

تأثیر تدابیر پرستاری بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخشهای مراقبت

ویژه قلبی

دکتر خدایار عشوندی^۱، مهناز مقدری کوشا^۲، دکتر فاطمه چراغی^{۳*}، دکتر جواد فردمال^۴، دکتر بهشاد نقش تبریزی^۵، غلامحسین فلاحی^۳

۱- دانشیار پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳- استادیار پرستاری و عضو مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۵- دانشیار گروه قلب و عروق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۳/۳/۲۸

دریافت: ۹۲/۱۱/۲۸

چکیده:

مقدمه: با توجه به شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران بخش‌های مراقبت ویژه قلبی و تأثیر خواب مناسب بر سلامتی بیماران، مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر تدابیر پرستاری بر کیفیت خواب این بیماران انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با شرکت ۱۶۶ بیمار بستری در بخش‌های سی سی یو بیمارستان اکباتان همدان در دو گروه کنترل و مداخله انجام گرفت. ابتدا کیفیت خواب گروه کنترل در صبح روز سوم بستری توسط پرسشنامه SMHSQ سنجیده شد. سپس آماده سازی محیط و آموزش تدابیر پرستاری تدوین شده برای خواب مناسب بیماران به پرستاران انجام شد. در پایان کیفیت خواب گروه آزمون پس از دریافت تدابیر پرستاری تدوین شده، در صبح روز سوم بستری توسط پرسشنامه SMHSQ بررسی شد. در پایان کیفیت خواب بیماران دو گروه مقایسه گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت خواب در گروه کنترل ۲۶/۵۸ (۶/۶۴) و در گروه مداخله ۱۷/۸۷ (۵/۳۶) بود. آزمون آماری آنالیز واریانس نشان دهنده بهبود معنی دار کیفیت خواب در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود ($p=0/031$). نتایج حاصل از بررسی عوامل مختل کننده خواب از دیدگاه بیماران در گروه کنترل نشان داد که بیشترین عامل ایجاد کننده اختلال خواب سر و صدا (۷۱/۱٪) بوده، که در گروه مداخله به ۳/۳۷٪ کاهش پیدا کرده است.

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج حاصل می‌توان گفت تدابیر پرستاری طراحی شده بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی مؤثر بوده است بنابراین این تدابیر پرستاری را جهت بهبود کیفیت خواب این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: بخش مراقبت ویژه قلبی / تدابیر پرستاری / کیفیت خواب

مقدمه:

افزایش می‌یابد (۲). تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵٪ جمعیت دنیا از بی خوابی رنج می‌برند و با افزایش سن مقدار آن افزایش می‌یابد (۳). شیوع کلی اختلالات خواب در جمعیت عمومی در شهر تبریز ۳۵/۲۲٪ گزارش شده است (۴). در مطالعه جعفریان و همکاران (۱۳۹۰) اکثریت بیماران (۶۳/۶٪) کیفیت خواب نامطلوب داشتند

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است و محرومیت از آن تأثیرات سوء زیادی بر ذهن و جسم انسان دارد (۱). در طی خواب پاسخ به محرک های محیطی کم می‌شود، کاتابولیسم کاهش و میزان آنابولیسم

* نویسنده مسئول: دکتر فاطمه چراغی: مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن در منزل دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

حال حاضر این بیماری مسئول ۳۸٪ از مرگ‌ها در دنیا بوده و در ایران نیز ۴۶٪ از مرگ‌ها با اختلالات جریان خون مرتبط می‌باشد (۱۵). گرچه ماهیت بیماری و عوارض آن می‌تواند مانع از خواب و استراحت کافی گردد، ولی محیط بیمارستان، مراقبت‌های طولانی مدت و فعالیت‌های کارکنان مراکز درمانی نیز می‌تواند موجب اختلال خواب بیماران شود (۱۶). سر و صدا، نور، دارو درمانی، مداخلات پرسنل، دمای محیط، وضعیت نامناسب تخت، از دست رفتن محدوده قلمرو انسانی، مانیتورها، درد، ناراحتی و استرس از عوامل مخل خواب در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی می‌باشند (۱۷، ۱۸، ۱۹، ۱۰، ۵). در مطالعه ذاکری مقدم (۱۳۸۵) مشخص شد که بیشتر بیماران بخش مراقبت ویژه قلب، صدای زنگ تلفن، صحبت کارکنان، صحبت بیماران و صدای زنگ دستگاه‌ها را از عوامل مؤثر بر اختلال خواب دانسته‌اند (۱۷). ایزدی و همکاران (۱۳۸۷) نیز تغییر در عادات خواب، تنگی نفس و محرک‌های نوری را مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار بر کیفیت خواب ذکر کرده است (۲۰).

با توجه به اینکه با وجود تمامی تأکیدها و هشدارهایی که نسبت به اثرات سوء محرومیت از خواب در بیماران بستری در بخش‌ها بخصوص بخش‌های مراقبت ویژه قلبی به عمل آمده است، هنوز بسیاری از بیماران بستری در این بخش‌ها مشکلات ناشی از اختلال در خواب و استراحت را تجربه می‌نمایند (۱۷) و به علت شیوع بالای اختلالات خواب در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه (۲۱) و از سوی دیگر اهمیت برقراری خواب مناسب برای بیماران بستری در این بخش‌ها و تأثیر مثبت خواب در روند بهبودی این بیماران، پرستاران با اجرای تدابیری می‌توانند نقش موثری در تشخیص و رفع عوامل مؤثر بر اختلال خواب و درمان آن داشته باشند (۲۲، ۵). لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر تدابیر پرستاری بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی انجام شده است.

روش کار:

این مطالعه نیمه تجربی به مدت ۶ ماه از مهر تا اسفند ماه ۱۳۹۱ بر روی ۱۶۶ بیمار بستری در بخش‌های سی سی یو بیمارستان اکباتان همدان، که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم

(۵). بیماری‌ها می‌توانند اثرات منفی بر روی خواب گذاشته و یا بالعکس کیفیت پایین خواب می‌تواند منجر به بروز علائم بیماری در فرد شود (۶) به طوریکه تحقیقات نشان داده اند در افراد مبتلا به بی‌خوابی میانگین تعداد موارد بستری در ماه تقریباً دو برابر افراد بدون سابقه اختلال خواب بوده است (۷). بستری شدن نیز به طور واضح باعث بروز اختلالات در الگوی خواب و بد خوابی می‌شود (۸).

تقریباً هر بیماری که درد یا ناراحتی قابل ملاحظه ایجاد کند می‌تواند کیفیت و کمیت خواب را به طور منفی تحت تأثیر قرار دهد. مانند بیماری‌های تنفسی، قلبی عروقی، گوارشی و عصبی (۹). کیفیت زندگی، پاسخ سیستم ایمنی بدن، عملکرد هوشی، حافظه، قضاوت و تغییرات شخصیتی تحت تأثیر کیفیت خواب افراد می‌باشند. خواب تنظیم دستگاه قلبی عروقی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، بطوریکه در زمان بیداری قلب یک فرد سالم به طور متوسط ۷۰ تا ۸۰ ضربه در دقیقه می‌زند در حالی که در موقع خواب میزان آن به ۶۰ بار در دقیقه کاهش می‌یابد (۱۰).

از سوی دیگر، محرومیت از خواب موجب افزایش ضربان قلب و افزایش نیاز میوکارد به اکسیژن می‌گردد. برخی محققان به وجود نوعی ارتباط بین اختلالات خواب و حوادث قلبی پی برده‌اند (۱۱). خطر حملات ایسکمیک قلبی در افرادی که خوابشان بطور مداوم آشفته است بیشتر بوده و بی‌خوابی با افزایش بیماری‌های ایسکمیک قلبی همراه است (۱۲). محرومیت از خواب مزمن ممکن است وقوع فیبریلاسیون دهلیزی را افزایش دهد (۱۳). تغییر در طول مدت یا کیفیت خواب ممکن است مانع جریان طبیعی خون بدن در طی خواب شود. به همین دلیل شیوع فشار خون و مقاومت دارویی در افراد مبتلا به فشارخون بالا، با کمبود خواب افزایش می‌یابد. همچنین آسیب‌های عروق کرونر، التهاب سیستمیک (Systemic inflammation) استرس اگزیداتیو (Oxidative Stress) و اختلالات آندوتیال (Endothelial dysfunction) به نظر می‌رسد با کمبود خواب و اختلالات خواب در ارتباط باشند (۱۴).

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین علل مرگ و میر بشر بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به عنوان عامل شماره یک مرگ و ناتوانی در جهان باشد. در

یک از عوامل محیطی در بروز اختلال خواب است که از مطالعه جعفریان و همکاران (۱۳۹۰) به دست آمده است (۵). این قسمت از پرسشنامه در گروه کنترل جهت نیازسنجی به منظور طراحی تدابیر پرستاری و ایجاد تغییرات محیطی به کار گرفته شد و شامل بررسی میزان تأثیر سر و صدا، نور، انجام تستهای تشخیصی، کنترل علائم حیاتی، تجویز دارو و دمای اتاق در بروز اختلال خواب بیماران طی مدت بستری در بیمارستان می‌باشد. هر یک از آیتم‌ها شامل گزینه‌های هرگز، گاهی اوقات، اغلب مواقع و همیشه می‌باشند. جهت تجزیه و تحلیل این پرسشنامه، تأثیر هر یک از عوامل محیطی در بروز اختلال خواب در هر یک از گروه‌ها به صورت جداگانه بر حسب درصد سنجیده می‌شود و نتایج حاصل در هر گروه با آزمون‌های آماری با هم مقایسه می‌گردند.

در مطالعه حاضر اعتبار محتوی پرسشنامه با استغاده از نظرات اصلاحی ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان بدست آمد. پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. پایایی پرسشنامه *SMHSQ* بطور جداگانه ۰/۸۳ و پایایی پرسشنامه عوامل مختل کننده خواب ۰/۸۶ بدست آمد.

گردآوری داده‌ها در چند مرحله انجام شد. در مرحله اول کیفیت خواب بیماران گروه کنترل که مراقبت‌های پرستاری معمول را دریافت می‌نمودند، در روز سوم (قبل از ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه قلبی) سنجیده شد. در پایان پرسشنامه با یک سؤال باز، عوامل مختل کننده خواب از نظر آنها پرسیده شد. پس از تعیین عوامل مختل کننده خواب بر اساس پاسخهای گروه کنترل، نتایج سایر تحقیقات مشابه (۱۹، ۱۷، ۱۶، ۱۰، ۵)، تجربه پژوهشگر در بخش سی سی یو و نظرات اساتید پرستاری، تدابیر پرستاری مناسب جهت کاهش عوامل مخل خواب و بهبود کیفیت خواب تدوین گردید.

