

مقایسه کیفیت خواب و سلامت عمومی سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان

(مقاله پژوهشی)

منصور بیرامی^۱، *جابر علیزاده گورادل^۲، سروین انصاری حسین^۳، نسیم قهرمان محرم پور^۳

چکیده:

هدف: پژوهش درباره مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی به منظور ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جمعیت، از دغدغه‌های عمده جهان امروز به‌شمار می‌رود. تحقیق حاضر با هدف مقایسه میزان سلامت عمومی و کیفیت خواب سالمندان ساکن در منزل و سالمندان ساکن در سرای سالمندان انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری این تحقیق تمامی زنان و مردان سالمند شصت سال به بالای ساکن در سرای سالمندان و ساکن در منزل شخصی در شهر تبریز بوده است. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ سالمند بود؛ یعنی ۵۰ مرد و ۵۰ زن که ۵۰ سالمند ساکن در خانه و ۵۰ سالمند ساکن سرای سالمندان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸) و کیفیت خواب پیزبورگ (PSQI) استفاده شد و سپس، داده‌ها با آزمون تحلیل پراکنش چند متغیره (MANOVA) بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان از دو نظر تفاوت معناداری، در هر دو گروه، وجود دارد ($P=0/001$):

۱. از نظر کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن، شامل کیفیت ذهنی خواب، زمان لازم برای به‌خواب رفتن، کل مدت خواب، کارایی خواب معمول، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال عملکرد روزانه؛
۲. از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن، شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که سالمندان ساکن سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن در خانه، نشانه‌های اضطراب و افسردگی و نشانه‌های جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری دارند. همچنین، نتایج نشان داد که سالمندان ساکن سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن خانه، کیفیت خواب ضعیفی دارند. در آینده، گسترش مؤسسات نگهداری سالمندی اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین، توجه هرچه بیشتر به اوضاع محیط زندگی سالمندان ساکن مؤسسات، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، سلامت عمومی، کیفیت خواب.

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۰۴

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۳/۱۴

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

* آدرس نویسنده مسئول: ۹۹۹

* تلفن: +۹۸ ۹۱ ۴۹۵۴۱۹۹۸

* رایانامه: jaber78@ymail.com

مقدمه

با افزایش سن، تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین ایجاد می‌شود. این تغییرات به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن منجر می‌شود (۱). علاوه بر این، مهم‌ترین علت مشکلات خواب سالمندان، تغییرات بیولوژیک در ریتم سیرکادین نیست؛ بلکه بروز این مشکلات به دلیل بیماری‌ها، اثر داروها، افسردگی، اضطراب و محدودیت حرکتی است (۲). تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و از

شکایات شایع و از دلایل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است (۳). تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا به بی‌خوابی مبتلایند و با افزایش سن، میزان آن افزایش می‌یابد (۴). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده است که بیشتر از ۵۷ درصد سالمندان، اختلال خواب را گزارش می‌کنند و فقط ۱۲ درصد آنان از مشکلات خواب شاکی نیستند (۵).

کیفیت خواب ضعیف یا خواب‌آلودگی در طول روز، در افراد سالمند با مسائلی از این قبیل همراه است: آسیب وضعیت سلامت، عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی و مرگ‌ومیر (۶)، کاهش کیفیت

آسایشگاه‌های سالمندان بررسی کرده‌اند. نتایج این مطالعات نشانگر این است که شیوع افسردگی در کنار خانواده، ۱۰ تا ۳۰ درصد و در خانه‌های سالمندان، ۳۰ تا ۴۵ درصد است (۱۵).

تحقیقات نشان می‌دهد که محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان است (۱۶). تقریباً تمام سالمندان، به‌ویژه آنانی که ساکن مؤسسات هستند، فقدان‌های اجتماعی و نارسایی‌های بسیار فراوانی در شبکه حمایت اجتماعی تجربه می‌کنند (۱۷). نتایج پژوهش‌های بسیاری حاکی از بالابودن سطح سلامت روانی در سالمندانی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندان ساکن در سرای سالمندان است (۱۸). یافته‌هایی نیز به اثر مثبت نگهداری در مراکز سالمندان بر سلامت روانی و جسمی افراد سال‌خورده اشاره کرده است. در این یافته‌ها، محققان معتقدند که حضور این افراد در این مکان‌ها باعث غلبه بر محدودیت‌های آنان می‌شود. همچنین، اشاره شده که اقامت در محیط سالمندان، انتخابی برای تطابق با فقدان‌های احتمالی در منابع تأمین جنبه‌های مختلف زندگی سالمند است. براساس این دیدگاه، مؤسسات و مراکز نگهداری سالمندان می‌توانند فقدان ظرفیت عملکردی و استقلال نداشتن را برای فرد، تحمل‌کردنی و به‌گونه‌ای جبران‌کنند (۱۹).

افزایش جمعیت سالمندان، جامعه را با مشکلات و مسائل جدی مربوط به آنان مواجه خواهد ساخت؛ بنابراین، سالمندی و موقعیت ویژه افراد سالمند و تأمین بهداشت روانی و جسمانی آنان از جمله مسائلی است که توجه ویژه‌ای را می‌طلبد. شناخت ویژگی‌های جامعه سالمندان با توجه به موقعیت‌های زندگی متفاوت آنان، یعنی زندگی در خانواده یا در سرای سالمندان، ممکن است مقدمه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی آنان باشد؛ زیرا ارزیابی وضعیت سلامت در بین گروهی از افراد جامعه، برای تعیین نوع مداخله و پیش‌بینی نیازهای اجتماعی و بهداشتی و روانی بسیار مهم است. از سوی دیگر، ضرورت این پژوهش بیشتر احساس می‌شود؛ زیرا فضاهای نگهداری سالمندان روزبه‌روز بیشتر شده و فرهنگ سپردن پیران به سرای سالمندان تقویت می‌شود. به‌بیان دیگر، این پرسش مطرح می‌شود که در کدام موقعیت زندگی، سالمندان از سلامت بهتری برخوردارند؟ زیرا تحقیقات نشان می‌دهد که محیط زندگی سالمندان عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان است (۱۶)؛ ولی در یافته‌های پژوهشی، همسانی وجود نداشته و نتایج آن‌ها چالش‌برانگیز است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه

زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش عملکرد روزانه (۷). خواب بی‌کیفیت باعث اختلال در احساسات و اندیشه و انگیزش فرد خواهد شد (۸) و تنش نیز موجب تأخیر در بهبود زخم می‌شود و درد را افزایش دهد (۹). همچنین، خطر سقوط و صدمات را بیشتر می‌کند (۱۰). مطالعات نشان داده است که بی‌خوابی در بیماران بستری، به خستگی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و همچنین کاهش تحمل درد منجر می‌شود (۱۱).

مشکلات خواب در سالمندان شیوع بسیاری دارد. این مشکلات عبارت‌اند از: مشکل در به‌خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، بیدار شدن زودهنگام در صبح و احتیاج به چرت روزانه (۱۲). یکی از مسائل مهم و حائز اهمیت در زندگی سالمندان، مسائل مرتبط با الگوی خواب آنان است؛ زیرا افزایش سن مهم‌ترین علت افزایش شیوع اختلالات خواب است. نکته حائز اهمیت این است که در پی کاهش مدت چرخه خواب بیداری روزانه در سالمندان، علاوه بر اختلال در الگوی خواب، اختلال در رفتار اجتماعی نیز بروز می‌کند (۱۳). با این همه، تحقیقات کمی درباره کیفیت خواب این افراد در مراکز درمانی و سرای سالمندان صورت گرفته است. سلامت جسمی و روانی در دوران پیری در مقایسه با سایر دوره‌های زندگی، با خطر بیشتری روبه‌روست. از سویی، ساختارهای اجتماعی در دهه‌های اخیر دگرگون شده است و نظام خانواده سنتی از شکل گسترده، به نظام خانواده هسته‌ای تغییر کرده است. نظام خانواده سنتی در شکل گسترده، به حفظ و نگهداری سالمند در درون خانواده تأکید می‌کرد؛ در حالی که نظام خانواده هسته‌ای می‌کوشد واحد خانواده را کوچک کند و والدین، جدا از فرزندان زندگی کنند. این تغییر در نظام خانواده‌ها باعث رونق گرفتن هرچه بیشتر خانه سالمندان و فرهنگ سپردن سالمندان به مراکز نگهداری شده است (۱۴).

در میان مشکلات سالمندان، افسردگی به‌طور ویژه‌ای شایع است. افسردگی اختلالی است که دوام و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند. در مطالعه‌ای گسترده، ۱۷/۸ درصد از زنان و ۹/۴ درصد مردانی که بیش از ۶۰ سال سن داشتند، براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۴)، افسرده تشخیص داده شدند (۱۵). وقوع اختلالات روان‌پزشکی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری سالمندان حدود ۸۰ درصد است. ۱۲ تا ۱۸ درصد از سالمندان این مراکز نشانه‌های تشخیصی افسردگی دارند (۱۶). مطالعات اپیدمیولوژیک شیوع افسردگی را در بیمارستان‌ها و

سلامت روانی و کیفیت خواب سالمندان ساکن خانه و سالمندان ساکن سرای سالمندان در شهر تبریز انجام شد.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مدنظر، از نوع تحقیقات توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری تحقیق شامل تمامی زنان و مردان سالمند شصت سال به بالای ساکن در سرای سالمندان و ساکن در منزل شخصی در شهر تبریز بود که مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی حاد و آلزایمر نداشتند. افراد نمونه ۱۰۰ نفر با میانگین سنی ۶۵/۵، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه پنجاه نفری، شامل ۲۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن، قرار گرفتند. شرکت کنندگان ساکن سرای سالمندان از بین افراد ساکن در دو مرکز سالمندان (آسایشگاه) شهر تبریز با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: داشتن سن بیشتر از شصت سال، تجربه حداقل یک سال سکونت در مرکز و داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش. سال‌خوردگان ساکن در منزل شخصی، به‌صورت تصادفی، از منازل و مساجد و پارک‌ها و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود از نظر سن و جنس با نمونه سالمندان ساکن مراکز هم‌تا شدند. در پژوهش حاضر، میانگین سنی افراد ساکن سرای سالمندان، ۶۵ و افراد ساکن خانه، ۶۷ بود و از نظر متغیر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی در هر دو گروه دوره بود. با توجه به اینکه تعدادی از آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند، پرسشگر آموزش دیده تک‌تک پرسش‌ها را برای آزمودنی‌ها خواند و پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. برای گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. مقیاس سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)^۱: پرسش‌نامه‌ای خودگزارشی است و کیفیت خواب را بررسی می‌کند (۲۰) و مناسب‌ترین ابزار برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است. پرسش‌نامه‌ای استاندارد است و هم‌جده پرسش دارد. این پرسش‌ها در هفت جزء طبقه‌بندی می‌شود: جزء اول مربوط به کیفیت خواب به‌طور ذهنی است که با یک پرسش (شماره ۹) مشخص می‌شود. جزء دوم مربوط به تأخیر در به‌خواب رفتن است که نمره آن با دو سؤال، یعنی میانگین نمره سؤال ۲ و نمره قسمت الف سؤال ۵، مشخص می‌شود. جزء

سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با یک پرسش (شماره ۴) مشخص می‌شود. جزء چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب بیمار است. نمره آن با تقسیم کل ساعات خواب بر کل ساعاتی که بیمار در بستر قرار می‌گیرد، ضربدر ۱۰۰ محاسبه می‌شود. جزء پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه میانگین نمرات جزئیات پرسش ۵ به‌دست می‌آید. جزء ششم مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور است که با یک پرسش (شماره ۶) مشخص می‌شود. جزء هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سؤال، یعنی میانگین نمرات پرسش‌های شماره ۷ و ۸، مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۳ و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هرچه نمره به‌دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. نمره بیشتر از ۶ بر کیفیت خواب نامطلوب دلالت می‌کند. اعتبار PSQI، ۰/۸۰ و پایایی آن که با آزمون مجدد بررسی شده، بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (۲۱). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران نیز تأیید شده است؛ به‌طوری‌که در پژوهش انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲، به‌دست آمد (۲۲). همچنین، در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد.

۲. مقیاس سنجش سلامت عمومی گلبِریگ (GHQ-۲۸)^۲: پرسش‌نامه سلامت عمومی را گلبِریگ (۱۹۷۹) ساخته است. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد و سلامت عمومی را در چهار خرده‌مقیاس بررسی می‌کند: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی. ملوکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی، پایایی و روایی آن را بررسی و عامل مقیاس سلامت عمومی فرم ۲۸ سؤالی را در سالمندان ایرانی تحلیل کردند. طبق نتایج این تحقیق، برای نسخه ایرانی مقیاس سلامت عمومی، ضرایب پایایی به این شرح به‌دست آمد: آلفای کرونباخ ۹۴ درصد و تصنیف ۸۶ درصد و بازآزمایی ۶۰ درصد. تحلیل عوامل نیز تأثیر چهار عامل را مشخص کرد: نشانه‌های افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و علائم جسمانی. با انجام آزمون ROC، با حساسیت ۸۳ درصد و ویژگی ۷۰ درصد، بهترین نقطه برش ۱۹/۲۰ به‌دست آمد. سؤالات پرسش‌نامه چهارگزینه‌ای، از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شد (۲۳). هرچه نمره به‌دست آمده بیشتر باشد، نشانگر کم بودن سلامت عمومی است.

یافته‌ها

جدول ۱. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق، به تفکیک جنسیت و برحسب ساکن در منزل و ساکن در سرای سالمندان.

عنوان	سالمندان ساکن در خانه		سالمندان ساکن در سرای سالمندان		درصد کل
	مرد		زن		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
جنس	۲۵	۲۵	۲۵	۲۵	۱۰۰
بی سواد	۳	۲	۴	۳	۱۲
ابتدایی	۴	۴	۵	۵	۱۸
راهنمایی	۱۰	۸	۹	۱۱	۳۸
متوسطه / دیپلم	۳	۴	۳	۴	۱۴
فوق دیپلم	۳	۴	۳	۲	۱۲
لیسانس و بالاتر	۲	۳	۱	۰	۶
بیکار	۱	۰	۲	۱	۴
بازنشسته	۱۱	۷	۹	۶	۳۳
خانه‌دار	۰	۱۳	۰	۱۱	۲۴
کارگر	۲	۰	۲	۰	۴
آزاد	۴	۰	۵	۱	۱۰
کارمند	۱	۲	۱	۲	۶
غیره	۶	۳	۶	۴	۱۹
۶۰ تا ۶۴	۵	۶	۷	۵	۲۳
۶۵ تا ۶۹	۱۰	۷	۱۱	۹	۳۷
۷۰ تا ۷۴	۵	۶	۴	۸	۲۳
۷۵ تا ۷۹	۴	۵	۳	۲	۱۴
۸۰ و بالاتر	۱	۱	۰	۱	۳

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه ساکن خانه و ساکن سرای سالمندان.

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	N
سلامت عمومی (کل)	ساکن خانه	۱۵/۱۴۰	۵/۵۵	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۵۲/۰۸	۷/۹۳	۵۰
افسردگی	ساکن خانه	۱/۶۲	۱/۳۸	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۱۰/۳۴	۲/۵۶	۵۰
اضطراب	ساکن خانه	۳/۹۲	۲/۲۳	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۱۱/۹۰	۲/۴۷	۵۰
اختلال کارکرد اجتماعی	ساکن خانه	۵/۲۸	۲/۵۲	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۱۵/۵۲	۴/۲۷	۵۰
نشانه‌های جسمانی	ساکن خانه	۴/۳۲	۲/۳۲	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۱۴/۳۲	۲/۷۱	۵۰
کیفیت خواب (کل)	ساکن خانه	۲/۴۴	۱/۳۱	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۱۶/۱۶	۱/۷۶	۵۰
کیفیت ذهنی خواب	ساکن خانه	۰/۶۲۰	۰/۴۹	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۰۲	۰/۶۸۴	۵۰
اختلالات خواب	ساکن خانه	۰/۵۴۰	۰/۵۰۳	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۳۰	۰/۵۰۵	۵۰
اختلال کارکرد روزانه	ساکن خانه	۰/۳۸۰	۰/۵۳۰	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۳۶	۰/۵۳۵	۵۰
استفاده از داروی خواب‌آور	ساکن خانه	۰/۰۲۰	۰/۱۴۱	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۸۴	۰/۴۲	۵۰
کارایی خواب معمول	ساکن خانه	۰/۱۴۰	۰/۳۵۰	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۲۲	۰/۴۱۸	۵۰
کل مدت زمان خواب	ساکن خانه	۰/۴۰	۰/۴۹	۵۰
	ساکن سرای سالمندان	۲/۳۴	۰/۵۹۲	۵۰

وضعیت بهتری دارند. یادآوری این نکته ضروری است که نمرات بالا در این دو پرسش‌نامه نشانگر وضعیت بد در آن متغیر است؛ یعنی هرچه نمرات بیشتر باشد، نشانگر بدتر بودن کیفیت خواب و سلامت عمومی است.

با توجه به مندرجات جدول ۲، سالمندان ساکن سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن خانه از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن، میانگین بالاتری دارند. به بیان دیگر، سالمندان ساکن خانه در مقایسه با سالمندان ساکن سرای سالمندان، از نظر سلامت عمومی و کیفیت خواب

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین دو گروه ساکن خانه و سرای سالمندان با هدف تعیین تفاوت آن‌ها در متغیرهای پژوهش.

منبع تغییرات	متغیر وابسته	df	f	sig	مجذور اتا
گروه (ساکن سرای سالمندان یا ساکن خانه)	سلامت عمومی (کل)	۱	۷۲۷/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۱
	افسردگی	۱	۴۴۶/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
	اضطراب	۱	۲۸۶/۷۰۱	۰/۰۰۱	۷۴۵
	نشانه‌های جسمانی	۱	۴۰۴/۴۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵
	اختلال کارکرد اجتماعی	۱	۲۱۲/۹۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵
	کیفیت خواب (کل)	۱	۱۹۴۵/۵۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۲
	کیفیت ذهنی خواب	۱	۱۳۸/۱۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵
	کارایی خواب معمول	۱	۷۲۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۱
	اختلالات خواب	۱	۳۰۴/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	کل مدت زمان خواب	۱	۳۹۲/۴۶۷	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	استفاده از داروی خواب‌آور	۱	۲۰۰/۵۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
	اختلال عملکرد روزانه	۱	۳۵۱/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
	مدت زمان لازم برای به خواب رفتن	۱	۳۱۵/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳

تعمیقی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است. طبق این جدول، افراد ساکن خانه در تمام متغیرهای پژوهش، وضعیت بهتری دارند؛ به بیان دیگر، افراد ساکن خانه در مقایسه با افراد ساکن آسایشگاه هم سلامت عمومی بیشتر و هم کیفیت خواب بهتری دارند.

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، بین دو گروه آزمودنی ساکن خانه و ساکن سرای سالمندان، در تمام متغیرهای پژوهش، یعنی سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن، تفاوت معناداری وجود دارد. برای آنکه مشخص شود این معناداری به نفع کدام گروه است، از آزمون

جدول ۴. مقایسه زوجی سالمندان ساکن خانه و ساکن آسایشگاه در متغیرهای پژوهش و سطح معناداری آن

متغیر وابسته	ساکن	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	sig
سلامت عمومی (کل)	سرای سالمندان	۳۶/۹۴۰	۳۷/۱	۰/۰۰۰
افسردگی	سرای سالمندان	۸/۷۲۰	۰/۴۱۳	۰/۰۰۰
اضطراب	سرای سالمندان	۷/۹۸۰	۰/۴۷۱	۰/۰۰۰
نشانه‌های جسمانی	سرای سالمندان	۱۰/۰۰۰	۰/۴۹۷	۰/۰۰۰
اختلال کارکرد اجتماعی	سرای سالمندان	۱۰/۲۴۰	۰/۷۰۲	۰/۰۰۰
کیفیت خواب (کل)	سرای سالمندان	۱۳/۷۲۰	۰/۳۱۱	۰/۰۰۰
کیفیت ذهنی خواب	سرای سالمندان	۱/۴۱	۰/۱۱۹	۰/۰۰۰
کارایی خواب معمول	سرای سالمندان	۲/۰۸	۰/۰۷۷	۰/۰۰۰
اختلالات خواب	سرای سالمندان	۱/۷۶۰	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰
کل مدت زمان خواب	سرای سالمندان	۱/۷۴۰	۰/۰۸۸	۰/۰۰۰
استفاده از داروی خواب‌آور	سرای سالمندان	۲/۸۲۰	۰/۰۶۳	۰/۰۰۰
اختلال عملکرد روزانه	سرای سالمندان	۱/۹۸۰	۰/۱۰۶	۰/۰۰۰

بحث

براساس یافته‌ها، سالمندان ساکن خانه در مقایسه با سالمندان ساکن سرای سالمندان، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات دیگران نیز همسو است (۱۶، ۱۷، ۱۸). در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت سالمندانی که به سرای سالمندان سپرده می‌شوند، چتر حمایتی و عاطفی خانواده را از دست می‌دهند. روابط اجتماعی گذشته‌شان کاهش می‌یابد و در روش زندگی آنان تغییر ایجاد می‌شود. فرد سال‌خورده در سرای سالمندان، کنترل کمی بر سبک زندگی خود دارد. از لحاظ چگونگی گذراندن اوقات شبانه‌روز، حتی ساعات خواب و بیداری محدود می‌شود و از همه مهم‌تر، ارتباط او با جامعه عادی قطع می‌شود. ارتباط این سالمندان محدود به سرکشی‌های گاه و بیگاه افراد خویشاوند می‌شود که آن هم در بسیاری مواقع، نامنظم و محدود است. همچنین، رابطه سالمندانی که به هر دلیلی در سرای سالمندان ساکن می‌شوند، با دوستانشان قطع می‌شود (۱۶).

یافته‌های پژوهش نشان داد که افسردگی و نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی سالمندان ساکن در سرای سالمندان، بیشتر از افراد غیر ساکن است. این مسئله با یافته‌هایی که بر این نتیجه تأکید می‌کند، همسو است (۲۳، ۲۵). به طبع، سال‌خورده‌گان ساکنان در سرای سالمندان بیشتر از سالمندانی که در خانواده زندگی می‌کنند، در معرض افسردگی قرار می‌گیرند. دلایل این امر عبارت‌اند از: قطع ارتباطات اجتماعی قبلی، از دست دادن یا کاهش چتر حمایتی خانواده، بیکاری و تنهایی. به عکس، سالمندانی که در خانواده خود یا بین فرزندان خود زندگی می‌کنند، در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان روزگار می‌گذرانند، خویشاوندی مثبت‌تری دارند و کمتر به افسردگی دچار می‌شوند.

سالمندانی که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند، در مقایسه با سالمندان آسایشگاه‌ها از کیفیت زندگی و سلامت روانی بیشتری برخوردارند. سالمندان ساکن در منزل در مقایسه با سالمندان ساکن سرای سالمندان، توانایی عملکرد بهتری را از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی گزارش کرده‌اند؛ همچنین، شبکه اجتماعی غنی‌تری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی، رضایت‌مندی بیشتری دارند (۲۶).

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که اکثر سالمندان ساکن سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن خانه، کیفیت خواب نامطلوبی دارند و دچار اختلالات خواب هستند. نمرات کل پرسش‌نامه کیفیت خواب در اکثر سالمندان ساکن سرای سالمندان، بیشتر از ۵ است؛ بنابراین، می‌توان چنین مطرح کرد که سالمندان ساکن سرای سالمندان در مقایسه با سالمندان ساکن خانه، کیفیت خواب نامطلوبی دارند. در تبیین این موضوع، ریموند^۱ نیز معتقد است اغلب بیماران بستری از اختلالات خواب شاکی هستند. عوامل این شکایت دو دسته‌اند: ۱. عوامل محیطی مثل سروصدای محیط و نور و مداخله مکرر کارکنان؛ ۲. عوامل داخلی مثل هذیان، افسردگی، استرس، ناتوانی در دراز کشیدن و درد (۲۷).

به‌طور کلی، تحقیقات نشان داده است که مشکلات خواب با بیشتر شدن سن افزایش می‌یابد. فرایند پیری با تغییرات عینی و ذهنی در کیفیت و کمیت خواب همراه است. بنابراین، شکایات مربوط به دشواری در شروع خواب و حفظ آن و خواب‌آلودگی، در افراد پیر شایع‌تر از سایر گروه‌های سنی است (۲۸). طبق این یافته و یافته‌های دیگر، استنباط می‌شود که مشکلات خواب افراد ساکن در سرای سالمندان بیشتر از سالمندان دیگر است.

