

بررسی تأثیر اقدامات غیردارویی در بهبود خواب کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن

اکرم السادات سادات حسینی^۱

چکیده

مقدمه: خواب در کودکان جهت رشد و تکامل آنان امری مهم محسوب می‌گردد. این مهم در کودکان بستری به علت نیاز بیشتر آنان به خواب و همچنین عوامل مختل‌کننده خواب در این کودکان نیاز به توجه بیشتری دارد. به منظور ارتقای خواب کودکان امروزه به اقدامات غیردارویی توجهی خاص شده است. لذا در این مطالعه تأثیر اقدامات غیردارویی بر ارتقای کمیت و کیفیت خواب کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری مزمن بررسی شد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اقدامات غیردارویی بر کیفیت و کمیت خواب کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بیمارستان انجام شد.

روش: مطالعه از نوع نیمه تجربی بود نمونه‌گیری در بیمارستان مرکز طبی کودکان در سال ۸۷-۱۳۸۶ به صورت در دسترس در مرحله اول ۷۰ نفر و مرحله دوم ۶۵ نفر انجام شد. بعد از نمونه‌گیری اولیه به پرستاران اقدامات غیردارویی به صورت تئوری (کارگاه آموزشی یک روزه) و عملی (اجرا در بالین به مدت یک ماه) آموزش داده شد. در مرحله بعد پرستاران اقدامات غیردارویی را در قالب برنامه مراقبتی پرستاری و مداخله توسط پرستاران براساس مطالب آموزش داده شده بر روی نمونه‌های مرحله دوم انجام شد. کیفیت و کمیت خواب قبل و بعد از مداخله با شیوه مصاحبه با مادر با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته سنجیده شد. روایی پرسشنامه‌ها از طریق روایی محتوی و پایایی از طریق دو نیمه کردن آزمون سنجیده شدند. در نهایت با آزمون‌های آماری من‌ویتنی، کای اسکور و t -test دو گروه با هم با استفاده از SPSS v.11.5 مقایسه شدند.

یافته‌ها: بین کمیت خواب کودکان بستری قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده شد ($p < 0/05$) (قبل $SD=1/19$ ، $M=10/31$ و بعد $SD=1/07$ ، $M=11/24$) در کیفیت خواب بین حالات روانی - روحی (سرحال بودن و خستگی) و همچنین عادات خواب (زمان به خواب رفتن و سرعت بیدار شدن) و بیدار شدن (خواب کافی و خواب آلودگی) کودکان قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌گردد پرستاران جهت بهبود کمیت و کیفیت خواب کودکان از اقدامات غیردارویی و پیشگیرانه در چهارچوب فرایند پرستاری استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: خواب، کودکان، اقدامات غیردارویی، مراقبت پرستاری، بیماری مزمن

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۴

۱ - مربی هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشجوی دکتری آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: ashoseini@tums.ac.ir

مقدمه

خواب فرآیند فیزیولوژیک فعالی است (۱) که در طی آن فرد نیروی خود را باز می‌یابد (۲). در نتیجه عملکرد رضایت‌بخش فرد در طی روز وابستگی کامل با کمیت و کیفیت خواب وی دارد (۱). تحقیقات متعدد نشان داده است که خواب سبب ترشح هورمون رشد، ارتقای تکامل کودکان، وزن‌گیری و رشد بهتر می‌گردد، این امر در سنین کودکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳). با وجود این که میزان خواب کودکان با افزایش سن آنان کاهش می‌یابد ولی نسبت به بزرگسالان زمان بیشتری به خواب نیاز دارند و خواب در سنین کودکی اهمیت زیادی می‌یابد (۴) اختلال در خواب سبب خستگی، بی‌حالی، افسردگی، خلق و خوی منفی و مشکل در عملکرد روزانه فرد می‌گردد (۵و۲). همچنین خواب سبب سنتز پروتئین و تمایز سلولی می‌گردد که همگی جهت بازسازی بافت‌ها در مدت بیماری ضروری است (۶و۲). اثرات مختلف ناشی از بستری شدن و عوارض درمان‌ها و مراقبت‌ها سبب می‌گردد (۶) مشکلات خواب و یا تغییر در ریتم طبیعی بدن مشکلی شایع و مشترک در طول بستری شدن باشد (۱۱و۲-۶). به طوری که مطالعات شیوع آن را بین ۲۵-۲۰٪ و در بیماران بخش‌های ویژه تا ۵۴٪ نشان می‌دهد (۶). نقص خواب در بیماران بستری، سبب خستگی، سرکوب سیستم ایمنی، اضطراب، بی‌اشتهایی، از دست دادن قدرت عضلانی و کندی روند جسمی بیمار می‌گردد (۸و۶).

درمان‌های غیردارویی به علت ایجاد تعادل و ارتقای انرژی در بدن و همچنین ارتقای سلامتی و آسایش فرد (۱۱) بهترین روش برای درمان مشکلات خواب هستند و پرستاران جایگاه خوبی برای اجرای این درمان‌ها دارند (۱۲).

موسیقی، یوگا، ورزش، تنفس عمیق، ماساژ، طب فشاری، تأمین فعالیت فیزیکی بیماران، قرار دادن بیماران در طول روز در معرض نور خورشید، تغییر برنامه‌های متداول مراقبتی به شکلی که با خواب بیماران تداخل پیدا ننماید، از جمله درمان‌های غیردارویی می‌باشند (۱۱و۱۷-۱۳). معمولاً این روش‌ها سبب ایجاد تعادل انرژی در بدن و ارتقای سلامتی و آسایش در فرد می‌گردد. البته اگرچه برخی از آنان هنوز در مرحله تجربه است و نیازمند

مطالعات بیشتری می‌باشند (۱۱) بر روی اثر درمان‌های غیردارویی بر روی خواب مطالعاتی انجام گرفته است اما این مداخلات اغلب شامل یک یا دو روش بوده‌اند (۱۹-۱۵) و تحقیقی که در آن ترکیبی از مداخلات غیردارویی انجام شده باشد و در قالب فرآیند و اقدامات پرستاری نیز طراحی شده باشد صورت نگرفته است از طرفی این مطالعات اغلب بر روی بزرگسالان و عمدتاً سالمندان انجام شده است (۱۸و۱۹) و مطالعات اندکی در مورد تأثیر این شیوه‌ها بر روی کودکان وجود دارد. از طرفی مداخلات غیردارویی اغلب برای درمان مشکلات ایجاد شده است در مورد خواب افراد مثل بی‌خوابی به کار رفته است و کمتر مطالعه‌ای به عنوان پیشگیری از ایجاد مشکلات خواب با استفاده از روش‌های غیردارویی انجام شده است (۱۸و۱۹). در این مطالعه علاوه بر این که به گروه سنی کودکان توجه شده است از روش‌های غیردارویی جهت ارتقای کیفیت و کمیت خواب آن‌ها استفاده شده است.

