

Comparison the effect of social and recreational interventions on quality of life of older adults at nursing homes with community dwelling older adults

Azh N¹, Javadi A², *Mertash B³, Mostafae MR⁴

1- Assistant Professor of Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2- Assistant Professor. School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

3- Assonated Professor of Medicine Department, School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: bimehrsom@gmail.com

4- MSc, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Abstract

Introduction: Older adults prefer to live at home in later life, but current life condition obliged them to live at nursing homes. However, literatures showed that living in nursring homes leads to dissatisfaction, loneliness and poor quality of life. Therefore, it is necessary to perform some interventions to improve the quality of life of older adults in nursing home and increase its acceptability. The aim of this study was to investigate the effect of social and recreational interventions on the quality of life of the older adults living at nursing homes in Qazvin and comparing it with the quality of life of community-dwelling older adults.

Method: This was a quasi-experimental study. The sample size was 37 older adults' residents of nursing homes and 36 older adults living in the community, which were selected through convenience and randomized sampling, respectively. Data were collected using the WHOQOL-36 before and three months after the intervention. Intervention was an amusement program, Inner city tour and a trip outside the city and regular visiting by an internal specialist. Data was analyzed by SPSS21 using independent t-test and paired t-test.

Result: Before the intervention, the mean of quality of life among nursing homes residents was 59.43 ± 8.29 in physical aspect, (63.88 ± 5.80) in psychological aspect and overall (61.65 ± 5.31) . These scores for the older adults in the community were 63.88 ± 5.80 , 64.63 ± 8.37 And 64.60 ± 7.30 respectively. After the intervention, mean of quality of life for older adults at nursing homes was 61.29 ± 8.07 in physical aspect, 71.08 ± 6.80 in the psychological aspect and overall 66.18 ± 5.17 . No significant changes were observed in the control group $(7.85 \pm 63.97$, 8.10 ± 66.08 and $6.96 \pm 65.2)$.

Conclusion: Some interventions could make the nursing homes more attractive for the older adults and would improve their quality of life similar to community-dwelling older adults.

Keywords: Nursing home, Elderly living in nursing home, Community dwelling older adults, Quality of life, Promoting interventions.

Received: 2/11/2017

Accepted: 2/02/2018

بررسی مقایسه ای تأثیر مداخلات اجتماعی و تفریحی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن در جامعه

نضال آژ^۱، امیر جوادی^۲، *بهرام مهرتاش^۳، محمدرضا مصطفائی^۴

۱- استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.

۲- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.

۳- دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: bimehrsom@gmail.com

۴- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۳ زمستان ۱۳۹۶، ۴۳-۳۶

چکیده

مقدمه: اغلب سالمندان تمایل دارند که سالهای آخر عمر خود را در خانه خود سپری نمایند، ولی شرایط زندگی امروزه، آنان را به سمت زندگی در خانه های سالمندان سوق می دهد. این در حالی است که اغلب مطالعات بر نارضایتی، احساس تنهایی و کیفیت پایین زندگی در خانه های سالمندان در مقایسه با کیفیت زندگی در سالمندان مقیم جامعه حکایت دارد، لذا انجام مداخلاتی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در سرای سالمندان و مقبول نمودن این مراکز از دیدگاه این قشر ضروری به نظر می رسد. از اینرو این مطالعه به بررسی تأثیر مداخلات اجتماعی و تفریحی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانه های سالمندان شهر قزوین و مقایسه آن با کیفیت زندگی سالمندان مقیم در جامعه می پردازد. **روش:** این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی در جامعه با گروه کنترل است که بر روی ۳۷ سالمند مقیم خانه های سالمندان و ۳۶ سالمند ساکن در خانواده در شهر قزوین انجام شد، ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که قبل و سه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه توسط نمونه گیر تکمیل شد. نمونه گیری برای سالمندان ساکن در جامعه بصورت تصادفی و برای ساکنین در سرای سالمندان بصورت سرشماری بود. مداخله بصورت برنامه تفریحی، ویزیت ماهیانه پزشک داخلی، گردش در شهر و یک مسافرت خارج از شهر بود. داده ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS۲۱ و با استفاده از آزمون تی مستقل و زوجی مورد آنالیز قرار گرفتند. **یافته ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مطالعه برای گروه سالمندان مقیم در سرای سالمندان در بعد سلامت جسمی $8.29 \pm$ و در بعد روان $59.43 \pm$ و در کل 63.88 ± 5.31 و در بعد روان 63.88 ± 5.80 و در بعد جسمانی 64.65 ± 8.37 و در کل 64.60 ± 7.30 بود. میانگین نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله برای سالمندان مقیم سرای سالمندان در بعد جسمانی 8.07 ± 1.29 و در بعد روانی 71.08 ± 6.80 و در کل 66.18 ± 5.17 بود، در حالی که تغییر محسوسی در گروه کنترل دیده نشد ($7.85 \pm$ و 63.97 ± 8.10 و 66.08 ± 6.96 و 65.2).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان می دهد که می توان با ایجاد تغییراتی در محیط خانه های سالمندان، این مکان را نیز برای سالمندان جذاب نمود تا کیفیت زندگی همانند سالمندان مقیم در جامعه داشته باشند.

