

رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی ساکنان سرای سالمندان

✉ مجید فرهمند ثابت
دانشگاه تبریز

دکتر حمید پورشریفی
دانشگاه تبریز

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۲۰

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۳

پژوهش در حوزه‌ی مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی به منظور ارتقای کیفیت زندگی این قشر از دغدغه‌های عمده‌ی جهان امروز به شمار می‌رود. بنابراین تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی سالمندان ساکن سرای سالمندان انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل تمام زنان و مردان سالمند شصت سال به بالای ساکن در سراهای سالمندان شهر همدان بود. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل ۱۰۰ سالمند (۵۰ مرد و ۵۰ زن) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از سرای سالمندان عترت شهر همدان انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۹)، کیفیت خواب پترزبورگ (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) و حمایت اجتماعی (واکس و همکاران، ۱۹۸۶) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام نشان داد که حمایت اجتماعی و کیفیت خواب به ترتیب ۱۶/۴ و ۵/۵ درصد از سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0/001$). یافته‌های این مطالعه بار دیگر بر نقش عمده‌ی حمایت اجتماعی در تأمین سلامت سالمندان تأکید دارد. از این رو به روان‌شناسان و مشاوران شاغل در این حوزه پیشنهاد می‌شود که برنامه‌هایی با محوریت حمایت اجتماعی برای ارتقای سلامت سالمندان تدوین کنند.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، سلامت عمومی، کیفیت خواب، حمایت اجتماعی

سالمندان جهان شده، پدیده‌ی سالمندی است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۶/۵ درصد جمعیت جهان را افراد ۶۵ سال و بالاتر و ۴/۳ درصد را افراد ۸۰ سال و بالاتر تشکیل دهند (اندرسون و هاسی، ۲۰۰۰).

به رغم اینکه پدیده‌ی سالمندی می‌تواند یک موفقیت بهداشتی برای جامعه محسوب شود، عدم برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری زود هنگام از مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد. اولین گام برای برنامه‌ریزی مناسب به منظور ارتقای سلامت، پیشگیری از بروز و ابتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش شیوع بیماری‌های خاص در سالمندان، شناسایی وضعیت و

یکی از دستاوردهای قرن جاری، به دنبال ارتقاء نظام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی که منجر به افزایش طول عمر و متعاقباً افزایش جمعیت

حمید پورشریفی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران؛ مجید فرهمند ثابت، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به مجید فرهمند ثابت، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران باشد.

پست الکترونیکی: m.farahmand93@gmail.com

توانایی‌های عملکردی و از سوی دیگر به این دلیل که یکی از آسیب‌پذیرترین قشرهای جامعه هستند، باید تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شود (مکولی، ۲۰۰۵). شکل ماشینی زندگی کنونی، آپارتمان‌نشینی و فضای کوچک منازل، کاهش تعداد فرزندان، مهاجرت فرزندان به سایر کشورها و دور شدن آنان به هر شکل از والدین، باعث شده که سالمندان دچار معضلات و مشکلاتی از جمله تنهایی، افسردگی، اضطراب و در نهایت بیماری‌های جسمی و روانی شوند. بنابراین مسلم است که تغییر ذهنیت و نگرش منفی سالمندان و سایر افراد جامعه نسبت به مراکز سالمندی و قضاوت صحیح و منطقی در این مورد، می‌تواند آغازی برای حل این مشکل باشد. فراهم آوردن شرایطی که افراد سالمند با اراده‌ی خود و نه به اجبار شرایط، به سرای سالمندان بروند منجر به رضایت‌مندی بیشتری در آنان می‌شود و انگیزه‌ی آنان را برای سازش با تغییرات شدید ناشی از الگوی زندگی سازمانی افزایش می‌دهد (رستگارپور، ۱۳۷۶).

