

تأثیر نور درخشان بر خستگی و خواب آلودگی پرستاران نوبت کار

مریم مقصودی پور^{۱*}، محمد پر خو^۲، سمانه حسین زاده^۳، محمد انصاری^۴، اشکان کرباسی^۵

چکیده

مقدمه: در این مطالعه تأثیر نور درخشان را بر خستگی و خواب آلودگی پرستاران بررسی کردیم.

روش بررسی: ۴۴ پرستار خانم سالم از بین پرستاران نوبت کار در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند که در مرحله اول به گروه مداخله نور درخشان از طریق جعبه نور تابیده شد و به گروه شاهد نوری تابیده نشد. در مرحله بعد (یک ماه بعد) جای دو گروه عوض شد و این بار به گروهی که در مرحله قبل نور درخشان نداده بودیم نور دادیم و برعکس. پیامدی که پس از انجام مداخله بررسی کردیم، روند تغییرات خستگی (مقیاس آنالوگ بصری) و مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا بودند. خستگی و خواب آلودگی طی ۲۴ ساعت هر ساعت اندازه گیری شد.

نتایج: در مورد مقیاس آنالوگ بصری خستگی، روند تغییرات پاسخ در دو گروه خلاف هم بود و در اکثر طول دوره مقدار میانگین در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری داشت. در مورد مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا نیز اثر مداخله بر پاسخ در همه دوره زمانی معنی دار بود، یعنی میانگین مقیاس کارولینسکا در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری داشت و روند تغییرات گروه کنترل و مداخله، در جهت خلاف هم بودند.

نتیجه گیری: با تابش نور درخشان در پرستاران نتیجه گرفتیم که روند خستگی و خواب آلودگی در ایشان نسبت به گروه کنترل، کاملاً برعکس شد. حداقل خستگی در گروه مداخله در ساعت ۴ صبح رخ داد که در گروه کنترل زمان حداکثری خستگی بود. در مورد خواب آلودگی کارولینسکا نیز در گروه مداخله که مواجهه با نور درخشان داشتند، حداقل خواب آلودگی در ساعت ۴ صبح بود.

واژه های کلیدی: نوبت کاری، نور درخشان، خستگی، خواب آلودگی

* ۱. متخصص طب کار و فلوشیپ طب خواب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه ارگونومی، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد ارگونومی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه ارگونومی، تهران، ایران

۳. دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آمار زیستی، تهران، ایران

۴. دکترای بیوشیمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه بیوشیمی، تهران، ایران

۵. دکترای بیوشیمی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه بیوشیمی، تهران، ایران

* (نویسنده مسئول): تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۴۳۰۳۴۲، پست الکترونیک: maryammaghsoudi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۰۷

نوبت‌کاری، خدمات مداوم و تولید در ۲۴ ساعت روز را میسر می‌سازد. در بخش خدماتی به دلیل نیازهای بی‌شمار اجتماعی استمرار فرآیند تولید و ارائه خدمات در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز لازم و ضروری می‌نماید (۱). برخی از مشاغل به دلیل نوبت‌کاری شب با مشکل کیفیت خواب و بر هم خوردن ریتم‌های بیولوژیک بدن و خستگی مواجه هستند. از جمله این مشاغل میتوان پرستاری را نام برد. پرستاران بزرگترین گروه حرفه‌ای در سیستم درمانی هر کشور بوده که به طور متوسط ۴۰٪ کارکنان یک بیمارستان را به خود اختصاص می‌دهند؛ بنابراین این گروه نقش بارزی در سیستم درمانی دارد. اختلالات خواب عموماً موجب خواب آلودگی وسیع روزانه میشود که میتواند بر روی خلق، هوشیاری، حافظه، امنیت و عملکرد روزانه فرد تأثیرگذار باشد. خواب‌آلودگی، حدود ۱۲ درصد آمریکایی‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). خواب‌آلودگی در نوبت‌کاران، ۱۴-۶ برابر روزکاران است (۳). حوادث و خطاهای کاری و فرسودگی شغلی در پرستاران شب کار بیشتر از پرستارانی است که در نوبتهای صبح و عصر کار می‌کنند (۴).

خواب‌آلودگی از جمله مسایلی است که با تصادفات رانندگی، حوادث شغلی، کاهش کارایی و مشکلات بین فردی متعددی همراه است؛ بنابراین خواب کافی و توجه به الگوی آن در افزایش کیفیت کاری در پرستاران از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است و به نظر می‌رسد که در پرستاران که از مشکلاتی نظیر ساعات طولانی کشیک و استرس‌های شغلی رنج می‌برند اهمیت دو چندان داشته باشد، زیرا سلامت پرستار بر سلامتی و بهبودی سریع بیماران نیز مؤثر خواهد بود (۵).

فاکتور مهمی که گاهی با خواب‌آلودگی اشتباه گرفته می‌شود خستگی است. خستگی یک احساس طاقت فرسایی از فرسودگی و کمبود انرژی است که انجام فعالیت فیزیکی و شناختی را مختل می‌نماید. خستگی مقوله‌ای طبیعی است که معمولاً از ریتم ۲۴ ساعته بدن متأثر بوده، در ساعات مشخصی از روز و در پی فعالیت های مشخصی به وقوع می‌پیوندد و معمولاً پس از استراحت مناسب از بین می‌رود (۶). بر اساس مطالعات صورت گرفته در کشور آمریکا، خسارات اقتصادی ناشی از خستگی در حدود ۱۸ بلیون دلار تخمین زده شده است؛

همچنین مشاهده شده است، افرادی که احساس خستگی می‌کنند نسبت به گروه کنترل تمایل کمتری به رعایت اصول و انجام اقدامات ایمنی به ویژه در محیط‌های کاری دارند (۷). کاهش هوشیاری، کاهش توانایی در پردازش اطلاعات، بالا رفتن زمان عکس‌العمل، کاهش سطح ایمنی، افت سطح سلامت فیزیکی و روانی، تأثیرات منفی بر ایمنی و عملکرد افراد، اختلال در کیفیت زندگی فردی از جمله پیامدهای خستگی هستند (۸).

کوستا و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۴ پرستار با شیفت چرخشی سریع که شامل ۲ شب مواجهه با نور درخشان با شدت ۲۳۵۰ لوکس در مدت زمان کم (۴ تماس ۲۰ دقیقه‌ای) بود، نشان دادند که نه درجه حرارت بدن و نه ترشح هورمون تغییر نکرد، در حالی که اثرات مثبتی بر روی شرایط فیزیولوژیکی روانی و بهره‌وری و عملکرد داشت (۹). در مطالعه رایب و همکاران اثرات حاد کافئین و نور درخشان با هم بررسی شد و مشاهده شد که دمای بدن و ملاتونین افراد در نور درخشان ۵۰۰۰ لوکس به ترتیب افزایش و کاهش خواهد یافت (۱۰). از طرفی مطالعه زمانیان و همکاران افزایش دمای بدن در مقابل کاهش ملاتونین و همچنین کاهش خواب‌آلودگی و افزایش هوشیاری را در شرایط نور درخشان ۴۵۰۰ لوکس به مدت ۲ هفته در دو زمان متفاوت در شیفت شب (۹:۱۵ تا ۱۰ و ۳:۱۵ تا ۴) نشان داد (۱۱).

در مطالعه‌ای که Yoon و همکاران انجام دادند، نور درخشان (۴۰۰۰-۶۰۰۰ لوکس) به مدت چهار ساعت استفاده شد. در مطالعه ایشان از مقیاس آنالوگ دیداری خستگی، جهت ارزیابی خستگی استفاده شد. ایشان نتیجه گرفتند که بهترین نتیجه را از جهت کاهش خستگی و خواب‌آلودگی گروهی داشتند که مواجهه با نور درخشان در ابتدای شیفت و استفاده از عینک تیره در پایان شیفت داشتند (۱۲). در مطالعه دیگری که در کشور چین در سال ۲۰۱۳ انجام شد، گروه مواجهه به مدت نیم ساعت در ابتدای شیفت، نور درخشان حدود ۱۰۰۰۰ لوکس دریافت کردند و گروه کنترل این مواجهه را نداشتند. پس از دو هفته در گروه مواجهه به صورت قابل توجهی اندکس بی‌خوابی کاهش پیدا کرد و در گروه کنترل تغییری رخ نداد (۱۳، ۱۴).

سوال شد. شرایط محیطی برای همه شرکت‌کنندگان استاندارد در نظر گرفته شد (دما: ۲۳ درجه).

روند مداخله:

پرستاران را به روش انتخاب تصادفی در ۲ گروه قرار دادیم که هر گروه شامل ۲۲ نفر بود. بررسی آماری نشان داد که نمونه‌های دو گروه از نظر سن و سابقه کار همگن هستند. همانگونه که در ملاکهای ورود ذکر شد، جنسیت و برنامه کاری همه افراد هر دو گروه نیز یکسان بود. در مرحله اول مداخله، در گروه مداخله پرستاران پس از ۴ ساعت از شروع شیفت شب (ساعت ۱۱:۳۰ شب) در معرض نور درخشان ۱۰۰۰۰ لوکس و به مدت ۳۰ دقیقه قرار گرفتند و در گروه کنترل پرستاران در معرض نور درخشان نبودند. سپس در مرحله دوم مداخله که برای هر نمونه یک ماه بعد انجام شد، افرادی که در مرحله اول در گروه آزمایش بودند را به عنوان گروه کنترل گرفتیم و افرادی که در مرحله اول در گروه کنترل بودند را به عنوان گروه آزمایش قرار داده و مداخله برایشان انجام شد (cross-over). مداخله این مطالعه که تابش نور درخشان بود بدین صورت انجام گرفت که جعبه نور را در ایستگاه پرستاری طوری قرار دادیم که نور آن به طور مستقیم به پرستاران نتابد و در محدوده خط دید (ارتفاع قرنیه تا سطح کار) افراد قرار گیرد. ارزیابی‌ها در فصل تابستان و برای هر کدام از نمونه‌ها در طول یک شب انجام گرفت.

روش‌های ارزیابی

۱. مقیاس آنالوگ دیداری (Visual Analogue Scale)

(Analogue Scale) خستگی:

از مقیاس آنالوگ دیداری (VAS) برای تعیین میزان خستگی پرستاران استفاده شد. این مقیاس یک پاره خط ۱۰ سانتی‌متری است که به ۱۰ قسمت مساوی تقسیم شده و در یک طرف آن صفر (ابتدا) و در طرف دیگر ۱۰ (به شدت) قرار داده شده است. شرکت‌کنندگان باید با توجه به درکی که از خستگی دارند یکی از اعداد را انتخاب کنند. صفر نشان‌دهنده حداقل خستگی و حداکثر هوشیاری و ده نشان‌دهنده حداکثر خستگی و حداقل هوشیاری است. با گذاردن نشانه‌ای در وسط خط (فاصله ۵ سانتی‌متری از صفر و ده) وضعیت میانه مشخص می‌گردد (۱۵).

همانگونه که ذکر شد مطالعات متعددی انجام شده‌اند که بر مفید بودن استفاده از نور درخشان در نیمه اول شیفت کاری، برای کاهش خواب‌آلودگی و یا خستگی دلالت دارند، ولی با توجه به امکان عوارض ناخواسته نور درخشان، هنوز در مورد مدت و شدت تابش نور درخشان بر نوبت‌کاران توافق کلی و پروتکل نهایی پیدا نشده است. همچنین از آنجا که نوبت‌کاری یک ضرورت در عرصه ارائه خدمات پزشکی به شمار می‌آید و شیوع مشکلات مرتبط با آن بر کیفیت خدمات کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و سلامت و رضایت بیماران موثر است پیشگیری و کاستن از عوارض نوبت‌کاری امری لازم و ضروری به نظر می‌رسد. لذا، تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر نور درخشان با شدت و مدت مشخص، بر خستگی و خواب‌آلودگی پرستاران نوبت‌کار شیفت شب بیمارستان فارابی تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است که به صورت متقاطع (crossover) طراحی و انجام شد. پرستاران شب کار با شیفت ثابت که در بیمارستان فارابی تهران کار می‌کردند وارد مطالعه شدند. ۴۴ خانم سالم به صورت تصادفی از بین پرستارانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. پرستاران به صورت تصادفی‌سازی در دو گروه نمونه و شاهد قرار گرفتند.

ملاکهای ورود به مطالعه: ۱. پرستارانی که نوبت‌کاری ثابت شیفت شب داشتند؛ ۲. پرستاران خانمی که تمایل به همکاری داشتند؛ ۳. محدوده سنی شرکت‌کنندگان ۲۰ تا ۴۰ سال باشد؛ ۴. سابقه کاری شرکت‌کنندگان ۱ تا ۱۰ سال باشد.

ملاکهای خروج از مطالعه: ۱. عدم همکاری پرستاران در ادامه تحقیق؛ ۲. پرستارانی که بیش از یک جلسه در مطالعه حضور نداشتند؛ ۳. پرستارانی که سابقه بیماری اعصاب و روان داشتند؛ ۴. پرستارانی که داروهای خواب‌آور مصرف می‌کردند؛ ۵. پرستارانی که دارای اختلال یا بیماری خواب از جمله آپنه انسدادی خواب بودند. برای آگاهی از آپنه انسدادی خواب از پرسشنامه STOP BANG استفاده شد و برای بقیه موارد از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی:

این طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با شماره کد کمیته اخلاق USWR.REC.1393.205 ثبت شده بود. همچنین این طرح در سامانه کارآزمایی بالینی ایران با کد ۲۴۷۰۷ ثبت شده است.

نتایج

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۴/۹۸±) و گروه کنترل (۵/۵±) ۲۹/۹۱ و محدود سنی آنان در این مطالعه ۲۳ تا ۴۰ سال بود. میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۴/۲۱±) و گروه کنترل (۴/۸۷±) ۵/۷۷ سال و گروه کنترل (۴/۸۷±) ۵/۹۵ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی (BMI) پرستاران گروه آزمایش (۱/۳۹±) و گروه کنترل (۱/۳۸±) ۲۴/۱ بود (جدول شماره ۱).

در گروه مداخله ۱۳ نفر (۵۹/۱٪) از شرکت‌کنندگان مجرد و ۹ نفر (۴۰/۹٪) متأهل و در گروه کنترل ۱۶ نفر (۷۲/۷٪) از شرکت‌کنندگان مجرد و ۶ نفر (۲۷/۳٪) متأهل بودند. ۱۸ نفر (۸۱/۸٪) از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۴ نفر (۱۸/۲٪) دارای مدرک کارشناسی بودند و برای گروه کنترل نیز به همین صورت بود (جدول شماره ۱).

آزمون تی تست دو گروه مستقل (Independent-Samples T Test) در سطح اطمینان ۹۵٪ نشان داد، در دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن و توده بدنی نبود ($P > 0.05$).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک پرستاران در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	شاخص	گروه مداخله	گروه کنترل	P-value
سن*	(mean±SD)	۲۹/۵±۴/۹	۲۹/۹±۵/۵	۰/۷۷۱
سابقه کاری*	(mean±SD)	۵/۸±۴/۲	۵/۹±۴/۹	۰/۸۹۵
ساعت کاری در هفته*	(mean±SD)	۴۰/۸±۱۳/۵	۳۷/۵±۱۰/۸	۰/۳۶۰
شاخص توده بدنی*	(mean±SD)	۲۳/۹±۱/۴	۲۴/۱±۱/۴	۰/۶۷۴
وضعیت تاهل**	n (%)	۱۳ (۵۹/۱)	۱۶ (۷۲/۷)	
مجرد		۹ (۴۰/۹)	۶ (۲۷/۳)	۰/۳۴۰
سطح تحصیلات**	n (%)	۱۸ (۸۱/۸)	۱۸ (۸۱/۸)	
کارشناسی		۴ (۱۸/۲)	۴ (۱۸/۲)	۱/۰۰۰
ارشد				

*t-test two groups independent , ** chi-square test

ارزیابی خستگی بدین صورت بود که از شرکت‌کنندگان خواسته شد در طول شیفت شب و پس از آن، طی ۲۴ ساعت و در هر ساعت، میزان خستگی خود را روی خط علامت بگذارند. در فاز دوم و پس از گذشتن حدود چهار هفته در مورد هر دو گروه (مداخله و کنترل) مجدداً بررسی‌ها انجام گرفت.

۲. مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا (KSS):

این آزمون یک مقیاس ۹ عددی است از "۱" یا شدیداً هوشیار، خیلی خواب‌آلوده، جنگ با خواب تا "۹" یا تلاش برای بیدار ماندن درجه بندی شده است و برای ارزیابی میزان خواب آلودگی آزمون معتبری می‌باشد (۱۶).

ارزیابی خواب آلودگی بدین صورت انجام شد که از شرکت‌کنندگان خواسته شد در طول شیفت شب و پس از آن، طی ۲۴ ساعت و در هر ساعت، میزان خواب آلودگی خود را با توجه به مقیاس کارولینسکا ثبت کنند. این روند پس از گذشتن حدود چهار هفته در مورد هر دو گروه (مداخله و کنترل) مجدداً انجام گرفت.

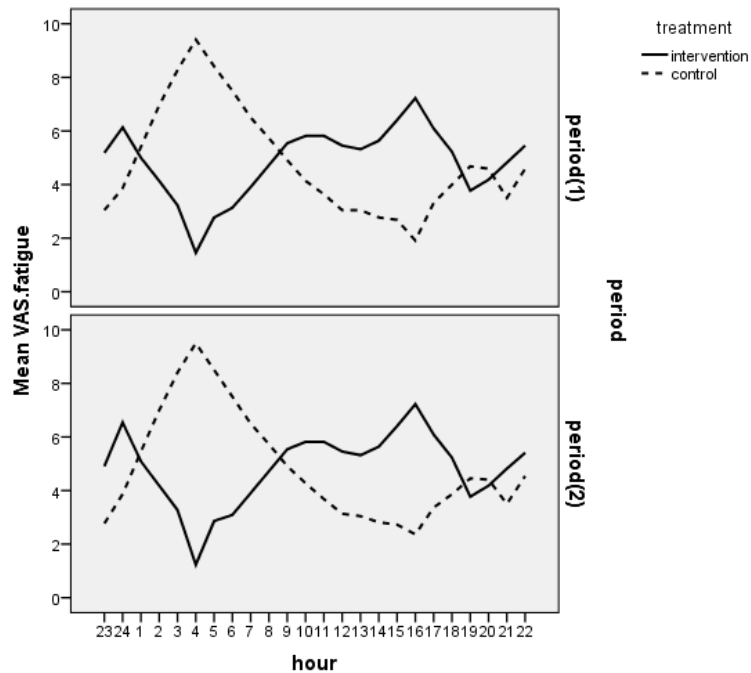
۳. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:

اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها شامل سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کاری در قالب پرسشنامه از تمام نمونه‌ها پرسیده شد.

آنالیز آماری:

برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS و ویرایش ۲۱ و مدل مختلط خطی (Linear Mixed model) استفاده شد.

نتیجه مدل اثرات ترکیبی در مقیاس آنالوگ دیداری (VAS) خستگی

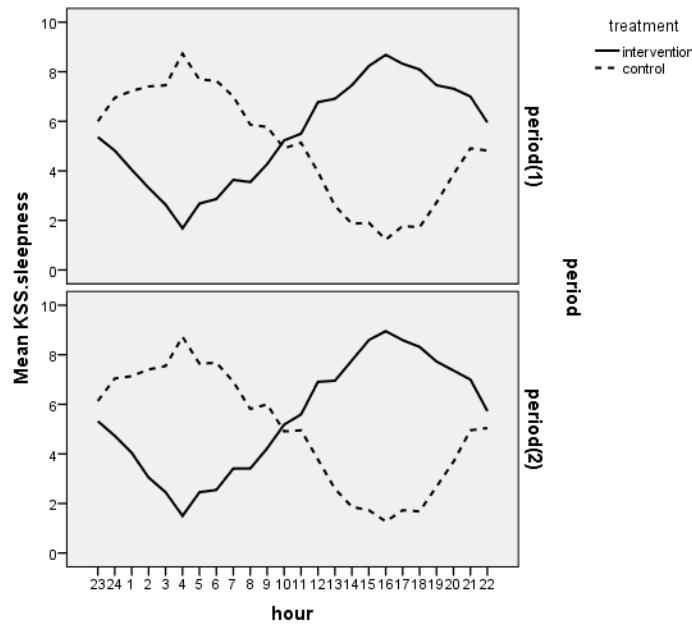


شکل ۱. نمودار تغییرات میانگین مقیاس آنالوگ دیداری (VAS) خستگی در طول ساعات شبانه روز

دو ساعت تأخیر رخ داده است. مینیمم‌ترین نقطه پاسخ در گروه مداخله ساعت ۴ و بر عکس همین ساعت در گروه کنترل نقطه ماکزیمم است. ماکزیمم‌ترین نقطه پاسخ در گروه مداخله ساعت ۱۶ و بر عکس همین ساعت مینیمم‌ترین نقطه برای گروه کنترل است. بازه‌های تغییر در دو گروه در ابتدای دوره طولانی است و در انتهای دوره این بازه‌های زمانی کوتاه‌تر می‌شود. با توجه به روند تغییراتی که در VAS خستگی در نمودار ملاحظه می‌شود، زمان اندازه تکرارها را به ۷ بازه زمانی تقسیم شد. ساعت ۲۳ تا ۲۴، ۲۴ تا ۴، ۴ تا ۱۶، ۱۶ تا ۱۹، ۱۹ تا ۲۰، ۲۰ تا ۲۱ و ۲۱ تا ۲۲.

همانطور که در شکل ۱ ملاحظه می‌شود روند تغییرات در هر کدام از گروه‌ها و دو دوره مشابه هم است و این نشان می‌دهد زمان بر پاسخ اثر ندارد یعنی مهم نیست ابتدا مداخله برای افراد گروه آزمایش شروع شود یا برای افراد گروه کنترل. در اکثر طول دوره روند تغییرات پاسخ در دو گروه خلاف هم است یعنی اگر گروه مداخله صعودی است گروه کنترل نزولی است. فقط در ابتدای دوره یعنی بین ۲۳ تا ۲۴ نیمه شب و انتهای دوره یعنی ۲۱ تا ۲۲ شب مشابه هم هستند. همچنین نقاط ماکزیمم و مینیمم دو گروه مشابه هم در ساعات یکسانی رخ داده است به جز اینکه نقطه مینیمم بعدی متغییر مورد نظر در گروه مداخله ساعت ۱۹ و گروه کنترل ساعت ۲۱ و بعد از

نتیجه مدل اثرات ترکیبی در مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا (KSS)



شکل ۲. نمودار تغییرات میانگین مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا (KSS) در طول ساعات شبانه روز

مطالعه متقاطع انجام شده معنی‌دار نیست یعنی این که افراد گروه، در دوره اول گروه مداخله باشند یا در دوره دوم، تفاوتی ندارد.

۲. اثر گروه (sequence) بر VAS خستگی در هر ۷ بازه زمانی معنی‌دار نیست. این نشان می‌دهد که اثر مداخله به وضعیت دوم در مطالعه متقاطع انجام شده منتقل نشده است یعنی carry-over وجود ندارد.

۳. اثر مداخله (treatment) بر پاسخ در همه دوره‌های زمانی معنی‌دار است و فقط در بازه زمانی ۴-۱۶ معنی‌دار نیست، یعنی میانگین VAS خستگی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارند.

۴. اثر تکرار داخل هر تیمار ((repeat(treatment)) بر پاسخ در تمام بازه‌های زمانی بجز بازه زمانی ۱۹-۲۰ معنی‌دار است و مقدار میانگین VAS خستگی در هر زمان از ۶ بازه زمانی در گروه مداخله و کنترل متفاوت است و تفاوت معنی‌داری دارد. آزمون بونفرونی نشان داد که در بازه زمان ۱۹-۲۰ میانگین VAS خستگی در هر زمان در مداخله و کنترل متفاوت نیست و تفاوت معنی‌داری ندارد.

در شکل ۲ ملاحظه می‌شود که روند تغییرات در دو دوره زمانی کاملاً مشابه است و این نشان می‌دهد که اثر زمان وجود ندارد یعنی افراد برای بار اول مداخله دریافت کنند و بعد کنترل با اینکه اول کنترل باشند و دوم مداخله دریافت کنند در نتیجه، اثری ندارد.

همچنین تفاوت مداخله و کنترل به وضوح دیده می‌شود به طوری که روند تغییرات در دو گروه مداخله و کنترل کاملاً عکس هم هستند. در گروه مداخله ابتدا روند نزولی و بعد صعودی و سپس نزولی شده است ولی در گروه کنترل برعکس است. بر این اساس می‌توان زمان را به سه دسته تقسیم کرد فاصله زمانی بین ۲۳ تا ۴ صبح، ۴ تا ۱۶ عصر و ۱۶ تا ۲۲ شب.

آمار تحلیلی:

نتیجه برازش مدل خطی مختلط اثر عوامل بر VAS

خستگی در هر ۷ بازه زمانی

در جدول ۲ که نتایج مدل مختلط برازش شده نمایش داده شده است، ملاحظه می‌شود که:

۱. اثر دوره (period) بر VAS خستگی در هر ۷ بازه زمانی معنی‌دار نیست. این نشان می‌دهد اثر زمان در

جدول ۲. نتیجه برازش مدل خطی مختلط اثر عوامل بر مقیاس آنالوگ دیداری خستگی به تفکیک هفت مقطع زمانی در دوره ۲۴ ساعت

زمان	اثر	Numerator df	Denominator df	F	P-value
۲۳-۲۴	دوره	۱	۶۵/۷۳۰	۰/۰۵۷	۰/۸۱۳
	گروه	۱	۱۰/۶۵۲	۰/۲۶۷	۰/۶۱۶
	مداخله	۱	۹۴/۷۷۱	۲۶۸/۰۵۱	۰/۰۰۰
	تکرار داخل هر تیمار	۲	۱۱۷/۵۱۸	۶۲/۴۹۳	۰/۰۰۰
۲۴-۴	دوره	۱	۹۵/۴۹۶	۰/۳۸۴	۰/۵۳۷
	گروه	۱	۳۴/۷۰۸	۰/۰۰۳	۰/۹۵۹
	مداخله	۱	۱۰۹/۳۲۶	۵۹۲/۵۹۸	۰/۰۰۰
	تکرار داخل هر تیمار	۸	۲۸۰/۹۲۴	۱۷۷/۵۷۵	۰/۰۰۰
۴-۱۶	دوره	۱	۱۸۹/۴۶۷	۰/۳۷۰	۰/۵۴۴
	گروه	۱	۱۱۵/۰۶۴	۰/۴۳۵	۰/۵۱۱
	مداخله	۱	۱۵۶/۹۶۵	۰/۹۴۹	۰/۳۳۱
	تکرار داخل هر تیمار	۲۴	۶۶۶/۸۳۰	۱۳۶/۰۰۵	۰/۰۰۰
۱۶-۱۹	دوره	۱	۶۹/۳۷۹	۰/۰۸۷	۰/۷۶۹
	گروه	۱	۱۴/۵۰۱	۰/۰۱۴	۰/۹۰۷
	مداخله	۱	۱۴۹/۹۸۰	۱۸۱/۴۳۸	۰/۰۰۰
	تکرار داخل هر تیمار	۶	۲۳۰/۵۰۳	۵۵/۶۳۵	۰/۰۰۰
۱۹-۲۰	دوره	۱	۶۴/۱۴۰	۰/۲۴۳	۰/۶۲۴
	گروه	۱	۴/۲۰۰	۰/۰۶۳	۰/۸۱۴
	مداخله	۱	۱۱۸/۳۹۸	۸/۴۵۲	۰/۰۰۴
	تکرار داخل هر تیمار	۲	۱۱۸/۹۰۲	۲/۲۳۰	۰/۱۱۲
۲۰-۲۱	دوره	۱	۶۸/۰۸۱	۰/۰۷۵	۰/۷۸۵
	گروه	۱	۷/۹۸۶	۰/۰۲۹	۰/۸۶۹
	مداخله	۱	۱۰۸/۵۵۵	۱۱/۰۹۹	۰/۰۰۱
	تکرار داخل هر تیمار	۲	۱۲۲/۱۸۷	۲۲/۹۱۷	۰/۰۰۰
۲۱-۲۲	دوره	۱	۶۵/۰۱۰	۰/۰۲۳	۰/۸۸۰
	گروه	۱	۶/۹۶۲	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰
	مداخله	۱	۱۰۸/۳۰۹	۵۹/۷۹۷	۰/۰۰۰
	تکرار داخل هر تیمار	۲	۱۲۱/۷۳۰	۳۸/۳۹۵	۰/۰۰۰

وضعیت دوم در مطالعه متقاطع انجام شده منتقل نشده است یعنی carry-over وجود ندارد.

۳. اثر مداخله (treatment) بر پاسخ در هر ۳ دوره زمانی معنی دار است، یعنی میانگین KSS در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری دارند.

۴. اثر تکرار داخل هر تیمار (repeat(treatment)) بر پاسخ در هر ۳ دوره زمانی معنی دار است. این نشان می دهد که مقدار میانگین KSS در هر زمان در تیمار در مداخله و کنترل متفاوت است و تفاوت معنی داری دارد. آزمون بونفرونی نشان داد که میانگین KSS در تمامی

نتیجه برازش مدل خطی مختلط اثر عوامل بر KSS

در هر ۳ بازه زمانی

در جدول ۳ که نتایج مدل مختلط برازش شده نمایش داده شده است، ملاحظه می شود که:

۱. اثر دوره (period) بر KSS در هر ۳ دوره زمانی معنی دار نیست. این نشان می دهد اثر زمان در مطالعه متقاطع انجام شده معنی دار نیست یعنی فرقی ندارد که اول مداخله در کدام گروه انجام شود.

۲. اثر گروه (sequence) بر KSS در هر ۳ دوره زمانی معنی دار نیست. این نشان می دهد که اثر مداخله به

ساعات اندازه‌گیری برای هر دو گروه مداخله و کنترل دو به دو تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۳. نتیجه برازش مدل خطی مختلط اثر عوامل بر مقیاس خواب آلودگی کارولینسکا به تفکیک سه مقطع زمانی در دوره ۲۴ ساعت

P-value	F	Denominator df	Numerator df	اثر	زمان
۰/۶۵۷	۰/۱۹۸	۱۳۳/۲۳۴	۱	دوره	۲۳-۴
۰/۴۰۱	۰/۷۱۵	۶۹/۱۱۶	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۱۷۲۹/۱۸۵	۱۱۷/۷۵۹	۱	مداخله	
۰/۰۰۰	۷۰/۷۲۸	۳۳۲/۹۵۸	۱۰	تکرار داخل هر تیمار	
۰/۹۷۲	۰/۰۰۱	۲۰۲/۷۸۵	۱	دوره	۴-۱۶
۰/۸۲۵	۰/۰۴۹	۱۲۹/۹۴۴	۱	گروه	
۰/۰۰۱	۱۲/۰۲۲	۱۶۸/۲۲۳	۱	مداخله	
۰/۰۰۰	۱۹۷/۹۵۷	۶۵۴/۰۷۶	۲۴	تکرار داخل هر تیمار	
۰/۳۷۹	۰/۷۸۰	۱۳۰/۵۰۶	۱	دوره	۱۶-۲۲
۰/۵۸۳	۰/۳۰۵	۶۴/۴۲۹	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۳۳۶۲/۳۲۵	۱۱۶/۹۷۹	۱	مداخله	
۰/۰۰۰	۹۵/۷۶۳	۳۸۱/۳۳۵	۱۲	تکرار داخل هر تیمار	

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی تأثیر نور درخشان بر خستگی و خواب‌آلودگی پرستاران خانم نوبت‌کار شیفت شب بود. نتایج این مطالعه اثرات مثبت نور درخشان بر کاهش خستگی و خواب‌آلودگی را نشان داد.

در مطالعه ما بعد از تماس با نور درخشان در ساعت ۲۳ میانگین خستگی و خواب‌آلودگی در گروه مداخله تا ساعت ۴ کاهش پیدا کرد (نقطه مینیمم) و بعد از ساعت ۴ به تدریج تا ساعت ۱۶ (نقطه ماکزیمم) افزایش پیدا کرد و در گروه کنترل عکس آن اتفاق افتاد.

اثر دوره در مطالعه متقاطع انجام شده ما معنی‌دار نبود. همچنین اثر مداخله به وضعیت دوم در مطالعه متقاطع انجام شده منتقل نشد، یعنی carry-over وجود نداشت.

آزمون بونفرونی نشان داد که میانگین خواب‌آلودگی در تمامی ساعات اندازه‌گیری برای هر دو گروه مداخله و کنترل دو به دو تفاوت معنی‌داری دارند اما در مورد خستگی، به جز دوره زمانی ۱۹ تا ۲۰، این اختلاف بین دو گروه برای همه بازه‌های زمانی معنی‌دار بود.

تماس با نور به عنوان پیشرفت‌دهنده تطابق ریتم‌های بیولوژیک کارکنان یکی از استراتژی‌هایی است که در مطالعات دو دهه اخیر به آن اشاره شده است (۱۷). در

مطالعات ناسا نشان داده شده که تماس‌های کوتاه با نور درخشان با شدت بالا نیز می‌تواند اثرات مشابه تماس‌های طولانی با نور ایجاد نماید (۱۸).

تماس طولانی مدت نور با شدت بالا لزوماً تغییر فاز بزرگتری را نسبت به دوره‌های کوتاه تر چنین نوری ایجاد نمی‌کند (۱۹). بر پایه مطالعات میدانی و آزمایشگاهی نور درمانی باید برای استخراج کردن اثرات مؤثر به طور مؤثری درخشان شود (۲۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ لوکس) اما برای مقبولیت بیماران این تابش باید دوره‌ای تا حد امکان کوتاه مدت داشته باشد (کمتر از ۲ ساعت) (۲۰).

بنابراین یک دوره کوتاه‌تر از شدت نور بالا می‌تواند به اندازه یک دوره طولانی (بیش از ۶ ساعت) مؤثر باشد اما فقط اگر به درستی زمان‌بندی شده باشد این امر امکان‌پذیر است (۱۹).

مطالعه ما نیز از کاهش خستگی و خواب‌آلودگی، بعد از تماس با نور درخشان حمایت می‌کند، به طوری که بعد از تماس با نور درخشان به تدریج تا ساعت ۴ خستگی خواب‌آلودگی کاهش پیدا کرد و بعد از آن به تدریج افزایش یافت.

مطالعه ما همسو با مطالعه زیسلر و ایستمن بود که از یک اثر سرکوب شدید خستگی و خواب‌آلودگی بعد از در

هیچ تأثیر معنی‌داری بر خستگی و خواب‌آلودگی نداشت. آن‌ها نتیجه گرفتند که تأثیر نور بر خستگی / خواب‌آلودگی به وسیله ملاتونین وساطت نمی‌شود و اینکه تأثیر غلظت ملاتونین درون‌زاد بر خواب‌آلودگی و خستگی محدود است و تغییرات ایجاد شده در خواب‌آلودگی با تغییر در غلظت ملاتونین مرتبط نبود (۳۳).

در مطالعه دیگری مشاهده شد که مقدار نوری که افراد دریافت می‌کردند، به طور معناداری با هوشیاری و احساس سرزندگی افراد ارتباط داشت و آنها که نور بیشتری دریافت کرده بودند، سرزنده تر بودند. این ارتباط در صبح‌ها و در طول ماههای تاریک‌تر سال واضح تر بود (۳۴).

این امکان وجود دارد که این یافته‌ها مربوط به تفاوت‌های مطالعه‌ای در شدت و مدت نور درخشان، فاز سیرکادین مواجهه با نور درخشان، الگوی چرخش شیفت، دوره استراحت و وضعیت خواب کارگر شیفت در طول روز باشد که این عوامل شدت اثرات نور بر فیزیولوژی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳۵). هر چند هنوز مطالعات با تعداد نمونه‌های بیشتر و به مدت طولانی‌تر برای ارزیابی اثرات مزمن نور درخشان نیز لازم است که انجام شود، ولی در مطالعاتی نشان داده شد که مواجهه با نور درخشان حتی به مدت یک شب خواب‌آلودگی را کاهش می‌دهد و زمان واکنش را بهبود می‌بخشد و ممکن است که با خستگی و کاهش عملکرد ناشی از شب کاری مقابله کند (۳۶).

محدودیت‌ها

در مطالعه ما به علت محدودیت مالی و همچنین فرصت محدود پرستاران برای همکاری و شرکت در پژوهش، امکان آن که مطالعه در شبهای بیشتری ادامه پیدا کند وجود نداشت. به هر حال از طرفی دیگر برای ما به عنوان محقق این سوال مطرح بود که آیا اثر مداخله‌ی فقط یک شب می‌تواند معنادار باشد که البته در نهایت پاسخ این پرسش مثبت بود، ولی به هر حال ما نتوانستیم اثر مزمن چنین مواجهه‌ای را ارزیابی کنیم. همچنین به علت محدودیت‌های موجود نتوانستیم تعداد نمونه‌ها را افزایش دهیم.

معرض نور درخشان قرار گرفتن حمایت می‌کند. همچنین ایشان نشان دادند که نور ورودی از طریق چشم می‌تواند غدد آدرنال انسان را به صورت حاد تحت تأثیر قرار دهد (۲۲، ۲۱).

مطالعه ما با مطالعه کاکویی و همکاران همسو نبود. در مطالعه ایشان اگر چه نور درخشان بر کاهش ترشح ملاتونین مؤثر بود اما بر میزان هوشیاری و خستگی در طول روز تأثیرگذار نبود. البته روش بررسی مطالعه ایشان با ما متفاوت بود زیرا ایشان به مدت سی روز به پرستاران با نوبت کاری چرخشی (و فقط در شبهای نوبت کاری شب) در دو نوبت ۲۱:۱۵-۲۲:۰۰ و ۳:۱۵-۴:۰۰ نور درخشان ۴۵۰۰ لوکس تاباندند و در شب آخر پس از یک ماه ارزیابی‌ها را انجام دادند (۲۳).

همچنین محققان نشان داده‌اند که در یک نوبت کاری با چرخش سریع (دو نوبت شب متوالی)، در صورتی که افراد با ۲۳۵۰ لوکس در ۴ نوبت ۲۰ دقیقه‌ای تماس داشته باشند، خستگی در آنها کمتر و عملکرد حافظه‌شان بیشتر می‌گردد (۲۴).

در مقابل نمونه‌های ما به مدت ۳۰ دقیقه در معرض نور درخشان ۱۰۰۰۰ لوکس قرار گرفتند و اوج کاهش خستگی و خواب‌آلودگی در ساعت ۴ صبح و حداکثر افزایش آنها در ساعت ۱۶ رخ داد. هم در مطالعات میدانی و هم آزمایشگاهی تماس با نور درخشان در طول شیفت‌های شب با کاهش امتیازات خواب‌آلودگی و افزایش دمای بدن مرتبط بوده است (۱۲، ۲۵، ۲۶).

بنابراین مطالعه ما از یافته‌های مطالعات قبلی در ارتباط با قرار گرفتن در معرض نور درخشان در شیفت شب و کاهش نمرات خواب‌آلودگی حمایت می‌کند (۲۷-۳۰).

در حالی که در هر دو حالت تماس با نور درخشان در شب و همچنین در روز، خواب‌آلودگی و خستگی به طور مؤثر و مشابه در مطالعه روگر و همکاران کاهش می‌یابد (۳۱) در مطالعه چالپا و همکاران تأثیر نور درخشان بر متغیرهای روانشناسی وابسته به زمان بود (۳۲).

روگر و همکاران در مطالعه دیگری به مدت ۴ ساعت ۵۰۰۰ لوکس نور درخشان را به شبکیه تاباندند که به طور مؤثری خواب‌آلودگی ذهنی را در طول شب، زمانی که سطوح ملاتونین ابتدایی بالا بود، کاهش داد. در شب نور درخشان با تابش به شبکیه ملاتونین را سرکوب کرد اما

مطالعه ما نشان داد که مدت تابش حداقلی به میزان سی دقیقه (که برای پرستاران قابل قبول تر است)، ولی با شدت حداکثری (۱۰۰۰۰ لوکس) حتی در تجربه یک شب نوبت کاری، به صورت معناداری باعث کاهش خواب آلودگی و خستگی در پرستاران شد.

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه پرستاران و پرسنل بیمارستان فارابی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند و همچنین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که هزینه انجام این تحقیق را بر عهده داشتند، نهایت تشکر را داریم.

محدودیت دیگر ما این بود که تعداد پرستاران مرد برای شرکت در مطالعه بسیار محدود بود، به طوری که در نهایت فقط زنان در مطالعه شرکت کردند.

نتیجه گیری

گرچه در مطالعات متعدد مزایای افزایش شدت روشنایی در نیمه اول نوبت کاری شبانه محرز شده است و در مطالعات بسیاری نشان داده شده است که افزایش شدت نور درخشان باعث افزایش هوشیاری می گردد، اما هنوز در میزان و مدت تابش نور درخشان توافق کلی برای داشتن پروتکل مشخص در نوبت کاران به وجود نیامده است.

References:

1. Moonk T, Folkard S, translation by: Choobineh AR. *Shiftwork, problems and solutions*. Shiraz University of medical sciences publication, third edition, 2005; 2-3, 38-40,50.
2. Roth T, Roehrs TA. Etiologies and sequelae of excessive daytime sleepiness. *Clin Ther*. 1996;18(4):562-72.
3. Harma M, Sallinen M, Ranta R. *The effect of an irregular shift system on sleepiness at work in train drivers and rail way traffic controllers*. *Jornal of sleep Research*. 2002; 11(2): 141-151.
4. Ansari H, Norozi M, Rezaei F, Barkhordar N. *Assessment of Sleep Pattern among Hospitals' Nurses of Zahedan University of Medical Sciences in 2011*. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13(11): 1021-32. [persian]
5. Hidalgo MP, De Suza CM, Zanette CB, Nunes PV. *Association of daytime sleepiness and the morningness/eveningness dimension in young adult in Brazil*. *Psychol Rep*. 2003;92(2):427-34.
6. Borg G. *Borg's perceived exertion and pain scales*: Human Kinetics Publishers; 1998.
7. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S, Stutts J, Courtney TK, Connor JL. *The links between fatigue, safety and performance*. *Accid Anal Prev*, 2011; 43: 498-515.
8. Winwood PC, Lushington K, H. Winefield A. *Further Development and Validation of the Occupational Fatigue Exhaustion Recovery (OFER) Scale*. *J Occup Environ Med*. 2006;48(4): 381-9.
9. Costa G, Gaffuri E, Ghirlanda G, Minors DS, Waterhouse JM. *Psychophysiological conditions and hormonal secretion in nurses on a rapidly rotating shift schedule and exposed to bright light during night work*. *Work Stress*. 1995;9:148-57.
10. Wright KP Jr, Myers BL, Plenzler SC, Drake CL, Badia P. *Acute effects of bright light and caffeine on nighttime melatonin and temperature levels in women taking and not taking oral contraceptives*. *Brain Res*. 2000;873(2):310-7.
11. Zamanian Z, Kakooei H, Ayattollahi SMT, Dehgani M. *Effect of Bright Light on Shift Work Nurse in Hospitals*. *J of Biolo Scie*. 2010; 13 (9): 431- 436.
12. Yoon I-Y, Jeong D-U, Kwon K-B, Kang S-B, Song B-G. *Bright Light Exposure at Night and Light Attenuation in the Morning Improve Adaptation of Night Shift Workers*. *J of Sleep*. 2002; 3(25):not page.
13. Bjorvatn B; Waage S. *Bright light improves sleep and psychological health in shift working nurses*. *J Clin Sleep Med*. 2013;9(7):647-648.
14. Huang LB, Tsai MC, Chen CY, Hsu SC. *The effectiveness of light/dark exposure to treat insomnia in female nurses undertaking shift work during the evening/night shift*. *J Clin Sleep Med* 2013;9(7):641-646.
15. Zimmermann RC, McDougale CJ, Schumacher M, Olcese J, Mason JW, Heninger GR, et al. *Effects of acute tryptophan depletion on nocturnal melatonin secretion in humans*. *J Clin Endocrinol Metab*. 1993; 76: 1160-1164.

16. Kakooei HZ, Zamanian SMT, Ayattollahi A. *study of daily profile secretin of Melatonin in shift work female nurses*, Journal of Zanjan Medical Sciences. 2010. 17(68), 45-54.
17. Froberg JE, Karlsson CG, Levi L, Lidberg L. *Circadian rhythms of catecholamine excretion, shooting range performance and self-ratings of fatigue during sleep deprivation*. Biol Psychol. 1975;2(3):175-88.
18. Stewart KT, Hayes BC, Eastman CI. *Light treatment for NASA shiftworkers*. Chronobiol Int. 1995. 12, 141-51.
19. Burgess HJ, Sharkey KM, Eastman CI. *Bright light, dark and melatonin can promote circadian adaptation in night shift workers*. Sleep Medicine Reviews. 2002; 6(5): 407-420.
20. erman M. *Light therapy*. In: Kryger MJ, Roth T, Dement WC, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia (US): Elsevier Saunders, 2005:1424-42.
21. Czeisler CA, Kronauer RE, Allan JS, Duffy JF, Jewett ME, Brown EN, et al. *Bright light induction of strong (type γ) resetting of the human circadian pacemaker*. Science. 1989;244:1328-33.
22. Eastman CI, Martin SK. *How to use light and dark to produce circadian adaptation to night shift work*. Ann Med 1999;31:87-98.
23. Kakooei H, Ardakani ZZ, Ayattollahi MT, Karimian M, Saraji GN, Owji AA. *The effect of bright light on physiological circadian rhythms and subjective alertness of shift work nurses in Iran*. Int J Occup Saf Ergon. 2010;16(4):477-85.
24. Czeisler CA, Johnson MP, Duffy JF, Brown EN, Ronda JM, Kronauer RE. *Exposure to bright light and darkness to treat physiologic maladaptation to night work*. NE J Med. 1990;322:1253-9.
25. Krauchi K, Cajochen C, Werth E, WirzJustice A. *Functional link between distal vasodilation and sleep-onset latency*. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2000; 278:741-8.
26. Fort A, Harrison MT, Mills JN. *Psychometric performance: circadian rhythms and effect of raising body temperature*. J Physiol. 1973;231:114-5.
27. Waage S, Harris A, Pallesen S, Saksvik IB, Moen BE, Bjorvatn B. *Subjective and objective sleepiness among oil rig workers during three different shift schedules*. Sleep Med. 2012 Jan;13(1):64-72.
28. Crowley SJ, Eastman CI. *Phase advancing human circadian rhythms with morning bright light, afternoon melatonin, and gradually shifted sleep: can we reduce morning bright-light duration?* Sleep Med. 2015 Feb;16(2):288-97.
29. Lowden A, Akerstedt T, Wibom R. *Suppression of sleepiness and melatonin by bright light exposure during breaks in night work*. J Sleep Res. 2004;13:37-43.
30. Teixeira L, Lowden A, Luz AAd, Turte SL, Moreno CR, Valente D, et al. *Exposure to bright light during evening class hours increases alertness among working college students*. Sleep Medicine. [doi: 10.1016/j.sleep.2012.08.017]. 2013;14(1):91-7.
31. Ruger M, Gordijn MC, Beersma DG, de Vries B, Daan S. *Time-of-day-dependent effects of bright light exposure on human psychophysiology: comparison of daytime and nighttime exposure*. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2006 May;290(5):R1413-20.
32. Chellappa SL, Gordijn MC, Cajochen C. *Can light make us bright? Effects of light on cognition and sleep*. Prog Brain Res. 2011;190:119-33.
33. Ruger M, Gordijn MC, Beersma DG, de Vries B, Daan S. *Weak relationships between suppression of melatonin and suppression of sleepiness/fatigue in response to light exposure*. J Sleep Res. 2005 Sep;14(3):221-7.
34. Smolders KCHJ, de Kort YAW, SM van den Berg. *Daytime light exposure and feelings of vitality: Results of a field study during regular weekdays*. Journal of Environmental Psychology. 2013; 36: 270-279.
35. Eastman CI, Stewart KT, Mahoney MP, Liu L, Fogg LF. *Dark goggles and bright light improve circadian rhythm adaptation to night work*. Sleep 1994; 17: 535-43.
36. Gooley JJ. *Treatment of circadian rhythm sleep disorders with light*. Ann Acad Med Singapore. 2008 Aug;37(8):669-76.

The effect of bright light on fatigue and sleepiness of shift work nurses

Maghsoudipour M^{*1} (MD), Parkhoo M¹ (MSc), Hosseinzadeh S¹ (PhD), Ansari M² (PhD),
Karbasi A² (PhD)

¹ University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: In this study, we assessed the effect of bright light emitted by light box on fatigue, and sleepiness of nurses.

Methods: Forty four healthy female shift work nurses were allocated into two groups of intervention and control. In the first stage, bright light was emitted to the nurses in the intervention group by the light box, and bright light was not emitted to the control group. In the next stage (one month later), we emitted bright light to the control group in the first stage (cross-over design). Main outcome measures assessed were fatigue and sleepiness. We used Visual Analogue Scale (VAS) of fatigue, and, Karolinska Sleepiness Scale (KSS). Fatigue and sleepiness were assessed every hour, during next 24 hours.

Results: During 24 hours of the assessment of fatigue (VAS), the trend of changes in two groups were in opposite direction and almost all the time of 24 hours, the mean value of two groups were significantly different. In addition, the effect of intervention on the mean values of KSS during 24 hours was significant and the mean values in two groups were significantly different and the trend of changes in two groups were in opposite direction.

Conclusion: The bright light exposure in nurses resulted in changing the trend of fatigue and sleepiness in opposite directions compared to the controls. The minimum of fatigue occurred at 4 am which was time of maximum fatigue in the controls. Also, minimum sleepiness in the cases who were exposed to the bright light was at 4 am.

Keywords: Shift Work, Bright Light, Fatigue, Sleepiness

This paper should be cited as:

Maghsoudipour M, Hosseinzadeh S, Parkhoo M, Ansari M, Karbasi A. ***The effect of bright light on fatigue and sleepiness of shift work nurses.*** . Occupational Medicine Quarterly Journal 2018; 10(3):61-72.

*** Corresponding Author:**

Tel: +989123430342

Email: maryammaghsoudi@yahoo.com

Received: 2018.04.27

accepted: 2018.09.05