

مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران

(مقاله پژوهشی)

علی حسام‌زاده^۱، سادات باقرسیدمداح^۲، فرحناز محمدی‌شاه‌بلاغی^۳، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۴، مهدی رهگذر^۵

چکیده:

هدف: در این پژوهش، کیفیت زندگی و ابعاد تشکیل دهنده آن در سالمندان مقیم خانواده و سراهای خصوصی و دولتی شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر در چارچوب مطالعه مقطعی از نوع تحلیلی انجام یافت. برای این منظور تعداد ۹۶ سالمند در سه گروه سالمند مقیم خانواده، سالمند مقیم سرای سالمندان خصوصی و سرای سالمندان دولتی در شهر تهران با توجه به معیارهای پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد استفاده شد. به منظور تجزیه تحلیل اطلاعات حاصله از آموخته‌های کولموگروف - اسمیرنوف، آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون تی، آزمون کروسکال والیس و آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: نمره کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده (۶۵/۵۷) بالاتر از کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان دولتی (۵۱/۳۰) و خصوصی (۵۰/۶۴) بود. نمره ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی و نیز مراقبت از خود، سالمندان مقیم خانواده با سالمندان سرای سالمندان اختلاف آماری معناداری نشان دادند ($p < 0/05$). بین کیفیت زندگی سالمندان سرای دولتی و خصوصی و نیز کیفیت زندگی مردان و زنان در واحدهای مورد مطالعه اختلاف معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان خصوصی و دولتی در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی بودند.

کلید واژه‌ها: سالمندی، کیفیت زندگی، سرای سالمندان

- ۱- کارشناس ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی آدرس: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، میدان معلم، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی مازندران. تاریخ و محل پژوهش: تهران ۱۳۸۲.
- ۲- دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- (نویسنده مسئول): دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، آدرس: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶
msflir@yahoo.com
- ۵- دکتری آمار حیاتی، عضو هیئت علمی گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

سرشماری عمومی سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که ۶/۶ درصد از جمعیت کشورمان را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می‌دادند که این نسبت در سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵ به ۷/۲۷ درصد افزایش یافته است. (۳)

از اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی افزایش نسبت جمعیت سالمندان بالاتر از ۶۵ سال در ایران می‌تواند مشکلات عمده‌ای را برای سیستم تأمین اجتماعی نوپای کشور ایجاد نماید. (۴)

بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیتهای روزمره زندگی پایه (از قبیل حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن) و فعالیتهای روزمره زندگی وابسته به وسایل (از قبیل پختن غذا، مصرف دارو، استفاده از پول) دارای مشکل

از آغاز این قرن تا کنون در سراسر دنیا، نزدیک به سه دهه به امید به زندگی در هنگام تولد افزوده شده است. در حال حاضر ۵۹۰ میلیون نفر افراد ۶۰ سال و بالاتر در جهان وجود دارد و انتظار می‌رود در طی بیست و پنج سال آینده این رقم به بیش از ۱۲۰۰ میلیون نفر برسد که بیانگر رشد صد درصدی در این گروه سنی در مقایسه با رشد پنجاه درصدی در کل جمعیت جهان است. (۱) رشد تعداد افراد سالمند بقدری قابل توجه است که بعنوان انقلاب ساکت توصیف شده است. (۲)

شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما نیز در حال گسترش است.

از طریق مقایسه، نقاط قوت و ضعف هر یک از محیط‌ها ارزیابی می‌شود و شباهتها و تفاوت‌های قابل توجه مشخص می‌شوند. (۱۲)

شناسایی تفاوت‌های موجود در ویژگی‌های کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند کمک شایانی به پژوهشگران برای انجام مطالعاتی کند که بر رفع مشکلات سالمندان با توجه به مکان زندگی آنان تمرکز دارد. هم‌منظور شباهت‌های موجود راهگشای بهبود کیفیت زندگی سالمندان با ارائه دیدگاه‌های کلی خواهد بود. لذا این پژوهش با هدف مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم در منزل با سالمندان مقیم در آسایشگاه‌های دولتی و خصوصی طراحی شد.

روش بررسی

این مطالعه، بررسی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بود که با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان دولتی و سرای خصوصی بر روی ۹۶ سالمند شامل ۵۹ نفر مقیم خانواده، ۳۷ نفر مقیم سرای سالمندان (که ۲۳ نفر از سرای سالمندان دولتی و ۱۴ نفر از سرای سالمندان خصوصی بودند) انجام شد. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل محل سکونت در تهران، سن بالاتر از ۶۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد و شدید جسمی و روانی در زمان تحقیق، تکلم به زبان فارسی بود.

حجم نمونه با توجه به $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/85$ و $\mu_1 = 2/7$ و $\mu_2 = 3/5$ و $sd_1 = 1/9$ و $sd_2 = 1/8$ حاصل از مطالعه اورسیولی و همکاران (۱۳) تعداد ۹۶ بدست آمد.

از میان کلیه سالمندان مقیم دو سرای خصوصی موافق شرکت در مطالعه که در هر کدام ۵۰ نفر سالمند ساکن بودند، بعد از حذف سالمندانی که دچار بیماری‌های شدید روانی بوده یا سن کمتر از ۶۰ سال داشتند، تعداد ۲۵ نفر انتخاب شدند. ۱۱ نفر از این سالمندان به علت نقص شدید شنوایی، دمانس شدید یا عدم تمایل به شرکت در مصاحبه از مجموعه نمونه انتخابی حذف شدند و مجموعاً ۱۴ نفر از سالمندان مقیم سرای سالمندان خصوصی انتخاب شدند (متشکل از ۶ سالمند مرد (۴۲/۹ درصد) و ۸ سالمند زن

می‌باشند و میزان نامتناسبی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد (۵).

تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته‌ای و جذب زنان به بازار کار سبب می‌شود که امکانات برای نگهداری از سالمندان به شدت کاهش یابد و باری که خانواده‌ها قبلاً به تنهایی به دوش می‌کشیدند را به ناچار با دولت‌ها تقسیم کنند. در این زمینه نقش و مشارکت سازمان‌های غیر دولتی بسیار با اهمیت تلقی می‌شود. (۶)

عدم پذیرش سالمند در خانواده منجر به رشد آسایشگاه‌های سالمندان گردیده است (۷)

مراقبت در سرای سالمندان خصوصی بعنوان بهترین جانشین برای اکثریت سالمندان توصیف شده است. (۲)

کیفیت زندگی بعنوان هدف نهایی مراقبت از سالمندان در سراها تلقی می‌شود. با این وجود عقیده بر آنست که ماهیت زندگی در سراها، ساکنین آنرا مستعد داشتن کیفیت زندگی نا امید کننده‌ای می‌کند. (۸)

اصطلاح «اضافه نمودن زندگی به سنوات عمر بجای سنوات عمر به زندگی» در طی دهه گذشته مسیر متغیر مراقبت از سالمندان ناتوان را تسخیر کرده است و بجای تأکید بر مدل پزشکی مبتنی بر افزایش طول عمر به هر قیمتی، مدل مراقبت بشر دوستانه متمرکز بر کیفیت زندگی در حال ظهور است. (۹)

کیفیت زندگی یک وضعیت رفاهی است که مشتمل بر دو بخش است (۱) توانایی اجرای فعالیتهای روزمره که همان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است و (۲) رضایت از سطوح عملکرد، کنترل و درمان بیماری (۱۰).

یکی از شرایطی که احتمالاً تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد جایی است که آنها زندگی می‌کنند، در خانه خود یا مراکز نگهداری. عقیده کلی بر این است که سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به آنهایی هستند که همچنان در خانه خود زندگی می‌کنند. از اینرو کاملاً ضروری به نظر می‌رسد که نگاهی به کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه‌های خود و آنهایی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند داشته باشیم (۱۱).

پرسنل آموزش دیده ندارد (۱۵). این پرسشنامه کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بعد عملکرد جسمی (۵ سوال)، مراقبت از خود (۶ سوال)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال) و رضایت از زندگی (۶ سوال) بررسی می‌کند. این بخش پرسشنامه بصورت لیکرتی طراحی شده و هر پرسش دارای چهار گزینه است که از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیازبندی شده و در مجموع دارای ۳۱ سوال است (که دارای حداقل صفر امتیاز و و حداکثر ۹۳ امتیاز است) می‌باشد. پرسشنامه اصلی کیفیت زندگی سالمندان لیپاد به زبان انگلیسی تهیه گردید و متن انگلیسی آن با توجه به شرایط فرهنگی ایران به فارسی روان ترجمه شد. سپس جهت محاسبه روایی ابزار تحقیق و نیز اطمینان از ترجمه صحیح، پرسشنامه حاوی متن ترجمه شده فارسی کیفیت زندگی سالمندان لیپاد به همراه متن انگلیسی و بیان اهداف تحقیق در اختیار ۱۰ نفر از اساتید مختلف دانشگاهی (۳ نفر روان پرستار، ۳ نفر کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، ۱ نفر کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، ۱ نفر متخصص طب سالمندان، ۲ نفر روانشناس بالینی) قرار داده شد، که همگی عضو هیات علمی دانشگاههای علوم پزشکی کشور بوده و نیز در امر پژوهش خبره بودند. پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، روایی پرسشنامه مذکور تایید شد. جهت ارزیابی پایایی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد. در این تحقیق پرسشنامه مذکور در مورد ۱۹ نفر از سالمندان بکار گرفته شد (۸ نفر سالمند زن و ۱۱ نفر سالمند مرد) که از مجموع کل، ۸ نفر ساکن در سرای سالمندان دولتی، ۷ نفر ساکن سرای خصوصی و ۴ نفر ساکن در منازل بودند. پرسشنامه پس از یک هفته مجدداً در مورد همان افراد بکار گرفته شد و اطلاعات حاصله با هم مقایسه شدند و در نهایت پایایی ابزار تایید گردید ($\alpha=0/83$).

جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی و آزمون کولموگراف اسمیرنوف (K-S)، آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تی، کروسکال والیس، مجذور کای دو و ضریب

(۵۷/۱ درصد)) جهت ارزیابی کلیه سالمندان مقیم سرای سالمندان دولتی ابتدا سالمندان به دو گروه سالمند مرد و زن تقسیم شدند. از میان سالمندان مرد در بخشهای مختلف سرا تعداد ۱۶ نفر و از میان سالمندان زن مقیم سرا ۱۶ نفر بصورت تصادفی انتخاب شدند تعداد ۹ نفر از این سالمندان بعلاوه اینک محل سکونت قبلی آنها در شهرهایی بغیر از تهران بود حذف شدند در نهایت ۲۳ نفر از سالمندان مقیم سرای دولتی متشکل از ۱۰ نفر سالمند مرد (۴۳/۵٪) و ۱۳ نفر سالمند زن (۵۶/۵٪) جزو واحدهای مورد پژوهش در این تحقیق قرار گرفتند. جهت انتخاب نمونه‌های مورد پژوهش در خانواده در سطح شهر به این ترتیب عمل شد که آدرس قبلی سکونت سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی بعنوان مرکز خوشه تعیین و از منازل سمت راست آدرس تعداد ۶۸ نفر از سالمندان مقیم جهت پاسخگویی و مصاحبه انتخاب شدند که از این میان تعداد ۹ نفر به علت عدم تمایل به شرکت در مصاحبه از مجموعه نمونه انتخابی حذف شدند. سرانجام تعداد ۵۹ نفر سالمند متشکل از ۳۱ نفر سالمند مرد (۵۲/۵٪) و ۲۸ نفر سالمند زن (۴۷/۵٪) جزو واحدهای مورد پژوهش در این تحقیق قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه حضوری صورت گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها دارای ۲ قسمت بود:

۱- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی که جهت بررسی عامل سن و جنس، مذهب، سطح تحصیلات، شغل فعلی، شغل گذشته، درآمد ماهانه، محل درآمد، وضعیت مسکن، مدت اقامت در محل فعلی، همراهان فعلی در زندگی بکار گرفته شد.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد که ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد بود. این پرسشنامه تحت حمایت‌های سازمان بهداشت جهانی گسترش یافته است و توسط دی لئو و همکاران در شهرهای پادوآ و برشا در ایتالیا، لیدن در هلند و هلسینکی فنلاند مورد پژوهش قرار گرفته است (۱۴). کاربرد آن نسبتاً سریع است و به سهولت توسط سالمندان با تحصیلات پایین قابل فهم بوده و نیاز به

سال بود. بطور متوسط ۴۹ درصد واحدهای پژوهش مرد و ۵۱ درصد زن بودند و سالمندان مورد بررسی در هر سه گروه سالمندان خانواده، سرای دولتی و سرای خصوصی از نظر سنی با یکدیگر جور بودند جدول شماره ۱.

همبستگی پیرسون استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی سالمندان خانواده ۷۳/۴۷ سال و سالمندان مقیم سرای خصوصی ۷۷/۳۷ سال و سرای دولتی ۷۶/۷۴

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن، تعداد فرزندان و سطح درآمد و آنالیز واریانس آن در گروه‌های مورد مطالعه

P-Value	آماره F	سالمندان مقیم سرای دولتی		سالمندان مقیم سرای خصوصی		سالمندان مقیم خانواده		خصوصیات سالمندان
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۶۷	۲/۷۸۸	۷/۷۲	۷۶/۷۴	۷/۷۴	۷۷/۳۶	۶/۷۰	۷۳/۴۷	سن
۰/۰۰۱	۷/۱۴۶	۳۶۰۹۸/۷۳	۳۲۸۶۹/۵۷	۱۱۳۸۱۹/۱۴	۱۱۷۷۸۵/۷۱	۱۱۸۷۳۶/۳۶	۱۲۹۰۱۶/۹۵	درآمد (تومان)
۰/۰۰۰۰	۱۹/۹۵۸	۱/۴۴	۰/۹۱	۱/۹۹	۲/۶۴	۲/۳۶	۴/۱۷	تعداد فرزندان

سکونت آنان رابطه معناداری وجود داشت ($p=۰/۰۰۰۰۲$) بدین شکل که تعداد سالمندان متأهل در سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی کمتر از سالمندان مقیم خانواده بود جدول شماره (۲).

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین سطح تحصیلات سالمندان با محل سکونت آنها ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۰۵۴$). همچنین میان جنسیت و شغل گذشته سالمندان با محل سکونت آنان رابطه معناداری مشخص نشد (بترتیب $p=۰/۱۶۱$ و $p=۰/۶۷۴$). بین وضعیت تاهل سالمندان با محل

جدول ۲ بررسی ارتباط جنسیت، شغل گذشته و تاهل با محل سکونت در گروه‌های مورد مطالعه

P-Value	درجه آزادی	مقدار آماره کای اسکور	خصوصیات سالمندان مورد بررسی
۰/۶۷۴	۲	۰/۸۸۷	جنسیت
۰/۱۶۱	۴	۶/۶۵۴	شغل
۰/۰۵۴	۸	۱۵/۳۰۴	سطح تحصیلات
۰/۰۰۰۰۲	۶	۳۰/۶۴۶	تاهل

محل سکونت آنها ارتباط معناداری وجود داشت ($p=۰/۰۰۱$) بدین صورت که سطح درآمد سالمندان مقیم سرای سالمندان دولتی کمتر از سالمندان مقیم خانواده و سرای خصوصی بود جدول شماره (۱). نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف در جدول شماره ۳ شاخصهای پراکندگی و

بعلاوه رابطه معناداری بین محل سکونت سالمندان با میانگین تعداد فرزندان آنان مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۰۰$) بدین شکل که میانگین تعداد فرزندان در سالمندان مقیم خانواده بیشتر از میانگین آن در سالمندان سرای خصوصی و سرای سالمندان دولتی بود. بین سطح درآمد سالمندان با

عملکرد اجتماعی سالمندان مقیم خانواده مطلوب‌تر از سالمندان سرای خصوصی ($p=0/001$) و سالمندان سرای دولتی ($p=0/043$) بود. رضایت از زندگی سالمندان مقیم خانواده بیشتر از سالمندان سرای دولتی ($p=0/032$) بود. بین سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی در ابعاد فوق‌الذکر اختلاف معناداری مشاهده نشد.

تمرکز کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک محل اقامت جامعه مورد مطالعه نشان داده شده است. با انجام آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و سپس آزمون تی مشخص شد که کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده مطلوب‌تر از سالمندان مقیم سرای خصوصی ($p=0/001$) و سالمندان سرای دولتی ($p=0/000$) است. عملکرد جسمی سالمندان مقیم خانواده بهتر از سالمندان مقیم سرای خصوصی ($p=0/004$) بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد تشکیل دهنده آن و نتایج آنالیز واریانس در گروه‌های مورد مطالعه

آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA)		سالمندان مقیم سرای دولتی		سالمندان مقیم سرای خصوصی		سالمندان مقیم خانواده		ابعاد کیفیت زندگی
P-Value	F آماره	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/0015	6/98	3/94	8/13	4/16	8/64	2/90	10/95	عملکرد جسمی
0/2724	1/32	3/72	7/22	3/17	8/36	2/83	8/44	افسردگی و اضطراب
0/2713	1/32	3/71	10/39	3/00	11/50	2/56	11/54	عملکرد ذهنی
0/0004	8/54	2/76	4/22	1/95	3/14	1/99	5/59	عملکرد اجتماعی
0/0430	3/26	3/00	9/13	3/18	9/14	3/47	10/92	رضایت از زندگی
0/0000	13/80	15/75	51/30	14/38	50/64	11/75	65/57	کیفیت زندگی کل

سرای سالمندان خصوصی و دولتی است ($p=0/000$)، اما در بعد عملکرد جنسی میان سالمندان در سه گروه مورد بررسی اختلاف معناداری مشاهده نشد ($p=0/109$).

همچنین نتایج آزمون کروسکال والیس و مجذور کای دو در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد نمرات بعد مراقبت از خود در سالمندان مقیم خانواده بیشتر از سالمندان مقیم

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد مراقبت از خود و عملکرد جنسی در گروه‌های مورد مطالعه و مقایسه میان متغیرها با استفاده از آزمون کروسکال والیس

آزمون کروسکال والیس		سالمندان مقیم سرای دولتی		سالمندان مقیم سرای خصوصی		سالمندان مقیم خانواده		متغیر
P-Value	χ^2 آماره	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/000	32/999	4/48	11/52	5/98	9/07	2/58	15/68	مراقبت از خود
0/109	4/441	1/10	0/70	1/88	0/79	1/68	1/46	عملکرد جنسی

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اگرچه زنان نسبت به مردان نمره کیفیت زندگی پایین‌تری را کسب کردند ولی بین کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در هر سه گروه اختلاف معناداری ($\alpha=0/05$) مشاهده نشد.

جدول ۵ مقایسه کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد خانواده	مرد ۶۷/۳۸ (۱۱/۷۰) زن ۶۳/۵۷ (۱۱/۶۸)	۱/۲۵	۵۷	۰/۲۱۶
کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد سرای خصوصی	مرد ۵۷/۳۳ (۱۱/۴۴) زن ۴۵/۶۲ (۱۴/۹۴)	۱/۵۹	۱۲	۰/۱۳۷
کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد سرای دولتی	مرد ۵۱/۴۰ (۱۵/۱۹) زن ۵۱/۲۳ (۱۶/۷۹)	۰/۰۲۵	۲۱	۰/۹۸۰
کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد (کل)	مرد ۶۲/۷۰ (۱۳/۹۷) زن ۵۷/۳۶ (۱۵/۳۴)	۱/۷۷	۹۴	۰/۰۷۹

نیز سطح درآمد این گروه از سالمندان است. در سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی نیز ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد تشکیل دهنده آن بجز عملکرد جنسی و سطح درآمد ارتباط خطی معناداری ($p < 0/05$) وجود داشت.

جدول شماره ۶ نشان دهنده ارتباط همبستگی خطی (ضریب پیرسون) بین کیفیت زندگی کل با ابعاد تشکیل دهنده آن و نیز سطح درآمد در سالمندان مقیم خانواده بود که نشان دهنده ارتباط همبستگی خطی معناداری بین کیفیت زندگی کل با ابعاد تشکیل دهنده آن و

جدول ۶: بررسی همبستگی کیفیت زندگی کل با ابعاد تشکیل دهنده آن و متغیر سطح درآمد در سالمندان مقیم خانواده

متغیر	کیفیت زندگی کل سالمندان مقیم خانواده							
	عملکرد جسمی	مراقبت از خود	افسردگی و اضطراب	عملکرد ذهنی	عملکرد اجتماعی	عملکرد جنسی	رضایت از زندگی	سطح درآمد
ضریب همبستگی خطی	۰/۸۱۶	۰/۵۵۸	۰/۷۳۴	۰/۶۸۸	۰/۴۱۱	۰/۳۰۲	۰/۷۲۸	۰/۳۶۸
مقدار احتمال	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴

خصوصی و دولتی در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی و نیز مراقبت از خود بودند. اگرچه پژوهش‌های اندکی در مورد کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان خصوصی انجام گرفته اما بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به

بحث

این مطالعه به بررسی و مقایسه همزمان کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانواده، سرای سالمندان خصوصی و سرای دولتی سالمندان در ایران پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان

رهسپاری سالمندان به آسایشگاه است. درصد بالای سالمندان ازدواج نکرده، همسر فوت شده و یا طلاق گرفته ساکن در آسایشگاهها نسبت به سالمندانی که در میان خانواده بسر می‌برند نشان می‌دهد که آسیب‌پذیری خانواده از عوامل گرایش سالمندان به آسایشگاه است. (۲۰) یافته‌ها حاکی از آن است که سالمندان مقیم خانواده بطور متوسط دارای تعداد بیشتر فرزند نسبت به سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی بوده که این مورد در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (۱۹-۱۸). نتایج مطالعه نشان می‌دهد که سطح درآمد سالمندان مقیم سرای دولتی نسبت به سالمندان ساکن خانواده و سرای خصوصی در سطح پایین‌تری قرار دارد. شجری (۱۳۷۳) اظهار می‌دارد که از جمله عواملی که در دوران سالمندی در ایجاد مشکلات مؤثر است کاهش منابع درآمد است. زیرا این امر شخص سالمند را وادار می‌کند که مخارج زندگیش را کاهش دهد و گاهی مواقع به سختی از عهده تأمین مخارج خود برآید، حتی در مورد آنانی که حقوق و مستمری دریافت می‌کنند. این موضوع برای آنانی که تنها بوده و حمایت اقتصادی از جانب خویشان یا دولت نمی‌شوند باعث می‌شود دچار وضع زندگی بسیار ناراحت کننده‌ای شوند (۲۰) که در نهایت منجر به سکونت آنها در سرای سالمندان گردد.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد، سارویماکي و استنباک هالت^۱ (۲۰۰۰) در این مورد می‌نویسند که بطور کلی نتایج حاصل از کیفیت زندگی در مورد زنان و مردان به هیچ وجه خالی از تضاد نیست. آنان برای نمونه از تحقیقات سپانن^۲ و همکاران (۱۹۷۵) و اوجالا^۳ (۱۹۸۴) نام می‌برند که گزارش می‌دهند در کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بین زنان و مردان سالمند اختلاف وجود داشته است و می‌افزایند در حالیکه دیگر محققان نظیر کارجلاینن^۴ (۱۹۸۴) در تحقیق خود اینچنین اختلافی را نشان ندادند (۲۱).

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی کل سالمندان در سه گروه مورد مطالعه با ابعاد عملکرد جسمی، ذهنی، اجتماعی، مراقبت از خود، افسردگی و

آنهايي هستند که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند. سالمندان ساکن در منزل توانایی عملکردی بهتری را از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیتهای روزمره زندگی نسبت به سالمندان مقیم سراهای خصوصی و دولتی گزارش کردند (۱۱). افراد ساکن در سرای سالمندان تمایل به داشتن مشکلات بهداشتی بیشتری دارند که توانایی آنها را در مراقبت از خود محدود می‌کند و عدم وجود همسر یا سایر اعضاء خانواده که می‌توانند حمایتی غیر رسمی را برای سالمندان فراهم آورند و نیازهای او را بر طرف کنند، یکی از مهم‌ترین عوامل سکونت سالمندان در سراهای است (۱۶). ساکنین سرای سالمندان کمتر خود اتکاء بوده و از نظر مراقبت از خود وضعیت بدتری را نسبت به سالمندان ساکن در منزل دارند. اما اختلاف معناداری از نظر افسردگی و اضطراب و عملکرد ذهنی و عملکرد جنسی بین سالمندان مقیم منزل و مقیم سرای سالمندان مشاهده نشده است. (۱۳) سالمندانی که در منزل زندگی می‌کنند نسبت به سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی بدون تردید از لحاظ شبکه اجتماعی، تکامل بیشتری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی موجود رضایتمندی بیشتری را از خود نشان داده‌اند. (۱۱)

نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که میزان تحصیلات، جنسیت و شغل گذشته سالمندان ارتباطی با محل سکونت آنان ندارد. دلاور و همکاران (۱۳۷۹) معتقدند که میزان بیسوادی در سالمندان بطور کلی بالا است و میزان بیسوادی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است (۱۷). و فروغان (۱۳۸۱) بیان می‌کند که اکثریت شاغلین سالمند مرد هستند و نسبت شاغلین در زنان سالمند قابل چشم پوشی است (۱۸) ولی بطور کلی تحقیقاتی که وجود ارتباط بین متغیرهای فوق با محل سکونت سالمندان را تایید نماید یافت نشده است. میزان سالمندان متأهل در سالمندان مقیم سرای خصوصی و دولتی کمتر از سالمندان مقیم خانواده است که این یافته در تحقیقات برزنجه عطری (۱۳۷۷) نیز تایید شده است (۱۹). به موجب تحقیق انجام شده توسط کارشناسان سازمان بهزیستی کشور مجرد در دوران کهولت یکی از عوامل مهم

1- Sarvimaki A. , Stenbock-Hult B. , 2000.

3- Ojala, 1984.

2- Sepannen, et al, 1975.

4- Karjalainen, 1984.

در ۲۰ سال گذشته بعنوان یک ساختار قدرتمند نمایان شده است (۱۱) بررسی متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان و میزان ارتباط آنها می‌تواند برنامه‌های ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان را براساس بهبود بیشتر ابعاد کیفیت زندگی (نظیر عملکرد جسمی، ذهنی، اجتماعی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب و رضایت از زندگی) که رابطه معنی‌دار بیشتری با کل کیفیت زندگی آنان دارد، طرح‌ریزی و هدایت کند.

تشکر و قدردانی

از اساتید گروه پرستاری و مسئولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به لحاظ حمایت‌های معنوی و مادی و نیز از مدیران محترم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی و کلیه سالمندانی که در این تحقیق ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

اضطراب و رضایت از زندگی ارتباط خطی معناداری وجود دارد. ارزیابی سلامتی در سالمندان چند بعدی است و شامل اجزا وضعیت عملکردی، روانی، اجتماعی، روحیه، رضایت از زندگی و عزت نفس می‌باشد (۱۴)

نتیجه‌گیری

پیر شدن موفقیت‌آمیز و به عبارتی حفظ کیفیت بالای زندگی از سه جنبه رهایی از بیماری، فعال بودن در زندگی و مهارت‌های جسمی و روانی تشکیل شده است (۲۲) که این امر در سالمندان مقیم خانواده بهتر از سالمندان مقیم سرای سالمندان خصوصی و دولتی است. شایان ذکر است که کیفیت زندگی سالمندانی که نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت (سراها) دارند بعلاوه شرایط و موقعیتهایی که این مراکز در درجه اول ایجاد می‌کنند به خطر می‌افتد (۲۳). سیاست‌های اجتماعی معطوف به سالمندان دارای اهداف مربوط بهبود کیفیت زندگی آنان می‌باشد و بطور خلاصه کیفیت زندگی

REFERENCES

منابع

1. Kalach A, Keller I. The WHO perspective on active ageing, Promotion & Education, 1999, Paris, 6(4): 20-26.
2. Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson Kavin. Elderly People's Perceptions of How they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. Scand J Caring Sci. 2009; 23: 353-360.
۳. مرکز آمار ایران. نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، کل کشور، سال ۱۳۸۵. قابل دسترسی در سایت: <http://www.sci.org.ir/content/userfiles/census85/census85/natayej/tables/jadval11.html>. cited 1388/4/6.
4. WHO Regional office for Eastern Mediterranean. Country Cooperation Strategy for WHO and Islamic Republic of Iran 2005-2009. EM/ARD/012/E/R. available from: www.who.int/nha/docs/en/health_financing_reform_iran_principles_next_steps.pdf. cited 24/06/2009.
5. Stanhope M., Lancaster J. Community & Public Health Nursing, 4th edition, Mosby Inc., St. Louise, Missouri, 2000; 825-838
۶. سجادی حمیرا، بیگلریان اکبر، کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک، فصلنامه پایش، ۱۳۸۵، ۲، ۱۰۸-۱۰۵.
۷. هروآبادی شفیقه، ترجمه پرستاری بهداشت جامعه (خانواده محور) لوگان، چاپ اول، علوم پزشکی تهران، تهران، ۱۳۷۲.
8. Lee L Y K, Lee D T F, Woo J. Tai Chi and Health Related Quality of life in Nursing Homes Residents. Journal Of Nursing Scholarship. 2009;41(1): 35-43
9. Clark P. G. Quality of life, values and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean, The gerontologist, Washington, 1995;35(3): 402-415.
10. Gotay C C, Korn E L, McCabe M S, Moore T D, Quality of life assessment in cancer treatment protocols, Research issues in protocol development, Journal of National Cancer institute, 1992;84(8): 575-579.
11. Fernandez-Ballesteros R. Quality of life: The different conditions, Psychology in Spain, 1994;2(1): 47-65.
12. Yao-Chuan T. Comparative analysis of model management and relational database management. Omega. Oxford. 2001;29(2): 157
13. Urciuoli O, Dello Buono M, Padoani W, De Leo D. Assessment of quality of life in the oldest-olds living in the nursing homes and homes, Archives of Gerontology and Geriatrics, 1998; 6: 507-514.
14. De Leo D, Diekstra F W, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren H P D, Giovani B, et al. LEIPAD, An internationally applicable instrument to access quality of life in elderly, Behavioral Medicine, Washington, 1998, 24(1): 17-29.
15. Padoani W, Dello Buono M, Marrietta P, Scocco P, Zaghi P C, De Dleo D, Cognitive performance and quality of life in a sample of 220 nondemented elderly people, Arch. Gerontol. Geriatric, 1998, 6: 373-380.
16. Matteson M. A., Mc Connel E. S., Linton A D., Gerontological Nursing, concepts and practice, 2nd edition, W. B. Saunders Co. Philadelphia, USA, 1997. 808-820
۱۷. مجموعه مقالات سالمندی (کلیات طب سالمندی)، اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، چاپ اول، گروه بانوان نیکو کار، تهران، ۱۳۷۹.
۱۸. بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان، کنگره سالمندی، تهران، انتشارات کتاب آشنا، چاپ اول، ۱۳۸۱.
۱۹. برزنجه عطری شیرین، بررسی مقایسه‌ای نگرش سالمندان مقیم خانواده و سرا نسبت به سالمندی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنندج سال ۱۳۷۷، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ۱۳۷۷.
۲۰. شجری زیلا، نگرشی بهداشتی بر مساله سالمندان، تهران، موسسه انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ اول، ۱۳۷۳.
21. Sarvimaki A., Stenbock-Hult B., Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value, Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(4): 1025-1033.
22. Spirduso W W., Cornin D L., Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults, Lippincott Williams & Wilkins Inc. 2001;33(6): 598-610.
23. Kane R A. Long-term Care and a good quality of life: Bringing them closer together, The Gerontologist, Washington, 2001, 41(3): 293-307.