

Research Paper

Comparison of Social Health and Quality of Life Between the Elderlies Resident at Nursing Homes With Non-resident Counterparts in Tehran City, Iran

Mojgan Saied¹ , *Asghar Makarem¹ , Mohammad Saeed Khanjani², Vahid Bakhtyari¹

1. Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Saied M, Makarem A, Khanjani MS, Bakhtyari A. [Comparison of Social Health & Quality of Life Between Residential and Non-residential Elderlies in Tehran (Persian)]. Salmad: Iranian Journal of Ageing. 2019; 14(2):178-187. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.150>

<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.150>



Received: 13 Feb 2019

Accepted: 28 May 2019

Available Online: 01 Jul 2019

ABSTRACT

Objectives The primary purpose of this study was to compare the social health and quality of life of the older people resident in nursing homes with non-resident elderlies in Tehran City, Iran, in 2015.

Methods & Materials In this descriptive-analytic study with a cross-sectional design, 434 older people, both resident and non-resident in nursing homes took part. The cluster sampling method was used for selecting nursing home resident elderlies and convenient sampling method for non-resident elderlies. Three tools of Keyes Social Health Scale, Elderly Quality of Life Questionnaire (LIPAD), and a demographic questionnaire were used to measure the variables. After sampling and gathering the questionnaires, the collected data were analyzed with descriptive and inferential indexes of the Chi-squared test, Kolmogorov-Smirnov test, and the Independent t-test in SPSS.

Results A total of 217 elderlies resident in nursing homes (144 female and 73 male) and 217 non-resident elderlies (132 female and 85 male) took part in the study. Two groups were matched for gender, age, and education ($P>0.05$) but marriage status ($P<0.05$). Findings showed that the Mean \pm SD social health scores for resident and non-resident elderlies in nursing homes were respectively 45.92 \pm 7.87 and 47.25 \pm 8.91, and there was no significant difference between two groups ($P>0.05$). The Mean \pm SD quality of life scores for resident and non-resident elderlies in nursing homes were respectively 27.88 \pm 9.80 and 31.81 \pm 10.79, and there was a significant difference between the two groups ($P<0.05$).

Conclusion According to study results, the resident and non-resident elderlies in nursing homes of Tehran had low and medium social health and quality of life, respectively. In addition, residency at nursing homes was not an effective factor for elderly social health; however, it was an effective factor for the quality of life of older people.

Key words:

Social health, Quality of life, Elderlies, Nursing homes

Extended Abstract

1. Objectives

Social Health (SH) and Quality of Life (QoL) are more threatened in the aging period than other life stages [1-2]. The social structures

have changed in recent decades, and extended families were replaced with nuclear families. Such transformation has increased the number of nursing homes and the residence of the elderly in such centers [3]. There is no consensus on the positive and negative effects of putting the older adults in nursing homes [4-7]. Data are scarce on the comparison of the SH and QoL of the elderly in Iran

*** Corresponding Author:**

Asghar Makarem, PhD.

Address: Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 1370810

E-mail: amakarem2001@yahoo.com

living in nursing homes and own home. Thus, the present study aimed to compare the SH and QoL of elderly residents and non-residents of nursing homes.

2. Methods & Materials

This was a comparative and descriptive-analytical study with a cross-sectional design. The study population consisted of all elderly residents/non-residents of nursing homes in Tehran City, Iran. A total of 217 samples were allocated in each group by the Cochran formula ($N=434$). After obtaining relevant permissions, random cluster sampling and convenience sampling methods were applied for selecting the elderly residents and non-residents of nursing homes, respectively. All samples were matched for age and gender. The Social Well-Being Scale of Keyes was used to assess SH in the samples. It has 20 items rated on a 5-point Likert-type scale. The total obtainable score ranges from 20-100, categorized as poor (scores 20-46), moderate (scores 47-74), and good (scores 75-100).

The validity and reliability of its Persian version has been reported by the X^2 coefficient as 0.73 and 0.76, respectively. The LEIPAD questionnaire was also used to assess QoL in the subjects. It has 31 items rated on a 4-point Likert-type scale ranging from 0= very low to 3= very high. Its total score ranges from 0-93; scores 0-31, 32-62, and 63-93 indicate low, moderate, and high QoL levels, respectively [8-10]. This questionnaire can be used as an international instrument with no cultural burden in all elderly groups [11]. Its validity and reliability for the Iranian elderlies have been tested and reported ($\alpha=0.83$) [12]. The collected data were analyzed in SPSS using Pearson's Chi-squared test, Kolmogorov-Smirnov test, and Independent Samples t-test.

3. Results

Of the 434 samples, 217 were in the nursing home residents group (144 females and 73 males) and 217 in the non-resident group (132 females and 85 males). Pearson's Chi-squared test was used to examine the homogeneity of groups in terms of demographic characteristics. The obtained results suggested no significant difference between the studied groups in terms of gender, age, and education ($P>0.05$). Therefore, they were matched for these factors. Marital status was significantly different between the groups ($P<0.05$). The normal distribution of SH and QoL variables in both groups was checked by the Kolmogorov-Smirnov test. The relevant results revealed that their distribution was normal ($P>0.05$). Table 1 presents the statistics for SH and QoL variables and their comparison in both groups by the Independent Samples t-test. Moreover, the SH and QoL of elderlies in both groups were at a moderate level. The mean SH score was not significantly different in both groups ($P<0.05$); however, in terms of QoL, the difference between the groups was statistically significant ($P<0.05$).

4. Conclusion

The SH and QoL results of the elderly living in the nursing homes of Tehran were unfavorable. However, the same scores were better in the non-resident elderlies. The SH did not differ significantly in the two groups; however, their QoL was significantly different. SH and QoL are vital in the elderly. Thus, it is suggested to pay more attention to these issues among the vulnerable elderly groups. One of the limitations of this study was its cross-sectional design. Moreover, the study samples were limited to one city (Tehran); therefore, the generalization of the findings to other cities should be done with caution. Eventually, due to the limited number of national and international studies in this field, there was no possibility for more comparison of the achieved results.

Table 1. The Independent Samples t-test results for comparing SH and QoL in the study groups

Variable	Mean±SD	t	df	Sig.	Mean Difference	95% CI		
						Lower	Upper	
SH	Resident	45.92±7.87	-1.099	432	0.132	-1.33	-1.98	1.35
	Non-resident	47.25±8.91						
QoL	Resident	27.88±9.80	-3.975	432	0.000	-3.93	-5.88	-1.99
	Non-resident	31.81±10.79						

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article draws the moral (Code: IR.USWR.REC.1394.270) from the University of Welfare and Rehabilitation Sciences and, after coordinating with the sanatorium authorities, and ensuring that there is no significant cognitive impairment (according to the records of the elderly and the opinion of the medical team of each sanatorium) Sampling was done.

Funding

The present paper was extracted from Mojgan Saieds MA. thesis of Department of Rehabilitation Management in University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences.

Authors' contributions

All authors contributed in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندان تهران

مژگان سعید^۱، * اصغر مکارم^۱، محمدسعید خانجانی^۲، وحید بختیاری^۱

۱- گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است و کیفیت زندگی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه انسانی است. سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی مقوله‌های حائز اهمیت در حوزه سالمندی هستند. این مطالعه با هدف مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به روش مقطعی انجام پذیرفت، جامعه آماری پژوهش شامل کلیه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران بود. نمونه پژوهش ۴۳۴ نفر بودند و به دو گروه ۲۱۷ نفره تقسیم شدند. نمونه‌گیری در سالمندان مقیم خوشه‌ای تصادفی و در سالمندان غیرمقیم به صورت در دسترس انجام پذیرفت. پس از تأیید کمیته اخلاق و کسب رضایت آگاهانه، جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، مقیاس سلامت اجتماعی کیز و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان آغاز شد. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شدند و به وسیله شاخص‌های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار، همچنین از طریق آزمون‌های خی‌دوی پیرسون، کلموگروفسمیرنوف و تی مستقل توصیف و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۱۷ نفر (۱۴۴ زن و ۷۳ مرد) سالمند مقیم و ۲۱۷ نفر (۱۳۲ زن و ۸۵ مرد) سالمند غیرمقیم وارد مطالعه شدند. دو گروه از نظر جنسیت و سن و سطح تحصیلات هم‌تا بودند ($P > 0.05$) و از نظر وضعیت تأهل هم‌تا نبودند ($P < 0.05$). میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی در سالمندان مقیم و غیرمقیم در آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب $45/92 \pm 7/87$ و $47/8 \pm 25/91$ بود و این متغیر در این دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($P > 0.05$). همچنین میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب $27/88 \pm 9/80$ و $31/81 \pm 10/79$ بود و این متغیر در این دو گروه تفاوت معنادار داشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: سطح سلامت اجتماعی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب در حد ضعیف و متوسط بود. همچنین کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب در حد ضعیف و متوسط بود. بر اساس یافته‌ها اقامت در آسایشگاه‌های سالمندی تأثیر معناداری بر سطح سلامت اجتماعی سالمندان ندارد، اما همین موضوع به طور معناداری بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر گذار است.

