

DOI: 10.29252/joge.4.2.9



Comparison of the effect of sleep hygiene education with the cognitive and behavioral method on the quality of sleep in elderly

Torabi A¹, *Ilali E.S², Emadian S.O³, Mousavinasab N⁴

1- MSc Candidate in Geriatric Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Gerontology Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (**Corresponding Author**)

Email: paradis2082000@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

4- Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health Science, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Introduction: Being an elderly is associated with major changes in the quality and pattern of sleep. The aim of this study was to determine the effect of sleep hygiene education compared to cognitive- behavioral methodology on the quality of sleep in the elderly patients referred to daily care centers.

Method: This is a quasi-experimental research conducted on two-groups of 80 elderly people referring to day care centers in Sari city. In one group, sleep health education was conducted and in the other group, cognitive-behavioral methodology was held. Eighty eligible elders were assigned to two groups of sleep hygiene education (40N) and cognitive-behavioral intervention (40N). Sleep quality was assessed by Pittsburgh sleep quality standard questionnaire before and after intervention. At the beginning of the study, questionnaires (demographic characteristics questionnaire and Pittsburgh sleep quality questionnaire) were completed in both groups. Data was analyzed by SPSS v. 20 and descriptive and inferential statistics.

Results: The mean age of the samples was 66.15 ± 4.22 in the cognitive behavioral group and it was 67.95 ± 5.53 in the sleep hygiene education group. The mean and standard deviation of sleep quality of elderly people, before and after the cognitive behavioral method in the first group were 8.05 ± 3.651 , 6.67 ± 2.66 respectively, the mean and standard deviation of sleep quality in the elderly before and after the sleep hygiene education in the second group were 8.42 ± 3.39 , 7.23 ± 2.454 respectively. Comparison of the mean of sleep quality before and after intervention in both groups showed that the sleep quality of the elderly was significantly improved ($P < 0.001$). Given that the F statistics of covariance analysis test is significant ($F(1,79) = 0.999$, $P = 0.321$), Therefore, these two methods had the same effect on the overall quality of sleep in the elderly

Conclusion: Considering that Cognitive- behavioral and sleep hygiene education method are an effective alternative to medication therapy replacement in the elderly, and each of the two methods have no side effects, it is recommended that, given the based on economic conditions and social facilities for the elderly, and facilities available to them. Each of these two alternatives is a substitute for hypnotics.

Keywords: Sleep quality, sleep hygiene, Cognitive-behavioral method, and elderly.

Received: 14 September 2019

Accepted: 3 November 2019

مقایسه تاثیر آموزش بهداشت خواب با روش شناختی رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان

مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه

علی اصغر ترابی^۱، *احترام سادات ایلالی^۲، سیده علیا عمادیان^۳، سید نورالدین موسوی نسب^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: paradis2082000@yahoo.com
۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مازندران، ساری، ایران.
۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۴ شماره ۲ پاییز ۱۳۹۸، ۹-۱۷

چکیده

مقدمه: سالمندی با تغییرات عمده در الگو و کیفیت خواب همراه است. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش بهداشت خواب در مقایسه با روش شناختی رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه انجام گرفت.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی و به صورت پیش آزمون و پس آزمون می باشد. شرکت کنندگان در این مطالعه ۸۰ سالمند مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه سالمندان شهرستان ساری بودند. ۸۰ سالمند واجد شرایط به دو گروه مداخله آموزش بهداشت خواب (۴۰ نفر) و مداخله آموزش شناختی رفتاری (۴۰ نفر) تخصیص داده شدند. کیفیت خواب با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ قبل و پس از مداخله ارزیابی شد. در ابتدای مطالعه، پرسشنامه‌ها (پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ) در هر دو گروه تکمیل شد. تعداد جلسات مداخله بر اساس متون و استاندارد آموزش بهداشت و روش شناختی رفتاری و نظر استاد مشاور روانشناس بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ورژن ۲۰ و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان مورد بررسی در گروه آموزش رفتاری شناختی $72/4 \pm 66/15$ و در گروه آموزش بهداشت خواب $67/95 \pm 5/53$ بود. میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب سالمندان در مجموع قبل و پس از مداخله روش شناختی رفتاری در گروه اول به ترتیب $3/651 \pm 1/05$ و $6/67 \pm 66/2$ بود و میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب سالمندان قبل و پس از آموزش بهداشت خواب در گروه دوم به ترتیب $3/390 \pm 8/42$ و $7/23 \pm 2/454$ بود. مقایسه میانگین کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه نشان داد کیفیت خواب سالمندان به طور معنی داری بهبود یافته است ($P < 0/001$). با توجه به اینکه آماره F آزمون تحلیل کوواریانس معنی دار بود ($P = 0/321$) و $F(1,79) = 0/999$ بنابراین این دو روش در نمرات کیفیت کلی خواب سالمندان اثر یکسانی داشتند.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه هر دو روش بهداشت خواب و آموزش شناختی - رفتاری یک جایگزین مؤثر برای اختلالات خواب سالمندان به جای دارودرمانی محسوب می شوند و هر یک از دو روش فاقد عوارض جانبی می باشند، توصیه می گردد که با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی سالمندان، و تسهیلات و امکانات موجود هر یک از این دو روش به عنوان جایگزین داروهای خواب آور به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت خواب، بهداشت خواب، روش شناختی رفتاری، سالمندان.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱۲

مقدمه

رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از مشکلات شایع و از دلایل مراجعه سالمندان به پزشکان محسوب می شود (۳،۴). خواب یک فرآیند فیزیولوژیک حیاتی برای انسان می باشد و یکی از عواملی است که نقش مهمی در سلامت انسان دارد (۵،۶). بیش از یک سوم عمر انسانها در خواب سپری می گردد (۷،۸). هرگونه اختلال در کمیت یا کیفیت خواب می تواند تاثیر منفی چشمگیری بر سلامت فرد داشته باشد (۷،۹). مطالعات مختلف نشان

سالمندی با تغییرات عمده در الگو و کیفیت خواب همراه است (۱). کیفیت خواب ضعیف یکی از شایعترین مشکلاتی است که سالمندان با آن روبرو هستند و ۵۸ درصد سالمندان حداقل یک شب در هفته، بیخوابی را تجربه می کنند (۲). تحقیقات نشان داده است خواب با کیفیت ضعیف، بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در

بود پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه حاضر را با هدف مقایسه تاثیر آموزش بهداشت خواب با روش شناختی رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه طراحی نمایند و تاثیر این دو روش را بر کیفیت خواب سالمندان بررسی نمایند.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی و به صورت پیش آزمون و پس آزمون می باشد. شرکت کنندگان در این مطالعه سالمندان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه مهر و سرای ارشد سالمندان شهرستان ساری بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: (۱) سن ۶۰ سال و بالاتر، (۲) داشتن اختلال در کیفیت خواب بر اساس پرسشنامه پیتزبورگ (کسب نمره بالاتر از ۵)، (۳) عدم ابتلا به اختلال سو مصرف مواد، (۴) عضویت در مرکز مراقبتی، (۵) تمایل به همکاری، (۶) حداقل سواد خواندن و نوشتن. معیارهای خروج از مطالعه شامل: (۱) تغییر مکان زندگی، (۲) عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، (۳) مصرف سیگار بیش از ۱۰ نخ در روز، (۴) تجربه وقایع تنش زا در ۶ ماه اخیر (فوت اقوام، سیل، تصادف، زلزله) برای مشارکت کنندگان و (۵) فوت مشارکت کننده در طول انجام تحقیق. پژوهش فوق، پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، دریافت کد اخلاق با شماره IR.MAZUMS.REC.1396.3115 از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و پس از کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از افراد، و ضمن بیان اهداف و نحوه انجام مطالعه سالمندان واجد شرایط انجام شد. ضمناً به افراد مورد پژوهش اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان در جهت اهداف پژوهش به کار گرفته خواهد شد. جهت جلوگیری از تورش مخدوشگری، با تخصیص تصادفی ساده، سالمندان یک مرکز جهت مداخله شناختی رفتاری و سالمندان مرکز دیگر جهت مداخله آموزش بهداشت خواب انتخاب شدند و دو گروه با یکدیگر در تماس نبودند. سپس فهرستی از اسامی سالمندان واجد شرایط طبق معیارهای ورود و اختلال کیفیت خواب (با پیش آزمون) بر اساس پرسشنامه پیتزبورگ و کسب نمره بیشتر از ۵ در آزمون تهیه شد. ۸۰ سالمند واجد شرایط به دو گروه مداخله آموزش بهداشت خواب (۴۰ نفر) و مداخله آموزش شناختی رفتاری (۴۰ نفر) تخصیص داده شدند. حجم نمونه مورد نظر برای دو گروه مستقل^{۱۱} با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات مداخله ای و تفاضل میانگین ها و حجم نمونه مطالعه متقی و همکاران و با استفاده از

$$O1=O2=4/5, \mu_1-\mu_2=3$$

با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، به تعداد ۳۶ نفر برای هر گروه محاسبه شد که با احتساب ریزش ۱۰٪ به ۴۰

داده است که کمبود خواب در میان جمعیت سالمند با پیامدهای زیانباری از قبیل وقوع تصادفات، افتادن، کاهش عملکرد شناختی، کاهش خودمراقبتی در امور مربوط به سلامتی، وضعیت سلامتی ضعیف، کاهش کیفیت زندگی و نهایتاً افزایش مرگ و میر همراه می شود؛ همچنین افزایش علائم اضطرابی و چرت زدن در طول روز با خواب ضعیف، مرتبط می باشد (۵،۱۰).

روش‌های مختلف دارویی و غیردارویی در برطرف کردن اختلال خواب به کار برده می‌شوند. اگر چه این داروها کارایی خوبی دارند ولی عوارض جانبی زیادی دارند که به طور شایع در استفاده از مقادیر بالا و مصرف طولانی مدت، دیده می‌شود (۷). در چند سال اخیر مداخلات غیردارویی به عنوان روشی بهتر و مقدم بر سایر روش‌های موجود در بسیاری از مشکلات بیماران و همچنین در درمان اختلالات خواب سالمندان مطرح شده است (۱۱-۱۳، ۱۴). با استفاده از مداخلات غیر دارویی مانند روش شناختی- رفتاری (CBT) (۱۵)، کنترل محرک ها، تکنیک های آرام سازی، هدایت تصورات (۱۶) و رعایت بهداشت خواب (۱۷) می توان بر بسیاری از اختلالات خواب فائق آمد.

