

نقش کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و خستگی در خودکارآمدی زندگی روزمره افراد دارای ضایعه نخاعی

سیمین زغیبی قناد^۱، طیبه فاطمینیک^۲، سیروس عالی پور^{۳*}

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۲ کارشناسی ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: سیروس عالی پور، دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: sirousalipour1334@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۲

چکیده

مقدمه: ضایعه نخاعی طیف وسیعی از ناتوانی‌ها را برای بیماران مبتلا به آن در بردارد. یکی از دغدغه‌های اصلی این بیماران توانایی سازگاری با تکالیف متعدد زندگی روزمره است. از این رو، پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی نقش کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و خستگی در خودکارآمدی زندگی روزمره در بیماران دارای ضایعه نخاعی بپردازد.

روش کار: ۱۵۷ نفر از افراد دارای ضایعه نخاعی مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی شهر خرم‌آباد مقیاس خودکارآمدی زندگی روزمره، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، پرسشنامه نشانگان خستگی و مقیاس کیفیت خواب را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر و روش بوت‌استرپ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی و کیفیت خواب هم به طور مستقیم و هم از طریق ابعاد هیجانی و جسمانی خستگی بر خودکارآمدی زندگی روزمره اثرگذار هستند. در مجموع، کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و خستگی ۴۳ درصد از واریانس خودکارآمدی زندگی روزمره را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی و کیفیت خواب در بیماران دارای ضایعه نخاعی بر خستگی مؤثر است و بنابراین، با حس کارآمدی در این افراد رابطه دارد.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت خواب، خودکارآمدی زندگی روزمره، خستگی، بیماران دارای ضایعه نخاعی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

این قضاوت بر چهار منبع اطلاعات مبتنی است: (۱) تجارب تسلطی که به عنوان شاخص توانمندی عمل می‌کند؛ (۲) تجارب جانشینی یا مشاهده دیگران که باورهای کارآمدی مربوط به انتقال شایستگی و مقایسه با دستاوردهای دیگران را تغییر می‌دهد (اگر او می‌تواند، من هم می‌توانم)؛ (۳) متقاعدسازی کلامی و تاثیرات اجتماعی شخص در رابطه توانمندی‌های خاص او (تو می‌توانی به خوبی این کار را انجام دهی) و (۴) حالات عاطفی و فیزیولوژیکی که از ضعف، قوت و آسیب‌پذیری نسبت به نقایص حکایت می‌کند. دستاوردهای عملکرد مهم‌ترین منبع کارآمدی است به این دلیل که بر تجربه شخصی فرد مبتنی است. تجربه موفقیت خودکارآمدی را افزایش می‌یابد، در حالی که شکست‌های مکرر و منظم خودکارآمدی را کاهش می‌دهد (۴). هر چیزی که عملکرد را کاهش دهد، از اطلاعات مربوط به حس خودکارآمدی ممانعت نمی‌نماید. یکی از این عوامل خستگی است. خستگی بسیاری از جنبه‌های زندگی

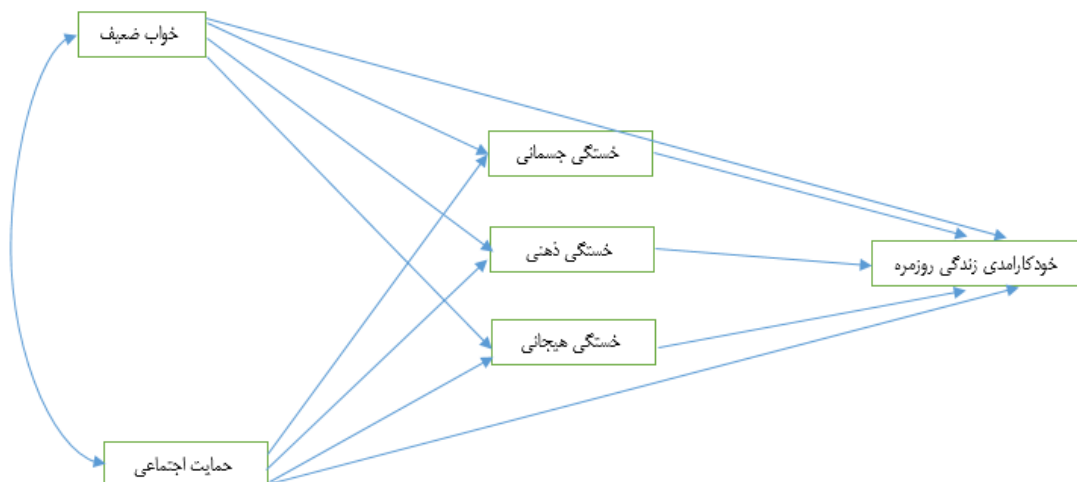
ضایعه نخاعی یک اختلال عصبی مزمن است که شامل کبود، پاره یا قطع‌شدگی شدید نخاع در اثر یک صدمه یا آسیب می‌باشد (۱) که پیامدهای بهداشتی جدی در سطح روانشناختی، جسمانی و اجتماعی ایجاد می‌کند (۲). هرچند احتمال گرفتاری به این آسیب در کل کم است با این حال در صورت وقوع بسیار آسیب‌زا است و اثرات منفی اساسی بر کیفیت زندگی می‌گذارد (۱). انطباق با پیامدهای جسمانی و روانشناختی ضایعه نخاعی یکی از چالش‌های مهم رویاروی افراد دچار این معضل است (۳). پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که خودکارآمدی و انتظارات کنترل (۴) از عوامل مؤثر بر سلامت در عرصه‌های گوناگون از جمله نتایج توانبخشی افراد دارای ضایعه نخاعی (۵-۸) هستند. خودکارآمدی ادراک شده بر پایداری، تلاش و عملکرد در رفتارهایی مثل فعالیت‌های ارتقای سلامت اثر دارد (۹). خودکارآمدی ادراک شده قضاوت شخص درباره توانایی او در یک فعالیت خاص را شامل می‌شود.

