

The Effect of Spiritual Care on Sleep Quality in Patients with Multiple Sclerosis referred to the MS Society of Hamadan city in 2018

Nasim Motavakel¹, Zahra Maghsoudi², Younes Mohammadi³, Khodayar Oshvandi^{4*}

1. MSc. Student of Medical Surgical Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran Corresponding Author, Contact Number: 09185851956
2. PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Assistant Professor of Epidemiology, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Professor, Medical Surgical Nursing, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

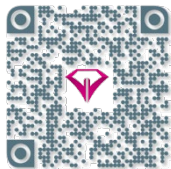
Received: 2019/09/07;
Accepted: 2019/09/29;
Published Online: 2020/04/07



[10.30699/ajnmc.28.1.36](https://doi.org/10.30699/ajnmc.28.1.36)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Sleep has a soothing effect on the health and well-being of patients with multiple sclerosis (MS). It seems that nurses have an important task in improving their condition. Therefore, this study was designed to determine the effect of spiritual care on sleep quality in patients with MS.

Methods: In this semi-experimental study, 70 patients with multiple sclerosis who referred to the MS Society of Hamadan were selected as available and randomly divided into two groups of control and experimental (each group included 35). Data were collected through a demographic questionnaire and Pittsburgh Sleep Quality. The intervention was held in the form of group meetings during the 4 weekly sessions of 45 to 60 minutes. Data were analyzed by SPSS 16 and descriptive and inferential statistics (independent t-test and paired t-test).

Results: There was no significant difference between the two groups in terms of demographic variables ($P > 0.05$). There was no significant difference between the two groups before intervention in the sleep quality variable ($P = 0.678$). There was a statistically significant difference between the two groups in the after-intervention-phase ($P < 0.001$). Findings of the study showed the effectiveness of spiritual care on improving the quality of sleep in patients with multiple sclerosis.

Conclusion: Regarding the effect of spiritual care on improving the quality of sleep, it is suggested that nurses and health care providers pay attention to the spiritual needs of patients and use spiritual care as a safe and cost effective way to improve patients' sleep.

Keywords: Spiritual care, Sleep quality, Multiple Sclerosis

Corresponding Information:

Khodayar Oshvandi, Professor, Medical Surgical Nursing, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: oshvandi2005@yahoo.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Motavakel N, Maghsoudi Z, Mohammadi Y, Oshvandi K. The Effect of Spiritual Care on Sleep Quality in Patients with Multiple Sclerosis referred to the MS Society of Hamadan city in 2018. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2020; 28 (1) :36-45

تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر همدان در سال ۱۳۹۷

نسیم متوکل^۱، زهرامقصودی^۲، یونس محمدی^۳، خدایار عشوندی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی دکتری پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. استادیار، اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. استاد، پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه: خواب نقشی تسکین دهنده در سلامت و رفاه بیماران مولتیپل اسکلروزیس دارد و به نظر می رسد انجام مراقبت معنوی توسط پرستاران راهکاری مهم برای بهبود وضعیت آنها باشد. این پژوهش تأثیر مراقبت معنوی را بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به ام اس بررسی می کند.

روش کار: در این پژوهش نیمه تجربی ۷۰ بیمار مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شهر همدان به صورت دردسترس انتخاب شدند و با تصادفی سازی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۳۵ نفر) قرار گرفتند. مداخله به صورت جلسات گروهی طی ۴ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه ای برگزار شد. داده ها از طریق پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب پیترزبورگ جمع آوری و با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۱۶، آزمون های آماری توصیفی و استنباطی (تی مستقل و تی زوجی) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با یکدیگر تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P > 0.05$). قبل از مداخله در متغیر کیفیت خواب دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P = 0.678$). بعد از مداخله بین میانگین های هر دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.001$) که اثربخشی مراقبت معنوی را بر بهبود کیفیت خواب بیماران نشان می دهد.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مراقبت معنوی بر بهبود کیفیت خواب بیماران پیشنهاد می شود که پرستاران و مراقبان بهداشتی به نیازهای معنوی بیماران توجه کرده و از مراقبت معنوی به عنوان روشی ایمن و مقرون به صرفه برای بهبود خواب بیماران استفاده کنند.

کلیدواژه ها: مراقبت معنوی، کیفیت خواب، ام اس

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۰۷

انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۱۷

نویسنده مسئول:

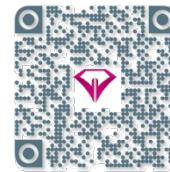
خدایار عشوندی

استاد، پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پست الکترونیک:

oshvandi2005@yahoo.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

خواب، افسردگی و اضطراب را دارند [۱، ۵، ۶]. کاهش کیفیت خواب از عوارض شایع در بیماران ام اس است؛ به طوری که بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا به این بیماری این مشکل را دارند. این بیماران مشکلات خواب بیشتری از جمعیت عمومی و همین طور از سایر بیماری های مزمن دارند [۷، ۸]. ساعت بیولوژیک در مغز در ناحیه سوپراکیاسماتیک (SCN) قرار دارد و اطلاعات را از طریق چشم ها دریافت می کند. این اطلاعات به سمت غده پینه آل، که در ناحیه اپی تالاموس واقع شده، حرکت می کند. زمانی