با توجه به اینکه در ایران سپردن سالمندان به آسایشگاه‌ها سیر صعودی داشته (تاجوار، ۱۳۸۴) و ورود به این مؤسسات، انتقال مهمی در زندگی فرد به شمار می‌آید و اغلب با مشکلات سلامتی یا مرگ همسر آغاز می‌گردد، بدیهی است که این امر حادثه‌ای استرس‌زا در زندگی سالمند به شمار می‌رود (متسون، کونل، و لیتون، ۱۹۹۷). از آنجا که سالمندان به طور ویژه‌ای نسبت به استرس آسیب‌پذیر هستند، لذا حمایت‌های اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در کنترل استرس و اضطراب که یکی از ابعاد سلامت عمومی است، ایفا نماید. این امر همچنین بر عملکرد روانی اجتماعی سالمندان مؤثر بوده و منجر به افزایش توانایی شخص در سازگاری با تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (میلر، ۲۰۰۴).

به‌علاوه، مراکز مراقبت طولانی مدت، از جمله سرای سالمندان با یک برداشت اجتماعی مواجه هستند که آنها را به عنوان مکان‌هایی که «شخص برای مُردن به آنجا می‌رود» یا جایی که به واسطه‌ی آن اعضای خانواده از مسئولیت خانوادگی خود رها می‌گردند معرفی می‌کند (پرات، ۲۰۰۴). این درحالی است که نتایج مطالعه‌ی تسنگ و وانگ (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی از

عوامل مؤثر بر سلامت آنان است تا بتوان با ارائه‌ی مدلی برای پیش‌بینی سلامت روانی و جسمی آنها و نیز تعیین سالمندان در معرض آسیب، از آسیب‌پذیر شدن آنان پیشگیری کرد.

تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت، عملکرد بهتر و رضایت‌مندی سالمندان، جنبه‌ی اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری دارد و به صورت بالقوه، قابل تغییرند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که موفقیت در سالمندی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات و حمایت‌های اجتماعی بر رضایت‌مندی و سلامت عمومی سالمند مؤثر خواهد بود (سیمن و آدلر، ۱۹۹۸).

منظور از حمایت اجتماعی^۱، کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود (هلاگسون، ۲۰۰۳). رایج‌ترین تعریف حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی تأکید دارد که در مواقع نیاز، منابع حمایت را فراهم می‌کنند و موجب می‌شوند که فرد احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت‌نفس، ارزشمندی و رضایت از زندگی داشته باشد (علی‌پور، ۱۳۸۴).

یکی از مسائلی که در سنین سالمندی بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، میزان حمایت خانواده یا دوستان از آنها است. سالمند نیاز به دیگران دارد تا در مواقع ضروری از آنها کمک بخواهد (هوگستل، ۲۰۰۱). شکل گرفتن خانواده‌ی هسته‌ای امروزی، نقش‌ها و عملکردهای اعضای خانواده را تغییر داده است و سالمندان برای ورود به زندگی فرزندان خود محدود شده‌اند. فرزندان، خود را ملزم به برآوردن نیازهای والدین پیرشان به حمایت مالی، خدمات بهداشتی یا مسکن نمی‌دانند و باوری مبنی بر این که «فرزندان بهترین تکیه‌گاه سالمندان هستند» درحال کمرنگ شدن است (الیوپولس، ۲۰۰۵). در چنین حالتی سالمندان مجبورند با یکدیگر، تنها، و یا در مؤسسات نگهداری از سالمندان زندگی کنند. بستگان نزدیک این افراد هم حداکثر به آنها کمک مالی می‌کنند یا به ملاقات‌شان می‌روند.