و به منظور آزمون روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها به ترتیب از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS و روش بوت‌استرپ با استفاده از نرم‌افزار پریچر و هیز استفاده شد. تحلیل مسیر گسترشی از مدل‌های رگرسیونی است که یک ماتریس همبستگی را در مقایسه با مدل‌های مفروض علی که پژوهش‌گر تنظیم می‌کند، می‌آزماید (۱۸). جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی مراجعه‌کننده به سازمان بهزیستی خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ می‌باشند. ۱۵۷ نفر از آنان با روش تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند (۱۰۶ مرد و ۲۷ زن). میانگین سنی نمونه حاضر ۳۳/۶۸ بود. در تکمیل پرسشنامه‌ها، اصول اخلاقی پژوهش، به ویژه رضایت آگاهانه، رازداری و آزادی در مشارکت به خوبی اعمال شدند. به این صورت که برای تک‌تک افراد شرکت‌کننده در پژوهش توضیحات لازم در ارتباط با هدف کلی پژوهش داده شده و به آنان گفته می‌شد که در صورت تمایل و رضایت شخصی مشارکت داشته باشند. همچنین در زمینه پنهان ماندن اطلاعات خصوصی به آنان اطمینان لازم داده شد. در پژوهش حاضر از چهار ابزار برای سنجش متغیرها بهره گرفته شد، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده، این مقیاس از ۱۲ ماده (برای مثال، می‌توانم روی کمک دوستان و اطرافیانم حساب کنم) تشکیل شده است (۱۹). این مقیاس حمایت اجتماعی را در سه بعد خانواده، دوستان و حمایت زوجی سنجش می‌کند. نمره‌گذاری این مقیاس با استفاده از یک مقیاس لیکرت هفت امتیازی از به شدت مخالفم (۱) تا به شدت موافقم (۷) می‌باشد. این مقیاس از نظر روانسنجی در نمونه‌های متنوع به اثبات رسیده است و پایایی درونی، پایایی بازآزمون و اعتبار عوامل قوی دارد (۲۰). در این پژوهش، اعتبار مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمایش قرار گرفت. نتایج نشان داد که بار عاملی برای تمام ماده‌ها کافی بود (بالا ۰/۳۰). همچنین، در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای حایت اجتماعی کلی ۰/۹۰ بود.

مردم را از طریق کاهش توانایی در عملکرد تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). نتایج پژوهش ویجسوریا تران و میدلتون (۱۱) نشان داده است که اشخاص دارای ضایعه نخاعی به طور معنی‌داری افزایش خستگی را نسبت به سایر افراد گزارش می‌دهند. به علت تأثیر خستگی بر عملکرد و خودکارآمدی، از طریق یافتن عوامل مؤثر بر خستگی می‌توان بینش صحیح‌تری از جایگاه خودکارآمدی در بیماران دارای ضایعه نخاعی به دست آورد. بنا بر مطالعات پیشین، کیفیت خواب و حمایت اجتماعی از جمله این عوامل هستند. پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که اختلالات مزمن خواب با عوامل خطر بسیاری از جمله ضعف سلامتی، حساسیت، افسردگی، خستگی، تمرکز و مشکلات توجه ارتباط مستقیم دارد (۷). در واقع، خستگی یک پاسخ طبیعی به محرومیت از خواب به شمار می‌رود (۵، ۸). حمایت اجتماعی نقش مهمی در فرایند سازگاران بیماران دارای ضایعه نخاعی ایفا می‌کند (۱۲). کوب (۱۳) حمایت اجتماعی را به عنوان اطلاعاتی که در نتیجه آن شخص بر این باور می‌شود که از عشق و احترام برخوردار است و عضوی از یک شبکه تعامل متقابل محسوب می‌شود، معرفی کرده است. پژوهش‌های گذشته مشخص کرده‌اند که حمایت اجتماعی می‌تواند سطوح خستگی را بکاهد (۱۴-۱۷). با در نظر گرفتن یافته‌های موجود، کیفیت خواب و حمایت اجتماعی از جمله پیش‌بین‌های خستگی و عملکرد هستند. پژوهش حاضر قصد دارد علاوه بر نتایج سایر پژوهش‌ها روابط غیرمستقیم میان کیفیت خواب و حمایت اجتماعی با خودکارآمدی زندگی روزمره از طریق نقش میانجی خستگی را بررسی نماید. همچنین، ابعاد جسمانی، ذهنی و هیجانی خستگی نیز در نظر گرفته می‌شود. مجموعه این روابط در تصویر ۱ قابل مشاهده هستند.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. در این مطالعه برای سنجش یافته‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی ساده پیرسون از نرم‌افزار SPSS (ویراست ۲۱)



