

Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes

Taheri N¹, Fereydouni moghaddam M², Cheraghian B³, Hekmati pour N⁴, Hojjati H^{5*}

Abstract

Introduction and purpose: Understanding factors affect quality of life at old age is considered as an important social issue particularly when population is ageing. Acquiring such information play a vital role in enhancing quality of life among elderly. Therefore, this study aimed to assess factors affecting quality of life in nursing homes-residing elderly people.

Materials and Methods: This cross-sectional study included 73 female elderly living in the nursing homes of Khoramshahr and Ahvaz city. Data were collected using two questionnaires including demographic characteristics and the SF-36 questionnaire. Data analysis was done by SPSS 13.

Findings: Results from the present study showed that mean age of participants was 52.75 (S.D= 11.39) years old which ranged from 60 to 102 years. There was a significant association between quality of life and education ($P<0.05$), age ($P=0.03$), chronic disease ($P<0.01$) and place of residence ($P=0.4$). However, no significant association was observed between quality of life and marital status ($P=0.62$), length of stay in nursing home ($P=0.4$) and income ($P=0.3$).

Conclusion: In general, elderly living in nursing homes reported lower quality of life compared to community-dwelling elderly. Therefore, nursing homes are recommended to create more caring and compassionate environment that is similar to elderly's own home. In addition, family members and friends are suggested to visit elderly residing in nursing homes on a regular basis in order to improve their quality of life.

Key Words: Elderly, Quality of life, Nursing home.

Received: 2015/04/18

Accepted: 2015/11/1

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1. Nursing Department , nursing and midwifery school, Gondii shapoor University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2. Ph.D student, Jundishapur university of Medical Sciences . Ahvaz, Iran

3. Nursing Dept, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4. Lecture, Department of Nursing, Aliabad Katul Branch, Islamic Azad University, Aliabad Katul, Iran.

5.* Young Researchers and Elite Club, Aliabad katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad katoul, Iran

(Corresponding Author):E-mail: h_hojjati1362@yahoo.com

عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان

نوراله طاهری^۱، مالک فریدونی مقدم^۲، بهمن چراغیان^۳، نفیسه حکمتی پور^۴، حمید حجتی^{۵*}

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۸/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: آگاهی در مورد عواملی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تأثیر می گذارند، همزمان با مسن شدن جمعیت به عنوان یک واقعیت اجتماعی از اهمیت والایی برخوردار می باشد، چرا که آگاهی بیشتر نسبت به فاکتورهایی که روی کیفیت زندگی افراد سالمند تأثیر می گذارد، می تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد. هدف از انجام این پژوهش تعیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان می باشد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی، کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهرستان های خرمشهر و اهواز (۷۳ سالمند زن) به روش سرشماری انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش مشتمل بر دو پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک و پرسشنامه SF-36 بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.13 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۷۵/۵۲ (S.D=۱۱/۳۹) و دامنه سنی آنها از ۶۰ تا ۱۰۲ سال بود. بین کیفیت زندگی سالمندان و سطح تحصیلات ($P<0/05$)، سن ($P=0/03$)، وجود بیماری مزمن ($P<0/001$) و محل سکونت ($P=0/04$) رابطه آماری معنی دار بود. بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل ($P=0/62$)، مدت اقامت ($P=0/4$) و میزان درآمد ($P=0/3$) اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمندان به طور کلی نسبت به سالمندان جامعه از وضعیت نامطلوبتری برخوردار است. بنابراین، پیشنهاد می شود با مشابه نمودن محیط خانه های سالمندی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب خانواده ها و دوستان فرد سالمند به سرکشی منظم به فرد، کیفیت زندگی در خانه سالمندان را ارتقا دهند.

کلید واژه ها: سالمند، کیفیت زندگی، خانه سالمندان

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری آبادان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۳- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده پرستاری آبادان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۴- گروه پرستاری، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

۵- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران

(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: h_hojjati1362@yahoo.com

مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است (۱)، سازمان ملل پیش‌بینی می‌کند که آمار سالمندی تا سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. شاخص‌های آماری نشان داده‌اند روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما آغاز شده و پیش‌بینی شده است که در بین سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۷۵ میانه جمعیت سالمندی ۱۰ سال افزوده می‌شود (۲). به موازات طولانی تر شدن عمر افراد، رفتارهای ارتقاء سلامت، بویژه حفظ عملکرد و استقلال و کیفیت زندگی مهمتر می‌شود (۳). کیفیت زندگی بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت آمیز با چالش‌های موجود در دنیای واقعی به مصرف می‌رسد (۴). گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت نیز، کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و نیز در رابطه با اهداف آنها، انتظارات، استانداردها و نگرانیهای آنها تعریف می‌کنند. همچنین بسیاری از محققان کیفیت زندگی را به عنوان یک مفهوم چند بعدی که سلامت، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی و دیگر جنبه‌های فردی زندگی را در بر می‌گیرد، توصیف می‌نمایند (۵ و ۶). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از مهمترین مسائل در حیطه سلامت عمومی تبدیل می‌باشد (۷) و به عنوان یک هدف برای ارتقاء سلامت افراد سالمند در نظر گرفته می‌شود (۸).

آگاهی در مورد فاکتورهایی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تأثیر می‌گذارند، همزمان با پیرتر شدن جمعیت به عنوان یک واقعیت اجتماعی از اهمیت والایی برخوردار می‌باشد (۸)، چرا

که آگاهی بیشتر نسبت به فاکتورهایی که روی کیفیت زندگی افراد سالمند تأثیر می‌گذارد، می‌تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد و اگر بتوان کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشید بسیاری از هزینه‌های درمانی و خدماتی جامعه کاهش می‌یابد زیرا ارتقاء کیفیت زندگی آنان باعث خود اتکایی و فرآیند سازگاری شناختی آنان می‌شود (۷). پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی سالمندان، نقش فاکتورهای مختلف در ارتباط با این پدیده را توصیف کرده اند. TuYu-ching و همکاران (۲۰۰۶)، می‌نویسند برخی متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی در افراد مرتبط هستند و باید در پژوهش مورد توجه قرار گیرند، که برخی از این متغیرها عبارتند از: سن پایین تر، سطح تحصیلات بالاتر، جنس مرد، وضعیت اجتماعی اقتصادی بالاتر و داشتن عقاید مذهبی، که ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی در سالمندان داشته اند (۹).

پدیده شهر نشینی^۱ در عصر حاضر به طور فزاینده ای باعث افزایش اقامت افراد در خانه‌های سالمندان شده است که این امر نه تنها موجب تغییر در محل زندگی آنها می‌گردد بلکه همنشینی یا همجواری و تعاملات اجتماعی آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، بنابراین خانه‌های نگهداری از افراد سالمند می‌تواند کیفیت زندگی افراد مقیم در این اماکن را تحت تأثیر قرار دهد که این تأثیر هم به علت شرایط فیزیکی و هم به علت تغییر تعاملات اجتماعی افراد می‌باشد (۱۰). شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی این افراد می‌تواند راهنمای بسیار مفیدی برای ارائه

1 - Urbanization

از دید بیمار می‌باشد که تنها ۳۶ سوال دارد. این پرسشنامه در جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت‌های خاص، تعیین سیاست‌های بهداشتی و بررسی کارائی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می‌توان آنرا به کار برد که پر کردن آن به صورت خود اجرا و یا به کمک پرسشگر یا به صورت حضوری یا تلفنی، امکان پذیر است. این پرسشنامه ۴ فاکتور اصلی سلامتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت عمومی، سلامت اجتماعی، و سلامت روانی (۱۳). میزان خام هر ۴ جنبه از حداقل عدد صفر تا حداکثر عدد ۱۳۵ درجه بندی می‌شود. در این اندازه گیری عددی برای هر کدام از جنبه‌های ۴ گانه به دست می‌آید که نشان دهنده کیفیت زندگی فرد در آن جنبه است (۱۴). برای تفسیر داده‌ها در بخش سلامت عمومی حداقل و حد اکثر نمره ۲۱ - ۰، در بخش سلامت جسمی حداقل و حد اکثر نمره ۲۷ - ۰، در بخش سلامت روانی حداقل و حد اکثر نمره ۱۲ - ۰، سلامت اجتماعی ۳۸ - ۰ و در نهایت و به طور کلی، کسب نمره ۳۶-۰ کیفیت زندگی پایین، ۸۰-۳۷ متوسط و ۱۳۵-۸۱ نشان دهنده کیفیت زندگی بالا است.

پس از این مرحله پژوهشگران با مراجعه به جمعیت مورد مطالعه و با توضیح هدف از انجام پژوهش و نیز اطمینان به واحدهای مورد مطالعه در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و نیز اختیاری بودن شرکت در مطالعه پرسشنامه‌های بدون نام را در بین آنها توزیع نموده و سپس اطلاعات گردآوری شده تجزیه و تحلیل انجام شد. لازم به ذکر است که در زمان مطالعه ساکنان سرای سالمندان مورد بررسی دارای ۹۳ نفر بودند که از این میان ۲۰ نفر از آنان شرایط ورود به مطالعه را نداشتند و در نهایت مطالعه با ۷۳ نفر انجام گرفت.

دهندگان مراقبت به این افراد باشد. به علاوه سالمندی دوران حساسی از زندگی بشری است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای این دوران توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد (۱۱). با توجه به اینکه در کشور ما مطالعات اندکی در مورد کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفته، این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان در سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اهواز و خرمشهر در سال ۱۳۸۸، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که در آن جامعه پژوهشی شامل کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهرستانهای خرمشهر و اهواز بوده که در این مطالعه تمامی سالمندان ساکن در سرای سالمندان که واجد معیارهای ورود به مطالعه (هوشیاری، تشخیص قطعی دیابت، تمایل جهت شرکت در مطالعه) بودند و از آنجایی که سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان خرمشهر و اهواز زن بودند شامل ۷۳ سالمند زن بوده، در این مطالعه به روش سرشماری انتخاب گردیده و در مطالعه شرکت نمودند. پس از توضیح اهداف پژوهش برای سالمندان ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش که حاوی ۶ سوال بود به آن‌ها داده شد.

پرسشنامه SF-36، که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران بکار رفته است و روایی و پایایی آن به خوبی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲). پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه جهت ارزیابی سلامت

و ارتباط کیفیت زندگی با بعضی متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است.

همه شرکت کنندگان در این پژوهش مؤنث بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۷۵/۵۲ ($SD=11/39$) و دامنه سنی آنها از ۶۰ تا ۱۰۲ سال بود. میانگین کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش ۶۵/۵۹ یعنی در حد متوسط بوده است. سایر خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با بکارگیری روشهای آمار توصیفی و سپس با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه بررسی گردید. انجام آنالیز با استفاده از نرم افزار آماری spss 13.0 صورت گرفت. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جهت بررسی نتایج این پژوهش ابتدا ویژگیهای دموگرافیک افراد مورد مطالعه، سپس نمره کیفیت زندگی افراد در حیطه‌های مختلف

جدول شماره ۱: ویژگی‌های فردی نمونه‌های مورد پژوهش

درصد	فراوانی	سن	متغیر
۳۲/۹	۲۴	زیر ۶۹ سال	وضعیت تاهل
۳۱/۵	۲۳	۷۰ تا ۷۹ سال	
۲۴/۷	۱۸	۸۰ تا ۸۹ سال	
۱۱	۸	بالا تر از ۹۰ سال	تحصیلات
۱۳/۷	۱۰	مجرد	
۶/۸	۵	متاهل	
۴/۱	۳	مطلقه	بیماری مزمن
۷۵/۳	۵۵	بیوه	
۸۶/۳	۶۳	بیسواد	
۹/۶	۷	ابتدائی	سایر بیماری‌ها
۴/۱	۳	دیپلم	
۳۳/۹	۲۴	فشارخون بالا	
۸/۲	۶	دیابت	
۵۸/۹	۴۳	سایر بیماری‌ها	

جدول شماره ۲. رابطه کیفیت زندگی سالمندان در حیطه‌های مختلف با سطح تحصیلات

حیطه	سطح تحصیلات	بیسواد	ابتدایی	دیپلم	P
سلامت اجتماعی	۲۷	۲۷/۵۷	۲۵	P=۰/۸	
سلامت روانی	۸/۲۸	۸	۷/۳۳	P=۰/۸	
سلامت جسمانی	۱۲/۱۳	۱۳/۸۶	۱۹/۶۷	P=۰/۰۶	
سلامت محیطی (عمومی)	۷/۰۵	۱۱/۵۷	۱۱	P<۰/۰۵	
کلی	۵۸/۷۵	۶۵/۱۴	۶۶	P=۰/۳۷	

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط بین کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت و تنها در حیطه سلامت عمومی ($P<۰/۰۵$) از نظر آماری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. با وجود افزایش کیفیت زندگی کلی با افزایش سطح تحصیلات، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول شماره ۳. رابطه بین کیفیت زندگی سالمندان در حیطه‌های مختلف با سن

حیطه	سن کمتر از ۷۰	۷۱ تا ۸۰ سال	۸۱ تا ۹۰ سال	بیشتر از ۹۱ سال	P
سلامت اجتماعی	۲۶/۷۶	۲۷/۸۱	۲۶/۵	۲۶/۴۲	P=۰/۹
سلامت روانی	۷/۲۸	۹/۳۳	۸/۷	۷/۷	P=۰/۱
سلامت جسمانی	۱۳/۶	۱۴/۳	۱۰/۱۹	۹	P<۰/۰۵
سلامت محیطی (عمومی)	۸/۲۴	۹/۳۳	۶/۳۱	۳/۱۴	P<۰/۰۵
کلی	۸/۹	۹/۲	۸/۶	۸/۱	P=۰/۵

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط بین کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف با سن مورد بررسی قرار گرفت که این رابطه در حیطه‌های سلامت جسمانی ($P=۰/۰۳$) و سلامت عمومی ($P=۰/۰۳$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

جدول شماره ۴. رابطه بین کیفیت زندگی سالمندان در حیطه‌های مختلف با بیماری‌های مزمن

حیطه	بیماری مزمن	فشار خون بالا	دیابت	بیماری‌های ریوی	سایر بیماری‌ها	وجود چند بیماری همزمان	P
سلامت اجتماعی	۲۵/۵	۲۹/۳	۲۷/۵	۲۷/۴	۲۵/۲	P=۰/۵	
سلامت روانی	۷/۸	۸/۵	۸/۵	۸/۹	۸/۲	P=۰/۷	
سلامت جسمانی	۱۱/۶	۱۴/۲	۱۲	۱۲/۸	۹/۲۵	P<۰/۰۵	
سلامت محیطی (عمومی)	۷/۹	۷/۷	۸/۷	۷/۳	۵/۵	P<۰/۰۵	
کلی	۸/۹	۸/۸	۹/۷	۸/۷	۸/۶	P=۰/۹	

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط بین کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف و وجود بیماری مزمن مورد بررسی قرار گرفت که این رابطه در حیطه‌های سلامت جسمانی ($P=۰/۰۳$) و سلامت محیطی ($P=۰/۰۴$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

جدول شماره ۵. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان در حیطه‌های مختلف با محل سکونت

حیطه	محل سکونت	اهواز	خرمشهر
سلامت اجتماعی	۲۷/۶	۲۳/۸	$P < 0/05$
سلامت روانی	۸/۴	۷/۶	$P = 0/05$
سلامت جسمانی	۱۳/۲	۹/۹	$P < 0/05$
سلامت محیطی (عمومی)	۷/۵	۸/۲	$P = 0/07$
کلی	۹/۸	۸/۴	$P = 0/04$

با استفاده از آزمون تی مستقل برای هر حیطه از بین کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف با محل سکونت مورد بررسی قرار گرفت که این اختلاف در حیطه‌های سلامت جسمانی ($P = 0/04$) و سلامت اجتماعی ($P = 0/04$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

شایان ذکر است، بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی و وضعیت تاهل ($P = 0/62$)، مدت اقامت در سرای سالمندان ($P = 0/4$) و میزان درآمد ($P = 0/3$) اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد عوامل متفاوتی مانند محل سکونت بر کیفیت زندگی سالمندان موثر بوده است. بین کیفیت زندگی در بعضی حیطه‌ها و محل سکونت ارتباط آماری معنی‌دار بود. به عقیده محققان یکی از عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان، محیط و شرایط زندگی افراد سالمند می‌باشد (۱۴) و بدیهی است که در برنامه ریزی‌ها جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان یکی از موارد مورد بررسی می‌بایست، شرایط و نیز امکانات موجود در محیط زندگی افراد باشد.

شرکت کنندگان بوده است و این فاکتور در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج متفاوتی نیز به دست آمده است. در مطالعه Albockordi و همکاران (۱۳۸۳)، بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معکوس ضعیفی به دست آمده بود (۱۲). در مطالعه آهنگری و همکاران (۱۳۸۶)، بین سن با کیفیت زندگی ارتباط معکوسی وجود داشت یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی افراد پایین می‌آمد (۱۵). در مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶)، این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود (۸). Hellstrom & Hallberg (۲۰۰۱)، در مطالعه ای روی ۴۴۸ فرد سالمند دریافتند که سن بالاتر ارتباط معنی‌دار ولی ضعیفی با کیفیت زندگی دارد و با افزایش سن کیفیت زندگی سالمندان نیز ضعیفتر می‌گردد (۱۶). در مقابل در مطالعه Ng و همکاران (۲۰۰۵)،

در مطالعه خود بر روی ۹۶ سالمند نشان داد که درآمد نقش چندانی در کیفیت زندگی افراد ندارد (۲۰). Raphael و همکاران (۱۹۹۷) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده نکردند (۲۶). Bowling و همکاران (۲۰۰۲) و نیز Kleinpell و Ferrans (۲۰۰۲)، در مطالعات خود ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد افراد سالمند و کیفیت زندگی گزارش نکردند (۱۷ و ۱۸). اما Sarvimaki و Stenbock-Hult (۱۹۹۸)، ضمن تأکید روی میزان درآمد افراد به عنوان یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی در افراد سالمند، در مطالعه خود نشان دادند که سالمندانی که از میزان درآمد بالاتری برخوردار هستند، کیفیت زندگی بالاتری نیز دارند (۲۱). همچنین در مطالعه Howell و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده شد که درآمد کافی و رفاه اقتصادی مناسب با کیفیت زندگی در سالمندان مرتبط است (۲۲). مطالعه Law (۲۰۰۵) نیز نشان داد که منابع مالی و میزان درآمد افراد سالمند ارتباط مثبت و معنی‌داری با کیفیت زندگی در سالمندان دارد (۲۳).

همچنین نتایج مطالعه در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی کلی و سطح تحصیلات سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر خرمشهر و اهواز ارتباط نیز از نظر آماری معنی‌دار نشد ولی در حیطه سلامت عمومی رابطه آماری معنی‌دار بود. در مطالعه آهنگری و همکاران (۱۳۸۶) بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی افراد، ارتباط معنی‌داری و مثبتی وجود داشت (۱۵). در مطالعه Sarvimaki و Stenbock-Hult (۱۹۹۸)، نیز این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود و افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردار بودند (۲۴). در مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶)، ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و سطح

تفاوت معنی‌داری بین سن شرکت کنندگان و کیفیت زندگی به دست نیامد (۱۰). Kleinpell & Ferrans (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی و سن در سالمندان، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۱۷).

Bowling و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری را بین سن و کیفیت زندگی در سالمندان گزارش نکردند (۱۸). صرفنظر از یافته‌های متفاوت در مورد ارتباط کیفیت زندگی با افزایش سن در سالمندان، محققان معتقدند که افزایش سن با تغییرات شناختی و جسمی متعددی در سالمندان همراه است به طوری‌که با افزایش سن این تغییرات شدیدتر و مشخص‌تر می‌گردند که در نتیجه این تغییرات کیفیت زندگی در سالمندان با سن بالاتر نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۴).

نتایج این مطالعه ارتباط معنی‌داری را بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف نشان نداد که با مطالعه Zissi و همکاران (۱۹۹۸) و نیز مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶) همراستا بوده که در مطالعات ذکر شده نیز این ارتباط معنی‌دار نبوده اند (۸ و ۱۹).

بین حیطه ای مختلف کیفیت زندگی و میزان درآمد سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر خرمشهر و اهواز ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نشد. عدم تفاوت معنی‌دار آماری در این مطالعه را می‌توان به میزان درآمد (میانگین ۲۱۰ هزار تومان در ماه) نزدیک افراد نسبت به یکدیگر توجیه کرد. در این رابطه نیز مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی را گزارش نموده اند. در مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۵) بین کیفیت زندگی و میزان درآمد ارتباط معکوس ضعیفی وجود داشت بدین ترتیب که با افزایش میزان درآمد افراد سالمند، کیفیت زندگی آنها بدتر می‌شد (۱۵). Wilder (۱۹۹۵)

زندگی پایین تری نیز برخوردار بودند (۸). در مطالعه Ng و همکاران (۲۰۰۵) نیز این ارتباط معنی دار بود (۱۰). و به طور کلی اغلب مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که وجود بیماریهای جسمی یکی از عوامل تأثیر گذار مهم بر کیفیت زندگی در افراد سالمند می باشد (۲۴ و ۱۹).

در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و جنسیت سالمندان قابل ذکر است که؛ از آنجائیکه همه شرکت کنندگان در این مطالعه زن بودند لذا امکان مقایسه و بررسی ارتباط این فاکتور با کیفیت زندگی امکان پذیر نبود با این وجود مطالعات مختلف این فاکتور را مورد بررسی قرار داده اند که نتایج متفاوتی نیز به دست آمده است اما اکثر مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی در سالمندان زن به طور کلی نسبت به سالمندان مرد پایینتر است و سالمندان مرد از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردار می باشند (۱۴). در مطالعه وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) نیز این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود و مردان سالمند کیفیت زندگی بهتر داشتند (۱۱). در مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶) بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت و کیفیت زندگی سالمندان مرد به طور معنی داری بالاتر از کیفیت زندگی در سالمندان زن گزارش گردید (۸). Zissi و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین جنس و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده نکردند (۱۹). به عقیده برخی از محققین تفاوت در کیفیت زندگی در سالمندان مرد و زن می توانند به دلیل تبعیضات جنسی مرتبط با فرهنگ ما و انجام فعالیتهای سنگین و فشارهای روحی زیاد نسبت به ظرفیت آنها، در زنان از توانایی جسمی و روحی آنها در سنین سالمندی کاسته می شود که همین امر نیز موجبات کاهش کیفیت زندگی آنها را فراهم می کند (۱۵).

تحصیلات گزارش گردید و افراد با سطح تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی بهتری داشتند (۸). در مقابل، در مطالعه Ng و همکاران (۲۰۰۵)، ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی مشاهده نشد (۱۰). در مطالعه Bowling و همکاران (۲۰۰۲) نیز ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی مشاهده نشد (۱۸).

ارتباط بین کیفیت زندگی و مدت اقامت سالمندان (میانگین ۱۲/۲۳ ماه) در سرای سالمندان معنی دار نشد. در این رابطه seng و Wang (۲۰۰۱) در مطالعه خود بر روی سالمندان مقیم در سرای سالمندان نشان دادند که طول مدت اقامت افراد سالمند در خانه های سالمندی با کیفیت زندگی آنها ارتباط معنی دار منفی دارد یعنی با افزایش طول مدت اقامت افراد سالمند در سرای سالمندان کیفیت زندگی آنها نیز بدتر می شد (۲۵).

ارتباط بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی و سابقه بیماریهای مزمن از نظر آماری معنی دار بود؛ افراد با بیماریهای مزمن از کیفیت زندگی پایین برخوردار بودند. به عقیده محققان سلامت جسمی به عنوان یکی از حیطه های چندگانه کیفیت زندگی، تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی افراد دارد به علاوه سلامت و وضعیت جسمی افراد با تأثیر بر سایر حیطه ها و ابعاد کیفیت زندگی، سبب تأثیرگذاری بیشتر بر کیفیت زندگی می گردد. در همین راستا مطالعات مختلفی در این رابطه انجام گرفته و این مطالعات به کرات ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و وجود بیماریهای مزمن گزارش کرده اند (۸ و ۱۰ و ۲۵). در مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶) نیز یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان، وجود و تعدد بیماریهای مزمن گزارش گردید به طوری که افرادی که دارای تعداد بیشتر بیماریهای مزمن بودند، از کیفیت

افزایش امکانات محیطی و رفاهی خانه‌های سالمندان، مشابه نمودن محیط خانه‌های سالمندی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب خانواده‌ها و دوستان فرد سالمند به سرکشی منظم به فرد، می‌تواند سودمند باشد. در این مطالعه محدودیت‌هایی مانند محدودیت جنسی در محیط پژوهش وجود داشت که تعمیم دهی این مطالعه را با مشکل مواجه ساخت.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از شورای پژوهشی دانشکده پرستاری آبادان به خاطر زحمات برای اصلاح و تصویب طرح و از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به خاطر تقبل هزینه‌های طرح تقدیر و تشکر به عمل آوریم.

کیفیت زندگی یکی از مقوله‌هایی است که در مطالعات اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است، زیرا به عنوان یکی از فاکتورهای پیش‌گویی کننده وضعیت سلامتی و پیش‌آگهی درمان و نیز وضعیت عملکردی افراد به خصوص افراد سالمند، مد نظر می‌باشد لذا توجه به آن از اهمیت بالایی برخوردار است. نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت این گروه از سالمندان در حد متوسط بوده (در هر دو شهر) که با توجه به اهمیت کیفیت زندگی بر روی عملکرد کلی افراد و وضعیت سلامتی این وضعیت، ایده آل نبوده و نیاز به بررسی بیشتری دارد. همچنین به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمندان به طور کلی نسبت به سالمندان جامعه از وضعیت نامطلوبتری برخوردار است لذا به نظر می‌رسد پیشنهادهایی در ارتباط با آموزش به خانواده در مورد بازنگری در سپردن سالمندان به خانه‌های سالمندی و نیز بهبود کیفیت و

References

- 1- Abedi H, Alavi M, Aseman rafat N, Yazdani M. Nurse-elderly patients relationship experiences in hospital wards- a qualitative study. IJNMR 2005; 10 (Persian).
- 2- Hekmati pour N, Taheri N, Hojjati H, Rabiee SH. Evaluation of the relationship between social support and Quality of Life in Elderly patient with Diabetes. ZBMUS 2015; 10: 43-50(Persian).
- 3- Fuller BG1, Stewart Williams JA, Byles JE. Active living--the perception of older people with chronic conditions. Chronic Illn. 2010;6: 294- 305
- 4- Tajour M, editor. Elderly Hygiene. 1st ed. Tehran: Nasle Farda Pub; 2005 (Persian).
- 5- Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of quality of life in older age. Aging and Mental Health 2002; 6: 355-371.

- 6- Osborne RH, Hawthorne G, Lew EA, Gray L C. Quality of life assessment in the community-dwelling elderly: validation of the assessment of quality of life instrument and comparison with SF 36. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56: 138–147.
- 7- Nilsson J, Rana M, Luong D.H, Winblad B, Kabir Z. N. Health-Related Quality of Life in Old Age: A Comparison Between Rural Areas in Bangladesh and Vietnam. *Asia Pac J Public Health* 2012; 24: 610-19
- 8- Lee TW, Ko S, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 293–300.
- 9- Tu Y-C, Wang RH, Yeh S-H. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 673-80.
- 10- Ng SH, Kama PK, Pongb W MR. People living in ageing buildings: Their quality of life and sense of belonging. *J Environ Psychol* 2005; 25: 347–360
- 11- Vahdani nia M, Goshtasbi A, Maftoun F. Quality of Life Related to health in the elderly. *Payesh Journal* 2005; 4(3): 113- 20(Persian).
- 12- Albockordi M, Ramezani MA, Qraizi FS. evaluate the quality of life (QoL) among elderly persons aged above 60 years living in Shahinshahr of Isfahan province in the year 2004; *AJMUS* 2007; 5: 701-7 (Persian).
- 13- Lassey, WR & Lassey, ML, editors. *Quality of life for older people: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall 2001.
- 14- Kelley- Gillespie N. *Perception of Quality of life of the elderly [dissertation]*. College of Social Work, the University of Utah, 2003.
- 15- Ahaangari M, Arjmand Hesabi M, Kamali M. Quality of life in elderly Member of Cultural centers in Tehran. *Iranian journal Ageing* 2005; 2: 182- 9(Persian).
- 16- Hellström Y, Hallberg RI. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health Soc Care Community* 2001; 9 (2): 61- 71.
- 17- Kalispell RM & Ferrans CE. Quality of life of elderly patients after treatment in ICU. *Research in Nursing & Health* 2002; 25: 212-21.
- 18- Bowling A, Banister D, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of qol in old age. *Aging Ment Health* 2002; 6: 355- 71.

- 19- Zissi A, Barry MM, Cochrane R. A meditational model of Quality of life for individual with sever mental health problems. *Psychol Med* 1998; 28: 1221-320.
- 20- Wilder BW. The relationship of selected demographic characteristics, healthy condition, and personality hardiness with quality of life in older adults [dissertation]. Birmingham: University of Alabama, 1995.
- 21- Raphael D, Brown I, Renwick R, Root man I. Quality of life: What are the implications for health promotion? *American Journal of health and behavior* 1997; 21 (2): 118-28.
- 22- Howell R, Margaret L. Kern & Sonja Lyubomirsky. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review* 2007; 1: 83- 136
- 23- Low, Gail. Quality of life among older adults: a proposed conceptual model. Diss. 2005.
- 24- Sarvimaki A, Stenbock-Hult B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *J Adv Pract Oncol* 2000; 32: 1025-033.
- 25- Tseng S, Wang R. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. *Public Health Nursing* 2001; 18: 304-11