

Research Paper**The Relationship between Sleep Quality and Depression in Older People Living in 3 Districts of Tehran, Iran*****Ahmad Beh-Pajoo¹, Simin Soleymani²**

1. Department of Psychology of Exceptional Children Education, Faculty of Psychology & Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Citation: Beh-Pajoo A, Soleymani S. [The relationship between sleep quality and depression in older people living in 3 districts of Tehran, Iran (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):72-79. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110172> <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110172>Received: 06 Dec. 2015
Accepted: 18 Feb. 2016**ABSTRACT**

Objectives Most old age people are facing physical and mental problems such as movement problems, chronic pain, sleeping problems, seclusion, and depression. Thus, it is necessary to allocate a good share of health and treatment resources in any society to old age people and attend their problems. This study aimed to examine the relationship between sleep quality and the level of depression in people residing in nursing homes of 3 districts of Tehran City, Iran, in 2013.

Methods & Materials This descriptive-analytical study included people living in nursing homes of Tehran Welfare Organization. The study sample consisted of 90 older people who were selected through cluster random sampling considering the proportion of the northern, central, and southern regions of Tehran and observing their level of consciousness, ability to respond, and willingness to participate in the study. To obtain the data, we used 2 questionnaires of Pittsburgh sleep quality index and geriatric depression scale. Then, the obtained data were analyzed through multivariate regression.

Results Older women constituted 60% of the participants. The findings revealed that there was a negative and significant relationship ($P < 0.001$) between sleep quality of the elderly people and their depression level. However, there was a positive and significant relationship ($P < 0.001$) between the level of depression and variables of sleep disorders, using sleep aids, and disorders in daily activities.

Conclusion There is a causal and mutual relationship between sleep disturbances and depression, in such a way that sleeplessness could end in depression, and if the depression signs are ignored, it will gradually affect sleep quality. Generally, sleep disturbances are mutually associated with depressive mood and low quality of life. Therefore, to enhance sleep quality and decrease the level of depression in people residing in nursing homes, the necessity of special care programs in the old age should be emphasized. With regard to limitations of this study, we cannot generalize our results to all old population as our study was confined to only 3 districts of Tehran. In addition, since some variables like education and economic status of old age people were not considered in this study, there is a need to generalize the findings. Finally, it is recommended that future studies should investigate the relationship between sleep quality, lifestyle, and daily activities in the nursing homes.

Key words:Sleep quality,
Depression, People
residing in nursery
homes*** Corresponding Author:****Ahmad Beh-Pajoo, PhD****Address:** Department of Psychology of Exceptional Children Education, Faculty of Psychology & Education Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (912) 3844236**E-mail:** behpajoo@ut.ac.ir

رابطه کیفیت خواب با افسردگی در افراد سالمند در سه ناحیه شهر تهران

*احمد به پژوه، سیمین سلیمانی^۲

۱- گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
 ۲- گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۵ آذر ۱۳۹۴
 تاریخ پذیرش: ۲۹ بهمن ۱۳۹۴

هدف: بیشتر اوقات افراد سالمند با بیماری‌های جسمانی و مشکلات روانی گوناگونی مانند: مشکلات حرکتی، دردهای مزمن، اختلال در خواب، گوشه‌گیری و افسردگی روبه‌رو می‌شوند. از این‌رو، ضرورت دارد بخش عمده‌ای از منابع و خدمات بهداشتی و درمانی هر جامعه‌ای به افراد سالمند اختصاص یابد و به نیازها و مشکلات آنان بیشتر توجه شود. از این‌رو، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی رابطه کیفیت خواب با میزان افسردگی در افراد مقیم در خانه‌های سالمندان سه ناحیه شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع طرح‌های توصیفی-تحلیلی بود که جامعه آماری آن را تمامی افراد مقیم خانه‌های سالمندان زیر پوشش سازمان بهزیستی استان تهران تشکیل می‌دادند. نمونه‌های مورد مطالعه ۹۰ نفر سالمند بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای با رعایت نسبت از سه ناحیه شمال، مرکز و جنوب شهر تهران و با در نظر گرفتن میزان هوشیاری، توانایی پاسخ‌گویی و تمایل به شرکت در مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسشنامه مقیاس کیفیت خواب پیترزبرگ و مقیاس افسردگی سالمندان استفاده شد و سپس داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری آزمون رگرسیون چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۶۰ درصد آزمودنی‌های این پژوهش را زنان سالمند تشکیل می‌داد. نتایج به‌دست‌آمده در خانه‌های سالمندان سه ناحیه شهر تهران به‌طوریکسان نشان داد که رابطه معناداری بین کیفیت خواب افراد سالمند با میزان افسردگی آنان وجود دارد. این رابطه در مورد کیفیت خواب به‌صورت معکوس ($P < 0.001$) معنادار بود و با ابعاد اختلال‌های خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه با افسردگی به‌طور مستقیم ($P < 0.001$) رابطه معناداری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: یک ارتباط علی دوطرفه بین افسردگی و اختلال در خواب وجود دارد، به‌طوری‌که بی‌خوابی می‌تواند به افسردگی منجر شود و بالعکس. اگر نشانه‌های افسردگی درمان نشود، به‌مرور بر کیفیت خواب تأثیر منفی می‌گذارد و به‌طور کلی اختلال در خواب با خلق افسرده و کیفیت زندگی پایین ارتباط متقابل دارد. از این‌رو، به‌منظور بالا بردن کیفیت خواب و کاهش میزان افسردگی افراد مقیم خانه‌های سالمندان، لزوم برگزاری برنامه‌های مراقبت ویژه در دوران سالمندی تأکید می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، ارتباط بین خواب، سبک زندگی و رفتار روزانه در افراد سالمند مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم تعمیم نتایج به تمام جامعه سالمندان به‌دلیل محدود بودن مطالعه در سه ناحیه شهر تهران، اشاره کرد. همچنین به‌دلیل کنترل نکردن متغیرهایی مانند: تحصیلات و شرایط اقتصادی افراد سالمند، ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود شود. در پایان، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ارتباط بین کیفیت خواب، سبک زندگی و برنامه روزانه در خانه‌های افراد سالمند مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت خواب، افسردگی، افراد مقیم در خانه‌های سالمندان

مقدمه

به دوبرابر می‌رسد. در ایران از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ نسبت افراد بالای ۶۰ سال به کل جمعیت، حدود ۴/۵ درصد افزایش یافته و بر همین اساس، جمعیت سالمند هفت درصد تخمین زده شده است. علاوه‌براین، انتظار می‌رود افزایش جمعیت سالمندی کشور ایران از سال ۱۴۱۰ به بعد خودنمایی کند [۱].

پیرشدن توأم با سلامت و به‌عبارتی حفظ کیفیت بالای زندگی، از سه جنبه‌های از بیماری، فعال بودن در زندگی و گسترش

در دهه‌های اخیر به علت کاهش مولید، ارتقای سلامت و افزایش امید به زندگی، جمعیت افراد سالمند افزایش یافته است و در نتیجه ضرورت توجه به مشکلات آنان بیشتر احساس می‌شود. بنابر آمار ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۰ تعداد افراد سالمند (افراد بالای ۶۵ سال) از حدود ۶۰۰ میلیون نفر به یک میلیارد نفر رسیده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵

* نویسنده مسئول:

دکتر احمد به پژوه

نشانی: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی.

تلفن: ۳۸۴۴۲۳۶ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: behpajoo@ut.ac.ir

در بین مردان، زمان خواب با میانگین ۲۷ دقیقه در هر دهه از زندگی، تا دهه هشتم زندگی افزایش می‌یابد [۸]. بی‌خوابی در زمره بیشترین شکایات گزارش شده از سوی افراد سالمند قرار دارد که علامت آن دشواری در خوابیدن یا بیدار شدن‌های مکرر به‌همراه نتایج روز هنگام آن است. در یک بررسی برآورد شده است که ۴۰-۵۰ درصد بزرگسالان بالای ۶۰ سال، اختلال خواب را گزارش کرده‌اند [۹]. نشانه‌های بی‌خوابی می‌تواند علت‌هایی مانند مشکلات پزشکی، روان‌شناختی، مسائل روانی و زیست‌محیطی و رفتاری داشته باشد. بی‌خوابی نیز می‌تواند نتیجه مصرف داروهای محرک، الکل، داروهای مسکن و آرام‌بخش یا دیگر موارد باشد.

بیشتر افراد سالمند به‌علت دردهای مزمن، دردهای استخوانی و التهاب مفاصل، واکنش و برگشت‌های حلقی و بی‌اختیاری ادرار دچار بی‌خوابی می‌شوند و از طرفی بی‌خوابی یک اختلال عادی است [۱۰]. علاوه‌براین، بی‌خوابی با شیوع تقریبی حدود ۲۰ درصد در بین بیشتر افراد مشترک است [۱۱]. آثار کم‌خوابی شبانه‌گاهی در عملکردهای روزانه منعکس می‌شود که یکی از علایم اختلال بی‌خوابی است [۱۲].

تضعیف عملکرد روزانه و بی‌خوابی شبانه‌گاهی، به‌عنوان علایم اولیه در معیار تشخیص بی‌خوابی در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال‌های خواب گزارش شده است [۱۳]. کومادا و همکاران (۲۰۱۲) طی یک دوره دوساله نشانه‌های اختلال خواب و بی‌خوابی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی فیزیکی و روانی و در کارکردهای روزانه را مورد بررسی قرار دادند. آنان در بررسی‌شان ۳۰/۷ درصد از افراد اختلال بی‌خوابی و در میان آنها ۶۰/۹ درصد مشکلات خواب را بعد از دوسال گزارش کرده‌اند [۱۴].

در برخی از تحقیقات گزارش شده که بی‌خوابی می‌تواند موجب افزایش علایم اضطراب و افسردگی شود [۱۵]. همچنین بایسه و همکاران (۱۹۹۴) در یک بررسی دریافتند که علت وقوع و تکرار بی‌خوابی، از ۳-۱ سال قبل از شروع، خط مقدم و آغاز افزایش افسردگی بوده است [۱۶]. موارد دیگری از قبیل خوردن کافئین، کشیدن سیگار و نوشیدن الکل، درد، اضطراب، و استرس از عوامل دیگر ایجاد اختلال خواب در سالمندان است. عواقب ناگوار افت خواب در افراد سالمند می‌تواند در هنگام رانندگی باعث تصادفات رانندگی، ضعف عملکرد روزانه، حوادث حین کار، افسردگی، اضطراب و پایین‌آمدن کیفیت زندگی شود [۱۷].

شایان ذکر است که بررسی وضعیت سلامت افراد سالمند در برخی کشورها حاکی از آن است که با وجود داشتن درآمد‌های سرانه ۲۶-۱۸ هزار دلاری در سال، هنوز نتوانسته‌اند نیازهای مادی و معنوی افراد سالمند خود را تأمین کنند که این امر منجر به افسردگی (گسترده‌ترین اختلال در سالمندان) می‌شود. آن دسته از علایمی که بیشتر جنبه جسمانی دارند، مانند ضعف، خستگی

مهارت‌های جسمی و روانی تشکیل شده است [۲]. قابل ذکر است که افزایش روبه‌رشد جمعیت افراد سالمند جهان، پدیده‌ای است که از آن به‌عنوان «خاکستری‌شدن جمعیت» یا «سالمندی اجباری» یاد می‌شود. از این‌رو، ضروری است بخش عمده‌ای از منابع بهداشتی و درمانی هر جامعه‌ای به افراد سالمند اختصاص یابد [۳].

پدیده سالمندی همواره با اختلال‌های جسمانی و روانی گوناگون توأم بوده و در پیشینه موجود، به مشکلات گوناگون افراد سالمند اشاره شده است و پژوهشگران در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، روان‌شناسی و جامعه‌شناسی به بحث و بررسی پیرامون آنها پرداخته‌اند. با بررسی‌های انجام‌شده به‌نظر می‌رسد شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در میان افراد سالمند، افسردگی است. پیش‌بینی می‌شود افسردگی تا سال ۲۰۲۰، رتبه اول شایع‌ترین اختلال‌ها را به خود اختصاص دهد [۴]. افسردگی عمده در افراد سالمند از نوع افسردگی خفیف است و در برابر یک مورد افسردگی حاد دو یا سه مورد افسردگی خفیف گزارش شده است [۵].

یکی دیگر از مشکلات رایج دوران سالمندی، اختلال خواب است. خواب با کیفیت ضعیف، بعد از سردرد و اختلال‌های گوارشی، در رتبه سوم مشکلات افراد سالمند قرار دارد و یکی از مشکلات شایع و دلیل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است [۶]. برخی از تحقیقات، مشکلات مرتبط با به‌خواب‌رفتن، بیدار شدن‌های مکرر در طول شب، بیدار شدن زودهنگام، خروپف کردن و کاهش میزان خواب را در افراد سالمند گزارش کرده‌اند. با استفاده از روش‌های سنجش عینی، شیوه‌هایی مانند سونوگرافی چندگانه، مطالعه و بررسی تحقیقات معتبر، وجود اختلال خواب را در افراد سالمند گزارش کرده‌اند [۶].

بررسی‌هایی که به مقایسه خواب اشخاص سالمند با دیگر افراد پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که اشخاص سالمند زمان کمتری به خواب با امواج کند و آهسته یا خواب عمیق می‌روند. در سال ۲۰۰۴، یک مطالعه فراتحلیل که شامل ۶۵ بررسی با ۳۵۷۷ نفر شرکت‌کننده از ۵ ساله تا ۱۰۲ ساله بود، نشان داد که هم‌زمان با افزایش سن، زمان صرف‌شده در مراحل سبک‌تر خواب افزایش می‌یابد. در ضمن، زمان صرف‌شده در خواب با حرکات سریع چشم و خواب با امواج آهسته کاهش می‌یابد [۷].

