

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

**بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان
کهریزک، سال ۱۳۸۹**

استاد راهنما: مرحمت فراهانی نیا

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

استاد مشاور: سارا جان محمدی

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

استاد مشاور آمار: حمید حقانی

عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه

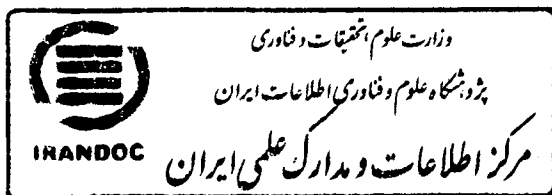
دانشجو: علی جدیدی

پایان نامه برای به پایان رساندن برنامه آموزشی

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری

گرایش آموزش بهداشت جامعه

آذر ماه ۸۹



۱۵۸۲۵۷

۱۳۹۰/۳/۱۶

تصویب پایان نامه

آقای علی جدیدی دانشجوی دوره کارشناسی ارشد در تاریخ ۸۹/۹/۲ از پایان نامه خود تحت عنوان:

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک، ۱۳۸۹

جهت اخذ دانشنامه کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته پرستاری گرایش آموزش بهداشت جامعه دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی (نمره = ۱۹/۷) به تصویب رسید.

استاد راهنما: مرحمت فراهانی نیا

استاد مشاور: سارا جان محمدی

استاد مشاور آمار: حمید حقانی

استاد داور اول: دکتر نعیمه سیدقاسمی

استاد داور دوم: دکتر منصوره اشقلی فراهانی

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی: دکتر فروغ رفیعی

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه است (کد ۹۹۱/پ) کیفیت

دکتر محمدعلی چراغی

رئیس دانشکده

لر زواف

پیرو ادغام کلیه واحدهای آموزشی، پژوهشی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران سابق در دانشگاه علوم پزشکی تهران جدید به دنبال ابلاغیه وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وفق مصوبه شماره ۱۱۰/۶۶۷ معاونت محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری، در این مطالعه نیز، محیط پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به دانشگاه علوم پزشکی تهران تغییر نام پیدا کرده است.

دفتر تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی تهران

چکیده پژوهش

مقدمه: با توجه به افزایش شمار سالمندان و به تبع آن ازدیاد شمار سالمندان آسایشگاهی، لزوم توجه به کیفیت زندگی آنها بیش از پیش اهمیت می یابد. از طرفی یکی از ابعاد سلامت، بعد معنوی است که اغلب مورد غفلت واقع می شود، لذا مطالعه پیرامون ارتباط این بعد از سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان ضرورت می یابد.

هدف پژوهش: تعیین ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان

کهریزک، سال ۱۳۸۹

نوع پژوهش: این مطالعه به صورت مقطعی و از نوع همبستگی بوده و در آن از دو ابزار کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF36) و پرسشنامه سلامت معنوی (SWBI) که شامل دو زیر مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی می باشد، استفاده شد.

نمونه پژوهش: نمونه گیری به صورت سرشماری انجام گرفت و از کل نمونه ها، ۱۴۱ سالمند بالای ۶۰ سال ساکن مرکز خیریه کهریزک، در مطالعه شرکت کردند.

نتایج: در کل ۵۱/۸٪ نمونه ها، مرد بوده و میانگین سنی آنها $72/72 \pm 8/64$ بود. یافته ها نشان دادند اکثر افراد سطح سلامت معنوی متوسط و بالا داشته و میانگین نمره سلامت معنوی آنها $96/26 \pm 17/93$ بود. اما آنالیز واریانس نشان داد سلامت معنوی با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی ندارد. همین طور میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان $50/36 \pm 11/3$ بود و در آزمون تی مستقل میانگین نمره کیفیت زندگی مردان به طور معنی داری بیش از زنان بود ($P=0/000$). کیفیت زندگی سالمندان با وضعیت تاهل آنها ارتباط داشت به طوری که افراد همسر فوت شده، نمره کمتری کسب کردند. علاوه آزمون همبستگی پیرسون نشان داد سلامت معنوی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد ($R=0/224$ ، $P=0/008$). علاوه در آنالیز رگرسیون، سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیش از همه با متغیر جنس ارتباط نشان دادند.

بحث: از آنجایی که میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه در حد متوسط بود، لزوم توجه به عوامل موثر در کیفیت زندگی آنها اهمیت دارد. که این موضوع در زنان از اهمیت دو چندانی برخوردار است. همینطور از آنجایی که سلامت معنوی و کیفیت زندگی مستقیماً در ارتباط هستند، می بایست در امر مراقبت از سالمندان، به بعد معنوی آنها توجه بیشتری مبذول داشت.

واژه های کلیدی: سلامت معنوی، کیفیت زندگی، سالمندان، سرای سالمندان

تفلیس به مولانا سرور خان حضرت مہادی (عج)

بر خود لازم می دانم از راهنمایی های ارزشمند و برخورد های گرم استاد راهنمای محترم سرکار خانم فراهانی نیا، قدردانی نمایم. همین طور از مساعدت ها و راهنمایی های استاد محترم آمار جناب آقای دکتر حقانی و استاد مشاور محترم سرکار خانم جان محمدی و نیز سایر اساتید محترمی که راهنمایم بودند از جمله سرکار خانم دکتر فراهانی، سرکار خانم دکتر سید فاطمی و سرکار خانم دکتر رفیعی، سپاسگزارم.

همین طور از پدر و مادر خود نهایت سپاس را دارم که همواره سایه بانی برای خستگی هایم می باشند. از کمک های بی شائبه همسر عزیزم که همواره موجب دلگرمی و مشوقم هستند و نیز از خواهران گرامی ایشان خانم ها زاهده و زینب خادمی کوشا متشکرم. بعلاوه از زحمات آقای هادی مشهدی و خانم ها حمیده رحمانی، معصومه یوسفی، ویدا سیانکی، مهناز نوری، معصومه طوطی زاده و خانم و آقای سلمان زاده سپاس گذاری می کنم. همینطور از همکاری تمامی مسئولین دانشکده و کارشناسان اداره آموزش و تحصیلات تکمیلی سپاس گزارم. بعلاوه لازم می دانم از تمامی سالمندان عزیزی که هدف اصلی این تحقیق بوده و با برخوردی گرم و محبت آمیز پذیرای ما بودند، نهایت سپاس را داشته باشم. همین طور از مسئولین محترم آسایشگاه خیریه کهریزک که ما را در انجام این تحقیق یاری دادند، متشکرم.

فصل اول - معرفی پژوهش

۱	بیان مساله
۱۱	اهداف پژوهش
۱۱	سوالات پژوهش
۱۲	تعریف واژه ها

فصل دوم - مروری بر متون

۱۳	چهارچوب پنداشتی
۵۰	گزارش پژوهش های انجام شده

فصل سوم - روش پژوهش

۵۷	نوع پژوهش
۵۷	جامعه پژوهش
۵۷	نمونه پژوهش
۵۸	ابزار اندازه گیری داده ها
۶۰	اعتبار و اعتماد علمی
۶۰	روش کار
۶۱	ملاحظات اخلاقی
۶۲	محدودیت های پژوهش

فصل چهارم - نتایج

- تجزیه و تحلیل داده ها ۶۳
- ارائه نتایج ۷۰

فصل پنجم - بحث

- بحث و بررسی یافته ها ۷۷
- نتیجه گیری نهایی ۸۳
- پیشنهاد برای کاربرد یافته ها ۸۳
- پیشنهاد برای پژوهش های بعدی ۸۶
- پیام اصلی و خلاصه اجرایی ۸۸

فهرست منابع

- منابع فارسی و لاتین ۸۹

پیوستها

- فرم رضایت نامه
فرم اطلاعات فردی
پرسشنامه سلامت معنوی
پرسشنامه کیفیت زندگی
تاییدیه رئیس دانشکده جهت اجرای پژوهش

فهرست اشکال

صفحه

عنوان

- شکل ۱: ارتباط بین ابعاد عمودی و افقی معنویت ۱۶
- شکل ۲: ساختار های جداگانه اما دارای همپوشانی مفهوم معنویت ۲۶
- شکل ۳: ابعاد مختلف وجود انسان ۳۰
- شکل ۴: اجزاء سلامتی ۳۱
- شکل ۵: سطوح کیفیت زندگی ۳۳
- شکل ۶: ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد کیفیت زندگی ۴۴

