

بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران

دکتر علی درویش پور کاخکی^۱، دکتر ژبلا عابدسعیدی^۲

۱. استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی درویش پور کاخکی؛ پست الکترونیکی: darvishpur@yahoo.com، darvishpoor@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: دوره سالمندی با چالش‌ها و تنش‌های متنوع و متعددی همراه است که می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمند را تحت تاثیر قرار دهد. از این رو پژوهش حاضر با هدف مطالعه عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر تهران صورت انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به کانون‌های جهان دیدگان شهر تهران صورت گرفته است. ۴۰۰ سالمند بر اساس روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی از مراکز مورد پژوهش انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ استفاده شده است. اعتبار محتوی و محاسبه آلفای کرونباخ به منظور تعیین اعتبار و پایایی پرسشنامه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. پس از استخراج اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید.

یافته‌ها: سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه ۷۵ درصد مونث و ۲۵ درصد مذکر بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $67/65 (\pm 9/38)$ سال بود. دامنه نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان از $11/22 (\pm 9/5)$ برای ایفای نقش جسمی تا $63/83 (\pm 25/02)$ برای عملکرد اجتماعی متغیر بود. بین سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، همراهان زندگی و تعداد مراجعات سالیانه به پزشک با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان رابطه معنی‌دار آماری بدست آمد.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان در این پژوهش پایین و در ارتباط با برخی متغیرهاست. این امر می‌طلبد تا توجه ویژه‌ای به برنامه‌ریزی‌هایی برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان صورت پذیرد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، سلامت، سالمندی، تهران.

مقدمه

زندگی می‌کنند، اما انتظار می‌رود در آینده نزدیک بیشترین افزایش جمعیت سالمندان دنیا در این کشورها باشد. بر اساس روند کنونی افزایش جمعیت سالمندان، در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان کشورهای در حال توسعه ۸۰ درصد جمعیت

افزایش جمعیت سالمندان جهان یک واقعیت انکار ناپذیر است که بیش از کشورهای توسعه یافته، کشورهای در حال توسعه از قبیل ایران را درگیر خواهد ساخت. در حال حاضر در حدود دو سوم جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه

هدف بررسی و عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان شهر تهران صورت پذیرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است که بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به کانون‌های جهان دیدگان فرهنگسرای امید(سالمند) شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. از طریق روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبی بر حسب منطقه شهری و جنسیت، سالمندان از ۴۸ کانون جهان دیدگان ۱۵ منطقه شهری شهرداری تهران انتخاب شدند. بدین صورت که درصد سالمندان عضو کانون‌های جهان دیدگان هر یک از ۱۵ منطقه شهری شهرداری تهران نسبت به تعداد کل سالمندان عضو ۴۸ کانون جهان دیدگان(۲۴۸۵۴ نفر) مشخص شد. سپس بر حسب درصد مذکور و نسبت جنسیتی سالمندان هر کانون، نمونه‌ها به صورت در دسترس در پژوهش شرکت داده شدند. در این پژوهش سالمندانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند و در خانه خود ساکن بودند و حداقل سن ۶۰ سال داشتند، شرکت نمودند. تعداد نمونه محاسبه شده بر اساس محاسبه آماري ۴۰۰ سالمند بوده است.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و نسخه فارسی فرم کوتاه SF-36 (Ware و Sherbourne ۱۹۹۲، Montazeri و همکاران ۲۰۰۵) استفاده گردید که توسط سالمندان تکمیل گردید. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی دارای ۱۱ عبارت در برگیرنده متغیرهای فردی سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، همراهان زندگی و تعداد دفعات مراجعه به پزشک در سال گذشته بود.

فرم کوتاه ۳۶ توسط Ware و Sherbourne (۱۹۹۲) در کشور آمریکا طراحی شده است و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف پژوهشی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (Mchorney و همکاران ۱۹۹۴، Montazeri و همکاران ۲۰۰۵). در حال حاضر فرم کوتاه ۳۶ پرکاربردترین پرسشنامه برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان می‌باشند (Haywood و همکاران ۲۰۰۵، درویش‌پور و همکاران ۱۳۸۹). این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در هشت بعد عملکرد جسمی(۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی(۲ عبارت)، سلامت عمومی(۵ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت) ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، سلامت روانی (۵ عبارت) و یک عبارت مربوط به تغییر سلامت در یکسال گذشته است که کیفیت زندگی مرتبط با

سالمندان جهان را تشکیل خواهند داد(سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲). در حال حاضر ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد که انتظار می‌رود در کمتر از چهار دهه آینده به ۲۶ درصد برسد(مرکز آمار ایران ۱۳۹۱). این امر بیانگر بحران جمعیت سالمندی و به بیان سازمان بهداشت جهانی(۲۰۱۲) «سونامی سالمندی» است که سالمندان را به‌عنوان بزرگترین گروه جمعیتی ایران مطرح خواهد نمود(مرکز آمار ایران ۱۳۹۱).

افزایش جمعیت سالمندان بیانگر بهبود در شاخص‌های سلامتی و موفقیت در سیاست‌های بهداشتی و توسعه اجتماعی و اقتصادی است، اما به‌عنوان چالش اساسی برای قرن ۲۱ مطرح گردیده است(سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲، Gilhooly و همکاران ۲۰۰۷). سالمندی به مفهوم بیماری نیست، اما در مطالعات صورت گرفته مشخص شده است که بیش از ۸۰ درصد سالمندان به یک یا چند اختلال یا بیماری مزمن مبتلا می‌باشند که مشکلات مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای سالمند ایجاد می‌نماید (Smeltzer و Bare ۲۰۰۸، درویش‌پور و همکاران ۱۳۹۰). علاوه بر مبتلا بودن به بیماری‌های مزمن مختلف، بحران‌های از دست دادن همسر و دوستان، تنها شدن در خانواده، بازنشستگی، کاهش توانایی‌های عملکردی، تغییرات ظاهری، کاهش درآمد، کاهش امنیت اجتماعی و نگرش‌های منفی اجتماعی باعث می‌گردد تا کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر قرار گیرد (واعظ مهدوی و ارانی ۱۳۸۵، درویش‌پور و همکاران ۱۳۸۹). سلامتی هسته مرکزی کیفیت زندگی است. از آنجایی که در نظام سلامت نمی‌توان بطور کامل پدیده کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داد، مفهوم سلامتی را در ارتباط با کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار می‌دهند که در قالب مفهوم «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» (Health related quality of life) تعریف می‌گردد (Ware ۱۹۸۷، Bowling ۲۰۰۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آرمان و شاخص نوین ارائه خدمات بهداشتی، درمانی- مراقبتی به گروه‌های مختلف جمعیتی و بویژه سالمندان است (Farquhar 1995). در پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان در ایران نتایج متفاوت و عوامل مرتبط مختلفی بدست آمده است(میرزائی و گهفرخی ۱۳۸۸، فرهادی و همکاران ۱۳۹۰، آقا نوری و همکاران ۱۳۹۰). اما هیچکدام به بررسی دقیق عوامل مرتبط با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در قالب جامعه پژوهشی بزرگتر و وسیع تر اجتماعی نپرداخته اند. از اینرو پژوهش حاضر با

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی سالمندان شرکت کننده در پژوهش

| متغیرها | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|--|--------------|--------------|
| جنس | | |
| مذکر | ۱۰۰ | ۲۵ |
| مؤنث | ۳۰۰ | ۷۵ |
| وضعیت تاهل | | |
| مجرد | ۸ | ۲ |
| متاهل | ۲۷۴ | ۶۸/۷ |
| مطلقه | ۱۰ | ۲/۵ |
| بیوه | ۱۰۷ | ۲۶/۸ |
| تحصیلات | | |
| ابتدایی | ۱۹۰ | ۴۷/۶ |
| راهنمایی | ۸۴ | ۲۱/۱ |
| دبیرستانی | ۷۱ | ۱۷/۸ |
| دانشگاهی | ۵۴ | ۱۳/۵ |
| همراهان زندگی | | |
| همسر | ۲۷۱ | ۶۸/۱ |
| فرزندان | ۶۱ | ۱۵/۳ |
| تنها | ۵۸ | ۱۴/۶ |
| آشنایان | ۸ | ۲/۱ |
| تعداد مراجعات به پزشک در سال اخیر | | |
| کمتر از سه بار | ۱۰۸ | ۱۵ |
| سه و چهار بار | ۱۰۱ | ۲۶/۳ |
| بیشتر از چهار بار | ۱۹۱ | ۴۹/۸ |

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر تهران

| ابعاد | (انحراف معیار ±) میانگین |
|-----------------|--------------------------|
| عملکرد جسمی | ۵۵/۶۵(±۲۶/۹۶) |
| ایفای نقش جسمی | ۱۱/۲۲(±۹/۵) |
| ایفای نقش عاطفی | ۱۲/۱۷(±۹/۹۴) |
| انرژی و نشاط | ۵۳/۵۹(±۲۱/۹۸) |
| سلامت روانی | ۵۹/۱۹(±۱۷/۸۲) |
| عملکرد اجتماعی | ۶۳/۸۳(±۲۵/۰۲) |
| دردهای بدنی | ۵۶/۵۰(±۲۷/۱۲) |
| سلامت عمومی | ۴۹/۷۹(±۲۲/۲۰) |

سلامت افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پس از جمع‌آوری داده‌ها از روش نمره‌بندی خاص این پرسشنامه به منظور استخراج اطلاعات استفاده گردیده است. بدین صورت که بر اساس راهنمایی Ware و Sherbourne (۱۹۹۲) هر بعد از فرم کوتاه ۳۶ مشخص گردید و سپس میانگین نمره هر بعد برحسب درصد (=۰ بدترین نمره و =۱۰۰ بهترین نمره) تعیین گردید.

در این پژوهش از اعتبار محتوی و محاسبه آلفای کرونباخ جهت تعیین اعتبار و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ استفاده شده است. به منظور تعیین اعتبار محتوی، فرم کوتاه ۳۶ در اختیار ۲۰ متخصص کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی قرار گرفت. از نظرات متخصصین برای قضاوت درباره اعتبار محتوی فرم کوتاه ۳۶ برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان استفاده شده است. بر اساس نظرات متخصصان مذکور فرم کوتاه ۳۶ دارای اعتبار محتوی جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بود. به منظور تعیین پایایی فرم کوتاه ۳۶ از روش محاسبه آلفای کرونباخ براساس داده‌های جمع‌آوری شده از ۲۰ سالمندی که فرم کوتاه ۳۶ را پاسخ داده بودند، استفاده گردید. آلفای کرونباخ بدست آمده برای ابعاد عملکرد جسمی ۰/۸۷، ایفای نقش جسمی ۰/۸۶، دردهای بدنی ۰/۸۳، سلامت عمومی ۰/۸۴، انرژی و نشاط ۰/۸۵، عملکرد اجتماعی ۰/۸۳، ایفای نقش عاطفی ۰/۸۶ و سلامت روانی ۰/۸۵ بدست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی ضریب همبستگی پیرسون، آزمون‌های آماری تی، تحلیل واریانس یک طرفه و تعقیبی شفه با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه میانگین سنی (۶۷/۶۵±۶/۳۸) سال داشتند. سایر مشخصات فردی سالمندان در جدول شماره یک ارائه شده است. میانگین نمرات کسب شده از هشت بعد فرم کوتاه ۳۶ در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. دامنه نمرات کسب شده از (۹/۵±) ۱۱/۲۲ برای بعد ایفای نقش جسمی تا (۲۵±) ۶۳/۸۳ برای بعد عملکرد اجتماعی متغیر بوده است.