تصویر ۱: روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش حاضر

درجه بندی می شود و نمرات بالا در این مقیاس سطوح بالایی از اعتماد به نفس و توانایی عملکردی در زندگی روزمره را نشان می دهند. مقیاس همسانی درونی بالا، ثبات زمانی و روایی همگرا را نشان داد (۲۳). در پژوهش حاضر، انجام تحلیل عاملی تأییدی به منظور تعیین اعتبار مقیاس نشان داد که بار عاملی تمام ماده ها از مقادیر مناسبی برخوردار می باشد (بالای ۰/۳۰). همچنین، پایایی مقیاس با روش همسانی درونی ۰/۹۲ بود.

یافته ها

در این بخش، ابتدا یافته های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش گزارش می شود (جدول ۱). مندرجات جدول ۱ نشان می دهد که تمامی ضریب های همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر در سطح $(P < 0/01)$ معنی دار می باشند، به جز دو رابطه حمایت اجتماعی به خستگی ذهنی و کیفیت خواب به خودکارآمدی زندگی روزمره که در سطح $(P < 0/05)$ معنی دار بودند. تحلیل مسیرهای مستقیم کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و ابعاد جسمانی، هیجانی و ذهنی خستگی با خودکارآمدی زندگی روزمره با استفاده از روش تحلیل مسیر و نرم افزار AMOS صورت گرفت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که در مجموع، متغیرهای پیش بین (کیفیت خواب و حمایت اجتماعی) و میانجی (ابعاد جسمانی، هیجانی و ذهنی خستگی) ۴۳ درصد از واریانس متغیر خودکارآمدی زندگی روزمره را تبیین کردند. همچنین، مسیرهای غیرمستقیم کیفیت خواب و حمایت اجتماعی با خودکارآمدی زندگی روزمره از طریق ابعاد جسمانی، هیجانی و ذهنی خستگی با روش بوت استراپ نرم افزار پریچر و هیز انجام شد. این اطلاعات همگی در جدول ۲ ارائه شده اند. بررسی نتایج گزارش شده در جدول ۲ نشان می دهد که با توجه به سطح معنی داری مسیرها، از میان مسیرهای مستقیم تنها مسیرهای حمایت اجتماعی به خستگی ذهنی $(P = 0/16)$ و خستگی ذهنی به خودکارآمدی زندگی روزمره $(P = 0/93)$ معنی دار نمی باشند. از بین مسیرهای غیرمستقیم، تنها دو مسیر کیفیت خواب به خودکارآمدی زندگی روزمره از طریق خستگی ذهنی $(P = 0/58)$ و حمایت اجتماعی به خودکارآمدی زندگی روزمره از طریق خستگی ذهنی $(P = 0/81)$ معنی دار نیستند.

مقیاس کیفیت خواب، این مقیاس از ۲۸ ماده (برای مثال، مشکل در تفکر به دلیل خواب ناکافی) تشکیل شده است (۲۱). پاسخ دهی به ماده های این مقیاس با استفاده از یک طیف لیکرت چهار امتیازی صورت می گیرد (کم = ۰، گاهی اوقات = ۱، اغلب = ۲ و تقریباً همیشه = ۳). در پژوهش حاضر از نمره کل مقیاس به منظور سنجش کیفیت خواب استفاده شد. مجموع نمره کل از ۰ تا ۸۴، با نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت خواب پایین تر است. در مطالعه سازنده مقیاس، ضریب همبستگی برای پایایی بازآزمون در فاصله دو هفته ای ۰/۸۱ بود. در این پژوهش، اعتبار مقیاس را با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد آزمایش قرار دادیم. نتایج نشان داد که بار عاملی برای تمام ماده ها به جز ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۲۶ و ۲۸ کافی بود (بالای ۰/۳۰). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ بود. پرسشنامه فرم کوتاه نشانگان خستگی چندبعدی، این مقیاس برای سنجش ماهیت چندبعدی خستگی طراحی شده (۲۲) و حاوی ۳۰ جمله (برای مثال، من به سختی چیزها را به یاد می آورم) می باشد. پاسخ دهندگان میزانی را که هر نشانه را در هفته گذشته تجربه می کنند (۰ به ازای اصلاً و ۴ به ازای کاملاً) گزارش می دهند. در پژوهش حاضر از ابعاد جسمانی، ذهنی و هیجانی این پرسشنامه برای سنجش متغیر خستگی استفاده شده است. در مطالعه اعتباریابی اصلی، پایایی گزارش شده برای ابعاد خستگی جسمانی، هیجانی و ذهنی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۱ بود. اعتبار مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمایش قرار گرفت. نتایج نشان داد که بار عاملی برای تمام ماده ها به جز سوالات ۱، ۶ و ۱۰ کافی بود (بالای ۰/۳۰). همچنین، در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد خستگی جسمانی، هیجانی و ذهنی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ به دست آمد که نشان می دهد این مقیاس از پایایی مناسبی برخوردار می باشد. مقیاس خودکارآمدی زندگی روزانه، این مقیاس یک پرسشنامه ۱۲ آیمتی طراحی شده توسط موژان، دیویس، کندال، کیسی، و لاکستون است (۲۳) که میزان باورهای فردی در توانایی عملکرد آن ها در زندگی روزمره را بررسی می کند (به عنوان مثال، ترتیب هر گونه تعمیرات لازم در اطراف خانه). موژان و همکاران (۲۳) هماهنگ با توصیه بندورا، یک مقیاس لیکرت با فاصله های ۱۰ واحدی از ۰ (اصلاً نمی تواند انجام دهد) تا ۱۰۰ (خیلی می تواند انجام دهد) برای اندازه گیری این مقیاس به کار بردند. نمره کل از ۰ تا ۱۲۰۰

جدول ۱: یافته های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
خواب ضعیف	۴۰/۸۸	۱۵/۸۲	-	-	-	-	-	-
حمایت اجتماعی	۴۵/۰۱	۱۳/۶۳	-۰/۲۳	-	-	-	-	-
خستگی جسمانی	۹/۴۴	۴/۹۵	۰/۳۴	-۰/۲۷	-	-	-	-
خستگی هیجانی	۹/۲۱	۶/۲۵	۰/۴۸	-۰/۳۹	۰/۵۸	-	-	-
خستگی ذهنی	۵/۶۳	۴/۵۳	۰/۴۴	*-۰/۲۰	۰/۴۶	۰/۶۹	-	-
خودکارآمدی زندگی روزمره	۶۲۵/۵۰	۲۹۱/۳۰	*-۰/۱۹	۰/۵۴	-۰/۴۵	-۰/۵۴	-۰/۳۵	-

* $P < 0/05$

جدول ۲: ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش حاضر

مسیرها	اندازه اثر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	آماره t	آماره Z	سطح معنی داری
خواب ضعیف به خستگی جسمانی	-	۰/۳۰	۰/۰۲	۴/۵۲	-	۰/۰۰۰
خواب ضعیف به خستگی هیجانی	-	۰/۴۱	۰/۰۳	۶/۷۸	-	۰/۰۰۰
خواب ضعیف به خستگی ذهنی	-	۰/۴۲	۰/۰۲	۶/۱۶	-	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی به خستگی جسمانی	-	-۰/۲۰	۰/۰۳	-۳/۴۳	-	۰/۰۰۹
حمایت اجتماعی به خستگی هیجانی	-	-۰/۲۹	۰/۰۳	-۵/۲۳	-	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی به خستگی ذهنی	-	-۰/۱۰	۰/۰۲	-۲/۵۵	-	۰/۱۶
خواب ضعیف به خودکارآمدی روزمره	-	۰/۱۳	۱/۲۷	-۲/۴۰	-	۰/۰۵
حمایت اجتماعی به خودکارآمدی روزمره	-	۰/۴۰	۱/۳۸	۷/۹۸	-	۰/۰۰۰
خستگی جسمانی به خودکارآمدی روزمره	-	-۰/۲۰	۴/۳۱	-۲/۵۲	-	۰/۰۰۷
خستگی هیجانی به خودکارآمدی روزمره	-	۰/۳۴	۴/۴۸	-۳/۰۷	-	۰/۰۰۰
خستگی ذهنی به خودکارآمدی روزمره	-	-۰/۰۱	۵/۴۲	۰/۲۴	-	۰/۹۳
خواب ضعیف به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی جسمانی	-۱/۴۱	-	۰/۶۰	-	-۲/۳۶	۰/۰۲
خواب ضعیف به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی هیجانی	-۴/۳۴	-	۱/۱۰	-	-۳/۹۳	۰/۰۰۰
خواب ضعیف به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی ذهنی	۰/۴۳	-	۰/۷۶	-	۰/۵۶	۰/۵۸
حمایت اجتماعی به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی جسمانی	۱/۰۷	-	۰/۵۲	-	۲/۰۵	۰/۰۴
حمایت اجتماعی به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی هیجانی	۲/۴۶	-	۰/۹۲	-	۲/۶۷	۰/۰۱
حمایت اجتماعی به خودکارآمدی روزمره از طریق خستگی ذهنی	-۰/۰۹	-	۰/۳۶	-	-۰/۲۴	۰/۸۱

بحث

(۰/۱۹-) و ضریب استاندارد بین آن‌ها مثبت، معنی‌دار و جزئی (۰/۱۳) می‌باشد. تناقض بین جهت همبستگی ساده و استاندارد خواب ضعیف با خودکارآمدی زندگی روزمره به علت نقش متغیر خستگی است که به عنوان میانجی در رابطه این دو متغیر لحاظ شد. بخشی از واریانس خواب ضعیف که منجر به خستگی می‌شود با متغیر خستگی اشتراک دارد. با برداشته شدن این واریانس مشترک، آن بخش از کسری خواب فرد به عنوان پیش‌بین خودکارآمدی زندگی روزمره در نظر گرفته می‌شود که در واقع، خستگی ذهنی، هیجانی و جسمانی را به عنوان پیامد به دنبال ندارد. می‌توان استدلال کرد که کمبود در خواب این فرصت را فراهم می‌کند که افراد زمان‌های بیداری بیش‌تری را تجربه کنند و احتمالاً بیش‌تر به انجام وظایف روزمره بپردازند. در نتیجه، سطح عملکرد و به دنبال آن خودکارآمدی روزمره بالاتری داشته باشند. همچنین، این یافته نشان می‌دهد خستگی نقش میانجی‌گری تأثیرگذاری را در رابطه مذکور ایفا می‌کند که با مداخله آن جهت رابطه به این صورت تغییر کرده است. اگرچه لازم است تا این نتایج در پژوهش‌های آتی به طور دقیق‌تری بررسی شود.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری با خودکارآمدی زندگی روزمره و رابطه منفی و معنی‌داری با ابعاد جسمانی و هیجانی خستگی دارد. خستگی جسمانی و هیجانی به عنوان میانجی در رابطه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی زندگی روزمره تأیید شدند. در حالی که بین حمایت اجتماعی با خستگی ذهنی و

هدف این پژوهش بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و خستگی با خودکارآمدی زندگی روزمره در افراد دارای ضایعه نخاعی بود. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که خواب ضعیف رابطه منفی و معنی‌داری با خودکارآمدی روزمره زندگی و رابطه مثبت و معنی‌داری با خستگی ذهنی، هیجانی و جسمانی دارد. همچنین، ابعاد خستگی در رابطه خواب ضعیف و خودکارآمدی روزمره زندگی نقش میانجی دارند. دو پژوهش دیگر انجام گرفته در ایران نیز نقش کیفیت خواب بر شدت و ادراک ابعاد شناختی، جسمانی و روانی اجتماعی خستگی را بررسی و تأیید کرده‌اند (۱۴، ۲۴). محرومیت از خواب به صورت حاد و مزمن بر عملکرد شناختی (۲۵، ۲۶) و به طور محسوس بر کارکرد حافظه، هوشیاری، توجه، گوش‌به‌زنگی و تصمیم‌گیری (۲۵) اثر نامطلوب دارد. قشر جلو مغز، منطقه مسئول فرایندهای شناختی پیچیده است که تصور می‌شود نسبت به تأثیرات کمبود خواب (۲۷) که در هنگام برنامه‌ریزی، هماهنگی، و رفتارهای خود تنظیم مورد نیاز می‌باشد، آسیب پذیر است. بنابراین، خواب ضعیف با کاهش حافظه فعال و توجه به بدکارکردی در عملکرد منجر می‌شود و در نتیجه، بر خودکارآمدی اثربخش است. مقایسه ضرایب همبستگی و استاندارد بین خواب ضعیف با خودکارآمدی زندگی روزمره در پژوهش حاضر نشان می‌دهد همبستگی ساده بین دو متغیر مقداری منفی و معنی‌دار

در نظر داشت که خودکارآمدی در این مطالعه در حوزه تکالیف روزمره مطرح شد که به طور معمول در اثر تمرین و تکرار به صورت عادت‌های رفتاری درمی‌آیند و اساساً به مهارت‌های شناختی پیچیده برای مثال، توجه و حافظه نیاز کمتری دارند.

نتیجه گیری

این پژوهش در قالب یک مطالعه همبستگی انجام شد. بر این اساس، علیت در روابط بین متغیرها را نمی‌توان با اطمینان صد در صد استنباط کرد. حمایت اجتماعی، خستگی و خودکارآمدی زندگی روزمره بنا بر یافته‌های مطالعات گذشته روابط متقابلی با هم دارند. برای مثال، می‌توان حمایت اجتماعی را به عنوان یک پیامد از خستگی و خودکارآمدی زندگی روزمره در نظر گرفت. گرچه غالباً کسی که دریافت‌کننده حمایت اجتماعی است به عنوان شخصی منفعل در نظر گرفته می‌شود، اما مهارت‌های اجتماعی مثل قاطعیت و ظرفیت مدیریت مشکلات رابطه تأثیر مثبتی بر میزان دریافت حمایت اجتماعی می‌گذارد. انتظارات خودکارآمدی یک شخص فرد را به توانایی برقراری ارتباط و دریافت حمایت از شبکه اجتماعی محیط خود تجهیز می‌کند. یافته‌های برخی مطالعات نیز تأیید می‌کنند که بیماران دارای حس خودکارآمدی بالاتر کمتر دچار افسردگی و استرس بودند و بهتر می‌خوابیدند (۳۵). به علاوه، خیلی متداول است که اعضای خانواده و دوستان فرد بیمار نشانه‌های خستگی او را به حساب تنبلی گذارند. برای مثال، یافته‌های یک مطالعه طولی روشن کرده که در حدود ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه رفتارهای مرتبط با خستگی را با عدم اشتیاق یا تنبلی اشتباه گرفتند (۳۶)، که در نتیجه، چگونگی برداشت منابع حمایتی اجتماعی فرد بیمار از نشانه‌های خستگی او بر شدت و کیفیت حمایت آنان اثر می‌گذارد. این مطالعه با محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم نتایج آن رو به روست. اثبات روابط علی در بین متغیرهای این پژوهش به دلیل استفاده از روش همبستگی باید با احتیاط صورت بگیرد. نمونه پژوهش حاضر افراد دارای ضایعه نخاعی شهر خرم‌آباد بودند. بنابراین، تعمیم نتایج آن به نمونه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر مطالعه این است که استفاده از یک روش ارزیابی، سوگیری ایجاد می‌کند. همچنین، پرسشنامه‌های خودگزارشی می‌تواند بی‌صدقتی، بی‌دقتی و عدم پاسخ‌دهی پاسخ‌گویان را به همراه داشته باشد که اعتبار سازه پژوهش را کاهش می‌دهد. بنابراین، لازم است تا در پژوهش‌های آتی چندین روش گردآوری داده‌ها برای مثال، مشاهده و مصاحبه بالینی مورد استفاده قرار گیرد. به علاوه، در پژوهش‌های آینده تحلیل مدل پیشنهادی این مطالعه بر اساس تفاوت در زنان و مردان دارای ضایعه نخاعی ضرورت دارد.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مقاله از مسئولین سازمان بهزیستی شهر خرم‌آباد به خاطر همکاری دلسوزانه ایشان و همچنین از افراد مبتلا به ضایعه نخاعی شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچگونه تعارض منافی با هم ندارند.

خستگی ذهنی با خودکارآمدی زندگی روزمره رابطه معنی‌داری پیدا نشد، بنابراین، رابطه غیرمستقیم حمایت اجتماعی با خودکارآمدی زندگی روزمره از طریق خستگی ذهنی نیز معنی‌دار نبود. در زمینه رابطه حمایت اجتماعی با خودکارآمدی زندگی روزمره، می‌توان به منابع خودکارآمدی نظریه بندورا اشاره کرد. روابط با دیگران زمینه‌ای برای تأمین برخی از منابع خودکارآمدی برای مثال، تجربه جانشینی و ترغیب کلامی فراهم می‌کند. یادگیری تجربه جانشینی از مشاهده نمودن دیگران به هنگام انجام فعالیت‌های معینی رخ می‌دهد. زمانی که بخشی از حمایت اجتماعی از سوی افراد دارای مشکلات مشابه دریافت شده باشد، مشاهده توانایی و خودکارآمدی آنان می‌تواند به ارتقای حس خودکارآمدی در این افراد کمک کند. هماهنگ با نتایج این مطالعه، مطالعات گذشته ادراک دسترس‌پذیری و کیفیت حمایت اجتماعی را به عنوان پیش‌بین‌بازایی عملکرد در بیماران معرفی کرده‌اند (۲۸). نتایج یکی از پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که روابط ناکافی و فقدان حمایت از سوی خانواده و دوستان به افزایش خستگی در یک نمونه بیمار منجر می‌شود (۲۹). مطالعات دیگری نیز دریافتند که رنج از بیماران از فقدان حمایت اجتماعی (۳۰) بر بروز نشانه‌های خستگی اثر دارد (۱۵، ۳۰). در مجموع، مروری نظام‌مند بر مجموعه‌ای از تحقیقات تأیید کرده است که حمایت اجتماعی تأثیر و نقش مثبتی بر پیامدهای خستگی دارد (۳۱).

در ارتباط با تأثیر خستگی بر خودکارآمدی زندگی روزمره، سنو و لیم (۲۸) اثرات خستگی و فشار روانی بر خودکارآمدی را در بین بیماران مبتلا به سرطان بررسی کرده‌اند. بنا بر یافته‌های آنان خستگی تأثیر منفی بر خودکارآمدی دارد. خستگی احساسی از کسالت و بی‌حالی شدید و مداوم را در برمی‌گیرد که توانایی افراد در فعالیت‌های جسمانی و ذهنی (۳۲) و در نتیجه، عملکرد در تکالیف روزمره مربوط به نقش‌های اجتماعی و خانوادگی (۳۳) را می‌کاهد. خستگی جسمانی به احساس بدنی خستگی، خستگی هیجانی به بعد هیجانی خستگی و خستگی ذهنی به کاهش مهارت‌های شناختی اشاره دارند (۳۴). پژوهش حاضر نشان داد که خستگی ذهنی تحت تأثیر خواب ضعیف قرار می‌گیرد اما با حمایت اجتماعی رابطه نشان نداد. بنابراین، حمایت اجتماعی هرچند قدرت پیش‌بینی ابعاد جسمانی و هیجانی خستگی را دارد با بعد ذهنی آن رابطه ندارد. این یافته با نتایج مطالعه سنو و لیم (۲۸) که نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود خستگی ذهنی در طولانی مدت را تأیید کردند، در تناقض می‌باشد. دو احتمال در تبیین این یافته در این‌جا مطرح می‌شود: اول، اهمیت نقش عوامل دیگر غیر از حمایت اجتماعی در پیش‌بینی خستگی ذهنی و دوم، این نکته که بخشی از واریانس خستگی ذهنی که با خستگی جسمانی و هیجانی دارای اشتراک است تحت تأثیر حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد، اما بخش دیگر که توسط ابعاد دیگر خستگی به حساب نمی‌آید ناشی از عوامل دیگری است. خستگی ذهنی با خودکارآمدی زندگی روزمره رابطه معنی‌داری نشان نداد. این یافته اشاره می‌کند که احتمالاً چون مهمترین منبع تشکیل حس خودکارآمدی عملکرد مستقیم فرد شمرده شده است، خستگی جسمانی و هیجانی بیش از خستگی ذهنی در تعیین خودکارآمدی. به علاوه، باید این نکته را

References

1. Sommer M. Spinal Cord Injury. New Jersey, NJ, USA: Prentice Hall; 2001.
2. Kirshblum S, Campagnolo J. Spinal Cord Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
3. Dijkers MP. Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(3 Suppl 1):87-110. [PMID: 16195966](#)
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. [PMID: 847061](#)
5. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(4):460-4. [DOI: 10.1053/mr.2000.3863](#) [PMID: 10768536](#)
6. Andrews G, Craig A. Prediction of outcome after treatment for stuttering. *Br J Psychiatry*. 1988;153:236-40. [PMID: 3255438](#)
7. Middleton JW, Tate RL, Geraghty TJ. Self-Efficacy and Spinal Cord Injury: Psychometric Properties of a New Scale. *Rehabil Psychol*. 2003;48(4):281-8. [DOI: 10.1037/0090-5550.48.4.281](#)
8. Horn W, Yoels W, Wallace D, Macrina D, Wrigley M. Determinants of self-efficacy among persons with spinal cord injuries. *Disabil Rehabil*. 1998;20(4):138-41. [PMID: 9571380](#)
9. Bandura A. Self-efficacy The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
10. Zakeri Moghaddam M, Shaban M, Kazemnezhad A, Tavassoli K. [Effect of exercise utilizing the rate of respiratory on fatigue in patient with chronic obstructive pulmonary disease]. *Hayat*. 2006;3(30):17-25.
11. Wijesuriya N, Craig A, Tran Y, Middleton J. Fatigue and anger in people with spinal cord injury. *Aust J Rehabil Counsel*. 2012;18(1):60-5.
12. Veith EM, Sherman JE, Pellino TA, Yasui NY. Qualitative analysis of the peer-mentoring relationship among individuals with spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2006;51(4):289-98. [DOI: 10.1037/0090-5550.51.4.289](#)
13. Cobb S. Social support and health through the life course. In: Burleson B, Albrecht T, editors. *Communication of Social Support: Messages, Relation and Community*. California: Thousand Oaks; 1976.
14. Aghaei N, Karbandi S, Gorji MA, Golkhatmi MB, Alizadeh B. Social Support in Relation to Fatigue Symptoms Among Patients with Multiple Sclerosis. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(2):163-7. [DOI: 10.4103/0973-1075.179610](#) [PMID: 27162427](#)
15. Aylaz R, Karadag E, Isik K, Yildirim M. Relationship between social support and fatigue in patients with type 2 diabetes mellitus in the east of Turkey. *Jpn J Nurs Sci*. 2015;12(4):367-76. [DOI: 10.1111/jjns.12076](#) [PMID: 25884274](#)
16. Zeng EQ, Zeng BQ, Tian JL, Du B, Tian XB, Chen H. Perceived Social Support and Its Impact on Mental Fatigue in Patients with Mild Traumatic Brain Injury. *Balkan Med J*. 2016;33(2):152-7. [DOI: 10.5152/balkanmedj.2016.15701](#) [PMID: 27403383](#)
17. Grav S, Hellzen O, Romild U, Stordal E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2012;21(1-2):111-20. [DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x](#) [PMID: 22017561](#)
18. Boshlideh K. Research methods and statistical analysis of research examples with SPSS Amos. Iran: Chamran University Press; 2013.
19. Pedersen SS, Spinder H, Erdman RA, Denollet J. Poor perceived social support in implantable cardioverter defibrillator (ICD) patients and their partners: cross-validation of the multidimensional scale of perceived social support. *Psychosomatics*. 2009;50(5):461-7. [DOI: 10.1176/appi.psy.50.5.461](#) [PMID: 19855031](#)
20. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol*. 1991;47(6):756-61. [PMID: 1757578](#)
21. Yi H, Shin K, Shin C. Development of the sleep quality scale. *J Sleep Res*. 2006;15(3):309-16. [DOI: 10.1111/j.1365-2869.2006.00544.x](#) [PMID: 16911033](#)
22. Stein KD, Jacobsen PB, Blanchard CM, Thors C. Further validation of the multidimensional fatigue symptom inventory-short form. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(1):14-23. [PMID: 14711465](#)
23. Nowak AK, Maujean JE, Jackson M, Knuckey N. A prospective study of surgical patterns of care for high grade glioma in the current era of multimodality therapy. *J Clin Neurosci*. 2011;18(2):227-31. [DOI: 10.1016/j.jocn.2010.05.009](#) [PMID: 21185727](#)
24. Sajadi S, Farsi Z, Rajaei N, Seyed Mazhari M, Habibi H. Sleep quality and the factors affecting the fatigue severity and academic performance of students at AJA university of medical sciences. *J Adv Med Educ*. 2016;1(2):9-16.
25. Alhola P, Polo-Kantola P. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2007;3(5):553-67. [PMID: 19300585](#)
26. Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*. 2003;26(2):117-26. [PMID: 12683469](#)
27. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res*. 2010;185:105-29. [DOI: 10.1016/B978-0-444-53702-7.00007-5](#) [PMID: 21075236](#)
28. Seo MH, Lim KH. The Effects of Fatigue and Distress on Self-efficacy among Breast Cancer Survivors. *Kor*

