

Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents

Safavi S.H¹

Abstract

Introduction and purpose: Aging is a natural and inevitable process that every human being go thorough. Elderly residing at nursing homes experience more stress and depression that eventually affect their quality of life compared to elderly living in their own home. Meanwhile, social support can promote elderly's quality of life. Therefore, the aim of the present study was to compare quality of life, social support and depression among old people living in their own home and nursing home residents.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted in Gilan, north of Iran, 2014 to 2015. Participants in this study were collected using convenience sampling method and composed of 108 individuals (equal numbers of elderly living in their own home and nursing home residents). Data were collected using three questionnaires including SF-12 Quality of Life, Voux Social Support Inventory and Beck Depression Inventory. Data were analyzed using multiple analysis of variance (MANOVA).

Finding: Results of the present study revealed that elderly living in their own home had better quality of life ($F= 288.358$, $p<0.01$), higher social support ($F= 185.589$, $p<0.01$) and lower Depression ($X= 302.266$, $p<0.001$) in comparison to elderly residing in nursing home.

Conclusion: According to the results of the current study, it is better to accommodate elderly in their own home till last day of their life. This is due to the fact that old people are more dynamic in their own home, would be able to take care of children, maintaine their relationships and receive support from family members.

Keyword : Quality of Life, Social Support , Depression , Elderly.

Received: 2014/10/7

Accepted: 2015/05/10

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 - Lecturer, Payame Noor University of Gilan, Gilan, Iran
(Corresponding Author): E-mail: hakime_iran_333@yahoo.com

مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان و مقیم در منزل

سید حکیمه صفوی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: پیر شدن فرآیندی است که همه افراد آن را تجربه می کنند. به علاوه سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می کنند در مقایسه با آنهایی که در منزل زندگی می کنند، استرس ها و افسردگی های بسیاری را تحمل کرده که کیفیت زندگی شان را تغییر می دهد. در این بین، حمایت اجتماعی می تواند کیفیت زندگی شان را افزایش دهد. هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان و مقیم در منزل بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، با استفاده از نمونه گیری در دسترس در سرای سالمندان و خوشه ای در منزل، ۱۰۸ سالمند شامل ۵۴ نفر مقیم در منزل و ۵۴ نفر مقیم سرای سالمندان واجد شرایط استان گیلان در سال ۹۵-۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه های استاندارد کیفیت زندگی (Short form 12=SF-12)، حمایت اجتماعی و کس، و افسردگی بک بود. داده ها از طریق روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد، سالمندان ساکن در منزل نسبت به سالمندان مقیم در خانه سالمندان، از کیفیت زندگی ($p < 0/01$)، حمایت اجتماعی ($f=288/358, p < 0/01$) و افسردگی پایین تری ($f=185/589, p < 0/01$) بالاتر و سطح افسردگی پایین تری ($f=262/745, p < 0/01$) برخوردار بودند.

نتیجه گیری: مطابق نتایج بررسی حاضر بهتر است که سالمندان تا آخرین روزها، در کانون خانواده باشند، چراکه قادر به پویا بودن، توانایی مراقبت از فرزندان، رابطه با مردم و حمایت توسط خانواده می شوند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، افسردگی، سالمند.

مقدمه

بدن در طول دوره کودکی و نوجوانی بزرگتر و قویتر می شود و هماهنگی می یابد، بعد از اینکه ساختارهای بدن در بیست تا سی سالگی به حداکثر توانایی و کارایی رسیدند، پیری زیستی، یا سالخوردگی آغاز می شود، که با تغییرات تدریجی و پیوسته ای همراه است. این محدودیت ها به نوبه خود سبب وابستگی افراد سالمند می شود، که این وابستگی به نوبه خود برخی مشکلات روانی را در پی دارد. در دوران پیری حالاتی از قبیل افسردگی، نگرانی، بی تفاوتی، خیالبافی و مانند آن بروز می کنند و دگرگونی هایی نیز در افکار احساسات، اعتقادات، ارزشها، نگرشها، رفتار، شخصیت بوجود می آید (۱).

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است. عمدتاً به علت پیشرفت علم پزشکی و بهبود شرایط زندگی تعداد افراد ۶۵ ساله و مسن تر افزایش یافته است و در حال حاضر ۱/۷ در صد جمعیت را سالمندان تشکیل می دهند (۲).

اغلب کشورهای در حال توسعه جهان، پیچیدگیهای اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیتی را که به پیرشدن ملت مشهور است، درک کرده اند. محققان در این زمینه اظهار می دارند که همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل موثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود. در کشورهای توسعه یافته بیشترین سالمندان جدا از فرزندان شان زندگی می کنند که این نیز به طور مستقیم بر کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار است. همچنین هنگامیکه سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی می شوند، نتیجه آن محدود شدن موقعیت های اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی است (۳).

گاهی اوقات کیفیت زندگی معادل رضایت از زندگی افراد تعریف می شود و شامل طیف وسیعی از رضایت افراد از کلیه مسائل زندگی خود می باشد، بررسی رضایت افراد از زندگی خود و کیفیت زندگی

می تواند عوامل سودمندی در باره مولفه های زندگی ارائه دهد که می توان آن را توسط نمره ای عددی بیان کرد. کیفیت زندگی در قرن بیستم مورد توجه زیادی قرار گرفت که عملاً تحت تاثیر متغیر های زیادی من جمله نگرش مذهبی، میزان افسردگی و حمایت اجتماعی است (۴).

به نظر می رسد شیوع افسردگی با بالا رفتن سن افزایش می یابد. ضعفهای جسمانی و بیماریهای مزمن می توانند به احساس فقدان کنترل شخصی که عامل مهمی در بهداشت روانی بزرگسالان است، بینجامد. علاوه بر این با افزایش معلولیت جسمانی و انزوای اجتماعی متعاقب آن، احساس عمیق نا امیدی بیشتر می شود. گاهی تحلیل رفتن سریع یک سالخورده بیمار، نتیجه یاس و نومیدی و « دست کشیدن از تلاش » است. این سیر قهقراپی می تواند با حرکت به سمت خانه سالمندان، شتاب بگیرد. به نحوی که، بسیاری از افراد ساکن در خانه سالمندان یک ماه پس از پذیرش، به سرعت تحلیل می روند و شدیداً افسرده می شوند (۵).

علائم و نشانه های معمول اختلالات افسردگی مشتمل بر کاهش نیرو و تمرکز، اختلال خواب، کاهش اشتها، کاهش وزن و شکایات جسمی است. بر اساس مطالعات انجام شده، سالمندان ساکن در آسایشگاه فشار روانی و افسردگی بیشتری را نسبت به سالمندان ساکن در خانه، تحمل می کنند که پیامدهای زیانباری برای آنان خواهد داشت (۶). آخرین تعارض روانی نظریه اریکسون، انسجام من در برابر نا امیدی کنار آمدن با زندگی را شامل می شود. افرادی که به انسجام دست می یابند از دستاوردهای خود احساس کامل بودن و رضایت می کنند، پیامد منفی این مرحله زمانی روی می دهد که افراد سالخورده احساس کنند تصمیمات غلط زیادی گرفته اند، فرد نا امید بدون داشتن فرصتی دیگر به سختی می تواند بپذیرد که مرگ نزدیک است و غرق در اندوه و نومیدی می شود (۷).

عامل مهم دیگری که به رضایت از زندگی افراد سالمند مرتبط است، احساس پیوند و ارتباط داشتن با دیگران است. حمایت اجتماعی در اواخر بزرگسالی نقش قدرتمندی در کاستن از استرس دارد. تعامل با دیگران افسردگی را کاهش می دهد و عزت نفس، امید و رضایت از زندگی را تقویت می کند. روابطی با کیفیت عالی که شامل ابراز دلسوزی، ترغیب و احترام باشد، بیشترین تأثیر را بر سلامت روانی سالخوردگان دارد (۸).

همچنین افرادی که از سیستم حمایتی خوبی برخوردارند کمتر بیمار می شوند و سطح استرس فیزیولوژیکی پایین تری دارند. یک سیستم حمایتی خوب مزایای عمده دیگری نیز دارد، نخست اینکه افراد حمایت کننده می توانند نیازهای عاطفی و دلبستگی سالمند را ارضاء کنند، و به زندگی شان جهت دهند و دیگر اینکه با ترغیب سالمندان برای به کار بستن تمامی سعی و تلاش خود جهت حل مشکلات زندگی به آنها کمک می کنند تا با مشکلات بهتر مقابله کنند، مزیت سوم برخورداری از سیستم های حمایتی، فراهم آوردن دوستی ها و

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که در سال ۹۵-۱۳۹۴ صورت پذیرفت. مطالعه با روش نمونه گیری در دسترس در سرای سالمندان و خوشه ای در منزل بر روی ۱۰۸ سالمند (۵۴ نفر مقیم در منزل و ۵۴ نفر در سرای سالمندان واجد شرایط استان گیلان) انجام شد که حداقل ۶۰ سال داشتند. این افراد در سال ۱۳۹۴، در یک نشست کوتاه که توسط آزمونگر در سرای سالمندان صورت گرفت، شرکت نموده و پس از تشریح روند پژوهش، داوطلب همکاری شدند. آنان پس از معاینه و تشخیص بیماری اولیه، از نظر وجود علائم بیماری های مغزی (از قبیل سکته مغزی، تومور مغزی، دمانس پیری و پارکینسونیسم) مورد معاینه قرار گرفتند.

موارد مشکوک به این بیماری ها از نمونه حذف شده و از کل

روابطی است که زندگی سالخوردگان را لذت بخش و معنادار می سازد (۹).

در خانه های سالمندان، شریکان اجتماعی بالقوه فراوان هستند، ولی تعامل کم است، معمولاً کناره گیری اجتماعی پاسخی انطباقی به این محیط های پر ازدحام و شبه بیمارستانی است. درحالی که داشتن تعامل با افراد خارج از خانه سالمندان، به رضایت از زندگی ساکنان آن کمک می کند. مطالعات نشان دادند که در افراد مبتلا به ناتوانی ذهنی افزایش حمایت اجتماعی، سبب ارتقاء سلامت روان آنها می شود. همچنین مطالعات گزارش کردند که حمایت اجتماعی در روند بهبودی بیماران تأثیر گذار است (۱۰).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سالمندی در جوامع صنعتی و در حال توسعه و ضرورت و اهمیت برنامه ریزی به منظور شناخت و تغییر در کیفیت زندگی این قشر از جامعه، چگونگی کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی سالمندان بررسی شد.

آزمودنیها (۶۲) نفر، ۵۴ نفر انتخاب شدند. به موازات آن گروه شاهد نیز از طریق نمونه گیری خوشه ای، به ۴ منطقه از پایگاه های بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهر، که ساکن منزل شخصی یا در کنار فرزندان خود زندگی می کردند، مراجعه و ۵۴ نفر از سالمندان نیز پس از معاینات اولیه، داوطلب همکاری در پژوهش شدند. پس از تشریح اهداف پژوهش، پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، حمایت اجتماعی و کس و افسردگی بک (BDI) در مورد آنها اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده های حاصله از نرم افزار SPSS و برای تحلیل داده ها و با توجه به تعداد متغیرهای وابسته و نوع داده های بدست آمده از اندازه گیری از روش های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده گردید.

ابزار پژوهش

برای گردآوری داده ها از سه پرسشنامه استفاده شده است.

۱. پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (Short Form 12=SF-12): که شامل ۱۲ سوال مربوط به ۸ بعد (عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی یا جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی-روانی، انرژی، زنده دلی، وضعیت ذهنی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی و درک سلامت عمومی) می باشد، براساس این پرسشنامه حداقل و حداکثر نمره برای کیفیت زندگی کل بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. بدین معنی که ۱۰۰ بهترین و صفر بدترین نمره کیفیت زندگی محسوب می شود (۱۱).
نصیری و همکاران (۱۳۸۵)، در پژوهش خود، پایایی این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضریب پایایی دونیمه آن را ۰/۸۷ درصد گزارش نموده اند (۱۲).

۱. پرسشنامه حمایت اجتماعی (Social Support Inventory): این مقیاس توسط Voux (۱۹۸۶)، تهیه گردیده است، که حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است. این مقیاس دارای ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در بر می گیرد (۱۳). پناغی (۱۳۸۴)، در پژوهش خود سیستم نمره گذاری این

یافته ها

جدول شماره ۱ بیانگر توزیع ویژگی های دمو گرافیک (جمعیت شناختی) نمونه های مورد مطالعه است. در این قسمت داده های به دست آمده از اندازه گیری متغیرهای مختلف، حسب مورد با استفاده از روش های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و

پرسشنامه را به صفر و یک تغییر داده و دلیل این کار را استفاده از آلفای کرونباخ ذکر کرده است. وی این آزمون را برای یک گروه صد نفری از دانشجویان و یک گروه ۲۰۰ نفری از دانش آموزان به کار برده و پایایی آزمون را در نمونه دانشجوی ۰/۹۰ گزارش کرده است (۱۴).

۲. پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventor BDI: y): پرسشنامه افسردگی بک پرسشنامه ای برای علائم هیجانی، عاطفی، انگیزشی، شناختی و جسمانی افسردگی است که ۲۱ سوال چهار گزینه ای و ۱۳ زیر مقیاس به نام های: غمگینی - بدبینی - احساس شکست خوردگی - نارضایتی - احساس گناه - از خودبیزاری - خودآزارسانی - کناره گیری - تغییر تصویر بدنی - دشواری در کار - خستگی پذیری و بی اشتهاهی فردی دارد. بک و همکاران (۱۹۸۸) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش کرده اند و روایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده اند. هر سوال چهار گزینه دارد که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۶۳ خواهد بود (۱۵). ساروی (۱۳۷۳)، در پژوهش خود با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۸۷ و ضریب پایایی به روش آزمون مجدد ۰/۸۶ گزارش کرده است (۱۶).

شاخص های توزیع توصیف می شوند. آزمودنیها شامل ۵۴ سالمند مقیم در آسایشگاه سالمندان، ۳۶ زن (۶۶/۶)، و ۱۸ مرد (۳۳/۳) و ۵۴ سالمند مقیم در منزل، ۳۲ زن (۵۹/۲) و ۲۲ مرد (۴۰/۷) بودند، که از این میان ۶۲ نفر بالای ۶۵ سال و ۴۳ نفر بین ۶۰-۶۵ سال داشتند. و اکثریت آزمودنیها از سطح تحصیلات پایین برخوردار بودند.

جدول شماره (۱) خلاصه شاخص های آماری مربوط به نمره های سالمندان مقیم در منزل ($n=54$)
و مقیم در آسایشگاه ($n=54$) در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی

گروه ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
مقیم در منزل	کیفیت زندگی	۷۱/۹۲	۱۶/۵۲	-۰/۲۸۴	-۱/۰۷۶
	حمایت اجتماعی	۱۷/۵۹	۳/۵۳	-۰/۴۹۵	-۰/۸۹۱
	افسردگی	۲۰/۸۷	۵/۲۸	۰/۷۰۸	-۰/۲۲۴
مقیم در آسایشگاه	کیفیت زندگی	۲۹/۹۴	۷/۵۳	۰/۳۳۱	-۰/۱۳۸
	حمایت اجتماعی	۹/۳۱	۲/۷۳	۰/۴۸۰	۰/۷۱۰
	افسردگی	۴۴/۶۸	۹/۴۱	-۰/۳۲۸	-۰/۴۲۲

آماري، در مورد آزمون فرضیه تحقیق، (بین سالمندان مقیم در منزل و مقیم در آسایشگاه در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی تفاوت وجود دارد) نتایج تفصیلی این محاسبه ها در ادامه ارائه شده است.

براساس اطلاعات جدول شماره (۱) در خصوص توزیع نمره های سالمندان مقیم در منزل و مقیم در آسایشگاه در متغیرهای کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی، و شاخص های مختلف به ویژه کجی و کشیدگی نشان می دهد که توزیع نمره ها در متغیرهای اندازه گیری شده به توزیع نرمال میل دارند. در این تحقیق، در مرحله تحلیل

جدول شماره (۲) خلاصه آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

ام باکس	F	Df1	Df2	احتمال معناداری
۱۱۱/۳۸۸	۱۷/۹۹۴	۶	۸۱۴۰۸	۰/۰۰۱

Df: درجه آزادی

ماتریس واریانس- کوواریانس تخطی کرده است. بنابراین، به نتایج آزمون اثر پیلای به عنوان آزمونی محافظه کارانه تر استناد می شود.

براساس اطلاعات جدول شماره (۲) با توجه به مقدار F به دست آمده (۱۷/۹۹۴) و احتمال معناداری آن (۰/۰۰۱) می توان نتیجه گرفت داده ها از مفروضه همگنی

جدول شماره (۳) خلاصه آزمون کرویت بارتلت

مجذور خی	درجه آزادی	احتمال معناداری
۳۰۲/۲۶۶	۵	۰/۰۰۱

براساس اطلاعات جدول شماره (۳) با توجه به مقدار مجذور خی به دست آمده (۳۰۲/۲۶۶) و احتمال معناداری آن (۰/۰۰۱) می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای وابسته همبستگی معنادار وجود دارد.

جدول شماره (۴) خلاصه آزمون های چندمتغیری

اثر	آزمون ها	مقادیر	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	P	مجذور ایتا
گروه ها	اثر پیلا	۰/۷۵۹	۱۰۹/۲۰۱	۳	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
	ویلکز لامبدا	۰/۲۴۱	۱۰۹/۲۰۱	۳	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
	اثر هوتلینگ	۳/۱۵۰	۱۰۹/۲۰۱	۳	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
	بزرگترین ریشه روی	۳/۱۵۰	۱۰۹/۲۰۱	۳	۱۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹

براساس اطلاعات جدول شماره (۴) با توجه به مقدار آزمون چندگانه به ویژه ویلکز لامبدا و F محاسبه شده با درجه آزادی ۱۰۴ و ۳ در مورد متغیر محل نگهداری (گروه ها) می توان فرض صفر را رد کرد ($p < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمره های ۳ متغیر کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی بین سالمندان مقیم در منزل و مقیم در آسایشگاه معنادار است و می

توان بر اساس ۳ متغیر کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی، سالمندان مقیم در منزل و مقیم در آسایشگاه را از هم تفکیک کرد. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ایتا (۰/۷۵۹) در حد بسیار بالا است. بنابراین، شواهد کافی برای پذیرش فرضیه تحقیق وجود دارد.

جدول شماره (۵) خلاصه آزمون های اثرات بین آزمودنی ها

منابع	متغیرهای وابسته	SS	df ۱	df ۲	MS	F	مجذور ایتا
گروه ها	کیفیت زندگی	۴۷۵۸۶/۰۰۹	۱	۱۰۶	۴۷۵۸۶/۰۰۹	۲۸۸/۳۵۸**	۰/۷۳۱
	حمایت اجتماعی	۱۸۵۰/۰۸۳	۱	۱۰۶	۱۸۵۰/۰۸۳	۱۸۵/۵۸۹**	۰/۶۳۶
	افسردگی	۱۵۳۱۲/۹۲۶	۱	۱۰۶	۱۵۳۱۲/۹۲۶	۲۶۲/۷۴۵**	۰/۷۱۳

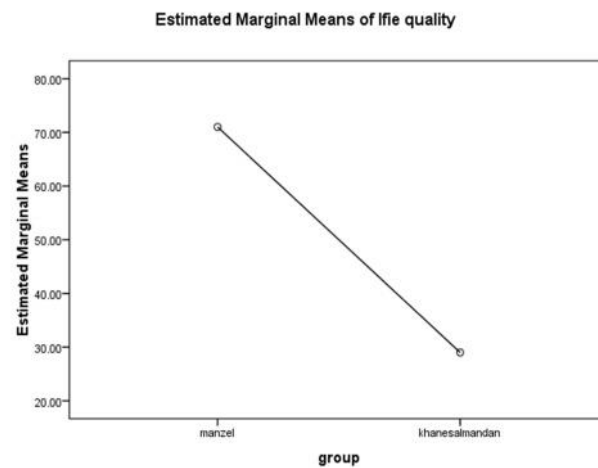
**معنادار در سطح ۰/۰۱

MS (Mean of Squares): میانگین مجذورات

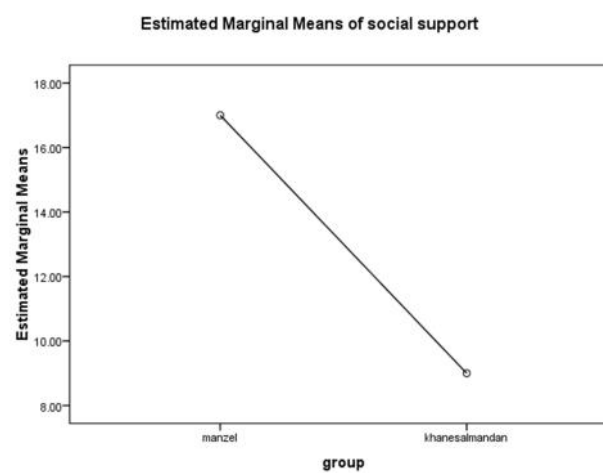
SS (Sum of Squares): مجموع مجذورات

براساس اطلاعات جدول شماره (۵) با توجه به نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها (مقادیر F و سطح معناداری آن ها) می توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمره های سالمندان مقیم در منزل و مقیم در آسایشگاه در سه متغیر کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، شواهد برای پذیرش فرضیه تحقیق کافی است. مقادیر میانگین های این

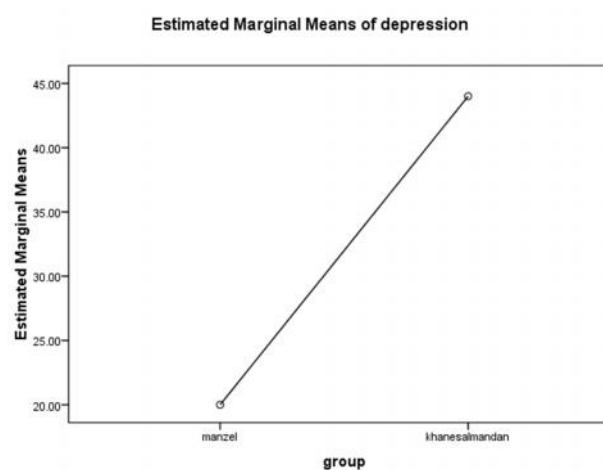
دو گروه در دو متغیر مذکور حاکی از این است که میانگین نمره های سالمندان مقیم در منزل از میانگین نمره های سالمندان مقیم در دو متغیر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بالاتر است. حال آن که، میانگین نمره های افسردگی سالمندان مقیم در منزل از میانگین نمره های سالمندان مقیم در آن متغیر پایین تر است.



شکل (۱) نمودار توزیع میانگین های اصلاح شده نمره های ۲ گروه مورد مطالعه در کیفیت زندگی



شکل (۲) نمودار توزیع میانگین های اصلاح شده نمره های ۲ گروه مورد مطالعه در حمایت اجتماعی



شکل (۳) نمودار توزیع میانگین های اصلاح شده نمره های ۲ گروه مورد مطالعه در مولفه افسردگی

بحث و نتیجه گیری

پیری معمولاً اصطلاحی است که به آخرین دوره زندگی اطلاق می شود. بشر همچون تمامی موجودات زنده فرآیند سالمندی را پشت سر می گذارد. سالخوردگی یکی از اصول تغییر ناپذیر هستی است. پیری همه افراد را با چالشها و سازگاریهایی مواجه می سازد، که کیفیت زندگی فرد را دچار دگرگونیهای عمده و اساسی می گرداند. بالا رفتن سن با استفاده از خدمات درازمدت مخصوصاً در خانه های سالمندان ارتباط نیرومندی دارد، از بین اختلالهای پیری، شکستگی لگن و زوال عقل، مخصوصاً بیماری آلزایمر، اغلب موجب سپردن سالمندان به خانه های سالمندان می شود (۱۷).

طبق یافته های این بررسی سالمندان مقیم در سرای سالمندان از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند که با یافته های TYümin (۲۰۱۱)، Blane (۲۰۰۸)، عبدللهی (۱۳۹۲) و سجادی (۱۳۸۵)، در این زمینه همخوانی داشت (۲۱، ۱۸). کیفیت زندگی شامل تمامی عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی فیزیکی، شیمیایی، خستگی، درد و غیره می باشد. همچنین حمایت اجتماعی کمتر سالمندان، درخانه سالمندان که یافته دیگر پژوهش بود با بررسی های Pfeil (۲۰۰۱)، Wendy (۲۰۱۰) و علیپور و همکاران (۱۳۹۰) مطابقت و در مورد سطح افسردگی بالاتری این سالمندان که در سرای سالمندان اقامت داشتند با مطالعات Sandberg (۲۰۱۲)، Argyropoulos (۲۰۱۲)، Harris (۲۰۰۷) و علیزاده (۱۳۸۸) همخوانی داشت (۲۸، ۲۲).

همچنین با توجه به دیگر یافته های پژوهش، بین متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی) همبستگی معنادار وجود دارد. در بسیاری از بررسی ها نیز بین متغیر کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و معنی دار بدست آمده به نحویکه افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، کیفیت زندگی آنها نیز بهتر است، که می توان به تحقیقات Gardner (۲۰۱۱) و Drageset (۲۰۰۹) اشاره نمود (۳۰، ۲۹). همچنین بین متغیر کیفیت

زندگی با متغیر افسردگی همبستگی منفی و معنادار بدست آمده بدین معنا که هر چه سطح افسردگی سالمندان افزایش یابد، سطح کیفیت زندگی آنان نیز کمتر می شود که با نتایج بررسیهای Mclaughlin (۲۰۱۰) و Kwon (۲۰۱۱) در این زمینه مطابقت دارد (۳۲، ۳۱). و درمورد رابطه حمایت اجتماعی و سطح پایین افسردگی می توان به تحقیقات شهبازی و همکاران (۲۰۱۱) و Wang (۲۰۱۲) نیز اشاره نمود (۳۴، ۳۳).

از آنجاییکه سیستم های حمایت اجتماعی می توانند بسیار مهم باشند، بعد از تجربه یک فقدان یا اختلال، افراد حمایت کننده می توانند با ابراز محبت و حمایت به عنوان تکیه گاه مطمئن، به افراد سالمند کمک کنند. داشتن شخصیت مردم آمیز با روحیه عالی در پیری ارتباط دارد. در سالخوردگانی که از فرصتهای معاشرت کردن حداکثر استفاده را می برند و با دیگران تعامل بیشتری دارند، تنهایی و افسردگی کاهش می یابد و عزت نفس و رضایت از زندگی و کیفیت آن تقویت می شود. سن به تنهایی یک عامل خطر ساز برای پیدایش افسردگی نیست، اما جدایی از همسر و داشتن بیماری داخلی مزمن، شخص را نسبت به اختلالات افسردگی دیر آغاز با عود مکرر مستعد می سازد. اگر سالخوردگان به جنبه ی روشن زندگی فکر کنند، در صورت وجود مشکلات جسمانی و روانی به جای دست کشیدن از تلاش و عقب نشینی، به تلاش خود ادامه می دهند. هر چه سالخوردگان نسبت به توانایی خود در مقابله کردن با مشکلات جسمانی، خوشبین تر باشند، بهتر می توانند بر عواملی که سلامتی آنها را تهدید می کنند، چیره شوند و اختلالات روانی من جمله افسردگی را در آنها کاهش می دهد. سلامتی به سالخوردگان امکان می دهد تا در نقشهای اجتماعی ارزشمند درگیر بمانند و بدین ترتیب از انزوای اجتماعی پیشگیری می کند و سلامت روانی را تقویت می نماید (۳۵).

مراقبت از افراد سالمند باید بر اساس اصول منطقی و به دور از

ترحم و دلسوزی صورت پذیرد و تا حد امکان باید از سپردن سالمندان به آسایشگاه سالمندان خودداری کرد و این افراد در کنار اعضای خانواده خود زندگی کنند و فراموش نکنیم که عشق و محبت خانواده است که ادامه حیات آنها را تضمین می نماید. این نتیجه گیری ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان را مورد تأکید قرار می دهد. سپردن سالمندان به موسسات غالباً شکست در مدارا تلقی می شود، مداخله های روان درمان بخش استاندارد، برای بیماران سالمند می بایست فراهم شود. در صورتیکه سکونت در خانه سالمندان بهترین انتخاب باشد، برای بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی می توان اقداماتی را انجام داد، پرداختن به فعالیتهای مذهبی رسمی و غیر رسمی در بین سالخوردگان فرصتهایی را برای کسب معنی از زندگی فراهم می آورد. از آنجایی که ترکیب جمعیتی فعلی کشور را نسل جوان تشکیل می دهد و در آینده ای نه چندان دور آنها نیز وارد دوران پیری می شوند، ضروری است از هم اکنون به فکر ارتقاء و بهبود ابعاد متعدد مؤثر در کیفیت زندگی آنها باشیم.

پیشنهادهات

از آنجاییکه کیفیت زندگی یک متغیر چند بعدی است، و دراین مطالعه تمامی این ابعاد مورد توجه قرارنگرفته است، توجه خاص به تمامی ابعاد آن در پژوهش های آتی می تواند کمک

شایانی در آرامش و بهبودکیفیت زندگی سالمندان باشد. همچنین، گنجاندن نمونه هایی از مناطق روستایی و یا شهرهای دیگر در بررسی های مشابه، امکان تعمیم پذیری یافته ها را بیشتر می کند. در این مطالعه به علت دسترسی بیشتر و آسان تر، تنها آزمودنیهای سالم شرکت نمودند، توصیه می شود در پژوهش های آتی، به منظور ارتقاء سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، سالمندان بیمار نیز درنظر گرفته شود. همچنین طراحی برنامه های آموزشی مناسب و تئوری محور از طریق رسانه های جمعی می تواند یافته های تازه تری را به دنبال داشته باشد.

تشکر و قدردانی

نگارنده از کلیه عزیزی که بنده را در انجام این پژوهش یاری نمودند خصوصاً جناب آقای دکتر کیانوش هاشمیان، سپاسگذاری می نمایم.

■ References

- 1 . Torvik K, Kaasa S , Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain and Quality of Life Among Residents of Norwegian Nursing Homes Pain Management Nursing. Volume 11, Issue 1, March, 2010; Pages 35-44.
- 2 . Fellows I , et al. Physical and mental health-related quality of life among older people with schizophrenia. Schizophrenia Research, Volume 108, Issues 1–3, March, 2009; Pages 207-213 .
- 3 . Yohannes A, Tampubolon M. P-905 - Determinants of quality of life in older people from the english longitudinal study of ageing. European Psychiatry, Volume 27, Supplement 1, 2012;Page 1.
- 4 . Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. Ageing Research Reviews, In Press, Uncorrected Proof, Available online 6 April,2012; Pages 67-71 .
- 5 . Karakaya M, Bilgin S, Ekici G, Köse N. Functional Mobility, Depressive Symptoms, Level of Independence, and Quality of Life of the Elderly Living at Home and in the Nursing Home. Journal of the American Medical Directors Association, Volume 10, Issue 9, November, 2009; Pages 662-666.
6. Brown C, Lowis M.J. Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. Journal of Aging Studies, Volume 17, Issue 4, November, 2003; Pages 415-426.
7. Harris T, Carey I, Cook D.G. Antidepressant Prescribing in Older Primary Care Patients in Community and Care Home Settings in England and Wales. Journal of the American Medical Directors Association, Volume 13, Issue 1, January, 2012; Pages 41-47.
8. Cloutier-Fisher D, Kobayashi K, Smith A. The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults'experiences in small social support networks. Journal of Aging Studies, Volume 25, Issue 4, December, 2011; Pages 407-414.
9. MacRae H. Self and other: The importance of social interaction and social relationships in shaping the experience of early-stage Alzheimer's disease. Journal of Aging Studies, Volume 25, Issue 4, December, 2011; Pages 445-456.
10. Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey International. Journal of Nursing Studies, Volume 48, Issue 5, May, 2011;Pages 611-619.
11. Pezzilli R, Morselli-Labate AM, Frulloni L, et al. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36

questionnaire. Dig Liver Dis.2006; 38(2): 109-15.

12. Naseri H. [A Study of Quality of life of University Student Of Shiraz Faculty on translation and validation study of the Iranian version](Short Form 12=SF-12. Quality of life Inventory): 1385.875-882 .(persian).

13. Voux S , Thompson H. Social support Inventory , Psychometric properties of Social support Inventory : Twenty – Five years of Evalution clinical psychology review,8,1989; pp 11-100.

14. Panage L. [A study of mental health and social support in women.institute of psychiatry]. Tehram,1384;page41-47.(persian).

15. Beck T ,Steer A,Garbin G . Analysis of psychometric properties of Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentinal. Psycometric Research . 79 .1988; pp 250-285.

16. Saraeve GH, Introduction of Normalization the Beck Depression Inventory, A Master s Thesis of Allameh Tabatabae Faculty.1373;page 79-81.(persian).

17. Shegagi M, Shedfar A. Health care of elderly people. World Health organization: publition of Seavosh .Tehran,1375;page 116-119.(persian) .

18. TYümin E, et al. The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 52, Issue 3, May–June 2011; Pages e180-e184.

19. Blane D, Netuveli G, Montgomery SM. Quality of life, health and physiological status and change at older ages Social Science & Medicine, Volume 66, Issue 7, April 2008; Pages 1579-1587.

20. Abdolahi F .[A study of quality of life among elderly in Sari]. magazine of elmi of Mazandaran .number 23.1392; page 20-25.(persian) .

21. Sagade H. [the study of quality of life in women of Kahrezak]. magazine of payesh. number 2. 1385; page 105-108.(persian) .

22. Pfeil U, Zaphiris P, Wilson S. Older adults' perceptions and experiences of online social support Interacting with Computers, Volume 21, Issue 3, July 2009; Pages 159-172.

23. Wendy M, et al. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? Journal of Psychosomatic Research, Volume 69, Issue 5, November 2010;Pages 459-466.

24. Alipor F. [the role of social support on Quality of life in elderly]. magazine of elmi refahe

egtemaee .number 22.1390; page 35-39.(persian).

25. Sandberg M, et al. Prevalence and predictors of healthcare utilization among older people (60+): Focusing on ADL dependency and risk of depression. Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 54, Issue 3, May–June 2012; Pages e349-e363.

26. Argyropoulos K, Gourzis E. P-721 - Depression in older people: prevalence and underdiagnosis in members of day care centers in patras European Psychiatry, Volume 27, Supplement 1, 2012;Page 1.

27. Harris Y. Depression as a Risk Factor for Nursing Home Admission Among Older Individuals Journal of the American Medical Directors Association, Volume 8, Issue 1, January 2007; Pages 14-20.

28. Alizadeh M. [A study of quality of life Among elderly in iranian people living in Australia]. magazine magazine of salmandi of iran.number 4.1388; page 20-25.(persian).

29. Gardner P.J. Natural neighborhood networks - Important social networks in the lives of older adults aging in place. Journal of Aging Studies, Volume 25, Issue 3, August 2011; Pages 263-271

30. Drageset J, et al. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—A questionnaire survey in Bergen. Norway Nortvedt, Gerd International Journal of Nursing Studies, Volume 46, Issue 1, January 2009; Pages 66-76.

31. McLaughlin D, Pachana N, Mcfarland K .The impact of depression, seizure variables and locus of control on health related quality of life in a community dwelling sample of older adults. Seizure, Volume 19, Issue 4, May 2010; Pages 232-236.

32. Kwon O, Park S .What is the role of depressive symptoms among other predictors of quality of life in people with well-controlled epilepsy on monotherapy? Epilepsy & Behavior, Volume 20, Issue 3, March 2011; Pages 528-532.

33. Shahbazi Z, Ahmadi T. P02-258 - Depression and social support in old people European Psychiatry, Volume 26, Supplement 1, 2011; Page 854.

34. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 55, Issue 3, November–December 2012; Pages 574-579.

35. Hadianfar H, Hadeanfar M. [mental health of elderly with chronic motoring pain].magazine of Andeshe va rafter.number35.1382; page 75-84.(persian).