

تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز

زهرا عرب^{۱*}، علیرضا شریعتی^۲، حمیدرضا بهرامی^۳، حمید آسایش^۴، محمدعلی وکیلی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۹/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: اختلال خواب یکی از شکایتهای شایع در بیماران مبتلا به نارسایی پایانی کلیه می باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دو سوکور بوده که در آن ۱۰۸ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به سه مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)، شهید هاشمی نژاد و امام زمان (عج) مشهد با روش تخصیص تصادفی در سه گروه طب فشاری، گروه نقاط کاذب و کنترل در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه طب فشاری ماساژ نقاط شن من (HT7) مج دستها به مدت ۳ دقیقه در هر نقطه، هفته ای سه بار برای چهار هفته در حین دیالیز و در گروه نقاط کاذب، ماساژ با همان فن در فاصله ۱-۱/۵ سانتی متری از نقاط اصلی انجام گردید. برای گروه کنترل فقط مراقبت های معمول صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه کیفیت خواب پیتزبرگ و چارت خواب بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های تحلیل واریانس، کروسکال والیس، تی زوجی، ویلکاکسون و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده گردید.

یافته ها: بعد از مداخله، بهبود در نمره کل شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ ($P=0/000$) و مقیاس های فرعی کیفیت خواب ذهنی ($P=0/000$)، خواب نرفته ($P=0/000$)، مدت زمان واقعی خواب ($P=0/000$)، کفایت خواب ($P=0/000$)، اختلالات خواب ($P=0/003$)، عملکرد روزانه ($P=0/000$) در گروه طب فشاری مشاهده شد. در مقایسه دوبه دو گروه ها، بین گروه طب فشاری با گروه نقاط کاذب و گروه کنترل، در نمره کل و همه اجزاء به جز مصرف داروی خواب آور و کفایت خواب اختلاف معنی داری وجود داشت. بر اساس داده های چارت خواب، افزایش کیفیت خواب و کاهش تعداد بیداری شبانه در گروه طب فشاری مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: طب فشاری در بهبود کیفیت خواب بیماران دیالیزی تأثیر مثبت دارد و می تواند به عنوان یک روش درمانی غیرتهاجمی برای درمان اختلالات خواب در این بیماران توصیه گردد.

کلیدواژه ها: طب فشاری، همودیالیز، کیفیت خواب

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۲۴۵-۲۳۷

آدرس مکاتبه: کیلومتر ۲ جاده گرگان به ساری، دانشگاه علوم پزشکی گرگان (بنیاد فلسفی)، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، تلفن: ۰۱۷۱۴۴۲۶۹۰

Email: shariati1382@yahoo.com

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است. مربوط به طرح مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد ۳۵/۲۴۸۴/پ گ مورخ ۸۹/۱۱/۲۴ می باشد و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT201106145864N2 ثبت گردیده است.

مقدمه

بهبودی جسمی و روانی فرد می شود (۱،۲). بیش از ۸۵ درصد

بیماران تحت دیالیز مشکلات اساسی در خواب دارند (۳). در یک

بررسی، ۹۹/۴ درصد بیماران همودیالیزی اختلال خواب داشتند

استراحت و خواب اجزاء ضروری سلامت جسمی، آسایش ذهنی و

ذخیره انرژی هستند و خواب راحت و مناسب باعث تسریع در روند

^۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه، دانشکده پرستاری مامایی بویه گرگان (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

^۳ دکترای پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، متخصص طب سستی چینی

^۴ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قم

^۵ دکترای آمار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

طب فشاری، پلاسبو و کنترل تحت درمان قرار دادند و بهبود کیفیت خواب و کیفیت زندگی را در گروه طب فشاری گزارش کردند (۱۰). نوردیو در مطالعه خود تحریک نقطه شن من مچ دست‌ها را در کیفیت خواب ابزاری معتبر، مؤثر و بدون عوارض جانبی معرفی کرده است (۱۱). سان و همکاران طب فشاری در نقطه شن من مچ دست‌ها را در بهبود خواب تا دو هفته بعد از مداخله نیز مؤثر می‌داند (۸). همچنین سرون و همکاران نیز در مطالعه‌ای تأثیر طب فشاری در نقطه شن من مچ دست‌ها را بر روی کیفیت خواب بیماران سرطانی گزارش کردند (۱۲). اگر چه مطالعات تأثیر طب سوزنی و طب فشاری بر خواب را به عنوان درمان مکمل تأیید نموده است، با این حال قبل از توصیه این روش به عنوان روشی مؤثر در درمان بی‌خوابی مطالعات بیشتری نیاز است. لذا با توجه به سهولت استفاده طب فشاری در نقطه شن من مچ دست‌ها برای پرستاران، سایر مراقبت‌کنندگان درمانی و حتی قابل انجام بودن توسط خود بیمار، بر آن شدیم تا تأثیر طب فشاری بر بهبود کیفیت خواب در بیماران تحت درمان با همودیالیز را بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دو سوکور می‌باشد که بر روی ۱۰۸ بیمار تحت همودیالیز در مراکز آموزشی درمانی امام‌رضا (ع) و شهید هاشمی‌نژاد و امام‌زمان (عج) مشهد در طی سال ۱۳۹۰ انجام شد. این مطالعه دارای مجوز کمیته اخلاق دانشگاه می‌باشد. معیارهای ورود به تحقیق عبارت از: داشتن حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۷۰ سال، سابقه حداقل شش ماه انجام دیالیز، داشتن پرونده در بخش دیالیز مراکز مورد نظر، انجام دیالیز هر هفته ۳ نوبت و هر بار ۴ ساعت دیالیز، داشتن نمره مقیاس خواب پیتزبرگ ۵ یا بالاتر، برخوردار بودن از هوشیاری کامل، توانایی شنیداری و گفتاری، نداشتن اختلال روانی در حد مصرف روزانه داروهای اعصاب و روان، نداشتن بیماری‌های سرطان، لوپوس، بیماری پوستی،

