CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Comparison of psychological well-being, cognitive impairment, physical activity and coping styles in the elderly with and without sleep disorders

M. Kazemi (PhD)[1,*], L. Bitarafan (Msc)[2]

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Zanjan University, Zanjan, I.R.Iran
2. Faculty of Humanities, Guilan University, Rasht, I.R.Iran

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Oct 12th 2021

Revised:
Jan 17th 2022

Accepted:
Feb 5th 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Sleep affects physical and mental health, and major changes occur in the pattern and structure of sleep with increasing age. Therefore, the aim of this study was to compare psychological well-being, cognitive impairment, physical activity and coping styles in the elderly with and without sleep disorders.

Methods: This causal comparative study was performed on 40 elderly men and women in Zanjan in 2020. Data were collected using Ryff Psychological Welfare Questionnaire, Endler and Parker Coping Styles Scale, CHAMPS Physical Activity Questionnaire, Cognitive Impairment Scale and Petersburg Sleep Quality Questionnaire. Data were analyzed using SPSS through multivariate analysis of variance.

Findings: The results showed that there was a significant difference between the elderly with and without sleep disorders in cognitive impairment components including inadvertent mistakes (F=11.403), memory (F=12.596) and distraction (F=6.335) problems, problem-oriented (F=7.055), emotion-oriented (F=12.788) and avoidant (F=5.272) coping styles, high physical activity variables (F=9.929) and moderate physical activity (F=4.433) ($P<0.05$). Moreover, the results indicated that 44% of the variance related to the difference between the two groups was due to dependent variables.

Conclusion: Due to cognitive impairments and negative coping styles of the elderly with sleep disorders, it is recommended that some interventions should be established in nursing homes and psychological service centers to increase the elderly's cognitive ability and teach coping skills to them.

Keywords: Psychological well-being, Cognitive impairment, Physical activity, Coping style, Elderly, Sleep disorder

Cite this article: Kazemi M, Bitarafan L. Comparison of psychological well-being, cognitive impairment, physical activity and coping styles in the elderly with and without sleep disorders. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2021; 6 (2.): 85-100.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: M. Kazemi (PhD)
Address: daneshgah bulvar, Zanjan University, zanjan, Iran.
Tel: +98 (24) 33054107 **E-mail:** mdkazemi@znu.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت فیزیکی و سبک‌های مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به اختلال خواب و بدون اختلال خواب

محمود کاظمی(PhD)[1*]، لیلا بیطرفان(Msc)[2]

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران
۲. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

دریافت: ۱۴۰۰/۷/۲۰
اصلاح: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷
پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶

چکیده

سابقه و هدف: خواب بر روی سلامت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد و با افزایش سن، تغییرات عمده در الگو و ساختار خواب ایجاد می‌شود. لذا هدف این مطالعه مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت فیزیکی و سبک‌های مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به اختلال خواب و بدون اختلال خواب بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش علی مقایسه‌ای بر روی ۴۰ نفر از سالمندان زن و مرد شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی Ryff، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای Endler و Parker، پرسشنامه سطح فعالیت جسمانی CHAMPS، مقیاس نارسایی شناختی و پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ بود. اطلاعات به دست آمده از طریق تحلیل واریانس چند متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب از نظر مؤلفه‌های نارسایی شناختی؛ اشتباهات سهوی (F=۱۱/۴۰۳)، مشکلات مربوط به حافظه (F=۱۲/۵۹۶) و حواس‌پرتی (F=۶/۳۳۵)، سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار (F=۷/۰۵۵)، هیجان‌مدار (F=۱۲/۷۸۸) و اجتنابی (F=۵/۲۷۲)، متغیرهای فعالیت جسمانی زیاد (F =۹/۹۲۹) و فعالیت جسمانی متوسط (F=۴/۴۳۳) در سطح (P<۰ /۰۵)، تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که ۴۴ درصد واریانس مربوطه به اختلاف بین دو گروه، ناشی از متغیرهای وابسته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نارسایی‌های شناختی و سبک‌های مقابله منفی سالمندان دارای اختلال خواب، پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری سالمندان و مراکز خدمات روان‌شناختی مداخلاتی به منظور افزایش توانایی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله در سالمندان صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت فیزیکی، سبک مقابله‌ای، سالمندان، اختلال خواب

استناد: محمود کاظمی، لیلا بیطرفان. مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت فیزیکی و سبک‌های مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به اختلال خواب و بدون اختلال خواب. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۰؛ ۶ (۲): ۱۰۰-۸۵.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* مسئول مقاله: دکتر محمود کاظمی
آدرس: زنجان، بلوار دانشگاه، دانشگاه زنجان . تلفن: ۳۳۰۵۴۱۰۷ (۲۴) ۹۸+ رایانامه: mdkazemi@znu.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]
[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

سابقه و هدف

روند پیر شدن در سال‌های اخیر شتاب بیشتری گرفته و تعدد و تنوع استرس‌هایی که افراد در دوران سالمندی با آن روبرو می‌شوند، توجه به مقوله سلامت روان در دوره سالمندی را به یک ضرورت تبدیل کرده است (۱).

امروزه حدود ۶۰۰ میلیون فرد سالخورده بالای ۶۰ سال در سطح جهان وجود دارد که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش می‌یابد (۲). در ایران از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ نسبت افراد بالای ۶۰ سال به کل جمعیت، حدود ۴٫۵ درصد افزایش یافته و بر همین اساس، جمعیت سالمند هفت درصد تخمین زده شده است. علاوه بر این انتظار می‌رود افزایش جمعیت سالمندی کشور ایران از سال ۱۴۱۰ به بعد خودنمایی کند (۳).

یکی از مسائلی که در دوران سالمندی با آن روبرو هستیم کاهش زمان خواب است. زندگی مدرن با کاهش زمان خواب و کیفیت خواب همراه است که در نتیجه‌ی شیوه زندگی مدرن (تماشای تلویزیون تا دیروقت، استفاده از اینترنت و...) به وجود آمده است (۴). از سویی خواب سبب کاهش اضطراب و فشارهای عصبی می‌شود و به شخص در بازیافت مجدد انرژی برای تمرکز بهتر حواس، سازگاری و لذت‌بردن از فعالیت‌های روزمره کمک می‌کند. اشخاصی که اختلال خواب دارند نه‌تنها از خستگی، بلکه از اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه و یادگیری، افزایش اضطراب و کاهش کیفیت زندگی روزمره رنج می‌برند (۵). اختلال خواب وضعیتی است که با مختل شدن الگو یا رفتارهای مربوط به خواب مشخص می‌شود (۶). از بین عواملی مانند سن، جنس، شغل، طبقه اجتماعی و سلامت جسمی و روانی که در بروز اختلالات خواب دخیل هستند، مهم‌ترین عامل سن می‌باشد (۷). شواهد حاکی از آن است بیش از ۵۷ درصد سالمندان، از مشکلات بی‌خوابی یا کم‌خوابی رنج می‌برند و تنها ۱۲ درصد از مشکلات خواب شاکی نیستند (۸). به نظر می‌رسد، بهترین روش ارتقا کیفیت خواب، تلاش جهت شناسایی روشی جایگزین برای کاهش علائم جسمی و روانی سالمندان باشد (۹).

یکی از مشکلات شایع دوره سالمندی اختلال شناختی نظیر دمانس و دلیریوم است که تحت تأثیر کاهش عملکرد جسمانی، روانی، کیفیت خواب و بهزیستی روان‌شناختی قرار می‌گیرد .فقدان استقلال، خودمختاری و عدم انجام فعالیت‌های روزانه و عدم مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و تفریحی در اوقات فراغت منجر به زوال حافظه و کاهش سطح عملکرد شناختی سالمندان می‌شود (۱۰). از بین تمام بیماری‌های افراد سالخورده، اختلال شناختی تأثیر قابل‌توجهی در کیفیت زندگی دارد (۱۱). نارسایی شناختی عبارت است از ناتوانی فرد در تکمیل تکالیفی که به‌طور طبیعی قادر به انجام آن است. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که نارسایی‌های شناختی شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی است (۱۲). همچنین علائم آن شامل، حل مسئله کندتر، تغییر در توانایی کلامی و کاهش توانایی عددی می‌باشد. از طرفی اختلال شناختی سطح وابستگی را در بیماران افزایش می‌دهد و سالمندان با اختلال شناختی نیاز به مراقبت و زمان بیشتری برای خانواده خود دارند تا بتوانند کیفیت زندگی خود را حفظ کنند (۱۳).

یک رابطه دوجانبه بین نارسایی شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در دوره سالمندی وجود دارد (۱۴). با توجه به نیمی از فرضیه‌ها سطح بالاتر بهزیستی با کاهش آسیب‌های شناختی مرتبط است. سالمندی، بسیاری از کارکردهای روانی فرد سالمند و در درجهٔ اول بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را تهدید می‌کند (۱۵). از طرفی مکانیسم‌های بهداشت خواب که ممکن است با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط باشد، ناشناخته‌اند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند فشار روانی و استرس میانجی ارتباط بین خواب و بهزیستی می‌باشند (۱۶). بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است. در این دیدگاه بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاست که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بهزیستی روان‌شناختی یک ساختار روان‌شناختی مثبت است که مربوط به دیدگاه ذهنی فرد و زندگی می‌شود. سطح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی با عملکرد شناختی بالاتر در افراد مسن رابطه مثبت دارد (۱۷). بهزیستی را می‌توان ازنظر نشانه‌های روان‌شناختی مثبت (از قبیل توانایی لذت بردن از چیزها و رها کردن نگرانی‌ها) یا رضایت از زندگی اندازه‌گیری کرد، اما از مقیاس‌های چندبعدی استفاده می‌شود که شامل مفاهیم نظیر استقلال، پذیرش خود و رابطه با دیگران می‌شود. تحقیقات در زمینه ارتباط بین اختلالات فیزیکی و بهزیستی در افراد سالمند محدود است. اگرچه مطالعات متعددی که درباره افسردگی مطرح شده است نشان می‌دهد ناتوانی بیشترین تأثیرات بیماری‌های خاص را بر افسردگی دارد (۱۸).

مطالعات نشان داده‌اند که آسیب‌شناختی دوره سالمندی اثر زیادی روی بهزیستی سالمندان ندارد. بااین‌وجود ممکن است جنبه‌های دیگر بهزیستی شناخته شده‌تر باشند و بنابراین حساسیت بیشتری به آسیب‌های شناختی مرتبط با سن وجود داشته باشد (۱۹). تغییرات مرتبط با سن در حافظه عملکردهای اجرایی و ساختار عصبی آن‌ها (مانند هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی) نشان داده شده است و ممکن است در جنبه‌های شناختی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

چالش برانگیز بهزیستی مانند حفظ حس هدف در زندگی دوره سالمندی کاهش یابند. اگرچه کارهای قبلی نشان دادند که بعضی جنبه‌های بهزیستی نیاز به زیرساختارهای شناختی دارند، آن همچنین ممکن است که رابطه‌ی عملکرد شناختی با بهزیستی بعد از آن در نتیجه ارتباط مشترک آن‌ها با برخی متغیرهای دیگر باشد، بیشتر از اینکه اثر مستقیم آسیب‌شناختی روی بهزیستی باشد. نشانگان افسردگی و ناتوانی در دوره سالمندی با سطوح پایین بهزیستی و عملکرد شناختی ارتباط دارد (۲۰).

کم‌تحرکی در سالمندان موجب افسردگی و مرگ ناگهانی می‌شود. فقدان دانش سالمندان در مورد فعالیت فیزیکی مناسب از عوامل بازدارنده فعالیت فیزیکی سالمندان است. سالمندی علاوه بر مشکلات روان‌شناختی و رفتاری، بر ناتوانی‌های فیزیکی و بیماری‌های مزمن نیز اثرگذار است (۲۱). پژوهشگران سالمندشناسی اظهار کرده‌اند یکی از روش‌های مؤثر در خواب سالمندان، انجام فعالیت بدنی به‌صورت منظم است که موجب آرامش بیشتر و افزایش دمای مرکزی بدن می‌شود و به‌عنوان راهی برای آغاز و حفظ خواب خوب مفید شناخته شده است (۲۲). عواملی از قبیل درد، بیماری، داروها، اضطراب، پیری، چاقی می‌توانند موجب کاهش کیفیت خواب شوند (۲۳). کیفیت خواب پایین با چند عوارض جانبی سلامت از قبیل افسردگی، پرفشارخونی، چاقی، دیابت و محدودیت حرکتی در ارتباط است (۲۴).

در همین زمینه مطالعات مختلفی نشان داده‌اند، مداخلات ورزشی می‌تواند منجر به ارتقاء کیفیت خواب شود به‌عنوان‌مثال گزارش شده است میزان فعالیت بدنی روزانه و پیاده‌روی رابطه معنادار و مثبتی با کیفیت خواب دارد. یا اینکه تمرینات هوازی با شدت متوسط بر روی کیفیت خواب سالمندان اثر مثبت می‌گذارد (۲۵). در مطالعه‌ای که توسط اکبری و همکاران (۲۰۱۵) باهدف بررسی اثر هشت هفته تمرینات هوازی با شدت کم و متوسط بر کیفیت خواب سالمندان انجام شد، مشاهده کردند که شرکت در تمرینات هوازی با شدت متوسط نسبت تمرینات هوازی کم شدت تأثیر بیشتری بر کیفیت خواب داشته و سبب بهبود معنی‌دار کیفیت خواب سالمندان می‌شود (۲۶). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت در شدت فعالیت بدنی می‌تواند موجب اثرات متفاوتی بر کیفیت خواب سالمندان داشته باشد.

یکی دیگر از مواردی که در دوره سالمندی مورد بررسی قرار می‌گیرد، سبک‌های مقابله‌ای است. تحقیقات زیادی در دهه گذشته در مورد چگونگی مقابله افراد با تنش روانی صورت گرفته است که بیان می‌کند نقش تنش روانی در بهزیستی کم اهمیت‌تر از ارزیابی و مقابله فرد با تنش روانی است (۲۷). پذیرفته‌شده‌ترین تعریفی که از سبک‌های مقابله‌ای شده است برای Folkman&Lazarus است که به‌عنوان یک پاسخ سازگارانه به یک استرسور خاص تعریف می‌شود. فرایندی که شخص از طریق آن با استرس مقابله می‌کند طیف گسترده‌ای از مکانیزم‌ها و استراتژی‌های روان‌شناختی (هم شناختی و هم رفتاری) را برای کاهش، کنترل و تحمل آن به کار می‌برد یک موقعیت استرس‌زا یکی از مواردی است که توسط افراد به‌عنوان آسیب‌زا یا تهدیدکننده تجربه می‌شود و ممکن است با بهزیستی جسمی و روان‌شناختی فرد تداخل داشته باشد. مقابله کامل شامل یک مؤلفه ساختاری یا عملیاتی است که به تغییر شکل در دو جهان بیرونی و درونی دلالت می‌کند (۲۸).

در مدل سبک‌های مقابله‌ای Endler & parker (۱۹۹۰) سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به عنوان سبک‌های ناسازگار و سبک مسئله‌دار به عنوان سبک سازگار برای مقابله با تنش‌های زندگی روزمره در نظر گرفته شده است (۲۹). هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنش‌های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و برحسب موقعیت‌های گوناگون متفاوت است.

در حوزه رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای، می‌توان گفت که سلامت روانی در یک تعامل دوطرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سوی دیگر خود زمینه‌ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر، میسر می گردد. روان‌شناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند (۳۰).

با توجه به اینکه جمعیت سالمندان جهان در حال افزایش است و اختلال خواب یکی از مشکلاتی است که به موازات کهولت سن ایجاد شده و محرومیت از خواب باعث افسردگی، اختلالات حافظه، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری، خستگی مزمن، خلق ناپایدار، اضطراب، اختلال در عملکرد، احساسات، اندیشه، انگیزش فرد و اختلال در ارتباطات با دیگران، کاهش راندن هوا به ریه‌ها، افزایش خطر تصادفات، سقوط، اختلال در حیطه شغلی و وضعیت سلامتی افراد شده و در نتیجه سبب کاهش تدریجی کیفیت زندگی فردی در سالمندان می‌شود و از سویی، به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می‌نماید و امید به زندگی افزایش می‌یابد سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی به‌سوی حفظ و ارتقای سطح سلامت جمعیت سالمندان معطوف می‌گردد و ازآنجایی‌که شواهد پژوهشی رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

شناختی، فعالیت فیزیکی و سبک مقابله‌ای را در سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب بررسی نکرده‌اند، ازاین‌رو در این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال برآمدیم تا در صورت اثبات این موضوع بتوانیم با برنامه‌ریزی و مداخلات صحیح گامی مؤثر در بهبود سلامت روان سالمندان برداریم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان شهر زنجان در سال (۱۳۹۹) اعم از زن و مرد که بالای ۶۰ سال سن داشتند بود. نمونه آماری شامل دو گروه ۴۰ نفره از سالمندان زن و مرد شهر زنجان بود که گروه اول، دارای کیفیت خواب ضعیف بودند و با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب از بین سالمندان شهر زنجان غربالگری و انتخاب شدند. گروه دوم نیز سالمندانی بودند که اختلال خواب نداشتند و از کیفیت خواب مناسب برخوردار بودند. این گروه نیز از طریق پرسشنامه کیفیت خواب و از طریق همتاسازی بر اساس سن، جنسیت و تحصیلات انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش به شیوه هدفمند و در دسترس بود که طی آن هردو گروه مورد مطالعه پس از انجام دادن مصاحبه توسط روان‌شناس و محقق به‌عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود سن بالای ۶۰ سال، جنسیت و داشتن اختلال خواب و عدم اختلال خواب بود. در ضمن با توجه به توافق شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها گذاشته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی Reef، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای Endler و Parker، پرسشنامه سطح فعالیت جسمانی چامپس، مقیاس نارسایی شناختی و پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ استفاده شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارها

الف (پرسشنامهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف(Reef Psychological well-being Questionnaire =RSPWB) : ا ین پرسشنامه را Reef در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد (۳۱) و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل شده است، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده شد. مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتراست. از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه ۶ بعد خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد. ریف (۱۹۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش کرده است. در ایران سدیدی و یمینی (۱۳۹۷)، ضریب پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۹ به دست آوردند (۳۲). در این پژوهش، پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است.

ب) مقیاس راهبردهای مقابله‌ای Endler & Parker (CISS =Coping Inventory for Stressful Situation): این مقیاس را Endler & Parker (۱۹۹۰)، ساخته‌اند (۳۳) که سه سبک مقابله‌ای مسئله مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره او در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱: اصلاً تا ۵: همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه پاسخ هر سؤال از یک تا پنج می‌باشد. گزینه یک نشان می‌دهد که «آزمودنی هرگز چنین عملی را انجام نمی‌دهد» و گزینه پنج نشان‌دهنده‌ی این است که «آزمودنی چنین عملی را بسیار زیاد انجام می‌دهد». گزینه دو، سه و چهار به ترتیب به معنی «به‌ندرت»، «گاهی اوقات» و «اکثر اوقات» می‌باشد. در ایران نریمانی، محمودزاده و بشرپور (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک مسئله‌مدار، ۰/۵۸، هیجان‌مدار، ۰/۵۵ و اجتنابی، ۰/۹۳ برآورد کردند (۳۴). در این پژوهش، پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۴۸ محاسبه شد.

ج) پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (Pittsburgh Sleep Quality Index =PSQI): این پرسشنامه، ابزاری خودگزارشی است و بهترین ابزار مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت خواب در افراد سالمند است. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال است. این سؤالات در ۷ جزء که شامل کیفیت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت‌زمان خواب بودن، کارایی و مؤثر بودن خواب بیمار، مصرف داروهای خواب‌آور و عملکرد نامناسب در

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

طول روز هستند، طبقه‌بندی می‌شود. امتیاز هر سؤال بین ۰ تا ۳ امتیاز است و امتیاز هر جزء نیز حداکثر ۳ می‌باشد. مجموع میانگین نمرات این ۷ جزء، نمره کل ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. هر چه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پائین‌تر است. نمره بالاتر از ۶ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. در ایران پویان مهر و همایی (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست‌آمده آوردند (۳۵).

د) مقیاس نارسایی شناختی (Cognitive Failure Question= CFQ): این مقیاس به‌وسیله برادبنتBroadbent و همکاران در سال ۱۹۲۸ ساخته شد (۳۶). مقیاس حاضر ۸۹ ماده دارد و آزمودنی به این ماده‌ها به‌صورت یک مقیاس پنج درجه‌ای پاسخ می‌دهد. ماده‌های این پرسشنامه در ۳ خرده مقیاس شامل حواس‌پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی، توزیع شده‌اند. والاسWallace (۲۰۰۴)، در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴ و مقدار اعتبار بازآزمایی را برابر ۰/۲۸ گزارش کرد (۳۷). معتمدی و همکاران (۱۳۹۷)، پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۳۸). در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد.

ه) پرسشنامه سطح فعالیت جسمانی چامپس(C (CHAMPS= Seniors for Program Model Activities Health : این پرسشنامه توسط Stewartو همکاران (۳۹) ساخته شد. پرسشنامه دارای ۴۱ سؤال می‌باشد و فعالیت‌هایی را شامل می‌شود که فرد سالمند در طول یک هفته مربوط به ماه قبل انجام داده است. شدت فعـــالیت فیـــزیکی بر اساس متد (Metabolic Equivalent Test=MET) محاسبه شد که واحدی برای تخمین خرج متابولیک در فعالیت جسمی است. در این پرسشنامه مقدار امتیاز MET کلی هر سالمند را در تعداد کل سؤالات بر اساس تعداد دفعات فعالیت در هفته و تعداد ساعات تمرین در هفته (به‌طور جداگانه) محاسبه کرد. در ایران صحاف و همکاران (۴۰) نشان دادند، بیش از ۸۵ درصد آیتم‌ها کیفیت ترجمه مطلوبی داشتند. روایی ظاهری مناسب نسخه فارسی پرسشنامه سطح فعالیت فیزیکی چامپس حاصل شد. بیش از ۹۶ درصد سؤالات همبستگی بالایی را با خرده‌مقیاس مربوطه نشان دادند. در مورد همخوانی درونی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۶ و ضریب همبستگی آزمون-آزمون مجدد در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد. ضریب روایی محتوای برابر با ۰/۸۳ بود. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۴ به‌دست آمد.

یافته‌ها

به‌منظور تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت جسمانی و سبک مقابله‌ای در سالمندان مبتلابه اختلال خواب و بدون اختلال خواب در جداول ۲ و ۳ و ۴ محاسبه شده است. ضمناً میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت فیزیکی و سبک مقابله‌ای در بیماران بدون اختلال خواب و با اختلال خواب در جدول یک آمده است.

جدول ۱. میانگین (و انحراف استاندارد) بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت جسمانی و سبک مقابله‌ای در سالمندان بدون اختلال خواب و با اختلال خواب

متغیرها	بدون اختلال خواب Mean±SD	با اختلال خواب Mean±SD
استقلال	۱۲/۱۰±۳/۲۳	۱۲/۳۵±۳/۱۰
تسلط بر محیط	۱۰/۱۵±۱/۹۱	۱۰/۳۷±۲/۷۶
رشد شخصی	۱۱/۴۷±۴/۱۰	۱۱/۲۵±۳/۳۲
ارتباط مثبت با دیگران	۱۲/۱۵±۴/۰۴	۱۲/۲۰±۳/۳۹
هدفمندی در زندگی	۱۲/۱۷±۳/۹۴	۱۲/۰۵±۲/۷۶
پذیرش خود	۱۲/۹۷±۴/۰۹	۱۲/۴۲±۳/۶۹
مشکلات مربوط به حافظه	۱۴/۶۵±۹/۹۸	۲۳/۳۸±۱۱/۰۵
حواس‌پرتی	۱۰/۷۴±۶/۹۹	۱۴/۹۷±۷/۴۱

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

متغیرها	بدون اختلال خواب Mean±SD	با اختلال خواب Mean±SD
اشتباهات سهوی	۴/۰۵±۳/۲۸	۶/۹۲±۳/۹۳
سبک مساله‌مدار	۵۲/۲۵±۱۰/۹۱	۴۹/۶۱±۱۰/۸۸
سبک هیجان‌مدار	۴۱/۴۸±۸/۵۶	۵۱/۲۳±۹/۱۸
سبک اجتنابی	۴۵/۶۲±۱۰/۲۲	۴۰/۳۵±۸/۶۲
فعالیت جسمانی زیاد	۴۹/۴۷±۶/۵۷	۴۶/۴۸±۵/۲۳
فعالیت جسمانی متوسط	۲۸/۱۷±۴/۸۱	۲۷/۲۵±۴/۴۵
فعالیت جسمانی کم	۲۵/۱۲±۶/۵۷	۲۲/۵۱±۲/۸۹

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به‌درستی رعایت شده است (P=۰/۰۱۰، F=۱/۳۲۵، BOX)=۲۰۵/۳۵۲. بر اساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (P≤۰/۰۰۱، F=۲,۹۸۲، ۰/۵۶۰=لامبدای ویلکز). این نتایج نشان می‌دهد که میان سالمندان مبتلابه اختلال خواب و بدون اختلال خواب، از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که درواقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته درمجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۴۴ است؛ یعنی ۴۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از متغیرهای وابسته است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان مبتلابه اختلال خواب و بدون اختلال خواب

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	Mean	F	P- value	مجذور اتا
استقلال	۳/۶۱۳	۱	۳/۶۱۳	۰/۳۰۲	۰/۵۸۴	۰/۰۰۴
تسلط بر محیط	۳/۲۰۰	۱	۳/۲۰۰	۰/۴۱۸	۰/۵۲۰	۰/۰۰۵
رشد شخصی	۰/۰۵۰	۱	۰/۰۵۰	۰/۰۰۴	۰/۹۴۹	۰/۰۰۰
ارتباط مثبت با دیگران	۰/۳۱۳	۱	۰/۳۱۳	۰/۰۱۸	۰/۸۹۳	۰/۰۰۰
هدفمندی در زندگی	۰/۴۵۰	۱	۰/۴۵۰	۰/۰۴۱	۰/۸۴۱	۰/۰۰۱
پذیرش خود	۰/۰۸۰۰	۱	۰/۰۸۰۰	۰/۰۵۶	۰/۸۱۴	۰/۰۰۱

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول ۲ بین سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نارسایی شناختی و فعالیت‌های جسمانی در سالمندان مبتلا به اختلال خواب و بدون اختلال خواب

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	Mean	F	P- value	مجذور اتا
اشتباهات سهوی	۱۵۱/۵۰۷	۱	۱۵۱/۵۰۷	۱۱/۴۰۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳۷
مشکلات مربوط به حافظه	۱۴۰۵/۰۰۵	۱	۱۴۰۵/۰۰۵	۱۲/۵۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۴۹
حواس‌پرتی	۳۳۰/۲۸۶	۱	۳۳۰/۲۸۶	۶/۳۳۵	۰/۰۱۴	۰/۰۸۱
فعالیت جسمانی زیاد	۱۳۹/۶۸۰	۱	۱۳۹/۶۸۰	۹/۹۲۹	۰/۰۰۲	۰/۱۰۳
فعالیت جسمانی متوسط	۳۹/۷۳۸	۱	۳۹/۷۳۸	۴/۴۳۳	۰/۰۳۹	۰/۰۴۲
فعالیت جسمانی کم	۴/۳۳۶	۱	۴/۳۳۶	۰/۲۳۹	۰/۶۲۶	۰/۰۱۰

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول ۳ بین سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب در مؤلفه‌های اشتباهات سهوی (F=۱۱/۴۰۳)، مشکلات مربوط به حافظه (F=۱۲/۵۹۶) و حواس‌پرتی (F=۶/۳۳۵)، تفاوت وجود دارد (P <۰/۰۵). به‌عبارت‌دیگر، در سالمندان دارای اختلال خواب نسبت به گروه بدون اختلال اشتباهات سهوی، مشکلات مربوط به حافظه و حواس‌پرتی بیشتری دارند.

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول ۳ بین سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب در فعالیت جسمانی زیاد (F=۹/۹۲۹) و فعالیت جسمانی متوسط (F=۴/۴۳۳) تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰ /۰۵)؛ به‌عبارت‌دیگر، سالمندان با اختلال خواب، فعالیت جسمانی زیاد و فعالیت جسمی متوسط بیشتری داشتند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین سبک‌های مقابله در سالمندان مبتلابه اختلال خواب و بدون اختلال خواب

÷

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	Mean	F	P- value	مجذور اتا	توان آماری
سبک مساله‌مدار	۸۵۸/۰۵۰	۱	۸۵۸/۰۵۰	۷/۰۵۵	۰/۰۱۰	۰/۰۸۳	
سبک هیجان‌مدار	۱۱۹۳/۵۱۲	۱	۱۱۹۳/۵۱۲	۱۲/۷۸۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴۱	
سبک اجتنابی	۴۴۱/۸۰۰	۱	۴۴۱/۸۰۰	۵/۲۷۲	۰/۰۲۴	۰/۰۶۳	

بر اساس اطلاعات حاصل از جدول ۴ بین سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب ازنظر سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار (p=۰/۰۱۰، F=۷/۰۵۵)، هیجان‌مدار (p=۰/۰۰۱، F=۱۲/۷۸۸) و اجتنابی (p=۰/۰۲۴، F=۵/۲۷۲)، تفاوت وجود دارد (P <۰/۰۵). به‌عبارت‌دیگر، سالمندان دارای اختلال خواب نسبت به سالمندان بدون اختلال خواب بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و اجتنابی را به کار می‌برند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، نارسایی شناختی، فعالیت جسمانی و سبک مقابله‌ای در سالمندان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال خواب بود. نتایج نشان داد که اشتباهات سهوی، مشکلات مربوط به حافظه و حواس‌پرتی از نارسایی شناختی، در سالمندان با اختلال خواب بیشتر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش Saint Martin و همکاران (۴۱)، Palmer و همکاران (۴۲)،da Silva RA (۴۳)، Wennberg و همکاران (۴۴)،Lee و همکاران (۴۵)، مطابقت داشت.

در تبیین این یافته‌ها Wennberg و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند که اختلال خواب با افزایش خطر بروز پیامدهای شناختی نامطلوب همراه است و نشان می‌دهد، یک علت احتمالی خواب آشفته به کاهش شناختی مربوط می‌شود. علاوه بر این مدت‌زمان خواب کوتاه، مدت طولانی خواب و تغییر در مدت‌زمان خواب، همه با عملکرد شناختی ضعیف مرتبط بوده‌اند.

طول مدت خواب کمتر ممکن است به کاهش شناختی از طریق تخریب هیپوکامپ از طریق مسیرهای مختلف، ازجمله تغییر در تحریک-پذیری عصبی، کاهش انعطاف‌پذیری سیناپسی و کاهش نوروژنز منجر شود. قطعاً وقتی خواب خوبی نداشته باشیم، عوارض جسمی و روانی زیادی به سراغمان می‌آید. این عوارض می‌تواند با کاهش تمرکز، اختلال حافظه و ضعف عمومی خودش را نشان دهد.

همچنین اختلال در کار روزانه، تحریک‌پذیری، خستگی، سردرد هنگام بیدار شدن، افزایش علائم اضطرابی، چرت‌زدن در طول روز و افزایش فشارخون از دیگر عوارض اختلال‌های خواب در دوره سالمندی به شمار می‌رود. از طرفی، Saint Martin و همکاران (۲۰۱۵)، نشان دادند که در افراد سالخورده وجود مشکلات اختلال خواب با کاهش چشمگیر عملکرد توجه و حافظه همراه بود. کورتیزول یک هورمون استرس در ارتباط با کیفیت پایین خواب است. وجود کورتیزول ممکن است ارتباطی بین اختلال خواب و کاهش شناختی باشد (۴۶)، به این دلیل که کیفیت پایین خواب می‌تواند باعث ترشح زیاد کورتیزول شود که در نتیجه به بافت آسیب می‌رساند یا باعث التهاب مغز می‌شود. علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که کیفیت پایین خواب می‌تواند باعث خستگی شود که ممکن است منجر به اختلال شناختی ضعیف با مشکلات عملکردی شود (۴۷). همچنین Kim و همکاران در ۲۰۱۷ با مطالعه سالمندان دریافتند که یک رابطه U شکل بین نارسایی شناختی و طول دوره خواب وجود دارد. به‌عنوان‌مثال، انعطاف‌پذیری سیناپسی با اختلال در خواب باعث مهار عملکرد مسیر عصبی ازجمله گابا می‌شود (۴۸) و اختلال خواب تحت-تاثیر سیستم ایمنی و غدد درون‌ریز منجر به غلظت β- آمیلوئید بالاتر که به‌عنوان عامل اصلی در القاء و ایجاد بیماری آلزایمر در نظر گرفته شده بود، قرار گرفت (۴۹). مشکلات خواب باعث التهاب عصبی و آشفتگی نوروژنز می‌شود که به یادگیری و حافظه، از طریق اثرگذاری روی مناطق هیپوکامپ، آسیب می‌زند و منجر به نارسایی شناختی می‌شود (۵۰).

از طرفی نتایج نشان دادند که سبک مساله‌مدار، سبک هیجان‌مدار و سبک اجتنابی از سبک‌های مقابله‌ای در سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب تفاوت معنادار دارند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات Zhang و همکاران (۵۱)، Yoshida و همکاران (۵۲)،Hoyt و همکاران (۵۳) مطابقت داشت.

در تبیین این یافته‌ها Hoyt و همکاران، نشان دادند که سبک مقابله اجتنابی، تأثیر مضر بر مشکلات خوابیدن، بیدار شدن از خواب شبانه و بیدار شدن صبح زود و همچنین میزان تأثیر این مشکلات در عملکرد روزانه دارد (۵۳).

در پژوهش Zhang و همکاران، یک‌چهارم آزمودنی‌هایی که آشفتگی خواب را تجربه کرده بودند، ادعا کردند که روشی برای مقابله با مشکلات خواب خود نیافتند؛ و ۱۲ درصد آن‌ها به‌سادگی این مشکل را نادیده گرفتند. روش مقابله‌ای آن‌ها اغلب چرت‌زدن بود. کسانی که کیفیت خواب کمتری داشتند، گرایش داشتند که از روش مقابله‌ای فعالیت‌های حفظ خواب مختلف استفاده کنند (۵۱).

از طرفی، نریمانی و همکاران (۵۴)، نشان دادند که افراد مبتلابه اختلال خواب نسبت به افراد غیرمبتلا واکنش‌پذیری به استرس بالاتری دارند، بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و در مؤلفه‌های سبک زندگی نمره کمتری می‌گیرند. ازآنجاکه پاتوفیزیولوژی بی‌خوابی را می‌توان یک وضعیت برانگیختگی سایکوفیزیولوژیک در نظر گرفت، بنابراین واکنش‌پذیری به استرس بالا، با فعالیت بیشتر محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال منجر به افزایش بی‌خوابی می‌شود. مقابله هیجان‌مدار نیز با مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش فشار روانی منجر به برانگیختگی شده و بی‌خوابی به دنبال دارد. همچنین در تبیین دیگر می‌توان گفت مهارت‌های مقابله‌ای می-توانند در پیش‌بینی اختلال‌های خواب مؤثر باشند، چرا که افراد سالمند به تناسب نوع راهبرد مقابله‌ای که در مواقع رویارویی با تنش و مشکلات به کار می‌برند، نتایج متفاوتی دریافت می‌کنند. سالمندانی که راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار دارند در زمان مشکلات به راهکار مؤثری می‌رسند؛ بنابراین تنش‌های حاصل از رویدادهای زندگی، خواب آن‌ها را بر هم نمی‌زند و حتی آن‌ها در علل اختلالات خواب خود نیز با توسل به راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مانند راهبردهای مساله‌مدار قادرند عملکرد و رفتار مناسب‌تری داشته باشند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

در مقابله اجتنابی، تلاش‌های رفتاری و شناختی به منظور کاهش دادن، انکار و یا نادیده گرفتن موقعیت استرس‌زاست که نقش حفاظتی دارد و در افراد منفعل پرخاشگر می‌تواند نقش استرس‌آفرینی هم داشته باشد. یافته دیگری نشان داد که نسبت بالایی از افرادی که کیفیت خواب ضعیف‌تری دارند گزارش دادند که نمی‌توانند با موفقیت یک روش مقابله‌ای مناسب پیدا کنند یا سعی کردند مشکل را نادیده بگیرند. یکی از دلایل این است که آن‌ها این مشکل را به اندازه کافی شدید نمی‌دیدند که آن را مشکل بپندارند. از طرفی این آزمودنی‌ها نمی‌توانند یک روش مقابله‌ای مؤثر برای اختلال خوابشان بیابند؛ و یا احساس می‌کنند که هیچ چیزی برای حل مشکل آن‌ها کمک‌کننده نیست.

همچنین نتایج نشان داد که سطح فعالیت فیزیکی متوسط و زیاد در سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب تفاوت معناداری دارد. نتایج مطالعه حاضر رابطه معناداری میان کیفیت خواب سالمندان با میزان فعالیت‌های بدنی روزانه نشان داد که با نتایج رحمانی‌نیا (۵۵)، Elasky (۵۶)، Abby (۵۷) و Wu (۵۸) همسو است. پژوهشگران سالمندشناسی اظهار کرده‌اند که انجام فعالیت‌های بدنی به‌صورت منظم، موجب آرامش بیشتر و افزایش دمای مرکزی بدن می‌شود و به‌عنوان راهی برای آغاز و حفظ خواب خوب، مفید شناخته شده است.

رحمانی‌نیا در مطالعه خود نشان داد که مردان سالمند که هشت هفته برنامه پیاده‌روی داشته‌اند ۳۱ درصد بهبود در کیفیت خواب، ۴۵ دقیقه افزایش در طول مدت خواب و نیز بهبود برخی پارامترهای فیزیولوژیک مرتبط با خواب داشتند. وی از مطالعه خود نتیجه گرفت که پیاده‌روی به‌عنوان راهی برای درمان مشکلات خواب در سالمندان است (۵۵). در تحقیقات Abby و Elasky به ترتیب پس از ۲۱ و ۴ ماه پیاده‌روی بهبود معناداری در کیفیت خواب سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد. پیاده‌روی منظم، ورزش و فعالیت‌های جسمانی بر اساس شواهد علمی موجود به استناد سه نظریه: تنظیم گرمایی، بازسازی مجدد ذخایر بدن و حفظ انرژی بدن موجب بهبود در کمیت و کیفیت خواب می‌شود.

باوجوداینکه ممکن است تصور شود خواب و فعالیت‌های فیزیکی رفتارهایی مجزا هستند و به وسیله مکانیزم‌های فیزیولوژیک مجزایی کنترل می‌شوند، شواهد رو به افزایشی مبنی بر ارتباط بالینی بین خواب و فعالیت بدنی وجود دارد. بر پایه نتایج تعدادی از مطالعات کاهش زمان خواب در سالمندان می‌تواند با کاهش فعالیت فیزیکی و عدم فعالیت مرتبط باشد. Wang و همکاران (۲۰۱۴)، معتقدند فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط، زمان‌های بیداری پس از شروع خواب و تعداد بیدار شدن‌ها را نسبت به زمانی که فرد فعالیت ورزشی انجام نمی‌دهد، کاهش داده و بدین ترتیب باعث افزایش کیفیت خواب می‌شود. در پژوهش حاضر فعالیت فیزیکی با شدت کم تفاوت معناداری بین سالمندان با اختلال خواب و بدون اختلال خواب نشان نداد (۵۹).

اثر ورزش بر طول مدت و کیفیت خواب را می‌توان به بهبود در روحیه افراد و احساس انرژی جسمانی و ذهنی بالاتر پس از ورزش نسبت داد که این پارامترها باعث کوتاه شدن زمان طی شده برای به خواب رفتن و اختلال خواب کمتر در تداوم خواب و درنتیجه خواب بهتر و طولانی‌تر می‌شوند؛ بنابراین با توجه به تبیین‌های گفته شده می‌توان نتیجه گرفت دلیل عدم تفاوت فعالیت جسمانی کم در سالمندان با اختلال و بدون اختلال خواب همین مسئله باشد.

از دیگر نتایج این پژوهش رابطه‌ی بین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت خواب می‌باشد. به این صورت که بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت خواب را پیش‌بینی می‌کند. نتایج این فرضیه با پژوهش‌های Hamilton و همکاران (۶۰)،Howell و همکاران (۶۱)، Kao و همکاران (۶۲)، Barber و همکاران (۶۳)، Moore و همکاران (۶۴)، Fuligni و همکاران (۶۵)، McKinley و همکاران (۶۶)،Steptoe و همکاران (۶۷) همسو است.

کیفیت خواب نامطلوب احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد و توانایی مقابله با تنش‌های روزمره را کم می‌کند. در چنین شرایطی فرد به‌آسانی برانگیخته و عصبانی می‌شود؛ به‌علاوه خواب شبانه می‌تواند روی عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزانه مؤثر باشد. بنابراین مسائل خواب به‌طور معکوس با بهزیستی روان‌شناختی مرتبطند (۶۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند عوامل روانی منفی مانند فشار مالی، حمایت عاطفی کم، تعاملات اجتماعی منفی و استرس مرتبط با مسائل خواب می‌باشند. عاطفه مثبت و بهزیستی روان‌شناختی به طور مستقیم مرتبط با خواب مطلوب می‌باشند و ممکن است میانجی اثرات عوامل خطرزای روانی باشد. به صورتی که با افزایش بهزیستی روان‌شناختی اثرات عوامل خطرزای روانی تعدیل می‌یابد .خواب آشفته احتمالاً با عاطفه مثبت کمتر و کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است و حالات روان‌شناختی مثبت خواب بهتر را ارتقاء می‌دهد (۶۶).

در پژوهشی تحت عنوان کیفیت خواب در برابر کمیت خواب: ارتباط بین خواب و سلامت، بهزیستی روان‌شناختی، خواب‌آلودگی در دانشجویان (۶۸)، نتایج نشان داد میانگین کیفیت خواب مرتبط با سلامت، تعادل عاطفی، رضایت از زندگی و کمیت خواب مرتبط با احساس تنش، افسردگی، خستگی و گیجی می‌باشد. به‌علاوه کیفیت خواب بیشتر مرتبط با خواب‌آلودگی می‌باشد تا کمیت خواب. به‌علاوه بی‌خوابی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

پیش‌بینی‌شده بهزیستی روان‌شناختی ضعیف است (۶۲). یکی از شکایت‌های افرادی که مشکل خواب دارند این است که درحالی‌که در بستر دراز کشیده‌اند، قادر به کنترل افکارشان نیستند و با خصوصیاتی نظیر ذهن فعال هنگام خواب، نگرانی ناتوانی در کنترل افکار توصیف می‌کردند. به نظر می‌رسد افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند پذیرش خود بالاتری دارند و در زمینه‌ی این افکار درگیری ذهنی کمتری دارند. درصورتی‌که فرد درگیری ذهنی کمتر داشته باشد کمتر به افکار قبل از خواب که مهم‌ترین علت بی‌خوابی است دچار می‌شود. بنابراین فردی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارد کیفیت خواب بالاتری دارد؛ اما تمامی این نتایج با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت معنادار بین سالمندان با و بدون اختلال خواب در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، متفاوت است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که به‌طورکلی با توجه به نارسایی‌های شناختی و سبک‌های مقابله منفی سالمندان دارای اختلال خواب، ضروری است در مراکز درمانی و بیمارستانی، مراکز نگهداری سالمندان و همچنین مراکز خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای، خدمات و مداخلاتی به منظور افزایش توانایی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در سالمندان صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از سالمندان گران‌قدری که صمیمانه پژوهشگران را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

References

1.Ghorbanalipour M, Ismail A. determining a significant effect on the anxiety of death in the elderly. Journal of Consulting Culture.2012; 3(9):53-68. [In Persian]
2. Barghi Irani Z, Rajabi M, Nazemi M, Bagian Koule Marz MJ. The role of lifestyle, psychological capital and self-care behaviors in predicting subjective well-being of diabetic elderly peoples. Health Psychology.2017; 6(3): (23). [In Persian]
3. Statistical center of Iran. General population and housing census. Tehran Center of Iran;2006.
4. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. J Gen Fam Med. 2017;18(2):61-71.
5. Bazrafkan H. Investigate the effect of work-home conflict on mental health, job satisfaction and job performance, considering the mediating role of job stress in Tours employees of Iranian National Drilling Company[PhDThesis].Tehran: Tehran university: 2012.
6. Mousavi asl E, Alizadeh T, Sheykh MR. Prevalence of Sleep disorders among medical students of Yasuj University of Medical Sciences. 2015; 6 (1 and 2):55-62.
7. Phillips B, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. Sleep medicine. 2001. 1;2(2):99-114.
8. Guo X, Zheng L, Wang J, Zhang X, Zhang X, Li J, et al. Epidemiological evidence for the link between sleep duration and high blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Sleep medicine. 2013;14(4):324-32.
9. Bauger L. Personality, passion, self-esteem and psychological well-being among junior elite athletes in Norway [Msc thesis]. Universitetet i Tromsø; 2011.
10. Amini M, Dolat Shahi B, Dadkhah A, Lotfi M. The effect of cognitive rehabilitation; In reducing the cognitive impairment of the elderly with Alzheimer's dementia. Salmand periodical.1389;15(5):78-86. [In Persian]
11. Verma M, Grover S, Singh T, Dahiya N, Nehra R. Screening for cognitive impairment among the elderly attending the noncommunicable diseases clinics in a rural area of Punjab, North India. Asian J Psychiatr. 2020;50:102001.
12. Feng H, Li G, Xu C, Ju C, Qiu X. Training Rehabilitation as an Effective Treatment for Patients With Vascular Cognitive Impairment With No Dementia. Rehabil Nurs. 2017;42(5):290-97.
13. Cho MH, Shin DW, Chang SA, Lee JE, Jeong SM, Kim SH, Yun JM, Son K. Association between cognitive impairment and poor antihypertensive medication adherence in elderly hypertensive patients without dementia. Sci Rep. 2018 3;8(1):11688.
14. Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Huppert FA. Cognitive function and psychological well being: findings form a population-based cohort. Age Ageing. 2008;37:685–89.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

15. Cheng H, Furnham A. The associations between parental socio-economic conditions, childhood intelligence, adult personality traits, social status and mental well-being. Soc Indic Res. 2014;117(2):65364.
16. Barber LK, Rupprecht EA, Munz DC. Sleep habits may undermine well-being through the stressor appraisal process. J Happiness Stud. 2014 1;15(2):285-99.
17. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995; 69:719-27.
18. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. Health Qual Life Outcomes. 2007;5:63.
19. Wilson RS, Boyle PA, Segawa E, Yu L, Begeny CT, Anagnos SE, Bennett DA. The influence of cognitive decline on well-being in old age. Psychol Aging. 2013;28(2): 304-13.
20. Yaffe K, Lindquist K, Vittinghoff E, Barnes D, Simonsick EM, Neumen A, et al. The effect of maintaining cognition on risk of disability and death. J Am Geriatr Soc. 2010;58:889–94.
21. Mejia M, Hyman SM, Behbahani S, Farrell-Turner K. Death anxiety and ageist attitudes are related to trainees' interest in working with older adults. Gerontol Geriatr Educ. 2018;39(3):341-56.
22. Łojko D, Pałys W, Czajkowska A, Wieczorowska-Tobis K, Łukasik S, Górna K, et al. Association of cognitive performance with the physical activity and body mass index in middle-aged and older rural inhabitants. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2014;18(23):3645-52.
23. Abdullahzadeh M, Naji S. The Effect of Matricaria Chamomilla on Sleep Quality of Elderly People Admitted to Nursing Homes. IJN. 2014; 27 (89):69-79. [In Persian]
24. Hung HC, Yang YC, Ou HY, Wu JS, Lu FH, Chang CJ. The relationship between impaired fasting glucose and self reported sleep quality in a Chinese population. Clin Endocrinol (Oxf). 2013;78(4):518- 24.
25. Rahmani Nia E, Mohebi A,Saberian M. The effect of walking on quality and, quantity and some of physiologic parameters related to sleep in elderly men. Journal of sport Biosciences. 2009;3(1):111-16. [In Persian]
26. Akbari AA, Shams A, Bbdoli B, Samsipur P. The effect of low and moderate intensity aerobic exercises on sleep quality in older adults. Salmand. 2015;10(1):1-18. [In Persian]
27. Esmaeli M. Comparing of personality traits, ineffective attitudes and coping styles in people with and without high blood pressure [Msc thesis]. Tabriz: Tabriz University.;2008.
28. Gustems-Carnicer J, Calderón C. Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. Eur J Psychol Educ. 2013;28(4):1127-40.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

29. Marquez-Arrico JE, Benaiges I, Adan A. Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. Psychiatry research. 2015;228(3):752-9.
30. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF. Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer. J Pers Soc Psychol. 1993, 65: 375-90.
31.Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069.
32.Sadidi M, Yamini M. Prediction of psychological well-being based on coping strategies and alexithymia. psychological studies. 2017. 125-41. [In Persian]
33. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. J Pers Soc Psychol. 1990;58(5):p844.
34. Narimani M, Mahmoodzadeh S, Basharpoor S. Comparing Stress Reactivity, Coping and Life Styles in People with and without Insomnia. J Health. 2019;9(5): 549-64. [In Persian]
35. Homaei, R. pooyanmehr, M. The relationship between health promoting life styles and sleep quality with social adjustment and life expectancy among elderly. Aging Psychology. 2018; 3(4): 271-80. [In Persian]
36. Broadbent DE, Cooper PF, FitzGerald P, Parkes KR. The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. Br J Clin Psychol. 1982;21(1):1-6.
37. Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct validity. Personality and Individual Differences. 2004;37(2):307-24.
38. Motamedi A, Borjali A, Sohrabi Esmrod F, Delavar A, Tangestani Y. Predicting cognitive dysfunction based on psychological disorders by mediating metacognition. Aging Psychology.2019; 4(4): 283-99. [In Persian]
39.Stewart AL, Mills KM, King AC, Haskell WL, Gillis DA, Ritter PL. CHAMPS physical activity questionnaire for older adults: outcomes for interventions. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2001 1;33(7):1126-41.
40. Sahaf R, Rassafiani M, Fadayevatan R, Delbari A, Saboor M, Mirzaee S, Shams A. Reliability and Validity of CHAMPS Physical Activity Question naire for Older People Living in Tehran. Salmand. 2014;206-48. [In Persian]
41. Saint Martin M, Sforza E, Roche F, Barthelemy JC, Thomas-Anterion C. Sleep breathing disorders and cognitive function in the elderly: an 8-year follow-up study. the proof-synapse cohort. Sleep. 2015;38(2):p179.
42. Palmer K, Mitolo M, Burgio F, Meneghello F, Venneri A. Sleep disturbance in mild cognitive impairment and association with cognitive functioning. A case-control study. Frontiers in aging neuroscience. 2018;10:p360.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

43. da Silva RA. Sleep disturbances and mild cognitive impairment: a review. Sleep science. 2015;8(1):36-41.
44. Wennberg AM, Wu MN, Rosenberg PB, Spira AP. Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: a review. InSeminars in neurology Thieme Medical Publishers. 2017;37(04):395-406.
45. Lee SY, Lee JY, Han SY, Seo Y, Shim YJ, Kim YH. Neurocognition of aged patients with chronic tinnitus: Focus on mild cognitive impairment. Clinical and experimental otorhinolaryngology. 2020;13(1):p8.
46. Fruehwald-Schultes B, Born J, Kern W, Peters A, Fehm HL. Adaptation of cognitive function to hypoglycemia in healthy men. Diabetes Care. 2000;23(8):1059-66.
47. Tripathi M, Tripathi M, Sharma R, Jaimini A, MD'Souza M, Saw S, et al. Functional neuroimaging using F-18 FDG PET/CT in amnestic mild cognitive impairment: A preliminary study. Indian J Nucl Med. 2013;28(3):p129.
48. Kim EK, Lee SK, Choi YH, Tanaka M, Hirotsu K, Kim HC, et al. Relationship between chewing ability and cognitive impairment in the rural elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2017;70:209-13.
49. Khorgami Z, Sugaya K. Sleep Pattern: Preventing Factors for Alzheimer Disease. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2015; 6:1-12.
50. Yang J, Choi W, Ko YH, Joe SH, Han C, Kim YK. Bright light therapy as an adjunctive treatment with risperidone in patients with delirium: a randomized, open, parallel group study. General hospital psychiatry. 2012;34(5):546-51.
51. Zhang Y, Peters A, Bradstreet J. Relationships among sleep quality, coping styles, and depressive symptoms among college nursing students: A multiple mediator model. Journal of Professional Nursing. 2018;34(4):320-5.
52. Yoshida K, Otaka H, Murakami H, Nakayama H, Murabayashi M, Mizushiri S, Matsumura K, Tanabe J, Matsuhashi Y, Yanagimachi M, Sugawara N. Association between insomnia and coping style in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. Neuropsychiatric disease and treatment. 2018;14:1803.
53. Hoyt MA, Thomas KS, Epstein DR, Dirksen SR. Coping style and sleep quality in men with cancer. Annals of Behavioral Medicine. 2009;37(1):88-93.
54. Narimani M, Mahmoodzadeh S, Basharpoor S. Comparing Stress Reactivity, Coping and Life Styles in People with and without Insomnia. Journal of Health. 2019, s 549-64. [In Persian]
55. Rahmani nia F, Mohebi H, Saberian Borojeni M GH. The Effect of walking on quality, quantity and some physiological parameters related to sleep in old men. J of Sports & Biomedicine, 2009; 1(3): 111-26. [In Persian]
56. Elasky S, McAuley E. Lack of perceived sleep improvement after 4 month structured exercise programs. Randomized Controlled Trial. 2007; 14:538- 40.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]

57. Abby C, King LA, Pruitt SW, Cynthia MC, David KA, Michael VV, et al. Effects of moderate-intensity exercise on polysomnographic and subjective sleep quality in order adults with mild to moderate sleep complaints. The Journal of Physiology and Behavior 2008; 90:229-35.
58. Wu C. Su T. Fang C. Yeh C M. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. J Clin Med Assoc. 2012; 75(2): 75- 80.
59. Wang X, Youngstedt SD. Sleep quality improved following a single session of moderate-intensity aerobic exercise in older women: Results from a pilot study. Journal of sport and health science. 2014;3(4):338-42.
60.Hamilton NA, Nelson CA, Stevens N, Kitzman H. Sleep and psychological well-being. Social Indicators Research. 2007;82(1):147-63.
61. Howell AJ, Digdon NL, Buro K, Sheptycki AR. Relations among mindfulness, well-being, and sleep. Personality and Individual Differences. 2008;45(8):773-7.
62. Kao CC, Huang CJ, Wang MY, Tsai PS. Insomnia: prevalence and its impact on excessive daytime sleepiness and psychological well-being in the adult Taiwanese population. Quality of Life Research. 2008;17(8):1073-80.
63. Barber LK, Rupprecht EA, Munz DC. Sleep habits may undermine well-being through the stressor appraisal process. Journal of Happiness Studies. 2014;15(2):285-99.
61. Moore M, Kirchner HL, Drotar D, Johnson N, Rosen C, Ancoli-Israel S, et al. Relationships among sleepiness, sleep time, and psychological functioning in adolescents. Journal of Pediatric Psychology. 2009;34(10):1175-83.
65. Fuligni AJ, Hardway C. Daily variation in adolescents' sleep, activities, and psychological well-being. Journal of Research on Adolescence. 2006;16(3):353-78.
66. McKinley S, Aitken LM, Alison JA, King M, Leslie G, Burmeister E, Elliott D. Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. Intensive care medicine. 2012 Apr 1;38(4):627-33.
67. Steptoe A, O'Donnell K, Marmot M, Wardle J. Positive affect, psychological well-being, and good sleep. Journal of psychosomatic research. 2008;64(4):409-15.
68. Farhadi Nasab A, Azimi H. Investigating the pattern and mental quality of sleep in medical students of Hamadan University of Medical Sciences and its relationship with personality traits. Ebne sina clinical journal. 2008, 11-5. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-02-17]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.2.2]