کلیدواژه ها: سالمندان مقیم خانه سالمندان، سالمندان مقیم جامعه، کیفیت زندگی، مداخلات ارتقا دهنده کیفیت زندگی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۳۰

مقدمه

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سالهای زندگی در عصر حاضر چالش های فراوانی را بوجود آورده است. افزایش طول عمر انسانها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ بوده است. سالخوردگی جمعیت پدیده ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو هستند و برخی دیگر در آینده ای نزدیک با آن روبرو خواهند شد. این پدیده ناشی از بهبود شرایط بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و اعمال سیاست کنترل موالید می باشد، لذا باید آن را به حق یک موفقیت به حساب آورد (۱).

افرادی که در سنین کهولت هستند، اکثرا مشکلات متعددی از جمله تنهایی، بیماری جسمی، مشکلات اقتصادی را تجربه می کنند (۲) که می تواند بر کیفیت زندگی او تاثیر بگذارد. کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی درک افراد از موقعیت زندگی خود از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و اهداف، انتظارات و اولویتهای آنهاست، پس کیفیت زندگی موضوعی ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است (۳).

بطور کلی کیفیت زندگی براساس آمارها در میان سالمندان ایرانی پایین (۴۰ تا ۷۵ درصد) گزارش شده است (۵-۷). کیفیت زندگی در مطالعات خارجی نیز تحت تاثیر مشکلات بینایی (۸) بیماریهای مزمن و جنسیت (۹) مشکلات دندانی و داشتن کمتر از ۹ دندان (۱۰) کاهش یافته است.

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی سالمندان موثر است مانند سلامت (جسمانی و روانی)، امنیت (پیشگیری از جرائم و امنیت قضایی، امنیت اقتصادی و استانداردهای زندگی)، توسعه فردی (میزان تحصیلات، تفریحات و سرگرمی)، توسعه جامعه (ساختار جامعه، شبکه های اجتماعی، ارتباطات گروهی و مشارکت سیاسی)، منابع طبیعی و استفاده از خدمات و کالاها (زیرساختهای اجتماعی و منابع طبیعی) و محیط فیزیکی (مناظر طبیعی، و انواع الودگی ها) (۱۱)

یکی از موضوعات مهم که بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار است، شبکه های اجتماعی و احساس عدم تنهایی است، زندگی در کنار سایر اعضای خانواده، احساس تنهایی را از بین

می برد و روابط اجتماعی فرد را افزایش می دهد (۶). مطالعات دیگر نیز بر اهمیت این موضوع و فعالیت فیزیکی در سالمندان تایید کرده اند (۱۲، ۱۱، ۷).

