶/۷ درصد) سابقه کار در بخش ویژه نداشته، ۴۲ نفر (۷۰ درصد) کمتر مساوی ۱۰ سال سابقه کار در بخش ویژه داشته‌اند. ۲ نفر (۳/۳ درصد) بیشتر از ۱۰ سال سابقه کار در بخش ویژه داشته‌اند. و ۵۳ نفر (۸۸/۳ درصد) مشکل خانوادگی نداشته، ۴ نفر (۶/۷ درصد) مشکل خانوادگی جدی داشته و ۳ نفر (۵ درصد) همسرشان فوت کرده بودند. همچنین ۳۵ نفر (۵۸/۳ درصد) درآمد کمتر از حد کفاف داشته و درآمد ۲۵ نفر (۴۱/۷ درصد) در حد کفاف بوده است. مقدار میانگین توده چربی بدن برای گروه کنترل برابر $24/23 \pm 3/18$ و برای گروه مداخله برابر $25/41 \pm 3/93$ بوده است

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی تست زوجی میانگین نمره بعد ۱، بعد ۳، بعد ۴، بعد ۶، بعد ۷ و نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری نداشته، این در حالی است که میانگین نمره بعد ۲ و بعد ۵ در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تغییرات معنی داری از نظر آماری بوده است. و همچنین میانگین نمره بعد ۱، بعد ۲، بعد ۳، بعد ۵، بعد ۶، بعد ۷ و نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری داشته، این در حالیست که میانگین نمره بعد ۴ در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تغییرات معنی داری از نظر آماری نبوده است (جدول ۴).

که این اختلاف میانگین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی تست مستقل معنی دار نبوده است ($P=0/206$) (جدول ۲).
با توجه به نتایج حاصل از آزمون من ویتنی میانگین نمره بعد ۱، بعد ۲، بعد ۳، بعد ۴، بعد ۵، بعد ۶، بعد ۷ و نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل یکسان بوده است و این درحالیست که میانگین نمره بعد ۱، بعد ۲، بعد ۳، بعد ۷ و نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل یکسان نبوده و از نظر آماری اختلاف معنی داری داشته است و تنها در بعدهای ۴، ۵، ۶ میانگین بین دو گروه مداخله و کنترل بعد مداخله یکسان بوده و معنی دار نبوده است (جدول ۳).

جدول (۱): توزیع توام فراوانی برای متغیرهای دموگرافیک به تفکیک دو گروه کنترل و مداخله

سطح معنی داری	گروه				متغیر
	کنترل		مداخله		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$X^2=2/391$ $P=0/303$	۶۰	۱۸	۶۶/۷	۲۰	ندارد
	۲۰	۶	۲۶/۷	۸	یک فرزند
	۲۰	۶	۶/۶	۲	دو فرزند
$X^2=1/684$ $P=0/194$	۵۳/۳	۱۶	۳۶/۷	۱۱	مجرد
	۴۶/۷	۱۴	۶۳/۳	۱۹	متاهل
$X^2=0/001$ $P=0/999$	۹۰	۲۷	۹۰	۲۷	کارشناسی
	۱۰	۳	۱۰	۳	کارشناسی ارشد
$X^2=0/482$ $P=0/786$	۵۰	۱۵	۴۶/۷	۱۴	طرحی
	۱۳/۳	۴	۲۰	۶	قراردادی
	۳۶/۷	۱۱	۳۳/۳	۱۰	پیمانی
$X^2=2/783$ $P=0/095$	۷۳/۳	۲۲	۹۰	۲۷	کمتر مساوی ۱۵
	۲۶/۷	۸	۱۰	۳	بیشتر از ۱۵
$F=2/271$ $P=0/345$	۲۳/۳	۷	۳۰	۹	ندارد
	۷۶/۷	۲۳	۶۳/۴	۱۹	کمتر مساوی ۱۰
	۰	۰	۶/۶	۲	بیشتر از ۱۰
$F=2/9$ $P=0/323$	۹۳/۳	۲۸	۸۳/۴	۲۵	ندارد
	۶/۷	۲	۶/۶	۲	مشکل جدی
	۰	۰	۱۰	۳	فوت همسر
$X^2=1/714$ $P=0/19$	۵۰	۱۵	۶۶/۷	۲۰	کمتر از حد کفافی
	۵۰	۱۵	۳۳/۳	۱۰	برابر با حد کفافی
$X^2=0/287$ $P=0/592$	۶۰	۱۸	۶۶/۷	۲۰	کمتر مساوی ۳۰ سال
	۴۰	۱۲	۳۳/۳	۱۰	بیشتر از ۳۰ سال

جدول (۲): توزیع فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای دموگرافیک

درصد فراوانی	فراوانی	متغیر
۶۳/۳	۳۸	ندارد
۲۳/۳	۱۴	یک فرزند
۱۳/۳	۸	دو فرزند

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تأهل	مجرد	۴۵
	متأهل	۵۵
تحصیلات	کارشناسی	۹۰
	کارشناسی ارشد	۱۰
وضعیت استخدام	طرحی	۲۹
	قراردادی	۱۰
	پیمانی	۲۱
سابقه کار	کمتر مساوی ۱۵	۸۱/۷
	بیشتر از ۱۵	۱۸/۳
سابقه کار در بخش ویژه	ندارد	۲۶/۷
	کمتر مساوی ۱۰	۷۰
	بیشتر از ۱۰	۳/۳
مشکل خانوادگی	ندارد	۸۸/۳
	مشکل جدی	۶/۷
	فوت همسر	۵
درآمد	کمتر از حد کفاف	۵۸/۳
	برابر یا حد کفاف	۴۱/۷
سن	کمتر مساوی ۳۰ سال	۶۳/۳
	بیشتر از ۳۰ سال	۳۶/۷
متغیر	میانگین	سطح معنی داری نرمالیته
	۲۴/۸۲	۰/۶۶۸
	۳/۵۹	

جدول (۳): مقایسه میانگین ابعاد پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد مداخله

متغیر	گروه	
	کنترل	مداخله
بعد ۱	قبل از مداخله	۲/۴ ± ۰/۶۸
	بعد از مداخله	۱/۷ ± ۰/۴۷
بعد ۲	قبل از مداخله	۱/۷ ± ۰/۹۹
	بعد از مداخله	۱/۰۷ ± ۰/۵۳
بعد ۳	قبل از مداخله	۱/۰۳ ± ۰/۹۳
	بعد از مداخله	۰/۵۷ ± ۰/۵۶
بعد ۴	قبل از مداخله	۰/۲۳ ± ۰/۱۵
	بعد از مداخله	۰/۱۳ ± ۰/۱
بعد ۵	قبل از مداخله	۰/۸ ± ۰/۴۱
	بعد از مداخله	۰/۵۷ ± ۰/۵۱
بعد ۶	قبل از مداخله	۱/۴۷ ± ۱/۱۴
	بعد از مداخله	۰/۷۷ ± ۰/۷۷
بعد ۷	قبل از مداخله	۱/۵۳ ± ۰/۹
	بعد از مداخله	۶۷ ± ۰/۶۶
کل	قبل از مداخله	۹/۱۷ ± ۳/۴۵
	بعد از مداخله	۵/۵ ± ۲/۴
سطح معنی داری	کنترل	مداخله
	۰/۳۸۷	۲/۲۷ ± ۰/۷۰
	۰/۰۰۰۱	۲/۳۷ ± ۰/۵
	۰/۳۹۱	۱/۹ ± ۰/۹۷
	۰/۰۰۰۱	۱/۶۳ ± ۰/۶۷
	۰/۷۲۳	۱/۰۷ ± ۰/۸۳
	۰/۰۰۲	۱/۱۷ ± ۰/۸
	۰/۲۸۹	۰/۰۳ ± ۰/۰۳
	۰/۵۴۴	۰/۰۳ ± ۰/۰۳
	۰/۰۵۴	۰/۵۷ ± ۰/۵۱
	۰/۱۸	۰/۷۳ ± ۰/۴۶
	۰/۳۱۸	۱/۲ ± ۱/۲
	۰/۰۶۸	۱/۲ ± ۰/۹۳
	۰/۴۲۸	۱/۳۷ ± ۰/۷۲
	۰/۰۰۰۱	۱/۳۷ ± ۰/۶۷
	۰/۳۵۲	۸/۴ ± ۲/۸۶
	۰/۰۰۰۱	۸/۵ ± ۲/۳

جدول (۴): مقایسه میانگین ابعاد پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ برای گروه مداخله و گروه کنترل قبل و بعد مداخله

متغیر	گروه	مقطع		سطح معنی داری
		قبل از مداخله	بعد از مداخله	
بعد ۱	مداخله	۲/۴ ± ۰/۶۸	۱/۷ ± ۰/۴۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۲۷ ± ۰/۷۰	۲/۳۷ ± ۰/۵	۰/۳۶۶
بعد ۲	مداخله	۱/۷ ± ۰/۹۹	۱/۰۷ ± ۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱/۹ ± ۰/۹۷	۱/۶۳ ± ۰/۶۷	۰/۰۱۱
بعد ۳	مداخله	۱/۰۳ ± ۰/۹۳	۰/۵۷ ± ۰/۵۶	۰/۰۰۰۲
	کنترل	۱/۰۷ ± ۰/۸۳	۱/۱۷ ± ۰/۸	۰/۲۵۷
بعد ۴	مداخله	۰/۲۳ ± ۰/۱۵	۰/۱۳ ± ۰/۱	۰/۷۰۵
	کنترل	۰/۰۳ ± ۰/۰۳	۰/۰۳ ± ۰/۰۳	۰/۹۹۹
بعد ۵	مداخله	۰/۸ ± ۰/۴۱	۰/۵۷ ± ۰/۵۱	۰/۰۲
	کنترل	۰/۵۷ ± ۰/۵۱	۰/۷۳ ± ۰/۴۶	۰/۰۲۵
بعد ۶	مداخله	۱/۴۷ ± ۱/۱۴	۰/۷۷ ± ۰/۷۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۲ ± ۱/۲	۱/۲ ± ۰/۹۳	۰/۹۹۹
بعد ۷	مداخله	۱/۵۳ ± ۰/۹	۰/۶۷ ± ۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱/۳۷ ± ۰/۷۲	۱/۳۷ ± ۰/۶۷	۰/۹۹۹
کل	مداخله	۹/۱۷ ± ۳/۴۵	۵/۵ ± ۲/۴	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۸/۴ ± ۲/۸۶	۸/۵ ± ۲/۳	۰/۷۱۷

بحث

خواب آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۸). باقری و همکاران در سال ۲۰۰۷ یک بررسی مقطعی و توصیفی تحلیلی انجام دادند که نتایج نشان داد ارتباط معناداری بین کیفیت خواب و ابعاد مختلف کیفیت زندگی واحدها وجود دارد به طوری که که کیفیت خواب پایین اثرات منفی و معناداری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران دارد و هر چه کیفیت خواب کمتر می‌شود، ابعاد مختلف کیفیت زندگی واحدها نیز کمتر می‌گردد و بیشترین تأثیر منفی کیفیت خواب به ترتیب بر درک سلامت عمومی، وضعیت ذهنی خواب و درد جسمانی واحدهای مورد بررسی و کمترین تأثیر بر بعد انرژی و زنده دلی آنان می‌باشد. همچنین یافته‌ها نشان داد که اکثریت پرستاران دچار اختلال در شروع خواب بوده و طول مدت خواب شبانه آنان کوتاه می‌باشد. همچنین آنان زودتر از زمان مورد نظر از خواب بیدار می‌شوند (۲۹). یافته‌های پژوهش ما نیز هم راستا با این نتایج می‌باشد و نتایج ما نشان می‌دهد که تغییر در سبک زندگی پرستاران باعث افزایش کیفیت ذهنی خواب، کاهش تأخیر در به خواب رفتن و افزایش مدت‌زمان خواب می‌شود

در بررسی بعد ۱ (کیفیت ذهنی خواب): قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ولی بعد از مداخله اختلاف آماری بین دو گروه معنی‌دار بود. همچنین در بررسی در داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله قابل مشاهده بود به طوری که نمره کیفیت خواب از مشکل خواب جدی به متوسط کاهش یافته بود. در بررسی داخل گروه کنترل بعد از انجام مداخله نیز اختلاف آماری معنی‌دار نبود و مشکل خواب همچنان جدی بود. مرادی و همکاران در یک بررسی نشان دادند که ۶۷/۳۱ درصد از پرستاران دارای کیفیت خواب نامطلوب هستند (۲۵). خواجه حسینی و همکاران در بررسی کیفیت خواب پرستاران بیمارستان‌های شهر رفسنجان بیان کردند که ۶۷/۹ درصد از پرستاران از خواب نامطلوب رنج می‌برند (۲۶). فلو^۱ و همکاران نیز در پژوهشی گزارش کردند که ۳۷/۶ درصد از پرستاران نروژی کیفیت خواب نامطلوبی دارند (۲۷). شغل پرستاری به دلیل ماهیت کار و الگوی نامنظم خواب و بیداری منجر به کاهش طول مدت خواب پرستاران شده و در نتیجه کیفیت

¹ Flo

در بررسی بعد ۲ (تأخیر در به خواب رفتن): قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ولی بعد از مداخله اختلاف آماری بین دو گروه معنی‌دار شده است. در بررسی داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله قابل مشاهده می‌باشد به طوری که میانگین نمره کیفیت خواب کاهش یافته است و مشکل خواب کمتر شده است. در بررسی داخل گروه کنترل بعد از انجام مداخله نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده می‌شود. کلاگری و همکاران با بررسی اختلالات خواب در ۷۵۱ پرستار شاغل در بیمارستان دریافتند که بیش از ۵۰ درصد از واحدها مبتلا به اختلال در شروع خواب هستند، به طوری که بیش از ۴۵-۳۰ دقیقه بعد از رفتن به بستر به خواب می‌روند. اختلال در تداوم خواب و اختلال در بیدار شدن (بیدار شدن زودرس) نیز در بیش از ۵۰ درصد واحدها دیده شد به نحوی که آن‌ها حدود ۲ تا ۳ ساعت زودتر از زمان مورد نظر خود، از خواب بیدار می‌شوند و در پی آن احساس ضعف، خستگی و رخوت می‌کنند (۳۰). که هم راستا با نتایج مطالعات ما می‌باشد به طوری که در بررسی اختلالات خواب در قبل از مداخله میانگین نمرات به دست آمده $0/41 \pm 0/8$ بوده است که بعد از مداخله به $0/51 \pm 0/57$ کاهش یافته است و با اختلاف آماری معنی‌دار نشان‌دهنده تأثیر مثبت تغییر سبک زندگی در بهبود اختلالات خواب می‌باشد.

در بررسی بعد ۳ (مدت زمان خواب): قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه کنترل و مداخله وجود ندارد ولی بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار شده است. در بررسی داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله قابل مشاهده می‌باشد به طوری که میانگین نمره کیفیت خواب از مشکل خواب جدی به متوسط کاهش یافته است. در بررسی داخل گروه کنترل بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌شود و مشکل خواب همچنان جدی می‌باشد. در مطالعه مرتضی طاهری و همکاران که در سال ۲۰۲۰ و تحت عنوان رابطه کیفیت خواب با فعالیت بدنی و سبک زندگی سالمندان انجام شد، مشخص گردید که سبک زندگی از منظر فعالیت بدنی ارتباط معنی‌داری با رفتار خواب در سالمندان دارد و باعث کاهش مدت زمان سپری شده در رختخواب می‌گردد (۳۱).

در بررسی بعد ۴ (میزان بازدهی خواب): چه قبل از مداخله و چه بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل مشاهده نمی‌گردد. همچنین چه در داخل گروه مداخله و چه در داخل گروه کنترل بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری

وجود ندارد و مشکل خواب در هر دو گروه همچنان جدی می‌باشد. در بررسی بعد ۵ (اختلالات خواب): قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود دارد. بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل مشاهده نمی‌شود. در بررسی داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله وجود دارد. در داخل گروه کنترل نیز بعد از انجام مداخله اختلاف آماری معنی‌دار بوده است. دموس^۱ و همکاران با بررسی عوامل سلامتی و کاری در ۱۸۸ پرستار دریافتند که پرستارانی که اکثراً شب کاری دارند، اشتباهات دارویی و کاری بیشتر، سطوح انرژی کمتر و اختلال خواب بیشتری نسبت به پرستاران در سایر نوبت‌های کاری دارند بنابراین توجه به افزایش کیفیت خواب حائز اهمیت است (۳۲).

در بررسی بعد ۶ (استفاده از داروهای خواب آور): قبل و بعد از انجام مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. در داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد به طوری که مشکل خواب از وضعیت جدی به متوسط کاهش یافته است. در داخل گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌دار نمی‌باشد و مشکل خواب همچنان جدی است. در بررسی بعد ۷ (اختلالات عملکردی روزانه): قبل از انجام مداخله بین گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ولی بعد از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده می‌گردد. در بررسی داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله وجود دارد به طوری که مشکل خواب از حالت جدی به حالت متوسط تبدیل شده است. در داخل گروه کنترل بعد از انجام مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌گردد و مشکل خواب همچنان جدی است. طاهر تیزدست و همکاران در سال ۱۳۹۶ مطالعه‌ای باهدف تعیین رابطه بین کیفیت خواب با سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد واحد تهران شمال انجام دادند. نتایج به دست آمده نشان داد که بین کیفیت خواب با سازگاری اجتماعی دانشجویان رابطه معنادار مثبت وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که اختلال عملکرد روزانه، مصرف داروی خواب، طول مدت خواب و اختلال‌های خواب به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌های سازگاری اجتماعی می‌باشند (۳۳). نتایج به دست آمده از پژوهش ما نیز در این راستا می‌باشد و تغییر سبک زندگی در پرستاران باعث کاهش اختلالات عملکردی روزانه و کاهش مصرف داروی خواب آور می‌گردد. با توجه به نتایج به دست آمده، قبل از انجام مداخله بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌گردد ولی بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین

¹ Demoss and Haus

به عنوان یکی از اجزای سلامتی مورد ارزیابی قرار دهند. کاهش کیفیت خواب پرستاران می تواند کیفیت زندگی آنان را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد، با توجه به نتایج حاصل از پژوهش ما، و تأثیر مثبت آموزش بهداشت خواب، تکنیک های آرام سازی و ورزش و به طور کلی اصلاح سبک زندگی بر روی بهبود خواب، پرستاران می توانند از این تکنیک ها بهره مند شوند. لذا پیشنهاد می شود عوامل مؤثر بر کیفیت خواب پرستاران و موارد ایجاد کننده خستگی با توجه به نوع بخش و سیستم ها و شیوه های مدیریتی مختلف مورد بررسی قرار گیرد و در جهت ارتقا و حفظ آن در وضعیت مناسب و ایده آل و بالطبع بهبود کیفیت زندگی آنان راهکارهای مناسب دیگری نیز به مجموعه این مداخلات افزوده گردد. محققین توصیه می کنند تأثیر این مداخله را بر روی سایر ابعاد زندگی یا کاری پرستاران مورد مطالعه قرار گرفته و مطالعه ای مشابه بر روی پرستاران مرد صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منبج از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد گرایش داخلی جراحی با کد اخلاق IR.UMSU.1401.092 از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. بر خود واجب میدانیم مراتب قدردانی و سپاس خویش را از کلیه مسئولین محترم، اساتید گرامی و همچنین مسئولین محترم بیمارستان امام طالقانی و امام خمینی ارومیه که در این مطالعه ما را یاری نمودند و پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاضر که نتایج به دست آمده، حاصل همکاری صمیمانه آنان است، ابراز نمایم.

دو گروه مشاهده می شود. در داخل گروه مداخله، بعد از انجام مداخله اختلاف آماری معنی داری نسبت به قبل از مداخله وجود دارد به طوری که کیفیت خواب افزایش پیدا کرده است. در داخل گروه کنترل نیز بعد از انجام مداخله اختلاف آماری معنی داری نسبت به قبل از مداخله مشاهده نمی گردد و کیفیت خواب همچنان ضعیف می باشد.

از محدودیت ها و مشکلات پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: (۱) عدم همکاری برخی از پرستاران در تکمیل پرسشنامه (۲) عدم خواندن مطالب توسط برخی پرستاران (۳) شرایط روانی و کاری پرستاران که در اثر عوامل محیطی روزمره در طول مطالعه متغیر بوده و باعث بی حوصلگی و کاهش همکاری پرستاران می گردد. در صورت عدم همکاری پرستاران، جلسات توجیهی برگزار می شد و اهمیت موضوع گوشزد می گردید. همچنین در کانال واتساپ مطالب به روز مرتبط با مداخلات انجام شده برای پرستاران ارسال می شد تا فضای مداخله دلپذیرتر شود. و در صورت نیاز نیز پرستاران جایگزین در نظر گرفته شد. برای رعایت نکات اخلاقی نیز پرسشنامه ها بی نام ماندند و اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان در پژوهش نیز محرمانه ماند.

نتیجه گیری

مدیران پرستاری در قبال کارکنان خود در سیستم های بهداشتی درمانی مسئول می باشند و باید شرایط کار را به گونه ای فراهم کنند که کیفیت خواب پرستاران افزایش یابد. همچنین خود پرستاران نیز باید به صورت منظم عادات و وضعیت خواب خود را

References:

1. Molazem Z, Ahmadi, Mohammadi I, Bolandparvaz S. Nurses presence: Patients view of care. Med Ethics History Med 2010;3(3):44-55. (Persian)
2. Valizadeh S, Fallahi Khoshknab M, Mohammadi E, Ebrahimi H, Arshadi Bostanabad M. Nurse's perception from barriers to empowerment: a qualitative research. Nurs Midwifery J 2015;12(12):1128-38. (Persian)
3. Nabizadeh-Gharghozar Z, Sharifi K. Lifestyles of Iranian Nurses, Challenges and Solutions: A Systematic Review. Q J Nurs Manag 2020;9(1):36-45. (Persian)
4. Shamsi SA, Salehzadeh M, Ghavami H, Asl RG, Vatani KK. Impact of lifestyle interventions on reducing dietary sodium intake and blood pressure in patients with hypertension: A randomized controlled trial. Turk Kardiyol Dern Ars 2021;49(2):143-50. (Persian). <https://doi.org/10.5543/tkda.2021.81669>
5. Department of Health & Human Services. State Government of Victoria & Australia.
6. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. J Clin Sleep Med 2015;11(6):591-2. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>

