

The Effect of Sleep Health Education Program Based on Continuous Care Model on Sleep Quality in The Elderly

Maryam Moradi

MS of Geriatrics Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Hossein Ebrahimi

Associate professor, Clinical Trial Research Center, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Shahrbanoo Goli

Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Mahboobeh Khajeh

* Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. (Corresponding author):

Khajeh@shmu.ac.ir

Received: 2021/09/10

Accepted: 2022/01/30

Doi: 10.52547/ijhehp.10.2.6

ABSTRACT

Background and Objective: One of the most common problems in old age is poor quality sleep, which requires appropriate interventions; therefore, the present study was designed with the aim of the effect of sleep health education program based on continuous care model on sleep quality in the elderly.

Materials and Methods: The above study was performed on 120 elderly people aged 60 years and older living in Gonabad who met the inclusion criteria. Data collection tools included demographic information and Pittsburgh Sleep Questionnaire. After completing the pretest, participants were randomly assigned to one of the interventions (n = 60) and control (n = 60) groups. A one-hour face-to-face training session was held for the intervention group. Follow-up was done by phone twice a week in the first month and in the second and third months every week. Then post-test questionnaire was completed for both groups and data were analyzed using SPSS version 20 software and descriptive and inferential statistical tests and chi-square and t-test.

Results: The mean score of sleep quality before the intervention was in the intervention 8.13 ± 3.35 and control 7.58 ± 2.64 groups that there was no statistically significant difference ($p = 0.32$); After the intervention, a statistically significant difference was observed between the two groups; The mean score of sleep quality was obtained in the intervention group 5.35 ± 2.17 and in the control group 8.08 ± 2.70 ($p < 0.001$).

Conclusion: Sleep health education based on a continuous care model improves the quality of sleep in the elderly, so this method is recommended to improve the quality of sleep in the elderly.

Keywords: Elderly, Sleep Quality, Sleep Hygiene, Continuous Care Model

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Moradi M, Ebrahimi H, Goli Sh, Khajeh M. The Effect of Sleep Health Education Program Based on Continuous Care Model on Sleep Quality in The Elderly. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2022; 10(2): 171-184 .

► **Citation (APA):** Moradi M., Ebrahimi H., Goli Sh., Khajeh M. (Summer 2022). The Effect of Sleep Health Education Program Based on Continuous Care Model on Sleep Quality in The Elderly. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 10(2), 171-184 .

تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شایع ترین مشکلات دوران سالمندی خواب با کیفیت پایین است، که نیازمند مداخلات مناسب می‌باشد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه فوق بر روی ۱۲۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر گناباد که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خواب پیتزبرگ بود. شرکت کنندگان پس از تکمیل پیش آزمون به صورت تصادفی بلوک بندی شده در یکی از گروه‌های مداخله (۶۰ نفر) و کنترل (۶۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه مداخله یک جلسه آموزش حضوری یک ساعته برگزار گردید. در ادامه پیگیری‌ها به صورت تلفنی ماه اول ۲ بار در هفته و ماه دوم و سوم هر هفته انجام شد. سپس پرسشنامه پس آزمون برای هر دو گروه تکمیل شد و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی خی‌دو و تی تست داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت خواب قبل از مداخله در گروه مداخله $۸/۱۳ \pm ۳/۳۵$ و کنترل $۷/۵۸ \pm ۲/۶۴$ بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=۰/۳۲$)؛ بعد از انجام مداخله، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد؛ میانگین نمره کیفیت خواب در گروه مداخله $۵/۳۵ \pm ۲/۱۷$ و در گروه کنترل $۸/۰۸ \pm ۲/۷۰$ به دست آمد ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش بهداشت خواب مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان می‌شود، بنابراین این روش به منظور ارتقا کیفیت خواب سالمندان توصیه می‌شود.

کلیدواژه: سالمند، کیفیت خواب، بهداشت خواب، الگوی مراقبت پیگیر.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

مریم مرادی

کارشناسی ارشد پرستاری سالمندان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

حسین ابراهیمی

دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

شهربانو گلی

استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

محبوبه خواجه

* استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. (نویسنده مسئول):

Khajeh@shmu.ac.ir

◀ **استناد (ونکوور):** مرادی، م، ابراهیمی، ح، گلی، ش، خواجه، م. تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. تابستان ۱۴۰۱؛ ۱۰(۲): ۱۷۱-۱۸۴.

◀ **استناد (APA):** مرادی، م، ابراهیمی، حسین، گلی، شهربانو، خواجه، محبوبه. (تابستان ۱۴۰۱). تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۱۰(۲): ۱۷۱-۱۸۴.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰

سالمندی اغلب با افزایش بیماری‌های مزمن از جمله، بیماری‌هایی مانند فشارخون، بیماری‌های قلبی، دیابت، بی‌اختیاری ادرار، ضعف‌های استخوانی عضلانی و همچنین بی‌خوابی همراه است (۱). طبق مطالعات انجام شده، خواب با کیفیت پایین بعد از سردرد و اختلالات گوارشی، در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد (۲) و از جمله شکایات شایع و دلایل مراجعه افراد سالمند به پزشکان است (۳). بیش از ۵۷ درصد سالمندان جهان اختلالات خواب را گزارش می‌کنند و فقط ۱۲ درصد از آن‌ها از مشکلات خواب شاکی نیستند (۴). بر اساس تحقیقات انجام شده اختلال خواب در سالمندان ایران حدود ۶۷ درصد می‌باشد که این میزان با افزایش سن افزایش می‌یابد (۵). خواب و استراحت نقش ترمیمی و حفاظتی دارد و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم است؛ خواب راحت و سبک باعث افزایش سازگاری فرد و تمرکز حواس بر فعالیت‌های روزمره می‌شود (۶). در مقابل، خواب بی‌کیفیت منجر به ضعیف شدن سیستم ایمنی، افزایش سقوط (۷) و افسردگی (۸) می‌شود. بیشتر سالمندان برای مقابله با اختلالات از داروهای شیمیایی خواب‌آور استفاده می‌کنند. این داروها با تأثیر بر مرحله‌های خواب، کوتاه کردن آن‌ها و همچنین ایجاد کاهش مدت زمان خواب عمیق، ساختار خواب را تغییر می‌دهد، بنابراین به خوابی ترمیم‌کننده منجر نمی‌شود و تقلیل کارآمدی فرد را در پی دارد (۹). روش‌های درمانی دارویی و غیردارویی متعددی برای درمان مشکلات مربوط به خواب وجود دارد (۱۰). یکی از روش‌های درمان غیر دارویی مشکلات خواب، آموزش برنامه بهداشت خواب می‌باشد (۱۱).

اصطلاح بهداشت خواب برای اولین بار توسط پیتر هآوری^۱ در چارچوب ارائه توصیه‌هایی در راستای کمک به بهبود بی‌خوابی استفاده شد (۱۲). بهداشت خواب ممکن است به عنوان رفتارهای تمرینی که باعث سهولت در خواب و اجتناب از رفتارهایی که باعث تداخل خواب می‌شوند؛ تعریف شود (۱۳). بهداشت خواب به لیستی از رفتارها، شرایط محیطی و سایر عوامل وابسته به خواب اشاره دارد که می‌تواند به عنوان یک درمان مستقل یا جزئی از

سایر درمان‌ها برای بیماران مبتلا به بی‌خوابی استفاده شود (۱۴). بهداشت خواب شامل دستورالعمل‌هایی در مورد، تعدیل فاکتورهای محیطی و رفتارهای فردی مرتبط با خواب است (۱۵) به عبارتی بهبود فاکتورهای فردی، رفتاری و محیطی است که باعث کاهش کیفیت خواب می‌شوند (۱۶). تأثیر مثبت بهداشت خواب بر ارتقای کیفیت خواب سالمندان در مطالعات مختلفی از جمله مطالعه طاهری و همکاران (۱۷) و هک و همکاران^۲ (۱۸) به تأیید رسیده است. ولی در مطالعه‌ی مک کری و همکاران^۳ دستورالعمل‌های بهداشت خواب در افراد شرکت‌کننده تفاوت معنی‌داری نداشت (۱۹). اگرچه بر اساس پژوهش‌های متعدد در ایران و خارج از ایران، به تأثیر بهداشت خواب بر کیفیت خواب سالمندان تأکید شده است، اما هنوز، اصلاح کیفیت خواب با استفاده از آموزش‌های مربوط به بهداشت خواب مخصوص سالمندان به‌طور قطعی به‌عنوان راه‌کاری برای مواجهه با اختلالات خواب این قشر از جامعه مورد کاربرد قرار نگرفته است (۲۰). موضوع دیگری که در این میان حائز اهمیت است، آن است که آموزش‌های ارائه‌شده به افراد مختلف، زمانی اثربخشی و تداوم بیشتری برای اجرا دارد که همراه با پیگیری باشد (۲۱) نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش و پیگیری برنامه‌ریزی‌شده می‌تواند به شکل قابل‌توجهی به تبعیت از برنامه آموزشی منجر شود؛ زیرا باعث نهادینه‌تر شدن رفتارهای بهداشتی در مددجو می‌شود (۲۲). پیگیری مستمر به‌عنوان بخشی اساسی از خدمات مراقبتی محسوب می‌شود و بیمارانی که مورد پیگیری قرار می‌گیرند رفتارهای بهداشتی نادرست خود را بیشتر تغییر می‌دهند (۲۱). مراقبت پیگیر یا مستمر فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پیگیر بین مددجو و پرستار، به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی، به‌منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساب‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقای سلامتی آن‌ها هست. این مراقبت کاملاً با ویژگی‌های بیماری‌های مزمن و پویایی مشکلات آن مناسب و

2. Hoch et al

3. McCrae et al

1. Peter Hauri

تمامی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهری گناباد در بازه زمانی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود. حجم نمونه با استفاده از نمره کل کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل بر اساس مطالعه مهدی زاده و همکاران (۲۸) ۱۰۴ نفر (۵۲ نفر در هر گروه) محاسبه گردید، با احتساب احتمال ریزش نمونه‌ها، در کل ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر در گروه مداخله و ۶۰ نفر در گروه کنترل) در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z_{(1-\alpha/2)} + z_{(1-\beta)})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (5.12^2 + 5.3^2)}{(14.75 - 11.86)^2} =$$

در این پژوهش از روش بلوکی به حجم ۴ برای ایجاد تخصیص تصادفی استفاده شد. گناباد داری ۳ مرکز سلامت جامعه می‌باشد که در هر مرکز اسامی سالمندان موجود می‌باشد، از آنجایی که حجم نمونه پژوهش ۱۲۰ نفر برآورد شد، از هر مرکز ۴۰ نفر که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت نمونه گیری متوالی انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا بر اساس پرونده بهداشتی سالمندان در مراکز سلامت جامعه شهری لیست اولیه افراد تهیه گردید. سپس با تک تک این افراد تماس تلفنی برقرار شد و ضمن معرفی پژوهشگر، توضیحات لازم و ضروری درباره این پژوهش به آنان ارائه گردید و از افرادی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند و رضایت شفاهی خود برای شرکت در مطالعه را اعلام نمودند، جهت مراجعه به مرکز سلامت جامعه در تاریخی مورد توافق دعوت شد. این کار تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. به هریک از این ۱۲۰ نمونه یک کد اختصاص داده شد و این کدها بدون نام نمونه‌ها در اختیار مشاور آمار قرار گرفته و بر اساس تخصیص تصادفی بلوک بندی شده به حجم بلوک ۴ تایی (دو تخصیص به گروه کنترل و دو تخصیص به گروه مداخله)، افراد به صورت مساوی به دو گروه ۶۰ نفره کنترل و مداخله اختصاص داده شدند. توالی تخصیص تصادفی توسط نرم افزار مشخص شد. در پژوهش فوق پرسشنامه اصلی (پیش آزمون) قبل از اختصاص افراد به دو گروه توسط پژوهشگر اصلی در اختیار

هماهنگی دارد (۲۳). الگوی مراقبت پیگیر برای اولین بار توسط احمدی در سال ۱۳۸۰ طراحی و در مورد بیماران مبتلابه اختلال عروق کرونری به کار گرفته شد و نتایج مثبتی به دست آمد (۲۴). الگو فوق از چهار مرحله آشناسازی^۱، حساس سازی^۲، کنترل^۳ و ارزشیابی^۴ تشکیل شده است. در این الگو، مددجو به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌شود. آشناسازی: اولین مرحله در مدل مراقبت پیگیر، مسئله آشناسازی است و هدف این مرحله شناخت متعامل (بیمار، خانواده، پرستار) و تبیین مراحل مدل می‌باشد. حساس سازی: روند حساس سازی به منظور درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم می‌باشد و هدف از این مرحله شناخت ماهیت بیماری، عوارض زودرس و دیررس و محدودیت‌ها و غیره توسط بیمار و خانواده و درگیر سازی آن‌ها با مشکل مزمن با توجه به نیازهای وی می‌باشد. کنترل: هدف این مرحله نهادینه کردن و استمرار بخشی رفتارهای بهداشتی در جهت ارتقای سلامتی است. ارزشیابی: به عنوان گام چهارم و نهایی الگو مطرح شده است، اما این مهم در تمامی مراحل مورد توجه و جاری می‌باشد. هدف این مرحله بررسی روند مراقبت (موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌ها) و اندازه گیری و مقایسه شاخص‌های کنترلی می‌باشد (۲۵).

این الگو در مورد شاخص‌های متعددی چون بیماری‌های مزمن (۲۶) و کیفیت خواب (۲۷) به کار گرفته شده و تأثیرات مثبتی را نشان داده است. با در نظر گرفتن شیوع بالای اختلالات خواب در دوران سالمندی، نیاز به مداخله‌ای کم هزینه و بدون عارضه در این زمینه احساس می‌شود بنابراین مطالعه حاضر تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. جامعه پژوهش

1. Sensitivation
2. Oriantation
3. Oriantation
4. Evaluation

دامنه آن از ۰ تا ۲۱ است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین تر است. نمره بالاتر از ۵ دلالت بر کیفیت خواب نامطلوب دارد. سازندگان، پایایی درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آوردند (۲۹). در نسخه ایرانی این پرسشنامه روایی $0/88$ و پایایی $0/70$ به دست آمد (۳۰).

به منظور ارزیابی وضعیت شناختی در سالمندان بی سواد از پرسشنامه (AMTS) استفاده شد. این پرسشنامه با ۱۰ سؤال اولین بار توسط هاچکینسون^۵ در سال ۱۹۷۲ از تست ۳۷ سوالی هاچکینز^۶ که امتیاز آن همبستگی خوبی با بیماران پاتولوژی مغزی داشت، استخراج شد (۳۱). روایی و پایایی آن در سال ۱۹۷۴ توسط خود هاچکینسون صورت پذیرفت (۳۲). اعتبار سنجی نسخه فارسی آن توسط بختیاری و همکاران برای اولین بار در سال ۲۰۱۵ با ضریب آلفای کرونباخ $0/76$ و حساسیت $92/15$ درصد و ویژگی $81/5$ درصد صورت پذیرفت. در این ابزار برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می شود و در پایان مجموع امتیازات محاسبه می شود. اخذ امتیاز کمتر $7/10$ اختلال شناختی محسوب می شود و فرد از پژوهش خارج می گردد (۳۳). به منظور ارزیابی وضعیت شناختی در سالمندان باسواد از آزمون کوتاه وضعیت شناختی (MMSE) استفاده شد. این پرسشنامه یک آزمون ۲۰ سوالی است که به منظور غربالگری اختلالات شناختی به کار می رود. این آزمون این پرسشنامه در سال ۱۹۷۵ توسط فولستین^۷ معرفی شد. این پرسشنامه ۳۰ نمره دارد که شامل: جهت یابی و حافظه ۱۶ نمره، توجه و تمرکز ۵ نمره، ارزیابی توانایی های زبان و فهم ۸ نمره و توانایی دیداری فضایی ۱ نمره دارد. نحوه امتیاز دهی این پرسشنامه به این صورت است که امتیاز ۲۷-۳۰ به عنوان سطح عملکرد طبیعی در نظر گرفته می شود، امتیاز ۲۶-۲۱ اختلال شناختی خفیف، امتیاز ۲۰-۱۱ اختلال شناختی متوسط و امتیاز ۱۰-۰ دارای اختلال شناختی شدید هستند (۳۴). این آزمون در ایران توسط سیدیان و همکاران در سال (۱۳۸۶) روایی و پایایی اعتباریابی شده است. بر اساس این

سالمندان قرار گرفته و تکمیل شد. پس از انجام مداخله پرسشنامه پس آزمون توسط شخص دیگری غیر از پژوهشگر اصلی تکمیل گردید که از گروه افراد مطلع نبود. همچنین تحلیل کننده اطلاعات نیز از گروه افراد مطلع نبود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۶۰ سال و بالاتر، برخوردار بودن از سلامت شناختی، تکلم و سلامت شناختی (کسب نمره ۲۴ یا بیشتر از پرسشنامه مختصر وضعیت شناختی (MMSE)^۱ در سالمندان باسواد و کسب نمره ۷ یا بیشتر از پرسشنامه کوتاه شده وضعیت شناختی (AMT)^۲ در سالمندان بی سواد)، عدم ابتلا به بیماری های افسردگی، سرطان، نارسایی قلبی، بیماری شدید ریوی، معلولیت ذهنی و جسمی، درد مزمن، آلزایمر بر اساس پرونده بهداشتی سالمند و امکان برقراری تماس تلفنی با مددجو و معیارهای خروج شامل: بستری شدن در بیمارستان در طول دوره مداخله، مرگ نزدیکان و هر حادثه غیر مترقبه مشابه در طول مداخله، قطع ارتباط تلفنی به مدت ۳ هفته در حین انجام مداخله بود.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای ۲ بخشی که بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، کفایت درآمد، اشتغال، همراه زندگی و تعداد سال های موفق تحصیل، بخش دوم پرسشنامه استاندارد کیفیت خواب پیترزبرگ (PSQI)^۳ بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط بویس^۴ و همکاران در موسسه روانپزشکی پیترزبرگ ساخته شد، این پرسشنامه کیفیت خواب را در طی یک ماه گذشته را بررسی می کند. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است و دارای ۷ مولفه شامل کیفیت ذهنی خواب (۲ سؤال)، تأخیر در به خواب رفتن (۲ سؤال)، طول مدت به خواب رفتن (۲ سؤال)، کارایی و موثر بودن خواب (۲ سؤال)، اختلالات خواب (۳ سؤال)، مصرف داروهای خواب آور (۴ سؤال) و عملکرد نامناسب در طول روز (۳ سؤال) و همچنین یک نمره کلی می باشد. امتیاز هر جزء بین ۰ تا ۳ است. مجموع میانگین نمرات این هفت جزء، نمره کل ابزار را تشکیل میدهد که

1. Mini Mental State Examination
2. Abbreviated Mental Test
3. Pittsburgh Sleep Quality Index
4. Buysse

5. Hodkinson
6. Hopkins
7. Folstein

تحقیق حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۹۳/۵ درصد گزارش شده است و پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۱ می باشد (۳۵). اخذ امتیاز کمتر از ۳۰-۲۷ اختلال شناختی محسوب می شود و فرد از پژوهش خارج گردید.

پس از کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با شماره IR.SHMU.REC.1397.192 معرفی نامه لازم از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود اخذ و به معاونت بهداشتی شهرستان گناباد ارایه داده شد. پس از کسب رضایت مسئولین معاونت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان گناباد جمع آوری داده ها در مراکز شروع شد. در ادامه افرادی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند و رضایت شفاهی خود برای شرکت در مطالعه را اعلام نمودند، جهت مراجعه به مرکز سلامت جامعه در تاریخی مورد توافق دعوت شد. پس از توضیح مجدد هدف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از سالمندان و پس از تکمیل پیش آزمون، به دلیل سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس های گروهی، افراد گروه مداخله به ۴ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و در این تقسیم بندی تلاش شد تا سالمندانی که از نظر مواردی مانند سواد، شرایط جسمی و جنسیت شباهت بیشتری به هم داشتند در یک گروه قرار گیرند. سپس برنامه آموزشی بر اساس مدل مراقبتی پیگیر در مورد بهداشت خواب اجرا گردید. این برنامه یک جلسه حضوری یک ساعته بود که حاوی مطالب ذیل بوده و در مرکز سلامت جامعه برگزار گردید:

اهمیت خواب در زندگی سالمند، تغییرات خواب در دوران سالمندی، بهداشت خواب و عوامل مؤثر بر آن و آموزش این مسایل شامل آموزش تأثیر عادت ها و شیوه زندگی مانند ساعت خواب و بیداری محیط خواب (نور، صدا، درجه حرارت) و مصرف دخانیات بر کیفیت خواب و چگونگی تعدیل این شرایط برای داشتن خوابی راحت و مسایل فوق در اختیار سالمندان قرار گرفت. جزوه آموزشی برای سالمندان بی سواد توسط همکار پژوهشگر قرائت شد.

پس از اجرای جلسه آموزشی، به منظور کنترل، پیگیری و اطمینان از تغییر رفتار در سالمندان در امتداد برنامه آموزشی، مدل مراقبت پیگیر اجرا شد. سپس مدل مراقبت پیگیر برای گروه آزمون به مدت ۳ ماه اجرا شد. مدل مراقبت پیگیر که یک مدل مراقبتی بومی ایران است. مراحل مختلفی است که پیوستگی و انسجام خاص خود را دارد و شامل آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی است (۲۸). (جدول ۱)

جدول ۱: مراحل مدل مراقبت پیگیر

| مرحله | مدل مراقبت پیگیر |
|------------------|--|
| مرحله آشناسازی | افراد گروه مداخله به ۴ گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و برای هر گروه یک جلسه ی یک ساعته حضوری به صورت سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ برگزار گردید. محتوای آموزشی شامل بیان مجددا هدف از انجام مطالعه اهمیت خواب در زندگی سالمند، تغییرات خواب در دوران سالمندی، بهداشت خواب و عوامل مؤثر بر آن و آموزش این مسائل شامل آموزش تأثیر عادت ها و شیوه زندگی مانند ساعت خواب و بیداری محیط خواب (نور، صدا، درجه حرارت) و مصرف دخانیات بر کیفیت خواب و چگونگی تعدیل این شرایط برای داشتن خوابی راحت و با کیفیت بود (۱۵). (هفته اول مداخله) |
| مرحله حساس سازی: | روند حساس سازی به منظور درگیر کردن بیمار در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم انجام یافت. این فرایند از طریق آموزش چهره به چهره و در قالب سخنرانی، پرسش و پاسخ صورت گرفت. علاوه بر این، در این مرحله کتابچه آموزشی که حاوی مطالبی ساده و قابل فهم و به دور از اصطلاحات تخصصی در مورد سالمندی، تغییرات خواب در دوران سالمندی، بهداشت خواب و عوامل مؤثر بر آن و آموزش این مسائل شامل آموزش تأثیر عادت ها و شیوه زندگی مانند ساعت خواب و بیداری محیط خواب (نور، صدا، درجه حرارت) و مصرف دخانیات بر کیفیت خواب و چگونگی تعدیل این شرایط برای داشتن خوابی راحت و با کیفیت در اختیار سالمندان قرار گرفت. محتوای کتابچه برای سالمندان بی سواد توسط نویسنده اول قرائت شد. (هفته اول مداخله) |
| مرحله کنترل: | در این مرحله ادامه ی مشاوره ها به صورت پیگیری تلفنی به مدت ۱۲ هفته صورت گرفت. بدین ترتیب که ماه اول هفته ای ۲ بار و ماه دوم و سوم هفته ای یک بار با سالمندان تماس گرفته شد. طول مدت مکالمه تلفنی به طور میانگین ۱۵ دقیقه و زمان برقراری تماس پژوهشگر با توافق سالمندان بین ۸ صبح تا ۱ بعدازظهر تعیین شد. محتوای تلفنی در بخش اول یادآوری رفتارهای بهداشت خواب مرتبط با مطالب آموزشی و بخش دوم رفع مشکلات سالمندان بود. محتوای مکالمه هر جلسه در فرم های تنظیم شده ثبت گردید. گروه کنترل در طول مداخله تحت مراقبت های روتین بهداشتی قرار داشتند. |
| مرحله ارزشیابی: | در این مرحله بلافاصله بعد از اتمام مداخله با سالمندان گروه کنترل و مداخله تماس گرفته شد و از آن ها دعوت شد در تاریخ های خاصی به مراکز مراجعه و جمع آوری کننده اطلاعات که از نحوه تخصیص افراد به گروه ها اطلاع نداشت پرسشنامه را برای گروه مداخله و کنترل تکمیل کرد. |

سالمندان توضیح داده شد و در صورت تمایل به همکاری پس از اخذ رضایت آگاهانه و آزادانه وارد مطالعه شدند. این پژوهش با کد اخلاقی به شماره IR.SHMU.REC.1397.192 در دانشگاه علوم پزشکی گناباد به ثبت رسیده است.

یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات مربوط به ۱۲۰ سالمند (شامل ۶۰ نفر در گروه مداخله و ۶۰ نفر در گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جدول شماره دو ویژگی‌های جمعیت شناختی و مقایسه همگنی سالمندان دو گروه آزمون و کنترل را نشان می‌دهد. هیچ اختلاف آماری معنی داری بین متغیرهای یاد شده در بین دو گروه وجود نداشت بنابراین دو گروه از نظر آماری همگن بودند ($p < 0/05$).

برای گروه کنترل مراقبت‌های روتین مرکز بهداشت شامل کنترل روتین فشار خون، دیابت و کنترل سایر مشکلات زمینه‌ای انجام گرفت، پس از پایان طرح جزوه آموزشی در اختیار سالمندان گروه کنترل قرار داده شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (جدول فراوانی و غیره) و همچنین، آزمون‌های کای دو، تی مستقل، تی زوجی و من ویتنی انجام شد. توزیع نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف (سن و تعداد سال‌های موفق تحصیل) و نمودار هیستوگرام بررسی شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی اقداماتی انجام شد، از جمله ی این موارد: پیروی از اصول اخلاق پژوهش به منظور حفظ اسرار فرد شرکت کننده در مطالعه، توضیحات لازم مبنی بر اینکه هیچگونه نامی از فرد در گزارشات آورده نمی‌شود، اهداف مطالعه برای

جدول ۲. مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان در گروه مداخله و کنترل

| متغیرها | مداخله (درصد فراوانی) | کنترل (درصد فراوانی) | P مقدار |
|--------------------|------------------------|------------------------|----------|
| جنسیت | مرد | ۲۴ (۲۰٪) | * ۰/۷۱ |
| | زن | ۳۶ (۳۰٪) | |
| اشتغال | خانه دار | ۳۴ (۲۸٪) | * ۰/۳۶ |
| | آزاد | ۱۰ (۸٪) | |
| | بازنشسته | ۱۶ (۱۳٪) | |
| تأهل | متأهل | ۵۰ (۴۲٪) | * ۰/۰۶ |
| | بدون همسر | ۱۹ (۱۶٪) | |
| همراه زندگی سالمند | با خانواده | ۵۶ (۴۷٪) | ** ۰/۰۵ |
| | به تنهایی | ۴ (۳٪) | |
| وضعیت اقتصادی | کمتر از تامین نیاز | ۴ (۳٪) | * ۰/۲۳ |
| | در حد تامین نیاز | ۵۶ (۴۷٪) | |
| نوع متغیر | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | P- value |
| سن | ۶۷/۸۸ ± ۷/۵۹ | ۶۹/۲۵ ± ۷/۰۳ | *** ۰/۱۴ |
| سال‌های موفق تحصیل | ۴/۸۸ ± ۴/۷۷ | ۴/۴۵ ± ۴/۷۰ | *** ۰/۵۴ |

* خی دو * فیشر *** من ویتنی

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه‌های کیفیت خواب سالمندان در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش بهداشت خواب با الگوی مراقبت پیگیر

| P value | بعد از مداخله | | قبل از مداخله | | گروه | متغیر |
|----------|---------------|---------|---------------|----------|---------------|----------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| **<0/001 | 0/33 | 0/91 | 0/60 | 1/15 | مداخله | کیفیت ذهنی خواب |
| **0/10 | 0/55 | 1/28 | 0/43 | 1/18 | کنترل | |
| | | | | **0/72 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/86 | 1/58 | 0/84 | 2/821 | مداخله | تاخیر در به خواب رفتن |
| **0/09 | 0/88 | 2/26 | 1/08 | 2/03 | کنترل | |
| | | | | **<0/001 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/65 | 0/66 | 0/95 | 1/15 | مداخله | طول مدت زمان خواب |
| **0/05 | 0/96 | 1/48 | 0/99 | 1/21 | کنترل | |
| | | | | **<0/001 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/37 | 0/11 | 0/83 | 0/46 | مداخله | میزان بازدهی خواب |
| **0/84 | 0/71 | 0/38 | 0/73 | 0/36 | کنترل | |
| | | | | **<0/001 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/25 | 1/06 | 0/56 | 1/53 | مداخله | اختلالات خواب |
| **0/08 | 0/49 | 1/58 | 0/52 | 1/40 | کنترل | |
| | | | | **<0/001 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/45 | 0/21 | 0/99 | 0/55 | مداخله | میزان داروی خواب آور مصرفی |
| **0/06 | 0/72 | 0/30 | 0/81 | 0/47 | کنترل | |
| | | | | **0/45 | سطح معنی‌داری | |
| **<0/001 | 0/58 | 0/78 | 0/75 | 1/06 | مداخله | اختلال عملکرد روزانه |
| **0/19 | 0/78 | 0/78 | 0/82 | 0/91 | کنترل | |
| | | | | **1/00 | سطح معنی‌داری | |

نتایج آزمون تی مستقل *نتایج آزمون تی زوجی

نتایج آزمون تی زوجی بین میانگین نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه کیفیت خواب سالمندان در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله هیچ اختلاف تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۳). بر اساس آزمون آماری مستقل بین میانگین نمره کیفیت خواب دو گروه قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، میانگین کیفیت خواب در دو گروه بعد از مداخله و نیز تفاضل میانگین کیفیت خواب دو گروه قبل و بعد از مداخله با هم تفاوت معنی‌داری داشتند (جدول شماره ۴).

بر اساس آزمون آماری تی مستقل بین میانگین نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه کیفیت خواب سالمندان در دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله اختلاف معنی‌داری وجود نداشت در حالیکه بر اساس نتایج آزمون تی مستقل بعد از انجام مداخله، بین میانگین نمرات بعضی از حیطه‌ها تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد. بر اساس نتایج تی زوجی بین میانگین نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه کیفیت خواب سالمندان در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین بر اساس

جدول ۴. میانگین نمره و تفاضل میانگین نمره کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی بهداشت خواب با الگوی مراقبت پیگیر

| نتیجه آزمون تی مستقل | گروه مداخله | | تفاوت میانگین قبل و پس از مداخله |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | |
| | ۷/۵۸ \pm ۲/۶۴ | ۸/۱۳ \pm ۳/۳۵ | قبل از مداخله |
| | ۸/۰۸ \pm ۲/۷۰ | ۵/۳۵ \pm ۲/۱۷ | بعد از مداخله |
| | -۰/۵۰ \pm ۲/۲۲ | ۲/۷۸ \pm ۲/۲۳ | تفاضل میانگین قبل و پس از مداخله |

بحث و نتیجه گیری

باعث بهبود کیفیت خواب در سالمندان می‌شود. بین میانگین نمره کلی کیفیت خواب دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای برنامه آموزش بهداشت خواب با الگوی مراقبت پیگیر تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد. در مطالعه‌ای که توسط هک و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که برنامه بهداشت خواب باعث بهبود کیفیت خواب سالمندان می‌شود (۱۸). نتایج طاهری و همکاران حاکی از آن بود که برنامه بهداشت خواب باعث بهبود کیفیت کلی خواب زنان سالمند می‌شود (۱۷). همچنین نتایج مطالعه‌ی منتظری و همکاران حاکی از بهبود کیفیت کلی خواب زنان سالمند با استفاده از آموزش برنامه بهداشت خواب بود (۳۷). نتایج مطالعات فوق همراستا با نتایج مطالعه حاضر بود.

بهداشت خواب به مفهوم گسترش آموزش افراد در مورد تمرین‌های سبک زندگی سالم است که سبب بهبود خواب می‌شود (۴۰). بر اساس تحقیقات انجام شده برنامه بهداشت خواب، علاوه بر افراد سالم برای کسانی که بدون وجود اشکال عضوی بارز دچار بی‌خوابی خفیف یا متوسط هستند موثر است (۳۶). علاوه بر این در پژوهش حاضر از الگوی مراقبت پیگیر استفاده شده است، که نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که آموزش و پیگیری برنامه‌ریزی شده می‌تواند به شکل قابل توجهی به تبعیت از برنامه آموزشی منجر شود؛ زیرا باعث نهادینه‌تر شدن رفتارهای بهداشتی در مددجو می‌گردد (۲۱). که نتایج پژوهش حاضر نیز تأییدی بر این مطالعات می‌باشد.

نتایج مطالعات مهدی زاده و همکاران نشان داد الگوی مراقبت

هدف از پژوهش حاضر تأثیر برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب سالمندان تحت پوشش مراکز سلامت شهری گناباد بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر حاکی از پایین بودن میانگین نمره کیفیت کلی خواب و هفت خرده مقیاس آن (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، میزان داروی خواب آور مصرفی، اختلال عملکرد روزانه) در گروه آزمون و مداخله قبل از انجام مداخله بود. نتایج مطالعات هک و همکاران (۱۸)، طاهری و همکاران (۱۷)، منتظری و همکاران (۳۷)، مهدی زاده و همکاران (۲۸)، گل‌افروز و همکاران (۳۸)، متقی و همکاران (۳۹) نیز حاکی از پایین بودن کیفیت خواب سالمندان قبل از انجام مداخله بود که با یافته‌های مطالعه حاضر همراستا می‌باشد. مشابه بودن میانگین نمره خواب و همچنین پایین بودن آن در همگی مطالعات ذکر شده نشان دهنده توجه به همسان بودن شرایط گروه‌های مداخله و کنترل قبل از انجام تحقیق بوده و همچنین نشان می‌دهد سالمندان مورد بررسی اغلب دچار مشکلات خواب بوده و کیفیت خواب پایین داشته‌اند. پس از اجرای برنامه آموزش بهداشت خواب مبتنی بر الگوی مراقبت پیگیر به مدت ۳ ماه، نتایج حاکی از بهبود میانگین نمره کلی کیفیت خواب و همچنین میانگین نمرات کیفیت خواب در پنج زیر مقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب در گروه آزمون بود. به عبارت دیگر رعایت نکات مربوط به برنامه بهداشت خواب

پیگیر باعث بهبود کلی کیفیت خواب و بهبود خرده مقیاس‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، اختلالات خواب، میزان داروی خواب آور مصرفی در مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی می‌شود نتایج این پژوهش به جز خرده مقیاس میزان داروی خواب آور مصرفی با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۸). احتمال همسو نبودن مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی مهدی‌زاده و همکاران، می‌تواند مربوط سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد، زیرا سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان مطالعات ذکر شده بالاتر از سطح تحصیلات پژوهش حاضر می‌باشد. احتمالاً باعث شده است که عوارض مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور را بهتر درک کنند بنابراین باعث مصرف کمتر داروهای خواب‌آور در مطالعات مذکور باشد. همچنین بنظر می‌رسد افراد با تحصیلات بیشتر از راه‌ها و روش‌های مقابله با مشکلات خواب آگاه‌تر بوده و به همان نسبت نیز بیشتر آن را در زندگی خود بکار می‌برند و در کنترل اختلالات خواب و بهبود آن نیز موفق‌ترند. علاوه بر این در مطالعه‌ی مهدی‌زاده و همکاران (۴۱) واحدهای مورد مطالعه همگی بیمار بودند و از این رو برای کنترل و درمان بیماری روزانه داروهای زیادی مصرف می‌نمودند بنابراین احتمالاً تمایل به مصرف داروهای بیشتری نداشتند.

گل‌افروز و همکاران نشان دادند الگوی مراقبت پیگیر باعث بهبود کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، اختلال عملکرد روزانه و کیفیت کلی خواب مبتلایان به دیابت نوع ۲ می‌شود، نتایج این پژوهش به جز خرده مقیاس اختلال عملکرد روزانه با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۳۸). احتمال همسو نبودن مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی گل‌افروز و همکاران احتمالاً می‌تواند مربوط به میانگین سنی واحدهای پژوهش باشد. میانگین شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی گل‌افروز و همکاران ۵۳/۸۱ سال بود در حالیکه میانگین سنی مطالعه‌ی حاضر ۶۸/۷ سال بود. بر اساس مطالعات انجام شده با بالارفتن سن، تغییرات عمده در کیفیت و ساختار خواب و بیداری ایجاد می‌شود (۴۲)؛ زمان کلی در بستر بودن برای به خواب رفتن

زیاد می‌شود ولی خواب عمیق کاهش می‌یابد، که باعث خواب‌آلودگی در روز بعد می‌شود (۴۳).

متقی و همکاران نشان دادند درمان شناختی-رفتاری شامل درمان با برنامه بهداشت باعث بهبود کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، میزان داروی خواب آور مصرفی و کیفیت کلی خواب سالمندان می‌شود نتایج این پژوهش به جز خرده مقیاس میزان داروی خواب آور مصرفی با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۳۹). احتمال همسو نبودن مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی متقی و همکاران می‌تواند مربوط به بیشتر بودن تعداد پیگیری‌های مطالعه‌ی حاضر از مطالعه‌ی متقی و همکاران باشد که باعث تبعیت بهتر شرکت‌کنندگان از برنامه بهداشت خواب شده است. نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که آموزش و پیگیری برنامه‌ریزی شده می‌تواند به شکل قابل توجهی به تبعیت از برنامه آموزشی منجر شود؛ زیرا باعث نهادینه‌تر شدن رفتارهای بهداشتی در مددجو می‌گردد مورین و همکاران^۱ نشان داد درمان شناختی-رفتاری موجب بهبود کفایت خواب و ترک داروهای خواب‌آور در سالمندان می‌شود، نتایج این پژوهش به جز خرده مقیاس ترک داروهای خواب‌آور با یافته‌های حاضر پژوهش همخوانی دارد (۴۴). هدایت و همکاران نشان دادند درمان‌های رفتاری - شناختی شامل درمان با برنامه بهداشت خواب باعث بهبود کیفیت کلی کیفیت خواب سالمندان و پنج خرده مقیاس کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب می‌شود، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۴۵). ادینجر و همکاران^۲ نشان دادند درمان‌های رفتاری - شناختی شامل درمان با برنامه بهداشت خواب باعث بهبود کیفیت کلی کیفیت خواب سالمندان می‌شود همچنین نتایج بدست آمده باعث در پیگیری ۶ ماهه همچنان پایدار بود (۴۶). مورین و همکاران که به بررسی اثر بخشی درمان‌های رفتاری و دارویی بر بی‌خوابی سالمندان پرداختند، نتایج حاکی از آن بود که هر دو نوع مداخله

1. Morin et al

2. Edinger et al

نقش بهداشت خواب بر کیفیت خواب است. طبق مطالعات انجام شده رعایت نکردن اصول بهداشت خواب به ندرت به تنهایی عامل اصلی بروز بی‌خوابی است و معمولاً عوامل دیگری در بروز این عارضه دخالت دارند، ولی رعایت نکردن بهداشت خواب می‌تواند باعث تشدید علل دیگر بیخوابی شود و یا در روند درمان بیخوابی اختلال ایجاد نماید (۵۱).

با توجه به اینکه در مطالعه حاضر سالمندان مقیم جامعه و منازل ارزیابی شدند، به نظر می‌رسد نتایج حاصل قابل تعمیم به سالمندان بستری در بیمارستان و خانه سالمندان نمی‌باشد. علاوه بر این در مطالعه فوق نوع تغذیه و میزان فعالیت سالمندان مشخص نشده است که احتمالاً ممکن است بر کیفیت خواب سالمندان تأثیر گذار باشد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد آموزش بهداشت خواب با الگوی مراقبت پیگیر موجب بهبود کیفیت خواب سالمندان می‌شود لذا با توجه به شیوع بسیار بالای اختلالات خواب و عوارض آن در سالمندان، استفاده از این الگو به عنوان یک درمان غیر دارویی برای مدیریت اختلال خواب سالمندان به کارکنان مراقبت بهداشتی، سالمندان و مراقبان آن پیشنهاد می‌گردد زیرا علاوه بر نداشتن عوارض و سهولت استفاده توسط خود سالمند موجب بهبود کیفیت خواب و در نهایت کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. در نهایت می‌تواند طیف سلامتی را برای اقشار سالمند اجتماع بهبود بخشد و ضمن ارتقاء کیفیت زندگی زمینه را برای حضور فعال تر سالمندان در جامعه فراهم آورد.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری سالمندان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و طرح پژوهشی مصوب با کد ۵۶۸ می‌باشد. این پژوهش در شورای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد IR.SHMU.REC.1397.192 به تایید رسیده است. در پایان پژوهشگران از حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و سالمندانی که در این مطالعه همکاری داشته‌اند کمال تشکر و سپاسگزاری را به عمل می‌آورند.

پس از ۴ هفته مدت کلی خواب را تا ۱۵ درصد افزایش دادند، اما فقط مداخلات رفتاری تأثیر خود را پس از ۹ هفته حفظ کرد (۴۷). البته در پژوهش‌هایی، نتایج متفاوتی در مورد تأثیر برنامه بهداشت خواب بر روی کیفیت خواب به دست آمده است. از جمله مطالعه حاضری و همکاران که با هدف اثربخشی آموزش بهداشت خواب بر بهبود اختلالات خواب پرستاران بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام شد. پژوهشگران پس از آموزش برنامه بهداشت خواب به پرستاران دریافتند، برنامه بهداشت خواب تأثیری بر کیفیت خواب پرستاران ندارد (۴۸).

احتمال همسو نبودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعه‌ی مذکور می‌تواند ناشی از تفاوت سنی شرکت‌کننده‌ها و همچنین نوع شغل افراد باشد. زیرا در پژوهش حاضر، میانگین سنی اکثر شرکت‌کننده‌ها ۶۸/۷۳ سال و خانه‌دار بود در حالیکه در مطالعه‌ی حاضری و همکاران میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰ - ۳۱ سال و با شغل پرستاری بود. علاوه بر این در این مطالعه از الگوی مراقبت پیگیر استفاده شده است. الگوی مراقبت پیگیر باعث افزایش دانش، مهارت، ارزش‌ها و اعتقادات، خودباوری و خودکنترلی مددجو و خانواده وی می‌شود. در نتیجه باعث تغییر سبک و شیوه زندگی فرد می‌شود (۴۹). بنابراین بیمار به حدی از خودباوری و خودکنترلی می‌رسد که بدون حضور هیچ ناظری می‌تواند خود به خود و با توانمندی اوضاع خود را بهبود ببخشد و سبک و شیوه زندگی بهتری داشته باشد و دیگران (اعضای خانواده) را نیز در کمک به خود توانمند نماید (۵۰).

همچنین در مطالعه مک کری و همکاران که با هدف "بررسی دستورالعمل‌های بهداشت خواب در ۲ گروه سالمند دارای اختلال خواب و فاقد اختلالات خواب" انجام شد. نتایج حاکی از آن بود بهداشت خواب در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد (۱۹). که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. احتمال همسو نبودن مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی مذکور می‌تواند، مربوط به نوع مطالعه باشد، زیرا در مطالعه‌ی توصیفی مذکور پژوهشگر شیوه‌های بهداشت خواب را در بین افراد دچار اختلال خواب با خواب خوب مقایسه کرده است، در صورتیکه در مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی حاضر

References

1. Abusalehi A, Vahedian-Shahroodi M, Esmaily H, Jafari A, Tehrani H. Mental health promotion of the elderly in nursing homes: a social-cognitive intervention. *International Journal of Gerontology*. 2021;15(3):221-7.
2. Behpajoo A, Soleymani S. The Relationship Between Sleep Quality And Depression In Older People Living In 3 Districts Of Tehran, Iran. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2016;11(1):72-9. <https://doi.org/10.21859/sija-110172>
3. Taheri E, Araban M, Ghanbari S, moradi kalboland M. The Relationship between Health Literacy and Rate of Receiving Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program with Self-care Ability in Elderly Women. *Journal of Health Literacy*. 2022;7(1):45-55.
4. Mirzaei M, Gholamrezaei E, Bidaki R, Fallahzadeh H, Ravaei J. Quality Of Sleep And Methods Of Management Of Sleep Disorders In Elderly Of Yazd City In 2016. *Ssu_Journals*. 2017;25(6):467-75.
5. Papi S, Karimi Z, Ghaed Amini Harooni G, Nazarpour A, Shahry P. Determining The Prevalence Of Sleep Disorder And Its Predictors Among Elderly Residents Of Nursing Homes Of Ahvaz City In 2017. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2019;13(5):576-87. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.576>
6. Hadi Toroghi H, Masoudi S. The Effectiveness Of Group-Based Acceptance And Commitment Therapy On The Improvement Of Sleep Quality In Elderly People With Chronic Pain. *Medical Journal Of Mashhad University Of Medical Sciences*. 2020;63(3):2295-301.
7. Givi F, Esmaeili R, Mojab F, Nasiri M, Shadnoush M. Effects Of Aromatherapy Using Lavender On The Quality Of Sleep Of Hospitalized Elderly. *Koomesh*. 2019;21(2).
8. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Noroozian M, Nazari S, Et Al. Validity And Reliability Of The Persian Version Of The Revised Caregiving Appraisal Scale In Iranian Family Caregivers Of Older Adults With Dementia. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017;19(1). <https://doi.org/10.5812/ircmj.35141>
9. Ashrafi H, Ansarin K, Hasanzadeh M, Jouyban A. Review On Sleep Disorders And Their Management. *Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services*. 2018;40(2):95-105.
10. Mohamadi S, Sahaf R, Karimi M, Akbari Kamrani Aa, Shati M, Mirabzadeh A, Et Al. Assessment Of Lippia Citriodora Oil Effect On Sleep Disturbances In Ageing: A Double Blind Randomized Controlled Trial. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2020;15(1):82-93. <https://doi.org/10.32598/sija.15.1.2234.2>
11. Masnabadi M, Roozbahani N, Khorsandi M. The Effect Of Combined Training Program On Sleep Hygiene Among Of Girls Primary School Students. *Iranian Journal Of Health Education And Health Promotion*. 2020;8(1):23-34. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.1.23>
12. Baghaei R, Moradi Y, Majidi Vs. The Effect Of Sleep Hygiene Education On Sleep Quality Of Patients With Heart Failure Hospitalized In Cardiac Care Units Of Urmia Teaching Hospitals 2017-2018. *Nursing And Midwifery Journal*. 2019;17(9):674-89.
13. Masnabadi M, Roozbahani N, Khorsandi M. The effect of combined Training Program on Sleep Hygiene among of girls primary school students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(1):23-34.. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.1.23>
14. Borzou S, Khavari F, Tapak L. The Effects Of Sleep Hygiene Education On Fatigue And Sleep Quality In Hemodialysis Patients: A Quasi Experimental Study. *Avicenna Journal Of Nursing And Midwifery Care*. 2019;27(1):25-34. <https://doi.org/10.30699/ajnmc.27.1.25>
15. Moradi M, Mohammadzadeh H, Noori R, Basiri Moghadam K, Sadeghmoghadam L. Effect Of A Sleep Hygiene Education Program Using Telephone Follow-Up Method On The Sleep Quality Of The Elderly. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2021;15(4):484-95. <https://doi.org/10.32598/sija.15.4.2895.1>
16. Van Der Heijden Kb, Smits Mg, Gunning Wb. Sleep Hygiene And Actigraphically Evaluated Sleep Characteristics In Children With Adhd And Chronic Sleep Onset Insomnia. *Journal Of Sleep Research*. 2006;15(1):55-62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2006.00491.x> PMID:16490003
17. 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. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2019;14(2):248-59.
18. Hoch Cc, Reynolds Iii Cf, Buysse Dj, Monk Th, Nowell P, Begley Ae, Et Al. Protecting Sleep Quality In Later Life: A Pilot Study Of Bed Restriction And Sleep Hygiene. *The Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences And Social Sciences*. 2001;56(1):P52-P9. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.1.P52> PMID:11192338
19. Mccrae Cs, Rowe Ma, Dautovich Nd, Lichstein Kl, Durrence Hh, Riedel Bw, Et Al. Sleep Hygiene Practices In Two Community Dwelling Samples Of Older Adults. *Sleep*. 2006;29(12):1551-60. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1551> PMID:17252886
20. Azimi M, Moradi A, Hasani J. Effectiveness Of Cognitive Behavioral Therapy (Face To Face And Internet-Based) On Emotional Regulation Strategies Of Individuals

- With Comorbidity Of Insomnia And Depression. 2017. <https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49>
21. Levy Br, Myers Lm. Relationship Between Respiratory Mortality And Self-Perceptions Of Aging. *Psychology & Health*. 2005;20(5):553-64. <https://doi.org/10.1080/14768320500066381>
 22. Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Robat-Sarpooshi D, GHolian-Aval M, Jafari A, Alizadeh-Siuki H. The impact of health education on nutritional behaviors in female students: An application of health belief model. *International Journal of Health Promotion and Education*. 2021;59(2):70-82. <https://doi.org/10.1080/14635240.2019.1696219>
 23. Molazem Z, Rezaei S, Mohebbi Z, Ostovan M-A, Keshavarzi S. Effect Of Continuous Care Model On Lifestyle Of Patients With Myocardial Infarction. *Arya Atherosclerosis*. 2013;9(3):186.
 24. Ghavami H, Ahmadi F, Entezami H, Meamarian R. The Effect Of Continuous Care Model On Diabetic Patients' Blood Pressure. *Iranian Journal Of Medical Education*. 2006;6(2):87-95.
 25. Jalal Marvi F, Kordi M, Mazlom Sr, Rezaei Talab F. Comparing The Effect Of Training Based On Continuous Care Model And Telehealth On Severity Of Insomnia In Pregnant Women. *Journal Of North Khorasan University Of Medical Sciences*. 2019;11(3):38-45.
 26. Heydari A, Mohsenizadeh Sm. Critical Appraisal Of The Applicability Of Continuous Care Model In The Care Of Chronic Patients. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;15(10):788-94.
 27. Mohmadi S, Hojjati H. The Effect Of Continuous Care Model On Sleep Quality In Veterans With Post-Traumatic Stress Disorder Referred To Psychiatric Clinics Of Alborz Province. *Journal Of Military Medicine*. 2019;21(4):418-24.
 28. Mehdizadeh S, Salaree M, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Jafari Varjoshani N. Effect Of Using Continuous Care Model On Sleep Quality Of Chemical Warfare Victims With Bronchiolitis Obliterans. *Hayat*. 2010;16(2):5-14.
 29. Buysse Dj, Reynolds Cf, 3rd, Monk Th, Berman Sr, Kupfer Dj. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument For Psychiatric Practice And Research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
 30. Hossein-Abadi R, Tabrizi K, Poor-Esmail Z, Karimloo M, Maddah S. The Effects Of Pressure Massage On Geriatrics Sleep Quality. *Rehabil J*. 2008;9(2):8-14.
 31. Hodkinson H. Evaluation Of A Mental Test Score For Assessment Of Mental Impairment In The Elderly. *Age And Ageing*. 1972;1(4):233-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/1.4.233> PMID:4669880
 32. Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating Scales In Old Age Psychiatry. *The British Journal Of Psychiatry*. 2002;180(2):161-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.161> <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.97>
 33. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, Et Al. Validation Of The Persian Version Of Abbreviated Mental Test (Amt) In Elderly Residents Of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian Journal Of Diabetes And Metabolism*. 2014;13(6):487-94.
 34. Cummings Jl. Mini-Mental State Examination: Norms, Normals, And Numbers. *Jama*. 1993;269(18):2420-1. <https://doi.org/10.1001/jama.269.18.2420> <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500180112046>
 35. Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh H. Validity Of The Farsi Version Of Mini-Mental State Examination. 2008.
 36. Khosravan S, Alami A, Rahni Sg. Effects Of Continuous Care Model Based Non-Pharmacological Intervention On Sleep Quality In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal Of Community Based Nursing And Midwifery*. 2015;3(2):96.
 37. Montazeri Lemrasky M, Shamsalinia A, Hajiahmadi M, Nasiri M. The Effectiveness Of Education On Factors Affecting Elderly Women's Sleep. 2. 2018;3(1):59-68.
 38. Golafrooz M, Sadeghi H, Mousavi Sq, Tabaraee Y. The Effect Of Using Continuous Care Model On Sleep Quality In People With Type 2 Diabetes. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2014;21(4):655-64.
 39. Mottaghi R, Kamkar A, Maredpoor A. Effectiveness Of Cognitive Behavior Therapy On The Quality Of Sleep In Elderly People With Insomnia Disorder. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2016;11(2):234-43. <https://doi.org/10.21859/sija-1102234>
 40. 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.
 41. Mehdizadeh S, Salaree M, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Varjoshani Nj. Effect Of Using Continuous Care Model On Sleep Quality Of Chemical Warfare Victims With Bronchiolitis Obliterans. *Hayat*. 2010;16(2).
 42. Akbari Ak, Shams A, Shamsipour Pd, Mohajeri R. The Effect Of Low And Moderate Intensity Aerobic Exercises On Sleep Quality In Men Older Adults. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*. 2014;30(2):417-21.
 43. Gleason K, Mccall Wv. Current Concepts In The Diagnosis And Treatment Of Sleep Disorders In The Elderly. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17(6):45. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0583-z> PMID:25895575
 44. Morin Cm, Bélanger L, Bastien C, Vallières A. Long-Term Outcome After Discontinuation Of Benzodiazepines

- For Insomnia: A Survival Analysis Of Relapse. Behaviour Research And Therapy. 2005;43(1):1-14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.002> PMID:15531349
45. Hedayat S, Arefi M. The Effect Of Cognitive-Behavioral Therapy On Improving Sleep Quality In The Elderly. Jsr. 2015;16(2):60-8.
46. Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. Sleep. 2003;26(2):177-82. <https://doi.org/10.1093/sleep/26.2.177> PMID:12683477
47. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. Sleep. 1999;22(8):1134-56. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1134> PMID:10617176
48. Hazeri A, Farahzadi H. Investigating the Efficacy of Sleep Hygiene Education on Improving Sleep Disorders in Shahid Sadoughi Hospital Nurses. Toloobehdasht. 2015;14(2):47-56.
49. Moosavinasab SMM, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Vahedi E, Karimi Zarchi AA, KhoshFetrat M, et al. A Review of 17 Years of Application of a Continuous Care Model on the Consequences of Acute and Chronic Diseases: Describing and Assessing the Quality of Methodology of Papers. Journal of Military Medicine. 2018;20(1):27-55.
50. Jalalmarvi F, kordi m, mazlom sr. Assessing the Impact of Continuous Care Model on the Treatment of Chronic Diseases. Paramedical Sciences and Military Health. 2018;13(2):35-43.
51. Blunden SL, Chapman J, Rigney GA. Are sleep education programs successful? The case for improved and consistent research efforts. Sleep medicine reviews. 2012;16(4):355-70. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.08.002> PMID:22104441