مقاله تحقیقاتی

بررسی وضعیت آگاهی و نگرش بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف درباره مشکلات خواب پس از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر

سهیلا رنجبران[1]، *طاهره دهداری[2]، خسرو صادق نیت حقیقی[3]، محمود محمودی مجدآبادی[4]، افسانه گراوند[5]

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات شایع بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر، کیفیت خواب ضعیف می‌باشد. دامنه‌ای از نگرش‌ها و سطوح مختلف آگاهی بر این مشکل بیماران مؤثر شناخته‌شده است. برای مؤثر واقع‌شدن خدمات پیشگیری، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باید از آگاهی و نگرش بیماران آگاه باشند تا آموزش بهداشت را به نحو مؤثر ارائه نمایند. هدف این مطالعه، تعیین وضعیت‌آگاهی و نگرش بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف درباره مشکلات خواب پس از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی، تعداد ۱۰۰ بیمار دارای کیفیت خواب ضعیف مراجعه‌کننده به کلینیک باز توانی مرکز قلب تهران با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ، نگرش (باورها و نگرش‌های غلط در مورد خواب) و پرسشنامه محقق ساخته‌ی آگاهی را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط نرم‌افزار SPSS ۱۸ و آزمون‌های Oneway-ANOVA، Independet t و Pearson correlation تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آگاهی بیماران در مورد علل و روش‌های غلبه بر کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی قلبی پایین بود. تنها ۹ درصد از بیماران ترس از مردن در خواب و ۲۴ درصد ترس از عدم بهبودی را جزء علل مشکلات خواب بیان کردند و فقط ۲۴ درصد استفاده از تکنیک آرام‌سازی را برای غلبه بر مشکلات خواب پس از جراحی مناسب دانستند. درزمینهٔ نگرش نیز نتایج بیانگر بالا بودن بعد دارودرمانی بود. سایر ابعاد نگرش در سطح پایینی قرار داشت. بین آگاهی و نگرش همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($r=۰/۲۱۷$، $P=۰/۰۳$). همچنین بین ابتلا به دیابت و نگرش رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=۰/۰۲۷$).

بحث و نتیجه‌گیری: این پژوهش، لزوم آموزش به بیمار و توجه به آگاهی و نگرش آنان، ارائه توصیه‌های دقیق و برنامه‌ریزی‌شده به ایشان درزمینهٔ کیفیت خواب ضعیف را مورد تأکید قرار می‌دهد.

کلمات کلیدی: آگاهی، جراحی بای پاس عروق کرونر، کیفیت خواب، نگرش

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال اول ■ شماره ۲ ■ زمستان ۱۳۹۳ ■ شماره مسلسل ۲ ■ صفحات ۹۹-۱۰۸

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ در سراسر جهان است و هرساله ۱۷ میلیون نفر براثر این بیماری‌ها می‌میرند و اگر تا سال ۲۰۲۰ اقدامات پیشگیرانه‌ی خاصی صورت نگیرد، این تعداد مرگ به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۱). جراحی بای پاس عروق کرونر یکی از شایع‌ترین روش‌های جراحی برای درمان بیماری‌های قلبی - عروقی است (۲). در ایران ۶۰ درصد کل اعمال جراحی باز، جراحی بای پاس عروق کرونر می‌باشد (۳). اگرچه امروزه بسیاری

۱ـ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ـ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: dehdarit@yahoo.com
۳ـ دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات خواب شغلی، بیمارستان بهارلو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ـ استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵ـ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

از پیشرفت‌های جدید در عمل جراحی بای پاس عروق کرونر به وجود آمده است، اما بیماران همچنان دچار مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی زیادی بعد از عمل جراحی هستند (۴). یکی از مشکلات عمده بیماران، پس از جراحی بای پاس عروق کرونر، مشکلات خواب می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط دیرک (Direk) و همکاران در ترکیه در سال ۲۰۱۲ صورت گرفته همه بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر دچار مشکلات خواب بودند (۴). در ایران نیز حدود ۸۰ درصد از بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر دچار اختلالات خواب می‌باشند (۵).

عوامل مختلف فردی، فیزیولوژیکی، روان‌شناختی و محیطی بر کیفیت خواب بیماران پس از جراحی قلب تأثیر می‌گذارند (۶، ۷). دامنه‌ای از نگرش‌ها و سطوح مختلف آگاهی که روی عوامل خطر سبک زندگی بیماران عروق کرونر قلبی مؤثرند، بیان شده‌اند (۸) که یکی از این عوامل خطر مؤثر بر این بیماران محرومیت از خواب می‌باشد (۹). مطالعه‌ی بهروزی فر و همکاران نشان داده است که میانگین نمرات کیفیت خواب و کفایت خواب شبانه بیماران در هر سه مرحله‌ی قبل از جراحی، شش و ده هفته پس از جراحی در سطح نامطلوب قرار داشت و در هر سه مرحله بین کیفیت و کفایت خواب و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌دار و مستقیم وجود داشت یعنی الگوی خواب مطلوب‌تر باکیفیت زندگی بهتر همراه بود (۱۰). مطالعه چندولا (Chandola) و همکاران نشان داد، خواب کوتاه‌مدت (۶ ساعت و کمتر) و اختلال خواب هر دو با افزایش خطر بیماری قلبی - عروقی در زنان و مردان مرتبط می‌باشند (۱۱). نتایج مطالعات حاکی از آن‌اند که مدت خواب شبانه بالای ۸ ساعت و کمتر از ۷ ساعت، موجب افزایش خطر مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود (۹، ۱۲، ۱۳). محرومیت از خواب باعث افزایش خطر حوادث قلبی - عروقی و کاهش سطح توانایی فعالیت افراد می‌گردد و بر میزان بروز و شیوع حملات قلبی مؤثر است (۹، ۱۴، ۱۵). اغلب عوامل خطر بیماری‌های قلبی با رفتار و آگاهی افراد ارتباط دارند و برنامه‌های آموزشی به‌عنوان یکی از ابزارهای اساسی در تغییر سبک زندگی بیماران، تأثیر بسزایی در کاهش رفتارهای مربوط به عوامل خطر و نیز افزایش رفتارهای سالم دارند (۱۶). اگرچه داشتن اطلاعات به‌تنهایی کافی نیست، اما آگاهی از این‌که یک عامل یا وضعیتی خاص، عامل خطری برای بیماری است، پیش‌شرطی ضروری برای اتخاذ تصمیمات منطقی در مورد سلامت و تغییرات رفتاری در نظر گرفته‌شده و غالباً هدف برنامه‌های پیشگیری قرارگرفته است (۱۷) و نیز برای مؤثر واقع‌شدن خدمات پیشگیری سطح دوم، کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باید از آگاهی و نگرش بیماران آگاه باشند تا آموزش بهداشت را به نحو مؤثر ارائه نمایند (۸). برای انجام اقدامات پیشگیرانه، نگرش‌ها و باورها به‌اندازه آگاهی و اطلاعات مهم هستند و تا زمانی که گرایش به حفظ و ارتقای سلامت به وجود نیاید، کسب آگاهی به‌تنهایی مؤثر نخواهد بود و آموزش مسائل بهداشتی اغلب به‌سوی تقویت و تغییر نگرش، ادراکات و عقاید فرد درباره بیماری، درمان و تأثیر آن روی عملکردهای روزانه پیش می‌رود (۱۸).

