

مقایسه‌ی کیفیت خواب بیماران و وضعیت گزارش‌های پرستاری در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

*طاهره اشک تراب^۲
میترا رحیم زاده^۴

زهرا صدیق قره‌اونه^۱
سیما زهری انبوهی^۳

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس هرم مازلو خواب جزء نیازهای اساسی بشر محسوب می‌شود. کیفیت خواب بر دوره نقاهت و بهبودی بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی تأثیر بسزایی دارد. هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه کیفیت خواب بیماران و وضعیت گزارش‌های پرستاری در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. نمونه‌ها به صورت غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. مطالعه بر روی ۱۵۵ بیمار بستری در بخش CCU و سه گزارش پرستاری از همان بیماران در سه شیفت شب متوالی (۴۶۵ گزارش پرستاری) در سال ۱۳۹۴ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم اطلاعات جمعیت شناختی و مربوط به بیماری، شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh، برگه ثبت خواب روزانه و فهرست وارسی ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری بود که برگه ثبت خواب روزانه توسط نمونه‌ها و بقیه ابزارها توسط پژوهشگر تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: بیشتر شرکت کنندگان در این پژوهش، در طول بستری از کیفیت خواب ضعیف (۵۶/۱٪) برخوردار بودند که با گذشت سه شب، کیفیت خواب بیماران بهتر شده بود. بین ثبت خواب روزانه و کیفیت خواب Pittsburgh رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$). ثبت کیفیت خواب در گزارش پرستاری در مواردی که نیاز به مداخله داشت در شب اول دقیق‌تر بود ولی به ثبت مواردی که نیاز به مداخله نداشت چندان توجهی نشده بود. نتیجه‌گیری کلی: بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه در شب اول بستری کیفیت خواب ضعیفی داشتند که با گذشت زمان در سه شب متوالی بهتر شده بود با این حال وضعیت گزارش پرستاری در شب اول بستری نسبت به شب‌های دیگر فقط در مواردی که نیاز به مداخله وجود داشت در وضعیت بهتری قرار داشت. بنابراین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، در زمینه اهمیت کیفیت خواب بیماران و نحوه ثبت دقیق آن در گزارش پرستاری نیاز به آموزش بیشتری دارند.

کلید واژه‌ها: خواب، گزارش‌های پرستاری، بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۱۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، شعبه بین الملل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول).

Email: t.ashktorab@sbmu.ac.ir

شماره تماس: ۰۹۱۲۲۳۶۱۱۴۹

۳. استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

مقدمه

انسان دارای نیازهای جسمی، روانی، هیجانی و هوشی است که سلامت او وابسته به این نیازهاست. طبق هرم مازلو خواب جزء نیازهای اولیه محسوب می‌شود. در خواب ترمیم سلولی، راحتی، آرامش و استراحت جسمی برقرار می‌شود و در واقع خواب یک مکانیسم ترمیم کننده است که به بازسازی جسمی و روانی انسان کمک می‌کند. خواب کافی موجب حفظ انرژی، عملکرد بهتر مغز و پیشگیری از بیماری می‌شود^(۱). خواب و استراحت کافی در حفظ و ارتقاء سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است^(۲). در هنگام خواب، هورمون‌هایی چون نوراپی نفرین، سروتونین و هورمون رشد آزاد می‌شوند و تغییرات شیمیایی و افزایش تغذیه سلولی صورت می‌گیرد تا بدن برای انجام فعالیت‌های روز بعد آماده شود^(۳). اختلال و محرومیت از خواب می‌تواند منجر به افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک و کاهش فعالیت پاراسمپاتیک قلب، اختلال سیستم ایمنی و تغییر سیستم‌های اندوکراین و متابولیک شده و بخصوص باعث افزایش ضربان قلب، هیپوکسی، آریتمی و ناثباتی همودینامیک گردد^(۴). همچنین کاهش کیفیت خواب یک مشکل شایع در بخش‌های مراقبت ویژه است که عوامل فراوانی از قبیل عوامل محیطی (افزایش سر و صدا، نور و مراقبت‌های روتین بیماران) و عوامل غیر محیطی (نوع و شدت بیماری، داروهای خواب‌آور قبل از بستری در بخش مراقبت ویژه) بر کیفیت خواب تاثیرگذار است^(۵). گرچه ماهیت بیماری و عوارض ناشی از آن می‌تواند مانع خواب و استراحت کافی گردد اما محیط بیمارستان و مراقبت‌های طولانی مدت و فعالیت کارکنان مراکز درمانی نیز می‌تواند موجب اختلال خواب بیماران شود^(۶). در نتیجه اختلال خواب، یک مشکل شایع در بیماران بستری می‌باشد، به طوریکه حدود ۵۶ درصد از بیماران در اولین روز بستری دچار این مشکل می‌شوند^(۷).

ذوالفقاری و همکاران در سال ۱۳۹۱ مطالعه‌ای نیمه تجربی و یک سوکور با هدف تعیین تاثیر راه کارهای تعدیل عوامل محیطی بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش مراقبت قلبی انجام دادند. نتایج نشان داد که کیفیت خواب گروه آزمون، در سه روز پس از بستری با زمان پیش آزمون تفاوت معنی‌داری نداشته است. این بدان معنی است که کیفیت خواب آنان، برخلاف گروه شاهد که میانگین امتیاز کیفیت خوابشان سه روز پس از بستری نسبت به زمان پیش آزمون به صورت معنی‌دار تنزل یافته، پایین نیامده است. مقایسه میانگین تفاضل امتیازها کیفیت خواب در مرحله پیش آزمون و پس آزمون، در گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان داد^(۸).

شرط اساسی ارائه خدمات درمانی با کیفیت مناسب، تلاش منسجم و هماهنگ اعضای گروه درمانی به صورت مداوم و بدون وقفه است. برای دستیابی به این هدف، ارتباط دائمی اعضا برای به اشتراک گذاشتن و تبادل داده‌ها ضروری است^(۹). گزارش‌های پرستاری بخشی از یادداشت‌های بالینی است که توسط پرستاران نوشته می‌شود و تمامی داده‌های مکتوب در مورد وضعیت بهداشتی بیمار، مراقبت‌های پرستاری و پاسخ به مراقبت‌ها را در بر می‌گیرد. گزارش‌های پرستاری مدرکی مکتوب از تعامل بین اعضای تیم بهداشتی، بیماران و خانواده آنها و سازمان‌های مراقبت بهداشتی، انجام آزمایش‌ها، اقدامات درمانی و آموزش به بیمار و نتایج یا پاسخ‌های بیمار به اقدامات صورت گرفته، می‌باشد. در واقع گزارش نویسی، ثبت مشاهدات به عمل آمده، تصمیمات گرفته شده و فعالیت‌های انجام شده و همچنین ارزیابی پاسخ بیمار به درمان می‌باشد که نسبت به گزارش کلامی که به حافظه افراد بستگی دارد به صورت یک سند محکم می‌باشد^(۱۰). اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت‌ها، اندازه‌گیری کیفیت ثبت است، به طوریکه ثبت ضعیف، بیمار و پرستار را در معرض خطر قرار می‌دهد^(۱۱). با استفاده از گزارش‌های پرستاری می‌توان نیازهای بیماران را در ابعاد مختلف شناسایی و جهت رفع آنها اقدام نمود

برگه ثبت خواب روزانه، ۴- فهرست واریسی ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری می‌باشد.

کیفیت خواب بیماران با استفاده از شاخص کیفیت خواب Pittsburgh که ابزاری استاندارد برای تعیین کیفیت خواب است، سنجیده شد که در برگیرنده ۹ سوال در هفت بعد (کیفیت ذهنی خواب، دیر به خواب رفتن، طول مدت خواب، کفایت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور، اختلال در عملکرد روزانه) است. حداکثر و حداقل مجموع نمرات هفت بعد، بین صفر تا ۲۱ متغیر است که نمرات بیشتر از پنج نشان دهنده کیفیت خواب ضعیف و نمرات پنج و پایین‌تر از پنج نشان دهنده کیفیت خواب خوب خواهد بود^(۱۵). با توجه به اینکه ابزار کیفیت خواب پیترزبرگ، وضعیت خواب را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند، در این مطالعه از این ابزار جهت بررسی کیفیت خواب بیماران قلبی در طول سه شب بستری استفاده شد، از این رو تغییراتی در آن ایجاد شد و شاخص کیفیت خواب Pittsburgh به شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh تغییر نام یافت. روایی این ابزار به روش اعتبار محتوایی توسط ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تعیین گردید. بدین ترتیب روایی محتوی برای هر سوال محاسبه گردید. سوالاتی که شاخص روایی محتوی آنها از ۷۹ درصد کمتر بود اصلاح گردیدند و در نهایت برای پرسشنامه نهایی، میانگین شاخص روایی محتوی برای کل پرسشنامه محاسبه گردید که مقدار آن برای معیار سادگی ۸۵ درصد، برای معیار اختصاصی ۸۹ درصد و برای معیار وضوح ۸۷ درصد به دست آمد که نشان دهنده مناسب بودن روایی محتوی پرسشنامه می‌باشد.