نکته مهم این است با توجه به کوچک شدن بعد خانواده و درگیری فرزندان بالغ با مشکلات اقتصادی و اجتماعی زندگی خود، مانند کار و فرزندان، درکنار افزایش تعداد افراد سالمند نیازمند به مراقبت جدی، امکان نگهداری افراد سالمند با خانواده درحال کاهش است، این موضوع در برخی کشورها مانند چین سالیهاست که دیده میشود، این کشور از طریق حمایت های اجتماعی مانند "بازنشستگی اجتماعی جدید روستایی" New Rural Social Pension (NRSP)) سعی در ایجاد سیستم جدیدی برای حمایت از سالمندان می نماید (۱۳)، اما در ایران هنوز با این پدیده بصورت سنتی و غیر قابل قبولی برخورد می شود. هرچند بسیاری از خانواده های ایرانی با علاقه به نگهداری والدین خود می پردازند، برخی خانواده ها با تحمل سختی والدین پیر خود را نگهداری می کنند و برخی آنها را کنار خانه های سالمندان در شهرهای دیگر رها می کنند تا امکان برگشت آنها میسر نشود، مراکز نگهداری سالمندان نیز بدلیل محدودیت بودجه و تعداد زیاد مددجویان، بخصوص افراد نیازمند مراقبت جدی با کمبود امکانات و نیرو روبرو هستند. (نقل قول مسئولین مراکز نگهداری از سالمندان). لذا کیفیت زندگی در این مراکز در مطالعات متعدد در ایران پایین گزارش شده است (۱۴، ۲، ۱۵).

با توجه به مشکلات اقتصادی در جامعه کنونی و پیر شدن جامعه ایران، ضرورت پرداختن به نیازهای سالمندان ساکن در مراکز سالمندی و ایجاد محیطی امن و رضایت بخش برای آنان به گونه ای که زندگی سالمندان این مراکز دارای کیفیت بالا باشد، حس می شود. هر چند در زمینه عوامل موثر بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز سالمندی و مقایسه آن با ساکنین در جامعه مطالعات فراوانی انجام شده است و اغلب هم بر کیفیت پایین سالمندان در سرای سالمندان تاکید شده است ولی تعداد مطالعاتی که مداخلاتی در این زمینه انجام داده باشند بسیار اندک است، حمایت اجتماعی مانند ویزیت پزشک و ایجاد تفریحات و سرگرمی و گردش در شهر در مطالعات ایرانی دیده نمی شود. لذا این مطالعه به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مراکز نگهداری سالمندان شهر قزوین مداخلاتی را انجام داد و کیفیت زندگی این افراد قبل و بعد

کاهش قدرت حافظه، بازنشستگی) داده شد. علاوه بر این، حمایت‌های اجتماعی نیز در حد توان طرح ارائه شد. این حمایت‌ها شامل ویزیت ماهیانه توسط مجریان و در صورت مشکلات دندانی و چشم پزشکی و یا داخلی ارجاع داده می شدند، ترتیب دادن یک برنامه زیارتی تفریحی به آستانه اشرفیه و زیبا کنار، گردش ماهیانه اطراف شهر قزوین، گردش‌های دو یا سه نفره در قزوین برای خرید یا گردش همراه با محققین، ملاقات‌های هفتگی توسط محققین و همکاران طرح همراه با پذیرایی مختصر و نمایش فیلم یا برنامه‌های موسیقی بنا به درخواست سالمندان، تهیه چند جلد کتاب و جزوه و دفتر برای آنان که سواد داشتند، در برنامه کاری قرار گرفت، مسافرت و گردش در اطراف شهر با هماهنگی با شرکت اتوبوسرانی شهر قزوین بصورت رایگان صورت گرفت. مدت مداخله ۹ ماه طول کشید، قبل از مداخله پرسشنامه‌ها توسط نمونه گیران در گروه مداخله (سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندان) و گروه کنترل (ساکن در جامعه) و سپس سه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه مجدداً تکمیل شد.

این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۸۹ به شماره ۲۱۴ تصویب شد. جهت انجام مطالعه از کلیه شرکت-کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد، مشارکت کنندگان در هر مرحله از مداخله می توانستند از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

تعداد ۷۳ سالمند در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین سنی گروه مداخله $66 \pm 3,4$ و در گروه کنترل $67,97 \pm 6,78$ که تفاوت معنی داری در دو گروه نداشت. سایر مشخصات دموگرافیک آنها در (جدول ۱) ذکر شده است. قبل از مداخله میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی در گروه ساکن در جامعه (گروه کنترل) بهتر از ساکنین سرای سالمندان (گروه مداخله) بود. بعد از مداخله نمره کیفیت کلی زندگی در بخش روانی در گروه مداخله به نحو قابل ملاحظه‌ای افزایش داشت ولی در بخش فعالیت فیزیکی تغییر چندانی نشان نداد، میانگین نمرات کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه (مداخله و کنترل) تفاوت معنی داری نشان نداد (جدول ۲ تا ۴).

از مداخله با سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قزوین مورد مقایسه قرار داد تا تاثیر این مداخلات را مورد ارزیابی قرار دهد.

روش مطالعه

این تحقیق، یک مداخله در عرصه با داشتن گروه کنترل بود، جامعه پژوهش شامل سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان و مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر قزوین بودند، نمونه گیری برای سالمندان مقیم مراکز بصورت سرشماری (بدلیل محدودیت جامعه پژوهش) و برای گروه کنترل بصورت تصادفی سهمیه ای از ۴ مرکز سلامت بود. شرایط ورود به مطالعه سن بالاتر از ۶۰ سال، توانایی حرکت کردن برای شرکت در برنامه، دارا بودن توانایی جهت یابی نسبت به مکان و زمان و توانایی برقرار کردن ارتباط در حد معقول (جهت تکمیل پرسشنامه) بود. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به شرکت در پژوهش و وجود اختلال حافظه واضح که توسط متخصص داخلی تشخیص داده می شد.

جهت بررسی کیفیت زندگی از گونه فارسی پرسشنامه (۳۶SF) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال است که کیفیت زندگی را در ۸ بعد مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای دو بخش اصلی سلامت جسمی و سلامت روانی است. مقیاس رتبه بندی سوالات بر اساس لیکرت ۵ گزینه ایی است. حداقل نمرات صفر و حداکثر ۱۰۰ می باشد که هرچه نمرات بالاتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر می باشد. این پرسشنامه توسط مرکز توانبخشی تهران استاندارد سازی شده است (۱۶).

پس از جمع آوری داده ها، یافته ها در قالب جداول آماری، نمودار و شاخص های عددی ارائه گردید. برای مقایسه نمره کیفیت زندگی سالمندان قبل و پس از مداخله از آزمون Pair T-test و برای مقایسه نمره کیفیت زندگی در دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده گردید. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جهت سالمندان مقیم در آسایشگاههای شهر قزوین (امیر المومنین (ع)، حضرت فاطمه (س) و نیکان) به عنوان گروه مداخله، آموزشهای بر اساس پروتکل اداره سلامت خانواده وزارت بهداشت و درمان در باره شیوه زندگی سالم و توصیه های درباره تغذیه، ورزش، برخورد با مشکلات شایع این دوران (مانند دردهای استخوانی و مفاصل، نفخ و یبوست، بهداشت دهان و دندان، کنترل ادرار، یائسگی،

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در گروه مقیم در سرای سالمندان (مداخله) و ساکن در جامعه (کنترل)

جنس	تعداد (%) در گروه مداخله	تعداد (%) در گروه کنترل	تعداد (%) در کل
مرد	۱۷ (۲۳,۳)	۱۶ (۲۱,۹)	۳۳ (۴۵,۲)
زن	۲۰ (۲۷,۴)	۲۰ (۲۷,۴)	۴۰ (۵۴,۸)
ازدواج	۲۴ (۳۲,۹)	۳۰ (۴۱)	۵۴ (۷۳,۹)
داشته اند	۱۳ (۱۷,۸)	۶ (۸,۲۱)	۱۹ (۲۶)
نداشته اند	۶ (۸,۲۱)	۱۷ (۲۳,۳)	۲۳ (۳۱,۵۱)
دارند	۱۵ (۲۱,۴)	۱۳ (۱۷,۸)	۲۸ (۳۹,۳)
فوت کرده	۳ (۴,۱)	۰	۳ (۴,۱)
طلاق گرفته اند	۱۳ (۱۷,۸)	۶ (۸,۲۱)	۱۹ (۲۶)
مجرد هستند	۳۱ (۴۲,۵)	۲۵ (۳۴,۲)	۵۶ (۷۶,۷)
تحصیلات	۳ (۴,۱)	۸ (۱۱)	۱۱ (۱۵,۱)
بیسواد	۱ (۱,۴)	۳ (۴,۱)	۴ (۵,۵)
ابتدایی	۱ (۱,۴)	۱ (۱,۴)	۲ (۲,۸)
دیپلم و بالاتر			

اغلب مشارکت کنندگان زن، بیسواد و سابقه ازدواج را ذکر کردند. اغلب سالمندان ساکن در خانواده همراه با همسر خود زندگی می کردند.

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مقیم در سرای سالمندان و ساکن در جامعه

ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله			آزمون تی مستقل		
	گروه مداخله	گروه کنترل	در کل	p-value	T	Df
عملکرد جسمانی	۶۴,۵۰ ± ۲۱,۲۴	۷۰,۹۲ ± ۲۱,۳۴	۶۷,۶۷ ± ۲۱,۳۹	۰,۰۲	۱,۲۸	۷۱
اختلال در نقش جسمی	۶۵,۳۱ ± ۲۰,۱۷	۶۷,۷۰ ± ۱۹,۴۵	۷۰,۷۳ ± ۲۰,۱۴	۰,۴۴	۰,۷۷	۷۱
درد	۴۶,۱۷ ± ۱۸,۱۷	۵۷,۸۷ ± ۲۲,۸۸	۵۱,۹۴ ± ۲۱,۳۱	۰,۰۱	۲,۴۳	۷۱
درک کلی از سلامت	۶۱,۷۲ ± ۱۲,۱۶	۶۲,۷۷ ± ۱۰,۷۲	۶۲,۲۴ ± ۱۱,۴۱	۰,۶۹	۰,۳۹	۷۱
خستگی	۷۰,۰۴ ± ۹,۶۱	۶۵,۲۷ ± ۱۲,۱۱	۶۷,۶۹ ± ۱۱,۱۰	۰,۶۶	۱,۸۶	۶۸
عملکرد اجتماعی	۵۶,۲۱ ± ۹,۵۳	۵۸,۳۳ ± ۱۶,۲۴	۵۷,۲۶ ± ۱۳,۴۶	۰,۵	۰,۶۶	۵۵,۶
ایفای نقش عاطفی	۶۵,۳۱ ± ۱۹,۷۸	۶۵,۷۴ ± ۱۹,۴۹	۶۵,۵۲ ± ۱۹,۵۰	۰,۹۲	۰,۰۹	۷۱
سلامت روانی	۶۳,۶۹ ± ۱۰,۶۵	۶۸,۵۱ ± ۹,۸۷	۶۶,۲۱ ± ۱۰,۴۵	۰,۰۶	۱,۸۹	۷۱

میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در حیطة درد و عملکرد جسمانی و سلامت روان در گروه مداخله پایین تر بود، ولی در سایر حیطة تفاوت قابل ملاحظه ای نداشتند.

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه مقیم در سرای سالمندان و ساکن در جامعه

ابعاد کیفیت زندگی	بعد از مداخله			آزمون تی مستقل		
	گروه مداخله	گروه کنترل	در کل	p-value	T	Df
عملکرد جسمانی	۶۹,۲۷ ± ۱۹,۸۸	۷۲,۲۲ ± ۲۰,۶۰	۷۰,۷۳ ± ۲۰,۱۴	۰,۵۳	۰,۶۲	۷۰
ایفای نقش جسمی	۸۳,۷۸ ± ۱۹,۸۳	۶۸,۰۵ ± ۱۹,۸۳	۷۶,۰۲ ± ۲۰,۹۶	۰,۰۰۱	۳,۴۳	۷۱
درد	۳۵,۳۶ ± ۱۵,۷۶	۵۴,۳۹ ± ۲۱,۴۰	۴۴,۷۴ ± ۲۰,۹۴	۰,۰۰	۴,۳۳	۷۱
درک کلی از سلامت	۵۶,۷۵ ± ۶,۷۸	۶۱,۲۲ ± ۲۹,۱۰	۵۸,۹۵ ± ۸,۹۲	۰,۳۱	۲,۱۹	۷۱
خستگی	۶۵,۷۶ ± ۱۱,۰۷	۶۴,۶۹ ± ۱۰,۷۰	۶۵,۲۳ ± ۱۰,۸۳	۰,۶۷	۰,۴۱	۷۱
عملکرد اجتماعی	۵۶,۷۵ ± ۸,۵۱	۶۱,۱۱ ± ۱۴,۰۹	۹۰,۵۸ ± ۱۱,۷۳	۰,۱۱	۱,۵۹	۵۸
ایفای نقش عاطفی	۹۲,۳۴ ± ۱۶,۰۰	۶۸,۹۸ ± ۲۰,۷۶	۸۰,۸۲ ± ۲۱,۱۱	۰,۰۰	۵,۳۷	۶۶
سلامت روانی	۷۱,۰۸ ± ۶,۸۰	۶۶,۰۸ ± ۸,۱۲	۶۸,۶۱ ± ۷,۸۴	۰,۹۷	۰,۳۵	۷۱

همانطور که (جدول ۳ و ۲) نشان می دهند بعد از مداخله زیر مقیاس درد کاهش و ایفای نقش عاطفی و عملکرد اجتماعی ارتقا یافته است که با آزمون تی زوجی ($P=0.001$) معنی دار بود ولی در گروه کنترل، تفاوت معنی دار نبود.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات ابعاد کلی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه مقیم در سرای سالمندان و ساکن در جامعه

T-test	بعد از مداخله		T-test	قبل از مداخله		ابعاد کلی کیفیت زندگی
	گروه کنترل	گروه مداخله		p: value	گروه کنترل	
۰,۱۵	۶۳,۹۷ ± ۷,۸۵	۶۱,۲۹ ± ۸,۰۷	۰,۰۹	۶۴,۷۳ ± ۸,۵۸	۵۹,۴۳ ± ۸,۳۹	سلامت جسمی
۰,۰۰۶	۶۶,۰۸ ± ۸,۱۰	۷۱,۰۸ ± ۶,۸۰	۰,۷۲	۶۴,۶۵ ± ۸,۳۷	۶۳,۸۸ ± ۵,۸۰	سلامت روانی
۰,۰۴	۶۵,۲ ± ۶,۹۶	۶۶,۱۸ ± ۵,۱۷	۰,۰۵	۶۴,۶۰ ± ۷,۳۰	۶۱,۶۵ ± ۵,۳۱	کیفیت کلی

بودند، ولی واحدهای پژوهش ساکن جامعه در کنار همسرانشان زندگی می کردند و سطح تحصیلات بالاتری داشتند، بنابراین امتیاز بهتری از کیفیت زندگی کسب کرده بودند.

بعد از انجام مداخلات نمره کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان در بعد جسمانی برای هر دو گروه مداخله و کنترل تغییر چندانی نشان نداد. اما مداخله در ابعاد روانی و زیرمقیاسهای آن تاثیرگذار بوده و توانست تغییرات مثبتی در سالمندان ایجاد کند. بصورتی که هم نسبت به قبل از مداخله و هم نسبت به گروه کنترل، افزایش معنی داری در میانگین نمرات زیرمقیاس روان ایجاد گردید. با توجه به اینکه مداخلات ما بیشتر بر ایجاد سرگرمی و حمایت روحی (حتی در جنبه تمرینات ورزشی) تمرکز داشت، بنابراین این نتیجه دور از انتظار نبود.

هر چند مطالعات مداخله ای در این زمینه اندک است ولی مطالعات همبستگی متعدد نشان داده است که کیفیت زندگی تحت تاثیر شبکه روابط اجتماعی و برنامه های سرگرم کننده و تفریحی، فعالیت و گشت و گذار افزایش می یابد (۱۱). در این مطالعه بعد از مداخله، تغییرات قابل توجه در گروه ساکنین در سرای سالمندان اتفاق افتاد که می تواند بدلیل تغییر در وضعیت زندگی آنان باشد. در نظر داشته باشیم قبل از مطالعه، سالمندان مقیم در مراکز بدلیل نداشتن خانواده در اطراف این مراکز رها شده بودند یا توسط بهزیستی معرفی شده بودند، برخی هم توسط خانواده به مراکز خصوصی سپرده شده بودند، تفریح یا سرگرمی خاصی نداشتند، بدلیل بیسوادی قادر به مطالعه نبودند، اغلب بی انگیزه در تخت خود در انتظار گذران زمان بودند، برخی منتظر دیدار فرزندان، چشم به در دوخته بودند. برخی از صدای زجر کشیدن بیمار محتضر در اتاق دیگر وحشت مرگ را تجربه می کردند. در واقع، خانه های سالمندان، به بیمارستان شباهت بیشتری داشتند و احساس در خانه بودن را به هیچ وجه القا نمی کرد. قرار دادن برنامه ورزش صبحگاهی به شکل تفریحی، نمایش فیلم های سینمایی و شنیدن آهنگ های قدیمی و سایر مداخلات سبب احساس خوشایند و لذت بخشی در آنها شده بود، که با افزایش کیفیت زندگی بصورت قابل ملاحظه ای همراه شد، بطوریکه امتیاز کیفیت زندگی در بعد روان، بعد از مداخله به ۷۱٪ رسید که نسبت به دیگر

همانطور که (جدول ۴) نشان می دهد قبل از مداخله، نمره کیفیت کلی زندگی در گروه کنترل (ساکن در جامعه) بیشتر است. بعد از مداخله نمره کیفیت کلی زندگی و سلامت روان بصورت معنی داری در گروه مداخله حتی نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. ولی در بعد سلامت جسمی هر دو گروه تغییری نشان ندادند.

بحث

این تحقیق در راستای تعیین تاثیر مداخله بر میانگین نمرات کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمندان و مقایسه آن با ساکنین در جامعه قبل و بعد از مداخله انجام شد، اگر نمره ۵۰ درصد با انحراف ۱۰٪ را بعنوان شاخص متوسط برای ارتقای سلامت در نظر بگیریم (۱۷) کیفیت زندگی قبل از مداخله برای بعد سلامت جسمی و روانی در گروه مداخله و کنترل در حد متوسط ارزیابی شد، از اینرو با مطالعه حسام زاده (۲۰۱۱) در تهران (۱۴) و ساری و همکاران در مشهد در سال ۲۰۱۴ انجام شده اند (۱۵)، تا حدودی قرابت دارد. در مطالعه حسام زاده امتیاز کیفیت زندگی ۵۰-۵۱ بدست آمد و در مطالعه ساری امتیاز ۵۵ بود. میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی در مطالعه کنونی، قبل از مداخله، برای گروه کنترل (ساکن جامعه) بیشتر بود (p=۰.۰۵). بریلا و همکاران در سال ۲۰۱۳ در هلند مطالعه ای بصورت مقطعی انجام دادند و عوامل موثر بر کیفیت زندگی را تحصیلات دانشگاهی، وضعیت خوب اقتصادی، نداشتن بیماریهای جسمی و روانی عنوان کرده اند (۱۸). مطالعه "جدیدی" در سال ۲۰۱۶ جنسیت مذکر (۱۷) و در مطالعه "رفعتی" (۲۰۰۵) علاوه بر موارد فوق بر حقوق باننشستگی نیز تاکید شده است (۱۹). مطالعه بهرام نژاد (۲۰۱۷) در بجنورد نشان داد که ۳۰,۳٪ از سالمندان تنها هستند و مهمترین شبکه اجتماعی برای سالمندان ابتدا خانواده (۱۹,۸٪) و سپس دوستان (۱۲٪) و همسایه ها (۹,۹٪) هستند (۲۰). موضوع احساس تنهایی و نداشتن حمایت اجتماعی و خانوادگی با افسردگی و کیفیت پایین بهداشت روان در سالمندان ارتباط دارد (۲۱-۲۲). این داده ها می تواند توجیهی بر برتری کیفیت زندگی در گروه کنترل (ساکن در جامعه) قبل از مداخله در مطالعه کنونی باشد. زیرا در مطالعه کنونی اغلب نمونه ها در خانه سالمندان زن، بیسواد و تنها

متوسط می باشد. همچنین ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مقیم در خانه های سالمندان با استفاده از امکانات موجود در جامعه و برنامه های مفرح و سرگرم کننده میسر است و می تواند زندگی در سرای سالمندان را جذاب نماید. این امر نیازمند مدیریت صحیح منابع و برنامه ریزی مناسب توسط مسئولین دلسوز مراکز است.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بدلیل دادن فرصتی برای انجام این تحقیق سپاسگزاریم. حدود یک سوم هزینه برنامه مذکور توسط دانشگاه علوم پزشکی قزوین و از محل هزینه پرسنلی و پروژه تامین شد و بقیه آن توسط اعضای تیم و همکاری خوب اداره اتوبوسرانی شهر قزوین با هماهنگی آقای بهتویی مسئول مرکز سالمندان امیر المومنین "ع" تامین گردید.

References

1. Majd M, Delavar B. Health program for elder. Tehran: Ministry of health and medical education. 2002; (persian).
2. Bagheri-Nesami M, Sohrabi M, Heidari-Fard J, Yanj J, Golchinmehr S. The relationship between life satisfaction with social support and self-efficacy in community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2013; 23 (101): 38-47.
3. Nejat Saharnaz. Quality of Life and its Measurement. Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 4 (2): 57-62. (persian).
4. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, S. M. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006; 4 (4): 1-12. (persian).
5. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in elder in zahedan city. Hayat. 1382;10(22):7. (persian).

سالمندانی که توسط فرزندان و خانواده حمایت می شدند، افزایش داشت. این برنامه کوتاه مدت ۹ ماهه با تغییر شگرفی در زندگی سالمندان همراه شد که پس از گذشت چند سال، در دیدار مجدد از آن مراکز هنوز خاطره ان برای بازماندگان مرور میشود.

محدودیتها: در این مطالعه بدلیل بیسوادی اغلب سالمندان، پرسشنامه ها توسط نمونه گیران تکمیل شد که می توانست بر روی داده ها تاثیر بگذارد، دسترسی به نمونه های ساکن در جامعه و تکمیل پرسشنامه های قبل و بعد با مشکل روبرو شد که سبب کاهش حجم نمونه در گروه کنترل و طولانی شدن نمونه گیری گردید.

نتیجه گیری نهایی

نتایج این تحقیق نشان داد کیفیت زندگی جسمی و روانی برای سالمندان مقیم در جامعه یا سرای سالمندان شهر قزوین در حد

6. Abdollahi F, R M. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. J Mazand Univ Med Sci 2013; 23 (104): 5. (persian).
7. Farzianpour F, Arab M, Foroushani AR, Zali Mehran EM. Evaluation of the Criteria for Quality of Life of Elderly Health Care Centers in Tehran Province, Iran. Global Journal of Health Science. 2016 8 (7): 68-76. PubMed PMID: PMC4965677.
8. Crews JE, Chou C-F, Zhang X, Zack MM, Saaddine JB. Health-Related Quality of Life Among People Aged ≥ 65 Years with Self-reported Visual Impairment: Findings from the 2006–2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Ophthalmic epidemiology. 2014 06/23; 21(5): 287-96. PubMed PMID: PMC4924345.
9. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. Social Science & Medicine. 2006; 63 (9): 2367-80.
10. Mundt T, Bernhardt O, John U, et al. The

- impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). *International Journal of Prosthodontics*. 2005; 18 (5). 23-40
11. Van Nguyen T, Van Nguyen H, Duc Nguyen T, Van Nguyen T, The Nguyen T. Difference in quality of life and associated factors among the elderly in rural Vietnam. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2017; 58 (1): E63-E71. PubMed PMID: PMC5432781.
 12. Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*. 2001; 56(suppl_2): 23-35.
 13. Liu H, Han X, Xiao Q, Li S, Feldman MW. Family Structure and Quality of Life of Elderly in Rural China: The Role of the New Rural Social Pension. *Journal of aging & social policy*. 2015 10/30; 27 (2): 123-38. PubMed PMID: PMC5473658.
 14. Hesamzadeh A, Sadatmadah S, Mohamadishahbolaghi F, Flahikhoshkab M. Comparison of the quality of life of the elderly living with family and elder living in the private and public nursing homes of Tehran. *Salmand* 2011; 4 (14):10. (persian).
 15. Sari N, Kooshiar H, Vaghee S, H. K. Elderly's Quality of Life and Related Factors Among Nursing Home Residents in Mashhad. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 23 (1):10. (persian).
 16. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, F. M. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh*. 2005; 4 (4):8. Epub 120. (persian).
 17. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H Quality of life for elderly residents in nursing home, 2 (1), 9-18. *Journal of Geriatric Nursing*. 2016; 2 (1):10. (persian).
 18. Bryła M, Burzyńska M, Maniecka-Bryła I. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013. PubMed PMID: PMC3819270.
 19. Rafati N, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2005; 3 (2): 10. (persian).
 20. Bahramnezhad F, Chalik R, Bastani F, Taherpour M, Navab E. The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic Physician*. 2017 ; 9 (5): 4306-11. PubMed PMID: PMC5498693.
 21. Prince MJ, Harwood RH, Blizard R, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project VI. Psychological medicine*. 1997; 27 (2): 323-32.
 22. Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and aging*. 1996; 11 (1): 34.