

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی پرستاری

پایان نامه کارشناسی ارشد  
مدیریت پرستاری گرایش داخلی - جراحی

عنوان:

بررسی تاثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت شهر

اصفهان سال ۱۳۹۱

نگارنده:

زینب علامی

استاد راهنما:

دکتر حمیدرضا خانکه

اساتید مشاور:

دکتر اصغر دالوندی

دکتر علی زاده محمدی

استاد مشاور آمار:

پوریا رضا سلطانی

سال ۱۳۹۲

شماره ثبت: ۲۵۸-۵۰۰

خدایا به من زیستنی عطا کن

که در لحظه ی مرگ بر

بی ثمری لحظه ای که

برای زیستن گذشته است

حسرت نخورم

و مردنی عطا کن

که بر بیهودگی اش

سه گاه، ناشه

تقدیم به:

تمامی سالمندان عزیز این مرز و بوم

و

همسر و فرزندان عزیزم (پوریا و آزاده)

که در تمامی دوران تحصیل همراهیم

با تشکر و سپاس فراوان از راهنمایی‌های ارزشمند اساتید محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، جناب دکتر حمیدرضا خانکه، جناب دکتر اصغر دالوندی، جناب پوریا رضاسلطانی و استادیار دانشگاه شهید بهشتی جناب دکتر علی زاده محمدی که در انجام این مطالعه، صمیمانه محقق را یاری رساندند. و با تشکر فراوان از مدیریت و اعضای محترم کانون بازنشستگان نفت شهر اصفهان، که در اجرای تمامی مراحل مطالعه، همکاری لازم را نمودند.

## چکیده:

زمینه: خواب، بخش مهمی از زندگی افراد میباشد، که ممکن است تحت تاثیر عواملی، همچون سن تغییر یابد. سالمندان جهت رفع اختلالات خوابشان، بیشتر از روش دارودرمانی کمک میگیرند، در حالیکه، روشهای غیردارویی از جمله، موسیقی درمانی میتواند توسط خود فرد، باعث بهبود کیفیت خواب گردد. با توجه به اینکه، در ایران مطالعات زیادی در خصوص تاثیر این روش غیر دارویی، صورت نگرفته است، محقق در صدد انجام این مطالعه با عنوان تاثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت اصفهان گردید.

هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین تاثیر موسیقی بر کیفیت خواب مردان سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت شهر اصفهان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر، مطالعه ای نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش، شامل ۲۴۰۰ نفر سالمند عضو کانون بازنشستگان نفت اصفهان بوده، که از این میان فقط ۴۴ نفر، کلیه معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه شاخص کیفیت خواب پیتزبرگ بود. جامعه پژوهش (۴۴ نفر)، به روش بلوک های تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به دنبال ریزش ۴ نفری از هر دو گروه، مداخله بر روی تعداد ۱۸ نفر مرد سالمند ۶۰-۷۵ ساله، هر شب ۴۵ بدمت دقیقه قبل از خواب، در طول ۳ هفته، با استفاده از پخش نوای موسیقی برگرفته از بسته موسیقی آرامبخش انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از spss نسخه ۱۷ و آزمون های آماری شاپیرو، مان ویتنی، تی زوجی و تی مستقل در سطح معنادار ( $p < 0/05$ ) استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمرات کیفیت خواب قبل از مداخله، در گروه های مداخله و کنترل به ترتیب ۹/۳۳ و ۱۰/۴۴ بود که پس از اجرای مداخله، به مقادیر ۵/۹۴ و ۹/۲۲ تغییر یافت. تفاوت میانگین نمرات کیفیت خواب در گروه مداخله، پس از اجرای مداخله، در سطح معنادار ( $p < 0/05$ )، تفاوت آماری معناداری را نشان میداد.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد، که موسیقی درمانی میتواند، منجر به ارتقا کیفیت خواب در مردان سالمند گردد. لذا آموزش این مداخله، به کادر درمان و پرستاران شاغل در حیطه سالمندی توصیه گردیده و پیشنهاد می گردد، مطالعه مشابهی برای سالمندان مقیم در مراکز نگهداری نیز انجام گیرد.

کلید واژه ها: کیفیت خواب، سالمند، موسیقی

## فهرست صفحات

عنوان.....	صفحه
فصل اول.....	1
۱-۱ مقدمه.....	۲
۱-۲ بیان مساله.....	۳
۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۵
۱-۴ اهداف پژوهش.....	۸
۱-۵ سوالات پژوهش.....	۹
۱-۶ فرضیه پژوهش.....	۱۰
۱-۷ پیش فرضها.....	۱۰
۱-۸ تعریف مفاهیم و واژه ها.....	۱۱
۱-۸-۱ موسیقی درمانی.....	۱۱
۱-۸-۲ کیفیت خواب.....	۱۱
۱-۸-۳ سالمند.....	۱۲
فصل دوم.....	۱۳

- ۱-۲ چارچوبهای پنداشتی ..... ۱۴
- ۱-۱-۲ مقدمه ..... ۱۴
- ۲-۱-۲ خواب ..... ۱۴
- ۱-۲-۱-۲ خواب طبیعی ..... ۱۴

## عنوان..... صفحه

- ۲-۲-۱-۲ شایعترین اختلالات خواب ..... ۲۰
- ۳-۲-۱-۲ دارو، درمانهای جایگزین ..... ۳۰
- ۳-۱-۲ موسیقی ..... ۳۱
- ۱-۳-۱-۲ موسیقی چیست ..... ۳۱
- ۲-۳-۱-۲ موسیقی درمان ..... ۳۴
- ۳-۳-۱-۲ موسیقی درمانگر کیست؟ ..... ۳۵
- ۴-۳-۱-۲ منشا موسیقی درمانی ..... ۳۶
- ۵-۳-۱-۲ مزایا و منافع موسیقی ..... ۳۷
- ۶-۳-۱-۲ موسیقی درمانی چگونه عمل میکند ..... ۳۷
- ۷-۳-۱-۲ موسیقی در زندگی روزمره ..... ۳۹
- ۸-۳-۱-۲ اهداف استفاده از موسیقی ..... ۴۱
- ۹-۳-۱-۲ موسیقی درمان ..... ۴۱
- ۴-۱-۲ سالمندی ..... ۴۲



۴۷..... ۱-۴-۱-۲ اسن پیری

۴۸..... ۲-۴-۱-۲ نشانه های بدنی پیری

۵۰..... ۵-۱-۲ موسیقی در سالمندان

۵۲..... ۶-۱-۲ سالمندی و خواب

## عنوان..... صفحه

۵۶..... ۷-۱-۲ پرستاری، سالمند و موسیقی

۵۷..... مروری بر متون

۶۷..... فصل سوم

۶۸..... ۱-۳ نوع پژوهش

۶۸..... ۲-۳ جامعه و نمونه آماری

۶۹..... ۳-۳ معیارهای ورود به تحقیق

۶۹..... ۴-۳ معیارهای خروج از تحقیق

۷۰..... ۵-۳ روش نمونه گیری

۷۱..... ۶-۳ ابزار جمع آوری داده ها

۷۲..... ۷-۳ روش اجرای پژوهش

۷۵..... ۸-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

۷۵..... ۹-۳ ملاحظات اخلاقی

۷۶..... ۱۰-۳ محدودیتهای پژوهش

۷۷..... فصل چهارم

۷۸..... ۱-۴ مقدمه

۲-۴ بررسی متغیرهای دموگرافیک..... ۷۹

۳-۴ یافته های اصلی پژوهش..... ۹۰

۴-۴ یافته های جانبی..... ۱۰۴

فصل پنجم..... ۱۰۸

## عنوان..... صفحه

۱-۵ مقدمه..... ۱۰۹

۲-۵ بحث و بررسی یافته ها..... ۱۰۹

۱-۲-۵ یافته های جانبی پژوهش..... ۱۱۰

۲-۲-۵ یافته های اصلی پژوهش..... ۱۱۲

۳-۵ بحث و نتیجه گیری نهایی..... ۱۱۹

۴-۵ پیشنهادات بر مبنای یافته های تحقیق..... ۱۲۱

۱-۴-۵ بخش مدیریت پرستاری..... ۱۲۱

۲-۴-۵ بخش آموزش پرستاری..... ۱۲۱

۳-۴-۵ بخش بالین پرستاری..... ۱۲۲

۴-۴-۵ بخش پژوهش..... ۱۲۲

۱-۴-۴-۵ پیشنهادات برای پژوهش های بعدی..... ۱۲۲

فهرست منابع..... ۱۲۴

## فهرست جداول

جدول ۱-۲ نتایج به دست آمده از مطالعه هیولینگ و همکاران (۲۰۰۴)..... ۵۹

- جدول ۴-۱ بررسی همسانی سن در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۷۹
- جدول ۴-۲ بررسی همسانی مدت زمان عضویت سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۷۹
- جدول ۴-۳ بررسی همسانی محل خواب سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۰
- جدول ۴-۴ بررسی همسانی مصرف چای یا قهوه در سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۱
- جدول ۴-۵ بررسی همسانی مصرف الکل در سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۲

## عنوان..... صفحه

- جدول ۴-۶ بررسی همسانی مصرف سیگار در سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۳
- جدول ۴-۷ بررسی همسانی داشتن فعالیت جسمانی سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۴
- جدول ۴-۸ بررسی همسانی زمان فعالیت جسمانی سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۵
- جدول ۴-۹ بررسی همسانی داشتن آداب خاص قبل از خواب سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۶
- جدول ۴-۱۰ بررسی همسانی مصرف داروی خواب آور قبل از خواب سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۷
- جدول ۴-۱۱ بررسی همسانی نوع شیفت کاری سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۸
- جدول ۴-۱۲ بررسی همسانی میزان تحصیلات سالمندان تحت مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل ..... ۸۹
- جدول ۴-۱۳ مقایسه میانگین نمرات کیفیت خواب و مولفه های آن بین دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون ..... ۹۰
- جدول ۴-۱۴ مقایسه میانگین نمرات کیفیت خواب و مولفه های آن بین دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون ..... ۹۱

جدول ۴-۱۵ مقایسه میانگین نمرات کیفیت خواب و مولفه های آن در گروه مداخله در دو موقعیت پیش

آزمون و پس آزمون..... ۹۲.....

جدول ۴-۱۶ مقایسه میانگین نمرات کیفیت خواب و مولفه های آن در گروه کنترل در دو موقعیت پیش آزمون و

پس آزمون..... ۹۳.....

جدول ۴-۱۷ مقایسه میانگین تفاضل پیش آزمون و پس آزمون نمرات کیفیت خواب و مولفه های آن ، بین دو

گروه مداخله و کنترل ..... ۹۴.....

## عنوان.....صفحه

جدول ۴-۱۸ میانگین کیفیت خواب و مولفه های آن درپیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم در گروه

مداخله..... ۹۵.....

جدول ۴-۱۹ مقایسه میانگین کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۹۶.....

جدول ۴-۲۰ مقایسه میانگین مولفه اول کیفیت خواب پیش آزمون ، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۹۷.....

جدول ۴-۲۱ مقایسه میانگین مولفه دوم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۹۸.....

جدول ۴-۲۲ مقایسه میانگین مولفه سوم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۹۹.....

جدول ۴-۲۳ مقایسه میانگین مولفه چهارم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۱۰۰.....

جدول ۴-۲۴ مقایسه میانگین مولفه پنجم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه

مداخله..... ۱۰۱.....

جدول ۴-۲۵ مقایسه میانگین مولفه ششم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه  
مداخله..... ۱۰۲

جدول ۴-۲۶ مقایسه میانگین مولفه هفتم کیفیت خواب پیش آزمون، هفته اول، دوم، سوم با یکدیگر در گروه  
مداخله..... ۱۰۲

جدول ۴-۲۷ بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای دموگرافیک..... ۱۰۵

۴-۲۸ بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای کیفیت خواب و مولفه های آن در دو

گروه..... ۱۰۶

## عنوان.....صفحه

۴-۲۹ بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای تفاضل پیش آزمون و پس آزمون نمرات کیفیت خواب و مولفه  
های آن در دو گروه.. ۱۰۷

پیوست ها..... ۱۳۳

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبرگ..... ۱۳۳

پرسشنامه دموگرافیک..... ۱۳۵

مقدمه

بیان مسئله

اهمیت و ضرورت

اهداف پژوهش

فرضیه ها و پیش فرضهای پژوهش

سوالات پژوهش

تعاریف واژه ها

محدودیت های پژوهش

## ۱-۱ مقدمه

خواب، بخش مهمی از زندگی است که تقریباً یک سوم از زندگی افراد را شامل می‌گردد. (۱) سلامت جسمی و روانی انسان به خواب و استراحت کافی بستگی دارد. (۲) ابراهام مازلو در سال ۱۹۴۳ نیازهای اساسی انسان را دسته‌بندی نموده است، وی نیازها را در هرمی تصویر کرده که قاعده هرم را نیازهای جسمی تشکیل می‌دهد و هر چه به طرف نوک هرم پیش برویم به نیازهای عالی تر میرسیم. (۳) مازلو معتقد است قبل از اینکه شخص بتواند نیازهای مراحل بالاتر را برآورده سازد، باید احتیاجات اساسی تر ارضا گردد. احتیاجات فیزیولوژیک اغلب از بقیه سبقت میگیرند زیرا برای بقا ضروری هستند. این نیازها شامل نیاز به آب، غذا، دفع، استراحت، خواب، تنظیم درجه حرارت و دوری جستن از درد است. برآوردن این نیازها ضروری است چون اگر دستیابی به آنها صورت نگیرد باید فوراً به اعمالی متوسل شد تا زندگی فرد نجات یابد. (۱) مشکل بیخوابی، نه تنها بخش طبیعی از عوارض افزایش سن میباشد، بلکه خواب شبانه در افراد سالمند نیز دچار اختلال میگردد. که این امر منجر به مسائلی چون خواب آلودگی بیش از حد در طول روز و تغییراتی در وضعیت شناختی، روانی و جسمانی فرد سالمند گردیده که می‌تواند بر کل سلامتی وی تاثیر گذار باشد. اگرچه تغییرات طبیعی فیزیولوژیکی در افراد سالمند باعث موارد زیادی از بیخوابی در زمان صبحگاهی، مشکلات بیشتری در به خواب رفتن، کمتر شدن زمان خواب عمیق، اختلال در خواب و خواب آلودگی شدید در طول روز می‌گردد، اما نبایستی مشکل بیخوابی را به عنوان جنبه قابل اجتناب نا پذیری از فرایند سالمندی پذیرفت. (۴) اختلال خواب در سالمندان اغلب ناشی از درد و بیماریهایی چون آرتریت، بیماریهای گوارشی - ریوی و دیا بت می باشد، وهمچنین می‌تواند نشات گرفته از مسائلی چون آپنه موقع خواب، سندرم پاهای بیقرار و عاداتی که باعث کم شدن میزان خواب شبانه از جمله: چرت زدن های زیاد روزانه، نوشیدن کافئین و الکل قبل از خواب شبانه نیز باشد. در یک مطالعه اخیر که در مجله آمریکایی روانپزشکی سالمندی منتشر شده بود به این موضوع اشاره گردیده که، در حالیکه ۶۹ درصد سالمندان، حداقل یکبار از مشکلات خواب خود شکایت نموده اند، فقط ۱۹ درصد

نمودارهای پزشکی به این مسئله اهمیت داده اند. پس نتیجه میگیریم با توجه به آگاهی که جامعه پزشکی نسبت به ارتباط نزدیک مسئله خواب با سلامتی و بیماری در قشر سالمند دارد، بایستی پاسخگویی بیشتری نسبت به این موضوع داشته باشد. (۱) برای مقابله با اختلالات خواب، راههای گوناگونی وجود دارد، معمولاً سالمندان جهت مقابله با اختلالات خواب از داروهای خواب آور استفاده می کنند، به طوریکه ۳۹ درصد از داروهای خواب آور، برای افراد بالاتر از ۶۰ سال استفاده میشود. این داروها، اختلالات خواب را به طور موقت کاهش می دهند و اکثر آنها خواب با حرکات سریع چشمی<sup>۱</sup> را که برای عملکرد ذهن و تسکین تنش ها ضروری است کاهش می دهند. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که درمان های شناختی - رفتاری حداقل به سودمندی درمای نهایی دارویی هستند و احتمالاً حتی در طولانی مدت اثرات بیشتری دارند و همچنین مشکلات مربوط به مصرف داروها، مثل مقاومت نسبت به داروها و وابستگی به داروها را ندارند. (۵) بنابراین پرستار به عنوان فردی که وظیفه توصیه و اجرای درمان های غیر دارویی را برای بیماران بر عهده دارد، وظیفه دارد از میان شیوه های توصیه شده، شیوه مناسب را با توجه به خصوصیات بیمار از جنبه های مختلف انتخاب نماید. در این میان استفاده از موسیقی به علت آسانی کاربرد، مصرف کم انرژی بیمار و پرستار، ارزانی کاربرد آن و این که نیاز به آموزش خاصی ندارد و خود بیمار نیز می تواند آن را بدون کمک انجام دهد می تواند بعنوان مداخله ای غیر تهاجمی توسط پرستاران در مراکز بالینی بکار گرفته شود. (۶)

## ۲-۱ بیان مسئله

حدود یک سوم زندگی هر فرد در خواب می گذرد. (۷) خواب یکی از نیازهای اساسی انسان و برای ادامه زندگی ضروری است. (۸) تخمین زده می شود که بین ۳۰ تا ۴۵ درصد جمعیت دنیا از بیخوابی رنج می برند که با افزایش سن، این میزان افزایش می یابد. (۹) با افزایش سن تغییراتی نیز در کیفیت و ساختار خواب ایجاد می شود. این تغییرات منجر به بروز اختلالات خواب و شکایات مکرر ناشی از آن منجر می

---

<sup>۱</sup> --Rapid eye movement



گردد. (۱۰) شاخص های آماری نشان می دهد که روند پیر شدن جمعیت در کشور ما، مانند سایر کشورهای جهان سیر صعودی دارد. که کاهش زاد و ولد همراه با افزایش طول عمر و امید به زندگی (کاهش مرگ و میر)، از علل اصلی حرکت جمعیت کشور به سمت سالمندی است. (۱۱) سالمندی به عنوان یک پدیده زیست شناختی طبیعی و ناگزیر به شمار می آید. (۱۲) بر اساس آخرین آمار سر شماری جمعیت در سال ۱۳۹۰، تعداد جمعیت سالمندان نسبت به سالهای قبل افزایش پیدا کرده است. بر اساس این سرشماری تعداد افراد سالمند بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۹۰ برابر با ۸,۲٪ می باشد. این در حالی است که این تعداد در سال ۱۳۷۵ برابر با ۶,۶۲٪ و در سال ۱۳۸۵ برابر با ۷,۲۷٪ بوده است. (۱۳) بیشتر از ۵۰٪ از افراد بالای ۶۵ سال، بعضی از اختلالات خواب را تجربه کرده اند. افراد سالمند، شایعترین اختلالات خواب را به صورت، بیخوابی<sup>۱</sup> و همچنین مشکل در شروع خواب ذکر نموده اند. (۱۴) تحقیقات در آمریکا نیز نشان داده است که خواب با کیفیت ضعیف، بعد از سردرد و اختلالات گوارشی در رتبه سوم مشکلات سالمندان قرار دارد و یکی از مشکلات شایع و دلیل مراجعه افراد مسن به پزشکان است. خواب، یک پدیده اساسی حیات بوده و یک مرحله جدایی ناپذیر از موجودیت انسان میباشد. (۱۵) مطالعات اپیدمیولوژیک نشان میدهد، شیوع مشکلات خواب در سالمندان ۵۴-۷۹ درصد است، که شامل: مشکل در بخواب رفتن ۱۰-۳۹ درصد، بیدار شدن در طول شب ۱۸-۶۰ درصد، بیدار شدن زود هنگام در صبح ۱۲-۳۳ درصد، احتیاج به چرت روزانه ۱۸-۳۶ درصد است. افراد سالمند زمان بیشتری را در رختخواب می گذرانند ولی زمان کمتری به خواب میروند، و در سن ۶۵ سالگی در حدود ۱۲ بار در طول شب بیدار می شوند و فقط ۳۰ دقیقه به خواب عمیق میروند. (۱۶) افراد سالمند از اینکه به راحتی به خواب نمیروند و یا اینکه بعد از خوابیدن احساس آرامش نمی کنند، شکایت دارند. ممکن است آنها به رختخواب بروند، بخوابند و ۴ ساعت بعد بیدار شوند و برای مدتی طولانی بیدار مانده و سپس بخواب بروند و یک الگوی خواب منقطع در آنها ایجاد گردد. (۱۷) برای مقابله با اختلالات خواب، راههای گوناگونی وجود دارد، معمولاً سالمندان جهت مقابله با اختلالات خواب از داروهای خواب آور

---

<sup>1</sup> - insomnia

استفاده می کنند، به طوری که ۳۹ درصد از داروهای خواب آور برای افراد بالاتر از ۶۰ سال استفاده کاهش می دهند و اکثر آنها خواب با حرکات سریع چشمی را که برای عملکرد ذهن و تسکین تنش ها ضروری است، کاهش می دهند. (۵) داروهای آرامبخشی که برای مشکلات بیخوابی بکار میروند خود باعث ایجاد عوارض جانبی از جمله خواب آلودگی در طول روز، اختلالات شناختی، وابستگی و بیخوابی بازگشتی میگردند. (۱۸) نقش دارو های مختلف در درمان اختلالات خواب سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است اما تفاوت معنا داری در کیفیت خواب بیماران استفاده کننده و افرادی که از آنها استفاده نکرده اند مشاهده نشده است . بیش از نیمی از بیماران مصرف کننده داروهای خواب آور، دوباره پس از بیدار شدن در شب را اشکال در به خواب رفتن گزارش کرده اند. (۱۹) بسیاری از مطالعات نشان داده اند که درمان های شناختی - رفتاری، حداقل به سودمندی درمنا نهایی دارویی هستند و احتمالاً حتی در طولانی مدت اثرات بیشتری دارند، همچنین مشکلات مربوط به مصرف داروها، مثل مقاومت نسبت به داروها و وابستگی به داروها را ندارند. (۵) که در این میان میتوان به موسیقی اشاره کرد. موسیقی، یک پدیده جهانی است که مردم از همه فرهنگها به آن گوش میدهند و از آن لذت می برند. موسیقی، یک وسیله بی خطر موثر ارتباطی است که در همه فرهنگها به صورت مثبت در نظر گرفته میشود و برای اکثر مردم آرامش و اوقات دلپذیری را ایجاد میکند. با استفاده از موسیقی آشنا، یک فرد میتواند خاطرات مثبت گذشته را بیاد آورد و این موضوع می تواند برای فرد تسکین دهنده، آرامبخش و درمانی باشد. (۱۷)

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت

با توجه به شیوع اختلالات خواب در افراد سالمند، نباید آنرا کوچک شمرد، ضمن اینکه خواب مطلوب سلامت جسمی را حفظ میکند، خمودگی و اضطراب را کاهش میدهد، توانایی سازش را تقویت و باعث تمرکز حواس در فعالیت های روزمره زندگی میشود. (۱۶) مسئله بیخوابی در اکثر سالمندان دیده میشود و نتایج فردی و اجتماعی زیادی را برای سالمند به دنبال دارد. (۲۰) برای مقابله با اختلالات خواب راههای

گوناگونی وجود دارد، ولی معمولاً افراد مسن، جهت مقابله با اختلالات خواب، از داروهای خواب آور استفاده میکنند. بطوریکه ۳۹ درصد از داروهای خواب آور برای افراد بالاتر از ۶۰ سال مصرف میشود، در حالی که این داروها اختلالات خواب را بطور موقت تخفیف واکثر آنها خواب با حرکات سریع چشم را که برای عملکرد ذهنی و تسکین تنش ها ضروری است کاهش میدهند. (۵) اقدامات پرستاری متفاوتی، به عنوان شیوه های درمانی جایگزین، برای کمک به این بیماران در دستیابی به نیازهای احساسی، روحی - روانی و جسمانی مشاهده شده که شامل آرام سازی تدریجی و پیش رونده، تنفس عمیق، لمس درمانی، ماساژ، استفاده از داروهای معطر و موسیقی درمانی می باشد. (۲۱) یکی از راههای مناسب برای بهتر شدن زندگی سالمند و کاهش وابستگی او به دارو و درمان (که هزینه قابل توجهی را بر او تحمیل می کند)، موسیقی است. موسیقی، سالهاست که به عنوان مداخله ای برای افزایش بهبود سلامتی و کاهش درد و رنج بکار میرود. (۲۲) یافته ها، کاربرد موسیقی را در وسعت زیاد برای ارتقا سلامتی نشان میدهد، که میتواند شامل بیماری هایی چون، سرطان واسکیزوفرن بوده و همچنین کمک به بهتر شدن وضعیت بیماران، با کم کردن میزان استرس، بی خوابی و دردهای مزمن آنها گردد. همچنین یافته ها بیان میکنند که موسیقی میتواند باعث کاهش استرس، درک درد و اضطراب بیماران قبل و بعد از اعمال جراحی بشود. در مطالعه ای که توسط لپیگ در سال ۲۰۰۲ بر روی بیهوشی نخاعی بیماران، قبل از عمل جراحی در دو گروه به صورت مورد - شاهدی انجام شده بود، نشان داد که گوش کردن به موسیقی در گروه مداخله باعث شد که نیاز کمتری به داروهای شل کننده در مقایسه با گروه کنترل پیدا نمودند. (۲۴) گوش کردن به موسیقی، باعث اثرات مفیدی بر روی فشارخون، تعداد نبض، تعداد تنفس، اضطراب و درد در بیماران با بیماری های کرونری قلب میگردد. (۲۵) موسیقی، یک مداخله پرستاری ارزان قیمت برای بیماران میباشد، که هیچ عوارض جانبی برای آن گزارش نشده و بیشتر از بقیه مداخلات مورد پذیرش بیماران و مراقبین آنها قرار میگیرد. (۲۶) موسیقی و موسیقی درمانی میتواند برای سالمندان، یک منبع مهم لذت بخشی و هیجان انگیزی را به دنبال داشته باشد. از موسیقی میتوان برای افزایش میزان استقلال و کاهش اختلالات درکی و دردهای مزمن سالمندان استفاده نمود. همچنین در

سالمدان باعث کاهش افسردگی، درد های استئوآرتریت، دلیریوم بعد از عمل، مشکلات خواب، بیماری های انسدادی کرونری و دمانس گردد. (۲۷) موسیقی درمانی، اثرات آرام بخش بر انسان دارد و در موقعیتهای بالینی استرس و تنش را کاهش می دهد. نوع موسیقی بر میزان آرامش و اضطراب موثر است. موسیقی آرام بخش و آهسته باعث آرام سازی می گردد. (۱۷) بر اساس یک تئوری روانی- اجتماعی برداشت شده از متون، موسیقی تسکین دهنده باعث آرام سازی و پاسخ های انحراف در حواس گردیده و باعث کاهش فعالیت نوروآندوکراین و علائم اعصاب سمپاتیک میگردد، و در نتیجه باعث کاهش اضطراب، ضربان قلب، تعداد تنفس و فشارخون و بهبود وضعیت خواب میگردد. یافته ها بیان میکنندکه موسیقی باعث کم شدن انتشار نورآدرنالین میگردد که این با شروع خواب در ارتباط است. (۲۸) پرستاران سالها از موسیقی به عنوان یک مداخله استفاده کرده اند. بررسی های نسبتا زیادی برای تعیین تاثیر موسیقی در اداره درد، کاهش اضطراب و رفتارهای تهاجمی و بهبود عملکرد توسط پرستاران وسایرمشاغل بهداشتی انجام شده است. استفاده های درمانی از موسیقی در پرستاری به زمان فلورانس نایتینگل میرسد. (۱۷) موسیقی ضبط شده، اولین بار در بیمارستانی در اواخر قرن هیجدهم پس از اختراع گرامافون مورد استفاده قرار گرفت. در این زمان موسیقی ضبط شده برای تسهیل خواب، کاهش اضطراب همراه با جراحی و نیز کمک به بیحسی موضعی مورد استفاده قرار می گرفت. (۲۹) گازتا در سال ۱۹۸۹، پژوهشی تجربی بر روی پنجاه بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام داد. هدف این مطالعه، بررسی اثرات موسیقی و آرام سازی بود. این مداخلات به مدت سه جلسه در طی دو روز انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد، تعداد ضربان قلب در گروههای مطالعه نسبت به گروه شاهد کاهش، و درجه حرارت محیطی افزایش یافته، بیماران در گروه های مطالعه همچنین بیان داشتند واکنش مثبت به مداخلات داشتند و بیان نمودند که این مداخلات مفید هستند. (۱۷) آراگن اثرات نواختن چنگ به صورت زنده را بر اضطراب، درد، رضایت و شاخص های فیزیولوژیک در بیماران تحت عمل جراحی عروق و ریه، بررسی نمودند و نتایج نشان داد که گوش کردن به موسیقی اثر مثبت بر درک اضطراب، درد و رضایت بیماران دارد. (۳۰) مطالعات متعددی در رابطه با وضعیت کیفیت خواب در کشورهای مختلف و درجوامع سالمند صورت