

The relationship between sleep quality and perceived social support with loneliness in elderly men

Mirzaei F¹, *Khodabakhshi-Koolaei A²

1- MSc of Counseling, Department of Counseling, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Psychology and Education Department, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran (**Correspondence Author**)

E-mail: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Abstract

Introduction: ageing period affect on variety of psychological and social factors like; social support, loneliness and quality of sleep. The main objective of this study was to assess the relationship between sleep quality and perceived social support with loneliness in elderly men.

Method: The current study is descriptive research. 100 elderly men between 65 to 75 years old were selected by Available sampling method through district number 20 and the Jahandidegan centers of Tehran Municipality by 2015-2016. Data collection tools included mental state examination (MMSE), Screening subjects and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ,loneliness questionnaire (UCLA) and perceived social support questionnaire were Zymt (MSPSS). In order to analyze data from tables descriptive statistics, Pearson correlation and ,stepwise regression were used.

Results: The results showed that there was a negative significant relationship between sleep quality and loneliness with perceived social support. Social protection alone is able to predict loneliness in elderly men and 58% of its variance was explained through it ($p < 0/01$). In the second model, social support and quality sleep together have been able to predict 61 percent of the variance of loneliness ($p < 0/01$).

Conclusion: Attention to the quality of life, loneliness, and perceived social support among elderly men could be useful. The findings of this study focus on the role of social support in the elderly health care. Therefore, it is suggested to the psychologists and counselors to develop programs based on promotion of social support and prevention the loneliness and isolation in elderly men.

Keywords: Sleep Quality, Perceived social support, Loneliness, Elderly.

Received: 28/12/2017

Accepted: 24/02/2018

ارتباط بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در سالمندان مرد

فاطمه میرزایی^۱، *آناهیتا خدابخشکی کولایی^۲

۱- کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۶، ۲۰-۱۱

چکیده

مقدمه: سالمندی دوره ای از تحول و دگرگونی در زندگی بشر است که تغییرات و عوامل اجتماعی و روان شناختی متعددی بر آن تاثیر بسزایی دارند، از دسته این عوامل می توان به حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی و کیفیت خواب اشاره کرد. هدف اصلی این مطالعه تعیین ارتباط بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در سالمندان مرد می باشد.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد. ۱۰۰ نفر سالمند مرد بین سنین ۶۵ تا ۷۵ سال از منطقه ۲۰ شهرداری و مراکز جهانگردان شهرداری تهران به روش نمونه گیری تصادفی گزینش شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل آزمون معاینه مختصر وضعیت روانپزشکی (MMSE) جهت غربال اختلالات شناختی آزمودنی ها و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI)، پرسشنامه احساس تنهایی (UCLA) و پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت (MSPSS) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از جداول شاخص های آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها: یافته های حاصل از تحقیق نشان داد که بین نمرات کیفیت خواب و احساس تنهایی با حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط منفی و معنادار وجود دارد ($r = -0/63$). در مجموع نتایج نشان می دهد که حمایت اجتماعی به تنهایی توانسته به طور معناداری احساس تنهایی را در مردان سالمند پیش بینی کرده و ۵۸ درصد از واریانس آن را تبیین کند ($P < 0/01$). در مدل دوم نیز حمایت اجتماعی و کیفیت خواب به اتفاق هم توانستند ۶۱ درصد از واریانس احساس تنهایی را پیش بینی نمایند ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: توجه به مولفه های کیفیت خواب، احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان مرد مفید می باشد. یافته های این مطالعه بر نقش عمده حمایت اجتماعی در تأمین سلامت روانی، کاهش احساس تنهایی و مشکلات خواب سالمندان تأکید دارد. از این رو به روانشناسان و مشاوران شاغل در این حوزه پیشنهاد می شود که برنامه هایی با محوریت حمایت اجتماعی و پیشگیری از انزوا جهت ارتقای سلامت روانی سالمندان تدوین کنند.

کلید واژه ها: کیفیت خواب، حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی، سالمندی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۹/۷

مقدمه

جمعیت کل افراد ۶۰ ساله و بالای آن در سال ۲۰۱۷، به رقم ۹۶۲ میلیون نفر می‌رسد. به گزارش دفتر سالمندی سازمان ملل، این آمار بالغ بر دو برابر جمعیت سالمندان در سال ۱۹۸۰ میلادی است. برآوردها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰ جهان با جمعیت دو میلیارد و یک صد میلیون نفری سالمند رو به رو خواهد شد (۱). سالمندی فرآیندی است که با دگرگونی‌های عمیق در سه بعد فیزیولوژیک، روانشناختی و جامعه‌شناختی انسان همراه است (۲). به دلیل آنکه در فرآیند سالمندی، سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل توانایی‌های انسان کاهش می‌یابد؛ سالمندان دچار افزایش ناتوانی و افزایش وابستگی به دیگران می‌شوند (۳). در سالمندی بدن انسان در معرض بیماریهای متعدد فیزیولوژیک با تظاهرات بالینی از جمله بیماریهای قلبی و عروقی، افسردگی، فراموشی و اختلال‌های خواب قرار می‌گیرد. خواب با کیفیت پایین بعد از سردرد و اختلال‌های گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد (۲) و بیش از ۴۰ درصد افراد بالای ۶۰ سال کیفیت خواب نامطلوبی دارند. توجه به کیفیت خواب به دو دلیل اهمیت دارد: ۱. شکایات مربوط به خواب شایع است، ۲. خواب بی‌کیفیت شاخص بسیاری از بیماریها است (۴). شیوع مشکلات خواب در سالمندان شامل مشکل در به خواب رفتن (۳۹ - ۱۰ درصد)، بیدار شدن اول شب (۶۰ - ۱۸ درصد) و بیدار شدن زود هنگام صبحگاهی (۳۳ - ۱۸ درصد) است (۲). کیفیت خواب ضعیف یا خواب آلودگی در طول روز در افراد سالمند با آسیب وضعیت سلامت عملکرد جسمی ضعیف، ناخوشی، مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی همراه است. یافته‌های تحقیقات دیگر حاکی از آن است که بی‌خوابی می‌تواند تأثیرات منفی روی حیطه‌های مختلف زندگی مانند ارتباط با دیگران و وضعیت سلامتی بیماران داشته باشد (۵-۷) و محرومیت از آن باعث افسردگی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی و بیماریهای قلبی گردد (۸-۱۰). بهبود کیفیت خواب متأثر از مولفه‌های روان‌شناختی همچون، حمایت اجتماعی و احساس تنهایی نیز بوده و صرفاً پدیده‌ای جسمانی نمی‌باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که، ارتقای کیفیت روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در تأمین سلامت و تندرستی افراد دارد (۱۱). البته شایان ذکر است که حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در دوره سالمندی متوسط و برخی اوقات کمتر از متوسط است (۱۲). حمایت اجتماعی به دو شکل دریافت شده و ادراک شده در مطالعات مورد بررسی قرار می‌گیرد. در نوع اول میزان حمایت کسب شده مورد توجه است در صورتیکه در نوع ادراک شده تأکید بر ارزیابی فرد از در دسترس بودن حمایت اجتماعی در مواقع نیاز است

که بر ارزیابی شناختی فرد از روابطش نیز اطلاق می‌گردد (۱۴-۱۳). حمایت اجتماعی می‌تواند با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران، سبب ایجاد خلق مثبت و بهبود رفتارهای سلامتی شده و در نهایت به ایجاد عادات خواب سالم منجر گردد (۱۵). عدم حمایت اجتماعی سالمندان را به سوی احساس تنهایی و انزوای اجتماعی سوق می‌دهد و آنها را در برابر اختلال افسردگی مستعدتر می‌کند. در پژوهشی که در جامعه سالمندان آمریکا انجام شد، نتایج نشان داد که میزان احساس تنهایی سالمندان ۸۴-۵۳ درصد است (۱۶). احساس تنهایی، تجربه فردی ناخوشایندی مانند احساس متفاوت بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده‌ای مانند غمگینی و عصبانیت همراه است و به صورت اجتناب از تماس با دیگران خود را آشکار می‌سازد (۱۷).

روانشناسان احساس تنهایی را عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده، تعریف کرده‌اند (۱۸). صاحب‌نظران معتقدند هر کوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، سدی است در برابر موج مشکلات پیچیده روانی افراد سالمند و از طرف دیگر باعث بهبود عزت نفس آنان می‌شود. درمان موفقیت آمیز احساس تنهایی ممکن است خطر عوارض جدی همچون افسردگی را کاهش دهد و از طرفی با افزایش تماس‌های اجتماعی می‌تواند سبب ارتقاء سلامت این دسته از سالمندان گردد (۱۹-۲۰). با عنایت به اینکه فرهنگ کشور ما به حمایت اجتماعی از سالمندان و اجتناب از تنهایی تأکید دارد، ما را بر این داشت تا پژوهشی با عنوان ارتباط بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در سالمندان مرد انجام دهیم.

روش مطالعه

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش، کلیه مردان ۶۵ الی ۷۵ ساله‌ای بود که به مرکز جهان‌دیدگان منطقه بیست شهرداری تهران در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند. حجم نمونه در این پژوهش ۱۰۰ مرد سالمند بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل تمایل به همکاری جهت شرکت در انجام پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن، عدم وجود بیماریهای جسمی، عدم اختلالات شناختی بر اساس غربالگری آزمون معاینه مختصر روان‌پزشکی (M.M.S.E)، عدم استفاده از مواد مخدر و در نهایت عدم سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین سالمندانی که هرگونه بیماریهای جسمی حاد به تشخیص پزشک داشتند و همزمان با این مطالعه در

لیکرت هفت درجه ای از کاملاً موافق (۷) تا کاملاً مخالف (۱) درجه ای اندازه گیری گردید. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس از ۸۴ به دست می آید که در سه مقیاس خوب، متوسط و ضعیف گزارش گردید. Zemit و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران سلیمی و همکاران روایی و پایایی این مقیاس را مورد بررسی قرار دادند که در مطالعه آنها، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد ۰/۸۲، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ و روایی با روش تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت (۲۶).

جهت سنجش از پرسشنامه احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا نسخه سوم Revised at University of California (UCLA Los Angeles Loneliness Scale) که احساس تنهایی متداول فرد را که در روابط بین فردی خود تجربه می کند، استفاده شد. این آزمون به عنوان اولین آزمون احساس تنهایی در سال ۱۹۷۸ توسط Russell, Peplau, L. & Ferguson, M. L ساخته شد. این مقیاس ۲۰ سوال است که براساس طیف چهار درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود و دارای ده جمله مثبت و ده جمله منفی است. نمره کل آزمودنی برابر حاصل جمع نمراتی است که از مواد آزمون کسب می کند که حداقل نمره ای که گویای نبود احساس تنهایی است ۲۰ و حداکثر نمره ۸۰ است و میانگین آزمون ۵۰ می باشد. پایایی آزمون به روش بازآزمایی از سوی راسل ۰/۸۹ گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شد (۱۸، ۲۷).

پس از اخذ معرفی نامه از سوی دانشگاه و با حضور در مرکز جهاندیدگان منطقه ۲۰ شهرداری شهر تهران، پرسشنامه های فوق در بین سالمندان مراجعه کننده توزیع شد و پس از تکمیل آن، افرادی که واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند.

در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام و نرم افزار SPSS ۲۲ انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن توضیح اهداف پژوهش به سالمندان، به آنها اعلام گردید که جهت حضور در پژوهش و خروج از آن اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آنها قرار خواهد گرفت و در نهایت با اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی ها و اعلام محرمانگی پرسشنامه ها، آزمودنی ها پرسشنامه ها را بدون ذکر نام و با استفاده از کد تکمیل کردند.

جلسات روانشناسی شرکت کرده بودند از مطالعه خارج شدند.

جهت سنجش وضعیت شناختی از مقیاس معاینه مختصر وضعیت ذهنی (Mini Mental Status) (M.M.S.E) Examination استفاده شد که در سال ۱۹۷۵ توسط Marshal F. Folstein ابداع شد. M.M.S.E دارای ۲۰ سوال است. معیار انتخاب، ارزیابی حوزه های مختلف شناختی و قابلیت به خاطر سپردن و عدم نیاز به وسایل و تجهیزات بوده است. اعمال شناختی که در این آزمون مورد ارزیابی قرار می گیرد عبارت از حافظه جهت یابی، ثبت، توجه و محاسبه، حافظه اخیر، عملکردهای مختلف زبانی و تفکر فضایی است. پاسخ به هر سوال، صحیح یا نادرست بوده و امتیاز کلی بر اساس تعداد پاسخهای صحیح محاسبه می شود. انجام آزمون به طور متوسط ۱۳/۴ دقیقه به طول می انجامد و کل امتیاز حاصل از آن ۳۰ امتیاز است که بر اساس کتب مرجع نمره کمتر از ۲۵ به احتمال وجود اختلال شناختی اشاره می کند (۲۱). روایی این آزمون از طریق روش ملاکی همزمان و پایایی آن از طریق تعیین آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن حاصل شده است ($\alpha = 0.78$ و $r = 0.71$) (۲۲).

جهت سنجش کیفیت خواب از Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) استفاده شد. این پرسشنامه، ابزاری خودگزارشی است و کیفیت خواب را می سنجد و بهترین ابزار مناسب برای اندازه گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است (۴). این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد و دارای ۱۸ سوال است. این سوالات در ۷ جزء که شامل کیفیت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب بودن، کارائی و مؤثر بودن خواب بیمار، مصرف داروهای خواب آور و عملکرد نامناسب در طول روز هستند، طبقه بندی می شود. امتیاز هر سوال بین ۰ تا ۳ امتیاز است و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ می باشد. مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ می باشد. هر چه نمره بدست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پائین تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد (۲۳). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز تأیید شده است. به طوریکه در پژوهش حسن زاده و همکاران (۲۰۰۸)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد (۲۴).

جهت سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از Multi-Dimensional Perceived Social Support (MSPSS) استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط Zimet و همکاران ساخته شد (۲۵). این مقیاس ۱۲ گویه دارد که درک افراد را از حمایت اجتماعی دریافت شده توسط سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می سنجد. درجه موافقت افراد با استفاده از مقیاس

یافته‌ها

دو و سه فرزند بوده و سرانجام از لحاظ وضعیت تأهل ۶۲ درصد افراد شرکت کننده متأهل بوده و ۳۸ درصد از آنها نیز همسرانشان در زمان انجام پژوهش فوت شده بودند، اما هیچ مجردی در بین شرکت کنندگان وجود نداشت.

نتایج شاخص‌های توصیفی مربوط به کیفیت خواب، حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی نشان داده شده است (جدول ۱).

ویژگیهای جمعیتی شناختی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر به شرح زیر می باشد: از لحاظ سنی شرکت کنندگان بین سن ۶۵ تا ۷۵ سال؛ از لحاظ تحصیلات اکثر شرکت کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی (۳۲ درصد) و دیپلم (۳۱ درصد) و فوق دیپلم و بالاتر (۳۷ درصد) بودند. از لحاظ تعداد فرزندان، ۳۶ درصد از شرکت کنندگان یک فرزند را داشته و ۶۴ درصد از آنها دارای

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش؛ کیفیت خواب، حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در شرکت کنندگان

متغیرها	زیر مقیاسها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
کیفیت خواب	کیفیت ذهنی خواب	۰	۳	۱/۰۶	۰/۸۳
	تاخیر در به خواب رفتن	۰	۵	۱/۷۴	۱/۱
	مدت زمان خواب	۰	۴	۱/۶	۰/۹۳
	میزان بازدهی خواب	۰	۳	۰/۲	۰/۵۶
	اختلالات خواب	۰	۳	۱/۴۳	۰/۵۷
	داروی خواب آور	۰	۳	۱/۱۵	۱/۲۶
	اختلالات عملکردی روزانه کل	۰	۳	۰/۹۱	۰/۹۵
حمایت اجتماعی	خانواده	۶	۲۸	۲۰/۵۲	۶/۵۲
	دوستان	۴	۲۸	۱۷/۳۱	۶/۷۵
	افراد مهم	۸	۲۸	۲۰/۱۱	۶/۳۳
	کل	۲۴	۸۴	۵۸	۱۷/۵۲
احساس تنهایی	نمره کل	۲۰	۶۸	۴۲/۰۴	۱۲/۶۷

مقیاس‌های در (جدول ۲) نمایش داده شده است.

نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد مطالعه کیفیت خواب و خرده مقیاس‌های آن و حمایت اجتماعی و خرده

جدول ۲: نتایج ضرایب همبستگی پیرسون بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
کیفیت ذهنی خواب	۱											
تاخیر در به خواب رفتن	۰/۵۲*	۱										
مدت زمان خواب	۰/۶۳**	۰/۶۲**	۱									
میزان بازدهی خواب	۰/۵۸*	۰/۵۹**	۰/۵۷**	۱								
اختلالات خواب	۰/۶۰**	۰/۵۸*	۰/۵۶*	۰/۶۲**	۱							
داروی خواب آور	۰/۶۱*	۰/۶۱۲	۰/۶۳۸	۰/۷۳۴	۰/۷۰۹	۱						
اختلالات عملکردی روزانه کل	۰/۵۹*	۰/۳۷۷	۰/۳۲۱	۰/۴۸۱	۰/۸۹۳	۰/۵۱۸	۱					
حمایت اجتماعی افراد مهم	۰/۶*	۰/۵۵**	۰/۴۸**	۰/۲۱*	۰/۵۶**	۰/۵۰۲	۰/۷۴**	۱				
حمایت اجتماعی - خانواده	۰/۶۶**	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۳*	۰/۴۶**	۰/۵۶**	۰/۷۳**	۰/۷۳**	۱			
حمایت اجتماعی - دوستان	۰/۴**	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۳*	۰/۴۲**	۰/۳۶**	۰/۵۱**	۰/۵۱**	۰/۵۳*	۱		
حمایت اجتماعی کل	۰/۶۳**	۰/۵۴**	۰/۴۶**	۰/۳۳*	۰/۵۲**	۰/۵۴**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۰/۵۲*	۰/۷۳**	۱	

* P < 0.05 ** P < 0.01

خواب استفاده شده در این پژوهش، نمرات بالا حاکی از اختلال خواب و نمرات پایین نشان دهنده کیفیت خواب بالاتر است. حال با توجه به اینکه رابطه بین تک تک متغیرها با یکدیگر تایید شده، برای آزمون فرضیه بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در مردان سالمند رابطه وجود دارد، از روش تحلیل