نتایج بعضی از مطالعات نشان داده است درمان شناختی- رفتاری نه تنها مشابه با درمان‌های دارویی است حتی در طولانی مدت اثرات بیشتری دارد. همچنین مشکلات مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور مانند کسلی روزانه، مقاومت نسبت به دارو و وابستگی را ندارد (۱۸) و اثرات بهبود در درمان، چند هفته پس از شروع خود را نشان می‌دهد (۱۶). آموزش بهداشت خواب جزء روش رفتاردرمانی است. هدف اصلی تکنیک‌های رفتاری که در درمان بیخوابی به کار می‌روند، و تغییر رفتارهایی است که باعث تشدید اختلالات خواب می‌شوند. بهداشت خواب به معنی انجام اعمالی است در جهت حمایت از ریتم طبیعی خواب و بیداری و ارتقای خواب آرام (۱۹) مطالعات مختلفی مانند اثر درمان با محدود سازی (۲۰)، موسیقی درمانی (۲۱)، برنامه های ورزشی (۲۲) یوگا (۲۳)، حمام پا (۲۴)، فعالیت شناختی (۲۵) به بررسی کیفیت خواب سالمندان پرداخته اند. پژوهش‌های انجام شده، فقط بر روی جنس مونث و در جامعه اماری با حجم نمونه کم صورت گرفته است. با توجه به این که تاثیر آموزش بهداشت خواب هنوز در بهبود کیفیت خواب مشخص نمی باشد (۲۱، ۱۷). و نظر به اینکه، سلامت جسمی و روانی در دوران سالمندی نسبت به سایر دوره‌های زندگی با خطر بیشتری روبروست (۲۶، ۲۷)، با عنایت به اینکه دو روش آموزش بهداشت خواب و روش شناختی رفتاری، روش‌هایی آسان و با مزایای متعدد می‌باشند، و تاکنون مقایسه ای هم بین این دو روش صورت نگرفته

و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در هر دو گروه تکمیل شد. پژوهشگر پس از آموزش مداخله شناختی رفتاری توسط اساتید روانشناسی و اخذ گواهی مربوطه با همکاری روانشناس بالینی، آموزش بهداشت خواب را به مدت ۴ جلسه ۱ ساعته و به صوت یک بار در هفته جهت سالمندان یک مرکز، و آموزش روش شناختی رفتاری بر اساس دستورالعمل اسپای (۲۹) را به مدت ۸ جلسه ۱ ساعته دو بار در هفته جهت سالمندان مرکز دیگر اجرا نمود. تعداد جلسات بر اساس متون و استاندارد آموزش بهداشت و شناختی رفتاری و نظر استاد مشاور روانشناس بوده است.

شرح جلسات آموزش بهداشت خواب بدین صورت بود: جلسه اول: آشنایی با اعضا، توافق اعضا در مورد زمان و مکان آموزش، معرفی و بیان اهداف پژوهش، مفهوم و اهمیت خواب، جلسه دوم: روش های بررسی خواب و بررسی عوامل مؤثر بر خواب، جلسه سوم: آموزش دستورالعمل های کاهش عوامل مخرب خواب (محیط فیزیکی، رژیم غذایی، فعالیت). جلسه چهارم: ادامه دستورالعمل ها، جمع بندی مطالب، بررسی بازخورد، ارائه پمفلت. شرح جلسات آموزش روش های شناختی رفتاری بر اساس دستورالعمل اسپای بدین صورت بود: هفته اول: آشنایی با اعضا، توافق اعضا در مورد زمان و مکان آموزش، معرفی و بیان اهداف پژوهش، مفهوم و اهمیت خواب، ارزیابی مشکل بی خوابی، درک خواب و بی خوابی، ارزیابی افکار، آموزش آرمیدگی و تکلیف، هفته دوم: آرمیدگی و زمان بندی جدید خواب، محدود سازی خواب، ممانعت از چرت زدن روزانه و انجام تکلیف، هفته سوم: مهارت حل مسئله، جمع بندی افکار، واقعیت خواب، مطرح کردن چرخه فکر و احساس و رفتار، آموزش انسداد فکر، تصویر ذهنی، آرمیدگی و عدم تلاش بیهوده برای به خواب رفتن و بکارگیری تمام دستورالعمل های جلسات قبل و انجام تکلیف، هفته چهارم: مطرح کردن کل طرح درمانی شناختی - رفتاری. در ابتدای هر جلسه مطالب جلسه قبل پرسیده شده و تکلیف مرتبط با جلسه قبل بررسی گردید. عدم حضور در دو جلسه به عنوان ریزش در نظر گرفته شد. بعد از پایان جلسات آموزشی، مجدداً پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ توسط پژوهشگر تکمیل شد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از برنامه SPSS نسخه ۲۰ با شاخص های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های آماری استنباطی (کای اسکور، تی مستقل، من ویتنی، تی زوجی و تحلیل کوواریانس) استفاده شد. برای مقایسه سن و نمره شناختی نمونه های دو گروه از آزمون تی مستقل و جهت

