مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹
صفحات: ۱۳ تا ۱۸

تاثیر به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی

هاجر صادقی[۱] *BSc*، منصوره عزیززاده فروزی[*] *MSc*، علی‌اکبر حق‌دوست[۲] *MD*، سکینه محمدعلیزاده[۳] *MSc*

[*]"دانشکده پرستاری و مامایی" و "مرکز تحقیقات علوم اعصاب"، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[۱]دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان،کرمان، ایران

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

[۳]مرکز 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 به‌کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی روی بیماران همودیالیزی بیمارستان گلدیس شاهین‌شهر طی سال‌های ۸۸- ۱۳۸۷ انجام شد. ۴۳ بیمار با روش نمونه‌گیری سرشماری به‌عنوان 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 مجددا 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 (۳/۶۴±۱۰/۳۹) نسبت به بعد از مداخله (۲/۸۷±۵/۵۴) به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (p<۰/۰۰۰۱). 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=۰/۰۰۰۱).

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.[*] *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

[1]Faculty 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

[3]Physiology 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

نویسنده مسئول: منصوره عزیززاده فروزی. تمام درخواست‌ها باید به نشانی forozy@gmail.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۹

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

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 *فرایتو*، خواب را برای سلامتی و کیفیت زندگی بهتر ضروری می‌داند [۷]. خواب اساس فرآیندهای 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 کاملا ضروری به‌نظر می‌رسد [۱۴].

در ایران، مدلی با عنوان مراقبت پیگیر توسط *احمدی* 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]. *احمدی* 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 *انجمنیان* 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 ۱۵دقیقه‌ای، 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 *پیتس‌برگ* بود که به بررسی کیفیت خواب در ۴ هفته منتهی به پژوهش می‌پرداخت. پرسش‌نامه حاوی ۹ سئوال اصلی و یکی از آن‌ها خود شامل ۵ سئوال بود. به هر سئوال امتیازی بین صفر تا ۳ اختصاص یافت. از ترکیب سئوالات 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]. *نخعی*

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

و همکاران نیز به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه مطالعه‌ای 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 پرسش‌نامه به‌دست آوردند. حساسیت و ویژگی آن به‌واسطه 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 پرسش‌نامه کیفیت خواب *پیتس‌بورگ* توسط بیماران تکمیل شد. سپس به‌مدت یک ماه هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد و آزمایشات دوره‌ای، بروز مشکلات جدید، مشکلات حین دیالیز، مشکلات خواب، وزن و فشارخون قبل و بعد از دیالیز کنترل شد. در انتهای ماه اول، مجددا پرسش‌نامه تکمیل شد. از میان ۴۳ بیمار انتخاب‌شده در دوره یک‌ماهه قبل از اجرای مدل، یک نفر به‌دلیل عمل پیوند و دو نفر به‌دلیل فوت حذف شدند و ادامه مطالعه با ۴۰ بیمار انجام شد. افراد در این مرحله به ۵ گروه کوچک ۸نفره (به‌دلیل سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس‌های گروهی، عدم ایجاد خلل در برنامه دیالیز هفتگی و نیز براساس تشابه در نیازها و مشکلات) تقسیم‌بندی شدند و اجرای مدل مراقبت پیگیر آغاز شد.

آشناسازی: به‌منظور ایجاد حساسیت‌های 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 جلسه‌ای ۱۵-۱۰دقیقه‌ای با حضور بیمار و خانواده وی (هماهنگی از طریق تلفن یا ارسال دعوت‌نامه از قبل صورت گرفته بود) تشکیل داد. بیماران و پژوهشگر انتظارات خود را بیان کردند و بر عدم قطع رابطه مراقبتی- درمانی تاکید شد.

حساس‌سازی: به‌منظور مشارکت بیمار و خانواده وی در اجرای مراقبت‌ها انجام شد. اقدامات این مرحله از اجرای مدل در قالب جلساتی به‌صورت 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 به‌صورت فردی قبل، حین و پس از اتمام جلسه دیالیز در محیط پژوهش با حضور اعضای خانواده صورت پذیرفت و هر گروه تجربیات و سئوالات خود در زمینه موردنظر را بیان نمودند. موارد بحث‌شده توسط پژوهشگر جمع‌بندی و نتیجه‌گیری شد.