همچنین، طبق نظر کمپیون^۲ و (۱۹۸۳) و شیلدر^۳ (۱۹۸۸)، گذاشتن سالمند در خانه‌های سالمندان یا مراکز نگهداری، مشکلات بسیاری به دنبال دارد. وقتی سالمند در خانه سالمندان گذاشته می‌شود، گاهی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این وابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد که روش‌های استفاده‌شده مسئولان، ساکنان خانه‌های سالمندان را وابسته بار می‌آورد. در واقع، برخی ویژگی‌های مشاهده شده در ساکنان خانه‌های سالمندان، مثل افسردگی، احساس بیهودگی و افت سریع توانایی‌های ذهنی، تا اندازه‌ای به علت تسلط نداشتن بر زندگی به وجود می‌آید. سالمندان فرصت پیدا نمی‌کنند که تصمیم بگیرند و دست به انتخاب بزنند. در این موقعیت، آنان خود را ناتوان و منفعل و کاملاً وابسته احساس می‌کنند. پس از نوشته‌های آلفرد آدلر، روان‌شناسان معتقد شده‌اند که احساس تسلط بر سرنوشت خود، از جمله عناصر بنیادی بهداشت روانی است. هر اندازه شخص بیشتر به احساس تسلط بر سرنوشت خود نیاز داشته باشد، به همان اندازه بیشتر آمادگی خواهد داشت که در واکنش به رویدادهای ناکام‌کننده و اجتناب‌ناپذیر، احساس ضعف کند؛

1. Raymond

2. Kampion

3. Schilder

نمونه پژوهش حاضر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد، کمتر می‌توان احتمال داد که نمونه انتخاب شده معرف واقعی جامعه باشد و این مسئله باعث تعمیم‌پذیری اندک نتایج می‌شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حالت کنترل متغیرهای مداخله‌گر روی نمونه بزرگ‌تری نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

جامعه ایران رو به سالمندی است و سپردن سالمندان به مؤسسات، هر روز بیش از گذشته پذیرفته می‌شود؛ اما نتایج این پژوهش حاکی از سلامت عمومی بیشتر و کیفیت خواب بهتر در سالمندانی است که در کنار خانواده زندگی می‌کنند. بنابراین، پیشنهاد می‌کنیم با توجه به دو نکته زیر، تا حد امکان، زمینه‌های سکونت سالمندان در کنار خانواده‌های آنان فراهم شود:

۱. تأثیر سلامت عمومی و کیفیت خواب بهتر در بهداشت روان و تأثیرپذیری فراوان سالمندان از اوضاع زندگی؛
۲. موقعیت فرهنگی و دینی و اجتماعی کشورمان.

در صورتی که سکونت در خانه سالمندان، بهترین انتخاب باشد، به منظور ارتقای کیفیت ارائه خدمات لازم برای این عزیزان همت بیشتری شود تا محیطی شاد و مرفه برای آنان به وجود آید.

قدردانی

بدین وسیله، از تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر قدردانی می‌کنیم.

برای مثال، سالمندانی که تسلط بر زندگی را از دست داده‌اند، در مقابل تعویض محل سکونت واقعاً ناراحت می‌شوند؛ زیرا می‌دانند که توانایی جمع‌آوری و مرتب کردن و جاگذاری وسایل خود را ندارند. در طی تحقیق، تأثیر نقل مکان نیز مطالعه شده است. سالمندانی که مجبور شده‌اند نقل مکان کنند، با وجود بهبود اوضاع زندگی در محل سکونت جدید، در مقایسه با سالمندان دیگری که نقل مکان نکرده‌اند، بیشتر به بیماری‌های قلبی و سکنه‌های مغزی مبتلا شده‌اند و به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند. همچنین، می‌دانیم که استرس کنترل‌نشده، بر دستگاه ایمنی سالمندان بیش از دستگاه ایمنی جوان‌ترها تأثیر منفی دارد (۲۹).

نتایج این پژوهش به این مفهوم نیست که سالمندان ساکن در خانه، از هر نوع مشکلات جسمی و روانی مصون هستند. کاهش توانایی‌های بدنی و شناختی و تحلیل رفتن بن‌مایه‌های عاطفی و روانی در گستره پیری به دلیل وجود مجموعه‌ای از شرایط سبب‌ساز، اجتناب‌ناپذیر است. نتایج پژوهش بدین معناست که سالمندان ساکن در خانه، به دلیل برخورداری از گزینه‌های مثبت زندگی و داشتن اوضاع کیفی مطلوب، در مقیاس‌های کیفیت خواب نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان وضعیت بهتری دارند و برای کنار آمدن با تغییرات توان‌کاه گستره پیری، از سطح مقاومت بیشتری برخوردارند.

از محدودیت‌های مهم تحقیق حاضر که احتمالاً می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند، می‌توان به محدودیت پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد؛ زیرا داده‌ها تنها به کمک پرسش‌نامه گردآوری شده است. برای رفع این مشکل، پیشنهاد می‌شود از ابزارهای جامع‌تر و مصاحبه بالینی نیز استفاده شود. از سوی دیگر، در این پژوهش، متغیرهای مداخله‌گر، همچون طبقه اجتماعی اقتصادی، کنترل نشده است. همچنین، با توجه به اینکه

REFERENCES

منابع

1. 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.
2. 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 1;27(7):1255-73.
3. 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;(9):93-6.
4. Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(1):307-17.
5. 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):425-32.
6. Newman AB, Spiekerman CF, Enright P, Lefkowitz D, Manolio T, Reynolds CF, et al. Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. The Cardiovascular Health Study Research Group. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(2):115-23.
7. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2005;7(5):339-52.
8. 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.
9. Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of nursing: concepts, process & practice*. Philadelphia. Mosby Year Book; 1993.
10. Brassington GS, King AC, Bliwise DL. Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(10):1234-40.
11. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Res Nurs Health*. 1987;10(3):155-63.
12. Ahmadi S, Khankeh HR, Mohammadi F, Fallahi M, Reza Soltani P. [The effect of sleep restriction treatment on quality of sleep in the elders (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010;5(16):7-15.
13. Kord A, Moosavi S, Rezamasooleh SH, Behnampoor N. Assessment of the correlation between lifestyle and quality of sleep in elderly who referred to retirement center in Rasht, 2007. *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery Gilan*. 2007; 17 (58): 15-22. [persian]
14. Wittingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):716-21.
15. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues Ment Health Nurs*. 2002;23(3):279-90.
16. Wittingham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease lone lines. *Aging Ment Health*. 2007; 11 (6): 716-21.
17. Kwang YS, Gu MO. A study on the health statue and the needs of health- related services of Female elderly in an urban-rural combined city Korea. *J Community Health Nurs Acad Soc*. 2003;17:47-57.
18. Sun WP. State and policy issues of home aged welfare service. *J Korean Deontolog Soc*. 2001; 4: 29-33.
19. Asakawa K, Feeny D, Senthilselvan A, Johnson JA, Rolfson D. Do the determinants of health differ between people living in the community and in institution? *Soc Sci Med*. 2009; 69 (3): 345-53.
20. Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Incidence and remission of insomnia among elderly adults. An epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep*. 1999; 22: 66-72.
21. Agargun MY, Kara H, Anlar Ö. Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiat*. 1996;7:107-15.
22. Hasanzadeh H, Alavi K, Ghalebani MF, Yadolahi Z, Gharaei B, Sadeghikia G. Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. *Mental Health Research Center*. 2008;6(2):97-107.
23. Malakuty S, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahani SH, Afkham A, and et al. [The validity, reliability, factor analysis scale public health question 28 in Iranian elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing* 2004;1(1):11-2.
24. Hemati Alamdarlo Gh, Dehshiri GhR, Shojaee S, Hakimirad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)] .*Iranian Journal of Ageing*. 2009;3(8):24-31.
25. Sohrabi NB, Zolfaghari P, Mehdizadeh F, Aghayan M, Ghasemin M, Shariati Z, et al. [Evaluation and Comparison of Cognitive State and Depression in Elderly Admitted in Sanitarium with Elderly Sited in Personal Home (Persian)]. *Knowledge and Health Journal*. 2008; 3(2):27-31.
26. James Wilfrid V Z. (Developmental Psychology). Ganji H. (Persian translator). Tehran: Savalan publication; 2009.

-
27. 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.
 28. Moran MG, Thompson TL, Nies AS. Sleep disorders in the elderly. *Am J Psychiat*. 1998; 145: 1369-78.
 29. Laura B. (Developmental Psychology from adolescence to the end of life). Seyed Mohammad Y. (Persian translator). Tehran: Arasbaran publication; 2006.