بررسی وضعیت خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر

سهیلا رنجبران: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ranjbaran3637@gmail.com
***دکتر طاهره دهداری**: استادیار، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). t-dehdari@tums.ac.ir
دکتر محمود محمودی مجدآبادی: استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. mahmoodim@tums.ac.ir
دکتر خسرو صادق نیت حقیقی: دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات خواب شغلی، بیمارستان بهارلو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. sadegniiat@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۲ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع اختلال خواب در بیماران قلبی و اهمیت شناخت عوامل موثر بر آن، هدف مطالعه حاضر، تعیین وضعیت خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ می باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی – تحلیلی بود. ابتدا ۱۰۰ بیمار دارای اختلال خواب مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی مرکز قلب تهران با روش نمونه گیری آسان انتخاب و پرسشنامه های حمایت اجتماعی و خودکارآمدی خواب را تکمیل کردند. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS و آزمون‌های One way-ANOVA ، Independent samples t test و Pearson correlation تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که خودکارآمدی خواب بیماران برای انجام انواع رفتارهای افزایش دهنده کیفیت خواب پایین بود. مثلا تنها ۳۷ درصد بیماران مطمئن بودند که می توانند افکار منفی خود را پس از دراز کشیدن در رختخواب متوقف کنند. ۳۴ درصد به خود اطمینان داشتند که با وجود نداشتن یک خواب با کیفیت شبانه، نمی گذارند فعالیت های روزانه شان مختل شود. ۲۷ درصد بیان کردند که می توانند پس از یک خواب نامطلوب شبانه، احساس ناراحتی نکنند. در زمینه حمایت اجتماعی نیز نتایج بیانگر کم بودن بعد حمایت مالی ملموس بود. سایر ابعاد حمایت اجتماعی در سطح خوبی قرار داشت. بین خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده همبستگی معنی دار وجود داشت ($r = ۰/۲۸$ $p = ۰/۰۰۴$).

نتیجه گیری: در طراحی مداخلات برای افزایش کیفیت خواب بیماران، باید خودکارآمدی آنان جهت انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خواب را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خواب، جراحی بای پاس عروق کرونر، خودکارآمدی خواب، حمایت اجتماعی

مقدمه

بیماری‌های مزمن حدود نیمی از بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است و پیش بینی شده که تا سال ۲۰۳۰، از هر ۱۰ مرگ در جهان ۷ مرگ به علت بیماری های مزمن باشد که در این میان، بیماری های قلبی – عروقی بیشترین سهم را به خود اختصاص می دهند (۱). در ایران، ۶۰ درصد از کل جراحی های قلب و عروق مربوط به جراحی های پیوند عروق کرونر است (۲).

معمولا یکی از مشکلات موثر بر کیفیت خواب و عملکرد بیماران پس از جراحی قلب، اختلال در الگوی خواب آنان است (۳, ۴). در واقع خواب آشفته یک از علل رنج و مریض احوالی انسان در هر سنی تلقی می شود (۵). مطالعات نشان می دهد که حدود ۸۰ درصد از بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر دچار اختلالات خواب می‌باشند (۶). در مطالعه ای که توسط Direk و همکاران در ترکیه انجام شد، نتایج نشان داد که اکثر بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر دچار اختلالات خواب هستند (۷). در مطالعه Redeker و همکاران گزارش شده است که نزدیک به ۵۰٪ از بیمارانی که جراحی قلب کرده اند، در دوران بستری و پس از ترخیص، دچار اختلال خواب بوده اند (۳).

عوامل متعدد فردی، فیزیولوژیکی، روانشناختی و محیطی بر کیفیت خواب بیماران پس از جراحی قلب تاثیر دارند (۸, ۹). یکی از متغیرهای روانشناختی موثر بر کیفیت خواب، خودکارآمدی آنان برای انجام رفتارهای افزایش دهنده کیفیت خواب می باشد (۱۰). خودکارآمدی، باور انسان به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

توانایی های خود برای انجام رفتارهای خاص است و می تواند بر عملکرد و رفاه انسان تاثیر گذار باشد (۱۱). دومین متغیر مهم موثر بر کیفیت خواب، میزان کسب حمایت اجتماعی توسط افراد است (۱۲). حمایت اجتماعی می تواند با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران، سبب ایجاد خلق مثبت و بهبود رفتارهای سلامتی شده و در نهایت منجر به ایجاد عادات خواب سالم گردد (۱۳) . ضمنا می تواند با تنظیم ریتم بیولوژیک بدن، در حفظ حالت خواب و بیداری فرد اثر گذار بوده و یا از طریق تاثیر بر تنش های روانی بر کیفیت و کمیت خواب تاثیر بگذارد (۱۴-۱۶). حمایت اجتماعی با حفظ فرد در مقابل انزوای اجتماعی و حمایت عاطفی منجر به بهبود و تسهیل رفتار خواب سالم می شود (۱۷). حمایت اجتماعی به صورت میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف می شود (۱۸) و دارای چهار بعد شامل حمایت ارزیابی، حمایت مالی محسوس، حمایت تعلقات و حمایت اعتماد به نفس می باشد (۱۹). با توجه به این نکات، در مطالعه حاضر به بررسی و تعیین رابطه بین این دو متغیر در بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از عمل جراحی بای پاس کرونر پرداخته می شود.

اکثر مطالعات انجام شده در ایران معطوف به بررسی عوامل جسمانی مؤثر بر کیفیت و کمیت خواب شبانه و بررسی ارتباط الگوی خواب و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بوده است (۲۰, ۲۱) و کمتر به بررسی وضعیت عوامل روانشناسی و اجتماعی در بیماران قلبی دچار اختلال خواب پرداخته شده است. در یک مطالعه، بهروزی فر و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین کفایت خواب، الگوی خواب و کیفیت خواب با کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر رابطه آماری معنی دار و مستقیم وجود دارد و سابقه اختلال خواب، مصرف داروهای ادرار آور و کمیت خواب بیشترین تاثیر را بر کیفیت خواب داشته است (۲۰ و ۲۱). در برخی مطالعات نیز به بررسی میزان حمایت اجتماعی یا خودکارآمدی عمومی بیماران قلبی پرداخته شده است. به عنوان مثال مطالعه چراغی و همکاران نشان داد که ۶۱/۷ درصد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی از سطح حمایت اجتماعی درک شده پائینی برخوردار هستند (۲۲). دهداری و همکاران در یک مطالعه به این نتیجه رسیدند که بیماران تحت عمل جراحی بای پاس عروق کرونر، حمایت اجتماعی کمی از خانواده و اطرافیان دریافت می دارند. ضمنا در مطالعه آنها مشخص شد که میزان خودکارآمدی عمومی بیمارانی که تحت جراحی بای پاس عروق کرونر قرار می گیرند، کمتر از افرادی است که آنژیوپلاستی می شوند. آنها علت این امر را شرایط سخت تر انجام جراحی بای پاس و روند بهبودی کندتر عنوان کردند (۲۳). همچنین مطالعه ی جلیلیان و همکاران نشان داد که همبستگی معنی داری بین خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد کیفیت زندگی بیماران قلبی – عروقی وجود دارد (۱۸). مطالعه ی حسین زاده و همکاران نشان داد که ۷۴/۹ درصد بیماران دچار مشکلات عروق کرونر دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب می باشند (۲۴). مطابق با جستجو های انجام گرفته توسط محققین مطالعه حاضر، مطالعه ای در خصوص حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی خواب بیماران تحت جراحی بای پاس عروق کرونر دچار مشکلات خواب صورت نگرفته است. در سطح دنیا نیز در مطالعات اندکی، خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران جراحی بای پاس عروق کرونر مورد بررسی قرار داده شده است (۲۵-۲۹). با توجه به شیوع اختلالات خواب در بیماران پس از جراحی بای پاس قلب و تاثیر برجسته عوامل اجتماعی و روانشناسی (مانند اعتقادات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی) در ایجاد و دوام این عارضه، هدف مطالعه حاضر تعیین وضعیت خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ می باشد.

روش کار

مطالعه توصیفی – تحلیلی حاضر بر روی ۱۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بیمار مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب تهران که ۶ هفته قبل تحت جراحی بای پاس عروق کرونر قرار گرفته بودند، انجام شد.

برای انجام این پژوهش، ابتدا پرسشنامه ها متناسب با اهداف پژوهش در چهار بخش تهیه و اعتباریابی شد. بخش اول مرتبط با عوامل دموگرافیکی (۱۳ سول) و بخش دوم شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب The Pittsburgh Sleep Quality Index بود. این پرسشنامه توسط بایس و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا ضعیف دارند، طراحی شده است (۳۰). فرهی و همکاران در سال ۱۳۸۷ ضرایب پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹و حساسیت و ویژگی به ترتیب ۱۰۰٪ و ۹۳ ٪ به دست آوردند که رضایت بخش بوده است (۳۱). این پرسشنامه برای بررسی کیفیت خواب در طول یک ماه گذشته است و ۹ سؤال دارد. سوالات ۱تا ۴ به صورت پاسخ تشریحی و سوالات ۵ تا ۹ با مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (هیچ وقت، کمتر از یک بار در هفته، یک یا دو بار در هفته، سه بار در هفته یا بیشتر) است و نمره هر سوال به ترتیب بین صفر تا ۳ می باشد. نمره کل در این پرسشنامه بین صفر تا ۲۱ می باشد که نمره صفر تا ۴ به منزله کیفیت خواب مطلوب و نمره کلی بالای ۵ در این پرسشنامه نشان دهنده وضعیت ضعیف کیفیت خواب می باشد. بخش سوم و چهارم شامل پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی خواب که توسط کرتی و همکاران و پرسشنامه فرم کوتاه حمایت اجتماعی بین فردی بود که توسط پینه و همکاران طراحی و اعتباریابی شده است (۱۰, ۱۹). پرسشنامه خودکارآمدی خواب در قالب ۹ سوال با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت می باشد که به اطمینان کامل فرد، نمره ۵ و به عدم اطمینان وی، نمره ۱ تعلق می گیرد. پرسشنامه حمایت اجتماعی بین فردی نیز در قالب ۱۶ سوال و شامل ۴ خرده مقیاس می باشد. این خرده مقیاس ها عبارت اند از حمایت ارزیابی (سوالات۱-۲-۳-۴)، حمایت مالی محسوس (۵- ۶- ۷- ۸)، حمایت تعلقات (۹- ۱۰- ۱۱- ۱۲) و حمایت اعتماد به نفس (۱۳- ۱۴- ۱۵- ۱۶). سوالات این پرسشنامه با مقیاس ۴ درجه ای لیکرت سنجیده می باشد. نمره کلی این پرسشنامه از صفر تا ۴۸ است. در مورد همه سوالات این پرسشنامه، به بیشترین حمایت اجتماعی دریافت شده توسط فرد، نمره ۳ و به کمترین حمایت اجتماعی دریافت شده ، نمره صفر تعلق می گیرد. برای تعیین پایایی دو پرسشنامه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی خواب، از روش سنجش اعتبار محتوا توسط گروهی از متخصصان (۱۰ نفر متخصص آموزش بهداشت) استفاده شد و طی آن نظرات اصلاحی متخصصان در پرسشنامه اعمال شد. پایایی سوالات مربوط به خودکارآمدی خواب از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ارزیابی شد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای سازه خودکارآمدی خواب برابر با ۷۵/ بود. ضمنا برای تعیین پایایی ابعاد حمایت اجتماعی نیز آلفا کرونباخ محاسبه شد. آلفای محاسبه شده برای بعد حمایت ارزیابی ۰/۷۱ ، برای بعد حمایت مالی ملموس ۰/۷۴، برای بعد حمایت تعلقات ۰/۸۱ و برای حمایت اعتماد به نفس برابر با ۰/۷۸ بود.

