

حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در دانشجویان پرستاری

معصومه رامبد^۱ *فریبا قدس بین^۲ نوشین بهشتی پور^۳ علی اصغر رعیت پیشه^۴
زینت محبی نوبندگانی^۵ عباس محمدی نژاد^۶

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت خواب می‌تواند در ارتقا سلامتی و بهبود کیفیت زندگی دانشجویان موثر واقع شود. برخی از عوامل اجتماعی روانی از جمله حمایت اجتماعی ممکن است روی کیفیت خواب اثر بگذارد. هدف از این مطالعه تعیین همبستگی بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در دانشجویان پرستاری بود.

روش بررسی: در یک مطالعه همبستگی، ۸۷ دانشجوی پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری طی سال ۹۰-۸۹ شرکت کردند. نسخه فارسی «پرسشنامه منابع شخصی ۸۵» و «شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ» جهت بررسی درک شرکت‌کنندگان از حمایت اجتماعی و کیفیت خواب استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۵ و بکارگیری مجذور کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشتر دانشجویان در این مطالعه درک بالایی از حمایت اجتماعی داشته ($\chi^2=4/49$) و از کیفیت خواب ضعیف ($0/61$) برخوردار بودند. بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اقتصادی ($p=0/02$ و $\chi^2=7/74$) و محل سکونت ارتباط وجود داشت ($p=0/007$ و $\chi^2=9/19$). دانشجویان سال سوم و چهارم، کیفیت خواب ضعیف‌تری را نشان دادند. به علاوه، بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در دانشجویان پرستاری همبستگی وجود داشت ($P=0/01$ و $r=-0/33$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت خواب در میان دانشجویان پرستاری، مسئولین دانشکده پرستاری و خانواده‌ها می‌توانند با حمایت اجتماعی دانشجویان به بهبود کیفیت خواب این افراد کمک نمایند.

کلید واژه‌ها: حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت خواب، دانشجویان پرستاری

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۷

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، مدرس گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری، مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران

^۲ مربی، عضو هیئت علمی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری-مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (*مؤلف مسئول). شماره تماس: ۰۷۱۱۶۴۷۴۲۵۰ Email: ghodsbin@sums.ac.ir

^۳ مربی، عضو هیئت علمی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه اطفال، دانشکده پرستاری - مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران.

^۴ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۵ مربی، عضو هیئت علمی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه آموزشی داخلی-جراحی دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران

^۶ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

خواب نقش مهمی در سلامت انسان^(۱)، فرایند یادگیری و حافظه دارد^(۲،۳) و می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار دهد^(۱). انواع مختلفی از اختلالات خواب شناخته شده است که می‌توان به تاخیر در به خواب رفتن، عدم به خواب رفتن، ناتوانی در به خواب رفتن مجدد، چندین بار بیدار شدن در طول شب^(۴)، بیدار شدن زودهنگام از خواب و عدم احساس طراوت و نیروبخشی بعد از بیدار شدن از خواب اشاره کرد^(۵).

اختلال در خواب و محرومیت از خواب یکی از مشکلات شایع دانشجویان است. اختلال در کیفیت خواب همچنان در میان دانشجویان در حال افزایش است^(۶) و تقریباً نیمی از دانشجویان خواب ناکافی، خواب نامنظم و سایر اختلالات خواب را گزارش می‌نمایند^(۸،۷). تغییر در شیوه زندگی و برنامه کاری دانشجویان از عواملی است که خطر بروز اختلال خواب را در این افراد دو تا پنج برابر افراد سالم جامعه افزایش می‌دهد. دانشجویان دیر به خواب رفته و گذر زمان برای وی سریع است، آنها دیر از رختخواب بیدار شده و کمتر احساس طراوت و شادابی می‌کنند^(۱۰،۹).

محرومیت از خواب منجر به تغییر خلقی شدید از جمله افسردگی^(۱۱) و عملکرد ضعیف علمی در دانشجویان می‌شود^(۱۲). خواب آلودگی، کاهش هوشیاری، زوال خلق، مشکل در تمرکز و افزایش اشتباهات از جمله عوارض ناشی از خواب ناکافی است^(۱۳) که می‌تواند پیشرفت تحصیلی دانشجویان را تحت تاثیر منفی خود قرار دهد^(۳). زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش ارتباطات اجتماعی در افرادی که با محرومیت از خواب مواجهه هستند، نسبت به سایر افراد به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر است^(۶). عقیده بر این است که بهبود کیفیت خواب از طریق ارائه حمایت اجتماعی به وقوع می‌پیوندد. بهبود کیفیت روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از طریق ایجاد ارتباط و تخفیف تعارضات، تا اندازه‌ای تندرستی انسان را تضمین می‌کند^(۱۴).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روشهای مقابله‌ای عاطفه‌نگر می‌تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت‌های پرتنش افراد را مورد حفاظت قرار دهد و یا به آنها کمک کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی نمایند که جنبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد^(۱۵). حمایت اجتماعی در رضایت از زندگی^(۱۶)، تحول هوش هیجانی و احساس خودکارآمدی^(۱۷) نقش مهمی دارد. این باور وجود دارد که فاکتورهای اجتماعی از جمله تنهایی اجتماعی و عدم رضایت از فعالیت‌های اجتماعی با افزایش خطر بی‌خوابی در ارتباط است^(۱۸). این در حالی است که افزایش سطح حمایت اجتماعی از طریق ایجاد خواب سالم، دارای اهمیت است^(۲۰،۱۹).

