

تأثیر آموزش و حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های قزوین (۱۳۸۹)

امیر جوادی***

دکتر بهرام مهرتاش**

نضال از*

* مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ** استادیار بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 *** مربی و عضو هیأت علمی آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پزشکی، تلفن ۰۲۸۱-۲۲۳۵۶۱۰

Email: javadi_a@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۲۸

* چکیده

زمینه: سالخوردگی، پدیده‌ای است که جوامع بشری با آن رو به رو هستند. سلامتی و کیفیت زندگی این جمعیت موضوعی چالش برانگیز است. از این رو دستیابی به شیوه‌های مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

هدف: مطالعه به منظور تعیین تأثیر آموزش و حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان قزوین انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای قبل و بعد در سال ۱۳۸۹ بر روی تمام سالمندان مقیم در مراکز سالمندان قزوین (۳۷ نفر) انجام شد. کیفیت زندگی سالمندان در شروع مطالعه و یک ماه پس از مداخله با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-۳۶ ارزیابی شد. مداخله شامل آموزش، معاینه ماهیانه توسط پزشک، گردش در شهر، مسافرت به اماکن زیارتی و تفریحی و ملاقات‌های هفتگی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تی جفت شده تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۳۷ سالمند مورد مطالعه، ۱۷ نفر (۴۵/۹٪) مؤنث و ۲۰ نفر (۵۴/۱٪) مذکر بودند. میانگین سن سالمندان $66 \pm 3/4$ سال بود. ۸۶٪ از سالمندان بی‌سواد بودند. ۶۲/۲٪ آنان سابقه ازدواج داشتند. متوسط نمره کیفیت زندگی در هر یک از ابعاد هشت‌گانه پس از مداخله افزایش پیدا کرد ($P < 0/005$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، ضروری است تا با تدوین و برنامه‌ریزی مناسب، شرایط لازم برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مقیم در آسایشگاه‌ها فراهم شود.

کلیدواژه‌ها: سالمند، خانه سالمندان، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی

* مقدمه

و میر، افزایش امید به زندگی و اعمال سیاست کنترل موالید است.^(۱)

در سال ۲۰۰۰ جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان ۶۰۰ میلیون نفر، معادل ۱۰ درصد کل جمعیت بود. پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد این گروه سنی در سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ بیلیون و در سال ۲۰۵۰ حدود ۲ بیلیون نفر (معادل ۲۱ درصد جمعیت کل جهان) برسد.^(۲)

ارتقای سلامت و افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر چالش‌های فراوانی را به وجود آورده است. افزایش طول عمر و فزونی جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ است. سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای است که برخی از جوامع با آن رو به رو و برخی دیگر در آینده‌ای نزدیک با آن رو به رو خواهند شد. این پدیده ناشی از بهبود شرایط بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، کاهش مرگ

توجه به درگیری‌های اقتصادی، اجتماعی و مشکلاتی که سالمندان با آن رو به رو هستند، تمایل به نگهداری آن‌ها در مراکز نگهداری سالمندان رو به افزایش است. لذا برنامه‌ریزی در این مراکز باید براساس نیازها و در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان تنظیم شود. لازم به توجه است که کیفیت زندگی سالمندان با فعالیت روزمره آنان ارتباط معنی‌داری دارد.^(۸) از سوی دیگر، در ایران اگر سالمندان به صورت اختیاری به خانه‌های سالمندان آورده شوند فشار مشکلات مالی در پشت این انتقال دیده می‌شود و این جریان شاید علت شیوع بالای افسردگی در این افراد باشد.^(۹-۱۰) یک مطالعه نشان داد که آموزش تغذیه به افرادی که با سالمندان سروکار دارند، می‌تواند بر سلامت آن‌ها تأثیر شگرفی داشته باشد.^(۱۱) کیفیت زندگی سالمندان به عوامل بسیاری وابسته است، علل زیر می‌تواند از دلایل انتخاب خانه‌های سالمندی باشد و بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد:^(۱۲-۱۴) ترس از سقوط، احساس امنیت، عوامل مربوط به طراحی و ایمنی ساختمان، کیفیت مراقبت و فعالیت‌های روزمره (علاوه بر علل ناتوانی و مشکلات نگهداری سالمندان در منزل توسط اعضای خانواده) لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم در مراکز دولتی و خصوصی شهر قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این تحقیق مداخله‌ای قبل و بعد، در سال ۱۳۸۹ بر روی تمام سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان قزوین (۳۷ نفر) انجام شد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از سن بالای ۶۰ سال، دارا بودن توان حرکت، عدم بیماری آلزایمر، داشتن درک قابل قبولی نسبت به مکان و زمان و توانایی برقراری ارتباط در حد معقول.

جهت بررسی کیفیت زندگی از ویرایش فارسی پرسش‌نامه SF۳۶ استفاده شد. این پرسش‌نامه، در بیش از ۵۰ کشور از جمله ایران استانداردسازی شده است.^(۱۵ و ۱۶) این پرسش‌نامه با ۳۶ سؤال، کیفیت زندگی را از ۸ بُعد

در ایران امید به زندگی در سال ۱۳۷۵ برای مردان ۶۷ و برای زنان ۷۰ سال بود. جمعیت بالای ۶۰ سال ۶/۶ درصد کل جمعیت بودند. براساس تحقیق کشوری DHS (demographic and health survey) در سال ۱۳۷۹، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال ۷/۸ درصد کل جمعیت بود.^(۳) در سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت سالمندان ایران با سن بالای ۶۰ سال حدود ۵ میلیون نفر معادل ۷/۳ درصد جمعیت تعیین شد که نشان می‌دهد طی یک دوره ۱۰ ساله ۱/۵ برابر شده است.^(۴)

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهم‌تری با عنوان کیفیت زندگی مطرح شده و ذهن صاحب‌نظران و محققین در امور سالمندی را به خود معطوف نموده است. چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم زنده ماندن و در قرن حاضر زندگی با کیفیت بهتر است.^(۵ و ۶)

بند ۱۲ بیانیه دومین اجلاس سران کشورهای عضو سازمان ملل متحد با موضوع سالمندی که در سال ۲۰۰۲ در مادرید اسپانیا برگزار شد دولت‌ها را موظف به ترویج، ایجاد و تضمین دسترسی افراد سالمند به خدمات اجتماعی براساس نیازهای خاص سالمندان می‌نماید و در بند ۱۳ بر نقش خانواده‌ها، داوطلبین، جوامع و سازمان‌ها در حمایت و مراقبت‌های غیررسمی، علاوه بر خدمات دولتی تصریح می‌کند.^(۱)

در دوره سالمندی بیماری‌ها و شکایت‌های زیادی شایع هستند، از جمله اختلال‌های حرکتی، سرگیجه، عدم تعادل، فشارخون بالا، آنژین صدری، اختلال بینایی و شنوایی، دیابت، تکرر، سوزش و بی‌اختیاری ادراری، یبوست و تغییر عادت‌های دفعی که لزوم بررسی و مداخله را ایجاد می‌کند.^(۷) این مداخله‌ها می‌تواند از پیشگیری اولیه تا بازتوانی را در بر گیرد.

سالمندی موضوعی چند بُعدی است و پرداختن به تمام ابعاد آن توسط یک بخش یا سازمان و تحقیق امکان‌پذیر نیست. در کشورهای در حال توسعه، افراد سالمند به طور معمول با خانواده زندگی می‌کنند. ولی با

درصد) بی‌سواد بودند و ۲۳ نفر (۶۲/۲ درصد) سابقه ازدواج داشتند. ۷ نفر از سالمندان (۱۹ درصد) به دلیل ترس از آسیب جسمی در گردش‌ها شرکت نکردند و تنها در فعالیت‌های داخل آسایشگاه حضور داشتند. پس از مداخله، متوسط نمره کیفیت در تمام ابعاد به جز بُعد درد افزایش داشت و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در سالمندان مورد مطالعه

| ابعاد کیفیت زندگی | قبل از مداخله | بعد از مداخله | سطح معنی‌داری |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| عملکرد جسمانی | ۴۸/۴±۳۲/۴ | ۵۷/۶±۲۸ | ۰/۰۰۵ |
| ایفای نقش جسمی | ۳۸/۹±۲۰/۹ | ۷۱/۳±۳۴/۹ | <۰/۰۰۱ |
| درد | ۳۸/۴±۲۴/۶ | ۲۲/۵±۲۱/۳ | <۰/۰۰۱ |
| درک از سلامت | ۵۱/۸±۲۲/۶ | ۷۰/۲±۲۰/۲ | <۰/۰۰۱ |
| نیرو و انرژی | ۴۴/۳±۱۶/۵ | ۶۴/۱±۱۵/۸ | <۰/۰۰۱ |
| عملکرد اجتماعی | ۵۳/۹±۲۳/۳ | ۸۴/۶±۱۵/۴ | <۰/۰۰۱ |
| ایفای نقش عاطفی | ۴۰/۲±۳۳/۳ | ۹۵/۱±۱۸/۶ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت روانی | ۵۳/۱±۱۵/۷ | ۷۷/۲±۱۲/۳ | <۰/۰۰۱ |

پس از مداخله، متوسط نمره کیفیت زندگی در دو حیطة کلی سلامت جسمی و روانی افزایش یافت. متوسط تغییرات نمره کیفیت زندگی پس از مداخله در حیطة سلامت جسمی در زنان بیش‌تر از مردان و در حیطة کلی سلامت جسمانی و روانی در دو جنس یکسان بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو حیطة کلی سلامت جسمی و روانی قبل و بعد از مداخله به تفکیک جنسیت

| ابعاد کیفیت زندگی | قبل از مداخله | بعد از مداخله | سطح معنی‌داری |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| سلامت جسمی | مذکر | ۴۶/۲±۱۷/۹ | ۰/۰۰۸ |
| | مؤنث | ۳۷/۶±۱۳/۶ | ۰/۰۰۱ |
| | کل | ۴۲/۴±۱۶/۵ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت روانی | مذکر | ۵۳/۰±۱۹/۲ | <۰/۰۰۱ |
| | مؤنث | ۳۷/۵±۱۳/۶ | <۰/۰۰۱ |
| | کل | ۴۶/۲±۱۸/۴ | <۰/۰۰۱ |

فیزیکی، دردهای جسمی، فعالیت اجتماعی، انرژی و توان جسمی، خلق، وضعیت روانی، عملکرد فیزیکی و سلامت عمومی را بررسی می‌کند. برای نمره‌دهی به سؤال‌ها از مقیاس لیکرت استفاده شد. براساس تعاریف برای فعالیت فیزیکی و سلامت روانی نمره ۵۰ حد نصاب در نظر گرفته شد. این پرسش‌نامه توسط پرسش‌گر یک بار قبل از مداخله و بار دوم به فاصله یک ماه پس از مداخله تکمیل شد. اجرای طرح پس از تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و کسب رضایت از مسؤولین مراکز و خود سالمندان شروع شد. مطالعه بر روی سالمندان مقیم در آسایشگاه‌های امیر المؤمنین (ع)، حضرت فاطمه (س) و نیکان شهر قزوین انجام شد. مداخله شامل آموزش و آرایه حمایت‌های اجتماعی بود. آموزش براساس شیوه‌نامه اداره سلامت خانواده وزارت بهداشت و درمان درباره شیوه زندگی سالم شامل توصیه درباره نوع و روش تغذیه، ورزش، برخورد با مشکلات شایع این دوران (مانند درد استخوان و مفاصل، نفخ و یبوست، بهداشت دهان و دندان، کنترل ادرار، یائسگی، کاهش قدرت حافظه و بازنشستگی) آرایه شد. حمایت‌های اجتماعی شامل معاینه ماهیانه پزشکی و در صورت نیاز ارجاع برای خدمات تخصصی پزشکی و دندان‌پزشکی، برنامه زیارتی و تفریحی، گردش اطراف شهر یا در شهر برای خرید، ملاقات‌های هفتگی توسط مجریان طرح همراه با پذیرایی، نمایش فیلم یا پخش موسیقی مورد علاقه سالمندان و تهیه کتاب برای مطالعه بود. مدت زمان مداخله ۳ ماه بود. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ۱۳ و آزمون آماری تی جفت شده تحلیل و سطح معنی‌داری ۵ درصد در نظر گرفته شد.

* یافته‌ها:

از ۳۷ سالمند مورد مطالعه، ۱۷ نفر (۴۵/۹ درصد) زن و ۲۰ نفر (۵۴/۱ درصد) مرد بودند و میانگین سنی آن‌ها ۶۶±۳/۴ سال بود، در بین افراد مورد مطالعه، ۳۲ نفر (۸۶

* بحث و نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد اجرای برنامه‌های حمایتی (تفریحی و سرگرم‌کننده) و آرایه خدمات بهداشتی و درمانی به صورت ادواری می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان مقیم در مراکز سالمندی را در کلیه ابعاد ارتقا دهد. حبیبی و همکاران در پژوهشی در تهران نشان دادند کیفیت زندگی با فعالیت روزمره ارتباط معنی‌داری دارد؛ به طوری که سالمندان با فعالیت‌های جسمی مستقل‌تر، نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند.^(۸) در تحقیق کنونی نیز آموزش حرکت‌های نرمشی با توجه به وضعیت جسمی سالمندان باعث افزایش فعالیت جسمی و ارتقای کیفیت زندگی در بُعد عملکرد جسمانی شد. در مطالعه طولی در آمریکا که به مدت دو سال بر روی ۵۳۷ سالمند انجام شد، شیوع افسردگی اساسی با استفاده از ملاک‌های DSM-IV در ۳۷ درصد نمونه‌ها مشاهده شد.^(۱۰) در تحقیق حاضر اگرچه نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان در شروع مطالعه براساس تعریف (نقطه برش ۵۰) بالای حد طبیعی بود، در پایان مطالعه با ایجاد فضایی همراه با بحث، گفتگو، گردش و تفریح این نمره به طور معنی‌داری افزایش یافت.

در تحقیق نجاتی و همکاران که کیفیت زندگی سالمندانی را بررسی نمود که در شهر کاشان با خانواده زندگی می‌کردند، نتایج زیر به دست آمد: نمره فعالیت فیزیکی ۵۹/۱، درک کلی سلامت ۶۰/۷، ایفای نقش ۵۱/۱، فعالیت اجتماعی ۷۸/۲، ایفای نقش عاطفی ۶۱/۸، نیروی حیاتی ۶۲/۷، سلامت روانی ۹۴/۴ و درد جسمی ۶۱/۷.^(۱۷) پاشا و همکاران سلامت روانی را با استفاده از پرسش‌نامه GHQ در بین دو گروه سالمندان ساکن در مراکز نگهداری و سالمندان ساکن با خانواده اندازه‌گیری کردند. در آن مطالعه نمره سلامت ساکنین خانه سالمندان ۴۴/۱ و سالمندان در بین خانواده ۱۵/۶ بود. براساس امتیازدهی پرسش‌نامه GHQ (نمره کم‌تر وضعیت بهتر با نقطه برش زیر ۲۸)، سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کردند از سلامتی روانی بهتری برخوردار بودند که مؤید

تأثیر حمایت عاطفی خانواده در سلامت روان سالمندان است.^(۱۸) در مطالعه حاضر نیز پس از مداخله نمره کیفیت سلامت روانی در بین سالمندان افزایش یافت که تأثیر حمایت روانی را نشان می‌دهد.

در مطالعه نجاتی، مردان در تمام ابعاد کیفیت زندگی، کارایی بالاتری نسبت به زنان داشتند که با یافته‌های تحقیق کنونی هماهنگی دارد.^(۱۸) به تعبیر سالاروند سالمندانی که به دلیل مشکلات با توافق قبلی، یا به دلیل نداشتن بستگان و یا به اجبار در حالت نیمه بی‌هوشی به سرای سالمندان آورده یا در اطراف آن رها می‌شوند، در هر سه حالت کمبودهای عاطفی دارند. این موضوع ضرورت آموزش به کارکنان مراکز سالمندان را در این حیطه بیش‌تر نمایان می‌کند.^(۱۰)

در این تحقیق، سالمندان یکی از مراکز از بیرون رفتن وحشت داشتند؛ زیرا فکر می‌کردند احتمال افتادن وجود دارد. مشاور این مرکز نیز بیرون بردن سالمندان را عملی پبیهوده می‌دانست. در تحقیق قاسمی این موضوع به شکل دیگری مستتر بود؛ به طوری که آموزش کارکنان با بهبود وضعیت تغذیه سالمندان همراه بود.^(۱۲) به نظر می‌رسد در طراحی خانه‌های سالمندان باید تمهیدات خاصی به کار گرفته شود؛ زیرا از یک طرف به دلیل پوکی استخوان احتمال شکستگی وجود دارد و از طرف دیگر، حرکت، راه رفتن و انجام کارهای روزمره در کیفیت زندگی سالمندان نقش مهمی دارد. امامی و همکاران در سؤییس مطالعه‌ای با هدف ارزیابی ایمنی و امنیت سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان انجام دادند. در این مطالعه کیفی مداخله‌ای خانه‌های سالمندان براساس استانداردهای ایمنی حرکت سالمندان، به گونه‌ای طراحی شده بود که آن‌ها هنگام راه رفتن و فعالیت‌های جسمی، خطر سقوط نداشته باشند. در مصاحبه‌های انجام شده با این افراد و کارکنانی که از آنان مراقبت می‌کردند، این خانه‌ها برای راه رفتن و فعالیت روزمره سالمندان بسیار مناسب توصیف شده بود.^(۱۳)

(1): 1-3

6. Rocha FL, Uchoa E, Guerra HL. Prevalence of sleep complains and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Sleep Med* 2002 May; 3 (3): 231-8

7. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J. Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Translated by: Abed Saeidi G. 12th ed. Salami; 2012. 20-36 [In Persian]

8. Habibi Sola A, Nikpor S, Haghani H. Quality of life and statues of physical functioning among elderly people in west region of Tehran. *Iran Nursing J* 2009; 21 (53): 29-39 [In Persian]

9. Salarvand S, Abdi H. Causes of living in elder home based on elder views. *Fase J* 2009; 12 (2): 55-65 [In Persian]

10. Bruce ML, McAvay GJ, Raue OJ, et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiat* 2002 Aug; 159 (8): 1367-74

11. Ghasemi S, Sharifi F, Maghsodnia S. Investigation effect of health nutrition education program on staff of Kahrisak house in Tehran to promote health nutrient elder people. *Salmand J* 2006; 1 (1): 205 [In Persian]

12. Fonad E, Wahlin TB, Winblad B, et al. Falls and Fall risk among nursing home residents. *J Clin Nurs* 2008 Jan; 17 (1): 126-34

13. Fonad E, Burnard P, Emami A. Shielding or caging? Healthcare staffs views on fall risk and protection in Stockholm. *Int J Older People Nurs* 2008 Mar; 3 (1): 46-54

14. Kenneth H, Wang C. Choosing and evaluating a high-quality retirement home in Taiwan. *Int J Manage* 2009; 3 (1): 75-88

به طور کلی، این تحقیق نشان داد که برنامه‌های حمایتی از قبیل بازدید هفتگی، معاینه ماهیانه، گردش در شهر و مسافرت‌های سیاحتی و زیارتی ماهی یک بار باعث ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری سالمندان استان قزوین شد.

در این پژوهش عدم همکاری برخی نمونه‌ها به دلیل ترس از جدا شدن از تخت، عدم وجود سالن عمومی یا مکان مناسب برای برگزاری برنامه‌های آموزشی یا تفریحی دسته‌جمعی و عدم وجود تجهیزات مناسب برای پخش فیلم، از مشکلات موجود در خانه‌های سالمندان بود.

* سپاس‌گزاری:

از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در حمایت مالی از این طرح تحقیقاتی و همکاری خانم‌ها سمیعی فرد، فغانی و آقای بهتویی قدردانی می‌شود.

* مراجع:

1. Majd M, Delavar B. Health program for elder. Tehran: Ministry of health and medical education; 2002 [In Persian]
2. Park JE. Text book of preventive and social medicine. Translated by: Shojaee Tehrani H. Rasht: Gilan University; 2004. 230-50
3. Ministry of Health and Medical Education Burea of Population and Family Health. Population and health in the Islamic Republic of Iran: Demographic and Health Survey (DHS). 1st ed. Tehran: UNICEF; 2000. 52-78 [In Persian]
4. Mirzaee M, Shams farokhi M. Demographic of elderly in Iran based on population study 1956-2007. *Geology* 2008; 2 (5): 226-30 [In Persian]
5. Coats AJ. Life, quality of life and choice in an aging society. *Int J Cardiol* 2001 Mar; 78

15. Ware JE. SF-36 HEALTH. Available at: www.sf-36.org. Updated in: 2010
16. Montazery A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item short form health survey (SF12). *BMJ Public Health* 2009 Sep 16; 9: 341
17. Nejati V, Ashayeri H. Relationship between quality of life and health among Kashan elders. *Iran Clin Psycho* 2008; 14 (1): 56-61 [In Persian]
18. Pasha G, Safarzade S. To compare general health and social supportive between resident in older home and out. *Family Reaserch* 2008; 3 (9): 503-10

Archive of SID