نفربرای هر گروه افزایش یافت (۲۰). ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه، وضعیت تأهل، وجود یا عدم وجود بیماری زمینه ای، استعمال سیگار، استعمال موادمخدر، مشکل بینایی، مشکل شنوایی و استفاده از وسایل کمکی) و پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بود. پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ برای اندازه گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، استفاده می گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکاران در موسسه روانپزشکی پیتسبورگ ساخته شد (۲۱). ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، حدود درآمد ماهیانه، وضعیت تأهل، وجود یا عدم وجود بیماری زمینه ای، استعمال سیگار، استعمال مواد مخدر، مشکل بینایی، مشکل شنوایی و استفاده از وسایل کمکی) و پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ بود. پرسشنامه استاندارد شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ برای اندازه گیری کیفیت خواب و کمک به تشخیص افرادی که خواب خوب یا بد دارند، استفاده می گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس و همکاران در موسسه روانپزشکی پیتسبورگ ساخته شد (۲۸) پرسشنامه دارای ۹ ایتیم است؛ اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ ایتیم فرعی است، کل پرسشنامه دارای ۱۹ ایتیم می شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس می باشد که عبارتند از: کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلالات عملکردی روزانه. پاسخ ها در مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می گردد بدین ترتیب که امتیاز صفر به گزینه "مشکلی ندارم"، امتیاز یک به گزینه "کمتر از یک بار در هفته"، امتیاز دو به گزینه "یک یا دو بار در هفته" و امتیاز سه به گزینه "سه بار یا بیشتر در هفته" اختصاص داده می شود. نمره کل پرسشنامه بین ۰ تا ۲۱ در نظر گرفته شد. نمره ی پنج و بیشتر نشان می دهد که شخص مشکل خواب دارد، به عبارت دیگر نمره پایین تر به منزله اختلال خواب کمتر و نمره بالاتر به منزله اختلال خواب بیشتر است (۲۸). این پرسشنامه توسط بویس و همکاران اعتباریابی شده است. آنها پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ و اعتبار آن را نیز ۰/۷۵ گزارش نمودند (۲۶). روایی نسخه فارسی این ابزار ۰/۸۶ و پایایی آن ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۵).

در ابتدای مطالعه، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی

شناختی $4/22 \pm 66/15$ و در گروه آموزش بهداشت خواب $5/53 \pm 67/95$ بود. اکثریت سالمندان خانم ($72/5$ درصد)، زیردپلم (50 درصد) و بیوه و متاهل ($91/2$ درصد) بودند. سطح درآمد اکثریت سالمندان برابر با هزینه زندگی (80 درصد) بود. 40 درصد به بیماری زمینه ای مبتلا بوده و $21/3$ درصد سیگاری بودند. (جدول ۱).

مقایسه جنس، درآمد ماهیانه، وضعیت تأهل، وجود یا عدم وجود بیماری زمینه ای، استعمال مواد مخدر، مشکل بینایی، مشکل شنوایی و استفاده از وسایل کمکی از آزمون آماری کای دو استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی سالمندان مورد بررسی در گروه آموزش رفتاری

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی - طبی و مقایسه همگنی در دو گروه مداخله در سالمندان مراکز مراقبتی روزانه

متغیر	مشخصات	آموزش شناختی رفتاری Mean \pm SD	آموزش بهداشت خواب Mean \pm SD	سطح معنی داری
سن	(بر حسب سال)	$66/15 \pm 4/22$	$5/53 \pm 67/95$	$0/106$
جنس	زن	$(75)30$	$(70)28$	$0/617$
	مرد	$(25)10$	$(30)12$	
وضعیت تأهل	مجرد	$(7/5)3$	$(10)4$	$0/692$
	بیوه و متاهل	$(92/5)37$	$(90)36$	
سطح درآمد	کمتر از هزینه زندگی	$(10)4$	$(10)4$	$0/999$
	برابر هزینه زندگی	$(80)32$	$(80)32$	
	بیشتر از هزینه زندگی	$(10)4$	$(10)4$	
محل خواب	زمین	$(42/5)17$	$(52/5)21$	$0/370$
	تخت	$(57/5)23$	$(47/5)19$	
ابتلا به بیماری	بله	$(37/5)15$	$(42/5)17$	$0/648$
	خیر	$(62/5)25$	$(40)23$	
استعمال مواد مخدر	بله	$(2/5)1$	$(2/5)1$	$0/999$
	خیر	$(97/5)39$	$(97/5)39$	
مشکل شنوایی	بله	$(22/5)9$	$(35)14$	$0/217$
	خیر	$(77/5)31$	$(65)26$	
مشکل بینایی	بله	$(25)10$	$(35)14$	$0/329$
	خیر	$(75)30$	$(65)26$	
استفاده از وسایل کمکی (عینک، سمعک)	بله	$(40)16$	$(45)18$	$0/651$
	خیر	$(60)24$	$(55)22$	