سالمندان از یک سو به دلیل کهولت سن و کاهش

¹ Social Support

سن، میزان آن افزایش می‌یابد (لگر، پورسین، نوبائر، و اوچياما، ۲۰۰۸). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است که بیش از ۵۷ درصد سالمندان، اختلال خواب را گزارش می‌کنند و فقط ۱۲ درصد آنان از مشکلات خواب شاکمی نیستند (فولی و همکاران، ۱۹۹۵). کیفیت خواب ضعیف یا خواب‌آلودگی در طول روز، در افراد سالمند با مسائلی از قبیل آسیب وضعیت سلامت، عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی و مرگ و میر (نیومن و همکاران، ۲۰۰۰)، کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش عملکرد روزانه (هرینگتون و اویدان، ۲۰۰۵) همراه است. خواب بی‌کیفیت باعث اختلال در احساسات و اندیشه و انگیزش فرد خواهد شد (رایموند، نیلسن، لاین، مانزینی، و چوپنیر، ۲۰۰۱). مطالعات نشان داده است که بی‌خوابی در بیماران بستری به خستگی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و همچنین کاهش تحمل درد منجر می‌شود (سیندر-هالپر و ورنه، ۱۹۸۷). مشکلات خواب در سالمندان شیوع بسیاری دارد و این مشکلات شامل مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، بیدار شدن زود هنگام در صبح و احتیاج به چرت روزانه (احمدی، محمدی، فلاحی، و سلطانی، ۱۳۸۹) می‌شود. 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. نکته‌ی حائز اهمیت این است که در پی کاهش مدت چرخه‌ی خواب و بیداری روزانه در سالمندان، علاوه بر اختلال در الگوی خواب، اختلال در رفتار اجتماعی نیز بروز می‌کند (جونز و بک-لیتل، ۲۰۰۳). با این همه، تحقیقات کمی درباره‌ی کیفیت خواب این افراد در مراکز درمانی و سرای سالمندان صورت گرفته است و از این رو، مطالعه‌ی حاضر تلاش دارد تا با ارائه‌ی یک مدل رگرسیون چندگانه به تبیین سلامت روانی و جسمی سالمندان بر پایه‌ی حمایت اجتماعی و کیفیت خواب بپردازد. به گونه‌ای که بتواند شواهد مستند و علمی برای تصمیم‌گیری‌های درمانی، گزینشی و نیز طبقه‌بندی سالمندان فراهم آورد. فرضیه‌ی پژوهش حاضر عبارت است از اینکه حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی سالمندان ساکن سرای سالمندان رابطه دارد.

طرف اعضای خانواده و نیز دفعات تعامل با خانواده بیشترین اثر را بر کیفیت و رضایت از زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان دارد (تسنگ و وانگ، ۲۰۰۱). سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیررسمی دریافت می‌کنند، سلامت ذهنی و جسمی بهتری را نسبت به آنهایی که کمتر با دیگران سروکار دارند، نشان داده‌اند (گالنگر و تروگلیو-لاندریگان، ۲۰۰۴).

سالاروند و عبدلی (۱۳۸۶) طی تحقیقی کیفی با عنوان «تجارب سالمندان از حمایت اجتماعی در سرای سالمندان» با روش پدیدارشناسی همراه با چند مصاحبه‌ی عمیق با سالمندان در طی دوره‌ی ۹ ماهه به سه عنصر حمایتی مهم از دیدگاه سالمندان پی بردند که عبارت از کارکنان، سایر مقیمان و خانواده بودند. این سه گروه اهمیت بسزایی در زندگی سالمند داشته و شبکه‌ی حمایت اجتماعی را برای سالمندان فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی نقش مهمی در کنترل استرس ایفا می‌کند و حال اگر از جانب هر کدام از این موارد، صدمه یا تزلزل برای سالمند ایجاد شود، او در کنترل استرس و سازگاری با شرایط دشوار دچار مشکل خواهد شد (سالاروند و عبدلی، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از عواملی که با سلامت عمومی سالمندان ارتباط دارد، کیفیت و میزان خواب این افراد است. با افزایش سن، تغییراتی در کیفیت و ساختار خواب و ریتم سیرکادین^۱ ایجاد می‌شود. این تغییرات به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن منجر می‌شود (رید و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، مهم‌ترین علت مشکلات خواب سالمندان، تغییرات بیولوژیک در ریتم سیرکادین نیست، بلکه بروز این مشکلات می‌تواند به دلیل بیماری‌ها، اثر داروها، افسردگی، اضطراب و محدودیت حرکتی باشد (اوهایون، کارسکادون، گیلمینالت، و ویتیلو، ۲۰۰۴).

تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه‌ی سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و از شکایات شایع و از دلایل مراجعه‌ی افراد سالمند به پزشکان است (کاترنو، گارری، لاکاوا، و کابودی، ۲۰۰۴). تخمین زده می‌شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا به بی‌خوابی مبتلا هستند و با افزایش

¹ circadian cycle

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان سالمند شصت سال به بالای ساکن سراهای سالمندان شهر همدان بود. نمونه‌ی آماری مطالعه شامل سالمندان ساکن سرای سالمندان عترت شهر همدان می‌شد که با روش در دسترس انتخاب شدند. تعداد کل سالمندان ساکن این در حدود ۱۶۱ نفر بود که از این بین ۱۰۰ نفر (۵۰ مرد و ۵۰ زن) با میانگین سنی ۶۵/۵ انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از داشتن سن بیشتر از شصت سال، تجربه‌ی حداقل یک سال سکونت در مرکز سالمندان، عدم وجود مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی حاد و آلزایمر (بر اساس پرونده‌ی پزشکی فرد) و رضایت وی برای شرکت در مطالعه می‌شد. افرادی که از این ملاک‌ها برخوردار نبودند از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزار

مقیاس کیفیت خواب پترزبورگ^۱: این پرسش‌نامه‌ی ۱۸ سؤالی، پرسشنامه‌ای خودگزارشی است که کیفیت خواب را بررسی می‌کند و مناسب‌ترین ابزار برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است. پرسش‌های این پرسش‌نامه در هفت زیرمقیاس طبقه‌بندی می‌شوند که اولی مربوط به کیفیت خواب به طور ذهنی است که با یک پرسش (شماره‌ی ۹)، دومی مربوط به تأخیر در به خواب رفتن است که با دو پرسش (میانگین نمره‌ی سؤال و نمره‌ی قسمت الف سؤال ۵)، سومی مربوط به مدت زمان خواب است که با یک پرسش (شماره‌ی ۴)، چهارمی مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب بیمار است که نمره‌ی آن با تقسیم کل ساعات خواب بر کل ساعاتی که فرد در بستر قرار می‌گیرد (ضرب در ۱۰۰) محاسبه می‌شوند. زیرمقیاس پنجم مربوط به اختلالات خواب است و با محاسبه‌ی میانگین نمرات جزئیات پرسش ۵ به دست می‌آید. زیرمقیاس ششم مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور است که با یک پرسش (شماره‌ی ۶) مشخص می‌شود. زیرمقیاس هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که با دو سؤال (یعنی میانگین نمرات پرسش‌های شماره‌ی ۷ و ۸) مشخص می‌شود. امتیاز هر سؤال بین

صفر تا ۳ و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت زیرمقیاس، نمره‌ی کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه‌ی آن از صفر تا ۲۱ است. هرچه نمره‌ی به دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. نمره‌ی بیشتر از ۶ بر کیفیت خواب نامطلوب دلالت می‌کند. اعتبار این پرسشنامه، ۰/۸ و پایایی آن که با آزمون مجدد بررسی شده، بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش شده است (آگرگون، کارا، و آنلار، ۱۹۹۶). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز تأیید شده است. در پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ^۲: پرسشنامه‌ی سلامت عمومی توسط گلدبرگ (۱۹۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد و سلامت عمومی را در چهار خرده‌مقیاس بررسی می‌کند که عبارتند از نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی. سؤالات این پرسشنامه چهارگزینه‌ای می‌باشد و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۳). هرچه نمره‌ی به دست آمده بیشتر باشد، نشانگر کم بودن سلامت عمومی است. ملکوتی 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، ضرایب پایایی نسخه‌ی ایرانی مقیاس سلامت عمومی، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴، تنصیف ۰/۸۶ و بازآزمایی ۰/۶۰ به دست آمد. در ضمن با انجام آزمون ROC با حساسیت ۸۳ درصد و ویژگی ۷۰ درصد، بهترین نقطه‌ی برش برای این مقیاس، ۱۹/۲۰ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی واکس^۳: برای اندازه‌گیری میزان حمایت اجتماعی از پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شد. این مقیاس در برگزیده‌ی ۲۳ سؤال است که سه حیطه‌ی خانواده، دوستان و آشنایان را در بر می‌گیرد. از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده، ۸ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده مقیاس آشنایان

² Goldberg General Health Questionnaire³ vaux social support questionnaire¹ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

پیش از بررسی فرضیه پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان		
متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۶۵/۵	۳/۵۵
مدت حضور در سرای سالمندان	۵/۹۲	۱/۸۲

بر اساس جدول فوق میانگین سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۶۹/۵ بود. همچنین میانگین مدت حضور آنها در سرای سالمندان تقریباً ۶ سال بود. برای آزمون رابطه‌ی حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با سلامت عمومی سالمندان و میزان توان آنها در پیش‌بینی این متغیر از رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام استفاده شد. برای این منظور کیفیت خواب و حمایت اجتماعی با سلامت عمومی وارد معادله‌ی رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام شدند.

اختصاص یافته است. این آزمون بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای شامل بسیار موافق، موافق، مخالف، بسیار مخالف ساخته شده است. ابراهیمی قوام (۱۳۷۱) در پژوهش خود پایایی و روایی این ابزار را مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش کرده است.

روش اجرا

بعد از کسب مجوز از سازمان بهزیستی شهر همدان و هماهنگی با مسئولان سرای سالمندان عترت، پرسشنامه‌ها در اختیار سالمندانی که به عنوان نمونه‌ی مطالعه انتخاب شده بودند قرار گرفت. با توجه به اینکه تعدادی از شرکت‌کنندگان از سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها برخوردار نبودند، پرسشگر آموزش دیده تک تک پرسش‌ها را برای آنها خواند و پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن نسخه‌های ناقص، داده‌ها از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۲

تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام رابطه‌ی کیفیت خواب و حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان						
گام	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
۱	رگرسیون	۴۱۵۷/۴۰۶	۱	۴۱۵۷/۴۰۵		
	باقیمانده	۱۴۰۰۶/۱۲۴	۹۹	۱۴۱/۴۷۶	۲۹/۳۸۶	الف/۰۰۱
	مجموع	۱۸۱۶۳/۵۳	۱۰۰			
۲	رگرسیون	۵۵۵۹/۱۸۵	۲	۲۷۷۹/۵۹۲		
	باقیمانده	۱۳۰۳۵/۷۶۴	۹۸	۱۳۳/۰۱۸	۲۰/۸۹۶	ب/۰۰۱
	مجموع	۱۸۵۹۴/۹۴۹	۱۰۰			

الف متغیر پیش‌بین: حمایت اجتماعی؛^ب متغیر پیش‌بین: حمایت اجتماعی و کیفیت خواب
متغیر وابسته: سلامت عمومی

که سهم هر یک را در پیش‌بینی متغیر ملاک مشخص نمود (جدول ۳).

با توجه به ضرایب بتا مندرج در جدول ۳ معلوم می‌شود که متغیرهای حمایت اجتماعی و کیفیت خواب به شکل معنی‌داری دارای توان پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان هستند.

معادله رگرسیون، ۲ متغیر حمایت اجتماعی و کیفیت خواب را بیرون کشید که ضریب تعیین آنها به ترتیب ۰/۱۶۴ و ۰/۲۱۹ می‌باشد. یعنی این ۲ متغیر به ترتیب ۱۶/۴ و ۵/۵ درصد از متغیر سلامت عمومی سالمندان را تبیین می‌کنند (جدول ۲). همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد F بدست آمده معنی‌دار است. بنابراین لازم است

جدول ۳

پیش‌بینی متغیر سلامت عمومی سالمندان از روی متغیرهای پیش‌بین

متغیر (عامل)	B	Beta	خطای معیار	t	سطح معنی‌داری	R	R ²
مقدار ثابت	۵/۷۲۶		۵/۳۱۰	۱/۰۷۸	۰/۲۸۳		
حمایت اجتماعی	۳/۷۶۱	۰/۴۰۵	۰/۶۹۴	۵/۴۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۱۶۴
مقدار ثابت	-۳/۲۲۸		۵/۸۴۱	-۰/۵۵۳	۰/۵۸۱		
حمایت اجتماعی	۳/۴۱۳	۰/۳۶۷	۰/۶۸۱	۵/۰۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۳	۰/۲۱۹
کیفیت خواب	۰/۷۲۹	۰/۲۳۸	۰/۲۲۵	۳/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸	۰/۲۱۹

بحث

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند عمده بر سلامتی افراد مسن مؤثر است. (۱) اثر مستقیم حمایت اجتماعی از طریق رفتارهای مرتبط با سلامت مثل تشویق رفتارهای سالم و (۲) اثر تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی که به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامت و همچنین افزایش سازگاری با فشار عصبی سالمندان کمک می‌کند.

اولین عامل در میان راهبردهای مقابله‌ای گروهی، حمایت اجتماعی می‌باشد. جی، کاپلان و کیلیلا (۱۹۷۶)، به نقل از علی‌پور، (۱۹۸۴) بیان می‌کنند که سیستم‌های حمایتی ممکن است در موارد بسیاری به افراد کمک کنند که از میان آنها می‌توان به بسیج کردن منابع روان‌شناختی، فائق آمدن بر فشارهای روانی، تقسیم‌بندی کارها و بدست آوردن ملزومات ضروری همچون اطلاعات و مهارت‌ها اشاره کرد.

به نظر می‌رسد سالمندانی که دارای دوستان و آشنایانی هستند از چندین جنبه حمایت دریافت می‌کنند. این افراد به دلیل تعامل عاطفی با دیگران، از دستورات خود مراقبتی آن‌ها پیروی می‌کنند. ضمناً داشتن شبکه‌ی اجتماعی این بیماران را قادر می‌سازد تا زمانی که به دلیل مشکلات مادی از خود مراقبت کافی به عمل نمی‌آورند با دریافت کمک مادی در زمینه‌ی مراقبت از خود توانا شوند. ضمناً داشتن شبکه‌ی اجتماعی این بیماران را قادر می‌سازد تا زمانی که به دلیل مشکلات مادی از خود مراقبت کافی به عمل نمی‌آورند با دریافت کمک مادی در زمینه‌ی مراقبت از خود توانا شوند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد نمرات کل پرسشنامه‌ی کیفیت خواب در اکثر سالمندان ساکن سرای سالمندان، بیشتر از ۵ است. بنابراین می‌توان چنین مطرح

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و کیفیت خواب با میزان سلامت عمومی سالمندان ساکن سرای سالمندان عترت شهر همدان انجام شد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که همبستگی معناداری بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با سلامت عمومی وجود دارد ($P < 0.05$). از این رو نتایج به دست آمده در این تحقیق با نتایج تحقیقات تسنگ و وانگ (۲۰۰۱)، سیمن و آدلر (۱۹۹۸)، گالنگر و تروگلیو-لاندریگان (۲۰۰۴)، و علی‌پور (۱۳۸۴) همسویی دارد. نتایج مطالعه‌ی تسنگ و وانگ (۲۰۰۱) نشان داد که حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده و دفعات تعامل با خانواده بیشترین اثر را در کیفیت رضایت‌مندی زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان داشته است. یافته‌های سیمن و آدلر (۱۹۹۸) نیز نشان می‌دهد که موفقیت در سالمندی تحت تأثیر عوامل ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات و حمایت‌های اجتماعی بر رضایت‌مندی و سلامت عمومی سالمند مؤثر خواهد بود. مطالعه‌ی گالنگر و تروگلیو-لاندریگان (۲۰۰۴) نیز نشان داده است که سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیررسمی را دریافت می‌کنند، سلامت ذهنی و جسمی بهتری نسبت به آنهایی که کمتر با دیگران در ارتباط هستند، دارند. همچنین حمایت اجتماعی غیررسمی عامل مهمی در سالمندی موفقیت‌آمیز به شمار می‌رود که این حمایت به طور سنتی به عنوان حمایت از طرف خانواده، دوستان و آشنایان در نظر گرفته شده است. علی‌پور (۱۳۸۴) نیز طی مطالعه‌ای نشان داد که منابع حمایتی موجب می‌شود فرد احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت نفس و ارزشمند بودن و رضایت از زندگی کند.

دسترس کنترل نشدنی بر دستگاه ایمنی سالمندان بیش از دستگاه ایمنی جوان‌ترها تأثیر منفی دارد. 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 مصاحبه‌ی بالینی نیز استفاده شود. از سوی دیگر، در این پژوهش، متغیرهای مداخله‌گری همچون طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی کنترل نشده است. همچنین با توجه به اینکه نمونه‌ی پژوهش حاضر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد، کمتر می‌توان احتمال داد که نمونه‌ی انتخاب شده معرف واقعی جامعه باشد و این مسأله باعث تعمیم‌پذیری اندک نتایج می‌شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در حالت کنترل متغیرهای مداخله‌گر روی نمونه‌ی بزرگ‌تری نیز انجام شود.

سپاس‌گزاری

بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدی، س.، محمدی، ف.، فلاحی، م.، و رضاسلطانی، پ. (۱۳۸۹). اثر درمان محدودیت خواب بر کیفیت خواب در سالمندان. *مجله سالمندان*، ۵(۱۶)، ۷-۱۵.
- تاجوار، م. (۱۳۸۴). ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمان سالمندان در ایران. مجموعه‌ای از مقالات سمینارها ملی اصفهان.
- سالاروند، ش.، و عبدلی، ح. (۱۳۸۶). *بررسی اعتبار سه مفهوم کنترل منبع، عزت نفس و حمایت اجتماعی*. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- رستگارپور، س. (۱۳۷۶). *بررسی برنامه خدمات سلامت سالمندان شهر تهران* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد چالوس.
- علی‌پور، ا. (۱۳۸۴). رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت افراد. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲)، ۲۹-۱۷.
- ابراهیمی‌قوام، س. (۱۳۷۱). *بررسی اعتبار ۳ مؤلفه کانون کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد تهران.

کرد که سالمندان ساکن سرای سالمندان کیفیت خواب نامطلوبی دارند. این نتایج با پژوهش ریموند (۲۰۰۱) و هرینگتون و اویدان (۲۰۰۵) همسو است.

به طور 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 خواب آلودگی در افراد پیر شایع‌تر از سایر گروه‌های سنی است (موران، تامپسون، و نیس، ۱۹۹۸). همچنین، طبق نظر کمپیون (۱۹۸۳) و شیلدر (۱۹۸۸) گذاشتن سالمند در سرای 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 بقیه‌ی عمر ادامه می‌یابد. مطالعات نشان می‌دهد که روش‌های استفاده شده‌ی 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. 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 تحقیق تاجوار (۱۳۸۴) تأثیر نقل مکان نیز مطالعه شده است و نتایج نشان می‌دهد 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 سکتته‌های مغزی مبتلا شده‌اند و به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند. همچنین می‌دانیم که

- Hogstel, M. O. (2001). *Gerontology, Nursing care of the older adult* (2nd ed.). Australia: Delmar.
- Jones, E. D., & Beck-Little, R. (2002). The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues in Mental Health Nursing, 23*(3), 279-290.
- Léger, D., Poursain, B., Neubauer, D., & Uchiyama, M. (2008). An international survey of sleeping problems in the general population. *Current Medical Research and Opinion, 24*(1), 307-317.
- Maculey, E. (2005). Physical activity quality of life in older adults: efficacy – esteem and effective influences. *Journal of Psychological Science, 10*, 213-220.
- Matteson, M. A., Conell, E. S., & linton, A. D. (1997). *Gerontological nursing, concepts and practice* (2nd ed.) Philadelphia: Saunders.
- Miller, C. A. (2004). *Nursing for wellness in older adults theory and practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moran, M. G., Thompson, T. L., & Nies, A. S. (1998). Sleep disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry, 145*(13), 69-78.
- Newman, A. B., Spiekerman, C. F., Enright, P., Lefkowitz, D., Manolio, T., Reynolds, C. F., & Robbins, J. (2000). Daytime sleepiness predicts mortality and cardiovascular disease in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(2), 115-123.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep, 27*(7), 1255-1273.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1993). *Fundamentals of nursing: Concepts, process & practice*. Philadelphia: Mosby Year Book.
- Pratt, J. R. (2004). *Long-term care, managing across the continuum* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Raymond, I., Nielsen, T. A., Lavigne, G., Manzini, C., & Choinière, M. (2001). ملکوتی، س.، علوی، ک.، قلعه‌بندی، م.، یداللهی، ز.، قزایی، ب.، و صادقی‌کیا، ج. (۱۳۸۳). تحلیل عامل پرستشنامه سلامت عمومی در سالمندان ایرانی. *مجله رشد، ۱* (۲)، ۱۱-۲.
- علی‌پور، ا. (۱۳۸۴). رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت افراد. *مجله روان‌شناسی، ۱* (۲)، ۱۷-۲۹.
- Agargun, M. Y., Kara, H., & Anlar, Ö. (1996). Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turkish Journal of Psychiatry, 7*, 107-115.
- Anderson, G. F., & Hussey, P. S. (2000). Population ageing: A comparison among industrialized countries. *Health Affairs, 19*(3), 191-203.
- Cotroneo, A., Gareri, P., Lacava, R., & Cabodi, S. (2004). Use of zolpidem in over 75-year-old patients with sleep disorders and comorbidities. *Arch Gerontol Geriatr, 9*, 93-96.
- Eliopoulos, C. h. (2005). *Gerontological nursing* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: and epidemiologic study of three communities. *Sleep, 18*(6), 425-432.
- Gallagher, L. P., & Truglio-londrigan, M. (2004). Community support, older adult's perceptions. *Clinical Nursing Research, 13*(1), 23-33.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.
- Harrington, J. J., & Avidan, A. Y. (2005). Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Current Treatment Options in Neurology, 7*(5), 339-352.
- Hasanzadeh, H., Alavi, K., Ghalebani, M. F., Yadollahi, Z., Gharaei, B., & Sadeghikia, G. (2008). Sleep quality in Iranian drivers recognized as responsible for severe road accidents. *Mental Health Research Center, 6*(2), 97-107.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research, 12*, 25-31.

Archive of SID

- Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain*, 92(3), 381-388.
- Reid, K. J., Martinovich, Z., Finkel, S., Statsinger, J., Golden, R., Harter, K., & Zee, P. C. (2006). Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 860-866.
- Seeman, T. E., & Adler, N. (1998). Older Americans: Who will they be? *National Forum*, 78(2), 22-26.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Research in Nursing & Health*, 10(3), 155-163.
- Tseng, S., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among Elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nurse*, 18(5), 304-311.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-218.

The Relationship Between Social Support and Sleep Quality with General Health in Residing Nursing House Elderly

Hamid Poorsharifi, Ph.D

University of Tabriz

Majid Farahmand Sabet ✉

University of Tabriz

Received: 2015.10.12

Accepted: 2015.09.14

Research in the field of issues and problems associated with aging to improve the quality of life of this group, is a major concern of the today's world. Therefore, the present study was conducted with aim to investigate the relationship between social support and quality of sleep with general health of elderly people in nursing homes. The research was descriptive correlational one. The study population included all of elderly men and women with more than sixty years old that live in nursing homes of Hamedan. The study samples consisted of 100 elderly (50 males and 50 females) that were selected by available sampling method of Itrat nursing homes in Hamadan. General Health Questionnaire (Goldberg, 1979), sleep quality Pittsburgh (Boyce et al., 1989) and social support (Wax et al, 1986) was used to collect the data. The results of step by step multiple regression analysis showed that social support and sleep quality predict the 16.4% and 5.5% of general health of the elderly ($P < 0.001$). The findings of this study reaffirm the important role of social support in the elderly health. Thus it is recommended to psychologists and counselors that working in this area, to plan programs with revolving around social protection to improve the health status of the elderly.

Keywords: social support, sleep quality, general health, elderly

Hamid Poorsharifi, associate professor, Dept. of Psychology, faculty of education and psychology, University of Tabriz, I.R. Iran; Majid Farahmand Sabet, M.A in psychology, Dept. of Psychology, faculty of education and psychology, University of Tabriz, I.R. Iran.

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Majid Farahmand Sabet, M.A in psychology, Dept. of Psychology, faculty of education and psychology, University of Tabriz, I.R. Iran.
Email: m.farahmand@gmail.com