شناسایی و درمان اختلال خواب در بیماران دیالیزی به طور معنی‌داری با بهبود وضعیت زندگی‌شان ارتباط دارد (۵). داروهای خواب‌آور اولین خط درمانی بی‌خوابی مزمن هستند که استفاده از این داروها بالقوه باعث عوارض جانبی شدید می‌گردد (۶). از طرفی درمان‌های مکمل جایگزین^۱ مانند؛ طب فشاری، طب سوزنی، رایحه درمانی، رفلکسولوژی و لمس درمانی از جمله درمان‌های مؤثر بر اختلالات خواب توصیه شده است (۱). استفاده از طب مکمل در کشورهای پیشرفته رو به افزایش است. همچنین در تحقیقی در ایران، حدود ۸۰ درصد از بیماران خواستار ارائه درمان‌های مکمل از طریق پزشکان بودند (۷). طب فشاری از جمله این روش‌هاست و برگرفته از طب سوزنی بوده که در آن، همان نقاط طب سوزنی با انگشت یا کف دست فشار داده می‌شوند (۸). بنابر عقیده چینی‌ها طب سوزنی سبب بهبود جریان چی^۲ (انرژی حیات) از طریق آزادسازی واسطه‌های عصبی^۳ مانند؛ اندروفین‌ها، انسفالین، دوپامین و سروتونین، در سیستم عصبی مرکزی شده که اثرات ضد درد دارد و موجب آرامش می‌گردد (۹). همانند طب سوزنی، طب فشاری نیز با افزایش اندروفینها در مغز موجب شلی عضلات، کاهش درد و افزایش راحتی می‌شود. همچنین مکانیسم‌های فیزیکی که باعث القاء بدن برای شل شدن و بهبود کیفیت خواب می‌شود را، تنظیم می‌کند (۸). دلیل افزایش استفاده از این روش ارزان بودن، عدم نیاز به وسایل تخصصی می‌باشد. همچنین فنی مؤثر، سریع، غیر تهاجمی و بی‌خطر بوده (۱۰) که به سادگی قابلیت یادگیری و کاربرد دارد و پرستاران دارای یک موقعیت بسیار عالی برای استفاده از این روش هستند. بعلاوه از آنجاییکه خیلی از مددجویان در برابر سرسوزن عصبی می‌شوند، طب فشاری یک جایگزین راحت‌تر است (۸). از جمله تحقیقاتی که در رابطه با طب فشاری انجام شده است، تسای و همکاران که در مطالعه خود بیماران همودیالیزی را در قالب سه گروه

¹ Complementary Alternative Medicine (CAM)

² Chi

³ Neurotransmitters

نارسایی قلبی پیشرفته، دیابت وابسته به انسولین و سکته مغزی بر اساس ادعای بیمار، نداشتن آمپوتاسیون اندام یا زخم در محل نقاط فشاری و افرادی که حداقل توانایی خواندن و نوشتن را داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ایجاد وقفه در مطالعه یا عدم اتمام مداخله به علل: انتقال به بخش مراقبت حاد و بستری در آن بخش، فوت، مسافرت و انجام جراحی پیوند، بروز حادثه استرسزای شدید مانند فوت یکی از نزدیکان درجه یک و یا عدم تمایل به ادامه همکاری.

در مرحله اول، بیماران بر اساس احراز شرایط ورود به مطالعه از بین بیماران مراکز دیالیز مورد نظر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس بیماران به‌طور تصادفی به سه گروه مساوی ۳۶ نفره طب فشاری، نقاط کاذب و کنترل تقسیم شدند. قبل از تخصیص بیماران به سه گروه طب فشاری، نقاط کاذب و کنترل، اهداف مطالعه به ایشان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت‌نامه کتبی و قبل از شروع مداخله، پرسش‌نامه شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و فرم چارت خواب^۱ تکمیل و به‌عنوان اندازه‌گیری پایه در نظر گرفته شد. مداخله در گروه طب فشاری نقاط شن من (HT7) یا نقطه ۷ قلب روی استخوان پنخودی شکل مچ دست‌ها (در چین عرضی مچ دست‌ها در زاویه ناحیه بین استخوان نخودی شکل و استخوان اولنا) انجام شد (شکل ۱). این نقطه به‌تنهایی طبق مطالعات سان و سرون ونوردیو بر بهبود کیفیت خواب مؤثر می‌باشد (۸،۱۱،۱۲). همچنین در مطالعه مروری سیستماتیک هوانگ و همکاران، بیشترین نقطه (در بیشتر از ۷۵ درصد مطالعات) مورد استفاده جهت درمان بی‌خوابی در طب‌سوزنی بوده است (۱۳). طب‌فشاری به‌صورت فشار نقاط به میزان ۳ تا ۴ کیلوگرم، به مدت ۸ دقیقه با انگشت شست (سه دقیقه در هر نقطه و دو دقیقه استراحت) به‌صورت دورانی دو دور در ثانیه، یک ساعت پس از شروع دیالیز، سه روز در هفته و به مدت چهار هفته انجام شد. در گروه نقاط کاذب،

فشار نقاطی با فاصله‌ی ۱/۵-۱ سانتی‌متری از نقاط اصلی با فن و مدت زمان مشابه انجام شد. در گروه کنترل بجز مراقبت‌های معمول روزانه مداخله‌ای صورت نگرفت. مداخله توسط محقق، که به مدت یک ماه نزد متخصص طب سنتی آموزش دیده بود، انجام گردید. قبل از شروع طب فشاری، صحت پیدا کردن نقاط مورد نظر و فن مناسب با دقت ۱۰۰ درصد روی ۲۰ نفر بیمار دیالیزی مورد تأیید متخصص طب سنتی قرار گرفت. پس از اتمام دوره چهار هفته مداخله، پرسش‌نامه‌ها مجدداً برای نمونه‌ها توسط پرسشگر تکمیل گردید. چک لیست چارت خواب قبل از شروع مداخله تا پایان مداخله به‌طور روزانه (صبح‌ها) توسط خود بیمار پر شد. حین انجام پژوهش ۱۵ نفر (۴ نفر از گروه طب فشاری، ۶ نفر از گروه نقاط کاذب و ۵ نفر از گروه کنترل) به علل مختلف از جمله پیوند، مسافرت، بستری شدن در بخش، داشتن استرس به دلیل فوت بستگان درجه یک، عدم تمایل به ادامه تحقیق از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناسی، پرسش‌نامه شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و فرم چارت خواب بود. متغیرهای مربوط به مشخصات جمعیت‌شناسی شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد افراد خانواده، سطح تحصیلات، شغل، سطح درآمد، سابقه درمان با دیالیز، شیفت درمانی (صبح، عصر)، مصرف نوشیدنی‌های مؤثر بر خواب (چای، قهوه)، و مصرف سیگار، داشتن بیماری‌های زمینه‌ای، نوع داروهای مصرفی، عادات خواب و فعالیت بود. پرسش‌نامه کیفیت خواب پیترزبرگ که به بررسی کیفیت خواب در ۴ هفته منتهی به پژوهش می‌پردازد، حاوی ۹ سؤال که از ترکیب سئوال‌ات، هفت جزء حاصل شد که امتیاز نهایی هر جزء نیز ۳ بود (۱۴). مجموع امتیازات هفت جزء پرسش‌نامه، نمره کل ابزار را تشکیل داد که دامنه آن از صفر تا ۲۱ بود. نمره بالاتر از ۴ به عنوان کیفیت خواب نامطلوب تلقی شد (۱۴). اعتبار این پرسش‌نامه برای جمعیت ایرانی، به‌واسطه مطالعه فرهادی نسب و عظیمی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵). فرهی و همکاران

¹ Sleep Log

تحلیل واریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مجدد استفاده شد.

یافته‌ها

از ۹۳ بیمار مورد مطالعه، ۵۳/۸ درصد مرد و ۴۶/۲ درصد زن بودند. میانگین سنی بیماران ۴۶/۴۶ سال بود. بر اساس یافته‌ها میانگین سنی در گروه طب فشاری ۴۵/۶۳، گروه نقاط کاذب ۴۵/۹۰ و در گروه کنترل ۴۸/۴۱ بود و آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را بین سه گروه نشان نداد. میانگین مدت سابقه دیالیز در گروه طب فشاری ۵۶/۵۶ ماه، گروه نقاط کاذب ۶۰/۷۳ ماه و گروه کنترل ۶۶/۲۲ ماه بود. میانگین تعداد افراد خانواده در گروه طب فشاری، نقاط کاذب و کنترل به ترتیب ۴/۰۳، ۴/۲۳ و ۴/۰۶ نفر بود. آزمون آماری کروسکال‌والیس بین تعداد افراد خانوار و سابقه دیالیز در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. بر اساس آزمون آماری کای‌اسکوئر اختلاف معنی‌داری از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سطح درآمد، زمان انجام دیالیز، مصرف چای، قهوه و سیگار، الگوی خواب، میزان فعالیت، داشتن بیماری‌های مزمن، مصرف داروهای مؤثر بر خواب در بین گروه‌ها وجود نداشت.

حساسیت ۱۰۰ درصد، ویژگی ۹۳ درصد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای نسخه فارسی این پرسش‌نامه به دست آوردند (۱۶). در این پژوهش نیز برای پایایی درونی اجزاء پرسش‌نامه کیفیت خواب، آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. چارت خواب به‌طور رایج در موقعیت‌های بالینی و تحقیقات مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این چارت وضعیت خواب شب گذشته از نظر کیفیت خواب ذهنی (نمره صفر نشان دهنده بدترین وضعیت ممکن تا نمره ۱۰ نشان‌دهنده خواب خوب) (۱۷، ۱۸)، تعداد بیداری شبانه، ساعت رفتن به رختخواب، مدت زمان لازم برای خواب رفتن، به‌صورت روزانه ثبت می‌شود (۱۸). چارت خواب برگرفته از مطالعه‌ی راجرز و همکاران است که نتایج آن به میزان ۸۷ درصد با نتایج پلی‌سومنوگرافی همخوانی دارد (۱۹، ۲۰).

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای بررسی متغیرهای جمعیت‌شناسی و مقایسه سه گروه از نظر کیفیت خواب در مرحله قبل و بعد از مداخله از آزمون‌های تحلیل واریانس یک طرفه و کروسکال‌والیس و برای مقایسه دو به دو از تست بن‌فرونی و من‌ویتنی و در مقایسه قبل و بعد هر گروه از تی‌زوجی و ویلکاکسون استفاده گردید. برای داده‌های چارت خواب از آزمون‌های

جدول شماره (۱): مقایسه اجزاء و نمره کل شاخص کیفیت خواب پی‌تیزبرگ در سه گروه قبل و بعد از مداخله

اجزاء/شاخص	گروه طب فشاری (n=۳۲)			گروه نقاط کاذب (n=۳۰)			گروه کنترل (n=۳۱)		
	قبل مداخله	بعد مداخله	احتمال	قبل مداخله	بعد مداخله	احتمال	قبل مداخله	بعد مداخله	احتمال
کیفیت خواب پی‌تیزبرگ	میانگین	انحراف معیار	مقدار	میانگین	انحراف معیار	مقدار	میانگین	انحراف معیار	مقدار
کیفیت خواب ذهنی	۲/۰۹	۰/۷۸	۱/۰۳	۲/۳۳	۰/۸۴	۱/۲۳	۱/۷۳	۰/۸۷	۱/۴۷
خواب نهفته	۲/۲۸	۰/۸۹	۱/۱۳	۲/۳۳	۰/۸۴	۱/۲۳	۲/۳۳	۰/۸۴	۱/۲۳
مدت زمان خواب	۲/۱۳	۰/۹۰	۱/۰۹	۲/۱۳	۰/۹۰	۱/۰۹	۲/۱۳	۰/۹۰	۱/۰۹
کفایت خواب	۲/۳۸	۰/۹۱	۱/۱۹	۲/۳۸	۰/۹۱	۱/۱۹	۲/۳۸	۰/۹۱	۱/۱۹
اختلالات خواب	۱/۱۶	۰/۵۷	۰/۷۸	۱/۱۶	۰/۵۷	۰/۷۸	۱/۱۶	۰/۵۷	۰/۷۸
مصرف خواب‌آور	۰/۴۷	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۴۷	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۴۷	۰/۹۸	۰/۳۸
عملکرد روزانه	۱/۲۸	۰/۸۱	۰/۶۲	۱/۲۸	۰/۸۱	۰/۶۲	۱/۲۸	۰/۸۱	۰/۶۲
نمره کل	۱۱/۹۴	۳/۱۳	۶/۲۲	۱۱/۹۴	۳/۱۳	۶/۲۲	۱۱/۹۴	۳/۱۳	۶/۲۲

از آزمون کروسکال‌والیس جهت اجزاء فرعی پرسش‌نامه استفاده شد. نتایج مطالعه اختلاف معنی‌داری را در سه گروه نشان نداد.

برای بررسی یکسانی کلیه اجزاء شاخص کیفیت خواب پی‌تیزبرگ در سه گروه قبل از مداخله، از آزمون آنالیز واریانس جهت نمره کل و

($p > 0/05$). جدول شماره ۱ نتایج حاصل از مقایسه نمره کل پرسش‌نامه پیترزبرگ (با استفاده از آزمون تی زوجی) و مقایسه اجزاء پرسش‌نامه (بر اساس آزمون ویلکاکسون) قبل و بعد از مداخله در هر گروه را نشان می‌دهد. که در گروه طب فشاری میانگین نمره کل و تمامی اجزاء کیفیت خواب پیترزبرگ بجز مصرف خواب آور و در گروه نقاط کاذب برخی اجزاء کاهش پیدا کرده‌است ولی در گروه کنترل میانگین هیچکدام از اجزاء و نمره کل کاهش نیافته است. در مقایسه سه گروه بعد از مداخله، با استفاده از آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌داری در نمره کل شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ مشاهده گردید ($p = 0/000$) و نیز از نظر مقیاس‌های فرعی پیترزبرگ بعد از

مداخله، بر اساس آزمون کروسکال‌والیس، غیر از مصرف داروی خواب‌آور، اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. در مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها جهت نمره کل از آزمون تعقیبی بن‌فرنی و برای اجزاء فرعی از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. نتایج اختلاف معنی‌داری از نظر نمره کل در بین گروه طب فشاری با نقاط کاذب و کنترل نشان داد. همچنین در مقایسه اجزاء فرعی بین گروه طب فشاری با نقاط کاذب و کنترل در همه اجزاء بجز مصرف داروی خواب‌آور و کفایت خواب اختلاف معنی‌داری وجود داشت. ولی اختلاف معنی‌داری از نظر نمره کل و اجزاء فرعی در بین گروه نقاط کاذب و کنترل مشاهده نشد.

جدول شماره (۲): مقایسه میزان درصد بهبودی در نمره کل و اجزای شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ در سه گروه

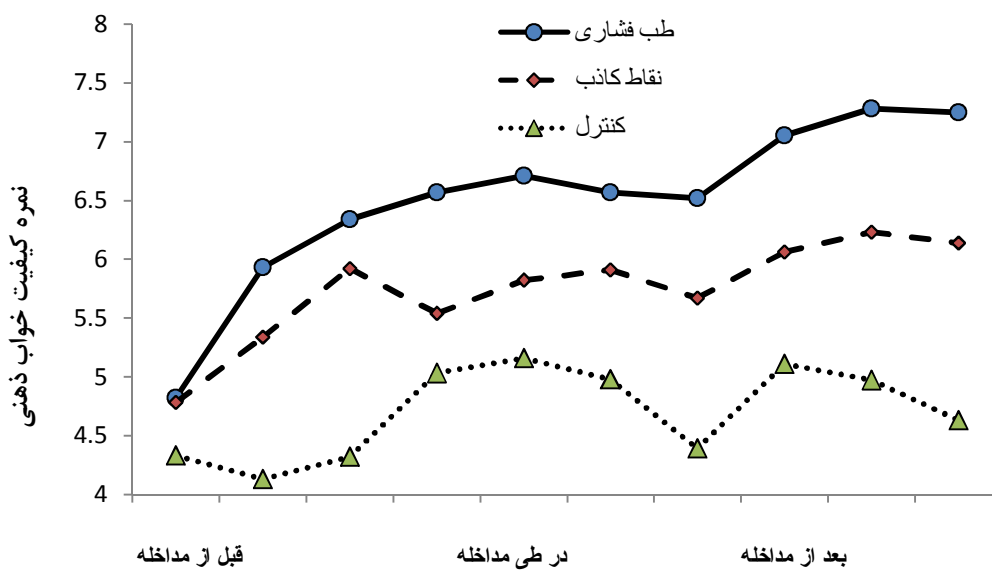
گروه کنترل (اثر زمان)	گروه نقاط کاذب (اثر روانشناختی)	گروه طب فشاری (اثر مداخله)	اجزای کیفیت خواب پیترزبرگ
۵	۱۶	۵۱	کیفیت خواب ذهنی
۷	۹	۵۱	خواب نهفته
-۸	-۷	۵۳	مدت زمان خواب واقعی
۱۰	۱۷	۵۰	کفایت خواب
۴	۵	۳۲	اختلالات خواب
-۳۳	-۲۳	۲۰	مصرف داروی خواب آور
-۸	۱۳	۵۲	عملکرد روزانه
۰/۹	۷	۴۸	نمره کل

طبق جدول شماره ۲ از نظر میزان درصد بهبودی در نمره کل و اجزاء کیفیت خواب بیشترین درصد بهبودی در گروه مورد مربوط به مدت زمان واقعی خواب و در گروه نقاط کاذب و کنترل کفایت خواب بوده است و مصرف داروی خواب‌آور در سه گروه کم‌ترین درصد بهبودی را داشته است. در ۱۰ اندازه‌گیری به‌دست آمده از چارت خواب شامل داده‌های قبل از مداخله (اندازه‌گیری اول)، داده‌های حین مداخله (هشت اندازه‌گیری) و داده‌های بعد از مداخله (اندازه‌گیری دهم) با استفاده از آنالیز واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری‌های مکرر، افزایش در بهبود کیفیت خواب در طول

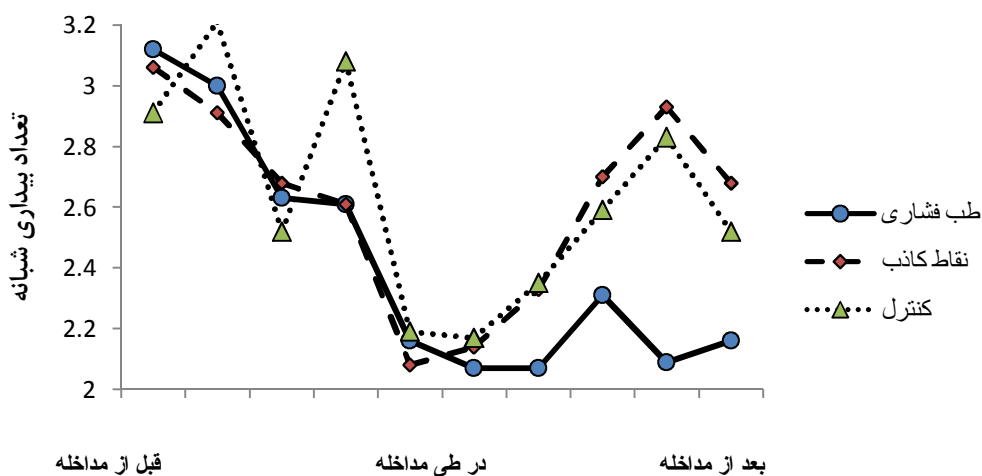
مداخله در سه گروه مشاهده شد و همچنین نشان داد افزایش کیفیت خواب در سه گروه یکنواخت نبوده است ($p = 0/000$). نمودار ۱ نیز نشان‌دهنده افزایش کیفیت خواب در طول زمان می‌باشد. در بررسی داده‌های چارت خواب، تعداد بیداری شبانه در سه گروه بعد از مداخله، بر اساس آزمون آنالیز واریانس، اختلاف معنی‌دار داشت ($p = 0/032$). آنالیز واریانس درون گروهی با اندازه‌گیری‌های مکرر نیز کاهش تعداد بیداری شبانه در طول زمان در سه گروه را نشان داد (نمودار ۲).



شکل شماره (۱): نقطه شن‌من



نمودار شماره (۱): مقایسه بیماران سه گروه از نظر کیفیت خواب ذهنی بر اساس چارت خواب در طول مطالعه



نمودار شماره (۲): مقایسه بیماران سه گروه از نظر تعداد بیداری شبانه بر اساس چارت خواب در طول مطالعه

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش نشان دهنده بهبود کیفیت خواب پس از مداخله بود. مقایسه تعقیبی اختلاف معنی داری در بهبود کیفیت خواب در نمره کل شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و اجزاء فرعی کیفیت خواب ذهنی، خواب نهفته، مدت زمان واقعی خواب، کفایت خواب، اختلالات خواب، عملکرد روزانه در گروه طب فشاری نسبت به گروه نقاط کاذب و کنترل را نشان داد که این نتایج تأثیر طب فشاری را در بهبود کیفیت خواب بیماران دیالیزی تأیید می کند. در بررسی تأثیر طب فشاری بر کیفیت خواب بیماران دیالیزی در مطالعات تسای و رونگ و نصیری و همکاران نیز همین نتیجه بدست آمده است (۱۰، ۲۰). تسای و رونگ بیماران دیالیزی را در سه گروه نقاط حقیقی طب فشاری، گروه نقاط غیر حقیقی و گروه کنترل قرار دادند و بهبود عمده نمره کل شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و سایر اجزاء فرعی بجز خواب نهفته، مصرف داروی خواب آور و اختلالات خواب را در گروه نقاط حقیقی طب فشاری نسبت به گروه کنترل گزارش نمودند (۱۰). نصیری و همکاران ۶۲ بیمار دیالیزی با اختلال خواب را در دو گروه آزمون و شاهد قرار دادند. در گروه آزمون، بیماران هفته‌ای ۳ بار به مدت چهار هفته در حین دیالیز، تحت درمان با طب فشاری در نقاط شن من میج دست‌ها، شن من گوش‌ها و یانگ کوان کف پاها قرار گرفتند و برای گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول صورت گرفت. یافته‌ها نشان دهنده اختلاف معنی دار در کیفیت خواب بر اساس ابزار پیترزبرگ بین گروه آزمون و شاهد بود (۲۰). حسین‌آبادی و همکاران تأثیر ماساژ نقاط فشاری بر کیفیت خواب سالمندان را بر روی ۹۰ سالمند در قالب سه گروه نقاط حقیقی طب فشاری، گروه نقاط غیر حقیقی و گروه کنترل بررسی کردند. در مقایسه سه گروه بعد از مداخله اختلاف معنی داری در نمره کل شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و مقیاس‌های فرعی، غیر از مصرف داروی خواب آور را گزارش نمودند (۱۸) که از این نظر با نتایج پژوهش حاضر مطابقت داشت. ولی در مقایسه دوه‌دو گروه‌ها از نظر نمره کل و مقیاس‌های

فرعی، بین گروه نقاط حقیقی طب فشاری با گروه کنترل اختلاف معنی دار بود و بین گروه نقاط حقیقی طب فشاری و نقاط غیر حقیقی فقط از نظر نمره کل و نمره خواب نهفته اختلاف معنی داری وجود داشت که با نتایج این مطالعه متفاوت بود. از نظر تعداد دفعات انجام مداخله که به صورت سه بار در هفته و برای مدت چهار هفته بود، این مطالعه با مطالعات چن، نصیری و حسین‌آبادی شباهت دارد (۱۸، ۲۰، ۲۱).

بر اساس طب سنتی چینی نقاط زیادی هستند که تحریک آن‌ها موجب ایجاد آرامش و در نتیجه بهبود کیفیت خواب می شود (۱۸). از این میان نقطه شن من میج دست‌ها که نقطه " دروازه روح"^۱ یا راه فرعی مرتبط با قدرت حیاتی و کنترل خلق نیز، نامیده می شود با توجه به دسترسی آسان و کاربردی بودن آن برای بیمار و پرسنل در بسیاری مطالعات استفاده شده است (۸). سان و همکاران (۲۰۱۰) ماساژ نقطه فشاری شن من (HT7) در دوره درمانی پنج هفته‌ای بر روی افراد بی خواب ساکن در مراکز مراقبتی طولانی مدت (۸)، و سرون و همکاران (۲۰۰۸) نیز ماساژ همین نقطه را در دوره درمانی کمتر از دو هفته جهت بی خوابی بیماران سرطانی مؤثر دانستند (۱۲). نوردیوو همکاران جهت بررسی مکانیسم اثر ماساژ نقطه شن من دست‌ها، میزان متابولیت ملاتونین ادرار ۲۴ ساعته گروه طب فشاری را، بعد از طی دوره درمان ۲۰ روزه، اندازه‌گیری نمودند و نرمال شدن میزان متابولیت ملاتونین را به طور قابل ملاحظه‌ای در گروه طب فشاری نسبت به گروه کنترل گزارش کردند و طب فشاری در نقطه شن من دست‌ها را ابزاری معتبر و مؤثر و بدون عارضه جانبی دانستند که به طور طبیعی توانایی بهبود اختلالات خواب را دارد (۱۱). پژوهش حاضر نیز با استفاده از این نقطه اثر طب فشاری در قالب سه گروه در بیماران دیالیزی را بررسی نمود که اختلاف معنی داری در نمره کل شاخص کیفیت خواب پیترزبرگ و کلیه مقیاس‌های فرعی بجز مصرف داروی خواب آور بین سه گروه بعد از مداخله را نشان داد.

^۱. Spirit gate

در طی مداخله که با نتایج چن و حسین‌آبادی مطابقت دارد (۱۸،۲۱). نمودار ۱ و ۲ نیز مؤید این نتایج می‌باشند.

در خصوص محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت با توجه به عدم تمایل بیماران و نیز کمبود زمان، پیگیری اثر طب فشاری پس از اتمام دوره مداخله امکان‌پذیر نبود. همچنین علی‌رغم دادن آموزش، احتمال می‌رفت بیمار و یا افراد خانواده‌اش در منزل، به روش درست یا نادرست، اقدام به انجام ماساژ و فشار در نقاط نمایندند که این قابل کنترل نبود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد طب فشاری در نقطه شن‌من میج دست‌ها می‌تواند، اثر درمانی در اختلالات خواب بیماران تحت درمان با همودیالیز داشته باشد، و می‌توان آن را به پرستاران آموزش داد تا در صورت لزوم برای بیماران انجام دهند.

تقدیر و تشکر

از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان؛ مسئولین، پرسنل و بیماران مراکز دیالیز بیمارستان‌های امام رضا (ع)، هاشمی‌نژاد و امام زمان (عج) و تمامی عزیزانی که در طی این پژوهش ما را یاری نمودند قدردانی به عمل می‌آید.

همین نتیجه در مطالعه نصیری (۲۰) مشاهده شد، ولی با این تفاوت که در مطالعه نصیری و همکاران طب فشاری در سه نقطه و بدون داشتن گروه پلاسبو انجام شده بود.

البته بهبود نمرات برخی از مقیاس‌های خواب پیتزبرگ در گروه پلاسبو ممکن است به دلیل اثرات آرام بخشی روانی و فیزیولوژیکی ماساژ باشد. ماساژ می‌تواند در تعادل دستگاه عصبی و اصلاح تعادل فیزیکی و موازنه‌ی بدن بسیار مؤثر باشد و باعث تحریک ترشح آندروفین‌ها و در نتیجه کاهش درد و ایجاد آرامش در بیمار شود (۲۲). بنابراین می‌تواند سبب بهبود کیفیت خواب در سطوح متفاوت گردد (۱۰). در این مطالعه آزمون‌های آماری نشان داد از نظر نمره کل پیتزبرگ و مقیاس‌های فرعی اختلاف معنی‌داری بین گروه نقاط کاذب و گروه کنترل وجود ندارد. بنابراین طب فشاری در نقطه شن‌من میج دست‌ها مؤثر است و جدول شماره ۳ نیز میزان درصد بهبودی را بر اثر مداخله به‌مراتب بیشتر از اثر روانشناختی نشان می‌دهد.

همچنین ابزار چارت خواب نشان داد کیفیت خواب بیماران افزایش یافته است و این بهبودی از هفته اول بعد از مداخله افزایش پیدا کرده است که این نتایج با یافته‌های تسای، نصیری و حسین‌آبادی همخوانی دارد (۱۷،۱۸،۲۰). کاهش تعداد بیداری شبانه

References

1. Daniel R, Gredell RN, Wilkins FR. Nursing fundamentals: caring & clinical decision making. 2nd Ed. New York: Cengage Delmar Learning; 2010. P.1476-85.
2. Zolfaghari M, Bahranejad F. Nursing cares in critical care units. 1st Ed. Tehran: Boshra & Tohfah; 2010. P.89-97. (Persian)
3. Amidei C. Management of patients with renal disorder. In: Smeltzer SC, Bare BG, editors. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th Ed. Philadelphia: Lippincott; 2010. P.1311-58.
4. 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)
5. Sarris J, Byrne G J. A systematic review of insomnia and complementary medicine. Sleep Med Rev 2011;15(2): 99-106.
6. Cherniack EP. The use of alternative medicine for treatment of insomnia in the elderly. Int Psychogeriatr 2006; 6: 21 -9.

7. Sedighi J, Maftoon F, Moshrefi M. Complementary and alternative medicine (CAM): knowledge, attitude and practice in Tehran, Iran. *Payesh*. 2004; 3(4):279-289. (Persian)
8. Sun J, Sung M, Huang M, Cheng G, Lin C. Effectiveness of acupressure for residents of long-term care facilities with insomnia: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010;47:798-805.
9. Lin JG, Chen WL. Acupuncture analgesia: a review of its mechanisms of actions. *Am J Chin Med* 2008; 36(4):635-45.
10. Tsay SL, Rong JR, Lin PF. Acupoint massage in improving the quality of sleep and quality of life with end stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003; 42(2): 134-42.
11. Nordio M, Romanelli F. Efficacy of wrists overnight compression (HT 7 point) on insomniacs: possible role of melatonin? *Minerva Med* 2008; 99(6):539-47.
12. Cerrone R, Giani L, Galbiati B, Messina G, Casiraghi M, Proserpio E et al. Efficacy of HT 7 point acupressure stimulation in the treatment of insomnia in cancer patients and in patients suffering from disorders other than cancer. *Minerva Med* 2008;99(6):535-37.
13. Huang W, Kutner N, Bliwise D. A systematic review of the effects of acupuncture in treating insomnia. *Sleep Med Rev* 2009; 13: 73-104
14. Sadeghi H, Azizzadeh Forouzi M, Mohammad Alizadeh S. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. *J Crit Care Nurs* 2010;3(1):13-18. (Persian)
15. 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):5-11. (Persian)
16. Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkaifi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum (PSQI-A). *Sleep Breath* 2009;13(3):259-62.(Persian)
17. Tsay SL, Chen ML. Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease randomized controlled trial. *Intl J Nurs Stud* 2003; 40(1):1-7.
18. Hoseinabadi R, Nourozi K, Pouresmail Z, Karimlu M, Maddah SSB, Cheraghi MA. The effect of acupressure on quality of sleep in Iranian elderly nursing home residents. *Complement Ther Clin Pract*.2008;16:81-5. (Persian)
19. Rogers AE, Caruso CC, Aldrich MS. Reliability of sleep diaries for assessment of sleep/wake patterns. *Nurs Res* 1993; 42 (6): 368-72.
20. Nasiri E, Mokhtari N, Ghanbari A, Atrkar roshen Z. The effect of acupressure on the quality of sleep in hemodialysis patients in Razi. *Gilan Univ Med J* 2007;17(57):31-9. (Persian)
21. Chen ML, Lin LC, Lin JG. The effectiveness of acupressure in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54(8):M389-94.
22. Imani E, Imani A. The effect of foot massage on sleeping in hemodialysis patients. *Shahid Sadughi J* 2009; 17 (2): 76 – 82. (Persian)