فهرست جداول

عنوان

صفحه

- جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مطالعه بر حسب سن..... ۶۳
- جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب جنس..... ۶۴
- جدول شماره ۳: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت تاهل..... ۶۴
- جدول شماره ۴: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطح تحصیلات..... ۶۴
- جدول شماره ۵: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مدت اقامت..... ۶۵
- جدول شماره ۶: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح سلامت معنوی..... ۶۵
- جدول شماره ۷: توصیف گویه های سلامت مذهبی..... ۶۶
- جدول شماره ۸: توصیف گویه های سلامت وجودی..... ۶۸
- جدول شماره ۹: سلامت معنوی بر حسب گروه های سنی..... ۷۰
- جدول شماره ۱۰: سلامت معنوی بر حسب جنس..... ۷۰
- جدول شماره ۱۱: سلامت معنوی بر حسب وضعیت تاهل..... ۷۱
- جدول شماره ۱۲: سلامت معنوی بر حسب سطح تحصیلات..... ۷۱
- جدول شماره ۱۳: سلامت معنوی بر حسب مدت اقامت..... ۷۲
- جدول شماره ۱۴: کیفیت زندگی بر حسب سن..... ۷۲
- جدول شماره ۱۵: کیفیت زندگی بر حسب جنسیت..... ۷۳
- جدول شماره ۱۶: کیفیت زندگی بر حسب سطح تحصیلات..... ۷۳
- جدول شماره ۱۷: کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تاهل..... ۷۴
- جدول شماره ۱۸: کیفیت زندگی سالمندان بر حسب مدت اقامت..... ۷۴
- جدول شماره ۱۹: آزمون همبستگی پیرسون بین ابعاد مختلف سلامت معنوی و کیفیت زندگی..... ۷۵
- جدول شماره ۲۰: آزمون رگرسیون بین سلامت معنوی و متغیرهای وابسته..... ۷۵
- جدول شماره ۲۱: آزمون رگرسیون بین کیفیت زندگی و متغیرهای وابسته..... ۷۶
- جدول شماره ۲۲: نتیجه آزمون رگرسیون کیفیت زندگی با سلامت مذهبی و سلامت وجودی..... ۷۶

فطری اوی

مطرفی پیر و طہنی

بیان مسأله

خداوند متعال در قرآن کریم می فرماید: "خداوند همان کسی است که شما را آفرید در حالی که ضعیف بودید. سپس بعد از ناتوانی قوت بخشید و باز بعد از قوت، ضعف و پیری قرار داد. او هر چه بخواهد می آفریند و دانا و تواناست" (۱). با توجه این آیه، یکی از شگفتی های آفرینش، تحول در چرخه زندگی انسان است؛ به طوری که از نطفه ای کوچک آفریده شده، آنگاه به صورت نوزادی متولد می شود، سپس به رشد و بلوغ رسیده و در نهایت پیر و فوت شده و توان خود را از دست می دهد. پیری در همه موجودات ایجاد می شود (۲)، در حقیقت انسان ها از زمانی که متولد می شوند سالمندی را آغاز می کنند (۲،۳). این فرآیند را نمی توان متوقف یا معکوس کرد اما می توان با مراقبت صحیح به تاخیر انداخت و از نقص و ناتوانی ناشی از سالمندی پیشگیری کرد (۵،۴). با پیشرفت بهداشت و ارائه مراقبت های پیشگیرانه و کنترل بیماری های واگیر، طول عمر انسانها افزایش یافته و شمار سالمندان رو به افزایش گذاشته است. پدیده پیر شدن جمعیت به علت بهبود شرایط اجتماعی و اقتصادی و کاهش میزان های مرگ و میر و ابتلا و نیز افزایش میزان امید به زندگی در کشورهای توسعه یافته صنعتی وجود دارد. بعلاوه این امر در کشورهای در حال توسعه نیز در حال وقوع است (۳). سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ نزدیک به دو میلیارد نفر خواهد رسید. این مرکز با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر شش درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند که بیش از ۴/۵ میلیون نفر می باشند. پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶٪ کل جمعیت کشور برسد. در گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است (۴). علی رغم اینکه اکثر افراد سالمند (۶۰٪) در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، اما آمادگی لازم در این کشورها برای رویارویی با پدیده سالموردگی و پیامدهای بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی آن فراهم نمی باشد (۵). پیش بینی ها حاکی از این است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی ۱۳٪ جمعیت جهان بالای ۶۰ سال خواهد بود و ۷۰ درصد این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد. روند افزایش جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه به مراتب سریع تر از دیگر کشورها