- J Adult Nurs. 2016;28(4):378-87. [DOI: 10.7475/kjan.2016.28.4.378](#)
29. Xu N, Zhao S, Xue H, Fu W, Liu L, Zhang T, et al. Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. PLoS One. 2017;12(3):e0173293. [DOI: 10.1371/journal.pone.0173293](#) [PMID: 28291837](#)
 30. Kostova Z, Caiata-Zufferey M, Schulz PJ. The impact of social support on the acceptance process among RA patients: a qualitative study. Psychol Health. 2014;29(11):1283-302. [DOI: 10.1080/08870446.2014.925895](#) [PMID: 24841727](#)
 31. Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. Clin Psychol Rev. 2015;39:16-29. [DOI: 10.1016/j.cpr.2015.03.004](#) [PMID: 25912978](#)
 32. Sharpe M. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: efficacy and implications. Am J Med. 1998;105(3A):104S-9S. [PMID: 9790491](#)
 33. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S, Stutts J, Courtney TK, Connor JL. The link between fatigue and safety. Accid Anal Prev. 2011;43(2):498-515. [DOI: 10.1016/j.aap.2009.11.011](#) [PMID: 21130213](#)
 34. Najafi Mehri S, Pashandi S, Mahmoodi H, Ebadi A, Ghanei M. Assessment of fatigue and spirometry parameters in chemical war victims with respiratory disease. Iranian J War Public Health. 2010;2(4):29-35.
 35. Riemsma RP, Rasker JJ, Taal E, Griep EN, Wouters JM, Wiegman O. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. Br J Rheumatol. 1998;37(10):1042-6. [PMID: 9825741](#)
 36. Sundaram R. Hand book of sign & symptom: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

The Role of Sleep Quality, Social Support and Fatigue on Daily Life Self-Efficacy in People with Spinal Cord Injury

Simin Zeqeibi Ghannad ¹, Tayebe Fateminik ², Sirous Allipour ^{3*}

¹ Phd Student of Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² MA of Family Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Associate Professor of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Sirous Alipour, Associate Professor of Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: sirousalipour1334@gmail.com

Received: 02 Jun 2017

Accepted: 06 Nov 2017

Abstract

Introduction: Spinal cord injury includes a range of disabilities for patients. One of the main concerns of these patients is the ability to adapt to various tasks of daily life. Thus, the present research aimed at investigating the role of social support, sleep quality, and fatigue in people with spinal cord injury.

Methods: Overall, 157 people with Spinal Cord Injury referring to Welfare Organization of Khorramabad city completed the Daily Living Self-Efficacy Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Fatigue Symptom Inventory, and the Sleep Quality Scale. Data were analyzed using path analysis and the Boot Strap method.

Results: The results showed that social support and sleep quality both directly and through emotional and physical dimensions of fatigue influenced daily life self-efficacy. In summary, social support, sleep quality, and fatigue explained 43% of daily life self-efficacy variance.

Conclusions: These findings showed that social support and sleep quality in patients with spinal cord injury affect fatigue and thus, are related to the feeling of efficacy in people with spinal cord injury.

Keywords: Social Support, Sleep Quality, Daily Life Self-Efficacy, Fatigue, People with Spinal Cord Injury