با توجه به ضرایب همبستگی ارائه شده در (جدول ۲) ملاحظه می شود که بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده در مردان سالمند رابطه معکوس وجود دارد ($r = -0.063$). به این معنا که با افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان، نمره آنها در پرسشنامه کیفیت خواب کاهش می یابد که در پرسشنامه کیفیت

رگرسیون گام به گام استفاده شد. به این ترتیب که احساس تنهایی به عنوان متغیر ملاک و نمرات کل حمایت اجتماعی و کیفیت خواب در (جدول ۳) آورده شده است.

جدول ۳: نتایج معناداری مدل های رگرسیون احساس تنهایی روی کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده

	مدل	R	R ²	تعدیل شده R ²	خطای معیار	تغییرات R ²	تغییرات F	df\	dfv	Sig
۱	حمایت اجتماعی	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۵۸	۸/۲	-/۵۸	۱۳۸	۱	۹۸	۰/۰۰۱
۲	حمایت اجتماعی و کیفیت خواب	۰/۷۸	۰/۶۱	۰/۶۱	۷/۹	-/۰۳	۷/۹	۱	۹۷	۰/۰۱

در (جدول ۳)، دو مدل برای پیش بینی احساس تنهایی معنادار هستند. در مدل اول حمایت اجتماعی به تنهایی توانسته است به طور معناداری احساس تنهایی را در مردان سالمند پیش بینی کند و ۵۸ درصد از واریانس آن را تبیین کند. در مدل دوم نیز حمایت اجتماعی و کیفیت خواب به اتفاق هم توانسته اند ۶۱ درصد از واریانس احساس تنهایی را پیش بینی نمایند.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس برای معناداری مدل های پیش بینی احساس تنهایی

مدل	منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig
۱	رگرسیون باقیمانده کل	۹۳۰۰	۱	۹۳۰۰	۱۳۸/۱۸	۰/۰۰۱
	کل	۱۵۸۹۵	۹۹	۶۷/۳		
۲	رگرسیون باقیمانده کل	۹۷۹۶	۲	۴۸۹۸	۷۷/۹	۰/۰۰۱
	کل	۱۵۸۹۵	۹۹	۶۲/۸		

در جدول فوق نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که مقدار F برای هر دو مدل معنادار است (F=۱۳۸/۱۸, df=۱/۹۸, P<۰/۰۰۱). به این ترتیب که مدل حمایت اجتماعی و مدل حمایت اجتماعی به همراه کیفیت خواب هر دو در پیش بینی احساس تنهایی موفق هستند (F=۷۷/۹, df=۱/۹۸, P<۰/۰۰۱).

جدول ۵: ضرایب رگرسیونی پیش بینی احساس تنهایی از روی حمایت اجتماعی و کیفیت خواب

Sig	t	ضرایب استاندارد نشده		متغیر	مدل	
		Beta	خطا			
۰/۰۰۱	-۱۱/۷۵	-۰/۷۶	۰/۰۵	حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی	۱
۰/۰۰۱	-۵/۹۶	-۰/۵۶	۰/۰۷	حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی و کیفیت خواب	۲
۰/۰۱	۲/۸۱	۰/۲۶	۰/۲۸	کیفیت خواب	کیفیت خواب	

پژوهش حاضر به منظور تعیین ارتباط کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در سالمندان مرد انجام شد. نتایج گواه تغییرات معنادار بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده است یعنی هر چه حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان از افراد مهم، خانواده یا دوستان افزایش می یابد، کیفیت خواب آنها در همه زیرمقیاس ها بهبود می یابد. این نتایج با یافته های تحقیقات پیشین همسو می باشد. به عنوان مثال، Troxel Et al (۲۰۱۰) در پژوهشی روی سالمندان دچار بی خوابی، به این نتیجه رسیدند که هر چه سطح حمایت اجتماعی افراد سالمند افزایش یابد، مشکلات آنها در تاخیر در به خواب رفتن کاهش می یابد و کیفیت خواب آنها بالاتر می رود (۱۵). برخی دیگر از محققان مانند Hall et al (۲۰۰۸) به

و در نهایت در (جدول ۵) ملاحظه می شود که ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش بین در هر دو مدل مذکور نیز معنادار می باشد. ضریب رگرسیونی حمایت اجتماعی با جهت منفی و ضریب رگرسیونی کیفیت خواب با جهت مثبت وارد معادله می شوند و نتیجه گرفته می شود، بین کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده با احساس تنهایی در مردان سالمند رابطه وجود دارد. این رابطه به گونه ای است که از روی کیفیت خواب و حمایت اجتماعی ادراک شده می توان به طور معناداری احساس تنهایی مردان سالمند را پیش بینی کرد.