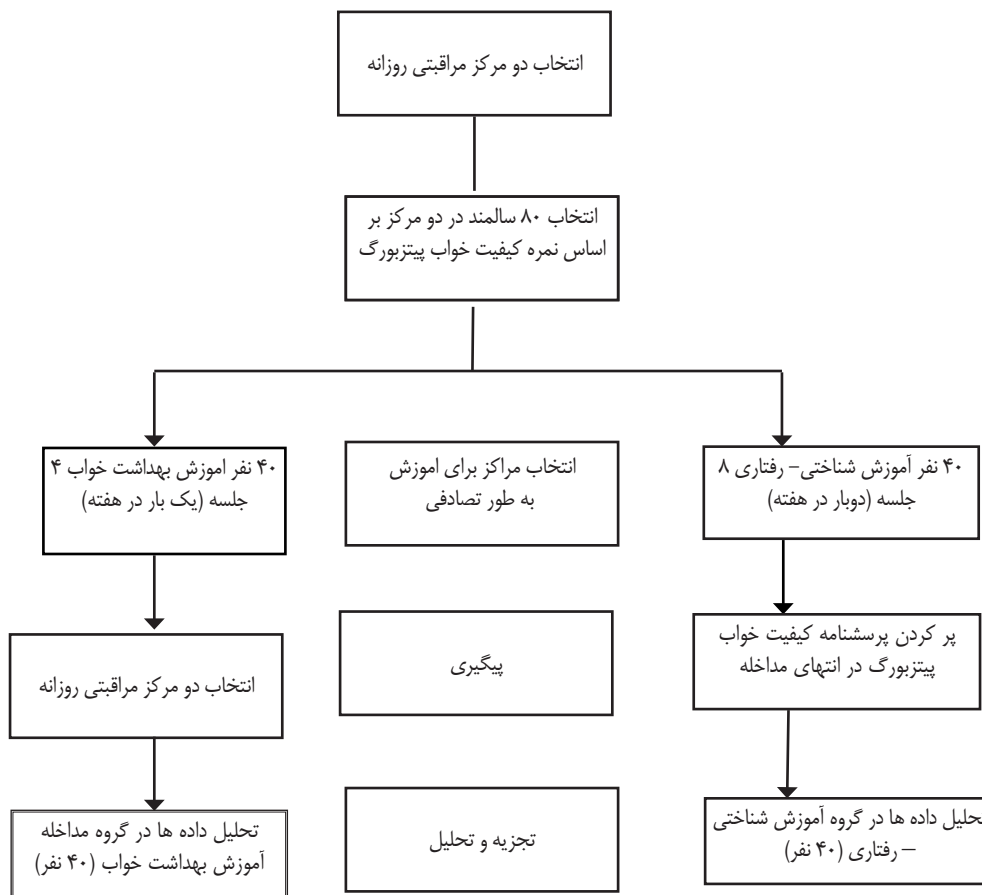
مداخله به $2/454 \pm 7/23$ تغییر کرده بود که بر اساس آزمون تی زوجی معنی دار بود ($P=0/001$). تفاضل میانگین نمره کلی کیفیت خواب قبل و بعد از مداخله در گروه های آموزش شناختی رفتاری و آموزش بهداشت خواب به ترتیب $1/990 \pm 1/378$ و $2/103 \pm 1/184$ بود و نتایج نشان داد که تاثیر هر دو مداخله یکسان بوده است ($P=0/627$).

نتایج (جدول ۲)، نشان داد که پس از حذف اثر پیش آزمون به عنوان عامل مخدوشگر اختلاف معنی داری بین دو گروه (آموزش بهداشت خواب و روش شناختی-رفتاری) پس از مداخله وجود نداشت ($P>0/05$).

میانگین نمره کیفیت کلی خواب قبل از مداخله در دو گروه روش شناختی-رفتاری و آموزش بهداشت خواب به ترتیب $3/651 \pm 8/05$ و $3/390 \pm 8/42$ بود، میانگین کیفیت خواب قبل از مداخله در دو گروه آزمودنی، تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($t=-0/313$ و $P=0/755$). نتایج مطالعه نشان داد، که در اثر مداخله صورت گرفته در گروه تحت آموزش شناختی رفتاری، نمره کلی کیفیت خواب سالمندان، به طور متوسط از نمره $3/651 \pm 8/05$ در پیش از مداخله به $2/66 \pm 6/67$ تغییر کرده بود که بر اساس آزمون تی زوجی معنی دار بود ($P=0/001$). علاوه بر این در اثر مداخله صورت گرفته در گروه تحت آموزش بهداشت خواب، نمره کلی کیفیت خواب سالمندان، به طور متوسط از نمره $3/390 \pm 8/42$ در پیش از

جدول ۲: تحلیل کوواریانس اثر روش شناختی درمانی درمانی و آموزش بهداشت خواب بر میزان کیفیت خواب سالمندان در کل در هر دو گروه آزمودنی سالمندان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری	Partial Eta Squared
پیش آزمون	۳۲۰/۷۹۵	۱	۳۲۰/۷۹۵	۱۴۶/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
اثر گروه	۲/۱۹۵	۱	۲/۱۹۵	۰/۹۹۹	۰/۳۲۱	۰/۰۱۴
خطا	۱۵۸/۱۸۲	۷۲	۲/۱۹۷			



دیاگرام کونسورت

خواب سالمندان، نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری منجر به بهبود معنی دار کیفیت خواب در پنج مولفه اصلی آن شده است (۱۵). متقی و همکاران در یک مطالعه تجربی به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مبتلا به اختلال بی خوابی سالمندان پرداختند. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری کیفیت کلی خواب سالمندان را بهبود بخشیده و بی خوابی را در آنها کاهش داد (۲۰). ون هودنها و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر روی افراد دچار بی خوابی اولیه و شدید نتایج مثبتی را از اجرای درمان شناختی رفتاری گزارش کردند (۳۰). در پژوهش هاروی و همکاران بیماران مبتلا به بی خوابی تحت یک دوره درمان شناختی-رفتاری

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر آموزش بهداشت خواب بر روش شناختی رفتاری بر کیفیت خواب سالمندان مراجعه کننده به مراکز مراقبتی روزانه صورت پذیرفت. نتایج حاصل نشان داد هر دو روش شناختی-رفتاری و آموزش بهداشت خواب می تواند روش مناسبی در بهبود کیفیت خواب سالمندان باشد. مداخله انجام شده در معیارهای کیفیت خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی، اختلالات خواب، استفاده از دارو، اختلال عملکرد و در مجموع در دو گروه آزمون اثرگذار بود. هدایت و همکاران در پژوهشی تجربی، با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت

می بخشد. به نظر می رسد رعایت اصول خواب خوب می تواند از توسعه مشکلات خواب و ایجاد اختلالات ذهنی و روحی جلوگیری کند. به نظر می رسد با توجه به نتایج تحقیقات مختلف برای درمان بی خوابی تغییر سبک زندگی و رعایت اصول بهداشت خواب بسیار کمک کننده است، بنابراین سالمندان مبتلا به کیفیت خواب ضعیف برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده کیفیت خواب نیازمند توجه بیشتر از سوی مراکز مراقبتی و پرستاران می باشند و با افزایش آگاهی و آموزش به این افراد می توان کیفیت خواب آنان را بهبود بخشید.

نتیجه گیری

مداخله روش شناختی- رفتاری و آموزش بهداشت خواب تاثیر معنی دار و مشابهی بر روی کیفیت خواب سالمندان داشت. هر دو روش در بهبود کیفیت کلی خواب به طور یکسان عمل کردند. در روش شناختی رفتاری، افکار و باورهای ذهنی ناصحیح سالمند که منجر به اختلال خواب شده است، شناسایی شده و باورهای درست و منطقی جایگزین می گردد؛ در نهایت این روش منجر به کاهش فشار روانی و بهبود کارکردهایی می شود که در اثر ابتلا به اختلالهای روانی مختل شده اند. این روش باعث برطرف شدن نگرانیهای موثر بر بی خوابی می شود. از طرف دیگر هدف آموزش بهداشت خواب، آموزش و آگاهی به سالمندان در رابطه با اصلاح سبک زندگی وی که باعث آشفتگی در خواب شده است، می باشد. علاوه بر این هزینه های روش آموزش بهداشت خواب در جهت افزایش کیفیت خواب سالمندان کمتر از روش شناختی- رفتاری است و این هزینه کمتر، به سود بیمار، خانواده او و در عین حال به سود سیستم مراقبت بهداشتی است. لذا با توجه به اینکه هر دو روش یک جایگزین موثر برای دارودرمانی در سالمندان محسوب می شوند و هر یک از دو روش شناختی- رفتاری و آموزش بهداشت خواب به عنوان یک روش غیر دارویی فاقد عوارض جانبی می باشند با توجه به این که روش شناختی رفتارهای موجب تغییراتی در باورهای فرد می شود سالمند خق انتخاب هر یک از این دو روش را خواهد داشت و مجموعه ای از روش ها را به سالمند پیشنهاد می دهیم و حق انتخاب با وی می باشد، توصیه می گردد که با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی و سالمندان، و تسهیلات و امکانات موجود در اختیار آنها و ترجیحاتشان، هر یک از این دو روش جایگزین داروهای خواب آور به کار گرفته شوند