خواهد بود (۶). طبق گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران در حدود ۵/۱ میلیون نفر می باشد که نسبت مردان و زنان تقریباً برابر می باشد. این میزان در حدود ۷/۳٪ جمعیت کشور را تشکیل می دهد، در حالی که این میزان در سال ۱۳۳۵ در حدود ۶/۲ در صد بوده است (۷). اگر این سیر ادامه پیدا کند، پیش بینی می شود تا سال ۱۴۰۰ جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال، به رقمی حدود ۱۰ میلیون نفر برسد (۵). با نگاهی به این آمار، روند افزایش میزان سالمندی در ایران کاملاً ملموس است (۸).

بر اساس برآوردهای انجام شده سالانه حدود ۲/۵ درصد بر تعداد سالمندان افزوده می شود. افزایش سریع تعداد سالمندان متضمن پیامدهای متعددی است. اکثر این سالخوردگان از نظر اقتصادی افرادی غیر سازنده و مصرف کننده، از نظر اجتماعی، تنها و منزوی و از نظر بهداشت و سلامت، در معرض خطر ابتلا به بیماری های مزمن، معلولیت ها و ناتوانی های ناشی از آن هستند (۹). در کشورهای رو به توسعه و جهان سوم، یعنی جوامعی که تامین اجتماعی مستمر وجود ندارد یا ضعیف است، افراد زمانی سالمند به حساب می آیند که بازنشسته شوند، در حالی که هنوز توانایی فعالیت دارند. سالمند شدن جمعیت در این گونه جوامع مسایل عدیده ای را پیش روی سیاست گزاران قرار می دهد. گوردون^۱ در یکی از تعبیرات خود، سالمندی را دوران محرومیت، رکود و به سرای سالمندان سپرده شدن می داند و کاتلر^۲ نیز معتقد است بازنشستگی و سالمندی همیشه با از دست دادن اعتبار همراه است (۱۰). افراد مسن نسبت به جوانان به خدمات پزشکی بیشتری نیاز دارند. طبق آمار موجود، افراد ۷۰ سال به بالا در حدود ۳۲٪ مشکل جسمانی دارند. البته مشکلات اجتماعی نیز به اندازه بیماری های جسمانی حائز اهمیت می باشند. خطر ابتلا به بیماری هایی نظیر دیابت، بیماری شریان های قلبی، سکته مغزی و پوکی استخوان در سالمندان افزایش پیدا کرده است. بیماری های مزمن منجر به ایجاد مشکلات پزشکی، اجتماعی و روانی برای سالمندان شده و میزان فعالیت های اجتماعی این افراد را محدود می کند و همین امر نهایتاً منجر به تقلیل کیفیت مطلوب زندگی آنها می شود. برخی از این بیماری ها آنقدر زندگی افراد مسن را تحت الشعاع قرار می دهند که نمی توانند به تنهایی و بدون کمک گرفتن از دیگران کارهای روزمره خود را انجام دهند. بیماری های مزمن تا حد بسیار زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر می گذارند و تاثیر مستقیمی بر روی از

^۱ - Gordon

^۲ - Cutler

کار افتادگی و کاهش توانایی آنها برای زندگی مستقل دارند (۱۱). از عمده ترین آثار تغییرات قرن حاضر در ابعاد فرهنگی، اقتصادی و سیاسی جوامع مختلف تغییر در ساختار خانواده بعنوان مهم ترین و اصلی ترین رکن اجتماعات بشری است. خانواده ها از یک نظام خویشاوندی گسترده به نوع هسته ای تبدیل شده و یکی از مهم ترین کارکردهای خانواده که مراقبت از سالمندان بوده است، دستخوش تحول گردیده است؛ به طوری که به دلیل کوچک تر شدن خانواده ها، افزایش تعداد طلاق و افزایش تعداد زنان شاغل، این وظیفه را در مواردی به نهادها و موسسات خاص واگذار کرده است (۹). همین طور عواملی مانند بالا رفتن امید به زندگی، پیشگیری از مرگ زودرس، تغییر در ساختار خانواده از گسترده به هسته ای، زندگی ماشینی و سایر علل، توانایی خانواده ها جهت نگهداری از سالمندان را کاهش داده و این امر موجب رها شدن سالمندان و انزوای اجتماعی آنان و اختلالات روانی و رفتاری آنها شده تا جایی که سالمند در چنین حالتی پناهی جز روی آوردن به سرای سالمندی ندارد (۸). افزایش شمار افراد سالمند دچار ناتوانی و اختلال عملکرد و نبود نظام حمایتی در خانواده به علت کوچک تر شدن خانواده ها، شاغل شدن زنان و پراکنده شدن اعضای خانواده موجب افزایش تقاضا برای مراقبت های درازمدت از سالمندان در دهه های آینده خواهد شد. نتایج مطالعه ای نشان می دهد که احتمال ورود به مراکز نگهداری در طول زندگی برای افرادی که در سال ۱۹۹۰ به سن ۶۵ سالگی رسیده اند، ۴۳٪ بوده است. که این میزان برای زنان بیشتر از مردان بوده است. اگرچه تنها ۵٪ افراد بالای ۶۵ سال در یک زمان مشخص در این مراکز بوده اند (۱۲). سالخوردگان به عنوان اعضای از کار افتاده خانواده محسوب می شوند و برخی خانواده ها ترجیح می دهند که آنها را به مراکز نگهداری از سالمندان منتقل کنند. در گذشته افراد مسن تحت حمایت خانواده ها بودند و جوانترها در همه زمینه ها به آنها کمک می کردند، اما به تدریج این حمایت از طرف خانواده ها کم رنگ تر شده و این امر چیزی جز تنهایی، فقر و بیماری را برای سالمندان با خود به همراه نداشته است. سالخوردگان نیازمند دریافت حمایت های اجتماعی هستند و همین امر خطر ناتوانی زودرس را تا ۴ سال کاهش می دهد. متأسفانه نهایت کار هزاران نفر از افراد سالمند به بیمارستان ها و خانه های سالمندان ختم می شود چرا که در خانه های خود آن مراقبتی که لازم دارند را دریافت نمی کنند. این درحالی است که بسیاری از افراد ترجیح می دهند که دوران کهولت خود را در خانه سپری کنند. زمانی که این افراد از خانه های خود رانده می شوند، تصور می کنند که بی ارزش شده اند و خود را به مرگ

نزدیک تر احساس می کنند و امید خود را به زندگی از دست می دهند (۱۱). عدم تامین نیازهای خاص سالمندان موجب می شود که این دوران از زندگی که باید با شادمانی، احساس موفقیت و حسن عاقبت همراه باشد، در بسیاری از موارد با تنهایی، از کار افتادگی، معلولیت، بیماری، بی سرپرستی و ناامیدی قرین باشد (۱۳). بسیاری از سالمندان، خانه سالمندان را به عنوان آخرین انتخاب خود در نظر می گیرند. احساس آنها از این اماکن این است که این نوع سبک زندگی نه تنها باعث افت عملکرد جسمانی و ذهنی می شود، بلکه تا حد زیادی استقلال فرد را هم از بین می برد. برخی سالمندان به این دلیل به خانه سالمندان منتقل می شوند که به دلیل یک عارضه یا بیماری غیر قابل بهبود، نیاز به مراقبت های همه جانبه دارند. از جمله مشکلات شایعی که منجر به سکونت در این مکان ها می شود می توان به بی اختیاری ادرار، اختلال حافظه، سکتة مغزی، معلولیت، فوت همسر یا سایر مراقبین و بیماری لاعلاج اشاره کرد. مهم ترین دلیل رفتن به خانه سالمندان نیاز به مراقبت هایی است که در منزل دریافت نمی کنند، چرا که در این مراکز، در انجام بسیاری از امور متداول روزانه تحت حمایت قرار می گیرند، ۸۵ درصد جهت استحمام، ۷۰٪ جهت لباس پوشیدن، بیش از ۵۰٪ برای رفتن به دستشویی و ۳۰٪ هم برای غذا خوردن از مراقبین کمک دریافت می کنند. ساکنان آسایشگاه های سالمندی به طور متوسط به نوعی بیماری مزمن مبتلا هستند، که آنان را نیازمند مراقبت های پزشکی می سازد و بیش از نیمی از آنها بیماری آلزایمر یا نوعی اختلال ذهنی دارند (۱۴). هم اکنون ۲۰۰ مرکز روزانه همراه با ۱۵۰ مرکز شبانه روزی در حوزه سالمندان کشور فعالیت می کنند (۱۵). البته بوستان آبادی (۱۳۷۹) در مطالعه ای نشان داد افزایش شمار آسایشگاه ها بیش از آنکه به بهبود زندگی سالمندان کمک کند، مشکلات سایر اعضای خانواده را کاهش می دهد (۱۳). مثنوی و همکاران (۱۳۸۶) معتقدند عوامل مختلفی در سپردن سالمندان به آسایشگاه ها موثرند؛ یکی از این عوامل، سن بالا می باشد، به طوری که میانگین سنی سالمندان مقیم آسایشگاه بیش از سالمندان مقیم خانواده بوده است. بعلاوه منزلت اجتماعی در بین سالمندان مقیم آسایشگاه ها پایین تر از سالمندان مقیم خانواده برآورد شده است که این موضوع خود نتیجه طیفی از متغیرهای مختلفی از قبیل میزان سواد، درآمد و شغل می باشد. همچنین میزان مذهبی بودن آنها نیز با هم تفاوت داشته است؛ به طوری شمار سالمندان خیلی مذهبی در خانواده بیشتر از آسایشگاه بوده است. بعلاوه بیش از ۵۰ درصد سالمندان مقیم آسایشگاه فاقد فرزند بوده اند، در حالی که فقط حدود ۶ درصد سالمندان مقیم خانواده فاقد

فرزند بوده اند. همین طور میزان تنهایی نیز از عوامل موثر در روانه شدن سالمندان به آسایشگاه می باشد. به طوری که در گروه مقیم آسایشگاه، افراد خیلی تنها، ۶۵ درصد ولی در گروه مقیم منزل، حدود ۴۰ درصد بوده است. نگرش منفی به سالمندان از دیگر عوامل می باشد؛ به طوری که نگرش منفی اعضای خانواده به سالمند در گروه مقیم آسایشگاه بیشتر بوده است. از دیگر عوامل موثر در این امر بی همسری می باشد. بیش از ۸۹ درصد سالمندان مقیم آسایشگاه بدون همسر بوده اند در حالی که این میزان در دیگر سالمندان حدود ۵۶ درصد بوده است. همین طور فقدان مسکن در سالمندان مقیم آسایشگاه ۶۶ درصد و در دیگر سالمندان ۲۴ درصد بوده است (۸). همه این عوامل بر کیفیت زندگی سالمندان موثر می باشند. هرچند چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، اما در قرن بیست و یکم "زندگی با کیفیت بهتر" می باشد. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم می باشد، از این رو ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیازمند اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنهاست و این مهم از طریق سنجش کیفیت زندگی آنها فراهم می شود (۱۶). سالمندی با هزینه های متعددی همراه است که یکی از عمده ترین این هزینه ها در بخش بهداشت و درمان می باشد. بنابراین یکی از راه کارهای مناسب توجه مستمر به کیفیت زندگی سالمندان و عوامل موثر بر آن می باشد (۱۷). از سوی دیگر سالمندان در هر دوره آینه آینده جوانان و میانسالان هستند، لذا توجه به کیفیت زندگی سالمندان می تواند امید به آینده را در دیگر نسل ها تقویت کند (۱۳). مقوله کیفیت زندگی یک مسئله کاملاً شخصی است و در هر انسان متفاوت می باشد. با بالا رفتن سن تغییرات زیادی در سیستم بدن ایجاد می شود. حس لامسه توانایی اولیه خود را از دست می دهد، دستگاه قلبی-عروقی دچار مشکل می شود، عملکرد دستگاه عصبی، ریه، سرخرگ ها، و ماهیچه ها افت پیدا می کند، پوکی استخوان ایجاد شده و قابلیت حافظه نیز کاهش پیدا می کند. کهنسالی دوره ای اجتناب ناپذیر از زندگی همه افراد است که شناخت و واکنش صحیح نسبت به آن می تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. اما منظور از کیفیت زندگی چیست؟ شاید در جاهای مختلف بتوان برداشت متفاوتی از آن داشت اما اصولاً برای افراد سالخورده، به بهره مندی آنان از سلامتی جسمانی، عملی، احساسی و عوامل اجتماعی مطلوب اطلاق می شود (۱۱). عوامل متعددی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد؛ یکی از این عوامل، فقدان های دوره سالمندی است که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خود

اتکایی می گردد (۱۸). مشکلات و مسائل متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می دهد در کاهش کیفیت زندگی در دوره سالمندی تأثیر دارد. مطالعه انجام شده در این زمینه نشان می دهد در حدود 60 درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی و 35 درصد از ترخیص های بیمارستانی و 47 درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند. ۸ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتروز، فشار خون، بیماری های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند (۱۹). به طور کلی با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری ها و بروز ناتوانی ها در سالهای پایانی زندگی بیشتر می شود (۲۰) و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می دهد. این مشکلات و مسائل متعدد که به طور طبیعی در سنین بالا رخ می دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد؛ در ایران نیز ۲۸٪ از سالمندان در فعالیت های جسمی دچار محدودیت هستند و برای انجام فعالیت های معمولی زندگی نیاز به کمک دارند که این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است (۲۱). در تحقیقی که حبیبی سولا و همکاران (۱۳۸۶) بر روی کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده در غرب تهران انجام دادند، دریافتند که میانگین کیفیت زندگی آنها در سطح متوسط بوده و از عوامل متعددی نظیر جنس، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و وضعیت سلامت فعلی متأثر می شود. درصد بالایی (بیش از ۴۴ درصد) از شرکت کنندگان نیز از کیفیت زندگی بالایی برخوردار بودند (۲۲). همین طور علی پور و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه ای بر روی سالمندان مقیم خانواده در منطقه ۲ تهران دریافتند میانگین نمره کیفیت زندگی آنها در حد متوسط بوده و نمره کیفیت زندگی زنان به طور معنی داری پایین تر از مردان می باشد (۲۰). نتایج پژوهش دیگری در این زمینه در شهر کاشان نشان می دهد کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل در این شهر، در حد مطلوب می باشد. آنها همچنین دریافتند برخی از ابعاد کیفیت زندگی سالمندان ایرانی بالاتر از سایر کشورها می باشد (شامل فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، نیروی حیاتی و سلامت روان) که یکی از دلایل این یافته را گرایش ها و باورهای دینی سالمندان ایرانی می دانند (۲۳). همین طور مطالعه انجام شده توسط شهبازی و همکاران (۱۳۸۷) بر روی سالمندان غیر آسایشگاهی در شهر تهران، نشان می دهد ناتوانی در میان سالمندان از میزان بالایی برخوردار است. که این موضوع در زمینه های تحرک و جابجایی، انجام وظایف خانوادگی و مشارکت در جامعه، بیشتر بوده و با افزایش سن، میزان ناتوانی افزایش می یابد (۲۴). مطالعات همچنین نشان می دهد کیفیت زندگی سالمندان

با متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط دارد؛ به طوری که نمرات کیفیت زندگی زنان در همه ابعاد از مردان کمتر می باشد (۲۶،۲۵،۲۳) حتی با وجود اینکه از نظر عواملی مانند سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، فعالیت های روزانه و میزان بیماری های مزمن همسان سازی می شوند باز هم نمره کیفیت زندگی آنها پایین تر است (۲۷) بعلاوه افزایش سن نیز منجر به افت کیفیت زندگی در اکثر ابعاد می شود (۲۶،۲۵،۲۳). بدیهی است که در سنین بالاتر بروز ناتوانی ها بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت های جسمانی ظاهر می شود و میزان بروز بیماری های مزمن در سالمندی رو به افزایش می گذارد. بعلاوه اشتغال، تاهل، سلامت جسمی و میزان تحصیلات از دیگر متغیرهایی هستند که بر کیفیت زندگی سالمندان موثرند. همین طور یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سالمندی، تنهایی و انزواست. با توجه به اینکه کیفیت زندگی در این دوران می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه ای موثر بر کیفیت زندگی سالمندی از اهمیت بالقوه ای برخوردار است (۲۵). هر چند توجه به کیفیت زندگی همه سالمندان یکی از چالش های مهم قرن حاضر می باشد، اما سالمندان مقیم آسایشگاه ها از اولویت بیشتری برخوردارند. همتی و همکاران (۱۳۸۸) در بررسی های خود دریافتند سلامت روانی سالمندان مقیم خانه سالمندان بطور معنی داری کمتر و احساس تنهایی آنها بیشتر از سالمندان ساکن منزل می باشد. همین طور سلامت عمومی سالمندانی که با خانواده زندگی می کنند، بالاتر از سالمندانی است که در آسایشگاه ها زندگی می کنند. علت این امر ممکن است ناشی از حمایت خانواده از سالمندان باشد که این حمایت ها آنها را قادر می سازد که با کاهش کارکردهای جسمانی و روانی خود بهتر کنار آیند (۲۸). اما سالمندان ساکن آسایشگاه ها از این حمایت ها محرومند. بعلاوه اغلب ساکنین آسایشگاه های سالمندی، نه تنها از نظر جسمی دچار محدودیت هستند، بلکه از سایر حمایت های معمول عاطفی، اجتماعی و معنوی خانواده و دوستان نیز محرومند (۲۹). بعلاوه برزنجه و همکاران (۱۳۷۹) در پژوهش خود نشان دادند اکثر سالمندان مقیم آسایشگاه نسبت به دیگر سالمندان از وضعیت اجتماعی و اقتصادی نا مطلوب تری برخوردارند (۹). همینطور مطالعه صادقی و کاظمی (۱۳۸۱) نشان می دهد که حدود ۴۲٪ سالمندان مقیم خانه های سالمندان استان تهران دارای علایم افسردگی هستند که می تواند بر کیفیت زندگی آنها موثر باشد (۴). در همین رابطه سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی های خود در شهر تهران، دریافتند میزان و شدت افسردگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان بیشتر از سالمندان دیگر

است. بعلاوه میزان اختلالات شناختی نیز در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها شدیدتر از سایرین می‌باشد (۳۰). مطالعات انجام شده در مرکز سالمندان کهریزک نشان می‌دهد اکثر سالمندان مقیم این آسایشگاه بی‌سواد، مجرد و با کیفیت زندگی پایین می‌باشند. با توجه به این مطالب به نظر می‌رسد سالمندان مقیم آسایشگاه جزء آسیب‌پذیرترین اقشار سالمندان می‌باشند، از این رو باید در برنامه‌ها بر بهبود کیفیت زندگی در این گروه تاکید بیشتری نمود (۱۶،۳۱).

یکی از مسایل مرتبط با کیفیت زندگی - مخصوصاً در سالمندان - وضعیت سلامتی است. سلامتی همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی از صاحب نظران معتقدند توجه جدی به این بعد بسیار ضروری است. در واقع بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درستی داشته یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۳۲). از طرف دیگر دین و معنویت شکل دهنده رفتارهای فرد در زندگی و اجتماع می‌باشد و بهره‌گیری از این توان می‌تواند فرد را در برابر بسیاری از بیماری‌ها مصون و جامعه را ایمن نماید. با این وجود تحقیقات محدودی در این زمینه انجام شده است. در یکی از مطالعات انجام شده در آمریکا، مشخص شد ۹۰٪ افراد بالغ به عالم غیب و وجود خدا اعتقاد دارند و بیش از ۷۰ درصد مردم مذهب را عامل موثری در زندگی خود می‌دانند. در مطالعه دیگری که روی بیماران بستری در بیمارستان انجام شد ۷۷ درصد بیماران انتظار داشتند پزشکان معالج، مسایل معنوی را در فرآیند درمان آنها مد نظر قرار داده و ۳۷ درصد آنها توقع داشتند که پزشکان به طور مکرر اعتقادات مذهبی را مطرح کرده و بیماران را به توجه به این موضوعات تشویق کنند (۳۳). اسپری^۳ (۲۰۰۶) معتقد است در افراد سالمند عقاید معنوی قوی تر با سطح سلامت مطلوب تر ارتباط دارد که این امر ممکن است به دلیل انسجام زندگی خانوادگی آنها باشد. همین طور در برخی سالمندان ارتباط معنی داری بین سطح بالای اعتقادات مذهبی و معنوی و شیوع کمتر افسردگی مشاهده شده است. این پژوهشگر همچنین نشان داد در سالمندانی از بیماری جسمی خاصی رنج می‌برند، سلامت معنوی، با عملکرد بهتر و نتایج درمانی بهتر ارتباط دارد (۳۴). همین طور مطالعه ای نشان می‌دهد در سالمندان عقاید معنوی قوی تر، با مصونیت بیشتری در برابر بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان ارتباط دارد (۳۵).

³-sperry