

## Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes

Taheri N<sup>1</sup>, Fereydouni moghaddam M<sup>2</sup>, Cheraghian B<sup>3</sup>, Hekmati pour N<sup>4</sup>, Hojjati H<sup>5\*</sup>

### 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 سالمدان سرای سالمدان

\* نورالله ظاهری<sup>۱</sup>، مالک فریدونی مقدم<sup>۲</sup>، بهمن چراغیان<sup>۳</sup>، نفیسه حکمتی پور<sup>۴</sup>، حمید حجتی<sup>۵</sup>

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 سین سالمدان تأثیر می‌گذارند، هم‌زمان با مسن شدن جمعیت به عنوان یک واقعیت اجتماعی از اهمیت والایی برخوردار می‌باشد، چرا که آگاهی بیشتر نسبت به فاکتورهایی که روی کیفیت زندگی افراد سالمدان تأثیر می‌گذارد، می‌تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد. هدف از انجام این پژوهش تعیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمدان ساکن سرای سالمدان می‌باشد.

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

**یافته ها:** میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه  $S.D=11/39$  و دامنه سنی آنها از ۶۰ تا ۱۰۲ سال بود. بین کیفیت زندگی سالمدان و سطح تحصیلات ( $P<0.05$ )، وجود بیماری مزمن ( $P<0.001$ ) و محل سکونت ( $P=0.04$ ) رابطه آماری معنی‌دار بود. بین کیفیت زندگی و وضعیت تا هل ( $P=0.02$ )، مدت اقامت ( $P=0.04$ ) و میزان درامد ( $P=0.03$ ) اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمدان به طور کلی نسبت به سالمدان جامعه از وضعیت نامطلوبتری برخوردار است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با مشابه نمودن محیط خانه‌های سالمدانی به محیط خانواده افراد تا حد امکان و نیز ترغیب خانواده‌ها و دوستان فرد سالمدان به سرکشی منظم به فرد، کیفیت زندگی در خانه سالمدان را ارتقا دهند.

**کلید واژه ها:** سالمدان، کیفیت زندگی، خانه سالمدان

- ۱ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری آبادان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور ، اهواز، ایران
- ۲ - دانشجوی دکرای 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 کنول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کنول، ایران
- ۵ - باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علی آباد کنول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کنول، ایران  
(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: h\_hojjati1362@yahoo.com

## مقدمه

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 انتکایی 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 کرده‌اند. 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 داشته‌اند(۹).

پدیده شهر نشینی<sup>۱</sup> در عصر حاضر به طور فزاینده‌ای باعث افزایش اقامت افراد در خانه‌های سالمندان شده است که این امر نه تنها موجب تغییر در محل زندگی آنها می‌گردد بلکه همنشینی یا همچواری 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

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 دنیا 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 سینه سالمندی تأثیر می‌گذارند، هم‌زمان با پیشرانش شدن جمعیت به عنوان یک واقعیت اجتماعی از اهمیت والاًی برخوردار می‌باشد(۸)، چرا

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 کلائی 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 حداقل عدد ۱۳۵ دارد. 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، ۳۷-۸۰ متوسط و ۸۱-۱۳۵ نشان دهنده کیفیت زندگی بالا است.

پس از این مرحله پژوهشگران با مراجعته به جمعیت مورد مطالعه و با توضیح هدف از انجام پژوهش و نیز اطمینان به واحدهای مورد مطالعه در خصوص محترمانه 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 سالمدان 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 سالمدان دوران حساسی از زندگی بشری است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای این دوران توجه به کیفیت زندگی در سالمدان نیز امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد (۱۱). با توجه به اینکه در کشور ما مطالعات اندکی در مورد کیفیت زندگی سالمدان انجام گرفته، این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمدان در سالمدان ساکن سرای سالمدان شهر اهواز و خرمشهر در سال ۱۳۸۸، انجام گرفت.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که در آن جامعه پژوهشی شامل کلیه سالمدان ساکن در سرای سالمدان شهرستانهای خرمشهر و اهواز بوده که در این مطالعه تمامی سالمدان ساکن در سرای سالمدان که واجد معیارهای ورود به مطالعه (هوشیاری، تشخیص قطعی دیابت، تمایل جهت شرکت در مطالعه) بودند و از آنجایی که سالمدان مقیم در خانه‌های سالمدان خرمشهر و اهواز زن بودند شامل ۷۳ سالمدان زن بوده، در این مطالعه به روش سرشماری انتخاب گردیده و در مطالعه شرکت نمودند. پس از توضیح اهداف پژوهش برای سالمدان ابزار گرد آوری 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  $75/52$  ( $SD=11/39$ ) و دامنه سنی آنها از  $102$  تا  $60$  سال بود. میانگین کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش  $65/59$  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  $0/05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

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 | فرآوانی | سن                | متغیر       |
|------|---------|-------------------|-------------|
| ۳۲/۹ | ۲۴      | زیر ۶۹ سال        |             |
| ۳۱/۵ | ۲۳      | ۷۰ تا ۷۹ سال      |             |
| ۲۴/۷ | ۱۸      | ۸۰ تا ۸۹ سال      |             |
| ۱۱   | ۸       | بالا تر از ۹۰ سال |             |
| ۱۳/۷ | ۱۰      | مجرد              | وضعیت تأهل  |
| ۶/۸  | ۵       | متاهل             |             |
| ۴/۱  | ۳       | مطلقه             |             |
| ۷۵/۳ | ۵۵      | بیوه              |             |
| ۸۶/۳ | ۶۳      | بیسواند           | تحصیلات     |
| ۹/۶  | ۷       | ابتدا             |             |
| ۴/۱  | ۳       | دیبلم             |             |
| ۳۳/۹ | ۲۴      | فشارخون بالا      | بیماری مزمن |
| 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 | بیسوساد | ابتداي | دبللم  |
|---------------------|-------------|---------|--------|--------|
| 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 تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. با وجود افزایش کیفیت زندگی کلی با افزایش سطح تحصیلات، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط مختلف و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت و تنها در حیطه سلامت عمومی ( $P<0/05$ ) از نظر آماری

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

| حیطه                | سن    | کمتر از ۷۰ سال | ۷۱ تا ۸۰ سال | بیشتر از ۹۰ سال | ۹۱     |
|---------------------|-------|----------------|--------------|-----------------|--------|
| 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 | فسار خون بالا | دیابت | سایر بیماری‌ها | بیماری‌های ریوی | وجود چند بیماری | همزان  |
|---------------------|-------------|---------------|-------|----------------|-----------------|-----------------|--------|
| سلامت اجتماعی       | ۲۵/۵        | ۲۹/۳          | ۲۷/۵  | ۲۷/۴           | ۲۷/۴            | ۲۵/۲            | P=۰/۵  |
| سلامت روانی         | ۷/۸         | ۸/۵           | ۸/۵   | ۸/۹            | ۸/۹             | ۸/۲             | P=۰/۷  |
| سلامت جسمانی        | ۱۱/۶        | ۱۴/۲          | ۱۲    | ۱۲/۸           | ۱۲/۸            | ۹/۲۵            | P<۰/۰۵ |
| سلامت محیطی (عمومی) | ۷/۹         | ۷/۷           | ۸/۷   | ۷/۳            | ۷/۳             | ۵/۵             | P<۰/۰۵ |
| کلی                 | ۸/۹         | ۸/۸           | ۹/۷   | ۸/۷            | 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 سالمدان 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=0.5  |
| سلامت جسمانی        | ۱۳/۲      | ۹/۹   | P<0.05 |
| سلامت محیطی (عمومی) | ۷/۵       | ۸/۲   | P=0.7  |
| کلی                 | ۹/۸       | ۸/۴   | P=0.4  |

شایان ذکر است، بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی و وضعیت تا هل(P=0.62)، مدت اقامت در سرای سالمدان (P=0.4) و میزان درامد (P=0.3) اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

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=0.4) از نظر آماری معنی‌دار بود.

## بحث و نتیجه گیری

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 Ahnگری 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 سالمدان دریافتند که سن بالاتر ارتباط معنی‌دار ولی ضعیفی با کیفیت زندگی دارد و با افزایش سن کیفیت زندگی سالمدان نیز ضعیفتر می‌گردد (۱۶). در مقابل در مطالعه Ng و همکاران (۲۰۰۵)،

مطالعه حاضر نشان داد عوامل متفاوتی مانند محل سکونت بر کیفیت زندگی سالمدان 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 سالمدان، محیط و شرایط زندگی افراد سالمند می‌باشد (۱۴) و بدیهی است که در برنامه ریزی‌ها جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمدان یکی از موارد مورد بررسی می‌باشد، شرایط و نیز امکانات موجود در محیط زندگی افراد باشد.

در این مطالعه بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار ضعیفی وجود داشت یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی افراد بدتر می‌شد که این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود. یکی از موارد موردن توجه محققان در مقوله کیفیت زندگی در مطالعات مختلف، همواره سن

در مطالعه خود بروي ۹۶ سالمند نشان داد که درآمد نقش چندانی در کیفیت زندگی افراد ندارد (۲۰). Raphael و همکاران (۱۹۹۷) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین میزان درآمد و کیفیت زندگی سالمندان مشاهده نکردند (۲۶). و Bowling (۲۰۰۲)، Ferrans و همکاران (۲۰۰۲) نیز کیفیت زندگی گزارش نکردند (۱۷ و ۱۸). اما Sarvimaki (۱۹۹۸)، 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 معنی داری 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 معنی دار نشد ولی در حیطه سلامت عمومی رابطه آماری معنی دار بود. در مطالعه آهنگری و همکاران (۱۳۸۶) بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی افراد، ارتباط معنی داری و مثبتی وجود داشت (۱۵). در مطالعه Stenbock-Hult و Sarvimaki (۱۹۹۸)، نیز این ارتباط از نظر آماری معنی دار بود و افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردار بودند (۲۴). در مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶)، ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی و سطح

تفاوت معنی داری 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 معنی داری وجود ندارد (۱۷).

Bowling و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری را بین سن و کیفیت زندگی در سالمندان گزارش نکردند (۱۸). صرفنظر از یافته های 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 طوری که با افزایش سن این تغییرات شدیدتر و مشخص تر می گردد که در نتیجه این تغییرات کیفیت زندگی در سالمندان با سن بالاتر نیز تحت تأثیر قرار می گیرد (۱۴).

نتایج این مطالعه ارتباط معنی داری را بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی در حیطه های مختلف نشان نداد که با مطالعه Zissi و همکاران (۱۹۹۸) و نیز مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۶) هم راستا بوده که در مطالعات ذکر شده نیز این ارتباط معنی دار 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 معنی دار نشد. عدم تفاوت معنی دار آماری در این مطالعه را می توان 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 می شد (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 غالب مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان داده است که وجود بیماریهای جسمی یکی از عوامل تأثیر گذار مهم بر کیفیت زندگی در افراد سالمدان می باشد (۲۴ و ۱۹).

در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و جنسیت سالمدان قابل ذکر است که؛ از آنجاییکه 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 سالمدان زن به طور کلی نسبت به سالمدان مرد پایینتر است و سالمدان 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 سالمدان مرد به طور معنی داری بالاتر از کیفیت زندگی در سالمدان زن گزارش گردید (۸). Zissi و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین جنس و کیفیت زندگی سالمدان مشاهده نکردند (۱۹). به عقیده برخی از محققین تفاوت در کیفیت زندگی در سالمدان مرد و زن می تواند 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 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 سالمدان (میانگین ۱۲/۲۳ ماه) در سرای سالمدان معنی دار نشد. در این رابطه seng و Wang (۲۰۰۱) در مطالعه خود بر روی سالمدان مقیم در سرای سالمدان 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 سالمدان 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 تأثیر گذاری 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 سالمدان، 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 دهنده 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 چندی 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 پیش گویی کننده وضعیت سلامتی و پیش آگهی 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. 1<sup>st</sup> 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