

## مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان

حسین قاسمی<sup>\*</sup>، محمود حیرچی<sup>\*\*</sup>، عطاءالله مثنوی<sup>\*\*\*</sup>، مهدی رهگذر<sup>\*\*\*\*</sup>، مهدی اکبریان<sup>\*\*\*\*\*</sup>

طرح مسئله: هدف از این مقاله مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد جسمی، جنسی و عمل کرد اجتماعی سالمندان مقیم خانواده و سالمندان مقیم سرای شهر اصفهان است.

روشن: در این پژوهش مقطعی (توصیفی - تحلیلی) ۱۶۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۱۰ نفر سالمند مقیم سرای شهر اصفهان با معیارهای ورود سن ۶۰ سال و بالاتر و ساکن شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند. سالمندانی که به علل مختلف قادر به همکاری و تکمیل پرسش‌نامه نبودند از مطالعه خارج شدند. اینبار گردد آوری داده‌های این پژوهش پرسش‌نامه بود. در این مطالعه از دو پرسش‌نامه استفاده شد. پرسش‌نامه اول مربوط به مشخصات و پرسش‌نامه دوم مربوط به پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد<sup>۱</sup> بود. انجام پژوهش در مرآکز سرای سالمندان با مراجعته به این مرآکز و برای نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده با مراجعته حضوری به درب منزل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شد و رضایت افراد کسب گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی ( $=0/001$ ) و میانگین نمره بعد جسمانی ( $=0/001$ )، میانگین نمره بعدذهنی ( $=0/048$ ) و میانگین نمره عمل کرد اجتماعی ( $=0/006$ ) 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 عمل کرد 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 جامعه‌شناسان - 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 questionnair

## مقدمه

رشد سریع جمعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی جوامع را موجب شده است. امروزه در تمام جوامع، سالمندی به عنوان یک مسئله مهم در عصر حاضر مطرح است. کاهش میزان باروری، نقش عمدتی در افزایش درصد سالمدان داشته است درصد افزایش سالمدان تقریباً در همه کشورها به طور منظم رو به افزایش است (اسماعیلزاده، ۱۳۸۶). ایران در حال حاضر با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، با داشتن ۷/۲۷ درصد سالمند بالای ۶۰ سال به عبارتی از جمعیت ۷۰ میلیونی حدود ۵ میلیون و ۱۱۹ هزار نفر بالای ۶۰ 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 ۶۰ سال کشوری به بیش از ۷ درصد بررس آن کشور سالمند خواهد بود (دادخواه، ۱۳۸۶). 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 بوده است. به این معنا که نه تنها از جنبه 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 و درک فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه‌ای از سیستم‌های ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می‌کند بوده و مرتبط با اهداف، انتظارات، و دغدغه‌های او می‌باشد». این مفهوم بعد 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 سالمدان 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). امروزه سیاست‌گذاران به این نکته توجه دارند که برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد سلامت جسمی و روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی توجه داشت و از آنجا که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوه زندگی ناسالم است باید پایه واساس سلامت در این ابعاد را با به کارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی از اولین مراحل حیات پی‌ریزی نموده و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه و نیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌های اقتصادی اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم و زندگی موفق گام برداشت.

نتایج پژوهش حسامزاده (۱۳۸۲) که طی مطالعه‌ای مقطعی به مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان (خصوصی - ولتی) تهران پرداخت نشان داد سالمندان مقیم خانواده دارای کیفیت زندگی و عمل کرد اجتماعی بهتری نسبت به دو گروه دیگر بودند.

نتایج پژوهش پیرامون کیفیت زندگی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران نشان داد زنان در تمام حیطه‌ها یا سنجش‌ها پایین‌تر از مردان بود. (رفعی، ۱۳۸۳) و نیز نتایج پژوهش برزنجه عطربی (۱۳۷۷) نشان داد که سالمندان مقیم خانواده از نگرش مثبت‌تری به سالمندی برخوردار بودند. برخی پژوهش‌ها گزارش کردند زنان بیش از مردان دچار مشکلات فیزیکی و فقدان انرژی‌اند (به نقل از نیک سیرت، ۱۳۸۴).

و جدایی نیا و همکاران در سال ۱۳۸۴ به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندی و عوامل جمعیتی مؤثر بر آن پرداختند. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری خوش‌های تصادفی شده در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب گردید. یافته‌های مطالعه نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته 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(بوند، ۲۰۰۱).

برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد بهداشت جسمی و روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی توجه داشت واز آنجا که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوه زندگی ناسالم است باید پایه و اساس سلامت در این ابعاد را با به کارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی از اولین مراحل حیات پی‌ریزی نموده و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه و نیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌های اقتصادی اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم وزندگی موفق گام برداشت و از آنجا که جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال شهر اصفهان جمعیت نسبتاً بالایی است (۱۵۰۰۴۲) 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 راه حل‌های مختلف مسایل اجتماعی است، برآن شدیم تا در پژوهشی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و سالمندان مقیم خانواده این شهر را مقایسه کنیم.

## روش

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی می‌باشد که کیفیت زندگی در سالمندان مقیم خانواده و سرای سالمندان را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این پژوهش ۱۶۰ نفر

سالمند (۸۰ نفر سالمند مقیم خانوارده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) شهر اصفهان با معیارهای ورودی سالمندان ۶۰ سال و بیشتر ساکن در شهر اصفهان نمونه پژوهش را تشکیل می‌دهند.

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

$$N = \left\{ \frac{14}{24}, \frac{14}{24}, \frac{17}{28}, \frac{17}{28} \right\} . \left( \frac{1/96+0/84}{1/96+0/84} \right) . \left( \frac{79/92-64/26}{79/92-64/26} \right) = 19720/344 = 55.3$$

ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسشنامه بود. در این مطالعه از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات دموگرافیک است که جهت بررسی عامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت ساخته شد. پرسشنامه دوم مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد<sup>۱</sup> است. پژوهشی تحت عنوان لیپاد یک ابزار بین‌المللی برای ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان توسط دیگو<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۸ در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلسینکی در فنلاند انجام گردید. هدف از این پژوهش تهیه یک ابزار استاندارد بین‌المللی برای ارزیابی کیفیت زندگی در سالمندان با توجه به نیازهای سنی این گروه بود و از اهداف دیگر این پژوهش تهیه ابزاری بود که نه تنها قابل اعتبار و اعتماد باشد بلکه به سهولت قابل استفاده و فاقد بار فرهنگی باشد. پژوهش گران معتقدند که این پرسشنامه به عنوان یک ابزار بین‌المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروههای سالمندی و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشد (گرگین و داویس، ۱۹۸۵). لذا پژوهش گر با اینکه به این پژوهش از پرسشنامه آن به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش خود استفاده نموده که علاوه بر استاندارد بودن آن

1. lipad elderly quality of life questionair      2. Diego

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 سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی سالم‌دان را در ۷ بعد بررسی می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای ابعاد هفتگانه به ترتیب  $.87$ ،  $.83$ ،  $.81$ ،  $.85$ ،  $.841$ ،  $.832$ ،  $.82$ ،  $.80$  و در کل  $.831$  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 سالم‌دان، تنها سه بعد عمل‌کرد جسمی (۵ سؤال)، عمل‌کرد ذهنی (۵ سؤال) و عمل‌کرد اجتماعی (۳ سؤال) کیفیت زندگی سالم‌دان را بررسی کردیم. بعد جسمی با سوالاتی 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 سوالاتی 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 سوالاتی از قبیل رضایت از ارتباطات و واپسی‌گری‌های اجتماعی، احساس رضایت از ارتباطات خود با سایر افراد، وجود فردی برای صحبت کردن با او درباره 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 سالم‌دان، ابتدا با بررسی مراکز سرای سالم‌دان در شهر اصفهان به مذاکره با مسئولین ذی ربط و جلب موافقت آنان پرداخته و با توجه به جمعیت سالم‌دان ساکن در در مراکز سالم‌دان غدیر (۷۰ نفر)، شایستگان (۳۰

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 نمونه مورد مطالعه را از این مراکز جمع‌آوری کردیم، سپس برای نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده با مراجعة 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 (۷۶ نفر) ۴۷/۵ درصد زن بوده‌اند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۴۲ نفر) ۵۲/۵ درصد مرد و (۳۸ نفر) ۴۷/۵ درصد زن و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان نیز (۴۲ نفر) ۵۲/۵ درصد مرد و (۳۸ نفر) ۴۷/۵ درصد زن بوده‌اند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظر جنس، همسان هستند ( $p=1$ ). در کل از نظر سن، ۵۰ درصد نمونه‌ها در فاصله سنی ۶۰-۶۹ سال بودند.