نتایج مطالعه مذکور نشان داد که تقریباً در تمامی سنین تغییراتی در خواب وجود دارد و خواب با افزایش سن بخش‌بندی می‌شود، به‌گونه‌ای که با توجه به سن مراحل خواب و زمان بیداری به‌طور مکرر تغییر می‌کند. این امر به کاهش کارایی خواب یعنی تناسب زمان خواب واقعی نسبت به زمان سپری‌شده در بستر منتهی می‌شود و اثربخشی خواب با افزایش سن کاهش می‌یابد، ولی با وجود این تناسب خواب دارای موج کوتاه و آهسته، ثابت می‌ماند.

ون‌کاتر و همکارانش (۲۰۰۰) در پژوهشی نشان دادند که

مفید؛ ۵- اختلال‌های خواب؛ ۶- مصرف داروهای خواب‌آور؛ ۷- اختلال عملکرد روزانه. هر یک از زیر مقیاس‌های هفت‌گانه، میزان اعتبار و سطح اطمینان داخلی حدود ۰/۸۲ و ۰/۷۸ قابل قبولی دارند. به هر یک از ۷ زیرمقیاس پرسشنامه برای هیچ مرتبه، نمره صفر، برای کمتر از یک بار در طول هفته، نمره دو و برای سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته، نمره سه داده می‌شود. از این رو، دامنه نمره کل پرسشنامه از ۰-۲۱ در نوسان و هر چه نمره به دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. این آزمون به صورت گروهی یا انفرادی اجرا می‌شود [۱۹].

مقیاس افسردگی سالمندان^۲

در میان مقیاس‌های موجود، مقیاس افسردگی سالمندان به‌طور گسترده در فرهنگ‌های گوناگون برای غربالگری افسردگی در سالمندان به کار رفته است [۲۰]. این مقیاس خودگزارشی، ۳۰ پرسش دارد که آزمودنی با انتخاب گزینه‌های بلی یا خیر به آن پاسخ می‌دهد (برای نمونه، آیا شما به آینده امیدوار هستید؟). به منظور بررسی روایی محتوایی و صوری، نسخه انگلیسی مقیاس به فارسی ترجمه شد و پس از مطابقت با نسخه اصلی مورد تأیید کارشناسان قرار گرفت.

این مقیاس توسط امینی‌راستابی و همکاران (۲۰۱۳) [۲۰] روی نمونه‌ای ۳۸۰ نفره از سالمندان بالاتر از ۶۰ سال ساکن شهرستان شهرکرد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی هنجار شده است. این آزمون روایی و اعتبار مطلوبی دارد و اعتبار آن از طریق محاسبه همبستگی نیمه اول و دوم آن بر پایه تصنیف ۰/۷۶ برآورد شده است. در نمره‌گذاری برای هر پاسخ درست به بلی یا خیر، یک نمره داده می‌شود. این پرسشنامه به صورت گروهی و انفرادی قابل اجراست. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، از مجموع ۹۰ سالمند شرکت‌کننده در پژوهش، ۵۴ نفر زن و ۳۶ نفر مرد هستند. از نظر نوع مراجعه به خانه‌های سالمندان ۱۷ نفر داوطلبانه، ۷۱ نفر توسط فامیل و ۲ نفر توسط دیگران به خانه‌های سالمندان آمده‌اند. از نظر علت مراجعه به این مراکز ۳۶ نفر به علت تنهایی، ۲۷ نفر به علت ناتوانی حرکتی و ۲۷ نفر به علت ناتوانی در مراقبت شخصی مراجعه کرده‌اند. از نظر وضعیت تأهل ۱۶ نفر مجرد، هشت نفر متأهل و ۵۱ نفر نیز همسرشان فوت کرده‌اند. همچنین از نظر داشتن فرزند ۵۲ نفر دارای فرزند بودند و ۳۸ نفر فرزندی نداشتند.

و بی‌اشتهایی، وجود اشتغال ذهنی در ارتباط با سلامتی و توجه افراطی و وسواس‌گونه بر علائم جسمی خود، از دیگر نشانه‌های افسردگی افراد سالمند است و چنانچه تعداد شکایات افراطی جسمی بروز کند، با شدت افسردگی آنان ارتباط مستقیم دارد [۲].

با توجه به پیشینه موجود مبنی بر شیوع اختلال‌های خواب و کاهش مدت زمان خواب در افراد سالمند، احساس می‌شود سلامت روانی و جسمانی آنان در معرض خطر است. همچنین نظر به اینکه در این حوزه تحقیقات اندکی صورت گرفته است، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین کیفیت خواب و میزان افسردگی در افراد سالمند طراحی شد و برای تحقق این هدف، به بررسی و شناسایی وضعیت خواب و میزان افسردگی تعدادی از افراد سالمند مقیم در خانه‌های سالمندان سه ناحیه شهر تهران پرداخت.