برگه ثبت خواب روزانه (برگرفته از سعیدی، ۱۳۸۹) که یک ابزار خودگزارشی است، دارای هشت گویه شامل: زمان به خواب رفتن، تأخیر در به خواب رفتن، تعداد دفعات بیدار شدن در طول خواب شبانه، مدت زمان بیدار ماندن در طول خواب شبانه، زمان بیدار شدن از خواب در هنگام صبح، مدت زمان خواب واقعی، احساس پس از

و اثربخشی اقدامات را از طریق تغییرات ثبت شده در روند بهبودی بیماران ارزیابی نمود^(۱۲). نحوه ثبت خواب بیماران در گزارش پرستاری بسیار مهم می‌باشد و اعضای تیم را در تصمیم‌گیری جهت درمان صحیح بیمار کمک می‌کند.

سندرم کرونری حاد از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، پیشرونده و تهدید کننده حیات در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایالات متحده است^(۱۳). در کشور ایران، هر ساله حدود ۳/۶ میلیون نفر در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بستری می‌شوند که تعداد قابل توجهی از این بیماران را مبتلایان به بیماری‌های قلبی، بویژه بیماران سندرم کرونری حاد (انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین ناپایدار) تشکیل می‌دهند^(۱۴).

با توجه به نقش کلیدی خواب و نحوه ثبت دقیق آن در گزارش پرستاری در روند بهبودی بیماران قلبی، پژوهشگران بر آن شدند که مطالعه‌ای با هدف تعیین و مقایسه کیفیت خواب بیماران و وضعیت گزارش‌های پرستاری در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام دهند.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۴ بر روی ۱۵۵ بیمار قلبی که به روش غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند و ۴۶۵ گزارش پرستاری همان بیماران در بخش CCU دو بیمارستان انجام شده است. معیارهای ورودی نمونه‌ها در این مطالعه، داشتن هوشیاری کامل، داشتن سواد خواندن و نوشتن، مدت بستری بیشتر از سه روز و وجود گزارش‌های پرستاری همان بیماران برای سه روز متوالی در شیفت شب بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل: ۱- فرم اطلاعات جمعیت شناختی و مربوط به بیماری، ۲- شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh، ۳-

آماري SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری، کای دو، آزمون دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. این مطالعه پس از اخذ کد اخلاقی از دانشکده پرستاری و مامایی و تأییدیه کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز و هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان‌های محیط پژوهش انجام گردید. پژوهشگر هر روز به بخش CCU بیمارستان‌های منتخب رفته و ضمن معرفی هدف از انجام مطالعه و چگونگی انجام آن به هر یک از نمونه‌ها و کسب رضایت از آنان‌ها برای شرکت در مطالعه، اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. در طی ۲۴ ساعت اول، فرم اطلاعات جمعیت شناختی و مربوط به بیماری، توسط پژوهشگر تکمیل گردید. سپس برگه ثبت خواب روزانه به بیمار داده شد تا هر روز پس از بیدار شدن از خواب تکمیل نماید. روز چهارم بستری در ابتدا فرم ثبت خواب روزانه از بیمار گرفته شد و سپس ابزار شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh، به همان بیمار داده می‌شد که پس از تکمیل آن، تحویل پژوهشگر نمایند. همچنین در روز چهارم بستری گزارش‌های پرستاری سه شب قبل همان بیمار، بر اساس "فهرست واری ثبت کیفیت خواب بیمار در گزارش پرستاری" توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار گرفت. به این ترتیب نمونه‌گیری به مدت ۳ ماه به طول انجامید. پس از اتمام نمونه‌گیری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (تعیین میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی، و تعیین فراوانی و درصد برای داده‌های کیفی) استفاده شد و همچنین برای بررسی همبستگی نمرات کیفیت خواب بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی و مربوط به بیماری، از آزمون‌های کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

بیدار شدن از خواب و ارزیابی کیفیت خواب خود بود. کمترین امتیاز برای این پرسشنامه هشت و بیشترین امتیاز ۲۴ می‌باشد. برای محاسبه این ابزار از تقسیم بندی به صورت امتیاز کمتر از ۱۶ (کیفیت خواب ضعیف)، امتیاز بین ۱۶ تا ۲۰ (کیفیت خواب متوسط) و بیشتر از ۲۰ (کیفیت خواب خوب) استفاده شد^(۱۵).

