

مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)
دوره ۲۷، شماره ۸۷، اردیبهشت ماه ۱۳۹۳، ۶۷-۷۸

کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی و برخی عوامل مرتبط با آن

فروغ رفیعی^۳

رحیم علی شیخی^۲

*لادن ناصح^۱

چکیده

زمینه و هدف: سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها جزء آسیب پذیرترین قشر سالمندان هستند بطوریکه توجه به کیفیت زندگی آن‌ها یکی از چالش برانگیزترین موضوعات بهداشتی قرن حاضر است. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و برخی عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است که در آن ۸۷ نفر سالمند مقیم سراهای سالمندی شبانه روزی استان چهارمحال و بختیاری با روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها بوسیله فرم مشخصات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 جمع‌آوری و بوسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکالوالیس و آنالیز رگرسیون) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی سالمندان ۴۱/۵۶ با انحراف معیار ۱۸/۵۹ بدست آمد و اکثریت افراد برای کیفیت زندگی کل و هر یک از خرده مقیاس‌های آن میانگین نمره زیر ۵۰ گرفتند که بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده به ترتیب به خرده مقیاس‌های «عملکرد فیزیکی» (۴۹/۷۰±۱۸/۵۵) و «محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی» (۳۶/۷۸±۱۷/۷۱) اختصاص یافت. همچنین از بین متغیرهای فردی مورد بررسی کیفیت زندگی با سن، جنس، سطح تحصیلات و رضایت از سرای سالمندی ارتباط معنی‌دار داشت (P<۰/۰۵) که بیشترین همبستگی بین کیفیت زندگی و سن مشاهده شد (P=۰/۰۰۰ و β=-۰/۵۳۷).

نتیجه‌گیری کلی: کیفیت زندگی سالمندان بطور کلی و بخصوص در حیطه ایفای نقش عاطفی پائین بود. از طرفی مسن‌ترها، زنان، افراد بی‌سواد یا کم‌سواد و کسانی که رضایت کمتری از سرای سالمندی داشتند؛ از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار بودند. لذا شایسته است اقدامات آموزشی و حمایتی مناسبی برای کلیه سالمندان مقیم سراهای سالمندی بویژه افراد مسن‌تر، زنان و افراد بی‌سواد یا کم‌سواد صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندان، سراهای سالمندی

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۳

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (*نویسنده مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۵۰۳۶۱ Email: Ladan.Naseh@gmail.com

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری؛ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

^۳ استاد تمام، دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه با توسعه علوم پزشکی، اقتصادی و اجتماعی، میزان مرگ و میرها کاهش و امید به زندگی افزایش یافته است^(۱). در حال حاضر ۲۵ درصد جمعیت جوامع پیشرفته و ۶/۶ درصد جمعیت ایران (بیش از ۴ میلیون نفر) بالای ۶۰ سال سن دارند که انتظار می رود تا سال ۱۴۰۰ تعداد این افراد به بیش از ۱۰ میلیون نفر برسد. آشکار است که با افزایش تعداد سالمندان، مسایل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی، بهداشتی و درمانی آن ها افزایش خواهد یافت^(۲). لذا در حالیکه در قرن بیستم چالش اصلی بهداشت عمومی افزایش امید به زندگی بوده است، در قرن بیست و یکم زندگی با کیفیت بهتر مهمترین دغدغه در این حوزه محسوب می شود^(۳). کیفیت زندگی که آرمان و شاخص نوین ارایه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی به گروه های مختلف جمعیتی بویژه سالمندان است^(۴) نوعی احساس خوب بودن فردی است و از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای شخص مهم است ناشی می شود. این مفهوم عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد را در بر گرفته و وابسته به عقاید سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و معنوی آنها است^(۵).

در دوران سالمندی تغییراتی در ابعاد مختلف سلامتی افراد از جمله ضعف جسمی و روانی و انواع بیماری ها به وجود می آید که با توجه به این تغییرات سالمند مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی شده و نیازمند توجه، رعایت و همچنین برخورداری از الگوی مراقبتی ویژه می گردد^(۶). بطور کلی با افزایش سن به دنبال اختلالاتی که در سیستم های مختلف بدن صورت می گیرد و به خصوص به علت محدودیت های حرکتی که بوجود می آید، وابستگی فرد به دیگران در انجام کارهای روزمره اش افزایش می یابد که این عوامل می توانند بر احساس خوب بودن یا همان کیفیت زندگی تاثیر زیادی داشته باشند^(۳). از طرفی متاسفانه با توجه به درگیری های اقتصادی، اجتماعی و دیگر مشکلاتی که سالمندان با آن

رو به رو هستند تمایل به نگهداری آنها در مراکز سالمندی رو به افزایش بوده^(۷) و مراقبت آن ها از خانه به آسایشگاه های سالمندی انتقال یافته است. مطالعات عوارضی از قبیل زمین خوردن مکرر در سراها، اختلالات روانی، افسردگی، اضطراب، سوء تغذیه و اختلال در خواب را به عنوان عواقب نگهداری سالمندان در آسایشگاه های سالمندی گزارش کرده اند^(۸). واضح است که این عوارض خود منجر به افت بیشتر کیفیت زندگی سالمندان سراها می گردند. لذا هر چند توجه به کیفیت زندگی همه سالمندان از چالش های مهم قرن حاضر است اما در این میان سالمندان مقیم آسایشگاه های سالمندی، به عنوان آسیب پذیرترین قشر سالمندان از اولویت بیشتری برخوردار می شوند^(۹).

طی مروری بر پژوهش ها مشخص شد که هر چند در چندین پژوهش کیفیت زندگی سالمندان کشورمان بررسی شده است اما مطالعات متمرکز بر کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم سراهای سالمندی کمتر صورت گرفته و تمرکز آن بر بافت استان چهار محال و بختیاری نبوده است. لذا بر آن شدیم تا ضمن انجام این پژوهش کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی استانمان را بررسی و ارتباط آن را با برخی متغیرهای فردی آن ها مشخص نماییم. امید است این مطالعه بتواند اطلاعات بیشتری را در مورد کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی کشورمان بخصوص در استان های محروم فراهم کند و زمینه ساز طراحی و اجرای مداخلات پرستاری مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنها باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است که در آن کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی در سال ۱۳۹۲ مورد سنجش قرار گرفت. نمونه گیری به روش سرشماری بود و بنابر این کلیه مردان و زنان سالمند ۶۰ ساله و بالاتر که حداقل ۶ ماه سکونت داریم در

یکی از سراهای سالمندی شبانه روزی استان چهارمحال و بختیاری داشتند، توانایی برقراری ارتباط و مصاحبه داشته (فاقد مشکلات شنوایی یا گفتاری شدید)، دارای معلولیت یا بیماری حاد و مزمن ناتوان کننده جسمی و روانی و همچنین اختلالات شناختی درکی نظیر آلزایمر و دمانس نبوده و حاضر به شرکت در مطالعه بودند در مطالعه وارد شدند. محیط پژوهش شامل ۳ سرای شبانه روزی شایستگان شهرکرد، مادر شهرکیان و امید بروجن بود. روش کار بدین صورت بود که ابتدا مجوز نمونه گیری از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری اخذ شد. سپس ۳ پرستار آموزش دیده در زمینه تکمیل پرسشنامه ها به محیط های پژوهش مراجعه نمودند و بعد از ارائه مجوز نمونه گیری به مدیریت این مراکز و توضیح در مورد هدف از انجام تحقیق، موافقت آن ها را برای شرکت در پژوهش جلب نمودند. آن ها برای کلیه سالمندانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، هدف پژوهش را به روشنی بیان نموده و رضایت آگاهانه اخذ نمودند و به منظور یکسان سازی پاسخ ها در سالمندان با سواد و بی سواد و همچنین اطمینان از پاسخ گویی به تمامی سئوالات، طی مصاحبه با هر یک از واحدهای پژوهش شخصا سئوالات را برای آن ها قرائت کرده و پاسخ ها را دقیقا در پرسشنامه ها منعکس نمودند. در پایان بعد از حدود ۲ ماه نمونه گیری، از مجموع ۱۶۲ سالمند مقیم این سراهای، با توجه به معیارهای ورود به مطالعه مجموعا ۸۷ پرسشنامه تکمیل شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این تحقیق برای گردآوری داده ها از یک فرم مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی ۳۶ سئوالی (SF-36) استفاده شد. در فرم مشخصات فردی متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، طبقه اجتماعی اقتصادی، حمایت عاطفی از سوی خانواده، مدت اقامت در سرا و رضایت از سرا مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سئوالی The Short Form 36 Item Health Survey

Questionnaire (SF-36) که در حال حاضر پر کاربرد ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دنیا می باشد^(۴) اولین بار توسط Ware و Sherbourne در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده و پایایی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است^(۴،۱۰). این پرسشنامه شامل ۳۶ سئوال در هشت خرده مقیاس عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات فیزیکی (ایفای نقش فیزیکی)، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات عاطفی (ایفای نقش عاطفی)، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و نشاط، درد بدنی و سلامت عمومی (درک کلی از سلامتی) است. هرکدام از این هشت خرده مقیاس، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارند که نمرات بالاتر، نشانه کیفیت زندگی بهتر است. سوالات سه گزینه ای با نمره های (۰، ۵۰ و ۱۰۰)، سوالات پنج گزینه ای با نمره های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰) و سوالات شش گزینه ای با نمره های (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰) در نظر گرفته شده اند. میانگین نمره خرده مقیاس های کیفیت زندگی ۵۰ بوده که نمرات بالاتر و پایین تر از آن به ترتیب نشان دهنده کیفیت زندگی بالا و پایین می باشند^(۱۰،۱۱). پرسشنامه مذکور اولین بار در ایران توسط منتظری و همکارانش به زبان فارسی ترجمه استاندارد سازی شده که مقدار آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای ابعاد مختلف ابزار متغیر بوده^(۴) علاوه بر این پایایی و روایی این مقیاس بارها توسط دیگر محققان ایرانی نیز به اثبات رسیده است^(۱۱،۱۲). تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده بوسیله نسخه ۱۵ نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، کروسکالوالیس و آنالیز رگرسیون مدل Stepwise صورت گرفت.

یافته ها

در این پژوهش ۸۷ نفر سالمند مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری شرکت کردند که انحراف

۱۱ (۱۲/۶)	کمتر از ۱		
۴۰ (۴۶)	۱-۳	مدت اقامت در	
۳۶ (۴۱/۴)	۴ و بیشتر	سرا (سال)	
۱۲ (۱۳/۸)	ضعیف		
۴۰ (۴۶)	متوسط	رضایت از سرا	
۳۵ (۴۰/۲)	خوب		
۴۹ (۵۶/۳)	پائین		
۲۸ (۳۲/۲)	متوسط	طبقه اجتماعی	
۱۰ (۱۱/۵)	بالا	اقتصادی	
۵۵ (۶۳/۲)	ضعیف		
۲۹ (۳۳/۴)	متوسط	حمایت عاطفی از	
۳ (۳/۴)	خوب	سوی خانواده	

میانگین نمره کیفیت زندگی $41/56$ با انحراف معیار $18/59$ بدست آمد و اکثریت افراد در تمام خرده مقیاس ها و بطور کلی از کیفیت زندگی پائین (نمره زیر 50) برخوردار بودند که بیشترین و کمترین انحراف معیار و میانگین نمره کسب شده به ترتیب به خرده مقیاس های «عملکرد فیزیکی» ($49/70 \pm 18/55$) و «محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی» ($36/78 \pm 17/71$) اختصاص یافت. جزئیات مربوط به نمرات کیفیت زندگی و اطلاعات مربوط به هر یک از خرده مقیاس ها در جدول شماره ۲ آورده شده است.

معیار و میانگین سنی آن ها $10/13 \pm 73/13$ سال (دامنه سنی $95-60$ سال) بود. اکثریت شرکت کنندگان، زن ($65/5\%$)، بیسواد ($52/9\%$) و متعلق به طبقات اجتماعی اقتصادی پایین ($56/3\%$) بودند. طول مدت اقامت در سرا نیز در محدوده $0/5$ تا 9 سال با میانگین $3/8$ و انحراف معیار $2/1$ سال بدست آمد. جزئیات مربوط به مشخصات فردی نمونه ها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی سالمندان مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری- سال ۱۳۹۲

متغیر	تعداد (درصد)
سن (سال)	۶۹-۶۰ (۴۲/۵۲) ۳۷
	۷۹-۷۰ (۲۱/۸۳) ۱۹
	۸۰ و بیشتر (۳۵/۶۳) ۳۱
جنس	مرد (۳۴/۵) ۳۰
	زن (۶۵/۵) ۵۷
سطح تحصیلات	بیسواد (۵۲/۹) ۴۶
	ابتدایی (۳۳/۳) ۲۹
	سیکل و بالاتر (۱۳/۸) ۱۲
وضعیت تاهل	ازدواج نکرده (۱۹/۵) ۱۷
	دارای همسر (۴۷/۱) ۴۱
	همسر جدا شده (۶/۹) ۶
	همسر فوت شده (۲۶/۵) ۲۳

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی کل و خرده مقیاس های آن در سالمندان مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری- سال ۱۳۹۲

نمره کیفیت زندگی	عملکرد فیزیکی	ایفای نقش جسمی	ایفای نقش عاطفی	عملکرد اجتماعی	سلامت عاطفی و نشاط	درد بدن	سلامت عمومی	کیفیت زندگی کل
زیر ۵۰	۴۶ (۵۲/۹)	۵۶ (۶۴/۴)	۵۵ (۶۳/۲)	۱ (۷۰/۱)	۶۰ (۶۹)	۰ (۵۷/۵)	۶۹ (۷۹/۳)	۵۷ (۶۵/۵)
بالای ۵۰	۴۱ (۴۷/۱)	۳۱ (۳۵/۶)	۳۲ (۳۶/۸)	۲۶ (۲۹/۹)	۲۷ (۳۱)	۳۷ (۴۲/۵)	۱۸ (۲۰/۷)	۳۰ (۳۴/۵)
میانگین \pm انحراف معیار	۴۷/۷۰ \pm ۲۰/۵۵	۴۴/۱۰ \pm ۳۲/۸۴	۳۶/۷۸ \pm ۳۷/۷۱	۳۸/۶۴ \pm ۲۸/۳۱	۳۷/۱۴ \pm ۲۲/۶۳	۴۰/۲۸ \pm ۱۹/۹۷	۳۷/۸۳ \pm ۲۸/۴۸	۴۱/۵۶ \pm ۱۸/۵۹

*محدوده نمره کیفیت زندگی در تمام خرده مقیاس ها و بطور کلی $100-0$ است.

اندازه یک کوچه" ($68/97 \pm 16/11$) و "حمام کردن یا پوشیدن لباس" ($64/37 \pm 14/88$) و کمترین انحراف معیار و میانگین نمره به گویه های "وضعیت سلامتی کلی"

همچنین بررسی پاسخ های سالمندان به گویه های پرسشنامه SF-۳۶ نشان داد که بیشترین انحراف معیار و میانگین نمره کیفیت زندگی به گویه های "راه رفتن به

متغیرهای فردی مورد بررسی کیفیت زندگی با سن، جنس، سطح تحصیلات و رضایت از سرای سالمندی ارتباط معنی دار داشت ($P < 0/05$) ولی با وضعیت تاهل و مدت اقامت در سرا مرتبط نبود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: شاخص های آماری نمره کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای فردی در سالمندان مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری- سال ۱۳۹۲

نتیجه آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	متغیر
$X^2 = 40/620$ P-Value = 0/000	53/38 \pm 12/65 45/07 \pm 18/82 25 \pm 10/97	سن (سال) 60-69 70-79 80 و بالاتر
t = 3/733 و df = 85 P-value = 0/000	51/13 \pm 18/55 36/53 \pm 16/67	جنس مرد زن
F = 18/021 P-value = 0/000	33/82 \pm 16/73 44/69 \pm 15/66 63/71 \pm 11/03	سطح تحصیلات بیسواد ابتدایی سیکل و بالاتر
F = 1/08 P-value = 0/362	46/69 \pm 16/96 42/23 \pm 15/54 37/97 \pm 20/40 44/02 \pm 16/67	وضعیت تاهل ازدواج نکرده دارای همسر همسر جدا شده همسر فوت شده
F = 2/209 P-value = 0/113	45/24 \pm 18/37 38/98 \pm 17/68 42/24 \pm 19/02	مدت اقامت در سرا (سال) کمتر از 1 1-3 4 و بیشتر
F = 4/324 P-value = 0/016	28/75 \pm 14/49 41/23 \pm 17/42 46/34 \pm 19/35 38/98 \pm 17/68 42/24 \pm 19/02	رضایت از سرا کم متوسط زیاد 1-3 4 و بیشتر
F = 4/324 P-value = 0/016	28/75 \pm 14/49 41/23 \pm 17/42 46/34 \pm 19/35	رضایت از سرا کم متوسط زیاد

متغیر سن به تنهایی 4/43٪ از کل واریانس مذکور را به خود اختصاص داد در این مطالعه بعنوان مهمترین متغیر پیشگویی کننده کیفیت زندگی شناخته شد. جدول شماره 4 متغیرهای نهایی باقی مانده در مدل (دارای ارتباط معنادار) را نشان می دهد.

به منظور تعیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان (پس از حذف اثر مخدوش کنندگی سایر متغیرها) از آزمون آنالیز رگرسیون Stepwise استفاده شد که نتایج آن نشان داد 1/65٪ از تغییرات کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه تحت تاثیر چهار متغیر (سن، جنس، سطح تحصیلات و رضایت از سرا) می باشد و از آنجایی که

جدول شماره ۴: نتیجه آزمون رگرسیون Stepwise در متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندی چهار محال و بختیاری- سال ۱۳۹۲

P-Value	t	Beta ضریب استاندارد	Std.Error	B ضریب مدل	کیفیت زندگی
					متغیرها
۰/۰۰۰	-۷/۵۲۲	-۰/۵۳۷	۰/۱۳۱	-۰/۹۸۶	سن
۰/۰۰۰	-۴/۶۰۰	-۰/۳۰۵	۲/۵۸۳	-۱۱/۸۸۲	جنس
۰/۰۰۱	۳/۴۸۷	۰/۲۵۳	۱/۸۷۰	۶/۵۲۱	سطح تحصیلات
۰/۰۳۳	۲/۱۶۹	۰/۱۴۴	۱/۷۹۵	۳/۸۹۳	رضایت از سرا

بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط مثبت معنی دار گزارش شده است.

در مطالعه حاضر دامنه میانگین کسب شده برای حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی از $۱۷/۷۱ \pm ۳۶/۷۸$ در خرده مقیاس محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات عاطفی (بدترین کیفیت زندگی) تا $۴۹/۷۰ \pm ۱۸/۵۵$ در خرده مقیاس عملکرد فیزیکی (بهترین کیفیت زندگی) متغیر بود. بر اساس نظریه مازلو، انسان‌ها به تعلق داشتن و پذیرفته شدن از سوی اطرافیان احتیاج دارند. افراد همچنین نیاز دارند که دیگران آن‌ها را دوست داشته باشند و در نبود چنین پذیرفته شدنی احتمال دارد که در معرض احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی و دیگر مشکلات عاطفی قرار گیرند^(۱۷). با توجه به اینکه اکثریت شرکت کنندگان در این مطالعه خود اظهار کرده بودند که حمایت عاطفی خانواده‌هایشان از آن‌ها ضعیف است؛ بدتر بودن کیفیت زندگی آن‌ها در حیطه عاطفی یافته غیرمنتظره‌ای نیست.

در این پژوهش همچنین پاسخ‌های افراد به تک تک گویه‌های پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت تا بیشترین و کمترین مشکلات موجود در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی از نظر خود سالمندان مشخص گردد. در این زمینه یافته‌ها نشان داد که شرکت کنندگان در مطالعه بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی را در گویه‌های "راه رفتن به اندازه یک کوچه" و "حمام کردن یا پوشیدن لباس" که هر دو متعلق به خرده مقیاس عملکرد فیزیکی کیفیت

بر اساس یافته‌های پژوهش سالمندان مقیم سراهای سالمندی بطور کلی و در تمام خرده مقیاس‌ها از کیفیت زندگی پائین برخوردار بودند. مشابه با این یافته نامطلوب بودن کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی تهران نیز در مطالعه علی اصغر پور و همکارانش گزارش شده است^(۱۳). در صورتی که در مطالعات دیگری که بر روی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده انجام شده، نتایج با مطالعه فعلی متفاوت بوده و کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط و بالا گزارش شده است^(۱۲،۱۴). همچنین در مطالعه قاسمی و همکاران در اصفهان^(۱۵) و حسام زاده و همکاران در تهران^(۱۶) مشخص شده بود که میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان سراهای سالمندی در تمام ابعاد به طور معناداری پایین تر از سالمندان مقیم خانواده است. بطورکلی تا کنون نتایج تحقیقات موید این هستند که سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها در مقایسه با دیگر سالمندان از وضعیت جسمی و روانی نامطلوب تری برخوردار بوده، اختلالات شناختی و افسردگی بیشتری داشته^(۶) و در نتیجه از کیفیت زندگی ضعیف تری برخوردارند^(۱۵،۱۶). علاوه بر این کثرت تعداد افراد بی سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی ($۸۶/۲\%$) در این مطالعه می‌تواند از دلایل پائین بودن کیفیت زندگی واحدهای پژوهش باشد. چرا که در مطالعه حاضر و چندین مطالعه دیگر^(۱۷،۱۳،۹،۶) بین سطح سواد سالمندان با

چرا که نتایج مطالعات نشان داده اند که سالمندان ساکن سراهای سالمندی نسبت به ساکنین منزل، سلامت روانی پائین تری داشته و اختلالات شناختی و افسردگی بیشتری دارند^(۸۳). در واقع زمانی که سالمندان از خانه های خود به سوی سراهای سالمندی رانده می شوند تصور می کنند که بی ارزش شده اند، خود را به قبرهایشان نزدیکتر احساس می کنند و امید خود را به زندگی از دست می دهند. بخصوص این که در بررسی های متعدد میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است^(۸) و در این مطالعه نیز اکثریت شرکت کنندگان زن بوده اند.

در رابطه با متغیرهای فردی مرتبط با کیفیت زندگی یافته های تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی در تمام خرده مقیاس ها و بطور کلی با سن ارتباط معناداری داشته و چنان که انتظار می رفت با افزایش سن سالمندان، کیفیت زندگی آن ها کاهش یافت. بویژه اینکه در این مطالعه سن به عنوان مهمترین متغیر پیش گویی کننده کیفیت زندگی سالمندان مورد پژوهش شناخته شد. بطور کلی در تحقیقات صورت گرفته بر روی سالمندان در مورد ارتباط بین سن با کیفیت زندگی نتایج بسیار متفاوتی وجود دارد. در برخی از مطالعات، مشابه تحقیق حاضر ارتباط مستقیمی بین افزایش سن و افت کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون گزارش شده^(۱۴،۱۹-۱۲) در حالی که در برخی دیگر از مطالعات ارتباط معنی داری بین این دو متغیر یافت نشده است^(۲۱،۲۰،۱۷،۱۵،۳). به هر حال دوران سالمندی با بیماری ها و شکایت های بسیاری همراه است^(۱۸) و با افزایش سن، عوامل خطر کاهنده کیفیت زندگی مانند ابتلاء همزمان به چند بیماری، کاهش سطح انرژی افراد و از دست دادن روابط اجتماعی افراد؛ افزایش یافته و مجموع این عوامل می توانند باعث افت کیفیت زندگی افراد سالمند شوند^(۲۲)

همچنین یافته های این مطالعه وجود ارتباط معنادار بین جنس و کیفیت زندگی سالمندان را تأیید کردند و مشخص شد که در تمامی خرده مقیاس ها و بطور کلی مردان از کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با زنان

زندگی می باشند؛ کسب کرده اند. در واقع این فعالیت ها جزء آن دسته از فعالیت های فیزیکی سالمندان بوده اند که وضعیت سلامتی فعلی شان کمترین محدودیت را در انجام آن ها بوجود آورده است. مطالعات نشان داده اند که یکی از ارکان مهم و اساسی برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، فعالیت های فیزیکی آن ها است و سالمندانی که توانایی انجام فعالیت های بدنی و کارهای روزانه خود را دارند، از سطوح بالاتر کیفیت زندگی برخوردار هستند. برعکس سالمندانی که به علت اختلالات مختلف در سیستم های بدن و بخصوص در اثر محدودیت های حرکتی وابستگی بیشتری به دیگران برای انجام کارهای روزانه خود دارند از کیفیت زندگی پائین تری برخوردارند^(۶).

از نظر شرکت کنندگان در پژوهش، کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی نیز به گویه های "وضعیت سلامتی کلی" (مربوط به خرده مقیاس سلامت عمومی) و "شاد بودن در طی ۴ هفته اخیر" (مربوط به خرده مقیاس سلامت روانی) اختصاص یافت. به عبارت دیگر اکثریت سالمندان وضعیت سلامتی خود را بطور کلی در حد "بد" توصیف کرده بودند و همچنین در توصیف احساسات و وضعیت های روحی خود اکثریت عنوان کرده بودند که در طی هفته های اخیر "هیچ وقت" خود را فرد شادی درک نکرده اند و یا "به ندرت" احساس شاد بودن داشته اند. در رابطه با این یافته ها می توان گفت از آنجایی که در دوره سالمندی بیماری ها و شکایت های زیادی شایع هستند از جمله اختلالات حرکتی، سرگیجه، عدم تعادل، اختلالات بینایی و شنوایی، درد قلبی، فشار خون بالا، دیابت، تکرر، سوزش و بی اختیاری ادرار، یبوست و تغییر عادات روده ای و غیره^(۱۸) طبعا وجود چند مورد از این محدودیت ها و مشکلات می توانند به برداشت منفی افراد از وضعیت سلامتی کلی شان منجر گردند. از طرفی شاد نبودن به عنوان یک علامت اصلی از وجود اختلالات روحی و افسردگی در سالمندان سراهای^(۸) که در این مطالعه دیده شد یافته غیر منتظره ای نیست

افراد بیسواد کمتر با روش های حل مشکل آشنایی داشته و در اکثر مواقع وضعیت اقتصادی آن ها نامناسب است. این مسائل موجب می شود تا این افراد بیشتر در معرض استرس بوده و کیفیت زندگی پائین تری داشته باشند^(۱۳) همچنین در این مطالعه مشخص شد که نمرات کیفیت زندگی سالمندان با رضایت سالمند از سرا مرتبط بوده و با افزایش رضایت از سرا نمرات کیفیت زندگی سالمندان افزایش یافت. مطالعه دیگری که ارتباط بین این دو متغیر را سنجیده باشد؛ یافت نشد و لذا این یافته پژوهش با یافته مطالعه دیگری قابل مقایسه نمی باشد.

بعلاوه یافته های مطالعه حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل سالمندان بود. تنها در خرده مقیاس عملکرد اجتماعی، نمرات کیفیت زندگی سالمندان دارای همسر به طور معناداری بیشتر از افراد ازدواج نکرده، همسر جدا شده و همسر مرده بود. مرتبط نبودن وضعیت تاهل سالمندان با کیفیت زندگی آن ها در مطالعات داخلی و خارجی متعددی گزارش شده است^(۳،۶،۱۴،۲۰،۲۴). هر چند در مطالعه حیدری و همکاران بر روی سالمندان شهر قم^(۱۴) و حکمت پو و همکاران بر روی سالمندان شهر اراک^(۱۲) ارتباط بین وضعیت تاهل و بهتر بودن کیفیت زندگی معنادار بوده است که البته محیط این دو پژوهش سراهای سالمندی نبوده است. بر اساس تحقیقات انجام شده توسط کارشناسان بهزیستی کشور، تجرد در دوران کهولت یکی از عوامل مهم رهسپار شدن سالمندان به آسایشگاه ها است. در واقع درصد بالای سالمندان همسر فوت شده یا طلاق گرفته ی ساکن در آسایشگاه ها نسبت به سالمندانی که در میان خانواده به سر می برند، نشان می دهد که آسیب پذیری خانواده از عوامل گرایش سالمندان به آسایشگاه است^(۱۶). بنابراین شاید وضعیت تاهل (تنها بودن) در روانه شدن سالمندان به سوی سراهای سالمندی نقش داشته باشد ولی از آنجایی که در سراهای سالمندی حتی افراد متاهل نیز از همسر خود جدا زندگی می کنند، مرتبط نشدن وضعیت تاهل فعلی

برخوردار هستند. مشابه با این یافته در چندین مطالعه دیگر بر روی سالمندان ایرانی^(۳،۶،۱۰،۱۳،۱۹،۲۱،۲۳) و غیر ایرانی^(۲۴،۲۵) بهتر بودن کیفیت زندگی مردان در مقایسه با زنان گزارش شده است. در مطالعه حسنی و همکاران بر روی سالمندان مقیم آسایشگاه های شهر تهران تنها در حیطه جسمانی کیفیت زندگی، نمرات مردها به طور معنی داری بیشتر از زن ها بود^(۲۰). در مطالعات دیگری هم اختلاف بین جنس و کیفیت زندگی سالمندان معنادار نشده است^(۱۴،۱۶). با توجه به اینکه بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات در این مطالعه و بسیاری دیگر از مطالعات ارتباط مثبت معناداری وجود دارد و از طرفی در این مطالعه ۲۳/۳٪ از مردان در مقایسه با ۸/۸٪ از زنان، تحصیلات سیکل و بالاتر داشتند، داشتن تحصیلات بالاتر می تواند دلیل بهتر بودن کیفیت زندگی مردان مورد مطالعه باشد. آقائوری اختلاف کیفیت زندگی مردان و زنان را حاکی از نابرابری جنسی در حوزه سلامت می داند و معتقد است زنان سالمند در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، دسترسی کمتری به اطلاعات آموزشی و استخدام دارند و در مقایسه با مردان از نظر اقتصادی و موقعیت اجتماعی محروم هستند که این مسایل می توانند از علل پایین بودن کیفیت زندگی در آن ها باشد^(۲۱).

در این مطالعه ارتباط بین سطح تحصیلات سالمندان و کیفیت زندگی آن ها در تمام خرده مقیاس ها و بطور کلی معنی دار بود و همانطور که انتظار می رفت کیفیت زندگی افرادی که تحصیلات بالاتری داشتند بهتر از افراد دارای تحصیلات ابتدایی و بیسواد بود. در این زمینه گزارش های مختلفی وجود دارد. نتایج چندین مطالعه حاکی از وجود ارتباط مثبت معنی دار بین کیفیت زندگی سالمندان و سطح تحصیلات آن ها است^(۶،۹،۱۲-۱۴،۱۷) در صورتی که برخی دیگر از پژوهش های مرتبط با سالمندان چنین ارتباطی را گزارش نکرده اند^(۳،۲۰،۲۳). بطور کلی سطح پایین سواد با غمگینی، روابط اجتماعی ضعیف و مشکلات احساسی سالمندان مرتبط است^(۲۱).

نیازهای عاطفی آنان تنظیم شود. بعلاوه با استخدام نیروهای پرستاری تحصیلکرده و کارآمد در سراها و نیز تجهیز کردن سراها با استفاده از امکانات رفاهی مختلف می توان رضایت سالمندان از سراها را افزایش داد. همچنین پیشنهاد می شود برای خانواده های دارای سالمند و خود سالمندان مشاوره های خانوادگی و بهداشت روانی انجام گیرد.

از محدودیت های پژوهش حاضر این است که این تحقیق در جمعیت کوچکی از سالمندان مقیم سراهای سالمندی استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است، بنابراین تعمیم نتایج آن به جمعیت های مشابه باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین از آنجایی که به احتمال زیاد نمره کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه ها با مقدار آن در کل جامعه متفاوت است، باید در تعمیم یافته های این مطالعه به کل جامعه سالمندی استان نیز احتیاط شود. لذا پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه با تعداد بیشتری از نمونه ها بر روی سایر سالمندان (سالمندان مقیم خانواده و سالمندانی که فقط مراجعه روزانه به سراهای سالمندی داشتند) نیز انجام و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد با شماره ۱۳۷۷ می باشد. بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر را از معاونت پژوهشی دانشگاه اعلام می نمایند. همچنین از همکاری سازمان بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری، کارکنان محترم مراکز مورد مطالعه، سالمندان عزیز شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

با کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه نباید دور از انتظار باشد.

از دیگر یافته های این مطالعه معنادار نشدن ارتباط بین کیفیت زندگی سالمندان با مدت اقامت آن ها در سراها بود. مغایر با این یافته در مطالعه حسنی و همکاران در سالمندان سراهای سالمندی تهران، بین مدت اقامت در سرا و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی دار وجود داشت^(۲۰). در مطالعه ما تنها در خرده مقیاس سرزندگی و نشاط با افزایش مدت اقامت در سرا، نمرات کیفیت زندگی افراد به طور معنی داری افزایش یافت که می تواند نتیجه تطابق با شرایط حاکم بر فضای مراکز شبانه روزی سالمندان بعد از گذشت زمان باشد.

در مجموع بر اساس یافته های این مطالعه، کیفیت زندگی سالمندان مقیم سراهای سالمندی بطور کلی پائین است و بخصوص مسن ترها، زنان، افراد بی سواد یا کم سواد و کسانی که رضایت کمتری از سراهای سالمندی داشتند؛ از کیفیت زندگی ضعیف تری برخوردار بودند. بنابراین شایسته است اقدامات آموزشی و حمایتی مناسبی برای کلیه سالمندان مقیم سراهای سالمندی بویژه افرادی که کیفیت زندگی ضعیف تری دارند، صورت گیرد. همچنین در راستای تحقق این هدف، پرستاران شاغل در آسایشگاه ها می توانند با شرکت در سمینارها و کارگاه های آموزشی دانش خود را در زمینه سالمندان و نکات حائز اهمیت در مراقبت از آن ها افزایش دهند تا بتوانند ضمن ارائه مراقبت های با کیفیت بهتر، در آموزش سالمندان و توانمندسازی آن ها موفق تر باشند. علاوه بر این از آنجایی که ایفای نقش عاطفی ضعیف ترین حیطه کیفیت زندگی سالمندان بود، پیشنهاد می شود به منظور بهبود کیفیت زندگی این افراد برنامه ریزی های پرستاری در مراکز نگهداری سالمندان بویژه با توجه بیشتر بر تامین

فهرست منابع

1. Shamsipour-Dehkordy P, Aslankhani MA, Shams A. [Effects of physical, mental and mixed practices on the static and dynamic balance of aged people]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2011; 12(4): 71-7. Persian.
2. Shamsipour-Dehkordi P, Abdoli B, Modaberi Sh. [Effectiveness of physical activity on quality of life of elderly patients with osteoarthritis]. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2012; 14(5): 92-101. Persian.
3. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *I J N.* 2011;24(72):48-56. Persian.
4. DarvishpoorKakhki A, Abed-Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL)]. *Hakim Research Journal.* 2012; 15(1): 30-7. Persian.
5. Naseh L, Rafii F, Moghaddasi J, Yousefi F. [Quality of Life and its Dimensions in Ostomates.] *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2012; 1 (1): 10-22. Persian.
6. Heidari M, Shahbazi S.[Effect of Self-Care Training Program on Quality of Life of Elders.] *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2012; 25(75): 1-8. Persian.
7. Rafii F, Naseh L, Yadegary MA. [Relationship between Self-efficacy and Quality of Life in Ostomates.] *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2012; 25(76): 64-76. Persian.
8. Mobasheri M., Moezy M. [The prevalence of depression among the elderly population of Shaystegan and Jahandidegan nursing homes in Shahrekord.] *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2010;12 (2):89-94. Persian.
9. Habibi Sola A, Nikpor S, Seiedolshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and statues of physical functioning among elderly people in west region of Tehran.] *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2008; 21 (53): 29-39. Persian.
10. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. [Health-related quality of life among abused and non-abused elderly people: a comparative study]. *Payesh.* 2013; 12(5): 479-88. Persian
11. Darvish poorKakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. [Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people.] *Pejouhesh dar Pezeshki.* 2010; 33(3): 162-73. Persian.
12. Hekmatpou D, Jahani F, Behzadi F. [Study the quality of life among elderly women in Arak in 2013]. *AMUJ.* 2014; 17(2): 1-8. Persian
13. Aliasquarpoor M, Eybpoosh S. [The Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents and Its Relationship with Different Factors.] *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2012; 25(75): 60-70. Persian.
14. Heidari S, Mohammad Gholizadeh L, Asadolahi F, Abedini Z. [Evaluation of Health Status of Elderly in Qom City, 2011]. *Qom Univ Med Sci J.* 2013; 7(4):71-80. Persian
15. Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. [Comparison of the quality of life of elders living in home with those of senile house in Isfahan]. *Refah tosee Ejtemaii.* 2010. 10(39): 177-200. Persian
16. Hesamzadeh A, sayed Bagher Maddah S, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. [Comparison of Elderlys "Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes.] *Iran Journal of Aging.* 2010; 4(4): 66- 74. Persian
17. Yazdan Pour F, Sam Aram E. [The related factors of quality of life in elderly people]. *Refah tosee Ejtemaii.* 2010.46(6): 45-63. (Persian)
18. Ajh N, Mehrtash B, Javadi A.[Effect of education and social support on quality of life among elderly living in nursing homes.] *JQUMS.* 2012; 16(3): 46-52. Persian.
19. Nejati V, Ashayeri H. [Health-related quality of life in the elderly in Kashan.] *IJPCP.* 2008, 14(1): 56-61. Persian.
20. Hasani F, Kamali M, Akbar Fahimi M, Davatgaran K. [Factors affecting quality of life of the elderly in the residential homes of Tehran.] *Journal of Birjand School of Nursing and Midwifery.* 2011; 18(4): 320-28. Persian.
21. Aghanouri A, Mahmoodi M, Salehi H, Jafarian K. [Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran]. *Iran Journal of Aging;* 2012: 6(4): 20-9. Persian

22. Zaeri S, Asgharzadeh S, Zaeri M, Holakouie Naeini K, Rahimi Foroushani A. [The Quality of Life and Its Effective Factors in the Elderly Living Population of Azerbaijan District, Tehran, Iran.] *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014; 9(4): 66-74. Persian
23. Pasha G, Safarzade S. [To compare general health and social supportive between resident in older home and out]. *Family Reaserch* 2008; 3 (9): 503-10. Persian
24. Lima MG, Barros MBdA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*. 2009;25(10):2159-67.
25. Hyttinen L, Kekäläinen P, Vuorio AF, Sintonen H, Strandberg TE. Health-related quality of life in elderly patients with familial hypercholesterolemia. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(02):228-34.

Quality of Life and its Related Factors among Elderlies Living In Nursing Homes

*Naseh L¹. MS

Shaikhy RA². MS

Rafii F³. PhD.

Abstract

Background & Aim: Elderly residents of nursing homes are one of the most vulnerable elderly populations and addressing the quality of these people's life is one of the most challenging health issues in this century. The aim of our study was to determine the quality of life (QOL) and its related factors among elderlies living in Charmahal va Bakhtiyari nursing homes.

Material & Methods: In this descriptive, cross-sectional study, 87 elderlies living in Charmahal va Bakhtiyari nursing homes were recruited by census. Data was collected by Short Form Quality of Life (SF-36) and then analyzed by independent t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis and regression analysis using SPSS-PC (v.15).

Results: The mean score of total QOL was 41.56 ± 18.59 and most participants scored lower than 50 for overall quality of life and each of its subscales. The highest and lowest quality of life standard deviation and mean score was associated with "physical performance" (47.70 ± 20.55) and "Emotional role playing" (36.78 ± 27.71) subscales. Also quality of life was associated with age, gender, educational level and satisfying with nursing homes ($P < 0.05$). Moreover, QOL was mostly related with age ($\beta = -0.537$, $p = 0.000$).

Conclusion: The Quality of life of elderly residents of nursing homes was low, especially in emotional role playing subscale. Moreover, the quality of life of older ones and illiterate participants, women and those with lower satisfaction with nursing homes was lower. Accordingly, designing and performing appropriate training and supportive interventions to promote these elderly people's QOL are recommended.

Key words: Quality of Life, Elderly, Nursing home

Received: 22 Jan 2014

Accepted: 12 April 2014

¹MS in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran (*Corresponding author). Tel: 09132850361 Email: Ladan.Naseh@gmail.com

²MS in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

³Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran