

تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز

مریم سعیدی^۱، طاهره اشک‌تراب^{۲*}، کیارش ساعتچی^۳، فرید زایری^۴، صدیقه امیرعلی اکبری^۲

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مرکزی، ایران

۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات بیمارستان میلاد، تهران، ایران

۴. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیدبهشتی، تهران، ایران

چکیده

اهداف: اختلال خواب در بیماران مرحله‌ی آخر کلیوی شایع است. آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، روشی است که برای کاهش تنش و اضطراب طراحی شده است. پژوهش حاضر، به منظور تعیین تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز انجام شد. **روش‌ها:** پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌تجربی یک‌گروهی قبل و بعد بود. تعداد ۳۹ بیمار تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده، در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی سال ۱۳۸۹، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. کیفیت خواب نمونه‌ها، قبل و پس از آرام‌سازی، با استفاده از شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ سنجیده شد. آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، در سه جلسه به بیماران داده شد و از آن‌ها خواسته شد که به مدت یک ماه، روزی دو بار (یک بار در طی روز و یک بار قبل از خواب شبانه)، به انجام آرام‌سازی بپردازند و پس از هر بار انجام آرام‌سازی، برگه‌ی ثبت آرام‌سازی را تکمیل کنند. سپس کیفیت خواب بیماران، قبل و پس از آرام‌سازی، با هم مقایسه شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از آزمون‌های تی زوجی و ویلکاکسون استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب نمونه‌ها پس از آرام‌سازی به طور معنی‌داری کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی بود ($P < 0.001$). همچنین نمره‌ی هر یک از ابعاد کیفیت خواب (به غیر از مصرف داروهای خواب‌آور) به طور معنی‌داری کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی بود ($P < 0.001$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیزی تأثیر مطلوبی دارد و می‌تواند به عنوان یک روش مفید در بهبود کیفیت خواب بیماران در بخش‌های همودیالیز، اجرا و آموزش داده شود. **واژگان کلیدی:** آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی؛ بیماران تحت همودیالیز؛ کیفیت خواب

The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Hemodialysis

Maryam Saeedi¹, Tahereh Ashktorab^{2*}, Kiarash Saatchi³, Farid Zayeri⁴, Sedighe Amir Ali Akbari²

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Arak Medical Sciences University, Arak, Markazi, Iran

*2. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Research center of Milad Hospital, Tehran, Iran

4. Faculty of paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Sleep disorder is common among patients with renal disease in its last phase. Progressive muscle relaxation is a method which has been designed to reduce tension and anxiety. The present study was carried out to determine the effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis.

Methods: This is a quasi-experimental study with one-group, before and after design. Using purposive sampling method, 39 patients were selected. These patients were being treated with maintenance hemodialysis in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2010. Sleep quality of samples was assessed by Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Progressive muscle relaxation was trained to patients in three sessions. They were also asked to do relaxation practice for a month, twice a day (once during the day and once before going to bed at night), and fill in the relaxation form after each practice. Afterwards, sleep quality of patients before and after relaxation were compared. To analyze the statistical data, paired t-test and wilcoxon test were used.

Results: The mean of samples' sleep quality total score after relaxation was significantly lower than before relaxation ($p < 0.001$). The score of each sleep quality dimension (except for use of sleep medications) were significantly lower than before relaxation.

Conclusion: According to the results of this study, progressive muscle relaxation has a favorable impact on sleep quality in patients undergoing hemodialysis and can be applied and trained as a useful method to improve sleep quality of patients in hemodialysis wards.

Key words: Progressive muscle relaxation; Patients undergoing hemodialysis; Sleep quality

کیفیت خواب بیماران تحت همدیالیز، گامی در جهت کاهش مشکلات این بیماران، بهبود کیفیت زندگی و رضایتمندی بیشتر آن‌ها بردارد.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه‌تجربی یک‌گروهی قبل و بعد است که با نمونه ۳۹ بیمار تحت درمان با همدیالیز نگهدارنده در مراکز همدیالیز بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. چهار نفر از پژوهش خارج شدند (دو نفر به دلیل تکمیل ناقص برگه‌ی ثبت آرام‌سازی، یک نفر به دلیل بستری در بیمارستان و عدم انجام کامل تمرین آرام‌سازی و یک نفر به دلیل انتقال به مرکز همدیالیز دیگر). در نهایت داده‌های مربوط به ۳۵ بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مشخصات نمونه‌ها شامل این موارد بود: داشتن حداقل هجده و حداکثر ۶۵ سال سن، سابقه‌ی حداقل شش ماه همدیالیز، انجام همدیالیز دو الی سه مرتبه، برخوردارگی از هوشیاری کامل، توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول برای یادگیری روش آرام‌سازی، عدم وجود بیماری روانی شناخته شده از جمله اضطراب و افسردگی شدید، طبیعی بودن سطح کلسیم خون در طول انجام پژوهش (بین ۸/۵ تا ۱۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر)، داشتن سواد خواندن و نوشتن و امکان استفاده از لوح فشرده‌ی آموزشی.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و برگه‌ی ثبت آرام‌سازی بود. کیفیت خواب نمونه‌ها، قبل و پس از آرام‌سازی، با استفاده از شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ (PSQI) که پرسش‌نامه‌ی استاندارد برای تعیین کیفیت خواب است، سنجیده شد [۱۴-۱۶]. این پرسش‌نامه که توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ طراحی شد، یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی است که کیفیت خواب را در طول یک ماه گذشته بررسی می‌کند و شامل نوزده سؤال در هفت بعد (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کفایت خواب، مدت زمان خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه) است. نمره‌ی کل این پرسش‌نامه بین صفر تا ۲۱ است که نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی کیفیت پایین‌تر خواب است. نمره‌ی پنج و بیشتر نشان می‌دهد که شخص مشکل خواب دارد [۱۷] و ۱۸. این پرسش‌نامه در پژوهش‌های بسیاری برای ارزیابی کیفیت خواب و تعیین اختلال خواب استفاده شده است و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است. مطالعات پیشین، هم‌خوانی قابل قبولی را بین نتایج این پرسش‌نامه و بررسی‌های آزمایشگاهی خواب، با استفاده از پلی‌سمنوگرافی، نشان داده‌اند. خاصیت روان‌سنجی این پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۹]. برای استفاده

مقدمه

اختلالات خواب، در بیماران مرحله‌ی آخر کلیوی شایع است. برخی از مطالعات شیوع آن را بالای هشتاد درصد گزارش کرده‌اند [۱]. این اختلالات اغلب شامل تأخیر در به خواب رفتن، بیدار شدن مکرر از خواب، خواب‌آلودگی روزانه، آپنه در خواب، سندرم پاهای بی‌قرار و اختلال حرکتی دوره‌ای اندام است [۲ و ۳]. مطالعات اخیر بیان کرده‌اند که بین محرومیت از خواب، خواب کم و در کل اختلالات خواب با کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ در بیماران همدیالیزی همبستگی وجود دارد [۴].

حصول اطمینان از استراحت و خواب کافی بیماران، از بهترین مسئولیت‌های پرستار است. پرستار باید علت ناراحتی و برهم خوردن خواب و استراحت بیمار را شناسایی و برطرف کند [۵]. روش‌های مختلفی برای درمان بی‌خوابی استفاده می‌شود. از جمله استفاده از داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور که در درمان کوتاه مدت بی‌خوابی مؤثرند [۶]. همچنین پژوهش‌هایی استفاده از درمان‌های شناختی - رفتاری را برای بهبود کیفیت و کمیت خواب در بی‌خوابی اولیه مؤثر دانسته‌اند [۷]. روش‌های عمده‌ی درمان شناختی - رفتاری، شامل تمرین آرام‌سازی، کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب و بهداشت خواب است [۸]. تعداد زیادی از پژوهش‌هایی که تاکنون در مورد تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری انجام شده روی بی‌خوابی اولیه تمرکز داشته است، اما هنوز این نکته نامشخص است که آیا این روش‌ها می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی برای درمان بی‌خوابی ثانویه که در اثر اختلالات طبی و روانی ایجاد می‌شود به کار گرفته شود [۹].

آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، روشی است که برای کاهش تنش و اضطراب طراحی شده است [۱۰]. هدف از اجرای این روش، ایجاد آگاهی از تنش و آرامش عضلات و آموزش راهی است که بتوان همه‌ی عضلات را آرام نمود [۱۱]. آرام‌سازی عضلانی یا تن‌آرامی به معنای شلی عضلات است [۱۲]. آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی از این نظریه نشأت گرفته است که یک وضعیت روانی - زیستی به نام افزایش فشار عضلانی عصبی، پایه‌ای برای وضعیت‌های منفی هیجانی و بیماری‌های روان‌تنی است. جاکوبسون بیان کرد که آرامش عضلات، منجر به آرامش ذهن می‌شود؛ زیرا یک وضعیت هیجانی در حضور آرام‌سازی کامل اعضای بدن وجود نخواهد داشت. به بیان دیگر، آرام‌سازی از تولید افکار و هیجانات منفی از قبیل اضطراب و تنش جلوگیری کرده و اثرات افزایش فشار عضلانی بر بدن را خنثی می‌کند [۱۳]. آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، یک روش غیرتهاجمی، کم‌هزینه و بدون عوارض برای بیمار است که به طور مستقل توسط خود بیمار قابل انجام است. پژوهش حاضر قصد دارد که با هدف تعیین تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر

مرحله پس از شل کردن در وی ایجاد می‌شود، تمرکز نماید. این روش معمولاً به مدت پانزده تا بیست دقیقه قابل انجام است. پس از آموزش روش آرامسازی و کسب بازخورد مناسب، یک عدد لوح فشرده‌ی آموزش روش آرامسازی پیش‌رونده‌ی عضلانی به همراه یک جزوه‌ی آموزشی و برگه‌ی ثبت آرامسازی در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد که این روش را دو بار (یک بار در طی روز و یک بار قبل از خواب) به مدت یک ماه انجام دهند و پس از هر بار انجام این روش، برگه‌ی ثبت آرامسازی را تکمیل کنند. پس از گذشت یک ماه، بار دیگر شاخص کیفیت خواب پیتربرگ در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد. در نهایت، کیفیت خواب بیماران با زمان قبل از آموزش روش آرامسازی مقایسه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS16 استفاده شد. برای گزارش مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها، از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور تعیین تأثیر آرامسازی بر نمره‌ی کلی کیفیت خواب و ابعاد آن، به دلیل وابسته بودن دو جامعه قبل و بعد، از آزمون تی زوجی (برای داده‌های دارای توزیع نرمال) و آزمون ویلکاکسون (برای داده‌های دارای توزیع غیرنرمال) استفاده شد. برای تعیین هم‌بستگی بین نمره‌ی کلی کیفیت خواب و متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها، از آزمون‌های آماری پیرسون، اسپیرمن و تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

برای انجام این پژوهش تعداد ۳۹ بیمار تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده انتخاب شدند. تحلیل داده‌ها نشان داد که اکثریت نمونه‌ها زن (۵۴/۵ درصد)، متأهل (۶۰ درصد) و خانه‌دار (۵۴/۲ درصد) بودند. میانگین سنی نمونه‌ها $۴۲/۸۳ \pm ۱۲/۸۵$ سال بود. میانگین سنی مردان $۴۰/۵۶ \pm ۱۲/۹۴$ و میانگین سنی زنان $۷۴/۴۴ \pm ۱۲/۸۰$ سال بود. میانگین سابقه‌ی ابتلا به بیماری کلیوی و سابقه‌ی درمان با همودیالیز نمونه‌ها به ترتیب $۸/۵۴ \pm ۷/۴۳$ و $۴/۹۷ \pm ۴/۵۴$ سال بود. بیشتر نمونه‌ها در نوبت صبح (۷۱/۴ درصد) و سه بار در هفته (۹۷/۱ درصد) همودیالیز می‌شدند. بیشترین فراوانی نمونه‌ها (چهل درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی بودند. بیشتر نمونه‌ها دارای فعالیت روزانه متوسط (۵۷/۱ درصد) بودند و از داروی خواب‌آور (۷۱/۴

در این پژوهش، اعتبار محتوای این شاخص با نظرخواهی از یازده کارشناس مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پایایی آن با دو روش همسانی درونی و آزمون - بازآزمون مورد بررسی قرار گرفت. در روش آزمون - بازآزمون، پرسش‌نامه در اختیار پانزده نفر از بیماران همودیالیزی به فاصله دو هفته قرار داده شد و سپس ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی میزان پایایی محاسبه شد. میزان پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آزمون - بازآزمون ۷۸ درصد و با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۸۵ درصد محاسبه شد.