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

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

(۱۷ نفر) ۲۱/۳ درصد دارای سنین ۷۰-۷۹ سال و (۴ نفر) ۵ درصد دارای سنین ۸۰ سال و بالاتر بوده‌اند و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان (۲۳ نفر) ۲۸/۸ درصد دارای سنین ۶۰-۶۹ سال، (۴۸ نفر) ۶۰ درصد دارای سنین ۷۰-۷۹ سال و (۹ نفر) ۱۱/۳ درصد دارای سنین ۸۰ سال و بالاتر بوده‌اند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظرسنج، همسان نبوده‌اند (p = 0.001).

از مجموع سالمندان (۳۴ نفر) ۲۱/۳ درصد مجرد، (۶۲ نفر) ۳۸/۸ درصد متاهل، (۵۶ نفر) ۳۳/۸ درصد همسرانشان فوت کرده بودند و (۳ نفر) ۶/۳ درصد متارکه یا مطلقه بودند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۴ نفر) ۵ درصد مجرد، (۸ نفر) ۵۸/۵ درصد متأهل، (۱۵ نفر) ۱۸/۸ درصد همسرانشان فوت کرده بودند و (۳ نفر) ۳/۸ درصد متارکه یا مطلقه بودند و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان (۳۰ نفر) ۳۷/۵ درصد مجرد، (۴ نفر) ۵ درصد متأهل، (۳۹ نفر) ۴۸/۸ درصد 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 نظر وضعیت تأهل، همسان نبوده‌اند (p = 0.001).

حدود ۴۰ درصد سالمندان متأهل بودند. بیش از ۴۰ درصد از سالمندان تحصیلاتی در سطح ابتدایی داشتند. دو گروه 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. حدود ۵۰ درصد از سالمندان مقیم سرای سالمندان همسرانشان فوت کرده بودند.

از مجموع سالمندان (۷۱ نفر) ۴۴/۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، (۳۹ نفر) ۲۴/۴ درصد تحصیلات سیکل، (۴۰ نفر) ۲۵ درصد تحصیلات دیپلم و (۱۰ نفر) ۷/۳ درصد تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۲۸ نفر) ۳۵/۱ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، (۱۷ نفر) ۲۱/۳ درصد تحصیلات سیکل، (۲۸ نفر) ۳۵ درصد تحصیلات دیپلم و (۷ نفر) ۸/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی بودند و در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان همسان نبودند.

سالمندان (۴۳ نفر) ۵۳/۸ درصد از تحصیلات ابتدایی، (۲۲ نفر) ۲۷/۵ درصد تحصیلات سیکل، (۱۲ نفر) ۱۵ درصد تحصیلات دیپلم و (۳ نفر) ۳/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی بودند و دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای سالمندان از نظر سطح تحصیلات، همسان نبوده‌اند ( $P=0.010$ ).

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کل در گروه سالمند مقیم خانواده  $\pm 12/88$  در برابر  $60/09$  در  $58/05 \pm 11/16$  در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد، که با توجه به آزمون تی مستقل تفاوت میانگین کیفیت زندگی کل در دو گروه معنادار است ( $P=0.001$ ).

میانگین نمره بعد عمل کرد جسمی در گروه سالمند مقیم خانواده  $9/80 \pm 2/51$  در برابر  $8/06 \pm 2/54$  در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد که با توجه به نتایج آزمون U من ویتنی، تفاوت میانگین نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است ( $P=0.001$ ).

میانگین نمره بعد عمل کرد ذهنی در گروه سالمند مقیم خانواده  $10/01 \pm 2/89$  در برابر  $9/34 \pm 2/21$  در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد که با توجه به نتایج آزمون U من ویتنی، تفاوت میانگین نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است ( $P=0.048$ ).

میانگین نمره بعد عمل کرد اجتماعی در گروه سالمند مقیم خانواده  $5/43 \pm 1/84$  در برابر  $4/90 \pm 1/46$  در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد که با توجه به نتایج آزمون U من ویتنی، تفاوت میانگین نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار است ( $P=0.006$ ) به جدول ۲ مراجعه شود.

نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سن ( $P=0.845$ ) و نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سن ( $P=0.187$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم

خانواده با سن ( $P=0/226$ ) و نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با سن ( $P=0/057$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با سن ( $P=0/119$ ) و نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با سن ( $P=0/488$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد(جدول ۳).

نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با وضعیت تأهل ( $P=0/439$ ) و نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با وضعیت تأهل ( $P=0/057$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با وضعیت تأهل ( $P=0/496$ ) نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با وضعیت تأهل ( $P=0/195$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با وضعیت تأهل ( $P=0/430$ ) و نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با وضعیت تأهل ( $P=0/247$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد(جدول ۴).

نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/176$ ) و نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با سطح تحصیلات ( $P=0/208$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/085$ ) و نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با سطح تحصیلات ( $P=0/658$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/316$ ) و نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمدنان مقیم سرای سالمدنان با سطح تحصیلات ( $P=0/738$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد (جدول ۵).

## بحث

در این پژوهش مقطعی (توصیفی - تحلیلی) که با هدف مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان انجام شد ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) در شهر اصفهان مورد مطالعه قرار گرفتند.

میانگین نمره کیفیت زندگی کل در سالمندان مقیم خانواده بالاتر از سالمندان مقیم سرای سالمندان بود. میانگین نمره هر سه بعد عمل کرد جسمی، عمل کرد ذهنی و عمل کرد اجتماعی در سالمندان مقیم خانواده بالاتر از سالمندان مقیم سرای بود. نمره های 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 نمره کیفیت زندگی کل، میانگین نمره 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 مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان (خصوصی - 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 شیوه زندگی (در خانه یا مراکز نگهداری) و شرایط فردی (سن و جنس) دارد (حسامزاده، ۱۳۸۳). مطالعه انجمیان (۱۳۸۴) نیز نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد مجرد، متاهل و جدا شده ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی افراد مطلقه از بیماران متأهل و مجرد کمتر است. در این پژوهش دو گروه سالمند مقیم خانواده و سالمند مقیم سرای 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 نمره کیفیت زندگی در مردان به طور معناداری از زنان بیشتر بود. نتایج پژوهش ربانی خوراسگانی و کیانپور

(۱۳۸۶) 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، فamilی و محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و انزوا و وابستگی بیش از حد از نمودهای غیر طبیعی آن است(به نقل از رضایی، ۱۳۸۶). در این پژوهش سالمدان مقیم خانواده میانگین نمره بعد جسمی، ذهنی و اجتماعی بالاتری نسبت به سالمدان مقیم سرای سالمدان گزارش کردند. اما در بعضی پژوهش‌ها از جمله پژوهشی که توسط دلوبونو<sup>۱</sup> و همکارانش از سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۲ در منطقه ونتو<sup>۲</sup> کشور ایتالیا تحت عنوان «کیفیت زندگی و طول عمر: مطالعه‌ای بر روی سالمدان صد ساله وبالاتر» انجام شد و هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی در سالمدان زیر صد سال، صد سال و بالاتر بود تفاوت معناداری از نظر نمره ابعاد جسمی و اجتماعی بین دوگروه مشاهده نشد. همچنین نتایج پژوهش نورو<sup>۳</sup> و آرو<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۶ که در مطالعه‌ای به ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و توانایی عمل کردی در سالمدان مقیم مؤسسات و مقایسه آن با اطلاعات جمعیت عمومی در کشور فنلاند، نشان داد که کیفیت زندگی وابسته به سلامت با توانایی عمل کردی ارتباط مستقیم دارد(به نقل از نیک سیرت، ۱۳۸۴). در پژوهش حسامزاده (۱۳۸۲) نیز سالمدان مقیم خانواده عمل کرد اجتماعی بهتری را نسبت به سالمدان مقیم سرای سالمدان گزارش کردند. طبق نتایج پژوهش نیک سیرت(۱۳۸۴) افرادی که نیاز به سکونت در مراکز مراقبت‌های طولانی مدت (سراهای) دارند، در درجه اول غالب کیفیت زندگی آن‌ها به علت شرایط و موقعیت‌هایی که این مراکز ایجاد می‌کنند به خطر می‌افتد که با یافته‌های ما هم‌خوانی دارد. در این پژوهش دو گروه سالمدان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمدان از نظر سن همسان نبودندو اما برخی تحقیقات از جمله انجمنیان (۱۳۸۴) 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

ارتباط معنی دار معکوس وجود دارد، یعنی با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافته است. بر اساس تحقیق موراگ فارکوار افراد مسن تر در مقایسه با سایر گروه های سنی به نسبت کیفیت زندگی پائین تری دارند. در مطالعه ای که به منظور بررسی کیفیت زندگی در یک نمونه نرمال از جمعیت کانادا انجام شد نیز نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سن رابطه معنی داری وجود دارد (به نقل از منصوریان، ۱۳۸۴). هرچند برخی تحقیقات نیز نشان داد که سن با کیفیت زندگی در ارتباط نیست از جمله نتایج پژوهش رفعتی (۱۳۸۳) که در بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران، در سال ۱۳۸۲ انجام شد نشان داد سن با کیفیت زندگی در ارتباط نبود. بر همنی (۱۳۷۸) و ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸۶) نیز عدم ارتباط بین کیفیت زندگی با سن را گزارش کردند. هرچند در این پژوهش دو گروه 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 نمره کل کیفیت زندگی را نشان می دهد. ابی و اندروز<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) بیان نمودند که وضعیت تأهل و برخورداری از حمایت زندگی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه نزدیکی دارند (به نقل از زکی، ۱۳۸۳). در این پژوهش در صد خیلی کم (۵ درصد) سالمندان مقیم سرای سالمندان متأهل بودند و همچنین تحقیقات هاونز<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) نشان داد که نقش همسر در سالمندان باعث افزایش رضایت از زندگی می شود (نقل شده در کاظم نژاد و الحانی، ۱۳۸۳) 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 (۱۳۸۶) 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 رابطه معنادار بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی را نشان می دهد از جمله تحقیق انجمانیان

1. Abbey & Andrews

2. Havens

(۱۳۸۴) و برهمنی (۱۳۷۸) نیز نشان داد بین کیفیت زندگی با تحصیلات مختلف اختلاف معنی دار آماری وجود دارد، به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی با افزایش سطح سواد، افزایش می‌یابد (نقل شده در وجودانی نیا، ۱۳۸۴). 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 سالمدنی 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 سالمدان پایین است. هرچند برخی تحقیقات رابطه 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 سالمدان مرد و زن اختلاف معناداری نشان نداد. برهمنی (۱۳۷۸) و ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸۶) 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. وجودانی نیا و همکاران در سال ۱۳۸۴ نیز در بررسی رابطه بین متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی، در بیشترین موارد روابط آماری معنی داری مشاهده کردند و نتایج نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمدان با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است. بوند (۲۰۰۱) نیز معتقد است با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمدان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته واز این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمدنی دارای اهمیت بالقوه‌ای است. درکل در رابطه با ارزش گذاری نسبت به سالمدان باشستی دو مقوله مورد توجه قرار می‌گیرد؛ اولاً، موقعیت عینی سالمدان یعنی زندگی

مشترک با خانواده یا زندگی جداگانه، میزان دیدار افراد از سالمندان، پذیرش دستورات سالمندان و اهمیت دادن به این قبیل امور، کسب اجازه از سالمندان در امور مختلف و با لآخره میزان کمک‌های مادی و خدماتی به سالمندان. ثانیاً، تصورات ذهنی نسبت به سالمندان که مشتمل است بر تصورات ذهنی فرزندان و خویشاوندان نسبت به سالمندان از نظر میزان احساس مسئولیت، مراقبت و تأمین معاش، پذیرش افکار و عقاید سالمندان، تمایل به زندگی در جوار آنان و... که اصولاً در جوامع رستایی و سنتی، بعد مثبت تمایل موارد بالا بیشتر از شهرهای بزرگ است. هسته‌ای شدن خانواده، جدا شدن جوانان از خانواده و عواملی از این دست، مراقبت از سالمندان را کاهش داده و حتی موجب فراموشی آن‌ها در جامعه شده است. جدایی سالمندان از محل کار و بازنیسته شدن آن‌ها از کار یکی دیگر از مسائل مهم سالمندی است. به طوری که در سال‌های ۱۹۰۰ میلادی در آمریکا ۶۶ درصد از شاغلان در گروه سنی بالای ۶۵ سال قرار داشته‌اند، در حالی که این رقم در سال ۱۹۷۰ به ۳۳ درصد کاهش یافته است. این گروه در عین حال که توانایی اشتغال به فعالیت را دارند ولی بازنیسته می‌شوند و به گروه بیکاران می‌پیوندند و همین موضوع علاوه بر مسائل روانی و اجتماعی، مشکلات مالی را برای سالمندان فراهم می‌رآورد. چنانچه بنا به قولی، هر چه اقتدار بیرونی سالمند کم می‌شود و امکان کنترل عوامل بیرونی توسط او کاهش می‌یابد وضعيت درونی او نیز مختل می‌گردد (به نقل از زاهدی اصل ۱۳۸۱).

برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در اجتماع و مفید و مولد بودن آن‌ها به عنوان عضوی از اعضای جامعه پیشنهاد می‌شود از کسانی که از سالمندان مراقبت می‌کنند حمایت شود نیروهای متخصص در زمینه‌هایی نظیر طب سالمندی و سالمندشناسی اجتماعی آموزش بینند. همچنین پیشنهاد می‌شود برای خانواده‌های دارای سالمند و خود سالمندان مشاوره‌های خانوادگی و بهداشت روانی انجام گردد. لازم به ذکر است کلیه جنبه‌های سالمندی به منظور کسب اطلاعات بیشتر برای حفظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان تحقیقات وسیعی را می‌طلبد.

## 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.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی کل دوگروه سالمدان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمدان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷)

حدود ٪۹۵ اطمینان برای تفاضل میانگین‌ها	مقدار احتمال	درجه آزادی	t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	متغیر
حد بالا								
حد پایین								

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره بعد عمل کرد جسمی، بعد عمل کرد ذهنی و بعد عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی بین دوگروه سالمدان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمدان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷)

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

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره بعد عمل کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷) در گروههای سنی

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

مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان

مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه‌ها	فراوانی	سن		
۰/۱۱۹	۴/۲۵۵	۳۸/۵۲	۵۹	۶۰-۶۹ سال	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد اجتماعی
		۴۹/۸۵	۱۷	۷۰ - ۷۹ سال		
		۳۰/۰۰	۴	۸۰ سال به بالا		
			۸۰	جمع		
۰/۴۸۸	۱/۴۳۳	۳۶/۷۸	۲۳	۶۰-۶۹ سال	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد جسمی
		۴۲/۹۷	۴۸	۷۰ - ۷۹ سال		
		۳۶/۸۳	۹	۸۰ سال به بالا		
			۸۰	جمع		

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره عمل کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷) در گروه‌ها از نظر وضعیت تأهل

مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه‌ها	فراوانی	وضعیت تأهل		
۰/۴۳۹	۲/۷۰۵	۳۵/۶۳	۴	مجرد	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد جسمی
		۴۳/۰۲	۵۸	متاهل		
		۳۲/۵۷	۱۵	همسر فوت شده		
		۳۸/۰۰	۳	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		
۰/۰۵۷	۷/۵۳۸	۴۰/۷۷	۳۰	مجرد	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد جسمی
		۶۷/۷۵	۴	متأهل		
		۳۹/۶۳	۳۹	همسر فوت شده		
		۲۸/۶۴	۷	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		

مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه ها	فرافوایی	وضعیت تأهل		
۰/۴۹۶	۲/۳۹۰	۲۵/۰۰	۴	مجرد	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد ذهنی
		۴۱/۰۰	۵۸	متاهل		
		۴۰/۷۷	۱۵	همسر فوت شده		
		۵۰/۱۷	۳	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		
۰/۱۹۰	۴/۷۰۲	۳۷/۸۸	۳۰	مجرد	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد ذهنی
		۶۰/۷۵	۴	متاهل		
		۴۱/۸۵	۳۹	همسر فوت شده		
		۳۲/۶۴	۷	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		
۰/۴۳۰	۲/۷۵۹	۴۳/۲۵	۴	مجرد	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد ذهنی
		۴۲/۶۵	۵۸	متاهل		
		۳۳/۹۳	۱۵	همسر فوت شده		
		۲۸/۱۷	۳	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		
۰/۲۴۷	۴/۱۳۵	۴۰/۱۵	۳۰	مجرد	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد اجتماعی
		۶۱/۷۵	۴	متاهل		
		۳۹/۷۲	۳۹	همسر فوت شده		
		۳۴/۲۱	۷	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		

جدول ۵ - مقایسه میانگین نمره عمل کرد جسمی، ذهنی و اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواره و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷) در گروههای تحصیلی

نمره عمل کرد جسمی	سالمند مقیم خانواره	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد ذهنی	سالمند مقیم خانواره	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد اجتماعی	سالمند مقیم خانواره
مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه ها	فرابوی	میزان تحصیلات			
۰/۱۷۶	۴/۹۳۸	۳۶/۷۴	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواره	نمره عمل کرد جسمی	
		۳۳/۸۲	۱۷	سیکل			
		۴۳/۵۵	۲۸	دیپلم			
		۵۳/۳۶	۷	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۲۰۸	۴/۵۵۲	۳۷/۰۸	۴۳	ابتدایی	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد ذهنی	
		۴۳/۸۲	۲۲	سیکل			
		۵۰/۰۸	۱۲	دیپلم			
		۲۷/۸۳	۳	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۰۸۵	۷/۶۲۸	۴۴/۲۰	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواره	نمره عمل کرد اجتماعی	
		۲۷/۷۱	۱۷	سیکل			
		۴۱/۹۱	۲۸	دیپلم			
		۴۷/۰۰	۷	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۶۵۸	۱/۶۰۷	۳۸/۰۱	۴۳	ابتدایی	سالمند مقیم سرای سالمندان	نمره عمل کرد ذهنی	
		۴۱/۱۸	۲۲	سیکل			
		۴۶/۹۲	۱۲	دیپلم			
		۴۰/۳۳	۳	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۳۱۶	۲/۵۳۶	۴۱/۴۸	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواره	نمره عمل کرد اجتماعی	
		۳۱/۱۸	۱۷	سیکل			
		۴۲/۷۷	۲۸	دیپلم			
		۴۴/۶۴	۷	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			

مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه‌ها	فراوانی	میزان تحصیلات		
۰/۷۳۸	۱/۲۶۳	۴۰/۷۳	۴۳	ابتدایی	سالمند مقیم سرای سالمندان	
		۴۰/۸۲	۲۲	سیکل		
		۴۲/۵۸	۱۲	دپلم		
		۲۶/۵۰	۳	دانشگاهی		
			۸۰	جمع		

## References

- آلبورکردی، مصطفی، رمضانی، محمد آرش، عریضی، فروغ السادات، (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمدان شاهین شهر در سال ۱۳۸۳، مجله علمی پژوهشی، دوره ۵، شماره ۴.
- اسماعیلزاده، خالد. (۱۳۸۶). بررسی پدیده سالمدانی (فصلنامه پیام توانبخشی سالمدان)، سال چهارم شماره ۱۰.
- انجمنیان، وحید. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترجیحی شده از مرکز آموزشی درمانی سینا شهر همدان. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- برزنجه عطای شیرین، (۱۳۷۷)، بررسی مقایسه‌ای نگرش سالمدان مقیم خانواده و سرا نسبت به سالمدانی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنتدج سال ۱۳۷۷، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- برهمی، گاشن (۱۳۷۸)، بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بیماران شیمیایی سرددشت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پژوهشی شهید بهشتی.
- حسامزاده، علی (۱۳۸۳)، مقایسه کیفیت زندگی سالمدان مقیم خانواده با سالمدان مقیم سرای سالمدان شهر تهران در سال ۱۳۸۲، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ربانی خوراسگانی، علی و کیانپور، مسعود (۱۳۸۶)، «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی شهر اصفهان»، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، س، ۱۵، شماره ۵۸-۵۹.
- رضایی، حبیب‌اله، (۱۳۸۶)، بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رفعتی، نرگس، (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمدان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک. تهران. دانشگاه علوم پژوهشی شهید بهشتی.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۸۱)، مسائل و مشکلات سالمدان (مبانی رفاه اجتماعی)، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی ص ۲۱۳-۲۱۴.

- 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 (۱۳۸۶)، 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 ۱۶۷.
- 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 ۲۰-۱۴ ساله استفاده کننده از خدمات حرفه آموزی دولتی با افراد مشابه از بخش خصوصی تهران. تهران.
- کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ الحانی، فاطمه (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی در کشیده 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 ۱۳۸۴، پایان نامه علوم پزشکی تهران.
- نیکسیرت، زهراء، (۱۳۸۴)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشدمدیریت توابع‌خواهی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توابع‌خواهی.
- وجданی نیا، مریم‌سادات، (۱۳۸۴)، 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 life 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.