به دلایل مختلف می‌توان ادعا کرد که حمایت اجتماعی برای بهبود کیفیت خواب مناسب است. اول حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران باعث ایجاد خلق مثبت و بهبود رفتارهای سلامتی شده و در نهایت منجر به ایجاد عادات خواب سالم می‌شود^(۲۱). به علاوه احساس اینکه فرد دیگری وجود دارد یا وجود خواهد داشت، از تنهایی اجتماعی و احساس تنهایی جلوگیری می‌کند. احساس تنهایی خطر بروز اختلال خواب را افزایش می‌دهد^(۲۲-۲۴). به علاوه حمایت اجتماعی با تنظیم ریتم بیولوژیک در حفظ حالت خواب و بیداری فرد اثر داشته، از طریق تاثیر بر تنش‌های روانی روی خواب اثر گذاشته^(۲۵-۲۷) و با حفظ فرد در مقابل تنهایی اجتماعی، حمایت عاطفی و احساس تعلق؛ منجر به تنظیم ریتم خواب و بیداری و بهبود رفتار خواب سالم می‌شود^(۲۰). حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران باعث بهبود رفتارهای سلامتی شده که در نهایت می‌تواند عادات خواب سالم را تسهیل نماید^(۲۰).

پژوهشگران بر این باورند که کاهش حمایت اجتماعی و رضایت شغلی با افزایش خطر بی‌خوابی در ارتباط است^(۲۸). از سوی دیگر برخی دیگر از پژوهشگران خاطرنشان کردند که بی‌خوابی منجر به مشکلات

پرسشنامه منابع شخصی (Personal Resource Questionnaire (PRQ 85- part2) بود که جهت بررسی حمایت اجتماعی درک شده به کار برده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۱ توسط برانت و وینرت ساخته شده است و پنج عملکرد عمده حمایت اجتماعی که شامل ارزشمندی فرد، اهمیت عضویت فرد در گروه، همبستگی و صمیمیت، فرصت پرورش دیگری و در دسترس بودن کمکهای اطلاعاتی، عاطفی و مادی است؛ را مورد بررسی قرار می‌دهد. این کمکها می‌تواند از منابع مختلف دریافت شود^(۳۲).

پرسشنامه منابع شخصی دارای ۲۵ گویه است و بر اساس مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای از خیلی ناراضی (۱) تا خیلی راضی (۷) درجه‌بندی شده است. کسب نمره بالاتر نشانگر درک بیشتر حمایت از جانب دانشجو بود. (دامنه تغییرات نمره کلی از ۲۵ الی ۱۷۵ متغیر است)^(۳۳). مدت زمان پر کردن پرسشنامه حدود ۱۵ دقیقه بود. نمرات به دست آمده به سه گروه حمایت اجتماعی بالا (۱۲۶-۱۷۵)، متوسط (۷۶-۱۲۵) و پایین (۲۵-۷۵) طبقه‌بندی شد^(۳۳).

پرسشنامه «شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ» (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) جهت بررسی عادات خواب مورد استفاده قرار گرفت^(۳۴). این پرسشنامه درک فرد از کیفیت خواب را تحت ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار ۹ گزینه داشت. سؤال ۴-۱ به صورت بازپاسخ بوده و ساعات شروع خواب، اختلال در شروع خواب، بیدار شدن زودهنگام از خواب و طول مدت خواب را نشان می‌دهد. سایر سئوالات گویای اختلال در تداوم خواب، دفعات استفاده از دارو برای به خواب رفتن، خواب الودگی روزانه، اختلال در انجام کارهای روزانه و کیفیت خواب ذهنی بود. این پرسشنامه اطلاعاتی را در مورد هفت جزء خواب از جمله «تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، کیفیت خواب ذهنی، کفایت خواب، اختلال در خواب، اختلال در عملکرد روزانه و استفاده از دارو جهت به خواب رفتن» را ارائه می‌دهد. سئوالات ۹-۵ دارای مقیاس لیکرت ۴

اجتماعی و اختلال روابط بین فردی می‌شود^(۲۹-۳۱). با توجه به اشاره پژوهشگران به وجود ارتباط دو جانبه احتمالی میان کیفیت خواب و حمایت اجتماعی و با عنایت به اینکه فرهنگ کشور ما بر حمایت از دیگران تاکید دارد و از سوی دیگر عوارض نامطلوب ناشی از اختلال خواب در میان دانشجویان پژوهشگر را بر آن داشت که مطالعه‌ای را با هدف «تعیین حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت خواب و همبستگی کیفیت خواب و حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان پرستاری» انجام دهد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع همبستگی (correlational) بود و به صورت مقطعی انجام شد. متغیر حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در یک گروه از دانشجویان کارشناسی پرستاری مورد سنجش قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی پیوسته پرستاری مشغول به تحصیل در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود که ایرانی و دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بوده و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند. دانشجویان انتقالی یا مهمان از مطالعه حذف شدند.

نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند (نفر ۱۷۶). محیط پژوهش دانشکده پرستاری- مامایی حضرت فاطمه (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود.

گردآوری داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات فردی و دو پرسشنامه صورت گرفت. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، جنسیت (دختر، پسر)، وضعیت تاهل (مجرد و متاهل)، وضعیت اقتصادی (خوب، متوسط و ضعیف) و محل سکونت (خوابگاه، همراه با خانواده و سایر موارد) در نظر گرفته شد. پرسشنامه اول، بخش دوم

سری از پرسشنامه‌ها به دلیل ناقص بودن و ۰.۵٪ گروه بالا و پایین از مطالعه حذف شدند. پرسشنامه‌هایی که تنها به سئوالات دموگرافیک پاسخ داده بودند، مواردی که تا نیمی از پرسشنامه پر شده بود و به یکباره شرکت کننده به بقیه سئوالات پاسخ نداده بود به عنوان پرسشنامه ناقص در نظر گرفته شد. علاوه بر این پرسشنامه‌هایی که دانشجوی تنها یکی از گزینه‌ها را انتخاب و تا پایان کلیه پاسخ‌ها را در یک ستون اشاره نموده بود و یا تمام سئوالات به گزینه خیلی راضی، خیلی ناراضی، بدون مشکل و مشکل شدید اشاره شده بود (۰.۵٪ گروه بالا و پایین) حذف گردید. در نهایت ۸۷ (۶۸/۹۷٪) پرسشنامه کامل بود و تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات طی ۴ هفته و طی نیمسال دوم ۱۳۹۰-۱۳۸۹ جمع‌آوری گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل شد. آمار توصیفی (تعداد و درصد) جهت تعیین مشخصات فردی، کیفیت خواب و حمایت اجتماعی درک شده دانشجویان پرستاری استفاده گردید. آزمون کای اسکور برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مشخصات فردی و کیفیت خواب و حمایت اجتماعی درک شده به کار برده شد. علاوه بر این آمار استنباطی (آزمون کای اسکور و ضریب همبستگی اسپیرمن) جهت تعیین ارتباط و همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب دانشجویان پرستاری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه ۵۸ (۶۷/۴٪) دختر بودند. ۷۳ (۸۴/۹٪) مجرد، ۴۲ (۵۰٪) وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش ۵۶ (۵۶/۱٪) در خوابگاه سکونت داشتند. جدول ۱ مشخصات دانشجویان پرستاری تحت مطالعه را نشان می‌دهد.

درجه‌ای صفر (بدون مشکل) تا سه (مشکل شدید) است. به علاوه نمره کلی از جمع هفت جزء به دست می‌آید. محدوده امتیاز کلی ۰-۲۱ است. نمره کلی بزرگتر مساوی ۵ گویای کیفیت خواب ضعیف و نمره کمتر از ۵ نشان دهنده کیفیت خواب خوب است^(۳۴). در سالهای اخیر از این پرسشنامه به کرات در مطالعات داخلی و خارجی استفاده شده است^(۳۵-۳۷).

پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش‌دهی و توسط دانشجویان پر شد. جهت پاسخ‌دهی به سئوالات احتمالی دانشجویان، پژوهشگر در زمان پر کردن پرسشنامه در کنار دانشجویان حضور داشت. مدت زمان پر کردن مجموع پرسشنامه‌ها حدود ۲۰ دقیقه بود.

اعتبار علمی ابزار منابع شخصی از طریق اعتبار محتوی مشخص شد. اعتماد علمی این ابزار توسط رامبد و رفیعی با استفاده از روش آزمون مجدد^(۳۳) ($r=0/85$) گزارش شد. روایی ابزار شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد^(۳۸) ($r=0/87$) توسط سلیمانی و همکاران مورد سنجش قرار گرفت.

روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشکده، پژوهشگر قبل از شروع کلاس درسی دانشجویان، در آنجا حضور پیدا کرد و پس از توضیح در مورد مطالعه و دریافت فرم رضایت در پژوهش از دانشجویان پرستاری، از ایشان درخواست نمود که پرسشنامه‌های مزبور را در همان زمان و مکان پر نموده و به پژوهشگر تحویل دهند. در مجموع از میان ۱۷۶ پرسشنامه ارائه شده، ۱۲۰ پرسشنامه توسط دانشجویان تحویل داده شد. از علل عدم تحویل پرسشنامه‌ها به پژوهشگر توسط دانشجویان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم تمایل به شرکت در پژوهش (۲۵ نفر) و عدم تمایل به پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه (۸ نفر). به علاوه برخی از دانشجویان نیز دلایل خود را برای عدم همکاری مطرح نمودند (۲۱ نفر). لازم به ذکر است که در طی تجزیه و تحلیل اطلاعات یک

یافته‌های مطالعه در رابطه با حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان پرستاری نشان داد که (۴/۴۹٪) از شرکت‌کنندگان دارای حمایت اجتماعی درک شده در سطح بالا بودند. جدول ۲ حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان پرستاری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی دانشجویان

پرستاری		تعداد(درصد)
جنس	دختر	۵۸ (۶۷/۴)
	پسر	۲۸ (۳۲/۶)
سن	≤ ۱۹	۱۱ (۱۴/۱)
	۲۰	۱۴ (۱۷/۹)
	۲۱	۳۶ (۴۶/۲)
	≥ ۲۲	۱۷ (۲۱/۸)
وضعیت تاهل	مجرد	۷۳ (۸۴/۹)
	متاهل	۱۳ (۱۵/۱)
وضعیت اقتصادی	خوب	۳۵ (۴۱/۷)
	متوسط	۴۲ (۵۰/۰)
	ضعیف	۷ (۸/۳)
محل سکونت	خوابگاه	۵۶ (۵۶/۱)
	همراه با خانواده	۲۵ (۲۹/۱)
سایر موارد		۵ (۵/۸)

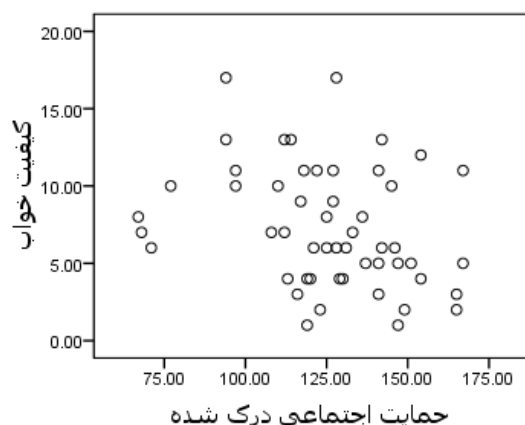
جدول شماره ۲: توزیع فراوانی حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب دانشجویان پرستاری

کیفیت خواب		حمایت اجتماعی درک شده		
ضعیف	خوب	پایین	متوسط	بالا
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۳۶ (۶۱/۰)	۲۳ (۳۹/۰)	۳۶ (۴۶/۸)	۳۸ (۴۹/۴)	۳ (۳/۹)

در رابطه با کیفیت خواب دانشجویان نتایج مطالعه گویای این بود که بیشتر دانشجویان پرستاری (۶۱/۰) از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بودند (جدول ۲). میانگین خواب شبانه دانشجویان پرستاری در این مطالعه $6/82 \pm 1/43$ ساعت بود.

نتایج مطالعه نشان داد که بین کیفیت خواب دانشجویان پرستاری با متغیرهای جنسیت ($p=0/50$ و $\chi^2=0/43$)، سن ($p=0/27$ و $\chi^2=3/86$)، وضعیت تاهل ($p=0/26$ و $\chi^2=1/22$)، وضعیت اقتصادی ($p=0/52$ و $\chi^2=1/29$) و محل سکونت ($p=0/71$ و $\chi^2=0/66$) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. یافته‌ها همچنین گویای این بود که بین ترم تحصیلی و کیفیت خواب ارتباط وجود داشت ($p=0/04$) و دانشجویان سال سوم و چهارم تحصیلی کیفیت خواب بدتری داشتند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک شده با جنسیت ($p=0/94$ و $\chi^2=0/05$)، سن ($p=0/88$ و $\chi^2=0/63$)، وضعیت تاهل ($p=0/32$ و $\chi^2=0/95$) و ترم تحصیلی ($p=0/58$ و $\chi^2=0/56$) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این در حالی بود که بین حمایت اجتماعی درک شده و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p=0/02$ و $\chi^2=7/74$) و افرادی که وضعیت اقتصادی خوب داشتند، حمایت اجتماعی درک شده در آنها بالاتر بود. علاوه بر این نتایج مطالعه حاکی از این بود که بین محل سکونت و سطح حمایت اجتماعی ارتباط وجود داشت ($p=0/07$ و $\chi^2=9/19$) و دانشجویانی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کردند، از سطح حمایت اجتماعی بالاتری بهره‌مند بودند.



شکل ۱: نمودار پراکنش حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب دانشجویان پرستاری

یافته‌ها در رابطه با ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p=0/02$ و $\chi^2=5/44$). ضریب همبستگی اسپیرمن نیز همبستگی معکوس و معنی‌داری را بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان پرستاری نشان داد ($p=0/01$ و $r=-0/33$). به این ترتیب که همان‌طور که در نمودار پراکنش ۱ نشان داده شده است بین حمایت اجتماعی درک شده در سطح بالا و کیفیت خواب خوب در دانشجویان پرستاری ارتباط و همبستگی وجود داشت (جدول ۳). نمودار پراکنش همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در شکل ۱ نشان داده شده است

جدول شماره ۳: همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب در دانشجویان پرستاری

کیفیت خواب	حمایت اجتماعی درک شده	ضریب همبستگی اسپیرمن و p-value	آزمون کای اسکور و p-value	ضعیف	خوب
پایین		$r=-0/33$	$5/44$	$(9/1)3$	$(0/0)0$
متوسط		$P=0/01$	$P=0/02$	$(48/5)16$	$(31/6)6$
بالا				$(42/4)14$	$(67/4)13$

همکاران بیان نمودند که درصد بالایی از دانشجویان دانشگاه اصفهان از سطح حمایت اجتماعی نسبتاً زیاد برخوردار بودند^(۳۹). فرهنگ کشور ما بر پایه حمایت از دیگران و دوستان استوار است. از سوی دیگر علی‌رغم اینکه بیش از نیمی از دانشجویان در خوابگاه زندگی می‌کردند، همچنان رابطه خانوادگی محکمی با اعضای خانواده برقرار می‌کردند که احتمالاً این عوامل در مجموع منجر شده بود که دانشجویان احساس کند از حمایت اجتماعی برخوردار است.