حجم نمونه با توجه به نتایج برگرفته از مطالعه پایلوت (بر ۲۰ بیمار که جراحی بای پاس عروق کرونر انجام داده بودند)، با اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول ($n = z^2 p^2 / d^2$)، ۹۰ نفر محاسبه گردید. با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش، در نهایت ۱۰۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند.

روش نمونه گیری به صورت آسان انجام شد. معیار ورود به مطالعه حاضر عبارت بود از: موافقت افراد برای ورود به مطالعه، انجام دادن عمل جراحی بای پاس عروق کرونر در ۶ هفته گذشته، نداشتن بیماری دیگری به جز بیماری های زمینه ساز آترواسکلروز عروق کرونر مانند فشار خون، چربی خون و دیابت، عدم مصرف داروهای اضطراب و افسردگی و داشتن اختلالات خواب (نمره کیفیت خواب ۵ و بالاتر بر طبق مقیاس پرسشنامه استاندارد PSQI که دامنه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ می باشد). پس از کسب موافقت بیماران برای ورود به مطالعه، پرسشنامه برای تکمیل در اختیار آنها قرار داده شد. در ضمن پرسشنامه ها بدون نام بودند و به نمونه ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. موافقت رئیس بیمارستان مرکز قلب تهران و کلینیک بازتوانی نیز اخذ شد.

داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شدند. برای تعیین رابطه بین متغیر های کمی دموگرافیک با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده از آزمون تی مستقل استفاده گردید. برای مقایسه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده با متغیر های کیفی دموگرافیک، از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و برای تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی در زمینه اختلالات خواب از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در ضمن در این پژوهش سطح معنی داری $p\leq ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

دامنه سنی بیماران در مطالعه حاضر، ۴۰ تا ۸۶ سال و میانگین سنی آنان (۸/۳ ± ۵۹/۴) سال بود. ۷۶ درصد بیماران مرد و ۲۴ درصد زن بودند. میانگین تعداد فرزندان بیماران مورد مطالعه ۲ ± ۳/۴ گزارش شد. از نظر وضعیت تاهل، ۹۵ درصد بیماران همسردار، ۲ درصد بدون همسر بر اثر طلاق و ۳ درصد بدون همسر بر اثر فوت بودند. بررسی وضعیت تحصیلات آنان نشان داد که ۱۹ درصد بیماران دانشگاهی، ۳۰ درصد دبیرستان، ۱۵ درصد راهنمایی، ۲۶ درصد ابتدایی و ۱۰ درصد بی سواد بود. از نظر وضعیت اشتغال، ۳۱ درصد بیماران مورد مطالعه دارای شغل آزاد، ۳۵ درصد کارمند بازنشسته، ۸ درصد کارمند، ۵ درصد کارگر و ۲۱ درصد خانه دار بودند. از نظر ابتلا به بیماری های زمینه ساز آترواسکلروز عروق کرونر ۲۴ درصد بیماران مبتلا به فشار خون، ۲۸ درصد مبتلا به دیابت و ۲۸ درصد مبتلا به چاقی بودند.

نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمره خودکارآمدی خواب ($p=۰/۰۴$) و حمایت اجتماعی ($p=۰/۰۳$) زنان و مردان مورد مطالعه وجود دارد. زنان از میانگین های کمتری برخوردار بودند. ضمنا ارتباط معنی دار بین سن با دو متغیر حمایت اجتماعی ($r=۰/۷۲$ $p= ۰/۰۳$) و خودکارآمدی خواب ($r = -۰/۷۴$ $p= ۰/۰۳$) وجود داشت. بین حمایت اجتماعی درک شده ($r =۰/۰۶$ $p= ۰/۵۱$) و خودکارآمدی خواب ($r=۰/۰۳$ $p= ۰/۷۴$) و تعداد فرزندان رابطه آماری معنی داری وجود نداشت. نتایج نشان داد که بین وضعیت تحصیلات ($p= ۰/۷۸$)، شغل ($p= ۰/۹۱$) و وضعیت تاهل ($p= ۰/۲۵$) با حمایت اجتماعی درک شده اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد. همچنین بین وضعیت تحصیلات ($p=۰/۰۸$)، شغل ($p=۰/۹۶$) و وضعیت تاهل ($p=۰/۵۲$) با خودکارآمدی خواب رابطه آماری معنی داری وجود نداشت. بین ابتلا به فشارخون و حمایت اجتماعی رابطه آماری معنی داری وجود داشت ($p= ۰/۰۱$). اما بین ابتلا به دیابت ($p= ۰/۱۱$)، فشارخون ($p= ۰/۴۲$) و چاقی ($p= ۰/۳۹$) با خودکارآمدی خواب رابطه آماری معنی داری وجود نداشت.

در جدول شماره ۱، همبستگی بین خودکارآمدی خواب با حمایت اجتماعی درک

جدول ۱- همبستگی بین خودکارآمدی خواب با حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد آن

ابعاد حمایت اجتماعی درک شده	r	p
حمایت ارزیابی	۰/۲۴	۰/۰۱ ×
حمایت مالی محسوس	۰/۱۵	۰/۱۲
حمایت تعلقات	۰/۱۴	۰/۱۴
حمایت اعتماد به نفس	۰/۲۵	۰/۰۱ ×
حمایت اجتماعی درک شده کل	۰/۲۸	۰/۰۰۴ ×

× همبستگی معنی دار در سطح $p\leq ۰/۰۵$

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

شده و ابعاد آن آورده شده است. همان طور که در این جدول نشان داده شده است بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی خواب بیماران همبستگی معنی دار و مثبتی وجود دارد (r ۰/۲۸ = p= ۰/۰۰۴). بین خودکارامدی خواب با بعد حمایت ارزیابی (از ابعاد حمایت اجتماعی درک شده) (r = ۰/۲۴ p= ۰/۰۱) و بعد حمایت اعتماد به نفس (r =۰/۲۵ p= ۰/۰۱) همبستگی آماری معنی دار و مثبت وجود دارد. همچنین بین خودکارآمدی خواب با بعد حمایت مالی محسوس (r=۰/۱۵ p= ۰/۱۲) و بعد حمایت تعلقات (r =۰/۱۴ p= ۰/۱۴) رابطه آماری معنی داری وجود ندارد. در جدول شماره۲ ، فراوانی نسبی پاسخ های بیماران به سوالات مرتبط با خوکارآمدی خواب و در جدول شماره ۳ فراوانی نسبی پاسخ های بیماران به سوالات مرتبط با حمایت اجتماعی نشان داده شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود ۳۷ درصد بیماران مطمئن بودند که می توانند افکار منفی خود را پس از دراز کشیدن در رختخواب متوقف کنند. ۳۴ درصد به خود اطمینان داشتند که با وجود نداشتن یک خواب با کیفیت شبانه، نمی گذارند فعالیت های روزانه شان مختل شود.۲۷ درصد بیان کردند که می توانند پس از یک خواب نامطلوب شبانه، احساس ناراحتی نکنند. در زمینه حمایت اجتماعی نیز نتایج جدول شماره ۳، بیانگر کم بودن بعد حمایت مالی ملموس بود. سایر ابعاد حمایت اجتماعی در سطح بالایی قرار داشت.

جدول ۲- درصد (فراوانی نسبی) پاسخ های بیماران به سوالات خودکارآمدی خواب

چقدر به خود اطمینان دارید که می توانید:	اصلا مطمئن نیستم	مطمئن نیستم	بی نظر	مطمئنم	خیلی مطمئنم
وقتی روی تخت دراز می کشید از نظر جسمی احساس آرامش کنید.	٪۱۱	٪۸	٪۲۳	٪۲۸	٪۳۰
وقتی روی تخت دراز می کشید از نظر روحی احساس آرامش کنید.	٪۲۱	٪۶	٪۲۴	٪۲۶	٪۲۳
با دراز کشیدن در رختخواب افکارتان متوقف شود.	٪۳۸	٪۱۱	٪۲۴	٪۱۷	٪۱۰
در کمتر از ۳۰ دقیقه خوابتان ببرد.	٪۲۷	٪۱۳	٪۱۴	٪۱۵	٪۳۱
کمتر از ۳ بار بیدار شوید.	٪۲۶	٪۱۵	٪۱۴	٪۱۶	٪۲۹
شب در عرض ۱۵ دقیقه بعد از بیدار شدن از خواب ، دوباره به خواب بروید.	٪۲۱	٪۱۲	٪۱۷	٪۲۱	٪۲۹
بعد از بیدار شدن هنگام صبح ، احساس شادابی کنید.	٪۱۹	٪۸	٪۱۹	٪۱۹	٪۳۵
بعد از کم خوابی شبانه بیدار شوید، بدون اینکه درباره ی آن احساس ناراحتی کنید.	٪۳۳	٪۱۸	٪۲۲	٪۱۳	٪۱۴
اجازه ندهید کم خوابی شبانه ، فعالیت های روزمره شما را مختل کند.	٪۳۲	٪۸	٪۲۶	٪۱۷	٪۱۷

جدول ۳- درصد (فراوانی نسبی) پاسخ های بیماران به سوالات حمایت اجتماعی درک شده

سوالات حمایت اجتماعی درک شده	قطعا درست	احتمالا درست	احتمالا غلط	قطعا غلط
کسی وجود ندارد که دید معقولی در مورد چگونگی اداره مشکلاتم به من بدهد.	٪۱۷	٪۳۲	٪۲۳	٪۲۸
هنگامی که من نیاز به مشورت در مورد چگونگی مقابله با یک مشکل شخصی دارم ، می دانم که کسی هست که به او مراجعه کنم.	٪۵۰	٪۳۷	٪۹	٪۴
کسی وجود ندارد که برای گرفتن مشاوره مالی خوب بتوانم به او اعتماد کنم.	٪۱۹	٪۳۱	٪۲۵	٪۲۵
حداقل یک نفر وجود دارد که من به توصیه ها و نظراتش واقعا اعتماد دارم.	٪۵۶	٪۳۴	٪۶	٪۴
اگر من مریض شوم کسی را ندارم (دوست، اعضای خانواده یا آشنا) که در موقع نیاز مرا پیش دکتر ببرد.	٪۹	٪۵	٪۱۶	٪۷۰
اگر من بیمار شوم ، به راحتی می توانم کسی را پیدا کنم که در کارهای روزانه به من کمک کند.	٪۶۴	٪۲۹	٪۲	٪۵
اگر من چند هفته به خارج از شهر بروم ، پیدا کردن کسی که از خانه یا آپارتمانم (گل و گیاه ، حیوانات خانگی ، باغ و غیره) مراقبت کند ، مشکل است.	٪۱۲	٪۲۳	٪۲۱	٪۴۴
پیدا کردن کسی که ماشین خود را برای چند هفته به من قرض بدهد ، مشکل است.	٪۳۰	٪۱۷	٪۲۰	٪۳۳
موقعی که من احساس تنهایی می کنم ، چند نفری وجود دارند که می توانم با آنها صحبت کنم.	٪۶۳	٪۳۰	٪۴	٪۳
من اغلب با دوستان یا اعضاء خانواده گفتگو یا ملاقات می کنم.	٪۶۹	٪۲۸	٪۳	٪۰
احساس می کنم دوست ندارم همیشه در جمع دوستانم باشم.	٪۸	٪۱۸	٪۲۹	٪۴۵
اغلب برای انجام کار با دیگران دعوت نمی شوم.	٪۶	٪۱۸	٪۴۳	٪۳۳
اکثر دوستانم محبوب تر از من هستند.	٪۱۲	٪۱۳	٪۵۰	٪۲۵
اکثر دوستانم در ایجاد تغییر در زندگی خود از من موفق تر هستند.	٪۱۳	٪۳۱	٪۳۷	٪۱۹
نسبت به اکثر افرادی که با آنها هستم ، رضایت بیشتری از زندگی ام دارم.	٪۳۵	٪۵۰	٪۱۲	٪۳
همگام بودن با دوستانم برایم مشکل است.	٪۴	٪۱۸	٪۳۳	٪۴۵

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده بیماران در زمینه ۳ بعد حمایت ارزیابی، حمایت تعلقات و حمایت اعتماد به نفس و کلی در سطح بالایی قرار دارد که با نتایج مطالعه چراغی و همکاران در بیماران نارسایی احتقانی قلبی هم خوانی ندارد (۲۲). اما با مطالعه رامبد و همکاران که حمایت اجتماعی درک شده را در بیماران تحت همودیالیز بررسی کردند همخوانی دارد (۳۲). همچنین با مطالعه دیگری توسط رامبد و همکاران که حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب را در دانشجویان پرستاری سنجیده، هم خوانی دارد (۳۳). تنها در بعد حمایت مالی ملموس نتایج رضایت بخش نبود. اکثر بیماران اظهار داشتند که اگر مریض شوند در موقع نیاز کسی وجود دارد که آنها را پیش دکتر ببرد و در کارهای روزانه به آنها کمک کند. همچنین بیماران بیشتر اوقات با دوستان یا اعضاء خانواده گفتگو یا ملاقات می کردند و زمانی که احساس تنهایی می کردند چند نفری وجود داشت که با آنها صحبت کنند. مطالعه Vosvick و همکاران نیز نشان داد که نوع خاصی از حمایت اجتماعی که از طریق دوستان تامین می شود با کاهش اختلالات خواب در ارتباط است (۳۴) و مطالعات Cacioppo و Chen نشان داده که احساس تنهایی، خطر بروز اختلالات خواب را افزایش می دهد (۳۵, ۳۶). بنابراین انجام مداخلات آموزشی خانواده محور در زمینه حمایت اجتماعی درک شده بیمار می تواند در بهبود اختلالات خواب این بیماران موثر باشد. چرا که حمایت اجتماعی علاوه بر این که موجب بهبود خلق و خوی بیمار می شود، باعث تشویق او به شرکت در فعالیت های اجتماعی و کاهش میزان خواب روزانه و در نتیجه تنظیم خواب شبانه می گردد. به نظر می رسد در مطالعه حاضر، حمایت های عاطفی و هیجانی کسب شده از اطرافیان بیشتر از حمایت های ملموس مالی باشد. لذا با توجه به ضرورت و اهمیت حمایت های مالی پس از جراحی بای پاس (به سبب هزینه های درمان و بستری)، ارائه کمک های مالی توسط مددکاری های بیمارستان های قلب و یا با افزایش پوشش های بیمه تکمیلی یا بیماری های خاص می تواند تا اندازه ای نیازهای بیماران را مرتفع سازد. ضمنا انجام مطالعات بیشتر در زمینه انواع حمایت های مالی ملموس که بیماران پس از جراحی قلب به آن نیاز دارند توصیه می شود.

طبق یافته های این مطالعه، خودکارآمدی بیماران برای انجام انواع رفتارهای بهبود دهنده کیفیت خواب مانند عدم توقف افکار مزاحم، کنترل ناراحتی های بعد از داشتن خواب بی کیفیت شبانه و انجام فعالیت های روزمره عادی در سطح نسبتا پایین قرار داشت، اما سطح کلی خودکارآمدی خواب بیماران در حد متوسط بود که با مطالعه ی جلیلیان و همکاران در بررسی ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی – عروقی هم خوانی دارد (۱۸). همچنین با نتایج مطالعه‌ی خضرلو و فیضی که ارتباط بین خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی را در بیماران دیابتی سنجیده اند هم خوانی دارد (۳۷). تنها در حدود ۵۰ درصد بیماران به درجاتی مطمئن بودند که می توانند وقتی روی تخت خواب دراز می کشند از نظر جسمانی و روانی احساس آرامش کنند یا در کمتر از ۳۰ دقیقه خوابیده و کمتر از ۳ بار بیدار شوند و یا ۱۵ دقیقه پس از بیدار شدن دوباره بخوابند. از آنجا که خودکارآمدی مقدمه انجام رفتار است و سبب عملکرد هدفمند فرد می شود، افزایش خودکارآمدی خواب بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس قلب باید در دستور کار مجریان و روانشناسان مراکز بازتوانی قلبی قرار گیرد. قابل ذکر است که مجریان می توانند به واسطه راهبردهای چندگانه مانند ایجاد تجارب جانشینی (کمک گرفتن از بیماران مشابه که الگوی خواب منظم و تجارب مثبت پیدا کرده اند)، آموزش گام به گام رفتارهای بهبود دهنده کیفیت خواب مانند آرامسازی و تکنیک توقف فکر و فرصت جهت تمرین مهارت ها به بیمار، کاهش سطح اضطراب و تنش های روانی فرد که سبب کاهش خودکارآمدی درک شده او می شود و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

ترغیب و تشویق کلامی خودکارآمدی خواب بیماران را افزایش دهند. این راهبردها باید در طراحی مداخلات مرتبط لحاظ گردد. چنانچه مطالعه ی رجعتی و همکاران، استراتژی های مهم برای افزایش خودکارآمدی بیماران و در نتیجه تبعیت بیشتر آنان را تکرار رفتار، تجارب جانشینی، ترغیب کلامی و کاهش هیجانات و مشکلات روانشناختی مانند اضطراب عنوان کردند (۳۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش میانگین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده، خودکارآمدی خواب بیماران افزایش می‌یافت و بالعکس. این یافته با نتایج مطالعه‌ی رامبد و همکاران که حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب را در دانشجویان پرستاری بررسی کرده اند هم خوانی دارد (۳۳). از ابعاد حمایت اجتماعی درک شده، حمایت ارزیابی و حمایت اعتماد به نفس با خودکارآمدی خواب ارتباط معنی داری داشتند. که با مطالعه ی رستمی و همکاران که رابطه ی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی درک شده را در دانشجویان سنجیده اند، همخوانی دارد (۳۹) و می توان نتیجه گرفت که بیماران دچار اختلالات خواب پس از جراحی بای پاس عروق کرونر برای انجام رفتارهای بهبود دهنده کیفیت خواب به این نوع از حمایت ها بیشتر از انواع دیگر نیازمندند. این حمایت ها با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران، باعث تسهیل عادات خواب سالم می شوند (۱۷).

یکی از یافته های مهم این مطالعه وجود تفاوت معنی دار بین نمره خودکارآامدی و حمایت اجتماعی زنان و مردان مورد مطالعه بود. به طوری که زنان از نظر این دو متغیر نمره کمتری را به دست آورده بودند. این یافته همسو با سایر مطالعاتی است که نشان داده اند که زنان پس از جراحی قلب مشکلات روانشناختی بیشتری را نسبت به مردان تجربه می نمایند (۲۳, ۴۰). در واقع وجود مشکلات روانشناختی بیشتر مانند افسردگی، اضطراب و استرس در زنان عاملی برای کاهش خودکارآمدی درک شده آنان است. رابطه بین مشکلات روانشناختی و خودکارآمدی به اثبات رسیده است (۴۱). ضمنا مشکلات روانشناختی سبب انزوای زنان بیمار و کاهش حمایت اجتماعی درک شده آنان می شود. توجه ویژه به مشکلات روانشناختی بیماران زن پس از جراحی قلب و آموزش خانواده های آنان جهت حمایت بیشتر از بیمار باید یکی از اولویت های اصلی کلینیک های بازتوانی قلبی شمرده شود.

این مطالعه از اولین مطالعاتی است که به بررسی خودکارآمدی خواب و حمایت اجتماعی درک شده بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر پرداخت. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر شامل عدم مطالعه بیمارانی بود که دارای اختلالات خواب بودند و به کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب تهران مراجعه نکرده بودند. از محدودیت های دیگر این حجم نمونه اندک به دلیل کم بودن تعداد بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه بود.

خودکارآمدی بیماران در زمینه انجام رفتارهای بهبود دهنده کیفیت خواب در سطح پایینی قرار دارد. طراحی برنامه های آموزشی برای افزایش خودکارآمدی خواب بیماران ضروری است. ضمنا حمایت اجتماعی درک شده بیماران در سطح قابل قبولی قرار داشت (به جز در بعد حمایت های مالی ملموس). پوشش های بیمه و یا واحدهای مددکاری می توانند با کمک های مالی خود به بیماران جهت پرداخت هزینه های سنگین درمان و بستری کمک نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد است که در سال ۱۳۹۲ با حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا گردیده است. از همکاری کارکنان کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب تهران برای جمع آوری اطلاعات این پژوهش قدردانی می شود.

منابع

1. Vongpatanasin W. Cardiovascular Morbidity and Mortality in High-Risk Populations:

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Epidemiology and Opportunities for Risk Reduction. J Clin Hypertens (Greenwich). 2007; 4(9):11-5.

2. Esmaeili Z, Vacz zadeh N, Mohammad pour R.A.[Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in Sari City, 2005-2006]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2007;17(61):170-4.(Persian)

3. Redeker NS, Ruggiero J, Hedges C. Patterns and predictors of sleep pattern disturbance after cardiac surgery. Research in Nursing & Health. 2004;27(4):217-24.

4. Edéll-Gustaffson UM. Insufficient sleep, cognitive anxiety and health transition in men with coronary artery disease: a self-report and polysomnographic study. Journal of Advanced Nursing. 2002;37(5):414-22.

5. Afkham Ebrahimi A, Bandi G, 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 The Razi]. Journal of Medical Sciences 2008;15(58):31-8.(Persian)

6. Tahereh D. Design and evaluation of theory-based educational program for reducing patients anxiety after CABG [Ph.D]: Tarbiat Modares University School of Medical Sciences (T.M.U); 2007.

7. Direk F, Çelik SŞ. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2012;20(3):530-5.

8. Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL. A Systematic Review of Sleep Patterns and Factors That Disturb Sleep After Heart Surgery. Journal of Nursing Research. 2011 Dec; 19(4):275-87. PubMed PMID: WOS:000298795900005.

9. Strine TW, Chapman DP. Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. Sleep Medicine. 2005;6(1):23-7.

10. Schlarb AA, Kulessa D, Gulewitsch MD. Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. Nat Sci Sleep 2012; 4:1-7.

11. Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning: an educational and ecological approach, 4th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education. 2005.

12. Peyravi H, Panaghi L. [A survey on the relation between social support and mental health in students of Tehran University]. Health System Research. 2010;6(2):301-7.(persian)

13. Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: examining the covariation between relationship quality and sleep. Sleep Medicine Reviews. 2007;11(5):389-404.

14. Åkerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. Journal of Psychosomatic Research. 2002; 53(1):585-8.

15. Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, Reynolds III CF, Thompson W, Mazumdar S, et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. Biological Psychology. 2008; 77(2):217-22.

16. Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. Psychosomatic Medicine. 2003; 65(2): 259-67.

17. Troxel WM, Buysse DJ, Monk TH, Begley A, Hall M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? Journal of Psychosomatic research. 2010;69(5):459-66.

18. Jalilian M, Mostavafi F, Sharifirad G. [Relationship between Self-efficacy, perceived social support and quality of life in patient's with cardiovascular disease: A cross- sectional study]. J Health Syst Res. 2013;9(5):1-9.(Persian)

19. Payne TJ, Andrew M, Butler KR, Wyatt SB, Dubbert PM, Mosley TH. Psychometric Evaluation of the Interpersonal Support Evaluation List–Short Form in the ARIC Study Cohort. SAGE Open. 2012; 2(3):1-8.

20. Behrouzifar S, Zenouzi SH, Nezafati M, Esmaily H.[Factors Affecting the Quality and Quantity of Sleep in Coronary Artery Bypass Graft Patients]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services 2008; 16(3):57-66.(Persian)

21. Behrouzifar S, Nezafati M, Esmaily H. [The Relationship Between Sleep Patterns and The Quantity of Life in Coronary Artery Bypass Graft Patients]. Journal of Sabzevar University of Medical Science 2007;14(1):53-61.(Persian)

22. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure]. Iran Journal of Nursing. 2012; 25(75): 21-31. (persian)

23. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. Iranian Journal of Public Health. 2008;37(4):119-25.

24. Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri Sh, Kazemnezhad Leili E. [Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients]. Journal of Holistic Nursing 2012;22(67):1-8. (Persian)

25. KF E. Measurement of sleep and quality of life before and after coronary artery bypass grafting: a pilot study. International journal of nursing practice. 2008;3(4):239-46.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

and Midwifery Faculty 2012;10(3):369-75. (Persian)

38. Rajati F, Mostafavi F, Sadeghi M, Sharifirad Gh, Feizi A, Mohebi S, et al. [Exercising Self-Efficacy in Patient with Heart Failure: A Review Study]. J Health Syst Res. 2013;8(6):929-41. (Persian)

39. Rostami R, Shahmohamadi KH, Ghaedi G, Besharat MA, Akbari Zardkhaneh S, Nosratabadi M. [Relations Among Self-efficacy, Emotional Intelligence and Perceived Social Support in University Students].Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services 2010;16(3):46-54. (Persian)

40. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Graae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease: a prospective controlled study. Scandinavian Cardiovascular Journal. 1999;33(3):160-5.

41. Conner M, Norman P. Predicting health behaviour: open university Press; 2005.

26. Harkness K, Smith KM, Taraba L, MacKenzie CL, Gunn E, Arthur HM. Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2005;34(3):179-86.

27. Nerbass FB, Feltrim MIZ, Souza SA, Ykeda DS, Lorenzi-Filho G. Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery. Clinics (Sao Paulo). 2010;65(11):1105-10.

28. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19(7-8):1073-83.

29. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, Pröpper F, Mathias M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. Supportive care in cancer. 2004;12(11):774-9.

30. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989;28(2):193-213.

31. Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). Sleep and Breathing. 2009;13(3):259-62.

32. Rambod M, Rafati F. [Perceived Social Support in Hemodialysis Patients Iran]. Journal of Nursing 2009;22(58):1-12. (Persian)

33. Rambod M, Ghodsbin F, Beheshtipour N, Raieyatpishe AA, Mohebi Noubandegani Z, Mohammadi-Nezhad A. [The Relationship between Perceived Social Support and Quality of Sleep in Nursing Students]. Iran Journal of Nursing (IJN). 2012;25(79):12-23. (persian)

34. Vosvick M, Gore-Felton C, Ashton E, Koopman C, Fluery T, Israelski D, et al. Sleep disturbances among HIV-positive adults: The role of pain, stress, and social support. Journal of psychosomatic research. 2004;57(5):459-63.

35. Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R, et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. Psychological Science. 2002; 13(4):384-7.

36. Chen Y-Y, Kawachi I, Subramanian S, Acevedo-Garcia D, Lee Y-J. Can social factors explain sex differences in insomnia? Findings from a national survey in Taiwan. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005; 59(6): 488-94.

37. Khezerloo S, Feizi A. [A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to urmia diabetes center]. Journal of Urmia Nursing

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

Original Article http://rjms.tums.ac.ir

The survey of sleep self-efficacy and perceived social support status in patients with poor sleep quality after coronary artery bypass surgery

Soheila Ranjbaran, Msc Candidate in Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Ranjbaran3637@gmail.com
***Tahereh Dehdari,** Assistant Professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). dehdarit@yahoo.com
Mahmood Mahmoodi Majdabadi, Professor in Biostatistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mahmoodim@tums.ac.ir
KHosro Sadeghniiat-Haghighi, MD, Occupational Sleep Research Center, Baharloo Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. sadegniiat@yahoo.com

Abstract

Background: Given the prevalence of sleep disorders among patients with heart disease and importance of recognizing determinants of it, the purpose of this study was to determine the status of sleep self-efficacy and perceived social support in patients with poor sleep quality after coronary bypass surgery in 2013.

Methods: This is a cross-sectional study. First, 100 patients whit poor sleep quality referred to the cardiac rehabilitation clinic of Tehran Heart Center were selected through simple sampling method and completed questionnaires of sleep self-efficacy and interpersonal support evaluation list–short form. Data were analyzed by the SPSS and one way-ANOVA, independent samples t test and Pearson correlation coefficient.

Results: The results indicated that sleep self-efficacy of patients for performing various sleep health promoting behaviors was low. For example, only 37% of patients were confident to themselves ability for turning out negative thoughts after lying in bed. Some 34% of them were confident that not allow a poor night's sleep interfere with daily activities. About 27% of them stated that awake after a poor night's sleep without feeling upset about it. The result also showed that acquired tangible assets support domain of patients was low. Other domains of social support were satisfactory. There was a significant relation between perceived social support and sleep self-efficacy ($p=0.004$, $r= 0.28$).

Conclusion: In developing interventions for increasing sleep quality of patients may be increase their sleep self-efficacy to performing sleep health promoting behaviors.

Keywords: Sleep quality, Coronary artery bypass surgery, Sleep self-efficacy, Social support

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]