تاریخ دریافت: ۲۴ بهمن ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۰۷ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

کلیدواژه‌ها:

سلامت اجتماعی،
کیفیت زندگی،
سالمندان،
آسایشگاه‌های سالمندی

مقدمه

حوزه زندگی با کیفیت بهتر شده است [۴]. از این رو هدف از زندگی در سالمندان فقط داشتن عمر طولانی و زنده‌بودن نیست، بلکه کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم است. بنابراین برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، در وهله نخست به اطلاعات جامعی درباره کیفیت زندگی آن‌ها نیاز داریم.

موضوع سلامت اجتماعی سالمندان یکی از ابعاد مهم سلامت آنان است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است و به توجه ویژه‌ای نیاز دارد [۵]. سلامت اجتماعی به چگونگی ارتباط فرد با دیگر افراد مربوط است و زمانی فرد را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شماریم

سالمندی جمعیت پدیده مطرح سال‌های اخیر در عرصه سلامت جهانی است که برخی از جوامع با آن روبه‌رو شده و برخی دیگر در آینده نزدیک با آن روبه‌رو خواهند شد [۱]. بر بنیاد گزارش‌ها و آمارهای ملی و تحلیل روندهای موجود، ایران در حال گذار از جمعیت جوان به جمعیت میان‌سال است [۲] و در آینده به جگره کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست [۳]. با اینکه در قرن بیستم چالش اصلی بهداشت عمومی «افزایش امید به زندگی» بود، در قرن بیست‌ویکم مهم‌ترین دغدغه در این

* نویسنده مسئول:

دکتر اصغر مکارم

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۲) ۱۳۷۰۸۱۰

پست الکترونیکی: amakarem2001@yahoo.com

ممکن است سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی او را تهدید کند. در همین راستا تحقیقات متعددی نشان می‌دهند سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند سطح سلامت بالاتر و کیفیت زندگی بهتری دارند [۱۳-۱۰] چراکه حضور در کنار خانواده از سویی با چتر حمایتی و عاطفی افراد خانواده همراه است و از سوی دیگر سبب روابط اجتماعی مفید و مؤثر فرد سالمند با افراد خانواده و دوستان و افراد جامعه می‌شود که این شرایط در حفظ سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی افراد سالمند مؤثر است. در مقابل، یافته‌های محدودی به تأثیر مثبت نگهداری افراد سالخورده در مراکز سالمندان پرداخته‌اند که نشان می‌دهند حضور سالمندان در مراکز باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود. به عقیده این گروه از پژوهشگران اقامت در آسایشگاه‌های سالمندان انتخابی در جهت تطابق با فقدان‌های احتمالی در منابع و تأمین جنبه‌های مختلف زندگی سالمند است و مراکز نگهداری سالمندان می‌توانند فقدان ظرفیت عملکردی و استقلال نداشتن را برای فرد، تحمل‌پذیر و به‌گونه‌ای جبران کنند. از طرفی مزایای زندگی در سراهای سالمندان ارتباط با همسالان و هم‌تاها، دسترسی به امکانات بهداشتی، درمانی، توان‌بخشی و دور شدن از تنهایی و افسردگی است که خود می‌تواند در حفظ سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد [۱۴].

بر پایه بررسی متون انجام‌شده، پژوهش‌هایی که سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان ایرانی را در دو وضعیت اقامت در آسایشگاه‌های سالمندان و اقامت در جمع خانواده مقایسه کرده باشند بسیار اندک‌اند. بنابراین هدف اصلی از انجام مطالعه حاضر، مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم مراکز سالمندی بود تا ضمن توسعه دانش در این حیطه‌ها، یافته‌های حاصل به مسئولان ذی‌ربط ارائه شود که با برنامه‌ریزی و ارائه خط‌مشی مناسب، سلامت اجتماعی سالمندان مقیم و غیرمقیم سراهای سالمندی ارتقا یابد و کیفیت زندگی آنان بهبود پیدا کند.

روش مطالعه

نوع مطالعه مقایسه‌ای توصیفی تحلیلی به روش مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های شهر تهران بود. ۱۲ آسایشگاه سالمندی زیر پوشش و نظارت اداره بهزیستی شهر تهران قرار دارند که همگی آن‌ها به بخش خصوصی واگذار شده‌اند و در هر آسایشگاه به طور متوسط ۵۰ سالمند اقامت دارند. حجم نمونه برای سالمندان مقیم با استفاده از فرمول کوکران ۲۱۷ نفر به دست آمد و برای سالمندان غیرمقیم نیز به همان تعداد، نمونه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری برای سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندی خوشه‌ای تصادفی بود که در آن، آسایشگاه‌های سالمندی خوشه‌های مطالعه بودند و از هر خوشه (آسایشگاه) تعداد موردنیاز نمونه (به تناسب تعداد

که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند [۶]. نگاهی گذرا به پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که اولاً مطالعات انجام‌شده درباره سلامت عمدتاً مطالعه در زمینه سلامت عمومی افراد است، نه سلامت سالمندان به طور خاص؛ ثانیاً پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سلامت، عموماً به ابعاد سلامت جسمی و روانی پرداخته‌اند. بنابراین خلأ مطالعات در این زمینه، انجام تحقیقاتی چون مطالعه حاضر را در ایران ضرورت می‌بخشد و می‌تواند سهمی را در جبران خلأ موجود، حداقل از بُعد یافته‌های تجربی، به خود اختصاص دهد.

با توجه به افزایش سریع جمعیت سالمندان و نیز آسیب‌پذیرتر بودن سالمندان نسبت به گروه‌های جمعیتی دیگر موضوعات مرتبط با سلامت و رفاه و بهزیستی آنان هر روز ابعاد تازه‌تر و گسترده‌تری پیدا می‌کند [۸، ۷]. سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دوره سالمندی نسبت به سایر دوره‌های زندگی، با مخاطرات بیشتری روبه‌رو هستند. مشکلات و مسائل متعدد فیزیولوژیک که در سنین بالا رخ می‌دهند و نیز فقدان‌های دوره سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خودآشنایی می‌شوند، ممکن است کیفیت زندگی سالمندان را تهدید کنند [۹]. از سوی دیگر، در گذشته افراد روابط بیشتری با هم داشتند، اما امروزه به علت تغییر ساختارهای اقتصادی و اجتماعی، روابط افراد با دوستان و همسایگان و دیگران کمرنگ‌تر شده است. از طرفی سالمندی عموماً با از دست دادن شغل (بازنشستگی) همراه است که به دنبال آن، ارتباطات اجتماعی سالمند با همکاران کمتر می‌شود. نتیجه عوامل فوق کاهش روابط اجتماعی است که ممکن است بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیر بگذارد [۶].

دگرگونی ساختارهای اجتماعی در دهه‌های اخیر و تغییر نظام خانواده سنتی از شکل گسترده که به حفظ و نگهداری سالمند در درون خانواده تأکید داشت، به نظام خانواده هسته‌ای که سعی در کوچک کردن واحد خانواده دارد و والدین جدا از فرزندان زندگی می‌کنند، باعث رونق گرفتن هرچه بیشتر آسایشگاه‌های سالمندی و فرهنگ سپردن سالمندان به مراکز نگهداری، شده است. در این وضعیت، این سؤال مطرح می‌شود که در کدام شرایط و موقعیت زندگی، سالمندان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بهتری دارند؟

تحقیقات نشان می‌دهد محیط زندگی سالمندان عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت، کیفیت زندگی و طول عمر است [۱۰]. به عقیده برخی پژوهشگران قرار گرفتن سالمند در مراکز نگهداری، مشکلات زیادی را به دنبال خواهد داشت. سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد جدا از تغییر سبک و روش زندگی که در تعیین آن نقشی ندارد، گاه از نظر جسمی، روانی، عاطفی و حتی اقتصادی وابسته می‌شود و اگر این وابستگی تداوم یابد،

پرسش‌نامه به مثابه ابزاری بین‌المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه‌های سالمندان و در جوامع مختلف استفاده می‌شود [۱۸]. قاسمی و همکاران روایی و پایایی این پرسش‌نامه را بین سالمندان ایرانی محاسبه، تأیید و ضریب پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳۱ گزارش کردند [۱۹].

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۳۴ سالمند شرکت کردند که ۲۱۷ نفر در مراکز سالمندی اقامت داشتند و ۲۱۷ نفر نیز در خانه زندگی می‌کردند. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده است. برای بررسی همتابودن دو گروه مقیم و غیرمقیم در متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون خی‌دو پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. در جدول شماره ۳ وضعیت سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران نشان داده شده است.

طبق نتایج جدول شماره ۲ متغیرهای جنسیت و گروه سنی و سطح تحصیلات بین دو گروه تفاوت معناداری ندارند ($P > 0/05$) بنابراین دو گروه از نظر جنسیت و سن و سطح تحصیلات هم‌تا شده‌اند. همچنین متغیر وضعیت تأهل بین دو گروه تفاوت معنادار دارد ($P < 0/05$). (همان‌طور که در جدول شماره ۱ نیز مشاهده شد، تعداد افراد متأهل در گروه غیرمقیم بیش از ۳ برابر گروه مقیم است). همچنین نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد میانگین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان مقیم در حد ضعیف و در سالمندان غیرمقیم در حد متوسط بود. پیش از بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه مقیم و غیرمقیم، نرمالیتی این متغیرها با استفاده از آزمون کلموگروف‌اسمیرنوف سنجیده و مشخص شد توزیع آن‌ها عادی است ($P > 0/05$). برای مقایسه میانگین‌های سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم از آزمون تی مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

از جدول شماره ۴ می‌توان نتیجه گرفت که میانگین سلامت اجتماعی بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم تفاوت معناداری ندارد ($P > 0/05$). از طرفی میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم با یکدیگر تفاوت معنادار دارد ($P < 0/05$).

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین سلامت اجتماعی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی به ترتیب در حد ضعیف و متوسط قرار داشت و سطح سلامت اجتماعی سالمندان غیرمقیم بالاتر بود. هرچند تفاوت معناداری بین دو

سالمندان زیر پوشش) به صورت تصادفی از بین سالمندان آسایشگاه‌ها انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه از ایشان، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

نمونه‌گیری برای سالمندان غیرمقیم در مراکز سالمندی به صورت دردسترس و با هم‌تاسازی از نظر سن و جنسیت انجام پذیرفت، به این صورت که از سالمندان ساکن در محله هر آسایشگاه و با مراجعه به در منازل، اماکن عمومی مثل پارک‌ها و مغازه‌ها و فرهنگ‌سراها و یا با معرفی واسطه‌ها نمونه‌گیری شد و تا برابری تعداد نمونه‌ها با تعداد نمونه‌های سالمندان مقیم ادامه یافت. در صورتی که هر یک از نمونه‌ها در خواندن و یا درک سؤالات پرسش‌نامه‌ها دچار مشکل بود، پرسش‌نامه‌ها برای ایشان خوانده و توضیح داده شد. سپس پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شد و به وسیله شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و نیز آمار استنباطی شامل خی‌دو پیرسون، کلموگروف‌اسمیرنوف و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی محقق‌ساخت، از مقیاس سلامت اجتماعی کیز^۱ و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد^۲ استفاده شد که مشخصات آن‌ها به شرح زیر است:

مقیاس سلامت اجتماعی کیز

این پرسش‌نامه ۲۰ گویه دارد و در مقیاس لیکرتی ۵‌گزینه‌ای است. نمره نهایی کسب‌شده از این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۰۰ است که در سه وضعیت ضعیف (۴۶-۲۰) و متوسط (۷۴-۴۷) و خوب (۱۰۰-۷۵) گزارش می‌شود. جوشن‌لو و همکاران طی مطالعه‌ای با عنوان «بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت اجتماعی»، روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استاندارد کردند. در این مطالعه مقدار خی‌دو برای زیرمقیاس‌های این مقیاس ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ گزارش شد [۱۵]. همچنین در مطالعه خلیلی و همکاران پایایی و روایی این ابزار تأیید و ضریب خی‌دو برای این مقیاس ۰/۷۳ محاسبه شد [۱۶].

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد

لیپاد شامل ۳۱ سؤال است که ابعاد کیفیت زندگی را می‌سنجد. نمره‌دهی پرسش‌نامه به صورت لیکرتی ۴‌گزینه‌ای است که از صفر (بدترین حالت) تا ۳ (بهترین حالت) امتیازبندی شده و دامنه نمره‌دهی بین صفر تا ۹۳ را شامل می‌شود. نمره کل صفر تا ۳۱ نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف، نمره ۳۲ تا ۶۲ مبین کیفیت زندگی متوسط و نمره ۶۳ تا ۹۳ نشان‌دهنده کیفیت زندگی خوب است [۱۷]. این

1. Keyes
2. LEIPAD

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیرها	تعداد/ درصد	
	سالمندان مقیم	سالمندان غیرمقیم
گروه سنی	۵۰ تا ۶۰ سال	۲۳ / ۱۶/۱
	۷۰ تا ۸۰ سال	۶۰ / ۲۷/۶
	۸۰ تا ۹۰ سال	۹۰ / ۴۱/۵
	>۹۰	۳۲ / ۱۴/۸
جنسیت	زن	۱۳۲ / ۶۰/۸
	مرد	۷۳ / ۳۹/۲
	جمع	۲۱۷ / ۰/۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۴۶ / ۱۳/۸
	همسر فوت‌شده	۱۱۹ / ۴۶/۱
	مطلقه	۳۲ / ۶/۵
	متأهل	۲۰ / ۳۲/۶
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۹۹ / ۴۱/۵
	سیکل	۷۶ / ۰/۳۰
	دیپلم	۲۷ / ۱۸/۴
	دانشگاهی	۱۵ / ۱۰/۱

سالمند

اجتماعی مناسبی نداشتند و با افزایش سن وضعیتشان بغرنج‌تر می‌شد [۲۱]. از آنجایی که فرد خود را عضوی از اجتماع پیرامون خود می‌داند، طبیعی است که در افراد مقیم خانه سالمندان نسبت به دیگر سالمندان اجتماع حس مورد توجه واقع شدن کمتر وجود دارد و این افراد عموماً احساس می‌کنند که اجتماع نسبت به آنان بی‌توجه است و ارزشی برای وجود آنان در جایگاه عضوی از جامعه قائل نیست. اما ممکن است این تفاوت در برخی شهرها معنادار باشد و در برخی جاهای دیگر نباشد. علاوه بر این، ممکن است تفاوت در سبک‌های زندگی شهری و روستایی، روش‌های نمونه‌گیری مختلف و دوری از فرزندان و خانواده از جمله دلایل مغایرت نتایج مطالعات گوناگون باشند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت زندگی

گروه مشاهده نشد. در مطالعه خلیلی و همکاران وضعیت سلامت اجتماعی اکثریت سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های شهر اصفهان در دسته متوسط رو به بالا قرار داشت و این یافته نشانگر تطابق و رضایت نسبی سالمندان اصفهانی از زندگی و محیط اجتماعی‌شان است که با یافته پژوهش حاضر همخوانی ندارد. همچنین در مطالعه خلیلی و همکاران از لحاظ رابطه سلامت اجتماعی با وضعیت سکونت افراد سالمند (مقیم یا غیرمقیم در آسایشگاه‌های سالمندی)، کمترین میانگین نمره سلامت اجتماعی مربوط به سالمندانی بود که در خانه سالمندان سکونت داشتند که این تفاوت بر خلاف مطالعه حاضر از لحاظ آماری معنادار بود [۱۶]. همچنین در مطالعه پاشا و همکاران [۲۰] نتایج مشابه پژوهش اصفهان و مغایر با پژوهش حاضر به دست آمد. از سوی دیگر سالمندان روستایی کره‌ای وضعیت سلامت

جدول ۲. نتایج آزمون هم‌تاسازی سالمندان مقیم و غیرمقیم

متغیرها	خی‌دوی پیرسون	درجه آزادی	مقدار P
جنسیت	۱/۲۰۴	۱	۰/۳۷۲
وضعیت تأهل	۴۴/۳۷۸	۳	۰/۰۰۰
گروه سنی	۹/۴۵۰	۴	۰/۰۵۱
سطح تحصیلات	۵/۱۲۳	۳	۰/۱۶۲

سالمند

جدول ۳. سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار
سلامت اجتماعی	مقیم ۴۵/۹۲ \pm ۷/۸۷
	غیرمقیم ۳۷/۲۵ \pm ۸/۹۱
کیفیت زندگی	مقیم ۲۷/۸۸ \pm ۹/۸۰
	غیرمقیم ۳۱/۸۱ \pm ۱۰/۷۹

سالمند

جدول ۴. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی بین سالمندان مقیم و غیرمقیم

متغیر	آماره تی	درجه آزادی	مقدار P	اختلاف میانگین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
					پایین بالا
سلامت اجتماعی	-۱/۰۹۹	۴۳۲	۰/۱۳۲	-۱/۳۳	-۱/۹۸ ۱/۳۵
کیفیت زندگی	-۳/۹۷۵	۴۳۲	۰/۰۰۰	-۳/۹۳	-۵/۸۸ -۱/۹۹

سالمند

آسایشگاه‌های سالمندی حتی ممکن است بدتر باشد، چراکه به نظر می‌آید شرایط آسایشگاه‌های سالمندی به گونه‌ای است که محدودیت‌های بیشتری به سالمندان تحمیل و وابستگی آنان را بیشتر و استقلال آنان را کم می‌کند. بنابراین همه این عوامل تهدیدهایی برای کاهش فزاینده کیفیت زندگی در میان سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندی محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری نهایی

وضعیت سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران در وضعیت نامطلوبی قرار دارد و وضعیت سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران اندکی بهتر از سالمندان مقیم آسایشگاه‌هاست. سلامت اجتماعی در این دو گروه تفاوت معنادار ندارد، اما کیفیت زندگی آن‌ها با یکدیگر تفاوت معنادار دارد. در جامعه ما از لحاظ اجتماعی هنوز روابط نزدیک و پیوندهای قوی خانوادگی وجود دارد و انتظار می‌رود سلامت اجتماعی در سطحی بالا و بیش از این میزان باشد.

در مجموع با توجه به اهمیت مقوله‌های کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی سالمندان، ضرورت توجه بیشتر به این موضوع در قشر آسیب‌پذیر سالمند شدیداً احساس می‌شود و اجرای راهکارهایی برای ارتقای کیفیت زندگی و افزایش سلامت اجتماعی سالمندان حایز اهمیت است. امید است دست‌اندرکاران امور سالمندان شهر تهران از رهگذر این نتایج، برنامه‌ریزی مناسبی برای افزایش سطح سلامت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان تدوین کنند و ملاحظات لازم را در نظر بگیرند تا در آینده شاهد زندگی با کیفیت بهتری برای سالمندان شهر تهران باشیم.

سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی به ترتیب در حد ضعیف و متوسط قرار دارد و میانگین کیفیت زندگی سالمندان غیرمقیم بیشتر است و بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. جعفرزاده فخاری و همکاران کیفیت زندگی سالمندان شهرستان سبزوار و احمدی و همکاران کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان را نامطلوب گزارش کردند [۲۲، ۲۳] که این دو پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. از طرف دیگر وحدانی‌نیا و همکاران کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و جغتایی و نجاتی کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان را مطلوب گزارش کردند [۲۴، ۲۵] که یافته‌های دو پژوهش اخیر با یافته پژوهش حاضر همخوانی ندارد. همچنین در بررسی مطالعات خارجی، بلانگر^۳ و همکاران کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها را در کانادا مطلوب و در برزیل و کلمبیا نامطلوب توصیف کردند. جانباز^۴ و همکاران کیفیت زندگی سالمندان شهر سامسون ترکیه و اشتراوس^۵ و همکاران کیفیت زندگی سالمندان شهرهای جنوبی لبنان را مطلوب گزارش کردند. بوچ‌هلز^۶ و همکاران نشان دادند در شرایطی که افراد با بیماری و یا ناتوانی روبه‌رو می‌شوند، جنبه ناملازم زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی پیدا می‌کند [۲۶-۲۹].

با توجه به وضعیت دوران سالمندی که عموماً همراه با ناتوانی است، کیفیت زندگی سالمندان بیش از دیگر گروه‌ها در معرض تهدید قرار دارد. این وضعیت در سالمندان مقیم

3. Bélanger
4. Canbaz
5. Strauss
6. Buchholz

نخستین محدودیت پژوهش مقطعی بودن آن بود. همچنین به دلیل محدود بودن نمونه پژوهش به سالمندان شهر تهران، تعمیم یافته‌ها به جامعه‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به دلیل محدود بودن بررسی‌های داخلی و خارجی در این زمینه، امکان مقایسه کامل یافته‌ها وجود نداشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله کد اخلاقی (IR.USWR.REC.1394.270) از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اخذ کرده است و پس از هماهنگی با مسئولان آسایشگاه‌ها و حصول اطمینان از نبود اختلال شناختی بارز (با توجه به مندرجات پرونده سالمندان و نظر تیم پزشکی هر آسایشگاه) نمونه‌گیری انجام شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مژگان سعید در رشته مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Hojati H, Sharifnia SH, Hassanalipour S, Akhonzadeh G, Asayesh H. [The effect of reminiscence on the amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly (Persian)]. *Bimonthly Urmia Nursing Midwifery*. 2012; 9(5):350-6.
- [2] Mirzaei M, Shams-ghahfarkhi M. [The elderly population in the censuses of 1976-2006 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(5):326-31.
- [3] Sharifzadeh G, Moudi M, Akhbari S. [Investigating health status of older people supported by Imam Khomeini (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2013; 3(7):52-60.
- [4] Sajjadi H, Biglaryian A. [Quality of life of elderly women in Kahrizak Hospice Charity (Persian)]. *Payesh*. 2007; 6(2):105-8.
- [5] Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HG, et al. The effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009; 25(4):380-8. [DOI:10.1002/gps.2350] [PMID]
- [6] Farzaneh S, Alizadeh S. [A survey on effects of social risk factors on social health of elderlies of Babol (Persian)]. *Quarterly of Socio-Cultural Development Studies*. 2013; 2(1):183-208.
- [7] Hindle A, Coates A, Kingston P. *Nursing care of older people*. New York: Oxford University Press; 2011.
- [8] Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. [Health promoting behaviors and its related factors in elderly (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2006; 19(47):35-48.
- [9] Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and physical activity (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 21(53):30-51.
- [10] Winningham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*. 2007; 11(6):716-21. [DOI:10.1080/13607860701366228] [PMID]
- [11] Hemati-Alamdaro G, Dehshiri GH, Shojaee S, Hakimirad E. [Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(8):557-68.
- [12] Young Sil K, Yung GM. A study on the health status and the needs of health-related services of female elderly in an urban-rural combined city. *Korean Community Health Nursing Academic Society*. 2003; 17:47-57.
- [13] Sun WP. State and policy issues of home aged welfare service. *Journal of the Korea Deontological society*. 2001; 4:29-33.
- [14] Asakawa K, Feeny D, Senthilselvan A, Johnson JA, Rolfson D. Do the determinants of health differ between people living in the community and in institutions? *Social Science & Medicine*. 2009; 69(3):345-53. [DOI:10.1016/j.socscimed.2009.05.007] [PMID]
- [15] Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the factor structure of the keyes comprehensive scale of well-being. *Developmental Psychology*. 2006; 3(9):35-51.
- [16] Khalili F, Sam Sh, Sharifirad GhR, Hassanzadeh A, Kazemi M. [The relationship between perceived social support and social health of elderly (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2011; 7(6):1216-25.
- [17] De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Cleiren MH, Frisoni GB, Buono MD, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioral Medicine*. 1998; 24(1):17-27. [DOI:10.1080/08964289809596377] [PMID]
- [18] Bailey C. *Designing a life of wellness: Evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus*. Kentucky: Wilder Research Center, 2003.
- [19] Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. [Comparing quality of life between seniors living in families and institutionalized in nursing homes (Persian)]. *Social Welfare*. 2011; 10(39):177-200.
- [20] Pasha G, Safarzade R, Mashak S. [Comparison of public health and social support in older people residing at home and nursing homes (Persian)]. *Khanevade Pajouhi*. 2006; 3(9):503-17.
- [21] Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio C L, Phillips S P, Zunzunegui M V. Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*. 2016; 6(6):e011503. [DOI:10.1136/bmjopen-2016-011503] [PMID] [PMCID]
- [22] Jafarzadeh Fakhari M, Behnam Voshani HR, Vahedian Shahroodi M. [Quality of life of Sabzevar elderly (Persian)]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services*. 2010; 17(3):213-7.
- [23] Ahmadi F, Alizadeh S, Faqihzadeh S. [Quality of life of elderly in Zahedan (Persian)]. *Hayat*. 1384; 10(22):61-7.
- [24] Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study (Persian)]. *Payesh*. 2005; 4(2):113-20.
- [25] Joqatayi MT, Nejati V. [Health status of elderly in Kashan (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 1385; 1(1):3-9.
- [26] Lee J. Social health of Korean rural elderly: With a focus on age-group differences. *Innovation in Aging*. 2017; 1(suppl. 1):1174. [DOI:10.1093/geroni/igx004.4280] [PMCID]
- [27] Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003; 33:335-40.
- [28] Strauss E, Agüero-Torres H, Kåreholt I, Winblad B, Fratiglioni L. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; 56(7):669-77. [DOI:10.1016/S0895-4356(03)00089-1]
- [29] Buchholz WM, Bradlyn AS, Pollock BH, Meran JG, Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life. *New England Journal of Medicine*. 1996; 335(7):520-4. [DOI:10.1056/NEJM199608153350715] [PMID]