

Elderly's Quality of Life and Related Factors Among Nursing Home Residents in Mashhad, 2013

Negar Sari¹,
Hadi Kooshir²,
Saeed Vaghee³,
Hamed Kamelnia⁴

¹ Msc Student in Internal-Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant Professor, Department of Internal Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ Lecturer, Department of Internal Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Architecture, Faculty of Architecture and Urban Engineering, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

(Received November 11, 2013 ; Accepted February 18, 2013)

Abstract

Background and purpose: Elderly's quality of life can be easily threatened by some factors. Therefore, it is crucial to have enough information about elderly's quality of life and its influencing factors so that actions could be taken to improve their quality of life. The purpose of this study was to determine the elderly's quality of life of people resident at Mashhad's nursing homes and its influencing factors.

Material and methods: In this cross-sectional correlational study census sampling method was used. The research population included 220 nursing home residents in Mashhad aged ≥ 60 years old with a minimum of 6 months residency at nursing home and the ability to understand and respond to questions. To collect the data Nursing Home Quality of life Questionnaire and demographic questionnaire were used in face to face interview. Data was analyzed in SPSS V.15 using descriptive statistics and linear regression tests. P value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: Findings showed that the mean total score of quality of life was (56.7 ± 10.8) . Also, the mean of quality of life domains were 54.7 ± 13.8 in health and functioning, 57.4 ± 14.7 in spiritual, 55.4 ± 11.4 in economic and social, and 63.5 ± 12.8 in family. All scores were at intermediate level of quality of life. Age, educational level, length of stay in nursing home, pervious residential status, and living arrangements were the main predictors of quality of life, respectively ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed intermediate levels in total score of elderly's quality of life and its dimensions and indicates some of the important predictors for quality of life. More focus on these factors could reduce some aging problems and enhance the older people's quality of life.

Keywords: Quality of life, elderly people, nursing home, related factors

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهر مشهد- سال ۱۳۹۲

نگار ساری^۱
هادی کوشیار^۲
سعید واقعی^۳
حامد کامل نیا^۴

چکیده

سابقه و هدف: کیفیت زندگی در سالمندان می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد. از این رو اطلاع از کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مؤثر بر آن منجر به اتخاذ تدابیری جهت افزایش کیفیت زندگی آنان می شود. هدف پژوهش حاضر تعیین کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهر مشهد بود.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده است و ۲۲۰ نفر از سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن خانه های سالمندان شهر مشهد با طول مدت اقامت حداقل ۶ ماه که قادر به درک و پاسخ گویی به سوالات بودند، به صورت سرشماری در این مطالعه شرکت کردند. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه سالمندان و پرسشنامه مربوط به خصوصیات دموگرافیک افراد و به روش مصاحبه رو در رو جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۵ و آمار توصیفی و رگرسیون خطی صورت گرفت. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان می دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی کل $(56/7 \pm 10/8)$ در سطح متوسط و نمرات تمامی ابعاد سلامتی و عملکرد $(54/7 \pm 13/8)$ و روحی و معنوی $(57/4 \pm 14/7)$ ، اقتصادی و اجتماعی $(55/4 \pm 11/4)$ و خانواده $(63/5 \pm 12/8)$ نیز در سطح متوسط بوده است. هم چنین متغیرهایی از قبیل جنس، تحصیلات، مدت اقامت، وضعیت سکونت قبلی و ترکیب زندگی به ترتیب از قوی ترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی کل بوده است $(p < 0/05)$.

استنتاج: نتایج این پژوهش نشان داد نمره کل کیفیت زندگی سالمندان و تمامی ابعاد آن در حد متوسط است. هم چنین نشان گر برخی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان است. با توجه به این موارد و انجام اقدامات مقتضی می توان از بسیاری از مشکلات دوران سالمندی کاسته و بر سال های عمر مفید سالمندان افزود.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، خانه های سالمندان، عوامل مؤثر

مقدمه

پیشرفت های پزشکی و بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم باعث افزایش نسبی طول عمر انسان ها گردید. یک بحران تبدیل شده است. در حال حاضر رشد جمعیت افزایش جمعیت سالمندان، یک پدیده جهانی است که به

E-mail: kooshyarh@mums.ac.ir

مؤلف مسئول: هادی کوشیار - مشهد: خیابان دانشگاه، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. مربی، گروه بهداشت و روان، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. استادیار، گروه معماری، دانشکده معماری و شهرسازی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۱۰/۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۱۱/۲۹

افراد سالمند بالای ۶۰ سال جهان بیش از رشد جمعیت کودکان می‌باشد (۱). در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران تحول از یک جامعه جوان به جامعه پیر و سال‌خورده در ۲ تا ۳ دهه آینده به وقوع خواهد پیوست که تطابق با این روند سریع، نیازمند تغییرات اساسی در سیاست‌گزارهای بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا ضمن غلبه بر مشکلات ناشی از آن بتوان بستر مناسبی برای رشد، تعالی و سلامت سالمندان ایجاد نمود (۲). تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته‌ای سبب می‌شود که امکانات برای نگهداری از سالمندان در خانه، به شدت کاهش یابد و باریکه خانواده‌ها قبلاً به تنهایی به دوش می‌کشیدند را به ناچار با دیگران تقسیم کنند. در این زمینه نقش و مشارکت سازمان‌های غیر دولتی بسیار با اهمیت تلقی می‌شود. هم‌چنین عدم پذیرش سالمند در خانواده منجر به رشد خانه‌های سالمندان گردیده است (۳).

اگرچه سالمندان استفاده‌کنندگان تمام وقت خانه‌های سالمندان هستند، اکثر خانه‌های سالمندان به لحاظ سنتی به شکل بیمارستانی معمولی طراحی شده است که دارای چند اتاق خواب بوده، راهروهای طولانی بسیار متراکم داشته و اولویت در آن‌جا بیش‌تر بر روی بازدهی خدمات پرستاری است تا این که متوجه ایجاد خانه‌ای برای سالمندان باشد (۴). نتایج مطالعه Jones و همکاران نشان داد نیمی از افرادی که وارد خانه‌های سالمندان می‌شوند در حال تجربه بحران هستند و در معرض خطر افسردگی و خودکشی می‌باشند و ۱۲ تا ۱۸ درصد از آن‌ها علایم افسردگی را نشان می‌دهند (۵). امروزه اکثر صاحب‌نظران و نیز سازمان یونسکو بر این عقیده‌اند که جایگاه اصلی سالمندان در خانه خودشان است، جایی که در آن رشد یافته، زندگی کرده و شاهد بزرگ شدن فرزندان خویش بوده‌اند، مگر آن که به دلایلی و در موارد اضطرار شرایطی پدید آید که امکان نگهداری سالمندان در خانه فراهم نباشد که در آن صورت سپردن به آسایشگاه سالمندان به عنوان

آخرین چاره مطرح می‌شود (۶).

گرچه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی همراه است، اما اثر سایر متغیرها را نباید در این کاهش از نظر دور داشت. کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد. از این رو دانستن عواملی که بر سطح کیفیت زندگی تأثیرگذار است، در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است (۷).

مطالعات، عوامل متعددی را بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه Bergland این عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب و برخورداری از مسکن شخصی بیان شده‌اند (۸). هم‌چنین در مطالعه دیگر شرایط محیطی و اجتماعی را عوامل مؤثر در رضایت‌مندی سالمندان و کیفیت مطلوب زندگی بیان کرده است و تنهایی را یکی از عوامل مؤثر در کاهش آن می‌داند (۹). در ایران نیز مطالعه محقق کمال نشان داد که بین سن، وضعیت تحصیلی و جنس سالمندان با کیفیت زندگی‌شان ارتباط معنی‌داری وجود داشته است، اما ارتباطی بین وضعیت مسکن و درآمد سالمندان با کیفیت زندگی وجود نداشته است (۱۰). در یک مطالعه دیگر در بررسی اثر متغیرهای جمعیتی جنس، سن، شغل، تحصیلات، تأهل و وضعیت سلامتی بر کیفیت زندگی جمعیت سالمند شهر تهران مشخص شد که زنان، سالمندان بالای ۷۵ سال، گروه غیر شاغل و با تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، نمرات کیفیت زندگی پایین‌تری را کسب کردند (۱۱).

اگرچه در زمینه کیفیت زندگی سالمندان در جوامع مختلف مطالعاتی انجام شده است، اما با توجه به این که کیفیت زندگی مفهومی بسیار انتزاعی، چند وجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان است، امکان تعمیم نتایج کشورهای دیگر به جوامع با فرهنگ متفاوت وجود ندارد. از طرفی پژوهش‌های انجام شده به خصوص در ایران بیش‌تر بر سالمندان جامعه تمرکز داشته‌اند، لذا با توجه به این مسأله که کیفیت زندگی به عنوان هدف نهایی در سالمندان و به خصوص سالمندان در خانه‌های

سالمندان تلقی می‌شود و ماهیت زندگی در خانه‌های سالمندان، ساکنین آن را مستعد داشتن کیفیت زندگی نا امید کننده‌ای می‌کند (۱۲)، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت تا بتوان از نتایج به دست آمده در این تحقیق در راستای برنامه ریزی‌های مناسب جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان استفاده نمود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ بر روی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر مشهد با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان شهر مشهد انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود که ۲۲۰ سالمندی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود این مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، عدم ابتلا به اختلال شناختی بر اساس آزمون^۱ MMSE و نمره بالاتر از ۲۱، فقدان اختلال روانی تشخیص داده شده توسط پزشک، عدم وجود اختلال شنوایی و تکلم در حدی که قادر به پاسخ‌گویی به سوالات نباشد و اقامت بیش از شش ماه در خانه سالمندان بوده است.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و کسب موافقت از سازمان بهزیستی مشهد و مسئولین خانه‌های سالمندان مشهد، از کلیه نمونه‌های پژوهش رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. برای انجام این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان^۲ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک استفاده گردید که به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل

۱- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک که جهت بررسی عوامل سن و جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت قبلی، دفعات برگشت به خانه، مدت اقامت در خانه سالمندان و ترکیب زندگی به کار گرفته شد.

۲- به منظور بررسی کیفیت زندگی سالمندان، پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سالمندان ساکن خانه سالمندان (QLI; Ferrans & Powers) استفاده شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در ۴ بعد سلامتی و عملکرد (۱۳ سؤال)، اقتصادی و اجتماعی (۸ سؤال)، روحی و معنوی (۷ سؤال)، خانواده (۵ سؤال) بررسی می‌کند. یک آزمون دو قسمتی، قسمت اول میزان رضایت و قسمت دوم میزان اهمیت را می‌سنجد که هر قسمت شامل ۳۳ سؤال می‌باشد. هر سؤال دارای شش گزینه پاسخ می‌باشد (۱ بسیار ناراضی تا ۶ بسیار راضی) و (۱ بسیار بی اهمیت تا ۶ بسیار با اهمیت). دامنه نمرات صفر تا سی می‌باشد، به این صورت که ابتدا نمره به دست آمده از قسمت اول پرسشنامه (رضایت) را از ۳/۵ کم کرده، در نتیجه دامنه نمرات هر سؤال (۲/۵+ تا ۲/۵-) می‌باشد. سپس نمره به دست آمده را در نمره‌ای که از قسمت دوم پرسشنامه (اهمیت) به دست آمده ضرب کرده، در نهایت دامنه نمرات به دست آمده، از هر سؤال ۱۵+ تا ۱۵- می‌باشد، سپس میانگین نمرات بدست آمده در هر بعد را با عدد ۱۵ جمع کرده، در نتیجه دامنه نمرات صفر تا سی به دست می‌آید که بعد از رساندن نمرات بر مبنای ده، دامنه نمرات کیفیت زندگی کل و تمامی ابعاد آن صفر تا صد می‌باشد (۱۳).

نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده مشکل کم‌تر و کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد. بر اساس دستورالعمل نمره‌دهی پرسشنامه، نمرات براساس میانگین باید محاسبه گردند. در این مطالعه برای نمایش بهتر، نتایج طبقه‌بندی

1. Mini Mental Status Examination

2. Quality Of Life Index Nursing Home Version - Iii

نیز شده‌اند. کیفیت زندگی به سه سطح، کیفیت زندگی ضعیف (۵۳-۰)، کیفیت زندگی متوسط (۶۶-۵۴) و کیفیت زندگی خوب (۱۰۰-۶۷) تقسیم‌بندی گردید.

۳- ابزار MMSE یک پرسشنامه استاندارد، خلاصه شده، کاربردی و بالینی می‌باشد که توسط انجمن طب سالمندان فرانسه طراحی شده است و یک روش سریع و آسان برای کمی سازی و عملکرد شناختی و غربالگری برای اختلالات شناختی می‌باشد. ابعاد این ابزار شامل جهت‌یابی، توجه، محاسبه، حافظه و مهارت‌های زبانی و حرکتی می‌باشد. این ابزار دارای ۱۱ سؤال می‌باشد و دامنه نمرات کسب شده از آن بین صفر تا سی می‌باشد که نقطه برش آن در سالمندان ایرانی ۲۱ می‌باشد (۱۴).

جهت تعیین روایی محتوا پرسشنامه کیفیت زندگی از روش ترجمه باز ترجمه استفاده شد. ابتدا پرسشنامه مذکور توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی و متخصص در زمینه مباحث کیفیت زندگی در سالمندان از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید و در مرحله بعد دو متن ترجمه شده از نظر کیفیت ترجمه بررسی و در نهایت مناسب ترین نسخه فارسی انتخاب گردید. سپس نسخه نهایی در اختیار ۲ نفر متخصص دیگر که متن انگلیسی اولیه را ندیده بودند، قرار داده شد تا از زبان فارسی به زبان انگلیسی ترجمه گردد (ترجمه معکوس). در نهایت متن اصلی پرسشنامه کیفیت زندگی و متن ترجمه شده از فارسی به انگلیسی با یکدیگر مقایسه و اصلاحات لازم انجام و پرسشنامه نهائی کیفیت زندگی به زبان فارسی تهیه گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در اختیار ده نفر از اساتید مجرب دانشکده پرستاری و مامایی گذاشته شد و نظرات پیشنهادی آن‌ها اعمال گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک از روش آزمون مجدد استفاده شد. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی از آلفا کرونباخ استفاده گردید.

میزان آلفا کرونباخ برای کیفیت زندگی کل (۰/۹۴)، بعد سلامتی و عملکرد (۰/۸۹)، بعد اقتصادی و اجتماعی (۰/۸۴)، بعد روحی و معنوی (۰/۹۳) و بعد

خانواده (۰/۶۵)، به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ و آزمون‌های آماری مرتبط انجام شد. به‌دین منظور از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار و از آزمون‌های آماری پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس جهت بررسی ارتباط متغیرها و همچنین رگرسیون خطی، جهت رسیدن به اهداف پژوهش استفاده شد. به منظور تفسیر داده‌ها p مساوی ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۲۲۰ سالمند شرکت‌کننده در پژوهش (۵۶/۴ درصد) مؤنث و بقیه مذکر بوده‌اند. میانگین سن سالمندان $75/23 \pm 9/72$ سال و دامنه سنی سالمندان بین ۶۰ تا ۹۸ سال قرار بود. ۷۱/۸ درصد از سالمندان همسرانشان فوت شده و (۳۵ درصد) بی‌سواد بوده‌اند. ۵۵/۵ درصد از سالمندان، هرگز به خانه برنگشته‌اند. اکثر سالمندان (۵۹/۵ درصد) از نظر ترکیب زندگی قبلی، تنها زندگی می‌کردند. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها را نشان می‌دهد. هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که کم‌ترین و بیش‌ترین نمره میانگین کیفیت زندگی مربوط به ابعاد سلامتی و عملکرد و خانواده بوده است. جدول شماره ۲ میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سالمندان را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سن با نمره کیفیت زندگی کل، رابطه خطی معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/06$). هم‌چنین نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین مدت اقامت در خانه سالمندان با نمره کیفیت زندگی کل، رابطه خطی مستقیم معنی‌داری وجود دارد ($p=0/02$ ، $r=0/15$).

به منظور تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کل و ابعاد آن از مدل رگرسیون خطی هم‌زمان (Forced entry) استفاده شد (جدول شماره ۳). به طوری که کلیه متغیرهای مستقل به طور هم‌زمان وارد معادله شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک و ارتباط بین متغیرها با کیفیت زندگی کل در سالمندان مورد مطالعه

متغیرهای دموگرافیک	دامنه متغیرها	فراوانی	کیفیت زندگی کل (میانگین و انحراف معیار)	آزمون آماری تی مستقل و ANOVA
جنس	زن	(۵۶/۴)۱۲۴	۵۴/۴۲±۱۱/۰۸	$t=۳/۷۱$
	مرد	(۴۳/۶)۹۶	۵۹/۸۳±۹/۸۸	$p=۰/۰۰۳$
تحصیلات	بیسواد	(۳۵/۰)۷۷	۵۳/۴۱±۱۱/۲۳	$f=۳/۸۴$
	سواد خواندن و نوشتن	(۲۰/۹)۴۶	۵۶/۹۱±۹/۶۲	$p=۰/۰۰۲$
	ابتدایی	(۱۹/۱)۴۲	۵۷/۹۱±۱۰/۶۴	
	سیکل	(۶/۸)۱۵	۵۶/۳۵±۱۰/۷۰	
	دیپلم	(۱۰/۵)۲۳	۶۳/۵۵±۱۰/۶۷	
تأهل	بالتر از دیپلم	(۷/۷)۱۷	۵۹/۹۸±۱۱/۹۴	$f=۲/۸۴$
	متأهل	(۱۲/۳)۲۷	۵۸/۸۳±۱۲/۳۴	$p=۰/۰۰۳$
	مجرد	(۵۰/۰)۱۱	۶۲/۲۶±۱۰/۳۷	
	همسر فوت شده	(۷۱/۸)۱۵۸	۵۶/۵۰±۱۰/۹۳	
	مطلقه	(۱۰/۹)۲۴	۵۳/۹۱±۸/۲۲	
وضعیت سکونت قبلی	شخصی	(۶۵/۱)۴۳	۵۸/۷۸±۱۰/۳۶	$t=۳/۸۸$
	رهتی/استیجاری	(۳۵/۷)۷	۵۳/۰۳±۱۰/۹۲	$p=۰/۰۰۰۱$
دفعات برگشت به خانه	هرگز	(۵۵/۵)۱۲۲	۵۵/۱±۱۱/۸	$f=۲/۴۸$
	یک بار در ماه	(۱۶/۸)۳۷	۶۰/۵±۹/۰	$p=۰/۰۰۴$
	یک بار در سه ماه	(۱۵/۹)۳۵	۵۸/۹±۸/۳	
	یک بار در بیشتر از سه ماه	(۵/۹)۱۳	۵۸/۰±۹/۸	
	سالی یک بار	(۵/۹)۱۳	۵۳/۵±۱۱/۲	
ترکیب زندگی قبلی	تنها	(۵۹/۵)۱۳۱	۵۸/۶±۹/۹	$f=۴/۴۳$
	با همسر	(۶/۴)۱۴	۵۶/۷±۱۱/۱	$p=۰/۰۰۵$
	با فرزندان	(۲۷/۳)۶۰	۵۲/۵±۱۱/۴	
	با همسر و فرزندان	(۶/۸)۱۵	۵۷/۲±۱۲/۴	

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سالمندان ساکن خانه های سالمندان

شهر مشهد برحسب کیفیت زندگی کل و ابعاد آن و میانگین و

انحراف معیار آن ها

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار		
	ضعیف تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	خوب تعداد(درصد)
سلامتی و عملکرد	(۱۵/۴)۳۴	(۶۶/۵)۱۴۵	(۱۸/۶)۴۱
اقتصادی و اجتماعی	(۱۸/۱)۴۰	(۶۲/۸)۱۳۷	(۱۹/۵)۴۳
روحي و معنوي	(۱۰/۹)۲۴	(۷۴/۳)۱۶۲	(۱۵/۴)۳۴
خانواده	(۱۹/۵)۴۳	(۶۲/۸)۱۳۷	(۱۸/۱)۴۰
کیفیت زندگی کل	(۱۶/۳)۳۶	(۶۶/۱)۱۴۴	(۱۸/۱)۴۰

یافته‌ها نشان داد که به ترتیب متغیرهای تحصیلات، وضعیت سکونت قبلی، جنس، ترکیب زندگی و مدت اقامت از عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان می‌باشند. به این صورت که متغیرهای جنس، وضعیت سکونت و ترکیب زندگی دارای ارتباط معکوس و متغیرهای تحصیلات و مدت اقامت دارای ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی می‌باشند و در مدل نهایی رگرسیون $R=۰/۵۲۳$ به دست آمد. مدل مورد نظر ۵۲ درصد تغییرات واریانس مربوط به کیفیت زندگی را پوشش می‌دهد.

جدول شماره ۳: متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی کل در سالمندان

ساکن خانه های سالمندان شهر مشهد

متغیر	ضریب رگرسیون استاندارد شده	t	سطح معنی داری
جنس	-۰/۱۶	-۲/۲۳	۰/۰۳
سن	۰/۰۹	۱/۳۰	۰/۱۹
مدت اقامت	۰/۱۲	۱/۹۹	۰/۰۴
وضعیت سکونت قبلی	-۰/۱۷	-۲/۵۷	۰/۰۱
تحصیلات*			
خواندن و نوشتن	۰/۱۲	۱/۶۸	۰/۰۹
ابتدایی	۰/۱۳	۱/۹۰	۰/۰۵
سیکل	۰/۰۵	۰/۷۲	۰/۴۷
دیپلم	۰/۲۵	۳/۱۵	۰/۰۰
بالتر از دیپلم	۰/۱۸	۲/۵۷	۰/۰۱
تأهل**			
متأهل	-۰/۰۷	-۰/۵۶	۰/۵۷
مطلقه	-۰/۲۰	-۱/۹۰	۰/۰۵
همسر فوت شده	-۰/۱۲	-۰/۹۴	۰/۳۴
ترکیب زندگی***			
با فرزندان	-۰/۱۶	-۲/۴۰	۰/۰۱
با همسر	-۰/۱۱	-۱/۶۲	۰/۱۰
با همسر و فرزندان	-۰/۱۳	-۱/۶۹	۰/۰۹
دفعات برگشت به خانه****	۱/۱۳		۰/۰۵
یکبار در ماه	۰/۰۸	۱/۹۷	۱/۲۱
یکبار در سه ماه	۰/۱۱	۱/۲۵	۰/۰۷
یکبار در بیشتر از سه ماه		۱/۸۲	
سالی یکبار	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۸۱

* سطح پایه برای تغییر سطح تحصیلات «بیسواد» در نظر گرفته شده است.

** سطح پایه برای تغییر سطح ترکیب زندگی «تنها» در نظر گرفته شده است.

*** سطح پایه برای تغییر سطح تأهل «مجرد» در نظر گرفته شده است.

**** سطح پایه برای تغییر سطح دفعات برگشت به خانه «هرگز» در نظر گرفته شده است.

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، میانگین کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه بالاتر از ۵۰ و در حد مطلوب می‌باشد که این یافته با نتایج محققان دیگری که در این زمینه تحقیقاتی داشته‌اند، هم‌خوانی دارد. جدیدی و همکاران در مطالعه‌ای که به منظور بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان انجام دادند، دریافتند کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط می‌باشد (۱۲). سجادی و همکاران نیز به بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن در کهریزک پرداختند و نشان دادند که کیفیت زندگی بیش‌تر این سالمندان در ابعاد فیزیکی، خود مراقبتی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوبی قرار دارد (۱۵).

اما برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند کیفیت زندگی سالمندان در کشور ما چندان مطلوب نیست؛ احمدی و همکاران در مطالعه‌ای که به منظور بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان انجام دادند، دریافتند کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان کمتر از متوسط بوده است (۱۶). مطالعه مختاری و همکاران در شهر شیراز نشان دادند که کیفیت زندگی در سالمندان ساکن خانواده به مراتب مطلوب‌تر از سالمندان ساکن سرای سالمندان است (۱۷). عشقی و همکاران در مطالعه خود با عنوان بررسی و مقایسه مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان و مقیم در خانه شهر تهران که در شهر تهران انجام دادند، دریافتند که وضعیت اقتصادی، روانی و اجتماعی سالمندان مقیم خانواده نسبت به سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان از کیفیت بالاتری برخوردار بوده است (۱۸). به نظر می‌رسد که علت عدم هم‌خوانی مطالعه حاضر با دیگر مطالعات، ابزار مورد استفاده جهت سنجش کیفیت زندگی می‌باشد. با توجه به این‌که این ابزار جهت بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان بوده اما در مطالعات دیگر از ابزارهای غیراختصاصی کیفیت زندگی استفاده شده است. اگر

چه ابزارهای عمومی معتبری برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی موجود است ولی ممکن است به دقت سایر ابزارهای اختصاصی کیفیت زندگی، برای گروه‌های خاص از جمله سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان نباشد.

در مطالعه حاضر سن عامل مهمی برای تعیین کیفیت زندگی سالمندان نبوده است. این یافته با مطالعات جدیدی (۱۲)، رفعتی (۱۹) و احمدی و همکاران (۱۶)، هم‌خوانی دارد. به طوری که نویسندگان به این نتیجه رسیده بودند کیفیت زندگی با سن سالمندان ارتباط معنی‌داری ندارد. ولی با مطالعه زحمتکشان و همکاران که به بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر انجام شد، مطالعه مرادی که به بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۰ پرداخته (۲۱) و Garsia که شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان در اسپانیا مورد بررسی قرار داد (۲۲) و Fortin که ارتباط ناخوشی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران در مراقبت‌های اولیه را بررسی کرد (۲۳) هم‌خوانی ندارد. بدین معنی که در مطالعات ذکر شده با افزایش سن، کیفیت زندگی سالمندان کاهی می‌یابد.

از علل تفاوت بین نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر می‌توان تفاوت در ابزار برای سنجش کیفیت زندگی واحدهای پژوهش را نام برد، به طوری که در مطالعات فوق از ابزار SF-36 برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شده است، اما در مطالعه حاضر از ابزار اختصاصی سنجش کیفیت زندگی استفاده شده است. اگر چه ابزار عمومی معتبری از جمله ابزار SF-36 برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است ولی ممکن است به دقت سایر ابزارهای اختصاصی کیفیت زندگی، برای گروه‌های خاص از جمله سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان خاص نباشد. در مطالعه حاضر جنس و تحصیلات با کیفیت زندگی کل، عامل مهمی برای تعیین کیفیت زندگی سالمندان بوده است. فاکتور جنس

در اغلب مطالعات به عنوان یک عامل مؤثر در ارتباط با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و معمولاً در مطالعات قبلی که در کشور صورت گرفته است نیز زنان از کیفیت پایین تری برخوردار بوده‌اند. آقانوری و همکاران (۲۴) اظهار می‌کنند که زنان سالمند در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران دسترسی کمی به اطلاعات، آموزش و استخدام دارند و در مقایسه با مردان از نظر اقتصادی و موقعیت اجتماعی محروم هستند که شاید از علل پایین بودن کیفیت زندگی در آن‌ها باشد. اما از طرفی دیگر، با توجه به این که عموماً در ساختار خانواده، مردان مدیر خانواده بوده و اکثر تصمیمات مهم خانواده با نظر آن‌ها به اجرا درآمده است، بنابراین با سکونت در خانه سالمندان، مردان اختلال در عملکرد و همچنین افت کیفیت زندگی بیش‌تری را نسبت به زنان از خود نشان می‌دهند.

تأثیر سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی در مطالعات دیگر نیز بیان شده است. تحقیقات نشان داده‌اند که تحصیلات بالا در پویایی زندگی سالمندان و رضایت آنان از زندگی ارتباط دارد و سطح پایین سواد با غمگینی، روابط اجتماعی ضعیف و مشکلات احساسی سالمندان در ارتباط است (۲۵). هم‌چنین داشتن تحصیلات بالا ممکن است از طریق ارتقاء طبقه اجتماعی و بالا بردن توان اقتصادی و خودباوری، کیفیت زندگی مربوط به سلامت را افزایش دهد (۲۶). Shear اظهار می‌دارد که سالمندان از قشر کم درآمد جامعه به دلیل وجود مشکلات بالینی مکرری و عدم دریافت مراقبت‌های استاندارد، از کیفیت زندگی پایینی برخوردار می‌باشند (۲۷).

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که ترکیب زندگی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی کل ارتباط می‌باشد. این یافته با مطالعه نریمانی (۲۸) هم‌خوانی دارد، اما با مطالعات زحمتکشان (۲۰) و آقانوری (۲۴) مغایرت دارد. به نظر می‌رسد سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند نسبت به سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کردند در گذشته تنهایی را تجربه کرده، بنابراین با ورود به خانه سالمندان

مشکل جدایی و دوری از خانواده کم‌تر بر روی آن‌ها تأثیر گذاشته و با تنهایی سازگاری پیدا کرده‌اند.

هم‌چنین یافته‌ها نشان داد که وضعیت سکونت قبلی عامل مؤثری بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان می‌باشند. این یافته با مطالعات زحمتکشان (۲۰) و عابدی و همکاران (۲۹) هم‌خوانی دارد. به نظر می‌رسد سالمندانی که دارای خانه شخصی بوده‌اند و به اختیار خود وارد خانه سالمندان شده نسبت به سالمندانی که خانه شخصی نداشته و به اجبار و یا به دلیل مشکلات مالی و نداشتن مکانی مشخص برای زندگی، وارد خانه سالمندان شده، می‌تواند با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط داشته باشد. مدت اقامت در خانه سالمندان عامل مؤثری در تعیین کیفیت زندگی بوده است. این یافته با مطالعات Lee که به بررسی ارتباط آسایش و معنویت با کیفیت زندگی ساکنین مراکز مراقبت شبانه روزی در جنوب تایوان پرداخته (۳۰) و جدیدی و همکاران که ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک را مورد بررسی قرار دادند (۱۲) مغایرت دارد. به نظر می‌رسد به مرور زمان سالمندان با سکونت در خانه سالمندان و با زندگی در کنار گروه هم‌سالان خود تا حدودی سازگاری پیدا کرده‌اند و هم‌چنین ممکن است به دلیل این که اکثر سالمندان به دلایلی مجبور شده‌اند که وارد خانه سالمندان شوند و زندگی در خانه سالمندان برایشان به نسبت زندگی که قبل از ورود به مراکز داشته‌اند از مشکلات کم‌تری برخوردار بوده، بنابراین می‌تواند همگی دلیلی مبنی بر ارتباط مدت اقامت در خانه سالمندان با کیفیت زندگی سالمندان باشد. هم‌چنین با توجه به این که عواملی نظیر وضعیت سکونت قبلی، تأهل، ترکیب زندگی قبلی و جنس در مطالعه حاضر می‌تواند بر طول مدت اقامت تأثیر داشته باشند و این عوامل در مطالعه حاضر و سایر مطالعات عوامل مشترکی برای تأثیر بر کیفیت زندگی هستند، لذا به نظر می‌رسد که مدت اقامت هم بر کیفیت زندگی تأثیر گذاشته است.

همچنین یافته‌ها نشان داد که دفعات برگشت به خانه نیز از عوامل تعیین کننده بر کیفیت زندگی بوده است. این یافته با مطالعات Lee (۳۰) و جدیدی و همکاران (۱۲) همخوانی دارد. در فرهنگ ایرانی، خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است. ایرانیان به حمایت عملی و عاطفی یک فرد هم‌خون خود نیاز دارند (۱۲).

یافته‌ها نشان داد که وضعیت تأهل نیز از عوامل تعیین کننده بر کیفیت زندگی بوده است. این یافته با مطالعات سجادی (۱۵) و بذرافشان (۳۱) مطابقت دارد اما با مطالعات آقائوری (۲۴) و وحدانی نیا (۱۱) هم‌راستا نمی‌باشد. برخورداری از حس تعلق و حمایت عاطفی به عنوان عاملی مؤثر و مثبت در کیفیت زندگی به شمار می‌آید. به علاوه افراد متأهل نسبت به افراد تنها و بیوه فشار کم‌تری در زندگی متحمل می‌شوند. با این وجود میزان تأثیر وضعیت تأهل بر کیفیت زندگی در جوامع مختلف تا حدودی تحت تأثیر فرهنگ و شرایط اجتماعی آن‌ها است و در کشور ما زندگی به تنهایی به ویژه در مردان از مقبولیت کمی برخوردار است (۱۲). بنابراین همان‌طور که در مطالعات قبلی ذکر شده است، کیفیت زندگی تحت تأثیر فرهنگ است، بنابراین تفاوت فرهنگی در جوامع مختلف می‌تواند از علل مغایرت مطالعات فوق با مطالعات حاضر باشد.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کیفیت زندگی در سالمندان تحت تأثیر متغیرهای مختلفی قرار

دارد که مهم‌ترین آن به ترتیب عبارتند از جنس، تحصیلات، مدت اقامت، وضعیت سکونت قبلی و ترکیب زندگی می‌باشد از آنجایی که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد توصیه می‌شود برنامه‌ریزی‌هایی در جهت بهبود این عوامل و خدمات پزشکی و بهداشتی در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد. هم‌چنین شناخت کافی و علمی از میزان تأثیرگذاری فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی در هر جامعه آیا مکان مداخلات مناسب را به مسئولین و دست‌اندرکاران حوزه‌های مختلف جامعه به ویژه متولیان بخش سلامت می‌دهد تا بتوانند با کم‌ترین هزینه کیفیت زندگی سالمندان را ارتقاء دهند.

سپاسگزاری

این مقاله از رساله کارشناسی ارشد با کد ۹۱۰۹۱۱ مصوب در تاریخ ۹۲/۱/۲۴ حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد استخراج شده است. به دین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی، از همکاری صمیمانه جناب آقای محسن حیرانی و هم‌چنین از زحمات مسئولین اداره بهزیستی و مسئولین کلیه مراکز خانه‌های سالمندان مشهد و تمامی سالمندانی که در این پژوهش شرکت کردند به منظور انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد.

References

1. Maghsoodnia S. Primary elder health care in Iran. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences publication; 2006.
2. Aliasquarpoor M, Eybpoosh S. The Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents and Its Relationship with Different Factors. Iran Journal of Nursing 2012; 25(75): 60-70.
3. Hesamzadeh A, Maddah Sadat SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderlys quality of life" living at homes and in private or public nursing homes. Salmand Journal 2010; 4(14): 66-74.
4. Rosalie A, Robert L, Bershadsky B, Cutler LJ, Giles K. Measures, Indicators, and Improvement of Quality of Life in Nursing Homes. St. Cloud State University: Kristen C; 2004.
5. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of

- depression in rural-dwelling older adults. *Issue in Ment Health Nurs* 2002; 23(3): 279-290.
6. Ghandi A, Mahmoudi S. Older people's Health. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004.
 7. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formosan Med Assoc Taiwan Yi Zhi* 2004; 103(3): 196.
 8. Bergland A, Narum I. Quality of life demands comprehension and further exploration. *J Aging Health* 2007; 19(1): 39-61.
 9. Cavallero P, Morino-Abbele F. The social relation of the elderly. *Arch Gerantal Geriater* 2007; 44(Suppl 1): 97-100.
 10. Mohagheghi Kamal H, Sajjadi H, Zaree H, Biglryian A. Need assessment among the elders of social security organization & national retirement fund. *Iranian Journal of Ageing* 2008; 3(7): 8-15.
 11. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh Journal* 2005; 4(2): 113-120.
 12. 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. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24(72): 48-56.
 13. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Sciences* 1985; 8(1): 15-24.
 14. Frooghan M, Jaafari Z, Shirin Bayan P, ghaem Farahani Z, Rahghozar M. Brief cognitive status examination standardization elderly in Tehran 2006. *Advances in Cognitive Science* 2008; 10(2): 29-37.
 15. Sajjadi H, Biglryian A. Quality of life in elderly women in Kahrizak Hospice Charity. *Payesh* 2006; 5(2): 105-108.
 16. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat J Ageing* 2004; 10(3): 61-67.
 17. Mokhtari F, Ghasemi N. Quality of life and mental health of elderly residents/non-residents sanitarium. *J Salmandi* 2010; 5(18): 53-63.
 18. Eshghi S. Evaluate and compare the problems of social, economic and health-resident elderly in nursing homes and residential homes in Tehran. Master of Science Degree thesis. Tehran: Tehran university of Medicaoln sciecnces; 1980.
 19. Rafati N, Yavari P, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *J School Public Health Institute Health Res* 2005; 23(2): 67-75.
 20. Zahmatkeshan N, Bagherzadee R, Akaberiyan SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdanpanah S, et al. Assessing quality of life and related factors in Bushehr elderly people. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2012; 2(5): 253-258.
 21. Moradi Sh, Fekrazad H, Mousavi MT, Arshi M. The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association in Tehran City in. *Iranian Journal of Aging* 2013; 7(27): 41-46.
 22. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res* 2005; 14(2): 511-520.

-
23. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006; 15(1): 83-91.
24. Aghanuri A, Mahmoudi M, Salehi H, Djafarian K. Elderly healthy eating diet-2005 index living in urban areas of Iran's Markazi province. *J Ageing* 2012; 7(25): 26-35.
25. Lasheras C, Patterson AM, Casado C, Fernandez S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Exp Aging Res* 2001; 27(3): 257-270.
26. Alexandre Tda S, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4): 613-621.
27. Shear K, Roose S, Lenze E, Alexopoulos G. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectr* 2005; 10(Suppl 8): 1-27.
28. Narimani K. Quality of life in patients with end-stage renal disease under going hemodialysis. *Sci J Hamdan Univ Med Sci J* 2006; 4(2): 26-33.
29. Abedi HA, Salarvand Sh. Causes and motivations of elderly home residency from resident's point of view. *Feyz Journal* 2008; 2(12): 55-61.
30. Lee FP, Leppa CJ, Schepp KG, Young HM, Hsieh HF. The Relationship of Comfort and Spirituality to Quality of Life among Long-Term Care Facility Residents in Southern Taiwan. *The 17th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice*; 2006 July 19-22.
31. Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Maddah B. Quality of life in elderly women Jahandidegan daily association members in Shiraz city 1386. *Salmand (Iranian Journal of Aging)* 2008; 3(7): 33-41.