مقایسهٔ کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان

حسین قاسمی*، محمود حریرچی**، عطاءاله مثنوی***، مهدی رهگذر****، مهدی اکبریان*****

طرح مسئله: *هدف از این مقاله مقایسهٔ کیفیت زندگی و ابعاد جسمی، جنسی وعملکرد اجتماعی سالمندان مقیم خانواده و سالمندان مقیم سرا شهر اصفهان است.*

روش: *دراین پژوهش مقطعی(توصیفی ـ تحلیلی) ۱۶۰نفر سالمند (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرا شهر اصفهان با معیارهای ورود سن ۶۰ سال و بالاتر وساکن شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. سالمندانی که به علل مختلف قادر به همکاری و تکمیل پرسش‌نامه نبودند از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسش‌نامه بود. در این مطالعه از دو پرسش‌نامه استفاده شد. پرسش‌نامهٔ اول مربوط به مشخصات وپرسش‌نامهٔ دوم مربوط به پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سالمندان لیپاد[2] بود. انجام پژوهش در مراکز سرای سالمندان با مراجعه به این مراکز و برای نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده با مراجعهٔ حضوری به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شد و رضایت افراد کسب گردید.*

یافته‌ها: میانگین نمرهٔ کل کیفیت زندگی (p =۰/۰۰۱) و میانگین نمرهٔ بعد جسمانی(p =۰/۰۰۱)، میانگین نمرهٔ بعدذهنی (p =۰/۰۴۸) و میانگین نمرهٔ عملکرد اجتماعی(p =۰/۰۰۶) سالمندان مقیم خانواده به طور معناداری از نظر آماری بیش‌تر از سالمندان مقیم سرا گزارش گردید.

نتایج: *در این پژوهش کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی، ذهنی و عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی در سالمندان مقیم خانواده بهتر از سالمندان مقیم سرا گزارش شد. سیاست‌گذاران و ارگان‌های مربوط و مسئولین ذی ربط می‌توانند از نتایج تحقیق حاضر در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت جامعه استفاده کنند.*

کلیدواژه‌ها: خانواده، سالمند، سالمندان، سرای سالمندان، کیفیت زندگی

تاریخ دریافت: **۸۷/۱۲/۲۱** ***تاریخ پذیرش:*** **۸۹/۳/۹**

* کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران <Hg1351@gmail.com>

** دکتر مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

*** دکتر کارشناسی ارشد جامعه‌شناس ـ انجمن رفاه اجتماعی ایران.

**** دکتر آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

***** کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

2. Lipad Elderly quality of life qustionnair

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

رشد سریع جمعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیدهٔ سالمندی جوامع را موجب شده است. امروزه در تمام جوامع، سالمندی به عنوان یک مسأله مهم در عصر حاضر مطرح است. کاهش میزان باروری، نقش عمده‌ای در افزایش درصد سالمندان داشته است درصد افزایش سالمندان تقریباً در همه کشورها به طور منظم رو به افزایش است (اسماعیل‌زاده، ۱۳۸٦). ایران در حال حاضر با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، با داشتن ۷/۲۷ درصد سالمند بالای ٦۰ سال به عبارتی از جمعیت ۷۰ میلیونی حدود ۵ میلیون و ۱۱۹ هزار نفر بالای ٦۰ سال به کشوری سالمند تبدیل شده، که تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۱۰/۷ درصد خواهد رسید. بر اساس تعریف سازمان ملل وقتی جمعیت بالای ٦۰ سال کشوری به بیش از ۷ درصد برسد آن کشور سالمند خواهد بود (دادخواه، ۱۳۸٦).امروزه برای تأمین نیازها وارتقاء سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنان را مورد بررسی قرار می‌دهند. مبحث کیفیت زندگی در بیست سال گذشته موضوعی چالش برانگیز و نیز مفید بوده‌است. به این معنا که نه تنها از جنبهٔ فکری، بلکه از لحاظ عملی نیز تحولاتی ایجادکرده و این عقیده را بین اکثر افراد رواج داده که کیفیت زندگی یک هدف واقعی و قابل دست‌رس برای تمام افراد می‌باشد (صفری شیرازی، ۱۳۸۳). سازمان جهانی بهداشت (W.H.O) کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: «کیفیت زندگی شامل احساس ودرک فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه‌ای ازسیستم‌های ا رزشی وفرهنگی که در آن زندگی می‌کند بوده ومرتبط با اهداف، انتظارات، ودغدغه‌های او می‌باشد». این مفهوم ابعاد مختلفی را دربر می‌گیرد که شامل سلامت جسمی (فیزیکی)، وضعیت روانی، استقلال، تعاملات اجتماعی، اعتقادات و تعاملات محیطی است(به نقل از افضلان، ۱۳۸۱). با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته واز این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است(بوند، ۲۰۰۱). امروزه سیاست‌گـذاران بـه ایـن نکتـه توجه دارند که برای رسیدن به سالمندی فعال وسالم باید به تمـام ابعـاد سـلامت جـسمی وروحی، اجتماعی، اقتـصادی ومعنـوی زنـدگی توجـه داشـت واز آن‌جـا کـه بـسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوهٔ زندگی ناسالم است باید پایه واسـاس سلامت در این ابعاد را با به کارگیری شیوهٔ صحیح و ارتقاءکیفیت زندگی از اولین مراحـل حیات پی‌ریزی نموده وبه موازات آن با ایجاد زمینه‌هـای مناسـب مـشارکت سـالمندان در خانواده وجامعه ونیز فراهم ساختن فضای مناسب حمـایتی در کلیـهٔ جنبـه‌هـای اقتـصادی اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم وزندگی موفق گام برداشت.

نتایج پژوهش حسام‌زاده (۱۳۸۲) که طی مطالعه‌ای مقطعی به مقایـسهٔ کیفیـت زنـدگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان (خصوصی ـ ولتی)تهران پرداخت نشان داد سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی و عمل‌کرد اجتماعی بهتـر ی نـسبت به دو گروه دیگر بودند.

نتایج پژوهش پیرامون کیفیت زندگی سالمندان ٦٥ ساله و بـالاتر سـاکن در آسایـشگاه خیریهٔ کهریزک تهران نشان داد زنان در تمام حیطه‌ها یا سنجش‌ها پایین‌تـر از مـردان بـود. (رفعتی، ۱۳۸۳)ونیزنتایج پژوهش برزنجـه عطـری (۱۳۷۷) نـشان داد کـه سـالمندان مقـیم خانواده از نگرش مثبت‌تری به سالمندی برخوردار بودند. برخی پژوهش‌ها گزارش کردنـد زنان بیش از مردان دچار مشکلات فیزیکی و فقدان انـرژی‌انـد (بـه نقـل از نیـک سـیرت، ۱۳۸٤).

وجدانی نیا و همکاران در سال ۱۳۸٤ به بررسی کیفیت زندگی مـرتبط بـا سـلامتی در سالمندی و عوامل جمعیتی مؤثر بر آن پرداختند. نمونهٔ مورد مطالعه به روش نمونـه‌گیـری خوشه‌ای تصادفی شده در سطح مناطق ۲۲ گانهٔ شـهر تهـران انتخـاب گردیـد. یافتـه‌هـای مطالعه نشان دهندهٔ آن است که کیفیت زندگی مـرتبط بـا سـلامتی سـالمندان بـا وضـعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته واز این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است(بوند، ۲۰۰۱).

برای رسیدن به سالمندی فعال وسالم باید به تمام ابعاد بهداشت جسمی وروحی، اجتماعی، اقتصادی ومعنوی زندگی توجه داشت واز آنجا که بسیاری از بیماری‌ها ومشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوهٔ زندگی ناسالم است باید پایه واساس سلامت در این ابعاد را با به کارگیری شیوهٔ صحیح و ارتقاءکیفیت زندگی از اولین مراحل حیات پی‌ریزی نموده وبه موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده وجامعه ونیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیهٔ جنبه‌های اقتصادی اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم وزندگی موفق گام برداشت و از آن‌جا که جمعیت سالمند بالای ٦٠ سال شهر اصفهان جمعیت نسبتاً بالایی است (۱۵۰۰٤۲ نفر که از این افراد ۷۸۵۰۷ نفر مرد و ۷۱۵۳۵ نفر زن می‌باشند) و ضرورت این پژوهش در بعد علمی، شناخت عمده‌ترین متغیرهای اثرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و سالمندان مقیم خانواده است و در بعد عملی نیز با عطف به شناخت علمی، فراهم نمودن زمینه‌های لازم جهت اتخاذ سیاست‌های مناسب و تدوین برنامه‌های اجرایی مؤثر است، چرا که اساساً محور اصلی سیاست پژوهشی شکل دادن به درک سیاست‌گذاران از مسایل اجتماعی و روشن کردن علل و راه‌حل‌های مختلف مسایل اجتماعی است، برآن شدیم تا در پژوهشی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و سالمندان مقیم خانواده این شهررا مقایسه کنیم.

روش

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی می‌باشدکه کیفیت زندگی در سالمندان مقیم خانواده وسرای سالمندان را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این پژوهش ۱٦۰ نفر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سالمند (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) شـهر اصـفهان با معیارهای ورودی سالمندان ۶۰ سال و بیش‌تر ساکن در شهراصـفهان نمونـهٔ پـژوهش را تشکیل می‌دهند.

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

N={(۱۴/۲۴ . ۱۴/۲۴) + (۱۷/۶۸. ۱۷/۶۸)}. (۱/۹۶+۰/۸۴) . (۱/۹۶+۰/۸۴) . (۷۹/۹۲-۶۴/۲۶) (۷۹/۹۲-۶۴/۲۶) = (۱۹۷۲۰/۳۴۴) (۲۴۵/۲۳۵۶) = ۸۰

ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسش‌نامه بود. در این مطالعه از دو پرسـش‌نامـه استفاده شد. پرسش‌نامهٔ اول مربوط به مشخصات دموگرافیک است که جهت بررسی عامل سن، جنس، سطح تحصیلات، ، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت ساخته شد. پرسـش‌نامـهٔ دوم مربوط به پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سالمندان لیپاد[1] است. پژوهشی تحت عنوان لیپـاد یک ابزار بین المللی برای ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان توسط دیگو[2] و همکـاران در سال ۱۹۹۸ در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلسینکی در فنلانـد انجـام گردیـد. هدف از این پژوهش تهیهٔ یک ابزار استاندارد بین المللی برای ارزیابی کیفیـت زنـدگی در سالمندان با توجه به نیازهای سنی این گروه بود و از اهداف دیگر این پژوهش تهیهٔ ابزاری بود که نه تنها قابل اعتبار و اعتماد باشد بلکه به سهولت قابل استفاده و فاقد بـار فرهنگـی باشد. پژوهش‌گران معتقدند که این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار بین المللـی و فاقـد بـار فرهنگی در همهٔ گروه‌های سالمندی و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشـد (گرگین و داویس، ۱۹۸۵). لذا پژوهش‌گر با اتکا به این پژوهش از پرسش‌نامهٔ آن به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش خود استفاده نموده که علاوه بـر اسـتاندارد بـودن آن

1. lipad elderly quality of life qustionnair 2. Diego

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

فاقد بار فرهنگی نیز می‌باشد. این ابزار در ایران توسط علی حسام‌زاده استفاده شده است. این پرسش‌نامه از ابتدا به گونه‌ای طراحی شده است که ابعاد آن برای پاسخ دهنده مشخص نشده باشد. پژوهشگر با استفاده از چارچوب اولیه‌ای که توسط سازندگان طراحی شده است به ارزیابی پرسش‌نامه پرداخته است این پرسش‌نامه دارای ۳۱ سئوال می‌باشد که کیفیت زندگی سالمند را در۷ بعد بررسی می‌کند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای ابعاد هفتگانه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۸٤۱، ۰/۸۳۲، ۰/۸۲ و در کل ۰/۸۳۱ به دست آمد.

در این پژوهش با توجه به پژوهش‌های انجام شده و نتایج اکثر پژوهش‌ها مبنی بر تفاوت سه بعد جسمی، ذهنی و عمل‌کرد اجتماعی کیفیت زندگی در سالمندان، تنها سه بعد عمل‌کرد جسمی (۵ سئوال)، عمل‌کرد ذهنی (۵ سئوال) وعملکرد اجتماعی (۳ سئوال) کیفیت زندگی سالمندان را بررسی کردیم. بعد جسمی با سئوالاتی از قبیل ارزیابی فرد از وضعیت سلامتی اش، داشتن مشکل خواب، خسته شدن بدون انجام فعالیت، توانایی انجام وظایف معمولی، عدم توان انجام کارهای دلخواه به دلیل مشکلات جسمانی سنجیده می‌شود. بعد عمل‌کرد ذهنی با سئوالاتی از قبیل گیج شدن شخص و عدم توانایی در فکر کردن، عدم انجام کارهای دلخواه به دلیل مشکلات حواس، خوب بودن حافظه، عدم توان انجام کارهای دلخواه به دلیل مشکلات حافظه و عدم انجام کارهای دلخواه به دلیل اضطراب سنجیده می‌شود. بعد اجتماعی با پرداختن به سئوالاتی از قبیل رضایت از ارتباطات و وابستگی‌های اجتماعی، احساس رضایت از ارتباطات خود با سایر افراد، وجود فردی برای صحبت کردن با او دربارهٔ موضوعات شخصی سنجیده می‌شود.

برای اجرای این پژوهش پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه و کسب موافقت سازمان بهزیستی جهت انجام پژوهش در مراکز سرای سالمندان، ابتدا با بررسی مراکز سرای سالمندان در شهر اصفهان به مذاکره با مسئولین ذی ربط و جلب موافقت آنان پرداخته و با توجه به جمعیت سالمندان ساکن در در مراکز سالمندان غدیر(۷۰ نفر)، شایستگان (۳۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نفر) و صادقیه (۳۱۳ نفر) به نسبت تعداد سالمند ساکن نمونه‌گیری انجام شد. پس از برقراری ارتباط با سالمندان در این مراکز و کسب موافقت و رضایت آن‌ها جهت مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه نمونهٔ مورد مطالعه را از این مراکز جمع‌آوری کردیم، سپس برای نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده با مراجعهٔ حضوری به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شد و رضایت افراد کسب گردید. در صورت تمایل افراد، پرسش‌نامه‌ها به روش خود ایفایی تکمیل و در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسش‌گر تکمیل گردید.

نتایج

در این پژوهش ۱۶۰ نفر سالمند (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. از مجموع کل سالمندان (۸۴ نفر) ۵۲/۵ درصد مرد و(۷۶نفر) ۴۷/۵ درصد زن بوده‌اند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۴۲ نفر) ۵۲/۵درصدمرد و (۳۸ نفر) ۴۷/۵ درصد زن و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان نیز (۴۲ نفر) ۵۲/۵ درصدمرد و (۳۸ نفر) ۴۷/۵ درصد زن بوده‌اند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظرجنس، همسان هستند (p=۱). **در کل** از نظر سن، ۵۰ درصد نمونه‌ها در فاصلهٔ سنی ۶۹-۶۰ سال بودند.

بیش از ۷۰ درصد سالمندان مقیم خانواده دارای سنین ۶۹-۶۰ سال بودند در حالی که حدود ۶۰ درصد سالمندان مقیم سرای سالمندان دارای سنین ۷۹-۷۰ سال بودند و نشان دهندهٔ این است که سالمندان مقیم خانواده نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان جوانتر بودند.

از مجموع سالمندان (۸۲ نفر) ۵۱/۳ درصد دارای سنین ۶۹-۶۰ سال و(۶۵ نفر) ۴۰/۶ درصد دارای سنین ۷۹-۷۰ سال و (۱۳ نفر) ۸/۱ درصد دارای سنین ۸۰ سال و بالاتربوده‌اند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۵۹ نفر) ۷۳/۸ درصددارای سنین ۶۹-۶۰ سال،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

(۱۷ نفر) ۲۱/۳ درصد دارای سنین ۷۹-۷۰ سال و (٤ نفر)۵ درصد دارای سنین ۸۰ سال و بالاتر بوده‌اند و درگروه سالمند مقیم سرای سالمندان (۲۳ نفر)۲۸/۸درصد دارای سنین ٦۹-٦۰ سال، (٤۸ نفر) ٦۰ درصد دارای سنین ۷۹-۷۰ سال و(۹ نفر) ۱۱/۳درصد دارای سنین ۸۰ سال و بالاتر بوده‌اند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظرسن، همسان نبوده‌اند (p =۰/۰۰۱).

از مجموع سالمندان (۳٤ نفر) ۲۱/۳ درصد مجرد، (٦۲ نفر) ۳۸/۸ درصد متأهل، (٥٤ نفر) ۳۳/۸ درصد همسرانشان فوت کرده بودند و (۳ نفر) ٦/۳ درصد متارکه یا مطلقه بودند. در گروه سالمند مقیم خانواده(٤ نفر)۵درصد مجرد، (۵۸ نفر) ۷۲/۵درصد متأهل، (۱۵ نفر) ۱۸/۸درصد همسرانشان فوت کرده بودند و (۳ نفر)۳/۸درصد متارکه یا مطلقه بودند و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان(۳۰ نفر) ۳۷/۵ درصد مجرد، (٤ نفر) ۵درصد متأهل، (۳۹ نفر)٤۸/۸درصد همسرانشان فوت کرده بودند و(۷ نفر) ۸/۸ درصد متارکه یا مطلقه بودند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظروضعیت تأهل، همسان نبوده‌اند (p =۰/۰۰۱)

حدود ٤۰ درصد سالمندان متأهل بودند.بیش از ٤۰ درصد از سالمندان تحصیلاتی در سطح ابتدایی داشتند. دوگروه از نظر جنسیت همسان بودند. بیش از ۷۰ درصد از سالمندان مقیم خانواده متأهل بودند این در حالی است که فقط ۵ درصد سالمندان مقیم سرای سالمندان متأهل بودند. حدود۵۰ درصد از سالمندان مقیم سرای سالمندان همسرانشان فوت کرده بودند.

از مجموع سالمندان (۷۱ نفر)٤٤/۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، (۳۹ نفر) ۲٤/٤ درصد تحصیلات سیکل، (٤۰ نفر)۲۵ درصد تحصیلات دیپلم و(۱۰ نفر)٦/۳ درصدتحصیلات دانشگاهی بودند. درگروه سالمند مقیم خانواده(۲۸ نفر)۳۵/۱درصد دارای تحصیلات ابتدایی، (۱۷ نفر)۲۱/۳درصد تحصیلات سیکل، (۲۸ نفر)۳۵ درصد تحصیلات دیپلم و(۷ نفر)۸/۸ درصدتحصیلات دانشگاهی بودندودر گروه سالمند مقیم سرای

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

سالمندان(۴۳ نفر)۵۳/۸ درصددارای تحصیلات ابتدایی، (۲۲ نفر) ۲۷/۵ درصد تحصیلات سیکل، (۱۲ نفر) ۱۵ درصد تحصیلات دیپلم و(۳ نفر) ۳/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی بودندودوگروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظرسطح تحصیلات، همسان نبوده‌اند (p= ۰/۰۱۰).

میانگین و انحراف معیارکیفیت زندگی کل در گروه سالمند مقیم خانواده ۱۲/۸۸± ۶۰/۰۹ در برابر ۱۱/۱۶±۵۲/۵۸ درگروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد، که با توجه به آزمون تی مستقل تفاوت میانگین کیفیت زندگی کل در دو گروه معنادار است (P=۰/۰۰۱)(جدول 1).

میانگین نمرهٔ بعد عمل‌کرد جسمی در گروه سالمند مقیم خانواده ۲/۵۱±۹/۸۰ در برابر ۲/۵۴±۸/۰۶ درگروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشدکه با توجه به نتایج آزمون Uمن ویتنی، تفاوت میانگین نمرهٔ عمل‌کرد جسمی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است(P=۰/۰۰۱).

میانگین نمرهٔ بعد عمل‌کرد ذهنی در گروه سالمند مقیم خانواده ۲/۸۹±۱۰/۰۱ در برابر ۲/۲۱±۹/۳۴ در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشدکه با توجه به نتایج آزمون U من ویتنی، تفاوت میانگین نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است (P=۰/۰۴۸).

میانگین نمرهٔ بعد عملکرد اجتماعی در گروه سالمند مقیم خانواده ۱/۸۴±۵/۴۳ در برابر ۱/۴۶±۹۰ /۴ درگروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشدکه با توجه به نتایج آزمون Uمن ویتنی، تفاوت میانگین نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است (P=۰/۰۰۶) به جدول ۲ مراجعه شود.

نمرهٔ عمل‌کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سن (P=۰/۸۴۵) و نمرهٔ عمل‌کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سن (P=۰/۱۸۷) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

خانواده با سن (P=۰/۲۲٦)و نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سن (P=۰/۰۵۷) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل‌کرداجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سن (P=۰/۱۱۹) و نمره عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سن (P=۰/٤۸۸) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد(جدول ۳).

نمرهٔ عمل‌کردجسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با وضعیت تأهل (P=۰/٤۳۹) و نمرهٔ عمل‌کردجسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با وضعیت تأهل (P=۰/۰۵۷) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمرهٔ عمل‌کردذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با وضعیت تأهل(P=۰/٤۹٦) نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با وضعیت تأهل (P=۰/۱۹۵) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمرهٔ عمل‌کرداجتماعی کیفیت ندگی سالمندان مقیم خانواده با وضعیت تأهل(P=۰/٤۳۰)و نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با وضعیت تأهل (P=۰/۲٤۷)رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد(جدول ٤).

نمرهٔ عمل‌کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات (P=۰/۱۷٦)) ونمرهٔ عمل‌کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سطح تحصیلات (P=۰/۲۰۸) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمرهٔ عمل‌کردذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات (P=۰/۰۸۵) و نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سطح تحصیلات (P=۰/٦۵۸) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل‌کرداجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات (P=۰/۳۱٦) و نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سطح تحصیلات (P=۰/۷۳۸) رابطهٔ معناداری از نظر آماری نشان نداد (جدول۵).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بحث

در این پژوهش مقطعی (توصیفی- تحلیلی)که با هدف مقایسهٔ کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان ا نجام شد ۱٦۰ نفر (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) در شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند.

میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی کل در سالمندان مقیم خانواده بالاتر از سالمندان مقیم سرای سالمندان بود. میانگین نمرهٔ هر سه بعد عمل‌کرد جسمی، عمل‌کرد ذهنی و عمل‌کرد اجتماعی در سالمندان مقیم خانواده بالاتر از سالمندان مقیم سرا بود. نمره‌های سه بعد جسمی و ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی از نظر آماری با سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات در دو گروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان در ارتباط نبود.

میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی کل، میانگین نمرهٔ ابعاد جسمی، ذهنی و اجتماعی در گروه سالمند مقیم خانواده بهتر از گروه سالمند مقیم سرای سالمندان گزارش شد. نتایج پژوهش حسام‌زاده (۱۳۸۲) که طی مطالعه‌ای مقطعی به مقایسهٔ کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان (خصوصی ـ دولتی)تهران پرداخت نیز نشان داد سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به هر یک از دو گروه سالمندان مقیم سرای خصوصی و سرای دولتی بودند. نتایج بعضی از بعضی پژوهش‌ها نیز نشان داد کیفیت زندگی سالمندان بستگی به شیوهٔ زندگی (در خانه یا مراکز نگهداری)وشرایط فردی (سن وجنس) دارد (حسام‌زاده، ۱۳۸۳). مطالعهٔ انجمنیان (۱۳۸٤) نیز نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد مجرد، متأهل و جدا شده ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی افراد مطلقه از بیماران متأهل و مجرد کم‌تر است.در این پژوهش دوگروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرا از نظر جنسیت همسان نبودند ولی برخی از مطالعات تفاوت کیفیت زندگی در مردان و زنان را گزارش کرده است. نتایج پژوهش آلبو کردی، رمضانی و عریضی(۱۳۸۵) نشان داد میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در مردان به طور معناداری از زنان بیش‌تر بود. نتایج پژوهش ربانی خوراسگانی و کیانپور

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

(۱۳۸٦) نیز نشان داد که افراد متأهل از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردار هستند. ابعاد مختلف کیفیت زندگی به یکدیگر وابسته‌اند بعد جسمی به درک فرد از توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و انرژی بستگی دارد بعد اجتماعی به روابط با خانواده، فامیل ومحیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و انزوا و وابستگی بیش از حد ازنمودهای غیر طبیعی آن است(به نقل از رضایی، ۱۳۸٦). در این پژوهش سالمندان مقیم خانواده میانگین نمرهٔ بعد جسمی، ذهنی و اجتماعی بالاتری نسبت به سالمند مقیم سرای سالمندان گزارش کردند. اما در بعضی پژوهش‌ها از جمله پژوهشی که توسط دلوبونو[1] و همکارانش از سال ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ در منطقه ونتو[2] کشور ایتالیا تحت عنوان «کیفیت زندگی و طول عمر: مطالعه‌ای بر روی سالمندان صد ساله وبالاتر»انجام شد و هدف از این مطالعه بررسی و مقایسهٔ کیفیت زندگی در سالمندان زیر صد سال، صد سال و بالاتر بود تفاوت معناداری از نظر نمرهٔ ابعاد جسمی و اجتماعی بین دوگروه مشاهده نشد. همچنین نتایج پژوهش نورو[3] وآرو[4] در سال ۱۹۹٦ که در مطالعه‌ای به ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و توانایی عمل‌کردی در سالمندان مقیم مؤسسات و مقایسه آن با اطلاعات جمعیت عمومی در کشور فنلاند، نشان داد که کیفیت زندگی وابسته به سلامت با توانایی عمل‌کردی ارتباط مستقیم دارد(به نقل از نیک سیرت، ۱۳۸٤). در پژوهش حسام‌زاده (۱۳۸۲) نیز سالمندان مقیم خانواده عمل‌کرد اجتماعی بهتری را نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان گزارش کردند. طبق نتایج پژوهش نیک سیرت(۱۳۸٤)افرادی که نیاز به سکونت در مراکز مراقبت‌های طولانی مدت (سراها) دارند، در درجهٔ اول اغلب کیفیت زندگی آن‌ها به علت شرایط و موقعیت‌هایی که این مراکز ایجاب می‌کنند به خطر می‌افتد که با یافته‌های ما هم‌خوانی دارد. دراین پژوهش دو گروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان از نظر سن همسان نبودندو اما برخی تحقیقات از جمله انجمنیان (۱۳۸٤) و آلبو کردی، رمضانی و عریضی(۱۳۸۵) نشان داد که بین امتیاز کیفیت زندگی کل و سن

1. Dello Buono 2. vento 3. Noro 4. Aro

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ارتباط معنی‌دار معکوس وجود دارد، یعنی با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافته است. بر اساس تحقیق موراگ فارکوار افراد مسن‌تر در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به نسبت کیفیت زندگی پائین‌تری دارند.در مطالعه‌ای که به منظور بررسی کیفیت زندگی در یک نمونهٔ نرمال از جمعیت کانادا انجام شد نیز نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سن رابطهٔ معنی داری وجود دارد(به نقل از منصوریان، ١٣٨٤). هرچند برخی تحقیقات نیز نشان داد که سن با کیفیت زندگی در ارتباط نیست از جمله نتایج پژوهش رفعتی (١٣٨٣) که در بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ٦٥ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریهٔ کهریزک تهران، درسال ١٣٨٢ انجام شد نشان داد سن با کیفیت زندگی درارتباط نبود. برهمنی(١٣٧٨)و ربانی خوراسگانی و کیانپور(١٣٨٦) نیز عدم ارتباط بین کیفیت زندگی با سن را گزارش کردند. هرچند در این پژوهش دوگروه از نظر وضعیت تأهل همسان نبودند و کیفیت زندگی کل بین دو گروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان تفاوت نداشت اما برخی تحقیقات رابطه وضعیت تأهل و نمرهٔکل کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. ابی و اندروز[1] (١٩٨٥) بیان نمودند که وضعیت تأهل و برخورداری از حمایت زندگی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطهٔ نزدیکی دارند (به نقل از زکی، ١٣٨٣).در این پژوهش درصد خیلی کم(٥ درصد) سالمندان مقیم سرای سالمندان متأهل بودند و همچنین تحقیقات هاونز[2] (١٩٩١) نشان داد که نقش همسر در سالمندان باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود (نقل شده در کاظم‌نژاد و الحانی، ١٣٨٣)که شاید بدتر بودن بعد جسمانی، ذهنی و اجتماعی آن‌ها نسبت به سالمندان مقیم خانواده را بتوان این چنین توجیه کرد. نتایج پژوهش ربانی خوراسگانی و کیانپور (١٣٨٦) نیز نشان داد که افراد متأهل از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردار هستند. در این پژوهش دو گروه از نظر تحصیلات همسان نبودند اما برخی تحقیقات رابطهٔ معنادار بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد از جمله تحقیق انجمنیان

1. Abbey & Andrews 2. Havens

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

(۱۳۸٤)و برهمنی (۱۳۷۸) نیز نشان داد بین کیفیت زندگی با تحصیلات مختلف اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد، به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی با افزایش سطح سواد، افزایش می‌یابد (نقل شده در وجدانی نیا، ۱۳۸٤). برخی معتقدند افزایش آگاهی به هر طریقی باعث ایجاد تغییر در نگرش افراد خواهد شد که تحت تأثیر زمان و مکان قرار نخواهد گرفت و به خصوص در دوران سالمندی و ناتوانی، فهم و آگاهی بیش‌تر افراد می‌تواند آن‌ها را در برخورد مناسب با مشکلات و سازش بیش‌تر با محیط زندگیشان یاری نماید. هرچند تحقیقات نشان داده که به طورکلی سطح سواد در سالمندان پایین است. هرچند برخی تحقیقات رابطهٔ معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی نشان داد از جمله نتایج پژوهش رفعتی (۱۳۸۳)نشان داد زنان در تمام حیطه‌ها در وضعیت سلامت و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان قرار دارند. آز پیازوگاردیو نیز وضعیت کیفیت زندگی زنان را نسبت به مردان پایین‌تر گزارش کرده است (سیاری، گری و اسدی لاری، ۱۳۸۰). اما برخی تحقیقات رابطه معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی گزارش نکردند. از جمله تحقیق حسام‌زاده (۱۳۸۳) که بین میانگین کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن اختلاف معناداری نشان نداد.برهمنی(۱۳۷۸)و ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸٦) نیز عدم ارتباط بین کیفیت زندگی با جنسیت را گزارش کردند. برخی تحقیقات از جمله رفعتی (۱۳۸۳) نشان داد تحصیلات بالاتر بر وضعیت سلامتی عمومی تأثیر مثبت داشت. وجدانی‌نیا و همکاران در سال ۱۳۸٤ نیز در بررسی رابطهٔ بین متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی، در بیش‌ترین موارد روابط آماری معنی داری مشاهده کردند و نتایج نشان دادکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است. بوند (۲۰۰۱) نیز معتقد است با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته واز این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است. درکل در رابطه با ارزش گذاری نسبت به سالمندان بایستی دو مقولهٔ مورد توجه قرار می‌گیرد؛ اولاً، موقعیت عینی سالمندان یعنی زندگی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مشترک با خانواده یا زندگی جداگانه، میزان دیدار افـراد از سـالمندان، پـذیرش دسـتورات سالمندان و اهمیت دادن به این قبیل امور، کسب اجازه از سالمندان در امور مختلـف و بـا لأخره میزان کمک‌های مادی و خدماتی بـه سـالمندان .ثانیـاً، تـصورات ذهنـی نـسبت بـه سالمندان که مشتمل است بر تصورات ذهنی فرزندان و خویشاوندان نسبت به سالمندان از نظر میزان احساس مسئولیت، مراقبت و تأمین معاش، پـذیرش افکـار و عقایـد سـالمندان، تمایل به زندگی در جوار آنان و... که اصولاًدر جوامع روستایی و سنتی، بعد مثبت تمـامی موارد بالا بیش‌تر از شهرها ی بزرگ است. هسته‌ای شدن خـانواده، جـدا شـدن جوانـان از خانواده و عواملی از این دست، مراقبت از سالمندان را کاهش داده وحتی موجب فراموشی آن‌ها در جامعه شده است. جدایی سالمندان از محل کار و بازنشسته شدن آن‌ها از کار یکی دیگر از مسائل مهم سالمندی است. به طوری که در سـال‌هـای ۱۹۰۰ مـیلادی در آمریکـا ٦٦درصد از شاغلان در گروه سنی بالای ٦٥ سال قرار داشته‌اند، در حالی که ایـن رقـم در سال ۱۹۷۰به ۳۳درصد کاهش یافته است. این گروه در عین حال که توانایی اشتغال به فعالیت را دارند ولی بازنشسته می‌شوند وبه گروه بیکاران می‌پیوندند و همین موضوع علاوه بر مسائل روانی و اجتماعی، مشکلات مالی را برای سالمندان فراهم می‌آورد .چنانچه بنا به قـولی، هـر چه اقتدار بیرونی سالمند کم می‌شود و امکان کنترل عوامل بیرونی توسط او کاهش مـی‌یابـد وضعیت درونی او نیز مختل می‌گردد(به نقل از زاهدی اصل ۱۳۸۱).

برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در اجتماع و مفید و مولد بـودن آن‌هـا بـه عنـوان عضوی از اعضای جامعه پیشنهاد می‌شـود از کـسانی کـه از سـالمندان مراقبـت مـی‌کننـد حمایت شـود نیروهـای متخـصص در زمینـه‌هـایی نظیرطـب سـالمندی و سالمندشناسـی اجتماعی آموزش ببینند. همچنین پیشنهاد می‌شود برای خانواده‌های دارای سـالمند و خـود سالمندان مشاوره‌های خانوادگی و بهداشت روانی انجام گـردد. لازم بـه ذکـر اسـت کلیـهٔ جنبه‌های سالمندی به منظور کسب اطلاعات بیش‌تر برای حفظ سلامت جسمی، روانـی و اجتماعی سالمندان تحقیقات وسیعی را می‌طلبد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که سالمندان مقیم خانواده از ابعاد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان برخوردارند. لذا سیاست‌گذاران و ارگان‌های مربوط و مسئولین ذی ربط می‌توانند از نتایج تحقیق حاضر در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت جامعه استفاده کنند.

پیشنهادات

به منظور بررسی‌های بیش‌تر پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی سالمندانی که دوران زندگی شغل آزاد داشته‌اند با سالمندانی که در بخش دولتی مشغول بوده‌اند مقایسه شود و نیز کیفیت زندگی سالمندان در رابطه با مشارکت اجتماعی‌شان در ابعاد وسیع‌تر، اندازه‌گیری و بررسی شود. همچنین به نظر می‌رسد در پژوهشی کیفیت زندگی سالمندان شاغل و غیرشاغل مقایسه شود. بهتر است در پژوهش‌های آتی کیفیت زندگی سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند با سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کنند، علاوه بر این کیفیت زندگی سالمندانی که به طور مستقل زندگی می‌کنند با سالمندانی که با فرزندانشان زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی سالمندان دارای بیمه و فاقد بیمه مقایسه شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول ۱ـ مقایسهٔ میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی کل دوگروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷)

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	مقدار احتمال	حدود اطمینان ۹۵٪ برای تفاضل میانگین‌ها	
								حد بالا	حدپایین
امتیاز کیفیت زندگی کل	سالمند مقیم خانواده	۸۰	۶۰/۰۹	۱۲/۸۸	۳/۹۴۲	۱۵۸	۰/۰۰۱	−۱۱/۲۷۷	۳/۷۴۸
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۵۲/۵۸	۱۱/۱۶					

جدول ۲ـ مقایسهٔ میانگین نمرهٔ بعد عمل‌کرد جسمی، بعد عمل‌کرد ذهنی و بعد عمل‌کرد اجتماعی کیفیت زندگی بین دوگروه سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷)

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه‌ها	آماره من ویتنی	مقداراحتمال
نمرهٔ عمل‌کرد جسمی	سالمندمقیم خانواده	۸۰	۹/۸۰	۲/۵۱	۹۵/۶۴	−۴/۱۷۳	۰/۰۰۱
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۸/۰۶	۲/۵۴	۶۵/۳۶		
نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی	سالمندمقیم خانواده	۸۰	۱۰/۰۱	۲/۸۹	۸۷/۵۸	−۱/۹۷۴	۰/۰۴۸
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۹/۳۴	۲/۲۱	۷۳/۴۳		
نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی	سالمندمقیم خانواده	۸۰	۵/۴۳	۱/۸۴	۹۰/۳۳	−۲/۷۴۶	۰/۰۰۶
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۴/۹۰	۱/۴۶	۷۰/۶۸		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول۳- مقایسهٔ میانگین نمرهٔ بعد عمل‌کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال۱۳۸۷) در گروه‌های سنی

		سن	فراوانی	میانگین رتبه‌ها	آماره کروسکال والیس	مقداراحتمال
نمرهٔ عمل‌کرد جسمی	سالمند مقیم خانواده	۶۰-۶۹ سال	۵۹	۴۰/۸۳	۰/۳۳۸	۰/۸۴۵
		۷۰ - ۷۹ سال	۱۷	۴۰/۸۸		
		۸۰ سال به بالا	۴	۳۴/۰۰		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	۶۰-۶۹ سال	۲۳	۴۰/۳۹	۳/۳۵۲	۰/۱۸۷
		۷۰ - ۷۹ سال	۴۸	۴۲/۹۶		
		۸۰ سال به بالا	۹	۲۷/۶۷		
		جمع	۸۰			
نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی	سالمند مقیم خانواده	۶۰-۶۹ سال	۵۹	۴۱/۴۲	۲/۹۷۱	۰/۲۲۶
		۷۰ - ۷۹ سال	۱۷	۴۱/۸۲		
		۸۰ سال به بالا	۴	۲۱/۲۵		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	۶۰-۶۹ سال	۲۳	۴۰/۰۷	۵/۵۷۲	۰/۰۵۷
		۷۰ - ۷۹ سال	۴۸	۴۳/۷۴		
		۸۰ سال به بالا	۹	۲۴/۳۳		
		جمع	۸۰			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

		سن	فراوانی	میانگین رتبه‌ها	آماره کروسکال والیس	مقداراحتمال
نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی	سالمند مقیم خانواده	٦٠-٦٩ سال	٥٩	٣٨/٥٢	٤/٢٥٥	٠/١١٩
		٧٠ - ٧٩ سال	١٧	٤٩/٨٥		
		٨٠ سال به بالا	٤	٣٠/٠٠		
		جمع	٨٠			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	٦٠-٦٩ سال	٢٣	٣٦/٧٨	١/٤٣٣	٠/٤٨٨
		٧٠ - ٧٩ سال	٤٨	٤٢/٩٧		
		٨٠ سال به بالا	٩	٣٦/٨٣		
		جمع	٨٠			

جدول ٤- مقایسهٔ میانگین نمرهٔ عمل‌کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال١٣٨٧) درگروه‌ها از نظر وضعیت تأهل

		وضعیت تأهل	**فراوانی**	**میانگین رتبه‌ها**	**آماره کروسکال والیس**	**مقداراحتمال**
نمرهٔ عمل‌کرد جسمی	سالمند مقیم خانواده	مجرد	٤	٣٥/٦٣	٢/٧٠٥	٠/٤٣٩
		متأهل	٥٨	٤٣/٠٢		
		همسر فوت شده	١٥	٣٢/٥٧		
		متارکه یا مطلقه	٣	٣٨/٠٠		
		جمع	٨٠			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	مجرد	٣٠	٤٠/٧٧	٧/٥٣٨	٠/٠٥٧
		متأهل	٤	٦٧/٧٥		
		همسر فوت شده	٣٩	٣٩/٦٣		
		متارکه یا مطلقه	٧	٢٨/٦٤		
		جمع	٨٠			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

		وضعیت تأهل	فراوانی	میانگین رتبه‌ها	آماره کروسکال والیس	مقداراحتمال
نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی	سالمند مقیم خانواده	مجرد	٤	۲۵/۰۰	۲/۳۹۰	۰/٤۹٦
		متأهل	۵۸	٤۱/۰۰		
		همسر فوت شده	۱۵	٤۰/۷۷		
		متارکه یا مطلقه	۳	۵۰/۱۷		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	مجرد	۳۰	۳۷/۸۸	٤/۷۰۲	۰/۱۹۵
		متأهل	٤	٦۰/۷۵		
		همسر فوت شده	۳۹	٤۱/۸۵		
		متارکه یا مطلقه	۷	۳۲/٦٤		
		جمع	۸۰			
نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی	سالمند مقیم خانواده	مجرد	٤	٤۳/۲۵	۲/۷۵۹	۰/٤۳۰
		متأهل	۵۸	٤۲/٦۵		
		همسر فوت شده	۱۵	۳۳/۹۳		
		متارکه یا مطلقه	۳	۲۸/۱۷		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	مجرد	۳۰	٤۰/۱۵	٤/۱۳۵	۰/۲٤۷
		متأهل	٤	٦۱/۷۵		
		همسر فوت شده	۳۹	۳۹/۷۲		
		متارکه یا مطلقه	۷	۳٤/۲۱		
		جمع	۸۰			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول۵ – مقایسهٔ میانگین نمرهٔ عمل‌کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال۱۳۸۷) درگروه‌های تحصیلی

		میزان تحصیلات	فراوانی	میانگین رتبه‌ها	آماره کروسکال والیس	مقداراحتمال
نمرهٔ عمل‌کرد جسمی	سالمند مقیم خانواده	ابتدایی	۲۸	۳۶/۷۴	۴/۹۳۸	۰/۱۷۶
		سیکل	۱۷	۳۳/۸۲		
		دیپلم	۲۸	۴۳/۵۵		
		دانشگاهی	۷	۵۳/۳۶		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	ابتدایی	۴۳	۳۷/۰۸	۴/۵۵۲	۰/۲۰۸
		سیکل	۲۲	۴۳/۸۲		
		دیپلم	۱۲	۵۰/۰۸		
		دانشگاهی	۳	۲۶/۸۳		
		جمع	۸۰			
نمرهٔ عمل‌کرد ذهنی	سالمند مقیم خانواده	ابتدایی	۲۸	۴۴/۲۰	۶/۶۲۸	۰/۰۸۵
		سیکل	۱۷	۲۷/۷۱		
		دیپلم	۲۸	۴۱/۹۱		
		دانشگاهی	۷	۴۶/۰۰		
		جمع	۸۰			
	سالمند مقیم سرای سالمندان	ابتدایی	۴۳	۳۸/۰۱	۱/۶۰۷	۰/۶۵۸
		سیکل	۲۲	۴۱/۸۹		
		دیپلم	۱۲	۴۶/۹۲		
		دانشگاهی	۳	۴۰/۳۳		
		جمع	۸۰			
نمرهٔ عمل‌کرد اجتماعی	سالمند مقیم خانواده	ابتدایی	۲۸	۴۱/۴۸	۳/۵۳۶	۰/۳۱۶
		سیکل	۱۷	۳۱/۱۸		
		دیپلم	۲۸	۴۲/۷۷		
		دانشگاهی	۷	۴۴/۶۴		
		جمع	۸۰			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

		میزان تحصیلات	فراوانی	میانگین رتبه‌ها	آماره کروسکال والیس	مقداراحتمال
	سالمند مقیم سرای سالمندان	ابتدایی	٤٣	٤٠/٧٣	١/٢٦٣	٠/٧٣٨
		سیکل	٢٢	٤٠/٨٢		
		دیپلم	١٢	٤٢/٥٨		
		دانشگاهی	٣	٢٦/٥٠		
		جمع	٨٠			

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- آلبوکردی، مصطفی، رمضانی، محمد آرش، عریضی، فـروغ الـسادات، (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سـالمندان شـاهین شـهر در سـال ۱۳۸۳، **مجلـه علمـی پزشکی**، دوره ۵، شماره٤.
- اسماعیل‌زاده، خالد.(۱۳۸٦). بررسی پدیده سالمندی **(فصلنامه پیام توانبخـشی سالمند)**، سال چهارم شماره ۱۰.
- انجمنیان، وحید(۱۳۸۳).**بررسی تأثیر به کـارگیری مـدل مراقبـت پیگیـر بـر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از مرکز آموزشی درمانی سینا شهر همدان**. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- برزنجه عطری شیرین، (۱۳۷۷)، **بررسی مقایـسه‌ای نگـرش سـالمندان مقـیم خانواده وسرا نـسبت بـه سـالمندی و ارتبـاط آن بـا وضـعیت اقتـصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنندج سال ۱۳۷۷**، پایان نامه کار شناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی تهران.
- برهمنی، گلشن(۱۳۷۸)، **بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شـیمیایی سردشت**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- حسام‌زاده، علی (۱۳۸۳)، **مقایسهٔ کیفیت زندگی سالمندان مقـیم خـانواده بـا سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر تهران در سال۱۳۸۲**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ربانی خوراسگانی، علـی و کیـانپور، مـسعود (۱۳۸٦)، «مـدل پیـشنهادی بـرای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی شهر اصفهان»، **مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی**، س ۱۵، شماره ۵۸-۵۹.
- رضایی، حبیب‌اله، (۱۳۸٦)، **بررسی تأثیر آموزش خـود مراقبتـی بـر کیفیـت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننـده بـه بیمارسـتان شـهید رجایی تهران**، پایان نامه کارشناسی ارشد پرسـتاری بهداشـت جامعـه، تهـران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رفعتی، نرگس، (۱۳۸۳)، **بررسی کیفیـت زنـدگی و عوامـل مـؤثر بـرآن در سالمندان ٦۵ ساله و بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک. تهران**. دانـشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- زاهدی اصـل، محمـد(۱۳۸۱)، **مـسائل و مـشکلات سـالمندان(مبـانی رفـاه اجتماعی)، تهران**، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی ص۲۱۳-۲۱٤.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- زکی، محمد علی، (۱۳۸۳)، **بررسی جامعه شناختی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه‌های آزاد اسلامی و پیام نور**، اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، اسفندماه[خلاصه مقاله]
- شجری، ژیلا (۱۳۷۳)، **نگرشی بهداشتی بر مسئله سالمندان**، تهران، نشر ماجد.
- دادخواه، اصغر(۱۳۸٦)، **سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران**، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره ۳، ص ۱٦۷.
- سیاری، علی‌اکبر، گری، دیوید، اسدی لاری، محسن، (۱۳۸۰)، **ارزیابی کیفیت زندگی. تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران**. نشریه طب و تزکیه. تابستان ۱۳۸۰.
- صفری شیرازی، حمیده (۱۳۸۳)، **مقایسه کیفیت زندگی دختران معلول ذهنی ۲۰- ۱٤ ساله استفاده کننده ازخدمات حرفه آموزی دولتی با افراد مشابه از بخش خصوصی تهران**. تهران.
- کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ الحانی، فاطمه(۱۳۸۳)، **بررسی کیفیت زندگی درک شدهٔ دختران نوجوان از ابعاد فیزیکی و شناختی خودشان**، اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، اسفندماه [خلاصه مقاله]
- منصوریان، مرتضی(۱۳۸۳)، **بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۱۳۸٤**، پایان نامه علوم پزشکی تهران .
- نیک‌سیرت، زهرا، (۱۳۸٤)، **بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸٤**، پایان نامه کارشناسی ارشدمدیریت توانبخشی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی .
- وجدانی‌نیا، مریم‌سادات، (۱۳۸٤)، **کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان**، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی.
- Bond, J. (2001) **sociological perspective**. In Cantley. C. (ed) A Handbook of Dementia Care. Bucking: Open University Press.
- Dello Buono, Marirosa, ourciuoli, ornella,Deleo,Diego."**Quality of lige and longevity**": A Study of centenarians , Journal of Age and Ageing, 1998: 207-216.
- Gergen, K. J. and Davis, K. E. (eds) (1985)) **the social construction of the person**. New York: Springer VERLAG.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]