

کیفیت خواب سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و عوامل مرتبط با آن

منصوره علی اصغرپور^۱، سنا عیب پوش^{۲*}

تاریخ دریافت ۹۰/۲/۲۵ تاریخ پذیرش ۹۰/۵/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: اطلاع از کیفیت خواب سالمندان و عوامل موثر آن به اتخاذ تدابیری جهت افزایش یا کاهش اثر آن‌ها کمک می‌کند. اما مطالعات اندکی در ایران در زمینه کیفیت خواب سالمندان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است. هدف پژوهش حاضر تعیین کیفیت خواب سالمندان و ارتباط عوامل مختلف با آن است.

مواد و روش‌ها: طرح مطالعه مقطعی بود. ۱۶۴ سالمند مقیم آسایشگاه کهریزک به روش سرشماری وارد مطالعه شدند (اردیبهشت ماه-۱۳۸۹). عوامل مرتبط توسط پرسش‌نامه محقق ساخته و کیفیت خواب شاخص پیتزبورگ سنجیده شد. اطلاعات با استفاده آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

یافته‌ها: اکثریت نمونه‌ها دارای اختلال خواب بودند (۱۴۵ نفر، ۸۸/۴ درصد)؛ بیشترین درصد آنان به ترتیب دارای اختلال خواب خفیف (۶۷ نفر، ۴۰/۹ درصد) و متوسط (۶۱ نفر، ۳۷/۲ درصد) بودند. ارتباط مستقیمی بین اختلال خواب و فعالیت بدنی ($X^2, P=0.026$)، گرگرفتگی ($X^2, P=0.008$)، اضطراب ($X^2, P=0.05$) و ارتباط با خویشاوندان ($X^2, P=0.003$)، عوامل جسمی ($t_s, P=0.000$)، روانی ($t_s, P=0.000$)، و مراقبتی ($t_s, P=0.000$) مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: گرچه اکثریت سالمندان مبتلا به اختلال خواب خفیف-متوسط بودند ولی به علت وفور مصرف داروهای خواب‌آور، اختلال خواب نمونه‌ها شدیدتر و شایع‌تر از وضعیت موجود به نظر می‌رسد. کیفیت خواب سالمندان با عوامل جسمی، روانی-اجتماعی، و مراقبتی مرتبط است.

کلیدواژه‌ها: سالمند، کیفیت خواب، عوامل مرتبط با خواب

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره پنجم، پی در پی ۳۴، آذر و دی ۱۳۹۰، ص ۳۸۳-۳۷۴

آدرس مکاتبه: کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تلفن: ۰۹۱۲۶۵۸۷۸۹۶

E-mail: sana_eybpoosh@yahoo.com

مقدمه

تحول از یک جامعه جوان به جامعه پیر و سالخورده در کشورهای در حال توسعه در حال وقوع است که تطابق با این روند سریع تحول نیازمند تغییرات اساسی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا ضمن غلبه بر مشکلات ناشی از آن بتوان بستر مناسبی برای رشد و تعالی، سلامتی و رفاه سالمندان ایجاد نمود (۱). بر اساس سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵ مشخص گردید که قریب ۳/۷ میلیون نفر از جمعیت کشور را افرادی بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و پیش بینی می‌شود که ظرف ۲۰ سال آینده

این میزان به بیش از دو برابر اندازه فعلی، یعنی به ۸/۵ میلیون نفر افزایش یابد که این واقعیت بر لزوم توجه بیشتر به جمعیت سالمند تاکید می‌نماید (۲).

اختلالات خواب دارای شیوع بالایی در جوامع به ویژه در جمعیت سالمند می‌باشد به نحوی که حدود ۳۵ درصد افراد بالای ۶۰ سال از کیفیت خواب مناسبی برخوردار نیستند (۳). تغییرات مربوط به سن منجر به داشتن خواب سبک‌تر و کاهش توانایی در به خواب رفتن می‌شود؛ نداشتن خواب کافی و رضایت بخش مشکلات و پیامدهای بسیاری را برای فرد سالمند به همراه داشته و منجر به خستگی و ناامیدی در آن‌ها

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (نویسنده مسئول)

می‌گردد (۴). از آنجایی که سالمندان اغلب این اختلالات را به سن خود ربط داده، به دنبال درمان نمی‌روند (۵)، بررسی کیفیت خواب و شناسایی اختلالات خواب سالمندان به صورت فعال اهمیت وافر دارد. اطلاع از کیفیت خواب سالمندان و شناسایی عوامل موثر بر آن به اتخاذ تدابیر و استراتژی‌هایی جهت حذف و یا کاهش اثر این عوامل کمک خواهد نمود.