بین حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی در این مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود داشت. پژوهشگران با مطالعه بر روی بیماران همودیالیزی و بیماران مبتلا به سرطان بیان کردند که درک حمایت اجتماعی در افرادی که وضعیت اقتصادی خوبی دارند، بهتر از افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف است^(۳۳). Yan and Sellick نیز می‌افزایند که بین حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر در رابطه با تعیین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت خواب و همبستگی این دو متغیر حاکی از این بود که بیشتر دانشجویان پرستاری در این مطالعه درک بالا و متوسطی از حمایت اجتماعی داشتند. درصد بالایی از دانشجویان نیز از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بودند. همچنین بهبود وضعیت اقتصادی و زندگی در کنار اعضای خانواده، درک بالاتری را از حمایت اجتماعی در میان دانشجویان پرستاری ایجاد می‌کرد. علاوه بر این دانشجویان سال سوم و چهارم تحصیلی اظهار داشتند که از کیفیت خواب بدتری در مقایسه با سایر دانشجویان برخوردار هستند. به علاوه، افزایش سطح حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت خواب خوب را در دانشجویان در پی داشت.

حمایت اجتماعی درک شده در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه متوسط و بالا بود. زکی و

میانگین خواب را در این گروه از دانشجویان ۵/۶ ساعت بود^(۴۵). فرهادی نسب و همکاران متوسط خواب دانشجویان پزشکی شرکت کننده در مطالعه خود را $۸/۹۵ \pm ۲/۰۱$ ساعت گزارش کردند که ساعات خواب دانشجویان پرستاری در مطالعه حاضر کمتر از دانشجویان پزشکی بود^(۴۴). اگرچه طول مدت خواب توصیه شده برای بالغین ۸/۳-۹/۱۵ ساعت است^(۴۸)، نتایج مطالعات ملی نشان داد که میانگین ساعات خواب دانشجویان در طی سالهای اخیر کاهش یافته و از ۷/۷۵ ساعت به حدود ۶/۶۵ ساعت تقلیل یافته است^(۴۸). پژوهشگران بر این باورند که دوری از والدین، فشار درسی^(۴۸)، تنش و نگرانی و افزایش ساعات مطالعه^(۴۹) می تواند باعث کاهش طول مدت خواب و اختلال خواب در میان دانشجویان شود^(۴۸).

وجود کیفیت خواب ضعیف تر در میان دانشجویان سال سه و چهار پرستاری با نتایج مطالعه قریشی و همکاران همخوانی دارد. این پژوهشگران خاطرنشان کردند دانشجویان پزشکی مقطع کارورزی در مقایسه با دانشجویان مقطع علوم پایه، کیفیت خواب ضعیف تری داشتند^(۴۹). احتمالاً دانشجویان در سالهای سوم و چهارم پرستاری با افزایش فشار درسی و حضور در محیط بالینی مواجهه هستند که می تواند تاثیر منفی بر کیفیت خواب دانشجویان داشته است. پژوهشگران معتقدند که شیفت کاری شب و افزایش مسئولیت در مقطع کارورزی می تواند از علل کاهش کیفیت خواب باشد^(۵۰).

یافته های مطالعه حاضر و نمودار پراکش شکل یک حاکی از این بود که افزایش سطح حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت خواب خوب همبستگی دارد. پژوهشگران بیان نمودند که افزایش سطح حمایت اجتماعی با تاخیر در به خواب رفتن در ارتباط است. به این ترتیب که افزایش سطح حمایت اجتماعی سبب می شود که فرد زودتر به خواب برود^(۲۰). محققین علاوه بر این اظهار می دارند که نوع خاصی از حمایت اجتماعی که از طریق دوستان تامین می شود با کاهش اختلالات خواب در ارتباط

ارتباط وجود دارد^(۴۰). احتمالاً بهبود وضعیت اقتصادی با افزایش روابط اجتماعی در ارتباط بوده که در نهایت باعث ایجاد حمایت اجتماعی و افزایش درک آن شده است.

دانشجویانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کردند از سطح حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. خانواده از طریق برقراری ارتباط نزدیک، تاثیر مثبتی را بر خلق و خوی افراد، بهبود وضعیت روحی-روانی، سازگاری جسمی شخص و طول عمر آنها می گذارد. خانواده با ارائه حمایت ملموس و عاطفی در سازگاری با بیماری موثر بوده و به عنوان عامل خنثی کننده روی تنش ها، مرگ و میر و ناتوانی، افزایش سازگاری روانی-اجتماعی و کاهش افسردگی افراد تاثیر می گذارد. به علاوه درک حمایت خانواده به عنوان یک بافر بر کاهش تنش و اضطراب موثر می باشد^(۴۱). این در حالی است که دوری از خانواده و زندگی در محیط خوابگاه فرد را با محدودیت در دریافت مستقیم حمایت خانواده مواجهه می نماید.