لذا با توجه به اهمیت خواب در کودکان و به خصوص کودکان بستری و اثراتی که کمبود خواب بر روند بهبودی فرد بر جای می‌گذارد و با توجه به این که این نیاز فیزیولوژیک علی‌رغم این که پرستاران در تأمین آن نقش عمده‌ای دارند مورد بی‌مهری پرستاران قرار گرفته است (۷) و ضمناً پرستاران در درمان‌های غیردارویی نقش مهمی دارند. لذا محقق بر آن شد تا اثرات درمان‌های غیردارویی در قالب برنامه مراقبتی طراحی شده پرستاری را بر کمیت و کیفیت خواب کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری‌های مزمن بررسی نماید.

هدف اصلی: تعیین تأثیر اقدامات غیردارویی بر کمیت و کیفیت خواب کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در بیمارستان.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع نیمه تجربی (به علت غیر تصادفی بودن انتخاب افراد در گروه‌ها) و کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ در بیمارستان مرکز طبی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پس از طی مراحل قانونی اجرا شد. طرح دارای دو مرحله نمونه‌گیری، و مداخله به شرح ذیل می‌باشد.

نمونه گیری

۱- انتخاب پرستاران: جامعه پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان بودند که از این بین ۱۷ نفر از پرستارانی که مایل به شرکت در پژوهش حاضر بودند در مطالعه شرکت نمودند.

۲- بیماران: تعداد تخمین زده شده بیماران با استفاده از مطالعه جنت علی پور ۶۶ نفر تخمین زده شد (۲۲) $(p=0/65, \alpha=1/96, \beta=1/64)$.

روش نمونه‌گیری براساس نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل:

- ۱- حداقل ۵ روز در بخش بستری باشند. ۲- سن بین ۱۲-۵ سال داشته باشند. ۳- دچار عقب‌ماندگی ذهنی نباشند. ۴- داروهای خواب‌آور مصرف نکنند. ۵- دارای درد نباشند. ۶- دارای بیماری مزمن نباشند. ۷- مادر مسؤولیت مراقبت از کودک در بیمارستان را به عهده داشته باشد. ۸- دارای اختلالات خواب و بیماری‌های مربوط به خواب نباشد.

معیارهای خروج از مطالعه شامل:

- ۱- کودک مایل به انجام اقدامات پرستاری مربوطه نباشد. ۲- والدین کودک مایل به انجام اقدامات پرستاری روتین نباشند. ۳- کودک در زمان مطالعه به هر علتی مبتلا به درد یا تغییر تشخیص بیماری گردد.

نمونه‌گیری از بیماران در طی دو مرحله انجام شد (۱) مرحله اول (قبل از مداخله) که در طی یک ماه ۷۰ بیمار انتخاب شدند و اطلاعات دموگرافیک و کیفیت و کمیت خواب آن‌ها جمع‌آوری شد. (۲) در مرحله دوم (زمان مداخله) در این مدت نیز تعداد ۷۰ بیمار در مدت دو ماه نمونه‌گیری شد که تعداد ۵ نفر از آنان به علت ترک بخش یا بیمارستان از مداخله خارج شدند.

نکات اخلاقی

جهت دریافت رضایت از بیماران برای شرکت در مطالعه از والدین یا قیم بیماران براساس پروتکل دانشگاه علوم پزشکی تهران کسب رضایت شد. علاوه بر آن پرستاران از کودکان بیمار نیز به طور شفاهی رضایت کسب نمودند.

در مورد پرستاران با توجه به این که اجرای فرآیند پرستاری جزو وظایف پرستاران می‌باشد و در ضمن شرکت در کلاس‌های طرح آزاد بود و محدودیتی برای آن وجود نداشت لذا شرکت پرستاران در کلاس‌ها دلیل بر رضایت

آن‌ها برای اجرای طرح تلقی شد علاوه بر این که در مرحله اول از پرستاران رضایت کتبی نیز اخذ شد.

مداخله

اقدامات قبل از مداخله

قبل از شروع طرح محقق جهت آشناسازی پرسنل دفتر پرستاری با شیوه و اهداف اجرای طرح یک جلسه توجیهی یک ساعته جهت سرپرستاران و مسؤولین پرستاری بیمارستان اجرا نمود.

سپس با آموزش پرستاران به مدت ۳۰ دقیقه طریقه جمع‌آوری اطلاعات از بیماران در مرحله اول برای آنان شرح داده شد. لازم به ذکر است یکی از اهداف آموزش شیوه جمع‌آوری اطلاعات به منظور از بین رفتن تورش در جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد.

الف) آموزش شیوه مداخله

از آنجا که اقدامات غیردارویی توسط پرستاران به اجرا در می‌آمد لذا جلسات آموزشی پرستاران به شرح ذیل به اجرا در آمد. آموزش در دو مرحله به اجرا در آمد ابتدا کارگاه آموزشی یک روزه (۸ ساعت) که شامل موارد ذیل بود: ۱- فیزیولوژی خواب در کودکان ۲- مشکلات و موانع خواب در کودکان ۳- اهمیت خواب در سن مدرسه و اثرات بستری شدن بر خواب در این سن ۴- اهمیت خواب در بیمارستان ۵- استفاده از طب مکمل و مراقبت پرستاری در ارتقای خواب کودکان بیمار.

در مرحله دوم آموزش پرسنل توسط محقق به صورت عملی و انفرادی در بیمارستان به مدت یک ماه ادامه یافت در طی آموزش‌های عملی تکنیک آرام‌سازی، استفاده از موسیقی و ماساژ در قالب فرآیند پرستاری و اقدامات پرستاری طی ۵ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. سپس از کلیه شرکت‌کنندگان آزمون به عمل آمد که در صورت کسب ۸۰٪ امتیاز پرستار مربوطه جهت ورود به طرح آمادگی می‌یافت. در این مرحله نمونه‌ای از مطالعه خارج نشد.

سپس به مدت دو ماه پرستاران شروع به مداخله و جمع‌آوری اطلاعات بیماران مانند مرحله اول نمودند.

ب) مرحله مداخله

در این مرحله پرستاران آموزش دیده به محض پذیرش بیمار در بخش شروع به جمع‌آوری اطلاعات براساس فرآیند پرستاری می‌نمودند و برنامه‌ریزی پرستاری با توجه به بررسی اولیه جهت بهبود خواب بیماران صورت

هر اقدام دیگری که سبب سرو صدا می‌شد اصلاح می‌شدند.

۴ - کم کردن اضطراب و تنش ناشی از بستری شدن و فراهم نمودن آسایش جسمی پیش از خواب با استفاده از طب مکمل و اقدامات غیردارویی.

• بازی و تدارک فعالیت بدنی: استفاده از بازی‌های انفرادی مثل نقاشی کشیدن، بازی با پازل، بازی با ماشین برقی و ...

همچنین برای تدارک فعالیت بدنی از کودک خواسته می‌شد در تخت حرکات ساده ورزشی و حرکات یوگا را انجام دهد.