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis: MS) شایع ترین بیماری مزمن سیستم عصبی مرکزی است [۱] که شیوع آن به سرعت در حال پیشرفت است؛ به طوری که حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان تحت تأثیر آن قرار دارند. در ایران نیز از هر صد هزار نفر ۵/۷۸ نفر مبتلا به ام اس هستند [۲]. ام اس با دمیالینیزاسیون^۱ نورون های عصبی، عملکرد حسی - حرکتی را تحت تأثیر قرار می دهد [۳، ۴]. بنابراین این بیماران علائمی چون ضعف، اختلال در تعادل، اختلال بینایی، کاهش توانایی حل مشکل، کاهش کیفیت

¹ Demyelination

مناسب سیستم‌های فیزیولوژیکی منجر می‌شود که بیماران می‌توانند برای بهبود سلامت خود از آن کمک بگیرند [۲۲].
پیشانی معنوی به کاهش کیفیت خواب و کیفیت زندگی افراد منجر می‌شود [۲۳].

بنابر آنچه بیان شد بیماران مبتلا به ام اس کیفیت خواب پایینی دارند که این اختلال بر کیفیت زندگی و روند بیماری آنها بسیار اثرگذار است. همچنین هنگام بروز بیماری نیاز معنوی بیماران نیز افزایش می‌یابد. مراقبت معنوی توسط پرستاران راهکاری برای بهبود وضعیت این بیماران است. با توجه به این‌که در زمینه تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت خواب بیماران ام اس پژوهشی یافت نشد، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به ام اس انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش نیمه‌تجربی دوگروهی است. جامعه پژوهش همه بیماران مبتلا به ام اس مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران ام اس شهر همدان در سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه با توجه به پژوهش Taheri و همکاران [۲۲]، با فرض خطای نوع اول ۱ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد با احتساب حداقل تفاوت به اندازه نمره ۴ و انحراف معیار ۴ در نمره کیفیت خواب دوگروهی، از طریق معادله زیر، ۳۳ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش ۵ درصد حجم نمونه ۳۵ نفر در هر گروه تعیین شد.

$$n_1 = 2 \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

۷۰ بیمار از میان بیماران مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران ام اس که معیارهای ورود به پژوهش و تمایل به شرکت در آن را داشتند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از مشخص شدن نمونه‌ها افراد با استفاده از نرم‌افزار random allocation در دو گروه آزمون و کنترل جای گرفتند؛ به طوری که هرکدام از گروه‌ها به تفکیک ۳۵ نفر بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن ۲۰ تا ۶۵ سال، داشتن دین اسلام و مذهب شیعه، تشخیص قطعی ام اس طبق نظر پزشک متخصص نورولوژیست، سطح ناتوانی بین صفر تا ۵/۵ بر اساس مقیاس EDSS، نامطلوب بودن کیفیت خواب بر مبنای معیار پیتزبورگ (امتیاز بالای ۵) و استفاده

که آسیبی به این هسته‌ها وارد شود ریتم شبانه‌روزی خواب فرد مختل می‌شود [۹]. اختلالات ریتم شبانه‌روزی ممکن است در اثر فرایند دمی‌لینزاسیون مسیره‌های عصبی به دنبال بیماری ام اس به اختلال عملکرد ساعت بیولوژیک منجر شود [۹، ۱۰]. اختلالات خواب در بیماران مبتلا به ام اس شامل: بی‌خوابی، آپنه خواب، سندرم پاهای بی‌قرار، مشکل در به خواب رفتن، ناتوانی در بیدار شدن از خواب و بیدار شدن از خواب به صورت مکرر در طول شب است. اختلالات خواب باعث می‌شود فرد احساس خستگی کند که این امر در طول روز بر تمرکز فرد در انجام کارهای معمولی اثر منفی دارد و به تحریک‌پذیری بیش از حد او منجر می‌شود [۸، ۱۱-۱۳].

از رویکردهای غیردارویی که شاید بتواند روی کیفیت خواب بیماران مؤثر باشد، توجه به بعد معنوی بیماران است. مراقبت معنوی جزء اساسی عملکرد پرستاری است [۱۴]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی پرستاران باید در اجرای اقدامات متمرکز بر درمان همه ابعاد بیماران را در نظر بگیرند، با وجود این بعد معنوی بیشترین بعدی است که از آن غفلت می‌شود [۱۵]. مقصود آن دسته از مداخلات پرستاری است که برای برآوردن نیازهای معنوی بیماران به کار برده می‌شود [۱۴]. انجمن پرستاری امریکا نیز مراقبت معنوی و معنویت را بعدی از عملکرد استاندارد اخلاقی پرستاری تعریف می‌کند [۱۶، ۱۷].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دخالت شاخص‌های مختلف مذهبی با عملکرد صحیح فیزیولوژیکی در سراسر سیستم عصبی، هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال، قلب و عروق و سیستم ایمنی مرتبط است [۱۸]. اگرچه معنویت و مذهب جزئی از ویژگی‌های دموگرافیک و روانی - اجتماعی هستند، ولی جایگاه ویژه‌ای در بیماری‌های مزمن دارند و جنبه مهمی از سلامتی به‌ویژه در افراد درگیر با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند [۱۹].

معنویت و مذهبی بودن دو عامل مهمی هستند که می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران و همچنین کیفیت خواب تأثیر بگذارد؛ به‌ویژه در ایران که مذهب جزء جدایی‌ناپذیر زندگی روزمره مردم است [۲۰، ۲۱]. مراقبت معنوی مهم‌ترین و مفیدترین عامل برای دستیابی به تعادل در حفظ سلامت و مقابله با بیماری‌هاست. همچنین مراقبت معنوی و انجام تعالیم مذهبی با ایجاد احساسات مثبت به عملکرد

طراحی و نهایی شد [۲۵]. این پرسشنامه در ایران نیز ابزاری معتبر است و روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف بررسی شده است. Hosseinabadi و همکاران [۲۶] و Soleimany و همکاران [۲۷] روایی و پایایی پرسشنامه را از طریق بازآزمون به ترتیب: $r=0/88$ و $r=0/84$ تعیین کرده‌اند. گروه آزمون علاوه بر این روش تحت مداخله مراقبت معنوی توسط پژوهشگر قرار گرفتند. جلسات گروهی مراقبت معنوی طی ۴ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در ساعات اداری در محیط انجمن حمایت از بیماران ام اس همدان و در سالن اجلاس، به دور از صدا و شلوغی مرکز، توسط پژوهشگر برگزار شد. جلسات و نحوه آموزش مراقبت معنوی در جدول ۱ آمده است. گروه کنترل فقط مراقبت‌های درمانی مرسوم را دریافت کرد. در این پژوهش از جزوه آموزشی مراقبت معنوی، که بر اساس الگوی معنوی Bergin و Richards طراحی شده است، استفاده شد که فهرست کلی این مداخلات عبارت است از: فواید دعا کردن و ترغیب آنها به دعا، بحث در مورد مسائل الهی، استفاده از نوشته‌های کتاب‌های مقدس در امر درمان، استفاده از تصویرسازی، کمک به هماهنگی و همخوانی با ارزش‌های معنوی، بیان عقاید و تجربه‌های معنوی [۲۸]. لازم به ذکر است محتوای الگوی مراقبت معنوی Bergin و Richards توسط کارشناسان مذهبی و اساتید دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با فرهنگ ایران و دین اسلام منطبق شده است [۲۹]. یک ماه پس از اتمام مداخله مراقبت معنوی برای گروه آزمون پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ مجدداً توسط افراد گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آنها از نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA)، آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (مانند تی مستقل و تی زوجی) برای مقایسه داده‌ها بین دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله استفاده شد.

نکردن از داروهای خواب‌آور بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل: بستری شدن بیمار در بیمارستان به دلیل عود بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌های ناتوان‌کننده، فوت بیمار طی مراحل انجام پژوهش و ایجاد بحران در زندگی مانند: طلاق و فوت والدین بود.

قبل از مداخله فرم رضایت آگاهانه و پرسشنامه برای اجرای پیش‌آزمون به هر دو گروه آزمون و کنترل داده شد. پرسشنامه استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه‌ای دو بخشی شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ بود. پرسشنامه دموگرافیک شامل مشخصات فردی، مانند: سن، مدت تشخیص، عود بیماری در یک سال گذشته، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، میزان حمایت خانواده، سابقه خانوادگی و وضعیت منزل بود. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ برای بررسی کیفیت خواب در یک ماه گذشته استفاده شد. این شاخص مشتمل بر ۹ سؤال کلی است که ۷ مؤلفه را می‌سنجد و شامل: حیطة اول (کیفیت خواب ذهنی یا توصیف کلی فرد از کیفیت خواب)، حیطة دوم (خواب نهفته یا تأخیر در به خواب رفتن)، حیطة سوم (مدت زمان خواب)، حیطة چهارم (کفایت خواب)، حیطة پنجم (اختلال خواب)، حیطة ششم (مصرف داروهای خواب‌آور) و حیطة هفتم (عملکرد روزانه به صورت مشکلات تجربه شده ناشی از بی‌خوابی فرد) است. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ است و نمرات صفر، ۱، ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب: وجود وضعیت طبیعی، مشکل کم، مشکل متوسط، مشکل زیاد در خواب را نشان می‌دهد. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه نمره کل را تشکیل می‌دهد که بین صفر تا ۲۱ است. نمرات بالاتر کیفیت خواب پایین‌تر و نمره بالاتر از ۵ کیفیت خواب نامناسب را نشان می‌دهد [۲۴]. شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ توسط Buysse و همکاران با حساسیت ۸۹/۶ درصد، ویژگی ۸۶/۵ درصد و روایی ۰/۸۸ در سال ۱۹۸۹

جدول ۱. سیاهه مربوط به جلسات مراقبت معنوی

جلسات	عنوان جلسات	تمرینات مراقبت معنوی
جلسه اول	آشنایی اعضا، تشکیل همبستگی گروهی، برقراری ارتباط و دوستی	تبیین اهداف مراقبت معنوی، معرفی اعضا. بیان احساسات و عقاید دینی خود. کشف درد معنوی، بیگانگی معنوی، اضطراب معنوی، خشم معنوی، فقدان معنوی و ناامیدی معنوی.

جلسات	عنوان جلسات	تمرینات مراقبت معنوی
جلسه دوم	نقش قرائت قرآن، دعا و اذکار مستحبی و تکرار آنها در آرامش فردی، امید به زندگی و بهبود کیفیت خواب	قرائت قرآن توسط اعضای داوطلب گروه، همراه با ترجمه آنها. بحث پیرامون نقش قرائت قرآن در آرامش فردی. قرائت سوره‌های ملک، سبأ، زمر، رعد و توبه. بحث گروهی پیرامون نقش اذکار مستحبی و تکرار آنها. خواندن ذکر ایام با توجه به روز برگزاری جلسه. خواندن سوره حمد و ذکر لا حول و لا قوة الا بالله العلی‌العظیم هر روز صد مرتبه. خواندن دعای مخصوص خواب نیم‌ساعت قبل از به خواب رفتن.
جلسه سوم	بیاناتی در ارتباط با توبه، بخشش و تصویرسازی	تمرین بخشودگی. چشم‌پوشی و کنترل خشم در برابر فرد خاطی. تمرینات مربوط به تصویرسازی.
جلسه چهارم	تبیین تجربه و عقاید معنوی و استفاده از دستاوردهای آنها	بیان تجربه‌های شخصی. بیان عقاید. آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه. استفاده از دستاوردهای آنها.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۴ آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که دو گروه قبل از مداخله در حیطه اول: کیفیت خواب ذهنی ($P=0/729$)، حیطه دوم: تأخیر در به خواب رفتن ($P=0/111$)، حیطه سوم: مدت خواب ($P=0/739$)، حیطه چهارم: میزان بازدهی خواب، حیطه ششم: استفاده از داروهای خواب‌آور ($P=0/139$) و حیطه هفتم: اختلال عملکرد در روز ($P=0/151$) تفاوت آماری معناداری نداشتند، اما بعد از مداخله همه حیطه‌ها، به جز حیطه چهارم ($P=0/446$)، تفاوت آماری معناداری داشتند ($P \leq 0/001$). در حیطه پنجم، که اختلال خواب را نشان می‌دهد، دو گروه قبل از مداخله بر اساس آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری با هم داشتند ($P < 0/001$). برای مقایسه دو گروه بعد از مداخله از آنالیز کواریانس استفاده شد. اختلال خواب بعد از مداخله در دو گروه (پس از تعدیل بر نمره اختلال خواب قبل از مداخله) تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0/001$).

بر اساس آزمون تی مستقل دو گروه آزمون و کنترل از نظر سن ($P=0/473$)، مدت تشخیص بیماری ($P=0/361$) و دفعات عود در یک‌سال ($P=0/398$) تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند و دو گروه از نظر این خصوصیات دموگرافیک کمی همگن بودند (جدول ۲). بر اساس آزمون دقیق فیشر دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای کیفی همچون جنسیت ($P=0/133$)، تأهل ($P=0/640$)، سطح تحصیلات ($P=0/803$)، میزان حمایت خانواده ($P=0/055$) و سابقه خانوادگی ($P=1$) همگن بودند و تفاوت آماری معناداری نداشتند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بیشتر بیماران در گروه کنترل (۶۵/۷ درصد) و آزمون (۶۲/۹ درصد) منزل شخصی داشتند و بر اساس آزمون کای اسکوئر دو گروه از نظر متغیر وضعیت منزل نیز تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P=0/803$) (جدول ۳).

جدول ۲. مقایسه گروه از نظر متغیرهای کمی

متغیر	گروه	تعداد	انحراف معیار	میانگین	t	df	P value
سن (سال)	آزمون	۳۵	۹/۸۶	۳۸/۰۳	۱/۵۸	۶۸	۰/۴۷۳
	کنترل	۳۵	۸/۴۷	۳۴/۵۴			
مدت تشخیص	آزمون	۳۵	۱/۳۹	۲/۴۸	۰/۹۲۰	۶۸	۰/۳۶۱
	کنترل	۳۵	۰/۹۴	۲/۲۳			
دفعات عود در یک‌سال	آزمون	۳۵	۱/۱۱	۲	۰/۸۵۲	۶۸	۰/۳۹۸
	کنترل	۳۵	۰/۸۳	۲/۲۰			

جدول ۳. مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کیفی

P value	آماره آزمون فیشر	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه متغیر	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۱۳۳	۳/۸۸۴	۷۱/۴	۲۵	۸۵/۷	۳۰	زن	جنسیت
		۲۸/۶	۱۰	۱۴/۳	۵	مرد	
۰/۶۴۰	۱/۹۱۲	۳۱/۴	۱۱	۲۵/۷	۹	مجرد	تأهل
		۵۴/۳	۱۹	۶۰	۲۱	متأهل	
		۸/۶	۳	۲/۹	۱	بیوه	
		۵/۷	۲	۱۱/۴	۴	مطلقه	
۰/۸۰۳	۲/۶۹۶	۵/۷	۲	۱۴/۳	۵	ابتدایی	تحصیلات
		۱۷/۱	۶	۸/۶	۳	زیر دیپلم	
		۴۰	۱۴	۴۲/۹	۱۵	دیپلم	
		۱۱/۴	۴	۸/۶	۳	فوق دیپلم	
۰/۰۵۵	۷/۵۳۲	۲۲/۹	۸	۲۲/۹	۸	کارشناسی	میزان حمایت خانواده
		۲/۹	۱	۱۴/۳	۵	کم	
		۲۵/۷	۹	۲۸/۶	۱۰	متوسط	
		۵۴/۳	۱۹	۲۵/۷	۹	خوب	
۱/۰۰۰	۰/۱۵۹	۱۷/۱	۶	۳۱/۴	۱۱	زیاد	سابقه خانوادگی
		۱۱/۴	۴	۸/۶	۳	بلی	
۰/۸۰۳	۰/۰۶۲	۸۸/۶	۳۱	۹۱/۴	۳۲	خیر	وضعیت منزل
		۶۲/۹	۲۲	۶۵/۷	۲۳	شخصی	
		۳۷/۱	۱۳	۳۴/۳	۱۲	استیجاری	

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره حیطة‌های مختلف کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر زمان	حیطه اول	حیطه دوم	حیطه سوم	حیطه چهارم	حیطه پنجم	حیطه ششم	حیطه هفتم
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
گروه آزمون	۱/۷۴ ± ۰/۶۶	۱/۷۷ ± ۰/۹۷	۱/۶۰ ± ۱/۰۳	۱/۴۳ ± ۱/۲۹	۱/۵۱ ± ۰/۵۱	۰/۶۹ ± ۰/۸۷	۱/۳۴ ± ۰/۷۶
گروه کنترل	۱/۶۹ ± ۰/۷۲	۲/۱۱ ± ۰/۸۰	۱/۶۹ ± ۱/۱۱	۱/۱۴ ± ۱/۳۰	۱/۰۶ ± ۰/۲۴	۱/۰۳ ± ۱/۰۴	۱/۱۱ ± ۰/۵۳
P	۰/۷۲۹	۰/۱۱۱	۰/۷۳۹	۰/۳۶۱	< ۰/۰۰۱	۰/۱۳۹	۰/۱۵۱
گروه آزمون	۰/۶۶ ± ۰/۴۸	۰/۷۴ ± ۰/۶۱	۰/۸۳ ± ۰/۸۶	۱/۲۶ ± ۱/۲۲	۰/۹۴ ± ۰/۲۴	۰	۰/۶۶ ± ۰/۴۸
گروه کنترل	۱/۶۹ ± ۰/۷۱	۲/۱۱ ± ۰/۸۰	۱/۶۹ ± ۱/۱۱	۱/۰۳ ± ۱/۲۷	۱/۰۹ ± ۰/۲۸	۱/۲۰ ± ۱/۰۲	۱/۱۱ ± ۰/۵۳
P	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱

کنترل مشاهده شد ($P < 0/001$). جدول ۵ مقایسه نمره کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله را در گروه کنترل و آزمون نشان می‌دهد. با استفاده از آزمون تی زوجی نمره کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0/001$)، اما در گروه کنترل تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ($P = 0/136$).

جدول ۵ مقایسه نمره کل کیفیت خواب را در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. برای مقایسه نمره کیفیت خواب دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P = 0/417$)، اما بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری بین نمره کیفیت خواب گروه آزمون با گروه

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

P value	t	df	گروه		زمان
			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$< 0/001$	۷/۷۱۴	۳۴	۱۰/۷۷۷ \pm ۱/۷۷	۱۳/۷۷۷ \pm ۲/۸۸	گروه آزمون
$0/136$	-۱/۵۲۸	۳۴	۱۳/۶۹۹ \pm ۲/۱۷	۵۱/۱۳۳ \pm ۲/۲۴	گروه کنترل
			-۶/۱۶۷	۰/۴۱۷	t
			$< 0/001$	۰/۶۷۸	P value

همکاران [۳۵]، Kaminska و همکاران [۳۶] و Fleming و همکاران [۱۲] همسو است.

بعد از مداخله بیماران گروه آزمون با گروه کنترل در حیطه‌های مختلف کیفیت خواب، به‌جز حیطه چهارم، و همچنین از نظر کیفیت خواب کلی با یکدیگر اختلاف معناداری دارند که تأثیر مثبت مراقبت معنوی را بر بهبود و افزایش کیفیت خواب گروه آزمون نشان می‌دهد. همچنین در پژوهش Taheri و همکاران با عنوان تأثیر مراقبت معنوی بر اساس مدل قلب سلیم بر کیفیت خواب بیماران عروق کرونر یافته‌ها همسو با این پژوهش اثربخشی مراقبت معنوی را بر بهبود کیفیت خواب بیماران نشان می‌دهد [۲۲]. پژوهش‌های Hill و همکاران [۱۸] و Khoramirad و همکاران [۲۰] نشان می‌دهد که دخالت مذهبی بر بهبود کیفیت خواب بیماران مؤثر است؛ به طوری که برخی اقدامات مانند اعتقاد به حمایت الهی و حضور در مراسم و مکان‌های مذهبی اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر پیامدهای خواب بر جا می‌گذارد که با این پژوهش همسو است. پژوهش Phillips و همکاران اهمیت توجه به رفاه معنوی و مذهبی بیماران را به‌عنوان متغیر تأثیرگذار بر کیفیت خواب آنها نشان می‌دهد؛ به طوری که برای بهبود کیفیت خواب بیماران لازم است در برنامه‌های مراقبتی پرستاران به حمایت، تمایلات و نیازهای معنوی بیماران توجه شود [۲۳].

بحث

هدف این پژوهش تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به ام اس بود. به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت خواب بیماران مبتلا به ام اس به دنبال مداخله مراقبت معنوی به صورت مؤثر بهبود می‌یابد. یافته‌ها نشان می‌دهد که قبل از انجام مراقبت معنوی بین کیفیت خواب کلی بیماران گروه آزمون (با میانگین و انحراف معیار $13/777 \pm 2/88$) با کیفیت خواب کلی بیماران گروه کنترل (با میانگین و انحراف معیار $51/133 \pm 2/24$) اختلاف آماری معناداری وجود ندارد و با یکدیگر همگن هستند. در پژوهش Taheri و همکاران [۲۲]، نیز همسو با این پژوهش، نشان می‌دهد که قبل از مداخله دو گروه آزمون و کنترل از نظر کیفیت خواب کلی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر ندارند. با توجه به این که نمره کل ۵ و بالاتر در پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ کیفیت خواب ضعیف بیماران را نشان می‌دهد [۳۰]، یافته‌های قبل از مداخله نشان می‌دهد که کیفیت خواب بیماران ام اس پایین است که با نتایج پژوهش‌های Bahraini و همکاران [۳۱]، Najafi و همکاران [۹]، Jalalmanesh و همکاران [۳۲]، Motaharinezhad و همکاران [۳۳]، Lobentanz و همکاران [۳۴]، Braley و

بیماران ام اس است که به کاهش عملکرد زندگی، از هم گسیختگی خانواده و ناتوانی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد منجر می‌شود. با توجه به این که یکی از مداخلات پرستاری ارتقا و بهبود کیفیت خواب بیماران است، توصیه می‌شود مداخلات مراقبت معنوی در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا ام اس به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان است که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه IR.UMSHA.REC.1397.372 ثبت شده است. پژوهشگران از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه، به دلیل حمایت مالی، مسئولان انجمن حمایت از بیماران ام اس و بیماران محترم شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

پژوهش Yang و همکاران با عنوان تأثیر مراقبت معنوی بر کیفیت خواب بیماران همودیلیزی نشان می‌دهد بین فعالیت‌های مذهبی و معنوی با کیفیت خواب کلی بیماران تفاوت آماری معناداری وجود ندارد که با این پژوهش تناقض دارد و ممکن است به دلیل تفاوت بین فرهنگ مذهبی، زمینه و نوع بیماری در گروه‌های شرکت‌کننده در دو پژوهش باشد [۳۷].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تأثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی - روانی ناشی از بیماری‌های سخت پی برد؛ به طوری که مراقبت‌های معنوی با رویکردی فراتر و دور از زندگی معمولی به فرد برای دستیابی به آرامش، آزاد شدن از فشارهای روحی ناشی از بیماری، همچنین بهبود وضعیت سلامتی و کیفیت خواب کمک می‌کند. بنابراین داشتن دیدگاه جامع از ابعاد مختلف بیمار می‌تواند به کادر بهداشتی - درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله ام اس ارائه دهند. از آنجایی که نمونه‌گیری در این پژوهش مستمر بوده و جامعه آماری فقط از میان اعضای انجمن ام اس در همدان انتخاب شده، انجام پژوهش‌هایی مشابه در شهر همدان و دیگر شهرها پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

مراقبت معنوی در بیماران ام اس کیفیت خواب بیماران را بهبود می‌دهد. اختلال خواب از مشکلات عمومی و رایج

References

1. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. Pajouhan Scientific Journal. 2019 Mar 15;17(2):15-23. [DOI:10.21859/psj.17.2.15]
2. Hosseini SM, Asgari A, Rassafiani M, Yazdani F, Mazdeh M. Leisure Time Activities of Iranian Patients with Multiple Sclerosis: a Qualitative Study. Health promotion perspectives. 2016;6(1):47. [DOI:10.15171/hpp.2016.08] [PMID] [PMCID]
3. Seighalani M, Birshak B, Mohammadizadeh A. The Effectiveness of Music Therapy on Depression and Anxiety of Patients with Multiple Sclerosis. Psychological studies. 2015;11(4):7-22.
4. Nasiri M, Hosseini H, Sakhaei Y, Tabrizi N, Yazdani Cherati J, Abedini M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Multiple Sclerosis in Mazandaran, Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016 Sep 15;26(140):60-70.
5. Rabin BS. Can Stress Participate in the Pathogenesis of Autoimmune Disease?. Journal of adolescent health. 2002 Apr 1;30(4):71-5. [DOI:10.1016/S1054-139X(01)00384-6]
6. Moreira NC, Damasceno RS, Medeiros CA, De Bruin PF, Teixeira CA, Horta WG, De Bruin VM. Restless Leg Syndrome, Sleep Quality and Fatigue in Multiple Sclerosis Patients. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2008 Oct;41(10):932-7. [DOI:10.1590/S0100-879X2008001000017] [PMID]
7. Bamer AM, Johnson KL, Amtmann D, Kraft GH. Prevalence of Sleep Problems in Individuals with Multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis Journal. 2008 Sep;14(8):1127-30. [DOI:10.1177/1352458508092807] [PMID] [PMCID]
8. Hughes AJ, Turner AP, Alschuler KN, Atkins DC, Beier M, Amtmann D, Ehde DM. Association between Sleep Problems and Perceived Cognitive Dysfunction Over 12 Months in Individuals with Multiple Sclerosis. Behavioral sleep medicine. 2018 Jan 2;16(1):79-91. [DOI:10.1080/15402002.2016.1173553] [PMID]

9. Najafi MR, Etemadifar M, Haghghi S, Maghzi AH, Akbari M. The Study of Circadian Rhythms Disorder and Its Relationship with Chronic Fatigue in Multiple Sclerosis in Compare with Control Group. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011 Jan 3;28(113).
10. Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright Jr KP, Vitiello MV, Zhdanova IV. Circadian Rhythm Sleep Disorders: Part I, Basic Principles, Shift Work and Jet Lag Disorders. *Sleep*. 2007 Nov 1;30(11):1460-83. [[DOI:10.1093/sleep/30.11.1460](https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1460)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
11. Vancampfort D, De Hert M, Knapen J, Maurissen K, Raepsaet J, Deckx S, Remans S, Probst M. Effects of Progressive Muscle Relaxation on State Anxiety And Subjective well-being in People with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Rehabilitation*. 2011 Jun;25(6):567-75. [[DOI:10.1177/0269215510395633](https://doi.org/10.1177/0269215510395633)] [[PMID](#)]
12. Fleming WE, Pollak CP. Sleep Disorders in Multiple Sclerosis. In *Seminars in neurology* 2005 Mar (Vol. 25, No. 01, pp. 64-68). Copyright© 2005 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA. [[DOI:10.1055/s-2005-867075](https://doi.org/10.1055/s-2005-867075)] [[PMID](#)]
13. Akbari Z, Mirzaei M, Azizi R. The Quantity and Quality of Sleep and Their Relationship to Obesity. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016 Jun 15;26(137):128-36.
14. Mazaheri M, Falahi KM, Sadat MS, Rahgozar M. Nursing Attitude to Spirituality and Spiritual Care. *Payesh*. 2009;8(1):31-7.
15. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and Attitude toward Spirituality and Spiritual Care in Nursing and Midwifery Students. *Iran Journal of nursing*. 2013 Dec;26(85):55-65.
16. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of tools Validated Cross-culturally: a Systematic Review. *Journal of pain and symptom management*. 2011 Apr 1;41(4):728-53. [[DOI:10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023)] [[PMID](#)]
17. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The Effect of Spiritual Care on Death Anxiety in Hemodialysis Patients with End-stage of Renal Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of hayat*. 2018 Jan 15;23(4):332-44.
18. Hill TD, Deangelis R, Ellison CG. Religious Involvement as a Social Determinant of Sleep: An Initial Review and Conceptual Model. *Sleep health*. 2018 Aug 1;4(4):325-30. [[DOI:10.1016/j.sleh.2018.04.001](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.04.001)] [[PMID](#)]
19. Kaheni S, Heidar-Far J, Nasiri E. Relationship between Spiritual Intelligence and Medical-demographic Characteristics in Community-dwelling Elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013 Jun 15;23(101):87-94.
20. Khoramirad A, Mousavi M, Dadkhahtehrani T, Pourmarzi D. Relationship between Sleep Quality and Spiritual Well-being/religious Activities in Muslim Women with Breast Cancer. *Journal of religion and health*. 2015 Dec 1;54(6):2276-85. [[DOI:10.1007/s10943-014-9978-0](https://doi.org/10.1007/s10943-014-9978-0)] [[PMID](#)]
21. Atef-vahid MK, Nasr-Esfahani M, Esfeedvajani MS, Naji-Isfahani H, Shojaei MR, Masoumeh YM, Goushegir SA. Quality of Life, Religious Attitude and Cancer Coping in a Sample of Iranian Patients with Cancer. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011 Jul;16(7):928.
22. Saeidi Taheri Z, Asad Zandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim Model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs*. 2014; 7(2):92-101
23. Phillips KD, Mock KS, Bopp CM, Dudgeon WA, Hand GA. Spiritual Well-being, Sleep Disturbance, and Mental and Physical Health Status in HIV-infected Individuals. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006 Jan 1;27(2):125-39. [[DOI:10.1080/01612840500436917](https://doi.org/10.1080/01612840500436917)] [[PMID](#)]
24. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mansouri A, Najafi M, Khodabande F. The Effect of Vitamin D and Calcium Plus Vitamin D on Sleep Quality in Pregnant Women with Leg Cramps: A Controlled Randomized Clinical Trial. *Journal of Isfahan Medical School*. 2015;32(320):2444-53.
25. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry res*. 1989 May 1;28(2):193-213. [[DOI:10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)]
26. Hosseinabadi R, Norouzi K, Pouresmaeil Z, Karimlou M, Sadat MS. Acupoint Massage in Improving Sleep Quality of Older Adults. *Archives of Rehabilitation*. 2008;9(2):8-14.
27. Soleimany M, Ziba FN, Kermani A, Hosseini FA. Comparison of Sleep Quality in two Groups of Nurses with and without Rotation Work Shift Hours. *Iran Journal of Nursing*. 2007 Apr;20(49):29-38.
28. Cheawchanwattana A, Chunlertrith D, Saisunantarom W, Johns NP. Does the Spiritual Well-Being of Chronic Hemodialysis Patients Differ from that of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease Patients?. *Religions*. 2015 Mar;6(1):14-23. [[DOI:10.3390/rel6010014](https://doi.org/10.3390/rel6010014)]
29. Mahdavi B, Fallahi Khoshknab M, Mohammadi F, Hosseini MA. The effect of Group Spiritual Care on Quality of Life in Family Caregivers of Elders with Alzheimer's Disease. *Journal of health promotion management*. 2015 Jun 10;4(3):34-42.
30. Liao JL, van den Broek-Best O, Smyth B, Hong D, Vo K, Zuo L, Gray NA, Chan CT, de Zoysa J, Perkovic V, Jiang L. Effect of Extended Hours Dialysis on Sleep Quality in a Randomized Trial. *Nephrology*. 2019 Apr;24(4):430-7. [[DOI:10.1111/nep.13236](https://doi.org/10.1111/nep.13236)] [[PMID](#)]
31. Bahraini S, Bekhradi R, Mannani R, Naji SA. The Effect of Massage Therapy on the Quality of Sleep in Women with Multiple Sclerosis being Admitted by Isfahan MS Association. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2011;8(4):197-203.

32. Jalalmanesh SH, Zargarani F. Effects of Progressive Muscle Relaxation Technique on Fatigue and Sleep Quality in Patients with Multiple Sclerosis. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty (Nasim-Danesh)*. 2015;23(3):5-14.
33. Motaharinezhad F, Parvaneh S, Bakhtiary AH, Alizadeh N, Ghahari S. The Effect of Mood and Cognition on Relationship between Sleep Disturbances and Fatigue in People with Multiple Sclerosis. *Koomesh*. 2016 Jan 19:613-9.
34. Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, Sauter C, Klösch G, Kollegger H, Kristoferitsch W, Zeitlhofer J. Factors Influencing Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients: Disability, Depressive Mood, Fatigue and Sleep Quality. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2004 Jul;110(1):6-13. [[DOI:10.1111/j.1600-0404.2004.00257.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2004.00257.x)] [[PMID](#)]
35. Braley TJ, Boudreau EA. Sleep disorders in multiple sclerosis. *Current neurology and neuroscience reports*. 2016 May 1;16(5):50. [[DOI:10.1007/s11910-016-0649-2](https://doi.org/10.1007/s11910-016-0649-2)] [[PMID](#)]
36. Kaminska M, Kimoff RJ, Schwartzman K, Trojan DA. Sleep Disorders and Fatigue in Multiple Sclerosis: Evidence for Association and Interaction. *Journal of the neurological sciences*. 2011 Mar 15;302(1-2):7-13. [[DOI:10.1016/j.jns.2010.12.008](https://doi.org/10.1016/j.jns.2010.12.008)] [[PMID](#)]
37. Yang JY, Huang JW, Kao TW, Peng YS, Lu CS, Chen DL, Yang CS, Yang CC, Tsai DM, Liao CS, Chang HW. Impact of Spiritual and Religious Activity on Quality of Sleep in Hemodialysis Patients. *Blood purification*. 2008;26(3):221-5. [[DOI:10.1159/000118845](https://doi.org/10.1159/000118845)] [[PMID](#)]