روش مطالعه

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف موردنظر، از نوع تحقیقات توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان و مردان سالمند مقیم خانه‌های سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۲ در نظر گرفته شد که هوشیاری لازم و توانایی پاسخ‌گویی داشته و مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی نداشته باشند. به همین منظور، بعد از اخذ مجوزهای مربوط از سازمان بهزیستی استان تهران، ۹۰ نفر از افراد مقیم خانه‌های سالمندان (در مجموع دوازده مرکز نگهداری از سالمندان) مورد مطالعه قرار گرفت (جدول شماره ۱). برای انتخاب نمونه مورد پژوهش، روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در سه گروه ۳۰ نفری از سه ناحیه شمال، مرکز و جنوب شهر تهران به کار رفت و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعیین شد. به منظور تکمیل پرسشنامه، تعیین اعضای نمونه توسط مدیر هر یک از خانه‌های سالمندان و همچنین جلب رضایت آنان برای تکمیل پرسشنامه، به مراکز مورد مطالعه مراجعه شد. گفتنی است که به علت بی‌سوادگی، خستگی یا ضعف بینایی برخی از افراد سالمند، پرسشنامه‌های موردنظر برای آنان به‌طور شفاهی خوانده و تکمیل شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از دو ابزار به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس کیفیت خواب پیتزبرگ^۱

این پرسشنامه خودگزارشی با هدف بررسی کیفیت خواب توسط بایسه و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شده است [۱۸]. پرسشنامه ۱۸ عبارت دارد و بسیاری از مطالعات انجام‌شده، میزان اعتبار و روایی بالای این پرسشنامه را گزارش کرده‌اند. عنوان شده این پرسشنامه کیفیت خواب بد را از خواب خوب متمایز می‌کند. ۷ زیرمقیاس تشکیل‌دهنده این مقیاس شامل موارد ذیل است: ۱- کیفیت ذهنی خواب؛ ۲- تأخیر در به‌خواب‌رفتن ۳- مدت زمان خواب؛ ۴- خواب

2. Geriatric Depression Scale (GDS)

1. Pittsburgh Sleep Quality Index (ISQP)

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان شرکت‌کننده در تحقیق به تفکیک جنسیت، نوع مراجعه، علت اقامت، وضعیت تأهل و تعداد فرزندان.

مجموع	منطقه شهری												
	جنوب			مرکز			شمال						
	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	خانه‌های سالمندان مورد مطالعه
۹۰	۷	۱۴	۹	۷	۷	۵	۱۱	۶	۳	۷	۸	۶	تعداد افراد پاسخ‌دهنده
۵۴	۰	۱۰	۴	۵	۴	۴	۵	۳	۲	۷	۶	۴	۱. زن
۳۶	۷	۴	۵	۲	۳	۱	۶	۳	۱	۰	۲	۲	۲. مرد
۱۷	۱	۱	۰	۱	۲	۰	۴	۱	۱	۳	۲	۱	۱. خودشان
۷۱	۵	۱۲	۹	۶	۵	۵	۷	۵	۲	۴	۶	۵	۲. فامیل
۲	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳. دیگران
۳۶	۱	۵	۵	۰	۴	۰	۴	۳	۳	۲	۵	۴	۱. تنهایی
۲۷	۰	۵	۲	۵	۰	۲	۰	۳	۰	۵	۳	۲	۲. ناتوانی حرکتی
۲۷	۶	۴	۲	۲	۳	۳	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۳. ناتوانی در مراقبت شخصی
۱۶	۴	۱	۵	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۲	۱	۱. مجرد
۸	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۳	۱	۰	۱	۰	۰	۲. متأهل
۵۱	۲	۱۲	۱	۶	۲	۴	۵	۴	۱	۶	۴	۴	۳. فوت همسر
۱۵	۱	۰	۲	۰	۴	۰	۳	۱	۱	۰	۲	۱	۴. متارکه
۵۲	۲	۱۰	۳	۳	۳	۵	۱۰	۵	۲	۴	۲	۳	۱. دارند
۳۸	۵	۴	۶	۴	۴	۰	۱	۱	۱	۳	۶	۳	۲. ندارند

سالمند

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بین افسردگی و مؤلفه‌های کیفیت خواب رابطه وجود دارد. رابطه افسردگی با کیفیت خواب به صورت معکوس ($P < 0/001$) و رابطه افسردگی با مؤلفه‌های اختلال‌های خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه به صورت مستقیم ($P < 0/001$) معنادار بود. براساس این جدول، سالمندان مقیم سرای سالمندان علاوه بر افسردگی، با اختلال‌های خوابیدن نیز درگیرند که بیشتر مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور

براساس داده‌های جدول شماره ۲، میانگین مؤلفه افسردگی گروه نمونه ۲۰/۷۱ به دست آمد که این میزان بیانگر افسردگی افراد ساکن در خانه‌های سالمندان است. علاوه بر این، میانگین مقدار مؤلفه‌های کیفیت خواب گروه نمونه مورد بررسی قرار گرفت. یادآوری این نکته ضروری است که نمرات بالا در این پرسشنامه نشانگر وضعیت بد در آن متغیر است؛ یعنی هرچه نمرات بیشتر باشد، نشانگر بدتر بودن کیفیت خواب است.

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش (تعداد ۹۰ نفر).

متغیر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۲۰/۷۱	۵/۰۱
۱. کیفیت خواب	۱/۲۶	۰/۴۷
۲. کیفیت ذهنی خواب	۱/۴۲	۰/۸۹
۳. تأخیر در خوابیدن	۱/۴۷	۰/۹۷
۴. مدت خواب و خواب مفید	۲/۳۵	۰/۸۳
۵. اختلال‌های خواب	۰/۹۹	۰/۴۶
۶. مصرف داروی خواب‌آور	۲/۶۷	۰/۹۰
۷. اختلال در عملکرد روزانه	۱/۱۲	۰/۸۱

سالمند

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه متغیره با هدف تعیین رابطه میزان افسردگی و مؤلفه‌های کیفیت خواب.

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	ضرایب استاندارد بتا	t	سطح معناداری
افسردگی	اثر ثابت		۹/۱۱۷	۰/۰۰۰
	کیفیت خواب	-۰/۶۲۱	-۵/۶۵۴	۰/۰۰۰
	کیفیت ذهنی خواب	-۰/۰۶۳	-۰/۶۰۴	۰/۵۴۸
	تاخیر در خوابیدن	۰/۰۹۱	۱/۱۱۶	۰/۲۶۸
	طول مدت خواب و خواب مفید	۰/۰۹۹	۱/۴۰۱	۰/۱۶۵
	اختلال‌های خواب	۰/۴۷۸	۵/۳۹۸	۰/۰۰۰
	مصرف داروهای خواب‌آور	۰/۱۹۶	۲/۸۶۷	۰/۰۰۵
	اختلال‌های در عملکرد روزانه	۰/۲۹۲	۴/۲۲۶	۰/۰۰۰

سالمند

به‌دنبال درمان هستند. همچنین تأثیر عواملی مانند جنس، آموزش، وضعیت تأهل، انزوای اجتماعی، ضعف عملکرد، فشارهای مالی و استفاده از الکل در مواقع ظهور افسردگی و بی‌خوابی مورد آزمایش قرار گرفت و این نتیجه به‌دست آمد که افسردگی یکی از عوامل بی‌خوابی و سستی در روز است که به‌عنوان عاملی مهم باید مورد توجه قرار گیرد [۲۴].

در هر حال، ارتباطی دوجانبه بین افسردگی و بی‌خوابی وجود دارد، به‌طوری‌که آشفتگی خلقی می‌تواند منجر به بی‌خوابی شود و خطر افزایش افسردگی را بالا ببرد. در بیشتر افرادی که عوامل متعدد استرس‌زای زندگی را تحمل می‌کنند، افسردگی به بی‌خوابی مزمن می‌انجامد [۲۵]. به‌طبع اختلال خواب در افراد سالمند ممکن است منجر به افسردگی، اختلال‌های حافظه، اشکال در تمرکز، تحریک پذیری، کیفیت پایین زندگی، خستگی، خلق ناپایدار و اضطراب شود.

برای مقابله با اختلال‌های خواب روش‌های گوناگونی وجود دارد. معمولاً افراد سالمند برای مقابله با اختلال‌های خواب از داروهای خواب‌آور استفاده می‌کنند، به‌طوری‌که ۳۹ درصد داروهای خواب‌آور برای افراد بالاتر از ۶۰ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این داروها، علاوه بر کاهش موقتی اختلال‌های خواب، خواب با حرکات سریع چشمی را -که برای عملکرد ذهن و تسکین تنش‌ها ضروری است- نیز کاهش می‌دهند. در جستجوی روش‌های غیردارودرمانی، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی رفتاری به سودمندی درمان‌های دارویی و حتی بهتر از آن هستند؛ زیرا مدت‌تأثیر طولانی‌تری نسبت به دارودرمانی دارند [۲۶].

اختلال خواب و انواع آن در خانه‌های سالمندان امری، متداول بوده است. از جمله علت‌های این امر و شماری از شاخص‌های سهیم در اختلال خواب سالمندان، تغییر در وضعیت خواب به مرور زمان، شیوع بالای افسردگی و دارودرمانی است که بر کارایی خواب تأثیر می‌گذارد و باعث اختلال‌های خواب مانند

و اختلال در عملکرد روزانه است. در نهایت، بیشترین رابطه با توجه به‌میزان بتای محاسبه‌شده مربوط به کیفیت خواب است؛ بنابراین، هر چه کیفیت خواب بهبود یابد میزان افسردگی کاهش خواهد یافت.

