

تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی

هاجر صادقی^۱ BSc، منصوره عزیززاده فروزی^{۲*} MSc، علی اکبر حق دوست^۲ MD، سکینه محمدعلیزاده^۳ MSc

^{*}دانشکده پرستاری و مامایی و "مرکز تحقیقات علوم اعصاب"، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۱دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۲گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و "مرکز تحقیقات فیزیولوژی"، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^۳مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

اهداف: اختلال خواب با مشکلات جسمی، رفتاری و روانی همراه است. شواهدی مبنی بر کاهش کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی روی بیماران همودیالیزی بیمارستان گلдіس شاهین شهر طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۷ انجام شد. ۴۳ بیمار با روش نمونه‌گیری سرشماری به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتسبورگ استفاده شد. برای اجرای مدل که شامل چهار مرحله (آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی) بود، بیماران به ۵ گروه تقسیم و برای هر گروه ۴ تا ۶ جلسه آموزشی، طی ۳ هفته برگزار شد. طی ۹ هفته بعد از آن، مشاوره‌های مراقبت پیگیر، کنترل و ارزشیابی انجام شد. بلافاصله پس از اتمام مداخله و یک ماه بعد از آن، پرسش‌نامه‌ها مجدداً تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15، آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: با توجه به اینکه در پرسش‌نامه پیتسبورگ، نمره پایین‌تر وضعیت بهتر را نشان می‌دهد، میانگین نمره کیفیت خواب قبل از مداخله (10.39 ± 3.64) نسبت به بعد از مداخله (5.54 ± 2.87) به طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0.0001$). همچنین، خواب کافی قبل از مداخله در ۱۷/۴٪ بیماران وجود داشت که بعد از مداخله در ۵۵٪ بیماران مشاهده شد؛ این تفاوت نیز معنی‌دار بود ($p = 0.0001$).

نتیجه‌گیری: اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی اثر مثبت دارد. آموزش پرستاران در خصوص استفاده از این مدل، می‌تواند بر بهبود کیفیت خواب بیماران تاثیرگذار باشد.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت پیگیر، کیفیت خواب، همودیالیز

Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients

Sadeghi H.¹ BSc, Azizzadeh Forouzi M.^{2*} MSc, Haghdust A. A.² MD, Mohammad Alizadeh S.³ MSc

^{*}"Neuroscience Research Center" & "Faculty of Nursing & Midwifery",

Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

¹Faculty of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

²"Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Public Health" & "Physiology Research Center",

Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

³Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Abstract

Aims: Sleep disorder is associated with several physical, behavioral and psychological problems. There are some evidences on disturbance of sleep quality in hemodialysis patients. For this, the present study was to evaluate the effect of applying continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients.

Methods: This semi-experimental study was performed on hemodialysis patients of Goldis hospital of Shahin Shahr during 2008 and 2009. 43 patients selected by census sampling method as study samples. Data gathering was done by Pittsburg sleep quality questionnaire. The applied model contained four steps (orientation, sensitization, control and evaluation). Patients were divided into five groups and 4-6 training sessions during three weeks were held for each group. During the next 9 weeks, consultations for continuous sleep monitoring, control and evaluation were performed. Immediately after the intervention and one month later, questionnaires were filled out again. Data were analyzed through SPSS 15 and by using descriptive and analytic statistics.

Results: According to that in Pittsburg questionnaire the less score shows the better situation, the mean score of sleep quality before the intervention (10.39 ± 3.64) was significantly ($p < 0.0001$) more than that before the intervention (5.54 ± 2.87). Also, sufficient sleep was seen in 17.4% of patients before the intervention that was increased significantly ($p = 0.0001$) to 55% after the intervention.

Conclusion: Performing the continuous care model has positive effect on sleep quality of hemodialysis patients. Training nurses in using this model can affect the improvement of sleep quality of hemodialysis patients.

Keywords: Continuous Care Model, Sleep Quality, Hemodialysis

مقدمه

بیماری‌های مزمن کلیه از مشکلات عمده سلامت عمومی در سراسر دنیا محسوب می‌شوند [۱]. در ایران و بسیاری از کشورها همودیالیز رایج‌ترین روش درمان این بیماری است [۲]. براساس آمار موجود در مرکز مدیریت بیماری‌های خاص، از ۱۶۴۶۷ بیمار مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه (تا پایان سال ۱۳۸۰)، ۵۲٪ تحت درمان با همودیالیز، ۴۷٪ پیوند کلیه و ۱٪ دیالیز صفاقی بوده‌اند [۳]. شکایت‌های مربوط به خواب در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بیش از ۸۰٪ گزارش شده است. مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که آپنه خواب، سندروم پاهای بی‌قرار، اختلال حرکت دوره‌ای اندام و خواب‌آلودگی روزانه از متداول‌ترین مشکلات خواب در این بیماران هستند [۴].

با وجود پیشرفت‌های ایجادشده در درمان این بیماران، کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر مسایل زیادی قرار دارد [۵]. به عقیده ریمر، کیفیت خواب به‌طور ذاتی با کیفیت زندگی مرتبط است [۶] و فریتو، خواب را برای سلامتی و کیفیت زندگی بهتر ضروری می‌داند [۷]. خواب اساس فرایندهای فیزیولوژیک است. ثمره خواب طبیعی، کاهش فعالیت سمپاتیک، فشارخون و ضربان قلب است [۸]. گوستافسون، کمیت و کیفیت خواب را بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار می‌داند [۹]. اختلال در کیفیت خواب با مشکلات جسمی، رفتاری و روانی همراه است و باعث اختلال در عملکرد روانی، اجتماعی و تعاملات بین‌فردی می‌شود [۱۰]. فقدان خواب یا اختلالات خواب ممکن است باعث اختلال در عملکرد مغز و کاهش توانایی یادگیری شود [۱۱].

۷۵٪ بیماران تحت درمان با همودیالیز، اختلال خواب را گزارش می‌نمایند و ۱۴٪، کاهش کیفیت خواب در سال اول درمان با همودیالیز را نشان می‌دهند [۱۲]. در مطالعه‌ای روی ۸۹ بیمار همودیالیزی، ۷۱٪ دچار کم‌خوابی بودند [۱۳]. بنابراین، لزوم توجهات بهداشتی، درمانی، پیشگیری و به‌کارگیری مدل مراقبتی متناسب با وضعیت این بیماران کاملاً ضروری به‌نظر می‌رسد [۱۴].

در ایران، مدلی با عنوان مراقبت پیگیر توسط /حمای در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و بررسی شده است که شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی است. در این مدل، مددجو به‌عنوان عامل مراقبت پیگیر و تاثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌شود. مراقبت مستمر یا پیگیر فرآیندی منظم برای برقراری ارتباط موثر و تعامل بین مددجو و پرستار به‌عنوان ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراقبتی به‌منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس‌سازی بیماران نسبت به قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ، بهبود و ارتقای سلامتی آنهاست [۱۵]. /حمای و همکاران با استفاده از این مدل همچنین به بررسی بستری مجدد و درد قفسه سینه مبتلایان به اختلال عروق کرونر پرداختند؛ نتایج نشان می‌دهد که میانگین دفعات بستری قبل از اجرای مدل در گروه شاهد ۵۷٪ و در گروه آزمون ۵۱٪ است و پس از مداخله در گروه شاهد به ۳۴٪ و در گروه آزمون به ۱۱٪ کاهش می‌یابد که اختلافی معنی‌دار است [۱۶]. قوامی

تاثیر اجرای مدل مذکور بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی را سنجید [۱۵]. همچنین /تجمیان تاثیر این مدل را بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی بررسی نمود [۱۷]. علاوه‌بر این، رحیمی به بررسی تاثیر مدل مذکور بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرداخت [۱۸]. در تمام این پژوهش‌ها، تاثیر مثبت به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر گزارش شده است.

پس از جست‌وجو در بسیاری از منابع در زمینه مراقبت از بیماران همودیالیزی مشخص شد که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص به‌کارگیری مدل مراقبت پی‌گیر بر کیفیت خواب و خواب‌آلودگی این بیماران انجام نگرفته است. لذا، در این پژوهش اقدام به طراحی مناسب برنامه مراقبتی مستمر با توجه به نیازهای مددجویان برای افزایش درک و بینش نسبت به بیماری و کنترل آن و ایجاد رابطه مراقبتی مداوم بین پرستار، پزشک، بیمار و خانواده براساس مدل مراقبت پیگیر شد. نتایج این پژوهش می‌تواند برای پرستاران و پزشکان و در مجموع مراقبان بهداشتی دربردارنده نکات کاربردی و مهم در امر مراقبت و درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه باشد. درمان‌های طبی، جراحی و دارویی، به‌تنهایی قادر به بهبود تمام ابعاد کیفی زندگی این دسته از بیماران نیستند. هدف این مطالعه، بررسی تاثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی بود.

روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی روی بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز بیمارستان گل‌دیس شاهین‌شهر اصفهان در سال ۸۸-۱۳۸۷ انجام شد. ۴۳ بیمار مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی کلیه به روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند و در مطالعه شرکت نمودند. بیماران و خانواده آنها پس از آشناسازی (با هدف ترغیب به همکاری تا پایان مداخله) و توجیه اهداف پژوهش در جلسه‌ای ۱۵ دقیقه‌ای، برای شرکت در مطالعه آگاهانه و به‌طور کتبی اعلام آمادگی نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول مشخصات جمعیت‌شناختی و اطلاعات مربوط به بیماری فرد را شامل شد. بخش دوم، پرسش‌نامه کیفیت خواب پیتس‌بورگ بود که به بررسی کیفیت خواب در ۴ هفته منتهی به پژوهش می‌پرداخت. پرسش‌نامه حاوی ۹ سؤال اصلی و یکی از آنها خود شامل ۵ سؤال بود. به هر سؤال امتیازی بین صفر تا ۳ اختصاص یافت. از ترکیب سؤالات این پرسش‌نامه ۷ جزء حاصل شد که امتیاز نهایی هر جزء نیز ۳ بود. مجموع امتیازات ۷ جزء پرسش‌نامه، نمره کل ابزار را تشکیل داد که دامنه آن از صفر تا ۲۱ بود. هرچه نمره بالاتری به‌دست می‌آمد، کیفیت خواب پایین‌تر بود؛ نمره بالاتر از ۴ به‌عنوان کیفیت خواب نامطلوب تلقی شد [۱۹]. اعتبار این پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی، به‌واسطه مطالعه *فرهادی‌نسب و عظیمی* مورد تایید قرار گرفته است [۲۰]. از این پرسش‌نامه در مطالعات متعددی استفاده شده و قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی را نشان داده است [۱۲، ۱۳، ۲۱، ۲۲، ۲۳]. نحعی

و همکاران نیز به منظور بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه مطالعه ای روی ۸۵ بیمار دارای اختلال استرس پس از سانحه ناشی از زلزله و ۱۳۳ فرد سالم انجام دادند که در نتیجه، حساسیت ۱۰۰٪، ویژگی ۹۳٪ و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسش نامه به دست آوردند. حساسیت و ویژگی آن به واسطه مقایسه نمره مقیاس کیفیت خواب و DSMIV-IR بررسی شد و نتایج نشان داد که از حساسیت ۹۸/۷ و ویژگی ۸۴/۴٪ برخوردار است [۲۴].

ابتدا پرسش نامه کیفیت خواب پیتسبورگ توسط بیماران تکمیل شد. سپس به مدت یک ماه هیچ گونه مداخله ای انجام نشد و آزمایشات دوره ای، بروز مشکلات جدید، مشکلات حین دیالیز، مشکلات خواب، وزن و فشارخون قبل و بعد از دیالیز کنترل شد. در انتهای ماه اول، مجددا پرسش نامه تکمیل شد. از میان ۴۳ بیمار انتخاب شده در دوره یک ماهه قبل از اجرای مدل، یک نفر به دلیل عمل پیوند و دو نفر به دلیل فوت حذف شدند و ادامه مطالعه با ۴۰ بیمار انجام شد. افراد در این مرحله به ۵ گروه کوچک ۸ نفره (به دلیل سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس های گروهی، عدم ایجاد خلل در برنامه دیالیز هفتگی و نیز براساس تشابه در نیازها و مشکلات) تقسیم بندی شدند و اجرای مدل مراقبت پیگیر آغاز شد.

آشناسازی: به منظور ایجاد حساسیت های لازم در خصوص بیماری و هدف این مرحله، شناخت صحیح مشکل، ایجاد انگیزه، احساس نیاز و ضرورت فرآیند پیگیری در بیماران بود. در این قسمت، پژوهشگر جلسه ای ۱۵-۱۰ دقیقه ای با حضور بیمار و خانواده وی (هماهنگی از طریق تلفن یا ارسال دعوت نامه از قبل صورت گرفته بود) تشکیل داد. بیماران و پژوهشگر انتظارات خود را بیان کردند و بر عدم قطع رابطه مراقبتی- درمانی تاکید شد.

حساس سازی: به منظور مشارکت بیمار و خانواده وی در اجرای مراقبت ها انجام شد. اقدامات این مرحله از اجرای مدل در قالب جلساتی به صورت مشاوره، بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ (در هر ۵ گروه با توجه به ماهیت و نوع نیازها و مشکلات بیماران و خانواده آنها برای کشف مشکلات جدید و تاکید بر لزوم پیگیری مشکلات) برگزار شد. سپس مشاوره به صورت فردی قبل، حین و پس از اتمام جلسه دیالیز در محیط پژوهش با حضور اعضای خانواده صورت پذیرفت و هر گروه تجربیات و سؤالات خود در زمینه مورد نظر را بیان نمودند. موارد بحث شده توسط پژوهشگر جمع بندی و نتیجه گیری شد.

مراحل آشناسازی و حساس سازی در سه هفته اول اجرای مدل که در مجموع سه ماه بود، انجام گرفت [۱۸]. با توجه به اینکه تاثیر مدل بر کیفیت خواب مورد نظر بود مواردی مانند، توضیح در مورد خصوصیات بیماری کلیه در حد درک بیماران و خانواده آنها؛ اهمیت توجه به رژیم غذایی و محدودیت های آن؛ فعالیت فیزیکی؛ ویزیت منظم توسط پزشک و مراعات دستورهای داده شده؛ لزوم توجه به سلامتی و عدم تداوم در پرداختن به عادات نامناسب؛ اهمیت رفتارهایی که منجر به تداوم مراقبت، حفظ سلامتی و کنترل عوارض بیماری می شوند؛

آموزش نحوه ایجاد عادات مناسب قبل از خواب؛ نحوه تلاش برای افزایش ساعات خواب مفید و عوامل موثر بر خواب (تغذیه، ورزش، مصرف داروها، سیگار و غیره)، اصول بهداشت خواب (ساعات خواب و بیداری، محرک ها، تغذیه، مصرف داروها، فعالیت بدنی، محیط خوابیدن و غیره)، انواع اختلالات خواب (بی خوابی، پرخوابی و سایر اختلالات خواب) پرداختن به پرسش و پاسخ های مطرح شده توسط بیمار و خانواده با تاکید بر عوامل خطر ساز؛ مورد توجه قرار گرفت. در این مرحله جلساتی به منظور اجرای مشاوره و بحث گروهی با دعوت از بیماران و خانواده های آنان در سالن بخش همودیالیز تشکیل شد. تعداد جلسات به میزان آگاهی، دانش و مشکلات مشابه برای هر یک از نمونه ها بستگی داشت و به طور متوسط ۴ تا ۶ جلسه ۱ تا ۲ ساعته با توجه به سطح تحمل و پذیرش بیماران و خانواده های آنان برگزار شد. جلسات فردی برای تکمیل مباحث و نیز برای کمک به بیمارانی که در جلسات حضور نداشتند، در حین یا پایان دیالیز در مرکز تشکیل شد. در این مرحله پژوهشگر برای مشکلاتی که خارج از شرح وظایف وی بود از ارجاع به متخصص و فوق تخصص استفاده کرد.

کنترل: به منظور بررسی و توجه به مشکلات جدید مراقبتی (بستری شدن و نحوه تداوم رفتارهای آموخته شده) و حفظ ارتباط متعامل و متقابل (از طریق تلفن یا حضوری) انجام شد و مشاوره ها ادامه یافت. در این پژوهش روند پیگیری مسایل طی هر مراجعه بیمار به مرکز و جلسات گروهی صورت گرفت و در مورد روند حل مشکل تصمیم گیری شد.

ارزشیابی: شامل بررسی کیفیت خواب بیماران، تعداد جلسات دیالیز هفتگی، بررسی عوارض و مشکلات ایجاد شده در رابطه با کیفیت خواب قبل، حین و بعد از دیالیز، علائم حیاتی از قبیل فشارخون (قبل، حین و بعد از دیالیز)، وزن خشک و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، دفعات ویزیت پزشک و غیره بود. بلافاصله بعد از اجرای مدل و یک ماه پس از آن، پرسش نامه پیتسبورگ مجددا تکمیل شد.

پس از ورود داده ها به نرم افزار SPSS 15، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی (آزمون های T زوجی، آنالیز واریانس یک طرفه، توکی، مجذور کای، رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون) برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

نتایج

۵۶/۱٪ بیماران مورد مطالعه مرد بودند. میانگین سن بیماران ۵۵/۰۹±۱۶/۷ با حداقل ۲۰ و حداکثر ۷۷ سال بود. به ترتیب، ۴۸/۸٪ بیماران در گروه ≥ 60 سال، ۳۲/۶٪ در گروه ۵۹-۴۰ سال و ۱۸/۶٪ در گروه ۳۹-۲۰ سال قرار داشتند. ۷۲/۱٪ افراد متاهل، ۱۸/۶٪ مجرد و ۹/۳٪ همسر فوت شده بودند. ۵۵/۸٪ بیماران سطح درآمد خود را ضعیف، ۳۹/۵٪ متوسط و تنها ۴/۷٪ خوب گزارش کردند. ۴۸/۹٪ بیماران آگاهی خود از بیماری را "کم" ارزشیابی نمودند (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی برخی از ویژگی‌های مربوط به بیماری

متغیر	میزان	تعداد (%)
آگاهی از بیماری	زیاد	۶ (۱۴)
	متوسط	۱۶ (۳۷/۱)
	کم	۲۱ (۴۸/۹)
علاقه به کسب اطلاعات	بلی	۴۱ (۹۵/۳)
	خیر	۲ (۴/۷)
تحمل محدودیت‌های بیماری	کاملاً	۸ (۱۸/۶)
	تأحدی	۱۳ (۳۰/۲)
	اصلاً	۲۲ (۵۱/۲)
حمایت خانوادگی	زیاد	۲۸ (۶۵/۲)
	متوسط	۹ (۲۰/۹)
	کم	۴ (۹/۳)
	اصلاً	۲ (۴/۷)

میانگین نمره کیفیت خواب در چهار نوبت اندازه‌گیری (دو نوبت قبل از اجرای مدل و دو نوبت بعد از اجرای مدل) تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p=0/0001$). نتیجه آزمون تعقیبی توکی حاکی از عدم تفاوت میانگین نمرات در دو نوبت قبل از اجرای مدل و همچنین دو نوبت بعد از اجرای مدل بود، اما میانگین نمرات هر یک از مراحل قبل از اجرای مدل با میانگین نمرات هر یک از دو نوبت بعد از اجرای مدل تفاوت معنی‌داری را نشان داد (در همه موارد $p=0/0001$) (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین امتیازات کیفیت خواب بیماران قبل و بعد از مداخله

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	مقدار p
کیفیت خواب	قبل	اول	۱۰/۴۱	۳/۵۴
		دوم	۱۰/۳۷	۳/۷۸
	بعد	اول	۵/۱	۲/۷
		دوم	۵/۹۷	۲/۹

علاوه بر این، متوسط نمرات کیفیت خواب دو نوبت قبل از اجرای مدل و بعد از اجرای مدل، محاسبه و با یکدیگر مقایسه شد که در این مورد نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/0001$)؛ به‌طوری‌که میانگین (انحراف معیار) مجموع نمرات قبل از اجرای مدل ۱۰/۳۹ ($\pm 3/64$) و میانگین مجموع نمرات بعد از اجرای مدل ۵/۵۴ ($\pm 2/87$) بود. بعد از طبقه‌بندی نمره کل کیفیت خواب به خواب مطلوب (≥ 4) و خواب ناکافی (< 4)، طبق نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک، شانس خواب مطلوب بعد از اجرای مدل نسبت به قبل از آن ۵/۸ برابر ($11/8-2/8$) شد (جدول ۳).

جدول ۳) وضعیت کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله

PSQI	تعداد قبل	تعداد بعد	سطح معنی‌داری
مطلوب (≤ 4)	۱۵ (۱۷/۴٪)	۷۱ (۸۲/۶٪)	$p=0/0001$
نامطلوب (> 4)	۴۴ (۵۵٪)	۳۶ (۴۵٪)	

بحث

شیوع اختلالات خواب در بیماران با اورمی مزمن در مقایسه با جمعیت

عمومی بالاست [۲۵] و در بیماران همودیالیزی ممکن است به‌دنبال مختل شدن عملکردهای شناختی آنان ایجاد شود [۲۶]. براساس نتایج این پژوهش، ۸۳/۷٪ بیماران مورد بررسی کیفیت خواب پایین داشتند که با نتایج مطالعه ملاحسینی و همکاران که اختلال خواب در بیماران همودیالیزی را ۹۹/۴٪ گزارش می‌نمایند همخوانی دارد [۲۷]. ساباتینی و همکاران شیوع خواب ضعیف در بیماران دیالیزی را ۴۵ تا ۸۰٪ گزارش می‌کنند [۲۸]. طبق نتایج مطالعه اسکات و همکاران، ۵۵/۲٪ بیماران مبتلا به نارسایی مرحله انتهایی کلیوی اختلال خواب دارند [۲۹]. دی‌نیت و همکاران [۳۰]، ۶۶٪، میستاکیدو و همکاران [۳۱] ۷۳/۵٪ و برار و همکاران [۳۲] ۷۴٪ بیماران را دارای کیفیت خواب نامطلوب گزارش می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت خواب پایین نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله از ۸۳/۷٪ به ۴۵٪ کاهش یافت. رحیمی و همکاران در بررسی تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نشان می‌دهند که در ارزیابی خواب به‌عنوان قسمتی از پرسش‌نامه SF-36، ۶۳/۹٪ بیماران از اختلال خواب به‌صورت کم‌خوابی و بی‌خوابی رنج می‌بردند [۳۳]. اجرای مدل مراقبت پیگیر در بیماران این مطالعه باعث افزایش کیفیت خواب شد به‌طوری‌که بین میانگین امتیازات کیفیت خواب بیماران قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت. رحیمی و همکاران نیز نشان می‌دهند که با به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر، تفاوت معنی‌داری در سطوح میانگین‌های فشارخون بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود [۱۸]. ریموند و همکاران در بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی نشان می‌دهند که میانگین امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری دارد [۲۱]. قوامی در بررسی تأثیر مدل مذکور بر میانگین کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی، تأثیر مثبت معنی‌دار آن را نشان می‌دهد [۱۵].

می‌توان امیدوار بود که با اجرای این مدل، نتایج ارزشمندی در زمینه بهبود و ارتقای کیفیت خواب بیماران همودیالیزی به‌دست آید و باید از این مدل در عرصه آموزش پرستاری، مدیریت و افزایش کیفیت خدمات بالینی بهره گرفته شود. مدیران پرستاری نیز باید بکوشند تا در سازمان خود شرایطی را فراهم کنند که خودباوری پرستاران افزایش یافته و با احساس برخورداری از قدرت و اختیار، دانش و اختیار خود را در ارایه مراقبت حرفه‌ای به‌کار گیرند. به‌این ترتیب فرهنگ و ساختار سازمان در راستای توسعه و نفوذ قدرت حرفه‌ای پرستاران تغییر خواهد یافت [۳۰].

نتیجه‌گیری

اجرای الگوی مراقبت پیگیر در بیماران همودیالیزی تأثیر مطلوبی بر کیفیت خواب آنان دارد و باعث بهبود آن می‌شود. الگوهای پرستاری تابلوهای راهنما برای انجام مراقبت‌های پرستاری هستند؛ استفاده از

- 16- Ahmadi F, Ghofrani Pour F, Abedi HA, Arefi SH, Faghhih Zadeh S. The effect of continuous consultation care model on rehospitalization and chest pain in patients with coronary artery disease. *Qazvin Univ Med Sci*. 2005;35(9):99-103. [Persian]
- 17- Anjomani V. Effects of applying continuous care model on quality of life in schizophrenic patients who discharged from Hamadan educational curative center [dissertation]. Tehran: Rehabilitation University; 2005. [Persian]
- 18- Rahimi A, Ahmadi F, Ghalyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. *J Iran Univ Med Sci*. 2006;52(13):123-34. [Persian]
- 19- Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002;53:737-40.
- 20- Farhadi Nasab A, Azimi H. 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;1(15):11-5. [Persian]
- 21- Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain*. 2001;92(3):381-8.
- 22- Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH, et al. Socioeconomic status predicts objective and subjective sleep quality in aging women. *Psychosom Med*. 2007;69(7):682-91.
- 23- Iliescu EA, Yeates KE, Holland DC. Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19:95-9.
- 24- Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum (PSQI-A). *Sleep Breath*. 2009;13(3):259-62.
- 25- Gusbeth-Tatomir P, Boisteanu D, Seica A, Buga C, Covic A. Sleep disorders: A systematic review of an emerging major clinical issue in renal patients. *Int Urol Nephrol*. 2007;39:1217-26.
- 26- Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh sleep quality index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002;53:737-40.
- 27- Molahosseini S, Mohammadzadeh S, Kamali P, Tavakkoli Shoostari M. Frequency of sleep disorder and restless legs syndrome in patients referring to hemodialysis units in university hospitals in Tehran in 2003. *Med Sci J Azad Univ*. 2005;1(15):27-30. [Persian]
- 28- Sabbatini M, Minale B, Crispo A. Insomnia in maintenance haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2002;17:852-6.
- 29- Scott C, Samir P, Prashant A, Peterson R, Kimmel P. Pain, sleep disturbance and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Am Soc Nephrol*. 2007;2:919-25.
- 30- De Niet GJ, Tiemens BG, Lendemeijer HH, Hutschemaekers GJ. Perceived sleep quality of psychiatric patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15(6):465-70.
- 31- Mystakidou K. Sleep quality in advanced cancer patients. *J Psychosom Res*. 2007;62:527-33.
- 32- Baraz SH, Mohammadi E, Boroumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *Shahrekord Univ Med Sci J*. 2008;4(9):67-74. [Persian]
- 33- Rahimi A. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2006. [Persian]

مدل های پرستاری، به خصوص مدل هایی که با فرهنگ جامعه سنخیت داشته باشند می تواند در انجام مراقبت های پرستاری و از طرفی تداوم در مراقبت ها موثر بوده و همچنین تضادهای احتمالی در انجام مراقبت را کنترل نمایند. از طرفی ایجاد و کاربرد مدل های مددجو مدار می تواند باعث درک بیشتر پرستاران از مردم و نیازهای مرتبط با سلامتی آنان شود.

تشکر و قدردانی: از همکاری صادقانه و مجدانه بیماران و خانواده های محترم شان، پزشک و پرستاران ساعی مرکز همودیالیز بیمارستان گل دیس و مسئولان بیمارستان سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults. *Am Fam Physician*. 2004;70(5):869-76.
- 2- Brawn Wald E. Harrison principle of internal medicine. New York: McGraw Hill; 2001.
- 3- Kazamani M. Renal treatment replacement conditions in Iran. *Hakim J*. 2003;6(1):8-10. [Persian]
- 4- Parker KP. Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Med*. 2003;7(2):131-43.
- 5- Einollahi B, Nafar M, Bakhtiyari S, Hajarizadeh B, Aghighi M. Epidemiology of chronic renal failure in Tehran-Iran. *Kowsar Med J*. 2003;2(8):139-43. [Persian]
- 6- Reimer MA, Flemons WW. Quality of life in sleep disorders. *Sleep Med Rev*. 2003;7(4):335-49.
- 7- Frighetto L, Marra C, Bandali S, Wilbur K, Naumann T, Jewesson P. An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:17-9.
- 8- Yilmaz MB, Yaltak K, Turgut OO, Yilmaz A, Yucel O, Bektasoglu G, et al. Sleep quality among relatively younger patients with initial diagnosis of hypertension: Dippers versus non-dippers. *Blood Press*. 2007;16(2):101-5.
- 9- Gustafsson E, Gustavsson G, Yngmanuhlin P. Effects of sleep in men and women with insufficient sleep suffering from chronic disease: A model for supportive nursing care. *J Nurs Pract*. 2003;9:49-59.
- 10- Lebourgeois M, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson A. The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics*. 2005;115:257-65.
- 11- Tanaka H, Taira K, Arakawa M, Masuda A, Yamamoto Y, Komoda Y, et al. An examination of sleep health, lifestyle and mental health in junior high school students. *Psychiatr Clin Neurosci*. 2002;56:235-6.
- 12- Unruh M, Buysse D, Amanda M, Evans I, Wu A, Fink N, et al. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2006;1:802-10.
- 13- Iliescu E, Coe H, McMurray M, Meers C, Quinn M, Singer M, et al. Quality of sleep and health related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2003;18:126-32.
- 14- Smeltezer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth textbook of medical surgical nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot; 2008.
- 15- Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The effect of continuous care model on diabetic patients' blood pressure. *J Med Educ*. 2006;2(6):87-97. [Persian]