

بررسی کیفیت خواب و استفاده از داروهای خواب آور در بالغین بستری در بخش های داخلی بیمارستان اکباتان همدان

دکتر فاطمه زراعتی*، دکتر محمدعلی سیف ربیعی**، دکتر ملیحه عراقچیان***، دکتر طاهره صبوری****

دریافت: ۸۸/۹/۱۱، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۵

چکیده:

مقدمه و هدف: بستری شدن در بیمارستان می تواند به طور چشمگیری الگوی خواب را مختل کند. با توجه به شیوع مشکل بی خوابی و مصرف گسترده بنزودیازپین ها و سایر داروهای خواب آور در بیماران بستری این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خواب و چگونگی استفاده از داروهای خواب آور در بیماران بزرگسال بستری در بخشهای داخلی بیمارستان اکباتان همدان در سال ۱۳۸۶ انجام پذیرفت.

روش کار: مطالعه به روش توصیفی، تحلیلی - مقطعی انجام گرفت و به ارزیابی کیفیت خواب در ۳۰۰ بیمار بالای ۱۸ سال بستری در بخش های داخلی که رضایت به شرکت در مطالعه داشتند پرداخت. پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI) برای ارزیابی کیفیت خواب بیماران در دو زمان بدو مراجعه و حین ترخیص تکمیل شد. همچنین ارتباط فاکتورهای موثر در کیفیت خواب مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و مصرف داروهای خواب آور در دو مرحله قبل و در طول مدت بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری t-test و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در بدو مراجعه ۳۶٪ بیماران کیفیت خواب مطلوب (امتیاز کمتر از ۵) داشتند، در حالیکه این درصد در حین ترخیص باز هم کاهش یافته به ۱۸/۳٪ رسید. میانگین کلی امتیاز کیفیت خواب در بدو مراجعه ۷/۶ و در هنگام ترخیص ۹/۴ بود که نشانگر بدتر شدن کیفیت خواب می باشد و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.05$). ۲۳٪ از بیماران در مدت بستری در بیمارستان داروی خواب آور استفاده می کردند در حالیکه قبل از بستری هیچ داروی خواب آوری استفاده نمی کردند. در همه بیماران از بنزودیازپین ها به عنوان داروی خواب آور استفاده شده بود. در گروه سنی ۱۸-۳۰ سال اختلاف معنی داری در بدتر شدن کیفیت خواب نسبت به سایر گروههای سنی حین ترخیص وجود داشت. نتیجه نهایی: بیماران در حین ترخیص، کیفیت خواب بدتری را نسبت به بدو مراجعه تجربه کردند. به نظر می رسد علیرغم استفاده گسترده از داروهای خواب آور مشکل بدتر شدن خواب در بیمارستان ها همچنان پابرجا مانده است.

کلید واژه ها: اختلالات به خواب رفتن و در خواب باقی ماندن / بستری شدن در بیمارستان / خواب / خواب آورها و آرام بخش ها

مقدمه:

خواب برای سلامت و کیفیت زندگی ضروری است (۲،۳). ولی تغییرات طبیعی سن، مشکلات طبی، مشکلات روانپزشکی، موضوعات روانی - اجتماعی در مسیر رشد و افزایش سن می توانند الگوی خواب را تغییر دهند و بنابراین کیفیت زندگی بزرگسالان را تحت تأثیر قرار

خواب حالتی منظم و تکرار شونده است که به آسانی قابل برگشت است و از مشخصات آن بی حرکتی نسبی و افزایش قابل توجه آستانه پاسخ به محرک های بیرونی نسبت به حالت بیداری است (۱).

* دانشیار گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (zeraati@umsha.ac.ir)

** استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** عضو هیأت علمی گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

**** دکتری حرفه ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

جزو عوارض مصرف بنزودیازپین ها می باشند. با استفاده ۱-۲ هفته ای از بنزودیازپین های کوتاه اثر و متوسط اثر نسبت به این دارو مقاومت ایجاد می شود و با قطع ناگهانی علائم اضطراب، گیجی، بی خوابی و تغییرات ادراکی و سردرگمی در مصرف کنندگان پیدا می شود (۱۱).

