

ارتباط احساس تنهایی با کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز

وحید پاکپور^۱، وحید زمان زاده^۲، صدیقه سلیمی^۳، امیر فرسیو^۴، گلشن مقبلی^۵، امین سهیلی^{*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۷/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۹/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کیفیت خواب پایین و احساس تنهایی در سالمندان با بسیاری از مشکلات جسمی و روانی ارتباط داشته و سبب افزایش نیاز به خدمات مراقبتی می‌گردد. همچنین ممکن است محیط زندگی سالمندان نیز بر این متغیرها تأثیرگذار باشد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط احساس تنهایی و کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز (با تمرکز بر مقایسه بر اساس محیط زندگی) انجام گرفت. **مواد و روش کار:** در مطالعه از نوع مقطعی توصیفی همبستگی حاضر، ۴۰۰ نفر از سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان ساکن شهر تبریز شرکت داشتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای ۳ بخشی شامل مشخصات جمعیت شناختی؛ مقیاس کیفیت خواب پیتسبرگ و مقیاس تنهایی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس در SPSS (v.16) انجام گردید. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که میزان احساس تنهایی در سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان به‌طور معنی‌داری کمتر و میزان کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0.001$). همچنین بین احساس تنهایی و کیفیت خواب هم در سالمندان مقیم خانواده ($r = 0.145, p = 0.006$) و هم در سالمندان مقیم سرای سالمندان ($r = 0.305, p < 0.001$) از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی ایران، آموزش به خانواده‌ها در مورد بازنگری در سپردن سالمندان به سرای سالمندی، ضروری می‌باشد. به‌علاوه توصیه می‌شود برنامه‌های جامعی به‌منظور بهبود کیفیت و افزایش امکانات محیطی و رفاهی، مشابه نمودن محیط سرای سالمندی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب خانواده‌ها و دوستان فرد سالمند به سرکشی منظم به فرد مدنظر قرار گیرد. **کلیدواژه‌ها:** احساس تنهایی، کیفیت خواب، سالمندان، تبریز. **مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.**

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۸۸، بهمن ۱۳۹۵، ص ۹۱۷-۹۰۶

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۹۷۸۲۸۳۲

Email: Soheili.A1991@gmail.com

مقدمه

دارد و سالانه ۱/۷ درصد به کل جمعیت جهان افزوده می‌شود، درحالی‌که این افزایش برای جمعیت سالمند ۲/۵ درصد می‌باشد که نشانگر نرخ رشد بالای جمعیت سالمند در جهان است (۳،۴). سازمان ملل در سال ۲۰۰۹، تعداد کل سالمندان جهان را حدود ۷۵۰ میلیون نفر اعلام کرده است و تخمین زده می‌شود که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید (۵). بر اساس

سالمندی، فرایندی مرکب از تغییرات چالش‌برانگیز زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد (۱) که به‌مرور زمان ایجاد شده و ناشی از بیماری یا صدمات عمده نیست و درنهایت منجر به افزایش احتمال مرگ‌ومیر می‌گردد (۲). بر اساس گزارش‌ها، از هر ۱۰ نفر مردم جهان، یک نفر بالای ۶۵ سال سن

^۱ دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استاد گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۵ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

آخرین گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ تعداد سالمندان حدود ۶/۳ میلیون نفر ذکر شده است که از نسبت ۶/۶ درصد از کل جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۸/۲ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده و تا سال ۱۴۰۰ به بیش از ۱۰ درصد خواهد رسید (۶). طبق تقسیم‌بندی سازمان ملل متحد، کشورهایی که جمعیت سالمندشان بیش از ۷ درصد کل جمعیت باشد، جزء کشورهای سالمند محسوب می‌شوند (۷). لذا بر اساس این تقسیم‌بندی، ایران نیز کشوری سالمند محسوب می‌گردد (۸).

به دنبال افزایش امید به زندگی و طولانی‌تر شدن عمر، به احتمال زیاد افراد علاوه بر تجربه کاهش در سلامتی جسمی، مجبور هستند که رنج از دست دادن نزدیکان خود را تحمل کنند و فرصت کمی برای عملکرد در نقش‌های اجتماعی متنوع خواهند داشت. درواقع هرچقدر افراد به سن سالمندی نزدیک‌تر می‌شوند، آسیب‌پذیرتر می‌گردند و نیازمند مراقبت‌های گسترده‌تری هستند (۹). ناتوانی‌های همراه سالمندی در تمامی حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی تجربه می‌شوند و درنهایت سبب کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود (۱۰). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که ۸۰ درصد سالمندان بالاتر از ۶۰ سال به انواع اختلالات جسمی و روانی مبتلا بوده (۱۱) و حداقل ۴۰ درصد از سالمندان بالای ۷۵ سال به مراقبت‌های گسترده‌ای نیاز دارند (۱۲). نتایج پژوهشی در ایران نیز نشان می‌دهد که میزان تقاضای سالمندان برای خدمات مراقبت سلامت ۳ برابر جمعیت غیرسالمند بوده و این میزان با بالا رفتن سن سالمندان افزایش می‌یابد (۱۳).

شواهد حاکی از آن است که عوامل مهمی هم چون سوگ فقدان‌های متعددی مانند مرگ همسر، فرزند، دوست و ... تنها زندگی کردن، افت توانایی جسمی و تغییر وضعیت شغلی؛ منجر به ایجاد مسائل روانی در حدود ۲۵-۱۵ درصد سالمندان می‌گردد (۱۴). بر اساس یافته‌های پژوهشی، میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان از دامنه گسترده‌ای برخوردار بوده و میزان خودکشی در این دوره بیش از سنین دیگر گزارش شده است (۱۵). اما باوجود محدودیت‌هایی موجود در زندگی سالمندان، سپری کردن سال‌های اضافی عمر درنهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی، جزء مهم‌ترین چالش‌های مراقبت سلامت در قرن حاضر بوده و به بیان دیگر، پیر شدن جمعیت و مسائل مراقبت سلامت آنان دو نگرانی عمده جهانی محسوب می‌شوند (۱۶).

احساس تنهایی نیز به عنوان یک تجربه ناراحت کننده عاطفی شناختی از جمله مسائل قابل توجه در بین سالمندان می‌باشد. این احساس درواقع ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی انتظارات او را برآورده نکرده و زمانی به وجود می‌آید که میان روابط بین فردی مورد انتظار و روابطی که در حال حاضر دارد، فاصله

وجود داشته باشد (۱۷). شیوع احساس تنهایی در بین سالمندان ۴۰-۱۰ درصد گزارش شده است (۸، ۱۷، ۱۸) و حتی نتایج مطالعاتی در چین نشان می‌دهد که ۷۸ درصد از سالمندان سطح متوسطی از احساس تنهایی را داشته‌اند (۱۹). درواقع آنچه سالمندی را تهدید می‌کند نه بیماری و نه فقر بلکه تنهایی است که افراد سالمند را نسبت به بیماری‌های روانی مستعدتر نموده و منشأ بسیاری از مسائل روانی سالمندان از قبیل افسردگی، خودکشی، ناامیدی شدید و حتی مرگ (۲۰، ۲۱) می‌باشد. معمولاً سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند با احساس خلأ، غمگینی و بی تعلقی مواجه هستند و این احساس بر روی تعاملات اجتماعی، شیوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر گذاشته و نتایج کوتاه مدت و درازمدت در سلامت روانی آنان دارد (۲۲).

خواب نیز یکی از نیازهای بنیادین زندگی انسان می‌باشد که با افزایش سن تغییراتی در کیفیت و ساختار آن ایجاد می‌شود و منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن می‌شود (۲۳، ۲۴). کیفیت خواب در افراد سالمند با بسیاری از مشکلات جسمی و روانی از جمله افسردگی، اختلالات شناختی (۲۵، ۲۶)، آسیب به وضعیت سلامت، کاهش عملکرد جسمی، کاهش کیفیت زندگی، کاهش عملکرد روزانه سالمند (۲۷)، کاهش رضایت از زندگی (۲۸) و حتی افزایش قابل توجه در هزینه‌های مراقبتی ارتباط دارد (۲۵، ۲۹) که موجب افزایش ناتوانی سالمند و افزایش نیاز وی به استفاده از خدمات مراقبت سلامت می‌شود، به عبارتی بهبود کیفیت خواب در ارتقاء عملکرد روانی، جسمانی، اجتماعی، رضایت از زندگی و کاهش درد نقش مهمی دارد (۲۶، ۲۹، ۳۰). خواب با کیفیت ضعیف نیز، پس از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار داشته و یکی از شکایات شایع سالمندان از دلایل مراجعه این افراد به پزشکان است (۳۱). حتی در برخی از مطالعات این میزان تا ۷۰ درصد بیان شده است (۲۳، ۳۲). علی‌رغم شیوع بالای اختلالات خواب و تأثیرات منفی آن بر روی عملکرد روزانه در میان جمعیت سالمند، کم‌تر از ۱۵ درصد آنان تحت درمان می‌باشند (۳۳).

بین احساس تنهایی با کیفیت خواب، رابطه پیچیده وجود دارد به‌طوری‌که احساس تنهایی سبب افت کیفیت خواب شده و کیفیت پایین خواب نیز سبب ایجاد مشکلات روانی از جمله احساس تنهایی در فرد می‌شود (۳۴). هرچند مطالعات بسیاری در زمینه احساس تنهایی و کیفیت خواب در سالمندان انجام گرفته است (۲۶، ۳۵)، ولی علی‌رغم جستجوی وسیع متون داخلی، پژوهشی یافت نشد که به‌طور اختصاصی ارتباط بین احساس تنهایی و کیفیت خواب را در بین سالمندان ایرانی بررسی نموده باشد. لذا با توجه به این‌که کیفیت خواب و ارتقاء سلامت روانی سالمندان جزء مسائل عمده در

دوستان صمیمی، وضعیت اقتصادی، مصرف دخانیات و وجود بیماری مزمن بود.

مقیاس کیفیت خواب پیتسبرگ: این مقیاس خود گزارشی توسط به ای سی^۲ و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده و دارای ۱۸ سؤال می‌باشد که در هفت جزء طبقه‌بندی می‌شوند: جزء اول مربوط به کیفیت خواب به‌طور ذهنی است که با یک سؤال (شماره ۹) مشخص می‌شود. جزء دوم مربوط به تأخیر در به خواب رفتن است که نمره آن با دو سؤال (میانگین نمره سؤال ۲ و نمره قسمت الف سؤال ۵) مشخص می‌شود. جزء سوم مربوط به مدت‌زمان خواب بودن است که با یک سؤال (شماره ۴) مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب بیمار است که نمره آن با تقسیم کل ساعات خواب بودن بر کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد، ضرب در صد محاسبه می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است که با محاسبه میانگین نمرات جزئیات سؤال پنج به دست می‌آید. جزء ششم مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور است که با یک سؤال (شماره ۶) مشخص می‌شود. جزء هفتم نیز مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سؤال (میانگین نمرات سؤال ۷ و ۸) مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال بین صفر تا سه است و امتیاز هر جزء حداکثر ۳ می‌باشد. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از صفر تا ۲۱ است. هر چه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد (۳۶). اعتبار پرسشنامه PSQI، ۰/۸۰ و پایایی آن با آزمون مجدد بررسی شده است که بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۷). لازم به ذکر است که قبل از استفاده از پرسشنامه، روایی محتوی و صوری آن مجدد بررسی گردید؛ بدین‌صورت که ابزار گردآوری داده‌ها جهت نظرخواهی در مرحله اول در اختیار ۱۰ نفر از اساتید رشته پرستاری و ۱۰ نفر از پزشکان و روانشناسان صاحب‌نظر در حوزه سالمند شناسی قرار گرفت و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم اعمال گردید و در مرحله دوم مجدداً در اختیار ۵ نفر از اساتید و ۵ نفر از پزشکان و روانشناسان فوق‌الذکر قرار گرفت تا روایی آن مورد تأیید قرار گیرد. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری داده‌ها نیز، از روش آزمون مجدد استفاده شد. در این روش به ۲۰ نفر از جامعه مورد مطالعه پرسشنامه توزیع و پس از تکمیل، جمع‌آوری گردید و مجدداً بعد از ۲ هفته همان پرسشنامه به همان افراد داده شد که نهایتاً پرسشنامه با اطمینان ۰/۹۵ با هم تطبیق داده شد، که مطلوب می‌باشد.

ارتقاء سلامت سالمندان می‌باشد و در راستای بهبود مداخلات و شرایط مراقبتی و پدید آوردن راهنمایی برای پرستاران در برنامه‌های مراقبت سلامت سالمندان؛ مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط احساس تنهایی و کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز (با تمرکز بر مقایسه بر اساس محیط زندگی) انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت توصیفی همبستگی بر روی سالمندان ساکن شهر تبریز از بهمن سال ۹۴ تا خرداد سال ۱۳۹۵ انجام شد. با توجه به اینکه تقریباً ۵۰ درصد افراد سالمند دچار اختلال خواب هستند (۲۳) تعداد نمونه با درجه اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۰/۰۵ برابر با ۳۸۴ نفر تعیین شد و به‌منظور افزایش اعتبار تحقیق، این تعداد به عدد ۴۰۰ نفر افزایش یافت. جهت نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده از روش چندمرحله‌ای استفاده شد، به‌این‌ترتیب که با مراجعه به نقشه شهر تبریز، ۴ منطقه از مناطق دوازده‌گانه به‌صورت تصادفی انتخاب‌شده و سپس محقق از هر منطقه به‌صورت تصادفی دو مورد از اماکن عمومی (مساجد، پارک‌ها، مکان‌های ورزشی و مراکز خرید) را انتخاب و تا دستیابی به تعداد موردنظر از نمونه‌ها به‌صورت متوالی در این اماکن حضور یافته و پرسشنامه‌های مطالعه را از طریق مصاحبه رودررو تکمیل نمود. همچنین جهت نمونه‌گیری سالمندان مقیم سرای سالمندان، هر ۴ مرکز نگهداری از سالمندان شهر تبریز، به‌صورت سرشماری انتخاب و نمونه‌های واجد شرایط مطالعه از بین این مراکز انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی‌الاصل بودن، داشتن حداقل سن ۶۵ سال و بالاتر، سکونت در شهر تبریز، هوشیار بودن از نظر ذهنی و توانایی پاسخگویی به سؤالات، بود. افراد ناتوان و دارای معلولیت جسمی و روانی، افرادی که سوءمصرف مواد داشتند و همچنین تصمیم واحدهای موردپژوهش مبنی بر عدم همکاری نیز، جزء معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای در ۳ بخش: (۱) مشخصات جمعیت شناختی؛ (۲) مقیاس کیفیت خواب پیتسبرگ^۱؛ و (۳) مقیاس تنهایی^۲ بود که به شرح ذیل استفاده قرار گرفت:

مشخصات جمعیت شناختی: این بخش مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی سالمندان بوده و شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، تعداد

³ Daniel J Buysse

¹ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

² Loneliness Scale

مقیاس تنهایی: این مقیاس توسط دهشیری و همکاران (۲۰۰۸) برای سنجش میزان تنهایی ابداع شده است و دارای ۳۸ گویه ای در سه خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاس ها شامل "تنهایی ناشی از روابط خانوادگی" (۱۶ گویه)، "تنهایی ناشی از روابط با دوستان" (۱۲ گویه) و "نشانه های عاطفی تنهایی" (۱۰ گویه) می باشند. گویه های ۲، ۴، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷ مربوط به خرده مقیاس "تنهایی ناشی از روابط خانوادگی"، گویه های ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۸ مربوط به خرده مقیاس "تنهایی ناشی از روابط با دوستان" و گویه های ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۲۸، ۳۴، ۳۶ مربوط به خرده مقیاس "نشانه های عاطفی تنهایی" می باشند. این مقیاس به صورت لیکرت پنج گزینه ای (صفر = خیلی زیاد تا ۴ = خیلی کم) بود و گویه های ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۷ منفی می باشند که به صورت معکوس نمره دهی شدند. مجموع امتیازات ممکن برای مقیاس بین صفر تا ۱۵۲ است که نمرات بالاتر نشانگر احساس تنهایی بیشتر فرد می باشد. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۰- گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۸). همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در مطالعاتی بر روی سالمندان با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش گردید (۳۹). لازم به ذکر است که قبل از استفاده از پرسشنامه، روایی آن مجدد از طریق اعتبار محتوی و صوری تأیید شده و پایایی آن با استفاده از روش باز آزمون ۰/۹۱ تعیین گردید، که مطلوب می باشد.

روش جمع آوری داده ها نیز بدین صورت بود که در مرحله نخست؛ پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی و کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز، هر روز با مراجعه به اماکنی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، سالمندان واجد شرایط را انتخاب و ضمن ارائه توضیحات لازم و بیان اهداف پژوهش جهت همکاری بیشتر واحدهای پژوهش و کسب رضایت و اطمینان دهی از محرمانه بودن و عدم درج اطلاعات (به منظور رعایت موازین اخلاق پژوهش)، از طریق مصاحبه پرسشنامه ها را تکمیل نمود. جهت جمع آوری داده ها از سالمندان مقیم سرای سالمندان نیز پژوهشگر به سراهای سالمندان سطح شهر تبریز مراجعه نموده و پرسشنامه ها را در اتاقی خلوت از طریق مصاحبه تکمیل نمود. نهایتاً داده ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس) در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. همچنین از نظر آماری $p < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

از میان ۴۱۰ نفر سالمند مشارکت کننده در مطالعه که پرسشنامه بین آن ها توزیع گردید، ۴۰۰ نفر یعنی معادل ۹۷/۵ درصد همکاری داشته و پرسشنامه ها را به صورت تکمیل شده برگرداندند. میانگین سن مشارکت کنندگان نیز ۶۷/۰۴ سال با انحراف معیار ۱۶/۲۲ سال بود. برخی دیگر از مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز

متغیرهای جمعیت شناختی	طبقه	مقیم خانواده		مقیم سرای سالمندان	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس	مذکر	۱۳۰ (۳۲/۷)	۲۸ (۶/۲)		
	مؤنث	۲۲۵ (۶۳/۳)	۱۷ (۳/۸)		
	بی سواد	۱۹۶ (۵۵/۵)	۲۳ (۵/۱)		
میزان تحصیلات	سیکل	۱۱۳ (۳۲/۲)	۱۷ (۳/۸)		
	دیپلم	۳۴ (۱۰/۰)	۲ (۴/۰)		
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۲ (۳/۳)	۳ (۰/۷)		
وضعیت تأهل	مجرد	۷ (۲/۰)	۳ (۰/۷)		
	متأهل	۲۶۰ (۷۳/۳)	۷ (۱/۵)		
	بیوه	۷۶ (۲۲/۲)	۲۶ (۵/۸)		
	مطلقه	۱۲ (۳/۳)	۹ (۲/۰)		

متغیرهای جمعیت شناختی	طبقه	مقیم خانواده	مقیم سرای سالمندان
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۲ (%۱۷)	-
	بازنشسته	۸۰ (%۲۲)	۱۳ (%۲۹)
	خانه‌دار	۱۵۰ (%۴۲)	۱۶ (%۳۵)
	بیکار	۶۳ (%۱۸)	-
وضعیت اقتصادی	خوب	۷۲ (%۲۰)	۶ (%۱۳)
	متوسط	۱۹۴ (%۵۵)	۱۵ (%۳۳)
	ضعیف	۸۹ (%۲۵)	۲۴ (%۵۴)
مصرف دخانیات	بلی	۹۳ (%۲۶)	۱۱ (%۲۴)
	خیر	۲۶۲ (%۷۴)	۳۴ (%۷۶)
وضعیت زندگی	تنها	۴۵ (%۱۳)	-
	با همسر	۱۳۰ (%۳۷)	-
	با همسر و فرزندان	۱۱۸ (%۳۳)	-
	با یکی از فرزندان	۶۲ (%۱۷)	-
وجود بیماری مزمن	بلی	۲۲۳ (%۶۳)	۳۵ (%۷۸)
	خیر	۱۳۲ (%۳۷)	۱۰ (%۲۲)

خواب در سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($p < 0/001$). مقایسه تمامی حیطه‌های دو متغیر احساس تنهایی و کیفیت خواب در بین سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

به‌طور کلی نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه میزان احساس تنهایی و کیفیت خواب در بین سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز نشان داد که احساس تنهایی در سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان در شهر تبریز به‌طور معنی‌داری کمتر بود ($p < 0/001$). همچنین کیفیت

جدول (۲): مقایسه میزان احساس تنهایی و کیفیت خواب در بین سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز

متغیر موردبررسی	حیطه	محل اقامت		مقدار t	مقدار p
		خانواده	سرای سالمندان		
		میانگین و انحراف معیار (n=۳۵۵)	میانگین و انحراف معیار (n=۴۵)		
احساس تنهایی	تنهایی ناشی از روابط خانوادگی	۲/۴۲ ± ۰/۶۹	۳/۱۴ ± ۰/۵۷	-۶/۷۱۳	۰/۰۰۶
	تنهایی ناشی از روابط با دوستان	۲/۲۹ ± ۰/۹۷	۳/۶۵ ± ۰/۴۷	-۹/۲۷۶	۰/۰۰۱
	نشانه‌های عاطفی تنهایی	۳/۰۳ ± ۰/۶۲	۴/۵۵ ± ۰/۵۷	-۱۵/۵۴۷	۰/۰۰۱
	مجموع امتیاز	۹۶/۷۰ ± ۱۷/۸۲	۱۳۹/۶۹ ± ۰/۶۸	-۱۵/۶۷۶	۰/۰۰۶
کیفیت خواب	کیفیت خواب ذهنی	۱/۴۲ ± ۰/۷۴	۱/۹۱ ± ۰/۷۰	-۴/۱۶۳	۰/۰۷۳
	تأخیر در به خواب رفتن	۱/۳۵ ± ۱/۰۰	۱/۸۶ ± ۰/۶۲	-۳/۳۲۳	۰/۰۰۱
	مدت‌زمان خواب بودن	۲/۴۱ ± ۰/۸۱	۲/۲۲ ± ۰/۶۷	۱/۵۴۰	۰/۱۱۵
	کارایی و مؤثر بودن خواب	۲/۱۸ ± ۱/۰۳	۲/۵۱ ± ۰/۵۸	-۲/۰۹۷	۰/۰۰۱
	اختلالات خواب	۱/۳۳ ± ۰/۵۱	۲/۴۲ ± ۰/۶۲	-۱۳/۱۱۵	۰/۰۰۴
	مصرف داروهای خواب‌آور	۱/۲۰ ± ۱/۰۵	۱/۹۵ ± ۰/۶۰	-۴/۶۹۱	۰/۰۰۱
	عملکرد نامناسب در طول روز	۱/۵۸ ± ۰/۶۳	۲/۶۹ ± ۰/۴۷	-۱۱/۳۳۳	۰/۰۰۱
	مجموع امتیاز	۱۱/۴۹ ± ۳/۰۹	۱۵/۵۷ ± ۱/۷۵	-۸/۶۵۰	۰/۰۰۱
	*** در تمامی حیطه‌های متغیر موردبررسی، درجه آزادی برابر ۳۹۸ می‌باشد.				

برای بررسی ارتباط احساس تنهایی با کیفیت خواب سالمندان از آزمون پیرسون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که بین احساس تنهایی و کیفیت خواب هم در سالمندان مقیم خانواده ($r=0/145, p=0/006$) و هم در سالمندان مقیم سرای سالمندان

($r=0/305, p<0/001$) شهر تبریز از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین همان گونه که در جدول شماره ۳ دیده می شود، تنها ۵/۳۷ درصد از سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان شهر تبریز دارای کیفیت خواب مطلوب بودند.

جدول (۳): وضعیت کیفیت خواب سالمندان بر اساس امتیازات پرسشنامه پیتزبرگ

محل اقامت	خانواده ($n=346$)	سرای سالمندان ($n=45$)	تغییر مورد بررسی	طبقه
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)		
۲۰ (۵/۷۸)	۱ (۲/۲۲)	مطلوب (≤ 6)	کیفیت خواب	نامطلوب (> 6)
۳۲۶ (۹۴/۲۲)	۴۴ (۹۷/۷۸)			

بحث و نتیجه گیری

یکی از اهداف مطالعه حاضر مقایسه میزان احساس تنهایی در سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان در شهر تبریز بود. در این زمینه، نتایج نشان داد که احساس تنهایی در سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان به طور معنی داری کم تر بود. به طوری که نشانه های عاطفی تنهایی در سالمندان مقیم سرای سالمندان به طور بارزی نمایان بود که با نتایج مطالعه ای که توسط همتی علمدارلو و همکاران (۱۳۸۸) در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران انجام شد، هم سو می باشد (۳۹). در مطالعه گواری و همکاران (۱۳۷۶) نیز تمامی سالمندان مورد مصاحبه در جاتی از احساس تنهایی را تحمل کرده و ۳۴ درصد از آن ها احساس تنهایی شدید را تجربه نموده بودند (۴۰). همچنین نتایج مطالعه دادخواه (۱۳۸۶) نشان داد که ۳۹/۴ درصد مشارکت کنندگان از احساس تنهایی رنج می بردند (۸). در مطالعه ای دیگر نیز که توسط شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۰) روی ۱۰۰ نفر از سالمندان عضو کانون بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت انجام شد، مشخص گردید که متأهل بودن و داشتن رضایت از محل زندگی در کاهش احساس تنهایی مؤثر بوده و احساس تنهایی عامل مهمی در کاهش سلامت عمومی سالمندان است (۴۱). در مطالعه انجام شده توسط دراگست و همکاران (۲۰۱۱) در بین سالمندان مقیم سرای سالمندان کشور نروژ که فاقد اختلال شناختی بودند؛ ۵۶ درصد احساس تنهایی را تجربه کرده بودند (۴۲). دیگر مطالعات نیز احساس تنهایی را پدیده ای شایع در سالمندان مقیم مؤسسات ارائه دهنده مراقبت طولانی مدت گزارش نموده اند (۴۳، ۴۴).

بالا بودن احساس تنهایی سالمندان ساکن سرای سالمندان می تواند ناشی از انزوای اجتماعی آنان باشد. آن ها در اثر سکونت در

سرای سالمندان روابط مفید و مؤثر خود با دوستان و نزدیکان را از دست می دهند و در اثر کم شدن رابطه، حمایت های مادی و روانی نیز کاهش می یابد که این مسئله در بالا بودن احساس تنهایی سالمندان در این مراکز بی تأثیر نیست. علاوه بر این افراد در این مراکز توانایی تسلط بر زندگی را از دست داده و نمی توانند تصمیم گیری نموده و دست به انتخاب بزنند (۴۵). در این شرایط آن ها خود را ناتوان، منفعل و کاملاً وابسته ارزیابی نموده و به پوچی رسیده و دچار احساس تنهایی می گردند (۳۹، ۴۶). البته قابل ذکر است که کیفیت رابطه اجتماعی نسبت به فراوانی رابطه اجتماعی در بروز احساس تنهایی مهم تر و تعیین کننده تر است. به عبارتی احساس تنهایی سالمندان به فراوانی رابطه با فرزندان و دوستان مربوط نمی شود بلکه بیشتر به انتظارات و رضایت از این ارتباطات بر می گردد. شیوع احساس تنهایی در سالمندانی که انتظاراتشان از ملاقات با فرزندان و دوستانشان برآورده نمی شود و از رابطه با آن ها راضی نیستند، بالاتر است (۴۷). هروی کریموی و همکاران (۱۳۸۶) در یک مطالعه کیفی پدیدارشناسی به تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی پرداختند. یافته های این مطالعه تصویری روشن از دیدگاه سالمندانی که همگی به نوعی پدیده احساس تنهایی را تجربه نموده بودند ارائه داد. به این صورت که آن ها احساس تنهایی را یک حس دردناک و رنج آور می دانستند که در نتیجه فقدان های موجود در زندگی بروز نموده و آنان در ضمن ایجاد ارتباط با خدا با یادآوری خاطرات دوران مختلف زندگی و ایجاد ارتباطات جدید در جهت رویارویی با این پدیده تلاش می نمودند (۴۸).

دیگر هدف مطالعه حاضر مقایسه میزان کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان در شهر تبریز بود. در این زمینه نیز، نتایج نشان داد که کیفیت خواب در

سالمندان مقیم خانواده در مقایسه با سالمندان مقیم سرای سالمندان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. همچنین در مطالعه حاضر، اکثریت (۹۴/۶۳ درصد) سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان کیفیت خواب نامطلوب داشتند. این یافته‌ها در راستای مطالعات گذشته می‌باشد که شیوع کیفیت خواب غیرطبیعی را در سالمندان مقیم سراهای سالمندان در مقایسه با سالمندان مقیم جامعه، بالاتر نشان داده است (۵۲-۴۹). همچنین با نتایج مطالعه رضایی و شوشتر زاده (۱۳۹۴) تحت عنوان کیفیت خواب و عوامل فردی مرتبط در سالمندان مقیم سراهای سالمندی اصفهان، هم‌خوانی دارد (۵۳). پاک‌پور و همکاران (۱۳۹۵) نیز در مطالعه خود وضعیت کیفیت خواب اکثر سالمندان موردپژوهش شهر زنجان را نامطلوب گزارش نمودند (۵۴).

بی‌خوابی در بیماران مسن می‌تواند تندرستی فردی را تحت تأثیر قرار دهد و میزان ابتلا به بیماری‌ها را افزایش دهد. از این‌رو ارزیابی خواب باید به‌عنوان یکی از اجزای اصلی ارزیابی جامع افراد مسن مدنظر باشد (۵۵). همچنین با توجه به تأثیر مثبت روش‌های مختلف (شامل روش‌های رفتاری، کنترل محرک‌ها، فن‌های آرام‌سازی، هدایت تصورات، به یو فید بک، رعایت بهداشت خواب و روش‌های شناختی)، در مقابله با این اختلالات، تأکید بر آموزش این روش‌ها می‌تواند به‌طور مطلوبی مشکلات موجود خواب سالمندان را برطرف سازد (۵۱).

علاوه بر کیفیت خواب، بسیاری از مطالعات انجام شده در این حوزه گزارش نموده‌اند کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمندان را به‌طور کلی نسبت به سالمندان جامعه از وضعیت نامطلوب‌تری برخوردار است. در این مطالعات توصیه شده است که سالمندان تا آخرین روزها، در کانون خانواده باشند، چراکه قادر به پویا بودن، توانایی مراقبت از فرزندان، رابطه با مردم و حمایت توسط خانواده می‌شوند، در غیر این صورت، با توجه به مؤثر بودن محل زندگی سالمندان بر کیفیت زندگی آن‌ها، نیاز به مهیا نمودن یک محیط دوستانه، گسترش برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، مشابه نمودن محیط خانه‌های سالمندی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب خانواده‌ها و دوستان فرد سالمند به سرکشی منظم به فرد، را جهت تسهیل تطابق آن‌ها با جایگاه زیست‌محیطی سرای، ضروری دانستند (۶۰-۵۶).

هدف نهایی مطالعه حاضر بررسی ارتباط احساس تنهایی با کیفیت خواب سالمندان بود. نتایج نشان داد که بین احساس تنهایی و کیفیت خواب هم در سالمندان مقیم خانواده و هم در سالمندان مقیم سرای سالمندان از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. تنها بودن عاملی است که رابطه مثبت آن با بی‌خوابی و اختلالات خواب در مطالعات قبلی نشان داده شده است (۵۳، ۶۱). مک‌هاگ

و لاور (۲۰۱۳) نیز تأثیر احساس تنهایی عاطفی بر کیفیت خواب سالمندان را تا حدود زیادی نتیجه استرس زیسته سالمندان به دنبال حس تنها بودن دانستند (۶۲). علاوه بر این، آرسلاتناش و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای در کشور ترکیه چنین نتیجه‌گیری نمودند که احساس تنهایی اثرات منفی مخربی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته و وجود مشکلات سلامتی مزمن و نبود سرگرمی از جمله مهم‌ترین عوامل پیشگویی‌کننده تنهایی می‌باشد (۶۳).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود که کاربرد یافته‌های آن را محدود می‌سازد. اول اینکه در پژوهش حاضر به علت متفاوت بودن حالات روحی و جسمی سالمندان احتمال این‌که آن‌ها نخواهند اطلاعات واقعی خود را منعکس نمایند، وجود داشت که سعی شد با دادن توضیحات کافی و رعایت بی‌نامی پاسخگویان این مورد تا حد امکان کنترل گردد. دومین محدودیت مطالعه نیز مربوط به کم بودن حجم نمونه سالمندان مقیم سرای سالمندان بوده و نمی‌توان با اطمینان نتایج این مطالعه را به کل جامعه تعمیم داد. دیگر محدودیت نیز، مقیاس پرسشنامه مورد استفاده بود که ممکن بود باعث تمایل سالمندان به پاسخ‌دهی به‌صورت مشابه شده باشد. به‌علاوه، استرس‌های جزئی روزمره در محیط خانواده و جامعه، اختلاف تجارب سالمندان، اعتقادات مذهبی، ویژگی‌های فرهنگی، متغیر بودن تعریف افراد از احساس تنهایی و حتی نسبی بودن آن و دیگر عوامل محیطی از جمله عواملی بودند که می‌تواند بر روی نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که البته خارج از کنترل پژوهشگران بود. نهایتاً، با توجه به نتایج مطالعه، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که

اکثریت سالمندان (چه سالمندان مقیم خانواده و چه سالمندان مقیم سرای سالمندان) در شهر تبریز از کیفیت خواب نامطلوبی برخوردارند. همچنین احساس تنهایی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان مقیم خانواده بوده و زندگی با سایر اعضای خانواده بر کیفیت خواب سالمندان تأثیر مثبت دارد. این یافته‌ها مفاهیم مهمی را در عرصه ارائه مراقبت به سالمندان آشکار می‌سازد و با توجه به اینکه کیفیت خواب سالمندان تحت تأثیر عوامل جسمی (داشتن فعالیت بدنی و عوارض یائسگی) و روانی اجتماعی (ارتباط سالمند با اقوام و خویشاوندان) قرار دارد؛ توصیه می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت و حمایت اجتماعی آنان، ارائه خدمات مشاوره‌ای و بهبود خدمات مراقبت سلامت به سالمندان مدنظر قرار گیرد. احساس تنهایی نیز عامل مهمی در کاهش سلامت عمومی سالمندان بوده و از آنجاکه تشخیص احساس تنهایی می‌تواند در حفظ سلامت سالمندان مؤثر باشد، همچنین با توجه به اینکه بسیاری از ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و توان‌بخشی به علت تماس مستمرشان با اشخاص سالمند موقعیت منحصر به فردی برای شناسایی پدیده احساس تنهایی دارند، بنابراین

خانواده‌ها و دوستان فرد سالمند به ملاقات منظم با سالمند، می‌تواند سودمند باشد.

اطلاعات به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌تواند دستمایه پژوهش‌های دیگر در این زمینه قرار گیرد تا افق‌های دیگری در مورد این پدیده گشوده شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در همین زمینه با گنجاندن نمونه‌هایی از مناطق روستایی و یا شهرهای دیگر انجام شود تا امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را بیشتر کند. در این مطالعه به علت دسترسی بیشتر و آسان‌تر، تنها آزمودنی‌های سالم شرکت نمودند، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، به‌منظور ارتقاء سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، سالمندان بیمار نیز در نظر گرفته شود. همچنین توصیه می‌شود مطالعات دیگری در راستای بررسی دیدگاه و درک خانواده سالمندان از مراقبت از سالمندان و یا سپردن آن‌ها به سرای سالمندان، صورت پذیرد. همچنین طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب و تئوری محور از طریق رسانه‌های جمعی می‌تواند یافته‌های تازه‌تری را به دنبال داشته باشد.

تقدیر و تشکر

لازم می‌دانیم مراتب تشکر خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و سرپرست محترم کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت مادی و معنوی از این طرح، اعلام نماییم. همچنین از کلیه سالمندان شهر تبریز که در این مطالعه شرکت نموده و ما را یاری نمودند، نهایت تشکر و کمال قدردانی خود را عارضیم.

References

1. Lee M. Promoting mental health and well-being in later life: a first report from the UK inquiry into mental health and well-being in later life: Mental Health Foundation; 2006.
2. Easley C, Schaller J. The experience of being old-old: Life after 85. *Geriatr Nurs* 2003;24(5): 273-7.
3. Mohamadi Shahbalaghi F. Self- Efficacy and caregiver strain in alzheimer's caregivers. *Salmand* 2006;1(1): 26-33. (Persian)
4. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz* 2009;13(3): 225-34. (Persian)
5. Sugden A, Hanson B, Pennisi E, Culotta E. A Celebration and a Challenge. *Science* 2009; 323(5911): 185.

ضروری است که اعضاء تیم مراقبت سلامت از عوارض و عواقب ناشی از احساس تنهایی و اثرات مؤثر آن بر سلامت آگاه شده و نسبت به باورهای اشخاص سالمند درباره علل وقوع این پدیده و تفکرات آنان پیرامون احساس تنهایی آگاهی بیشتری کسب کنند.

نتایج این مطالعه می‌تواند برای بهبود طراحی برنامه‌های آموزشی برای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و توان بخشی و برنامه‌ریزی‌های مدون جهت پیشگیری از احساس تنهایی و درنهایت افزایش سلامت جسمی، اعتمادبه‌نفس و ارتباطات اجتماعی، در جهت ارتقاء سلامت روان آنان مورد استفاده قرار گیرد و از عواقب ناخوشایندی هم چون افسردگی، سایر اختلالات روان‌پزشکی و درنهایت خودکشی سالمندان پیشگیری نماید. بنابراین با توجه به موقعیت روانی فرهنگی سالمندان در ایران، پیشنهاد می‌شود: برنامه‌های جامعی به‌منظور پیشگیری از ابتلا سالمندان به احساس تنهایی طراحی گردد. این قبیل برنامه‌ها باید بر بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات اجتماعی تمرکز داشته باشد و سالمندان را قادر سازد که از اوقات تنهایی خود به‌طور فعالانه استفاده مفیدی داشته باشند. همچنین توجه به سلامت جسمانی و روانی سالمندان مقیم سرای سالمندان ضروری است. با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی ایران، بهترین مکان برای برآورده شدن نیازهای روان‌شناختی آنان خانواده است. لذا تدوین برنامه‌های جامعه‌محور برای مراقبت در منزل جهت کاهش انتقال سالمندان به سرای سالمندان و نیز بهبود کیفیت و افزایش امکانات محیطی و رفاهی، مشابه نمودن محیط سرای سالمندی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب

6. Lowe P. Census of Population and Housing. Australian bureau of statistics forward work program 2010-11 to 2013-14. P. 51.
7. Mahdavi SG. Sociological analysis of aging with emphasis on social welfare services for elderly of Iran. Tehran: Group of charitable women; 2000. (Persian)
8. Dadkhah A. Review of aged rendered services in USA and Japan and Guidelines for Iran aging strategic plan. *Salmand* 2007;2(3): 166-76. (Persian)
9. Hall S, Longhurst S, Higginson I. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age Ageing* 2009;38(4): 411-6.

10. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. *IJN* 2008;21(53): 29-39. (Persian)
11. Akbari Kamrani A. Prevalence of Complains and rehabilitation needs in 150 patients. *RJ* 2001;2(1and2): 46-50. (Persian)
12. Maftoun F, Nikpour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. Elderlies and medical services: Demand and utilization in Tehran. *Payesh* 2002;2(1): 51-5. (Persian)
13. Abdi Zarin S, Akbarian M. Successful Aging under religious believes. *Salmand* 2007;2(2): 293-99. (Persian)
14. Bahrami F, Ramazani Farani A. The role of intrinsic and extrinsic religious beliefs in mental health and depression among elderly. *RJ* 2005;6(1): 42-7. (Persian)
15. Yu-Kun C. Transition to day care for older people in Taiwan: A grounded theory study. Australia: Queensland University of Technology; 2011.
16. Routasalo PE, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE, Pitkälä KH. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology* 2006;52(3): 181-7.
17. Wang G, Zhang X, Wang K, Li Y, Shen Q, Ge X, et al. Loneliness among the rural older people in Anhui, China: prevalence and associated factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(11): 1162-8.
18. Adams KB, Sanders S, Auth E. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health* 2004;8(6): 475-85.
19. McInnis GJ, White JH. A phenomenological exploration of loneliness in the older adult. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15(3): 128-39.
20. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc Sci Med* 2012;74(6): 907-14.
21. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6): 695-718.
22. Reid KJ, Martinovich Z, Finkel S, Statsinger J, Golden R, Harter K, et al. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(10): 860-6.
23. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995; 18(6): 425–432.
24. Morin CM, Gramling SE. Sleep patterns and aging: comparison of older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging* 1989;4(3): 290.
25. Onji I, Bagheri H, Afazel M. Sleep quality and its related factors in inpatient elderly of Kashan Hospitals in 2006. *Feyz* 2008;12(4): 107-12. (Persian)
26. Zisberg A, Gur-Yaish N, Shochat T. Contribution of routine to sleep quality in community elderly. *Sleep* 2010;33(4): 509.
27. Aloba OO, Adewuya AO, Ola BA, Mapayi BM. Validity of the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) among Nigerian university students. *Sleep Med* 2007;8(3): 266-70.
28. Stein MB, Belik S-L, Jacobi F, Sareen J. Impairment associated with sleep problems in the community: relationship to physical and mental health comorbidity. *Psychosom Med* 2008;70(8): 913-9.
29. Novak M, Mucsi I, Shapiro CM, Rethelyi J, Kopp MS. Increased utilization of health services by insomniacs—an epidemiological perspective. *J Psychosom Res* 2004;56(5): 527-36.
30. Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep

- disorders and comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 2004;38: 93-6.
31. Suzuki E, Yorifuji T, Ueshima K, Takao S, Sugiyama M, Ohta T, et al. Sleep duration, sleep quality and cardiovascular disease mortality among the elderly: a population-based cohort study. *Prev Med* 2009;49(2): 135-41.
 32. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42(3): 225-32.
 33. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosom Med* 2002;64(3): 407-17.
 34. Winningham R, Pike N. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health* 2007;11(6): 716-21.
 35. Buysse DJ, Reynolds III 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.
 36. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index. *J Psychosom Res* 1998;45(1): 5-13.
 37. Dehshiri GR, Oorjali A, Sheykhi M, Habibi Askarabad M. Development and validation of the loneliness scale among the university students. *J Psychol* 2008;12(3): 282-96. (Persian)
 38. Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad E. Health and Loneliness Status of the Elderly Living in Nursing Homes Versus Those Living with Their Families. *Salmand* 2008;3(2): 557-64. (Persian)
 39. Govari F, forough-ameri F, Foroudnia F, Nikian Y. Loneliness in the elderly of retirement center in Shahrekord. Fifth International Conference on Social Security. First Edition. Tehran: National Library of Social Security; 1997. P. 34. (Persian)
 40. Sheikh al-Islam F, Reza Masouleh Sh, Khodadadi N, Yazdani MA. Loneliness and general health of elderly. *Holist Nurs Midwifery*. 2011;21(2): 28-34. (Persian)
 41. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 611-9.
 42. Golden J, Conroy RM, Lawlor BA, Golden J, Conroy RM, Lawlor BA. Social support network structure in older people: underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychol Health Med* 2009;14(3): 280-90.
 43. Slettebø A. Safe, but lonely: living in a nursing home. *Nordic J Nurs Res Clin Stud* 2008;28(1): 22-5.
 44. Zamanzadeh V, Rahmani A, Pakpour V, Chenoweth LL, Mohammadi E. Psychosocial changes following transition to an aged care home: qualitative findings from Iran. *Int J Older People Nurs* 2016;1-10.
 45. Asher SR, Paquette JA. Loneliness and peer relations in childhood. *Curr Dir Psychol Sci* 2003;12: 75-8.
 46. Cacioppo JT. Loneliness with anomological net: An evolutionary Perspective. *J Res Pers* 2006;40: 1054-58.
 47. Heravi M, Anooshe M, Foroughan M, Sheikhi MT, Hajizadeh E, Maddah M, et al. Explanation of the older adults' perspectives of the loneliness phenomenon of: a phenomenological study. *Salmand* 2008;2(4): 410-20. (Persian)
 48. Rezaei B. Designing a model for primary health care services in Iran. PhD thesis in health services management. Islamic Azad University Science & Research Branch 2009. (Persian)
 49. Torabi S, Shahriari L, Zahedi R, Rahmanian S, Rahmanian K. A survey the prevalence of sleep disorders and their management in the elderly in

- Jahrom City, 2008. JJUMS 2013;10(4): 35-41. (Persian)
50. Nobahar M, Vafae AA. Servey of types of sleep disorders and preventing methods in older adults. Salmand 2007;2(2): 263-8. (Persian)
51. Izadi Avanci F, Adib Hajbaghery M, Afazel M. Quality of sleep and its related factors in the hospitalized elderly patients of Kashan hospitals in 2007. Feyz 2009;12(4): 52-60. (Persian)
52. Rezaei B, Shooshtarizadeh S. Factors related to sleep quality among elderly residing at Isfahan nursing homes. Jgn 2015;2(2): 37-49. (Persian)
53. Vahid Pakpour V, Moqaddam M, Hosseiny R, Salimi S. Quality of Sleep and Daily Activity of the Elderly in Zanjan. JGBFNM 2016;13(1): 62-68. (Persian)
54. Fung CH, Martin JL, Chung C, Fiorentino L, Mitchell M, Josephson KR, et al. Sleep disturbance among older adults in assisted living facilities. The Am J Geriatric Psychiatry 2012;20(6): 485-93.
55. Safavi SH. Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents. JGN 2015;1(3): 34-46. (Persian)
56. Abdollahi F, Reza Ali-Mohammadpour R. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(104): 20-5. (Persian)
57. Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohali M, Ghomi N, Shamsizadeh M. Quality of life among Elderly Living at Nursing Home in Shahroud city. JGN 2015;2(1): 39-49. (Persian)
58. Taheri N, Fereydouni moghaddam M, Cheraghian B, Hekmati pour N, Hojjati H. Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes. JGN 2015;2(1): 50-61. (Persian)
59. Abdollahi MH, Seidi Z. Evaluation and Comparison of Cognitive State, Mental Health and Quality Life in Elderly Admitted in Sanitarium with Elderly Sited in Personal Home in Tehran City. J Health Breeze 2015;3(3): 56-64. (Persian)
60. Aliasgharpour M, Eybpoosh S. Quality of sleep and its correlating factors in residents of Kahrizak nursing home. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2011;9(5): 374-83. (Persian)
61. McHugh JE, Lawlor BA. Perceived stress mediates the relationship between emotional loneliness and sleep quality over time in older adults. Br J Health Psychol 2013;18: 546-55.
62. Arslantaş H, Adana F, Abacigil-Ergin F, Kayar D, Acar G. Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. Iran J Public Health 2015;44(1): 43-50.

THE RELATIONSHIP BETWEEN LONENESS AND SLEEP QUALITY IN OLDER ADULTS IN TABRIZ

Pakpour V¹, Zamanzadeh V², Salimi S³, Farsiv A⁴, Moghbeli G³, Soheili A^{*5}

Received: 28 Sep, 2016; Accepted: 29 Nov, 2016

Abstract

Background & Aims: Poor sleep quality and loneliness in the elderly are associated with many physical and mental disorders, lead to increased demand of healthcare services. The living environment also affects these issues. Accordingly, this study aimed to determine the association between loneliness and sleep quality in older adults with a focus on their living environment in Tabriz.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 400 older adults residing in families or nursing homes in Tabriz, Iran. The participants were selected using a multi-stage random sampling method. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and loneliness scale were used in collecting data. Descriptive and inferential statistics were applied to the data as well.

Results: The loneliness score in older adults living in families is significantly lower than nursing homes residents, and the level of sleep quality in older adults living in families is significantly higher than elderly residents in nursing homes in Tabriz as well ($p < 0.001$). Furthermore, there is a statistically significant relationship between loneliness and sleep quality in older adults, both residing in families ($p < 0.001$, $r = 0.305$) and nursing homes ($p = 0.006$, $r = 0.145$) in Tabriz.

Conclusion: According to the Iranian sociocultural context, it is necessary to educate the families to reconsider their decision about transferring the elderly to nursing homes. In addition, it is recommended that schedule programs are carefully considered to enhance the quality of environment and welfare facilities of nursing homes, and resemble the nursing home settings to the family environment as much as possible. Also, It is necessary to encourage relatives and significant others to have regular communication with their older adults in nursing homes.

Key Words: Loneliness, Sleep Quality, Older Adults, Tabriz

Address: Tabriz University of Medical Sciences, Nursing and Midwifery

Tel: +98 9149782832

Email: Soheili.A1991@gmail.com

¹ PhD in Nursing Education, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Full Professor, Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ MSc Student in Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ BSc Student in operating room, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ PhD Student in Nursing Education, Student Research Committee, School of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)