• در معرض نور خورشید قرار گرفتن: به منظور تنظیم ساعات بیولوژیک کودکان از والدین خواسته می‌شد تا پنجره‌ها را در طول روز با پرده نبوشانند و از طرفی به مدت یک تا دو ساعت به طور متناوب هر بار حداکثر ۱ و حداقل نیم ساعت به کودک همراه والدینش اجازه داده می‌شد تا در محوطه قدم بزنند.

• آرام‌سازی: جهت آرام‌سازی از سه تکنیک استفاده شد:

الف) تنفس عمیق و شل کردن عضلات: کودک در وضعیتی راحت و در حالت خوابیده به پشت در تخت قرار گرفته و تمام بدن خود را از پا به طرف سر شل می‌نماید. سپس با شمارش خود یا مراقب با دو شماره ۱۰۰۱ و ۱۰۰۲ هوا را وارد ریه‌ها کرده و سپس با دو شماره ۱۰۰۳ و ۱۰۰۴ به آرامی هوا را تخلیه نماید. که هر شب به مدت ۳-۵ دقیقه قبل از خواب انجام شد.

ب) گوش دادن به موسیقی: در این شیوه با استفاده از هدفون و دستگاه پخش موسیقی MP3 به مدت ۳۰-۱۵ دقیقه قبل از خواب کودک به موسیقی‌های آرام از میان ۱۰ موسیقی موجود به انتخاب خود کودک گوش می‌داد.

ج) حرکات یوگا: در مورد حرکات یوگا چون بچه‌ها معمولاً قادر به تبعیت از دستورالعمل‌های یوگا به طور دقیق مشابه آنچه در بزرگسالان وجود دارد نیستند و در ضمن در محیط بیمارستان نیز محلی برای اجرای این حرکات وجود نداشت تنها به دو حرکت جنینی و چهار دست و پا بسنده شد. در زمان حالت گرفتن کودک از وی خواسته می‌شد تا تنفس عمیق داشته باشد. زمان انجام حرکات یوگا یک ساعت قبل از خواب به مدت ۳-۵ دقیقه بود.

می‌گرفت. در این مرحله برنامه مراقبتی ترکیبی پرستاری شامل موارد ذیل جهت بیماران انجام می‌شد. ترکیبی از تکنیک‌های آرام‌سازی در کودکان سن مدرسه (تنفس عمیق - مالیدن پشت)، استفاده از موسیقی و حرکات یوگا (خوابیدن مانند جنین - حالت چهار دست و پا) بود. علاوه بر این پرستار نکات مورد نظر در ایجاد آرامش در کودک و تأمین خواب او را نیز در نظر می‌گرفت که برنامه مراقبتی پرستاری با توجه به مطالعات و مشاهدات قبلی پژوهشگر در حیطه‌های ذیل طراحی گردید:

۱ - افزایش آگاهی و نگرش والدین کودک در مورد شیوه‌های تأمین خواب مناسب برای کودک و آموزش روش‌های تسهیل‌کننده خواب برای کودکان.

در این حیطه پرستاران به کلیه مادران یا مراقبین کودک در مورد اهمیت خواب در کودک بستری و ادامه عادات خواب کودک در بیمارستان، اقدامات تشویقی در مورد خواب کودک و آموزش در مورد نحوه اجرای مراقبت‌های غیردارویی برای کودک مثل نحوه تنفس عمیق، شل‌سازی عضلانی، استفاده از موسیقی و ...

۲ - تغییر در ساعات انجام پروسیجرهای درمانی و پرستاری تا حداکثر خواب برای بیمار فراهم گردد. این روش در دو مرحله انجام پذیرفت:

• تشویق مثبت در مورد خواب کودک: با استفاده از جوایز کوچک مانند هدیه مدارنگی، استفاده از اطاق بازی یا هدیه دادن نقاشی به بچه‌ها کودکانی را که ساعت مورد نظر و بین ۱۰-۸ ساعت می‌خوابیدند تشویق می‌شدند.

• عدم تداخل برنامه مراقبتی و درمانی با ساعت خواب کودکان: تنظیم ساعات دادن دارو و اندازه‌گیری علائم حیاتی با خواب کودکان و انتقال بیماران نیازمند انجام پروسیجرهای مکرر در شب به اطاق خصوصی یا با تعداد کمتر بیمار.

۳ - تغییر در ساختار محیطی در جهت تأمین خواب کودک (در حیطه عملکردی پرستار)

در این قسمت پرستاران عوامل ایجاد سروصدا در محیط بخش را تصحیح نمودند مثل صدای چرخ برانکاردها و ترالی دارو، صدای مهتابی‌ها و لولای درب‌ها، تعمیر تخت‌هایی که به علل مختلف صدا تولید می‌نمودند، تعمیر شیرها و سیفون اطاق‌ها، پرستاران موظف بودند کفش‌هایی به پا کنند که صدا نداشته باشد، استفاده از تلفن بی‌سیم در شب و کم کردن صدای زنگ تلفن در شب و

شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، تحصیلات و مشکلات خواب قبلی آنان بود.

بررسی میزان کمیت خواب بیماران که توسط مصاحبه پرستار با والدین کودک برای هر روز بستری در بیمارستان تکمیل می‌گردید که شامل ساعات خواب بیمار در شب و روز می‌شد (۲ و ۲۰). این ابزار براساس ساعت اندازه‌گیری می‌شد.

بررسی کیفیت خواب کودک بیمار که شامل ۱۰ سؤال بود که توسط مصاحبه پرستار با والدین کودک برای هر روز بستری کودک در بیمارستان تکمیل می‌گردید. ابزار بررسی کیفیت خواب شامل دو قسمت بود قسمت اول شامل سه سؤال در مورد (زمانی که کودک نیاز دارد تا به خواب برود، زمانی که کودک نیاز دارد تا بعد از بیدار شدن در شب دوباره به خواب برود و زمانی که کودک بعد از بیدار شدن از رختخواب خارج می‌شود) که براساس جدول شماره ۳ نمره‌دهی شده است. یک سؤال در مورد ساعت فعالیت در روز که براساس ساعت ثبت می‌شد و یک سؤال در مورد نوع خواب کودک که دو انتخاب (منقطع و یکسره) را شامل می‌شد. قسمت دوم پرسشنامه شامل ۵ سؤال در مورد (کافی بودن خواب، خواب آلودگی، سرحال بودن در طی روز و احساس خستگی و بهانه‌گیری) بود که یکی از گزینه‌های (بلی، خیر و تقریباً) برای پاسخ انتخاب می‌شد. همچنین پرستاران ابزاری جهت بررسی تأثیر اقدامات پرستاری داشتند که شامل سه مورد درباره تداخل زمان دارو دادن، کنترل علائم حیاتی و سرم درمانی با خواب کودک بود که دارای دو گزینه (بلی یا خیر) بود و ۴ مورد درباره وضعیت روحی-روانی کودک شامل (نگرانی، ترس، کمبود توجه و تحریک‌پذیری) که همه از نشانه‌های خواب ناکافی می‌باشند بود که هر کدام دو انتخاب (بلی و خیر) داشتند (۲۵-۲۳) کلیه پرسشنامه‌ها دارای روایی محتوی با استفاده از نظرات ده تن از اساتید دانشگاه‌های ایران بودند و پرسشنامه کیفیت خواب بیماران و بررسی عملکرد پرستاران با استفاده از روش دو نیمه کردن دارای پایایی درونی با $(\alpha=0/85)$ در مورد پرسشنامه کیفیت خواب و $(\alpha=0/82)$ در مورد پرسشنامه عملکرد پرستاران بودند.

سپس کلیه اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری t -test، من‌ویتنی، کولموگراف

(د) فراهم نمودن آسایش جسمی پیش از خواب: برای تدارک آسایش جسمی پیش از خواب کودک تدابیر زیر به کار گرفته شد.

• ادامه عادات پیش از خواب کودک در منزل (مثل قصه‌گویی قبل از خواب، استفاده از بالش خود در منزل، مسواک زدن و ...)

• توجه به نیازهای دفعی قبل از خواب و محدودیت دریافت مایعات (خوراکی، تزریقی) حداقل ۲ ساعت قبل از خواب

• حمایت از کودک در مورد کاترهای وریدی یا پانسمان و ...

ه) جهت فراهم نمودن آسایش و آرام‌سازی قبل از خواب از ماساژ پشت و شانه‌ها در کودک استفاده شد که در این روش کودک بر روی تخت به پشت خوابیده و پرستار یا مراقب کودک ماساژ ملایمی با دست‌ها به طور دورانی و در جهت گردش خون وریدی بر روی پشت کودک انجام می‌داد.

جمع‌آوری اطلاعات

در هر دو مرحله قبل و بعد از مداخله به محض پذیرش بیمار جمع‌آوری اطلاعات در مورد بیمار شروع می‌شد که شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار بود. سپس از بیمار جهت شرکت در مطالعه کسب رضایت می‌شد. در روز دوم بستری بیمار فرم‌های کیفیت و کمیت خواب بیمار و عملکرد پرستار تکمیل می‌شدند که برای سه روز متوالی این کار ادامه می‌یافت لازم به ذکر است مادران در مورد نحوه پر شدن پرسشنامه‌ها و پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه در طی تکمیل پرسشنامه و قبل از آن توسط پرستار مربوطه راهنمایی‌های لازم را دریافت می‌نمودند. البته تجزیه و تحلیل اطلاعات به علت زیاد بودن حجم و تجربیات محقق در طی تحقیق که مشخص شد درمان‌های غیردارویی از روز دوم تا سوم مداخله توسط بیماران به خوبی اجرا می‌شوند تنها بر روی اطلاعات روز سوم انجام شد (شکل شماره ۱).

مشخصات ابزار

ابزار جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک بیماران که توسط مصاحبه با والد یا مراقب بیمار تکمیل می‌گردید

اسمیرنوف و کای اسکوتر با استفاده از SPSS v.11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس مطالعه زیر نتایج مطالعه در دو قسمت به دست آمد.

(۱) پرستاران: ۱۷ پرستار لیسانس که از نظر سن $mean=28/8$ ، $Sd=5/2$ سال و با سابقه خدمت در بخش کودکان $mean=5/37$ ، $Sd=3/61$ سال و بدون مشکلات خواب بودند گروه مجری مداخله غیردارویی مؤثر بر خواب در این مطالعه بودند.

(۲) بیماران: از نظر مشخصات دموگرافیک سن (قبل از مداخله $mean=8/3$ ، $sd=2/36$ سال و بعد از مداخله $mean=8/25$ ، $sd=2/27$ سال) و تشخیص بیماران (قبل از مداخله کلیه ۲۸/۶، غدد ۳/۲۴، گوارش ۳۰، متابولیک ۱۷/۱ و بعد از مداخله کلیه ۳۰/۸، غدد ۲۶/۲، گوارش ۲۷/۷، متابولیک ۱۵/۴) که با استفاده از آزمون t -test و در مورد جنس (قبل از مداخله مؤنث ۵۱/۴ و بعد از مداخله ۵۲/۳) با استفاده از آزمون کای اسکوتر تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد ($p>0/05$).

در مورد عملکرد پرستاران بین عوامل اختلال در خواب شامل تداخل زمان دارو با ساعت خواب، تداخل علایم حیاتی با خواب بیماران (نگرانی، ترس و تحریک‌پذیری) تفاوت معناداری با استفاده از آزمون

کای اسکوتر بین قبل و بعد از مداخله دیده شد ($p<0/05$) اما بین داشتن سرم و کاهش تمرکز بیماران تفاوت معناداری بین قبل و بعد از مداخله دیده نشد (جدول شماره ۱). در مورد کمیت خواب بیماران بین ساعت خواب بیماران (قبل از مداخله $mean=10/31$ ، $sd=1/19$ ساعت و بعد از مداخله $mean=11/24$ ، $sd=1/07$ ساعت) با استفاده از آزمون t -test تفاوت معناداری دیده می‌شود ($p<0/05$).

در مورد کیفیت خواب بیماران بین نوع خواب قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون من‌ویتنی تفاوت معناداری دیده می‌شود ($p<0/05$) (یکسره قبل ۶۰٪ و بعد ۸۳/۱٪ و منقطع قبل ۴۰٪ و بعد ۱۶/۹٪).

در مورد کیفیت خواب آزمون من‌ویتنی تفاوت معناداری را بین قبل و بعد از مداخله در مورد میزان خواب کافی، خواب آلودگی بیمار، سر حال بودن در طی روز اما بین بهانه‌گیری و خستگی بیمار در طی روز تفاوت معناداری نشان داده نشده است ($p<0/05$) (جدول شماره ۲).

در کیفیت خواب بیماران بین زمان لازم برای به خواب رفتن اولیه بیماران و زمان لازم برای به خواب رفتن بعد از بیدار شدن در شب و همچنین سرعت بیدار شدن بیمار از خواب بعد از صدا زدن او در صبح تفاوت معناداری با استفاده از آزمون من‌ویتنی بین و کای اسکوتر قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($p<0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول ۱- جدول فراوانی عوامل اختلال در خواب بیماران

سطح معناداری با استفاده از آزمون chi-squair	بعد از مداخله		قبل از مداخله		عوامل اختلال در خواب	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p=0/83$	۸۱/۵	۵۳	۷۸/۶	۵۵	بلی	سرم
	۱۸/۵	۱۲	۲۱/۴	۱۵	خیر	
$p=0/000$	۲۶/۲	۱۷	۶۴/۳	۴۵	بلی	تداخل دارو با خواب
	۷۳/۸	۴۸	۳۵/۷	۲۵	خیر	
$p=0/000$	۲۶/۲	۱۷	۹۸/۶	۶۹	بلی	تداخل علائم حیاتی با خواب
	۷۳/۸	۴۸	۱/۴	۱	خیر	
$p=0/000$	۱۸/۵	۱۲	۵۵/۷	۳۹	بلی	نگرانی بیمار
	۸۱/۵	۵۳	۴۴/۳	۳۱	خیر	
$p=0/000$	۱۵/۴	۱۰	۵۱/۴	۳۶	بلی	ترس بیمار
	۸۴/۶	۵۵	۴۸/۶	۳۴	خیر	
$p=0/1$	۹۳/۸	۶۱	۸۴/۳	۵۹	بلی	کاهش تمرکز
	۶/۲	۴	۱۵/۷	۱۱	خیر	
$p=0/000$	۲۱/۵	۱۴	۶۱/۴	۴۳	بلی	تحریک پذیری
	۷۸/۵	۵۱	۳۸/۶	۲۷	خیر	

جدول ۲- جدول فراوانی کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله

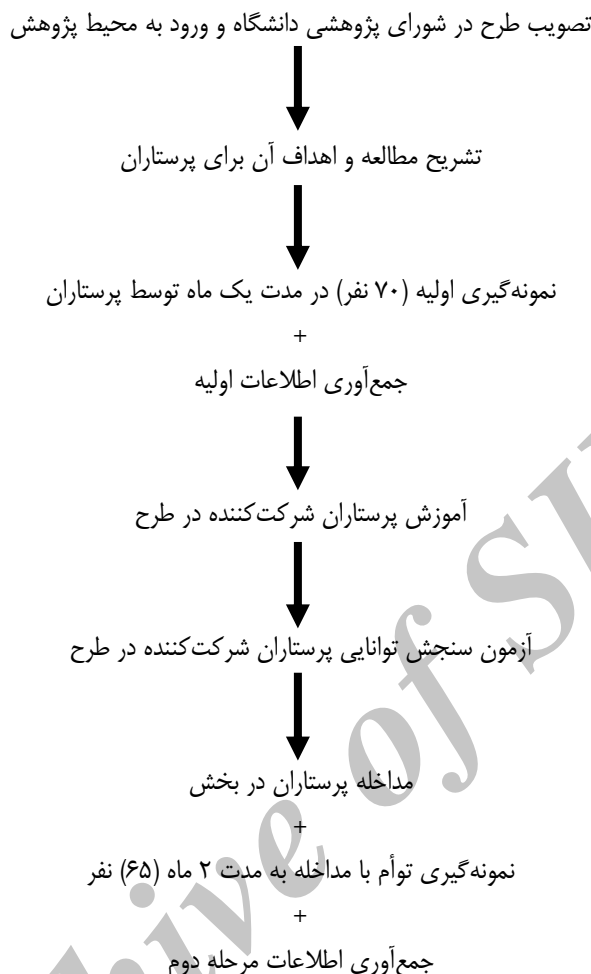
سطح معناداری با آزمون من ویتنی*	بعد از مداخله		قبل از مداخله		کیفیت خواب	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p=0/04$	۴۱/۷۵	۲۵	۱۶/۸	۱۲	بلی	خواب کافی
	۳۰/۴	۱۹	۵۰/۴	۳۶	خیر	
	۳۵/۰۷	۲۱	۳۰/۸	۲۲	تقریباً	
$p=0/006$	۲۲/۱	۱۳	۵۲/۲	۳۸	بلی	خواب آلودگی
	۷۵/۲	۴۷	۳۲/۲	۲۳	خیر	
	۸	۵	۱۲/۶	۹	تقریباً	
$p=0/009$	۲۹/۵	۳۵	۳۷/۸	۲۷	بلی	سر حال بودن
	۱۹/۲	۱۲	۲۲/۴	۱۶	خیر	
	۳۰/۶	۱۸	۳۷/۸	۲۷	تقریباً	
$p=0/94$	۶۴/۶	۳۸	۵۶	۴۰	بلی	بهانه گیری
	۱۹/۲	۱۲	۲۱	۱۵	خیر	
	۳۴	۱۵	۲۱	۱۵	تقریباً	
$p=0/26$	۳۰/۶	۱۸	۴۴/۸	۳۲	بلی	خستگی
	۶۲/۴	۳۹	۳۳/۶	۲۴	خیر	
	۱۳/۶	۸	۱۹/۶	۱۴	تقریباً	

* دلیل استفاده از آزمون من ویتنی رتبه‌ای بودن مقادیر است به طوری که در خواب آلودگی، بهانه‌گیری و خستگی به نامناسب، خیر=مناسب، و تقریباً=متوسط در نظر گرفته شده است. و در خواب کافی و سر حال بودن به نامناسب، خیر=نامناسب، و تقریباً=متوسط در نظر گرفته شده است.

جدول ۳- جدول فراوانی کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله

سطح معناداری	بعد از مداخله		قبل از مداخله		کیفیت خواب	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p=0/000$ آزمون من ویتنی	۵۰/۸	۳۳	۱۷/۱	۱۲	کمتر از نیم ساعت	زمان برای به خواب رفتن
	۳۶/۹	۲۴	۵۲/۹	۳۷	بیشتر از نیم ساعت	
	۱۲/۳	۸	۳۰	۲۱	بیشتر از یک ساعت	
$p=0/034$ آزمون کای اسکوئر	۷۸/۲	۴۶	۶۱/۶	۴۴	کمتر از نیم ساعت	به خواب رفتن بعد از بیدار شدن در شب
	۳۰/۴	۱۹	۳۶/۴	۲۶	بیشتر از نیم ساعت	
$p=0/000$ آزمون کای اسکوئر	۵۸/۵	۳۸	۳۱/۴	۲۲	بلافاصله	نوع بیدار شدن از خواب
	۴۱/۵	۲۷	۶۸/۶	۴۸	کمتر از نیم ساعت	

شکل ۱-



بحث

کم کردن این مورد نیاز به آموزش پزشکان نیز وجود دارد. هر چند که شاید به علت ماهیت بیماری در کودکان و ناپایداری وضع آنان در این سنین این امر کاملاً قابل تحقق نباشد. در مورد تداخل زمان دارو دادن با خواب بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده می‌شود که احتمالاً ناشی از مداخله می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت براساس مداخله پرستاری در گروه مداخله ایجاد شده است این امر در تداخل ثبت علائم حیاتی با خواب بیماران نیز به همین صورت مشاهده می‌گردد که می‌تواند ناشی از مداخله پرستاران باشد از آنجا که زمان دادن داروها و ثبت علائم حیاتی از عواملی است که مستقیماً تحت نظر پرستاران صورت می‌پذیرد می‌توان نتیجه گرفت اقدامات پرستاران جهت بهسازی خواب بیماران می‌تواند عوامل مختل‌کننده خواب را کاهش دهد و خواب بیماران را بهبود بخشد.

