

Comparison of Sleep Quality and General Health in Elderly Individuals Living in their Houses and Nursing Homes

Maghsoudi A¹, Dindarloo S², Jamali T², Ghaed S², Rastgoo Z², Hassanipour Azgomi S^{1*}

¹PhD Student of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Bsc Student of Public Health, Evaz School of Health, Larestan School of Medical Sciences, Larestan, Iran

Abstract

Background: Sleeping is one of the basic needs of human beings and sleep quality is affected by individuals' general health. This study aimed to assess sleep quality and general health in the elderly population.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 120 elderly individuals in Lar (40 individuals living in nursing homes and 80 ones living in their houses). The individuals living in their houses were selected through multi-stage sampling. Sleep quality and general health were evaluated using Pittsburgh Sleep Quality Scale (PSQI) and General Health Questionnaire (GHQ-28), respectively. The data were collected using face-to-face interviews. Then, the data were entered into the SPSS statistical software, version 20 and were analyzed using chi-square test, independent t-test, and Pearson's correlation coefficient.

Results: The score of sleep quality was significantly higher in the elderly individuals living in their houses compared to those living in nursing homes ($P=0.012$). Besides, 61.7% of the participants showed undesirable general health. Moreover, a significant positive correlation was found between sleep quality and general health ($r=0.382$, $P<0.001$).

Conclusion: Based on the results, the elderly individuals had undesirable sleep quality and general health. Considering the lower sleep quality and general health in the elderly individuals living in nursing homes, they have to be provided with more attention and support. Measures, such as psychological counseling and health education, are necessary in order to promote this group's general health and sleep quality.

Keywords: Quality of sleep, General health, Elderly individuals

Sadra Med Sci J 2016; 4(3): 161-172

Received: Apr. 17th, 2016

Accepted: Jun. 21st, 2016

*Corresponding Author: **Hassanipour Azgomi S.** PhD Student of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, hassanipour@sums.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۵، صفحات ۱۶۱ تا ۱۷۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۴/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۵/۰۱/۲۹

مقاله پژوهشی
(Original Article)

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

احمد مقصودی^۱، سمیرا دیندارلو^۲، طاهره جمالی^۲، صدیقه قاید^۲، زهره راستگو^۲، سهیل حسنی پور ازگمی^{۱*}^۱ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۲ دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت اوز، دانشکده علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران

چکیده

مقدمه: خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که کیفیت آن تحت تاثیر سلامت عمومی فرد می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی کیفیت خواب و سلامت عمومی سالمندان بود.

مواد و روش: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۲۰ نفر از سالمندان شهر لار (۴۰ سالمند مقیم سرای سالمندان و ۸۰ سالمند مقیم خانه) انجام شد. کیفیت خواب و سلامت عمومی این دو گروه از سالمندان به ترتیب با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28) و کیفیت خواب پترزبورگ (PSQS) مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانه به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و با مراجعه به درب منازل انجام گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه حضوری با سالمندان بود. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون‌های کای اسکور، تی تست مستقل و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: نمره کلی کیفیت خواب در سالمندان مقیم خانه بطور معنی‌داری بیش از افراد مقیم سرای سالمندان بود ($P=0/012$). یافته‌ها نشان داد که ۶۱/۷ درصد افراد شرکت‌کننده از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نیستند. بین سلامت عمومی و کیفیت خواب همبستگی مثبت و مستقیمی مشاهده شد که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P<0/001$, $r=0/382$).

بحث و نتیجه‌گیری: بطور کلی سالمندان سلامت عمومی و کیفیت خواب مطلوبی نداشته و با توجه به پایین تر بودن کیفیت خواب و سلامت عمومی در سالمندان مقیم سرای سالمندان، این قشر نیازمند توجه و حمایت بیشتری بوده و لازم است تمهیداتی نظیر مشاوره‌های روانشناسی و آموزش‌های لازم در جهت ارتقاء سلامت عمومی و نهایتاً کیفیت خواب آنها صورت گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت خواب، سلامت عمومی، سالمندان

* نویسنده مسئول: سهیل حسنی پور ازگمی، دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران،

hassanipour@sums.ac.ir

مقدمه

سال دارای کیفیت خواب مناسبی نیستند (۱۱، ۱۴). اختلال در الگوی خواب سالمندان شامل مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن در طول شب، بیدار شدن زود هنگام در صبح و احتیاج به چرت روزانه است (۱۵، ۱۶).

سلامتی حالتی است که نه تنها به کارکردهای بدن فرد بلکه به بسیاری از جنبه‌های کارکردهای روانی فرد بستگی دارد. نزدیک به ۶۰ سال قبل سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را به‌عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و نه صرفاً بیمار نبودن مطرح کرد (۱۷). محیط زندگی سالمندان عامل بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر است (۱۸). جامعه ایران رو به سالمندی است و نگهداری سالمندان در مؤسسات هر روز بیشتر از گذشته مورد پذیرش قرار می‌گیرد. چون سلامت جسمی و روانی در این دوره با خطر بیشتری همراه است و با توجه به دگرگونی ساختار اجتماعی تبدیل نظام خانواده از گسترده به هسته‌ای توجه به این نکته ضروری است که سالمند در کدام موقعیت از سلامت بیشتری برخوردار است (۱۹).

نتایج پژوهش‌ها نشان‌دهنده سلامت عمومی بیشتر سالمندانی است که در محیط خانواده زندگی می‌کنند بهتر از سالمندانی است که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند (۲۰-۲۲). تحقیقات دیگر نشان داده که سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که در کنار اعضای خانواده زندگی می‌کنند نسبت به ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی مستعدتر هستند (۲۳-۲۵). تأثیر محل سکونت بر سلامت روانی به این نحو است که میانگین نمرات اختلال روانی سالمندانی که در خانه سالمندان نگهداری می‌شود به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندانی است که در کنار اعضای خانواده زندگی می‌کنند (۲۲).

در ایران طی ۳۰ سال گذشته در سایه فعالیتهای مؤثر وزارت بهداشت عملکردهایی در زمینه کنترل جمعیت انجام شده است (۲۶-۲۸). با توجه به رشد جمعیت

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از ۶۰ تا ۶۵ سالگی شروع می‌شود (۱). بر اساس سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰ مشخص گردید که افراد بالای ۶۵ سال حدود ۵/۷ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که این عدد در مقایسه با سال ۸۵ که ۵/۲ درصد بود روند افزایشی را نشان می‌دهد (۲).

سالمندی به‌هیچ‌عنوان بیماری محسوب نمی‌شود بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در گذر زندگی و مسیر طبیعی رشد است (۱). درجهانی که به سرعت رو به پیر شدن حرکت می‌کند سالمندان به‌منزله نیروی جدیدی در راه توسعه هستند (۳). فرد سالخورده به‌طور روزافزونی نقش اساسی در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه، کمک به اعضای خانواده و یا ایفای نقش مراقبتی بر عهده خواهد داشت (۳). خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است (۴). از ویژگی‌های خواب خوب می‌توان به حفظ سلامت جسمی، تقویت توانایی، سازش، کاهش خمودگی و اضطراب و افزایش تمرکز حواس در فعالیت‌های روزمره زندگی اشاره کرد (۵، ۶). از آنجاکه اختلالات خواب شایع بوده و این اختلالات می‌توانند دلیل بسیاری از بیماری‌ها باشند، توجه به کیفیت خواب یک موضوع بسیار مهم می‌باشد. خواب بی‌کیفیت سبب اختلال در احساسات، اندیشه و انگیزش فرد می‌شود (۴). اختلال خواب در هر سنی رخ می‌دهد (۷، ۸)؛ اما با افزایش سن تغییراتی در ساختار و کیفیت خواب و ریتم شبانه روزی (circadian) ایجاد می‌گردد (۹، ۱۰). تخمین زده شده بین ۳۰ تا ۴۵ درصد مردم دنیا به بی‌خوابی دچار هستند (۱۱، ۱۲). از آنجاکه اغلب سالمندان این اختلال را مرتبط با سن خود می‌دانند به دنبال درمان نمی‌روند بر این اساس سن فاکتور مهمی در بین عواملی مثل شغل، جنسیت، طبقه اجتماعی، سلامت جسمی و روانی در بروز اختلال خواب است (۱۲، ۱۳).

تحقیقات نشان داده است خواب باکیفیت ضعیف بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندی قرار دارد، به‌نحوی که حدود ۳۵٪ افراد بالای ۶۰

سلامت عمومی و قسمت سوم پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ28 صورت گرفته است.

مقیاس سنجش کیفیت خواب پیترز بورگ (PSQI) مناسبترین ابزار برای اندازه‌گیری کیفیت خواب است که ۱۸ سؤال دارد. این پرسشنامه در هفت جزء طبقه‌بندی می‌شود که به ترتیب جزء اول مربوط به کیفیت خواب به‌طور ذهنی با پرسش شماره ۹ مشخص می‌شود. جزء دوم تأخیر در به خواب رفتن نمره آن با میانگین سؤال ۲ و قسمت الف سؤال ۵ مشخص می‌شود. جزء سوم مدت‌زمان خواب با پرسش شماره ۴ تعیین می‌شود. جزء چهارم کارایی خواب فرد با تقسیم کل ساعات خواب بر کل ساعات خواب فرد ضربدر ۱۰۰ محاسبه می‌گردد. جزء پنجم اختلالات خواب است که با محاسبه نمره سؤال ۵ به دست می‌آید. جزء ششم مربوط به داروی خواب‌آور است که با پرسش ۶ مشخص می‌شود و جزء هفتم که مرتبط با عملکرد روزانه بوده و با میانگین نمرات ۷ و ۸ تعیین می‌شود. امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۴ بوده مجموع میانگین نمرات این هفت جزء نمره کل ابزار را نشان می‌دهد که بین ۱ تا ۲۸ است. هرچه نمره بیشتر باشد کیفیت خواب کمتر است. بر اساس نمره کل امتیاز بین ۰ تا ۴ بیانگر کیفیت خواب مطلوب و نمره بیشتر از ۵ معرف کیفیت خواب نامطلوب است (۲۹). اعتبار پرسشنامه پیترز بورگ ۸۰ درصد، پایایی آن ۹۳ تا ۹۸ درصد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۷۸ تا ۸۲ درصد گزارش شده است (۳۰).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) توسط گلبرگ ۱۹۷۹ ساخته شده است که سؤالات مربوطه چهار بعد جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی افسردگی را بررسی می‌کند که هر حیطه از ۷ سؤال و کل پرسشنامه از ۲۸ سؤال تشکیل شده است (۳۱). برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شد، بر اساس اینکه سؤالات پرسشنامه ۴ گزینه‌ای است به هر سؤال نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گرفت پس حداقل و حداکثر نمره برای هر حیطه صفر تا ۲۱، و برای کل سؤالات به ترتیب صفر و ۸۴ بود.

سالمندان و تغییر هرم جمعیتی و اینکه سالمندان قشر آسیب‌پذیر هستند نیاز به مطالعه بر موضوعات مرتبط با جمعیت سالمندان احساس می‌شود همچنین به دلیل اینکه تاکنون تحقیقی با این موضوع در خصوص سالمندان منطقه لارستان صورت نگرفته بود به این نتیجه رسیدیم تا به بررسی کیفیت خواب و سلامت عمومی سالمندان مقیم خانه سالمندان و سالمندان مقیم خانواده شهرستان لارستان در سال ۱۳۹۳ بپردازیم تا در صورت توان بتوانیم مشکلات این قشر از جامعه را بهتر شناسایی کنیم و نسبت به رفع آن اقدام نماییم.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ در شهرستان لارستان بر روی سالمندان انجام شد. جامعه آماری مورد پژوهش را ۴۰ نفر از سالمندان مقیم سرای سالمندان و ۸۰ نفر از سالمندان ساکن در شهرستان لار تشکیل داد. جهت قابلیت تعمیم نتایج به سالمندان شهرستان لار، ملاک‌های ورود افراد به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، داشتن سابقه حداقل یک سال سکونت برای افراد مقیم در سرای سالمندان و داشتن حداقل ۵ سال سابقه سکونت در شهر برای سالمندان ساکن در شهر لار در نظر گرفته شد.

نمونه‌های موردنیاز مطالعه با مراجعه به درب منزل افراد و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود مطالعه انتخاب شدند. با توجه به این که درصد بالایی از آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند پرسشگری به صورت مصاحبه با فرد موردنظر انجام گرفت. دو گروه سالمندان (مقیم سرای سالمندان و ساکن منزل) از نظر سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های چهارگانه آن بر اساس مقیاس سلامت عمومی سالمندان GHQ-28 و مقیاس سنجش کیفیت خواب پیترز بورگ PSQI که یک پرسشنامه خود گزارشی است مورد مقایسه قرار گرفتند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از یک پرسش‌نامه سه‌قسمتی قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم مربوط به سؤالاتی در مورد عوامل احتمالی مرتبط با

در افراد مقیم در منزل بهتر از افراد مقیم در خانه سالمندان ($P=0/042$) و مدت زمان خواب در افراد مقیم در خانه سالمندان بیشتر از افراد مقیم در منزل است ($P=0/003$). نتایج مربوط به اجزای پرسشنامه کیفیت خواب و ارتباط آن در دو گروه مقیم سرای سالمندان و ساکن در منزل در جدول ۲ آمده است.

یافته‌ها نشان داد که ۶۱/۷ درصد افراد شرکت‌کننده از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نیستند؛ همچنین این مقدار برای حالت افسردگی ۱۸/۳ درصد، برای عملکرد نامطلوب اجتماعی ۷۱/۷ درصد، برای عملکرد نامطلوب جسمانی ۵۹/۲ درصد و برای حالت اضطراب ۶۰ درصد محاسبه شد. بر اساس نتایج مطالعه نمره کلی سلامت عمومی ($11/03 \pm 28$) به دست آمد، که بین افراد مقیم در خانه سالمندان ($11/66 \pm 5/32$) و افراد ساکن در منزل ($10/7 \pm 25$) اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$). بین نمره حیطه‌های افسردگی، اجتماعی و اضطراب پرسشنامه سلامت عمومی در دو گروه مقیم خانه سالمندان و مقیم منزل اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/05$). نتایج مربوط به اجزای پرسشنامه سلامت عمومی و ارتباط آن در دو گروه مقیم سرای سالمندان و مقیم در منزل در جدول ۳ آمده است.

بین سلامت عمومی و کیفیت خواب همبستگی مثبت و مستقیمی مشاهده شد که از لحاظ آماری نیز معنی‌دار بود ($P<0/001$, $r=0/382$).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت خواب در سالمندان بسیار ضعیف و پایین بود و بیش از ۸۰ درصد شرکت‌کنندگان کیفیت خواب نامطلوبی دارند که در مقایسه با سایر مطالعات بسیار بالاتر بود (۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۵). دلیل این یافته می‌تواند ناشی از افزایش سن باشد به شکلی که با افزایش سن کیفیت خواب مرحله ۳ و ۴ که مربوط به خواب عمیق است کاهش می‌یابد (۳۶). ریموند (Raymond) در تبیین این موضوع به این نکته اشاره

برای تعیین وضعیت سلامت عمومی سالمندان نقطه برش ۲۳ (نقطه برش توصیه‌شده در مقالات مشابه) منظور شد (۳۲-۳۴). نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشان‌دهنده اختلال روانی بوده و کوچک‌تر یا مساوی ۲۳ بیانگر سلامت روانی است. در هر چهار حیطه پرسشنامه از نقطه برش شش استفاده شده است بدین صورت که نمرات ۶ و کمتر از آن نشان‌دهنده وضعیت طبیعی و نمرات بالاتر از آن بیانگر اختلال در حیطه مورد بررسی می‌باشد.

نکات اخلاق در پژوهش زیر مد نظر قرار گرفت. قبل از انجام مصاحبه اهداف مطالعه به نمونه‌ها توضیح داده می‌شد و پرسشگری صرفاً از افرادی صورت می‌گرفت که رضایت آگاهانه شفاهی به شرکت در مطالعه دهند. به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که انتشار نتایج بصورت جمعی بوده و اطلاعات شخصی آنها کاملاً محرمانه خواهد بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر، تی تست مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده ۷۵ نفر (۶۲/۵ درصد) از افراد مطالعه مرد و ۴۵ نفر زن (۳۲/۵ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ($9/45 \pm 71/5$) بود که برای مردان ($9/24 \pm 71/93$) و زنان ($9/82 \pm 70/44$) محاسبه گردید. خصوصیات کلی اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها نشان داد که ۸۴/۱ درصد از افراد از کیفیت خواب مطلوبی برخوردار نبودند؛ نمره کلی کیفیت خواب در این مطالعه ($2/84 \pm 11/3$) بود که بین افراد مقیم در خانه سالمندان ($2/55 \pm 12/2$) و افراد مقیم در منزل ($2/89 \pm 10/8$) اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P=0/012$). از سوی دیگر تحلیل آماری داده‌ها نشان داده کیفیت ذهنی خواب

دارد که اغلب بیماران بستری از اختلالات خواب رنج می‌برند که دو منشأ کلی دارد؛ یکی تأثیر عوامل محیطی استرس و افسردگی (۳۷) مثل سروصدا و نور و دیگری عوامل شخصی مثل هذیان،

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

وضعیت سکونت				جنسیت				متغیر مورد بررسی		
ساکن سرای سالمندان		ساکن منزل		زن		مرد				
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
۲۹/۲	۳۵	۴/۲	۵	۲/۵	۳	۳۱/۸	۳۷	شغل	آزاد	
۸/۳	۱۰	۲۱/۷	۲۶	۱۱/۷	۱۴	۱۸/۳	۲۲		بیکار	
۱۳/۳	۱۶	۱/۷	۲	۱/۷	۲	۱۳/۳	۱۶		بازنشسته	
۱۵/۸	۱۹	۵/۸	۷	۲۱/۷	۲۶	۰	۰		خانه دار	
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵		کل	
۲۷/۵	۳۳	۱۸/۳	۲۲	۲۳/۳	۲۸	۲۲/۵	۲۷	سطح تحصیلات	بیسواد	
۵/۸	۷	۳/۳	۴	۴/۲	۵	۵	۶		خواندن و نوشتن	
۲۴/۲	۲۹	۷/۵	۹	۹/۲	۱۱	۲۲/۵	۲۷		ابتدایی	
۳/۳	۴	۳/۳	۴	۰/۸	۱	۵/۸	۷		سیکل و دبیرستان	
۵/۸	۷	۰/۸	۱	۰	۰	۶/۷	۸		سایر	
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵	کل	وضعیت تاهل	مجرد
۲/۵	۳	۱۵/۸	۱۹	۶/۷	۸	۱۱/۷	۱۴	متاهل		
۵۳/۳	۶۴	۵	۶	۱۰/۸	۱۳	۴۷/۵	۵۷	مطلقه		
۴/۲	۵	۳	۳	۵/۸	۷	۰/۸	۱	همسر فوت شده		
۶/۷	۸	۱۲	۱۲	۱۴/۲	۱۷	۲/۵	۳	کل		
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵	ترکیب خانواده	تنها	
۵/۸	۷	۲۹/۲	۳۵	۲۰	۲۴	۱۵	۱۸		با همسر	
۳۵	۴۲	۲/۵	۳	۷/۵	۹	۳۰	۳۶		خویشاوندان یا خانواده	
۲۵/۸	۳۱	۱/۷	۲	۱۰	۱۲	۱۷/۵	۲۱		کل	
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵		وضعیت اقتصادی	مستقل
۴۸/۳	۵۸	۷/۵	۹	۱۰/۸	۱۳	۴۵	۵۴	وابسته		
۱۸/۴	۲۲	۲۵/۸	۳۱	۲۶/۷	۳۲	۱۷/۵	۲۱	کل		
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵	فعالیت بدنی	دارد	
۱۵	۱۸	۸/۳	۱۰	۱۲/۵	۱۵	۱۰/۸	۱۳		ندارد	
۵۱/۷	۶۲	۲۵	۳۰	۲۵	۳۰	۵۱/۷	۶۲		کل	
۶۶/۷	۸۰	۳۳/۳	۴۰	۳۷/۵	۴۵	۶۲/۵	۷۵			

جدول ۲: نتایج آزمون تی تست مستقل برای مقایسه اجزای کیفیت خواب در دو گروه ساکن خانه سالمندان و ساکن منزل

مقدار p	مقدار آماره t	ساکن منزل		ساکن خانه سالمندان		اجزای پرسشنامه کیفیت خواب
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۴۲	۲/۰۶	۰/۹۰	۰/۹۸	۱/۲۵	۱/۴	کیفیت ذهنی خواب
۰/۵۳۹	۰/۹۸۷	۰/۷۶	۱	۰/۸۶	۱/۱	تاخیر در خواب
۰/۰۰۳	۲/۶۲	۱/۴۹	۵/۳۱	۲/۷۲	۶/۵	مدت زمان خواب
۰/۱۱۷	۱/۵۷	۰/۰۸	۰/۹۱	۰/۰۸	۰/۸۸	کیفیت خواب
۰/۱۵۸	۱/۴۹	۰/۵۹	۱/۳۹	۰/۵۹	۱/۲۳	اختلالات خواب
۰/۷۳۵	۰/۶۳۴	۱/۱۷	۰/۶۵	۱/۰۸	۰/۵۷	مصرف داروی خواب آور
۰/۹۲۵	۰/۱۲۰	۰/۷۳	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۵۲	عملکرد نامناسب

جدول ۳: نتایج آزمون تی تست مستقل برای مقایسه حیطه‌های سلامت عمومی در دو گروه ساکن خانه سالمندان و ساکن منزل

مقدار p	مقدار آماره t	ساکن منزل		ساکن خانه سالمندان		حیطه های پرسشنامه سلامت عمومی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۰۱	۴/۲۷	۳/۲۲	۲/۶۱	۴/۴۷	۵/۶۵	افسردگی
۰/۰۰۱	۲/۵۶	۳/۲۴	۷/۵۹	۴/۶۴	۱۰/۰۳	اجتماعی
۰/۱۴۷	۱/۵۳	۳/۰۵	۷/۳۵	۳/۱۸	۸/۲۳	جسمانی
۰/۰۰۲	۲/۳۲	۴/۰۸	۶/۱۶	۳/۷۳	۸/۶۸	اضطراب

شیخی و همکاران تفاوتی بین کیفیت ذهنی خواب در دو گروه دیده نشد (۲۰).

یافته جالب در این مطالعه این بود که مدت زمان خواب در ساکنین خانه سالمندان بالاتر از ساکنین منزل بود که این نتیجه مغایر با سایر مطالعات بود (۳۸, ۳۹). دلیل این یافته می‌تواند ناشی از شرایط فیزیکی و محیطی خانه سالمندان در منطقه لارستان نسبت به منازل شخصی باشد؛ عواملی همچون سروصدای سایر اعضای خانواده و یا روشنایی بیشتر منزل در طول شبانه‌روز که باعث مدت زمان خواب کمتر در سالمندان مقیم منزل شده است. ساکنین خانه سالمندان در مقایسه با ساکنین منزل شخصی از سلامت عمومی بسیار کمتری برخوردار بودند

در مطالعه حاضر کیفیت خواب در افراد مقیم خانه سالمندان پایین‌تر از ساکنین منزل بود که همسو با نتایج سایر مطالعات است (۲۰, ۲۲). در توجیه این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که افراد مقیم در خانه سالمندان از لحاظ حمایت خانواده و آشنایان در سطح پایین‌تری نسبت به افراد مقیم منزل هستند و افراد مقیم منزل به‌طور معمول از سطح حمایتی بالاتری برخوردارند.

کیفیت ذهنی خواب در مطالعه حاضر در دو گروه متفاوت بود به شکلی که افراد مقیم در خانه سالمندان کیفیت ذهنی خواب کمتری داشتند که یافته مشابه با نتایج بیرامی و همکاران در تبریز بود (۲۲). ولی در مطالعه

تقدیر و تشکر

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

منابع

1. Craik FI, Salthouse TA. The handbook of aging and cognition: Psychology Press; 2011.
2. Selection of population and housing census results in iran (2011) 2011. Available from: www.amar.org.ir/.../0/.../1390/sarshomari90_nahaii.pdf.
3. Shultz KS, Adams GA. Aging and work in the 21st century: Psychology Press; 2012.
4. Åkerstedt T, Axelsson J, Lekander M, Orsini N, Kecklund G. Do sleep, stress, and illness explain daily variations in fatigue? A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;75-280. (4) 6: 280-285.
5. Harvey AG, Schmidt DA, Scarnà A, Semler CN, Goodwin GM. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry*. 2014.
6. Pace-Schott EF, Spencer RM. Sleep-dependent memory consolidation in healthy aging and mild cognitive impairment. 2014.
7. Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*. 2014.

که این یافته مشابه با نتایج مطالعات دیگر بود (۲۲، ۴۰-۴۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت سالمندانی که به سرای سالمندان سپرده می‌شوند روابط اجتماعی گذشته آن‌ها تغییر کرده و چتر حمایتی و عاطفی خانواده را از دست می‌دهند.

افراد مقیم در خانه سالمندان افسرده‌تر از افراد ساکن در منزل بودند که مشابه با نتایج سایر مطالعات بود (۴۳، ۴۴). دلیل این امر را می‌توان قطع ارتباطات اجتماعی گذشته، بیکاری و کاهش حمایت در افراد مقیم در خانه سالمندان و برعکس نگرش مثبت و شادی بیشتر در سالمندان ساکن در منزل دانست.

در مطالعه حاضر بین سلامت عمومی و کیفیت خواب همبستگی مثبت و معنی‌داری مشاهده شد که مشابه با سایر مطالعات انجام‌شده بود (۲۱، ۲۵، ۳۵). دلیل این یافته می‌تواند ناشی از ارتباط نزدیک اجزای تشکیل‌دهنده این دو شاخص برای بررسی سطح سلامت افراد باشد.

نتیجه‌گیری

کیفیت کلی خواب در مطالعه حاضر بسیار پایین بود و بین سالمندان مقیم در خانه سالمندان و مقیم منزل اختلاف معنی‌داری وجود داشت به شکلی که افراد ساکن در خانه سالمندان کیفیت خواب پایین‌تری داشتند. همچنین سلامت عمومی در افراد شرکت‌کننده در این مطالعه پایین بود به شکلی که افراد مقیم در خانه سالمندان از سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار بودند.

با توجه به روند سالمند شدن جمعیت کشور و سپردن سالمندان به مؤسسات نگهداری از سالمندان، لزوم توجه بیشتر به این قشر در مطالعات آینده ضروری به نظر می‌رسد. خدماتی نظیر آموزش بهداشت، مشاوره‌های روانشناسی و در نظر گرفتن امکانات تفریحی و ورزشی برای قشر سالمند جامعه بخصوص سالمندان مقیم در خانه سالمندان می‌تواند گامی مفید در جهت افزایش سلامت عمومی و کیفیت خواب آنها باشد.

- problems following traumatic brain injury: a meta-analysis. *Sleep Medicine* 2012;13(7):898-905.
17. Organization WH. The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever); 2014.
18. Iwarsson S, Wahl H-W, Nygren C, Oswald F, Sixsmith A, Sixsmith J, et al. Importance of the home environment for healthy aging: Conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*. 2007;47(1):78-84.
19. Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M, et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *The Lancet*. 2013;381(9867):690-7.
20. Sheikhy L. Evaluation the status of sleep quality in elderly people in Kermanshah city. *Rehabilitation Medicine* 2015;3 (4). (Persian)
21. Izadi Avanji FS, Adib Hajbaghery M, Afazel MR. Quality of sleep and it's related factors in the hospitalized elderly patients of Kashan hospitals in 2007. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2009;12(4):52-60. (Persian)
22. Beyrami M, Alizadehgoradel J, Ansarhosein S, Ghahraman moharrampour N. Comparing Sleep Quality and General Health among the Elderly Living at Home and at Nursing Home. *Iranian Journal of Ageing*. 2014;8(4): 47-55. (Persian)
23. Ahmadi S, Khankeh H, Mohammadi F, Fallahi Md, Reza Soltani P. The effect of sleep restriction treatment on quality of sleep in the elders. *Iranian Journal of Ageing* 2010;5(2):0. (Persian)
8. Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, Tzischinsky O, Seifer R. Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep New York* 1998;21:871-81.
9. Leproult R, Holmbäck U, Van Cauter E. Circadian misalignment augments markers of insulin resistance and inflammation, independently of sleep loss. *Diabetes* 2014;63(6):1860-9.
10. Crowley SJ, Van Reen E, LeBourgeois MK, Acebo C, Tarokh L, Seifer R, et al. A Longitudinal Assessment of Sleep Timing, Circadian Phase, and Phase Angle of Entrainment across Human Adolescence. *PLoS One* 2014;9(11):e112199.
11. Partinen M. Epidemiology of sleep disorders. *Handbook of clinical neurology*. 2010;98:275-314.
12. Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Taylor DJ, Bush AJ. *Epidemiology of sleep: Age, gender, and ethnicity*: Psychology Press; 2013.
13. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11):1479-84.
14. Kang S-H, Yoon I-Y, Lee SD, Han JW, Kim TH, Kim KW. REM sleep behavior disorder in the Korean elderly population: prevalence and clinical characteristics. *Sleep* 2013;36(8):1147.
15. Haimov I, Laudon M, Zisapel N, Souroujon M, Nof D, Shlitner A, et al. Sleep disorders and melatonin rhythms in elderly people. *BMJ* 1994;309(6948):167.
16. Mathias J, Alvaro P. Prevalence of sleep disturbances, disorders, and

- Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2014;3(4):336-42. (Persian)
33. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal* 2009; 11(4): 47-5 . (Persian)
34. Maghsoudi A, Tabrizi R, Haghdoost AA, M. ES. The Study of General Health Status and Its Affecting Original Article Factors On Students of Kerman University of Medical Sciences in 2012. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2014;1(1):59-67 (Persian)
35. Soleimany M, Ziba FN, Kermani A, Hosseini F. Comparison of sleep quality in two groups of nurses with and without rotation work shift hours. *Iran Journal of Nursing* 2007;20(49):29-38. (Persian)
36. Desforges JF, Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA, Thorpy MJ. Sleep Disorders and Aging. *New England Journal of Medicine*. 1990;323(8):520-6.
37. 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.
38. Hemati Z, Alidoosti M, Reisi M. Comparing sleep quality in diabetic type 1 and non-diabetic patients. *Payesh* 2012; 11(6): 863-867. (Persian)
39. Salehi K, Alhani F, Mahmoudifar Y, Rouhi N. Quality of sleep and related factors among Imam Khomeini hospital
24. Alidoosti M, Hemati Z. Relationship between quality of sleep and quality of life in dialysis patients of dialysis centers in Chaharmahal and Bakhtiari. *Health System Research* 2012; 8(3): 515-521. (Persian)
25. Azhari S, Ghorbani M, Esmaeili H. Evaluation of the relationship between lifestyle and quality of sleep in postmenopausal women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014;17(112):7-14. (Persian)
26. Hoodfar H, Assadpour S. The politics of population policy in the Islamic Republic of Iran. *Studies in Family Planning* 2000;31(1):19-34. (Persian)
27. Lutz W, Cuaresma JC, Abbasi-Shavazi MJ. Demography, education, and democracy: Global trends and the case of Iran. *Population and Development Review* 2010;36(2):253-81.
28. Jalal Abbasi-Shavazi M, McDonald P. Fertility decline in the Islamic Republic of Iran: 1972–2000. *Asian Population Studies* 2006; 3 (2):137-217. (Persian)
29. 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.
30. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Turk Psikiyatri Derg* 1996;7(2):107-15.
31. Goldberg D, Williams P. General health questionnaire (GHQ). Swindon, Wiltshire, UK: NFER Nelson. 1988.
32. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor

43. Hemati AG, Dehshiri GR, Shojaei S, Hakimirad E. Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. *Salmand* 2008; 3(2):557-564. (Persian)
44. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan S-M, Ghasemian-Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. *Knowledge & Health* 2008;3(2):27-31. (Persian)
- staff nurses. *Iran Journal of Nursing* 2010;23(63):18-25. (Persian)
40. Winningham R, Pike N. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*. 2007;11(6):716-21.
41. Kang YS, Kim ES, Gu MO, Eun Y. A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city. *Journal of Korean Public Health Nursing* 2003;17(1):47-57.
42. Sun W. State and policy issues of home aged welfare service. *J Korean Deontolog Soc*. 2001;4:29-33.