مراحل آشناسازی و حساس‌سازی در سه هفته اول اجرای مدل که در مجموع سه ماه بود، انجام گرفت [۱۸]. با توجه به اینکه تاثیر مدل بر کیفیت خواب موردنظر بود مواردی مانند، توضیح در مورد خصوصیات بیماری کلیه در حد درک بیماران و خانواده آنها؛ اهمیت توجه به رژیم غذایی و محدودیت‌های آن؛ فعالیت فیزیکی؛ ویزیت منظم توسط پزشک و مراعات دستورهای داده‌شده؛ 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 می‌شوند؛ 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، محرک‌ها، تغذیه، مصرف داروها، فعالیت بدنی، محیط خوابیدن و غیره)، انواع اختلالات خواب (بی‌خوابی، پرخوابی و سایر اختلالات خواب) پرداختن به پرسش و پاسخ‌های مطرح‌شده توسط بیمار و خانواده با تاکید بر عوامل خطرساز؛ مورد توجه قرار گرفت. در این مرحله جلساتی به‌منظور اجرای مشاوره و بحث گروهی با دعوت از بیماران و خانواده‌های آنان در سالن بخش همودیالیز تشکیل شد. تعداد جلسات به میزان آگاهی، دانش و مشکلات مشابه برای هر یک از نمونه‌ها بستگی داشت و به‌طور متوسط ۴ تا ۶ جلسه ۱ تا ۲ساعته با توجه به سطح تحمل و پذیرش بیماران و خانواده‌های 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 فوق‌تخصص استفاده کرد.

کنترل: به‌منظور بررسی و توجه به مشکلات جدید مراقبتی (بستری‌شدن و نحوه تداوم رفتارهای آموخته‌شده) و حفظ ارتباط متعامل و متقابل (از طریق تلفن یا حضوری) انجام شد و مشاوره‌ها 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 تصمیم‌گیری شد.

ارزشیابی: شامل بررسی کیفیت خواب بیماران، تعداد جلسات دیالیز هفتگی، بررسی عوارض و مشکلات ایجادشده در رابطه با کیفیت خواب قبل، حین و بعد از دیالیز، علایم 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، پرسش‌نامه پیتس‌بورگ مجددا تکمیل شد.

پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS 15، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی (آزمون‌های Tزوجی، آنالیز واریانس یک‌طرفه، توکی، مجذور کای، رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی پیرسون) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

۵۶/۱٪ بیماران موردمطالعه مرد بودند. میانگین سن بیماران ۱۶/۷±۵۵/۰۹ با حداقل ۲۰ و حداکثر ۷۷ سال بود. به‌ترتیب، ۴۸/۸٪ بیماران در گروه ۶۰≤ 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 فوت‌شده 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).

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

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	کاملا	۸ (۱۸/۶)
	تاحدی	۱۳ (۳۰/۲)
	اصلا	۲۲ (۵۱/۲)
حمایت خانوادگی	زیاد	۲۸ (۶۵/۲)
	متوسط	۹ (۲۰/۹)
	کم	۴ (۹/۳)
	اصلا	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=۰/۰۰۰۱). 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=۰/۰۰۰۱) (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	۰/۰۰۰۱
		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=۰/۰۰۰۱)؛ به‌طوری‌که میانگین (انحراف‌معیار±) مجموع نمرات قبل از اجرای مدل ۱۰/۳۹ (±۳/۶۴) و میانگین مجموع نمرات بعد از اجرای مدل ۵/۵۴ (±۲/۸۷) بود. بعد از طبقه‌بندی نمره کل کیفیت خواب به خواب مطلوب (≤۴) و خواب ناکافی (>۴)، طبق نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک، شانس خواب مطلوب بعد از اجرای مدل نسبت به قبل از آن ۵/۸ برابر (۱۱/۸–۲/۸) شد (جدول ۳).

جدول ۳) وضعیت کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله

PSQI	تعداد قبل	تعداد بعد	سطح معنی‌داری
مطلوب (≤۴)	۱۵ (۱۷/۴٪)	۷۱ (۸۲/۶٪)	p=۰/۰۰۰۱
نامطلوب (>۴)	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 مختل‌شدن 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 *براز* 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 تاثیر 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 می‌برند [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]. *رایموند* و همکاران در بررسی تاثیر 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 تاثیر مدل مذکور بر میانگین کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی، تاثیر 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 تاثیر مطلوبی بر کیفیت خواب آنان دارد و باعث بهبود آن می‌شود. الگوهای پرستاری تابلوهای راهنما برای انجام مراقبت‌های پرستاری هستند؛ استفاده از

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

مدل‌های پرستاری، به‌خصوص مدل‌هایی که با فرهنگ جامعه سنخیت داشته باشند می‌تواند در انجام مراقبت‌های پرستاری و از طرفی تداوم در مراقبت‌ها موثر بوده و همچنین تضادهای احتمالی در انجام مراقبت را کنترل نمایند. از طرفی ایجاد و کاربرد مدل‌های مددجومدار می‌تواند باعث درک بیشتر پرستاران از مردم و نیازهای مرتبط با سلامتی آنان شود.

تشکر و قدردانی: از همکاری صادقانه و مجدانه بیماران و خانواده‌های محترم‌شان، پزشک و پرستاران ساعی مرکز همودیالیز بیمارستان گلدیس 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, Coo 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]
16- Ahmadi F, Ghofrani Pour F, Abedi HA, Arefi SH, Faghih 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- Anjomanian 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. Cioeconomic 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 Shooshtari 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]

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