نتایج مطالعه نشان داد بین بیماران قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری از نظر مشخصات دموگرافیک و بیماری وجود ندارند که همسانی آنان می‌تواند تاحدی مشکل تفاوت افراد در دو گروه که امری گریزناپذیر است حل نماید و گروه‌ها را یکسان و قابل مقایسه با هم سازد. در مورد پروسیجرهای مراقبتی مؤثر بر خواب بین میزان داشتن سرم قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. و جالب این است که میزان دریافت سرم بیماران بعد از مداخله به نسبت قبل افزایش یافته است با توجه به این که سرم از عوامل مداخله‌گر در خواب است می‌توان بیان کرد که مداخله محقق بر روی داشتن سرم نه تنها تأثیری نداشته است بلکه موارد آن افزایش نیز یافته است که می‌تواند ناشی از این باشد که تجویز سرم درمانی در حیطه کار پرستاران نیست و جهت

بلکه بر روی عوارض ناشی از کم خوابی که خود سبب تشدید مشکلات خواب می‌گردند نیز مؤثر است.

با توجه به هدف مطالعه مداخلات غیردارویی پرستاری بر روی کمیت خواب بیماران به طور معناداری مؤثر بوده است. در مطالعه‌ای که توسط Tsay و همکاران به صورت سه گروهی انجام شد ماساژ سبب افزایش کمیت خواب بیماران در گروه مداخله نسبت به دو گروه دیگر شده بود (۱۱). از آنجا که ماساژ یکی از تکنیک‌های آموزش داده شده به پرستاران در این تحقیق بود می‌توان نتیجه گرفت ماساژ به عنوان یکی از مداخلات پرستاری سبب بهبود کمیت خواب بیماران می‌گردد.

در مطالعه Hinds و همکاران نیز مشخص شد که مدیریت مراقبت‌های پرستاری به صورتی که تعداد بیدار شدن از خواب بیماران را کاهش دهند سبب طولانی‌تر شدن مدت زمان خواب بدون وقفه بیماران می‌گردد.

در مطالعه Ouslander و همکاران نیز پرسنل آموزش‌هایی در مورد مداخلات غیردارویی جهت بهبود کیفیت خواب بیماران دریافت کرده بودند که تفاوت معناداری بین گروه مداخله و کنترل دیده (۱۴) البته به نظر می‌رسد علت تفاوت نتایج در این مطالعه با مطالعه حاضر سن نمونه‌ها باشد که همگی سالمند بودند در حالی که در مطالعه حاضر کودکان بررسی می‌شوند علاوه بر آن محیط مداخله (مراکز نگهداری سالمندان) نیز با محیط فعلی که بیمارستان می‌باشد متفاوت بود.

در مطالعه جنت علی‌پور نیز مداخلات ارتقادهنده خواب سبب بهبود کمیت خواب در کودکان بستری شده بود که از این نظر با مطالعه حاضر هماهنگ است (۲۲).

در مطالعه Robinson و همکاران نیز در مرحله بازتوانی بیماران استفاده از روش‌های غیردارویی مانند آرام‌سازی، موزیک و نیایش در ارتقای خواب بیماران مؤثر بوده است (۲۶).

همچنین مطالعه Fernandes و همکاران اقدامات غیردارویی مثل هیدروتراپی و فیزیوتراپی سبب افزایش ساعات خواب در بیماران فیبرومیالژی شده بود (۲۹). اما در مطالعه Lareau و همکاران مداخلات غیردارویی در بیماران سالمند سبب افزایش زمان خواب آنان نشد. دلیل تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه موجود احتمالاً به دلیل تفاوت فاحش در سن گروه مورد مداخله می‌باشد که دارای خصوصیات متفاوتی در اجرای برنامه غیردارویی و خواب آنان می‌باشد. اما در

در مطالعه Hinds و همکاران نیز نشان داده شد یکی از عوامل مختل‌کننده خواب بیماران اقدامات پرستاری در زمان خواب بیماران است که سبب کم خوابی و خستگی در طول روز می‌گردد و در نهایت توصیه نمودند پرستاران با طراحی برنامه‌های مراقبتی به نحوی که مانع اختلال در خواب بیماران گردد آنان را بهبود بخشند (۶).

همچنین در مطالعه Robinson و همکاران نیز طراحی برنامه مراقبت پرستاری و تغییر رویه‌های معمول پرستاری به صورتی که با خواب بیماران تداخل نیابد سبب ارتقای کیفیت و کمیت خواب بیماران شده بود (۲۶).

همسانی نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر نشان می‌دهد پرستاران اغلب در مورد عوامل مختل‌کننده خواب بیماران عملکرد صحیحی ندارند. به نظر می‌رسد علی‌رغم این که پرستاران آموزش‌هایی در مورد ارتقای خواب بیماران در دوران تحصیل داشته‌اند ولی توجه به این امر در دوره‌های بازآموزی و تکمیلی پرستاران مهم می‌باشد از طرفی به نظر می‌رسد آموزش سایر کارکنان بیمارستان مثل پزشکان و خدمه بخش‌ها هم تأثیر مهمی در ارتقای خواب بیماران داشته باشد هر چند این امر مستلزم مطالعات بیشتر و دقیق‌تری است.

در مورد احساس نگرانی بیماران بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دیده شد در مورد احساس ترس بیماران، و تحریک‌پذیری آنان نیز این تفاوت مشاهده شده است که این امر می‌تواند ناشی از مداخلات پرستاران جهت آرامش بخشی و آرام‌سازی بیماران باشد که سبب احساس آرامش و کاهش صدمات ناشی از اضطراب و استرس بستری شدن می‌گردد که این امر سبب خواب مناسب در کودکان می‌شود که به نوبه خود مجدداً سبب کاهش احساس ترس، نگرانی و تحریک‌پذیری بیماران می‌گردد (۲۸، ۲۷، ۲۰، ۷).

اما در مورد کاهش تمرکز بیماران تفاوت معناداری دیده نشد شاید مداخلات نتوانسته بر روی تمرکز اثرگذار باشد و نیاز به اقدامات خاص دیگری در این مورد می‌باشد.

در مطالعه جنت علی‌پور نیز مداخله مادران در جهت بهبود خواب کودکان سبب کاهش احساس ترس، نگرانی و تحریک‌پذیری و افزایش تمرکز بیماران شده بود (۲۲). که از این نظر به جز در مورد تمرکز با مطالعه حاضر هماهنگی دارد. نتایج این دو مطالعه نشان می‌دهد که مداخله جهت آرام‌سازی بیمار نه تنها خواب بیماران را بهبود می‌بخشد

سبب کاهش احساس خستگی بیمار نشده است (۶). به نظر می‌رسد احتمالاً علت این امر گروه سنی بزرگسال مورد مداخله در مطالعه Hinds باشد هر چند این مورد از نظر محقق نیاز به بررسی بیشتری را می‌طلبد.

Tsay و همکاران در مطالعه خود نشان دادند ماساژ به عنوان مداخله‌ای که وظیفه پرستاران است می‌تواند سبب بهبود کیفیت خواب در بیماران با مشکلات کلیوی در مراحل انتهایی زندگی گردد (۱۱).

به نقل از صاحب‌جمعی در مطالعه Shiao که طب فشاری و تحریک‌الکتریکی بر روی خواب بیماران دیالیزی بررسی شدند مشخص شد در دو گروه مداخله سطح خستگی و افسردگی کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند و کیفیت خواب آنان نیز افزایش پیدا کرده بود (۲۸).

در مطالعه مرووری Wang و همکاران و Dennis و Montgomery اقدامات غیردارویی سبب ارتقای کیفیت خواب بیماران بزرگسال می‌گردد. که البته در مورد برخی اقدامات مثل ورزش نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد (۳۱ و ۳۳). در مطالعه Rosen و همکاران نیز ترکیب مداخلات دارویی و غیردارویی سبب مؤثر شدن خواب و سر حال بودن بیماران بعد از بیدار شدن از خواب شده است (۳۲). در مطالعه Lareau و همکاران نیز مداخلات غیردارویی در سالمندان سبب بهبود کیفیت خواب بیماران شده بود (۳۰). مقایسه نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر نشان می‌دهد اقدامات و مراقبت‌های غیردارویی و پرستاری می‌تواند سبب بهبود کیفیت خواب کودکان بستری در بیمارستان گردد. البته نکته جالب در مقایسه مطالعه موجود با سایر مطالعات اینست که مداخلات غیردارویی سبب ارتقای کیفیت خواب کودکان و بزرگسالان و حتی سالمندان می‌گردد ولی در مورد کمیت خواب نتایج بین سالمندان و کودکان در مواردی دارای تناقض است که خود نیاز به مطالعات بیشتر را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

اگرچه نتایج این تحقیق قابل تعمیم نیست اما به نظر می‌رسد با توجه به هدف مطالعه روش‌های غیردارویی و طراحی مراقبت پرستاری از سوی پرستاران جهت بهبود کیفیت و کمیت خواب کودکان می‌تواند مؤثر باشد و از عواقب

همین مطالعه در گروه مداخله میزان مصرف داروهای خواب‌آور به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود (۳۰). در مطالعات مرووری Dannis و Montgomer مطالعات بررسی شده نشان دادند استفاده از روش‌های غیردارویی در سالمندان سبب کاهش مشکل بی‌خوابی در آنان می‌شود اما در مورد برخی از اقدامات مثل بودن در نور روز و ورزش هنوز شواهد کافی در دسترس نیست (۳۱). در مطالعه Rosen و همکاران ترکیب درمان‌های دارویی و غیردارویی سبب افزایش ساعات خواب در بیماران بزرگسال دچار مشکلات خواب شده بود (۳۲). همچنین در مطالعه مرووری Wang و همکاران نیز اقدامات غیردارویی برای درمان مشکل بی‌خوابی سبب افزایش ساعات خواب بیماران بزرگسال می‌گردد (۳۳).

در نتیجه با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با نتایج مطالعات موجود مشخص می‌گردد اقدامات غیردارویی اجرا شده در قالب مراقبت‌های پرستاری می‌تواند سبب بهبود کمیت خواب کودکان دارای بیماری مزمن بستری در بیمارستان گردد.

در رابطه با کیفیت خواب بیماران، نوع خواب و ساعات فعالیت بیماران بین قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری دارد. از آنجا که یکی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت خواب نوع آن و ساعات فعالیت کودک در طی روز است لذا مداخله پرستاری انجام شده سبب بهبود کیفیت خواب کودکان شده است.

همچنین بین زمان لازم برای خواب رفتن بیمار، زمان به خواب رفتن بعد از بیدار شدن از خواب در شب و زمان لازم برای بیدار شدن و بیرون آمدن از تخت خواب بعد از صدا زدن کودک تفاوت معناداری بین قبل و بعد از مداخله دیده شده است که این نکته می‌تواند ناشی از مداخلات پرستاری ارایه شده باشد.

با توجه به نتایج فوق مشخص می‌گردد مداخلات پرستاری پیشنهادی سبب بهبود کیفیت خواب کودکان شده است.

در مطالعه جنت علی‌پور نیز ارایه مداخلات بهبود دهنده خواب توسط والدین سبب بهبود کیفیت خواب کودکان بستری در بیمارستان شده بود.

در مطالعه Hinds و همکاران نیز مشخص شد افزایش طول مدت خواب سبب کاهش خستگی بیمار در طی روز می‌شود اما در مطالعه حاضر افزایش کمیت خواب

محدودیت بعدی شرکت داوطلبانه پرسنل پرستاری در طرح بود که برخی از پرسنل علی‌رغم شرکت در کارگاه آموزشی از شرکت در طرح خودداری نمودند که چون همواره شرکت داوطلبانه جزو شروط اجرای کار می‌باشد از آن گریزی نبود. اما از این پرسنل درخواست شد در اجرای طرح توسط سایر همکارانشان مساعدت بنمایند و تا حد امکان آموخته‌های خود را به کار ببرند. هر چند که داده‌های بیماران این گروه در تحقیق استفاده نشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه مادران و کودکانی که در این طرح ما را یاری دادند نهایت تشکر را می‌نمایم همچنین از پرسنل پرستاری بیمارستان مرکز طبی که در اجرای این طرح اینجانب را یاری نمودند سپاسگزارم. ضمناً از دانشگاه علوم پزشکی تهران که هزینه اجرای این طرح را در اختیار محقق قرار دادند تشکر می‌نمایم. از رهنمودهای سرکار خانم دکتر معماریان نیز در این بررسی نهایت تشکر را دارم.

کم خوابی و مشکلات متعاقب آن در کودکان بستری پیشگیری می‌نماید با توجه به تجربیات محقق به نظر می‌رسد سنجش کیفیت و کمیت خواب کودکان از طرف پرستاران باید جدی‌تر دیده شود. و تحقیقی در این مورد که چه میزان پرستاران به این امر توجه دارند انجام گردد. همچنین محقق مطالعه‌ای کیفی در مورد بررسی خواب و کیفیت آن از نظر والدین، پرستاران و بیماران را ضروری می‌داند.

محدودیت‌های تحقیق

به نظر می‌رسد اولین محدودیت موجود در این طرح وجود عوامل مداخله‌گر خارج از کنترل محقق بر روی خواب کودک باشد مثل سروصدای محیط بیرون و اقداماتی که خارج از کنترل پرستار در محیط صورت می‌گیرد، که با فرض این که این عوامل در هر دو مرحله قبل و بعد از مداخله به طور تقریباً یکسان وجود دارند و جزء عوامل محیطی هستند که در تحقیقات میدانی وجود دارند پس در هر دو مرحله و دو محیط تأثیر یکسان دارند و در حقیقت از این طریق و با این فرض کنترل شده به حساب می‌آیند.

منابع

- 1 - Mahowald ML, Mahowald MW. Nighttime Sleep and Daytime Functioning in Well-define Chronic Rheumatic Diseases. *Sleep Medicine*. 2000; (1): 179-193.
- 2 - Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, et al. Quality of Sleep and Its Daily Relationship to Pain Intensity in Hospitalized Adult Burn Patients. *Pain*. 2001; (92): 381-388.
- 3 - Salzarulo P, Fagioli I. Sleep for Development or Development for Waking? *Behavioural Brain Research*. 1995; (69): 23-27.
- 4 - Wellbery C. Sleep Patterns in Infants, Children, and Adolescents. *American Family Physician*. 2003; (67): 2397-2399.
- 5 - Harmat L, Takaes J, Bodizs R. Music Improves Sleep Quality in Students. *Journal Compilation*. 2008; 62(3): 327-335.
- 6 - Hinds PS, Hockenberry M, Rai SN, Zhang L, Razzouk BI, McCarthy K, et al. Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007 Mar; 34(2): 393-402.
- 7 - Gustafsson U, Aren C, Hamrin E, et al. Nursing Notes on Sleep Patterns in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass surgery. 1994; (20): 331-336.
- 8 - Redeker NS, Hedges C. Sleep during Hospitalization and Recovery after Cardiac Surgery. *Journal Cardiovascular Nurse*. 2002; (17): 56-68.
- 9 - Larranaga EM, Perez M, Gonzalez E, Galvan A, et al. Ambulatory Surgery and Sleep Disorders. *Ambulatory Surgery*. 1998; (6): 145-147.
- 10 - Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM, Nicholsons S, Johnson KP. Pain, Sleep Disturbance, and Fatigue in Children with Leukemia and Their Parents: A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33(3): 641-646.

- 11 - Tsay SL, Rong JR, Lin PF. Acupoints massage in improving the quality of sleep and quality of life in patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*. 2003 Apr; 42(2): 134-42.
- 12 - Crabb L. Sleep disorders in Parkinson's disease: the nursing role. *British Journal of Nursing*. 2001; 10(1): 42-47.
- 13 - Stouffer JW, Shirk BJ, Polomano RC. Practice guide lines for music interventions with hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*. 2007; 22(6): 448-456.
- 14 - Ouslander JG, Connell BR, Bliwise DL, Endeshaw Y, Griffiths P, Schnelle JF. A nonpharmacological intervention to improve sleep in nursing home patients: results of a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Jan; 54(1): 38-47.
- 15 - Lai HL, Good M. Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49(3): 234-244.
- 16 - Robinson SB, Weizel T, Henderson L. The Sh-h-h-h-h project. *Holistic Nursing Practice*. 2005; 19(6): 263-266.
- 17 - Oumeish OY. The cultural and philosophical aspects of pressure, message, and touch healing as alternative therapies. *LE JACQ*. 2005 March; 93-100.
- 18 - Verbeek I, Schreuder K, Declerck G. Evaluation of short-term nonpharmacological treatment of Insomnia in a clinical setting. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 47(4): 369-383.
- 19 - Morin CM, Mieault V, Gagne A. Nonpharmacological treatment of late-life Insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 46(2): 103-116.
- 20 - Redeker NS, Hedges C. Sleep during Hospitalization and Recovery after Cardiac Surgery. *Journal Cardiovascular Nurse*. 2002; (17): 56-68.
- 21 - Gustafsson M, Gustafsson G, Uhlin P. Effects of Sleep Loss in Men and Women With Insufficient Sleep Suffering From Chronic Diseases. *International Journal of Nursing Practice*. 2003; (9): 49-56.
- 22 - Janat Alipour Z. [Barasi taassire barname moragebati tarahishode bar vaziate khabe kodakane pish dabestani mobtala be losemi]. MSc. of Pediatrics Dissertation, Tehran, Tarbiat Modares University, 2002. (Persian)
- 23 - Mindell JA, Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep Diagnosis and Management of Sleep Diagnosis and Management*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- 24 - Cooper R. *Sleep*. First edition. USA: Newyork Champman and Hall Company; 1994.
- 25 - Oozaldine S, Bateni MR. [Sleep]. 2th ed. Tehran: Farhang Moaaser Publications; 1990. (Persian)
- 26 - Robinson SB, Weitzel TMA, Henderson L. The sh-h-h-h-h project nonpharmacological intervention. *Holis Nur Pract*. 2005; November/December: 263-266.
- 27 - Harmat L, Takacs J, Bodizs R. Music Improves Sleep Quality in Students. *Journal Compilation*. 2008; 62(3): 327-335.
- 28 - Saaheb Jamee R. [Baresi tassire tebe feshari bar vaziaate khabe parastarane shagel dar yeki az bimarestanhaye amozeshi shahre Tehran]. MSc. of Medical-Surgical Nursing Dissertation, Tehran, Tarbiat Modares University, 2000. (Persian)
- 29 - Fernandes de Melo Vitoriono D, Bizari Coin de Carvalho L. Hydrotherapy and conventional physiotherapy improwe total sleep time and quality of life of fibromyalgia patient: randomized clinical trial. *Sleep Med*. 2006; 7: 293-296.
- 30 - Lareau R, Benson L, Watcharolone K. Examining the feasibility of implementating specific nursing intervention to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Ger Nurs*. 2008; 29(3): 197-206.
- 31 - Montgomery P, Dennis J. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med*. 2004; 8: 47-62.
- 32 - Rosen RC, Lewin DS, Goldberg L, Woolfolk RL. Psychophysiological insomnia: combined effects of pharmacotherapy and relaxation-based treatments. *Sleep Med*. 2000; 1: 279-288.
- 33 - Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2005; 50(5): 553-564.

Survey of the effect of non pharmacological intervention to improve of sleep in pediatric, that suffering of chronic illness

Sadat Hoseini¹ AS (MSc.).

Introduction: Sleep is important for growth and development in pediatric. This is very important during hospitalization because stress and harm in hospital destroyed quality and quantity of sleep in hospital. Non pharmacological intervention are attention today. In this research assess the effect of nonpharmacological interventions. Then we have survey about affect a non pharmacological intervention to improve quality and quantity of sleep in Pediatric.

Methods: This research was quasi experimental and clinical trials. Samples were selected in markaz tebi in 1386-87 none randomized first 70 persons and second period 65 persons. Then Nurses were educated for non pharmacological intervention with theoretical (one day workshop) and Practical (One Month in clinic). Then nurses perform nonpharmacological intervention in form of nursing implementation. Quality and quantity of Sleep were measured by interview with mother before and after intervention with researcher's questionair. Results were compared with statistical method (Chi square, Man wittney, *t*-test) with SPSS v.11.5.

Results: Quality of sleep showed meaning full different between before (M=10.31, Sd=1.19) and after (M=11.24, Sd=1.07) of intervention and quality of sleep in physicologic (tired-well being) & behavioral (long to fall sleep & awak) parameters ($P < 0.05$).

Conclusion: This research indicated a non pharmacological intervention to improve quality and quantity of sleep in school ages with chronic illness in hospitals. Researcher advice nonpharmacological intervention must be performed for improve of sleep in pediatric in form of nursing care.

Key words: Sleep, pediatric, nonpharmacological intervention, nursing care, coronic deasis

1 - Corresponding author: Member of Faculty of Tehran University Medicine Siences and Student of Ph.D of Nursing in Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
e-mail: ashoseini@tums.ac.ir