-
7. Farhadi Nasab A AH. [Study of patterns and subjective quality of sleep and their correlation with personality traits among Medical Students of Hamadan University of Medical Sciences]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2008;15(1):11-5. (Persian). <https://doi.org/10.32598/qums.15.10.2441>
8. Fortier-Brochu E B-BS, Ivers H, Morin CM. Relations between sleep, fatigue, and health-related quality of life in individuals with insomnia. *J Psychosom Res* 2010;69(5):475-83. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.05.005. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.05.005>
9. Sallinen M, Kecklund G. Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:121-33. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2900>
10. Garde AH, Hansen AM, Hansen J. Sleep length and quality, sleepiness and urinary melatonin among healthy Danish nurses with shift work during work and leisure time. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82(10):1219-28. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0419-4>
11. Øyane NM, Pallesen S, Moen BE, Akerstedt T, Bjorvatn B. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *PLoS One* 2013;8(8):e70228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070228>
12. Saberi HR, Moraveji AR. Gastrointestinal complaints in shift-working and day-working nurses in Iran. *J Circadian Rhythms* 2010;8:9. (Persian). <https://doi.org/10.1186/1740-3391-8-9>
13. Kim HI, Jung SA, Choi JY, Kim SE, Jung HK, Shim KN, et al. Impact of shiftwork on irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *J Korean Med Sci* 2013;28(3):431-7. <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.3.431>
14. Davis S, Mirick DK, Chen C, Stanczyk FZ. Night shift work and hormone levels in women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21(4):609-18. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-11-1128>
15. Flo E, Pallesen S, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Hilde Nordhus I, et al. Shift work disorder in nurses - assessment, prevalence and related health problems. *PLoS One* 2012;7(4):e33981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>
16. Babamiri M, Mocini B, Tahmasian H, Barati M, Roshanai G. The Study of Sleep Health Education Effect on Sleep Quality Among Lorestan Nursing Personnel. *Iran-J-Ergon* 2017;4(4):8-13. (Persian). <https://doi.org/10.21859/joe-04042>
17. Binks H, G EV, Gupta C, Irwin C, Khalesi S. Effects of Diet on Sleep: A Narrative Review. *Nutrients* 2020;12(4). <https://doi.org/10.3390/nu12040936>
18. Bravo R, Matito S, Cubero J, Paredes SD, Franco L, Rivero M, et al. Tryptophan-enriched cereal intake improves nocturnal sleep, melatonin, serotonin, and total antioxidant capacity levels and mood in elderly humans. *Age (Dordr)* 2013;35(4):1277-85. <https://doi.org/10.1007/s11357-012-9419-5>
19. Farhud D, Tahavorgar A. Melatonin Hormone, Metabolism and its Clinical Effects: A Review. *Iran J Endocrin Metab* 2013;15(2):211-23. (Persian)
20. Roozbahani T, Norian M, Saatchi K, Moslemi A. effects of Progressive Muscle Relaxation on sleep Quality in Pre-university students: A Randomized clinical Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2016;24(1):16-23. (Persian). <https://doi.org/10.20286/nmj-24013>
21. Ghafari s, Ahmadi f, Nabavi s, Memarian r, Kazemnejad a. Effect of applying progressive muscle relaxation technique on fatigue in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Uuniv Med Sci* 2008;10(1):61-8. (Persian). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02787.x>
22. Azarniveh MS, Tavakoli Khormizi SA. Effect of physical activity on quality of sleep in female students. *J Gorgan Univ Med Sci* 2016;18(2):108-14. (Persian)

23. Hosseinabadi R NK, Poorismaili Z, Karimloo M. [Acupoint massage in improving sleep quality of order adults]. *J Rehab* 2008;34(2):5-10. (Persian)
24. Rezaei Ardani A TA, Borhani Moghani M, Nejati R., Sabouri S SS, et al. [Assessment the rules of demographic variables and body mass index in sleep quality among medical students]. *J Fundam Ment Health* 2012;14(2):132-39. (Persian)
25. Moradi B, Barakat S. Investigation of Sleep Quality of Nurses and Its Relationship with Musculoskeletal Disorder Prevalence and Job Stress. *J Occup Hygiene Engineer* 2021;8(1):26-36. (Persian)
26. Khajeh Hosseini S SA, Mobini Lotfabad M, Heidari S. Sleep Quality among shift-working nurses in the hospitals of Rafsanjan city, Iran, in 2018. *Health Dev J* 2019;8(2):141-51. (Persian)
27. Flo E PS, Magerøy N, Moen BE, Grønli J, Nordhus IH., al. e. Shift work disorder in nurses—assessment, prevalence and related health problems. *PloS One* 2012;7(4):e33981. PMID:22485153 DOI: 10.1371/journal.pone.0033981. 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>
28. Samaha E LS, Samaha N, Wyndham J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *J Adv Nurs* 2007;59(3):221-32. PMID:17590207 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04338.x. 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04338.x>
29. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alacenejad F. The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses. *Hayat* 2007;12(4):13-20. (Persian)
30. Kalagri S. Investigating sleep disorders in nurses working in hospitals affiliated to the University of Medical Sciences and Health services of Shahid Beheshti. Master's thesis in nursing, Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 1992. <https://doi.org/10.29252/ijca.1.1.30>
31. Taheri M, Irandoust K. The Relationship Between Sleep Quality and Lifestyle of the Elderly. *Yektaweb_J* 2020;15(2):188-99. (Persian)
32. DeMoss C MM, Haus E, et al. Health and performance factors in health care shift workers. *J Occup Environ Med* 2004;46(12):1278-81.
33. Saeidi.Zh TT. Investigating the relationship between sleep quality and social adjustment of female students of North Tehran Azad University. The fourth international conference on recent innovations in counseling psychology and behavioral sciences. 2018. (Persian)

