مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۱ ، بهار ۱۳۹۷جلد۲، ص ۳۷۴-۳۶۵
http://www.jhss.ir

بررسی مقایسه ای شاخص رضایت از زندگی در سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان (LSI) در شهر تهران

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۱ / بهار ۱۳۹۷ / ص ۳۷۴-۳۶۵

سمیه صفارزاده[۱] ، فرنوش اوقانی اصفهانی[۲]
[1] کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران .
[۲] دکترای مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی
نویسنده مسئول:
سمیه صفارزاده

چکیده

هدف کلی پژوهش حاضر، بررسی مقایسه ای شاخص رضایت از زندگی در سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهر تهران بر اساس پرسشنامه شاخص رضایت از زندگی سالمندان (LSI)[۳] با حجم نمونه ۱۰۰ نفر زن و مرد که ۵۰ نفر ساکن در خانه و ۵۰ نفر ساکن سرای سالمندان بودند. روش تحقیق توصیفی- اکتشافی بود و حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای تصادفی با دامنه سنی ۶۰ تا بالاتر از ۷۰ سال انتخاب گردید. مقایسه میانگین نمره رضایت از زندگی و مؤلفه های آن در بین سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان نشان داد که رضایت از زندگی، میل به زندگی، ثبات قدم و شکیبایی، خودانگاره مثبت و چگونگی خلق در بین دو گروه تفاوت معنی داری داشته است($p< ۰/۰۵$) و براساس میانگین بدست آمده در همه متغیرهای ذکر شده میانگین سالمندان ساکن در منزل بیشتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بوده است.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، سالمند، سرای سالمندان.

[3] The Life Satisfaction Index

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، هر فرد بالای ۶۰ سال سالمند تلقی می‌شود.
اریکسون، سالمندی را مرحله هشتم چرخه زندگی می‌نامد که در آن تعارض بین کمال (احساس رضایتی که شخص از زندگی پربار خود می‌کند) و یأس (احساس اینکه زندگی پوچ و بی‌معنی است) وجود دارد (۱).
سالمندی دوره ای از زندگی است که در آن، تغییراتی در شکل و عملکرد اندام های درونی و بیرونی بدن رخ می دهد. این تغییرات باعث ایجاد اختلال در عملکرد فرد شده و سازگاری وی را با محیط مختل می کند. سلامت جسمی و روانی انسان در این مرحله از زندگی سیر نزولی در پیش می گیرد و سالمند از لحاظ جسمی و روانی به دیگران وابسته می شود (۲).
رضایت از زندگی، داشتن احساسات مثبت و خوشایند نسبت به زندگی است که رشد و پرورش خود در جهت انعطاف پذیری برای به کارگیری مهارت ها در تعدیل هیجانات، به دست آوردن قدرت حل مسأله در هنگام مواجهه با مشکلات و اتفاقات ناگوار در زندگی و توانایی برای تغییر دیدگاه ها در جهت به دست آوردن احساس لذت و خوشی ماوراء رویدادها و موقعیت های زندگی را در پی دارد. با بالارفتن سن، رضایت از زندگی به آهستگی کاهش می یابد، این کاهش به دلیل سیر نزولی سلامت جسمی و روانی در سالمندان است. در اغلب نقاط جهان، سالمندان موقعیت خوبی ندارند؛ درآمد ناشی از بیمه یا بازنشستگی‌شان به حد کفایت نیست؛ توان و امکان کار و فعالیت را ندارند؛ فرزندان قدردانی هم برای آن‌ها نیست که آن‌ها را اداره و تأمین کنند؛ همسر خود را ازدست‌داده و همدل و همنوایی ندارند؛ برای دولت هم این امکان وجود ندارد که آن‌ها را ازهرجهت تأمین کند وزندگی‌شان را سروسامان دهد (۳). سالخوردگی و افزایش سن دگرگونی‌هایی را به همراه دارد که ازجمله آن‌ها می‌توان به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و دگرگونی‌های شناختی اشاره کرد. تغییرات فیزیولوژیکی همچون تغییرات در حواس و ادراکات حسی، تغییرات هورمونی و تأثیرات فرسودگی و پیری بر روی سیستم اعصاب محیطی و مرکزی، سیستم اسکلتی و استخوانی است و همین‌طور بیماری‌هایی که متعاقب آن پدید می‌آید. دگرگونی‌های شناختی نیز به‌طور حتم توانایی‌ها، عواطف و شخصیت را تحت تأثر قرار می‌دهد. همزمانی تغییرات ذکرشده با رویدادهایی چون بازنشستگی و مرگ همسر یا دوستان نزدیک، تنهایی و احساس رها شدن را بیشتر می‌کند (۴).
با توجه به اینکه سالمندان معمولاً توانایی انجام کارهای روزانه‌ی مربوط به خودشان را تدریجاً در اثر بروز عوارض و بیماری‌های جسمی یا روانی از دست می‌دهند و کسی هم در محیط خانه ممکن است فرصت رسیدگی و یاری‌دادن به فرد سالمند را نداشته باشد یا به علت گرفتاری‌های خانوادگی، عدم تمکن مالی، عدم امکان استخدام پرستار خصوصی و ... وضع نگهداری سالمند در خانه روزبه‌روز دشوارتر می‌شود. عدم پذیرش سالمند در خانواده منجر به رشد آسایشگاه‌های سالمندان گردیده است (۵).
عواملی که در کل، سبب پدید آمدن آسایشگاه سالمندان شده است عبارت است از:

تغییر و تحولات اقتصادی درزمینهٔ کار، مسکن و درآمد کافی، تغییرات فرهنگی ناشی از دگرگونی‌های فکرها و ارزش‌ها و آداب‌ورسوم، تغییرات اجتماعی ناشی از برخوردها، روابط و معیارهای اخلاقی، آسایش و رفاه جویی، تغییرات خانوادگی به‌صورت سیستم واحدهای محدود زادوولد، تنظیم خانواده، میل به آرامش و...(۳). در ایران طبق آمار سازمان بهزیستی بیست‌وسه هزار سالمند در مراکز حمایت و توان‌بخشی از بزرگسالان در سراسر کشور زندگی می‌کنند (۶). بسیاری از مشکلات جسمی و رفتاری که درسالمند رخ می‌دهد تنها به دلیل وضع جسمانی او نیست، بلکه کاهش تحرک اجتماعی و وضعیت اقتصادی نیز در این امر تأثیر دارد (۳).
سالمندانی که در سراهای سالمندان به سر می‌برند به خاطر دوری از خانواده و فرزندان و طردشدگی از طرف آن‌ها دچار محرومیت‌های عاطفی هستند، سالمندان در سراهای سالمندان مسئولیت و نقش خاصی به عهده ندارند و در انجام کارهای روزمره خود استقلال ندارند،این مسائل می‌تواند احساس بی نقشی و مصرف‌کنندگی را در آن‌ها ایجاد کند،اما سالمندانی که در خانواده زندگی می‌کنند از محبت و توجه فرزندان خود بهره‌مند هستند و همچنین می‌توانند نقش‌های مختلفی به عهده گیرند،این نقش‌ها هرچند کوچک باشد در هویت دادن به سالمند مؤثر است و باعث می‌شود فرد احساس پوچی و بی نقشی نداشته باشد و در مدیریت زندگی خود استقلال بیشتری دارند،این عوامل و... سبب می‌شود سالمندان مقیم در خانواده در شرایط روحی، روانی و عاطفی بهتری از سالمندان ساکن سراها باشند (۷).
انجام این تحقیق و سایر تحقیقات مشابه به دلایل ذیل از اهمیت و ضرورت ویژه‌ای برخوردار بود:

آگاه کردن خانواده‌ها از مشکلات بعد از سپردن سالمندان به سرای سالمندان، آگاه کردن مسئولین سراها از مشکلات سالمندان ساکن سرای سالمندان جهت کاهش مسائل و معطوف ساختن توجه مسئولین امور اجتماعی و بهزیستی به نظارت بیشتر بر سراهای سالمندان جهت رعایت استانداردهای جهانی و مسائل پزشکی و بهداشتی (۷).

بیان مسئله:

پیامبر اکرم (صلی اله علیه) فرمودند: وجود پیران سالخورده بین شما باعث افزایش رحمت و لطف پروردگار و گسترش نعمت‌های الهی بر شماست (۸)

کاهش نرخ رشد جمعیت از سویی و بهبودی مراقبت‌های پزشکی باعث شده است که میانگین عمر در بیشتر کشورهای جهان بالا رود. در طول چند دهه اخیر نسبت جمعیت سالمندان در دنیا در حال افزایش بوده است و بر اساس برآوردهای آماری انجام‌شده، حدود ۲/۵٪ سالانه بر تعداد افراد بالای ۶۵ سال افزوده می‌گردد. به همین علت است که جامعه شناسان از مفهوم خاکستری شدن جمعیت در جهان یاد می‌کنند (۹). ایران نیز از این پدیده مستثنا نیست و هم‌اکنون بر اساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، جمعیت افراد بالاتر از ۶۰ سال بالغبر ۶ میلیون نفر بوده است یعنی حدود ۸/۲۶٪ از جمعیت کلی ایران که نسبت به سال ۱۳۸۵ که جمعیت سالخورده حدود ۵ میلیون نفر (۷/۲۷٪) بوده است، نشان از افزایش این جمیعت دارد (۱۰) بر طبق پیش‌بینی که در سایت سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۵) اعلام شد در سال ۲۰۲۵، جمعیت زیر ۱۵ سال و سالمندان ایران باهم برابر خواهند شد. اگر بخواهیم که دیگر ضعف، ناتوانی، اغتشاش ذهنی و بیماری آلزایمر پیامدهای الزامی پیری تلقی نشوند، باید به کیفیت زندگی و رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سازنده آن بیش‌ازپیش توجه نمائیم.وراو و ادیر(۲۰۰۰) می گویند: یکی از شاخص‌های مهم سنجش سلامت روان در دوران سالمندی رضایت از زندگی[1] است. رضایت از زندگی به احساس کلی شخص درباره زندگی گفته می‌شود. این احساس به‌منزله نوعی برداشت کلی از کیفیت زندگی شخص بر اساس ملاک‌های خاص آن شخص است. وینر و همکاران (۱۹۹۹) رضایت از زندگی را به‌عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی تعریف می‌کند. برخلاف انتظار معمول، رضایتمندی از زندگی همراه با افزایش سن افت نمی‌کند و عموماً در سراسر دوره زندگی پایدار باقی می‌ماند.

امروزه رضایت از زندگی به‌عنوان عنصری کلیدی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی موردبحث قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی فردی در بعد عینی ناظر به تأمین نیازهای انسانی و برخورداری از منابع مالی جهت برآورد خواست‌های اجتماعی شهروندان و مشارکت اجتماعی است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل، رضایتمندی، هدف‌داری در زندگی و رشد شخصی و دگر خواهی مربوط می‌شود و در مقیاس فرا فردی و جمعی معطوف به ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی، انسجام مدنی، روابط شبکه‌ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه و نیز هنجارها و ارزشیابی‌هایی چون اعتماد، نوع‌دوستی و رفتار دگرخواهانه است (۷).

مور (۱۹۹۷) می نویسد: تا همین اواخر، سالمندان به‌عنوان افرادی صاحب‌نظر و باتجربه در کلیه ابعاد اقتصادی- اجتماعی حیات جامعه حضور داشتند و در حل مسائل و مشکلات خانوادگی حرف اول و آخر را می‌زدند و به‌عنوان مشاورانی آگاه در مورد مسائل مهم جامعه فعالانه شرکت می‌کردند. اضمحلال خانواده گسترده از یک‌سو و شهری و صنعتی شدن و تغییرات سریع جوامع معاصر از سوی دیگر، پایگاه اجتماعی سالمندان را دگرگون ساخته و به نظر می‌رسد درحالی‌که جمعیت آنان به بیشترین حد خود رسیده است، به‌تدریج افرادی منزوی، افسرده، بی‌اثر، بی تعهد، ناتوان، محافظه‌کار، سست‌عنصر، واپس‌گرا و...از سوی جامعه برچسب می‌خورند. بنابراین بیماری‌ها و ناتوانی سالمندان و مشکلات نگهداری از آنان در خانه از یک‌سو و تغییر ساختار خانواده‌ها و دگرگونی پایگاه اجتماعی سالمندان سبب شده است که بعضی از خانواده‌ها، سالمندان خود را به سراهای سالمندان بسپارند و روزبه‌روز نیز بر تعداد سالمندان ساکن سراها و تعداد سراهای سالمندان افزوده می‌شود.

[1] Life satisfaction

برخی احساسات مشترک سالمندان:

احساس غم و اندوه به خاطر عدم توجه فرزندان و اطرافیان که عمری برای رفاه آنان تلاش کرده اند، احساس تنهایی به علت طرد شدن ،احساس یأس و ناامیدی، احساس اضطراب و نگرانی، احساس هرز رفتن و بیهوده بودن و احساس سر بار بودن.

سیام (۱۳۸۱) درباره مزایا و معایب آسایشگاه‌های سالمندان می‌نویسد:

مزایای آسایشگاه سالمندان:

راحت بودن و آرام ماندن خود سالمند و داشتن سرگرمی و اشتغال مناسب، بهره‌مندی از پرستاری و مراقبت‌های ویژه، بهره‌مندی از رژیم غذایی مناسب و خواب کافی، دور ماندن از افسردگی، اختلال در رفتار و عصبانیت‌ها، دور ماندن خانواده از مزاحمت‌ها و دشواری آفرینی‌های سالمندان و...

معایب آسایشگاه سالمندان:

داشتن زندگی عادی و یکنواخت و بدون نوسان که باعث مختل شدن وضع روحی سالمندان می‌گردد، دوری از خانواده و فرزندان و احساس محرومیت‌های عاطفی ناشی از آن، مصاحبت با افرادی که هرکدام محرومیت و مشکل‌دارند و همه اهل درد و بدبینی هستند، احساس ازکارافتادگی و مصرف‌کنندگی، عدم اشتغال و مدیریت در زندگی و حیات بدون مراقبت توأم با همدردی و غمخواری، از هم پاشیده شدن کانون خانوادگی و در انزوا قرار گرفتن، درماندگی و بهره‌مندی از زندگی غیرطبیعی و پرستاری‌های تصنعی و صرفاً برای حقوق، افزایش وحشت ناشی از تنهایی و مرگ و دل‌تنگی‌های مربوط به آن‌که خود وضع وی را اسفناک می‌کند. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که سالمندان ساکن در منزل از سالمندان ساکن در سرای سالمندان وضعیت بهداشت روان بهتری دارند (۱۱) همچنین تحقیقات نشان می‌دهد ازنظر سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و پایگاه اجتماعی – اقتصادی بین سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها تفاوت وجود دارد (۷)

آدلر و فاگلی (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی به خوش‌بینی و معنویت‌گرایی فرد متأثر است، به‌عبارت‌دیگر هرچه فرد خودآگاه‌تر و خوش‌بین‌تر و از معنویت‌گرایی بالاتری برخوردار باشد، به همان میزان از بهزیستی و رضایت از زندگی بالاتری بهره‌مند هستند (۱۲). در مطالعه‌ای که توسط بیازتاس و همکاران (۲۰۱۲) تحت عنوان مقایسه سطح رضایت از زندگی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری سالمندان با سالمندان دارای خانواده انجام گردید، نشان داده شد که رضایت از زندگی در سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند بیشتر است (۱۳).

در کشور ما به‌طورکلی پژوهش‌های کمی در مورد مسائل و مشکلات سالمندان صورت گرفته است لذا با توجه به خلأ موجود در تحقیقات در این زمینه و با توجه به اهمیت دوران سالمندی در تحقیق حاضر به بررسی مقایسه‌ای بین شاخص رضایت از زندگی در سالمندان ساکن در خانه و ساکن در خانه سالمندان پرداخته شد.

روش تحقیق

روش انجام این تحقیق توصیفی از نوع اکتشافی بوده است. جامعه آماری شامل ۱۰۰ نفر زن و مرد که ۵۰نفر ساکن در خانه و ۵۰نفر ساکن سرای سالمندان بودند و با دامنه سنی ۶۰ تا بالاتر از ۷۰ سال انتخاب گردید. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه شاخص رضایت از زندگی سالمندان (LSI) استفاده شد. پرسشنامه شاخص رضایت از زندگی سالمندان به منظور ارزیابی کلی احساس بهزیستی سالمندان و تشخیص سالخوردگی موفقیت آمیز در سال ۱۹۶۱ توسط نوگارتن و هوایرست ساخته شد. نوگارتن اعتقاد دارد که رضایت از زندگی از بهزیستی روانی متفاوت است و رویکرد تک بعدی که برای سنجش رضایت از زندگی به کار می رفت مورد انتقاد قرار داد. نوگارتن و هوایرست با مطالعه ابزارهایی که قبلا برای سنجش این سازه به کار می رفت به پنج مؤلفه مفهوم رضایت از زندگی دست یافتند. این پنج بعد عبارتند از: میل به زندگی (در مقابل بی احساسی)، ثبات قدم و شکیبایی، همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق یافته ، خودانگاره مثبت و چگونگی خلق.

شاخص رضایت از زندگی به منظور ارزیابی این مؤلفه ها ساخته شد. این آزمون دارای ۲۰ عبارت است و آزمودنی ها باید در یک مقیاس لیکرت سه درجه ای (موافقم ۲ امتیاز، نمیدانم ۰ امتیاز و مخالفم ۱ امتیاز) موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص کنند. بنابراین دامنه نمرات در طیفی از ۰ تا ۴۰ قرار دارد. به دلیل اینکه این آزمون رضایت از زندگی سالمندان را مورد بررسی قرار می دهد، بنابراین برای آزمودنی های بالای ۶۰ سال مناسب است، با این وجود برخی پژوهشگران از این مقیاس برای افراد غیر سالمند نیز استفاده کرده اند. محققان نسخه های دیگری از این آزمون تهیه کرده اند ، به عنوان مثال می توان به نسخه دوم این مقیاس اشاره کرد (LSIB) که دارای ۱۲ سؤال است و کاربرد چندانی ندارد. نسخه سوم(LSIZ) توسط وود و دیگران به منظور اصلاح LSIA ارائه شد و ۱۳ سؤال از ۲۰ سؤال را در بر می گیرد و سرانجام آدامز حذف سؤالات ۱۱ و ۱۴ از (LSIA) و ایجاد یک نسخه ۱۸ سؤالی را پیشنهاد می کند. نوگارتن و هوایرست میانگین نمره آزمون را بر اساس نمره گذاری ۲ درجه ای ۱۲/۴ (انحراف استاندارد ۴/۴) گزارش کرده اند. هریس نمره میانگین شاخص رضایت از زندگی ۱۸ عبارتی را (بر اساس نمره گذاری ۲ درجه ای) برای نمونه ای شامل ۲۷۹۷ سالمند بالای ۶۰ سال ۲۴/۴ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی نسخه ۱۳ عبارتی وود ۰/۷۹ بوده است. استاک و اکان با یک نمونه ۳۲۵ نفری از افراد سالخورده، آلفای ۰/۸۰ به دست آوردند. دابون و دیگران در بررسی ۱۲۸۸ مرد، LSIZ ۱۳ سؤالی را به کار بردند و برای مقیاس دو درجه ای آلفا ۰/۷۰ و برای مقیاس پنج درجه ای آلفای ۰/۷۶ را گزارش کردند. در یک بررسی در اسپانیا، مقادیر آلفا برای نسخه اسپانیایی کاتالونیایی ۰/۷۵ و برای نسخه اسپانیایی کاستیل ۰/۷۴ بود. پایایی بازآزمایی برای LSIZ در سه نمونه از بیماران مزمن از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ متغیر بود. روایی آزمون توسط نپ با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیری انجام شد. وی دریافت که متغیرهای مختلف مربوط به جمعیت شناسی و سلامتی نمره ی هر عامل را پیش بینی می کند، بنابراین ماهیت چندبعدی مقیاس تأیید شد. اعتبار همگرای شاخص رضایت از زندگی نیز به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. نوگارتن و دیگران بین LSIA و مقیاس کامل تر ارزیابی رضایتمندی از زندگی برای ۹۲ آزمودنی سنین ۵۰ تا ۹۰ ساله، همبستگی ۵۵٪ و با سنجش بالینی ۵۱ آزمودنی توسط روانشناس ، همبستگی ۳۹٪ را گزارش کردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده از آماره های آماره های توصیفی شامل شاخص های گرایش مرکزی مثل میانگین، میانه و مد و شاخص های پراکندگی مثل انحراف معیار، چولگی و کشیدگی و شاخص های اندازه گیری اعتبار شامل روش‌های گاتمن، آلفا و فلدت- گیلمر، روایی همگرا با ضرایب همبستگی و روایی سازه با تحلیل عاملی و نمرات هنجار شده T با نرم افزار SPSS استفاده شده است.

یافته ها

۱- ویژگی‌های دموگرافیک

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های عمومی پاسخگویان

متغیر	ابعاد	محل سکونت			
		منزل		خانه سالمندان	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۲۵	۲۵/۰	۲۵	۲۵/۰
	مرد	۲۵	۲۵/۰	۲۵	۲۵/۰
سن	۶۰ تا ۶۵ سال	۲۱	۲۱/۰	۲۱	۲۱/۰
	۶۶ تا ۷۰ سال	۲۰	۲۰/۰	۱۹	۱۹/۰
	بیشتر از ۷۰ سال	۹	۹/۰	۱۰	۱۰/۰
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۲۶	۲۶/۰	۳۳	۳۳/۰
	دیپلم	۱۹	۱۹/۰	۱۲	۱۲/۰
	فوق دیپلم	۵	۵/۰	۵	۵/۰

۲-آماره های توصیفی متغیرها

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرها

متغیرها	محل سکونت							
	منزل				خانه سالمندان			
	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
میل به زندگی	۲	۷	۴/۷۸	۱/۲۷	۱	۷	۳/۲۴	۱/۲۲
ثبات قدم و شکیبایی	۱	۶	۴/۵۵	۱/۲۱	۲	۷	۳/۹۸	۱/۱۹
و آرزوها میان همخوانی یافته تحقق اهداف	۲	۵	۲/۸۸	۱	۱	۶	۳/۱۴	۱/۱۸
خودانگاره مثبت	۲	۶	۳/۹۶	۱/۲۳	۲	۵	۳/۱۴	۱/۰۱
چگونگی خلق	۳	۸	۵/۴۶	۱/۵۱	۱	۶	۴/۵۸	۱/۳۳
رضایت از زندگی	۱۵	۲۷	۲۱/۵۸	۲/۳۵	۱۴	۲۴	۱۸/۰۸	۲/۳

جدول بالا نشان می دهد که بیشترین میانگین در سالمندان ساکن در منزل مربوط به چگونگی خلق ۱/۵۱±۵/۴۶ و کمترین میانگین مربوط به همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق یافته ۱±۳/۹۶ می باشد و بیشترین میانگین در سالمندان ساکن در خانه سالمندان مربوط به چگونگی خلق ۱۱۴/۲±۴/۵۸ و کمترین میانگین مربوط به همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق یافته ۱/۱۸±۳/۱۴ می باشد. و میانگین رضایت از زندگی در سالمندان ساکن در منزل ۲/۳۵±۲۱/۵۸ و ساکن در خانه سالمندان ۲/۳±۱۸/۰۸ بوده است.

یافته های استنباطی

مقایسه میانگین نمره رضایت از زندگی و مولفه های آن در بین سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان نشان می دهد که رضایت از زندگی، میل به زندگی، ثبات قدم و شکیبایی، خودانگاره مثبت و چگونگی خلق در بین دو گروه تفاوت معنی داری داشته است(p< ۰/۰۵). و براساس میانگین بدست آمده در همه متغیرهای ذکر شده میانگین سالمندان ساکن در منزل بیشتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بوده است. اما طبق نتایج بدست آمده میانگین همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق یافته در بین سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان تفاوت معنی داری نداشته و همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق یافته در بین دو گروه تقریبا یکسان بوده است (p> ۰/۰۵).

جدول ۳: آماره های آزمون T

متغیر	محل سکونت	N	M	SD	t	df	p
میل به زندگی	منزل	۵۰	۴/۷۸	۱/۲۷	۶/۱۹	۹۸	۰/۰۰۱
	خانه سالمندان	۵۰	۳/۲۴	۱/۲۲			
ثبات قدم و شکیبایی	منزل	۵۰	۴/۵۵	۱/۲۱	۲/۳۷	۹۸	۰/۰۲
	خانه سالمندان	۵۰	۳/۹۸	۱/۱۹			
و آرزوها میان همخوانی یافته تحقق اهداف	منزل	۵۰	۲/۸۸	۱	۱/۱۹	۹۸	۰/۲۳۸
	خانه سالمندان	۵۰	۳/۱۴	۱/۱۸			
خودانگاره مثبت	منزل	۵۰	۳/۹۶	۱/۲۳	۳/۶۵	۹۸	۰/۰۰۱
	خانه سالمندان	۵۰	۳/۱۴	۱/۰۱			
چگونگی خلق	منزل	۵۰	۵/۴۶	۱/۵۱	۳/۰۹	۹۸	۰/۰۰۳
	خانه سالمندان	۵۰	۴/۵۸	۱/۳۳			
رضایت از زندگی	منزل	۵۰	۲۱/۵۸	۲/۳۵	۷/۵۳	۹۸	۰/۰۰۱
	خانه سالمندان	۵۰	۱۸/۰۸	۲/۳۰			

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای شاخص رضایت از زندگی در سالمندان ساکن در خانه و سالمندان ساکن در سرای سالمندان بر اساس پرسشنامه شاخص رضایت از زندگی سالمندان (LSI) در شهر تهران انجام شد. مقایسه میانگین نمره رضایت از زندگی و مؤلفه های آن در بین سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان نشان داد که رضایت از زندگی، میل به زندگی، ثبات قدم و شکیبایی، خودانگاره مثبت و چگونگی خلق در بین دو گروه تفاوت معنی داری داشته است (p< ۰/۰۵) و براساس میانگین بدست آمده در همه متغیرهای ذکر شده میانگین سالمندان ساکن در منزل بیشتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بوده است. شاید بتوان گفت بعضی از دلایل باعث این موضوع است. به طور مثال می توان گفت که سالمندان معمولاً توانایی انجام کارهای روزانه‌ی مربوط به خودشان را تدریجاً در اثر بروز عوارض و بیماری‌های جسمی یا روانی از دست می‌دهند و کسی هم در محیط خانه ممکن است فرصت رسیدگی و یاری‌دادن به فرد سالمند را نداشته باشد یا به علت گرفتاری‌های خانوادگی، عدم تمکن مالی، عدم امکان استخدام پرستار خصوصی و ... وضع نگهداری سالمند در خانه روزبه‌روز دشوارتر می‌شود. در مطالعه ای که توسط بیازتاس و همکاران در سال ۲۰۱۲ تحت عنوان مقایسه سطح رضایت از زندگی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری سالمندان با سالمندان دارای خانواده انجام گردید، نشان داده شد که رضایت از زندگی در سالمندانی که با خانواده زندگی می کنند بیشتر است. در مطالعه حسینیان و همکاران در سال ۱۳۸۹ که بر روی ۵۲ نفر از سالمندان بالای ۶۰سال مقیم در خانه سالمندان گلابچی کاشان انجام پذیرفت، نشان داده شد که سطح رضایت از زندگی در سالمندان ساکن خانه سالمندان۹۴/۲٪ در حد کم و ۱۵/۸٪ در حد متوسط بوده است و در هیچ یک از واحدهای مورد بررسی، سطح رضایت از زندگی زیاد مشاهده نشده است.

منابع

۱. برک، لورا ای. روان‌شناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی، (ترجمه: یحیی سیدمحمدی). تهران: ارسباران، ۲۰۰۰

2. Pampel, Fred C. Rights of the elderly: Infobase Publishing. (۲۰۰۸)

۳. قائمی، علی. خانواده و مسائل سالمندان، تهران: انجمن اولیا ومربیان، 1371.

٤. استورانت، مارتا و واندن بوس، گری آر. روانشناسی سالمندی، (ترجمه: سیامک خدارحیمی). مشهد: آستان قدس رضوی، ۱۳۷۳.

٥. هروآبادی، شفیقه. پرستاری بهداشت جامعه (خانواده محور). چاپ اول، علوم پزشکی تهران، تهران، ۱۳۷۲.

۶. /http://www.mizanonline.ir

۷. سمیعی فراهانی، سحر. بررسی مقایسه ای وضعیت فردی- اجتماعی سالمندان ساکن سراهای سالمندان و سالمندان مقیم در خانواده ها در شهر تهران.پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی ، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۸۸.

۸. نهج الفصاحه، ۲۲۲.

۹. سازمان ملل متحد، ۲۰۰۷.

۱۰. مرکز آمار ایران .نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، کل کشور، سال . 1385 قابل دسترسی در سایت:
http: //www. sci. org. ir/content/userfiles/census85/ census85/natayej/tables/jadval11. html. cited 1388/4/6.

۱۱. نیازی، محسن و بابایی فرد، اسدالله. بررسی مقایسه ای رضایت از سالمندی در بین سالمندان آسایشگاه و سالمندان ساکن در خانه در شهر کاشان. فصلنامه مطالعات جامعه شناختی، ۱۳۹۰. شماره ۱۹.

۱۲. بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد. بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۳۸۴. شماره ۲۷ و ۲۸.

۱۳. کریمی، طیبه، نوحی، عصمت و ایران منش، صدیقه. مقایسه رضایت از زندگی در سالمندان مقیم منازل با سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱۳۹۳. شماره ۱.