مطالعات انجام‌شده در ایران به‌طور عمده معطوف به عوامل مؤثر بر کیفیت و کمیت خواب شبانه و بررسی ارتباط الگوی خواب و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر، بررسی آگاهی، نگرش و سبک زندگی بیماران مبتلابه آنژین صدری ناپایدار، تأثیر برنامه آموزشی بر آگاهی و نگرش بیماران مبتلابه آنژین صدری ناپایدار و مقایسه دو روش آموزش ویدئویی و چهره به چهره بر آگاهی و نگرش بیماران مبتلابه سکته قلبی (۱۰، ۱۸-۲۱) و یا در گروه‌هایی مانند زنان، مادران در دوره پس از زایمان و دانشجویان بوده است (۲۲-۲۴). مطابق با جستجوهای انجام‌گرفته توسط محققین مطالعه حاضر، در سطح دنیا مطالعات اندکی انجام‌گرفته و در ایران مطالعاتی جهت بررسی وضعیت‌آگاهی و نگرش بیماران جراحی بای پاس عروق کرونر درزمینهٔ اختلالات خواب انجام نگرفته است (۲۵-۲۹)؛ بنابراین این پژوهش باهدف تعیین وضعیت‌آگاهی و نگرش بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف درباره مشکلات خواب پس از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش‌ها

مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر، در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک باز توانی بیمارستان مرکز قلب تهران که ۶ هفته قبل تحت جراحی بای پاس عروق کرونر قرار گرفتند، انجام شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت آسان انجام شد. معیار ورود

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

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 بیماری‌های زمینه‌ساز آترواسکلروز عروق کرونر مانند فشارخون، چربی خون و دیابت، عدم مصرف داروهای اضطراب و افسردگی و داشتن کیفیت خواب ضعیف (نمره کیفیت خواب ۵ و بالاتر) بر طبق مقیاس پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index) که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد. پس از کسب موافقت بیماران برای ورود به مطالعه، پرسشنامه برای تکمیل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. در ضمن پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و به نمونه‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. موافقت رئیس بیمارستان مرکز قلب تهران و کلینیک باز توانی نیز اخذ شد.

برای انجام مطالعه، پرسشنامه‌ها متناسب با اهداف پژوهش در چهار بخش تدوین شد. بخش اول مرتبط با عوامل دموگرافیکی (۱۳ سؤال) و بخش دوم شامل پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI) بود. این پرسشنامه توسط بایس و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، طراحی‌شده است و برای همسانی و سازگاری بین اجزاء این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست‌آمده است (۳۰) و در ایران نیز توسط فرهی و همکاران در سال ۱۳۸۷ ضرایب پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و حساسیت و ویژگی به ترتیب ۱۰۰٪ و ۹۳٪ به دست آوردند که رضایت‌بخش است (۳۱). این پرسشنامه شامل ۷ بعد و ۹ سؤال می‌باشد که به بررسی کیفیت خواب فرد در طول یک ماه گذشته می‌پردازد. سؤالات ۱ تا ۴ به‌صورت پاسخ تشریحی، سؤالات ۱، ۳ و ۴ جهت محاسبه بعد چهارم پرسشنامه و نشان‌دهنده کفایت خواب بوده که از تقسیم کل ساعاتی که افراد خوابیده بودند بر کل ساعاتی که در رختخواب بودند به‌صورت درصد به دست می‌آید و نهایتاً کفایت خواب ۸۵٪، نمره ۰، ۸۴-۷۵٪، نمره ۱، ۷۴-۶۵٪، نمره ۲ و کمتر از ۶۵٪ نمره ۳ تعلق می‌گیرد. سؤال ۲، تأخیر برای به خواب رفتن ۱۵ دقیقه و کمتر، نمره ۱، ۱۶ تا ۳۰ دقیقه، نمره ۱، ۳۱ تا ۶۰ دقیقه، نمره ۲ و بیشتر از ۶۰ دقیقه نمره ۳ تعلق می‌گیرد. سؤال ۴، طول مدت خواب و بعد سوم کیفیت خواب می‌باشد که نمرات آن به‌صورت بیشتر از ۷ ساعت، نمره ۰، ۶ تا ۷ ساعت، نمره ۱، ۵ تا ۶ ساعت، نمره ۲ و کمتر از ۵ ساعت نمره ۳ تعلق می‌گیرد. ضمناً قابل‌ذکر است که در نمره دهی سؤالات تشریحی طبق شاخص پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI)، کسب بیشترین نمره نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب بوده است و سؤالات ۵ تا ۹ به‌صورت لیکرتی چهار امتیازی (هیچ‌وقت، کمتر از یک‌بار در هفته، یک یا دو بار در هفته، سه بار در هفته یا بیشتر) بود و نمره هر سؤال به ترتیب بین صفر تا ۳ در نظر گرفته‌شده است. ابعاد پرسشنامه کیفیت خواب شامل: اولین بعد، کیفیت ذهنی خواب و مربوط به سؤال ۹ در مورد مصرف قرص خواب می‌باشد. دومین بعد تأخیر در به خواب رفتن و حاصل جمع نمرات سؤال ۲ از سؤالات تشریحی و قسمت اول سؤال ۵ می‌باشد چنانچه مجموع نمرات این دو سؤال ۰، نمره ۰، نمرات ۲- ۱، نمره ۱، نمرات ۴-۳، نمره ۲ و نمرات ۵-۶، نمره ۳ تعلق می‌گیرد. بعد سوم طول مدت خواب و سؤال ۴ از سؤالات تشریحی بوده که نمره‌دهی آن ذکر شد. بعد چهار کفایت خواب بوده که نمره دهی آن ذکر شد. بعد پنجم اختلالات خواب و حاصل جمع نمرات هشت قسمت سؤال (۵. ب تا ۵. د) می‌باشد که چنانچه حاصل جمع نمرات ۰، نمره ۰، نمرات ۹-۱، نمره ۱، ۱۸-۱۰، نمره ۲، ۲۷-۱۹، نمره ۳ تعلق می‌گیرد. بعد ششم، مصرف داروی خواب‌آور و سؤال ۶ پرسشنامه می‌باشد. بعد هفتم، اختلال عملکرد روزانه و حاصل جمع سؤالات ۷ و ۸ بوده که برای نمرات ۰، نمره ۰، نمرات ۲-۱، نمره ۱، نمرات ۴-۳، نمره ۲، نمرات ۵-۶، نمره ۳ تعلق می‌گیرد. نمره کل در این پرسشنامه مجموع نمرات ۷ بعد کیفیت خواب و بین صفر تا ۲۱ می‌باشد که نمره صفر تا ۴ به‌منزله کیفیت خواب مطلوب و نمره کلی ۵ و بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده کیفیت خواب ضعیف می‌باشد. بخش سوم شامل پرسشنامه محقق ساخته سؤالات آگاهی در قالب ۳ سؤال بوده که سؤال ۲ شامل ۱۶ آیتم و سؤال ۳ شامل ۱۱ آیتم می‌باشد. بخش چهارم، پرسشنامه استاندارد نگرش DBAS-۱۶، نسخه‌ی خلاصه‌شده ۱۶ عاملی باورها و نگرش‌های غلط در مورد خواب (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep) می‌باشد و توسط مورین و والیرس در سال ۲۰۰۷ طراحی و اعتبار یابی شده است (۳۲). این پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. این خرده مقیاس‌ها شامل: ۱- مفاهیم درک شده از بی‌خوابی ۲- نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی ۳- انتظارات

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

مربوط به خواب ۴- دارودرمانی می‌باشند که ۵ سؤال مربوط به مفاهیم درک شده از بی‌خوابی (سؤالات ۵- ۷- ۹- ۱۲- ۱۶)، ۶ سؤال مربوط به نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی (سؤالات ۳- ۴- ۸- ۱۰- ۱۱- ۱۴)، ۲ سؤال مربوط به انتظارات مربوط به خواب (سؤالات ۱- ۲) و ۳ سؤال هم مربوط به دارودرمانی (سؤالات ۶- ۱۳- ۱۵) می‌باشد. پاسخ سؤالات پیوستاری از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۱۰ (کاملاً موافق) بوده و نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده باورها و نگرش‌های غلط در مورد خواب می‌باشد. لازم به ذکر است سؤالات پرسشنامه، به‌طورکلی در قالب ۱۹ سؤال اندازه‌گیری شدند. آگاهی در قالب ۳ سؤال که امتیاز ۱ برای پاسخ بله و امتیاز ۰ برای پاسخ خیر تعلق می‌گرفت و نگرش در قالب ۱۶ سؤال با مقیاس ۱۱ درجه‌ای لیکرت که برای هر سؤال به باورهای غلط، بیشترین نمره و باورهای درست، کمترین نمره تعلق می‌گرفت. برای بررسی تناسب و کاربرد فرهنگی در ایران و تعیین پایایی دو پرسشنامه آگاهی و نگرش، 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 سؤالات مربوط به آگاهی و نگرش از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ارزیابی شد. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای سازه آگاهی برابر با ۰/۸۷ و برای سازه نگرش برابر با ۰/۷۵ بود.

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

داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شدند. برای تعیین رابطه بین متغیرهای کمی دموگرافیک با آگاهی و نگرش از آزمون Independent t استفاده گردید. برای مقایسه آگاهی و نگرش با متغیرهای کیفی دموگرافیک، از آزمون Oneway-ANOVA و برای تعیین ارتباط بین آگاهی و نگرش درزمینهٔ اختلالات خواب از Pearson correlation استفاده شد. در ضمن در این پژوهش سطح معناداری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به کلینیک باز توانی بیمارستان مرکز قلب تهران که تحت جراحی بای پاس عروق کرونر قرار گرفتند، شرکت نمودند که دامنه سنی بیماران در مطالعه حاضر، ۴۰ تا ۸۶ سال و میانگین سنی آنان ۸/۳ ± ۵۹/۴ سال بود. اکثر بیماران شرکت‌کننده مرد و همه‌ی بیماران متأهل بودند (جدول شماره ۱). بررسی وضعیت تحصیلات آنان نشان داد که اکثر بیماران سطح سواد دبیرستان داشتند (جدول شماره ۱). ازنظر وضعیت اشتغال، اکثریت بیماران موردمطالعه کارمند بازنشسته بودند (جدول شماره ۱). ازنظر ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ساز آترواسکلروز عروق کرونر ۲۴ درصد بیماران مبتلابه فشارخون، ۲۸ درصد مبتلابه دیابت و ۲۸ درصد مبتلابه چاقی بودند.

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک کیفی بیماران مورد بررسی

	متغیرها				
وضعیت اشتغال	آزاد	بازنشسته	کارمند	کارگر	خانه‌دار
	٪۳۱	٪۳۵	٪۸	٪۵	٪۲۱
تحصیلات	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	دانشگاهی
	٪۱۰	٪۲۶	٪۱۵	٪۳۰	٪۱۹
سن	۴۰-۴۹	۵۰-۵۹	۶۰-۶۹	≥۷۰	
	٪۱۰	٪۴۰	٪۴۰	٪۱۰	
وضعیت تأهل	همسردار	همسر مرده	مطلقه	مجرد	
	٪۹۵	٪۳	٪۲	۰	
جنسیت	زن	مرد			
	٪۲۴	٪۷۶			

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین آگاهی و نگرش بیماران با گروه‌های سنی، وضعیت تحصیلات، نوع شغل و جنسیت اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جداول شماره ۲ و ۳). بین آگاهی با ابتلا به دیابت، فشارخون و چاقی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۴). بین ابتلا به دیابت و نگرش رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت؛ اما بین ابتلا به فشارخون و چاقی با نگرش رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۴).

یافته‌ها در مورد پاسخ‌های بیماران به سؤالات مربوط به آگاهی نشان داد که تنها ۹ درصد از بیماران ترس از مردن در خواب، ۲۴ درصد ترس از عدم بهبودی، ۲۹ درصد افسردگی پس از جراحی قلبی، ۳۰ درصد مصرف غذای سنگین، ۳۲ درصد مصرف داروی مربوط به بیماری خود، ۳۳ درصد نداشتن نقش فعال در خانواده، ۳۵ درصد اضطراب زیاد پس از جراحی قلبی، ۳۷ درصد نداشتن نقش فعال در جامعه و ۳۷ درصد بیماران محدودیت فعالیت شغلی بیمار پس از جراحی قلب را جزء علل مشکلات خواب بیان کردند؛ و فقط ۲۴ درصد استفاده از تکنیک آرام‌سازی را برای غلبه بر مشکلات خواب پس از جراحی مناسب دانستند.

همبستگی بین آگاهی با نگرش و ابعاد آن در جدول شماره ۵، آورده شده است. همان‌طور که در این جدول نشان داده‌شده است بین آگاهی و نگرش بیماران همبستگی معنی‌دار و مثبتی وجود داشت (P =۰/۰۳ r=۰/۲۱۷). بین آگاهی با بعد مفاهیم درک شده از بی‌خوابی (P =۰/۰۴۸ ۰r=/۱۹۸) و بعد نگرانی یا کمک درباره بی‌خوابی (P =۰/۰۲ ۰r=/۲۳۲) همبستگی آماری معنی‌دار

جدول ۲- ارتباط بین آگاهی، نگرش و کیفیت خواب با سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال (آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه)

متغیرها	سن	تحصیلات	وضعیت اشتغال
آگاهی	P=۰/۴۵۵	P=۰/۴۸	P=۰/۱۷۸
نگرش	P=۰/۷۰۴	P=۰/۲۳۲	P=۰/۳۲۱
کیفیت خواب	P=۰/۴۱۲	P=۰/۸۴۲	P=۰/۷۷۴

سطح معنی‌داری P<۰/۰۵

جدول ۳- ارتباط بین آگاهی، نگرش و کیفیت خواب با جنسیت (آزمون تی مستقل)

متغیرها	آگاهی	نگرش	کیفیت خواب
جنسیت	P=۰/۹۲۵	P=۰/۱۰۲	P=۰/۰۳۵*

*سطح معنی‌داری P<۰/۰۵

جدول ۴- ارتباط بین آگاهی، نگرش و کیفیت خواب با ابتلا به دیابت، فشارخون و چاقی (آزمون تی مستقل)

متغیرها	ابتلا به دیابت	ابتلا به فشارخون	ابتلا به چاقی
آگاهی	P=۰/۵۵۶	P=۰/۹۹۵	P=۰/۸۲۵
نگرش	P=۰/۰۲۷*	P=۰/۲۳۱	P=۰/۱۷۶
کیفیت خواب	P=۰/۷۸۶	P=۰/۴۸۴	P=۰/۶۷۴

*سطح معنی‌داری P<۰/۰۵

جدول ۵- همبستگی بین آگاهی با نگرش و ابعاد آن

ابعاد نگرش	r	P
مفاهیم درک شده از بی‌خوابی	۰/۱۹۸	۰/۰۴۸*
نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی	۰/۲۳۲	۰/۰۲*
انتظارات مربوط به خواب	۰/۰۴۹	۰/۶۲۷
دارودرمانی	۰/۰۹۸	۰/۳۳۲
نگرش کل	۰/۲۱۷	۰/۰۳*

*همبستگی معنی‌دار در سطح P<۰/۰۵

و مثبتی وجود داشت. همچنین بین آگاهی با بعد انتظارات مربوط به خواب) P=۰/۶۲۷ r=۰/۰۴۹) و بعد دارودرمانی) r=۰/۰۹۸ P =۰/۳۳۲) رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. فراوانی نسبی پاسخ‌های بیماران به سؤالات مرتبط با نگرش در جدول شماره ۶، نشان داده‌شده است. درزمینهٔ نگرش نیز نتایج بیانگر بالا بودن بعد دارودرمانی بود. سایر ابعاد نگرش در سطح پایینی قرار داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تعیین وضعیت‌آگاهی و نگرش بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف درباره مشکلات خواب پس از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر بود. نتایج مطالعه نشان داد که نگرش بیماران درزمینهٔ سه بعد مفاهیم درک شده از بی‌خوابی، نگرانی یا جستجوی کمک درباره کم‌خوابی و انتظارات مربوط به خواب و نگرش کلی در سطح پایینی قرار داشت. نتایج مطالعه مینز (Means) و همکاران نشان داد دانشجویانی که دچار بی‌خوابی مزمن بودند، میانگین نمره باورها و نگرش‌های غلط در مورد خواب بیشتری داشتند (۳۳). همچنین با نتایج مطالعه شیدفر و همکاران درزمینهٔ بررسی آگاهی و نگرش بیماران مبتلابه آنژین صدری ناپایدار همخوانی دارد (۲۰). تنها در بعد دارودرمانی نتایج رضایت‌بخش بود. اکثر

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]
[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

جدول ۶- در صد (فراوانی نسبی) پاسخ‌های بیماران به سؤالات نگرش

سؤالات	کاملاً مخالفم	خیلی مخالفم	مخالفم	نسبتاً مخالفم	کمی مخالفم	نمی‌دانم	کمی موافقم	نسبتاً موافقم	موافقم	خیلی موافقم	کاملاً موافقم
من به ۸ ساعت خواب نیاز دارم تا تجدیدقوا کنم و عملکردم در طول روز بهتر شود.	٪۱	٪۱	٪۱	٪۱	٪۱	٪۶	٪۲	٪۳	٪۱۳	٪۵	٪۶۷
وقتی کمتر از معمول بخوابم، روز بعد نیاز دارم با چرت زدن یا خواب بیشتر در شب آن را جبران کنم.	٪۷	٪۱	٪۳	٪۲	٪۱	٪۹	٪۱	٪۹	٪۱۱	٪۷	٪۴۹
من نگرانم از اینکه، بی‌خوابی مزمن عوارض جدی روی سلامت جسمی من داشته باشد.	٪۱۹	٪۵	٪۲	٪۳	٪۳	٪۱۰	٪۵	٪۳	٪۱۱	۰	٪۳۹
من نگرانم از اینکه، کنترلم را روی توانایی خوابیدنم از دست بدهم.	٪۳۰	٪۶	٪۷	٪۲	٪۵	٪۱۱	٪۴	٪۴	٪۴	٪۴	٪۲۳
بعد از کم‌خوابی شبانه، فعالیت‌های روزانه‌ام روز بعد مختل می‌شود.	٪۹	٪۲	٪۳	٪۷	٪۴	٪۱۰	٪۵	٪۱۳	٪۵	٪۶	٪۳۶
ترجیح می‌دهم برای داشتن عملکرد خوب در طول روز، شب‌ها به‌جای کم خوابیدن، از قرص خواب استفاده کنم.	٪۵۶	٪۱۰	٪۴	٪۲	٪۳	٪۳	٪۱	٪۵	٪۲	٪۲	٪۱۲
وقتی در طول روز احساس کج‌خلقی، افسردگی یا اضطراب دارم، اکثراً به‌این‌علت است که شب قبل خوب نخوابیده‌ام.	٪۱۳	٪۳	٪۴	٪۶	٪۲	٪۲۰	٪۵	٪۴	٪۱۲	٪۷	٪۲۴
موقعی که یک‌شب کم می‌خوابم، برنامه کل خواب هفتگی‌ام به هم می‌ریزد.	٪۳۴	٪۶	٪۶	٪۹	٪۳	٪۱۱	٪۸	٪۴	٪۳	٪۳	٪۱۳
بدون داشتن خواب خوب، روز بعد کارهایم را به‌سختی می‌توانم انجام دهم.	٪۱۳	٪۲	٪۳	٪۷	٪۴	٪۱۳	٪۴	٪۸	٪۷	٪۵	٪۳۴
اینکه من خواب شبانه خوب یا بد داشته باشم، برایم قابل پیش‌بینی نیست.	٪۸	٪۲	٪۴	٪۳	٪۱	٪۲۵	٪۱	٪۷	٪۱۴	٪۶	٪۲۹
من توانایی کمی برای مدیریت پیامدهای منفی اختلال خوابم دارم.	٪۲۳	٪۸	٪۲	٪۷	٪۲	٪۱۶	٪۶	٪۶	٪۹	٪۴	٪۱۷
موقعی که من احساس خستگی می‌کنم یا هیچ انرژی ندارم یا به نظر می‌رسد که در طول روز عملکرد خوبی ندارم، معمولاً به این دلیل است که شب قبل خواب خوبی نداشتم.	٪۱۴	٪۱	٪۴	٪۳	٪۲	٪۱۵	٪۵	٪۸	٪۷	٪۷	٪۳۴
من معتقدم که بی‌خوابی الزاماً درنتیجه‌ی به هم خوردن تعادل (در مواد شیمیایی) بدن است.	٪۱۵	٪۴	٪۷	٪۳	٪۲	٪۲۴	٪۱	٪۷	٪۷	٪۷	٪۲۳
من احساس می‌کنم بی‌خوابی توانایی‌ام را در لذت بردن از زندگی از بین می‌برد و مانع انجام کارهای موردعلاقه‌ام می‌شود.	٪۱۴	٪۱	٪۲	٪۵	٪۱	٪۸	٪۳	٪۸	٪۹	٪۱۱	٪۳۸
استفاده از دارو احتمالاً تنها راه‌حل درمان بی‌خوابی است.	٪۵۵	٪۱۳	٪۶	٪۵	٪۲	٪۷	٪۱	۰	٪۲	٪۱	٪۸
بعد از کم‌خوابی شبانه، از روابط خانوادگی و اجتماعی دوری می‌کنم.	٪۲۵	٪۷	٪۷	٪۵	٪۱	٪۱۶	٪۴	٪۳	٪۵	٪۶	٪۲۱