THE EFFECT OF VIRTUAL HEALTHY LIFESTYLE TRAINING PROGRAM ON THE SLEEP QUALITY OF FEMALE NURSES WORKING IN THE EDUCATIONAL AND TREATMENT CENTERS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES IN 2022

Farzane Zafarramazanian¹, Haleh Ghavami², Vahid Alinejad³, Madineh Jasemi⁴

Received: 11 May, 2023; Accepted: 16 August, 2023

Abstract

Background & Aim: Considering that nurses are the main members in providing direct care to patients and various factors lead to a decrease in their sleep quality, therefore they need a healthy lifestyle to provide the best and most effective care services. Lifestyle includes various factors. So far, no study has investigated the simultaneous effect of several factors in the form of virtual training on the sleep quality of nurses, so in this research we intended to investigate the effect of three elements of these factors (sleep hygiene, techniques related to progressive muscle relaxation and check out aerobic sports). The present study was conducted with the aim of determining the effect of virtual training three examples of lifestyle interventions on the quality of sleep of female nurses working in the educational and treatment centers of Urmia University of Medical Sciences.

Materials & Methods: The current research was a clinical trial with a pre-post-test design that was conducted with the participation of 60 nurses from Taleghani and Imam Khomeini Hospitals in Urmia. The study population were selected using convenience sampling method, and randomly divided into control and intervention groups (30 nurses in each group). Nurses in the intervention group received educational content related to sleep hygiene, techniques related to progressive muscle relaxation, and videos related to aerobic exercise for two months online. The nurses of the control group did not receive any intervention from the researcher. Pittsburgh Sleep Quality questionnaires and demographic information were completed before and after the intervention. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics by SPSS version 22 statistical software.

Results: Before the intervention, there was no statistically significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics ($p>0.05$). There was no significant difference in the total mean score of the Pittsburgh sleep quality in the control group before and after the intervention ($p>0.05$), but there was a significant difference in the intervention group before and after the intervention ($p=0.001$). The mean score of the Pittsburgh sleep quality was the same between the two intervention and control groups before the intervention ($p>0.05$). However, there was a statistically significant difference between the two intervention and control groups after the intervention ($p=0.001$).

Discussion: The findings showed that the simultaneous training of sleep hygiene, techniques related to progressive muscle relaxation, and aerobic exercises effectively increase the sleep quality of female nurses working in Taleghani Hospital and Imam Khomeini Hospital in Urmia. Therefore, it is recommended to use lifestyle modification training programs in hospital continuous education programs, and in future researches, the effect of other things related to lifestyle on the sleep quality of nurses should be investigated.

Keywords: Educational Program, Healthy Lifestyle, Nurses, Sleep Quality, Urmia University of Medical Sciences, Virtual

Address: Nursing and Midwifery College, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: +98443275496

Email: haleh_ghavami@yahoo.co.uk

This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Master's student in internal surgical nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

(Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran