Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 3, Autumn 2011
Page: 153 - 158

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۰
صفحات: ۱۵۸ – ۱۵۳

بررسی ارتباط بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه

حسین حبیب‌زاده* PhD، حمید رضا خلخالی[۱] PhD، رضا قانعی[۱] MSc

**۱. دانشکده پرستاری مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ، ارومیه، ایران*

چکیده

اهداف: سندرم پاهای بی‌قرار، یک اختلال حرکتی است که با میل شدید به حرکت دادن پاها هنگام استراحت مشخّص می‌شود. بیماران مبتلا، اغلب تکان‌های ماهیچه‌ای را تجربه می‌کنند که سبب مختل شدن خواب می‌شود. میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار در بیماران بخش‌های مراقبت ویژه بیشتر از مردم عادی است. از این رو این مطالعه با هدف " بررسی ارتباط بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب" انجام شد.

روش‌ها: در پژوهش توصیفی تحلیلی حاضر، سیصد بیمار بستری در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۹به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیکی، غربال‌گری سندرم پاهای بی‌قرار، شدت سندرم پاهای بی‌قرار و کیفیت خواب استفاده شد. برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS16 و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: ۳۶/۳ درصد بیماران بستری در بخش‌های ویژه، دارای نشانه‌های سندرم پاهای بی‌قرار بودند. در گروه دارای اختلال خواب ۵۲/۷ درصد و در گروه فاقد اختلال خواب بیست درصد مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار بودند. شانس ابتلا به سندرم پاهای بی‌قرار در افراد دارای اختلال خواب ۴/۴۵ برابر افرادی بود که فاقد اختلال خواب بودند و شانس ابتلا به سندرم پاهای بی‌قرار در افراد دارای اختلال خواب به مراتب بیشتر از افرادی است که فاقد اختلال خواب بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای سندرم پاهای بی‌قرار و اختلال خواب در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، استفاده از روش‌های غربالگری برای شناسایی آن‌ها و تغییر در سبک زندگی برای کاهش عوامل خطر در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: سندرم پاهای بی‌قرار؛ اختلال خواب؛ بخش‌های مراقبت ویژه

Study of the relationship between restless legs syndrome and sleep disturbance among patients in Critical Care Units

Hoseyn Habibzade* PhD, Hamidreza Khalkhali[1] PhD, Reza Ghaneii[1] MSc

**1. Urmia Nursing and Midwifery faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

Abstract

Aims: Restless Legs Syndrome is a movement disorder characterized by a compelling urge to move the legs during rest or inactivity. Patients often experience muscle twitching leading to sleep disturbance. Restless legs syndrome is more prevalent among patients in critical care units than ordinary people. Hence, the present study has been implemented to investigate the correlation between restless legs syndrome and sleep disturbance.

Methods: In this descriptive-analytic study in 2010, 30 patients admitted to critical care units of University of Medical Sciences affiliated hospitals of Urmia city were selected using available-sampling method. Data-collecting instruments were information-included questionnaires on demographic characteristics, screening as well as the intensity of restless legs syndrome, and sleep quality. Data were analyzed by $SPSS_{16}$ statistical software and descriptive and inferential statistical tests.

Results: 36.3% of patients in critical care units showed signs of restless legs syndrome. In groups with and without sleep disturbance, respectively 52.7% and 20% of participants were suffering from restless legs syndrome. The syndrome incidence was 4.45-fold higher in patients with than those without sleep disorder. Findings revealed that developing the mentioned syndrome is far more probable in people with compared to those without sleep disturbance.

Conclusion: Given the high prevalence of restless legs syndrome and sleep disorder in critical care units patients, using the screening methods seems to be necessary for disorder identification and lifestyle alteration to reduce the associated risk factors among these patients.

Key words: Restless legs syndrome; Sleep disturbance; Critical Care Units

نویسنده مسؤول: حسین حبیب‌زاده. تمام درخواست‌ها باید به نشانی habibz_h@yahoo.com ارسال شوند.

دریافت مقاله:۱۳۸۹/۱۱/۱۹ پذیرش مقاله:۱۳۹۰/۵/۶

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

سندرم پاهای بی‌قرار اختلالی حرکتی است که با تمایل شدید به حرکت دادن پاها هنگام استراحت مشخّص می‌شود [۱]. بیماران مبتلا به این سندرم تمایل غیر قابل مقاومتی به حرکت دادن پاهای خود دارند و آن را به صورت احساس نامطلوبی توصیف می‌کنند که با دوره‌های عدم فعالیّت، بدتر می‌شود [۲]. در این اختلال، بیماران پرش‌های ماهیچه‌ای غیر ارادی و کوتاهی را تجربه می‌کنند که سبب مختل شدن خواب شبانگاهی می‌شود [۳]. برای تشخیص این اختلال، معیارهای ویژه‌ای توسط انجمن بین المللی مطالعات سندرم پاهای بی‌قرار مطرح شده است که شامل چهار مورد تمایل به حرکت انتهاها به طور مکرر در رابطه با احساس غیر طبیعی پوست، تسکین موقتی علایم ناخوشایند با حرکت دادن، شروع یا تشدید علایم با استراحت یا عدم تحرک و شروع یا تشدید علایم در شب است [۴].

حرکت ندادن پاها، با احساس ناخوشایند همراه است [۵]. بیماران این احساس ناخوشایند را به حرکت کردن کرم روی پوست، جریان یافتن آب درون پا، احساس وجود حشره در استخوان یا جریان برق در پاها تشبیه می‌کنند [۶ و ۷]. محل این احساس ناخوشایند در پاها، در بین زانو تا مچ پا است، هر چند با افزایش شدّت بیماری ممکن است علایم علاوه بر پاها به سایر اعضای بدن مثل تنه و لگن هم منتشر شود [۸]. با حرکت دادن پاها علایم ناخوشایند به طور موقتّی و ناقص تسکین می‌یابد و با استراحت یا عدم تحرک علایم شروع می‌شوند و یا تشدید می‌یابند [۴]. علایم سندرم پاهای بی‌قرار دارای نوسان شبانه روزی است، به طوری که در غروب یا شب شروع می‌شوند و در اوایل صبح فروکش می‌کنند [۹]. تشدید علایم در غروب عامل اصلی اختلال خواب در بیماران است [۱].

سندرم پاهای بی‌قرار، به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های غیر قابل تشخیص، چالشی برای مراقبت از خواب بیماران است [۱۰]. معاینه‌ی فیزیکی بیماران معمولاً نرمال است و به تشخیص بیماری کمک نمی-کند و تنها راه تشخیص نسبی این سندرم، بر اساس گزارش دادن علایم ذهنی از طرف بیمار مقدور است [۱۱ و ۱۲]. *تروت* می‌نویسد که ۳۲ تا ۸۱ درصد بیماران مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار، به دلیل علایم بیماری خود به پزشک مراجعه می‌کنند امّا سندرم پاهای بی‌قرار فقط در ۶ درصد این بیماران تشخیص داده می‌شود. پس از تشخیص بیماری هم، تنها سیزده درصد بیماران با داروهای مناسب درمان می‌شوند [۱۳]. شیوع سندرم پاهای بی‌قرار در کّل جمعیت حدود دو تا پانزده درصد است [۳]. میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار در بیماران بخش‌های ویژه بیشتر از مردم عادی است. مطالعه *کیم* و همکاران نشان داد که میزان شیوع سندرم پاهای بی‌قرار در بیماران بخش‌های ویژه در کره، ۲۸ درصد بوده است [۱۴]، امّا در ایران هنوز آمار درستی در دسترس نیست. سندرم پاهای بی‌قرار، در سالمندان شایع‌تر است؛ امّا پس از سن ۷۹ سالگی بروز بیماری کاهش می‌یابد. این سندرم عوارض زیادی دارد و سبب افزایش بروز اختلال‌های روانی، کاهش کیفّیت زندگی، اختلال خواب، افزایش خطر بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر، افزایش افسردگی و اضطراب، خستگی روزانه، اختلال در توانایی کار و ایجاد انزوای اجتماعی می‌شود [۱۵ و ۱۶].

علّت اولیه مراجعه بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار به مراکز درمانی، اختلال خواب است. بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار با شدت متوسط تا شدید ممکن است خواب شبانه کمتر از پنج ساعت داشته باشند [۴] و این موضوع سبب شده، سندرم پاهای بی‌قرار بعد از اختلال‌های روانی، سوءاستفاده دارویی واختلالات تنفسی مرتبط با خواب، چهارمین علّت بی‌خوابی محسوب شود [۱۷]. بیش از نود درصد بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار، اختلال خواب دارند و به دنبال پزشکی می‌شوند که اختلال خواب آن‌ها را درمان کند [۱۸]. نتایج مطالعه *وینکلمن* و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار به ترتیب ۴/۷، ۳/۵ و ۲/۶ برابر بیش از افراد سالم مستعد ابتلا به حملات پانیک، اضطراب و افسردگی هستند [۱۵]. افراد دارای سندرم پاهای بیقرار متوسط تا شدید ممکن است محرومیّت مزمن از خواب و خواب آلودگی روزانه و استرس را تجربه کنند. این وضعیت با نقش‌های عملکردی روزانه بیماران تداخل دارد. این وضعیّت مانع لذّت بردن از زندگی می‌شود و اثرات منفی روی فعالیت‌های اجتماعی، زندگی خانوادگی و ادامه‌ی اشتغال دارد [۱]. هرچند که سندرم پاهای بی‌قرار به اندازه بیماری های قلبی یا دیابت، تهدید کننده زندگی نیست امّا چون روی کیفّیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد و سبب بی‌خوابی مزمن و خواب آلودگی روزانه می‌شود، حایز اهمیّت است [۶].

با وجود این که اغلب بیماران بخش‌های ویژه از سندرم پاهای بی‌قرار و اختلال خواب رنج می‌برند، اما ارتباط بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب در آن‌ها مورد توجه قرار نگرفته است و تحقیقات انجام شده در این زمینه محدود است. برای روشن سازی روابط فرضی بین این دو متغیر مهم، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب در بیماران بخش‌های ویژه، انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش ازنوع توصیفی ـ تحلیلی بوده و جامعه پژوهش را بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه، مراقبت ویژه قلب و دیالیز بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دادند. با توجه به نتایج مطالعه‌ی *موکسی* و همکاران، میزان شیوع اختلال خواب در بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار ۲/۱ برابر بیماران فاقد این اختلال است (OR=۲/۱) و برآورد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

شیوع ۲۵ درصد سندرم پاهای بی‌قرار در بیماران بستری در بخش های ویژه، با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون هشتاد درصد تعداد نمونه برای هر گروه ۱۳۴ نفر در نظر گرفته شد که برای اطمینان بیشتر به ۱۵۰ نفر افزایش و در مجموع سی‌صد بیمار، حجم نمونه را تشکیل دادند. معیارهای تمایل به شرکت در تحقیق، نداشتن اختلال هوشیاری، نداشتن معلولیت جسمی و روانی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، حامله نبودن، عدم مصرف داروهای خواب آور و سپری شدن بیش از سه ماه از دیالیز بیمار و بیش از یک روز از زمان بستری در بخش های ویژه، معیارهای ورود به مطالعه بود. بیماران بر حسب وضعیت خواب خود به دو دسته دارای خواب مطلوب (کنترل) و دارای خواب نامطلوب (مورد) تقسیم شدند. به این صورت که ابتدا بیماران بستری در بخش‌های ویژه که دارای اختلال خواب بودند، شناسایی شدند و در مرحله‌ی بعد به ازای هر مورد، یک کنترل انتخاب شد که از نظر سن، جنس و بخش بستری همسان بودند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه بود. بخش اول پرسش‌نامه بررسی اطلاعات دموگرافیکی بیماران بود. بخش دوم شامل چهار معیار شناسایی بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار و ابزار بررسی شدت آن بود.

ابزار بررسی شدت سندرم پاهای بی‌قرار دارای ده سؤال پنج‌گزینه‌ای است که هر سؤال صفر تا چهار امتیاز دارد. شدت این اختلال بر اساس امتیازات کسب شده به پنج دسته‌ی فاقد مشکل (۰)، خفیف (۱ تا ۱۰)، متوسّط (۱۱ تا ۲۰)، شدید (۲۱ تا ۳۰) و خیلی شدید (۳۱ تا ۴۰) طبقه-بندی شد. از شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ برای بررسی کیفیت و الگوی خواب طی ماه گذشته استفاده شد. ایـن پرسش‌نامه استاندارد نوزده سؤالی، خواب مناسب را از خواب نامناسب با ارزیابی هفت ویژگی خواب افراد طی ماه گذشته مشخص می‌سازد که این ویژگی‌ها عبارتند از کیفیت ذهنی خواب از نظر فرد، تأخیر در خواب، طول مدت خواب، کارآیی خواب، مشکلات زمان خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه. امتیاز هر سؤال بین صفر تا سه است و امتیاز هر جزء نیز حداکثر سه است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهـد کـه دامنه‌ی آن از صفر تا ۲۱ است. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است و نمره‌ی بالاتر از شش دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. در مطالعات قبلی، پایایی پرسش‌نامه‌ی پیترزبرگ با آلفای کرونباخ ۰/۸ و آزمون مجدد بررسی شده است و بین ۹۸-۰/۹۳ گزارش شده است [۱۹]. در این مطالعه نیز برای تعیین روایی، از اعتبار محتوا و به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ها، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه‌های غربالگری سندرم پاهای بی‌قرار، پرسش‌نامه‌ی شدت سندرم پاهای بی‌قرار و پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیترزبرگ به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۷ و ۰/۸۳ بود.

طرح پژوهشی در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مطرح و مورد تأئید قرار گرفت. به منظور رعایت موازین اخلاقی پرسش‌نامه‌ها به صورت بی‌نام بین بیماران توزیع شد. برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS16 استفاده شد. داده‌های پژوهش به کمک روش آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی‌داری معادل $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار گروه دارای اختلال خواب ۱۳/۱±۵۶/۴ سال و در گروه فاقد اختلال خواب میانگین سنی و انحراف معیار برابر ۱۲/۸±۵۲/۳ سال بود، که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (df=۲۹۸، t=۰/۱، p=۰/۹۲).

توزیع جنسی دو گروه یکسان شده بود، به طوری که در هر گروه ۷۷ زن (۵۱/۳ درصد) و ۷۳ مرد (۴۸/۷ درصد) بودند. بنابراین افراد از نظر

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحد های مورد مطالعه بر اساس متغیر های دموگرافیک دردو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فراوانی	گروه دارای اختلال خواب		گروه فاقد اختلال خواب	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	زن	۷۷	۵۱/۳	۷۷	۵۱/۳
	مرد	۷۳	۴۸/۷	۷۳	۴۸/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۵	۳/۳	۹	۶
	متأهل	۱۴۵	۹۶/۷	۱۴۱	۹۴
سطح تحصیلات	بی سواد	۹۵	۶۳/۳	۷۳	۴۸/۷
	ابتدایی تا دیپلم	۳۷	۲۴/۷	۴۴	۲۹/۳
	دیپلم به بالا	۱۸	۱۲	۳۳	۲۲
شاخص توده بدنی	کم وزن	۴	۲/۶	۳	۲
	نرمال	۶۴	۴۲/۷	۷۳	۴۸/۷
	اضافه وزن	۵۵	۳۶/۷	۴۸	۳۲
	چاق	۲۷	۱۸	۲۶	۱۷/۳
بخش بستری	دیالیز	۷۴	۴۹/۳	۷۴	۴۹/۳
	آی سی یو	۶	۴	۶	۴
	سی سی یو	۷۰	۴۶/۷	۷۰	۴۶/۷

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحد های مورد مطالعه بر اساس وجود یا عدم وجود سندرم پاهای بیقرار دردو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب.

گروه / سندرم پای بیقرار	فراوانی دارای اختلال خواب		فراوانی فاقد اختلال خواب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۷۹	۵۲/۷	۳۰	۲۰
ندارد	۷۱	۴۷/۳	۱۲۰	۸۰
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰

OR = ۴/۴۵ و CI 95% = ۷/۴۳ – ۲/۶۶

جدول ۳.توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت علایم سندرم پاهای بیقرار در دو گروه مورد و شاهد.

فراوانی / شدت علایم	دارای اختلال خواب		فاقد اختلال خواب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خفیف	۲	۲/۵	۸	۲۶/۷
متوسط	۲۸	۳۵/۵	۱۵	۵۰
شدید و خیلی شدید	۴۹	۶۲	۷	۲۳/۳
جمع	۷۹	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

نتیجه آزمون X^2 : X^2 = ۲۱/۸ df = ۲ p <۰/۰۰۱

جدول ۴. فراوانی نسبی و مطلق واحدهای مورد مطالعه بر اساس شاخص توده بدنی و سندرم پاهای بیقرار در دو گروه مورد و شاهد.

فراوانی / شاخص توده بدنی	سندرم پای بیقرار دارد		سندرم پای بیقرار ندارد		مجموع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم وزن و نرمال	۴۶	۳۱/۹	۹۸	۶۸/۱	۱۴۴	۱۰۰
دارای اضافه وزن	۳۷	۳۵/۹	۶۶	۶۴/۱	۱۰۳	۱۰۰
چاق	۲۶	۴۹	۲۷	۵۱	۵۳	۱۰۰

نتیجه آزمون X^2 : X^2 = ۵/۲۹ d.f = ۲ pvalue = ۰/۰۳۹

جنسی کاملاً همسان بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۵ نفر (۳/۳ درصد) بیماران دارای اختلال خواب، مجرد بودند و در گروه بیماران فاقد اختلال خواب هم نه نفر (۶ درصد) مجرد بودند. از نظر تحصیلات، ۱۶۸ نفر (۵۶ درصد) افراد تحت مطالعه بی‌سواد بودند. ۸۱ نفر (۲۷ درصد) تحصیلات ابتدایی تا دیپلم داشتند و ۵۱ نفر (۱۷ درصد) تحصیلات بالای دیپلم داشتند. بیشترین فراوانی شاخص توده بدنی در هر دو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب مربوط به محدوده‌ی دارای وزن نرمال است. همچنین آزمون آماری *کای اسکوار* نشان می‌دهد که توزیع شاخص توده بدنی در واحدهای مورد مطالعه در دو گروه بیماران دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب، یکسان است. (p=۰/۷۴۶). دو گروه از نظر توزیع بخش بستری نیز کاملاً همسان شده بودند به طوری که ۷۴ نفر (۴۹/۳ درصد) از بخش همودیالیز، هفتاد نفر (۴۶/۷ درصد) از بخش مراقبت ویژه قلب (CCU)، و شش نفر (۴ درصد) از بخش مراقبت ویژه (ICU) انتخاب شدند (جدول ۱).

در گروه دارای اختلال خواب ۵۲/۷ درصد و در گروه فاقد اختلال خواب بیست درصد مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار هستند. شانس ابتلا به سندرم پاهای بی‌قرار در افراد دارای اختلال خواب ۴/۴۵ برابر افرادی است که فاقد اختلال خواب هستند. از این رو نتایج نشان می‌دهد که شانس ابتلا به سندرم پاهای بی‌قرار در افراد دارای اختلال خواب به مراتب بیشتر از افرادی است که فاقد اختلال خواب هستند. از نظر آماری نیز ارتباط معنی‌داری بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب وجود دارد (OR= ۴/۴۵ و ۲/۶۶– ۷/۴۳=CI 95%) (جدول ۲).

بیشتر واحدهای مورد مطالعه (۶۲ درصد) در گروه دارای اختلال خواب علایم شدید سندرم پاهای بی‌قرار را دارا هستند در حالی که بیشتر واحدهای مورد مطالعه (پنجاه درصد) در گروه فاقد اختلال خواب، علایم متوسط سندرم پاهای بی‌قرار را تجربه کرده‌اند. همچنین آزمون آماری *کای اسکوار* نشان می‌دهد که توزیع شدت علایم سندرم پاهای بی‌قرار در واحدهای مورد مطالعه در دو گروه دارای اختلال خواب و فاقد اختلال خواب، یکسان نیست (p<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

نتایج نشان داد که در میان متغیرهای دموگرافیک فقط بین شاخص توده بدنی با میزان سندرم پاهای بی‌قرار ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طوری که آزمون آماری *کای اسکوار* نشان داد که توزیع شاخص توده‌ی بدنی در واحدهای مورد مطالعه در افراد دارای سندرم پاهای بی‌قرار و افراد فاقد سندرم پاهای بی‌قرار یکسان نیست (p =۰/۰۳۹) (جدول ۱).

بحث

هدف از مراقبت‌های پرستاری ویژه، ایجاد محیطی امن و پیش‌گیری از وارد شدن صدمه به بیمار است. شناسایی عوامل مؤثر بر الگوی خواب بیماران بستری در بخش های ویژه، می‌تواند موقعیت‌های آسیب‌زا به بیمار و تأخیر در روند بهبودی را تعیین کند و سبب تسهیل خواب آن‌ها شود. اگرچه سندرم پاهای بیقرار از علل شایع اختلال خواب است امّا به ندرت تشخیص داده می‌شود و یا به اشتباه تشخیص داده می‌شود. چون این بیماران به دنبال تدابیر پزشکی نیستند و یا به اشتباه استرس و

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

اضطراب را عامل نشانه‌های بیماری می‌دانند. از این رو تشخیص اشتباه بیماری از موانع اصلی مطالعات اپیدمیولوژی در گذشته بوده است [۱۲]. یافته‌های مطالعه‌ی فعلی نشان داد که میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار در بیماران بستری در بخش‌های ویژه ۳۶/۳ درصد بوده است. میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار در بیماران بستری در بخش‌های ویژه در کشورهای کره ۲۸ درصد، ژاپن ۱۲/۲ درصد، هند ۶/۶ درصد و در چین ۶۲ درصد گزارش شده است [۱۴]. تفاوت‌های نژادی، وجود عوامل مستعد کننده، عوامل محیطی مثل موقعیت جغرافیایی و محدودیت‌های متودولوژی از قبیل مطالعه با نمونه‌ی کم و تفسیر متناقض معیارهای تشخیصی می‌توانند منجر به ایجاد اختلاف وسیع در میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار در مطالعات مختلف شوند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که در بین بیماران بستری در بخش‌های ویژه، بیماران تحت همودیالیز اکثریت افراد دارای سندرم پاهای بیقرار (۳۷/۸ درصد) را تشکیل می‌دادند.

آدلر نیز اظهار می‌کند که میزان شیوع سندرم پاهای بی‌قرار در بیماران دیالیزی ۱۷ درصد تا ۶۲ درصد است که با مطالعه‌ی فعلی هم‌خوانی دارد [۴]. مطالعه‌ی *مرلینو* و همکاران روی ۸۸۳ بیمار دیالیزی در بیست مرکز دیالیز نشان داد که میزان شیوع سندرم پاهای بیقرار ۱۸/۴ درصد بوده است [۱۹]. *ماکنزی* و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در دو مرکز دیالیز واقع در بوداپست مطالعه‌ای را به هدف بررسی اختلال خواب بیماران همودیالیزی انجام دادند. میزان شیوع سندرم پاهای بی‌قرار در این مطالعه ۱۵ درصد بود [۲۰].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد و شانس ابتلا به سندرم پاهای بی‌قرار در افراد دارای اختلال خواب ۴/۴۵ برابر افرادی است که فاقد اختلال خواب هستند. مطالعه *ماکنزی* نشان داد که افراد دارای سندرم پاهای بی‌قرار دو برابر بیش از افراد فاقد سندرم پاهای بی‌قرار اختلالات خواب را تجربه می‌کنند (p<۰/۰۵). وی همچنین می‌نویسد که شروع خواب مشکل در نود درصد بیماران دارای سندرم پاهای بی‌قرار دیده می‌شود در حالی که تنها ۵۰ درصد بیماران فاقد سندرم پاهای بی‌قرار از شروع خواب مشکل شاکی هستند (p<۰/۰۵) [۲۱].

مطالعه‌ی *هولمز* و همکاران روی ۱۵۲ بیمار مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار هم نشان داد که ۷۹ درصد این بیماران اختلال خواب را به عنوان شکایت اصلی خود گزارش کرده‌اند [۹]. این رقم بالا، روی اهمیّت اختلال خواب، به عنوان یکی از مشخصه‌های بیماری سندرم پاهای بی‌قرار، تأکید می‌کند. در مطالعه‌ی *باستوس* هم ۷۵ درصد بیماران از اختلال خواب شاکی بودند و بین سندرم پاهای بی‌قرار با اختلال خواب ارتباط معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۰۴) [۲۲].

مطالعه *وتر* نشان داد که بیماران مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار خفیف و متوسّط کمتر از سه شب در هفته علایم اختلال خواب را گزارش می‌کنند. علایم بیماران با سندرم پاهای بی‌قرار خفیف تا متوسّط، فقط در طول شب بروز می‌کرد و در طول روز این بیماران هیچ علامتی نداشتند [۲۳]. امّا نتایج مطاله حاضر نشان داد، بیماران مبتلا به سندرم پاهای بی‌قرار شدید هم در طول شب و هم در طول روز علایم ناخوشایند بیماری را داشتند.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که سندرم پاهای بی‌قرار اختلال شایعی در بیماران بستری در بخش‌های ویژه است، بررسی بیشتر از نظر تشخیص و کنترل سندرم پاهای بی‌قرار برای کاهش اختلال خواب ناشی از آن در بیماران مبتلا ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و پرسنل سخت‌کوش بخش‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های سیدالشهدا، طالقانی و امام خمینی (ره) و بالاخره تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند، ابراز می‌دارند.

References

1. Kushida C, Martin M, Nikam P, Blaisdell B, Wallenstien G, Ferini-Strambi L, et al. Burden of restless legs syndrome on health-related quality of life. Qual Life Res. 2007May;16(4):617-24.
2. Atkinson MJ, Allen PR, DuChane J, Murray C, Kushida C, Roth T. The RLS Quality of Life Consortium. Validation of the Restless Legs Syndrome Quality of Life Instrumentq (RLS-QLI): Findings of a Consortium of National Experts and the RLS Foundation1. Qual Life Res. 2004Apr;13(3):679-93.
3. Lesage S, Earley CJ. Restless Legs Syndrome. Curr Treat Options Neurol. 2004;6(3):209-19.
4. Adler HC, Allen PR, Buchfuhrer JM, Chokroverty S, Earley JC, Ehrenberg B, et al. Restless legs syndrome foundation, INC. Medical Bulletin. 2004. P: 1-32.
5. Sforza E, Mathis J, Bassetti LC. Restless legs syndrome: pathophysiology and clinical aspects. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2003;154(7):349-57.
6. DeSimone MD, Petrov K. Restless Legs Syndrome: A Common, Underdiagnosed Disorder. US Pharm. 2009;34(1):24-9.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

7. Cotter EP, O'keeffe ST. Restless leg syndrome: is it a real problem? Ther Clin Risk Manage. 2006;2(4):465-75.
8. Mathis J. Update on restless legs. Swiss Med Wkly. 2005Dec;135(47-48):687-96.
9. Holmes R, Tluk S, Metta M, Patel P, Rao R, Williams A, et al. Nature and variants of idiopathic restless legs syndrome: observations from 152 patients referred to secondary care in the UK. J Neural Transm. 2007Jul;114(7):929-34.
10. Spolador T, Allis JC, Ponde MP. Treatment of restless legs syndrome. Rev Bras Psiquiatr. 2006Dec;28(4):308-15.
11. Winkelmann J. Genetics of Restless Legs Syndrome. Curr Neurol Neurosci Rep. 2008;8(3):211-6.
12. Stiasny-Kolster K, Trenkwalder C, Fogel W, Greulich W, Hahne M, Lachenmayer L, et al. Restless legs syndrome – new insights into clinical characteristics, pathophysiology, and treatment options. J Neurol. 2004Sep;251Suppl(6):39-43.
13. Trotti LM, Bhadriraju S, Rye DB. An Update on the Pathophysiology and Genetics of Restless Legs Syndrome. Curr Neurol and Neurosci Rep. 2008;8(4):281-7.
14. Kim JM, Kwon HM, Lim CS, Kim YS, Lee SJ, Nam H. Restless Legs Syndrome in Patients on Hemodialysis: Symptom Severity and Risk Factors. J Clin Neurol. 2008Dec;4(4):153-7.
15. Winkelmann J, Prager M, Lieb R, Pfister H, Spiegel B ,Wittchen UH, et al. "Anxietas Tibiarum". Depression and anxiety disorders in patients with restless legs syndrome. J Neurol. 2005Jan;252(1):67-71.
16. Lee J. A Review of Restless Legs Syndrome in Patients on Hemodialysis. Kidney. 2009;18(3):9-13.
17. Saletu M, Anderer P, Saletu-Zyhlarz G, Hauer C, Saletu B. Acute placebo-controlled sleep laboratory studies and clinical follow-up with pramipexole in restless legs syndrome. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2002;252(4):185-94.
18. Högl B, Paulus W, Clarenbach P, Trenkwalder C. Restless legs syndrome: Diagnostic assessment and the advantages and risks of dopaminergic treatment. J Neurol. 2006;253 Suppl(4):22-8.
19. Agargun MY, Anlar O. Validity and Reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. Turk J Psychiat. 1996;7(2):107-15.
20. Allen PR, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell JT, et al. Restless Legs Syndrome Prevalence and Impact. Arch Intern Med. 2005Jun;165(11):1286-92.
21. Nichols DA, Allen RP, Grauke JH, Brown JB, Rice ML, Hyde PR, et al. Restless Legs Syndrome Symptoms in Primary Care. Arch Intern Med. 2003Oct;163(19):2323-9.
22. Bastos JP, Sousa RB, Nepomuceno LA, Gutierrez-Adrianzen OA, Bruin PF, Araujo ML, et al. Sleep Disturbances in Patients on Maintenance Hemodialysis: Role of Dialysis Shift . Rev Assoc Med Bras. 2007Nov-Dec;53(6):492-6.
23. Merlino G, Piani A, Dolso P, Adorati M, Cancelli I, Valente M, et al. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. Nephrol Dial Transplant. 2006;21(1):184-90.
24. Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Tompa G, et al. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2004Jul;19(7):1815-22.
25. Wetter TC, Collado-Seidel V, Oertel H, Uhr M, Yassouridis A, Trenkwalder C. Endocrine rhythms in patients with restless legs syndrome. J Neurol. 2002Feb;249(2):146-51.
26. Möller C, Wetter CT, Koster J, Stiasny-Kolster K. Differential diagnosis of unpleasant sensations in the legs: Prevalence of restless legs syndrome in a primary care population. Sleep Medicine. 2010;11(2):161-6.
27. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R, et al. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2005;20(3):571-7.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]