

Rothbard, J. C. , & shaver, P. R. (1994). Continuity of affachment across the life span. In M. B. sperling, & W. H. Berman (Eds.), Attachment in adults: Clinical and Developmental Perspective. New York, london: the Guilford Press.

Shaver, P. B freeman, J. (1976). Your pursuit of happiness. Psychology today, 10 (3), 26-32.

Sullivan. H. S. (1953). The inter personal theory psychiatry, new York: Norton.

Tennant, C. (1988). Parental loss in childhodd: It,s effect in adult life. Archives of General Psychiatry, 45, 1045-1050.

Waters, E. Merrick, S. , Treboux, D. , Crowell, J. , & Albersheim,, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty- year longitudinal study. Child Development, 3, 684-689.

Weiss, R. S. (1973). Loneliness: the experience of Emotional and social isolation. Cambrige, MA: mit press.

بررسی نقش متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان

یاسمن بانکی^۱، علیرضا عابدین^۲، نادر منیرپور^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان طراحی و اجرا گردید. جامعه‌ی این پژوهش شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله‌ای است که تشخیص ابتلا به سرطان دریافت کرده بودند. بدین منظور ۱۷۴ نوجوان به وسیله‌ی نمونه‌گیری در دسترس از چندین مرکز درمانی سرطان و بیمارستان‌های تهران، اصفهان و شیراز انتخاب شدند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه توسط نوجوانان، جمع‌آوری گشت. پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویژه‌ی مراقبت‌های اولیه، پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای برای موقعیت‌های استرس‌زا، پرسشنامه‌ی ادراک بیماری و منبع کنترل سلامت-فرم C، بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که افسردگی نوجوان با منبع کنترل سلامت شانس، مقابله‌ی هیجان‌مدار و ادراک بیماری، همبستگی مثبت و با مقابله‌ی مسئله‌مدار و مقابله‌ی اجتناب، همبستگی معکوس معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایمیل: ybanki@yahoo.com

۲- استادیار، دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

۳- استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم

متغیری نیز آشکار ساخت که راهبرد مقابله‌ی هیجان‌مدار، راهبرد مقابله‌ی مدار و ادراک از بیماری، به احتمال بیشتری افسردگی نوجوان را پیش‌بینی می‌کند.

واژه‌های کلیدی:

افسردگی، متغیرهای شناختی، نوجوانان مبتلا به سرطان

مقدمه

از میان مسائل و مشکلات روان‌شناختی مطرح‌شده در کودکان و نوجوانان، افسردگی به‌عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی (متزیوو همکاران^۱، ۲۰۰۸؛ لوالویسوهمکاران^۲، ۲۰۰۷؛ گلدمن^۳، ۲۰۰۶) شناخته شده است. افسردگی همزمان با سرطان، یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می‌باشد (باورز و بایل^۴، ۲۰۰۳؛ پایرل و همکاران^۵، ۲۰۰۲؛ ناردین و همکاران^۶، ۲۰۰۱). همچنین اثر منفی بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و نتیجه درمانی (ملکیان، علیزاده و احمدزاده، ۱۳۸۶) دارد. افسردگی بر عملکرد اجزای ایمنی بدن و به تبع آن بر مداوای سرطان تأثیرگذار است و پیشرفت سرطان و مرگ و میر ناشی از آن را پیش‌بینی می‌کند (اسپیگل و گایس - داوایس^۷، ۲۰۰۳). در کل وقوع همزمان افسردگی با سرطان، تأثیرات متعدد و سویی در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، درمان و پیشرفت بیماری فرد، بر جای می‌گذارد و پیشگیری، تشخیص و مداخله‌ی به موقع در زمینه‌ی بروز اختلال افسردگی در مبتلایان به سرطان، از اهمیت و لزوم خاصی برخوردار است. نوجوانان مبتلا به سرطان عوامل استرس‌زای چندگانه‌ای را تجربه می‌کنند که ممکن است هم از خود بیماری و هم وظایف تحولی بهنجار آنان نشأت گیرد (وودگیت^۸، ۱۹۹۹). همچنین مشخص شده که نوجوانان مبتلا به سرطان به احتمال بیشتری در معرض تجربه‌ی مشکلات سازگاری روان‌شناختی مهم (ایزر،

- 1- Matziou, etal
- 2- Levallois, etal
- 3- Goldman
- 4- Bowers & Boyle
- 5- Pirl, etal
- 6- Nordin, etal
- 7- Spiegel & Giese-Davis
- 8- Woodgate

هیل و وانسه^۱، ۲۰۰۰؛ زبراک، زلتزر و وایتون^۲، ۲۰۰۲؛ زبراک، گارنی و اوفینگر^۳، ۲۰۰۴) هستند. از این رو نوجوانان نسبت به سایر گروه های سنی مبتلا به سرطان، نیازمند توجه و مراقبت ویژه ای در زمینه ی روان شناختی می باشند.

دیدگاه شناختی، افکار، باورها و نگرش های ناکارآمد و مختل را زمینه ساز بروز مشکلات و ناسازگاری های روان شناختی در افراد می داند. از جمله ی متغیرهای شناختی مطرح در این حوزه، راهبردهای مقابله ای است که فرد در رویارویی با موقعیتهای جدید و تنش زا به کار می برد. برای مثال نتایج غالب پژوهش ها مقابله ی هیجانی را به عنوان مطرح ترین و تأثیرگذارترین واسطه ی رابطه ی استرس- بیماری معرفی کرده اند (پکنهام^۴، ۲۰۰۴). بیماری های استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی، بیشتر در کسانی مشاهده می گردد که پیوسته از مقابله ی هیجانی استفاده می کنند (پیکو^۵، ۲۰۰۱). مقابله ی اجتنابی نیز به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته شده است اما در دراز مدت مانع سازش روان شناختی می شود و نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد (بریانت و هاروی^۶، ۱۹۹۵). همچنین پژوهشگران اشاره می کنند که سبک مقابله ای اجتنابی و نگرش های افسرده وار، خطر مشکلات سازگاری (افسردگی و اضطراب) را در کودکان مبتلا به سرطان پیش بینی می نماید (میجر و همکاران^۷، ۲۰۰۲). از طرف دیگر افراد با منبع کنترل درونی نسبت به افرادی با منبع کنترل بیرونی، بهتر سازگار می گردند و یک منبع کنترل درونی، پیش بینی کنندهای برای سازگاری مرتبط با بیماری است (میجر و همکاران، ۲۰۰۲). در زمینه ی سلامتی و در قطب مخالف آن، بیماری، منبع کنترل ویژه ای به نام منبع

- 1- Eiser, Hill & Vance
- 2- Zebrack, Zeltzer & Whitton
- 3- Zebrack, Gurney & Oeffinger
- 4- Pakenham
- 5- Piko
- 6- Bryant & Harvey
- 7- Meijer, etal

کنترل سلامت، مطرح می گردد. اهمیت سیستم باورهای منبع کنترل سلامت (برای مثال سلامت به وسیله ی خود، دیگران قدرتمند یا عوامل مرتبط با شانس مانند تقدیر، کنترل می گردد) به دلیل این است که همواره یک نقش جدایی ناپذیر در تعیین ادراک از کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد (گراسی^۱، ۲۰۰۱).

اعتقادات و باورهای کودکان در ارتباط با منبع کنترل، ارتباط بین استرس و علائم روان شناختی را میانجی گری و تعدیل می نماید (کیم، سندلر و تین^۲، ۱۹۹۷). اگرچه بررسی منبع کنترل در بیماری های مزمن کودکان، نتایج پیچیده را به دست آورده است و تعداد کمی از اطلاعات به صورت خاص به آزمایش ارتباط منبع کنترل سلامت و افسردگی در بیماری های مزمن کودکان پرداخته است. کودکانی که از بیماری مزمن رنج می برند، گرایش به نسبت دادن کنترل سلامتی شان به شانس و تأثیرات قدرتمند بیرونی دارند (پرین و شاپیرو^۳، ۱۹۸۵). در بررسی مروری که پارک و گافی^۴ (۲۰۰۷) بر روی ۳۰ مطالعه و در زمینه ی سازگاری و مقابله ی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان انجام دادند، نتایج حاکی از این بود که موضع کنترل درونی، تغییرات رفتاری مثبت را تسهیل می کند. در بررسی ۱۳۸ کودک نجات یافته از سرطان (هشت الی ۱۶ ساله)، آنهایی که دارای عوارض تأخیری شدیدی بودند به میزان بیشتری نسبت به گروهی که عوارض تأخیری کمتری را تجربه می کردند، بیشتر علائم افسردگی را بروز می دادند و منبع کنترل بیرونی داشتند (بورک و الیوت^۵، ۱۹۹۹). وایز و همکارانش بیان می کنند کودکانی که منبع کنترل های ناشناخته (مانند ندانستن این که چرا حوادث اتفاق می افتد) دارند، گرایش به داشتن نمرات افسردگی بالاتری را نشان

- 1- Graci
- 2- Kim, Sandler & Tein
- 3- Perrin & Shapiro
- 4- Park & Gaffey
- 5- Burke & Elliott

می دهند (وایز، استونز و کاری، ۱۹۸۹).

برای نوجوانان مبتلا به بیماری های مزمنی مانند سرطان، ادراک شدت بیماری یک شاخص مهم در بهزیستی روان شناختی^۲ آنها به حساب می آید؛ به صورتی که افسردگی با ادراک گسترده تر نوجوان از شدت بیماریش ارتباط دارد (اسلئونگ و همکاران^۳، ۱۹۹۷). حاسین و همکارانش، در بیان نتایج پژوهش خود اشاره می کنند که افزایش یافتن نمرات افسردگی با پیامدهای ادراک شده ی سخت تر و کنترل کمتر بر بیماری، ارتباط دارد. در بررسی آنها ادراک بیماری منفی به صورت آشکاری با گزارش هایی از علایم خلقی، مرتبط بود. همچنین افزایش نمره ی اضطراب و افسردگی با افزایش در علایم گزارش شده، پیامدهای ادراک شده ی سخت تر و کنترل کمتر بر بیماری شان، رابطه داشت (حسین و همکاران^۴، ۲۰۰۸). در پژوهشی دیگری که روی مبتلایان به سرطان و با هدف بررسی تأثیرات روان شناختی ادراک بیماری در آنها صورت گرفته بود: هیجانان ادراک شده، اسنادهای روان شناختی و هویت بیماری، بهترین پیش بینی ها برای بروز افسردگی بیان شدند (گیانوسی و همکاران^۵، ۲۰۱۰). از دیگر مؤلفه های ادراک بیماری، شناخت نسبت به بیماری است که فرد بدان مبتلاست و میزان آن با شدت بیماری ادراک شده، رابطه ی معکوس دارد. از دیدگاه روان شناختی، داشتن اطلاعات می تواند سازگاری با عارضه ی پزشکی و درمان را (از طریق کاهش اضطراب و در برخی موارد افزایش ادراک کنترل)، افزایش دهد. در مطالعه ای که روی ۵۶ کودک هشت الی ۱۶ ساله ی مبتلا به سرطان و والدین آنها صورت گرفت، نتایج پرسشنامه های خود گزارنده ی کودکان راجع به افسردگی، نشانگر آن بود که کودکانی که اطلاعات مبسوطی در مورد تشخیص و پیش آگهی در مراحل اولیه بیماری دریافت می کردند،

- 1- Weisz, Stevens & Curry
- 2- psychosocial well-being
- 3- Ssleung, etal
- 4- Husain, etal
- 5- Giannousi, etal

به صورت معناداری افسردگی کمتری نشان می دادند (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۴). طبق این یافته این گونه می توان استنباط نمود که ادراک بیماری خفیف تر به واسطه ی دانش بیشتر از بیماری خود در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، با کاهش میزان افسردگی در آنان مرتبط است. از طرف دیگر مدل خودتنظیمی^۱ پیشنهاد می کند که باورهای مرتبط با بیماری یک فرد، راهبردهای مقابله ای وی را هدایت خواهند کرد. این مدل فرض می کند که باورها در مورد هویت بیماری^۲، پیامدهای ادراک شده بیماری، دلایل احتمالی بیماری، مدت طول کشیدن احتمالی بیماری و توانایی کنترل و معالجه، باورهای هدایت کننده ی پاسخ ها به بیماری هستند (حسین و همکاران، ۲۰۰۸). همان طور که پیش تر نیز ذکر شد، استفاده از راهبردهای مقابله ای خاص با بروز افسردگی در مبتلایان به بیماری های مزمن و سرطان، ارتباط دارد. از این رو به صورت غیرمستقیم و به واسطه ی راهبردهای مقابله ای، باورهای مرتبط با بیماری می توانند بر بروز افسردگی در مبتلایان به سرطان نقش داشته باشند.

در مجموع، پژوهش ها نشان می دهند که به هنگام بروز سرطان در نوجوانان، عوامل شناختی مانند ادراکات، باورها و اعتقادات نوجوان در ارتباط با سلامتی و بیماری او، از نقش بسزایی در بروز افسردگی در نوجوانان برخوردار است. با عنایت به آنچه گذشت و از سویی دیگر با توجه به اهمیت نقش افسردگی در فرایند درمان، پیشرفت بیماری و حتی مرگ و میر ناشی از سرطان و نیز فقدان این گونه پژوهش ها در زمینه ی فرهنگی ایران، در پژوهش حاضر به بررسی نقش چندی از متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان، پرداخته شده است.

1- self-regulation model
2- identity of the illness

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه ی نوجوانان ۱۲ الی ۱۸ ساله ی مبتلا به سرطان است که از اردیبهشت تا شهریور ۱۳۸۹، به بیمارستانها و مراکز مربوط به درمان سرطان شهرهای تهران، اصفهان و شیراز ارجاع شده بودند. با مراجعه به این مکانها و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۱۷۴ نوجوان مبتلا به سرطان انتخاب شدند و پس از جلب رضایت آنها برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه ها توسط آنان تکمیل گشت. پس از جمع آوری داده ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آماری توصیفی، هم بستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ی افسردگی بک- ویژه ی مراقبت های اولیه^۱ (CP-IDB): این پرسشنامه توسط بک و همکاران با حذف آیتم های جسمی از پرسشنامه اصلی، به منظور استفاده در مراکز پزشکی به عنوان ابزار غربالگری ساخته شده است. این مقیاس، یک ابزار غربالگری افسردگی در بیماران طی است که به منظور به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از افسردگی در بین بیماران جسمی طراحی گشته است. مطالعات قبلی نشان گر برتری توان این ابزار نسبت به مقیاس افسردگی و اضطراب بیماران می باشد (منیرپور، ۱۳۸۸). وایترو و همکارانش پایای درونی بالا و ضریب آلفای کرونباخی برابر ۰/۸۸ را برای این پرسشنامه گزارش نموده اند (وینتر و همکاران^۲، ۱۹۹۹). آلفای کرونباخ به عنوان همسانی درونی این مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۸۸، ضریب پایایی آزمون- باز آزمون در فاصله ی سه هفته ۰/۷۴ و اعتبار سازه ی این مقیاس در مقیاسه

1- Beck Depression Inventory for Primary Care
2- Winter, etal

با خرده مقیاس افسردگی نسخه ی ایرانی مقیاس اضطراب و افسردگی بیماران، ۰/۸۴ گزارش شده است (منیرپور، ۱۳۸۸). پرسشنامه افسردگی بک ویژه مراقبت های اولیه، هفت آیتم دارد که هر کدام بیانگر علامتی از افسردگی می باشد. آیتم ها شامل علائم احساس غمگینی، ناامیدی، احساس شکست در گذشته، از دست دادن توان لذت بردن، بیزاری از خود، سرزنش خویش و افکار و تمایل به خودکشی می باشند. در حقیقت آیتم های این مقیاس با معیارهای چهارمین ویراست آماری و تشخیصی بیماری های روانی (DSM-IV) برای تشخیص افسردگی بالینی انطباق دارند.

پرسشنامه ی ادراک از بیماری^۱ (فرم کوتاه): این پرسشنامه آزمونی ۹ آیتمی و نسخه ی خلاصه شده مقیاس ادراک بیماری است که تمام ابعاد شناختی مطرح در نظریه ی خود تنظیم گری را پوشش می دهد. با استفاده از این ابزار می توان شاخصی از ادراک بیمار در ارتباط با شدت بیماری به دست آورد. باقریان و همکاران (۱۳۸۶) کیفیات روان سنجی این آزمون را روی نمونه ی ایرانی به طور جداگانه مورد مطالعه قرار دادند. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک مطالعه ۰/۸۴، در مطالعه ای دیگر ۰/۷۲ و ضریب پایایی برای بازآزمایی آن به فاصله ی سه هفته، ۰/۶۸ بوده است. همچنین برای بررسی اعتبار سازه ی خرده مقیاس ها، این آزمون با نسخه ی ایرانی پرسشنامه اصلاح شده ادراک بیماری، مقایسه شد؛ ضریب هم بستگی بین این دو مقیاس ۰/۷۱ به دست آورده شد (منیرپور، ۱۳۸۸).

پرسشنامه ی راهبردهای مقابله ای برای موقعیت های استرس زا^۲ (CISS-21): این مقیاس توسط اندلر و پارکر^۳ (۱۹۹۹) برای ارزیابی راهبرد های مقابله ای افراد

1- Illness Perception Questionnaire
2- Coping Inventory for Stressful Situations
3- Endler & Parker

در موقعیت های استرس زا نظیر مواجهه با بیماری های مزمن ساخته شده است. CISS-21 سه راهبرد مقابله ای را مورد ارزیابی قرار می دهد: راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و راهبرد اجتناب. CISS-21 یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی و دارای سه خرده مقیاس است که هرخرده مقیاس هفت آیتم را به خود اختصاص داده است. برای این پرسشنامه در نمونه ی ایرانی، ضریب پایایی به میزان ۰/۷۰، گزارش شده است (منیرپور، ۱۳۸۸). در مطالعه ای روی نمونه ی پژوهشی نوجوانان و جوانان، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ به دست آمد و همچنین نتایج، شواهدی برای تأیید مدل سه عاملی (مقیاس های مقابله ای تکلیف مدار، هیجان مدار و اجتناب)، بود (کالسبیک و همکاران، ۲۰۰۶).

منبع کنترل سلامت- فرم^۲ C (MHLC-C): منبع کنترل سلامت فرم C، پرسشنامه ای خودگزارش دهی است که به منظور ارزیابی باورهای منبع کنترل در ارتباط با هر شرایط پزشکی یا مرتبط با سلامت، مفید است. MHLC-C برای چهار زیر مجموعه، نمرات را محاسبه می کند: اول، منبع کنترل سلامت درونی که گرایش فرد را برای این باور که پیامدهای سلامتی اساساً از رفتار همان فرد منتج می شود، اندازه گیری می نماید. دوم، منبع کنترل سلامت شانس که گستره ی باورهای یک فرد به این که سلامتی یا بیماری، موضوعی مرتبط با سرنوشت یا شانس است را اندازه گیری می نماید. سوم، منبع کنترل سلامت پزشکان که باورهای فرد نسبت به درجه ی کنترلی که پزشکان روی موقعیت به خصوص پیامدها دارند، محاسبه می کند. چهارم، منبع کنترل سلامت افراد دیگر که میزان انتظارات فرد که دیگران قدرتمند، مانند بستگان یا دوستان ممکن است در پیامدهای شرایط سلامتی او، مشارکت داشته باشند را اندازه گیری می کند. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش آبیالی و همکاران، در مؤلفه های درونی برابر ۰/۶۸،

1- Calsbeek, etal

2- Multidimensional Health Locus of Control Scaleform C

شانس ۰/۷۴، دیگران ۰/۵۰ و پزشکان ۰/۵۵ بوده است (آبیالی و همکاران، ۲۰۰۸).

یافته ها

داده های جمعیت شناختی پژوهش حاضر نشان داد که از ۱۷۴ شرکت کننده در پژوهش ۵۵/۷ درصد پسر (۹۷ نفر) و ۴۴/۳ درصد دختر (۷۷ نفر) بودند. از کل نمونه ی مورد بررسی ۴۲ درصد از شهر تهران (۷۳ نفر)، ۳۷/۳ درصد از شهر اصفهان (۶۵ نفر) و ۲۰/۷ درصد از شهر شیراز (۳۶ نفر)، انتخاب شده بودند.

برای بررسی رابطه ی میان مؤلفه های مختلف راهبردهای مقابله با استرس در نوجوان و افسردگی نوجوان، از ضریب هم بستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱). بین هر سه مؤلفه ی اجتناب، هیجان مدار و مسأله مدار با افسردگی نوجوان رابطه ی هم بستگی معنادار ($P < ۰/۱۰$) یافت شد. مقابله ی اجتناب و مقابله ی مسأله مدار به صورت منفی و مقابله ی هیجان مدار به صورت مثبت، با افسردگی نوجوان هم بستگی دارند.

جدول ۱- ضرایب هم بستگی بین مؤلفه های راهبردهای مقابله و افسردگی در نوجوان

مساءله مدار	هیجان مدار	اجتناب	افسردگی نوجوان	
			۱	افسردگی نوجوان
		۱	-۰/۲۰۵ **	اجتناب
	۱	-۰/۱۵ *	۰/۶۵۲ **	هیجان مدار
۱	-۰/۰۳۲	۰/۲۰۸ **	-۰/۱۹۷ **	مساءله مدار

رابطه ی بین ادراک از بیماری نوجوان با افسردگی وی، توسط ضریب هم بستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

همانطور که مشاهده می شود بین افسردگی نوجوان با ادراک بیماری وی، هم بستگی ای حدود ۰/۶۱ با معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد.

جدول ۲- ضریب هم بستگی بین ادراک بیماری و افسردگی در نوجوان

افسردگی نوجوان	ادراک بیماری	
	۱	ادراک بیماری
۱	۰/۶۰۸**	افسردگی نوجوان

رابطه ی بین منبع کنترل سلامت نوجوان با افسردگی وی، توسط ضریب هم بستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۳، نتایج این آزمون نشان داده شده است.

جدول ۳- ضرایب هم بستگی میان مؤلفه های منبع کنترل سلامت و افسردگی نوجوان

افراد دیگر	پزشکان	شانس	درونی	افسردگی نوجوان	
				۱	افسردگی نوجوان
			۱	-۰/۰۶۸	درونی
		۱	۰/۱۲۲	۰/۲۲۳**	شانس
	۱	۰/۱۲	۰/۳۱۵**	۰/۰۵	پزشکان
۱	۰/۴۴**	۰/۳**	۰/۲۵۱**	-۰/۰۶۴	افراد دیگر

طبق جدول ۳ از میان مؤلفه های منبع کنترل سلامت درونی، شانس، پزشکان و افراد دیگر، تنها منبع کنترل سلامت شانس با متغیر ملاک هم بستگی معنادار دارد که این هم بستگی مثبت می باشد. به عبارت دیگر هرچه میزان کنترل سلامت شانس در نوجوان بیشتر باشد، مقدار افسردگی بالاتری نیز خواهد داشت.

متغیرهای راهبرد مقابله ی هیجان مدار، راهبرد مقابله ی مسئله مدار، راهبرد

مقابله ی اجتناب، ادراک از بیماری و منبع کنترل سلامت شانس که بیشتر معنادار بودن هم بستگی آنها با افسردگی نوجوان به دست آمده بود، وارد مدل رگرسیون شدند. جدول ۴ خلاصه ی تحلیل مدل رگرسیون پیش رونده برای متغیرهای پیش بین افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان را، نشان می دهد. همانطور که مشاهده می گردد، مقادیر F در تمامی مراحل معنادار است و متغیرهای مقابله ی هیجان مدار، مقابله ی مسئله مدار و ادراک بیماری قادر به تبیین ۵۰ درصد از واریانس افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان، می باشند.

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون برای متغیرهای پیش بین راهبردهای مقابله ای، ادراک منفی از بیماری و منبع کنترل سلامت نوجوانان و متغیر ملاک افسردگی نوجوان

مدل	R2	R2 تنظیم شده	F	سطح معناداری
۱	۰/۴۲	۰/۴۲	۱۲۷/۱۷	۰/۰۰۰
۲	۰/۴۹	۰/۴۹	۸۳/۱۳	۰/۰۰۰
۳	۰/۵۱	۰/۵۰	۵۸/۳۷	۰/۰۰۰

۱. متغیرهای پیش بین: مقابله ی هیجان مدار

۲. متغیرهای پیش بین: مقابله ی هیجان مدار، ادراک بیماری

۳. متغیرهای پیش بین: مقابله ی هیجان مدار، ادراک بیماری، مقابله ی مسئله مدار

جدول ۵ به ترتیب ضرایب B، β ، خطای استاندارد، t و معناداری را برای متغیرهای

مستقل رگرسیون پیش رونده را نشان می دهد. بر طبق این جدول، متغیر راهبرد

مقابله ی هیجان مدار بیشترین قدرت را در پیش بینی افسردگی نوجوان مبتلا به

سرطان دارد. پس از آن، متغیر ادراک بیماری نوجوان از قدرت پیش بینی بالاتر متغیر

ملاک مذکور برخوردار است. نهایتاً و در مرحله ی سوم، راهبرد مقابله ی مسأله مدار نوجوان، دارای توانایی پیش بینی افسردگی نوجوان می باشد.

جدول ۵- ضرایب B, β, خطای استاندارد و t برای متغیرهای پیش بینی کننده ی افسردگی نوجوان

مدل	متغیرهای پیش بینی کننده	B	S. E	β	t	سطح معناداری
۱	مقابله ی هیجان مدار	۰/۴۸	۰/۰۴	۰/۶۵	۱۱/۲۸	۰/۰۰۰
۲	مقابله ی هیجان مدار	۰/۳۳	۰/۰۵	۰/۴۵	۶/۴۴	۰/۰۰۰
	ادراک بیماری	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۳۳	۴/۷۹	۰/۰۰۰
۳	مقابله ی هیجان مدار	۰/۳۴	۰/۰۵	۰/۴۶	۶/۷۳	۰/۰۰۰
	ادراک بیماری	۰/۱۰	۰/۰۲	۰/۳۰	۴/۲۱	۰/۰۰۰
	مقابله ی مسأله مدار	-۰/۱۱	۰/۰۵	-۰/۱۲	-۲/۲۳	۰/۰۲۷

متغیر ملاک: افسردگی نوجوان

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین راهبردهای مقابله ای مسئله مدار و اجتناب با افسردگی رابطه ی هم بستگی منفی و میان راهبرد مقابله ای هیجان مدار با افسردگی هم بستگی مثبت وجود دارد. به عبارت دیگر اگر راهبرد غالب مقابله ی نوجوان با رویدادهای استرس زا هیجان مدار باشد، احتمال تجربه ی افسردگی در هنگام ابتلا به سرطان برای وی افزایش می یابد و در صورتی که راهبرد غالب مقابله ای وی مسئله مدار یا اجتناب باشد، احتمال بروز افسردگی در نوجوان کمتر خواهد بود. فولکمن و لازاروس بیان می کنند که در رویارویی با محرکی تنش زا اگر افراد محرک را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله ی مسئله مدار استفاده می کنند و در غیر این صورت به مقابله ی هیجان مدار روی می آورند (حاجبی، پیروی و پناغی، ۱۳۸۵). سرطان و بروز آن با توجه به ناشناخته بودن

علل بروز و عدم اطمینان از معالجه ی کامل آن، برای بیشتر افراد به عنوان یک محرک تنش زای غیرقابل کنترل ارزیابی می شود ولی طبق یافته های پژوهش حاضر گروهی از نوجوانان مبتلا به سرطان وجود دارند که در رویارویی با بیماری خود و مسائل مرتبط با آن، اغلب از رویکرد مسئله مدار استفاده می نمایند؛ یعنی آنها سرطان را به عنوان محرک تنش زای قابل کنترل قلمداد می کنند و همچنین میزان افسردگی کمتری را از خود بروز می دهند. در اینجا راهبرد مقابله ای مسئله مدار می تواند عامل واسطه ای برای منبع کنترل درونی باشد و در بررسی های پیشین منبع کنترل درونی به عنوان پیش بینی کننده ی سازگاری بهتر با بیماری (میجر و همکاران، ۲۰۰۲)، مطرح شده است. بنابراین هم بستگی میان استفاده از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار در نوجوانان مبتلا به سرطان، با سازگاری بهتر یا همان میزان افسردگی کمتر، می تواند تبیین شود. مشخصه ی راهبرد مقابله ای هیجان مدار، رفتارها و احساساتی مانند آشفتگی، اضطراب، خود سرزنش گری به خاطر مبتلا شدن به بیماری، تمرکز روی نقاط ضعف و بی کفایتی های فردی، است. زمانی که نوجوان مبتلا به سرطان در استفاده از راهبردهای هیجان مدار، اصرار می ورزد، تمامی توجه و انرژی خود را معطوف به افکار و احساساتی می نماید که برای سازگاری با بیماری خود و تقاضاهای مرتبط با آن (مانند انجام فرایندهای درمانی) سودمند نیست؛ بر عکس شرایط را برای بروز مشکلات و اختلالات روانی مثل افسردگی فراهم می سازد. در مورد هم بستگی مثبت میان راهبرد مقابله ای هیجان مدار و افسردگی در نوجوانان مبتلا به سرطان، یافته ها همسو با مطالعات حاجبی و همکاران (۱۳۸۵) و پیکو (۲۰۰۱) است که بیان می دارند بیماری های استرس مداری چون اضطراب و افسردگی، بیشتر در کسانی مشاهده می گردد که پیوسته از راهبرد مقابله ای هیجانی استفاده می کنند. میجر و همکاران (۲۰۰۲) در یافته های پژوهش خود بیان می دارند که سبک مقابله ای اجتنابی و نگرش های افسرده وار، خطر افسردگی و اضطراب را در کودکان مبتلا به سرطان پیش

بینی می نماید که با یافته های پژوهش حاضر مبنی بر این که راهبرد مقابله ای اجتناب با میزان بروز افسردگی هم بستگی معکوس دارد، همخوان نیست. تبیینی که می توان برای این ناهماهنگی بین یافته های پژوهشی ارائه کرد این است که نمونه ی مورد بررسی در این پژوهش، گروه سنی نوجوانان بودند در صورتی که در بررسی میجر و همکارانش آزمودنی ها در گروه سنی کودک قرار داشتند و مسلماً راهبرد اجتناب و نوع رفتارهای ناشی از آن در این دو گروه، بسیار متفاوت خواهد بود. کودکانی با دامنه ی سنی پایین تر، امکانات محدودتر شناختی و اجرایی دارند و به والدین خودشان بسیار وابسته هستند که اینها باعث بروز رفتارهای اجتنابی مثل گوشه گیری، انزواطلبی، قشقرق به راه انداختن در هنگام انجام فرایند درمانی، امتناع از خوردن غذا و دارو... می گردد. اما نوجوان سطح توانایی های شناختی بالاتری دارد، تفکر انتزاعی در وی شکل گرفته و از میزان استقلال عمل بیشتری برخوردار است، راهبرد مقابله ای اجتناب به وی کمک می نماید تا با پرهیز از تمرکز نمودن روی بیماری و سرمایه گذاری بر بخشهای دیگر زندگی خود (مانند روابط با همسالان، کسب مهارتها، دنبال کردن علایق شخصی،...) از بروز علایم افسردگی پیش گیری نماید.

نتایج تحلیل هم بستگی بین ادراک منفی از بیماری در نوجوانان مبتلا به سرطان با افسردگی آنان، وجود رابطه ی مثبتی و معناداری را میان این دو متغیر نشان داد. ادراک بیماری شامل باورهای فرد در زمینه های تأثیراتی که بیماری بر زندگی و روحیه ی فرد دارد، مدت ادامه یافتن بیماری، درمان پذیری و کنترل روی بیماری، تجربه علائم بیماری، نگرانی و شناخت در ارتباط با بیماری، می گردد. هرچه میزان ادراک شدت بیماری از طرف بیمار بیشتر باشد، به تبع آن پیامدها سخت تر و کنترل کمتری بر بیماری، ادراک می شود و علایم افسردگی نیز افزایش خواهد یافت. ادراک بیماری خفیف تر به واسطه ی داشتن اطلاعات بیشتر از بیماری خود در کودکان و نوجوانان

مبتلا به سرطان، با کاهش میزان افسردگی در آنان مرتبط است (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۴). این مطلب شاهدهی بر تأیید این مطلب است که هم بستگی مستقیمی میان ادراک شدت بیماری و میزان افسردگی وجود دارد به طوری که، افزایش دانش در مورد بیماری با کاستن از میزان شدت بیماری ادراک شده، می تواند از افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بکاهد. همچنین این یافته همخوان با نتایج پژوهش های حسین و همکاران (۲۰۰۸)، مسعودنیا (۱۳۸۷) و اسلئونگ و همکاران (۱۹۹۷) است. از میان منابع کنترل سلامت، تنها منبع کنترل سلامت شانس با افسردگی نوجوان هم بستگی مثبت و معنادار نشان داد. از آنجایی که داشتن یک منبع کنترل درونی، پیش بینی کننده ای برای سازگاری بهتر با بیماری است (میجر، ساینما، بایجسترا و همکاران، ۲۰۰۲) داشتن منبع کنترل بیرونی مانند شانس می تواند پیش بینی کننده ی مشکلاتی در سازگار شدن با بیماری و احتمالاً بروز اختلالات روان شناختی گردد. از نمونه های پژوهش های همخوان با یافته ی کنونی، بررسی است که وایز، استونز و کاری (۱۹۸۹) انجام داده و در نتایج آن بیان نمودند که کودکانی که منبع کنترل های ناشناخته دارند، گرایش به داشتن نمرات افسردگی بالاتری را نشان می دهند. همچنین بورک و الیوت (۱۹۹۹) به وجود ارتباط میان بروز بیشتر علایم افسردگی و داشتن منبع کنترل بیرونی، اشاره نمودند. در پژوهشی مروری نیز که روی ۳۰ مطالعه و در زمینه ی سازگاری و مقابله ی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، توسط پارک و گافی (۲۰۰۷) انجام شد، نتایج حاکی از این بود که موضع کنترل درونی تغییرات رفتاری مثبت را تسهیل می کند و موضع کنترل بیرونی می تواند باعث مشکلات سازگاری روان شناختی از جمله افسردگی گردد. از این رو، این مسئله که منبع کنترل سلامت شانس (به عنوان یک منبع کنترل بیرونی) در نوجوانان مبتلا به سرطان با افسردگی آنها هم بستگی داشته باشد امری بدیهی است. در تبیین این مطلب که

دو منبع کنترل بیرونی دیگر یعنی دیگران مهم و پزشکان، رابطه‌ی معناداری با بروز افسردگی در نوجوانان مبتلا به سرطان نشان نمی‌دهند شاید بتوان این گونه بیان کرد که منبع کنترل سلامت شانس علاوه بر بیرونی بودن، غیرقابل کنترل و پیش بینی است در صورتی که منبع کنترل سلامت پزشکان و دیگران مهم با وجود بیرونی بودن (خارج بودن از حیطه‌ی کنترل فردی) اما تا حدود زیادتری نسبت به شانس قابلیت کنترل و پیش بینی را دارد. برای مثال فرد می‌تواند از طریق انتخاب پزشک خود یا کمک گرفتن از افراد خاص، دستورزی در این دو منبع کنترل سلامت داشته باشد ولی وقتی تصور بر این است که علل امری مربوط به تقدیر یا سرنوشت است، موضع کنترل کاملاً بیرونی به شمار می‌آید.

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای مقابله‌ای هیجان مدار، مقابله‌ای مسأله مدار و ادراک بیماری نوجوانان مبتلا به سرطان در یک مدل ترکیبی، قادر به تبیین ۵۰ درصد از واریانس افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان، می‌باشند. بر طبق این نتایج، راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار بیشترین قدرت را در پیش بینی افسردگی نوجوان مبتلا به سرطان دارد. پس از آن، متغیر ادراک بیماری و در مرحله‌ی سوم، راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار نوجوان، دارای توانایی پیش بینی افسردگی نوجوان می‌باشد. با توجه به این مطلب می‌توان نتیجه‌گیری نمود که برای نوجوانان مبتلا به سرطان در رویارویی با بیماری سرطان که رخدادی بسیار استرس‌زا و چالش‌انگیز به حساب می‌آید عوامل شناختی مانند راهبردهای مقابله‌ای و ادراک از بیماری نقش بسیار اساسی و کلیدی در بروز افسردگی و احتمالاً دیگر مشکلات روان شناختی، بازی می‌نماید. می‌توان به صورت خلاصه بیان کرد که راهبرد مقابله‌ای نوجوان مبتلا به سرطان (هیجان مدار یا مسئله مدار) در کنار ادراکی که نوجوان از بیماری دارد، عوامل شناختی در نوجوان هستند که از قدرت تبیین افسردگی در وی برخوردارند.

در پایان، با توجه به یافته‌های حاصل توصیه می‌شود به منظور شناسایی نوجوانان مبتلا به سرطان در معرض خطر افسردگی از مدل پیشنهاد شده در این پژوهش در کنار سایر روش‌های تشخیصی و درمانی اولیه، استفاده گردد تا امکان مداخلات پیش گیرانه و درمانی زود هنگام برای آنان، به وجود بیاید. همچنین برای درمان افسردگی نوجوانان، به کار بستن روش‌های شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، می‌تواند مفید باشند. همچنین نمونه‌ها از نظر نوع بیماری و شدت بیماری و اینکه بیمار در چه مرحله‌ای از درمان بوده است به تفکیک اعلام نشده است که این از محدودیت‌های تحقیق می‌باشد.

Henegouwen, G. P. , & Dekker, J. (2006). Coping in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: Impact on school and leisure activities. *Journal of Psychology and Health*, 21(4), 447-462.

Eiser, C. , Hill, J. J. , & Vance, Y. H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: Systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(6), 449-460.

Giannousi, Z. , Manaras, I. ,Georgoulas, V. , & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in greek patients with cancer: A validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psycho-Oncology*, 19 (1), 85- 92.

Goldman, A. (2006). Symptoms in children/young people with progressive malignant disease: United Kingdom children's cancer study group/pediatric oncology nurses forum survey. *Journal of Pediatrics*, 117(6), 1179-1186.

Graci, G. (2001). Optimism, health of control, and quality of life women with intial versus recurrent breast cancer. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas.

Husain, M. O. , Dearman, S. P. , Chaudhry, I. B. , Rizvi, N. , & Waheed, W. (2008). The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Journal of Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 4-21.

Kim, L. S. , Sandler, I. N. , & Tein, J. Y. (1997). Locus of control as a stress moderator and mediator in children of divorce. *Journal of Abnormal*

منابع

کراتوچویل، آر.، جی، موریس، توماس آر. (۱۳۸۴). روان شناسی بالینی کودک (روش های درمانگری). ترجمه: رضا نائینیان و همکاران، تهران، انتشارات رشد.

حاجبی، ا.، پیروی، ح. و پناغی، ل. (۱۳۸۵). بررسی شیوه های مقابله ای و رابطه آن با سلامت روان در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه تهران سال ۸۵-۸۴. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه علم و صنعت، ۵۷-۵۲.

مسعودنیا، ا. (۱۳۸۷). ادراک بیماری و تاخیر در کمک جویی در زنان با علائم سرطان پستان: ارزیابی الگوی خودگردانی. *مجله ی علوم رفتاری*، ۳، ۲۸۲-۲۷۱.

ملکیان، آ.، علیزاده، ا.، و احمدزاده، غ. ح. (۱۳۸۶). افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله ی تحقیقات علوم رفتاری*، ۵(۲)، ۱۱۹-۱۱۵.

منیرپور، ن. (۱۳۸۸). بررسی مدل های ساختاری برای تبیین افسردگی و اضطراب در مبتلایان به بیماری های عروق کرونر قلب تحت مداخلات CABG و PCI. پایان نامه دکتری چاپ نشده، دانشکده ی علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تهران، تهران.

Bowers, L. , & Boyle, D. A. (2003). Depressed patients with advanced cancer. *Clinical Journal of OncolNurs*, 7(3), 281-288.

Bryant, R. A. , & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.

Burke, P. , & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: A diathesis-stress model. *Journal of Psychosomatics*, 40, 5-17.

Calsbeek, H. , Rijken, M. , Bekkers, M. J. T. M. , Van Berge

Pirl, W. F. , Siegel, G. L. , Goode, M. J. , & Smith, M. R. (2002). Depression in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Psychooncology*, 11(6), 518- 523.

Spiegel, D. , & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Journal of Biol Psychiatry*, 54, 269–282.

Ssleung, S. S. , Steinbeck, K. S. , Morris, S. L. , Kohn, M. R. , Towns, S. J. , & Bennett, D. L. (1997). Chronic illness perception in adolescence: Implications for the doctor-patient relationship. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 33(2), 107-112.

Ubbiali, A. , Donati, D. , Chiorri, C. , Bregani, V., Cattaneo, E. , Maffei, C. , & Visintini, R. (2008). The usefulness of the multidimensional health locus of control form C (MHLC-C) for HIV-subjects: An italian study. *Journal of AIDS Care*, 20(4), 495-502.

Weisz, J. R. , Stevens, J. S. , & Curry, J. F. (1989). Control-related cognitions and depression among inpatient children and adolescents. *Journal of AmAcademic Child Adolescent Psychiatry*, 28, 358-363.

Winter, L. B. , Steer, R. A. , Jones-Hicks, L. , & Beck, A. T. (1999). Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Journal of Adolescent Health*, 24(6), 389-394.

Woodgate, R. L. (1999). A Review of the Literature on Resilience in the Adolescent With Cancer: Part II. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*,

۱۳۲ بررسی نقش متغیرهای شناختی در افسردگی نوجوانان مبتلا به سرطان
Child Psychology, 25, 145-155.

Matziou, V. , Perdikaris, P. , Galanis, P. , Dousis, E. , & Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *Journal of International Nursing Review*, 55, 314–319.

Meijer, S. A. , Sinnema, G. , Bijstra, J. O. , Mellenbergh, G. J. , & Wolters, W. G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Journal of Social Science a Medicine*, 54, 1453–1461.

Nordin, K. , Berglund, G. , Glimelius, B. , & Sjoden, P. O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: A clinical model. *Eur Journal of Cancer*, 37(3), 376- 384.

Pakenham, K. (2004). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. *Journal of Psychology, Health, and Medicine*, 6, 411-428.

Park, L. , & Gaffey, A. E. (2007). Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. *Journal of Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine (Ann Behav Med)*, 34(2), 115-134.

Perrin, E. , & Shapiro, E. (1985). Healthy locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. *Journal of Pediatric*, 107, 627- 633.

Piko, O. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Journal of Psychological Record*, 51, 223-236.

Zebrack, B. J. , Gurney, J. G. , & Oeffinger, K. (2004). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood brain cancer: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(6), 999-1006.

Zebrack, B. J. , Zeltzer, L. K. , & Whitton, J. (2002). Psychological outcomes in long-term survivors of childhood Leukemia, Hodgkin's disease, and Non-hodgkin's Lymphoma: A report from the childhood cancer survivor study. *Journal of Pediatrics*, 110(1), 42-52.

مشکلات خواب و فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی

سیستولیک قلبی

شراره ضیغمی محمدی^{۱*}، ماندانا شهپریان^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

چکیده

هدف از مطالعه ی حاضر بررسی کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه و فاکتورهای مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی سیستولیک قلبی بود. این یک مطالعه مقطعی بود که بر روی یکصد مرد بیمار مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی انجام شد. روش نمونه گیری به روش نمونه گیری ساده بود. داده ها توسط فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه خواب آلودگی اپورث، مقیاس اختلالات خواب، شاخص کیفیت خواب کیفیت خواب پیتسبرگ جمع آوری شد. اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب هم بستگی پیرسون تحلیل گردید. همه ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت خواب پایین و ۵۳٪ خواب آلودگی روزانه خفیف داشتند. شایع ترین نوع اختلال خواب، بی خوابی و آپنه خواب بود. کیفیت خواب با سن ($p=0/030$) تحصیلات ($P=0/004$)، مصرف سیگار ($P=0/048$) و اختلالات خواب با درآمد ($p=0/012$)، شاخص توده بدنی ($p=0/028$)، تحصیلات ($P=0/019$)، مصرف سیگار ($P=0/050$).

۱- مربی گروه پرستاری دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران. zeighami@kiauo.ac.ir

۲- بیماریهای قلب و عروق، بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج، کرج، ایران.