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

قرار گرفتند. نتایج بهبود معناداری را در از بین بردن آشفتگی و علائم شبانه و روزانه بی خوابی و تغییر در شاخص های خواب این بیماران نشان داد (۳۱). جاکوبز و همکاران ۶۳ آزمودنی مبتلا به بیخوابی مزمن از نوع ناتوانی در شروع خواب را به سه گروه درمانی شناختی رفتاری، دارو درمانی و گروه کنترل تقسیم کردند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری مداخله موثرتری برای بی خوابی است و منجر به تغییرات بیشتری در کاهش نهنفتگی شروع خواب و کارایی خواب می شود (۳۲). اسپای و همکاران اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر بی خوابی مزمن مورد پژوهش قرار دادند. نتایج نشان دهنده برتری درمان شناختی رفتاری بر خود سنجی در کاهش نهنفتگی شروع خواب و بیداری در طول شب بود. ۸۴ درصد بیماران که در ابتدا دارو مصرف میکردند در انتهای درمان، دارو درمانی را قطع کردند (۲۹). نتایج تمامی تحقیقات ذکر شده اثربخشی روش شناختی رفتاری را تأیید می کنند که با نتیجه تحقیق حاضر همسو می باشد. در حقیقت اساس درمان شناختی- رفتاری این است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناخت ما از محیط اطراف و خودمان و البته تفسیر شخصی ما از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات ما می شود و به طور کلی ما هرطور که فکر کنیم، همان طور هم احساس می کنیم. و رفتارهای ما متناسب با همان افکار و احساسات شکل می گیرند. بنابراین در این روش درمانگر تلاش می کند که افکار غیرواقعی و غیرمنطقی که باعث ایجاد ناراحتی و رفتارهای دردسرساز می شوند را با تفکرات معقول و مبتنی بر واقعیت های عینی زندگی عوض کند. علاوه بر آن، این روش درمانی شامل شناسایی دقیق مشکلات، ایجاد اهداف قابل دسترسی، ارتباط همدلانه، بررسی واقعیت ها، آموزش و انجام تکالیف مختلف است و افراد مختلف با انجام این کارها می توانند تغییرات مثبت و سازنده ای در زندگی خود ایجاد کنند. طاهری و همکاران به بررسی تاثیر آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب و سلامت عمومی زنان سالمند شهر بیرجند پرداختند نتایج نشان داد بعد از مداخله در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری بین میانگین نمره کیفیت خواب، شدت بی خوابی و سلامت عمومی وجود داشت (۳۳). در پژوهش منتظری و همکاران که به بررسی تاثیر آموزش بر عوامل مؤثر بر خواب زنان سالمند پرداختند، نتایج حاکی از این بود که آموزش بر میزان کیفیت خواب تاثیر داشته است (۳۴). نتایج مطالعه حاضر نیز اثر معنی دار آموزش بهداشت خواب بر کیفیت خواب سالمندان را تأکید می کند که با نتایج مطالعات ذکر شده هم خوانی دارد. عادات بد خواب به عنوان بهداشت نامناسب خواب در نظر گرفته می شود. بهداشت خواب برای تمام سنین مهم است. یک برنامه بهداشت خواب، خواب شب را بهبود

و قدردانی می نمایند. نویسندگان این مقاله لازم می دانند مراتب قدردانی خود را از زحمات مدیریت مراکز مراقبتی روزانه مهر و سرای ارشد شهرستان ساری، پرسنل مراکز و تمامی سالمندان محترمی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، ابراز نمایند.

بهداشتی درمانی مازندران انجام شده و طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1396.3115 است. بدینوسیله مجریان طرح از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تشکر

References

- Campbell SS, Stanchina MD, Schlang JR, Murphy PJ. Effects of a Month-Long Napping Regimen in Older Individuals. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59 (2): 224-32.
- Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An International Survey of Sleeping Problems in the General Population. *Current Medical Research and Opinion*. 2008; 24 (1): 307-17.
- Richter K, Myllymaeki J, Scharold-Schaefer S, Tomova I, Mayrer R, Niklewski G. Treating Comorbid Insomnia in Older Adults via Cognitive-Behavioural Treatment, Bright Light and Exercise. *Health*. 2014; 6 (10): 960.
- Rumble ME, Keefe FJ, Edinger JD, Porter LS, Garst JL. A Pilot Study Investigating the Utility of the Cognitive-Behavioral Model of Insomnia in Early-Stage Lung Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005; 30 (2): 160 - 9.
- Valizadeh L, Seyyedrasooli A, Zamanazadeh V, Nasiri K. Comparing the Effects of Reflexology and Footbath on Sleep Quality in the Elderly: A Controlled Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015; 17 (11). e20111
- Farokhnezhad afshar p, zahednezhad h, ghanei gheslgh r, fathi r. Effect of White Noise on the Sleep of Elderly Patients Hospitalized in Coronary Care Units. *Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11 (1):44-51(Persian).
- Zeighami R, Jalilolghadr S. Investigating the Effect of "Citrus Aurantium" Aroma on Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Care Unit (CCU). *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery*. 2014; 4 (1): 720 - 33 (Persian).
- Moradi M, Mehrdad N, Nikpour S, Haghani H, Sharifi F. Sleep and Health Related Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure. *Iranian Journal of Nursing Research* 2013; 8 (29): 19-25 (Persian).
- Jiro Imanishi EW, Satoko Watanabe, Kumi Sakurada, Zenshiro Onouchi. Improvement of Sleep and Circadian Rhythm Disturbance in Nursing Home Residents by Aromatherapy Massage: A Preliminary Study. *JJCAM*. 2010; 7 (2): 87-93.
- Chan MF, Chan EA, Mok E. Effects of Music on Depression and Sleep Quality in Elderly People: a Randomised Controlled Trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 2010; 18 (3-4): 150-9.
- Doustian Y, Shafi'e-Abadi A, Kalantar-Koushe SM, Massah O. Effectiveness of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model on Increasing Self-efficacy in Opiate-dependents. *Rehabilitation Journal Addiction Special* 2013; 14 (5): 91-9.
- Izadi-Ajirilo A, Bahmani B, Ghanbari-Motlagh A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Body Image Improving and Increasing Self-Esteem in Women with Breast Cancer after Mastectomy. *Rehabilitation Journal*. 2012; 13 (4): 72-83.
- Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree M. The Effect of Stress Management Training with Cognitive Behavioral Style on Stress and Mental Health of Parents of Children with Intellectual Disabilities. *Rehabilitation Journal*. 2016; 17 (1): 32-41.
- Kamrani AAA, Shams A, Abdoli B, Dehkordi PS, Mohajeri R. The Effect of Low and Moderate Intensity Aerobic Exercises on Sleep Quality in Older Adults. *Sälmand*. 2015; 10 (1): 72-81.
- Hedayat S, Mokhtar A. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Sleep Quality in the Elderly. *JSR*. 2015; 16 (2): 60-8 (Persian).
- Mottaghi R, Kamkar A, Maredpoor A. Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on the Quality of Sleep in Elderly People With Insomnia Disorder. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;11 (2): 234 - 43 (Persian).
- Hazeri A, Farahzadi H. Investigating the Efficacy of Sleep Hygiene Education on Improving Sleep Disorders in Shahid Sadoughi Hospital Nurses. *Toloo-E-Behdasht*. 2015; 14 (2 (50)): 47-56 (Persian).
- Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive

- Behavioural Therapy for Primary Insomnia: a Systematic Review. *Journal of advanced nursing*. 2005; 50 (5): 553 - 64.
19. Maris L, Mullan B. Self-monitoring vs, implementation intentions; A comparison of behaviour change techniques to improve sleep hygiene and sleep outcomes in students. *International journal of Behaviour Medicine*. 2015; 22 (5): 635 - 44.
 20. Ahmadi S, Khankeh H, Mohammadi F, Khoshknab F, 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).
 21. Mottaghi R, Kamkar A, Mardpoor A. The Effectiveness of Targeted Music Therapy Intervention and Cognitive-Behavioral Therapy on Sleep Quality and Symptoms of Insomnia Disorder in seniors. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 2 (4): 114 - 27.
 22. Elavsky S, McAuley E. Lack of Perceived Sleep Improvement After 4-Month Structured Exercise Programs. *Menopause*. 2007; 14 (3): 535 - 40.
 23. Hegde A, Metri K, Chwadhary P, Babu N, Nagendra H. Effects of Yoga on Cardiac Health Sleep Quality, Mental Health and Quality of Life of Elderly Individuals with Chronic Ailments: a Single Arm Pilot Study. 2017.
 24. Seyyedrasooli A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Nasiri K, Kalantri H. The Effect of Footbath on Sleep Quality of the Elderly: a Blinded Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*. 2013; 2 (4): 305.
 25. Pa J, Goodson W, Bloch A, King AC, Yaffe K, Barnes DE. Effect of Exercise and Cognitive Activity on Self-Reported Sleep Quality in Community-Dwelling Older Adults with Cognitive Complaints: a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62 (12): 2319 - 26.
 26. Momeni K, Karimi H. The Comparison of General Health of the Residents/Non Residents in the Elder House. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5 (3): 0- (Persian).
 27. Bahrami einolghazi H, khodabakhshi kolaii A, Taghvaii D. Efficacy of group physical activity on sleep quality and quality of life among older adults in Kahrizak nursing home. *journal of gerontology*. 2016; 1 (1): 30 - 8.
 28. 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.
 29. Espie CA. "Stepped Care": A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. *Sleep*. 2009; 32 (12): 1549 - 58.
 30. Van Houdenhove L, Buysse B, Gabriëls L, Van den Bergh O. Treating Primary Insomnia: Clinical Effectiveness and Predictors of Outcomes on Sleep, Daytime Function and Health-Related Quality of Life. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2011; 18 (3): 312 - 21.
 31. Harvey AG, Sharpley AL, Ree MJ, Stinson K, Clark DM. An Open Trial of Cognitive Therapy for Chronic Insomnia. *Behaviour Research and Therapy*. 2007; 45 (10): 2491 - 501.
 32. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial and Direct Comparison. *Archives of Internal Medicine*. 2004; 164 (17): 1888 - 96.
 33. Taheri Tanjani P, Khodabakhshi H, Etemad K, Mohammadi M. Effect of Sleep Hygiene Education on Sleep Quality and General Health of Elderly Women With Sleep Disorders Living in Birjand City, Iran, in 2016. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14 (2): 248 - 59
 34. Montazeri Lemrasky M, Shamsalinia A, Haji Ahmadi M, Nasiri M. The Effectiveness of Education on Factors Affecting Elderly Women's Sleep. *Journal of Caspian Health and Aging*. 2018; 3 (1): 59 - 68.