بحث

طور جزئی تری به بررسی ارتباط کیفیت خواب و حمایت اجتماعی پرداختند. نتیجه پژوهش مذکور نشان داد که حمایت اجتماعی که از طریق دوستان تامین شده باشد با کاهش در اختلالات خواب همراه می باشد (۲۸). همچنین رنجبران و همکاران (۲۰۱۴) نیز در چارچوب یک مطالعه مقطعی ۱۰۰ بیمار قلبی را که پس از عمل جراحی دارای کیفیت خواب ضعیف بودند مورد بررسی قرار دادند و مشخص شد افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، خودکارآمدی خواب بالاتری نیز داشتند که موجب می شود کیفیت خواب آنها افزایش یابد (۲۹). همانطور که در تحقیقات مختلف اشاره شد به دلایل مختلف می توان ادعا کرد که حمایت اجتماعی برای بهبود کیفیت خواب مناسب است: اول اینکه حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران باعث 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 می شود. به علاوه احساس اینکه فرد دیگری وجود دارد یا وجود خواهد داشت، از تنهایی اجتماعی جلوگیری می کند. به علاوه حمایت اجتماعی با تنظیم ریتم بیولوژیک در حفظ حالت خواب و بیداری فرد اثر گذاشته و موجب بهبود رفتار خواب سالم می شود (۳۱-۳۰). همچنین نتایج گواه تغییرات معنادار بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی است بدین ترتیب که هر چه حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان از افراد مهم، خانواده یا دوستان افزایش می یابد، احساس تنهایی آنها نیز کاهش می یابد که با نتایج تحقیقات پیشین همسو می باشد. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی مجموعه ای از رفتارهای حمایتی عمومی و اختصاصی است که سبب تعدیل فشارهای وارده بر فرد می شود در نتیجه بر سلامت روانی و جسمانی افراد اثر میگذارد. همچنین از آنجا که وجود حمایت اجتماعی مناسب باعث کاهش احساس تنهایی و افزایش رضایت از زندگی می شود و یکی از پیش بینی کننده های سلامت است باید تمهیداتی برای افزایش دریافت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان فراهم آورد (۳۲). چرا که در سنین سالمندی نیاز به تعلق داشتن به عنوان یک تمایل فراگیر برای ایجاد و حفظ حداقل چند ارتباط بین فردی مثبت و پایدار، مهم و ضروری است (۱۶). تنهایی و انزوای اجتماعی حتی بر سلامت جسمانی افراد تأثیرات منفی بسیاری دارد (۳۳). در نهایت نتایج نشان داد که، تغییرات معنادار بین کیفیت خواب و احساس تنهایی در مردان سالمند می باشد. محاسبه ضرایب همبستگی بین زیر مقیاسها و نمرات کل کیفیت خواب و احساس تنهایی نشان داد که بین همه زیرمقیاس های کیفیت خواب به جز میزان بازدهی خواب با احساس تنهایی رابطه معناداری وجود دارد. هر چه کیفیت خواب کاهش می

یابد احساس تنهایی افزایش نشان می دهد. در تبیین عدم معناداری رابطه زیرمقیاس میزان بازدهی خواب با احساس تنهایی، با توجه به هم جهت بودن ضریب همبستگی این دو متغیر با بقیه متغیرها و نزدیک بودن آلفا به سطح معناداری، می توان اینطور استنباط کرد که رابطه بین این دو متغیر مانند بقیه زیرمقیاس ها وجود دارد، اما حجم نمونه پژوهش حاضر نتوانسته است شرایط را برای معنادار بودن رابطه برقرار نماید. مخصوصاً اینکه میانگین و انحراف این زیرمقیاس پایینترین نمره در بین همه زیرمقیاسها را دارد که نشان می دهد اکثر افراد در این شاخص پایین ترین نمره را کسب کرده اند و به این ترتیب تعداد افرادی که دارای واریانسی در این زیرمقیاس بوده اند کمتر از بقیه زیرمقیاس ها بود اند که موجب نرسیدن آلفا به سطح معناداری شده است. اما مابقی زیرمقیاس های کیفیت خواب و نمره کل آن رابطه نیرومندی با احساس تنهایی دارند. احساس تنهایی خطر بروز اختلال خواب را افزایش داده و منجر به مشکلاتی در تنظیم چرخه خواب و بیداری فرد می شود (۲۹). همانطور که یافته های متعدد نشانگر این موضوع است که احساس تنهایی با مشکلات روانی اجتماعی (شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف)، سلامت روانی (افسردگی و اضطراب) و سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) مرتبط است (۳۴). در حالی که، حمایت اجتماعی مناسب از سالمندان باعث افزایش شادی و احساس کفایت در آنها می کند (۳۵).

به طور کلی، احساس تنهایی در سالمندان به افزایش هیجان های منفی، فقدان روابط معنادار بین فردی و ادراک منفی نسبت به خود می انجامد (۳۶).

انجام این پژوهش با محدودیتهایی روبه رو بوده است از جمله، محدود بودن جامعه پژوهش به مردان سالمند ۶۵ تا ۷۵ ساله ثبت نام کننده در مراکز جهان دیدگان شهرداری منطقه بیست شهرداری شهر تهران در سال ۱۳۹۵ و همچنین، استفاده از داده های خود-گزارشی که نتایج آنها تا حدی متأثر از خودپذیری اجتماعی است. پیشنهاد می شود که، به نقش حمایت اجتماعی در تأمین سلامت روانی و جسمانی سالمندان توجه ویژه ای صورت گیرد. همچنین، مشاوران سالمندی که در مراکز جهان دیدگان وابسته به شهرداری ها هستند، برنامه ها و سخنرانی هایی با محوریت حمایت اجتماعی و پیشگیری از انزوا در جهت ارتقای سطح سلامت روانی و جسمانی سالمندان تهیه و اجرا کنند.

نتیجه گیری نهایی

علل و عوامل روان شناختی و اجتماعی اثرگذاری در دوران

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به شماره مصوب پژوهشی ۹۳۰۳۷۵۷۷ می باشد در پایان نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی سالمندان محترم شرکت کننده در پژوهش، جهت همکاری در اجرای این تحقیق ابراز می دارند.

References

1. World population ageing 2017: highlights, united nation New York, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf.
2. Famil Ahmarian F, khodabakhshi koolae A, Falsafinejad MA. The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. *Research on Religion & Health*. 2015; 1 (3):11-18. [Persian].
3. Khalili F, Sam SH, Sharifirad GH, Hassanzadeh A, Kazemi M. The Relationship between Perceived Social Support and Social Health of Elderly. *HSR*. 2011; 7 (6): 1216- 1225. [Persian].
4. Izadi Avanjani F S, Adib Hajbaghery M, Afazel M R. Quality of sleep and it's related factors in the hospitalized elderly patients of Kashan hospitals in 2007. *Feyz*. 2009; 12 (4) :52-60. [Persian].
5. Bahrami Einolgasi H, Khodabakhshi koolae A, Taghvae D. Efficacy of group physical activity on sleep quality and quality of life among older adults in Kahrizak nursing home. *joge*. 2016; 1 (1):29-39 URL: <http://joge.ir/article-1-70-fa.html> [Persian].
6. Vollrath M, Wicki W, Angst J. The Zurich

سالمندی افراد مطرح می باشد از جمله؛ می توان به نقش و ارتباط حمایت اجتماعی در کاهش احساس تنهایی و مشکلات خواب سالمندان اشاره کرد. احساس تنهایی در دوره سالمندی از مولفه های روانی - اجتماعی است که در دوره سالمندی باید مورد توجه ویژه ای از سوی متخصصان بهداشت روان قرار گیرد. از این رو، برنامه های اجتماعی و تفریحی که با تاکید بر نقش روابط خانوادگی و پررنگ تر ساختن فرهنگ اهمیت و جایگاه حمایت اجتماعی از سالمندان در جامعه ایرانی بسیار ضروری به نظر می رسد.

- study. VIII. Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1989; 239: 113-124. PMID: 2806334.
7. 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. PMID: 8094733 PMID: PMC1059714.
8. Harrington JJ, Avidan AY. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*. 2005; 7 (5):339-52. PMID: 16079039.
9. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med*. 2003; 1 (4): 227-47. doi. org/10.1207/S15402010BSM0104_5.
10. Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, Kometani S, Shimoyama T, Sato M, et al. Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002; 56 (3): 239-40. PMID: 12047575. DOI: 10.1046/j.1440-1819.2002.01012.x.
11. Rambod M, Ghodsbin F, Beheshtipour N, Raieyatpish AA, Mohebi Noubandegani Z, Mohammadi-Nezhad A. The Relationship between Perceived

- Social Support and Quality of Sleep in Nursing Students. *IJN*. 2012; 25 (79): 12-23.[Persian].
12. Sadegh-Moghadam L, Delshad Noghabi A, Farhadi A, Nazari SH, Eshghizade M, Chopanvafa F, Niazi Evari M. Life Satisfaction in older adults: Role of Perceived Social Support .*Jsums*.2016; 22 (6):1043- 1051. [Persian].
 13. Nakahara J. Effects of social activities outside the home on life satisfaction among elderly people living alone .*International Journal of Psychological Studies*. 2013; 5(1):112. doi.org/10.5539/ijps.v5n1p112.
 14. Abu-Bader S.H, A R, A.S B. Predictors of life satisfaction in frail elderly. *Journal of Gerontological Social Work*. 2003; 38 (3):3-7. doi.org/10.1300/J083v38n03_02.
 15. 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. PMID: 20955865 PMCID: PMC2958100 DOI:10.1016/j.jpsychores.2010.04.003.
 16. Hojati H, SharifNia S, Hosseinali Pur S, NikKhah F, Asayesh H. The Effect of Reminiscence Groups on Loneliness and the Need for Belonging in Elders. 3. 2011; 13 (1) : 46-52. [Persian].
 17. Laalifaz A, Asgari AA. The power of predicting perceived parenting styles and demographic variables on girl student's loneliness feeling. *Jfmh*.2008; 10 (37): 71-78. DOI: 10.22038/jfmh.2008.1778.
 18. Bahirayi H, Delavar A, Ahadi H. Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on Students Attending Universities in Tehran. *Applied Psychology*. 2006; 1 (1): 6-18. [Persian].
 19. Heravi Karimloo M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi M T, Hajizade E, Seyed Bagher Maddah M S, et al . Loneliness From the Perspectives of Elderly People: A Phenomenological Study. *Salmand*. 2008; 2 (4): 410-420. [Persian].
 20. Cacioppo J T, Cacioppo S. Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*.2014; 8 (2): 58-72. DOI: 10.1111/spc3.12087.
 21. Seyedian M, Falah M, Nourouziyan M , Nejat S , Delavar A , Ghasemzadeh H. validity of the Farsi version of Mini-Mental State Examination. *Medical Council Of I.R.I*.2008 ; 25 (4): 408-414. [Persian].
 22. Madadi M, Khodabakhshi Koolae A. Efficacy of Kataria Group Laughter Therapy and Physical Activity on Hope and Meaningfulness in Life among Elderlies in Tehran. 3. 2016; 2 (4) :40-48. DOI:10.21859/ijrn-02046. [Persian].
 23. Safa A, Adib-Hajbaghery M, Fazel-Darbandi A. The relationship between sleep quality and quality of life in older adults. *IJPN*. 2015; 3 (3) :53-62. [Persian].
 24. Beyrami M, Alizadeh Goradel J, Ansarhosein S, Ghahraman Moharrampour N. Comparing Sleep Quality and General Health Among the Elderly Living at Home and at Nursing Home. *Salmand*. 2014; 8 (4) :47-55. [Persian].
 25. Khodabakhshi-Koolae A, MirAfzal N. Relationship between Humor and Social

- Support with Sex Satisfaction in Elderly Married Women. *joge*. 2017; 2 (1): 1-10URL: <http://joge.ir/article-1-141-fa.html> [Persian].
26. Hardan - Khalil KH, Mayo A M. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29(5):258-261.DOI:10.1097/NUR.0000000000000148.
 27. Sodani M, Neysi A, SHogaeyan M, Neysi A. The effect of group logo - therapy on loneliness in retired men. *Researches of Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012; 2 (1): 43-54. [Persian].
 28. 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. PMID: 18055094 PMCID:PMC2267650 DOI: 10.1016/j.biopsycho.2007.10.012.
 29. Ranjbaran S, Dehdari T, Mahmoodi Majdabadi M, Sadeghniaat-Haghighi K. The survey of sleep self-efficacy and perceived social support status in patients with poor sleep quality after coronary artery bypass surgery. *RJMS*. 2014; 21 (126) :33-42. [Persian].
 30. 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. PMID: 12127175.
 31. Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med* .2003; 65: 259–267. PMID:12651993.
 32. Taei Z, Radfar M, MogadamTabriz F, Sheikhei N. THE EFFECT OF DIMENSION OF SOCIAL SUPPORT ON HOPE AND LONELINESS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015; 13 (6) :473-480. [Persian].
 33. Courtin E & Knapp M. (2015) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* Dec 28. doi: 10.1111/hsc.12311.
 34. Hemmati Alamdarlou G, Dehshiri G, Shojaie S, Hakimi Rad 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].
 35. Khodaabakhshi-Koolae A, Nasiri Z. Compare Self-Esteem and Social Support among Ageing. *Zahedan Journal Research Medicine Science* 2012; 14 (9): 101-103.
 36. Kitzmüller G, Clancy A, Vaismoradi M, Wegener CH, Bondas T. “Trapped in an Empty Waiting Room”—The Existential Human Core of Loneliness in Old Age: A Meta-Synthesis. *Qualitative health Research*, 2018; 28 (2):213-230. <https://doi.org/10.1177/1049732317735079>.