بحث

براساس یافته‌های تحقیق، بین کیفیت خواب و ابعاد آن و افسردگی در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان رابطه وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگران نیز همسو است [۲۰]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بین افسردگی و بی‌خوابی همبستگی وجود دارد؛ از این رو، اگر علائم افسردگی درمان نشود، به‌مرور کیفیت خواب به‌میزان قابل توجهی بدتر می‌شود و به‌طور کلی، بی‌خوابی با خلق افسرده و کیفیت زندگی پایین مرتبط است [۲۱].

با وجود آنکه ۲۸ درصد از افراد سالمند، بی‌خوابی مزمن را گزارش کرده‌اند، تنها ۷ درصد از موارد گزارش‌شده بی‌خوابی عام و بیماری‌زا بوده است. استنباط می‌شود که افزایش سن به‌تنهایی، عامل اختلال خواب نیست، بلکه شرایطی که بیشتر با بی‌خوابی همراه است، به بی‌خوابی منتهی می‌شود. در سالمندان رابطه‌ای مثبت بین میزان شکایات از بی‌خوابی و شرایط پزشکی مانند بیماری قلبی، بیماری ریوی، حمله قلبی و افسردگی وجود دارد. هم‌زمان با افزایش شماری از شرایط پزشکی، احتمال اختلال بی‌خوابی نیز افزایش می‌یابد [۲۲]. علاوه بر این، شرایط پزشکی دیگری مانند آرتروز، انواع دیابت، دردهای مزمن و سرطان همگی با اختلال بی‌خوابی مرتبط است. این در حالی است که بی‌خوابی بیشترین شیوع را در بین بیماران افسرده دارد و یکی از ۹ معیار تشخیصی افسردگی به‌شمار می‌آید [۲۳].

براساس مطالعات انجام‌شده، از افسردگی در سالمندان به‌عنوان یکی از عوامل مهم بی‌خوابی نام برده شده است و این پاسخی برای این سؤال است که چرا افراد سالمند با افسردگی اساسی

در نهایت، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده به تشریح و شفاف‌سازی سهم متغیرهای محیطی متعدد مزاحم در زمینه بی‌خوابی و آزمودن این عوامل متعدد تمرکز شود و کارآیی روش دارودرمانی و مصرف داروهای خواب‌آور در ارتباط با ساکنین مراکز خانه‌های سالمندان مورد بازبینی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران سازمان بهزیستی و خانه‌های سالمندان شهر تهران و نیز تمامی شرکت‌کنندگان مقیم خانه‌های سالمندان که در این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

اختلال تنفسی به هنگام خواب می‌شود [۲۷].

گفتنی است برخی از خانه‌های سالمندان وسایل و امکانات پزشکی دارد و ساختار فیزیکی آن بیشتر به یک بیمارستان شبیه است تا یک منزل. ساکنان این مراکز، تعامل و ارتباط اندکی با جهان خارج دارند و اشخاص زمان بسیار اندکی را در فضای آزاد می‌گذرانند. بیشتر این مراکز دارای کارکنان پرستاری هستند و بیشترین مراقبت‌های پزشکی توسط مددکاران پرستاری در اختیار افراد مقیم قرار می‌گیرد.

درحقیقت، ۶۰ درصد از کل کارکنان را مددکارانی تشکیل می‌دهند که آموزش کافی ندیده‌اند. این اشخاص به دلایل متعددی در این مراکز پذیرفته می‌شوند [۲۸]. حدود ۶۴ درصد افراد مقیم خانه‌های سالمندان از برخی اختلال‌های روحی و جسمی از جمله افسردگی پیش‌رونده و مشکلات خواب به‌صورت خیلی معمول و متداول رنج می‌برند که این موضوع تأییدی بر نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش است [۲۹].

نتیجه‌گیری نهایی

ضرورت وجود خانه‌های سالمندان به‌منظور نگهداری سالمندان و مراقبت‌های پس از بستری در یک نظام رفاهی و بهزیستی، امری اجتناب‌ناپذیر است. اینکه در انتهای دوران سالمندی هر فردی به مراقبت‌های ویژه نیاز دارد، امری بدیهی محسوب می‌شود. این امر در حیطه مراکز تخصصی با وسایل و امکانات لازم مقدور است. با توجه به اینکه بین افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان رابطه وجود دارد، تحقیق و مداخلات لازم برای افزایش کیفیت خواب و شرایط روحی و روانی افراد مقیم خانه‌های سالمندان، می‌تواند در راه بهبود کیفیت خانه‌های سالمندان مؤثر باشد.

از محدودیت‌های تحقیق حاضر، می‌توان به عدم تعمیم نتایج به تمام جامعه سالمندان به‌دلیل محدودیت مطالعه در تهران و گردآوری داده‌ها تنها از طریق پرسشنامه، اشاره کرد. همچنین به‌علت عدم کنترل متغیرهایی مانند تحصیلات و شرایط اقتصادی، ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود شود. محدودیت دیگر، طی مراحل اداری وقت‌گیر در اداره‌های بهزیستی سه ناحیه شهر تهران و همکاری نکردن مدیران برخی از خانه‌های سالمندان و به‌طول‌انجامیدن زمان تحقیق است.

پیشنهاد می‌شود برای انجام تحقیق در خانه‌های سالمندان، محدودیت‌ها را کم کنند و زمان مراحل اداری کوتاه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی در این مراکز، کلیه مراکز به بخش خصوصی با کمک‌های امور خیریه واگذار شود. علاوه‌براین، با توجه به تحقیقات اندک در مورد رابطه بین خواب و رفتار روزانه در بین ساکنین خانه‌های سالمندان، تحقیقات پژوهشی بیشتری انجام شود.

References

- [1] Statistical Center of Iran. General population and housing census. Tehran: Statistical Center of Iran; 2006.
- [2] Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Primary Care Journal of Clinical Psychiatry*. 2009; 11(6):285-91.
- [3] Addae-Dapaah K, Juan QS. Life Satisfaction among Elderly Housholds in Public Rental Housing in Singapore. *Health*. 2014; 6:1057-1076.
- [4] Farrell PA. Older people's pain. *International Association for the Study of Pain*. 2006; 14(3):1-4.
- [5] Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. *Drugs & Aging*. 1995; 6(4):278-92.
- [6] Cotroneo A, Gareri P, Lacava R, Cabodi S. Use of zolpidem in over 75-Year-old Patients with Sleep Disorders and Comorbidities. *Archive of Gerontology and Geriatric*. 2004; 38(9):93-96.
- [7] Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of Quantitative Sleep Parameters from Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*. 2004; 22(7):1255-73.
- [8] Van Cauter E, Leproult R, Plat L. Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *Journal of the American Medical Association*. 2000; 284(7):861-8.
- [9] Ancoli-Israel S. Insomnia in the Elderly: A Review for the Primary Care Practitioner. *Sleep*. 2000; 23(1):23-30.
- [10] Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Sleep*. 1991; 14(5):392-8.
- [11] Liu X, Uchiyama M, Kim K, Okawa M, Shibui K, Kudo Y, et al. Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan. *Psychiatry Research*. 2000; 93(1):1-11.
- [12] Moul DE, Nofzinger EA, Pilkonis PA, Houck PR, Miewald JM, Buysse DJ. Symptom reports in severe chronic insomnia. *Sleep*. 2002; 25(5):553-63.
- [13] Thorpy ML. American Academy of Sleep Medicine. American sleep disorders association, Diagnostic classification steering committee: The international classification of sleep disorders, diagnostic and coding manual. New York: Rochester; 1990.
- [14] Komada Y, Nomura T, Kusumi M, Nakashima K, Okajima I, Sasai T, et al. A two-year follow-up study on the symptoms of sleep disturbances/insomnia and their effects on daytime functioning. *Sleep Medicine*. 2012; 13(9):1115-21.
- [15] Babar SI, Enright PL, Boyle P, Foley D, Sharp DS, Petrovitch H, et al. Sleep disturbances and their correlates in elderly Japanese American men residing in Hawaii. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2000; 55(7):406-11.
- [16] Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ, Thorpy MJ. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: A report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*. 1994; 17(7):630-637.
- [17] McCullough P. How Well Do You Sleep? Paper presented at: The Kentucky Council of Nurse Practitioners and Midwives; 2001; Lexington, Kentucky, USA.
- [18] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28(2):193-213.
- [19] Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(8):700-8.
- [20] Amini Rastabi Z, Sharifi AK, Refahi J. [Iranian geriatric depression scale: Psychometrics properties (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8(2):54-59.
- [21] Komada Y, Nomura T, Kusumi M, Nakashima K, Okajima I, Sasai T, et al. Correlations among insomnia symptoms, sleep medication use and depressive symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 65(1):20-9.
- [22] Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. Sleep disturbances and chronic disease in older adults: Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004; 56(5):497-502.
- [23] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. New York: American Psychiatric Association; 2000.
- [24] Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(1):81-88.
- [25] Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(6):1147-1156.
- [26] Alessi CA, Schnelle JF. Approach to sleep disorders in the nursing home setting. *Sleep Medicine Reviews*. 2000; 4(1):45-56.
- [27] Hing E, Sekscenski E, Strahan G. The National Nursing Home Survey: 1985 Summary for the United States. *Vital and Health Statistics. Series 13, Data from the National Center for Health Statistics*. 1989; 97(1):89-1758.
- [28] Ancoli-Israel S, Parker L, Sinaee R, Fell RL, Kripke DF. Sleep fragmentation in patients from a nursing home. *Journal of Gerontology*. 1989; 44(1):18-21.
- [29] Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic medicine*. 2001; 63(1):49-55.