یکی دیگر از ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، فهرست واری ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری بود. این ابزار یک ابزار پژوهشگر ساخته می‌باشد که دارای هشت گویه شامل کیفیت خواب شبانه (خوب یا بد)، مدت زمان خواب، تأخیر در به خواب رفتن، اختلال در تداوم خواب، اظهارات بیمار از کیفیت خواب، استفاده از داروهای آرامبخش یا خواب آور و مداخلات انجام شده جهت اصلاح وضعیت خواب از نظر جسمی و روانی است. فهرست واری ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری بر اساس مقیاس لیکرت چهار نقطه‌ای (۳-۰) ارزیابی شد که شامل گزینه‌های ثبت شده (۳)، ناقص یا نامفهوم ثبت شده (۲)، ثبت نشده (۱) و موردی نداشت (صفر) بود^(۱۶). منظور از مداخلات جسمی، دادن مسکن جهت کم کردن درد بیمار طبق دستور پزشک، به حداقل رساندن سر و صدا، کم کردن روشنایی، گذاشتن دو عدد بالش و غیره می‌باشد. منظور از مداخلات روانی، برقراری ارتباط با بیمار جهت کم کردن نگرانی، توضیح در مورد نوع بیماری و اثر داروهای مورد استفاده در بخش، اجازه ملاقات با یکی از اقوام درجه یک و غیره می‌باشد. روایی ابزارها از نوع روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش آزمون-بازآزمون (شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh- برگه ثبت روزانه) و ضریب توافق بین مشاهده گران (فهرست واری ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری) انجام گردید. میزان همبستگی پاسخ‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، به ترتیب ۹۷ درصد، ۷۸ درصد و ۹۷ درصد بدست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد از مجموع ۱۵۵ بیمار شرکت کننده در این مطالعه، ۵۹/۴ درصد مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن در واحدهای مورد پژوهش $۹/۲۰ \pm ۵۶/۷۷$ سال بود. بیشتر بیماران (۸۹٪) متاهل و (۶۷/۱٪) دارای تحصیلات در حد ابتدایی بودند. بیش از نیمی از بیماران (۵۶/۸٪) با تشخیص سندرم حاد کرونری و دارای سابقه بیماری قلبی (۵۵/۵٪) بودند. ۶۴/۵ درصد آنان سابقه بستری در بخش CCU را نداشتند. میانگین و انحراف معیار طول مدت ابتلا به بیماری قلبی در بیماران مورد پژوهش $۵/۴۷۸ \pm ۵/۹۳$ سال و کمترین و بیشترین طول مدت ابتلا به بیماری قلبی به ترتیب یک و ۳۰ سال بود. بیشتر بیماران قلبی مورد پژوهش در بخش CCU در طول بستری از کیفیت خواب ضعیف (۵۶/۱٪) برخوردار بودند (جدول شماره یک).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کیفیت خواب بیماران طبق شاخص تعدیل شده کیفیت خواب پیتزبرگ (Pittsburgh)

درصد	فراوانی	آماره	کیفیت خواب
۴۳/۹	۶۸		کمتر و مساوی ۵ (خوب)
۵۶/۱	۸۷		بیشتر از ۵ (ضعیف)
۱۰۰	۱۵۵		جمع

با استفاده از آزمون کای دو، بین متغیرهای عادات خاص به خواب رفتن و سابقه ابتلا به بیماری دیگر با کیفیت خواب Pittsburgh رابطه معنی دار آماری به دست آمد ولی با سایر متغیرهای کیفی- اسمی رابطه معنی داری وجود نداشت. بدین معنی که درصد افراد با کیفیت خواب خوب در گروه با عادت خاص برای خواب رفتن و همچنین درصد افراد با کیفیت خواب خوب در کسانی که سابقه ابتلا به بیماری دیگر داشتند، کمتر بود. (جدول شماره دو).

جدول شماره ۲: رابطه بین برخی متغیرهای کیفی- اسمی با نمره کیفیت خواب پیتزبرگ (Pittsburgh)

متغیرهای کیفی- اسمی	کیفیت خواب	کیفیت خواب خوب	کیفیت خواب ضعیف	آزمون آماری
سابقه بستری در بخش CCU	دارد	۲۱	۳۴	$\chi^2=۱/۱۲$
	ندارد	۴۷	۵۳	df=۱ P=۰/۲۹۰
سابقه مصرف دم نوش	دارد	۱۳	۲۱	$\chi^2=۰/۵۶$
	ندارد	۵۵	۶۶	df=۱ p=۰/۴۵۴
سابقه ابتلا به بیماری دیگر	دارد	۲۸	۵۶	$\chi^2=۸/۲۷$
	ندارد	۴۰	۳۱	df=۱ p=۰/۰۰۴
عادات خاص به خواب رفتن	دارد	۲	۱۶	$\chi^2=۸/۸۸$
	ندارد	۶۶	۷۱	df=۱ p=۰/۰۰۳
تشخیص بیماری	آنژین صدری	۱۶	۱۳	$\chi^2=۲/۶۷$
	سندرم حاد کرونری	۳۴	۵۴	df=۲
	انفارکتوس میوکارد	۱۸	۲۰	p=۰/۲۶۳

است که با آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری، اختلاف معنی‌دار مشاهده شد.

فرضیه اصلی در این آزمون، فرض کرویت (Sphericity) ماتریس (Matrix) همبستگی بوده است که با استفاده از آزمون Muchly مورد تایید قرار نگرفت. در نتیجه با استفاده از ضریب تصحیح Greenhouse-Geisser برای بررسی روند تغییرات کیفیت خواب در طول زمان استفاده گردید. آزمون تعقیبی Bonferroni نشان داد که بین هر سه زمان شب اول با دوم، اول با سوم و دوم با سوم اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول شماره سه).

در این پژوهش با استفاده از آزمون کای دو، بین فرم وضعیت خواب روزانه و کیفیت خواب Pittsburgh رابطه معنی‌داری آماری نشان داده شد ($P < 0/001$). هر دو معیار برای اندازه‌گیری کیفیت خواب بصورت کیفی سه تایی، تقسیم بندی شدند.

بر اساس یافته‌های برگه‌ی ثبت خواب روزانه، میانگین وضعیت خواب در بیماران قلبی بستری در بخش CCU در شب اول بستری ۱۵/۵۳، در شب دوم ۱۸/۱۱ و در شب سوم بستری ۱۹/۷۰ بود و همچنین حداقل نمره ۸ مربوط به شب اول بستری بود. نتایج پژوهش نشان داد وضعیت خواب بیماران با گذشت سه شب بهتر شده

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار وضعیت خواب بیماران بر طبق فرم ثبت خواب روزانه، در طول سه شب بستری

متغیر	میانگین	انحراف از معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
شب اول بستری	۱۵/۵۳	۳/۸۸	۸	۲۳
شب دوم بستری	۱۸/۱۱	۳/۵۱	۹	۲۴
شب سوم بستری	۱۹/۷۰	۳/۰۱	۱۱	۲۴

میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب در این بیماران برابر $3/1 \pm 8/8$ بود^(۱۴).

نتایج پژوهش حاضر با یافته مطالعه lei و همکاران که نشان داد کیفیت خواب بیماران بعد از بستری شدن در بیمارستان ۵۷-۵۴ درصد کاهش پیدا می‌کند، مشابه بود^(۱۷). در پژوهش حاضر رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با نمره شاخص تعدیل شده کیفیت خواب Pittsburgh از نظر جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر از نظر رابطه جنسیت با کیفیت خواب با مطالعه نیسه و همکاران که بین جنسیت و کیفیت خواب ارتباط معنی‌داری به دست نیامده است، همخوانی داشت^(۱۶).

در این مطالعه ابتدا به بیماری دیگر از جمله دیابت و فشارخون با نمره کیفیت خواب رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت؛ که با نتایج مطالعه بهروزی‌فر و همکاران که نشان داد ارتباط معنی‌دار بین بیماری‌های دیابت و فشارخون با

وضعیت ثبت کیفیت خواب در مواردی که نیاز به مداخله داشت، در شب اول (۵۳٪) دقیق‌تر از شب‌های دیگر (۳۰٪) بود. در حالی که ثبت موارد غیر مداخله‌ای در شب اول (۳۳٪) ضعیف‌تر از شب‌های بعدی (۶۱٪) بود. در گزارش‌های پرستاری بررسی شده، بیشترین ثبت مداخلات جسمی در گزارش پرستاری، در ارتباط با دادن مسکن جهت کم کردن درد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با تعیین وضعیت کیفیت خواب بیماران، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که ۵۶/۱ درصد بیماران قلبی مورد پژوهش در بخش CCU در طول بستری از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بودند. در مطالعه‌ی نیسه و همکاران که بر روی ۶۰ بیمار سندرم کرونری حاد در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان بقیه ا... (عج) تهران انجام گرفت، نتایج نشان داد که ۶۸/۳ درصد از واحدهای مورد مطالعه کیفیت خواب نامطلوب داشتند و

در رابطه با هدف دوم پژوهش که تعیین وضعیت ثبت گزارش پرستاری از کیفیت خواب بیماران بود، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که وضعیت ثبت کیفیت خواب، در مواردی که نیاز به مداخله داشت، در شب اول (۵۳٪) دقیق‌تر از شب‌های دیگر (۳۰٪) بود، ولی ثبت موارد غیر مداخله‌ای در شب اول (۳۳٪) ضعیف‌تر از شب‌های بعدی (۶۱٪) بود. در مطالعه Ritmala-Castren و همکاران نتایج حاکی از آن بود که ثبت خواب شبانه‌ی ۱۱۴ بیمار، در ۹۰ گزارش پرستاری ۷۹ درصد بود که ۴۴ درصد ثبت مربوط به سلامت جسمی و ۵۴ درصد ثبت مربوط به سلامت روانی بود. هیچ ثبتی مربوط به سلامت اجتماعی نبود و همچنین ۹۸ ثبت توضیح کوتاه، کلمات مختصر، یک یا دو جمله‌ای بود^(۲۰).

پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که در ایران به وضعیت ثبت گزارش‌های پرستاری از کیفیت خواب بیماران پرداخته است. ابزار پژوهشگر ساخته‌ی این پژوهش (فهرست و ارسای ثبت کیفیت خواب در گزارش پرستاری) یک نوآوری است که می‌تواند در ثبت کیفیت خواب در گزارش پرستاری، مفید واقع شود. با توجه به اینکه پژوهش‌هایی در رابطه با نحوه ثبت کیفیت خواب در گزارش پرستاری، در کشور یافت نشد امکان مقایسه‌ی نتایج پژوهش حاضر و بحث بر روی یافته‌ها در این زمینه نبود. پژوهش‌ها در رابطه با گزارش‌های پرستاری به صورت مجزا انجام شده است.

در مطالعه‌ی قمری زارع و همکاران با هدف "تعیین تأثیر اجرای فرآیند ارزشیابی همکار بر کیفیت ثبت گزارش‌های پرستاری در بخش‌های ویژه قلبی" کیفیت ۶۵/۷ درصد گزارش‌های پرستاری در گروه آزمایش در مرحله قبل از مداخله در حد ضعیف ارزیابی شده بود، در حالیکه بعد از اجرای مداخله کیفیت ۸۵/۷ درصد گزارش‌های پرستاری در حد خوب بود^(۲۱).

بر اساس نتایج به دست آمده از نحوه ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری، پرستاران به ثبت در مواردی

کیفیت خواب داشت، همخوانی دارد^(۱۸). در پژوهش حاضر بین عادات خاص به خواب رفتن و کیفیت خواب Pittsburgh رابطه معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه Kamdar و همکاران همخوانی نداشت^(۱۹). بدین ترتیب در این مطالعه درصد بیمارانی که در دو گروه کیفیت خواب خوب داشتند با داشتن عادت خاص به خواب رفتن و نداشتن، متفاوت است. به این معنی که در گروه داشتن عادت خاص به خواب رفتن ۲ نفر از ۱۸ نفر (۱۱٪) کیفیت خواب خوب داشتند در صورتی که در گروه نداشتن عادت خاص به خواب رفتن ۶۶ نفر از ۱۳۷ نفر (۴۸٪) کیفیت خواب خوب داشتند. همچنین در بیمارانی که سابقه ابتلا به بیماری دیگر داشتند ۲۸ نفر از ۸۴ نفر (۳۳٪) در مقایسه با کسانی که سابقه ابتلا به بیماری دیگر ندارند، ۴۰ نفر از ۷۱ نفر (۵۶٪) از کیفیت خواب خوب برخوردار بودند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر بیماران در بخش CCU در شب اول بستری، طبق فرم ثبت خواب روزانه وضعیت خواب ضعیف، در شب دوم و سوم بستری وضعیت خواب خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار وضعیت خواب بیماران در طول شب اول بستری $3/88 \pm 15/53$ و شب سوم بستری $3/01 \pm 19/7$ بود که نشانگر این مطلب است که وضعیت خواب بیماران با گذشت سه شب بهتر شده است و با استفاده از آزمون آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری، اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0/001$). تجربیات پژوهشگر در بخش مراقبت‌های ویژه نیز حاکی از آن است که بیماران در شب اول بستری خواب خوبی ندارند که شاید به علت محیط نا آشنای بخش‌های مراقبت ویژه، دوری از خانواده و موارد فراوان دیگری باشد. ولی در شب‌های بعدی بستری وضعیت خواب بهتری پیدا می‌کنند، که یافته‌های پژوهش حاضر نیز این موارد را تأیید می‌کنند.

مسئولین پرستاری قرار گیرد و همچنین فهرست واریس ثبت کیفیت خواب بیماران در گزارش پرستاری، جهت ارتقا وضعیت ثبت گزارش‌های پرستاری در این بخش‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، شعبه بین الملل و طرح تحقیقاتی با کد اخلاقی SBMU2.REC.1394.154 در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدینوسیله از مسئولین، کارکنان و بیماران بستری در بخش CCU بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر را داریم.

که نیاز به مداخله ندارد، توجه چندانی نداشتند. بنابراین نیاز است پرستاران، در زمینه اهمیت ثبت اطلاعات دقیق کیفیت خواب در گزارش پرستاری و لحاظ کردن فرصت کافی در طول شیفت برای سوال از بیمار در مورد کیفیت خواب وی و نیز ثبت دقیق آن، آموزش‌های لازم را ببینند که می‌تواند تاثیر مثبتی بر روند بهبودی بیماران قلبی داشته باشد.

خواب، یکی از عناصر مهم در زندگی بشر است که با بازسازی قوای فیزیکی و هیجانی همراه است و حفظ دوره‌های منظم خواب برای کسب تندرستی و سلامتی لازم و ضروری است. ثبت دقیق کیفیت خواب در گزارش پرستاری، می‌تواند در روند بهبودی بیماران مؤثر باشد. توصیه می‌شود نتایج این پژوهش، در زمینه برنامه ریزی‌های نوین جهت توجه بیشتر به کیفیت خواب در بخش مراقبت‌های ویژه مورد توجه پرستاران، مدیران و

فهرست منابع

1. Gholamhoseininejad N, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaiee F. A [Study of the Effective Factors on Sleep Health in Hospitalized Patients]. *Journal of Health And Care*. 2012 ;14(1,2): 44- 54. Persian
2. Potter PA, Perry AG, Stockert PA and Hall AM. *Fundamental of nursing*. 8th edition. St, Louis. Missouri, Elsevier. 2013.
3. Zakeri Moghadam M, Shaban M, Kazemi Nejad A, Ghadiani L. [Comparison of sleep factors from the perspective of nurses and patients]. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences University*. 2006;12(2):5-12. Persian
4. Arab M, Mashayekhi F, Ranjbar H, Abazari F, Dortaj E. [Comparing the effects of using Earplugs and eye masks on sleep quality of patients in coronary care unit (CCU)]. *Journal Army University Medical Sciences*. 2013; 11(2): 143-9. Persian
5. Bihari S, McEvoy RD, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *J Clin Sleep Med*. 2012;8(3):301-7.
6. Khoshab H, Sabzevari S, Gholamhosseini Nejad N, Rezaie M. [Comparing view of physicians, nurses and patients in regard to related factors to sleep disorders of patients]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013;2(2):16-24. Persian
7. Neiseh F, Daneshmandi M, Sadeghi SM, Ebadi A. [The Effects of Ear and eye Protect Device Application on Quality of Sleep of CCU patients with acute coronary syndrome (hospital military)]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2011; 4(3): 67-80. Persian
8. Zolfaghari M, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghahi AA, Ajri Khameslou M. [Modification of environmental factors on quality of sleep among patients admitted to CCU]. *Journal of hayat*. 2013;18(4):61-8. Parsian
9. Hemmati Maslakpak M, Khajeali N, Kazemi N. [The impact of problem-oriented reporting education on characteristics of nursing report]. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(85):26-34. Persian

10. Ellis JR, Hartly CL. Nursing in today's world. 10th ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins. 2012.
11. Tolabi T, Vanaki Z, Memarian R, Namdari M. [Quality of nursing documentations in CCU by hospital information system (HIS)]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2012;5(2):53-62. Persian
12. Jasemi M, Mohajal Aghdam A, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Zamanzadeh V. [Assessing quality of nursing documentations and effective factors on it in medical-surgical units]. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012;1(3):37-45. Persian
13. Khodadadi A, Sayadi A, Smaeli H. [Evolution of Knowledge of the principles of self care in acute coronary syndrome patients admitted to Aliebn Abitaleb Rafsanjan university hospital during 2009]. *Community Health Journal*. 2010;5(1):8-16. Persian
14. Neyse F, Daneshmandi M, Sadeghi Sharme M, Ebadi A. [The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(3):127-34. Persian
15. Saeedi M. [The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis in hospitals affiliated with Shaheed Beheshti University of Medical Sciences year 2010]. Dissertation for MS degree in nursing. Shaheed Beheshti University of medical Sciences. Nursing and midwifery college.tehran. 2010. Persian
16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice; 2008. 10th. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins Co. 2017: 334
17. Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W, Sabrina K, Xiaojing L, Changli W. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *J Clin Nurs*. 2009;18(17):2521-9.
18. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaeili H. [Possible Effective Factors on the Sleep Quality and Quantity of Patients after Coronary Artery Bypass Graft]. *IlamUniversity of Medical Sciences Journal*. 2008; 16(3): 57-66. Persian
19. Kamdar BB, King LM, Collop NA, Sakamuri S, Colantuoni E, Neufeld KJ, et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Crit Care Med*. 2013;41(3):800- 9.
20. Ritmala-Castren M, Axelin A, Kiljunen K, Sainio C, Leino-Kilpi H. Sleep in the intensive care unit—nurses' documentation and patients' perspectives. *Nurs Crit Care*. 2014; 1-9.
21. Ghamari Zare Z, Anosheh M, Vanaki Z, Hajizadeh A. [The impact of the peer review process on the quality of nursing documentations]. *Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2008; 61(18):1-9. Persian

Comparing Patients' Sleep Quality and Nurses' Documentations in Coronary Care Units

SedighGharehUneh Z. MS¹

*Ashktorab T. PhD²

ZohariAnboohi S. PhD³

Rahimzadeh M. PhD⁴

Abstract

Background & Aim: According to Maslow's hierarchy of needs, sleep is a basic need. The quality of sleep highly affects the recovery of patients in coronary care units. This study was conducted to determine patients' sleep quality and nurses' documentations in coronary care units.

Material & Methods: This study was a descriptive- analysis. Participants were selected with convenience sampling. This Study was performed on 155 patients admitted to the coronary care unit in 2015. Nursing documentations were investigated in 3 consecutive nights. The data collection instruments included a demographic and disease information form, the modified Pittsburgh sleep quality index, the daily sleep form and the patients' quality of sleep checklist in nursing documentations. The daily sleep form completed by participants and other instruments completed by the researcher. The data were analyzed in SPSS 16 software.

Results: Most of the study population had a poor quality of sleep (56.1%) during hospitalization; however, their quality of sleep improved over three nights. There was a significant correlation between daily sleep diary and Pittsburgh sleep quality ($P < 0.001$). The patients' quality of sleep checklist in nursing documentations was more accurate in the first night in cases that patients required an intervention; however nursing documentations in cases that did not require any intervention were not carefully recorded by nurses.

Conclusion: Most of the participants in the study had poor quality of sleep on the first night but it was improved over time. However nursing documentations was more accurate in the first night in cases that required an intervention. So nurses in coronary care unit need to receive more training on the importance of patients' quality of sleep and how to record the sleep quality in nursing documentations.

Keywords: Sleep, Nursing Records, Coronary Care Unit

Received: 2 Jan 2017

Accepted: 4 Apr 2017

¹. MS student in Intensive Care Nursing International Branch, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². Professor, Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding Author). Tel: 09122361149 Email: t.ashktorab@sbm.ac.ir

³. Assistant Professor, Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti Medical University, Tehran, Iran.

⁴. Assistant Professor, Biostatistics, Research center for Social determination of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.