

عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان (سالمندان شهرستان خمین)

فاطمه یزدانیپور*

دکتر عزت‌اله سام آرام**

تاریخ دریافت: ۸۹/۷/۵

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۷

چکیده

کیفیت زندگی دارای دو بعد ذهنی و عینی است. بعد ذهنی آن احساس خوب و احساس رضایت کردن است و بعد عینی آن برآورده نمودن نیازهای فرهنگی و اجتماعی، برای رفاه مادی، جسمی و اجتماعی است. احساس تعلق سالمند به خانواده‌اش و میزان احترام سالمند در خانواده به بُعد ذهنی کیفیت زندگی بر می‌گردد. به نظر می‌رسد که بُعد ذهنی، بُعد عینی کیفیت زندگی را تحت الشعاع قرار می‌دهد چرا که بعد ذهنی بر پایه عقاید شخص در مورد کیفیت زندگی استوار است و آنچه که اهمیت دارد تجربه و احساس شخصی فرد نسبت به وقایع است، نه صرفاً وجود حوادث خارجی.

روش تحقیق در این مقاله، روش پیمایش است و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد انجام شده است (پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL – BREF).

جامعه آماری این تحقیق سالمندان ۶۰ سال به بالای شهر خمین می‌باشد. با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۱۹۰ نفر از سالمندان شهر خمین انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک است و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و از طریق آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند. نتایج پژوهش نشان داد که:

میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش و میزان احترام سالمند در خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی او در ارتباط است. همچنین رابطه بین سن، جنس، وضعیت تأهل، سواد، وضعیت تملک مسکن و میزان ارتباط با اعضای خانواده با کیفیت زندگی سالمند مرتبط است. در واقع هر چه حمایت‌های اجتماعی سالمندان مخصوصاً در خانواده بیشتر باشد کیفیت زندگی‌شان هم بالاتر است، از طرفی هر چه سطح اقتصادی – اجتماعی سالمند بالاتر برود، کیفیت زندگی او نیز بهتر می‌شود و در این مورد هر دو بُعد عینی و ذهنی کیفیت زندگی تغییر می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: سالمند، کیفیت زندگی، تعلق به خانواده، احترام سالمند

مقدمه

*. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی

** . استاد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

جمعیت سالمند در کشورهای توسعه یافته صنعتی و کشورهای در حال توسعه رو به فزونی است. جمعیت ۶۰ سال و بالاتر جهان از ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۱۹۵۰ به حدود ۱/۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت که ۷۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه خواهند بود. آمارها نشان می‌دهد که در طول ۷۵ سال، یعنی از سال ۱۹۵۰ تا سال ۲۰۲۵ احتمالاً جمعیت سالمند جهان شش برابر می‌شود که دو برابر رشد کل جمعیت جهان در این مدت است. (سام آرام، ۱۳۷۵).

میزان سالخوردگی جمعیت از دو طریق افزایش می‌یابد، یکی تغییر در پایه هرم سنی که نتیجه کاهش باروری‌ها و کم شدن نسبت جوانان در کل جمعیت است و دیگری تغییر در نوک هرم سنی و متورم شدن آن است که بر اساس آن بهبود در کاهش مرگ و میر سالخوردگان اتفاق می‌افتد. همچنین سالخوردگی جمعیت می‌تواند در مراحل انتقالی جمعیت وقتی ساخت جمعیت از مرحله باروری بالا و مرگ و میر بالا به مرحله باروری پایین و مرگ و میر پایین تغییر می‌یابد، نیز اتفاق افتد.

افزایش جمعیت گروه سالمندی در جامعه، درآینده‌ای نزدیک چالشهای جدیدی پیش روی خواهد آورد و لازم است که مطالعات منظم و مدونی برای ارزیابی شرایط جسمانی، ناتوانیها و معلولیت‌ها و بیماری‌های مهم این گروه سالمندی انجام شود (کلدی، ۱۳۸۲: ۷۱).

برزنجه عطری (۱۳۷۷) از قول عامری می‌نویسد: تغییر و تحولات اقتصادی-سیاسی و تغییر بافت فرهنگی و تحول در رفتارهای روزمره که به خصوص در ۵۰ سال گذشته روندی سریع داشته، لاجرم آثار خود را در زندگی افراد سالمند نیز به جای گذاشته است و همچنین به علت پیشرفت تکنولوژی و ماشینی شدن کارها، پیران مجرب، در تنهایی یا در گوشه خانه سالمندان به سر می‌برند. به نظر می‌رسد حوزه‌های جامعه‌شناسی و سالمندشناسی اجتماعی تاکنون توجه کافی به سالمندان ننموده‌اند (کلدی ۱۳۸۲: ۳۲).

استنهورپ و ولنکاستر (۲۰۰۰) می‌نویسند: بیش از نیمی از سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی پایه (حمام کردن، لباس پوشیدن، غذاخوردن) و فعالیت‌های روزمره وابسته به وسایل (پختن غذا، مصرف دارو،...) دارای مشکل می‌باشند و میزان نامتناسبی از ناتوانی در افراد گروه‌های سنی بالاتر وجود دارد (به نقل از حسام زاده، ۱۳۸۳: ۷).

برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم باید به تمام ابعاد بهداشت جسمی و روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی توجه داشت و از آنجا که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی ناشی از شیوه زندگی ناسالم است باید پایه و اساس سلامت در این ابعاد را با بکارگیری شیوه صحیح و ارتقاء کیفیت زندگی از اولین مراحل حیات پی‌ریزی نموده و به موازات آن با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان در خانواده و جامعه و نیز فراهم ساختن فضای مناسب حمایتی در کلیه جنبه‌های اقتصادی- اجتماعی، بهداشتی در جهت نیل به سالمندی سالم و زندگی موفق گام برداشت.

باور عمومی بر این است که هر چه ارتباط بین اعضاء خانواده بیشتر باشد و سالمندان از شبکه‌های حمایتی قوی‌تری برخوردار باشند کیفیت زندگی‌شان در سطح بالاتری است، ولی امروزه به دلیل تکنولوژی ارتباطی میزان ارتباط اعضاء خانواده بسیار کم شده و حمایت‌های اجتماعی از دست رفته است بنابراین کیفیت زندگی در سطح مطلوبی نیست و انتظار می‌رود در آینده کمتر از این نیز بشود. نسل امروزی دارای تعداد فرزندان کمی هستند در

عین حال فرض بر این است که هر چه تعداد فرزندان بیشتر باشد کیفیت زندگی هم برای دوران سالمندی بالاتر خواهد بود. ولی در آینده نزدیک سالمندانی در جامعه خواهند بود که فرزندان کمی دارند و دارای خواهران و برادرانی هستند که آنها هم فرزندان کمی دارند و خود نیازمند حمایت هستند و اگر حمایت‌های دولتی نباشد انتظار می‌رود که در آینده سطح کیفیت زندگی سالمندان پایین تر هم بیاید. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که با افزایش طول عمر چگونه می‌توان کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشید؟

روش پژوهش:

در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق کلیه سالمندان ۶۰ سال به بالای شهرستان خمین است که تعداد کل آنها ۶۱۰۱ نفر است که از بین آنها تعداد ۱۹۰ نفر به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شده‌اند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد WHOQOL – BREF که مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی می‌باشد استفاده شده است.

این پرسشنامه شامل دو قسمت می‌باشد: یک بخش به اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک اختصاص دارد که در برگزیده سؤالاتی مشتمل بر سن، جنس، وضعیت تأهل و... می‌باشد و بخش دیگر پرسشنامه در ارتباط با ارزیابی کیفیت زندگی و سؤالات مرتبط با متغیرهای آن می‌باشد که شامل چهار قلمرو و ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی و بعلاوه دو سؤال کلی در مورد خود ارزیابی کیفیت زندگی و سلامتی است. ساختار سؤالات این پرسشنامه در ارتباط با چهار قلمرو آن به شرح زیر است:

الف – قلمرو سلامت جسمانی^۱: سلامت جسمانی را مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ پرسشنامه می‌باشد.

ب – قلمرو روحی و روانی^۲: جنبه روانی را ارزیابی می‌کند و شامل سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ پرسشنامه می‌باشد.

ج – قلمرو ارتباطات اجتماعی^۳: شامل سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ پرسشنامه می‌باشد.

د – قلمرو محیطی^۴: عوامل تأثیرگذار محیطی را بررسی می‌کند و شامل سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ پرسشنامه می‌باشد.

بر اساس پرسشنامه manual، برای هر سؤال پنج پاسخ طراحی شده است و برای هر پاسخ نمره‌ای در نظر گرفته شده است. نمره‌گذاری از یک تا پنج بوده و در سؤالاتی که منفی باشد، نمره‌گذاری معکوس می‌شود.

پس از ثبت پاسخ‌های پرسشنامه، نمره‌گذاری به روش یاد شده در دستورالعمل و manual برای هر domain به صورت مجزا محاسبه و سپس یک نمره کلی برای هر فرد به دست آمد که آن قابل مقایسه با دیگران می‌باشد.

1 - Physical health
2 - Psychological
3 - Social relations
4 - Environment

قابلیت روایی و پایایی پرسشنامه

با توجه به تأکید سازمان بهداشت جهانی مبنی بر cross – cultural بودن این پرسشنامه و اینکه دست کم در بیش از ۳۸ کشور از پنج قاره جهان مورد استفاده قرار گرفته است و به بیش از بیست زبان مختلف - از جمله زبان فارسی - ترجمه شده مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی می‌باشد (در سایت این سازمان موجود می‌باشد).

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. مهمترین زمینه کاربرد آمار توصیفی استفاده از جدول‌ها، نمودارها، میانگین، انحراف استاندارد و... می‌باشد. برای آزمون فرض صفر از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شده است. از این آزمون برای بررسی قدرت پیوند میان دو متغیر در مقیاس رتبه‌ای بهره برده می‌شود، ضریب همبستگی معیاری از جهت و شدت تغییرات دو متغیر نسبت به یکدیگر را در اختیار قرار می‌دهد.

داده‌های توصیفی

- ✓ بررسی جنسیت سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی سن سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی میزان سواد سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت تاهل سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت سلامتی جسمی سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت سلامتی روحی سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت بیمار شدن (منجر به بستری شدن در سه ماه گذشته) سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت اشتغال سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی منبع تامین کننده درآمد سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی کافی بودن درآمد سالیانه سالمندان برای هزینه سالیانه شان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی وضعیت مسکن سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی تعداد فرزندان سالمندان در نمونه مورد بررسی
- ✓ بررسی توصیفی متغیرهای کلیدی تحقیق

در نمونه مورد مطالعه ۴۵ درصد مرد و ۵۴ درصد زن و میانگین سن هم ۶۹ سال می‌باشد.
سواد: میزان بی سوادی در بین زنان سالمند ۷۲ درصد و در بین مردان سالمند ۴۵ درصد است.

تأهل: میزان تأهل در بین مردان سالمند ۸۵ درصد و در بین زنان سالمند ۵۱ درصد است. این تفاوت نشان می‌دهد که در دوران پیری زنان سالمند تنهایی بیشتری را تحمل می‌کنند.

وضعیت سلامتی: میزان سلامت جسمی خوب ۵۴/۲ درصد و سلامت روحی خوب ۴۵/۸ درصد است. این در حالی است که سلامت جسمی بد ۹/۵ درصد و سلامت روحی بد ۷/۹ درصد است.

مردان سالمند از نظر تأهل، سواد و سلامت جسمی و روحی وضعیت بهتری نسبت به زنان سالمند دارند، بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های رفاهی در جهت حمایت از زنان سالمند طراحی و برگزار شود.

بیمار شدن: میزان ابتلا به بیماری منجر به بستری در سه ماه گذشته در نمونه مورد مطالعه ۲۳/۲ درصد است. وضعیت اشتغال: از نظر وضعیت اشتغال داده‌های تحقیق نشان می‌دهند که ۴۶ درصد نمونه مورد مطالعه (کلیه زنان سالمند مورد مطالعه) خانه دار هستند، ۱۳/۲ درصد نمونه مورد مطالعه کاسب، ۱۶/۳ درصد کارمند یا کارگر، ۱۰ درصد بازنشسته و ۳/۲ درصد بیکار هستند که عمدتاً مردان مورد مطالعه هستند.

هزینه‌های زندگی: از نظر تأمین هزینه‌های زندگی ۲۱/۵ درصد از راه کسب و کار یا حقوق اشتغال هزینه‌های زندگی خود را تأمین می‌کنند و ۷۸/۵ درصد از محل حقوق بازنشستگی خود یا همسر دارای درآمد هستند.

کافی بودن درآمد نسبت به هزینه‌های زندگی: برای ۴۴/۴ درصد نمونه مورد مطالعه درآمدهای آنها برای تأمین هزینه‌های زندگی آنها کافی است، برای ۴۳/۹ درصد تا حدودی کفایت دارد ولی برای ۱۱/۷ درصد آنها درآمد هایشان تکافوی هزینه‌های زندگی‌شان را نمی‌کند.

وضعیت سکونت: در نمونه مورد مطالعه ۷۴/۲ درصد در خانه شخصی (ملکی) زندگی می‌کنند و ۲۵/۸ درصد در سایر وضعیت‌ها و از جمله در خانه فرزندان زندگی می‌کنند.

تعداد فرزندان: در هر یک از سالمندان مورد مطالعه به طور متوسط دارای ۵/۲ درصد فرزند هستند (میانگین تعداد فرزندان ۵/۲٪ است).

تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیات پژوهشی

فرضیاتی که مورد بررسی قرار گرفته است عبارتند از:

فرضیه اول: به نظر می‌رسد بین میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد بین میزان احترام خانواده به سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد بین سن فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد بین نوع جنسیت فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه پنجم: به نظر می‌رسد بین میزان ارتباط سالمند با اعضای خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه ششم: به نظر می‌رسد بین نوع سکونت فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه هفتم: به نظر می‌رسد بین تعداد فرزندان فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

فرضیه هشتم: به نظر می‌رسد بین میزان سواد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.
فرضیه نهم: به نظر می‌رسد بین نوع شغل فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.
فرضیه دهم: به نظر می‌رسد بین میزان درآمد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنا دار وجود دارد.

تحلیل فرضیه‌ها:

فرضیه اول: به نظر می‌رسد بین میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و با ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است، بدین معنی که بین میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی تأثیر میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش بر کیفیت زندگی وی در سطح معنادار پنج درصد تأیید شود. مثبت بودن ضریب همبستگی نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه‌ای مستقیم برقرار می‌باشد، بدین ترتیب که با افزایش میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش، کیفیت زندگی او نیز افزایش می‌یابد. بر اساس نظریه مازلو انسان‌ها به تعلق داشتن و پذیرفته شدن احتیاج دارند، این حس می‌تواند از سوی گروه‌های اجتماعی کوچک مانند: اعضاء خانواده، همسر یا دوست نزدیک، معلم، همکار، اشخاص مورد اعتماد و... و یا از سوی گروه‌های بزرگ مانند: باشگاه‌های ورزشی، اداره، گروه‌های مذهبی و سازمان‌های حرفه‌ای ایجاد شود. افراد همچنان نیاز دارند که دیگران آنها را دوست داشته باشند، در نبود چنین پذیرفته شدنی احتمال دارد که فرد در معرض تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی قرار گیرد.

فرضیه دوم: میزان احترام سالمند در خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و با ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است. به عبارتی تأثیر میزان احترام خانواده به سالمند بر کیفیت زندگی وی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. مثبت بودن ضریب همبستگی نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه‌ای مستقیم برقرار می‌باشد بدین ترتیب که با افزایش میزان احترام خانواده به سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. طبق نظریه مازلو انسانها نیاز به احترام و رضایت دارند؛ " احترام به خود"، " رضایت از خود" و " احترام به دیگران". افراد ممکن است برای کسب احترام و توجه دیگران به فعالیت‌های مختلفی دست بزنند (حرفه‌ای یا تفریحی)، عدم تعادل در مورد این نیازها می‌تواند به کمبود احترام به خود، اعتماد به نفس پایین، عقده‌های روانی و... منجر شود..

فرضیه سوم: میزان سن فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سن فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. پذیرش H_0 در سطح معنادار $(p < 0.05)$ نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه معنادار وجود ندارد، بدین ترتیب تأثیر سن بر کیفیت زندگی در سطح معنادار پنج درصد رد می‌شود. در حالی که در تحقیقی که خانم مهناز آهنگری، به بررسی کیفیت زندگی در سالمندان عضو فرهنگسرای شهر تهران پرداخته است، دیده می‌شود که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافته است و رابطه سن با کیفیت زندگی معنادار است.

فرضیه چهارم: نوع جنس فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی تفاوت معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوع جنس فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی تفاوت معنادار وجود دارد. رد فرض H_0 در سطح معنادار $(p < 0.05)$ نشانگر آن است که وجود تفاوت میان متغیرهای مورد بررسی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. به عبارت ساده تر میان نوع جنسیت و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. در تحقیق خانم آهنگری نیز کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان است. در واقع مردها از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. این تفاوت، احتمالاً نشان دهنده این است که زنها به علت تبعیضات جنسی مرتبط با فرهنگ ما و یا فعالیت‌های جسمی سنگین و فشارهای روانی بیشتر نسبت به ظرفیت‌های آنها، از توانایی عملکرد جسمی و روحی آنها در سنین سالمندی کاسته می‌شود و در نتیجه کاهش این توانایی‌ها کیفیت زندگی آنان نیز در این زمینه کاهش یافته است.

فرضیه پنجم: میزان ارتباط فرد سالمند با اعضاء خانواده با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و با ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است. بدین معنی که بین میزان ارتباط سالمند با اعضاء خانواده‌اش با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی تأثیر میزان ارتباط سالمند با خانواده‌اش بر میزان کیفیت زندگی وی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. جدول‌های دو سویه نشان می‌دهند که سالمندانی که میزان ارتباطشان با همسر و فرزندان‌شان بیشتر است از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. شبکه‌های حمایتی اجتماعی از جمله خانواده نقش بسزایی در تحقق کیفیت زندگی دارند و به نظر می‌رسد به بُعد ذهنی کیفیت زندگی برمی‌گردد، چرا که بُعد ذهنی، احساسی است که فرد از لذت بخش بودن زندگی خود دارد.

فرضیه ششم: نوع سکونت فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی تفاوت معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوع سکونت فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی تفاوت معنادار وجود دارد. رد فرض H_0 در سطح معنادار $(p < 0.05)$ درصد نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه معنادار موجود می‌باشد. به عبارتی تأثیر نوع سکونت فرد سالمند بر میزان کیفیت زندگی وی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. سالمندانی که دارای خانه شخصی هستند از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

فرضیه هفتم: تعداد فرزندان فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و با ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است بدین معنی که بین تعداد فرزندان فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی تأثیر تعداد فرزندان بر کیفیت زندگی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. منفی بودن ضریب همبستگی نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه‌ای معکوس برقرار می‌باشد. بدین ترتیب که با افزایش تعداد فرزندان میزان کیفیت زندگی سالمند کاهش می‌یابد.

فرضیه هشتم: میزان سواد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است. بدین معنی که بین میزان سواد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی تأثیر میزان سواد بر کیفیت زندگی سالمند در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. مثبت بودن ضریب همبستگی نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه‌ای مستقیم برقرار است. بدین ترتیب که با افزایش میزان سواد، میزان کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. در تحقیقی که آقای عقیل حبیبی سولا به بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران پرداخته است نیز نشان داده شده است که بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات رابطه معنادار وجود دارد. معنادار بودن این دو متغیر می‌تواند احتمالاً به این دلیل باشد که در جامعه امروز ما، افراد تحصیلکرده در سنین سالمندی از رتبه اقتصادی و اجتماعی بالاتری بهره‌مند هستند در نتیجه میزان کیفیت زندگی آنان نیز در سطح بالاتری قرار می‌گیرد.

فرضیه نهم: نوع شغل فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی تفاوت معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین نوع شغل فرد سالمند و کیفیت زندگی وی تفاوت معنادار وجود دارد. رد فرض H_0 در سطح معنادار $(Sig < 0/05)$ نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی تفاوت معنادار موجود می‌باشد. به عبارت ساده‌تر تأثیر نوع اشتغال فرد سالمند بر میزان کیفیت زندگی در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. در تحقیقی که آقای محمد عباسی به بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلاء به آرتریت روماتوئید پرداخته است نیز بین کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال رابطه معنادار نشان داده شده است. در واقع هر چقدر شغل فرد در رده شغل‌های سطح بالا و پر درآمد جامعه باشد کیفیت زندگی وی نیز بالاتر است.

فرضیه دهم: میزان درآمد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معناداری دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که این فرضیه با استفاده از آزمون اسپیرمن و با ۹۵٪ اطمینان تأیید شده است. بدین معنی که بین میزان درآمد فرد سالمند با میزان کیفیت زندگی وی رابطه معنادار وجود دارد. به عبارتی تأثیر میزان درآمد بر کیفیت زندگی سالمند در سطح معنادار پنج درصد تأیید می‌شود. مثبت بودن ضریب همبستگی نشانگر آن است که میان دو متغیر مورد بررسی رابطه‌ای مستقیم برقرار است. بدین ترتیب سالمندانی که معتقدند میزان درآمد سالیانه آنها جوابگوی هزینه‌های سالیانه شان است (درآمد بالا دارند) از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

خلاصه پژوهش :

هدف کلی این تحقیق کسب شناخت بیشتر نسبت به کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مربوط به آن است و اهداف اختصاصی آن شامل تعیین ویژگی‌های عمومی و جمعیت شناختی در نمونه مورد مطالعه و دستیابی به میزان کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه و همچنین شناخت، تعیین و تشخیص هر یک از عوامل و متغیرهای مستقل در تحقیق که شامل: میزان تعلق سالمند به خانواده‌اش، میزان احترام سالمند در خانواده‌اش، سن، نوع جنس، میزان ارتباط با اعضاء خانواده، نوع سکونت، تعداد فرزندان، میزان سواد، نوع شغل و میزان درآمد و تأثیر هر یک از آنها بر کیفیت زندگی سالمندان شهرستان خمین است، می‌باشد.

با توجه به افزایش امید به زندگی و پدیده سالمندی جمعیت که تا دو، سه دهه آینده گریبانگیر کشورهای در حال توسعه خواهد بود، ضروری است که سیاست گذاری‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی متناسب با آن صورت گیرد تا ضمن غلبه بر مشکلات ناشی از آن، بتوان بستر مناسبی برای رشد، تعالی و پویایی سالمندان ایجاد نمود.

نتیجه گیری

مازلو نیازها را در یک نظام سلسله مراتبی قرار داده است. این رده بندی نیازها که به صورت یک هرم نمایش داده می‌شود به این صورت است که نیازهای پایه‌ای تر و مهمتر در پایین هرم قرار دارند و هر چه بالاتر می‌رود از شدت الزام آنها کاسته می‌شود، البته این بدان معنا نیست که مثلاً رده بالا اصلاً اهمیت ندارد بلکه اهمیت آن به گونه‌ای است که در کیفیت و چگونگی زندگی خود را بروز می‌دهد. در اینکه نیازهای اصلی انسان خوراک، پوشاک و مسکن می‌باشد هیچ شکی نیست اما اگر از زاویه‌ای دیگر به انسان نگاه کنیم، نیازهای دیگری را در می‌یابیم که بدون رفع آنها زندگی انسان امروز غیر ممکن نمود پیدا می‌کند. اهمیت این نیازها آنچنان بالاست که می‌بایست پس از کشف آنها، به فکر راه‌هایی برای ارتقاء و چگونگی پاسخ بهینه به آنها بود، نکته قابل توجه این است که این نیازها شاید در نگاه اول مهم جلوه نکنند؛ اما وقتی بیشتر دقت می‌کنیم در می‌یابیم که عدم وجود هر یک امید به زندگی و پیشرفت را از بین می‌برد و در برخی مواقع زندگی را به طور کلی مختل کرده و یا امکان زندگی کردن را از انسانها می‌گیرد.

همچنان که در نظریه فعالیت مطرح شد " فعالیت " سلامتی را در پیری افزایش می‌دهد. بنابراین سالمندانی که فعال می‌مانند، در فعالیت‌ها تشویق شده و جایگاه‌ها، روابط، سرگرمی‌ها و علایق جدیدی را به دست می‌آورند و با احساس رضایت و آرامش پیر می‌شوند. زندگی رضایت آمیز در سالمندی؛ شامل شیوه تأمین زندگی فعال در میانسالی می‌باشد. یک سالمند نمونه، سالمندی است فعال، که ارتباطات اجتماعی خود را حفظ کرده و با فعالیت‌های جمعی، مسافرتها و داشتن سرگرمی‌ها مشغول است. بر اساس نظریه فعالیت، پیری موفقیت آمیز ایجاب می‌کند که نقش‌های تازه‌ای کشف شود و یا برای حفظ نقش‌های قدیم، وسایل تازه‌ای به وجود آید و برای تحقق این آرمان، لازم است که در آینده ارزش سن را بازشناسیم و سالمندان را عهده‌دار نقش‌های جدیدی که از نظر

اجتماعی ارزشمند هستند، کنیم. نقش‌های جدید، باید با نوعی درآمد همراه باشد. به خاطر ضرورت اقتصادی و برای این که در جامعه کار با دستمزد همراه است، نقش‌های جدید باید با نوعی درآمد همراه باشند زیرا فقط کار داوطلبانه است که بدون دستمزد است.

پیشنهادات

۱ - فراهم نمودن شرایطی که سالمندان نیازهای عاطفی، روحی و روانی خود را مرتفع نمایند، مانند ایجاد مراکز روزانه فعال که در آنجا امکان فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و سپری نمودن اوقات فراغت و یا حتی در صورت امکان، اشتغال برای آنان فراهم باشد.

۲ - حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی مانند برقرار نمودن سیستم‌های بیمه‌ای (درمانی، بازنشستگی و....) و تأمین اجتماعی.

۳ - ایجاد مراکز پژوهشی و تحقیقاتی برای کسب اطلاعات بیشتر در مسائل و نیازهای خاص سالمندان و در نهایت برنامه ریزی برای سالمندان آینده.

۴ - فراهم نمودن شرایطی برای آگاهی کودکان و نوجوانان برای اینکه در آینده سالمندی سالم را در زمینه‌های مختلف شاهد باشیم.

۵ - برقراری عدالت اجتماعی و مرتفع نمودن شرایطی که موجب تبعیض در دست یافتن به حقوق فردی و اجتماعی در بین سالمندان و به خصوص زن‌های سالمند می‌شود.

۶ - توجه بیشتر به رفاه اجتماعی زنان سالمند به دلیل تنهایی آنها نسبت به مردان و محدودیت حمایت‌های مرتبط با زنان سالمند.

در پایان آنچه که مورد اتفاق، می‌باشد این است که، برای اعتلاء و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، هم نیازمند به اراده، اقدام و مشارکت خود سالمند. و هم نیازمند اقداماتی از سوی خانواده‌های سالمندان جامعه می‌باشیم، زیرا بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، در شرایط خاص قابل کنترل، پیشگیری و تعدیل می‌باشند. بنابراین اقدامات اجتماعی، بهداشتی، درمانی، اقتصادی و فرهنگی نه تنها در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در حال زیست مؤثر خواهد بود، بلکه از بروز مشکلات فرا روی سالمندان آینده نیز کاسته و موجبات پیشگیری از آنها را فراهم می‌آورد.

منابع

- ازکمپ، استوارت. (۱۳۸۵)، روان‌شناسی اجتماعی کاربردی، ترجمه: فرهاد ماهر، انتشارات آستان قدس

رضوی.

- ال میشارا، برایان؛ رایدل، روبری. (۱۳۶۵)، *روانشناسی پیری*، ترجمه: حمزه گنجی و الما داودیان و فرنگیس حبیبی، تهران: انتشارات اطلاعات.
- برونر، سودارت. (۱۹۹۶)، *پرستاری داخلی و جراحی، مراقبت بهداشتی سالمندان*. مترجم: اعظم قربانی، نشر و تبلیغ بشری.
- حاج یوسفی، علی. کیفیت زندگی و راهبردهای اصلاحی. تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. شماره ۸.
- دوبوار، سیمون. (۱۳۶۵)، *کهنسالی*، تهران: ترجمه: محمدعلی طوسی، انتشارات شبابویز، چاپ اول.
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۷۷)، *کندوکاوها و پنداشته‌ها*، تهران: شرکت سهامی انتشار، چاپ اول.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۸۳)، *روشهای تحقیق در علوم اجتماعی*، تهران: انتشارات پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، جلد اول.
- سام آرام، عزت‌اله. (۱۳۷۵)، بررسی و شناخت وضع موجود سالمندان در شهرتهران.
- سام آرام، عزت‌اله. (۱۳۷۸)، *موقعیت سالمند در خانواده، از مجموعه مقالات سالمندی کنفرانس بین‌المللی سالمندان در ایران*، تهران: آسایشگاه سالمندان و معلولین کهریزک.
- شایان مهر، علیرضا. (۱۳۷۷)، *دایره‌المعارف علوم اجتماعی*، سازمان انتشارات کیهان.
- نبوی، بهروز. (۱۳۷۳)، *مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم اجتماعی*. انتشارات کتابخانه فروردین، چاپ دوازدهم.
- هروآبادی، شیفته. (۱۳۷۲)، ترجمه: پرستاری بهداشت جامعه (خانواده محور) لوگان، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Ferranse C. Power M. (1985). *Quality of life Index: Development and Psychometric properties* Adv Nur sci.
- Flavio MF Xavier, Marcos PT Ferraz. (2003). *Elderly People,s definition of quality of life*. Rev. Bras. P siquiatr. Brazil. Mar. Vol ,25 , no ,1 , sao Paulo .
- Hei – fen H wang. (2003). *suitability of WHOQOL for community dwelling older people in Taiwan*. Age & Aging.Vol,32
- Kalachea A and Kickbusch I (1997).” *A global strategy for health ageing*”. World Health. 4 July – Agust .
- Nicole Von steinbuchel. (2006).Assessing quality of life in older people : Psychometric properties of WHOQOL. *European journal of aging*. Vol , 3 .
- ViciJ. Naumann. *WHOQOL as a measure of quality of life in older patients with depression*.
- WHOQOL – BREF, (1996). *Introduction , Administration , scoring and Generic Version of the Assessment* .