بیشتر دانشجویان (۶۱٪) در این مطالعه کیفیت خواب ضعیف داشتند. نتایج مطالعه انجام شده روی ۱۱۲۵ دانشجویان نشان داد که ۶۰٪ از این افراد دارای کیفیت خواب ضعیف بودند^(۴۲). سون و همکاران نیز خاطرنشان کردند که ۵۷/۵٪ از دانشجویان شرکت کننده در مطالعه ایشان دارای کیفیت خواب ضعیف هستند^(۴۳). این در حالی بود که پژوهشگران ایرانی میزان شیوع اختلال خواب را ۴۳/۱٪ در میان دانشجویان پرستاری و ۴۸ و ۴۱/۶ درصد در بین دانشجویان پزشکی گزارش کردند^(۴۴ و ۴۵). بر اساس آمار موجود در منابع ۳۰ درصد بالغین از اغتشاش خواب رنج می برند^(۴۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی کیفیت خواب ضعیف در میان دانشجویان پرستاری این دانشگاه، در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر است^(۴۷).

میانگین خواب شبانه دانشجویان پرستاری در این مطالعه $۶/۸۲ \pm ۱/۴۳$ ساعت بود. سایر پژوهشگران بیان کردند

شود. با توجه با این مسئله که درصد بالایی از دانشجویان از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بودند، توصیه می گردد دانشگاه های علوم پزشکی و امور فرهنگی محترم، تسهیلات ویژه ای جهت رفع علل اختلال خواب دانشجویان انجام دهند.

با توجه به وجود ارتباط بین وضعیت اقتصادی و حمایت اجتماعی، درخواست می شود مسئولین محترم در جهت ارائه وام های تحصیلی و تامین هزینه های مالی دانشجویان اقداماتی انجام دهند. وجود اختلال خواب بیشتر در بین دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم، توجه ما را بر این نکته معطوف می دارد که بهتر است در برنامه ریزی درسی این افراد، بازنگری صورت گیرد که در صورت امکان فشار درسی در این زمان ها کاهش یابد.

یافته های مطالعه حاضر گویای وجود همبستگی بین کیفیت خواب و سطح حمایت اجتماعی درک شده در دانشجویان پرستاری بود، لذا توصیه می شود مسئولین محترم و خانواده ها بر این امر توجه ویژه خود را معطوف داشته و سعی نمایند از طریق ارائه حمایت های دانشگاهی و همچنین دادن اطلاعات به دانشجویان، در جهت بهبود کیفیت خواب و حمایت اجتماعی این افراد قدم بردارند.

تقدیر و تشکر

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته اند، از جمله دانشجویان دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س) و معاونت محترم پژوهشی این مرکز تشکر و قدردانی می گردد.

" هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است "

است^(۵۱). Nomura می افزاید ممکن است مشکلات خواب با حمایت اجتماعی در ارتباط باشد^(۵۲). بی خوابی از یک سو می تواند منجر به اختلال در شغل، حوادث حین کار، غیبت از محیط کار، مشکلات اجتماعی و اختلالات بین فردی شود^(۳۰،۲۹) و از سوی دیگر محیط اجتماعی با اختلال خواب در ارتباط است^(۵۳-۵۵) و احساس تنهایی خطر بروز اختلال خواب را افزایش می دهد^(۲۲-۲۴).

از محدودیت های مطالعه می توان به انجام پژوهش به صورت مقطعی اشاره کرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با کیفیت خواب و درک حمایت اجتماعی در دانشجویان پرستاری، پیشنهاد می گردد که مطالعه ای به صورت طولی در طی دوران تحصیل دانشجویان انجام شود. در این مطالعه دانشجویان پرستاری در طی دوران تحصیل دانشگاهی تحت مطالعه قرار گرفتند. پیشنهاد می شود که دانشجویان از نظر این متغیرها قبل از ورود به دانشگاه، هفته های اول شروع تحصیل و پس از فارغ تحصیلی بررسی شده و روند تغییرات سطح حمایت اجتماعی و کیفیت خواب در آنها مورد سنجش قرار گیرد. به علاوه، پیشنهاد می شوند تحقیقات کیفی از نوع نظریه مبنا صورت گرفته و چگونگی درک حمایت اجتماعی و کیفیت خواب در دانشجویان پرستاری مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت های دیگر پژوهش می توان به کم بودن تعداد نمونه ها اشاره کرد. لذا انجام پژوهشی با حجم نمونه بیشتر در این زمینه پیشنهاد می گردد.