در این پژوهش، به منظور بررسی انجام آرامسازی و کیفیت آن توسط نمونه‌ها و همچنین محاسبه‌ی شاخص پذیرش آرامسازی، از برگه‌ی ثبت آرامسازی استفاده شد. این برگه به مدت یک ماه پس از انجام آرامسازی توسط نمونه‌ها تکمیل شد. در این برگه نمونه‌ها تاریخ و زمان انجام آرامسازی، مدت زمان انجام آرامسازی، میزان آرامش ایجاد شده که به صورت خودارزیابی از صفر تا ده نمره داده می‌شود؛ صفر عدم آرامش و ده حداکثر آرامش ایجاد شده را نشان می‌دهد و مصرف داروهای خواب‌آور را گزارش می‌نمودند. این برگه در پژوهش‌های مشابه دیگر نیز استفاده شده است [۲۰].

پس از اخذ مجوز کتبی از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، پژوهشگر به بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرده و با ارایه‌ی معرفی‌نامه، رضایت کتبی مسئولین مراکز مربوطه را کسب نمود. سپس به بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های منتخب مراجعه کرده و ضمن معرفی خود و بیان هدف پژوهش، بیماران همودیالیزی واجد شرایط را شناسایی کرده و پس از کسب رضایت آگاهانه از این بیماران، از آن‌ها خواست که پرسش‌نامه‌ی دموگرافیک و شاخص کیفیت خواب پیتربرگ را تکمیل کنند. سپس پژوهشگر روش آرامسازی پیش‌رونده‌ی عضلانی را در سه جلسه‌ی نیم‌ساعته به آن‌ها آموزش داد. آموزش روش آرامسازی در اتاق جداگانه‌ای که برای استراحت بیماران همودیالیز اختصاص داده شده بود، با هماهنگی قبلی با مسئول بخش انجام شد. در پژوهش حاضر به منظور انجام آرامسازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، از بیمار خواسته شد تا روی هر گروه از عضلات به ترتیب از پاها تمرکز کرده، به مدت پنج تا ده ثانیه، آن‌ها را به صورت خفیفی منقبض کند و سپس برای

جدول ۱. بررسی تأثیر آرامسازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر آماره‌های توصیفی نمره کلی کیفیت خواب واحدهای مورد پژوهش

نمره کلی کیفیت خواب	میانگین(انحراف معیار)	کمترین	بیشترین	p*
قبل از آرام سازی	(۱۲/۹(۴/۱۵)	۵	۲۰	
بعد از آرام سازی	(۷/۷۷(۳/۶۰)	۲	۱۵	<۰/۰۰۱

*آزمون تی زوجی

ده تا پانزده ثانیه، آن‌ها را شل نماید و روی احساساتی که در هر

از بین متغیرهای دموگرافیک نمونه، سن بالاتر ($p < 0.001$)، $t = 0.52$ ، وجود بیماری‌های دیگر میزان فعالیت روزانه کم ($p < 0.001$)، و مصرف داروهای خواب‌آور ($p = 0.003$) با نمره‌ی بالاتر کیفیت خواب قبل و پس از انجام آرام‌سازی هم‌بستگی معنی‌داری داشتند.

بحث

در این پژوهش، تأثیر یکی از اجزای درمان شناختی - رفتاری به نام آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر کیفیت خواب بیماران همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت. برای دستیابی به هدف کلی این پژوهش، تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر نمره‌ی کلی کیفیت خواب و هر یک از ابعاد آن مورد بررسی شد. آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، باعث بهبود نمره‌ی کلی کیفیت خواب و ابعاد آن در بیماران تحت همودیالیز شد. این یافته‌ی هم‌سو با نتایج پژوهش‌های دیگری است که در زمینه‌ی تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری از جمله آرام‌سازی بر کیفیت خواب بیماران انجام شده است [۲۱ - ۲۴]. در این پژوهش، آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، بهبود معنی‌داری در تمام ابعاد کیفیت خواب ایجاد کرد؛ به استثنای میزان مصرف داروهای خواب‌آور که این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش‌های دیگر است که در آن تغییر معنی‌داری در میزان مصرف داروی خواب‌آور توسط نمونه‌ها، پس از انجام درمان‌های شناختی - رفتاری از جمله

درصد) استفاده نمی‌کردند. بیشتر نمونه‌ها (۶۸/۷) در زمان جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر بیماری کلیوی، بیماری دیگری داشتند. تحلیل داده‌های کیفیت خواب نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب نمونه‌ها قبل و بعد از آرام‌سازی، اختلاف معنی‌داری ($p < 0.001$) با هم داشتند (جدول ۱) و میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب پس از آرام‌سازی کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی بود ($7/77 \pm 3/6$ در مقایسه با $12/89 \pm 4/5$). همچنین نمره‌ی هر یک از ابعاد کیفیت خواب (به غیر از مصرف داروهای خواب‌آور) به طور معنی‌داری ($p < 0.001$) کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی بود (جدول ۲). نمرات پایین‌تر وضعیت بهتری از کیفیت خواب را نشان می‌دهند. برای بررسی توزیع نرمال متغیرهای مورد بررسی (نمره‌ی کلی کیفیت خواب و نمره‌ی هر یک از ابعاد کیفیت خواب)، از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد که با استفاده از این آزمون، نمره‌ی کلی کیفیت خواب دارای توزیع نرمال و نمره‌ی ابعاد کیفیت خواب دارای توزیع غیر نرمال بودند. همچنین بین تغییر در نمره‌ی کلی کیفیت خواب و شاخص آرام‌سازی، هم‌بستگی معنی‌داری وجود داشت ($r = 0.34$ ، $p < 0.05$). شاخص پذیرش آرام‌سازی از طریق اطلاعات برگه‌ی ثبت آرام‌سازی و با استفاده از فرمول محاسبه شد: [۲۰]

میزان آرامش ایجاد شده \times مدت زمان انجام آرام‌سازی = شاخص آرام‌سازی

جدول ۲. بررسی تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر آماره‌های توصیفی نمره ابعاد کیفیت خواب واحدهای مورد پژوهش

ابعاد کیفیت خواب	زمان	میانگین(انحراف معیار)	p*
کیفیت ذهنی خواب	قبل از آرام سازی	۱/۸۶(۰/۷۳)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۰/۹(۰/۶۵)	
تأخیر در خواب	قبل از آرام سازی	۲/۲۶(۰/۷۴)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۱/۱۴(۰/۸۱)	
مدت خواب	قبل از آرام سازی	۲/۱۴(۰/۹۱)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۱/۴۳(۰/۸۵)	
کفایت خواب	قبل از آرام سازی	۲/۱۱(۱/۰۵)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۱(۰/۹۰)	
اختلال خواب	قبل از آرام سازی	۱/۵۱(۰/۵۰)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۱/۰۳(۰/۱۶)	
مصرف داروهای خواب‌آور	قبل از آرام سازی	۱/۱۱(۱/۴۷)	۰/۳۱
	بعد از آرام سازی	۱/۰۹(۱/۴۴)	
اختلال عملکرد روزانه	قبل از آرام سازی	۱/۹۱(۰/۷۸)	<۰/۰۰۱
	بعد از آرام سازی	۱/۲۳(۰/۸۰)	

* آزمون ویلکاکسون

سطح دانش و نگرش واحدهای مورد پژوهش نبود؛ اما میزان تحصیلات واحدهای مورد پژوهش طی سؤالی در پرسش‌نامه مشخص و دسته‌بندی شد. محدودیت قابل ذکر دیگر این است که بحران‌های جسمی، روحی و روانی می‌تواند بر کیفیت خواب تأثیرگذار باشد. برای این منظور، افرادی که در شش ماه اخیر و همچنین در طی انجام پژوهش دچار بحران شدید جسمی (بیماری حاد، بستری در بیمارستان، عمل جراحی وسیع) و یا روحی و روانی (سوگواری، طلاق) شده بودند، از مطالعه خارج شدند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز، تأثیر مطلوبی دارد. آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، باعث بهبود ابعاد کیفیت خواب شد. با توجه به اثرات مطلوب آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، این روش می‌تواند به عنوان یک روش مفید در بهبود کیفیت خواب بیماران، در بخش‌های همودیالیز، آموزش داده شود. پیش‌نهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی، تأثیر سایر روش‌های شناختی - درمانی، از جمله کنترل محرک‌ها، محدودیت خواب، تصویرسازی ذهنی و موسیقی درمانی بر کیفیت خواب این بیماران بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین، پرستاران و بیماران بخش همودیالیز بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همه‌ی عزیزانی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Tatomin PG, Boisteanu D, Seica A, Buga C, Covic A. Sleep disorder: a systematic review of an emerging major clinical issue in renal patients. *Int Urol Nephrol*. 2007;39(4):1217-26.
2. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meer CL, Quinn MM, Singer MA, et al. Quality of sleep and health related quality of life in haemodialysis patients. *Nephro Dial Transplant*. 2003;18(1):126-32.
3. Parker KP. Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Med*. 2003;7(2):131-43.
4. Baraz Sh, Mohammadi E, Broomand B. Relationship of sleep quality, quality of life and blood factors in preservative hemodialysis patients. *J Shahrekord Med Sci Univ*. 2007;9(4):74-67. [Persian]
5. Faculty members of Shahid Beheshti Nursing and Midwifery school in translation of. Principles of patient care: a comprehensive approach on nursing. Vol. 5, No. 1, Spring 2012

آرام‌سازی عضلانی، به دست نیامد [۲۵]. این یافته ممکن است این گونه توجیه شود که بیماران برای قطع داروی خواب‌آور خود نیاز به زمان و اعتماد به کارایی مناسب روش آرام‌سازی داشتند.

میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب پس از آرام‌سازی، بیانگر کیفیت پایین خواب بود (نمره‌ی کلی کیفیت خواب < ۵)؛ این یافته نشان داد که اگرچه آرام‌سازی باعث بهبود کیفیت خواب بیماران شد اما نتوانست کیفیت خواب میانگین را به سطح طبیعی برساند. این امر می‌تواند با مختل بودن شدید کیفیت خواب در این بیماران توجیه شود.

در پژوهش حاضر به منظور افزایش قدرت تعمیم نتایج مربوط به آرام‌سازی، همبستگی بین تغییر در نمره‌ی کلی کیفیت خواب بیماران پس از انجام آرام‌سازی با شاخص پذیرش آرام‌سازی بررسی شد. وجود همبستگی بین این دو متغیر بیانگر این است که بهبود کیفیت خواب با انجام آرام‌سازی همبستگی دارد.

به منظور تعیین عوامل مداخله‌گر بر کیفیت خواب بیماران، همبستگی هر یک از متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی کلی کیفیت خواب نمونه‌ها بررسی شد. از بین متغیرهای دموگرافیک، نمونه‌هایی با سن بالاتر، میزان فعالیت روزانه کم، وجود بیماری‌های دیگر و مصرف داروهای خواب‌آور با کیفیت پایین خواب قبل و پس از انجام آرام‌سازی همبستگی معنی‌داری داشتند. این یافته هم‌سو با نتایج پژوهش‌های دیگر است [۲، ۴، ۲۸-۲۶]. در سایر پژوهش‌ها، سابقه‌ی همودیالیز بیش از دوازده ماه (ساباتینی و همکاران، ۲۰۰۲)، تحصیلات پایین‌تر [۲۹] و جنس مؤنث [۳۰]، با کیفیت پایین خواب همبستگی نشان دادند که در این پژوهش این نتایج به دست نیامد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نگرش افراد نسبت به روش آرام‌سازی متفاوت بود. این نگرش با عوامل فرهنگی و میزان تحصیلات فرد مرتبط است [۳۱]. پژوهشگر قادر به کنترل

- Dugas B (author); 1st edition. Tehran: Golban Publication; 2003. [Persian]
6. Montgomery P, Dennis J. A systematic review of nonpharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med Rev*. 2004;8(1):47-62.
7. Joshi S. Nonpharmacologic therapy for insomnia in elderly. *Clin Geriatr Med*. 2008;24(1):107-19.
8. Harsora P, Kessmann J. Nonpharmacologic management of chronic insomnia. *Am Fam Physician*. 2009;79(2):125-30.
9. Smith MT, Huang MI, Manber R. Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorder. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(5):559-92.
10. Hamidzadeh S, Ahmadi F, Asghari M. Effect of relaxation techniques on anxiety and stress in elderly patients with hypertension. *J Shahrekord Med Sci Univ*. 2006;8(2):51-45. [Persian]
11. Seyyed Gorgany N. Overcomes your stress, before it overcome to you. Schtainsmetz J (author). 1st دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۱، بهار ۱۳۹۱

- edition. Tehran: Hezaran publications; 1997. [Persian]
12. Memarian R. Application of nursing concepts and theory. First edition. Tehran. Publication of Tarbiat Modarres University. 1999. [Persian]
 13. Conrad A, Roth W. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(3):243-64.
 14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep*. 1991;14(1):331-8.
 15. Smyth C. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). [monograph on the Internet]. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. Jan 2007. [cited 20 dec2009]. Available from: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf.
 16. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *J Pain Symptom Manag*. 2004;27(2):140-8.
 17. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213.
 18. 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(3):737-40.
 19. 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 Hamedan Med Sci Univ*. 2008.1(15):11-5. [Persian]
 20. Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson ChT. Relaxation therapy for insomnia: Nighttime and daytime effects. *Behavior Research and Therapy*. 2000;38(7):665-78.
 21. Berger AM, Kuhn BR, Farr LA, Lynch JC, Agrawal S, Chamberlain J, et al. Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. *Psychooncology*. 2009;18(6):634-46.
 22. Chen HY, Lim PS, Wu WCh, Chiu HCh, Chen CH, Kuo HY, et al. Cognitive-behavioral Therapy for sleep disturbance in patients undergoing peritoneal dialysis: A pilot randomized controlled trial. *Am J Kidney Dis*. 2008;52(2):314-23.
 23. Cohen L, Warneke C, Fouladi RT, Rodriguez MA, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan Yoga intervention in patients with lymphoma. *Cancer*. 2004;100(10):2253-60.
 24. Simeit R, Deck R, Marx BC. Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Sup Car Can*. 2004;12(3):176-83.
 25. Soeffing JP, Lichstein KL, Nau SD, McCrae ChS, Wilson NM, Aguillard RN, et al. Psychological treatment of insomnia in hypnotic-dependant older adults. *Sleep Med*. 2008;9(2):165-71.
 26. Eryavuz N, Yuksel S, Acarturk G, Uslan I, Demir S, Demir M, et al. Comparison of sleep quality between hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2008;40(3):785-79.
 27. 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. *Nephro Dial Transplant*. 2006;21(6):184-90.
 28. Williams SW, Tell GS, Zheng B, Shumaker S, Rocco MV, Sevick MA. Correlates of sleep behavior among haemodialysis patients: The Kidney Outcomes Prediction and Evaluation (KOPE) Study. *Am J Nephrol*. 2002;22(1):18-28.
 29. Eryilmaz MM, Ozdemir C, Yurtman F, Cilli A, Karaman T. Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. *Transplant Proc*. 2005;37(5):2072-6.
 30. Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara Sh, et al. Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephro Dial Transplant*. 2008;23(3):998-1004.
 31. Atashzadeh Shorideh F. Effect of relaxation on hypertension of patients with primary hypertension referred to cardiovascular clinics of academic hospitals in 1994. Thesis in nursing. [Dissertation] Shahid Beheshti Nursing and Midwifery School. 1994. [Persian]