

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی استان گیلان و عوامل مؤثر بر آن

مجید حسینی نثار^۱

حبیب‌اله زنجانی^۲

سید محمد سید میرزایی^۳

علیرضا کلدی^۴

تاریخ وصول: ۹۷/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۷

چکیده

سالمندی جمعیت در گیلان بیش از همه استان‌های کشور است. به همین دلیل، در این پژوهش، کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و سراهای سالمندی استان گیلان و عوامل مؤثر بر آن بررسی شده است. چارچوب نظری تحقیق به صورت تلفیقی است. متغیر کیفیت زندگی هم به صورت عینی و هم به صورت ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابعادی از کیفیت زندگی مانند توانایی اقتصادی، سلامت، عملکرد ذهنی و همچنین مشارکت اجتماعی از نظریه فرانس و حمایت اجتماعی، از نظریه لین استخراج شده است. روش تحقیق براساس رهیافت علمی و از نوع پیمایش است و از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات، استفاده می‌شود. نمونه‌ها به دو گروه سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان در منزل، تقسیم می‌شوند. نتایج حاکی از آن است که حمایت اجتماعی و ابعاد چهارگانه آن در گروه سالمندان ساکن در منزل، تفاوت معناداری با سالمندان ساکن در آسایشگاه دارد. میانگین متغیرهای حمایت اجتماعی و مشارکت نیز به طور قابل ملاحظه‌ای در بین سالمندان ساکن در منزل بیش‌تر از سالمندان ساکن در سرای سالمندی است. همچنین بر اساس تحلیل مسیر، می‌توان گفت بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی با متغیر کیفیت زندگی سالمندان، ارتباط معناداری وجود دارد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندی، حمایت اجتماعی، مشارکت، گیلان.

۱- دانشجوی دکتری گروه جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشیار گروه جمعیت‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

zanjani@srbiau.ac.ir-h

۳- استاد گروه جمعیت‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- استاد گروه جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، امروزه ساخت جمعیتی سالخورده دارند، در حالی که برخی کشورهای در حال توسعه، در آستانه ورود به مرحله سالخوردگی جمعیت می‌باشند و البته بسیاری از این کشورها هنوز ساخت جمعیت بسیار جوانی دارند. با این همه، در فرایند انتقال جمعیت انتظار می‌رود که این کشورها، این فرآیند را طی نمایند. به بیانی دیگر، سالخوردگی جمعیت، پدیده فراگیری است که همه کشورها را با شدت و ضعف فرا خواهد گرفت. حدود ده درصد جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ را سالمندان تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی شده است که این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱ درصد خواهد رسید و در واقع از هر ۵ نفر، ۱ نفر سالمند خواهد بود (بندیرل^۱، ۲۰۱۱: ۲۶۲-۲۵۱). سالمند کسی است که برای تأمین نیازهای حیاتی خود به توجه و مراقبت دایمی دیگران، نیاز دارد (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۲-۱۱). در این تحقیق، سالمند به جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر گفته می‌شود.

سالمندی با مسایل و چالش‌های خاصی همراه است که این چالش‌ها، کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باید برای آن، چاره‌اندیشی کرد. سالمندی بخشی از سال‌های طولانی شده عمر خواهد بود که طی آن سالمندان در معرض تهدیداتی نظیر ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهائی، انزوا، برخوردار نبودن از حمایت‌های اجتماعی و بسیاری مشکلات دیگر بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و نارسایی‌های شدید جسمی و روانی، در موارد زیاد استقلال فردی سالمندان از دست می‌رود و قدرت مقابله و مواجهه با دشواری‌ها و رویدادهای معمول از آن‌ها سلب می‌شود.

در حالی که نیازهای اساسی و در اولویت افراد در کشورهای رو به توسعه، حول امنیت درآمد پایه و مراقبت‌های بهداشتی قرار دارد، سالمندان عموماً با ناتوانی‌های فرزندان خود در تأمین حمایت‌های مورد نیاز (خود) مواجه می‌گردند. سالمند نیاز به دیگران دارد تا مواقع ضروری از آن‌ها کمک بخواند. شکل گرفتن خانواده هسته‌ای امروزی، نقش‌ها و عملکردهای اعضای خانواده را تغییر داده است و سالمندان برای ورود به زندگی فرزندان خود محدود شده‌اند. فرزندان، خود را ملزم به برآوردن نیازهای والدین پیرشان در حمایت مالی، خدمات بهداشتی یا مسکن نمی‌دانند و نیز باوری که براساس آن فرزندان بهترین تکیه‌گاه سالمندان هستند، در حال کمرنگ شدن است. در چنین حالتی سالمندان مجبورند با یکدیگر زندگی کنند، تنها به سر برند، یا در مؤسسات نگهداری از سالمندان زندگی کنند. بستگان نزدیک این افراد هم حداکثر به آن‌ها کمک مالی می‌کنند یا به ملاقاتشان می‌روند.

سالمندان از یک سو به دلیل کهولت سن و کاهش توانایی‌های عملکردی و از سوی دیگر به این دلیل که یکی از آسیب‌پذیرترین قشرهای جامعه هستند، می‌بایست تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی و بررسی شود (ماکولی^۲، ۲۰۰۵: ۲۲۰-۲۱۳).

1- Bandayrel

2- Maculey

جایگزینی نسل، کاهش باروری در گیلان نیز شدت یافته و به حدود نصف سطح جایگزینی نسل رسیده است. پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۰ میزان باروری کل در این استان برابر با ۱/۳ بوده است، در حالی که مقدار این شاخص در کل کشور برابر با ۱/۸ و در استان تهران برابر با ۱/۴ بوده است.

در بیان مسأله تحقیق، می‌توان گفت بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۹۵، نسبت سالمندی گیلان، به ۱۳/۲ درصد هم رسیده است، در حالی که میانگین کشوری سالمندی ۹/۳ درصد از کل جمعیت است. مقایسه جمعیت سالمندی گیلان با کشور، حکایت از بالاتر بودن جمعیت سالمندی در استان گیلان به میزان ۴ درصد دارد. همچنین استان گیلان و شهر رشت، اولین جایی در کشور است که خانه سالمندان و معلولان در آن (سال ۱۳۴۵) پایه‌گذاری شده است.

با توجه به افق جمعیتی استان، انتظار می‌رود نسبت سالمندی همچنان افزایش یابد و این مبحث به چالشی بزرگ برای استان تبدیل شود. لذا شناخت وضعیت موجود به لحاظ کیفیت زندگی سالمندان و برنامه‌ریزی برای آینده امری مهم و ضروری است و در این مقاله، با طرح سؤالات زیر، به این مقوله پرداخته می‌شود.

- ۱- چه تفاوتی بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان استان گیلان وجود دارد؟
 - ۲- چه تفاوتی بین انواع حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان استان گیلان وجود دارد؟
 - ۳- چه تفاوتی بین مشارکت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان استان گیلان وجود دارد؟
- در بررسی نظری و تجربی مفهوم کیفیت زندگی، می‌توان از سه رویکرد در سطوح عاملیتی، ساختاری و تلفیقی بهره گرفت. رویکرد عاملیتی، هر چند می‌پذیرد که عوامل فرافردی برای تبیین مفید هستند اما این عوامل را همچنان به زمینه‌های فردی فرو می‌کاهد (غفاری و ابراهیمی‌لویه، ۱۳۸۴: ۳۱). این رویکرد بر نقش کنشگری فرد در شکل‌دهی به فرآیندها تأکید دارد.
- رویکرد ساختاری نسبت به رویکرد عاملیتی، از دو ویژگی متمایز برخوردار است. اول آن که مفهومی کامل و فراگیر از کیفیت زندگی ارائه می‌دهد که تمامی حوزه‌هایی که در بهبود کیفیت زندگی مؤثرند را در بر می‌گیرد و دوم آن که جامعه را به‌عنوان یک کلیت می‌بیند.
- در این تحقیق از رویکرد تلفیقی استفاده شده است. رویکرد تلفیقی، تلاش می‌کند تا با ترکیب دو رویکرد یاد شده، دید جامع‌تری در رابطه با کیفیت زندگی مطرح کند. کیفیت زندگی مفهومی است چند وجهی و پیچیده. ولی در عین حال، قابل تعریف و قابل سنجش. نقطه شروع این کار را می‌توان در طبقه‌بندی فرانس^۱ دید. فرانس (۱۹۹۲) معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد. فرانس کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی‌اش کاهش یابد، سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار می‌گیرد و باعث تحلیل آن‌ها و در نهایت، اُفت کیفیت زندگی می‌شود.