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

بیماران برای داشتن عملکرد بهتر در روز بعد با مصرف قرص خواب در مواقع بی‌خوابی شبانه کاملاً مخالف بودند و اکثراً کاملاً مخالف بودند که استفاده از دارو احتمالاً تنها راه‌حل درمان بی‌خوابی است. نتایج مطالعه فریگتو (Frighetto) و همکاران نشان داد، بیمارانی که داروی خواب‌آور مصرف می‌کردند، کفایت و کیفیت خواب بدتری داشتند (۳۴). مطالعه زراعتی و همکاران نشان داد که علیرغم دریافت داروهای خواب‌آور توسط بیماران پس از ترخیص همچنان دچار اختلال خواب بودند و بدترین نمره کیفیت خواب مربوط به بیماران با مصرف داروهای خواب‌آور بود (۳۵)؛ بنابراین انجام مداخلات آموزشی درزمینهٔ سه بعد نگرش بیماران می‌تواند در بهبود عملکرد و اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت درزمینهٔ اختلالات خواب این بیماران مؤثر باشد. به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر، انتظارات مربوط به خواب در بیماران بیشتر از ابعاد مفاهیم درک شده از بی‌خوابی و نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی دچار مشکل باشد. اعتقاد به اینکه برای عملکرد بهتر در طول روز ۸ ساعت خواب نیاز می‌باشد و همه افراد هم به‌شدت آن را تأیید نمایند، در مواقعی که چنین نیازی به‌طور بالقوه برآورده نشود این وضعیت می‌تواند نگران‌کننده شود و افراد خود را مبتلابه بی‌خوابی دائمی بدانند (۳۲). لذا با توجه به‌ضرورت و اهمیت انتظارات مربوط به خواب (به سبب تأثیر در باورهای درست و عملکرد بهتر در جهت بهبود کیفیت خواب) با انجام مداخلات آموزشی (ازجمله بحث گروهی و ایفای نقش) درزمینهٔ بهبود نگرش‌های بیماران و توجه ویژه به این بعد از نگرش می‌توان تااندازه‌ای نیازهای بیماران را مرتفع ساخت. برگزاری کلاس‌ها و بحث گروهی بر تغییر نگرش بیماران مؤثر می‌باشد. چراکه کلاس‌ها محیط حمایتی به وجود می‌آورند و شرکت در این کلاس‌ها مزایای روان‌شناختی برای افراد خواهد داشت (۳۶) و در خلال آن اعضاء گروه پیشنهادهایی برای مقابله با مشکلات خاص ارائه می‌دهند (۳۷). این حمایت‌ها با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران، باعث تسهیل عادات خواب سالم می‌شوند (۳۸). مطالعه کالدول (Caldwell) و همکاران نیز نشان داد که یک برنامه آموزشی بهبودی ساده می‌تواند آگاهی و رفتارهای خود مراقبتی را در بیماران دچار سکته قلبی بهبود دهد (۳۹). ضمناً انجام مطالعات بیشتر درزمینهٔ ۳ بعد مفاهیم درک شده از بی‌خوابی، نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی و انتظارات مربوط به خواب در بیماران پس از جراحی قلب که در وضعیت پایینی قرار داشتند، توصیه می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آگاهی بیماران درزمینهٔ علل و روش‌های غلبه بر کیفیت خواب ضعیف ازجمله، ترس از مردن در خواب، ترس از عدم بهبودی، افسردگی پس از جراحی قلبی، مصرف غذای سنگین، مصرف داروی مربوط به بیماری خود، نداشتن نقش فعال در خانواده و جامعه، اضطراب زیاد پس از جراحی قلبی، محدودیت فعالیت شغلی فرد و استفاده از تکنیک آرام‌سازی برای غلبه بر کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی در سطح پایین قرار داشت. مطالعه بانی و همکاران نشان داد که اکثر سالمندان ادعا می‌کردند که در طول شب از خواب بیدار می‌شدند و تنها ۱۶٪ آن‌ها سلامت خواب مطلوبی داشتند (۴۰). همچنین با نتایج مطالعه تایاجی (Tyagi) درزمینهٔ رفتاردرمانی بی‌خوابی مزمن و دادن اطلاعات به بیماران همخوانی دارد (۴۱). نتایج پژوهش شیدفر و همکاران درزمینهٔ آگاهی و نگرش بیماران مبتلابه آنژین صدری ناپایدار و بهروزی فر و همکاران در بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت و کمیت خواب شبانه بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر نیز تأیید می‌کند (۱۹، ۲۰). ازآنجاکه آگاهی مقدمه تغییر نگرش و نگرش مطلوب می‌تواند سبب بهبود عملکرد فرد شود، افزایش آگاهی بیماران و تشویق آنان برای استفاده از درمان‌های غیر دارویی و روان‌شناختی در جهت بهبود کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس قلبی باید در دستور کار مجریان و روانشناسان مراکز باز توانی قلبی قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش میانگین نمره آگاهی، نگرش بیماران بهبود می‌یافت و بالعکس. از ابعاد نگرش، مفاهیم درک شده از بی‌خوابی و نگرانی یا کمک درباره کم‌خوابی با آگاهی ارتباط معنی‌داری داشتند؛ که بامطالعه‌ی مینز و همکاران که باورها و نگرش‌های غلط درباره خواب را در دانشجویان بررسی کرده‌اند، همخوانی دارد (۳۳) و می‌توان به این نتیجه رسید که بیماران مبتلابه کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده کیفیت خواب نیازمند توجه به این نوع ابعاد نگرش بیشتر از انواع دیگر می‌باشند و با افزایش آگاهی بیماران می‌توان این دو بعد از نگرش را بهبود بخشید.

یافته‌ها نشان داد که بین ابتلا به دیابت و نگرش بیماران ارتباط معنی‌داری وجود دارد و این بیماران نگرش بدتری نسبت به

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

مشکلات خواب دارند. مطالعه ویگ (Vigg) و همکاران نشان داد که بین دیابت نوع دو و اختلال خواب رابطه وجود دارد (۴۲). طبق مطالعه بهروزی فر و همکاران، ابتلا به دیابت یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت و کمیت خواب بیماران پس از جراحی بای پاس عروق کرونر می‌باشد (۱۹). به نظر می‌رسد کیفیت خواب ضعیف در این گروه از بیماران در نگرش آنان تأثیر دارد. ازجمله عوامل ایجاد اختلال خواب بیدار شدن برای رفتن به دستشویی و بیدار شدن در نیمه‌های شب یا صبح خیلی زود می‌باشد (۳۰) و احتمالاً پرنوشی و پر ادراری و ترمیم کند زخم‌ها و جراحت ناشی از جراحی، از عوامل مؤثر بر نگرش نامطلوب این بیماران در مورد مشکلات خواب باشند؛ که در این صورت بیماران پس از جراحی قلبی مبتلابه دیابت به مراقبت‌های معمول بیشتری در جهت بهبود نگرش و کیفیت خواب نیاز دارند.

این مطالعه از اولین مطالعاتی است که به بررسی آگاهی و نگرش بیماران دارای کیفیت خواب ضعیف پس از جراحی بای پاس عروق کرونر می‌پردازد و دارای محدودیت‌هایی نیز بود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل عدم مطالعه بیمارانی بود که دارای اختلالات خواب بودند و به کلینیک باز توانی بیمارستان مرکز قلب تهران مراجعه نکرده بودند. از محدودیت‌های دیگر این حجم نمونه اندک به دلیل تعداد کم بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه بود.

آگاهی بیماران در مورد علل و روش‌های غلبه بر کیفیت خواب ضعیف و نگرش آنان در مورد کیفیت خواب پس از جراحی قلبی در سطح پایینی قرار دارد. نتایج این مطالعه می‌تواند در شناخت آگاهی و نگرش بیماران درزمینهٔ کیفیت ضعیف و کاهش عوامل خطر آن پس از جراحی بای پاس عروق کرونر کمک‌کننده باشد. همچنین این پژوهش، لزوم آموزش به بیمار و توجه به آگاهی و نگرش آنان، ارائه توصیه‌های دقیق و برنامه‌ریزی‌شده به ایشان درزمینهٔ کیفیت خواب ضعیف را مورد تأکید قرار می‌دهد. پیشنهاد می‌شوداین مطالعه در سایر بیماران جراحی قلبی ازجمله آنژوپلاستی و دریچه تیز انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است که در سال ۱۳۹۲ با حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا گردیده است. از همکاری کارکنان کلینیک باز توانی بیمارستان مرکز قلب تهران برای جمع‌آوری اطلاعات و از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود.

References

1- Sabzmakan L, Hazavehei SMM, Hassanzadeh A, Rabiee K. Effect of health education program on the depression of patients after coronary artery bypass surgery. J Fundam Ment Health. 2009;11 (1): 61-8. (Persian)
2- Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Quality of life after coronary artery bypass grafting: evaluating the influence of preoperative physical and psychosocial functioning. J Psychosom Res. 2006;60 (6): 639-44.
3- Babaee G KM, Heidarnia A. Evaluation of quality of life inpatients with coronary artery bypass surgery using controlled clinical trial. Acta Med Iran. 2007;45 (1): 69-75.
4- Direk F, Çelik2 SŞ. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;20 (3): 530-5.
5- Tahereh D. Design and evaluation of theory-based educational program for reducing patients anxiety after CABG [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University (T.M.U) ; 2007.
6- Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL. A Systematic Review of Sleep Patterns and Factors That Disturb Sleep After Heart Surgery. J Nurs Res. 2011 Dec;19 (4): 275-87. PubMed PMID: WOS: 000298795900005.
7- Strine TW, Chapman DP. Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. Sleep Med. 2005;6 (1): 23-7.
8- Farooqi A, Nagra D, Edgar T, Khunti K. Attitudes to lifestyle risk factors for coronary heart disease amongst South Asians in Leicester: a focus group study. Fam pract. 2000;17 (4): 293-7.
9- Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A, et al. A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med. 2003;163 (2): 205-9.
10- Behrouzifar S, Nezafati M, Esmaily H. The Relationship Between Sleep Patterns and The Quantity of Life in Coronary Artery Bypass Graft Patients. J Sabzevar Univ Med Sci. 2007;14 (1): 53-61).Persian)
11- Chandola T, Ferrie JE, Perski A, Akbaraly T, Marmot MG. The effect of short sleep duration on coronary heart disease risk is greatest among those with sleep disturbance: a prospective study

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

from the Whitehall II cohort. Sleep. 2010;33 (6): 739-44.
12- Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia. Arch gen psychiatry. 2002;59 (2): 131-6.
13- Patel SR, Ayas NT, Malhotra MR, White DP, Schernhammer ES, Speizer FE, et al. A prospective study of sleep duration and mortality risk in women. SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER. 2004;27 (3): 440-4.
14- Learthart S. Health effects of internal rotation of shifts. Nur Stand. 2000;14 (47): 34-6.
15- Sadeghifar J, Taghinejad F, Taghinejad H, Khodadadi E, Mousavi S. Effect of Education on Knowledge and Attitude of Hospitalized Patients in CCU and Post CCU about Risk Factors of Cardio-Vascular Disease. Iran J Nurs Res. 2013;8 (28): 39-48.
16- Bartlett EE. Cost-benefit analysis of patient education. Patient Educ Couns. 1995;26 (1): 87-91.
17- Shea S, Basch CE. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part I: rationale, design, and theoretical framework. Am J Health Promot. 1990;4 (3): 203-13.
18- Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Comparison of health belief model-based methods of video and face to face training about risk factors on knowledge and attitude of patients with myocardial infarction during discharge. Payesh Health Monit. 2012;11 (6): 907-12. (Persian)
19- Behrouzifar S, Zenouzi SH, Nezafati M, Esmaily H. Factors Affecting the Quality and Quantity of Sleep in Coronary Artery Bypass Graft Patients. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2008;16 (3): 57-66).Persian)
20- Shid Far MR, Shojaei Zadeh D, Hosseini M, Assasi N, Majlessi F, Nazemi S. Knowledge, attitude and lifestyle of patients with unstable Angina in Mashhad. Payesh Health Monit. 2003;2 (1): 49-61. (Persian)
21- Shid Far MR. Hosseini M, Shojaei Zadeh D, Asasi N, Majlesi F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention. J Birjand Univ Med Sci. 2007;14 (1): 18-26. (Persian)
22- Dastani M, Jomheri F, Fathi-Ashtiani A, Sadeghniiat Kh, Someloo S. Effectiveness of drug therapy and behavioral therapy on chronic insomnia. J Behav Sci. 2011;5 (1): 27-32. (Persian)
23- Mirmohammadali M, Ashrafian F, Rajabi H, Amelvalizadeh M, Sadeghniiat Haghighi KH, Kazemnejad A. Effect of Exercise on Quality of Sleep in Post-Partum Women. Hayat. 2012;18 (1): 20-9. (Persian)
24- Ghoreishi A, Aghajani AH. Sleep quality in Zanjan university medical students. Tehran Univ Med J. 2008;66 (1). (Persian)
25- KF E. Measurement of sleep and quality of life before and after coronary artery bypass grafting: a pilot study. Int J Nurs Pract. 2008;3 (4): 239-46.
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: J Acute 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. J clin nurs. 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 Res. 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 Breath. 2009;13 (3): 259-62.
32- Morin CM, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). Sleep. 2007;30 (11): 1547.
33- Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson CT. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. Behav Res Ther. 2000;38 (7): 665-78.
34- Frighetto L, Marra C, Bandali S, Wilbur K, Naumann T, Jewesson P. An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. Health Qual Life Outcomes. 2004;2: 17.
35- Zeraati F, Rabie Seif MA, Araghchian M, Sabouri T. Assessment of Quality of Sleep and Use of Drugs with Sedating Properties in Adult Patients Hospitalized in Hamadan Ekbatan Hospital. Sci J Hamdan Univ Med Sci. 2010;16 (4): 31-6. (Persian)
36- Alexander J, Anderson T, Grant M, Sanghera J, Jackson D. An evaluation of a support group for breast-feeding women in Salisbury, UK. Midwifery. 2003;19 (3): 215-20.
37- Callaghan DM. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. Nurs Sci Q. 2003;16 (3): 247-54.
38- Troxel WM, Buysse DJ, Monk TH, Begley A, Hall M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? J Psychosom Res. 2010;69 (5): 459-66.
39- Caldwell MA, Peters KJ, Dracup KA. A simplified education program improves knowledge, self-care behavior, and disease severity in heart failure patients in rural settings. Am Heart J. 2005;150 (5): 983.
40- Bani S, Hasanpour S, Malakuti J, Abedi P, Ansari S. Sleep Hygiene and its Related Factors Among the Elderly in Tabriz, Iran. Int J Women's Health Reproduction Sci. 2014;2 (3): 160-7.
41- Tyagi S, Resnick NM, Perera S, Monk TH, Hall MH, Buysse DJ. Behavioral Treatment of Chronic Insomnia in Older Adults: Does Nocturia Matter? Sleep. 2014;37 (4): 681.
42- Vigg A, Vigg A, Vigg A. Sleep in Type 2 diabetes. JAPI. 2003;51: 479-81.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

The survey of knowledge and attitude status in patients with poor sleep quality about sleep problems after coronary artery bypass surgery

Ranjbaran. S[1], *Dehdari. T[2], Sadeghniiat-Haghighi. Kh[3], Mahmoodi Majdabadi. M[4], Geravand. A[5]

Abstract

Introduction: Poor sleep quality is one of the common problems in patients after coronary artery bypass surgery. The range of attitudes and levels of knowledge is recognized as effective on this problem of patients. To provide preventive services as effective, health care workers should be aware of patients' knowledge and attitudes to effectively provide health education. The purpose of this study was to determine the status of knowledge and attitude in patients with poor sleep quality about sleep problems after coronary bypass surgery in 2013.

Materials and Methods: This was a analytic-sectional study 100 patients with poor sleep quality referred to the cardiac rehabilitation clinic of Tehran Heart Center and selected through Conveinance sampling method and completed questionnaires Pittsburgh's standardized Sleep Quality and attitude (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep) and researcher made questionnaire of knowledge. Data were analyzed by the SPSS 18 and Oneway-ANOVA, Independent samples T test and Pearson correlation coefficient tests.

Results: The results indicated that knowledge of patients was low about the causes and ways to overcome poor sleep quality after cardiac surgery. Only 9% of patients stated fear of dying in sleeping and 24% fear of non recovery as causes of sleep problems and only 24% expressed the use of relaxation techniques are appropriate to overcome sleep problems after surgery. The result also showed that the attitude domain toward medication assets was high. Other domains of attitude were low. There was a significant relation between knowlege and attitude (P=0.03, r= 0. 217). Also there was a significant relation between diabet and attitude (P=0.027)

Discussion & Conclusion: This research emphasized patient's education, attention to their knowledge and attitudes, and providing accurate recommendations for them in the context of poor sleep quality.

Keywords: Knowledge, Coronary Artery Bypass Surgery, Sleep quality, Attitude

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.99]

1- Msc in Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- (*Corresponding author) Assistant professor of Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: dehdarit@yahoo.com

3- MD, Occupational Sleep Research Center, Baharloo Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Full Professor in Biostatistics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Msc in Health Education, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.