



علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر

دکتر سعید آریاپوران

دانشگاه ملایر

مرگ همسر از جمله عوامل فشارزا در دوره سالمندی است که مشکلات جسمانی و روان‌شناختی زیادی را به همراه دارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر بود. روش پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کل سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر در شهرستان ملایر تشکیل دادند. در این پژوهش ۶۶ سالمند دارای تجربه مرگ همسر با روش نمونه‌گیری گلوله برفی در پژوهش شرکت نمودند؛ همچنین ۶۶ سالمند بدون تجربه مرگ همسر از نظر سن و جنس با سالمندان دارای تجربه مرگ همسر هم‌تا شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های علائم جسمانی هاگیوارا، مشکلات خواب کوبوتا و همکاران و فرم کوتاه تاب‌آوری کانز-دیویدسون استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیری دوراهه تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین علائم جسمانی و مشکلات خواب در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر و تاب‌آوری در سالمندان بدون تجربه مرگ همسر بیشتر است. تأثیر جنسیت معنی‌دار نبود، اما تأثیر تعاملی مرگ همسر و جنسیت در مشکلات خواب معنی‌دار بود. به این معنی که میانگین علائم جسمانی و مشکلات خواب در مردان با تجربه مرگ همسر بیشتر از زنان و مشکلات خواب بدون تجربه مرگ همسر بیشتر از مردان بود؛ میانگین علائم جسمانی در مردان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر از زنان بود. براساس یافته‌ها، استفاده از راهکارها و درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش مشکلات جسمانی و روان‌شناختی سالمندان دارای تجربه مرگ همسر پیشنهاد می‌شود.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۷

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۹

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، سالمندی، علائم جسمانی، مرگ همسر، مشکلات خواب

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

آریاپوران، س. (۱۳۹۷). علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۱۸-۱۰۵.

سعید آریاپوران، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ایران. این مقاله برگرفته از طرح پژوهش داخل دانشگاهی به شماره ۳۲۶-۱-۸۴/۵ در دانشگاه ملایر است.
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به سعید آریاپوران، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ایران باشد.
پست الکترونیکی: s.ariapooran@malayeru.ac.ir

می‌شود در سال ۱۴۱۰، نزدیک به ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت سالمند باشد (کریمی‌متین، رضایی، علی‌نیا، شاه‌احمدی و کاظمی‌کریانی، ۱۳۹۲). براساس یک مطالعه مروری، بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ رشد جمعیت سالمندان افزایش ۳/۹ درصدی داشته است، در حالی که رشد کلی جمعیت ۲/۲۹ درصد بوده است؛ علاوه بر این نشان داده شده است که نرخ رشد جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۱۲ به ۸/۲۶ درصد رسیده است و این رشد، ایران را با پدیده سالمندی مواجه کرده است (فرخزاد افشار، عسگری، شیرینی و بهرام‌نژاد، ۲۰۱۶).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، به نقل از مباشری و معزی، (۱۳۸۹) در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال سالمندی اطلاق می‌گردد، اما در کشورهای در حال توسعه به افراد بالای ۶۰ سال، سالمند گفته می‌شود. در سال‌های اخیر تعداد افراد سالمند در سطح جهان افزایش یافته است و بر اساس پیش‌بینی بخش جمعیت سازمان ملل متحد (۲۰۰۶)، به نقل از میرزایی و شمس‌قهرخی، (۱۳۸۶)، جمعیت سالمندان در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت. در ایران نیز پیش‌بینی

تاب‌آوری^۳ یکی از متغیرهای روان‌شناختی است که با علائم جسمانی (دیوستر و سیلورمن، ۲۰۱۳؛ هاپکینز، شپرد، تیلور و زوبریخ، ۲۰۱۴) و مشکلات خواب (مک‌کوئیستین، ۲۰۱۶؛ فرانسین‌سگویا، مور، لینویل، هویت و هاین، ۲۰۱۳) در ارتباط است. تاب‌آوری یک فرایند سازگاری و انتقال موفقیت‌آمیز علی‌رغم خطرپذیری، مشکلات و سختی‌ها است (بینارد، ۱۹۹۵، به نقل از آریاپوران، ۱۳۹۴). در تعریف دیگر، تاب‌آوری به عنوان نتایج مناسب تحولی علی‌رغم موقعیت‌های خطرآمیز و رقابت پایدار تحت شرایط استرس و بهبودی از آسیب^۴ تعریف شده است (ورنر، ۱۹۹۵؛ به نقل از آریاپوران، ۱۳۹۴). بسیاری از پژوهشگران تاب‌آوری را در میان سالمندان بررسی کرده‌اند؛ به عنوان نمونه، تاب‌آوری بالا با سالمندی موفقیت‌آمیز، افسردگی پایین، طول عمر (مک‌لئود، موسیش، هاوکینز، آلسگارد و ویکر، ۲۰۱۶)، و رضایت از زندگی و پریشانی روان‌پزشکی پایین (اورورکه، ۲۰۰۴) مرتبط است. عظیم و ناز (۲۰۱۵) نشان دادند تاب‌آوری صفت و حالت در سالمندان مؤسسات کمتر از آنهایی است که در جامعه زندگی می‌کنند. گودینگ، هارست، جانسون و تاریر (۲۰۱۲) نشان دادند سالمندان بر اساس توانایی تنظیم هیجان و حل‌مسأله، تاب‌آور هستند. مرگ همسر یکی از حوادث فشارزایی است که افراد سالمند را در خطر مرگ و میر قرار می‌دهد (الورت و کریستاکیس، ۲۰۰۸). در میان سالمندان بالای ۸۵ سال آمریکا، ۴۲ درصد از مردان و ۷۷ درصد از زنان بیوه هستند (انجمن فدرال آمار مرتبط با پیری، ۲۰۰۰). همچنین بر اساس گزارش انجمن فدرال آمار مرتبط با پیری (۲۰۱۰)، به طور تقریبی ۸/۹ میلیون بیوه در آمریکا وجود دارد که ۲/۱ میلیون نفر این افراد بالای ۶۵ سال سن دارند. در ایالات متحده آمریکا، ۹۰۰ هزار نفر در هر سال بی‌همسر می‌شوند و سه‌چهارم این میزان مربوط به افراد بالای ۶۵ سال است (موس، موس و هانسون، ۲۰۰۱). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که در میان افراد سالخورده مرگ همسر موجب افزایش میزان مرگ و میر (الورت و کریستاکیس، ۲۰۰۸) و خودکشی (قسقیر، شیر و دان، ۲۰۱۳) می‌شود. پژوهش‌های دیگر نیز به خطر مرگ و میر بعد از مرگ همسر در سالمندان اشاره و این مشکل را در مردان بیشتر برجسته نمودند (سیفتر، و همکاران، ۲۰۱۴).

علائم جسمانی^۱ یکی از مشکلات سالمندان است. علائم جسمانی عبارت است از ادراک نشانه‌های فیزیکی (یا جسمی) که بهزیستی فردی را تحت تأثیر قرار داده و با تجربه استرس در ارتباط است و هرچه میزان گزارش افراد از این علائم بیشتر باشد، نشانه‌های فیزیکی آنان بیشتر است (هاگیوارا، ۱۹۹۲). میزان شیوع مشکلات جسمانی از قبیل بیماری‌های مزمن و وابستگی عملکردی در میان سالمندان به ترتیب ۶۱/۱ و ۱۵/۷ درصد گزارش شده است (سیدیک، رامپال و افیفی، ۲۰۰۴). افراد سالمند با مشکلات جسمانی زیادی از قبیل کاهش حجم و قدرت عضلات، افزایش چربی شکمی، کاهش لیبدو و زندگی جنسی، کاهش عملکرد شناختی، بی‌خوابی و کاهش سلامت عمومی مواجه هستند و چنین علائمی بر کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد و باعث افزایش خطر بیماری‌های مزمن غیرانتقالی در مردان بالای چهل سال می‌شود (مارتیز و کاستا، ۲۰۰۴؛ تیسجون، گوماره، میر و کافمن، ۲۰۰۴). مشکلات خواب^۲ نیز یکی از مشکلات افراد سالمند است. در پژوهش‌ها نشان داده شده است که ۸۰ درصد از سالمندان حداقل یکی از مشکلات خواب را گزارش نموده‌اند؛ علاوه بر این، بین ۲۰ تا ۳۴ درصد از بی‌خوابی و ۷ تا ۱۵ درصد عدم احساس راحتی بعد از بیداری از خواب را گزارش کردند (فولی و همکاران، ۱۹۹۵). در یک پژوهش دیگر، در بین ۹۰۰۰ سالمند، نشان داده شد که ۴۲ درصد از آنها مشکل در به خواب رفتن و ۱۵ درصد بی‌خوابی داشتند (فولی، مونجان و سیمونسیک، والا و برازر، ۱۹۹۹). زنان و مردان سالمند مدت خواب کوتاه، کارآمدی خواب پایین و برانگیختگی زیاد در خواب را تجربه می‌کنند؛ مردان بیشتر افزایش طول و فاصله مراحل خواب و زنان بیشتر مشکل در خواب رفتن و مشکل بیدار شدن در شب را گزارش می‌کنند (اونروه و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش دیگر، بین افراد ۴۷ تا ۹۰ سال، شیوع مشکلات خواب از قبیل مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب و خواب آشفته به ترتیب ۲۲، ۳۹ و ۳ درصد گزارش شده است (فیلیس و مانینیو، ۲۰۰۵). رودریگز، دزیرفسکی و آلسی (۲۰۱۵) نشان دادند که طول خواب پایین (به ویژه در شب)، خواب ناکافی، بی‌خوابی و وقفه تنفسی در خواب از مشکلات رایج سالمندان هستند.

³ resilience⁴ trauma¹ physical symptoms² sleep problems

علاوه بر این در یک پژوهش، از دست دادن همسر در افراد سالمند با افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی همراه بوده و این مشکل در مردان بیشتر از زنان عنوان شده است (رولدن، ون‌بودگام و وستندار، ۲۰۱۴).

شکایت‌های جسمانی در افراد سالمند دارای سوگ همسر شایع است (گیلوسکی، فاربرو، گالاگر و تامپسون، ۱۹۹۱) که از جمله این علائم و شکایت‌ها می‌توان به سردرد، سرگیجه، درد عضلانی، تغییرات وزنی، از دست دادن اشتها و مشکلات خواب اشاره کرد (اوتز، کاسترا و لوند، ۲۰۱۲؛ سوزوکی، میاموتا و هیتارا، ۲۰۱۷). همچنین، مرگ همسر در یک سال بعد و حتی چند سال بعد موجب کاهش سلامت جسمی و ذهنی سالمندان، در مقایسه با گروه بدون سوگ همسر شده است و حمایت اجتماعی بعد از دست دادن همسر مانعی برای جلوگیری از تأثیرات منفی مرگ همسر عنوان شده است (اوکابایاشی و همکاران، ۱۹۹۷). پژوهش‌های دیگر به محدودیت‌های عملکردی، شرایط حاد جسمی، علائم افسردگی و افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی در میان افراد ۵۰ سال و بیشتر که از دست دادن همسر را تجربه کرده‌اند اشاره دارد (پریگرسون، ماسیجوسکی و روزنهییک، ۲۰۰۰). اوتز و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که علائم جسمانی (از جمله خستگی و از دست دادن اشتها) یکی از پیامدهای از دست دادن همسر در افراد بالای ۵۰ سال بوده است. در مورد مشکلات خواب نیز نشان داده شده است که مرگ همسر در افراد سالمند موجب بیدار شدن هنگام خواب شبانه، کاهش طول مدت خواب و افزایش بیخوابی می‌شود و حتی ازدواج مجدد هم نتوانسته است این مشکلات خواب را در آنان حل کند (ون‌کانل و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این نشان داده شده است که یک سوم افراد سالمند دارای تجربه مرگ همسر اختلال مداوم خواب را گزارش کرده‌اند (ریچاردسون، لوند، کاسترا، ددلیو اوبرای، ۲۰۰۳). در یک مطالعه دیگر بر روی زنانی که همسران خود را بر اثر سرطان از دست داده بودند نشان داده شد که مشکلات خواب یکی از پیامدهای مرگ همسر حتی سه سال بعد از مرگ همسر بوده است (والدیسما دوتیر، هلگاسون، فورست، آدولفسون و استینک، ۲۰۰۳).

در میان سالمندان نشان داده شده است که تاب‌آوری یک عامل کلیدی در سازگاری با سوگ همسر است (اسپاهنی، بینت و پریگ‌چیلو، ۲۰۱۶). کانگ و آهن (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که سالمندان مواجه با مرگ همسر

که روابط خانوادگی و دوستی بیشتری دارند، تاب‌آوری بالایی را تجربه می‌کنند. اما پژوهش‌های مرتبط در میان افراد غیرسالمند نشان می‌دهد که عوامل مؤثر در تاب‌آوری بعد از مرگ همسر دارایی‌های فردی، منابع اجتماعی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی هستند (هندریکسون و همکاران، ۲۰۱۸). بونانو، موسکویتز، پاپا و فولکمن (۲۰۰۵) نشان دادند که حدود نصف والدین سوگ‌دیده از تاب‌آوری پایین برخوردار بوده‌اند؛ همچنین آنها نشان دادند که سوگ‌دیده‌های تاب‌آور در مقایسه با سوگ‌دیده‌های دارای علائم مرضی و افراد بدون سوگ، قبل از سوگ سازگاری بهتری را گزارش کرده بودند. همچنین نشان داده شده است که در افراد با تجربه سوگ همسر، به طور تقریبی ۴۶ درصد از تاب‌آوری مناسب و ۵۴ درصد از تاب‌آوری پایین برخوردار بودند (مانسینی و بونانو، ۲۰۰۶).

مرگ همسر یکی از حوادث استرس‌زایی است که نقش مهمی در مشکلات روان‌شناختی افراد به‌ویژه سالمندان دارد. بنابراین نتایج این پژوهش از نظر کاربردی می‌تواند نقش مهمی در برجسته‌سازی تأثیر مرگ همسر در سالمندان و در توجه به راهکارهای روان‌شناختی جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و جسمی سالمندان دارای تجربه مرگ همسر داشته باشد. با توجه به جدید بودن موضوع و فقدان پژوهش‌های منسجم در این زمینه، نتایج این پژوهش می‌تواند موجب افزایش توجه پژوهشگران به مشکلات روان‌شناختی و جسمانی سالمندان دارای تجربه مرگ همسر شده و تقویت ادبیات پژوهشی گردد. از این‌رو، هدف این پژوهش بررسی مقایسه‌ای علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر بود. فرضیه‌های مطالعه عبارتند از اینکه (۱) بین علائم جسمانی سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد، (۲) بین مشکلات خواب سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد، و (۳) بین تاب‌آوری سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش را کل سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر در شهرستان ملایر تشکیل دادند. در این پژوهش مرگ همسر در دوره سالمندی به عنوان متغیر

درجه‌ای لیکرت از هرگز «صفر» تا به طور تقریبی همیشه «۳» است. پایین‌ترین و بالاترین نمرات در این مقیاس به ترتیب صفر و ۹۳ می‌باشد. پاسخ‌های ماهیچه‌ای، علائم عمومی، پاسخ قلبی-عروقی، پاسخ ایمنی چهار زیرمقیاس آن هستند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های بالا به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۶، ۰/۷۰، ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده است و بین استرس‌های روزانه و علائم روان‌شناختی با علائم جسمانی رابطه معنی‌دار به دست آمده است (هاگیوارا، ۱۹۹۲). در پژوهش آریاپوران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های بالا به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۳۵ بدست آمد. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بالا به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۳، ۰/۷۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه مشکلات خواب^۲. این پرسشنامه کوتاه خودگزارشی توسط کوبوتا و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۸ سؤال است که مربوط به ۸ مشکل خواب از جمله مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب، زود بیدار شدن از خواب، چرت زدن در طول روز، خواب ناکافی، خواب آلودگی زیاد در طول روز، مشکل در بیدار شدن هنگام صبح و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح می‌باشد. همچنین برای ارزیابی بی‌خوابی از حداقل یک پاسخ مثبت به سؤالات مربوط به مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب، بیدار شدن در ابتدای صبح استفاده می‌شود. نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده مشکل در کیفیت خواب یا مشکلات خواب و نمره پایین نشان‌دهنده عدم مشکل در کیفیت خواب یا عدم مشکلات خواب می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط جعفری (۱۳۹۳) مورد استفاده قرار گرفته است که نتایج ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۸ بوده است. پایایی این مقیاس از طریق دونیمه‌سازی انجام گرفت که نتایج نشان داد بین گویه‌های فرد و زوج این مقیاس رابطه معنی‌دار وجود دارد ($T=0/61$) که نشان از پایایی مناسب این مقیاس است. در پژوهش حاضر، میزان ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۰۵ بود.

مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (فرم کوتاه)^۳. این مقیاس کوتاه تاب‌آوری (کمپل-سیلز و استین، ۲۰۰۷؛

مستقل در نظر گرفته شده بود که در زمان انجام پژوهش تعداد سالمندانی که همسر خود را در دوره سالمندی از دست داده بودند، مشخص نبود. از این رو کل افراد معرفی شده به پژوهشگر از طریق نمونه‌گیری گلوله برفی مشخص شدند که ۹۱ سالمند بودند و بیست نفر از آنها ملاک‌های ورود به پژوهش را نداشتند. افراد دارای ملاک‌های ورود ۷۱ نفر بودند که ۶ نفر از آنها به دلیل تکمیل ناتمام پرسشنامه‌ها و عدم رضایت در پژوهش از نمونه حذف شدند و نمونه نهایی به ۶۶ نفر کاهش یافت. همچنین از میان سالمندان بدون تجربه مرگ همسر به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی ۶۶ سالمند در پژوهش شرکت نمودند و از نظر جنسیت و سن با گروه سالمندان دارای تجربه مرگ همسر همتا شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از (۱) سن بالای ۶۰ سال، (۲) سطح سواد در حد راهنمایی، (۳) عدم وجود مشکل هشیاری، عدم معلولیت‌های جسمی شدید (زمین‌گیر شدن به دلیل کهولت سن)، (۴) ازدواج مجدد و تجربه مرگ همسر در دوره سالمندی در گروه مواجه با مرگ همسر بودند. ملاک‌های خروج عبارت از (۱) ابتلا به بیماری فصلی (سرماخوردگی یا آنفولانزا) در زمان پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، (۲) عدم همکاری با پژوهشگر در تکمیل پرسشنامه‌ها و (۳) عدم رضایت برای شرکت در پژوهش بودند. نتایج توصیفی نشان داد که در دو گروه سالمندان دارای تجربه و بدون تجربه مرگ همسر، ۴۲/۴ درصد زن و ۵۷/۶ درصد مرد بوده‌اند. از میان کل سالمندان در هر دو گروه ۳۷/۸۸ درصد در محدوده سنی ۶۱ تا ۶۵ سال، ۲۵/۷۶ درصد در محدوده سنی ۶۶ تا ۷۰ سال، ۲۷/۲۷ درصد در محدوده سنی ۷۱ تا ۷۵ سال، ۶/۰۶ درصد در محدوده سنی ۷۶ تا ۸۰ و ۳/۰۳ درصد بالاتر از ۸۰ سال بودند. از نظر وضعیت تحصیلی نیز ۳۶/۳۶ درصد دارای تحصیلات راهنمایی، ۴۰/۱۵ درصد دیپلم، ۱۱/۳۷ درصد کاردانی و ۷/۵۷ درصد کارشناسی و ۴/۵۵ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. میانگین سنی زنان $67/46 \pm 6/12$ و مردان $68/39 \pm 5/56$ بوده است.

ابزار

مقیاس علائم جسمانی^۱. این مقیاس توسط هاگیوارا (۱۹۹۲) ساخته شده است و دارای ۳۱ مشکل جسمانی می‌باشد. شیوه پاسخ‌گویی به آن براساس مقیاس ۴

^۲ Sleep Problem Scale

^۳ Connor-Davidson Resilience Scale (short form)

^۱ Physical Symptoms Scale

پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرار داد. پس از گذشت سه ماه، ۷۱ سالمند دارای تجربه مرگ همسر و برخوردار از ملاک‌های ورود در پژوهش شرکت نمودند که از میان آنها ۵ نفر به دلیل تکمیل ناتمام پرسشنامه‌ها یا عدم رضایت از شرکت در پژوهش از نمونه نهایی حذف شدند و نمونه به ۶۶ نفر کاهش یافت. از میان سالمندان بدون مرگ همسر نیز به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی ۷۱ سالمند در تحقیق شرکت نمودند و از نظر جنسیت و سن با گروه سالمندان دارای تجربه مرگ همسر هم‌تا شدند. در نهایت، به دلیل اینکه ۵ نفر از گروه اول در نمونه نهایی به دلیل تکمیل ناتمام پرسشنامه‌ها حذف شده بودند، در میان سالمندان بدون تجربه مرگ والدین نیز هم‌تایان آنها از نمونه نهایی حذف شدند. لازم به ذکر است که سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش به صورت انفرادی و به مدت ۳۰ دقیقه پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با نسخه ۲۳ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری دوعاملی (مانوای دوراهه) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری را در دو گروه سالمندان با تجربه مرگ همسر و بدون تجربه مرگ همسر به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد.

سینگ و یو، ۲۰۱۰) یک پرسشنامه خودگزارش‌دهی است و شیوه پاسخگویی آن به صورت مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز= صفر تا به طور تقریبی همیشه=۴ است. دامنه نمرات آن بین صفر تا ۴۰ و نمرات بالا نشان دهنده تاب‌آوری بالا است. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ (کمپل-سیلز و استین، ۲۰۰۷؛ نوتاریو-پاچرکو و همکاران، ۲۰۱۱) و ۰/۹۱ (ونگ، شی، ژانگ و ژانگ، ۲۰۱۰) گزارش شده است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در دو پژوهش متفاوت ۰/۷۱ (کمپل-سیلز و استین، ۲۰۰۷) و ۰/۹ (ونگ و همکاران، ۲۰۱۰) بود. در پژوهش کریمی‌پور (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۷۷ و پایایی دونیمه‌سازی آن برابر با ۰/۷۱ درصد بود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۲ بود.

روش اجرا

پژوهشگر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و براساس روش نمونه‌گیری گلوله برفی، با در میان گذاشتن هدف پژوهش با افراد سالمند دارای تجربه مرگ همسر در شهرستان ملایر، پرسشنامه‌های پژوهش را در اختیار آنان قرار داد. سپس از آنها درخواست گردید که سالمندان دیگری که دارای تجربه مرگ همسر بوده‌اند را به پژوهشگر معرفی نمایند. پژوهشگر با دریافت شماره تلفن و آدرس منزل آنها به مدت سه ماه به درب منازل آنها مراجعه نمود و در صورت برخورداری از ملاک‌های ورود،

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر به تفکیک جنسیت

متغیر	سالمندان مواجه با مرگ همسر		سالمندان بدون مرگ همسر	
	زن	مرد	زن	مرد
علائم جسمانی	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
پاسخ‌های ماهیچه‌ای	۳/۵۰	۱/۱۴	۳/۳۷	۱/۱۲
علائم عمومی	۲۳/۰۷	۲/۸۴	۲۳/۷۹	۳/۳۶
پاسخ قلبی-عروقی	۸/۰۷	۱/۱۲	۷/۹۵	۱/۱۱
پاسخ ایمنی	۱۰/۸۲	۱/۷۶	۱۱/۰۲	۱/۶۸
علائم جسمانی (کل)	۴۵/۴۶	۴/۰۸	۴۶/۱۳	۴/۵۳
مشکلات خواب	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
مشکل در به خواب رفتن	۳/۳۲	۰/۹۴۵	۲/۷۴	۱/۱۳
مشکل در تداوم خواب	۲/۵۳	۱/۲۶	۴/۱۰	۰/۸۹۴
زود بیدار شدن از خواب	۳/۴۳	۰/۹۹۷	۳/۶۶	۱/۱۲
چرت زدن در طول روز	۳/۸۶	۱/۱۴	۳/۳۴	۱/۵۱

۰/۷۱۶	۲/۰۳	۰/۶۹۰	۲/۴۳	۰/۸۸۶	۳/۱۶	۰/۶۷۸	۲/۶۴	خواب ناکافی
۰/۹۴۱	۲/۹۲	۱/۱۸	۳/۰۷	۱/۰۷	۳/۹۲	۱/۰۷	۳/۴۶	خواب آلودگی زیاد در طول روز
۱/۱۳	۲/۵۰	۱/۱۸	۳/۱۴	۱/۱۴	۳/۵۸	۱/۰۱	۳/۸۵	مشکل بیدار شدن هنگام صبح
۰/۸۹۲	۱/۵۳	۱/۲۳	۲/۰۳	۱/۳۹	۲/۸۶	۱/۱۶	۱/۸۹	خستگی هنگام بیدار شدن صبح
۴/۳۹	۲۰/۱۸	۵/۴۵	۲۲/۷۵	۳/۵۶	۲۷/۳۶	۳/۸۵	۲۶/۰۰	مشکلات خواب (کل)
۶/۰۲	۲۰/۶۱	۴/۶۷	۲۱/۱۴	۷/۰۴	۱۸/۷۹	۶/۵۶	۱۷/۴۳	تاب‌آوری

بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروهی به کار برده شد که نتایج آن برای علائم جسمانی ($P < ۰/۲۱$)؛ $F = ۱/۵۳$ ، مشکلات خواب ($P < ۰/۱۹۱$)؛ $F = ۱/۷۳۰$ و تاب‌آوری ($P < ۰/۲۷۱$)؛ $F = ۱/۱۴$ معنی‌دار نبود که به معنی برابری واریانس‌های برون‌گروهی است. جدول ۲ نتایج مانوای دوره‌ها را برای مقایسه علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری در دو گروه سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر در تعامل با جنسیت نشان می‌دهد.

قبل از اجرای مانوای دوره‌ها، ابتدا آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها گرفته شد که نتایج آن برای متغیرهای علائم جسمانی ($P < ۰/۰۸۷$)؛ $F = ۰/۰۶۸$ (آماره آزمون)، مشکلات خواب ($P < ۰/۱۱۲$)؛ $F = ۰/۰۵۲$ (آماره آزمون) و تاب‌آوری ($P < ۰/۱۳۳$)؛ $F = ۰/۰۴۹$ (آماره آزمون) معنی‌دار نبود که نشان از نرمال بودن توزیع داده‌های این متغیرها بود. آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کواریانس مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن حاکی از رعایت این شرط است.

جدول ۲

مانوای دوره‌ها جهت بررسی تفاوت میانگین علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر در تعامل با جنسیت

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات اتا	توان آماری
گروه							
علائم جسمانی	۶۲۴/۳۲۰	۱/۱۲۸	۶۲۴/۳۲۰	۳۹/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷	۱/۰
مشکلات خواب	۸۷۷/۵۸۰	۱/۱۲۸	۸۷۷/۵۸۰	۴۷/۱۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۱/۰
تاب‌آوری	۲۴۶/۵۰۷	۱/۱۲۸	۲۴۶/۵۰۷	۶/۴۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۴۸	۰/۷۱
جنسیت							
علائم جسمانی	۵/۴۱۴	۱/۱۲۸	۵/۴۱۴	۰/۳۴۴	۰/۵۵۹	۰/۰۰۳	۰/۰۹
مشکلات خواب	۱۱/۵۶۶	۱/۱۲۸	۱۱/۵۶۶	۰/۶۲۱	۰/۴۳۲	۰/۰۰۵	۰/۱۲۶
تاب‌آوری	۵/۴۶۴	۱/۱۲۸	۵/۴۶۴	۰/۱۴۲	۰/۷۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷
گروه × جنسیت							
علائم جسمانی	۲/۱۳۲	۱/۱۲۸	۲/۱۳۲	۰/۱۳۶	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۰۶۵
مشکلات خواب	۱۲۴/۷۶۲	۱/۱۲۸	۱۲۴/۷۶۲	۶/۶۹۹	۰/۰۱۱	۰/۰۵	۰/۷۲۹
تاب‌آوری	۲۹/۰۵۳	۱/۱۲۸	۲۹/۰۵۳	۰/۷۵۴	۰/۳۸۷	۰/۰۰۶	۰/۱۳۹

جدول میانگین‌ها، میانگین علائم جسمانی و مشکلات خواب در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر و تاب‌آوری در سالمندان بدون تجربه مرگ همسر بیشتر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که تأثیر جنسیت معنی‌دار نبوده

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ F Wilks' $\lambda = ۳۰/۲۵$). به این معنی که بر اساس

معنی که میانگین مشکلات خواب در مردان با تجربه مرگ همسر بیشتر از زنان و مشکلات خواب در گروه بدون تجربه مرگ همسر در زنان بیشتر از مردان بوده است.

است (F Wilks' lambda=۰/۷۹؛ P<۰/۳۴۶). اما تأثیر تعاملی گروه و جنسیت در مشکلات خواب معنی‌دار بوده است (F Wilks' lambda =۲/۵۸۲؛ P<۰/۰۵۶). به این

جدول ۳

خلاصه نتایج مانوای دوراهه برای بررسی تفاوت ابعاد علائم جسمانی در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر در تعامل با جنسیت

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه							
پاسخ‌های ماهیچه‌ای	۱/۷۹۴	۱/۱۲۸	۱/۷۹۴	۱/۶۸۵	۰/۱۹۷	۰/۰۱۳	۰/۲۵۱
علائم عمومی	۹۲/۲۷۶	۱/۱۲۸	۹۲/۲۷۶	۱۰/۰۳۷	۰/۰۰۲	۰/۰۷۳	۰/۸۸۲
پاسخ قلبی-عروقی	۶۶/۲۳۴	۱/۱۲۸	۶۶/۲۳۴	۵۷/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	۱/۰
پاسخ ایمنی	۳۴/۸۳۸	۱/۱۲۸	۳۴/۸۳۸	۱۱/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۸۵	۰/۹۳
جنسیت							
پاسخ‌های ماهیچه‌ای	۰/۰۲۱	۱/۱۲۸	۰/۰۲۱	۰/۰۱۹	۰/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
علائم عمومی	۴/۷۴۱	۱/۱۲۸	۴/۷۴۱	۰/۵۱۶	۰/۴۷۴	۰/۰۰۴	۰/۱۱
پاسخ قلبی-عروقی	۰/۸۷۲	۱/۱۲۸	۰/۸۷۲	۰/۷۵۸	۰/۳۸۶	۰/۰۰۶	۰/۱۳
پاسخ ایمنی	۰/۸۸۲	۱/۱۲۸	۰/۸۸۲	۰/۳۰۱	۰/۵۸۴	۰/۰۰۲	۰/۰۸۵
گروه×جنسیت							
پاسخ‌های ماهیچه‌ای	۰/۷۹۴	۱/۱۲۸	۰/۷۹۴	۰/۷۴۶	۰/۳۸۹	۰/۰۰۶	۰/۱۴
علائم عمومی	۳/۶۰۹	۱/۱۲۸	۳/۶۰۹	۰/۳۹۳	۰/۵۳۲	۰/۰۰۳	۰/۰۹۵
پاسخ قلبی-عروقی	۰/۰۵۳	۱/۱۲۸	۰/۰۵۳	۰/۰۴۶	۰/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵
پاسخ ایمنی	۰/۰۵	۱/۱۲۸	۰/۰۵	۰/۰۱۷	۰/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲

بین پاسخ ماهیچه‌ای در دو گروه تفاوت معنی‌دار به دست نیامد (F Wilks' lambda=۲۱/۰۱۵؛ P<۰/۰۰۱). همچنین اثر جنسیت (F Wilks' lambda =۰/۳۳۶؛ P<۰/۸۵۳) و اثر تعاملی مرگ همسر و جنسیت (P<۰/۸۴۱؛ lambda) و اثر تعاملی مرگ همسر و جنسیت (F Wilks' lambda =۰/۳۵۳) معنی‌دار نبود.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین علائم عمومی، پاسخ قلبی-عروق و پاسخ ایمنی در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ به این معنی که میانگین علائم عمومی، پاسخ قلبی-عروق و پاسخ ایمنی در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر بوده است. اما

جدول ۴

خلاصه نتایج مانوای دوراهه برای بررسی تفاوت ابعاد مشکلات خواب در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر در تعامل با جنسیت

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه							
مشکل در به خواب رفتن	۲۲/۷۱۲	۱/۱۲۸	۲۲/۷۱۲	۱۷/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۸	۰/۹۸
مشکل در تداوم خواب	۲۸/۷۶۶	۱/۱۲۸	۲۸/۷۶۶	۲۰/۲۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳۷	۰/۹۹
زود بیدار شدن از خواب	۰/۷۳۸	۱/۱۲۸	۰/۷۳۸	۰/۶۳۴	۰/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۱۲
چرت زدن در طول روز	۵/۵۸۹	۱/۱۲۸	۵/۵۸۹	۲/۷۱۴	۰/۱۰۲	۰/۰۲۱	۰/۳۷
خواب ناکافی	۱۴/۶۰۱	۱/۱۲۸	۱۴/۶۰۱	۲۵/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۱۶۶	۰/۹۹
خواب آلودگی زیاد در طول روز	۱۵/۶۳۸	۱/۱۲۸	۱۵/۶۳۸	۱۳/۸۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۹۸	۰/۹۶

۰/۹۹	۰/۱۴	۰/۰۰۱	۳۰/۷۸۶	۲۵/۹۲	۱/۱۲۸	۲۵/۹۲	مشکل در بیدار شدن صبح
۰/۸۲	۰/۰۶۱	۰/۰۰۵	۸/۳۶۲	۱۱/۵۹۳	۱/۱۲۸	۱۱/۵۹۳	خستگی هنگام بیدار شدن صبح
جنسیت							
۰/۲۲	۰/۰۱۱	۰/۲۳	۱/۴۶۳	۱/۹۴	۱/۱۲۸	۱/۹۴۰	مشکل در به خواب رفتن
۰/۳۰	۰/۰۱۶	۰/۱۵	۲/۰۹۵	۲/۹۷۱	۱/۱۲۸	۲/۹۷۱	مشکل در تداوم خواب
۰/۱۵	۰/۰۰۶	۰/۳۷	۰/۸۱۹	۰/۹۵۴	۱/۱۲۸	۰/۹۵۴	زود بیدار شدن از خواب
۰/۴۵	۰/۰۲۶	۰/۰۷	۳/۴۱۶	۷/۰۳۵	۱/۱۲۸	۷/۰۳۵	چرت زدن در طول روز
۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳	۰/۱۷۹	۰/۱۰۳	۱/۱۲۸	۰/۱۰۳	خواب ناکافی
۰/۱۳	۰/۰۰۵	۰/۴۱۴	۰/۶۷۱	۰/۷۵۷	۱/۱۲۸	۰/۷۵۷	واب آلودگی زیاد در طول روز
۰/۳۸	۰/۰۴۱	۰/۰۹	۲/۰۹۹	۶/۸۳۸	۱/۱۲۸	۶/۸۳۸	مشکل در بیدار شدن صبح
۰/۲۰	۰/۰۱۰	۰/۲۶۳	۱/۲۶۳	۱/۷۵۲	۱/۱۲۸	۱/۷۵۲	خستگی هنگام بیدار شدن صبح
گروه × جنسیت							
۰/۳۸	۰/۰۲۱	۰/۰۹۷	۲/۷۹۸	۳/۷۱۲	۱/۱۲۸	۳/۷۱۲	مشکل در به خواب رفتن
۰/۲۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۷	۱/۶۰۸	۲/۲۸۱	۱/۱۲۸	۲/۲۸۱	مشکل در تداوم خواب
۰/۵۵	۰/۰۳۴	۰/۰۳۷	۴/۴۵۸	۵/۱۹۳	۱/۱۲۸	۵/۱۹۳	زود بیدار شدن از خواب
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۰۳۶	۰/۰۷۴	۱/۱۲۸	۰/۰۷۴	چرت زدن در طول روز
۰/۹۳	۰/۰۸۵	۰/۰۰۱	۱۱/۸۴۲	۶/۷۸۲	۱/۱۲۸	۶/۷۸۲	خواب ناکافی
۰/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۰۷	۲/۶۳۵	۲/۹۷۱	۱/۱۲۸	۲/۹۷۱	خواب آلودگی زیاد در طول روز
۰/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۳۵۶	۰/۸۶	۱/۰۷۲	۱/۱۲۸	۱/۰۷۲	مشکل در بیدار شدن صبح
۰/۹۴	۰/۰۹۱	۰/۰۰۱	۱۲/۸۲۱	۱۷/۷۷۵	۱/۱۲۸	۱۷/۷۷۵	خستگی هنگام بیدار شدن صبح

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه علائم جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر بود. فرضیه اول پژوهش این بود که بین علائم جسمانی سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد؛ نتایج مانوای دوره‌ها نشان داد که میانگین علائم جسمانی و سه بعد آن یعنی علائم عمومی، پاسخ قلبی-عروقی و پاسخ ایمنی در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر از سالمندان بدون تجربه مرگ همسر بوده است. اثر تعاملی مرگ همسر و جنسیت معنی‌دار بود؛ به این معنی که میانگین علائم جسمانی مردان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر از زنان بوده است. بنابراین فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. اما اثر جنسیت به تنهایی معنی‌دار نبود. این نتیجه با یافته‌های قبلی همسو بود که به وجود شکایت‌های جسمانی در افراد سالمند دارای سوگ همسر (گیلوسکی و همکاران، ۱۹۹۱؛ اوکابایاشی و همکاران، ۱۹۹۷؛ پریگرسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ اوتز و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره نموده‌اند.

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب، خواب ناکافی، خواب‌آلودگی زیاد در طول روز، مشکل در بیدار شدن هنگام صبح و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ به این معنی که میانگین این مشکلات خواب در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر بوده است. اما بین زود بیدار شدن از خواب و چرت زدن در طول روز در دو گروه تفاوت معنی‌دار به دست نیامد ($F_{Wilks'} \lambda = 9/282; P < 0/001$). همچنین بین چرت زدن در طول روز در سالمندان زن و مرد تفاوت وجود داشت ($F_{Wilks'} = 3/52; P < 0/001$). به این معنی که در هر دو گروه میانگین چرت زدن در طول روز در زنان بیشتر بوده است. علاوه بر این، اثر تعامل گروه و جنسیت بر زود بیدار شدن از خواب، خواب ناکافی و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح معنی‌دار بود ($F_{Wilks'} \lambda = 3/502; P < 0/001$). به این معنی که مرگ همسر موجب زود بیدار شدن از خواب و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح در زنان و خواب ناکافی در مردان شده است.

گرمایین و رینولدز، ۲۰۰۸). مرگ همسر موجب اشتغال ذهنی فرد سالمند با خاطرات گذشته خود با همسر می‌شود و این اشتغال ذهنی در هنگام خواب موجب می‌شود که خواب فرد به تأخیر بیافتد و به احتمال زیاد این خاطرات و مرور هر روز آنها موجب بیخوابی، خواب آشفته و بیدار شدن هنگام خواب می‌شود. علاوه بر این، از دست دادن همسر در دوره سالمندی موجب احساس نگرانی و اضطراب و به احتمال زیاد اضطراب و نگرانی نسبت به مرگ خود فرد سالمند می‌شود، زیرا افراد سالمند مرگ را به عنوان یک تهدید جدی پیش‌روی خود می‌بینند و همین امر ممکن است موجب مختل شدن خواب در آنها شود.

همانطور که در نتایج مربوط به تأثیر جنسیت و تأثیر تعاملی مرگ همسر و جنسیت نشان داده شد، چرت زدن در طول روز در زنان سالمند بیشتر از مردان بوده است و مرگ همسر موجب زودبیدار شدن از خواب و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح در زنان و خواب ناکافی در مردان شده است. به صورت کلی در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که مشکلات خواب در زنان بیشتر از مردان است (اهایون، رینولدز و داویلیورز، ۲۰۱۳؛ ژانگ و وینگ، ۲۰۰۶؛ لاتا، لپرولت، تاسالی، هافمن و ون‌کاتر، ۲۰۰۵؛ ردلین و همکاران، ۲۰۰۴) و این مشکلات در زنان سالمند بیشتر گزارش شده است (اهایون و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از دلایل این امر هورمون‌ها و کروموزوم‌های جنسی است؛ زیرا در پژوهش‌های مختلف بر روی حیوانات (کاسمانو، هاجیمارکو و مونگ، ۲۰۱۴؛ هاجیمارکو، بنهام، شوارز، مولدر و مونگ، ۲۰۰۸) نشان داده شده است که هورمون‌ها و کروموزوم‌های جنسی نقش عمده‌ای در مشکلات خواب زنان دارند، هرچند فرایند و نحوه اثرگذاری آن مشخص نشده است. از نظر روان‌شناختی نیز می‌توان گفت که یکی از دلایل این تفاوت به ادراک و تفاوت در تجربه استرس زنان و مردان برمی‌گردد؛ زیرا نشان داده شده است که زنان دارای تجربه استرس به طور معمول مشکلات خواب بیشتری را گزارش می‌کنند (هوگاس، جولدیجان، واشینگتون، آلسی و مارتین، ۲۰۱۳). البته نباید از وجود مشکلات جسمانی سالمندان زن که منجر به مشکلات خواب می‌شود، غافل شد؛ یکی از این مشکلات فیبرومیالژی^۱ است. فیبرومیالژی یک سندرم درد اسکلتی-عضلانی مزمن است که با درد در سطح گسترده، نقاط

در تبیین این یافته می‌توان گفت که دوره سالمندی به خودی خود تحلیل جسمانی و کاهش قوه جسمانی را به همراه دارد و در پژوهش‌های قبلی این امر مورد تأیید قرار گرفته است (سیدیک و همکاران، ۲۰۰۴؛ مارتیز و کاتا، ۲۰۰۴؛ تیسجون و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که مرگ همسر به عنوان یکی از بزرگترین استرس‌های زندگی در نظر گرفته شده است که با مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی (اسپینوزا و ایوانز، ۲۰۰۸) و از دست دادن حمایت‌های هیجانی و اجتماعی فرد از دست رفته همراه است، بنابراین فرد سالمند با تجربه تنهایی، نگرانی در مورد خود و افکار مرگ بعد از مرگ همسر مواجه خواهد شد که ممکن است نگرانی‌ها و افکار منفی وی به صورت علائم و شکایت‌های جسمانی گزارش شود. در مورد اثر تعاملی مرگ همسر و جنسیت بر علائم جسمانی سالمندان مرد می‌توان گفت که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که مرگ همسر بر مردان تأثیر بیشتری دارد و میزان مرگ و میر در آنها را بیشتر خواهد کرد (سیفت و همکاران، ۲۰۱۴). از این رو وجود مشکلات جسمانی زیاد در میان مردان دارای تجربه مرگ همسر قابل توجیه است.

فرضیه دوم پژوهش این بود که بین مشکلات خواب سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد؛ نتایج مانوای دوراهه نشان داد که میانگین مشکلات خواب و ابعاد آن از جمله مشکل در به خواب رفتن، مشکل در تداوم خواب، خواب ناکافی، خواب‌آلودگی زیاد، مشکل در بیدار شدن هنگام صبح و خستگی هنگام بیدار شدن در صبح در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر بیشتر از سالمندان بدون تجربه مرگ همسر بوده است. بر این اساس فرضیه دوم نیز مورد تأیید قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های قبلی همسو است که نشان دادند مرگ همسر موجب مشکلات خواب از جمله بیدار شدن هنگام خواب شبانه، کاهش طول مدت خواب، افزایش بی‌خوابی (ون‌کانل و همکاران، ۲۰۱۲) و اختلال مداوم خواب (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۳) می‌شود. علاوه بر این یافته‌های والدیساموتیر و همکاران (۲۰۰۳) را مورد تأیید قرار می‌دهد که مشکلات خواب را به عنوان یکی از پیامدهای مرگ همسر گزارش کرده بودند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مشکلات خواب به صورت کلی یکی از پیامدهای سوگ است و در پژوهش‌های قبلی نیز به آن اشاره شده است (مونک،

¹ Fibromyalgia

کم بوده است. همین امر می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد که در پژوهش‌های بعدی باید مورد توجه قرار گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از پرسشنامه خودگزارشی بوده است. این محدودیت امکان شرکت سالمندان بیسواد در پژوهش را با مشکل مواجه می‌کند که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های دیگر می‌توان به عدم شرکت دادن سالمندان سرای سالمندان در پژوهش، اشاره کرد که باید در پژوهش‌های بعدی به آن توجه شود. نتایج این پژوهش وجود مشکلات جسمانی، مشکلات خواب و تاب‌آوری پایین در سالمندان دارای تجربه مرگ همسر نسبت به سالمندان بدون تجربه مرگ همسر را مورد تأیید قرار داد و توجه روان‌شناسان رشد، مشاوران و پژوهشگران به تأثیرات مرگ همسر بر مشکلات روان‌شناختی سالمندان را بر می‌انگیزاند؛ بنابراین ارائه راهکارهای روان‌شناختی از جمله آموزش تاب‌آوری در جهت کاهش این مشکلات می‌تواند موجب ارتقای سلامت روانی سالمندان شود.

سپاس‌گزاری

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه ملایر و تمام سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

- آریاپوران، س. (۱۳۹۴). *مباحث پیشرفته در روانشناسی*. ملایر: دانشگاه ملایر.
- آریاپوران، س. (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی آموزش‌های روان‌شناختی ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی روانی و تاب‌آوری جانبازان شیمیایی* (رساله دکتری چاپ نشده)، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
- جعفری، ف. (۱۳۹۳). *رابطه اعتیاد به کار با مشکلات خواب و خلق افسرده در پرستاران* (پایان‌نامه کاشناسی ارشد چاپ نشده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان.
- کریمی‌متین، ب.، رضایی، س.، علی‌نیا، س.، شاه احمدی، ف.، و کاظمی کربانی، ع. (۱۳۹۲). *سالمندی در ایران ۱۴۱۰؛ هشدار برای نظام سلامت، طب و ترکیه، ۲۳(۲)، ۱۸-۹*.
- کریمی‌پور، س. (۱۳۹۵). *مقایسه علائم روان‌شناختی، چشم انداز زمانی و تاب‌آوری در زنان متأهل با و بدون همسرآزاری در شهر سرابله* (پایان‌نامه کاشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه ملایر، ملایر.

حساس، خستگی و اختلال خواب مشخص می‌شود و سبب‌شناسی آن ناشناخته است (پرادوس و همکاران، ۲۰۱۳). این بیماری در زنان سالمند شایع‌تر و از عمده‌ترین علائم آن اختلال خواب است؛ بنابراین می‌تواند موجب تفاوت مشکلات خواب زنان با مردان شود؛ هر چند در تحقیق حاضر این مشکل مورد بررسی قرار نگرفته است. فرضیه سوم پژوهش حاضر این بود که بین تاب‌آوری سالمندان زن و مرد با و بدون تجربه مرگ همسر تفاوت وجود دارد؛ نتایج مانوای دوراهه میانگین تاب‌آوری در سالمندان با تجربه مرگ همسر پایین‌تر از سالمندان بدون تجربه مرگ همسر بود. اما اثر جنسیت و اثر تعاملی مرگ همسر و جنسیت بر تاب‌آوری معنی‌دار نبود. بنابراین فرضیه سوم مورد تأیید قرار گرفت. تا زمان انجام این پژوهش در مورد تاب‌آوری در سالمندان با و بدون تجربه مرگ همسر پژوهشی صورت نگرفته است؛ پژوهش‌های مرتبط در میان افراد غیرسالمند نشان می‌دهد که در بالغ بر ۵۰ درصد افراد دارای تجربه سوگ همسر تاب‌آوری پایین گزارش شده است (مانسینی و بونانو، ۲۰۰۶). همچنین نشان داده شده است که در افراد سوگ دیده میزان تاب‌آوری پایین است (بونانو و همکاران، ۲۰۰۵).

مرگ همسر یکی از استرس‌ها و حوادث ناگوار زندگی است که به عنوان مهم‌ترین حادثه استرس‌زا در زندگی هر فردی عنوان شده است (هلمز و راهه، ۱۹۶۷) و فردی که آن را تجربه می‌کند به طور معمول مشکلات روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کند که از جمله آنها می‌توان به تاب‌آوری اشاره کرد. زیرا مرگ همسر به عنوان یک استرس باعث می‌شود که به احتمال زیاد سالمندان در مقابل استرس‌های زندگی مقاومت کمتری داشته باشند و نتوانند به صورت مثبت مشکلات و استرس‌های پیش‌رو را پشت سر بگذارند. البته نباید به اثرات منفی تنهایی پس از مرگ همسر غافل شد؛ زیرا پژوهش به منابع اجتماعی و مشارکت و حمایت اجتماعی به عنوان عوامل مهم مؤثر در افزایش تاب‌آوری بعد از مرگ همسر اشاره نموده است (هندریکسون و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین تنهایی و تجربه آن بعد از مرگ همسر می‌تواند موجب کاهش میزان تاب‌آوری در سالمندان شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش به نمونه پژوهش بر می‌گردد. در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و مکانی نمونه زنان و مردان سالمند با تجربه مرگ همسر

- Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. (2000). *Older Americans 2000: Key indicators of well-being*. Washington, D.C: Government Printing Office.
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2010). *Older Americans 2009: Key indicators of well-being*. Washington, DC: Government Printing Office
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 18(6), 425-432. doi.org/10.1093/sleep/18.6.425
- Foley, D. J., Monjan, A., & Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1999). Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 22(2), 366-372.
- Francine Segovia, L. T., Moore, J. L., Linnville, S., Hoyt, R. E., & Hain, R. E. (2013). Sleep and Resilience: A Longitudinal 37-Year Follow-up Study of Vietnam Repatriated Prisoners of War. *Military Medicine*, 178(2), 196-201. doi.org/10.7205/milmed-d-12-00227
- Ghesquiere, A., M. Shear, M. K., & Duan, N. (2013). Outcomes of Bereavement Care Among Widowed Older Adults with Complicated Grief and Depression. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(4), 256-264.
- Gilewski, M. J., Farberow, N. L., Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology and Aging*, 6(1), 67-75. http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.6.1.67
- Gooding, PA., Hurst, A., Johnson, J., Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-70. https://doi.org/10.1002/gps.2712
- Hagiwara, A.F. (1992). *Identifying and comparing daily stress experience, physical and psychological health and coping strategies among Asian and American graduate students* (Unpublished doctoral dissertation). Ohio State University, Ohio, USA.
- مباشری، م.، و معزی، م. (۱۳۸۹). بررسی میزان افسردگی در سالمندان مراکز توانبخشی و نگهداری شایستگان و جهانگردان شهرکرد، ۱۳۸۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۲(۲)، ۸۹-۹۴.
- میرزایی، م.، و شمس‌قهرخی، م. (۱۳۸۶). جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۵-۱۳۳۵. *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۲(۵)، ۳۳۱-۳۳۶.
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111-130. http://www.pjprnip.edu.pk/pjpr/index.php/pjpr/article/view/334
- Bonanno, G. A., Moskowitz, J. T., Papa, A., & Folkman S. (2005). Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 827-843. doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.827
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 1019-1028. doi.org/10.1002/jts.20271
- Cusmano, D. M., Hadjimarkou, M. M., Mong, J. A. (2014). Gonadal steroid modulation of sleep and wakefulness in male and female rats is sexually differentiated and neonatally organized by steroid exposure. *Endocrinology*, 155(20), 204-214. doi.org/10.1210/en.2013-1624
- Deuster, P. A., & Silverman, M. N. (2013). Physical fitness: a pathway to health and resilience. *US Army Medical Department Journal*, 2013(1), 24-35.
- Elwert, F., & Christakis, N. C. (2008). The Effect of Widowhood on Mortality by the Causes of Death of Both Spouses. *American Journal of Public Health*, 98(11): 2092-2098.
- Espinosa, J., & Evans, W. (2008). Heightened mortality after the death of a spouse: Marriage protection or marriage selection? *Journal of Health Economics*, 27(5), 1326-1342.
- Farokhnezhad Afshar, P., Asgari, P., Shiri, M., & Bahramnezhad, F. (2016). A Review of the Iran's Elderly Status According to the Census Records. *Galen Medical Journal*, 5(1), 1-6.

- Hadjimarkou, M. M., Benham, R., Schwarz, J. M., Holder, M. K., Mong, J. A. (2008). Estradiol suppresses rapid eye movement sleep and activation of sleep-active neurons in the ventrolateral preoptic area. *The European Journal of Neuroscience*, 27(7), 1780-1792. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2008.06142.x>
- Hendrickson, Z. M., Kim, J., Tol, W. A., Shrestha, A., Kafle, H. M., Luitel, N. P., ... Surkan, P. J. (2018). Resilience Among Nepali Widows After the Death of a Spouse: "That Was My Past and Now I Have to See My Present". *Qualitative Health Research*, 28(3), 466-478. doi.org/10.1177/1049732317739265
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social adjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hopkins, K. D., Shepherd, C. C. J., Taylor, C. L., Zubrick, S. R. (2015). Relationships between Psychosocial Resilience and Physical Health Status of Western Australian Urban Aboriginal Youth. *PLoS ONE*, 10(12), e0145382. doi.org/10.1371/journal.pone.0145382
- Hughes, J., Jouldjian, S., Washington, D. L., Alessi, C. A., & Martin, J. L. (2013). Insomnia and symptoms of post-traumatic stress disorder among women veterans. *Behavioral Sleep Medicine*, 11(4), 258-274. doi.org/10.1080/15402002.2012.683903
- Kang, H., & Ahn, B. (2015). Resilient Widowed Older Adults and Their Family and Friend Relations. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 42(1) 62-71. doi.org/10.18052/www.scipress.com/ILSH.S.42.62
- Kubota, K., Shimazu, A., Kawakami, N., Takahashi, M., Nakata, A., Schaufeli, W.B. (2010). Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. *Industrial Health*, 48(6), 864-871. doi.org/10.2486/indhealth.MS1139
- Latta, F., Leproult, R., Tasali, E., Hofmann, E., & Van Cauter, E. (2005). Sex differences in delta and alpha EEG activities in healthy older adults. *Sleep*, 28(12), 1525-1534. doi.org/10.1093/sleep/28.12.1525
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wiker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the Face of Potential Trauma: Clinical Practices and Illustrations. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62 (8), 971-985. doi.org/10.1002/jclp.20283
- Martits, A. M., & Costa, E. M. F. (2004). Hipogonadismo masculino tardio ou andropausa (English Abstract). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(4), 349-362. doi.org/10.1590/S0104-42302004000400018
- McCuiston, T. S. (2016). The Relationship Between Resilience and Sleep Quality. Digital Commons @ ACU, Electronic Theses and Dissertations. Abilene Christian University.
- Monk, T. H., Germain, A., & Reynolds, C. F. (2008). Sleep Disturbance in Bereavement. *Psychiatric Annals*, 8(10), 671-675. doi.org/10.3928/00485713-20081001-06
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2001). Bereavement and old age. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 241-260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(9), 63-68. doi.org/10.1186/1477-7525-9-63
- O'Rourke, N. (2004). Psychological resilience and the well-being of widowed women. *Ageing International*, 29(3), 267-280. doi.org/10.1007/s12126-996-1002-x
- Ohayon, M. M., Reynolds, C. F., & Dauvilliers, Y. (2013). Excessive sleep duration and quality of life. *Annals of Neurology*, 73(6), 785-794. doi.org/10.1002/ana.23818
- Okabayashi, H., Sugisawa, H., Yatomi, N., Nakatani, Y., Takanashi, K., Fukaya, T., & Shibata, H. (1997). The Impact of

- conjugal bereavement and the buffering effect of social support on the health of elderly people. *Shinrigaku Kenkyu*, 68(3), 147-154.
- Phillips, B., Mannino, D. (2005). Correlates of sleep complaints in adults: the ARIC study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 1(3), 277-283.
- Prados, G., Miranó, E., Martínez, M. P., Sánchez, A. I., López, S., Sáez, G. (2013). Fibromyalgia: gender differences and sleep-disordered breathing. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 31(6), 102-110.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., & Rosenheck, R. A. (2000). Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use, and health care costs. *The Gerontologist*, 40(3), 349-357. doi.org/10.1093/geront/40.3.349
- Redline, S., Kirchner, H. L., Quan, S. F., Gottlieb, D. J., Kapur, V., & Newman, A. (2004). The effects of age, sex, ethnicity, and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Archives of Internal Medicine*, 164(4), 406-418. doi.org/10.1001/archinte.164.4.406
- Richardson, S. J., Lund, D. A., Caserta, M. S., Dudley, W. N., Obray, S. J. (2003). Sleep Patterns in Older Bereaved Spouses. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 47(4): 361-383. doi.org/10.2190/0D4F-EPMW-3YUL-C1JK
- Rodriguez, J. C., Dzierzewski, J. M., & Alessi, C. A. (2015). Sleep Problems in the Elderly. *Medical Clinics of North America*, 99(2), 431-439. doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.013
- Rolden, H. J., Van Bodegom, D., & Westendorp, R. G. (2014). Changes in health care expenditure after the loss of a spouse: data on 6,487 older widows and widowers in the Netherlands. *PLoS One*, 9(12), e115478. doi.org/10.1371/journal.pone.0115478
- Seifter, A., Singh, S., McArdle, P. F., Ryan, K. A., Shuldiner, A. R., Mitchell, B. D., & Schäffer, A. A. (2014). Analysis of the bereavement effect after the death of a spouse in the Amish: a population-based retrospective cohort study. *BMJ Open*, 4(1), e003670. doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003670
- Sidik, S. M., Rampal, L., & Afifi, M. (2004). Physical and Mental Health Problems of the Elderly in a Rural Community of Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 11(1), 52-59. http://hdl.handle.net/1807/7529
- Singh, K., & Yu, X. N. (2010). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a sample of Indian students. *Journal of Psychology*, 1(1), 23-30. doi.org/10.1080/09764224.2010.11885442
- Spahni, S., Bennett, K. M., & Perrig-Chiello, P. (2016). Psychological adaptation to spousal bereavement in old age. The role of trait resilience, marital history, and context of death. *Death Studies*, 40(3), 182-910. doi.org/10.1080/07481187.2015.1109566
- Suzuki, K., Miyamoto, M., & Hirata, K. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*. 18(2), 61-71. doi.org/10.1002/jgf2.27
- Tsjoen, G., Goemaere, S., De Meyere, M., & Kaufman, J. M. (2004). Perception of males' aging symptoms, health and well-being in elderly community-dwelling men is not related to circulating androgen levels. *Psychoneuroendocrinology*, 29(2), 201-14. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14604601
- Unruh, M. L., Redline, S., An, M. W., Buysse, D. J., Nieto, F. J., Yeh, J. L., & Newman, A. B. (2008). Subjective and objective sleep quality and aging in the sleep heart health study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(7), 1218-1227. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01755.x
- Utz, R. L., Caserta, M. S., & Lund, D. A. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460-471. doi.org/10.1093/geront/gnr110
- Valdimarsdóttir, U., Helgason, A. R., Fürst, C. J., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2003). Long-term effects of widowhood after terminal cancer: A Swedish nationwide follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(1), 31-36. doi.org/10.1080/14034940210165109.
- Von Känel, R., Mausbach, B. T., Ancoli-Israel, S., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Patterson, T. L., ... & Grant, L. (2012). Sleep in spousal Alzheimer caregivers: a

- longitudinal study with a focus on the effects of major patient transitions on sleep. *Sleep*, 35(2), 247-255. doi.org/10.5665/sleep.1632
- Wang, L., Shi, Z., Zhang, Y., & Zhang, Z. (2010). Psychometric properties of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale in Chinese earthquake victims. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(5), 499-504. doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02130.x
- Zhang, B., & Wing, Y. K. (2006). Sex differences in insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 29(1), 85-93. doi.org/10.1093/sleep/29.1.85