در مرحله دوم، تدابیر پرستاری تدوین شده به پرستاران، در طی دو جلسه گروهی دو ساعته هر بار با حضور ۱۵ پرستار و هم چنین نصب پوستر در بخش آموزش داده شد. تدابیر پرستاری شامل کنترل و تعدیل تا حد ممکن عوامل محیطی (کم کردن سر و صدا، تعدیل نور بخش، تنظیم دمای بخش بین ۲۰ تا ۲۲ درجه سانتیگراد)، ارائه تدابیر درمانی و مراقبتی (کنترل علائم

شدند، انجام گردید. حجم نمونه براساس فرمول زیر ۸۳ نفر برای هر گروه برآورد شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-B})^2 (2 \times \sigma^2)}{d^2}$$

در فرمول فوق، n اندازه نمونه در هر یک از دو گروه، Z_{1-B} و $Z_{1-\alpha/2}$ به ترتیب مقدار صدک ۹۷/۵ و ۸۰ توزیع طبیعی استاندارد، σ^2 واریانس کیفیت خواب از مطالعه حسین آبادی (۲۲) برابر ۴/۲۵۴ و d برابر ۲ در نظر گرفته شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بستری در بخش سی سی یو، عدم وجود اختلال خواب قبل از بستری، عدم سابقه مصرف داروهای خواب آور، داشتن هوشیاری مناسب (به طوریکه قادر به برقراری ارتباط کلامی باشد)، عدم وجود محرومیت حسی، نداشتن سابقه افسردگی و اضطراب طبق نظر روانپزشک، نداشتن دیابت، بیماری مزمن کلیوی و بیماری مزمن ریوی و معیارهای خروج از مطالعه شامل ترخیص قبل از روز سوم، از دست دادن هوشیاری، بدتر شدن وضعیت بالینی بیمار و انصراف از ادامه شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی سه قسمتی بود: بخش اول اطلاعات دموگرافیک (تشخیص بیماری، سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مصرف سیگار و مواد مخدر، محل سکونت، سابقه افسردگی و اضطراب طبق نظر روانپزشک)؛ بخش دوم پرسشنامه خواب بیمارستان سنت مری که جهت ارزیابی کیفیت خواب شب گذشته بیماران بستری در بیمارستان طراحی شده و شامل ۱۱ سؤال در مورد کیفیت خواب می‌باشد. مقیاس این پرسشنامه لیکرت چهار گزینه‌ای (یک برای اصلاً تا ۴ برای زیاد) با دامنه نمره بین ۱۱ - ۴۴ بود. نمره کمتر از ۱۱ بدون اختلال خواب، نمرات ۱۲ تا ۲۲ نشاندهنده اختلال خواب خفیف، ۲۳ تا ۳۳ اختلال خواب متوسط و ۳۴ تا ۴۴ اختلال خواب شدید می‌باشند. *SMHSQ* در بسیاری از مطالعات مورد ارزیابی قرار گرفته است. برای مثال در مطالعه ابوالحسنی (۱۳۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ (۲۳) و در مطالعه‌ی الیز و همکاران (۱۹۸۱) ۰/۹۶ گزارش شده است (۲۴).

بخش سوم پرسشنامه مربوط به بررسی میزان تأثیر هر

وضعیت تأهل ($p=0/349$)، تعداد فرزندان ($p=0/780$)، محل سکونت ($p=0/132$)، مدرک تحصیلی ($p=0/331$)، استعمال سیگار ($p=0/621$) و استعمال مواد مخدر ($p=0/687$) تفاوت معنی دار آماری دیده نشده است. اما به دلیل اینکه بین گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای شغل ($p=0/005$)، تشخیص بیماری ($p<0/001$) و سن ($p=0/004$) اختلاف آماری معنی داری دیده شد، مقایسه میانگین کیفیت خواب دو گروه با تعدیل اثر این عوامل با استفاده از آزمون *Ancova* صورت گرفت و نتایج نشان داد که گروه آزمون کیفیت خواب بهتری نسبت به گروه کنترل داشته است ($p=0/031$).

میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت خواب در گروه کنترل $6/64 \pm 26/58$ و در گروه آزمون $5/36 \pm 17/87$ بود ($p=0/031$) (جدول ۱). از نظر شدت اختلال خواب، در گروه کنترل ۲/۴ درصد از بیماران اختلال خواب نداشتند، ۲۱/۷ درصد اختلال خواب خفیف، ۶۶/۳ درصد اختلال خواب متوسط و ۹/۶ درصد نیز اختلال خواب شدید داشتند. در گروه آزمون ۳/۶ درصد از بیماران اختلال خواب نداشتند، ۸۰/۷ درصد اختلال خواب خفیف، ۱۳/۳ درصد اختلال خواب متوسط و ۲/۴ درصد نیز اختلال خواب شدید داشتند. آزمون کای دو اختلاف معنی دار آماری بین درجه بندی شدت اختلال خواب در دو گروه نشان داد ($\chi^2=61/380$ و $P<0/001$) (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره اختلال خواب بیماران گروه کنترل و آزمون

نمره کیفیت خواب	میانگین	انحراف معیار	آزمون <i>Ancova</i>
گروه کنترل	۲۶/۵۸	۶/۶۴	$p=0/031$
گروه آزمون	۱۷/۸۷	۵/۳۶	$F=4/765$ $df=154$ و ۱

جدول ۲: مقایسه شدت اختلال خواب بیماران گروه کنترل و آزمون

شدت اختلال خواب	گروه آزمون		گروه کنترل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
نداشتن اختلال خواب	۳ (۳/۶)	۲ (۲/۴)	$\chi^2=61/380$
اختلال خفیف	۶۷ (۸۰/۷)	۱۸ (۲۱/۷)	$df=3$
اختلال متوسط	۱۱ (۱۳/۳)	۵۵ (۶۶/۳)	$P<0/001$
اختلال شدید	۲ (۲/۴)	۸ (۹/۶)	

حیاتی، دادن داروها، گرفتن نمونه خون، گرفتن نوار قلب، ویزیت‌های رزیدنتی و نظافت بخش) قبل از ساعت ۱۰ شب و بعد از ۶ و نیم صبح، تسکین درد بیمار، برطرف کردن استرس بیمار (آموزش در مورد بیماری و رفع نگرانی‌ها) و عدم استفاده از داروهای مدر بعد از ساعت ۶ عصر بودند. کم کردن سر و صدا از طریق کاهش صدای گفتگوهای کارکنان در طی شب، استفاده پرسنل از کفش-های بی صدا، تعویض صندلی‌های کهنه و پرصدای بخش، آماده کردن داروها در اتاق دارو، تعویض ترالی‌های فرسوده و پر سرو صدا با نوع مرغوب تر و بی صدای آن بود. تعدیل نور بخش و کاهش نور محیط با خاموش کردن چراغ‌های غیر ضروری بخش و استفاده از لامپ‌های کم نور در صورت نیاز در شب انجام شد و تعدیل دمای بخش و حفظ آن در محدوده ۲۲-۲۰ درجه سانتی گراد طبق هماهنگی با واحد تأسیسات بیمارستان که مجوز این تغییرات توسط مترون بیمارستان صادر گردیده بود، صورت پذیرفت.

پس از آموزش کارکنان و آماده سازی محیط، تدابیر پرستاری و تعدیل محیطی تحت نظارت پژوهشگر و با هماهنگی سرپرستار، سوپروایزرها و کلیه کارکنان بخش اجرا شد و مرحله سوم که شامل بررسی کیفیت خواب و عوامل مختل کننده خواب گروه آزمون در طول بستری، در صبح روز سوم بستری در بخش آغاز گردید. سپس کیفیت خواب این دو گروه بیماران (آزمون و کنترل) با استفاده از آزمونهای آماری *T* دو نمونه‌ای، کای اسکوتر و آنالیز واریانس با استفاده از نرم افزار *SPSS/16* با یکدیگر مقایسه گردید. سطح معنی دار بودن آزمون‌ها $P<0/05$ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها:

میانگین (انحراف معیار) سن گروه کنترل $53 \pm 11/53$ سال و در گروه آزمون $53 \pm 12/19$ سال بود. بیشتر بیماران گروه کنترل (۶۷/۵ درصد) و گروه آزمون (۷۳/۵ درصد) مذکر و بیشترین علت بستری در گروه کنترل سندرم کرونری حاد (۵۰/۶٪) و در گروه آزمون انفارکتوس میوکارد (۵۶/۶٪) بود. اکثر شرکت کنندگان در گروه کنترل خانه دار (۳۳/۷٪)، ساکن شهر (۸۳/۱٪) و در گروه آزمون شغل آزاد (۵۴/۲٪) و ساکن شهر (۷۳/۵٪) بودند. طبق آزمون تی مستقل بین گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای جنسیت ($p=0/395$).

(۰/۲۸/۹)، نور اتاق (۰/۲۴/۱) و دمای اتاق (۰/۱۴/۵) بوده‌اند. مقایسه نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر سرو صدا ($p < 0/001$)، تجویز دارو ($p < 0/018$) و دمای اتاق ($p < 0/001$) تفاوت معنی دار آماری وجود داشت (جدول ۳). لذا تعدیل عوامل محیطی و اجرای تدابیر پرستاری مدون با کاهش اثر مضر برخی از عوامل مخمل خواب، موجب بهبود کیفیت خواب بیماران بستری شدند.

نتایج حاصل از بررسی عوامل مختل کننده خواب از دیدگاه بیماران در گروه کنترل نشان داد که بیشترین عامل ایجاد کننده اختلال خواب سر و صدا (۰/۷۱/۱) بوده، عوامل دیگر شامل تجویز دارو (۰/۴۹/۴)، کنترل علائم حیاتی (۰/۴۳/۴)، دمای اتاق (۰/۳۸/۶)، انجام تستهای تشخیصی (۰/۳۰/۱) و نور اتاق (۰/۲۴/۱) بوده‌اند. در گروه آزمون نیز بیشترین عامل ایجاد کننده اختلال خواب سر و صدا (۰/۳۷/۳) بوده، عوامل دیگر شامل کنترل علائم حیاتی (۰/۳۶/۱)، تجویز دارو (۰/۳۱/۳)، تستهای تشخیصی

جدول ۳: مقایسه عوامل مختل کننده خواب از دیدگاه بیماران گروه کنترل و آزمون

آزمون کای دو df = ۱	گروه آزمون		گروه کنترل		عوامل مختل کننده خواب
	ایجاد اختلال	عدم اختلال	ایجاد اختلال	عدم اختلال	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
$\chi^2 = 19/027$ $p < 0/001$	۳۱ (۳۷/۳)	۵۲ (۶۲/۷)	۵۹ (۷۱/۱)	۲۴ (۲۸/۹)	صدا
$\chi^2 = 1/454$ $p = 0/228$	۲۰ (۲۴/۱)	۶۳ (۷۵/۹)	۲۰ (۲۴/۱)	۵۶ (۶۷/۵)	نور
$\chi^2 = 0/029$ $p = 0/865$	۲۴ (۲۸/۹)	۵۹ (۷۱/۱)	۲۵ (۳۰/۱)	۵۸ (۶۹/۹)	تستهای تشخیصی
$\chi^2 = 0/905$ $p = 0/341$	۳۰ (۳۶/۱)	۵۳ (۶۳/۹)	۳۶ (۴۳/۴)	۴۷ (۵۶/۶)	کنترل علائم حیاتی
$\chi^2 = 5/631$ $p = 0/018$	۲۶ (۳۱/۳)	۵۷ (۶۸/۷)	۴۱ (۴۹/۴)	۴۲ (۵۰/۶)	تجویز دارو
$\chi^2 = 12/370$ $p < 0/001$	۱۲ (۱۴/۵)	۷۱ (۸۵/۵)	۳۲ (۳۸/۶)	۵۱ (۶۱/۴)	دمای اتاق

($p < 0/001$)، صدای سیستم تهویه به ۰/۱۶/۹، صدای مکالمات سایر بیماران به ۰/۲۵/۳ ($p = 0/006$) و صدای مکالمات همراهان به ۰/۲۴/۱ ($p = 0/045$) کاهش یافته بود و از نظر آماری اختلاف معنی داری با گروه کنترل داشتند ($p < 0/05$). اما با آنکه تاثیر صدای تجهیزات پزشکی به ۰/۳۱/۳ رسیده و نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود، از نظر آماری اختلاف معنی داری با گروه کنترل نداشت ($p = 0/079$) (جدول ۴).

بررسی عوامل ایجاد کننده سر و صدا از دیدگاه بیماران گروه کنترل حاکی از آن بود که بیشترین عامل ایجاد کننده اختلال خواب صدای سندلی‌های بخش (۰/۶۹/۹) بوده، عوامل دیگر شامل مکالمات کارکنان (۰/۵۱/۸)، مکالمات سایر بیماران (۰/۴۵/۸)، صدای تجهیزات پزشکی (۰/۴۴/۶)، صدای سیستم تهویه (۰/۴۱)، مکالمات همراهان (۰/۳۸/۶)، صدای قدم زدن (۰/۳۴/۹) و صدای تلفن (۰/۲۰/۵) بودند. در گروه آزمون، صدای مکالمات کارکنان به ۰/۲۵/۳ ($p < 0/001$)، سندلی‌های بخش به ۰/۱/۲ ($p < 0/001$)، صدای تلفن به ۰/۳/۶ ($p = 0/001$)، صدای قدم زدن افراد به ۰/۴/۸

جدول ۴: مقایسه عوامل ایجاد کننده سر و صدا از دیدگاه گروه کنترل و آزمون

آزمون کای دو df = ۱	گروه آزمون		گروه کنترل		عوامل ایجاد کننده سر و صدا
	ایجاد اختلال تعداد (درصد)	عدم اختلال تعداد (درصد)	ایجاد اختلال تعداد (درصد)	عدم اختلال تعداد (درصد)	
$\chi^2=85/432$ $p<0/001$	۱ (۱/۲)	۸۲ (۹۸/۸)	۵۸ (۶۹/۹)	۲۵ (۳۰/۱)	صدای صندلی های بخش
$\chi^2=12/308$ $p<0/001$	۲۱ (۲۵/۳)	۶۲ (۷۴/۷)	۴۳ (۵۱/۸)	۴۰ (۴۸/۲)	مکالمات کارکنان
$\chi^2=7/599$ $p=0/006$	۲۱ (۲۵/۳)	۶۲ (۷۴/۷)	۳۸ (۴۵/۸)	۴۵ (۵۴/۲)	مکالمات سایر بیماران
$\chi^2=3/095$ $p=0/079$	۲۶ (۳۱/۳)	۵۷ (۶۸/۷)	۳۷ (۴۴/۶)	۴۶ (۵۵/۴)	صدای تجهیزات پزشکی
$\chi^2=11/723$ $p=0/001$	۱۴ (۱۶/۹)	۶۹ (۸۳/۱)	۳۴ (۴۱)	۴۹ (۵۹)	صدای سیستم تهویه
$\chi^2=4/032$ $p=0/045$	۲۰ (۲۴/۱)	۶۳ (۷۵/۹)	۳۲ (۳۸/۶)	۵۱ (۶۱/۴)	مکالمات همراهان
$\chi^2=22/639$ $p<0/001$	۴ (۴/۸)	۷۹ (۹۵/۲)	۲۹ (۳۴/۹)	۵۴ (۶۵/۱)	صدای قدم زدن افراد
$\chi^2=11/142$ $p=0/001$	۳ (۳/۶)	۸۰ (۹۶/۴)	۱۷ (۲۰/۵)	۶۶ (۷۹/۵)	صدای تلفن

پس از اجرای تدابیر پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه، کیفیت خواب در گروه مداخله بهتر از گروه کنترل بوده است. در مطالعه ضیغمی و شهپریان (۱۳۹۰) همه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت خواب پایین داشتند (۲۵). در مطالعه چن و همکاران (۲۰۰۹) ۷۴/۴٪ بیماران (۲۶) و در مطالعه کومار و همکاران (۲۰۱۰) نیز ۵۷٪ از بیماران کیفیت خواب نامطلوب داشته‌اند (۲۷). در مطالعه جعفریان و همکاران (۱۳۹۰) در بابل نیز اکثر بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان کیفیت خواب نامطلوب را گزارش کردند (۵). لذا، اتخاذ و اجرای برنامه مناسب و موثر جهت بهبود کیفیت خواب بیماران بستری بخصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ضروری و نیز قابلیت اجرا دارد. نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگر (۲۸، ۲۲، ۱۶) مؤید این مهم است که پرستاران می‌توانند نقش مؤثری در تشخیص اختلالات خواب داشته و با اجرای اقدامات مناسب، از جمله برطرف نمودن عوامل محیطی مثل خواب، تأمین نیازهای جسمی و روحی بیمار، برنامه ریزی مناسب برنامه‌ی مراقبت پرستاری به نحوی که روند معمول خواب بیماران را دچار اختلال نکند، جهت کنترل یا رفع عوامل مؤثر بر اختلال خواب به بهبود خواب بیماران طبق نتایج پژوهش حاضر، بیشترین عامل مثل خواب

محدودیت اصلی پژوهش عدم امکان کنترل کیفیت خواب بیماران در صبح روز اول بستری به دلیل استرس و درد آنها بود. عدم امکان انتخاب همزمان گروه کنترل و آزمون به دلیل نزدیکی فیزیکی دو بخش سی سی یو مهر و سی سی یو شفا بیمارستان اکباتان و کارکنان مشترک آنها، و عدم امکان خاموش کردن زنگ دستگاه ونتیلاتور و پمپ انفوزیون به دلیل اهمیت آنها در رسیدگی به بیماران نیز از محدودیت‌های دیگر پژوهش بود، به همین دلیل ابتدا گروه کنترل انتخاب و داده‌های مورد نظر انتخاب و سپس گروه آزمون انتخاب گردید و با کم کردن صدای زنگ دستگاه‌ها سعی در کنترل آنها شد.

بحث:

نتایج مطالعه نشان داد که بین کیفیت خواب در گروه آزمون و گروه کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد. بر اساس نمره کسب شده از پرسشنامه *SMHSQ*، اکثر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل اختلال خواب متوسط و در گروه آزمون اختلال خواب خفیف داشته‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که بستری کمک نمایند.

مبتلا به سندرم کرونری حاد استفاده نموده و تفاوت معنی داری در کیفیت خواب این بیماران به دست آوردند ($p < 0/001$) (۱).

در مطالعه حاضر بین مشخصات دموگرافیک و کیفیت خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. از جمله، بین جنسیت یا سن بیماران و کیفیت خواب ارتباط معنی داری دیده نشد. زراعتی و همکاران (۱۳۸۸) و رضایی اردلانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز به نتیجه مشابهی دست یافتند (۳۳، ۱۶). اما در مطالعه Hugel همکاران (۲۰۰۴)، زنان دریافت کننده مراقبت تسکینی نسبت به مردان مشکلات خواب بیشتری داشته‌اند (۳۴) و بر عکس در مطالعه Frighetto و همکاران (۲۰۰۴) کیفیت خواب در مردان بستری در بیمارستان بدتر از زنان ذکر گردیده است (۳۵). در مطالعات Dogan و همکاران (۲۰۰۴) و Mystakidou (۲۰۰۷) همانند مطالعه حاضر بین سن بیماران بستری در بیمارستان و نمره کیفیت خواب رابطه آماری معنی داری بدست نیامد (۳۶، ۳۷). در مطالعه ضیغمی و شهپریان (۱۳۹۰) افرادی که در سنین بالاتر بودند کیفیت خواب پایین تری داشتند (۲۵). در مطالعه حاضر و نیز همینطور در مطالعه جعفریان امیری و همکاران (۱۳۹۰) کیفیت خواب با سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار آماری نداشت (۵). اما در مطالعه دوگان (۲۰۰۵) بیماران با تحصیلات پایین تر کیفیت خواب ضعیف تری داشتند (۳۶). در مطالعه ضیغمی و شهپریان (۱۳۹۰) و ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۸۵) نیز نتیجه مشابهی بدست آمد (۲۵، ۲۰). در مطالعه حاضر بین کیفیت خواب و مصرف سیگار رابطه معنی دار آماری بدست نیامد شاید علت آن، این بوده است که بیماران در طول مدت بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اجازه کشیدن سیگار نداشتند اما در مطالعه قریشی و آقاجانی (۱۳۸۷) کیفیت خواب افراد سیگاری نسبت به افراد غیر سیگاری نامطلوب تر گزارش شده است (۳۸). نتایج متناقض بدست آمده در ارتباط با رابطه بین مشخصات دموگرافیک و کیفیت خواب، مطالعات بیشتری را می‌طلبد.

نتیجه نهایی:

تدابیر پرستاری ارائه شده بر کیفیت خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی مؤثر بوده است و

در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی در گروه کنترل سر و صدا (۷۱/۱٪) بوده که در گروه آزمون به ۳۷/۳٪ کاهش یافته است. نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سرو صدا تفاوت معنا دار آماری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین این آزمون تفاوت معنادار آماری بین دو گروه از نظر دیگر عوامل مخل خواب را نیز نشان داد بطوریکه درصد کمتری از افراد در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل عامل دما ($p < 0/001$) را در بروز اختلال خواب مؤثر دانسته‌اند. همینطور به نظر می‌رسد در گروه آزمون، اقداماتی مثل تجویز دارو در زمان مناسب‌تری ($p < 0/001$) صورت گرفته و نسبت به گروه کنترل مزاحمت کمتری در کیفیت خواب بیماران ایجاد نموده‌اند. لذا می‌توان با اجرای تدابیر مناسب، عوامل محیطی مخل خواب را کنترل نمود و بدین‌وسیله نقش عوامل محیطی را در بروز اختلالات خواب کاهش داد. در مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۱۳۹۱) نیز با تعدیل عوامل محیطی، کیفیت خواب بیماران بستری در واحد مراقبت‌های بیماری عروق کرونر بهبود پیدا کرده بود (۲۸). نتایج مطالعه Bahmmam (۲۰۰۶) نیز فاکتورهای محیطی را دلیل عمده مختل شدن خواب در بیماران سی سی یو مطرح نموده است (۲۹). در مطالعه جعفریان و همکاران (۱۳۹۰)، Patel & Gupta (۲۰۰۸) و Lei et al. و همکاران (۲۰۰۹) نیز در میان عوامل مؤثر در بروز اختلال خواب، بیشترین نقش را سر و صدای محیط بیمارستان داشته است (۵، ۳۰، ۳۱) که ممکن است بیشتر به علت طراحی ویژه ساختمان فیزیکی بخش سی سی یو جهت نیاز به مانیتورینگ مداوم بیماران باشد و این مسأله محیط خصوصی را از بیماران سلب نموده و آنها را در معرض سر و صدای کل بخش قرار می‌دهد. ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۸۵) محرک‌های نوری را بیشترین عامل محیطی ایجاد کننده اختلال خواب ذکر کرده‌اند (۲۰). همانطور که در مطالعه حاضر دیده شد، اکثر این عوامل قابل تعدیل می‌باشند. Koh و Koo (۲۰۰۸) نیز جهت تعدیل نور و صدا در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه کرونری، از چشم بند و محافظ گوش استفاده کرده و تفاوت معنی داری در مدت زمان خواب، ارزیابی ذهنی از الگوهای عمومی خواب و درجه خواب بیماران مشاهده نمودند ($p < 0/001$) (۳۲). نیزه و همکاران (۲۰۱۱) نیز از مسدود کننده گوش در بیماران

7. Thase ME. *Correlates and Consequences of Chronic Insomnia. General Hospital Psychiatr.* 2005; 27: 100-112.

8. Reymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choiniere M. *Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. Pain.* 2001; 92: 381-388.

9. Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi M.F, Salehi M, Kafian Tafti A.R, Vakili Y, Akhlaghi Farsi E. [Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e-Akram Hospital.] *Journal of Iran University of Medical Sciences.* 2008; 15(58): 31-38. (Persian)

10. Fontana CJ, Pittiglio LI. *Sleep deprivation among critical care patients. Crit Care Nurs Q.* 2010; 33(1): 75-81.

11. Matthews KA, Strollo PJ Jr, Hall M, Mezick EJ, Kamarck TW, Owens JF, et al. *Associations of Framingham risk score profile and coronary artery calcification with sleep characteristics in middleaged men and women: Pittsburgh SleepSCORE study. Sleep.* 2011; 1, 34(6): 711-716.

12. Elwood P, Hack M, Pickering J, Hughes J, Gallacher J. *Sleep disturbance, stroke, and heart disease events: evidence from the Caerphilly cohort. J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 69-73.

13. Acar G, Akcakoyun M, Sari I, Alizade E, Ozkan B, Yazicioglu MV, Alici G, Avci A, Kargin R, Esen AM. *Acute sleep deprivation in healthy adults is associated with a reduction in left atrial early diastolic strain rate. Sleep Breath,* 2013 sep; 17(3):975-983.

14. Levy P, Tamisier R, Arnaud C, Monneret D, Baguet JP, Stanke-Labesque F, Dematteis M, Godin-Ribuot D, Ribuot C, Pepin JL. *Sleep deprivation, sleep apnea and cardiovascular diseases. Front Biosci (Elite Ed).* 2012; 1 (4): 2007-21.

15. Javan A, Mohammadi A, kharamin Sh, Mohebi S. [Comparison of Sleep Disorder in Myocardial Infarction Patients with Their Healthy Relatives.] *Journal of Armaghan Danesh.* 2007; 12(3):79-86. (Persian)

16. Zeraati F, Seyf Rabiei M, Araghchian M, Sabori T. [Quality of sleep and hypnotic medication use in adults admitted to internal wards of Hamadan Ekbatan Hospital.] *Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services.* 2009; 16(54): 31-36. (Persian)

می‌توان با ایجاد شرایط مناسب فیزیکی (کم کردن سر و صدا، تعدیل نور و دما)، ارائه اقدامات پرستاری و پزشکی در زمان مناسب، تسکین به موقع درد بیمار، کاهش استرس بیمار و عدم استفاده از داروهای مدر بعد از ساعت ۱۸ را به عنوان تدابیر پرستاری مناسب برای بهبود کیفیت خواب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی پیشنهاد داد.

سپاسگزاری:

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان (شماره ۱۶/۳۵/۹/۱۸۳۸/پ/د مورخ ۱۳۹۱/۰۵/۲۸) و ثبت شده در سایت کار آزمایشی بالینی ایران با شماره IRCT2012091010803N1 می‌باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، مدیریت و پرستاران و کارکنان محترم بخش‌های سی سی یو بیمارستان اکباتان همدان و کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع:

1. Neyse, F., Daneshmandi, M., SadeghiSharme, M., Ebadi, A. *The effect of earplugs on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. IJCCN.* 2011; 4(3): 127 - 134.

2. Memarian R. [Application of nursing concepts and theories.] *Second edition. Tehran: Tarbiat Modarres; 2011. (Persian)*

3. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. *An international survey of sleeping problems in the general population. Curr Med Res Opin.* 2008; 24(1): 307-317.

4. Poor Afkari N, Arfaee A, Dadash Zadeh H, Ghaem Maghami J. [The prevalence of sleep disorders in patients with psychiatric disorders and the general population of Tabriz.] *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.* 2004; 64:28-33. (Persian)

5. Jafarian amiri R, Zabihi A, Babayee Asl F, Sefidchian A, Bijanee A. [Sleep quality and associated factors in hospitalized patients in Babol, Iran]. *Medical journal of Hormozgan.* 2011; 15(2): 144-151. (Persian)

6. Monsén MG, Edélt-Gustafsson UM. *Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioral modification program. Intensive Crit Care Nurs.* 2005; 21: 208-219.

- sleeping the nurses and hospitalized patients' viewpoints.] *Hayat, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. Hayat. 2006; 12(2): 5-12. (Persian)
18. Sharif Zadeh S. [Sleep disorders and effect of environmental factors in patients who are hospitalized in the cardiac intensive care unit.] *Msc nursing thesis. Iran University of Medical Sciences*. 1999. (Persian)
19. Louis M, Kowalski SD. Use of aromatherapy with hospice patients to decrease pain, anxiety, and depression and to promote an increased sense of well-being. *Am J Hosp Palliat Care*. 2002; 19(6): 381-386.
20. Izadi Oonji F, Adib Haji Bagheri M, Afazel M. [Sleep quality and related factors in elderly patients who are hospitalized in the Kashan hospitals, 2006.] *Feyz quarterly Journal*. 2009; 12(4):52-59. (Persian)
21. Habib Zadeh H, Khalkhali H, Ghanei R. [The relationship between restless legs syndrome and sleep disturbance in patients hospitalized in intensive care units.] *IJCCN*. 2011; 3(4):153-158. (Persian)
22. Hosein Abadi R, Noruzi K, Pour Esmaeili R, Karimlo M, Madah B. [The effect of Acupoints massage on Sleep quality in elderly.] *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 1387; 9 (2): 8-14. (Persian)
23. Abolhassani sh. [The effect of sensory receptor stimulation on sleep deprivation symptoms and cardiac index on patients who are hospitalized in the CCU ward of Hospitals in Isfahan University of Medical Sciences.] *Student Theses. Isfahan University of Medical Sciences*. 2003. (Persian)
24. Ellis BW, Johns MW, Lancaster R, Raptopoulos P, Angelopoulos N, Priest RG. The St. Mary's Hospital sleep questionnaire: a study of reliability. *Sleep*. 1981; 4: 93-97.
25. Zeyghami Sh, Shahparian M. Sleep problems and associated factors in men with systolic heart failure. *Journal of Islamic Azad karaj University of nursing*. 2011; 1(1):135-157. (Persian)
26. Chen HM, Clark AP, Tsai LM, Chao YC. Self-reported sleep disturbance of patients with heart failure in Taiwan. *Nurs Res*. 2009; 58: 63-71.
27. Kumar B, Tilea A, Gillespie BW, Zhang X, Kiser M, Elisele G, et al. Significance of self-reported sleep quality (SQ) in chronic kidney disease (CKD): The renal research Institute (RRI)-CKD. Study. *Clin Nephrol*. 2010; 73: 104-114.
17. Zakerimoghadam M, Shaban M, Kazemnejad A, Ghadyani L. [Comparison of effective factors on
28. Zolfaghari M, Farokh Nejad Afshar P, Asadi Noghabi A, Ajri Khameslou M. Modification of Environmental Factors on Quality of Sleep among Patients Admitted to CCU. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. Hayat. 2012; 18(4):61-68. (Persian)
29. Bahammam A. Sleep quality of patients with acute myocardial infarction outside the ccu environment: A preliminary study. *Med Sci Monit*. 2006; 12(4): 168-172.
30. Patel p, Gupta R. Quality of sleep in hospitalized patients. *RI Med J*. 2008; 91: 346.
31. Lei Z, Qiongiing Y, Qiuli W, Sabrina K, Xiaojing L, Changli W. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a chimes general hospital. *J Clin Nurs*. 2009; 18: 2521-2529.
32. Koo YJ, Koh HJ. Effects of eye protective device and ear protective device application on sleep disorder with coronary disease patients in CCU. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2008; 38(4): 582-592.
33. Rezayee Ardani A, Talayee A, Borhani Moghani M, Nejati R, Sabori S, Soluti S, Hosieni A. Effect of demographic factors and body mass index on sleep quality of medical students. *The Journal of Mental Health*. 2(14):132-139. (Persian)
34. Hugel H, Ellersham JE, Cook L, Skinner J, Irvine C. The prevalence, key causes and management of insomnia in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 27: 316-321.
35. Frighetto L, Marra C, Bandali S, Jewesson P. Assessment of quality of sleep and the use of drug with sedating properties in hospitalized patients. *Health Qual Life Outcome*. 2004; 2(17).
36. Dogan O, Ertekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs*. 2005; 14: 107-113.
37. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Gennatas K, Smyrniotis V, et al. The relationship of subjective sleep quality pain and quality of life in advanced cancer patients. *Sleep*. 2007; 30: 737-742.
38. Ghoreishi A, Aghajani H. Sleep quality in medical students of Zanjan. *Journal of Tehran University of Medical Sciences Hayat*. 2008; 66(1): 61-67. (Persian)

Original Article

The impact of nursing interventions on quality of sleep among patients in coronary care unit of Ekbatan Hospital in Hamadan City, Iran

Kh. Oshvandi, Ph.D.¹; M. Moghadari Koosha, M.Sc.²; F. Cheraghi, Ph.D.^{3}; J. Fardmal, Ph.D.⁴; B. Naghsh Tabrizi, M.D.⁵; Gh. Falahinia, M.Sc.³*

1-Research Center for Maternal and Child Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-M.Sc. in Medical Surgical Nursing, Hamadan, Iran.

3-Chronic Diseases (Home Care) Research Center Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4-Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Public health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

5-Department of Cardiology, School of Medicine Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 17.2.2014

Accepted: 18.6.2014

Abstract

Background: *Regarding the high prevalence of sleep disorders among coronary care unit patients and the impact of proper sleep on their health, this study was done. The purpose of study was to determine the effects of nursing interventions on quality of sleep of patients in coronary care units.*

Methods: *This clinical trial study was conducted on 196 patients selected by convenience sampling method from CCUs of Ekbatan Hospital of Hamadan city. Samples were divided to control and intervention groups randomly. Control group members received routine nursing cares while the environment was prepared for intervention group members and their nurses applied defined nursing interventions to improve in-patient sleep. In their third morning of hospitalization, quality of sleep of both groups was assessed and compared with each other.*

Result: *the study showed that the mean scores (standard deviation) of sleep quality in control and intervention groups were 26.58 (6.64) and 17.87 (5.36) respectively. Univariate analysis of variance test indicated a statistically significant improvement of sleep quality in intervention group than that of control group ($p=0.031$).*

Conclusion: *According to the results of this study, the defined nursing intervention has a major role in improving the quality of sleep of patients in coronary care units. Therefore using this method is recommended.*

Keywords: *Coronary Care Unit / Nursing Interventions / Quality of Sleep*

**Corresponding Author: F. cheraghi, Ph.D.; Chronic Diseases (Home Care) Research Center Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: F_cheraghi@yahoo.com*