

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

حسین قاسمی\*، محمود حریرچی\*\*، عطاءاله مننوی\*\*\*، مهدی رهگذر\*\*\*\*، مهدی اکبریان\*\*\*\*\*

**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. روش: در این پژوهش مقطعی (توصیفی - تحلیلی) ۱۶۰ نفر سالمند (۸۰ نفر سالمند مقیم خانواده و ۸۰ 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 پرسش نامه نبودند از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسش نامه بود. در این مطالعه از دو پرسش نامه استفاده شد. پرسش نامه اول مربوط به مشخصات و پرسش نامه دوم مربوط به پرسش نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد بود. انجام پژوهش در مراکز سرای سالمندان با مراجعه به این مراکز و برای نمونه‌گیری از سالمندان مقیم خانواده با مراجعه حضوری به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شد و رضایت افراد کسب گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل کیفیت زندگی ( $p = 0/001$ ) و میانگین نمره بعد جسمانی ( $p = 0/001$ )، میانگین نمره بعد ذهنی ( $p = 0/048$ ) و میانگین نمره عمل کرد اجتماعی ( $p = 0/006$ ) سالمندان مقیم خانواده به طور معناداری از نظر آماری بیش تر از سالمندان مقیم سرای 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 سرای 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 پذیرش: ۸۹/۳/۹

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۲۱

\* 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 - 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 questionnaire

## 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 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، 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 برسد آن کشور سالمند خواهد بود (دادخواه، ۱۳۸۶). امروزه برای تأمین نیازها و ارتقاء 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 ایجاد کرده 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 ورزشی و فرهنگی که در آن زندگی می‌کند بوده و مرتبط با اهداف، انتظارات، و دغدغه‌های 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 و از 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 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 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 عمل‌کرد 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. (رفعتی، ۱۳۸۳) و نیز نتایج پژوهش برزنجه عطری (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).

وجدانی‌نیا 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 و از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است (بون، ۲۰۰۱).

برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد بهداشت 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 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 و زندگی 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 راه‌حل‌های 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 خانواده و ۸۰ نفر سالمند مقیم سرای سالمندان) شهر اصفهان با معیارهای ورودی سالمندان ۶۰ سال و بیش تر ساکن در شهر اصفهان نمونه پژوهش را تشکیل می دهند.

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

$$N = \{(14/24 \cdot 14/24) + (17/68 \cdot 17/68)\} \cdot (1/96 + 0/84) \cdot (1/96 + 0/84) \cdot (79/92 - 64/26) (79/92 - 64/26) = (19720/344) (245/2356) = 80$$

ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش پرسش نامه بود. در این مطالعه از دو پرسش نامه استفاده شد. پرسش نامه اول مربوط به مشخصات دموگرافیک است که جهت بررسی عامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت ساخته شد. پرسش نامه دوم مربوط به پرسش نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد<sup>۱</sup> است. پژوهشی تحت عنوان لیپاد یک ابزار بین المللی 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 بین المللی 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 پرسش نامه به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه‌های سالمندی و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می باشد (گرگین و داویس، ۱۹۸۵). لذا پژوهش گر با اتکا به این پژوهش از پرسش نامه آن به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش خود استفاده نموده که علاوه بر استاندارد بودن آن

1. Lipad elderly quality of life questionnaire      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 سالمند را در ۷ 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، ۰/۸۶۱، 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 سؤال)، عمل‌کرد ذهنی (۵ سؤال) و عمل‌کرد اجتماعی (۳ سؤال) 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 درباره موضوعات شخصی سنجیده می‌شود.

برای اجرای این پژوهش پس از اخذ معرفی‌نامه 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 مراکز سالمندان 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 مراجعه 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 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 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 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 بالاتر بوده‌اند. در گروه سالمند مقیم خانواده (۵۹ نفر) ۷۳/۸ درصد دارای سنین ۶۹-۶۰ سال،

(۱۷ نفر) ۲۱/۳ درصد دارای سنین ۷۹-۷۰ 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 ۶۹-۶۰ سال، (۴۸ نفر) ۶۰ درصد دارای سنین ۷۹-۷۰ 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 نظر سن، همسان نبوده‌اند ( $p = 0/001$ ).

از مجموع سالمندان (۳۴ نفر) ۲۱/۳ درصد مجرد، (۶۲ نفر) ۳۸/۸ درصد متأهل، (۵۴ 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، (۵۸ نفر) ۷۲/۵ 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) ۶/۳ 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 (۴۳ نفر) ۵۳/۸ درصد دارای 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 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  $12/88 \pm$   $60/09$  در برابر  $52/58 \pm 11/16$  در گروه سالمند مقیم سرای سالمندان می‌باشد، که با توجه به آزمون تی مستقل تفاوت میانگین کیفیت زندگی کل در دو گروه معنادار است ( $P=0/001$ ) (جدول I).

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

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

نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/176$ ) و نمره عمل کرد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سطح تحصیلات ( $P=0/208$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/085$ ) و نمره عمل کرد ذهنی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سطح تحصیلات ( $P=0/658$ ) رابطه معناداری از نظر آماری نشان نداد. نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سطح تحصیلات ( $P=0/316$ ) و نمره عمل کرد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان 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 سالمندان 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 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 انجمنیان (۱۳۸۴) 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 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، رضانی 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، فامیل 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 سالمندان مقیم خانواده میانگین نمره بعد جسمی، ذهنی و اجتماعی بالاتری نسبت به سالمند مقیم سرای سالمندان گزارش کردند. اما در بعضی پژوهش‌ها از جمله پژوهشی که توسط دلونو<sup>۱</sup> و همکارانش از سال ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۵ در منطقه ونتو<sup>۲</sup> کشور ایتالیا تحت عنوان «کیفیت زندگی و طول عمر: مطالعه‌ای بر روی سالمندان صد ساله و بالاتر» انجام شد و هدف از این مطالعه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی در سالمندان زیر صد سال، صد سال و بالاتر بود تفاوت معناداری از نظر نمره ابعاد جسمی و اجتماعی بین دو گروه 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 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، ۱۳۸۴). 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 (۱۳۸۴) افرادی که نیاز به سکونت در مراکز مراقبت‌های طولانی مدت (سراها) دارند، در درجه اول اغلب 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 سالمند مقیم خانواده و مقیم سرای سالمندان از نظر سن همسان نبودند و اما برخی تحقیقات از جمله انجمنیان (۱۳۸۴) و آلبو کردی، رضانی و عریضی (۱۳۸۵) نشان داد که بین امتیاز کیفیت زندگی کل و سن

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

ارتباط معنی‌دار معکوس وجود دارد، یعنی با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافته است. بر اساس تحقیق موراگ فارکووار افراد مسن‌تر در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به نسبت کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. در مطالعه‌ای که به منظور بررسی کیفیت زندگی در یک نمونه‌نرمال از جمعیت کانادا انجام شد نیز نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سن رابطه معنی‌داری 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. برهمنی (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 می‌دهد. 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 درصد 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 می‌شود (نقل شده در کاظم‌نژاد 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 می‌دهد از جمله تحقیق انجمنیان

1. Abbey & Andrews

2. Havens

(۱۳۸۴) 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، 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 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 طور کلی سطح سواد در سالمندان 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 سالمندان 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. وجدانی 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 معنی‌داری مشاهده کردند و نتایج نشان داد که 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 و از 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 مقوله مورد توجه قرار می‌گیرد؛ اولاً، موقعیت عینی سالمندان 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 روستایی و سنتی، بعد مثبت تمامی موارد بالا بیش‌تر از شهرها ی 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 بازنشسته 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 بازنشسته می‌شوند و به گروه بیکاران می‌پیوندند و همین موضوع علاوه بر مسائل روانی و اجتماعی، مشکلات مالی را برای سالمندان فراهم می‌آورد. چنانچه بنا به قولی، هر چه اقتدار بیرونی سالمند کم می‌شود و امکان کنترل عوامل بیرونی توسط او کاهش می‌یابد وضعیت 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 ببینند. 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 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
امتیاز کیفیت زندگی کل	سالمند مقیم خانواده	۸۰	۶۰/۰۹	۱۲/۸۸	۳/۹۴۲	۱۵۸	۰/۰۰۱	-۱۱/۲۷۷
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۵۲/۵۸	۱۱/۱۶				۳/۷۴۸

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره بعد عمل کرد جسمی، بعد عمل کرد ذهنی و بعد عمل کرد 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	مقدار احتمال
نمره عمل کرد جسمی	سالمند مقیم خانواده	۸۰	۹/۸۰	۲/۵۱	۹۵/۶۴	-۴/۱۷۳	۰/۰۰۱
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۸/۰۶	۲/۵۴	۶۵/۳۶		
نمره عمل کرد ذهنی	سالمند مقیم خانواده	۸۰	۱۰/۰۱	۲/۸۹	۸۷/۵۸	-۱/۹۷۴	۰/۰۴۸
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۹/۳۴	۲/۲۱	۷۳/۴۳		
نمره عمل کرد اجتماعی	سالمند مقیم خانواده	۸۰	۵/۴۳	۱/۸۴	۹۰/۳۳	-۲/۷۴۶	۰/۰۰۶
	سالمند مقیم سرا	۸۰	۴/۹۰	۱/۴۶	۷۰/۶۸		

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	فراوانی	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	۳/۳۵۲	۴۰/۳۹	۲۳	۶۰-۶۹ سال	سالمند مقیم سرای سالمندان	
		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			

مقدار احتمال	اماره 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	
		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	
		۶۷/۷۵	۴	متاهل		
		۳۹/۶۳	۳۹	همسر فوت شده		
		۲۸/۶۴	۷	متارکه یا مطلقه		
			۸۰	جمع		

مقدار احتمال	آماره کروسکال والیس	میانگین رتبه‌ها	فراوانی	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		
۰/۱۹۵	۴/۷۰۲	۳۷/۸۸	۳۰	مجرد	سالمند مقیم سرای سالندان	
		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 اجتماعی
		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 سالندان	
		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 خانواده و مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان (سال ۱۳۸۷) در گروه های تحصیلی

مقدار احتمال	اماره کروسکال والیس	میانگین رتبه ها	فراوانی	میزان تحصیلات			
۰/۱۷۶	۴/۹۳۸	۳۶/۷۴	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواده	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		
		۴۳/۸۲	۲۲	سیکل			
		۵۰/۰۸	۱۲	دیپلم			
		۲۶/۸۳	۳	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۰۸۵	۶/۶۲۸	۴۴/۲۰	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد ذهنی	
		۲۷/۷۱	۱۷	سیکل			
		۴۱/۹۱	۲۸	دیپلم			
		۴۶/۰۰	۷	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۶۵۸	۱/۶۰۷	۳۸/۰۱	۴۳	ابتدایی	سالمند مقیم سرای سالمندان		
		۴۱/۸۹	۲۲	سیکل			
		۴۶/۹۲	۱۲	دیپلم			
		۴۰/۳۳	۳	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			
۰/۳۱۶	۳/۵۳۶	۴۱/۴۸	۲۸	ابتدایی	سالمند مقیم خانواده	نمره عمل کرد اجتماعی	
		۳۱/۱۸	۱۷	سیکل			
		۴۲/۷۷	۲۸	دیپلم			
		۴۴/۶۴	۷	دانشگاهی			
			۸۰	جمع			

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

- آلبوکردی، مصطفی، رضانی، محمد آرش، عریضی، فروغ السادات، (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر در سال ۱۳۸۳، مجله علمی پزشکی، دوره ۵، شماره ۴.
- اسماعیل زاده، خالد. (۱۳۸۶). بررسی پدیده سالمندی (فصلنامه پیام توانبخشی سالمند)، سال چهارم شماره ۱۰.
- انجمنیان، وحید (۱۳۸۳). بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از مرکز آموزشی درمانی سینا شهر همدان. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- برزنجه عطری شیرین، (۱۳۷۷)، بررسی مقایسه‌ای نگرش سالمندان مقیم خانواده و سران نسبت به سالمندی و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایشان در شهر سنندج سال ۱۳۷۷، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- برهمنی، گلشن (۱۳۷۸)، بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- حسام‌زاده، علی (۱۳۸۳)، مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۸۲، پایان‌نامه 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 سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن آسایشگاه خیریه کهریزک. تهران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- زاهدی اصل، محمد (۱۳۸۱)، مسائل و مشکلات سالمندان (مبانی رفاه اجتماعی)، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی 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، علی اکبر، 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 آموزشی دولتی با افراد مشابه از بخش خصوصی تهران. تهران.
- کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ الحانی، فاطمه (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی درک شده 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، زهرا، (۱۳۸۴)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته عضو سازمان بازنشستگی ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۴، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی .
- وجدانی‌نیا، 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, ourcioli, 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.