در این مطالعه، دانشجویانی که با اعضای خانواده زندگی می کردند از سطح حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، لذا توصیه می شود در زمان انتخاب محل تحصیل این امر به دانشجویان یادآوری شود و اولویت انتخاب محل تحصیل بر اساس بومی سازی به دانشجو تاکید

فهرست منابع

- 1- LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, Savard J, Ivers H, Morin CM. Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *J Psychosom Res* 2007; 63(2):157-66.
- 2- Benington JH. Sleep homeostasis and the function of sleep. *Sleep* 2000; 23(7): 959-66.
- 3- Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev* 2006; 10: 323-337.
- 4- Hopkins K. Facilitating sleep for patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J* 2005; 32: 189-190, 192-185.
- 5- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 487-504.
- 6- Wolfson, AR. Adolescents and emerging adults' sleep patterns: New developments. *J Adolesc Health* 2010; 46(2): 97-99.
- 7- Tsai LL, & Li SP. Sleep patterns in college students: Gender and grade differences. *J Psychosom Res* 2004; 56(2): 231-237.
- 8- Kenney SR, Labrie JW, Hummer JF, Pham AT. Global sleep quality as a moderator of alcohol consumption and consequences in college students. *Addict Behav* 2012; 37(4):507-12.
- 9- Moo-Estrella, J, Perez-Benitez, H, Solis-Rodriguez, F, Arankowsky-Sandoval, G. Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Arch Med Res* 2005; 36 (4), 393-398.
- 10- Regestein Q, Natarajan V, Pavlova M, Kawasaki S, Gleason R, Koff E. Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Res* 2010 30; 176(1):34-39.
- 11- Brooks PR, Girgenti AA, Mills M J. Sleep patterns and symptoms of depression in college students. *J Coll Stud Dev* 2009; 43, 464-473.
- 12- Gaultney JF. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *J Am Coll Health* 2010; 59(2):91-7.
- 13- Begheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alainejad F. [Relation between sleep quality and quality of life in nurses]. *Hayat J* 2006; 12(4): 13-20. (Persian)
- 14- Peyravi H, Hajebi A, Panaghi L. [A survey on the relation between social support and mental health in students of Tehran University]. *J Health System Research* 2010; 6(2); 301-7. Persian
- 15- Helgeston VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, co relational and intervention research. *Health Psychol* 2004; 15(2):135-148.
- 16- Asgari P, Sharaf Aldin H. [Relationship of social anxiety, hope and social support with subjective well-being in complementary education students of Khoozestan researchs and science center]. *New Findings PsychoL* 2009; 3(9):25-36. Persian
- 17- Dr Rostami R, Shahmohamadi K, Dr Ghaedi G, Dr Besharat MA, Akbari Zardkhaneh S and Nosratabadi M. [Relations Among Self-efficacy, Emotional Intelligence and Perceived Social Support in University Students]. *Ofoh-e- Danesh* 2010; 16(3): 46-54. Persian
- 18- Ohayon MM, Zullery J, Guilleminault C, Smirne S, Priest RG. How age and daytime activities are related to insomnia in the general population: consequences for older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 360-6.
- 19- Krause N. Exploring age differences in the stress-buffering function of social support. *Psychol Aging* 2005; 20:714-7.
- 20- Troxel WM, Buysse D J, Monk T H, Begley A, Hall M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? *J Psychosom Res* 2010; 69: 459-466.
- 21- Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Med Rev* 2007; 11:389-404.
- 22- Cacioppo JT, Hawkley LC, Bernston GC, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R, et al. Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychol Sci* 2002; 13: 384-7.
- 23- Chen Y, Kawachi I, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, Lee Y-J. Can social factors explain sex differences in insomnia? Findings from a national survey in Taiwan. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 488-94.
- 24- Pressman SD, Cohen S, Miller GE, Barkin A, Rabin BS, Treanor JJ. Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychol* 2005; 24:

297-306.

25- Akerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosom Res* 2002; 53: 585-588.

26- Hall M, Buysse DJ, Nofzinger EA, Reynolds CF, Thompson W, Mazumdar S, et al. Financial strain is a significant correlate of sleep continuity disturbances in late-life. *Biol Psychol* 2008; 77: 217-222.

27- Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med* 2003; 65: 259-267.

28- Nakata A, Haratani T, Takahashi M, orito Kawakami N, Arito H, Kobayashi F, Araki S. Job stress, social support, and prevalence of insomnia in a population of Japanese daytime workers. *Social Science & Medicine* 2004; 59:1719-1730

29- Lavie P, Kremerman S & Wiel M. Sleep disorders and safety at work in industry workers. *Accid Anal Prev* 1982; 14: 311-314.

30- Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich study. VIII. Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239: 113-124.

31- Jacquinet-Salord MC, Lang T, Fouriaud C, Nicoulet I, & Bingham A. Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 64-68.

32- Brant P, Weinert C. The PRQ- Asocial support measure. *Nursing research* 1981; 30(5): 277-280.

33- Rambod M, Rafii F. Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42(3): 242-249.

34- Buysse DL, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR & Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213.

35- Burkhalter H, Sereika S M, Engberg S, Wirz-justice A, Steiger J, and De Geests S. Structure validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in renal transplant recipients: A confirmatory factor analysis. *Sleep Biol Rhythms* 2010; 8: 274-281.

36- Demiralp M, Oflaz F and Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *J Clin Nurs* 2010; 19, 1073-1083.

37- Harmat L, Takacs J & Bodizs R. Music improves sleep quality in students. *J Adv Nurs* 2008; 62(3), 327-335.

38- Soleimany M, Nasiri Ziba F, Kermani A, Hosseini F. [Comparison of Sleep Quality in Two Groups of Nurses With and Without Rotation Work Shift Hours Iran]. *IJN* 2007; 20 (49): 29-38. Persian

39- Zaki MA. [Adaptation to University and Its Relationship with Social Support A case study: the Students of Isfahan University]. *Pajouhesh javanan, Farhang va Jameea* 2011; 4(4): 107-130. Persian

40- Yan H, & Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nursing* 2004; 27(5): 389-398.

41- Rambod M, Dr Rafii F, Sareban MT. [Hemayat Ejtemaie]. Tehran: Entesharat Khosravi. 2011 Persian

42- Lund HG., Reider BD., Whiting, A. B., Prichard, J. R. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health* 2010; 46(2): 124-132.

43- Suen LK, Hon KL, Tam WW. Association between sleep behavior and sleep-related factors among university students in Hong Kong. *Chronobiol Int* 2008; 25(5):760-75.

44- Dr Farhadinasab A, Dr Aziemi H. [The pattern and subjective quality of sleep in medical student in Hamedan University of medical sciences and its relationship with adjective characters]. *Sci J Hamadan Uni Med Sci*. 2008; 15(1): 1-15. Persian

45- Ghanei R, Hemmati Maslarpak M, Rezaei K, Baghi V and Makki B. [Nursing students quality of sleep in dormitories of Urmia of medical sciences]. *J Urmia Nurs Midwif Facult* 2011; 9(4):277-282 .Persian

46- Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of psychiatry. 3rd ed. New York: Oxford University press Inc, 1996.

47- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Vol 2. New York: Williams & Wilkins, 2004.

- 48- Taylor JD. Patterns and consequences of inadequate sleep in college students: substance use and motor vehicle accidents. *J Adolesc Health* 2010; 46: 610-12.
- 49- Ghoreishi SA, Aghajani AH. [Sleep quality in Zanjan university medical students]. *Tehran Uni Med J* 2008; 66(1): 61-7. Persian
- 50- Rosen IM, Bellini LM, Shea JA. Sleep Behaviors and Attitudes among Internal Medicine Housestaff in a U.S. University-Based Residency Program. Association of American Medical Colleges. *Acad Med* 2004; 79: 407-16.
- 51- Vosvick M, Gore-Felton C, Ashton E, Koopman C, Fluery T, Israelski D, Spiegel D. Sleep disturbances among HIV-positive adults the role of pain, stress, and social support. *J Psychosom Res* 2004; 57: 459-463.
- 52- Nomura K, Yamaok K, Nakao M, Yano E. Social determinants of self-reported sleep problems in South Korea and Taiwan. *J Psychosom Res* 2010; 69: 435-440.
- 53- Hanson BS, Ostergren PO. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study 'men born in 1914', Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 1987; 25:849-59.
- 54- Murata C, Yatsuya H, Tamakoshi K, Otsuka R, Wada K, Toyoshima H. Psychological factors and insomnia among male civil servants in Japan. *Sleep Med* 2007; 8:209-14.
- 55- Nordin M, Knutsson A, Sundbom E. Is disturbed sleep a mediator in the association between social support and myocardial infarction? *J Health Psycho* 2008; 13:55-64.

Archive of SID

The Relationship between Perceived Social Support and Quality of Sleep in Nursing Students

Rambod M.¹ PhD (cond) *Ghodsbin F.² MSc Beheshtipour N.³ MSc
Raieyatpishe AA.⁴ BS Mohebi Noubandegani Z.⁵ MSc Mohammadi-Nezhad A.⁶ BS

Abstract

Background & Aims: quality of sleep could be useful in health promotion and improvement of quality of life in student. Some psychosocial factors such as social support might affect the quality of sleep. Accordingly, the aim of this study was to determine the relationship between perceived social support and quality of sleep in nursing students.

Material & Methods: It was a descriptive correlational study. Eighty seven nursing students of Shiraz University of Medical Sciences recruited by census, during school year of 2010-2011. The Persian versions of the "Personal Resources Questionnaire 85 (PRQ85)" and "Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)" were used to evaluate the participants' perceived social support and sleep quality. Data were analyzed using SPSS-PC (v. 15) by chi-square test, and Spearman's rho correlation coefficients.

Result: Most of the students had high levels of perceived social support (% 49.4) and poorer quality of sleep (% 61.0). Statistically significant relationships were found between social support and financial status ($\chi^2=7.74$, $p=0.02$) and place of residence ($\chi^2=9.19$, $p=0.007$). Third and fourth year nursing students had poorer sleep quality. In addition, there were a statistically significant relationship between perceived social support and quality of sleep in nursing students ($r=-0.33$, $p=0.01$).

Conclusion: Considering the relationship between social support and sleep quality among nursing students, managers of the nursing school and families could improve their sleep quality by providing the required social support.

Keyword: Perceived Social Support, Quality of Sleep, Nursing Students

Received: 22 Oct 2012

Accepted: 4 Jan 2013

¹ PhD Candidate of Nursing, Student Research Committee, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran.

² Senior Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (*Corresponding Author). Tel: 07116474250 Email: ghodsbin@sums.ac.ir

³ Instructor, Ms in nursing, Pediatric department, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Science and Health Services, Shiraz, Iran

⁴ Nursing student, Student Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁵ Instructor, Ms in nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁶ Nursing student, Student Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran