

مقایسه وضعیت شناختی، سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان و ساکن منازل شخصی شهر تهران

محمد حسین عبدالهی^۱، زهرا صیدی^{۲*}

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۷/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است. توجه به نیازها و مسائل آن از اهمیت خاصی برخوردار است. مساله ی نگهداری و تامین آسایش و رفاه سالمندان در جامعه هر روز ابعاد جدید و گسترده تری پیدا می کند از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان کیفیت زندگی و سلامت روان و وضعیت شناختی سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان صورت می گیرد تا برنامه ریزی برای تامین سلامت سالمندان در آینده با شناختی دقیق تر انجام شود و تبعات روانی و عاطفی جدایی سالمندان از خانه و خانواده را مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی- مقایسه ای در سال ۹۳ می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه سالمندان ساکن در خانه و ساکن در سرای سالمندان شهر تهران می باشد. که ۱۲۰ نفر از سالمندان در دو گروه ۶۰ نفری، ۶۰ نفر ساکن خانه (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد) و ۶۰ نفر ساکن خانه سالمندان (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات، شامل پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶، SCL-۹۰ و آزمون وضعیت شناختی MMSE می باشد. تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS و به روش آزمون تحلیل واریانس چند راهه انجام شد

یافته ها: براساس نتایج، تاثیر محل سکونت بر سلامت روانی سالمندان معنی دار به دست آمد ($F=93/217$ و $p<0/000$) و میانگین نمرات اختلال روانی سالمندان که در خانه سالمندان نگهداری می شوند به طور معنی داری بیشتر از سالمندانی است که با خانواده زندگی می کنند. همچنین در مورد وضعیت شناختی، تاثیر محل سکونت معنادار بود ($F=200/84$ و $p<0/000$). میانگین وضعیت شناختی سالمندانی که در خانه زندگی می کنند به طور معناداری بالاتر از سالمندانی است که در سرای سالمندان ساکن هستند. درباره کیفیت زندگی نیز تاثیر محل سکونت معنادار بود ($F=542/57$ و $p<0/000$) بدین صورت که میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه بالاتر از سالمندان سرای سالمندان است

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، محل سکونت سالمندان، نقش موثری در سطح سلامت روان، وضعیت شناختی و کیفیت زندگی آنها ایفا می کند. با توجه به غیرقابل اجتناب بودن گسترش مؤسسات نگهداری سالمندان در آینده، لزوم توجه هرچه بیشتر به شرایط محیط زندگی در این مؤسسات مورد تأکید قرار می گیرد

واژگان کلیدی: سالمندان، سلامت روان، وضعیت شناختی، کیفیت زندگی.

مقدمه

فرآیند سالمندی عبارت از کاهش تدریجی عملکرد سیستمهای بدن از جمله قلب و عروق، تنفس، دستگاه ادراری تناسلی، غدد درونریز^۱ و سیستم ایمنی بدن می باشد. سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیتهای مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماریها و مرگ تبدیل می کند (۲-۳). هر چند که ممکن است این تنزل در وضعیت عملکردی سبب وابستگی سالمند نشود؛ ولی بر آسیب پذیری این گروه جمعیتی، اثرات زیادی دارد (۴). امروزه سالمندی

پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم ترین چالش های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می آید. سالمندی در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال اطلاق می شود، در حالی که در کشورهای در حال توسعه، افراد بالای ۶۰ سال سالمند محسوب می شوند (۱).

۱. گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

(نویسنده مسؤول) *Email: syedizahra@gmail.com

نشان داد، عوامل بیماری زای روانی، تأثیر منفی عمیقی در نگرش سالمندان وابسته، نسبت به زندگی دارد و کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر منفی میزان افسردگی سالمندان قرار داشته است (۱۶). در ابعاد کیفیت زندگی و در بعد مراقبت از خود، افراد ساکن سرای سالمندان، اختلال بیشتری را در مقایسه با سالمندان ساکن منزل دارند (۱۷). پژوهشگران نشان دادند که یک سوم سالمندان دچار اختلال‌های روانی بوده و افسردگی، اختلال شناخت و اضطراب به ترتیب فراوان‌ترین اختلال‌های روانی در این افراد به شمار می‌روند (۱۸). فرناند بالستروز^{۲۲} با بررسی کیفیت زندگی سالمندان، دریافتند که سالمندان مقیم منزل از نظر سلامت روانی و جسمی نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان وضعیت بهتری داشتند (۱۹). کیفیت زندگی سالمندان، تحت تأثیر خانواده، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، وضعیت جسمانی و وضعیت روحی و روانی او است. درک سالمندان از کیفیت زندگی می‌تواند بر این متغیرها تأثیر داشته باشد (۲۰). مهم‌ترین مسائل در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مربوط به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های جسمی و شناختی و ادامه زندگی به صورت فعال است (۹). پژوهشگران در بررسی‌های خود دریافتند سلامت روانی سالمندان مقیم خانه سالمندان به طور معنی‌داری کمتر از سالمندان ساکن منزل می‌باشد. همچنین سلامت عمومی آنها نیز در سطح پایین‌تری قرار دارند (۱۴). پژوهش‌های انجام شده نیز به کاهش کیفیت زندگی در پی بروز نگرانی‌های روان‌شناختی (۲۱-۲۲) و وجود همبستگی منفی معنی‌دار بین میزان افسردگی و کیفیت زندگی اشاره می‌کنند (۲۳). به رغم افزایش آگاهی‌های عمومی در زمینه مشکلات سالمندی، هنوز بسیاری از افراد اختلال شناختی و کاهش پیش‌رونده حافظه را بخشی از فرایند سالمندی بهنجار تلقی می‌کنند و آن را نتیجه طبیعی این فرایند و درمان‌ناپذیر می‌دانند (۲۴). یکی از مهمترین این عوامل وضعیت شناختی^{۳۳} بیماران است. شناخت را فرایند دریافت، سازماندهی و ادراک عقلانی تعریف نموده‌اند (۲۵) نتیجه اختلال شناختی به طور کلی ممکن است شامل تخریب حافظه و اشکال در انجام فعالیت‌های روزانه باشد و اختلال شناختی شدید تأثیرات بسیاری بر کیفیت زندگی فرد دارد (۲۶) و با توجه به اینکه سلامتی جوهر و پیش‌نیاز کیفیت زندگی می‌باشد (۲۷)، مساله‌ی نگهداری و تامین آسایش و رفاه سالمندان در جامعه هر روز ابعاد جدید و گسترده‌تری پیدا می‌کند، با تمام این موارد، در کشور ما ایران نیز سپردن سالمندان به سرای سالمندان سیر صعودی دارد. زیرا همان‌طور که جمعیت پیر می‌شود، تقاضای بیشتری برای خدمات مراقبت طولانی‌مدت مورد انتظار است و توجه به نیازها و مسائل آن از اهمیت خاصی برخوردار است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان

به عنوان یک پدیده مهم جهانی بوده که این امر به دلیل افزایش جمعیت سالمندان جهان می‌باشد، به گونه‌ای که شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که روند سالمند شدن جمعیت، در کشور ما نیز آغاز شده و پیش‌بینی می‌شود که در فاصله ۲۰ ساله، ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود (۵). به گزارش مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در تهران، تعداد سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر؛ یعنی ۲۶ درصد از کل جمعیت خواهد رسید. طبق آمار مذکور می‌توان گفت ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میانسال است و به زودی به جمع کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست (۵۶). اختلالات شناختی از جمله مشکلات شایع دوران سالمندی می‌باشد که طیف بسیار وسیعی از اختلالات دوران سالمندی را به خود اختصاص داده است، طوری که حدود ۳۵ درصد سالمندان، درجات مختلف آن را نشان می‌دهند که آرایمر مرحله پیش‌رونده این اختلال می‌باشد (۷). مطالعات جمعیت شناختی نشان داده است که حدود پنج درصد از افراد ۶۵ سال و بالاتر به نقص شناختی واضح گرفتارند. میزان ابتلا به این اختلال پس از ۶۵ سالگی، هر پنج سال دوبرابر می‌شود، به طوری که در جمعیت ۸۰ سال و بالاتر، به بیش از ۴۰ درصد می‌رسد (۸). علاوه بر این، تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰، تعداد سالمندان دارای افت عملکرد (شناختی و جسمی) تقریباً سه برابر خواهد شد (۹). مهم‌ترین مسائل در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، مربوط به حفظ استقلال آنان در فعالیت‌های جسمی و شناختی و ادامه زندگی به صورت فعال است (۱۰). اختلال عملکرد جسمی و شناختی بیانگر دو گونه از بدترین وضعیت‌ها در میان سالمندان است زیرا آنها می‌توانند منتهی به وابستگی جسمی و انزوای اجتماعی شوند. ماهیت به هم مرتبط عملکرد جسمی و شناختی، اهمیت شناخت را هنگام بررسی عملکرد جسمی در سالمندان برجسته می‌کند (۱۱). از آنجا که، عملکرد شناختی مطلوب، عامل حیاتی برای ارتقا و حفظ سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است (۱۲)، یکی از شرایطی که احتمالاً تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد، جایی است که آنها زندگی می‌کنند، در خانه خود یا مراکز نگهداری. عقیده کلی بر این است که سالمندانی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به آنهایی هستند که همچنان در خانه خود زندگی می‌کنند (۱۳). تحقیقات نشان می‌دهد که محیط زندگی سالمندان، عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار در سلامت و طول عمر آنان است (۱۴). تقریباً تمام سالمندان به ویژه آنهایی که مقیم مؤسسات هستند، تعداد بسیار زیادی از فقدان‌های اجتماعی و نارساییها در شبکه حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند (۱۵). فاسینو^{۱۱} با هدف ارائه تصویری از وضعیت کیفیت زندگی در سالمندان وابسته و ساکن منزل

2. Fernandez- Ballesteros
3. Cognitive Status

1. Fassino

از ۹ نشان دهنده اختلال شدید، امتیاز بین ۱۰ تا ۲۰ اختلال متوسط و امتیاز مساوی و بیشتر از ۲۱ نشان دهنده اختلال خفیف می باشد، همچنین بررسی حالت افسردگی، این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال و حداکثر ۱۵ امتیاز دارد و توسط ملکوتی و همکاران، روایی و پایایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۲۸) مطالعه فولستاین^۱ و همکاران (۱۹۷۵) که روایی همزمان این آزمون را از طریق همبستگی آن با مقیاس هوش بزرگسالان و کسلر ۸۸۷، محاسبه کرده اند. قسمت دوم ابزار برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان از پرسشنامه SF-۳۶ استفاده می شود، این پرسشنامه را ویر و همکارانش برای ارزیابی کیفیت زندگی ساخته اند (۲۹). این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال است که حیطه های مختلف سلامتی فرد را ارزیابی می کند. به طور کلی، حیطه های هشتگانه عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش روانی و سلامت روان را می توان در دو بعد کلی کیفیت زندگی یعنی بعد روانی و بعد جسمانی جای داد. فرد در هر یک از حیطه ها نمره بین صفر تا صد اخذ می کند که هر چه این نمره به صد نزدیکتر باشد نشان دهنده وضعیت بهتر کیفیت زندگی است. این مقیاس از سطح اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان روایی و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفته است. این مقیاس در ایران نیز هنجاریابی شده است (۳۰). روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه ای توسط منتظری و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون پایایی با استفاده از روش تحلیل اماری همخوانی داخلی و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی بررسی شد که جز مقیاس نشاط ($a=0/65$) سایر مقیاس ها از ضریب پایایی $0/77-0/9$ برخوردار بودند (۳۲-۳۱). سومین ابزار که برای بررسی سلامت روان استفاده شد، پرسشنامه سلامت روان (SCL-۹۰) می باشد. این پرسشنامه مشتمل بر ۹۰ سؤال ۹ بعدی است که عبارتند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، شکایت های جسمانی، وسواس-اجبار، ترس مرضی، روانپریشی و پارانوئید است. هم چنین در این پرسشنامه، ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه گانه فوق دسته بندی نشده است و از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص های کلی آزمون کمک می کنند. امتیاز بندی این پرسشنامه ۹۰ سوالی شامل پنج درجه (هیچ، کمی، تاحدی، زیاد، خیلی زیاد) می باشد که هیچ، امتیاز صفر و خیلی زیاد، امتیاز ۴ می گیرد و کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. میانگین نمرات یک و بالاتر از آن، حالت مرضی و بالاتر از ۳ حالت روان گسستگی را نشان می دهد. این پرسشنامه به طور مکرر در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار آن در خارج

کیفیت زندگی، سلامت روان و وضعیت شناختی سالمندان مقیم و غیر مقیم سرای سالمندان صورت می گیرد تا برنامه ریزی برای تأمین سلامت سالمندان در آینده با شناختی دقیق تر انجام شود و تبعات روانی و عاطفی جدایی سالمندان از خانه و خانواده را مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات مقطعی مقایسه ای در سال ۹۳ می باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه سالمندان بالای ۶۵ سال زن و مرد ساکن در سرای سالمندان و مناطق مختلف تهران در سال ۹۳ می باشد. حجم نمونه، شامل ۱۲۰ سالمند بالای ۶۵ سال، از این تعداد ۶۰ نفر ساکن سرای سالمندان (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد) و ۶۰ نفر ساکن خانواده ها (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد) و به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی آزمودنیها بین ۶۵-۸۹ سال با میانگین سنی $74/4$ و انحراف استاندارد $5/93$ بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از داشتن سن ۶۵ سال به بالا، عدم شروع بیماریهای حاد به فاصله کمتر از سه ماه قبل از تحقیق، از دست ندادن افراد نزدیک به فاصله کمتر از سه ماه قبل از تحقیق و معیارهای خروج از پژوهش دریافت شوک الکتریکی، اختلال ناتوانی شدید بینایی، کوررنگی، اختلال و ناتوانی شدید شنوایی و گفتاری، سابقه علائم سایکوتیک در بیماران افسرده، سابقه بیماریهای روانپزشکی دیگر، وجود بیماریهای نورولوژی مانند (دلیریوم-پارکینسون-مولتیپل اسکلروزیس^۱-سکته-الزایمر)، وجود عقب ماندگی ذهنی، تحصیلات پایین تر از پنجم ابتدایی، سابقه اعتیاد به مواد مخدر یا استفاده از داروهای روانگردان، وجود ناتوانی فیزیکی شدید و استفاده از داروهای بالا برنده شناخت مانند رسپریدون می باشد. سالخوردگان غیرمقیم در سطح جامعه به صورت تصادفی از منازل، مساجد و پارکها با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج و از نظر سن و جنس با نمونه سالمندان مقیم مراکز همتا شدند. ابزار گردآوری داده ها، شامل ۳ قسمت به این شرح بود: اولین ابزار، پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMCE) می باشد که توسط انجمن طب سالمندان فرانسه طراحی و برای قسمتهای مختلف بررسی فوق امتیاز بندی شده بود. این پرسشنامه توسط اساتید محترم طب سالمندی ایران، همانند خانم دکتر مهشید فروغان، دکتر احمدعلی اکبری کامرانی و خانم دکتر فریبا کامرانی مورد بازبینی و ترجمه قرار گرفت و کارایی و پایایی آن هم تأیید شد و در چندین کنگره و همایش مسایل سالمندی در ایران و سایر کشورها ارایه شده درباره بررسی وضعیت شناختی، این پرسشنامه دارای ۱۱ سؤال بوده و مجموع امتیازات این قسمت حداکثر ۲۵ میباشد. جهت تعیین شدت اختلال شناختی امتیاز کمتر

مقیاس کیفیت زندگی، سلامت روان و وضعیت شناختی آورده شده است. نتایج جدول شماره ۱، نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در سالمندان ساکن خانه ۲۳۵۷/۳۳ و در سالمندان سرای سالمندان ۸۶۳/۹۸ میانگین نمره سلامت روان در سالمندان ساکن خانه ۶۷/۹۵ و سالمندان ساکن سرای سالمندان ۱۴۹/۴۶ همچنین میانگین وضعیت شناختی در سالمندان ساکن خانه ۲۵/۲۸ و سالمندان سرای سالمندان ۱۵/۴۲ می باشد.

از کشور بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و روایی آن بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (۳۳) تحلیل داده ها به کمک نرم افزار SPSS و به روش آزمون تحلیل واریانس چند راهه انجام شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمره های دو گروه، سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان ساکن خانه در

جدول (۱): اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان در پژوهش برحسب متغیرهای پژوهش

متغیر	سالمندان ساکن خانه		سالمندان ساکن سرا	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت روان	۶۷/۹۵	۴۰/۱۵	۱۴۹/۴۶	۵۱/۷۰
پرخاشگری	۳/۷۸	۲/۹۱	۶/۸۶	۲/۳۲
اضطراب	۷/۴۵	۴/۸۴	۱۶/۷۷	۶/۲۰
وسواس	۸/۸۳	۵/۹۵	۱۷/۶۱	۶/۹۴
حساسیت فردی	۷/۴۸	۵/۷۸	۱۶/۹۳	۷/۶۰
شکایات جسمانی	۹/۴۸	۵/۷۱	۲۳/۳۰	۹/۲۲
روان پریشی	۵/۳۰	۴/۶۶	۱۱/۵۹	۴/۵۵
تصورات پارانویید	۴/۶۸	۳/۲۳	۹/۱۸	۳/۳۷
افسردگی	۹/۹۰	۷/۶۰	۲۶/۳۳	۱۰/۹۳
ترس مرضی	۳/۹۶	۴/۲۸	۷/۴۴	۲/۸۴
عملکرد فیزیکی	۶۹۹/۵۰	۱۴۷/۹۷	۲۲۷/۵۴	۱۳۳/۹۴
سلامت عمومی	۲۲۴/۵۰	۴۶/۰۰	۸۶/۱۰	۳۴/۶۹
محدودیت به دلیل نقش فیزیکی	۲۹۳/۳۳	۱۰۸/۷۱	۱۳۵/۵۹	۱۲۹/۶۷
درد بدنی	۲۳۸/۳۳	۸۶/۵۳	۶۲/۷۱	۸۴/۹۰
سرزندگی	۲۹۲/۶۶	۵۵/۳۵	۱۱۲/۲۰	۴۴/۴۱
عملکرد اجتماعی	۱۳۲/۰۸	۲۷/۲۶	۴۷/۵۴	۲۲/۴۰
نقش عاطفی	۱۱۸/۵۰	۲۶/۸۹	۵۵/۵۹	۲۳/۳۰
سلامت روان	۳۰۰/۴۱	۵۰/۳۶	۱۰۴/۶۶	۴۵/۸۳
کیفیت زندگی	۲۳۵۷/۳۳	۳۵۸/۷۵	۸۶۳/۹۸	۳۴۰/۱۷
وضعیت شناختی	۲۵/۲۸	۲/۸۴	۱۵/۴۲	۴/۵۶

جدول (۲): نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های کیفیت زندگی، وضعیت شناختی و سلامت روان در دو گروه سالمندان ساکن منازل شخصی و سالمندان سرای سالمندان

متغیر	آزمون	ارزش	F	سطح معنی داری
گروه	اثر پیلایی بارتلت	۰/۹۲۷	۵۸/۳۳۹	۰/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۷۳	۵۸/۳۳۹	۰/۰۰۰
	اثر هتترینگ- لای	۱۲/۶۳۰	۵۸/۳۳۹	۰/۰۰۰
	بزرگترین ریشه اختصاصی	۱۲/۶۳۰	۵۸/۳۳۹	۰/۰۰۰

دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، سطوح معنی داری همه آزمون ها، نشانه آن هست که میان سالمندان ساکن خانه و سالمندان ساکن سرای سالمندان تفاوت معنی داری وجود

جدول (۳): نتایج آزمون اثرات بین گروهی تحلیل واریانس در متغیرهای مورد بررسی

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
گروه	سلامت روان	۲۰۰۵۱۷/۱۷	۱	۲۰۰۵۱۷/۱۷	۹۳/۲۱۷	./۰۰۰
	پرخاشگری	۲۸۲/۳۹	۱	۲۸۲/۳۹	۴۰/۵۳	./۰۰۰
	اضطراب	۲۵۸۹/۳۳	۱	۲۵۸۹/۳۳	۸۳/۶۱	./۰۰۰
	وسواس	۲۲۹۱/۵۶	۱	۲۲۹۱/۵۶	۵۷/۷۲	./۰۰۰
	حساسیت فردی	۲۶۵۵/۹۲	۱	۲۶۵۵/۹۲	۵۸/۳۵	./۰۰۰
	شکایات جسمانی	۵۶۸۳/۰۶	۱	۵۶۸۳/۰۶	۹۶/۹۶	./۰۰۰
	روان پریشی	۱۱۷۸/۱۵	۱	۱۱۷۸/۱۵	۵۵/۳۴	./۰۰۰
	تصورات پارانوئید	۶۰۳/۲۲	۱	۶۰۳/۲۲	۵۵/۱۴	./۰۰۰
	افسردگی	۸۰۳۹/۰۷	۱	۸۰۳۹/۰۷	۹۰/۹۴	./۰۰۰
	ترس مرضی	۳۵۹/۰۲	۱	۳۵۹/۰۲	۲۷/۰۵	./۰۰۰
	کیفیت زندگی	۶۶۳۴۰۶۴۳/۱۴	۱	۶۶۳۴۰۶۴۳/۱۴	۴۹۱/۲۳	./۰۰۰
	عملکرد فیزیکی	۶۶۲۶۱۶۶/۰۱	۱	۶۶۲۶۱۶۶/۰۱	۳۳۲/۳۳	./۰۰۰
	سلامت عمومی	۵۶۹۷۹۳/۹۶	۱	۵۶۹۷۹۳/۹۶	۳۴۲/۴۰	./۰۰۰
	محدودیت به دلیل نقش فیزیکی	۷۴۰۱۸۵/۵۳	۱	۷۴۰۱۸۵/۵۳	۵۱/۷۷	./۰۰۰
	درد بدنی	۹۱۷۵۱۱/۴۸	۱	۹۱۷۵۱۱/۴۸	۱۲۴/۸۵	./۰۰۰
	سرزندگی	۹۶۸۷۹۹/۶۶	۱	۹۶۸۷۹۹/۶۶	۳۸۵/۹۹	./۰۰۰
	عملکرد اجتماعی	۲۱۲۶۱۳/۴۱	۱	۲۱۲۶۱۳/۴۱	۳۴۰/۸۴	./۰۰۰
	نقش عاطفی	۱۱۷۷۲۰/۲۵	۱	۱۱۷۷۲۰/۲۵	۱۸۵/۷۰	./۰۰۰
	کیفیت زندگی	۱۱۳۹۹۴۷/۶۵	۱	۱۱۳۹۹۴۷/۶۵	۵۴۲/۵۷	./۰۰۰
	وضعیت شناختی	۲۸۹۱/۴۸	۱	۲۸۹۱/۴۸	۲۰۰/۸۴	./۰۰۰

وضعیت مطلوب تری نسبت به سالمندان ساکن سرای سالمندان برخوردارند.

این یافته ها با یافته های آبراهامسون و همکاران^{۱۱} و سهرابی و همکاران، همخوانی دارد و یافته های یکدیگر را تایید می کنند. (۳۴-۳۵) همسو با این نتایج نیز مطالعه ای دیگر در تایوان انجام شد که از محیط، به عنوان یک عامل تأثیرگذار در سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز نام برده و عامل محیط را افزایش تعاملات اجتماعی، درگیر شدن در فعالیت، افزایش استقلال و امنیت سالمندان و نیز بهبود احساس سلامت روانی در آنان مؤثر ذکر می کند (هوانگ^{۱۲}، ۲۰۰۳) و بارکا^۳ و همکاران (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که بین اختلال شناختی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد و اختلال شناختی شدید، تأثیرات بسیاری بر کیفیت زندگی فرد دارد (۳۷-۳۶). آبراهامسون همکاران (۲۰۱۲) با بررسی تأثیر اختلال شناختی بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه به این نتیجه رسیدند که سالمندان مبتلا به نقص شناختی شدید در حوزه آسایش، ارتباط با محیط اطراف، نمرات بالایی داشتند؛ اما در مقیاس های خلق و خو، حفظ حریم شخصی، هویت فردی و مستقل بودن و

چنانکه از جدول مشاهده می شود، تأثیر محل سکونت بر سلامت روانی سالمندان معنی دار است $F=93/217$ و $p<0/000$. تأثیر محل سکونت بر سلامت روانی به این صورت است که میانگین نمرات اختلال روانی سالمندان که در خانه سالمندان نگهداری می شوند به طور معنی داری بیشتر از سالمندانی است که با خانواده زندگی می کنند. همچنین در مورد وضعیت شناختی تأثیر محل سکونت معنادار است $F=200/84$ و $p<0/000$. میانگین وضعیت شناختی سالمندانی که در خانه زندگی می کنند به طور معناداری بالاتر از سالمندانی است که در سرای سالمندان ساکن هستند. درباره کیفیت زندگی نیز تأثیر محل سکونت معنادار است $F=542/57$ و $p<0/000$ بدین صورت که میانگین کیفیت زندگی سالمندان ساکن خانه بالاتر از سالمندان سرای سالمندان است.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، سلامت روان، کیفیت زندگی و وضعیت شناختی سالمندان ساکن خانه در مقایسه با سالمندان ساکن سرای سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد بین دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد بررسی، تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/05$). بدین گونه که سالمندان ساکن خانه از

1. Abrahamson et al
2. Hwang
3. Baraca

شناختی و تحلیل بن مایه های عاطفی و روانی در گستره پیری به جهت حضور منظومه ای از شرایط سبب ساز، اجتناب ناپذیر است؛ بلکه بدین معنی است که سالمندان ساکن در خانه، به جهت برخورداری از پارامترهای مثبت زندگی و حضور شرایط کیفی مطلوب، در "مقیاسهای اختلالات روانی" نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمند بهتر هستند و برای کنار آمدن با متغیرهای توان گاه گستره پیری از سطح مقاومت بالایی برخوردارند.

از جمله محدودیت های پژوهشی حاضر عدم همکاری بعضی از سالمندان ساکن در سرای سالمندان به خاطر کم حوصلگی و بیماری بود و از پیشنهاد های مورد نظر، بررسی ارتباط بین وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی سالمندان با کیفیت زندگی و سلامت روان و وضعیت شناختی آنها است.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روانشناسی در دانشگاه خوارزمی تهران است.

نویسندگان مقاله از همگی سالمندان شرکت کننده در تحقیق که با توجه به وضعیت خاص خود یاریگر آنان در این راه بودند و بدون همیاری آن ها انجام این تحقیق امکان پذیر نبوده است؛ صمیمانه سپاسگزاری می نمایند.

1. Joan M. MC Dowd

References:

1. Roukoei L, Kimiagar M, Ghafarpour M. Old age nutrition in Tehran on 1997. Tehran: Ashena press; 2006. Persian.
2. Delvarian M, Hashemi M. Evaluation of nutrition in body mass index (BMI) of old age sanitarium of Shahroud on 2005: Proceeding of old age congress; 2005; 5: 11-13. [Persian]
3. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, Chou KR. The effects of reminiscence therapy on psychological Well-being, depression, and loneliness among the Institutionalized aged.

روابط معنی دار با دیگران، فعال بودن نمرات پایین تری را در کیفیت زندگی به دست آوردند و اختلال شناختی بالا با کیفیت زندگی پایین در سالمندان ساکن آسایشگاه همراه بود (۳۴). در تحقیقی که جان مک دوود و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۲۲۱ سالمند در رابطه با ارتباط کیفیت زندگی با سلامت جسمی، روانی و ناتوانی های شناختی در میان ساکنان سرای سالمندان در اردن انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ناتوانی های شناختی، جسمی و روانی بر کیفیت زندگی سالمندان سرا تاثیر قابل توجهی دارد (۳۸). همچنین نتایج این بررسی با یافته های رابرت سی بلدوین و همکاران (۲۰۰۲) در میزان تشدید مشکلات جسمی و نابسامانی های عاطفی سالمندان ساکن در سرای سالمندان همسو می باشد (۳۹). بر این اساس محیطی که سالمندان در آن روزگار می گذارند نقش مهمی در بروز رفتارهای مرتبط با سلامتی برای آنها دارد. با توجه به موارد مذکور به نظر می رسد که بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان که در آن زندگی می کنند بر تجربیات اجتماعی، سلامت روانی و رشد و سازگاری آنها تاثیر می گذارد. علاوه بر این، حمایت اجتماعی که در محیط های خانوادگی وجود دارد، نقش قدرتمندی را در کاستن از استرس دارد، از این رو سلامت جسمی و روانی را تقویت می کند نتیجه کلی، بیانگر موثر بودن، محیط زندگی و شرایط آن در سلامت روان سالمندان است. در این راستا بهبود شرایط فیزیکی و اجتماعی محل زندگی سالمندان در بالا بردن سلامت، به ویژه سلامت روان سالمندان در دنیای مدرن امری مهم و اساسی محسوب می شود. نتایج حاصل از این پژوهش به منزله این نیست که سالمندان ساکن در خانه مصون از هر نوع مشکلات جسمی و روانی هستند. کاستیهای قابلیت بدنی،

International Journal of Geriatric Psychiatry. 2009; 25 (4): 380- 8.

4. Hojjati H, Sharifnia SH, Hosinalipour S, Akhoundzadeh G B, Asayesh H. The effect of Reminiscence on the amount of group self- esteem and life satisfaction of elderly. Bimonthly journal of Urmia Nursing & midwifery faculty. 2011; 9(5): 351- 356 [Persian].
5. Hojjati H, Asayesh H, HossainAlipour S, Nikkhah F, Nazari R, Sharifnia SH. The effect of group reminiscence on loneliness and the need for belonging in elders. Iranian

- Journal of Health and care. 2011; 13 (1): 52-58 [Persian].
6. Karel MJ, Ogland-Hand S, Gatz M, Unutzer J. Assessing and treating late-life depression: A casebook and resource guide. New York: Basic books; 2002
 7. Froghan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Gaem magame farahani Z, Rahgozar M. Validation study of Mini-Mental State Examination (MMSE) in elders living in Tehran. J Advances in Cognitive Sci. 2008; 10(2):29. [Persian]
 8. Mohammadi F, Dabagi F, Yadavarenikravesh M. Facilitating and barrier factors in fragile elders' family caring at home: the experience of women caregivers. Iran J Ageing 2007;2(6):445-453.[Persian]
 9. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in korea. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(3): 293-300.
 10. Tabbarah M, Crimmins EM, Seeman TE. The relationship between cognitive and physical performance: Mac Arthur studies of successful Aging. Journal Gerontol Medicine Science 2002; 57 (4): 228-35.
 11. Nejati V, Ashayeri H. Assessing relation between cognitive disorders and depression in elders. Iran Journal aging. 2006;1(2):8-15. [Persian]
 12. Fernandez-Ballesteros R. Quality of life: The different conditions, Psychology in Spain. 1994;2(1): 47-65.
 13. Winningham RG, Pike NL. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease lone lines. Aging Ment Health. 2007; 11(6): 716-21.
 14. Hemati Alamdarlo Gh, Ddhshiri GhR, Shojaee S, Hakimirad E. Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. Salmand Journal. 2009; 3(8): 557-63. [Persian]
 15. Sun WP. State and policy issues of home aged welfare service. J Korean Deontology Soc. 2001; 4: 29-33.
 16. Fassino SLe. Quality of Life in Dependent older adult living at Home. Archives of Geriatrics 2002;4: 500-7
 17. Fernandez- Ballesteros R. Quality of Life: The Different Conditions. Psychology in Spain. 1994;2 (1): 47-65.
 18. Urciuoli O, Dello Buono M, Padoani W, De Leo D. Assessment of quality of life in the oldest-olds living in the nursing homes and homes. Archives of Gerontology and Geriatrics. 1998; 6: 507-514.
 19. Froghan M, Ghaem magham F, Akbari A, Kamrani A. Disorders of Outpatient Mental Health Clinic Clients Pooya. Senior Journal. 2006; 2(1): 12-41. [Persian].
 20. Me'marian R. Self-Reliance and improvement of quality of life in elderly. Proceedings of the Aging Issues in Iran and Other Countries; 2001; Mar, Tehran. [Persian]
 21. Cook E, Harman J. A comparison of health-related quality of life for individuals with

- mental health disorders and common chronic medical conditions. *Public Health Rep.* 2008; 123(1):45-51.
- 22.Scott LD, Setter-Kline K, Britton AS. The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res.* 2004; 17(4):248-56.
- 23.Otsuka K, Mitsutake G, Yano S. Depression, quality of life and lifestyle: Chrono ecological health watch in a community. *Biomed Pharmacotherapy.* 2002; 56(2):231-42.
- 24.Ahangari M, Kamali M, Arjmand M. Quality of life in the elderly who are member of Tehran Senile Culture House Clubs. *Iranian Journal of Aging.* 2007; 2(3): 182-9. [Persian]
- 25.Mora Maureen. Mini-mental state examination. Galter Health science's library. Last updated: June 6:1999.
- 26.Vertesi A, Lever JA, Molloy DW, Sanderson B, Tuttle I, Pokoradi L, et al. Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician.* 2001;47(10):2018-23.
- 27.Bianchi ML, Orsini MR, Saraifoger S, Ortolani S, Radaelli G, Betti S. Quality of life in post-menopausal osteoporosis. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3(1):78.
- 28.Chaaya M, Sibai A-M, Roueiheb ZE, Chemaitelly H, Chahine LM, Al-Amin H, et al. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). *International Psychogeriatrics.* 2008;20(03):571-81.
- 29.Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care.* 1992:473-83.
- 30.Dhillon V, Hurst N, Hannan J, Nuki G. Association of low general health status, measured prospectively by Euroqol EQ5D, with osteoporosis, independent of a history of prior fracture. *Osteoporosis international.* 2005;16(5):483-9.
- 31.Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and Reliability of the Short Form- 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *American Journal of Applied Sciences.* 2006; 3(3): 1763-6.
- 32.Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005; 14(3): 875-82.
- 33.Homae R. The study of relation of distress and mental health of Ahwaz girls university. master of science thesis,(1998) Shahid Chamran university. Pag no:124.
- 34.Abrahamson K, Clark D, Perkins A, Arling G. Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *The Gerontologist.* 2012;52(5):632-40.
- 35.Sohrabi NB, Zolfaghari P, Mehdizadeh F, Aghayan M, Ghasemin M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive with

- elderly sited in personal home. Knowledge and Health. 2008; 3(2):16-21. [Persian]
36. Kwang Y, Gu M, Un Y. A study on the health statue and the needs of health-related services of Female elderly in an urban-rural combined city Korea. J Community Health Nurs Acad Soc. 2003;17:47-57.
37. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbæk G. Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2011;31(6):435-42.
38. McDowd JM, Almomani FM, Bani-Issa W, Almomani M. Health-related quality of life and physical, mental, and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. Quality of Life Research journal. 2014;23(1):155-65.
39. Baldwin C, Edmun C, Kernolos K, Nori G.(2002).Guidlines on depression in older person. Londen: Dunitz publisher.