

مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان ساکن/ غیر ساکن سرای سالمندان (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

فاطمه مختاری^{۱*}، نوشاد قاسمی^۲

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان عضو کانون بازنشستگی صورت گرفت.

روش بررسی: در پژوهش علی مقایسه‌ای حاضر، جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان عضو کانون بازنشستگی شهر شیراز (۱۳۸۹) بود. نمونه آماری شامل ۶۰ سالمند (۳۰ مرد و ۳۰ زن) ساکن دو سرای سالمندان که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و ۶۰ سالمند (۳۰ مرد و ۳۰ زن) عضو کانون بازنشستگی بود که از طریق گروه‌های جور شده انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و مشخصات جمعیت شناختی استفاده شد. داده‌ها با آزمون t مستقل و تحلیل واریانس دو طرفه بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه سالمند در متغیرهای کیفیت زندگی ($t=8/41$ و $p<0/01$) و سلامت روان ($t=16/4$ و $p<0/01$) و تمام اندازه‌های خرده مقیاس این دو متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثرات معنی‌دار مستقلی برای متغیرهای سن، جنس، شغل و سطح اقتصادی در تعیین واریانس دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت روان مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از تفاوت معنی‌دار فاحش بین کیفیت زندگی، سلامت روان و کلیه خرده مقیاس‌های این دو متغیر بود. و در همه موارد، برتری با سالمندان عضو کانون بازنشستگی بود. علاوه بر این شواهد، حاکی از آن است که متغیرهای جمعیت شناختی می‌تواند بر اثر محل سکونت نقش تعدیل‌کننده داشته باشند. هرچند میزان این تعدیل‌کنندگی چندان قابل ملاحظه نیست.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، کیفیت زندگی، سالمندی، سرای سالمندان

۱- کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت
* پست الکترونیک نویسنده مسئول: m.najva@yahoo.com
۲- دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا

مقدمه

سهم ناچیز نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان چندان

مورد توجه قرار نگرفته است (۱).

محلی که سالمندان در آن زندگی می‌کنند، بعد بسیار مهمی از کیفیت زندگی، راحتی و سلامت روانی^۲ او را تشکیل می‌دهد. اهمیت فضای فیزیکی و وضع ظاهری محل از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند. اما این که فرد احساس کند درخانه خود روزگار می‌گذراند، در رأس همه عوامل مؤثر بر بهداشت روانی قرار دارد. بسیاری از سالمندان در اواخر عمر اصرار دارند که در خانه خود زندگی کنند و برخی از آنها آشکارا اعلام می‌کنند که می‌خواهند در خانه خود بمیرند (۵).

تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای، بالا رفتن سن و عدم پذیرش سالمندان در خانواده، تغییراتی را در سبک زندگی

با افزایش طول عمر افراد، اهمیت ارتقا سلامت و افزایش کیفیت زندگی^۱ نیز روز به روز بیشتر می‌شود (۱). امروزه مفهوم کیفیت زندگی یک شاخص اساسی سلامت محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیکی، عملکردی و وجودی فرد را در برمی‌گیرد و توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۲). با افزایش امید به زندگی و توجه به کیفیت زندگی دوران سالمندی «سالمندی پویا» مطرح شده است که همراستا با افزایش کمیّت جمعیت سالمندی (۳) به کیفیت زندگی نیز توجه شده است (۴). با این حال، بررسی‌ها در کشور ایران نشان می‌دهد که تنها ۱٪ از قوانین تصویب شده مملکتی، مربوط به سالمندان می‌شود که از این میزان ۶۲٪ اقتصادی، ۲۲٪ اجتماعی و ۱۶٪ رفاهی و بهداشتی می‌باشند. دقت در همین

1- quality of life

2- mental health

گروه ساکن سرا، اجتماعی تر بوده، بی‌اختیاری اداری کمتری داشته، ارتباط بهتری برقرار می‌کردند و کمتر حواس پرتی داشتند (۱۱). فاسینو^۳ با هدف ارائه تصویری از وضعیت کیفیت زندگی در سالمندان وابسته و ساکن منزل نشان داد عوامل بیماری زای روانی، تأثیر منفی عمیقی در نگرش سالمندان وابسته، نسبت به زندگی دارد و کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر منفی میزان افسردگی سالمندان قرار داشته است (۱۲).

بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان در آنها زندگی می‌کنند بر تجربیات اجتماعی، سلامت روانی، رشد و سازگاری آنها تأثیر می‌گذارد. سالخوردگان اغلب دوست دارند در خانه خودشان بمانند، جایی که سالهای بزرگسالی را گذرانده‌اند. آنها عمیقاً به خانه خود به عنوان محلی که یاد آور رویدادهای گذشته است، دلبسته هستند و برای استقلال، زندگی خصوصی و شبکه دوستان، همسایگان دور و نزدیک ارزش قایل‌اند، علاوه بر این حمایت اجتماعی که در محیط‌های خانوادگی وجود دارند نقش قدرتمندی در کاستن از استرس دارد، از این رو سلامت روانی و جسمانی را تقویت می‌کند (۶).

مطالعاتی که با تکیه بر مقایسه محل سکونت سالمندان و تأثیر آن بر سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان با در نظر داشتن نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی صورت گرفته باشد بسیار اندک هستند. در این پژوهش سعی شده نقش متغیرهای جمعیت شناختی نظیر شغل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده، تفاوت در کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان با محل زندگی آنها بررسی شود. شناسایی تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود در کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان، می‌تواند در شناخت اصطلاح «سالمندی پویا» باتمکز به مکان زندگی سالمندان باشد.

روش بررسی

مطالعه علی - مقایسه‌ای حاضر در جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر شیراز (n=۲۶۰) و سالمندان عضو کانون بازنشستگی (n=۳۶۰) ساکن منزل شخصی بود. از میان ۶ سرای سالمندان شبانه روزی در شهر شیراز، ۲ سرا به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب

سالمندان به وجود آورده است. برنامه‌های جدیدی برای کمک به سالمندان بوجود آمده‌اند و مؤسسات ویژه‌ای تحت عناوین سرای سالمندان یا آسایشگاه، سالمندانی را که نیاز به حمایت دارند می‌پذیرند. با بالاتر رفتن سن نیاز به خدمات مراقبتی و بهداشتی نیز افزایش پیدا می‌کند (۶) و سهم ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان نظیر سن، جنس، تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل و وضعیت اقتصادی، در کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان، با محل سکونت آنها (خانه سالمندان و منزل) متفاوت است.

کیفیت زندگی و به تبع آن سلامت روانی، جزء جدایی ناپذیر سالمندی پویا است. اما سؤال اساسی که در ذهن پژوهشگر وجود داشت این بود که با وجود تمام تغییر و تحولاتی که ذکر شد، در ایران به محل سکونت سالمندان و آسایشگاه‌هایی که امروزه جهت نگهداری از سالمندان تاسیس می‌شوند چقدر توجه شده است؟ آیا باتوجه به اهمیت خانواده هسته‌ای در کشور ما و تمایل سالمندان به زندگی در خانواده، مکان‌های نگهداری سالمند به نحوی برنامه‌ریزی شده‌اند که به محیط خانواده نزدیک باشند و سلامت روان و کیفیت زندگی سالمند را به نحو شایسته‌ای رقم بزنند؟ کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان ساکن در آسایشگاه و ساکن منزل چقدر تحت تأثیر ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها قرار دارد؟

مطالعات زیادی به مقایسه کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان و منازل شخصی پرداخته‌اند و اتفاق نظر بر بالاتر بودن کیفیت زندگی در سالمندانی است که ساکن منازل شخصی هستند (۱۲-۷). حمیدی زاده و صالحی نیز در مطالعه‌ای در تهران، کیفیت زندگی سالمندان را در حد متوسط ارزیابی کردند و بهترین نمره را در معیار درد جسمانی و بدترین نمره را مربوط به سلامت روانی، داشتن انرژی، نیرو و محدودیت‌های روانی - عاطفی دانستند (۸). فرناندز^۱ بالستروز^۲ با بررسی کیفیت زندگی، دریافتند که سالمندان مقیم منزل از نظر سلامت روانی و جسمی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان وضعیت بهتری داشتند (۹). در ابعاد کیفیت زندگی و در بعد مراقبت از خود، افراد ساکن سرای سالمندان، اختلال بیشتری را در مقایسه با سالمندان ساکن منزل دارند (۱۰). بررسی سطوح ناتوانی سالمندان ساکن مراکز نگهداری و سالمندان دریافت‌کننده مراقبت در منزل نشان داد که سالمندان ساکن منزل در مقایسه با

1- Fernands

2- Ballestrose

3- Fassino

در این پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت کمی بر مبنای میزان آن صفر تا صد است، ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه در حال حاضر برای جمعیت ایرانی سازگار شده است (۱۳). آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری «همخوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده» و «روایی همگرایی» انجام شده است. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط ($\alpha = 0/65$) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده 0/77 تا 0/9 بر خوردارند (۱۳).

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۷ (۱۹۷۹) طراحی شده و دارای ۴ خرده مقیاس علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب^۸، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی^۹ است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد و با مقیاس لیکرت و به صورت صفر تا ۳ ارزیابی می‌شود. یعقوبی (۱۴) و پالانگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی نیز پایایی پرسشنامه مذکور را 0/91 گزارش کرده‌اند (۱۵). گلدبرگ و مارلی در فراتحلیل پایایی آزمون را در حدود 0/80 گزارش کردند (۱۶).

مشخصات جمعیت شناختی نمونه به همراه دو پرسشنامه تکمیل شد و در مورد افراد بی سواد پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر خوانده و پاسخ هائیت شد، در کلیه مراحل کار ملاحظات اخلاقی مدنظر بود.

برای تحلیل اطلاعات به دست آمده از آزمون t مستقل جهت مقایسه میانگین‌های مستقل و تحلیل واریانس دوطرفه جهت تعیین اثر تعاملی متغیرهای جمعیت شناختی، استفاده شد و نتایج با نرم افزار spss-15 تحلیل شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه در دو گروه هم‌تا شدند تا اثر تعدیل‌کنندگی آنها قابل بررسی باشد (جدول ۱).

شدو پس از حذف افرادی که دارای مشکلاتی نظیر ناتوانی ذهنی حاد و آلزایمر بودند، توانایی درک سؤالات را نداشتند و قادر به شرکت در پژوهش نبودند، با استفاده از جدول اعداد تصادفی، و به لحاظ برابری نسبی تعداد زن و مرد در این مراکز، تعداد ۶۰ نفر (۳۰ مرد و ۳۰ زن) به عنوان نمونه انتخاب شدند. سالمندان عضو کانون بازنشستگی به شیوه نمونه‌گیری گروه‌های جور شده، با تعداد برابر با اعضای گروه ساکن سرا بر اساس میزان افت کارکردی آنها و با توجه به وضعیت جسمانی ظاهری، متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات و شغل) انتخاب و هم‌تاسازی شدند. بدین منظور بادر نظر گرفتن میانگین سنی اعضای نمونه (۶۵ سال) و جنسیت، افرادی انتخاب شدند که از لحاظ توان ظاهری جسمانی در یک سطح بوده و میزان تحصیلات آنها در دامنه سطح تحصیلات نمونه سرای سالمندان قرار داشت، از نظر وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان به طور تقریبی در یک سطح انتخاب شدند و در شغل قبل از بازنشستگی اعضا، به دو دسته کلی مشاغل آزاد و دولتی با در نظر گرفتن سمت مشابه، توجه شد. در نهایت افرادی به عنوان نمونه انتخاب شدند که از لحاظ این موارد هم‌تا شده بودند به طوری که تفاوت در نتایج حاصل قابل استناد به محل زندگی باشد.

برای دست‌یابی به اهداف پژوهش حاضر از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36^۱ جهت تعیین کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی^۲ (GHQ) برای سنجش سلامت روان آزمودنی‌ها و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک استفاده شده است.

پرسشنامه SF-36: این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی طراحی شده و دارای ۳۶ عبارت است که شامل هشت خرده مقیاس: دردهای جسمانی^۳، سلامت عمومی، عملکرد جسمانی^۴، محدودیت عملکرد عاطفی، محدودیت عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی^۵، نشاط و سرزندگی^۶، و سلامت روانی است.

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی اعضای کل نمونه

متغیرهای جمعیت شناختی	سراي سالمندان فراوانی	ساکن منزل فراوانی
شغل	آزاد	۳۵
	دولتی	۵۰
	ضعیف	۱۸
وضعیت اقتصادی	متوسط	۲۸
	خوب	۱۳
	بی سواد	۳۲
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۲۲
	دیپلم	۵
	دانشگاهی	۲
	بدون فرزند	۲
تعداد فرزندان	۱-۲ فرزند	۲۳
	۳ فرزند و بیشتر	۳۵

جدول (۲) مقایسه کیفیت زندگی آزمودنی‌ها بر حسب محل سکونت

متغیر	محل سکونت	میانگین نمرات	انحراف استاندارد	T	سطح معنی داری
کیفیت زندگی کل	سرای سالمندان	۸۳/۸۵	۵/۲۶	۸/۴۱۴	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۹۲/۱۳	۵/۵۱		
	بازنشستگی (منزل)				
عملکرد جسمانی	سرای سالمندان	۱۸/۰۱	۳/۸۴	-۵/۳۹۲	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۲۱/۴۱	۳/۰۱		
	بازنشستگی (منزل)				
محدودیت ایفای نقش به دلایل سلامت جسمانی	سرای سالمندان	۳/۴۵	۱/۳۴	-۷/۰۴	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۵/۲۰	۱/۳۷		
	بازنشستگی (منزل)				
محدودیت ایفای نقش به دلایل هیجانی	سرای سالمندان	۵/۶۳	۱/۰۳	-۱۳/۲۵۴	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۰/۶۶	۰/۶۶		
	بازنشستگی (منزل)				
انرژی و نشاط	سرای سالمندان	۸/۲۱	۲/۲۸	-۸/۲۹	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۱۱/۳۸	۱/۹۲		
	بازنشستگی (منزل)				
سلامت عاطفی	سرای سالمندان	۱۲/۲۸	۲/۳۷	-۱۲/۴۰	۰/۰۰۱
	عضو کانون	۱۷/۷۰	۲/۴۰		
	بازنشستگی (منزل)				

ادامه جدول ۲) مقایسه کیفیت زندگی آزمودنی‌ها بر حسب محل سکونت

سطح معنی داری	T	انحراف استاندارد	میانگین نمرات	محل سکونت	متغیر
۰/۰۰۱	-۷/۹۳	۱/۱۱	۳/۹۰	سرای سالمندان	عملکرد اجتماعی
		۰/۷۳	۵/۲۶	عضو کانون بازنشستگی (منزل)	
۰/۰۰۱	-۱۰/۲۳۴	۰/۳۲	۱/۱۱	سرای سالمندان	درد بدنی
		۰/۴۰	۱/۸	عضو کانون بازنشستگی (منزل)	
۰/۰۰۱	-۲۴/۰۱۶	۱/۲۱	۴/۴۰	سرای سالمندان	سلامت عمومی
		۰/۶۵	۸/۶۶	عضو کانون بازنشستگی (منزل)	

بازنشستگی (ساکن منزل) بهتر از سالمندان ساکن سرای سالمندان است. در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی نیز میانگین‌ها حاکی از وضعیت مطلوب‌تر سالمندان ساکن منزل بود.

میانگین نمرات کیفیت زندگی در افراد ساکن سرای سالمندان برابر ۸۳/۸۵ و در سالمندان عضو کانون بازنشستگی ۹۲/۱۳ بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری ($P < /0.01$ و $t=8/414$) داشت. با توجه به میانگین نمرات کیفیت زندگی اعضای کانون

جدول ۳) مقایسه سلامت روان آزمودنی‌ها بر حسب محل سکونت

سطح معنی داری	T	انحراف استاندارد	میانگین*	محل سکونت	متغیر
۰/۰۰۱	۱۶/۴۰۵	۸/۰۸	۵۴/۰۵	سرای سالمندان	سلامت روان کلی
		۸/۸۸	۲۸/۶۰	منزل	
۰/۰۰۱	۱۳/۷۵۲	۲/۴۹۲	۱۳/۲۳۳	سرای سالمندان	علائم اضطرابی
		۲/۱۲۶	۷/۴۱۴	منزل	
۰/۰۰۱	۱۳/۵۹۱	۲/۴۰۴	۱۳/۵۱۶	سرای سالمندان	علائم جسمانی
		۲/۴۳۲	۷/۵۱۶	منزل	
۰/۰۰۱	۱۵/۱۸۷	۲/۸۹۴	۱۴/۱۸۲	سرای سالمندان	کارکرد اجتماعی
		۲/۵۳۷	۶/۶۳۳	منزل	
۰/۰۰۱	۱۳/۰۱۱	۲/۴۲	۱۲/۵۸	سرای سالمندان	افسردگی
		۲/۵۰۴	۷	منزل	

* نمره کمتر نشان دهنده سلامت بیشتر است

تفاوت معنی داری نشان دادند. به صورتی که سالمندان ساکن سرای سالمندان از نظر سلامت روان، بعد علائم اضطرابی، بعد علائم جسمانی، بعد کارکرد اجتماعی، و بعد علائم افسردگی در وضعیت نامطلوب‌تری قرار داشتند.

افراد ساکن سرای سالمندان و اعضای کانون بازنشستگی (ساکن منزل) در متغیرهای سلامت روان ($P < /0.01$ و $t=16/405$)، بعد علائم اضطرابی ($P < /0.01$ و $t=13/752$)، بعد علائم جسمانی ($P < /0.01$ و $t=13/591$)، بعد کارکرد اجتماعی ($P < /0.01$) و بعد علائم افسردگی ($P < /0.01$ و $t=13/011$)،

جدول ۴) آزمون اثر تعاملی بین محل سکونت و متغیرهای جمعیت شناختی در تعیین کیفیت زندگی

منبع واریانس	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری
جنسیت	۲۱۸/۷	۹/۰۸	۰/۰۰۳
محل سکونت	۱۴۳۰۰/۸	۵۹۳/۹	۰/۰۰۰
تعامل جنسیت و محل سکونت	۵/۶۳	۰/۲۳	۰/۶۳۰
خطا	۲۴/۰۷	-----	-----
سن	۱۳۵/۶	۸/۰۹	۰/۰۰۰
محل سکونت	۱۴۲۸۲/۹	۵۸۲/۰۲	۰/۰۰۰
تعامل سن و محل سکونت	۱۵۷/۳	۹/۳	۰/۰۰۰
خطا	۱۶/۷	-----	-----
وضعیت اقتصادی	۹/۵	۰/۳۷	۰/۶۸۷
محل سکونت	۱۱۹۹۱/۵	۴۷۳/۷	۰/۰۰۰
تعامل وضعیت اقتصادی و محل سکونت	۵۶/۹	۲/۲۴	۰/۱۱۰
خطا	۲۵/۳		
شغل	۹/۷	۰/۳۷	۰/۵۴۰
محل سکونت	۱۱۹۰۱/۷	۵۰۲/۵	۰/۰۰۰
تعامل شغل و محل سکونت	۳۱/۲	۱/۲۱	۰/۲۷۲
خطا	۲۵/۶		
میزان تحصیلات	۲۲/۸	۰/۹۳	۰/۴۲۸
محل سکونت	۵۱۶۳/۵	۲۱۰/۵	۰/۰۰۰
تعامل تحصیلات و محل سکونت	۶۲/۵	۲/۵۵	۰/۰۸۲
خطا	۲۴/۵		
تعداد فرزندان	۲/۹	۰/۱۱	۰/۸۹۵
محل سکونت	۲۵۴۰/۴	۹۶/۱	۰/۰۰۰
تعامل تعداد فرزندان و محل سکونت	۰/۶۵	۰/۰۲	۰/۹۷۷
خطا	۲۶/۴		

آزمون‌های تعقیبی نشان می‌دهد که این اثر تعاملی معنی‌دار ناشی از تفاوت میانگین‌ها در سالمندان ۶۵-۶۰ سال و ۸۰ سال و بالاتر است. سایر متغیرهای جمعیت شناختی فاقد هرگونه اثر مستقل و تعاملی معنی‌دار در تعیین کیفیت زندگی هستند.

بررسی اثر تعامل بین متغیر محل سکونت و متغیرهای جمعیت شناختی در تعیین کیفیت زندگی نشان داد تنها یک اثر مستقل معنی‌دار برای سن و جنسیت و فقط یک اثر تعاملی معنی‌دار برای سن در محل سکونت قابل پیشنهاد است. مقایسه میانگین‌ها در گروه‌های سنی مختلف و در محل سکونت متفاوت از طریق

جدول ۵) آزمون اثر تعاملی محل سکونت و متغیرهای جمعیت شناختی در تعیین سلامت روانی

منبع واریانس	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی داری
جنسیت	۱۴۰/۸	۹/۰۲	۰/۰۰۳
محل سکونت	۸۷۴/۸	۵۶/۰۷	۰/۰۰۰
تعامل جنسیت و محل سکونت	۱۲/۰۳	۰/۷۷۱	۰/۳۸۲
خطا	۲۴/۰۷		
سن	۷۹/۹	۵/۵۲	۰/۰۰۰
محل سکونت	۸۵۲/۷	۵۸/۸۸	۰/۰۰۰
تعامل سن و محل سکونت	۱۲/۵	۰/۸۶	۰/۴۸۵
خطا	۱۴/۴		
وضعیت اقتصادی	۷۳/۲	۴/۷	۰/۰۱۰
محل سکونت	۸۹۸/۶	۵۸/۶	۰/۰۰۰
تعامل وضعیت اقتصادی و محل سکونت	۳۳/۴	۱/۲	۰/۱۱۷
خطا	۱۵/۳		
شغل	۷۲/۷	۴/۸	۰/۰۲۹
محل سکونت	۶۸۴/۲	۴۵/۸	۰/۰۰۰
تعامل شغل و محل سکونت	۱۴۹/۴	۱۰/۰۱	۰/۰۰۲
خطا	۱۴/۹		
تحصیلات	۳۱/۷	۲/۲۱	۰/۰۹۱
محل سکونت	۱۰۲/۳	۷/۱۱	۰/۰۰۹
تعامل تحصیلات و محل سکونت	۱۳۲/۵	۹/۲۱	۰/۰۰۰
خطا	۱۴/۳		
تعداد فرزندان	۱۲/۸	۰/۷۷	۰/۴۶۴
محل سکونت	۳۱۳/۰۹	۱۸/۸۸	۰/۰۰۰
تعامل تعداد فرزندان و محل سکونت	۲۸/۷	۱/۷۳	۲۰/۱۸۱
خطا	۱۶/۵		

بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دادند که کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان ساکن خانواده به مراتب مطلوب‌تر از سالمندان ساکن سرای سالمندان است. در تایید نتیجه پژوهش می‌توان به یافته‌های مطالعاتی اشاره کرد که از تأثیر پذیری سالمندان از شرایط زندگی در دوره سالمندی اشاره می‌کنند. از جمله نشان داده شد که وضعیت اقتصادی، روانی و اجتماعی سالمندان مقیم خانواده نسبت به سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان از کیفیت بالاتری برخوردار بوده است (۱۷). در پژوهشی با هدف تعیین نگرش سالمندان مقیم سراها نسبت به

یافته‌ها حاکی از آن است که به جز متغیر تعداد فرزندان، سایر متغیرها اثر مستقل معنی‌داری در تعیین سلامت روان داشتند. اما فقط دو متغیر شغل و تحصیلات دارای اثر تعاملی معنی‌دار با محل سکونت در تعیین سلامت روان بودند. مقایسه میانگین‌ها در گروه‌های شغلی و تحصیلی مختلف و در محل سکونت متفاوت از طریق آزمون‌های تعقیبی نشان داد که اثر تعاملی معنی‌دار ناشی از تفاوت میانگین‌ها در سالمندان دارای شغل آزاد با دولتی و سالمندان بی‌سواد با سالمندان دیپلم و بالاتر بود. سایر متغیرهای جمعیت شناختی فاقد هرگونه اثر مستقل و تعاملی معنی‌دار در تعیین سلامت روانی بودند.

سالمندان و ابعاد مختلف آن را محرز می‌سازد (۲۵). بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر که به نقش عوامل جمعیت شناختی مربوط می‌شود حاکی از آن است که برخی اثرات مستقل و تعاملی برای بعضی از متغیرهای جمعیت شناختی در تعیین سلامت روانی و کیفیت زندگی قابل پیشنهاد است. به طور مشخص تر شواهد نشان می‌دهد که فقط متغیر سن دارای اثر تعاملی با محل سکونت، در تعیین کیفیت زندگی سالمندان است و در تعیین سلامت روان سالمندان متغیرهای شغل و تحصیلات با محل سکونت اثر تعاملی داشتند. در پژوهشی که در اسپانیا انجام شد نیز سالمندان با سن پایین از کیفیت زندگی مطلوبتری نسبت به سالمندان با سن بالاتر برخوردار بودند (۹، ۲۶). در پژوهش دیگری نیز داشتن تحصیلات بالاتر با بیان کمتر مشکلات بهداشتی و روانی همراه بود (۲۷). بررسی دقیق شواهد نشان می‌دهد که اثر محل سکونت بر کیفیت زندگی و سلامت روانی چنان تعیین کننده است که اثر تعدیل کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی چندان به چشم نمی‌آید. به نظر می‌رسد عوامل تعیین کننده محل سکونت از اثرات به مراتب قوی‌تری برخوردار هستند که بتوان نقش آن‌ها را از طریق برخی متغیرهای جمعیت شناختی تعدیل کرد. مقایسه شرایط زندگی سرای سالمندان در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که چگونگی اداره این گونه مراکز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۲). در جوامعی که خانه‌های سالمندان، سخاوتمندانه توسط بودجه‌های دولتی حمایت می‌شوند و شرایط مطلوبی برای زندگی ساکنان این خانه‌ها فراهم می‌شود و ساکنان از اغلب فعالیت‌های اجتماعی خود برخوردار هستند، تفاوت این چنین فاحش بین سالمندان ساکن منزل و ساکن در سرای سالمندان وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت پرداختن به ابعاد مختلف راحتی و رفاه سالمندان آسایشگاه‌ها، از جمله توجه به نقش استراحت و خواب کافی، فعالیت‌های بدنی منظم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی فردی و گروهی، حمایت‌های دولتی و خصوصی، امکان استفاده از خدمات پزشکی و روانشناختی، کمک برای قبول سالمندی و تغییرات همراه آن، سازگاری با شرایط جدید و اطلاع رسانی برای روبه رو شدن با سالمندی، می‌تواند کیفیت زندگی مطلوب‌تر و سلامت جسم و روان را به همراه آورد.

سالمندی و تعیین ارتباط بین نگرش این دو گروه سالمندان نسبت به سالمندی و وضعیت اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی در شهر سنندج مشخص شد که سالمندان مقیم خانواده از نگرش مثبت‌تری نسبت به سالمندی برخوردار بودند و وضعیت اقتصادی، اجتماعی کلیه سالمندان مقیم سرا در حد ضعیفی بود (۱۸). در مطالعه‌ای با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر مشخص شد کیفیت زندگی سالمندان، متوسط و بیشتر مشکلات آنها در وضعیت سلامت روانی و سرزندگی آنها بوده است (۱۹).

سالمندانی که در خانه‌های خود زندگی می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامت روان بیشتری نسبت به سالمندان آسایشگاهها برخوردارند. سالمندان ساکن در منزل توانایی عملکرد بهتری را از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان گزارش کرده‌اند، شبکه اجتماعی غنی‌تری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی رضایتمندی بیشتری دارند (۵). علاوه بر این سالمندان ساکن سرای سالمندان مشکلات بهداشتی بیشتری دارند و توانایی آنها در مراقبت از خود محدودتر می‌شود، نبودن همسر و سایر اعضا خانواده که می‌تواند حمایت‌های غیر رسمی را برای سالمندان فراهم آورند و نیازهای او را برطرف کنند یکی از مهم‌ترین عوامل سکونت سالمندان در مراکز نگهداری است (۲۰).

سالمندانی که تماس‌های اجتماعی محدودتری دارند غالباً بخش اعظم وقت خود را به فکر کردن درباره فرزندان دور از خود یا حسرت خوردن برای همسر مرحوم خود می‌گذرانند، این گونه انزوا ممکن است منجر به افسردگی شود و بهداشت روان سالمند را تحت تأثیر قرار دهد (۶). آمارها نیز نشان می‌دهند که افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی سالمندان و یکی از شایع‌ترین عوامل خطر خودکشی در سالمندان است (۲۳) که نزدیک به ۲۴ درصد خودکشی‌های موفق را شامل می‌شود (۲۴). علاوه بر این تصورات منفی که در سالمندان درباره خود و آینده وجود دارد، از دست دادن پست و مقام، ترس از مرگ، زودرنجی و انتظار توجه از دیگران، مشکلات خانوادگی و نبود همسر، خستگی از بیکاری و بی‌حوصلگی از عوامل اضطراب و افسردگی در سالمندان است که توجه به مسئله سلامت روان

نتیجه گیری

در مجموع شواهد از این حکایت می‌کنند که هرچند سالمندی به خودی خود می‌تواند دربردارنده مشکلاتی برای فرد سالمند باشد؛ اما سطح این مشکلات تأثیر پذیری بالایی از شرایط زندگی افراد سالمند دارد و تأثیر شرایط به اندازه‌ای است که نمی‌توان انتظار داشت برخی متغیرهای جنبی بتوانند به طور جایگزین و حتی به طور مکمل چندان مورد توجه قرار گیرند.

در صورتی که سکونت در خانه سالمندان بهترین انتخاب باشد، برای بهبود بخشیدن به کیفیت خدمات لازم است اقداماتی صورت پذیرد. براساس یافته‌های پژوهش حاضر و با توجه به تسهیلاتی که در سایر کشورهای برای سالمندان در نظر گرفته

شد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات گسترده‌تری در مورد سالمندان انجام و خدمات مراقبتی، بهداشتی و روان شناختی مناسب در مراکز مراقبتی سالمندان و حتی در اقشار مختلف جامعه به عنوان بخشی از عوامل افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی دوران سالمندی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از راهنمایی‌های ارزنده معاونت دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دکتر ژاله رفاهی و کلیه دوستانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند کمال سپاس و قدردانی را داریم.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

REFERENCES

منابع

۱. تاجور م. بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان. تهران: انتشارات نسل فردا؛ ۱۳۸۲. ص. ۱۰۰.
2. Conger SA, Moore KD. Chronic Illness and Quality of life: The Social Workers Role. TSAO Foundation 2002;pp: 16-17.
۳. مرکز آمار ایران. نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و آمار کل کشور ۱۳۸۵. قابل دسترسی در سایت: <http://www.sci.org.ir/content/userfiles/census85/census85/natayej/tables/jadval11.html>. cited 1388/4/6.
۴. احمدی ف، سالار ع، فقیه زاده س. بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. فصلنامه حیات ۱۳۸۳؛ ص. ۳۲.
۵. وندر زندن ج. روان شناسی رشد. گنجی ح. تهران: نشر ساوالان. ۱۳۸۸. ص ۲۹۳.
۶. میشارا ب، روبرت ج. روان شناسی بزرگسالان. گنجی ح، داوودیان ا، حبیبی ف. تهران: انتشارات اطلاعات. ۱۳۶۷. ص ص. ۱۷۳-۲۰۱.
۷. حسام زاده ع. مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای شهر تهران [پایان نامه]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۲.
۸. حمیدی زاده ص. صالحی ک. بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در شهر تهران. در: همایش سراسری سالمندی و پزشکی سالمندان. اصفهان ۲۲ و ۲۳ دی ماه ۱۳۸۳. ص. ۲۶۵.
9. Ferndez- Ballesteros R. Quality of Life: The Different Conditions. Psychology in Spain 1994;2 (1): 47-65.
10. 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.
11. Alnasir F, ALhadad MK. Levels of Disability among The Eldery in Institutionalized And Home Based Care In Baharin. Journal of baharian Medical Society 1999;4(2): 247-254.
12. Fassino SL. Quality of Life in Dependent older adult Living at Home. Archives of Geriatrics 2002;4: 500-507.
۱۳. منتظری ع، گشتاسبی آ، وحدانی نیا م. تعیین پایایی و روایی گونه فارسی استاندارد sf-36. فصلنامه پیش ۱۳۸۷؛ ۸: ص. ۸۵-۹۲.
۱۴. یعقوبی ن. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۴؛ ۱(۴): ص. ۳۸۹-۳۸۱.
۱۵. پالاهنگ ح، نصر اصفهانی م، براهنی م، شاه محمدی د. بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۵؛ ۲(۴): ص. ۲۷.
۱۶. تقوی م. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. مجله روان شناختی ۱۳۸۰؛ ۴: ص. ۱۳۸۹-۱۳۸۱.
۱۷. عشقی س. بررسی و مقایسه مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان و مقیم در خانه شهر تهران [پایان نامه]. تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه تهران؛ ۱۳۵۹.
۱۸. برزنجه عطری ش. مقایسه نگرش سالمندان مقیم خانواده سرا نسبت به سالمندی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنندج [پایان نامه]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۷۷.
۱۹. آلبو کردی م. رضانی م، عریضی ف. بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر. مجله علمی و پزشکی ۱۳۸۵؛ ۵(۴): ص. ۵.
20. Matteson MA, Connel ES, Linton AD. Gerontological Nursing, concepts and practice. 2nd edition. W. B. Saunders Co. USA: Philadelphia; 1997. pp. 808-820.
۲۱. توکلی قوچانی ح، آرمان م. سالمندی پویا. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی. ۱۳۸۱.
۲۲. برک ل. روان شناسی رشد. سید محمدی ی. تهران: انتشارات ارسباران. ۲۰۰۱.
۲۳. مقصودنیا ش و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران [پایان نامه]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۵.

24. Espinoza RT, Unutzer J. Diagnosis and management of late-life depression. 2009. Available from: <http://utdo1.com/online/content/topic>.
۲۵. شفیع آبادی ع. نقش مشاوره بر سازگاری زندگی دوره بازنشستگی. در: دهمین سمینار انجمن مشاوره ایران. دانشگاه آزاد واحد مرودشت. ۱۳۸۹.
۲۶. نیک سیرت ز. بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن تهران [پایان نامه]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۴.
27. De Le O. LEIPAD an internationally applicable instrument to access quality of life in elderly. Behavioral medicine 1998. pp: 17-29.