1- Ferrans

فرانس (۱۹۹۶) با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در ارتباط با کیفیت زندگی، به لحاظ مفهومی کاربردی این اصطلاح را در شش حوزه زندگی عادی، مطلوبیت اجتماعی، شادکامی، رضایت از زندگی، دستیابی به اهداف شخصی و استعدادهای ذاتی شناسایی و دسته‌بندی می‌کند که در جدول (۱)، این حوزه به همراه عناصر مؤثر مربوط به هر کدام مشاهده می‌شود.

جدول (۱): حوزه‌های مختلف بکارگیری مفهوم کیفیت زندگی براساس مطالعه فرانس

عناصر مؤثر در مفهوم‌سازی	حوزه کاربرد مفهوم
توان تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامتی / تمرکز بر توانایی‌های کارکردی	زندگی عادی
توانایی فرد به منظور ایجاد یک زندگی مفید اجتماعی / ایفای نقش مؤثر در جامعه / برخورداری از موقعیت مناسب شغلی	مطلوبیت اجتماعی
تعامل میان احساس هیجان و افسردگی / متأثر از عوامل درونی و بیرونی / موقتی و کوتاه‌مدت	شادکامی
ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود / معطوف به توانایی‌های شخص / رضایتمندی در زمینه‌های مختلفی چون عشق، ازدواج، روابط دوستانه، اوقات فراغت، شغل و ...	رضایت از زندگی
توان فرد در دستیابی به اهداف / رضایت شخصی، خودباوری و رضایتمندی در هنگام مقایسه خود با دیگران / حداقل شکاف میان موقعیت واقعی و انتظارات فرد	دستیابی به اهداف شخصی
توانایی‌ها و استعدادهای فیزیکی و ذهنی بالفعل و بالقوه فرد (به‌طور فطری)	استعدادهای ذاتی

(فرانس، ۱۹۹۶: ۲۹۸)

بررسی نظریه‌های مختلف نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند (سارافینو، ۱۹۹۸). برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند (ساراسون، ۱۹۸۸).

در مجموع، دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهشگران از مفهوم حمایت اجتماعی به‌عمل آمده است. درنتا و همکاران (۲۰۰۶) حمایت اجتماعی را به سه دسته عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم‌بندی کرده‌اند. دیویدسون (۲۰۰۸) از حمایت اجتماعی ساختاری^۱ و کارکردی^۲ نام برده‌اند. گاهی، حمایت اجتماعی را در چهار مقوله عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری، و ارزشیابانه، دسته‌بندی می‌کنند. همچنین گاجل و همکاران (۱۳۷۷) در طبقه‌بندی حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی^۳، و ابزاری اشاره کرده‌اند.

در مورد حمایت اجتماعی در این تحقیق، از دیدگاه لین، استفاده می‌شود. لین^۴ (۲۰۰۱) نیز حمایت اجتماعی را از دو جنبه متمایز شامل: جایگاه‌های ساختاری حمایت و کارکردهای حمایتی، در نظر می‌گیرد. حمایت اجتماعی در جنبه جایگاه‌های ساختاری به‌عنوان منابع حمایتی شبکه‌های حمایتی یا ساختارهای حمایتی به‌حساب می‌آیند. در واقع، بعد اول به جنبه ساختاری حمایت اجتماعی، توجه دارد. این دیدگاه، حمایت را به‌عنوان منابعی که به‌وسیله دیگران فراهم می‌شود، در نظر می‌گیرد. از جمله این افراد می‌توان

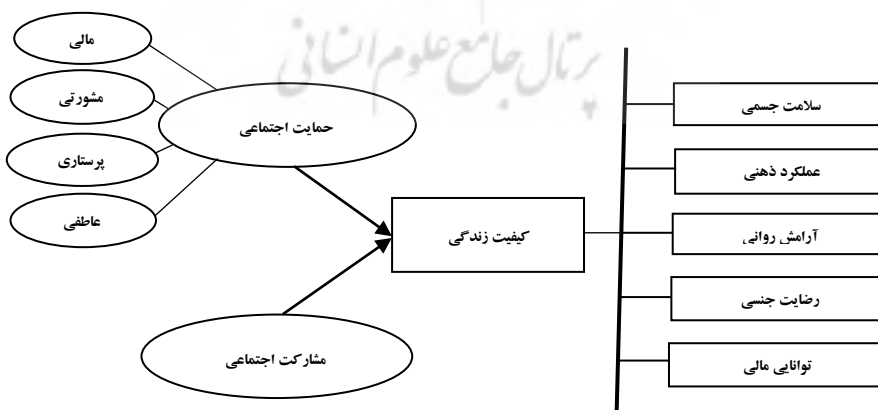
- 1- structural
- 2- functional
- 3- social companionship
- 4- Lin & et all

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

به اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، آشنایان و ... اشاره کرد (مصطفایی، ۱۳۸۹: ۴۲-۴۱). به عبارتی، جنبه ساختاری حمایت اجتماعی به میزان ادراک فرد از حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان اطلاق می‌شود.

جنبه دوم به‌عنوان فرآیندهای حمایتی یا کارکردهای حمایتی در نظر گرفته می‌شود. در این جنبه حمایت اجتماعی به‌عنوان فرآیند بسیج منابع اجتماعی در زمان نیاز، مفهوم‌سازی می‌شود. از نظر لین، حمایت‌های ابزاری و عاطفی به‌عنوان ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی تلقی می‌شود. این نگاه، حمایت را به‌عنوان فرآیند احساسی-ادراکی و برحسب ادراکات ذهنی و به نحو کیفی تعریف می‌کند (همان: ۴۲-۴۱). جنبه‌های کارکردی حمایت شامل نوع حمایت‌هایی می‌شود که از طرف گروه‌های مختلف شبکه‌های اجتماعی ارائه می‌شود. برخی پژوهشگران، جنبه‌های کارکردی حمایت را به اشکال ابزاری شامل انواع عملی یا ملموس حمایت، مثل کمک در مراقبت فردی، در امور روزمره خانوار و کمک مالی و حمایت عاطفی که به تبادل صمیمیت، اعتماد و اطمینان به دیگران اطلاق می‌شود، طبقه‌بندی کرده‌اند (کوششی، ۱۳۸۷: ۳۶). چارچوب نظری تحقیق به‌صورت تلفیقی است. متغیر کیفیت زندگی هم به‌صورت عینی و هم به‌صورت ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابعادی از کیفیت زندگی مانند توانایی اقتصادی، سلامت، بهزیستی ذهنی و مشارکت از نظریه فرانس و برای حمایت اجتماعی نیز از نظریه لین، استفاده شده است. در این تحقیق، تأکید بر ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی مانند عاطفی، پرستاری، مالی و مشورتی است. بنابراین در این تحقیق، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

- ۱- بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان استان گیلان، تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۲- بین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در در خانه و سرای سالمندان استان گیلان، تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۳- بین مشارکت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان استان گیلان، تفاوت معنادار وجود دارد.



نمودار (۱): مدل تحقیق

روش

روش تحقیق براساس رهیافت علمی و از نوع پیمایش است. «پیمایش غالباً با تعیین افرادی که نماینده و معرف گروه مورد بررسی‌اند (نمونه) و طرح سؤالاتی که باید از آن‌ها پرسیده شود، آغاز می‌شود» (بیکر، ۱۳۷۷: ۲۴). در تحقیق حاضر از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌شود و اطلاعات به شیوه «پیمایش خوداظهاری» به‌دست خواهد آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد^۱ (پرسشنامه استاندارد مخصوص سالمندان)، که دارای ۳۱ گویه با طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و توسط دی‌لثو و همکارانش، طراحی شده است (دی‌لثو و همکاران، ۱۹۹۸، ۱۷-۲۷). اساس کار این تحقیق برای سنجش کیفیت زندگی است اما تغییرات و اصلاحاتی در آن ایجاد شد و به‌جای بعد مراقبت از خود، از مؤلفه‌های توانایی اقتصادی استفاده شد، همچنین برخی از گویه‌ها تغییر کرد و با انجام حذف و اضافات، تعداد گویه‌ها به ۲۱ مورد رسید. مشارکت نیز با ۵ گویه محقق ساخته، مورد سنجش قرار گرفت است. برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که دارای ۱۴ گویه در ابعاد عاطفی، مشورتی، پرستاری و مالی است.

جامعه آماری تحقیق، شامل سالمندان استان گیلان است که تعداد کل آن‌ها ۳۳۵۳۱۳ نفر هستند. برای تعیین حجم نمونه آماری تحقیق نیز از فرمول کوکران استفاده شد. نمونه‌ها با کمی افزایش، به ۴۰۰ نفر رسیده‌اند. نمونه‌ها در آسایشگاه‌ها به شیوه احتمالی ساده انتخاب شده‌اند، چون شیوه‌های دیگر قابل کاربرد نبود. در این بخش، ۲۰۰ نفر از سالمندان از مجموع آسایشگاه‌ها و سراهای سالمندی دولتی و خصوصی، انتخاب شدند و مورد پرسش قرار گرفتند. همچنین در بخش دیگری که شامل سالمندان ساکن در خانه است، ۲۰۰ نفر نمونه به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای در سطح شهر انتخاب شدند. به این صورت که هر شهر به چند منطقه شهری تقسیم می‌شود. مرحله بعد انتخاب ۲ محله از هر منطقه است که جمعاً ۲۰ محله انتخاب شدند. در مرحله بعد، از هر محله، ۱ بلوک و جمعاً ۲۰ بلوک به‌صورت تصادفی انتخاب شد و از هر بلوک ۱۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد و در نتیجه ۲۰۰ نفر از سالمندان در سطح شهر، مورد بررسی قرار گرفتند.

متغیرهایی که در این تحقیق مورد مطالعه قرار می‌گیرند عبارتند از: کیفیت زندگی، انواع حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی. کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته تحقیق، دارای پنج بعد اعم از سلامت جسمی، عملکرد ذهنی، آرامش روانی، رضایت جنسی و توانایی اقتصادی است. برای سنجش متغیرها، اغلب از طیف لیکرت استفاده می‌شود. تعریف مفهومی و عملیاتی کیفیت زندگی به شرح زیر است:

فرانس و پاورس، کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: «کیفیت زندگی، ادراک فرد از رفاه است که به نظر می‌رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های اصلی زندگی ناشی می‌شود (فرانس، ۱۹۹۶: ۲۹۶).

1- Leipad

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

کیفیت زندگی در این تحقیق، با ابعاد زیر عملیاتی می‌شود:

- ۱- سلامت جسمی: این شاخص در واقع میزان توانایی فیزیکی و جسمی افراد را برای انجام وظایف روزانه، نشان می‌دهد. برای سنجش این حوزه، از مؤلفه‌هایی مثل توانایی جسمی فرد در مقوله‌هایی مانند راه رفتن، غذاخوردن، دوش گرفتن، لباس پوشیدن، دستشویی رفتن و غیره استفاده می‌شود.
 - ۲- عملکرد ذهنی: در این قسمت، منظور، سنجش توانایی و نحوه فعالیت ذهن سالمند است و برای سنجش این بعد، از مؤلفه‌هایی مانند پراکنده‌گی حواس، عدم تمرکز، نحوه عملکرد حافظه و رضایت از حافظه استفاده می‌شود.
 - ۳- آرامش روانی: این شاخص، بعد روحی - روانی کیفیت زندگی را پوشش می‌دهد و نشان می‌دهد که سالمندان تا چه حد در زندگی، آرامش فکری دارد. این بعد توسط مولفه‌هایی مثل احساس آرامش و اعتماد به نفس، سنجیده می‌شود.
 - ۴- رضایت جنسی: برای ارزیابی رضایت جنسی، از معرف‌هایی مانند میزان علاقه‌مندی به رابطه جنسی و میزان رضایت جنسی استفاده شده است.
 - ۵- توانایی اقتصادی: این شاخص بیانگر این است که سالمند مورد مشاهده در چه جایگاهی قرار دارد و این که توان وی در برآورده کردن نیازهای مادی چگونه است؟ این شاخص نیز به کمک چند مؤلفه مثل: توان مالی برای تأمین نیازهای ضروری زندگی، رضایت از وضعیت مالی، وابستگی مالی به دیگران، دسترسی به امکانات تفریحی و رفاهی، دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی و غیره، مورد سنجش قرار می‌گیرد.
- تعریف مفهومی حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از متغیرهای مستقبعبارت است از: میزان برخورداری از محبت، توجه و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی است که فرد با آن‌ها ارتباط دارد (لیندمن، ۲۰۰۹).
- متغیر حمایت اجتماعی، با ابعادی از جمله عاطفی، مشورتی، پرستاری و مالی در ۳ شبکه خانواده، دوستان و آشنایان، عملیاتی می‌شود.
- ۱- حمایت عاطفی: منظور، میزان محبت، عشق و همدلی، خانواده، دوستان و اطرافیان نسبت به فرد سالمند است.
 - ۲- حمایت مالی: منظور، میزان کمک‌های مالی‌ای است که خانواده، دوستان و اطرافیان برای سالمند فراهم می‌کنند.
 - ۳- حمایت پرستاری: منظور، ارائه خدماتی از جمله بهداشتی و مراقبت از سالمندان به‌ویژه در ایام بیماری، توسط خانواده، دوستان و اطرافیان است.
 - ۴- حمایت مشورتی: منظور از این نوع حمایت، کمک‌های فکری و اطلاعاتی است که خانواده، دوستان و اطرافیان برای فرد سالمند، فراهم می‌کنند (صمدیان و گروسی، ۱۳۹۳: ۱۹۷-۱۹۶).

مشارکت اجتماعی: درگیری ذهنی و عاطفی افراد در موقعیت‌های گروهی است که آنان را برمی‌انگیزد تا برای دستیابی به هدف‌های گروه، همکاری کنند و در مسؤولیت کارها، شریک شوند (زند رضوی و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۰۵-۱۰۴). در این تحقیق با ۵ گویه در مورد شرکت و عضویت در گروه‌های مختلف و فعالیت داوطلبانه در این گروه‌ها، اندازه‌گیری می‌شود.

ضمناً اعتبار ابزار هم مبتنی بر اعتبار سازه‌ای^۱ است، اعتبار سازه‌ای از طریق تحلیل عاملی، مورد بررسی قرار گرفته است. این روش به بررسی همبستگی درونی تعداد زیادی از متغیرها می‌پردازد و در نهایت، آن‌ها را در قالب عامل‌های عمومی محدودی، دسته‌بندی کرده و تبیین می‌کند. یکی از روش‌های انتخاب متغیرهای مناسب برای تحلیل عاملی، استفاده از آزمون KMO^۲ می‌باشد که مقدار آن همواره بین ۰ و ۱ در نوسان است. در صورتی که مقدار آن بزرگ‌تر از ۰/۷۰ باشد همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب خواهند بود (کلانتری، ۱۳۸۲: ۲۸۶). بر اساس جدول زیر، چون مقدار KMO برای هر سه متغیر کیفیت زندگی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی، در حد بالایی است، همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب است. میزان معناداری آزمون بارتلت نیز برای هر سه معادل ۰/۰۰۰ است که نشان از برازش تحلیل عاملی دارد؛ یعنی این متغیرها می‌توانند عامل‌های مورد نظر را به خوبی بسنجند و قابل تعمیم هستند. ضمناً بر اساس جدول شماره ۲، پایایی ابزار تحقیق به روش همبستگی درونی گویه‌ها از فرمول آلفای کرونباخ، محاسبه شده و همگی در حد قابل قبولی است.

جدول (۲): ضرایب آلفای کرونباخ، آزمون بارتلت و سنجه کیزر - میر - اولکین متغیرها

متغیر	تعداد سوالات	ضریب ضریب آلفا	درصد واریانس	سنجه کیزر - میر - اولکین	آزمون بارتلت	معناداری
سلامت جسمی	۷	۰/۹۵	۲۷/۴۵۵	۰/۸۶۹	۷۳۶۳/۵۷۱	۰/۰۰۰
عملکرد ذهنی	۴	۰/۸۵	۱۷/۲۵۵			
آرامش روانی	۴	۰/۸۷	۱۲/۴۰۰			
رضایت جنسی	۲	۰/۸۵	۱۱/۶۴۲			
توانایی اقتصادی	۴	۰/۸۱	۸/۹۲۹			
کیفیت زندگی	۲۱	۰/۹۲	۲۷/۶۸۱			
مشارکت اجتماعی	۵	۰/۹۲	۲۶/۱۲۵	۰/۸۶۵	۱۵۳۹/۳۳۸	۰/۰۰۰
حمایت عاطفی	۳	۰/۹۷	۲۴/۸۷۹	۰/۹۳۳	۷۰۹۹/۳۹۷	۰/۰۰۰
حمایت مشورتی	۳	۰/۹۱	۱۵/۶۳۹			
حمایت پرستاری	۴	۰/۹۲	۲۴/۰۱۷			
حمایت مالی	۴	۰/۹۳	۲۴/۱۰۴			
حمایت اجتماعی کل	۱۴	۰/۹۶	۸۸/۶۲۹			

1- Face Validity

2- Kaiser Meyer- Olkin

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی؛ متغیر «کیفیت زندگی سالمندان» در این تحقیق، دارای ۲۱ گویه با طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت می‌باشد. و شامل ۵ بعد سلامت جسمی، عملکرد ذهنی، آرامش روانی، رضایت جنسی و توانایی اقتصادی است که ترکیب آن‌ها در جدول زیر در قالب توزیع فراوانی برای سالمندان ساکن در منزل ارائه شده است. ۱۲۲ نفر که ۶۱ درصد از نمونه‌ها را تشکیل می‌دهند، کیفیت زندگی شان، زیاد است، ۴۰ نفر یا به عبارتی، ۲۰ درصد هم در حد متوسط کیفیت زندگی، قرار دارند. ۳۸ نفر نیز که معادل ۱۹ درصد از نمونه‌ها هستند، از کیفیت زندگی خیلی زیاد برخوردارند. میانگین کیفیت زندگی هم ۳/۷۸ است که نشانگر کیفیت زندگی نسبتاً بالا است. در بین ابعاد کیفیت زندگی از نظر شاخص میانگین، سلامت جسمی، بالاتر از همه و ۴/۴۹ است. به ترتیب میانگین، آرامش روانی، عملکرد ذهنی، توانایی مالی و در نهایت رضایت جنسی، با مقادیر ۴/۱۷، ۳/۸۴، ۳/۲۸ و ۲/۳۹ قرار دارند.

مشارکت اجتماعی از دیگر متغیرهای مستقل تحقیق و حاصل ۵ گویه است. ترکیب پاسخ‌های مربوط به این متغیر نشان می‌دهد ۸۴ نفر از سالمندان ساکن در منزل که ۴۲ درصد از نمونه را تشکیل می‌دهند، گزینه مشارکت زیاد را انتخاب کرده‌اند. ۶۴ نفر یا به عبارتی، ۳۲ درصد هم مشارکت خیلی زیاد در امور مختلف دارند. جمع این دو حد از مشارکت به ۷۴ درصد می‌رسد. میانگین این متغیر ۳/۷۷ است.

متغیر مستقل حمایت اجتماعی در این تحقیق از چهار بعد عاطفی، مشورتی، پرستاری و مالی تشکیل شده که در قالب ۱۴ گویه، مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است. در مورد حمایت اجتماعی می‌توان گفت نیمی از نمونه (سالمندان ساکن در منزل) از حمایت بسیار بالایی برخوردار هستند. ۸۶ نفر از مجموع ۲۰۰ نفر هم از حمایت زیاد برخوردارند. میانگین این متغیر ۴/۲۷ است. ابعاد چهارگانه حمایت اجتماعی نیز از میانگین بالایی برخوردار هستند و به ترتیب از بیشترین میانگین تا کمترین عبارتند از: حمایت عاطفی ۴/۴۳، حمایت پرستاری ۴/۴۰، حمایت مشورتی ۴/۳۷ و حمایت مالی ۴/۰۱.

جدول (۳): توزیع فراوانی متغیرهای تحقیق در بین سالمندان ساکن در منزل

متغیرها	فراوانی			جمع	میانگین	واریانس
	خیلی کم	کم	متوسط			
کیفیت زندگی	۰	۰	۴۰	۱۲۲	۳۸	۰.۳۶۲
سلامت جسمی	۰	۸	۲	۳۴	۱۵۶	۰.۳۵۲
عملکرد ذهنی	۴	۲۲	۲۲	۷۸	۷۴	۰.۷۸۵
آرامش روانی	۰	۱۲	۲۴	۶۰	۱۰۴	۰.۶۹۸
رضایت جنسی	۵۰	۵۸	۶۲	۲۴	۶	۰.۹۲۱
توانایی مالی	۲۲	۳۰	۶۶	۳۰	۵۲	۰.۹۳۱
مشارکت اجتماعی	۸	۲۸	۱۶	۸۴	۶۴	۰.۸۲۵
حمایت اجتماعی	۰	۲	۱۲	۸۶	۱۰۰	۰.۳۶۳
حمایت عاطفی	۸	۰	۱۴	۴۶	۱۳۲	۰.۶۵۷
حمایت مشورتی	۲	۲	۱۲	۷۴	۱۱۰	۰.۴۲۹
حمایت پرستاری	۰	۲	۱۶	۶۸	۱۱۴	۰.۴۵۰
حمایت مالی	۴	۶	۳۸	۶۴	۸۸	۰.۷۹۰

تغییرات اجتماعی - فرهنگی، سال هفدهم، شماره شصت و پنجم، تابستان ۱۳۹۹

در جدول بعد، توزیع فراوانی متغیرهای تحقیق در بین سالمندان ساکن در سرای سالمندی ارایه شده است. ۸۹ نفر که ۴۴/۵ درصد از سالمندان (سالمندان ساکن در سرای سالمندی) هستند، از کیفیت زندگی متوسط برخوردار هستند. ۷۳ نفر یا به عبارتی، ۳۶/۵ درصد هم در حد کیفیت زندگی پایین قرار دارند. میانگین این متغیر هم ۲/۸۸ است که نشانگر کیفیت زندگی نسبتاً ضعیف می‌باشد. در بین ابعاد کیفیت زندگی از نظر شاخص میانگین، آرامش روانی، بالاتر از همه و معادل ۳/۵۲ است. ابعاد دیگر کیفیت زندگی به ترتیب میانگین عبارتند از: عملکرد ذهنی ۳/۲۷، سلامت جسمی ۳/۰۵، توانایی مالی ۲/۶۶ و در نهایت رضایت جنسی ۱/۵۱.

از نظر میزان مشارکت، ۶۶ نفر از سالمندان ساکن در سرای سالمندی که ۳۳ درصد از نمونه را تشکیل می‌دهند، گزینه کم را انتخاب کرده‌اند. ۵۰ نفر یا به عبارتی، ۲۵ درصد هم مشارکت زیاد در امور مختلف دارند. ۴۴ نفر هم مشارکت متوسط، دارند میانگین این متغیر ۲/۷۷ است.

سالمندان ساکن در سرای سالمندان از نظر حمایت اجتماعی، وضعیت چندان مناسبی ندارند. ۶۰ نفر از مجموع ۲۰۰ نفرشان از حمایت متوسط برخوردارند. ۵۶ نفر از حمایت کم، ۵۱ نفر از حمایت زیاد، ۲۵ نفر حمایت خیلی کم و ۸ نفر از حمایت خیلی زیاد برخوردارند. میانگین این متغیر ۲/۸۶ است. از بین ابعاد چهارگانه حمایت اجتماعی، تنها میانگین حمایت پرستاری بالاتر از حد متوسط است و ابعاد دیگر کمتر از متوسط هستند. از نظر میانگین به ترتیب از بیشترین میانگین تا کمترین عبارتند از: حمایت پرستاری ۳/۳۵، حمایت مشورتی ۲/۸۸، حمایت عاطفی ۲/۷۵ و حمایت مالی ۲/۴۶.

جدول (۴): توزیع فراوانی متغیرهای تحقیق در بین سالمندان ساکن در سرای سالمندان

متغیرها	فراوانی			جمع	میانگین	واریانس
	خیلی کم	کم	متوسط			
کیفیت زندگی	۴	۷۳	۸۹	۲۰۰	۲.۸۸	۰.۳۸۹
سلامت جسمی	۳۲	۵۰	۲۶	۲۰۰	۳.۰۵	۱.۳۲۱
عملکرد ذهنی	۱۲	۵۴	۴۵	۲۰۰	۳.۲۷	۰.۹۹۸
آرامش روانی	۱۰	۳۲	۲۸	۲۰۰	۳.۵۲	۱.۰۴۵
رضایت جنسی	۱۲۷	۶۳	۱۰	۲۰۰	۱.۵۱	۰.۳۶۲
توانایی مالی	۳۴	۶۱	۷۰	۲۰۰	۲.۶۶	۰.۵۶۶
مشارکت	۳۰	۶۶	۴۴	۲۰۰	۲.۷۷	۰.۹۸۲
حمایت اجتماعی	۲۵	۵۶	۶۰	۲۰۰	۲.۸۶	۰.۸۷۹
حمایت عاطفی	۴۱	۵۶	۲۴	۲۰۰	۲.۷۵	۱.۴۲۸
حمایت مشورتی	۲۷	۴۲	۵۶	۲۰۰	۲.۸۸	۱.۱۳۹
حمایت پرستاری	۲۱	۲۶	۴۰	۲۰۰	۳.۳۵	۱.۰۶۸
حمایت مالی	۵۵	۶۴	۳۶	۲۰۰	۲.۴۶	۱.۱۳۵

یافته‌های استنباطی؛ در این قسمت، داده‌های به‌دست آمده در قالب فرضیه‌های مطرح شده در تحقیق،

مورد بررسی قرار می‌گیرد.

آزمون فرضیه اول: بین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان، تفاوت معنادار وجود

دارد. (کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه بیش‌تر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان است).

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

بر اساس جدول زیر، میانگین کیفیت زندگی در بین سالمندان ساکن در خانه بیش‌تر از سالمندان در سرای سالمندی است. این تفاوت حدود ۰/۹۴ است. میانگین کیفیت زندگی در بین سالمندان ساکن در منزل ۳/۷۸ و برای سالمندان ساکن در سرای سالمندی، ۲/۸۸ است.

جدول (۵): آماره‌های کیفیت زندگی

گروه‌های سالمندی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
گروه اول (منزل) کیفیت زندگی	۲۰۰	۳.۷۸۲۵	۰.۵۱۱۶۰	۰.۰۳۶۱۸
گروه دوم (سرای سالمندی)	۲۰۰	۲.۸۸۰۳	۰.۶۲۳۸۳	۰.۰۴۴۱۱

بر اساس جدول زیر، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های نابرابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه از سالمندان وجود دارد.

جدول (۶): آزمون تی کیفیت زندگی بین گروه‌های سالمندی

کیفیت زندگی	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی تست برای برابری میانگین‌ها					
	اف	تی	درجه آزادی	تفاوت میانگین (دوطرفه)	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت درصد فاصله اطمینان پایین‌تر	تفاوت بالاتر	
با فرض واریانس‌های برابر	۱۱/۲۸۴	۰/۰۰۱	۱۵/۸۱۵	۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲۲۳	۰/۰۵۷۰۵	۰/۷۹۰۰۸
با فرض واریانس‌های نابرابر			۱۵/۸۱۵	۳۸۳/۳۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۲۲۳	۰/۰۵۷۰۵	۰/۷۹۰۰۷

آزمون فرضیه دوم: بین حمایت اجتماعی از سالمندان ساکن در در خانه و سرای سالمندان، تفاوت معنادار وجود دارد. (حمایت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه بیش‌تر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان است). بر اساس جدول زیر، میانگین حمایت اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانه بیشتر از سالمندان در آسایشگاه است. این تفاوت حدود ۱/۳۸ است. میانگین حمایت اجتماعی در بین سالمندان ساکن در منزل ۴/۲۷ و برای سالمندان ساکن در سرای سالمندی، ۲/۸۶ است.

جدول (۷): آماره‌های حمایت اجتماعی

گروه‌های سالمند	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
گروه اول (منزل) حمایت اجتماعی	۲۰۰	۴.۲۷۹۲	۰.۶۰۲۱۹	۰.۰۴۲۵۸
گروه دوم (آسایشگاه)	۲۰۰	۲.۸۶۳۲	۰.۹۳۳۳۳	۰.۰۶۶۲۸

بر اساس جدول بعدی، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های نابرابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین حمایت اجتماعی بین دو گروه از سالمندان وجود دارد.

تغییرات اجتماعی - فرهنگی، سال هفدهم، شماره شصت و پنجم، تابستان ۱۳۹۹

جدول (۸): آزمون تی حمایت اجتماعی بین گروه‌های سالمندی

حمایت اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها				تی تست برای برابری میانگین‌ها				
	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی	درجه آزادی	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان		
	اف	معناداری					پایین تر	بالا تر	
واریانس‌های برای فرض	۳۰/۳۲۳	۰/۰۰۰	۱۷/۹۷۴	۳۹۸	۰/۰۰۰	۱/۴۱۵۹۹	۰/۰۷۸۷۸	۱/۳۶۱۱۲	۱/۵۷۰۸۷
واریانس‌های نابرابر			۱۷/۹۷۴	۳۳۹/۳۶۲	۰/۰۰۰	۱/۴۱۵۹۹	۰/۰۷۸۷۸	۱/۳۶۱۰۴	۱/۵۷۰۹۵

آزمون فرضیه سوم: بین مشارکت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه و سرای سالمندان، تفاوت معنادار وجود دارد. (مشارکت اجتماعی سالمندان ساکن در خانه بیشتر از سالمندان ساکن در سرای سالمندان است). بر اساس جدول زیر، میانگین مشارکت اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانه بیشتر از سالمندان در آسایشگاه است. این تفاوت حدود ۱ است. میانگین مشارکت در بین سالمندان ساکن در منزل ۳/۷۷ و برای سالمندان ساکن در سرای سالمندی، ۲/۷۷ است.

جدول (۹): آماره‌های مشارکت اجتماعی

گروه‌های سالمند	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین خطای استاندارد
گروه اول (منزل) مشارکت اجتماعی	۲۰۰	۳.۷۷۲۰	۰.۹۰۸۲۶	۰.۰۶۴۲۲
گروه دوم (آسایشگاه)	۲۰۰	۲.۷۷۲۰	۰.۹۹۰۸۲	۰.۰۷۰۰۶

بر اساس جدول بعدی، می‌توان گفت چون مقدار تست لون کمتر از ۰/۰۵ است، بنابراین باید مقدار تی را برای واریانس‌های نابرابر استفاده کرد. نگاهی به معناداری آزمون تی برای واریانس‌های برابر (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد تفاوت معناداری در سطح ۹۹ درصد از نظر میانگین مشارکت اجتماعی بین دو گروه از سالمندان وجود دارد.

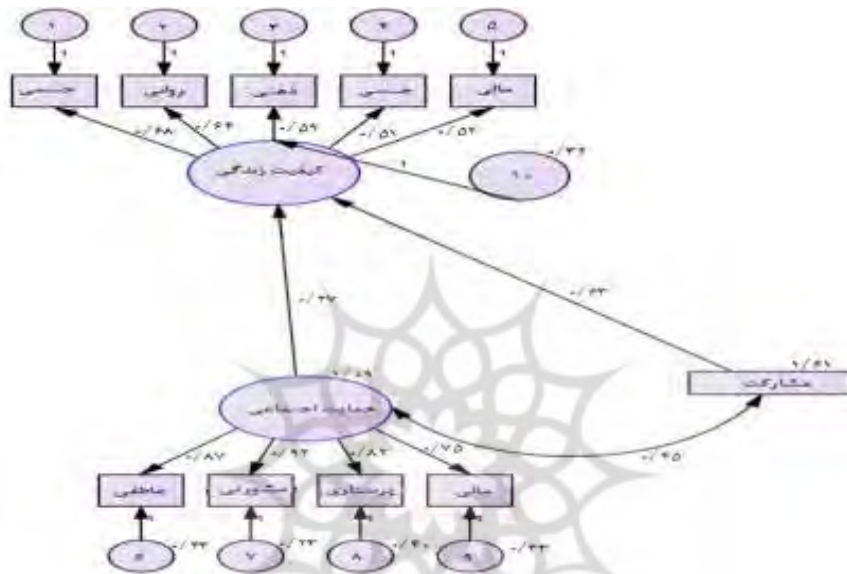
جدول (۱۰): آزمون تی مشارکت اجتماعی بین گروه‌های سالمندی

مشارکت اجتماعی	تست لون برای برابری واریانس‌ها				تی تست برای برابری میانگین‌ها				
	تست لون برای برابری واریانس‌ها		تی	درجه آزادی	تفاوت میانگین	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت ۹۵ درصد فاصله اطمینان		
	اف	معناداری					پایین تر	بالا تر	
واریانس‌های برابر	۹/۲۹۶	۰/۰۰۲	۱۰/۵۲۱	۳۹۸	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰۰۰	۰/۰۹۵۰۴	۰/۸۱۳۱۵	۱/۱۸۶۸۵
واریانس‌های نابرابر			۱۰/۵۲۱	۳۹۵/۰۲۵	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰۰۰	۰/۰۹۵۰۴	۰/۸۱۳۱۵	۱/۱۸۶۸۵

در ادامه، با استفاده از آمار چندمتغیری، سهم هر کدام از متغیرهای پژوهش حاضر در تعیین میزان کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی قرار می‌گیرد. برای این منظور، با استفاده از تحلیل مسیر و به

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

کمک نرم‌افزار آموِس AMOS قدرت هر کدام از متغیرها در پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی سالمندان سنجیده شده است که نتایج آن در نمودار و جدول زیر قابل مشاهده است:
همان‌گونه که در شکل مشاهده می‌شود، مقادیر بتای رگرسیون که همان ضریب استاندارد شده رابطه هستند، برای هر کدام از متغیرها مشخص شده است.



نمودار (۲): پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از نرم‌افزار آموِس AMOS

همان‌طور که در جدول زیر و در ستون وزن‌های استاندارد شده رگرسیون و ستون p دیده می‌شود، مشخص است که بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی با متغیر کیفیت زندگی سالمندان، رابطه بسیار معناداری وجود دارد. مشارکت اجتماعی با ضریب بتای $0/63$ رابطه قوی‌تری با کیفیت زندگی سالمندان دارد. پس از آن متغیر حمایت اجتماعی با ضریب $0/26$ در رتبه بعدی قرار می‌گیرد. همچنین بین متغیرهای مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی رابطه کاملاً معنادار با ضریب $0/45$ مشاهده شده است. بررسی آزمون‌های برازش مدل که در ستون آخر آمده نیز گویای آن است که مدل از برازندگی لازم برخوردار است.

تغییرات اجتماعی - فرهنگی، سال هفدهم، شماره شصت و پنجم، تابستان ۱۳۹۹

جدول (۱۱): ضرایب استاندارد رگرسیونی مدل مسیر

متغیرهای اصلی و ابعاد آن	متغیرهای اصلی	برآورد		خطای معیار S.E	نسبت بحرانی C.R	سطح معناداری	شاخص‌های برازش
		غیر استاندارد	استاندارد				
کیفیت زندگی	حمایت <	.236	.269	.047	4.989	***	GFI 0.913
کیفیت زندگی	مشارکت <	.458	.632	.043	10.769	***	NFI 0.901
جسمی	کیفیت زندگی <	1.000	.682	-	-	-	IFI 0.916
روانی	کیفیت زندگی <	.827	.638	.078	10.666	***	CFI 0.916
ذهنی	کیفیت زندگی <	.699	.585	.071	9.911	***	
جسمی	کیفیت زندگی <	.556	.514	.063	8.840	***	
مالی	کیفیت زندگی <	.698	.517	.079	8.886	***	
مالی	حمایت <	1.000	.754	-	-	-	
پرستاری	حمایت <	.883	.824	.052	17.073	***	
مشورتی	حمایت <	1.063	.919	.055	19.153	***	
عاطفی	حمایت <	1.174	.872	.065	18.189	***	
حمایت	مشارکت >	.600	-	.080	7.526	***	

بحث و نتیجه‌گیری

اصل بقای سالمندان، نگرانی عمده بسیاری از خانواده‌ها در جوامع رو به توسعه است. این در حالی است که با به سستی گراییدن عاطفه‌ها و ورود ارزش‌های جدید همراه با کالاهای مادی جدید به این جوامع، بسیاری از خانواده‌ها از ایفای نقش خود به‌عنوان مراقبت‌کننده باز می‌مانند. مجموعه شرایط پدید آمده باعث بی‌احترامی به سالمندان، عدم نگرانی درخصوص سلامت و بی‌توجهی نسبت به نیازهای روحی آن‌ها شده است. به دنبال تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پدید آمده طی دهه‌های اخیر، و به‌طور مثال خارج شدن زنان از خانواده جهت ایفای نقش در بسیاری از امور خدماتی خارج از خانه، و همچنین ورود هر چه بیشتر دختران و پسران به مدرسه و نهادهای آموزشی و شرایطی از این نوع، سبب شده است تا از سالمندان مراقبت‌های کمتری صورت پذیرد. این وضعیت، امروزه موجبات نگرانی بسیاری از پژوهشگران و نظریه‌پردازان اجتماعی را فراهم آورده است. در چنین شرایطی، نظام‌های برنامه‌ریزی می‌باید به‌دنبال طرح‌ها و برنامه‌های جایگزین باشند، تا از آن طریق، نیازهای مختلف سالمندان را اجابت کنند. این تحقیق نیز به‌دنبال احساس چنین ضرورتی، انجام شد، چرا که استان گیلان، سالمندترین استان کشور است و با توجه به افق جمعیتی استان، انتظار می‌رود این نسبت همچنان افزایش یابد و این مبحث به چالشی بزرگ برای استان تبدیل شود.

نتایج به‌دست آمده در تحقیق، فرضیه اول را اثبات می‌کند، به‌طوری که بین دو گروه از سالمندان از نظر میانگین ابعاد هفت‌گانه کیفیت زندگی اعم از: سلامت جسمی، کیفیت خواب، عملکرد ذهنی، آرامش روانی، رضایت جنسی، توانایی مالی و رضایت از زندگی نیز، تفاوت قابل توجه معناداری وجود دارد. بالاترین میانگین در گروه سالمندان ساکن در منزل مربوط می‌شود به بعد جسمی با عدد ۴/۴۹ و پایین‌ترین میانگین در بعد جنسی دیده شده است با عدد ۲/۳۹، اما در بین سالمندان گره دوم، بالاترین

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

میانگین مربوط می‌شود به متغیر آرامش روانی با عدد ۳/۵۲ و پایین‌ترین میانگین در بعد رضایت جنسی با میانگین ۱/۵۱ دیده شد است.

در مورد سایر مؤلفه‌ها و متغیرهای مستقل نیز همین حالت وجود دارد، به طوری که میانگین متغیرهای حمایت اجتماعی و مشارکت، به طور قابل ملاحظه‌ای بین سالمندان ساکن در منزل و سالمندان ساکن در سرای سالمندی، تفاوت دارد و در بین سالمندان ساکن در منزل، بیشتر است.

در مورد فرضیه دوم، می‌توان گفت سالمندان ساکن در منزل، از نظر حمایت اجتماعی بیشتر از سالمندان ساکن در آسایشگاه و سراهای سالمندی برخوردار هستند. میانگین ابعاد چهارگانه حمایت اجتماعی نیز در بین سالمندان ساکن در منزل، بیشتر از سالمندان ساکن در سراهای سالمندی است. بالاترین میانگین در گروه سالمندان در منزل از بین ابعاد چهارگانه حمایت اجتماعی، متعلق به بعد عاطفی حمایت است. با عدد ۴/۴۳ و پایین‌ترین میانگین مربوط به حمایت مالی است با عدد ۴/۰۱، اما در بین سالمندان ساکن در آسایشگاه، بالاترین میانگین به بعد پرستاری مربوط می‌شود با عدد ۳/۳۵ و پایین‌ترین حمایت با عدد ۲/۴۶ به بعد مالی اختصاص دارد. بیشترین تفاوت میانگین بین دو گروه با ۱/۶۷ در بعد عاطفی مشاهده شد. این تفاوت طبیعی به نظر می‌رسد، چرا که سالمندانی که در منزل زندگی می‌کنند، در کانون خانواده، بیشتر مورد مهر و محبت قرار می‌گیرند. حمایت پرستاری اگر چه در آسایشگاه نسبت به سایر جنبه‌های حمایت بیشتر است که در این مورد، تلاش پرسنل زحمتکش آسایشگاه‌ها، کاملاً مشهود است؛ اما باین حال، میانگین حمایت پرستاری در گروه سالمندان ساکن در منزل، به مقدار ۱/۰۵ بیشتر از حمایت پرستاری در بین سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها است.

با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه سوم، اثبات شده است. به عبارتی از نظر مشارکت، تفاوت معناداری بین دو گروه از سالمندان، وجود دارد. بر اساس دیدگاه فرانس، چون مشارکت سالمندان ساکن در منزل، بیشتر از سالمندان ساکن در آسایشگاه است، و با توجه به این که کیفیت زندگی این گروه از سالمندان نیز بیشتر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت، تأثیر به‌سزایی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان دارد.

به‌عنوان نتیجه می‌توان گفت مشارکت و حضور فعالانه سالمندان به‌عنوان قشری سرشار از تجربه، در سطح اجتماع رو به کاهش است. این مسأله باعث می‌شود که سالمندان در سطح جامعه کمتر احساس امنیت کنند و کیفیت زندگی آن‌ها تحت تأثیر قرار گیرد. از سوی دیگر، تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای، بالا رفتن سن و عدم پذیرش سالمندان در خانواده، تغییراتی را در سبک زندگی سالمندان به وجود آورده است. برنامه‌های جدیدی برای کمک به سالمندان به وجود آمده‌اند و مؤسسات ویژه‌ای تحت عنوان سرای سالمندان یا آسایشگاه، سالمندانی را که نیاز به حمایت دارند، می‌پذیرند. اما واقعیت این است که کیفیت زندگی سالمندان در آسایشگاه در حد مطلوبی نیست، چنان که نتایج این تحقیق به شرح زیر نیز آن را تأیید می‌کند:

- بسیاری از برنامه‌های رسمی حمایتی از سالمندان که در قانون دیده شده به مرحله اجرا درنیامده است. برنامه‌های اجرا شده محدود نیز قادر به حل مشکلات عدیده این گروه بزرگ جمعیتی در شرایط کنونی نمی باشد. در این میان، نقش شهرداری‌ها باید بسیار پررنگ دیده شود.

- اکثریت سالمندان از نظر اقتصادی به فرزندانشان وابسته هستند که این مسأله در زنان سالمند، بیش از مردان سالمند دیده می‌شود.

طبق یافته‌های این بررسی، سالمندان مقیم در سرای سالمندان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند که با یافته‌های تعداد زیادی از تحقیقات، در این زمینه همخوانی دارد. تحقیقات دیگر نیز در این زمینه به نتایج مشابهی رسیده‌اند از جمله پاشا و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی با هدف مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده به این نتیجه رسیدند که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانه از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن؛ یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و حمایت اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد.

فردنز بالستروز با بررسی کیفیت زندگی، دریافتند که سالمندان مقیم منزل از نظر سلامت روانی و جسمی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان وضعیت بهتری داشتند (۱۹۹۴: ۶۵-۴۶). در ابعاد کیفیت زندگی و در بعد مراقبت از خود، افراد ساکن سرای سالمندان، اختلال بیشتری را در مقایسه با سالمندان ساکن منزل دارند.

دیویدسون^۱ و همکارانش (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان «درک سالمندان آمریکایی و فنلاندی از حمایت اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که دریافت سطوح بالای حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان سپر در مقابل علایم روانی منفی؛ مثل افسردگی، اضطراب و سطح پایین احترام به خود از سالمندان محافظت کند و یک منبع ضروری برای سلامت باشد.

سانگ و همکاران در تحقیقی که در کشور چین انجام دادند، نشان دادند که حمایت عاطفی دوجانبه بین والدین و فرزندان، اثرات مثبتی بر ارزیابی سالمندان از سلامت خود داشت (۲۰۰۸: ۴۲-۳۳).

بر طبق نظر کاریلو و همکاران (۲۰۰۹) شبکه‌های حمایت اجتماعی نه‌تنها حمایت عاطفی را برای فرد فراهم می‌کنند بلکه از سلامت جسمی فرد نیز پشتیبانی می‌کنند (کاریلو و همکاران، ۲۰۰۶ به نقل از سام‌آرام و بنی‌احمدی، ۱۳۸۶: ۲۷۹-۲۶۹).

با توجه به مطالبی که ذکر گردید پیشنهاد‌های زیر جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان ارئه می‌شود:

۱- شناسایی سالمندانی که به‌تنهایی زندگی می‌کنند و نیاز فوری به مراقبت‌های پزشکی و حمایت‌های روزانه در ابعاد چهارگانه (مالی، پرستاری، مشورتی و عاطفی) دارند از طریق ایجاد بانک اطلاعات

1- Davidson

تحلیل مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندی ...

سالمندی و اقدام‌های پس از آن. سالمندان در همه جای جهان نیازهای گوناگون دارند، لیکن نیازهای عمده و طبقه‌بندی شده آن‌ها عبارتند از: نیازهای مربوط به سلامت، نیازهای اقتصادی و نیازهای اجتماعی - روانی. تا جایی که به نیازهای مربوط به سلامت و بهداشت مربوط می‌شود، در بسیاری از جوامع رو به توسعه، دولت‌ها از عهده برطرف کردن تمامی نیازهای بهداشت و سلامت سالمندان بر نمی‌آیند؛ لذا خانواده‌ها و دیگر سازمان‌های غیردولتی حتی‌الامکان باید در این زمینه قدم بردارند.

۲- استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد در مورد ارائه خدمات و حمایت‌های اجتماعی از سالمندان به‌ویژه سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها.

۳- تقویت نقش و حضور سالمند در خانواده و ایجاد نگرش مثبت و آموزش مهارت‌های لازم جهت ارتباط نسل‌ها با سالمندان از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی برای خانواده‌های سالمند.

۴- آینده‌نگری الگوی مناسب جمعیتی و تدوین برنامه اقتصادی و اجتماعی خاص سالمندان در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه.

۵- فراهم آوردن زمینه حضور سالمندان در جامعه و افزایش مشارکت اجتماعی آنان.

۶- حمایت ویژه از خانوارهای دارای سالمند در قالب ارائه کمک‌های مالی، تخفیفات مالی، اعطای مرخصی و امتیازهای دیگر به مراقب سالمند در منزل.

۷- استفاده از ظرفیت خانواده‌ها و فراهم کردن امکان مشارکت آن‌ها در برنامه‌های مختلف در آسایشگاه‌ها تا بدین وسیله فاصله بین آسایشگاه و خانواده سالمند از بین برود و سالمند نیز با دیدن روزانه اعضای خانواده خود، بیشتر احساس رضایت کند.

۸- ارائه خدمات مبتنی بر خانه و جامعه^{۱)} سالمندان و گروه‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر، عموماً در کشورهای پیشرفته از مراقبت‌های مختلفی برخوردارند که فقدان آن در جوامع رو به توسعه، خود جای نگرانی است. سیاست کلی، به حداقل رساندن نیاز به استفاده از سرای سالمندان است. در این جوامع، خدماتی که در اختیار سالمندان ساکن در خانه‌های خود و جامعه قرار می‌گیرد، شامل موارد زیر است: الف) مراقبت در خانه^{۲)}، ب) راه‌اندازی مراکز جامع سلامت^{۳)}، ج) کلوب‌های^{۴)} نهار و د) مراکز روزانه^{۵)}.

1- Home & Community – Based Services (HCBS)

2- Home Care

2- Comprehensive Health Center

4 Clubs

5- Day Centers

منابع

- بیکر، ترزال. (۱۳۷۷). نحوه انجام تحقیقات اجتماعی. ترجمه‌ی هوشنگ ناییبی، تهران: روش.
- پاشا، غلامرضا؛ صفرزاده، سحر؛ مشاک، رویا. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه و سالمندان ساکن در خانواده. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال سوم، شماره ۹: ۵۰۳-۵۲۱.
- ریاحی، محمد اسماعیل. (۱۳۸۷). مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر. مجله سالمندی ایران، سال سوم، شماره ۹-۱۰: ۲۱-۱۰.
- زند رضوی، سیامک و همکاران. (۱۳۸۷). بررسی موانع عاملیتی مؤثر بر مشارکت سازمان‌یافته (مطالعه موردی تشکل‌های آب بران شهرستان بردسیر). پژوهش اجتماعی، زمستان ۱۳۸۷، شماره ۱: ۱۱۹-۹۹.
- سام‌آرام، عزت‌اله؛ بنی‌احمدی، زیبا. (۱۳۸۶). بررسی عوامل مؤثر بر موقعیت سالمند در خانواده. مجله سالمندی ایران، ۱۳۸۶، ۲ (۴): ۲۶۹-۲۷۹.
- غفاری غلامرضا. و ابراهیمی لویه، عادل. (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی تغییرات اجتماعی. تهران: آگرا و لویه.
- صمدیان، فاطمه؛ گروسی، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی رابطه نگرش‌ها، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان (مورد مطالعه: سالمندان ساکن شهر کرمان). مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال یازدهم، پاییز و زمستان: ۱۸۹-۲۰۶.
- کلاتتری، خلیل. (۱۳۸۲). پردازش و تحلیل داده‌ها در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی، تهران: شریف.
- کوششی، مجید. (۱۳۸۷). شبکه حمایت خانوادگی، ترتیبات زندگی و سلامت سالخوردگان در بستر گذار جمعیتی. رساله دکترای رشته جمعیت‌شناسی. دانشگاه تهران. دانشکده علوم اجتماعی.
- گاچل، رابرت. جی و دیگران. (۱۳۷۷). زمینه روان‌شناسی تندرستی، ترجمه‌ی دکتر غلامرضا خوی‌نژاد. تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- مثنوی، عطاءاله؛ اکبری کامرانی، احمدعلی؛ حسینی، سید احمد. (۱۳۸۶). مقایسه وضعیت سالمندان مقیم آسایشگاه و مقیم خانواده در ایران. مجله سالمند، سال دوم، شماره چهارم، تابستان ۱۳۸۶: ۲۸۵-۲۸۰.
- مصطفائی، اقدس. (۱۳۸۹). حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بررسی حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی بین سالمندان بازنشسته شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا (س). دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.

- Bandayrel K, Wong Sh. (2011). Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Dwelling Older Adults. *J Nutrition Education and Behavior*; 43 (4): 251-62.
- Carrilo Gallegos, & et al. (2009). Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults, *Saula Publica de Mexico*, 51 (1): 6-13.
- Davidson, Lisa M. (2008). United States and Finnish Adolescents, Perceptions of Social Support: Across-Cultural Analysis, *School Psychology International*. 28 (1): 360-365.
- De Leo, Diego & et al. (1998). LEIAD an International Applicable Instrument to Assess Quality of Life in the Elderly, *Behavioral Medicine, spiring*, vol 24: 17-24.
- Drentea, Patricia et al. (2006). Predictors of Improvement in Social Support, *Social Sciences & Medicine*, 63: 957-967.
- Fernandez-Ballesteros R. (1994). Quality of Life: The Different Conditions, *Psychology in Spain*; 2 (1): 47-65.
- Ferrans, C. (1992). Conceptualization of quality of life in cardiovascular research, *Progress in cardiovascular nursing*, No 7: 2-6.
- Ferrans, C. (1996). Development of a conceptual model of quality of life, *School Inquiry Nursing Practice* 10(3): 293-304.
- Lin, Nan. (2001). *Social Capital: A theory of social structure and action*, Cambridge University Press.
- Lindeman C.A and Mcathie M. (2009). *Fundamentals of Contemporary Nursing Practice*. 1st ed. USA: Saunders Company.
- Maculey E. (2005). Physical activity quality of life in older adults efficacy- esteem and effective influences, *Journal of Psychological Science*; 10: 213-220.
- Sarafino, Edward. P. (1998). *Health Psychology*, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., et al. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Song, L., Li, Sh., Zhang, W., Feldman, M. (2008). Integrational support and self-rated health of elderly in rural China: an investigation in Chouhu, *YupGt l ((l))*, v longevity, 20:33-42.