مطالعات متعددی در رابطه با وضعیت کیفیت خواب در کشورهای مختلف (۹-۶) و در جوامع سالمند صورت گرفته است (۱۰). اما مطالعات اندکی در کشور در زمینه کیفیت خواب سالمندان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است. در این رابطه موسوی و همکاران به بررسی الگوی خواب (۱۱)، حسن آبادی و همکاران تاثیر ماساژ فشاری را بر کیفیت خواب سالمندان ارزیابی نموده (۱۲) و ایزدی اونجی و همکاران به بررسی کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان بیمار و بستری در بیمارستان‌های کاشان پرداخته‌اند (۱۳). به نظر می‌رسد دانش موجود در زمینه کیفیت خواب سالمندان مقیم در آسایشگاه و عوامل مرتبط با اختلال خواب آنان در کشور همچنان نیاز به تکامل دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت خواب سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و عوامل مرتبط با آن صورت پذیرفته است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۹ بر روی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک انجام گرفت. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت سرشماری بود؛ بدین ترتیب، کلیه سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک که حداقل یک ماه از اقامت‌شان در آسایشگاه می‌گذشت، سن ۶۵ سال و بالاتر داشتند، بنابه تشخیص پزشک فاقد اختلالات خلقی و اختلالات

شناختی بودند، قادر به درک و پاسخگویی به سوالات بوده و فاقد معلولیت‌های شناخته شده ذهنی و جسمی و بیماری‌های حاد ناتوان کننده بودند وارد مطالعه می‌شدند. در صورتی که نمونه‌های پژوهش از پاسخ‌دهی به سوالات امتناع می‌کردند از مطالعه حذف می‌شدند. از کلیه نمونه‌های پژوهش رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود که به روش خود گزارش‌دهی نمونه‌ها با فن مصاحبه حضوری تکمیل می‌شد. پرسش‌نامه شامل ۳ قسمت بود: (۱) پرسش‌نامه ساخته محقق و مربوط به مشخصات دموگرافیک. (۲) پرسش‌نامه محقق ساخته که خود مشتمل بر هفت بخش بود: ^(۱) عوامل روانی اجتماعی (۵ سوال: ارتباط با همسر، فرزندان، اقوام، پزشک، و مهم‌ترین نیاز احساس شده در زندگی)، ^(۲) وضعیت سلامتی (۸ سوال: بیماری‌ها، مدت یائسگی، وجود عوارض یائسگی، استفاده از وسایل کمکی، دریافت کمک در امور روزمره، داشتن فعالیت بدنی، دفعات و نوع فعالیت بدنی، و مصرف دخانیات)، ^(۳) عوامل فردی جسمی (۱۵ سوال: نظیر وجود درد، سوزش، خارش، محدودیت حرکت، ناتوانی در تغییر وضعیت و ...)، ^(۴) عوامل فردی-روانی (۱۲ سوال: نظیر نگرانی از وضعیت سلامتی، دوری از خانواده، هزینه اقامت در آسایشگاه و ...)، ^(۵) عوامل محیطی (۱۷ سوال: نظیر نور، صدا، درجه حرارت محیط، حضور سایر سالمندان و ...)، ^(۶) عوامل مراقبتی (۳ سوال: توزیع وعده‌های غذایی در زمان خواب، بیدار کردن سالمند جهت مراقبت‌های معمول، و اتصال به سیستم‌های مولد صدا)، و ^(۷) عادات قبل از خواب (۷ سوال: نظیر تن آرامی، دعا، گوش کردن به موسیقی و ...) در مجموع ۶۷ سوال. (۳) مقیاس سنجش کیفیت خواب سالمندان پیترز بورگ^۱ به منظور ارزیابی کیفیت خواب سالمندان استفاده شد. گونه فارسی این پرسش‌نامه در ضمیمه شماره ۱ آورده شده است. به منظور امتیازبندی مقیاس سنجش

^۱ Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)

اطمینان داده شد. همچنین پس از اتمام طرح، گزارشی از یافته‌ها و نتایج مطالعه در اختیار مسئولین آسایشگاه قرار داده شد.

یافته‌ها

در نهایت ۱۶۴ سالمند ۸۷-۶۵ سال (میانگین: ۷۵/۷۱، انحراف معیار: ۱۲/۳) واجد شرایط ورود به مطالعه بوده و حجم نمونه پژوهش را تشکیل دادند. یافته‌ها نشان دادند که اکثریت واحدهای پژوهش زن بودند (۱۰۸ نفر، ۶۵/۹ درصد)، سواد خواندن و نوشتن نداشتند (۱۱۱ نفر، ۶۷/۷ درصد)، در زمان مطالعه دارای همسر نبوده (۱۴۵ نفر، ۸۸/۴ درصد) و بیشترین درصد آن‌ها فاقد منبع درآمد بودند (۹۶ نفر، ۵۸/۵ درصد). همچنین بیشترین درصد سالمندانی که دارای همسر بودند، با همسر خود ارتباط نداشتند (۱۰ نفر، ۶۲ درصد). بیشترین درصد سالمندان با فرزندان (۸۰ نفر، ۴۸/۸ درصد)، اقوام (۸۵ نفر، ۵۱/۸ درصد)، و پزشک خود (۹۶ نفر، ۵۸/۵ درصد) در ارتباط بودند. اکثریت نمونه‌ها در امور روزمره از "تیم درمانی" کمک می‌گرفتند (۱۲۰ نفر، ۷۳/۲ درصد). از بین وسایل کمکی، استفاده از دندان مصنوعی بیشترین میزان استفاده را داشت (۷۲ نفر، ۴۳/۹ درصد). همچنین اکثریت واحدهای پژوهش از داروهای خواب‌آور استفاده نموده (۱۴۵ نفر، ۸۸/۴ درصد) و هیچ‌گاه از دخانیات استفاده نمی‌نمودند (۱۳۸ نفر، ۸۴/۱ درصد). بیشترین تعداد سالمندان تحرک و فعالیت بدنی نداشتند (۱۰۶ نفر، ۶۴/۶ درصد). از بین افرادی که داشتن تحرک را ذکر نمودند، فعالیت ۴ بار در هفته بیشترین میزان گزارش را داشت (۲۳ نفر، ۱۴ درصد). در اکثریت افراد فعالیت بدنی به صورت "ورزش" بود (۲۹ نفر، ۵۰ درصد). جدول شماره ۱ توزیع برخی متغیرهای دموگرافیک، سلامتی و روانی-اجتماعی را نشان می‌دهد.

کیفیت خواب پیتزبورگ مطابق دستورالعمل آن عمل شد بدین ترتیب که حداقل و حداکثر نمره ممکن برای کیفیت خواب بین صفر الی ۲۱ می‌باشد و هرچه نمره کیفیت خواب بالاتر باشد به معنی کیفیت خواب ضعیف‌تر است. در صورتی که مجموع نمرات فردی بیش از پنج باشد، فرد مبتلا به اختلال خواب در نظر گرفته می‌شد.

به‌منظور طراحی بخش اول و دوم پرسش‌نامه، با استفاده از کتاب‌ها و مقالات منتشر شده در این زمینه (۱۰،۱۳،۱۴،۱۵) پرسش‌نامه اولیه تهیه شده و جهت تعیین اعتبار علمی در اختیار ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر در این زمینه قرار گرفته و نظرات اصلاحی آنان، اعمال گردید.

مقیاس سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ توسط بایس^۱ و همکاران تهیه و روایی و اعتبار آن به روی ۱۶۸ نفر مورد تایید قرار گرفته است (حساسیت ۸۹/۶ درصد، ویژگی ۸۶/۵ درصد، و ضریب کاپا ۰/۷۵) (۱۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS16 استفاده شد. به‌منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته‌ها از آمار توصیفی استفاده گردید. به‌منظور بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک، سلامتی و متغیرهای روانی-اجتماعی با کیفیت خواب از آزمون آماری کای دو^۲ و تست دقیق فیشر^۳ استفاده گردید.

به‌منظور بررسی ارتباط بین وجود اختلال خواب و عوامل فردی و محیطی از ضریب همبستگی اسپیرمن^۴ استفاده شد. به‌منظور تفسیر داده‌ها، $\alpha = 0/05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

از کلیه نمونه‌های پژوهش جهت شرکت در مطالعه رضایت کتبی اخذ شد. به نمونه‌ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات

¹ Buisse

² X2

³ Fisher's-Exact

⁴ Spearman

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک، مشکلات سلامتی و متغیرهای روانی اجتماعی

در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

متغیرها	گویه ها	تعداد	درصد
سن (سال)	کمتر از ۷۰	۳۲	۱۹/۵
	۷۰-۷۵	۳۱	۱۸/۹
	بالاتر از ۷۵	۹۹	۶۰/۴
	جمع	۱۶۲	۹۸/۸
	مشکلات قلبی و فشار خون	۶۵	۳۹/۶
	مشکلات عضلانی، اسکلتی و حرکتی	۱۱۹	۷۲/۶
بیماری‌ها	مشکلات ریوی	۱۸	۱۱
	مشکلات متابولیک (دیابت و ...)	۲۰	۱۲/۲
	مشکلات بینایی و شنوایی	۶۸	۴۱/۵
	مشکلات گوارشی	۲۶	۱۵/۹
	مشکلات کلیوی و ادراری	۱۹	۱۱/۶
	مشکلات روانی و عصبی	۳۹	۲۳/۸
	مشکلات سیستم عصبی	۴۵	۲۷/۴
	یائسه نشده	۰	۰
	۱-۲ سال	۲	۱/۲
	۳-۴ سال	۵	۳
مدت یائسگی	۵-۶ سال	۴	۲/۴
	بیشتر از ۶ سال	۹۷	۵۹/۱
	جمع	۱۰۸	۶۵/۹
	گرگرفتگی	۴۶	۲۸
	تعریق شبانه	۴۱	۲۵
علائم همراه با یائسگی	احساس تپش قلب	۳۸	۲۳/۲
	درد مفاصل	۷۳	۴۴/۵
	اضطراب	۳۲	۱۹/۵
	خشکی پوست و مخاط	۵۰	۳۰/۵
	سردرد	۳۷	۲۲/۶
	درآمد نقدی	۳۱	۱۸/۹
مهم‌ترین نیاز احساس شده در زندگی	مسکن	۲۷	۱۶/۵
	تفریح و سرگرمی	۱۶	۹/۸
	بیمه	۹	۵/۵
	سلامتی	۱۰۲	۶۲/۲
	مصاحبت برای رفع تنهایی	۴۰	۲۴/۴
	پذیرفته شدن در اجتماع	۲۷	۱۶/۵
	رفع مسائل و اختلافات خانوادگی	۴۰	۲۴/۴

متغیرهای سن، جنس، وضعیت درآمد، داشتن همسر، سطح تحصیلات، ارتباط با پزشک، فرزندان و همسر، وجود بیماری، استفاده از وسایل کمکی، مدت یائسگی، تعریق شبانه، احساس تپش قلب، درد مفاصل، خشکی پوست و مخاط، سردرد، نوع و دفعات فعالیت بدنی و مصرف دخانیات نشان نداد. جدول شماره ۲ و ۳ ارتباط عوامل فردی و محیطی مرتبط با اختلال خواب سالمندان را نشان می‌دهد.

شیوع اختلال خواب در سالمندان تحت مطالعه بالا بود به نحوی که اکثریت آنان دارای اختلال خواب بودند (۱۴۵ نفر، ۸۸/۴ درصد) و در رده‌بندی اختلال خواب بیشترین درصد افراد دچار به اختلال خواب، دارای اختلال خواب خفیف بودند (۶۷ نفر، ۴۰/۹ درصد). سایر رده‌های کیفیت خواب به ترتیب شامل اختلال خواب متوسط (۶۱ نفر، ۳۷/۲ درصد)، اختلا خواب شدید (۱۷ نفر، ۱۰/۴ درصد) و کیفیت خواب مطلوب (۱۷ نفر، ۱۰/۴ درصد) بود. یافته‌ها ارتباط آماری معنی‌داری را بین وجود اختلال خواب و

جدول شماره (۲): ارتباط بین اختلال خواب و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

آزمون [°]	جمع	اختلال خواب			گویه‌ها	متغیرها
		ندارد	دارد	فراوانی		
Pearson Chi-Square P value: 0.003	(۱۰۰) ۸۴	(۱۶/۷) ۱۴	(۸۳/۳) ۷۰	تعداد (درصد)	ارتباط دارد	ارتباط با اقوام
	(۱۰۰) ۷۵	(۲/۷) ۲	(۹۷/۳) ۷۳	تعداد (درصد)	عدم ارتباط	
Fisher's Exact Test P value: 0.008	(۱۰۰) ۶۰	(۱۳/۳) ۸	(۸۶/۷) ۵۲	تعداد (درصد)	گرگرفتگی	عوارض یائسگی
Fisher's Exact Test P value: 0.050	(۱۰۰) ۷۴	(۱۰/۸) ۸	(۸۹/۲) ۶۶	تعداد (درصد)	اضطراب	
Pearson Chi-Square P value: 0.026	(۱۰۰) ۱۰۶	(۹۳/۴) ۹۹	(۶/۶) ۷	تعداد (درصد)	دارد	فعالیت بدنی
	(۱۰۰) ۵۶	(۸۲/۱) ۴۶	(۱۷/۹) ۱۰	تعداد (درصد)	ندارد	

^{°°} نتایج در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار است.

جدول شماره (۳): ارتباط بین کیفیت خواب و عوامل فردی و محیطی در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

گویه‌ها	عوامل محیطی [°]	عوامل فردی (جسمی) [°]	عوامل فردی (روانی) [°]	عادات قبل از خواب [°]	عوامل مراقبتی [°]	کل [°]
کیفیت خواب	°° ۰/۱۱۶ (۱۴۰)	°° ۰/۴۴۶ (۰/۰۰۰)	°° ۰/۳۳۵ (۰/۰۰۰)	- ۰/۰۱۷ (۰/۸۱۳)	°° ۰/۲۸۰ (۰/۰۰۰)	°° ۰/۲۷۷ (۰/۰۰۰)
Spearman's correlation Coefficient (P value)						
^{°°} نتایج در سطح اطمینان ۹۹٪ معنی‌دار است.						

ضمیمه شماره (۱): گونه فارسی شاخص سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ

(۱) معمولاً چه ساعتی از شب به رختخواب می‌روید؟.....

(۲) هر شب، پس از رفتن به رختخواب چقدر (چند دقیقه)، طول می‌کشد تا به خواب بروید؟.....

(۳) معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می‌شوید؟.....

(۴) در طول شب چند ساعت خواب عمیق دارید؟ (این مدت ممکن از با مدت زمانی که در رختخواب هستید متفاوت باشد).....

سه بار یا بیشتر در هفته (۳)	۱ یا ۲ بار در هفته (۲)	کمتر از یکبار در هفته (۱)	چنین مشکلی نداشته‌ام (۰)	(۵) طی ماه گذشته، چند بار در به خواب رفتن مشکل داشته‌اید به خاطر....
				الف) ۳۰ دقیقه پس از رفتن به رختخواب، نتوانستید به خواب بروید.
				ب) نیمه شب یا نزدیک سحر از خواب بیدار شده‌اید.
				ج) برای رفتن به دستشویی از خواب بیدار شده‌اید.
				د) نتوانستید حین خواب به راحتی تنفس کنید.
				و) با صدای بلند سرفه کرده یا خرو پف نموده‌اید.
				ه) احساس سرمای شدید کرده‌اید.
				پ) احساس گرمای شدید کرده‌اید.
				ر) خواب بد دیده‌اید.
				ت) درد داشته‌اید.
				ط) دلیل یا دلایل دیگری که منجر به اشکال در به خواب رفتن شما شده است؛ لطفاً شرح دهید و دفعات وقوع آنرا در ماه گذشته ذکر کنید.
				۶) طی ماه گذشته، چند بار از داروها، برای به خواب رفتن استفاده نموده‌اید؟
				۷) طی ماه گذشته، چند بار حین رانندگی، غذا خوردن یا شرکت در فعالیت‌های ورزشی، برای بیدار ماندن مشکل داشته‌اید؟
				۸) طی ماه گذشته، چقدر علاقه‌مند بودن در انجام فعالیت‌ها برای شما مشکل بوده است؟
خیلی بد (۳)	نسبتاً بد (۲)	نسبتاً خوب (۱)	خیلی خوب (۰)	
				۹) به‌طور کلی، کیفیت خواب خود را طی ماه گذشته، چگونه ارزیابی می‌کنید؟

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش اختلال خواب داشتند و در رده بندی اختلال خواب، بیشترین درصد مربوط به اختلال خواب "خفیف" بود. این یافته با نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک که بیانگر میزان بالای اختلال خواب در جوامع و افزایش شیوع آن با بالا رفتن سن می‌باشد همخوانی دارد (۱۸، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۳). از آنجایی که اکثریت سالمندان تحت مطالعه از داروهای خواب‌آور به‌صورت روتین استفاده می‌نمودند،

لذا به نظر می‌رسد کیفیت خواب سالمندان مطالعه حاضر از میزان مشاهده شده ضعیف‌تر باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مشخصات دموگرافیک وضعیت درآمد، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، جنس و سن با اختلال خواب سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات دیگر که ارتباط مستقیم و معنی‌داری را بین بالا بودن درآمد، موفقیت شغلی، جنسیت مرد و سن پایین و کیفیت مطلوب خواب گزارش نموده‌اند مغایرت دارد (۱۸، ۱۳، ۳).

حدودی از واقعیت فاصله داشته باشد. گرچه این احتمال کمی دور از ذهن است چراکه از طرفی روش گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر مشابه سایر مطالعات داخلی و خارجی در این زمینه بوده و از طرف دیگر ابزار مورد استفاده (پیتزبورگ) یک شاخص استاندارد برای بررسی کیفیت خواب می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین استفاده از وسایل کمکی و اختلال خواب سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. این امر می‌تواند به‌علت تنوع اندک پاسخ‌ها در این زمینه باشد. در رابطه با مسائل مرتبط با یائسگی، بین مدت یائسگی، عوارض تعریق شبانه، احساس تپش قلب، درد مفاصل، خشکی پوست و مخاط و سردرد با اختلال خواب سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد ولی بین وجود گرگرفتگی و اضطراب و بروز اختلال خواب سالمندان ارتباط مستقیم آماری مشاهده شد.

کالینین^۲ و همکاران بیان می‌دارند که یائسگی نقش مهمی در تغییرات ساختاری خواب زنان سالمند دارد و در دوره بعد از یائسگی خواب آنان نسبت به دوره جوانی دچار اختلال می‌گردد (۲۱). هاب و همکاران، در مطالعه خود به بررسی عوامل موثر بر کیفیت خواب ۱۶۹۲ سالمند ۵۰ تا ۹۰ ساله در هلند پرداخته و گزارش نمودند که بین وجود اضطراب با افت کیفیت خواب ارتباط مستقیم وجود دارد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۸). افخم ابراهیمی به نقل از برکوک^۳ به نقش اضطراب در افراد دچار بی‌خوابی اشاره کرده است. طبق فرضیه برکوک، فعالیت شناختی افزایش‌دهنده در افراد دچار اضطراب، زیربنای دشواری در به خواب رفتن را تشکیل می‌دهد (۱۵). نتایج اسپورمارکر^۴ نشان می‌دهد که اضطراب با دامنه وسیعی از شکایات خواب همبستگی دارد که یک ارتباط درونی بالا بین اضطراب و شکایات خواب را نشان می‌دهد (۲۲).

گرچه هاب^۱ و همکاران، ارتباط گزارش شده بین سن، جنس، مصرف داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش با کیفیت خواب جزئی ذکر نموده‌اند (۱۸). یک توجیه در زمینه سن می‌تواند به دلیل تنوع کم محدوده سنی شرکت‌کنندگان باشد. چراکه شرکت‌کنندگان محدوده سنی ۸۱-۶۵ سال داشتند و از میان آن‌ها نیز بیشترین تعداد در محدوده سنی بالای ۷۵ سال بودند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ارتباط نداشتن با اقوام و اختلال خواب سالمندان ارتباط مستقیم وجود دارد. تنها بودن عاملی است که رابطه مثبت آن با بی‌خوابی و اختلالات خواب در مطالعات قبلی نشان داده شده است (۱۹). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین هیچیک از مشکلات قلبی و فشار خون، مشکلات عضلانی، اسکلتی و حرکتی، مشکلات ریوی، مشکلات متابولیک، مشکلات بینایی و شنوایی، مشکلات گوارشی، مشکلات کلیوی و اداری، مشکلات روانی و عصبی، و مشکلات سیستم عصبی با اختلال خواب سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات مغایرت دارد (۱۰، ۱۷، ۲۰). از طرفی هاب و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری را بین وضعیت سلامت و بیماری و کیفیت خواب مشاهده نمودند (۱۸). دلایل متعددی برای عدم مشاهده این ارتباط می‌توان برشمرد؛ به‌عنوان مثال نمونه‌های پژوهش حاضر از بین سالمندان غیر بستری در بیمارستان انتخاب شدند که به لحاظ سلامتی در شرایطی بودند که می‌توانستند به سوالات پاسخ دهند، بنابراین در مجموع امر، وضعیت سلامت عمومی آنان نسبت به سالمندان بستری در بیمارستان یا افرادی که قادر به پاسخدهی نبودند به مراتب بیشتر بوده است.

از طرف دیگر نحوه سنجش اختلال خواب و مشکلات سلامتی (به‌صورت خودگزارش دهی) ممکن است باعث شده باشد تا تخمین ما از وضعیت سلامت یا وضعیت خواب و یا هر دو، تا

² Kalleinen

³ Berkovec

⁴ Spoormaker

¹ Huub

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نیازهای احساس شده توسط سالمندان و اختلال خواب آن‌ها ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد. از آنجایی که نمونه‌های پژوهش همگی از یک آسایشگاه انتخاب شده بودند بنابراین شباهت در شرایط سلامتی، اقتصادی و اجتماعی آن‌ها ممکن است موجب ایجاد یک همگنی در نیازهای آنان شده باشد که از مشاهده ارتباط معنی‌دار در این زمینه پیشگیری نموده است.

یافته‌ها نشان داد که بین داشتن فعالیت بدنی و کیفیت مطلوب خواب سالمندان ارتباط مستقیم آماری وجود دارد ولی دفعات فعالیت بدنی، نوع آن و مصرف دخانیات با اختلال خواب سالمندان ارتباط معنی‌دار ندارند. استعمال سیگار و دخانیات از طریق افزایش فشار خون و ایجاد مشکلات تنفسی می‌تواند موجب اختلال خواب گردد (۲۴، ۲۳)؛ اما از آنجایی که اکثریت زنان شرکت‌کننده در پژوهش هیچگاه سیگار مصرف نمی‌کردند لذا حجم نمونه در طبقات مربوط به استعمال سیگار اندک بوده و می‌تواند دلیلی بر عدم مشاهده رابطه معنی‌دار باشد. در رابطه با ارتباط ورزش و فعالیت بدنی، درایور و تیلور^۱ در متاآنالیزی بر روی پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه به این نتیجه رسیدند که فعالیت بدنی می‌تواند کیفیت خواب را از طریق افزایش مدت زمان خواب، تاخیر وقوع خواب رم^۲، و افزایش زمان خواب موج-کوتاه^۳ بهبود بخشد (۲۵).

براساس یافته‌های پژوهش بین کیفیت خواب و عوامل جسمی، روانی، و مراقبتی ارتباط مستقیم آماری وجود دارد. ایزدی اونجی و همکاران به اهمیت عوامل خارجی بر کیفیت خواب سالمندان مقیم در اماکن عمومی (بیمارستان، آسایشگاه و ...) اشاره نموده و نقش عوامل مراقبتی را در بهبود یا تخریب کیفیت خواب سالمندان حائز اهمیت و توجه می‌دانند (۱۳). در

رابطه با ارتباط عوامل جسمی با کیفیت خواب، نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه افخم ابراهیمی و همکاران همخوانی دارد (۱۵). ایزدی اونجی به نقل از ساوت ول و ویستو^۴ می‌نویسد کیفیت خواب در بخش‌های روان بدتر از سایر بخش‌ها است که علت آن عوامل روانی گوناگون نظیر ترس و اضطراب، خشم، احساس گناه و ماهیت بیماری‌های روان می‌باشد (۱۳). ری‌موند^۵ نیز معتقد است اغلب بیماران بستری از اختلالات خواب شاکی هستند. این شکایت می‌تواند به عوامل محیطی مثل سر و صدا و مداخله مکرر پرسنل و یا عوامل داخلی مثل هذیان، افسردگی، استرس، عدم توانایی در دراز کشیدن و درد مربوط باشد (۲۶). در مطالعه افخم ابراهیمی و همکاران نیز عوامل روانی دومین عامل مرتبط با اختلال خواب گزارش شده است (۱۵). در پژوهش حاضر بین فردی که بیشترین کمک را در امور روزمره به سالمندان می‌کرد و اختلال خواب آن‌ها ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد. چنانچه پیش‌تر نیز گفته شد، کلیه نمونه‌های پژوهش از یک آسایشگاه انتخاب شده بودند و اکثریت آنان برای امور روزمره از گروه درمانی کمک می‌گرفتند؛ لذا حجم اندک نمونه در سایر طبقات می‌تواند دلیلی بر عدم مشاهده رابطه معنی‌دار در این زمینه تلقی گردد.

نحوه بررسی کیفیت خواب در پژوهش حاضر براساس گزارش واحدهای پژوهش بوده و از درک ذهنی^۶ آن‌ها از وضعیت خوابشان خوابشان نشأت می‌گرفت. بنابراین این نتایج ممکن است با نتایج بررسی براساس معیارهای عینی یا ارزیابی‌های روزمره تیم درمانی متفاوت باشد. به‌طور کلی اکثریت نمونه‌های پژوهش در مطالعه حاضر از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردار بودند. گرچه از لحاظ شدت اختلال خواب اکثریت سالمندان مبتلا به اختلال خواب خفیف بودند ولی با در نظر گرفتن شیوع بالای مصرف داروهای

⁴ Southwell & Wistow

⁵ Raymond

⁶ Subjective

¹ Driver & Taylor

² Rapid Eye Movements (REM)

³ Slow-Wave Sleep (SWS)

خدمات مشاوره به سالمندان و بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی به آنان مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان مراتب سپاس خود را از کلیه سالمندان عزیز و پرسنل محترم آسایشگاه خیریه کهریزک که در این مطالعه با ما همکاری نمودند ابراز می‌داریم.

خواب‌آور در میان نمونه‌های پژوهش، به نظر می‌رسد اختلال خواب آنان شدیدتر از وضعیت موجود بوده و شیوع بالاتری داشته باشد. کیفیت خواب سالمندان آسایشگاه کهریزک تحت تاثیر عوامل جسمی (داشتن فعالیت بدنی و عوارض یائسگی) و روانی-اجتماعی (ارتباط سالمند با اقوام و خویشاوندان) قرار دارد. به منظور کمک به بهبود کیفیت خواب سالمندان، توصیه می‌شود برنامه ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی آنان، ارائه

References

- Ghoochani TH, Armat M. Dynamic elderly. Mashhad: Mashhad Ferdosi University Publication; 2003. (Persian)
- Maghsoodnia S. Primary health care in Iranian elderly. Tehran: Olum Behzisti and Tavanbakhshi University Publication; 2006. (Persian)
- Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica* 2000; 102: 249-57.
- Eser I, khorshid L, Cchinar S. Sleep quality of older adults in nursing homes in turkey. *J Gerontol Nurs* 2007; 33 (10): 42-49.
- Eliopolulos C. Gerontological nursing. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Nunes DM, Maria R, Mota S, Pontes OLN, Pereira EDB. Impaired sleep reduces quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Lung* 2009; 187: 159-63.
- Martikainen K, Hasan J, Urponen H, Vuori I, Partinen M. Daytime sleepiness: a risk factor in community life. *Acta Neurologica Scandinavica* 2009; 86 (4): 337-41.
- Marty M, Rozenberg S, Duplan B, Thomas P, Duquesnoy B, Allaert F. Quality of sleep in patients with chronic low back pain: a case-control study. *Eur Spine J* 2008; 17: 839-44.
- Loo H, Tan E. Case-control study of restless legs syndrome and quality of sleep in Parkinson's disease. *J Neurol Sci* 2008; 266: 145-9.
- Hsu H, Lin M. Exploring quality of sleep and its related factors among menopausal women. *J Nurs Res* 2005; 13 (2): 153-64.
- Mousavi SA, Mirzaie E, Khosravi A. Sleep pattern and sleepiness in Shahroo adults over 15 years old. *Knowledge Health* 2009; 4 (4): 44-8. (Persian)
- Hossein-Abadi R, Tabrizi KN, Poor-Esmail Z, Karimloo M, Maddah SS. The effects of pressure massage on geriatrics sleep quality. *Rehabil J* 2008; 9 (2): 8-14. (Persian)
- Onji IM, Bagheri HA, Afazel MR. Sleep quality and its related factors in inpatient elderly of Kashan Hospitals in 2006. *Feyz J* 2008; 12 (4): 107-12. (Persian)
- Liakopoulos V, Sakkas GK, Giannaki CD, Giannopoulou M, Eleftheriadis T, Stefanidis I. Factors affecting quality of sleep in dialysis patients: preliminary polysomnographic evidence. *Ren Fail* 2008; 30: 475-6.
- Ebrahimi AA, Ghale-Bandi M, Salehi M, Kafian TA, Vakili Y, Farsi AE. Sleep quality and its correlating factors in outpatients referring to Rasool Acram clinics. *J Iran Med Univ* 2008; 15 (58): 31-8. (Persian)
- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new

- instrument for psychiatric practice and research. *Psychiat Res* 1989; 28(2): 193-213.
17. Yilan Liu. A survey on both sleep quality and sleep disturbing factors of hospitalized senile patients. *Shanxi Nurs J* 2001; 3;14.
18. Huub AM, Middelkoop DA, Smilde-van D, Arie Knuistingh N, Hilbert AC, Springer CP. Subjective sleep characteristics of 1,485 males and females aged 50-93: effects of sex and age, and factors related to self-evaluated quality of sleep. *J Gerontol* 1996; 5 (3): 13-17.
19. Ohayon M, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 382-8.
20. Bliwise NG. Factors related to sleep quality in healthy elderly women. *Psychol Aging* 1992; 7: 83-8.
21. Kalleinen N, Polo O, Himanen SL, Joutsen A, Urrila AS, Polo-Kantola P. Sleep deprivation and hormone therapy in post menopausal women. *Sleep Med* 2006; 7(5): 436-47.
22. Spormaker VI. Depression and anxiety complaints, relations with sleep disturbances. *Eur Psychiat* 2005; 20: 205-7.
23. Mak K, Ho S, Thomas GNL, Wing-Sze C, Daniel K, Lai Y, Lam T. Smoking and sleep disorders in Chinese adolescents. *Sleep Med* 2010; 11 (3): 268-73.
24. Anderson, P. Cigarette smoking causes sleep disturbances. *Chest* 2008; 133: 427-32.
25. Driver HS, Taylor SR. Exercise and sleep. *Sleep Med Rev* 2000; 4(4): 387-402.
26. Raymond I, Nielsen TA, Lavigne G, Manzini C, Choinière M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain* 2001; 92(3): 381-8.