با توجه به اهمیت خواب و درمان صحیح بی خوابی و همچنین شیوع بالای بی خوابی در جامعه و نیز انجام نشدن مطالعات مشابه در این زمینه در سطح کشور و استان این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خواب و چگونگی استفاده از داروهای خواب آور در بیماران بالغ بستری شده در بخشهای داخلی بیمارستان اکباتان همدان در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی - مقطعی می باشد که حجم نمونه آن براساس فرمول آماری و با توجه به درصد ریزش احتمالی ۳۰۰ نفر تعیین گردید. شرایط ورود به مطالعه بدین قرار بود:

سن بالای ۱۸ سال، بستری در یکی از بخش های داخلی، تمایل به همکاری و تکمیل پرسشنامه، عدم استفاده قبلی از داروهای خواب آور، عدم وجود درد و یا بیماری های مزمن که باعث اختلال خواب شوند.

بیماران مورد مطالعه از بین بیماران بستری در بخش های مختلف داخلی (نفرولوژی، ریه، گوارش، قلب) به شیوه نمونه گیری چند مرحله ای به شرح زیر انتخاب شدند:

در مرحله اول حجم نمونه بین ۴ بخش مختلف داخلی به طور مساوی تقسیم شدند. یعنی از هر بخش ۷۵ نفر انتخاب و در مرحله دوم این افراد به طور متوالی از بین بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب گردیدند.

نمونه ها طی ۲ مرحله (بدو ورود و حین ترخیص) پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب را پر کردند. پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب مورد بررسی پترزبورگ (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) بود که یک ابزار موثر برای سنجش کیفیت و الگوی خواب در بزرگسالان می باشد و با اندازه گیری هفت جزء، خواب بد را از خواب خوب متمایز می کند.

این هفت جزء شامل: کیفیت خواب توصیفی توسط بیمار، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کیفیت

می دهند (۴). اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که خواب کارکرد تعادلی و ترمیمی دارد و به نظر می رسد در تنظیم درجه حرارت و حفظ انرژی اهمیت اساسی داشته باشد (۱).

بی خوابی یک شکایت فردی به خاطر نارضایتی از کمیت، کیفیت یا زمان خواب است (۵،۶). تخمین زده می شود که این اختلال تقریباً در ۲۵-۱۲٪ جمعیت عمومی رخ می دهد اگرچه این تخمین احتمالاً کمتر از میزان واقعی آن می باشد چون شواهدی وجود دارد که نشان می دهد بسیاری از بزرگسالان مشکلات خواب خود را به پرسنل پزشکی گزارش نمی کنند (۷،۸). افراد محروم از خواب ممکن است دچار تحریک پذیری و بی حالی شوند. در مطالعه ای روی موش ها محرومیت از خواب سبب ایجاد نشانگانی از جمله ظاهری ضعیف و نحیف، ضایعات پوستی، کاهش وزن، افزایش مصرف انرژی، افزایش مصرف غذا، کاهش درجه حرارت بدن و مرگ شد (۱).

به وضوح مشخص شده است که بستری شدن در بیمارستان به طور چشمگیری الگوی خواب را مختل می کند (۹،۶). تأثیر بیماری، عوامل محیطی مختل کننده خواب، داروها، اضطراب و افسردگی شایعترین علل کم خوابی حاد در بیماران بستری در بیمارستان می باشد. محققان نشان داده اند که بی خوابی در بیماران بستری منجر به خستگی، تحریک پذیری و همچنین کاهش تحمل درد می شود (۶).

بطور کلی با اصلاح بیماری زمینه ای، کاهش مختل کننده های محیطی خواب و کاهش اضطراب با مداخلات روانپزشکی و آموزش آرامش یا دارودرمانی می توان بی خوابی را درمان کرد (۱۰).

بنزودیازپین ها شایع ترین داروهای مورد استفاده برای کنترل دارویی بی خوابی حاد در بیماران بستری و سرپایی می باشند (۱۱،۱۲) از میان داروهای موجود، بنزودیازپین های کوتاه اثر و متوسط اثر مانند لورازپام و اکسازپام شایع ترین داروهایی هستند که به کار می روند، اگرچه این داروها کارایی خوبی داشته و نسبتاً ایمن و بی خطر هستند ولی دارای عوارض جانبی زیادی بوده که به طور شایع در استفاده با دوز بالا و مصرف طولانی مدت بیشتر مشاهده می شوند (۱۳). شایعترین اثرات جانبی شامل باقی ماندن اثر آرامبخشی در طول روز، فراموشی آنتروگرید و دپرسیون تنفسی می باشد. واکنش های بی خوابی نیز

اطلاعات مربوط به گروههای جنسی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲: میانگین امتیاز کیفیت خواب بر حسب گروههای جنسی بیماران مورد مطالعه در بدو مراجعه و حین ترخیص

میانگین امتیاز کیفیت خواب		گروه جنسی
حین ترخیص	بدو ورود	
۹/۵۲	۷/۲۸	مرد
۹/۳۸	۸/۰۳	زن
T=0.25 Pv>0.05	T=1.3 Pv>0.05	نتیجه آنالیز ستونی

اطلاعات مربوط به وضعیت تأهل ۲۸۹ بیمار در پرسشنامه ها ثبت شده بود که از این تعداد ۲۲۵ بیمار (۷۷/۸٪) متأهل، ۴۶ بیمار (۱۵/۹٪) همسر مرده، ۱۷ بیمار (۵/۸٪) مجرد و یک بیمار مطلقه بودند. میانگین امتیاز کیفیت خواب در بدو مراجعه و حین ترخیص براساس وضعیت تأهل در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین امتیاز کیفیت خواب بر حسب وضعیت تأهل بیماران مورد مطالعه در بدو مراجعه و حین ترخیص

میانگین امتیاز کیفیت خواب		وضعیت تأهل
حین ترخیص	بدو ورود	
۹/۳	۷/۵	متأهل
۷/۸	۵/۵	مجرد
۱۰/۶	۹/۲	همسر مرده
Pv>0.05	Pv= 0.017	نتیجه آنالیز ستونی
Wilks 8= 0.995 , Pv=0.7 , F=4.1		نتیجه آنالیز سطر

نتایج مربوط به سطح تحصیلات ۲۸۴ بیمار در پرسشنامه ها قید شده بود که از این تعداد ۱۶۶ بیمار (۵۸/۴٪) بیسواد، ۱۰۱ بیمار (۳۵/۵٪) زیر دیپلم، ۱۳ بیمار (۴/۵٪) دیپلم و ۴ بیمار (۱/۴٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. جهت اعتبار بخشی به نتایج تست های آماری دو گروه آخر (دیپلم و تحصیلات دانشگاهی) با هم ادغام شدند. میانگین امتیاز کیفیت خواب افراد بیسواد حین بستری (۸/۳) نسبت به سایر گروهها بالاتر بود و با گروه زیر دیپلم (۶/۸) این اختلاف معنی دار بود (P.v=0.015). در حین ترخیص میانگین امتیاز در هر ۳ گروه افزایش یافته بود (به ترتیب ۹/۶، ۹، ۹/۴) که رابطه بین گروهها معنی دار نبود. در ضمن مقایسه دو به دو یافته ها در بدو مراجعه و حین ترخیص اختلاف معناداری را نشان نداد.

خواب عادی، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه طی ماه گذشته می باشد. امتیاز پاسخ ها از صفر تا ۳ نمره می باشد که نمره ۳ حد منفی امتیاز است و مقدار کلی امتیاز (حاصل از جمع امتیاز هفت جزء) ۵ یا بیشتر نشان دهنده کیفیت خواب بد و پایین تر از ۵ نشان دهنده کیفیت خواب خوب می باشد. پس از تکمیل پرسشنامه ها از سوی بیماران اطلاعات بدست آمده جهت آنالیز آماری وارد کامپیوتر شدند و با نرم افزار SPSS 10 و تحت آزمونهای آماری t-test و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی دار آزمون کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج:

یافته ها نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت خواب بیماران در بدو مراجعه ۷/۶ با انحراف معیار ۴/۸ و میانگین امتیاز کیفیت خواب در حین ترخیص ۹/۴ با انحراف معیار ۴/۵ بود. امتیاز کیفیت خواب در حین ترخیص نسبت به بدو مراجعه بیشتر بود که این رابطه از نظر آماری معنادار بود (P<0.05).

در بدو مراجعه ۱۰۸ بیمار (۳۶٪) امتیاز کیفیت خواب کمتر از ۵ و ۱۹۲ بیمار (۶۴٪) امتیاز کیفیت خواب ۵ یا بیشتر داشتند. در حین ترخیص ۵۵ بیمار (۱۸/۳٪) امتیاز کیفیت خواب کمتر از ۵ و ۲۴۵ بیمار (۸۱/۶٪) امتیاز کیفیت خواب ۵ یا بیشتر داشتند.

اطلاعات مربوط به سن ۲۸۹ بیمار در پرسشنامه ثبت شده بود که از این تعداد، ۳۱ بیمار (۱۰/۷٪) در گروه سنی ۱۸-۳۰ سال، ۹۱ بیمار (۳۱/۴٪) در گروه سنی ۳۱-۵۰ سال، ۷۰ بیمار (۲۴/۲٪) در گروه سنی ۵۱-۶۵ سال و ۹۷ بیمار (۳۳/۵٪) ۶۵ سال به بالا بودند. مقایسه میانگین امتیاز کیفیت خواب در گروههای سنی در بدو مراجعه و حین ترخیص در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: میانگین امتیاز کیفیت خواب بر حسب گروههای سنی بیماران مورد مطالعه در بدو مراجعه و حین ترخیص

میانگین امتیاز کیفیت خواب		گروه سنی (سال)
حین ترخیص	بدو ورود	
۱۰/۳	۶/۵	۱۸-۳۰
۸/۷	۶/۵	۳۱-۵۰
۹/۶	۷/۹	۵۱-۶۵
۹/۶	۸/۹	بیشتر از ۶۵
Pv>0.05	Pv= 0.003	نتیجه آنالیز ستونی
Wilks 8= 0.994 , Pv=0.004 , F=4.5		نتیجه آنالیز سطر

منفی بر خواب باشد مصرف نمی کردند. ۶۱ بیمار (۲۰/۶٪) داروهای مصرف می کردند که هر یک به نحوی باعث مختل شدن خواب و بیخوابی می شود (مانند آنتولول ، تنوفیلین و . . .). ۶۹ بیمار (۲۳٪) به دلیل مشکلات خواب و بی خوابی طی مدت بستری داروی خواب آور مصرف می کردند. ۸ بیمار (۲/۶٪) بدلایلی غیر از بی خوابی و مشکلات خواب طی مدت بستری از داروهای با اثر آرام بخش و ضد درد مثل استامینوفن کدئین و مورفین و . . . بصورت ۳ تا ۴ بار در روز و در هنگام نیاز استفاده می کردند. مقایسه میانگین امتیاز کیفیت خواب و داروهای مصرفی در طول مدت بستری در جدول ۵ آمده است که بدترین امتیاز کیفیت خواب مربوط به گروه با مصرف داروهای خواب آور بود.

جدول ۵: میانگین امتیاز کیفیت خواب برحسب نوع داروی مصرفی بیماران مورد مطالعه در بیمارستان در بدو مراجعه و

حین ترخیص		
میانگین امتیاز کیفیت خواب		
حین ترخیص	بدو ورود	گروه دارویی
۸/۷	۷/۱	عدم مصرف هر گونه داروی تأثیرگذار بر خواب
۶/۸	۸/۵	آرام بخش و مسکن
۹/۱	۶/۸	اثر منفی بر خواب
۱۲	۱۰	خواب آور

امتیاز کیفیت خواب گروههای دریافت کننده داروهای خواب آور و داروهای با تأثیر منفی بر خواب در هنگام ترخیص بیشتر از بدو مراجعه بود و کیفیت خواب هنگام ترخیص بدتر بود ولی در گروه با مصرف مسکن و آرامبخش کیفیت خواب بهتر شده بود. از ۶۹ بیماری که برای آنها داروی خواب آور تجویز شده بود داروی تجویز شده در همه موارد جزو بنزودیازپین ها بود. بدین صورت که برای ۵۱ بیمار (۷۳/۹٪) قرص اکسازپام ۱۰ میلی گرمی یک عدد قبل از خواب و ۵ بیمار (۷/۲٪) آلپرازولام یک میلی گرمی هر شب یک عدد قبل از خواب تجویز شده بود.

بحث:

در بررسی انجام شده بر روی کیفیت خواب بیماران بستری شده در بخش های داخلی و مصرف داروهای خواب آور نتایج نشان داد که بستری در بیمارستان باعث بدتر شدن کیفیت خواب بیماران می شود و بیماران علیرغم

از ۳۰۰ بیمار شرکت کننده در این مطالعه طول مدت بستری در ۲۶۳ بیمار ۱۴-۷ روز ، در ۲۱ بیمار ۲۱-۱۵ روز و در ۶ بیمار بیش از ۲۱ روز بود. این سه گروه از لحاظ میانگین امتیاز کیفیت خواب حین ترخیص مقایسه شدند که نتایج در این سه گروه به ترتیب ۹/۵ ، ۹/۲ و ۲/۵ بود. با توجه به کم بودن حجم نمونه در گروه سوم ، جهت افزایش اعتبار تست های آماری ، گروه دوم و سوم با هم ادغام شدند و بیماران به دو گروه با طول مدت بستری ۱۴-۷ روز و بیش از ۱۴ روز تقسیم شدند که میانگین امتیاز کیفیت خواب در بیماران با طول مدت بستری ۱۴-۷ روز ۹/۵ و در بیماران با طول مدت بستری بیش از ۱۴ روز ۸/۲ بدست آمد که از لحاظ آماری این تفاوت معنادار نبود.

نتایج مربوط به نوع بیماری و تعداد و درصد این بیماری ها و همچنین میانگین امتیاز کیفیت خواب در بدو مراجعه و حین ترخیص در این بیماران در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: میانگین امتیاز کیفیت خواب برحسب بیماریهای مختلف بیماران مورد مطالعه در بدو مراجعه و حین ترخیص بیماران مورد مطالعه

میانگین امتیاز کیفیت خواب			
نوع بیماری	تعداد	درصد	بدو ورود
نوع بیماری COPD و آسم	۵۲	۱۷/۳	۶/۵
CRF	۴۵	۱۵	۷/۶
بیماری عروق کرونر	۴۲	۱۴	۸/۹
خونریزی گوارشی و زخم پپتیک	۳۲	۱۰/۶	۶/۳
CHF	۲۷	۹	۹/۵
کانسرها	۲۱	۷	۸/۸
سیروز کبدی	۱۷	۵/۶	۱۰/۲
دیابت	۱۵	۵	۵/۴
بیماریهای روماتولوژیک	۱۴	۴/۶	۷/۵

همانطور که از اطلاعات این جدول پیداست بدترین امتیاز کیفیت خواب در بدو بستری مربوط به بیماران سیروتیک (۱۰/۲) و بهترین امتیاز مربوط به بیماران دیابتی (۵/۴) بود.

در آنالیز اطلاعات داروهای مصرفی بیماران شرکت کننده در این مطالعه در طی مدت بستری نتایج زیر حاصل شد :

۱۶۱ بیمار (۵۳/۶٪) هیچ دارویی که دارای تأثیر مثبت یا

بود ($P=0.0001$) و مداخلات انسانی، تست های تشخیصی و سر و صدای محیط به یک اندازه باعث آشفتگی بیماران شدند (۱۷).
در مطالعه حاضر به تأثیر عوامل محیطی بر کیفیت خواب پرداخته نشده است لیکن بنظر می رسد این عوامل نیز در این زمینه دخیل باشند لذا پیشنهاد می گردد در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرند.

نتیجه نهایی:

کیفیت خواب بیماران مورد مطالعه در هنگام ترخیص از بیمارستان به طور معنی داری بدتر از کیفیت خواب در بدو مراجعه بود. بنابراین بستری شدن در بیمارستان باعث بدتر شدن کیفیت خواب بیماران می شود و علیرغم استفاده از داروهای خواب آور بیماران همچنان مشکل بی خوابی را تجربه می کنند. لذا توصیه می گردد با توجه به موثر بودن وضعیت خواب بیماران در روند بهبودی آنها در تعیین عوامل ایجاد آن در بیمارستان و همچنین استفاده از داروهای موثرتر توجه بیشتری شود.

منابع:

1. Kaplan H, Sadock B. Normal sleep and disorders. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Clin Psychiatr 2003; 466-470.
2. Prinz P, Vitiello MV, Borson S. Geriatric psychiatry: sleep disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA(eds). Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders , 2005: 3669-3672.
3. Asplund R. Sleep disorder in the elderly. Drug Aging 1999; 14(9): 100-103.
4. Symith C. The Pittsburg sleep quality index (PSQI) the hartford institute for geriatric nursing issue number 6, November 1999.
5. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: a practical evidence based approach. CMAJ 2000; 162: 216-220.
6. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. Res Nurs Health 1987;10: 1455-163.
7. Walsleben J. Sleep disorder. Am J Nurs 1982; 82: 936-940.
8. Doment WC. The proper use of sleeping pill in the primary care setting. J Clin Psychiatr 1992; 53: 57-60.
9. Kaempfor SH. Comfort : Sleep. In: Johnson BL, Gross J (eds). Handbook of oncology nursing. New York: John Wiley & Sons , 1985: 167-184.
10. Berlin RM, Management of insomnia in hospitalized patients. Ann Intern Med 1984;398-404.
11. Wagner J, Wagner ML, Hening WA. Beyond

استفاده از داروهای خواب آور همچنان بی خوابی و اختلال خواب را تجربه می کنند.

در مطالعه حاضر کیفیت خواب در هنگام ترخیص به طور معنی داری بدتر از کیفیت خواب در بدو مراجعه بود که بیانگر تأثیر منفی بستری شدن در بیمارستان در ایجاد اختلال خواب می باشد.

در مطالعه فریگیتو با افزایش طول مدت بستری کیفیت خواب بیماران بهتر شده بود و این رابطه از نظر آماری معنادار بود (۱۴). در مطالعه ما کیفیت خواب با افزایش طول مدت بستری بهتر شد ولی این ارتباط معنادار نبود که می تواند به دلیل تعداد کم نمونه ها در بیماران یا مدت بستری طولانی باشد.

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در امتیاز کیفیت خواب از نظر جنس وجود نداشت. در حالیکه در مطالعه ای که توسط دوگان بر روی ۱۵۰ بیمار و ۵۰ فرد سالم بعنوان گروه کنترل با استفاده از پرسشنامه پترزبورگ انجام شد کیفیت خواب در زنان نسبت به مردان بدتر گزارش شد (۱۵) و برعکس در مطالعه فریگیتو کیفیت خواب در مردان بدتر از زنان ذکر گردیده است (۱۴).

در مطالعه حاضر بیماران علیرغم دریافت داروهای خواب آور همچنان دچار اختلال خواب بودند که نتایج مشابه در این زمینه در مطالعه ای که توسط فریگیتو انجام شده بدست آمده است. همه بیماران مصرف کننده داروهای خواب آور در مطالعه ما از بنزودیازپین ها استفاده می کردند که اکثراً آکسازپام بوده است. در مطالعه ذکر شده نیز اغلب بیماران از بنزودیازپین ها استفاده می کردند که اکثر موارد لورازپام و زولپیدم بوده است.

ایلوئیس کو و همکارانش در مطالعه ای تحت عنوان بررسی کیفیت خواب و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران همودیالیزی دریافتند که ۶۱ بیمار (۷۱٪) کیفیت خواب بد ($PSQI > 5$) دارند (۱۶).

فریدمن و همکارانش در مرکز طبی دانشگاه پنسیلوانیا مطالعه ای تحت عنوان درک بیماران از کیفیت خواب و علت اختلال خواب در ICU انجام دادند که نتایج بدین گونه بود :

علت اختلال خواب در بیماران بستری در ICU به خوبی مشخص نشد اما با محرک های محیطی بخصوص سر و صدا مرتبط بودند. در این مطالعه کیفیت خواب در ICU به طور واضحی نسبت به کیفیت خواب در خانه بدتر

- benzodiazepines: alternative pharmacologic agents for the treatment of insomnia. *Ann Pharmac Ther* 1998; 32: 680-691.
12. Ramesh M, Robert G. Use of night time benzodiazepines in an elderly in patient population. *J Clin Pharm Ther* 2002; 27: 93-97.
 13. Kruse WH. Problem and pitfalls in the use of benzodiazepines in the elderly. *Drug Safety* 1990; 5: 328-344.
 14. Frighetto L, Marra C, Bandali S, Jewesson P. Assessment of quality of sleep and the use of drug with sedating properties in hospitalized patients. *Health Qual Life Outcome* 2004; 2: 17.
 15. Dogon O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005; 14(1): 107-13.
 16. Iliescu E, Coo H, McMurray M. Quality of sleep and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplan* 2003; 18: 126-132.
 17. Freedman N, Kotzer N, Schwab R. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Care Med* 1999; 159(4): 1155-1162.