

مقایسه رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی سالمندان سرای

سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران

اکبر شریفیان* ، حسین رضایی**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران در زمینه رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی است. جامعه آماری این تحقیق شامل تمام سالمندان ساکن در سراهای سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران است که یک نمونه ۲۲۵ نفری از آنها به روش نمونه‌گیری هدفمند مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در بررسی فرضیات مشخص گردید که سالمندان سرای سالمندان عمومی در زمینه سه متغیر رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی، وضعیت مناسب‌تری از سالمندان سرای سالمندان خصوصی دارند. از نتایج تحقیق چنین استنباط می‌شود که صرف توجه به نیازهای زیستی و پزشکی سالمندان نمی‌تواند شرایط مساعدی را برای آنها ایجاد کند و بر طول عمر آنها بیفزاید و

* استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** کارشناسی ارشد مدیریت خدمات اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول).

hossein.rezaee88@yahoo.com

خلأهای به وجود آمده برای آنها به علت جدایی از فرزندانشان را جبران کند و توجه همزمان به نیازهای زیستی، پزشکی، روانی و اجتماعی می‌تواند در افزایش بهبود شرایط زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان کمک کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: سرای سالمندان خصوصی و عمومی، رضایت از

زندگی، قابلیت، سلامت عمومی

بیان مسئله

میزان سالخوردگی جمعیت از دو طریق افزایش می‌یابد، یکی تغییر در پایه هرم سنی که نتیجه کاهش باروری‌ها و کم شدن نسبت جوانان در کل جمعیت است و دیگری تغییر در نوک هرم سنی و متورم شدن آن است که بر اساس آن بهبود در کاهش مرگ و میر سالخوردگان اتفاق می‌افتد. همچنین سالخوردگی جمعیت می‌تواند در مراحل انتقالی جمعیت وقتی ساخت جمعیت از مرحله باروری بالا و مرگ و میر بالا به مرحله باروری پایین و مرگ و میر پایین تغییر می‌یابد، نیز اتفاق افتد (یزدان پور و سام آرام، ۱۳۹۰: ۴۷).

جمعیت جهان به سرعت در حال سالخورده شدن است و بر اساس پیش بینی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد سهم جمعیت ۶۰ سال و بالاتر در کل دنیا، که در حال حاضر حدود ۱۲ درصد (بیش از ۸۴۰ میلیون نفر) است تا میانه قرن ۲۱ به بیش از ۲۱ درصد (حدود ۲ میلیارد نفر) خواهد رسید. همه کشورهای دنیا در حال سالخورده شدن هستند و هیچ استثنایی در آینده وجود نخواهد داشت. نکته مهم این که سهم مهمی از این افزایش به کشورهای در حال توسعه اختصاص دارد؛ به طوری که تا سال ۲۰۵۰ از هر ۱۰ نفر سالمند حدود ۸ نفر در این کشورها زندگی خواهند کرد و نیز جمعیت سالمندان هم در حال سالخورده شدن است. سهم جمعیت سالمندان ۸۰ ساله و بالاتر (سالمندان پیر) که در حال حاضر حدود ۱۴ درصد از کل جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر

است در سال ۲۰۵۰ به ۱۹ درصد خواهد رسید و زمان کمی برای انطباق تسهیلات لازم برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه باقی است. برای نمونه سهم زیادی از این سالمندان به ویژه در کشورهای در حال توسعه نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت هستند و لازم است که کشورها، برنامه‌ها و اقدامات جدی برای مقابله با این شرایط در پیش بگیرند (گزارش سالخوردگی جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۱۳: ۸۰).

شواهد اخیر مبتنی بر سرشماری ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که آهنگ سالخوردگی جمعیت رشد بیشتری در پیش گرفته است. جامعه فعلی ایران بعد از رشد شدید جمعیتی در سال‌های بین ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۱ که بنا بر عوامل متعدد از جمله جنگ، عدم کنترل مولید و برخی مهاجرت‌ها از جمله مهاجرت افغانه به ایران، رشد جمعیت ۳/۷ درصد را در ایران رقم زد، طی یک دوره تقریباً بیست ساله به کنترل مولید پرداخت که در حال حاضر رشد جمعیت ۱/۲ درصدی و بعد خانواده ۳/۸ نفری را در پی داشته است. با وجود موج بیکاری گسترده و عدم استفاده از جمعیت فعال کشور که در آینده نه چندان دور و طی پیش بینی‌های انجام شده در ۲۰ سال آینده هرم سنی جمعیت ایران سالخورده خواهد شد و با وجودی که باروری از اوج خود در اوایل دهه ۱۳۶۰ به سطح پایین و در حد جانشینی در دهه ۱۳۸۰ سقوط کرده و رشد جمعیت را به کمتر از ۱/۷ درصد در سال‌های ۹۰-۱۳۶۵ کاهش داده است، جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بیشتر به نرخ رشدی سالانه بیش از ۵ درصد در همان دوره رسیده است، در واقع کاهش باروری، هنوز اثری بر تغییر جمعیت سالمندان نداشته است، بلکه این رشد چشمگیر، ناشی از افزایش شانس زنده ماندن تا سنین سالمندی است و به مانند برخی کشورهای آسیای شرقی و اروپایی و مخصوصاً حوزه اسکاندیناوی با مشکلات عدیده جمعیتی مواجه خواهد شد که کشورهای پیش گفته با توجه به برنامه‌ریزی‌هایی که داشته‌اند و خدمات مناسب اجتماعی که در قالب سراهای سالمندان، تغییر در سبک زندگی جمعیت کشورشان و نهادینه کردن رفاه اجتماعی، توانسته‌اند تا حد زیادی از تبعات این

مسئله بکاهند که این مهم در کشور ما ایران صرفاً در وهله اول با افزایش موالید مورد توجه قرار گرفته است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸).

در چند دهه اخیر بحث زندگی سالمندان در سرای سالمندان چه در جهان و چه در ایران به امری رایج در جامعه مبدل گردیده و به نوعی سالمندان نیز دریافته‌اند که سال‌های پایانی زندگی خود را در سرای سالمندان سپری نمایند که توجه به سلامت فیزیولوژیک و قابلیت‌ها و رضایت از زندگی آنها در سرای سالمندان حائز اهمیت است. بر مبنای خصوصی سازی که در یک دهه اخیر در کشور صورت گرفته، متعاقباً تعداد خانه‌های سالمندان خصوصی که از سالمندان نگه داری می‌کنند نیز افزایش یافته است. با توجه به گسترش مراکز غیر دولتی ارائه دهنده خدمات به سالمندان در سال‌های اخیر، ارزشیابی و توجه به چگونگی گذاران زندگی سالمندان در آنها ضرورت مبرم پیدا کرده است (قاضی و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۲۲). از طرف دیگر با خصوصی سازی گسترده در زمینه سراهای سالمندان و ایجاد کلونی‌های ۲۰ تا ۵۰ نفره در سطح شهر تهران و ایجاد زیست مصنوعی، برخی از مشاغل از جمله مددکاری سالمندی را به غایت از چرخه کمک به سالمندان دور نموده‌اند و عمدتاً نگاهی پس ماندی به این حرفه را در بین مدیران سراهای سالمندان ایجاد کرده‌اند (جوادیان، ۱۳۹۴: ۵).

سالمندان به مانند سایر گروه‌های جمعیتی دارای نیازهایی هستند، که می‌تواند وضعیت زندگی آنها را پایدار نگه دارد و بر طول عمر آنها بیفزاید؛ با افزایش طول عمر افراد، اهمیت ارتقا سلامت و افزایش کیفیت زندگی نیز روز به روز بیشتر می‌شود (مختاری و قاسمی، ۱۳۸۹: ۵۳).

در دوره مدرن سالمندان نیازمند رسیدگی تخصصی‌تری هستند و این عمل را خانواده سالمندان بنا بر دلایل گوناگون از جمله ناتوانی در مراقبت روزانه، نوع بیماری سالمند، تغییر فرهنگ خانواده و هزینه بالا، به شکل مناسب نمی‌توانند انجام دهند و می‌توان گفت که هزینه بالا و نبود دانش کافی که عمدتاً متوجه طبقات متوسط و متوسط رو به پایین جامعه که عمده جمعیت سالمندی را در بر می‌گیرد، شدت بیشتری

دارد که ایجاد مراکز نگره‌داری از سالمندان مخصوصاً مراکز دولتی که با استفاده از کمک‌ها اعتباری خود می‌توانند از سهم خانواده‌های سالمندان در پرداخت هزینه‌های سالمندی بکاهند، را ایجاد کرده است. از آنجایی که پدیده سالمندی در تمام جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و ایجاد سازمانهای اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، اجتماعی و روانی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۱۰).

محیط سرای سالمندان به شکلی ایجاد می‌شود که بتواند حداکثر تشابه با زندگی عادی افراد را داشته باشد و بتواند بیشتر نیازهای آن‌ها از جمله نیازهای فیزیولوژیک آن‌ها را به شکل مناسب برطرف نماید تا سطح قابلیت‌های آن‌ها را حفظ کرده یا ارتقا دهد. به‌طور کلی محیط‌های آسایشگاهی ویژه سالمندان موجب می‌شود که سالمندان از خانه و خانواده دور شوند و نظام روابط عاطفی و خانوادگی‌شان سست و به تدریج از هم گسسته شود و در نتیجه، در محیط جدید، سالمندان نیازمند شرایطی هستند تا خلأهای به وجود آمده را برطرف نمایند، تا سطح قابلیت‌های آنها حفظ یا ارتقا یابد، که از بروز عوارض و ناراحتی‌های فیزیکی و روانی ناشی از زندگی در محیط آسایشگاه جلوگیری، یا از اثرات آن بکاهد. ارائه خدمات به سالمندان و اثراتی که این خدمات برای سالمندان دارد می‌تواند در رضایت از زندگی آنها در سرای سالمندان مؤثر واقع گردد.

مقایسه وضعیت سلامت عمومی، قابلیت و رضایت از زندگی سالمندان سراهای سالمندان خصوصی و عمومی از آن جهت واجد اهمیت است که نتایج آن می‌تواند در نحوه جهت‌گیری سیاست‌های خدمات اجتماعی که نسبت به بخش سالمندان در تهران در پیش گرفته شده دارای اهمیت باشد، زیرا ایجاد ارزش برای مشتری، رضایت او و تکرار خرید او را در پی دارد و از یکسو میل به گذران زندگی در خانه‌های سالمندان را

افزایش می‌دهد و از سوی دیگر شناخت تنگناهای سرای سالمندان و رفع آن‌ها رضایتمندی سالمندان ساکن در سرای سالمندان را در پی خواهد داشت و می‌تواند در بهتر نمودن تصویر تاریک مبهم که از خانه یا سرای سالمندان در جامعه شکل گرفته است مؤثر باشد. پس ضرورت و اهمیت دارد، در شرایط جدید که سالمند از خانواده خود جدا و در سرای سالمندان عمومی و یا خصوصی شهر تهران زندگی می‌کند، بررسی شود که آیا رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی سالمندان حاضر در سرای سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران با یکدیگر تفاوتی دارد؟

هدف تحقیق

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی شهر تهران در زمینه رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی است.

پیشینه تجربی تحقیق

ناصر و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیق خود به این نتیجه می‌رسند که اکثریت سالمندان در سرای سالمندان دارای قابلیت پایین هستند و تنها ۳۱ درصد دارای قابلیت بالا هستند، که این وضعیت با سن، سطح تحصیلات و رضایت از خدمات سرای سالمندان مرتبط است. به طوری که سالمندان دارای سن کمتر، مردان، سالمندان باسوادتر و آن‌هایی که رضایت بیشتری از سرای سالمندان داشتند از قابلیت بالاتری نیز برخوردار بودند. مطابق با تحقیق ونج ما مدال (۲۰۱۴) وجود فعالیت معنادار و ایجاد تعامل اجتماعی در سراهای سالمندان می‌تواند در بهبود شرایط این مکان‌ها کارگشا باشد و در سالمندان حس زندگی و امید به زندگی را افزایش دهد و سال‌های زندگی آن‌ها طولانی‌تر نماید.

قاضی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیق خود به این نتیجه می‌رسند که سطح رضایت سالمندان از مراقبت‌های روانی و اجتماعی، از مراقبت‌های فیزیکی پایین‌تر بود، پس توجه بیشتر به ارائه خدمات در این دو بعد توصیه می‌شود. همچنین با توجه به رابطه معنادار میان رضایت کلی و نحوه پذیرش در آسایشگاه، آماده سازی روانی سالمند قبل از پذیرش در آسایشگاه ممکن است به رضایت بیشتر او از خدمات ارائه شده در آسایشگاه منجر شود.

پیر محمدی (۱۳۷۵) در یافته‌های تحقیقش نشان داد که در بخش مراقبت‌های جسمانی بین میزان رضایت از مراقبت و متغیرهای سن، جنس، شغل قبلی و علت پذیرش در سرا ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین بین میزان رضایت از مراقبت‌های روانی و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت اقامت در سرا، علت پذیرش در سرا، میزان درآمد ماهیانه، میزان شهریه پرداختی و میزان ناتوانی مددجو در انجام فعالیت‌های روزانه نیز ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. همچنین براساس یافته‌های این پژوهش بین میزان رضایت از مراقبت‌های اجتماعی و متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل قبلی، مدت اقامت در سرا و علت پذیرش در سرا نیز ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

مبانی نظری

نظریه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است.

عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی، عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. پویایی کیفیت زندگی به این معناست که باگذشت زمان تغییر می کند و به تغییرات و محیط او بستگی دارد (نجات، ۱۳۸۵: ۱۱-۲). به اعتقاد سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی افراد را باید با توجه به ۴ بعد موردسنجش و ارزیابی قرار داد؛ این ۴ بعد کیفیت زندگی عبارت اند از: سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط و ارتباطات اجتماعی، سلامت محیط.

رویکرد قابلیت

رویکرد قابلیت ریشه در نظریه ساخت یابی گیدنز دارد، با این وجود، از اصطلاح قابلیت اولین بار آمارتیا سن، در سال ۱۹۷۹ در بحث پیرامون رویکردی جهت تبیین بهزیستی و رفاه در چارچوب آزادی ها، به ویژه آزادی انتخاب، استفاده کرده است. طبق استدلال سن وجود آزادی برای این که افراد بتوانند به عملکردهایشان تحقق بخشند، حیاتی است. آزادی یکی از ویژگی های جوامعی است که در آن ها گرسنگی از بین رفته، فرصت های فراوان آموزشی وجود دارد و بیماری ها تحت کنترل درآمده اند (دروکی، ۱۳۹۰: ۵۱).

در این دیدگاه، گسترش آزادی (آزادی های مثبت) هم به عنوان هدف اولیه و هم به عنوان ابزارهای اصلی توسعه مدنظر قرار دارد. انواع آزادی در بعد ابزاری عبارت اند از: آزادی سیاسی تسهیلات اقتصادی، فرصت های اجتماعی، تضمین شفافیت و تأمین حمایتی.

رویکرد ذهنی و رویکرد عینی:

شاخص های متفاوت می بایست به کار گرفته شوند تا کیفیت زندگی موردسنجش و ارزیابی قرار گیرد، شاخص مشترکی که در تعیین کیفیت زندگی به کار می رود، شامل

دو وجه یا سنجه عینی و ذهنی است. معیارهای عینی قابل لمس‌اند و به جنبه‌های قابل تأیید زندگی چون شرایط اجتماعی و اقتصادی اشاره دارند و متمرکز بر امکانات مادی هستند و در مقابل معیارهای ذهنی به سنجش احساسات در خصوص زندگی می‌پردازند و این که مردم از زندگی خود چه تصویری دارند.

در رویکرد عینی کیفیت زندگی را به‌عنوان مواردی آشکار و مرتبط با استانداردهای زندگی قلمداد می‌کنند.

این موارد سلامت جسمانی، شرایط شخصی از جمله ثروت و شرایط زندگی، ارتباطات اجتماعی، اقدامات اجتماعی، اقدامات شغلی و یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی است. در این زمینه معروف، رویکرد اسکاندیناویایی است که در کشورهای اروپایی رواج دارد و به شرایط عینی زندگی و رفاه افراد از طریق ارضای نیازهای اولیه زندگی تأکید دارد. در مقابل رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرند. این منظر بیشتر بر عوامل شناختی در ارزیابی کیفیت زندگی تأکید دارد. امروزه عموماً این موضوع که برای تکمیل سنجش عینی شرایط زندگی به دریافت‌های ذهنی نیاز است مورد پذیرش قرار گرفته است، به همین دلیل تحقیقات انجام شده در مورد کیفیت زندگی در بسیاری از موارد هم بر معرف‌های عینی و هم بر معرف‌ها ذهنی مبتنی است (بدیعی، ۱۳۹۰: ۷۶).

چارچوب نظری

یکی از ابعاد و شاید مهم‌ترین بعد زندگی انسان‌ها، مخصوصاً برای سالمندان سلامت عمومی (سلامت بدنی و ذهنی) است زیرا در این دوره ترمیم آسیب‌ها و ناتوانی‌ها به‌مانند دوره‌های قبل نیست و سیری کندتر دارد. طبق رویکرد عینی و ذهنی به علت اثر تراکمی بیماری‌های مزمن، فعالیت افراد مسن محدود می‌گردد و معلولیت‌هایی بر آن‌ها

عارض می شود که نیازمند خدمات هستند تا بتوانند تبعات ناشی از معلولیت های به وجود آمده را هر چه بیشتر کنترل و مهار نمایند (فرضیه اول)

طبق نظریه کیفیت زندگی جهانی به وجود آوردن سلامت فیزیکی در فرد سالمند یعنی ایجاد توانایی هایی به منظور انجام فعالیت های شخصی و اولیه، کاهش وابستگی به دیگران، به درمان های پزشکی و حتی المقدور بازگرداندن نسبی فعالیت های گذشته فرد سالمند به او، که عملکرد هر دو سرای سالمندان عمومی و خصوصی می تواند در این زمینه با یکدیگر متفاوت باشد. باید در نظر داشت که طبق نظریه قابلیت، ارائه خدمات به منظور بازتوانی و بهبود وضعیت بدنی سالمند می بایست بر آنچه سالمند می تواند انجام دهد و یا این که با بازتوانی می تواند، توان انجام آن را کسب کند تمرکز داشته باشد. در برخورد با سالمندان ضمن توجه به نیازهای مشابه آنها باید به نوع طلبی و علایق آنها برای رفع نیازها و خواسته های شان توجه کنیم و طبق وضعیت جسمی و استعداد های بالقوه و بالفعلی که آنها دارند به آنها خدمات ارائه کنیم که عملکرد هر دو سرای سالمندان عمومی و خصوصی می تواند در زمینه ارائه خدمات و نوع خدمات با یکدیگر متفاوت باشد (فرضیه دوم)

مبحث رضایت از زندگی هر انسانی و در هر دوره ای متفاوت و در عین حال دارای اهمیت فراوان است و در تمام کشورها بر افزایش آن تأکید می گردد. حال در دوره سالمندی این مهم به دلیل کاسته شدن از توانایی جسمی و ذهنی فرد در قالب مراقبت در مکان های خاص اهمیت دو چندان به خود می گیرد که بر طول عمر با کیفیت سالمند، می تواند مؤثر باشد، که بین مراکز سالمندی خصوصی و عمومی می تواند متفاوت باشد. طبق رویکرد عینی و ذهنی به کیفیت زندگی و نیز رویکرد قابلیت فرد سالمندی که بتواند قابلیت های خود را بروز دهد و در سایه بروز قابلیت ها، توانایی عمل خود را نیز افزایش دهد، ارتباط مناسب تری با دیگران برقرار می کند و می تواند حمایت اجتماعی مناسبی را برای خود در فضای سرای سالمندان کسب کند و حتی می تواند به دیگران در وفق یافتن با شرایط سرای سالمندان کمک کند. سالمندی که در

فعالیت‌ها درگیر می‌شود، به دیگران کمک می‌کند و در انجام امور روزمره خود تا حد زیاد دارای قابلیت و خودمختاری است. طبق رویکرد عینی و ذهنی که تأکید دارد که کیفیت زندگی در بعد ذهنی مترادف با شادی و رضایت است، سالمندی که به واسطه سلامت بدنی قابلیت‌ها و خودمختاری بیشتری دارد، از زندگی خود نیز رضایت و خشنودی بالاتری دارد که این مهم در صورتی محقق می‌شود که خدماتی باکیفیت مناسب به سالمندان ارائه گردد که در زمینه متغیر رضایت از زندگی بین سراهای سالمندان عمومی و خصوصی می‌تواند دارای تفاوت‌هایی باشد (فرضیه سوم)

مدل تحقیق



فرضیات تحقیق

به نظر می‌رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه سلامت عمومی دارای تفاوت معنادار هستند.

به نظر می‌رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه قابلیت دارای تفاوت معنادار هستند.

به نظر می‌رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه رضایت از زندگی دارای تفاوت معنادار هستند.

روش تحقیق

نوع مطالعه، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این تحقیق از نوع کمی است و از لحاظ هدف جز تحقیقات علی مقایسه‌ای از نوع پیمایش و جمعیت آماری این پژوهش به لحاظ هدف و موضوع پژوهش کلیه سالمندانی هستند که در سراهای سالمندان عمومی و خصوصی نگه‌داری می‌شوند که جمعیت سالمندان ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران بنا بر آمار اعلام‌شده از طرف سازمان بهزیستی استان تهران ۵۰۶۵ هستند؛ که از این تعداد ۱۸۵۷ نفر در سراهای سالمندان خصوصی و ۳۲۰۸ نفر در خانه‌های سالمندان عمومی زندگی می‌کنند.

واحد تحلیل در این تحقیق سالمند ساکن در سرای سالمندان و واحد مشاهده سالمند یا فرد آگاه به خصوصیات سالمند مورد مطالعه است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت در دسترس است و از سالمندانی که از توانایی پاسخگویی برخوردار بودند، مصاحبه به عمل آمده است. تعداد سالمندانی که در سراهای سالمندان عمومی مورد بررسی قرار گرفتند ۱۳۸ نفر و تعداد سالمندانی که در سراهای سالمندان خصوصی مورد بررسی قرار گرفتند ۸۷ نفر بودند.

تعریف عملیاتی و نظری متغیرها

رضایت از زندگی

تعریف نظری

احساس خرسندی کلی فرد از زندگی (مکیتاش، ۲۰۰۱)، (برغمدی، ۱۳۸۸) به نظر لابومیرسکی و سوزا رضایت یک نفر از زندگی دلالت دارد بر خرسندی او با پذیرش اوضاع و احوال زندگی اش یا به طور کلی تحقق خواسته‌ها و نیازهایش، به عبارت دیگر رضایت از زندگی اساس نتیجه ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش است (سوز و لابومیرسکی، ۲۰۰۱)، به نقل از برغمدی، ۱۳۸۸: ۱۵۴).

تعریف عملیاتی

رضایت از زندگی دارای سه بعد است، رضایت از زندگی در بعد عینی که همان رضایت ناشی از برخورداری است و ناظر به تأمین نیازهای انسانی در برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست‌های اجتماعی و مشارکت اجتماعی آن‌ها است و رضایت از زندگی در بعد فرا فردی و جمعی که همان رضایت از زندگی ناشی از ارتباط است و معطوف به ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی زندگی فرد است. رضایت از زندگی در بعد ذهنی که همان رضایت ناشی از بودن است در بردارنده استقلال عمل، رضایتمندی، هدف‌داری در زندگی، رشد شخصی و دگرخواهی می‌باشد. متغیر رضایت از زندگی در سرای سالمندان با استفاده از ۲۷ گویه و با استفاده از طیف لیکرت ۵ قسمتی از بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد مورد سنجش قرار می‌گیرد. کمترین امتیاز پاسخگویان ۲۷ و بیشترین امتیاز پاسخگویان ۱۳۵ است. با در نظر گرفتن دامنه تغییرات، امتیازات پاسخگویان را می‌توان در سه رده ناراضی (۲۷-۶۳)، رضایت متوسط (۶۴ تا ۹۰) و رضایت بالا (۹۱ تا ۱۳۵) دسته‌بندی نمود.

قابلیت

تعریف نظری

وسیله یا نیرویی جهت استفاده یا گسترش دادن (دانشنامه بریتانیکا، ۲۰۱۵) (اسم مصدر) {عربی: قابلیّه} شایستگی؛ سزاواری، آمادگی برای قبول امری یا حالتی؛ استعداد. (فرهنگ معین، ۱۳۸۵: ۷۸)

تعریف عملیاتی

وجود قابلیت یا استعداد در برخی از اعمال یا بر عهده گرفتن برخی از نقش‌ها. این متغیر با استفاده از ۹ گویه با استفاده از طیف لیکرت ۵ قسمتی شامل، همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز موردسنجش قرار می‌گیرد. کمترین امتیاز پاسخگویان در این متغیر ۹ و بیشترین امتیاز آن‌ها ۴۵ است. با در نظر گرفتن دامنه تغییرات پاسخگویان به سه دسته با قابلیت پایین (۹-۲۱)، با قابلیت متوسط (۲۲-۳۱) و با قابلیت بالا (۳۲-۴۵) تقسیم می‌شوند. گویه‌ها از این قرار هستند:

سلامت عمومی

تعریف نظری

وجود یک وضعیت درست در بدن و ذهن (دانشنامه بریتانیکا، نسخه ۲۰۱۵). سلامت ذهنی: از یا مربوط به ذهن، به‌طور خاص: مربوط به پاسخ عاطفی و فکری یک فرد به واقعیت خارجی است (دانشنامه بریتانیکا، نسخه ۲۰۱۵). سلامت بدنی: از یا مربوط به وضعیت فیزیکی، به‌طور خاص: مربوط به پاسخ فیزیکی یا جسمانی به یک واقعیت خارجی است (دانشنامه بریتانیکا، نسخه ۲۰۱۵).

تعریف عملیاتی

به منظور سنجش متغیر سلامت عمومی سالمندان ساکن در سرای سالمندان از یک مقیاس ۱۶ گویه‌ای با استفاده از طیف ۵ قسمتی لیکرت، همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت، هرگز استفاده می‌شود که کمترین امتیاز پاسخگویان ۱۶ و بیشترین امتیاز پاسخگویان ۸۰ می‌شود. با در نظر گرفتن دامنه تغییرات، پاسخگویان در سه سطح سلامت عمومی پایین (۱۶-۴۲)، سلامت عمومی متوسط (۴۳-۶۶) و سلامت عمومی بالا (۶۷-۹۰) دسته‌بندی می‌شوند.

ابزار سنجش و پایایی و روایی آن

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه بوده است. به منظور بررسی روایی ابزار این تحقیق، سؤالات پرسشنامه برای بررسی روایی صورتی آن به داوری کارشناسان دانشگاهی و مخصوصاً استادان راهنما و مشاوره گذاشته شد و برای بررسی روایی محتوای آن تعداد ۳۰ مصاحبه انجام گرفت که پس از بررسی آن‌ها و تعدیلاتی که توسط این کارشناسان ارائه شده بود، پرسشنامه نهایی تدوین گردید. رضایت از زندگی با ۲۷ سؤال (آلفای ۰/۷۶۳)، قابلیت سالمندان با ۹ سؤال (آلفای ۰/۷۱۰) و سلامت عمومی سالمندان با ۱۶ سؤال (آلفای ۰/۷۸۶) عملیاتی گردید. به منظور بررسی پایایی ابزار تحقیق از روش آزمون اولیه و آزمون مجدد استفاده گردیده است و نتایج آزمون اولیه با نتایج آزمون اصلی مطابقت داده شد، که با ضریب همبستگی (۰/۸۲) همبستگی مناسبی را بین نتایج مرحله آزمون اولیه و آزمون مجدد نشان داد.

رویه جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

در وهله اول به منظور انجام این تحقیق اقدام به دریافت نامه از طرف دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی گردید. در وهله دوم با مراجعه به بهزیستی کل استان

تهران و کسب مجوز لازم برای ورود به سرای های سالمندان اقدام گردید. در ادامه با هماهنگی مسئولان و مدیران این مراکز و با تعیین وقت قبلی به این مراکز مراجعه گردید و با در نظر گرفتن وضعیت سالمندان مقیم در هر کدام یک از این سراها، اطلاعات مورد نیاز تحقیق جمع آوری گردید.

به منظور تحلیل یافته‌های تحقیق در بخش توصیفی از جدول فراوانی، توصیف درصد، میانگین، انحراف معیار و در بخش استنباطی از روش آماری کاسکوئر به منظور بررسی تفاوت مشاهده شده و تفاوت مورد انتظار استفاده گردیده است.

ملاحظات اخلاقی

در زمینه پنهان ماندن نام هر یک از پاسخگویان و سراهای سالمندان مورد بررسی در این تحقیق، در سربرگ پرسشنامه تحقیق اطمینان کافی به پاسخگویان داده شد و نیز در زمینه کار با سالمندان توجه به روحیه و میزان راحتی و آمادگی آنها برای انجام مصاحبه مد نظر قرار گرفت و به هیچ عنوان از سالمندان به صورت اجباری و بدون رضایت آنها مصاحبه به عمل نیامد و نیز پاسخ‌های آنها به صورت فردی مورد استفاده قرار نگرفت و اطلاعات آنها در نزد محقق به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهند ماند.

یافته‌های تحقیق

جدول ۱- شاخص‌های پراکندگی سن سالمندان سراهای سالمندان عمومی و خصوصی

شاخص پراکندگی			
انحراف معیار به سال	میانگین به سال	سرای سالمندان	سن
۷/۱۶۷	۷۶/۶۴	عمومی	
۷/۸۱۹	۷۸/۴	خصوصی	

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین سن پاسخگویان در سرای سالمندان خصوصی ۷۸/۴ سال و اکثریت سالمندان مورد پرسش قرار گرفته در بازه سنی ۸۳ و بالاتر قرار دارند در مقابل میانگین سن پاسخگویان در سرای سالمندان عمومی ۷۴/۶۴ سال است و اکثریت سالمندان مورد پرسش قرار گرفته در بازه سنی ۶۵ تا ۷۳ سال قرار دارند

جدول ۲- توزیع فراوانی سالمندان سراهای سالمندان خصوصی و عمومی برحسب نوع جنس

نوع سرای	نوع جنس	فراوانی مطلق	درصد فراوانی
خصوصی	مرد	۳۴	۳۹/۱
	زن	۵۳	۶۰/۹
	جمع	۸۷	۱۰۰
عمومی	مرد	۶۳	۴۵/۷
	زن	۷۵	۵۴/۳
	جمع	۱۳۸	۱۰۰

جنسیت سالمندان مورد پرسش قرار گرفته در سرای سالمندان عمومی به ترتیب زنان ۵۴/۳ درصد و مردان ۴۵/۷ درصد بوده است و در سرای سالمندان خصوصی به ترتیب زنان ۶۰/۹ درصد و مردان ۳۹/۱ درصد است.

جدول ۳- توزیع فراوانی سالمندان در سراهای سالمندان خصوصی و عمومی برحسب

منابع پرداخت هزینه

جمع	از طرف نهادهای خیریه	از طرف دولت	از طرف خانواده	حقوق بازنشستگی	نوع سرای	
					توزیع فراوانی	خصوصی
۸۷	۰	۰	۴۶	۴۱	توزیع فراوانی	خصوصی
۱۰۰	۰	۰	۵۲/۸	۴۷/۱	درصد فراوانی	
۱۳۸	۳۲	۳۳	۳۲	۴۱	توزیع فراوانی	عمومی
۱۰۰	۲۳/۲	۲۳/۹	۲۳/۲	۲۹/۷	درصد فراوانی	

در سرای سالمندان عمومی هزینه‌های سالمندان ۲۹/۷ درصد از طریق حقوق بازنشستگی، ۲۳/۲ درصد از طریق خانواده سالمندان، ۲۳/۹ درصد از طریق دولت و ۲۳/۲ درصد از طریق نهادهای خیریه پرداخت می‌شود. اما در سرای سالمندان خصوصی ۴۷/۱ درصد از طریق حقوق بازنشستگی و ۵۲/۸ درصد از طرف خانواده پرداخت می‌شود.

جدول ۴- توزیع فراوانی سالمندان سراهای سالمندان خصوصی و عمومی برحسب میزان

تحصیلات

جمع	فوق لیسانس و بالاتر	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	راهنمایی	ابتدایی	بی سواد	نوع سرای	
								فراوانی مطلق	خصوصی
۸۷	۱۲	۲۵	۲۳	۲۵	۲	۰	۰	فراوانی مطلق	خصوصی
۱۰۰	۱۳/۸	۲۸/۷	۲۶/۴	۲۸/۷	۲/۳	۰	۰	درصد فراوانی	
۱۳۸	۰	۰	۱	۲۰	۲۵	۴۲	۵۰	فراوانی مطلق	عمومی
۱۰۰	۰	۰	۰/۷	۱۴/۵	۱۸/۱	۳۰/۴	۳۶/۲	درصد فراوانی	

مقایسه رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی ... ۹۵

بیش از ۹۵ درصد از سالمندان مورد پرسش قرار گرفته در سرای سالمندان عمومی دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم و تنها در یک مورد تحصیلات بالای دیپلم داشته‌اند. در مقابل سالمندان ساکن در سرای سالمندان خصوصی در حدود ۳۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بوده و ۷۰ درصد دارای تحصیلات بالای دیپلم بوده‌اند.

فرضیه اول: به نظر می‌رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه قابلیت دارای تفاوت معنادار هستند.

جدول ۵- آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت در میزان قابلیت سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی

سالمندان سرای		قابلیت		
		پایین	متوسط	بالا
خصوصی	فراوانی	۶۳	۲۳	۲
	درصد فراوانی	۷۱/۳	۲۶/۴	۲/۳
عمومی	فراوانی	۴۲	۹۳	۳
	درصد فراوانی	۳۰/۴	۶۷/۴	۲/۲
		df	sig	X^2
		۲	۰/۰۰۰	۳۶/۳۳۷

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سالمندان سرای سالمندان خصوصی ۷۱/۳ درصد قابلیت پایین دارند در مقابل ۳۰/۴ درصد سالمندان سرای سالمندان عمومی قابلیت پایین دارند. ۲۴/۴ درصد سالمندان سرای سالمندان خصوصی دارای قابلیت متوسط هستند در مقابل ۶۷/۴ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی دارای قابلیت متوسط هستند. ۲/۳ درصد از سالمندان سرای سالمندان خصوصی دارای قابلیت بالا و در مقابل ۲/۲ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی دارای قابلیت بالا هستند.

به منظور اطمینان از تفاوت مشاهده شد در زمینه قابلیت در بین سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی چون یکی از متغیرها در سطح اسمی و متغیر دیگر در سطح رتبه‌ای بود، از آزمون خی دو استفاده نمودیم. چون سطح معناداری از ۱ درصد کمتر است (۰/۰۰۰). با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که سالمندان سرای سالمندان عمومی از قابلیت بهتری نسبت به سالمندان سرای سالمندان خصوصی برخوردار هستند. به منظور اطمینان از این که تفاوت مشاهده شده ناشی از تصادف نبوده باشد، مقدار خی دو به دست آمده را با توجه به درجه آزادی آن که ۲ است را با مقدار خی دو جدول بحرانی در درجه آزادی ۲ مقایسه کردیم که مقدار خی دو به دست آمده از آن بالاتر بود. مقدار خی دو به دست آمده در این آزمون ۳۶/۳۳۷ است اما در جدول بحرانی، مقدار ۹/۲۱ گزارش شده است و با توجه به این نتیجه می‌توان گفت که فرضیه تحقیق مبنی بر وجود تفاوت در قابلیت سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی مورد تأیید قرار می‌گیرد، که این مورد به واسطه زندگی اشتراکی در سرای سالمندان عمومی و نبود زندگی جمعی در سرای سالمندان خصوصی محقق گردیده. ناصح و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیق خود اذعان می‌کنند که اکثریت سالمندان در سرای سالمندان دارای قابلیت پایین هستند و ۳۱ درصد دارای قابلیت بالا هستند، که این وضعیت با سن، سطح تحصیلات و رضایت از خدمات سرای سالمندان مرتبط است، به طوری که سالمندان دارای سن کمتر، مردان، سالمندان باسوادتر و آن‌هایی که رضایت بیشتری از سرای سالمندان داشتند از خودکارآمدی و قابلیت بالاتری نیز برخوردار بودند.

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه رضایت از زندگی دارای تفاوت معنادار هستند.

جدول ۶- آزمون خی دو جهت بررسی تفاوت در میزان رضایت از زندگی سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی

رضایت از زندگی				سالمندان سرای	
جمع	بالا	متوسط	پایین		
۸۷	۰	۱۴	۷۳	فراوانی	خصوصی
۱۰۰	۰	۱۶/۱	۸۳/۹	درصد فراوانی	
۱۳۸	۱	۱۰۲	۳۵	فراوانی	عمومی
۱۰۰	۰/۷	۷۳/۹	۲۵/۴	درصد فراوانی	
	χ^2	sig	df		
	۷۳/۳۳۷	۰/۰۰۰	۲		

۸۳/۹ درصد از سالمندان سرای سالمندان خصوصی اذعان داشته‌اند که رضایت از زندگی‌شان پایین است در مقابل ۲۵/۴ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی اعلام نموده‌اند که رضایت از زندگی‌شان پایین است. ۱۶/۱ درصد از سالمندان سرای سالمندان خصوصی رضایت از زندگی خود را متوسط اعلام نموده‌اند و در مقابل ۷۳/۹ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی رضایت از زندگی خود را متوسط اعلام نموده‌اند. ۰/۷ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی رضایت از زندگی خود را بالا توصیف نموده‌اند اما هیچ کدام از سالمندان سرای سالمندان خصوصی رضایت از زندگی خود را بالا توصیف نکرده‌اند. برای مشخص نمودن خطای قضاوت در زمینه رضایت از زندگی سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی از آزمون خی دو استفاده شده که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

نتایج حاکی از آن است که چون سطح معناداری کمتر از ۱ درصد شده و مقدار سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) است با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که سالمندان سرای سالمندان عمومی به میزان بالاتری نسبت به سالمندان سرای سالمندان خصوصی از

زندگی رضایت دارند. به منظور بررسی واقعی بودن تفاوت مشاهده شده مقدار خبی دو به دست آمده از آزمون خبی دو را با توجه به درجه آزادی اش که ۲ است را با مقدار خبی دو جدول بحرانی با درجه آزادی دو در سطح معنی دار ۰/۰۱ مقایسه نمودیم که مشخص گردید مقدار خبی دو به دست آمده از آزمون از مقدار جدول بزرگ تر است. مقدار خبی دو آزمون ۷۳/۳۳۷ و مقدار خبی دو گزارش شده در جدول بحرانی ۹/۲۱ است. مطابق با تحقیق ونچ مامدال (۲۰۱۴) وجود فعالیت معنادار و ایجاد تعامل اجتماعی در سرای های سالمندان می تواند در بهبود شرایط این مکان ها کارگشا باشد و در سالمندان حس زندگی و امید به زندگی را افزایش دهد و سال های زندگی آن ها را طولانی تر نماید.

فرضیه سوم: به نظر می رسد سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی در زمینه سلامت عمومی دارای تفاوت معنادار هستند.

جدول ۷- آزمون خبی دو جهت بررسی تفاوت میزان سلامت عمومی سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی

سلامت عمومی				سالمندان سرای	
جمع	بالا	متوسط	پایین		
۸۷	۵	۳۵	۴۴	فراوانی	خصوصی
۱۰۰	۵/۷	۴۰/۲	۵۴	درصد	فراوانی
۱۳۸	۲	۱۱۲	۲۴	فراوانی	عمومی
۱۰۰	۱/۴	۸۱/۲	۱۷/۴	درصد	فراوانی
	X^2	sig	df		
	۳۹/۵۴۱	۰/۰۰۰	۲		

۵۴ درصد از سالمندان سرای سالمندان خصوصی سلامت عمومی پایین را گزارش نموده‌اند، در مقابل ۱۷/۴ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی سلامت عمومی پایین را گزارش نموده‌اند. ۸۱/۲ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی سلامت عمومی متوسط را گزارش نموده‌اند در مقابل ۴۰/۲ درصد از سالمندان سرای سالمندان خصوصی سلامت عمومی متوسط را گزارش نموده‌اند. ۵/۷ درصد سالمندان سرای سالمندان خصوصی سلامت عمومی بالا را گزارش نموده‌اند در مقابل ۱/۴ درصد از سالمندان سرای سالمندان عمومی سلامت عمومی بالا را گزارش داده‌اند. برای مشخص نمودن خطای قضاوت در زمینه سلامت عمومی سالمندان سرای سالمندان عمومی و خصوصی از آزمون آماری خی دو استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ گزارش شده است. با توجه به این که سطح معناداری به دست آمده کمتر از ۰/۰۱ است و سطح معناداری (۰/۰۰۰) است با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که سالمندان سرای سالمندان عمومی با سالمندان سرای سالمندان خصوصی از نظر سلامت عمومی با یکدیگر تفاوت دارند. به منظور بررسی واقعی بودن تفاوت مشاهده شده مقدار خی دو به دست آمده از آزمون خی دو را با توجه به درجه آزادی اش که ۲ است را با مقدار خی دو جدول بحرانی با درجه آزادی دو در سطح معنی دار ۰/۰۱ مقایسه نمودیم که مشخص گردید مقدار خی دو به دست آمده از آزمون از مقدار جدول بزرگ‌تر است. پس نتیجه می‌گیریم که تفاوت مشاهده شده معنادار است. مقدار خی دو به دست آمده از آزمون ۳۹/۵۴۱ و مقدار خی دو جدول بحرانی با درجه آزادی ۲ در سطح ۰/۰۱ درصد ۹/۲۱ است.

بحث و نتیجه‌گیری

از جمله گروه‌هایی که در بیشتر جوامع به دلیل نبود آگاهی لازم به آن‌ها نگاه پسماندی و مصرفی دارند سالمندان هستند. سالمندان را با توجه به ناتوانی‌هایی که برای آن‌ها به

وجود آمده است افرادی بی‌مصرف و پرهزینه می‌دانند. در دوره مدرن به‌موازات به وجود آمدن بحث‌هایی مانند حقوق بشر، شکل‌گیری مکاتب اومانیستی و انسان‌گرا و در مرکز توجه قرار گرفتن انسان، افزایش حس انسان‌دوستی و شکل‌گیری قانون و قانونی شدن حکومت‌ها در جامعه، تغییراتی در شرایط اجتماعی سالمندان به وجود آمد و سالمندان جایگاهی را کسب نمودند، هرچند این جایگاه از کشوری به کشور دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر و در بین زنان و مردان دارای تفاوت است.

بخش عمده درک رایج درباره سالمندی تحت تأثیر دیدگاه پزشکی و کمتر متأثر از دیدگاه اجتماعی است که باعث گردیده با توجه به خصوصی سازی انجام شده، صرفاً به نیازهای زیستی سالمندان توجه شود و نیازهای اجتماعی و روانی آنها در نظر گرفته نشود. نتیجه سیطره دیدگاه پزشکی (بیومدیکال) در حوزه سالمندی، تمرکز شدید بر بیماری، ناتوانی و در نظر گرفتن سالمندی به‌عنوان دوره زوال جسمی، روانی و شناختی است. این تصویر از سالمندی به‌صورت مداوم در گفتمان‌های رسانه‌ای و حتی در حوزه‌های اجتماعی تکرار شده و می‌شود و حتی پژوهش‌های متفاوتی با همین دیدگاه عمدتاً بر بار بیماری‌ها در سالمندی و خدمات بهداشتی-درمانی مورد نیاز سالمندان متمرکز شده‌اند. مثلاً پژوهش مفتون و همکاران (۱۳۸۱) وضعیت استفاده گروه جمعیتی سالمندان از خدمات بهداشتی و درمانی را به‌عنوان نیازمند توجه مطرح کرده است.

حال باید توجه داشت که به دلیل تغییرات جمعیتی که رخ داده و جمعیت ایران به‌سرعت در حال پیر شدن است، نبود سازوکارهای مناسب برای سالمندان، از بحران‌های کشور خواهد بود. این نگاه به سالمندی و عدم توجه مناسب به آن، این قشر از جامعه را به سمت خودکشی دگر خواهانه سوق داده است. با توجه به تغییرات اجتماعی گسترده و تبدیل خانواده گسترده به خانواده هسته‌ای و تغییر در جایگاه سالمندان، آن‌ها با نگاهی تحقیرآمیز در مورد خود روبه‌رو شدند و به شکلی صلح‌آمیز از جامعه طرد شدند. اگر در بین قبایل اسکیمو در مواقعی که با کمبود غذا روبه‌رو

می‌شدند سالمندان به‌منظور ایثار برای جامعه خود به مکانی دور می‌رفتند و در درون غاری می‌ماندند و آن‌قدر در آن مکان می‌ماندند تا بمیرند و به‌نوعی خودکشی دگرخواهانه انجام می‌دادند؛ اما در دوره مدرن و اکنون سالمندان به این دلیل با رفتن به خانه سالمندان مخالفت نمی‌کنند که مشاهده می‌کنند که به‌نوعی مزاحم خانواده خود هستند و آن‌ها اقدام به‌نوعی خودکشی دگرخواهانه می‌کنند و به مکانی مراجعه می‌کنند که پزشکی‌ها شده است و اگر این افراد اصرار به ادامه زندگی در کنار خانواده خود داشته باشند نزد افکار عمومی بی‌قدر شده و هرگونه احترام از وی دریغ می‌شود. بنابراین این جامعه است که به‌نوعی خودکشی کردن و در انتظار مرگ قرار گرفتن را به او تحمیل می‌کند و جامعه او را با صحبت مجاب می‌کند که از زندگی دست بردارد و به محیطی مصنوعی، بدون فعلیت و بدون تحرک تن دهد. سالمندان در این وضعیت به تدریج می‌میرند و هرروز انتظار آن را می‌کشند و روزانه در امید رسیدن به آن هستند، آن‌ها ضعیف می‌شوند و در دوره‌های مختلف سالمندی قرار می‌گیرند و البته آن‌ها نیز ساعات واپسین قبل از مرگ دارند اما جدایی‌شان به‌عنوان یک فرد پسمانده، ناتوان و سربار از مدت‌ها قبل شروع شده است. البته باید توجه داشت که این وضعیت صرفاً برای سالمندان سرای سالمندان نیست حتی برای سالمندانی که در کنار خانواده زندگی می‌کنند نیز مصداق دارد. آن‌ها به دلیل ناتوانی که سرنوشت عمده انسان‌هاست به حاشیه رانده می‌شوند و ارتباطات یا به‌طور کامل با آن‌ها قطع می‌گردد و یا این که به شکلی غیردلخواهانه و از روی اکراه انجام می‌شود. عواطف و گرمای احساس آن‌ها از بین می‌رود، بدون آنکه نیاز آن‌ها به آدمیان از بین برود. این وضعیت پیش‌گفته برای تمام سالمندان سخت‌ترین وضعیت‌هاست. آن‌ها حتی در درون خانه هستند اما تنها هستند، موردتوجه قرار نمی‌گیرند، مورد بی‌احترامی قرار می‌گیرند و حقیر می‌شوند. اما این وضعیت برای سالمندانی که در سرای سالمندان تحت نظارت بوروکراتیک و به‌شدت پزشکی‌ها شده اداره می‌شود و مبتنی بر قدرت ذره‌گون شده پزشکان زندگی می‌کنند، دوچندان ملال‌آور است که حتی ساعات خواب آن‌ها و تمامی زوایای زندگی آن‌ها از

قبل تعیین شده و همان طور که خود سالمندان در زمینه پرسش در مورد آزادی‌شان اذعان داشتند که آزادی در سراهای سالمندان عمومی و خصوصی پایین است و به معنای واقعی کلمه برایشان وجود ندارد و آن‌ها حتی آزادی در فعالیت‌ها و نیازهای اولیه همچون نوع غذا، ساعت خواب، حمام کردن، دیدار با خانواده و سایر موارد را ندارند. در پاره‌ای از موارد به سفارش خانواده سالمند میزان آزادی و فعالیت‌هایش در سرای سالمندان تجویز می‌شود. جدا شدن از جریان اصلی جامعه، یعنی کسانی که به زندگی آن‌ها به‌عنوان فردی مولد معنا و مفهوم و امنیت ارائه می‌دهد. سال‌های زوال نه فقط برای کسانی که به رنجی مبتلا هستند بلکه برای آن‌ها که تنها مانده‌اند سخت است. این واقعیت که بدون آنکه تعمد خاصی در کار باشد جدایی زودرس محضران با توالی خاصی در جوامع امروزی مثل تهران از ضعف‌های این جوامع است. بی‌تفاوتی شکل‌گرفته فرد (در این تحقیق سالمند) نسبت به خودش و دیگران، تصویر واضحی از همه انواع دیگر بی‌تفاوتی است. این بی‌تفاوتی نتیجه عدم تقسیم، محو قطب دگر بودگی و ثبت سوژه در هویت است که آن‌هم بر گونه‌ای متناقض نما، نتیجه ضرورت متفاوت بودن خود از دیگران است. نیاز به ضمانت در برابر گذرا بودن خود آدمی در ایام اخیر در مقایسه با قرون وسطی به شکل محسوسی فروکش کرده است که خود نشان از مرحله‌ای از تمدن است که زندگی طولانی‌مدت را به انسان نوید می‌دهد. اما این زندگی واجد کیفیت است که اگر ایجاد نگردد چندان نمی‌تواند زندگی مناسبی برای فرد باشد و همان مرگ در دوره میان‌سالی از آن بهتر خواهد بود. حال این وضعیت با داشتن دید صرفاً پزشکی به سال‌های پایانی عمر چندان نمی‌تواند برای سالمند راهگشا باشد. توجه به تنوع و تفاوت‌ها در گروه سالمندان و پذیرش آن در قرن حاضر موجب شده که دیدگاه رایج پزشکی به سالمندی کم‌کم به حاشیه رود و دیدگاه‌هایی مثبت و اجتماعی به سالمندی مطرح شود که سالمندان را به‌عنوان افراد ناتوان، بیمار و منتظر مرگ نمی‌داند بلکه به‌خوبی واقف است که سالمندی دوره‌ای است که دو یا سه دهه بامعنای زندگی افراد را شامل می‌شود و اتفاقاً در بخش عمده‌ای از این دوره، افراد از

وضعیت سلامتی نسبتاً خوبی برخوردارند. در رویکرد اجتماعی به سالمندی، سلامتی و بیماری از عوامل مختلف در سطوح گوناگون تأثیر می‌پذیرند. بنابراین این پیش‌فرض که بیمار بودن، تنزل جسمی و روانی، ویژگی غیرقابل تغییر دوران سالمندی است به چالش کشیده می‌شود. از این دیدگاه و با توجه به نظریه‌های وابستگی ساختاری و اقتصاد سیاسی، موقعیت سالمندان در جامعه و مسائلی که آن‌ها تجربه می‌کنند، از لحاظ اجتماعی بر ساخت شده‌اند و سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی و نهادهای مربوط به سالمندی، بر کم و کیف تجربه سالمندی افراد تأثیر می‌گذارند. بنابراین وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان امری تغییرپذیر است. نتایج پژوهش‌های کمی و کیفی مانند دچین و ویچر (۲۰۰۷)، گریوز و فاربوی (۲۰۰۶) و هالمن و همکاران (۲۰۰۷) (محمدی و همکاران، ۱۳۹۵) نیز همین واقعیت را نشان داده‌اند که سلامت جسمی و روانی سالمندان با فراهم کردن فرصت برای سالمندی فعال و مشارکت در جامعه از طریق برنامه‌ها و مراکز فرهنگی، ورزشی، اجتماعی جهت حضور بیشتر آن‌ها و تشویق آن‌ها به حضور در خارج از خانه، بهبود فراوانی یافته است و احساس بیماری، افسردگی، کسالت و ازکارافتادگی در آن‌ها کاهش یافته است. برعکس به حاشیه کشاندن سالمندان از طریق سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، فرهنگی و برنامه‌ریزی‌های شهری که فرصت حضور سالمندان در سطح شهر، پارک‌ها، فضاهای ورزشی، انجمن‌ها، کانون‌ها و گروه‌های ادبی را محدود کرده است، موجب خانه‌نشینی و اقامت در خانه سالمندان، رکود اجباری و نتیجتاً غلبه احساس بیماری و ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی خانوادگی آن‌ها شده است. از دیگر عواملی که مانند تیغ دو لبه برای سالمندان عمل می‌نماید، می‌توان به سنت احترام به پدر و مادر اشاره کرد که این سنت مثبت و حسنه برخی پیامدهای ناگوار را برای سالمندان به همراه خواهد داشت. از جمله پیامدهای مهم این سنت این است که هنوز جامعه ایرانی خانه سالمندان را مکانی مخوف و ترسناک تصور می‌کند (هرچند با شرایط فعلی سراهای سالمندان و اخباری که از مجاری گوناگون به گوش می‌رسد چندان غیرموجه هم نیست)، اما وجود

مکان‌هایی که سالمند بتواند در آن مکان نیازهای ویژه خود را رفع نماید در جامعه احساس می‌شود و سرای سالمندانی که به‌طور همزمان بتواند نیازهای پزشکی، اجتماعی و روانی سالمند را تأمین نماید نه تنها مخوف و ترسناک نخواهند بود، بلکه می‌تواند در رفع مشکلات سالمندان تأثیر فراوانی داشته باشد و طول عمر باکیفیت بالاتری را برای سالمند به ارمغان آورد.

با توجه به نگاه بیومدیکال در مورد سالمندان برخی از حرفه‌های مرتبط با سالمندان که تأثیرات آن‌ها در شرایط و مکان‌های گوناگون به اثبات رسیده است مورد غفلت قرار گرفته و صرفاً این مشاغل به صورت زینتی و همراه با نگاه پس ماندی مورد توجه قرار می‌گیرند. یکی از این حرفه‌ها، مددکاری اجتماعی سالمندی است که در سراهای سالمندان خصوصی یا وجود ندارد و در صورت وجود در حد یک منشی فعالیت می‌کند و پر کردن پرونده سالمندان بالاترین سطح فعالیت آنها است. این وضعیت مددکاری اجتماعی سالمندی در ایران نتیجه برخی شرایط ساختاری و غیرساختاری است که خود می‌تواند به عنوان یک موضوع آسیب شناسانه مورد بحث قرار گیرد و در این تحقیق نمی‌توان حق مطلب را بیان نمود اما به صورت خلاصه می‌توان گفت نبود فرهنگ مناسب در زمینه نحوه و زمان مناسب سپردن سالمندان به سرای سالمندان یکی از این عوامل است که خانواده‌ها در صورتی سالمند را به سرای سالمندان می‌آورند که سالمند مورد نظر تمام کارایی‌های خود را از دست داده و چندان مداخله روانی و اجتماعی نمی‌توان برای او انجام داد. علت دیگر نبود دانش کافی در زمینه نحوه کار با سالمند در نزد مددکاران اجتماعی است که خود سرچشمه گرفته از برخی علل فردی و دانشگاهی است که نبود علاقه به مطالعه و پایین بودن مهارت‌های جانبی از جمله نداشتن زبان دوم (زبان انگلیسی) و نیز نبود علاقه به کار با سالمندان را می‌توان نام برد؛ مثلاً در آمریکا برخی مطالعات پیش‌بینی کرده‌اند که در سال‌های آتی مددکاران زیادی برای خدمات رسانی به جمعیت سالمند آمریکا، نیاز است. این در حالی است که فقط حدود ۳٪ دانشجویان مددکاری اجتماعی به کار با سالمندان، علاقه

دارند (روزنبرگ جی، ۲۰۰۹). از طرف دیگر مددکاری اجتماعی در دانشگاه‌های متولی آن به صورت محض و بدون گرایش ارائه می‌گردد که هر چند با وجود ساعات کارورزی منظم و زیاد سعی در پوشش این مسئله شده است اما این عمل پیامد مثبتی را در پی نداشته است. از طرف دیگر به علت نبود شبکه‌های خدمات اجتماعی مناسب که بتواند ارجاعات مددکاری را تسهیل کند نیز در عدم موفق عمل کردن مددکاری سالمندی و وجود نگاه پسماندی به آن مؤثر بوده است.

یکی از جلوه‌های مورد توجه قرار گرفتن سالمندان در دوره جدید ایجاد سراهای سالمندان است که محلی است که سالمندان می‌توانند سال‌های پایانی عمر خود را در آن سپری کنند و نیازهای آن‌ها در این مکان رفع گردد. اگرچه این نگرش به این مکان‌ها، نگرشی خوش‌بینانه است البته باید توجه داشت که نگره‌داری از سالمندان در این مکان‌ها نسبت به گذشته، نشان از جامعه‌ای مسئول است؛ اما نباید از ذهن دور داشت که آیا راه‌حل برخورد با سالمندان این چنین مکان‌هایی است و به صرف این که مکان‌هایی را برای این افراد آماده نموده‌اند که از آن‌ها مراقبت پزشکی و پرستاری شود، به نوعی آن‌ها را از نقش اجتماعی‌شان و فعالیت‌هایی که می‌توانند انجام دهند بازداشته‌اند. با استفاده از نظریات سالمندی، رضایت از زندگی، سلامت عمومی و قابلیت سالمندان در سراهای سالمندان خصوصی و عمومی مورد سنجش قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که سلامت عمومی سالمندان سرای سالمندان عمومی از سالمندان سرای سالمندان خصوصی مناسب‌تر بوده است. این نتیجه نشان می‌دهد اگرچه در سرای سالمندان خصوصی میزان مراقبت‌های پرستاری و توانبخشی بالاست اما عدم توجه به نیازهای روانی و اجتماعی سالمندان که می‌تواند در سلامت عمومی آنها نقش بارزی داشته باشد، این نحوه خدمت رسانی را چندان موفق نشان نمی‌دهد. از طرف دیگر سالمندان سرای سالمندان عمومی میانگین سنی پایین‌تری را دارا بودند که میزان سلامت عمومی و قابلیت آنها را افزایش می‌دهد که نسبت به سالمندان سرای سالمندان خصوصی وضعیت مناسب‌تری است و توجه همزمان به نیازهای اجتماعی،

زیستی و روانی در سراهای سالمندان عمومی، توجه به نوع سالمندان و تقسیم آنها به گروه‌های جمعیتی گوناگون در یک فضا، زندگی جمعی و گروهی در سرای سالمندان عمومی و عدم کلونی بودن نحوه زندگی در این مکان‌ها، وجود فعالیت‌های منجر به درآمد و نیز نوع نگرش حاکم بر این مجموعه که غیر انتفاعی بوده و مبنای تشکیل این دست از مؤسسات اعتقادات انسان دوستانه و خدا پسندانه بوده است در بهتر بودن فضای زیستی و اجتماعی این مجموعه‌ها نقش بارزی را ایفا می‌نماید. این نتایج به دست آمده تأیید کننده چارچوب نظری تحقیق که شامل نظریات کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، نظریه قابلیت آماریاسن و رویکرد عینی و ذهنی به کیفیت زندگی است، می‌باشد. بر مبنای چارچوب نظری در نظر گرفته شده، بر وجود سلامت در بدن و ذهن سالمند به عنوان مبنای توجه دارد و وجود فضا برای ارائه قابلیت‌های باقی مانده را مورد تأکید قرار می‌دهد و نیز در سایه وجود دو متغیر پیش گفته رضایت از زندگی سالمندان تقویت و بهبود می‌یابد. سرای سالمندان عمومی به علت داشتن دید ترکیبی برای ارائه خدمات خود به سالمندان توانسته است محیط مناسبی را برای زیست سالمندان ایجاد نماید و این که سالمندان آن در هر سه متغیر در نظر گرفته شده در این تحقیق، وضعیت مناسب‌تری را نسبت به سالمندان سرای سالمندان خصوصی دارند تأییدی بر مدل در نظر گرفته شده در تحقیق است.

پیشنهادها

- سپردن سراهای سالمندان به خود سالمندان به منظور اداره کردن آنها مخصوصاً سالمندانی که توانایی اداره کردن را بر مبنای تخصصی که دارند مانند پزشکان سالخورده، مددکاران سالخورده و سایر تخصص‌هایی که در برخی از سالمندان وجود دارد.

- اقدام به ایجاد سراهای سالمندانی که بر مبنای زمینه کاری مشترک باشد. به طور مثال سرای سالمندان استادان دانشگاه، کارکنان بانک، کارکنان بخش‌های نظامی.

- عدم تأکید صرف بر رویکردهای پزشکی محور در مراقبت از سالمندان و توجه همزمان به نیازهای زیستی، روانی، پزشکی و اجتماعی سالمندان.
- ارائه مجوز به سایر رشته‌های مرتبط با سرای سالمندان از جمله مددکاری اجتماعی و روانشناسی برای تأسیس سرای سالمندان.

محدودیت‌های پژوهشی

انجام هر نوع تحقیق کاربردی به دلیل وجود متغیرهای خارجی و داخلی تأثیرگذار، محدودیت‌هایی را برای محقق ایجاد می‌کند که غیرقابل کنترل است. از این رو، در نتیجه می‌تواند تأثیر فراوان داشته باشد. محدودیت‌های این تحقیق را می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

۱- طولانی شدن زمان کسب مجوزهای لازم برای ورود به سازمان بهزیستی تهران برای توزیع پرسشنامه در میان نمونه آماری تحقیق که فرآیند و هزینه تحقیق را افزایش داد.

۲- وجود قوانین متفاوت در قسمت‌های مختلف و شعب متعدد بهزیستی و همکاری ضعیف سراهای سالمندان، که هرکدام مانعی برای ورود محقق برای انجام تحقیق خود در سراهای سالمندان را در پی داشت.

۳- عدم همکاری برخی از سراهای سالمندان با محقق و درخواست‌های نامتعارف از محقق همچون تقاضای ضمانت در قالب چک و سفته.

۴- نبود همکاری از طرف برخی از سالمندان مخصوصاً سالمندان سرای سالمندان عمومی که علت این نحوه برخورد خسته شدن از تعداد بالای محقق نماهایی است که به این مکان مراجعه نموده بودند.

۵- پایین بودن تعداد سالمندان آگاه و دارای توان پاسخگویی به سؤالات مصاحبه ساختار مند تحقیق که حجم نمونه آماری را از ۳۵۷ سالمند به ۲۲۵ سالمند کاهش داده

و روش نمونه‌گیری را از حالت روش نمونه‌گیری ایتیموم به حالت هدفمند (در دسترس) تغییر داده است.

منابع

- امید، رضا؛ غفاری، غلامرضا. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی*، تهران: نشر شیرازه، چاپ دوم.
- بدیعی، صنم. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی شهروندان شهر تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- برغمندی، م. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی در بین سالمندان شهر سبزوار، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد.
- پیر محمدی و همکاران. (۱۳۷۵)، بررسی میزان رضایت سالمندان از مراقبت‌های ارائه شده در سراهای سالمندان دولتی سالمندان تهران، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- جوادیان. رضا. (۱۳۹۴)، *مددکاری اجتماعی سالمندی، فصلنامه مددکاری اجتماعی*، شماره ۴، دوره دوم.
- دانشنامه الکترونیکی بریتانیکا. (۲۰۱۵)، نسخه ۱۵، نشر بریتانیکا
- دروکی و همکاران. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل مؤثر بر محرومیت اجتماعی جوانان شهری و روستایی شهرستان شاهرود، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- سیدجوآدین، سیدرضا؛ کیماسی، مسعود. (۱۳۸۹)، *مدیریت کیفیت خدمات*، تهران، نشر نگاه دانش.

مقایسه رضایت از زندگی، قابلیت و سلامت عمومی ... ۱۰۹

- قاضی و همکاران. (۱۳۹۱)، بررسی رابطه رضایت سالمندان مقیم آسایشگاه‌های غیردولتی از خدمات ارائه شده به آنها با درجه ارزشیابی این مراکز در استان‌های گلستان، مازندران، سمنان و خراسان شمالی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* توانبخشی حرکتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

- کوششی. مجید؛ خسروی. اردشیر؛ علیزاده. مهتاب؛ ترکاشوند. محمد؛ آقایی، نازنین. (۱۳۹۲)، *سالخوردگی جمعیت در ایران (ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی - اقتصادی و چالش‌های پیش رو)*.

<http://nahad.govir.ir/portal/file/?83844/ageing-r.pdf>

- کوششی. علی؛ سعیدی. علی‌اصغر؛ هره دشت. پروائی. (۱۳۹۲)، تأثیر حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله اجتماعی: مطالعه صندوق تأمین اجتماعی و صندوق صنعت نفت، *نشریه مسائل اجتماعی ایران*، دوره دوازدهم، شماره ۱.

- الهام، الهیاری؛ طلعت، درویش‌پور، علی؛ سرایی. حسن. (۱۳۹۵)، تحلیل تجربه سالمندان ساکن در اجتماع از استراتژی‌های سالمندی فعال: مطالعه کیفی. *فصلنامه سالمند*.

- معین، محمد. (۱۳۸۵)، *فرهنگ فارسی*. (شش جلدی)، تهران، انتشارات امیرکبیر.
- مفتون، فریدون و همکاران. (۱۳۸۱)، بررسی میزان تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات درمانی در سالمندان شهر تهران. *فصلنامه پایش*. ۱ (۲).

- فاطمه، قاسمی نوشاد. (۱۳۸۹)، مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در سالمندان ساکن و غیر ساکن سرای سالمندان، *مجله سالمندی ایران*، سال پنجم، شماره هیجدهم.

- ناصح لادن و همکاران. (۱۳۹۳)، خودکارآمدی عمومی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم سرای سالمندی، *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*. ۲۶ (۲).

- نجات و همکاران. (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سازی گونه ایرانی، *مجله بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۴، شماره چهار.

- یزدان پور. فاطمه؛ سام آرام، عزت‌اله. (۱۳۹۰)، عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان - سالمندان شهرستان خمین، *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*: شماره ۶.

- Castel, A. D. Balota, D. A. McCabe, D. P. (2007). Memory efficiency and the strategic control of attention at encoding: Impairments of value-directed remembering in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 23,260-276
- Dechaine, J & Witcher, C. (2007). *Rural Route to Active Aging Focus Group Report: What We heard in Rural Alberta. Canada*: Alberta Center for Active Living. 1-20.
- Greaves C, Farbus L. (2006). effects of creative and social activity on the health and well-being of social isolated older people: outcomes from a multi-methods observational study. *Journal of Royal society for the promotion of health*. 126(3):134-142.
- Greaves C, Farbus L. (2006). effects of creative and social activity on the health and well-being of social isolated older people: outcomes from a multi-methods observational study. *Journal of Royal society for the promotion of health*. 126(3):134-142.
- Hollmann, W., H. K. Struder, C. Tagarakis, and G. King. (2007). Physical Activity and the Elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 14:730

- Malmedal.Wenche. (2014). Norwegian Nursing Home—A Care Facility or a Home? *Open Journal of Nursing*, 2014, 4, 337-342, Published Online April 2014 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/ojn>, <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.45039>
- Rosenberg J. (2009). *Working in social work: The real world guide to practice setting*. Taylor & francis group, new York. Pp 15- 29.
- Woo.Jean, Jason Leung, Tiemei Zhang. (2016). Successful Aging and Frailty: Opposite Sides of the Same Coin? *Journal of the American Medical Directors Association*, Volume 17, Issue 9, pp: Pages 797-801.
- World population ageing. (2013). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, Population Division,