بین متغیر سن با ابعاد عملکرد جسمی ($r=-0/14$)، ایفای نقش جسمی ($r=-0/17$) و دردهای بدنی ($r=-0/12$) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان همبستگی منفی و معنی‌دار آماری بدست آمد ($P<0/05$).

(جدول شماره ۳). بیشترین تفاوت‌ها بین سالمندان همسر دار با سالمندانی که با فرزندان خویشاوندان و دوستان زندگی می‌کردند و سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کردند وجود داشته است.

بین تعداد مراجعات سالیانه به پزشک با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان ارتباط آماری معنی‌داری مشخص گردید (جدول شماره ۳). بیشترین تفاوت‌ها بین سالمندان با تعداد مراجعات کمتر از سه بار مراجعه در سال به پزشک با سالمندان با تعداد مراجعات سه و چهار بار در سال و در رتبه بعد با سالمندان بیشتر از چهار بار در سال بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان در حد متوسط و کمتر از آن بویژه در ابعاد

بین جنس با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول شماره ۳). به طور معنی‌داری زنان نمرات پایین تری از مردان کسب نمودند.

بین وضعیت تاهل با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری بدست آمد (جدول شماره ۳). بیشترین تفاوت‌ها بین سالمندان متاهل با سالمندان بیوه و سپس با سالمندان مطلقه و مجرد بوده است.

بین میزان تحصیلات با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۳). بیشترین تفاوت‌ها بین سالمندان با تحصیلات دانشگاهی با تحصیلات ابتدایی و در رتبه‌های بعد با تحصیلات راهنمایی و تحصیلات دبیرستان بود.

بین همراهان زندگی نیز با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری مشخص گردید

جدول ۳ - میانگین و P-Value ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان براساس متغیرهای پژوهش

| متغیرها | عملکرد جسمی | ایفای نقش جسمی | ایفای نقش عاطفی | انرژی و نشاط | سلامت روانی | عملکرد اجتماعی | دردهای بدنی | سلامت عمومی |
|-----------------------------|-------------|----------------|-----------------|--------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| جنس | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| مذکر | ۶۹/۳۵ | ۱۴/۰۲ | ۱۶/۴۲ | ۶۱/۹۵ | ۶۶/۶۰ | ۷۶/۴۳ | ۷۲/۶۴ | ۵۸/۸۶ |
| مونث | ۵۰/۷۵ | ۱۰/۲۴ | ۱۰/۶۸ | ۵۱/۰۲ | ۵۷/۰۵ | ۵۸/۸۷ | ۵۰/۳۳ | ۴۶/۲۷ |
| وضعیت تاهل | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| مجرد و مطلقه | ۶۳/۸۲ | ۱۱/۵۷ | ۱۱/۵۷ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| متاهل | ۵۹/۶۱ | ۱۳/۰۲ | ۱۳/۰۲ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| بیوه | ۴۴/۰۸ | ۱۰/۰۳ | ۱۰/۰۳ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| تحصیلات | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| ابتدایی | ۴۷/۹۰ | ۸/۵۹ | ۱۰/۳۶ | ۵۰/۷۹ | ۵۰/۷۹ | ۵۸/۹۹ | ۴۸/۸۱ | ۴۳/۹۰ |
| راهنمایی | ۵۷/۹۰ | ۱۳/۵۰ | ۱۲/۸۶ | ۵۳/۶۲ | ۵۳/۶۲ | ۶۲/۳۵ | ۵۴/۴۶ | ۴۹/۸۲ |
| دبیرستانی | ۶۵/۷۶ | ۱۲/۵ | ۱۳/۴۷ | ۷۵/۵۰ | ۷۵/۵۰ | ۶۹/۴۰ | ۶۹/۰۴ | ۵۷/۱۶ |
| دانشگاهی | ۶۹ | ۱۶/۰۲ | ۱۶/۵۰ | ۶۲/۲۹ | ۶۲/۲۹ | ۷۸/۹۱ | ۷۲/۹۱ | ۶۴/۷۹ |
| همراهان زندگی | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۱۸ | ۰/۰۰۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۵ |
| همسر | ۵۹/۳۴ | ۱۳/۱۵ | ۱۳/۱۵ | ۵۶/۰۶ | ۵۶/۰۶ | ۶۶/۲۶ | ۶۰/۲۹ | ۵۲/۳۶ |
| فرزندان، آشنایان و دوستان | ۴۵/۶۲ | ۹/۵۸ | ۹/۵۸ | ۴۸/۸۳ | ۴۸/۸۳ | ۵۵/۵۱ | ۴۵/۱۸ | ۴۳/۴۳ |
| تنها | ۵۰/۵۸ | ۱۱/۰۱ | ۱۱/۰۱ | ۴۷/۴۷ | ۴۷/۴۷ | ۶۲/۵۰ | ۵۲/۴۶ | ۴۵/۸۵ |
| مراجعات به پزشک در سال اخیر | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۱۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| کمتر از سه بار | ۶۹/۵۰ | ۱۴/۷۵ | ۱۵/۶۶ | ۵۸/۹۰ | ۶۱/۹۸ | ۷۳/۰۱ | ۶۹/۸۹ | ۵۹/۷۰ |
| سه و چهار بار | ۵۴/۹۵ | ۱۱/۹۲ | ۱۲/۳۷ | ۵۶/۱۷ | ۶۴/۴۴ | ۶۵/۹۴ | ۶۰/۶۱ | ۵۲/۶۵ |
| بیشتر از چهار بار | ۴۷/۷۳ | ۸/۶۶ | ۱۰/۰۷ | ۴۹/۷۸ | ۵۵/۰۴ | ۵۷ | ۴۵/۸۷ | ۴۲/۶۱ |

ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی می‌باشد. متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و تعداد مراجعات سالیانه به پزشک با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری داشت. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان در این پژوهش، مقایسه با سایر جوامع پژوهشی که با ابزار اندازه‌گیری و روش مشابه پژوهشی صورت پذیرفته است (درویش پور و همکاران ۱۳۸۵، درویش پور و همکاران ۱۳۸۸)، بیش از حد انتظار پایین می‌باشد. کیفیت زندگی متشکل از ابعاد متفاوت و وسیعی می‌باشد که عوامل زیادی بر آن اثر گذار می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بیانگر این است که در دوران سالمندی عوامل بسیار زیاد و متنوعی وجود دارند که بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان از جنبه سلامتی اثر منفی می‌گذارد (Smeltzer و Bare ۲۰۰۸، درویش پور و همکاران ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد که تنوع و تفاوت در جمعیت سالمندان نه تنها از جنبه درون فردی سالمندان است، بلکه موقعیت اجتماعی و حتی منطقه شهری که سالمندان در آن زندگی می‌کنند می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان ارتباط داشته باشد. در پژوهش داختره هارونی (۱۳۸۸) که بر روی سالمندان دو منطقه شهر تهران صورت پذیرفته است، سالمندان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتر و بالاتری را در مقایسه با مطالعه حاضر که بر روی تمام مناطق شهری تهران صورت پذیرفته است را گزارش کرده اند. بنا بر این به منظور شناسایی دقیق تر مشکلات سالمندان در ابعاد مختلف و تدوین برنامه‌های مناسب و عملیاتی برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، با توجه به ناهمگونی وسیع جمعیت سالمندان بایستی زیر گروه‌های پژوهشی برای جامعه بزرگ و متنوع سالمندان تعریف و بر اساس آن پژوهش و برنامه ریزی‌های لازم صورت پذیرد.

نتایج پژوهش نشان داد که بیش از همه ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان، ابعاد ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی سالمندان که نمود بیرونی کیفیت زندگی است، بطور قابل ملاحظه ای کاهش می‌یابد. اگرچه مبتلا بودن به بیماری‌های مختلف و متعدد می‌تواند تبیین کننده کاهش ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان باشد اما به نظر می‌رسد که علاوه بر مشکلات و ناراحتی‌های جسمی سالمندان، عدم تقاضای اجتماعی و ارزش گذاری جامعه برای حضور فعال سالمندان، احساس عاطفی و باطنی توسط سالمندان، نگرش منفی کلی نسبت به سالمندان در همه طبقات سیاسی و

ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان را محدود می‌سازد و بیش از پیش سالمندان را در خود، خانواده و جامعه منزوی و تنها می‌سازد. سایر پژوهش‌های صورت گرفته نیز محدودیت فعالیت و عملکرد سالمندان را با کاهش احساس سلامتی سالمندان مورد تأیید قرار داده است (درویش پور و همکاران ۱۳۸۹، میرزائی و گهفرخی ۱۳۸۸، Lee و Shinkai ۲۰۰۳، Kim و همکاران ۱۹۹۷، Leinonen و همکاران ۲۰۰۱). افزایش سن سالمندان شرکت کننده در این پژوهش که عملکرد جسمی و ایفای نقش جسمی پایین تر و افزایش دردهای بدنی بیشتری را به همراه داشته است، نیز اثر افزایشی سن را بر کاهش قابل توجه عملکرد جسمی و دردهای بدنی متأثر از اختلالات و بیماری‌های متعدد دوران سالمندی را مورد تأیید قرار می‌دهد.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان در مقایسه با مردان سالمند پایین تر بود، که در سایر مطالعات نیز نتیجه مشابه ای گزارش شده است (Knurowski و همکاران ۲۰۰۴، Asfar و همکاران ۱۳۸۶). بخشی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند مربوط به دوران قبل از سالمندی است که زنان بطور کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تری از مردان گزارش می‌نمایند (گشتاسبی و همکاران ۱۳۸۲) و بخشی مربوط به دوران سالمندی است. طول عمر بیشتر زنان سالمند نسبت به مردان، تحصیلات پایین تر زنان، درآمد کمتر و فقر بیشتر زنان سالمند، سالمند آزاری و غفلت بیشتر از زنان سالمند، نگاه منفی جامعه نسبت به زنان سالمند، توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود و تنها زندگی کردن زنان سالمند برای مدت نسبتاً طولانی پس از مرگ همسر در مقایسه با مردان بیوه (سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲، واعظ مهدوی و ارانی ۱۳۸۵) همه از عواملی هستند که احتمالاً می‌تواند تبیین کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باشد. بنابراین بایستی برنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان توجه ویژه ای به کیفیت زندگی زنان سالمند که گروه آسیب پذیرتری در مقایسه با مردان هستند، داشته باشد.

وضعیت تاهل سالمندان با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان بویژه در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش عاطفی، دردهای بدنی و سلامت عمومی ارتباط معنی دار آماری داشت. به نحوی که تاهل با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بهتری بویژه در ابعاد مذکور همراه بود. یافته حاضر بیانگر این است که سالمندان متأهل در دوران سالمندی بواسطه داشتن شریک

ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی می‌باشد. متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و تعداد مراجعات سالیانه به پزشک با ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری داشت.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان در این پژوهش، مقایسه با سایر جوامع پژوهشی که با ابزار اندازه‌گیری و روش مشابه پژوهشی صورت پذیرفته است (درویش پور و همکاران ۱۳۸۵، درویش پور و همکاران ۱۳۸۸)، بیش از حد انتظار پایین می‌باشد. کیفیت زندگی متشکل از ابعاد متفاوت و وسیعی می‌باشد که عوامل زیادی بر آن اثر گذار می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بیانگر این است که در دوران سالمندی عوامل بسیار زیاد و متنوعی وجود دارند که بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان از جنبه سلامتی اثر منفی می‌گذارد (Smeltzer و Bare ۲۰۰۸، درویش پور و همکاران ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد که تنوع و تفاوت در جمعیت سالمندان نه تنها از جنبه درون فردی سالمندان است، بلکه موقعیت اجتماعی و حتی منطقه شهری که سالمندان در آن زندگی می‌کنند می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان ارتباط داشته باشد. در پژوهش داختره هارونی (۱۳۸۸) که بر روی سالمندان دو منطقه شهر تهران صورت پذیرفته است، سالمندان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتر و بالاتری را در مقایسه با مطالعه حاضر که بر روی تمام مناطق شهری تهران صورت پذیرفته است را گزارش کرده اند. بنا بر این به منظور شناسایی دقیق تر مشکلات سالمندان در ابعاد مختلف و تدوین برنامه‌های مناسب و عملیاتی برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، با توجه به ناهمگونی وسیع جمعیت سالمندان بایستی زیر گروه‌های پژوهشی برای جامعه بزرگ و متنوع سالمندان تعریف و بر اساس آن پژوهش و برنامه ریزی‌های لازم صورت پذیرد.

نتایج پژوهش نشان داد که بیش از همه ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان، ابعاد ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی سالمندان که نمود بیرونی کیفیت زندگی است، بطور قابل ملاحظه ای کاهش می‌یابد. اگرچه مبتلا بودن به بیماری‌های مختلف و متعدد می‌تواند تبیین کننده کاهش ایفای نقش جسمی و عاطفی سالمندان باشد اما به نظر می‌رسد که علاوه بر مشکلات و ناراحتی‌های جسمی سالمندان، عدم تقاضای اجتماعی و ارزش گذاری جامعه برای حضور فعال سالمندان، احساس عاطفی و باطنی توسط سالمندان، نگرش منفی کلی نسبت به سالمندان در همه طبقات سیاسی و

از نگاه بیماری می‌باشد (Farquhar و همکاران ۱۹۹۵، پارک و پارک ۲۰۰۲). در پژوهش انجام شده (درویش پور ۱۳۸۹) بر روی سالمندان ایرانی مشخص گردیده است که از جنبه‌های اصلی احساس سلامتی در سالمندان نداشتن بیماری می‌باشد. در این پژوهش (درویش پور ۱۳۸۹) مشخص گردیده که هر چه سالمندان بیماری‌های کمتر و تعداد مراجعات کمتری به پزشک در دوران سالمندی داشته باشند احساس سلامتی و رضایت بیشتری از زندگی خواهند نمود. بنابراین به نظر می‌رسد نه تنها کاهش بار بیماری‌های دوران سالمندی و متعاقباً کاهش تعداد مراجعات به پزشک می‌تواند کیفیت زندگی بهتری برای سالمندان به همراه داشته باشد، بلکه انجام درمان و مراقبت‌ها در منزل که سالمند کمتر احساس وابستگی و احساس سلامتی بیشتری می‌کند، می‌تواند بطور قابل ملاحظه ای بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان اثر داشته باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان بیش از آنچه که انتظار می‌رود پایین می‌باشد و در ارتباط با عوامل مختلفی می‌باشد. بخش از این عوامل مربوط به دوران قبل از سالمندی و بخش مربوط به دوران سالمندی می‌باشند. بنابراین تدوین و اجرای برنامه‌های جامع حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در جامعه ایران که سالمند شدن بخش عمده جمعیت ایران شروع شده است، بایستی از همین امروز با نگاه به آینده شروع شود تا در آینده همانند کشورهای توسعه یافته دنیا جمعیت سالمند سالم و دوره سالمندی موفق‌تری داشته باشیم.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل از طرح پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۱۴۵۶ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲ است. بدین وسیله از زحمات و همکاری کلیه مسئولین دانشگاه و کارکنان مراکز مورد پژوهش و سالمندان که در این پژوهش با پژوهشگران همکاری کردند، کمال تشکر را داشته و سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

و همراه همپای زندگی از سلامت عمومی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری برخوردار می‌باشند. بخش قابل توجهی از سالمندان همانگونه که در این پژوهش نیز مشخص شد، در دوران سالمندی تنها و بدون همسر می‌باشند. بنابراین داشتن همسر در دوران سالمندی می‌تواند بطور موثری کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد. از اینرو بایستی در برنامه‌های کیفیت زندگی سالمندان نگاهی جدید بویژه در ترویج ازدواج دوران سالمندی برای سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند برای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی آنان صورت پذیرد.

با افزایش تحصیلات سالمندان از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بهتری نسبت به سالمندان با تحصیلات پایین تر برخوردار بودند. به نظر می‌رسد که تحصیلات نه تنها بطور مستقیم از طریق بهبود رفتارها و سبک زندگی سالم می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط داشته باشد، بلکه بطور غیرمستقیم از طریق فراهم آوردن شغل بهتر، سالمند را در معرض ناتوانی‌های کمتر، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تغذیه، مسکن بهتر قرار خواهد داد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بهتری را ایجاد خواهد نمود. در سایر مطالعات نیز مشخص گردید که با افزایش تحصیلات شرکت کنندگان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌باشند (درویش پور و همکاران ۱۳۸۵، میرزائی و گهفرخی ۱۳۸۸، درویش پور و همکاران ۱۳۸۵، گشتاسبی و همکاران ۱۳۸۲). بنابراین افزایش سطح تحصیلات که اساس آن در دوران‌های قبل از سالمندی پایه ریزی می‌شود می‌تواند زمینه را برای کیفیت زندگی بهتر در دوران سالمندی فراهم نماید.

یافته قابل توجه این پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری تمامی ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با تعداد مراجعات سالیانه سالمندان به پزشک می‌باشد. به نحوی که با افزایش تعداد مراجعات سالیانه سالمندان به پزشک کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان کاهش قابل توجهی پیدا می‌کند. یافته مذکور این نکته را مورد تأیید قرار می‌دهد که هسته مرکزی کیفیت زندگی، بیمار نبودن و نداشتن مراجعات به پزشک

REFERENCES

- Aga Noori A, Mahmodi M, Salehi H, Jafarian K (2011) [Quality of life of elderly people in Markazi Province in 2010]. *Salmand*. 6(22): 20-29. (Persian).
- Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W (2007). Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health*. 7:177.

- Bowling A (2001) *Measuring Disease: A Review of Disease Specific Quality of Life Measurement Scales*. 2nd Edition. UK: Open University Press.
- Dakhteh Haroni M(2009) [Correlation of social support and health status in Tehran]. MS.c Thesis. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian).
- Darvishpoor A, Abed Saeedi ZH, Yagmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A (2006). [Relation between health-related quality of life and disease and demographic characteristics of diabetic patients in Tehran in 2004]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 8(1) 49-56. (Persian).
- Darvishpoor A, Etaati Z, Mir Saeedi SM, Masjedi M, Velayati AA(2006). [Quality of life of TB patients of referral patients to Masih Daneshvari Hospital in 2005]. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases*. 11(32) 49-56. (Persian).
- Darvishpoor Kakhki A, Ebrahimi H, Alavi Majd H.(2009) [Health status of nurses of hospitals dependent to shahroud medical university]. *Iran Nursing Journal*. 22(6) 9-27. (Persian).
- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Zh, Delavar A, Saeed- Al -Zakerin M(2010). [Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people]. *Journal of Research in Medical Sciences*. 33(3) 162-173. (Persian).
- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed- Al -Zakerin M (2010). [Autonomy in the Elderly: A Phenomenological Study]. *Hakim Research Journal*. 12(4) 1- 10. (Persian).
- Darvishpoor Kakhki A(2010).[Understanding of Health Concept and Developing a Model and Instrument for Measuring of Health Status of the Elderly]. Dissertation for Doctor of Philosophy in Nursing. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian).
- Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-Al-Zakerin M(2011). [Elderly Tsunami in Iran: A Rehabilitation Challenge]. *15th annual congress of Iranian society of physical medicine, rehabilitation and electro diagnosis*. Tehran. P: 189 (Poster). (Persian).
- Farhadi A, Forogan M, Mohamadi F(2011) [Quality of life of rural elderly people: A study in Dashti of Bushehr]. *Salmand* 6(20) 38-46. (Persian).
- Farquhar M (1995) Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*. 41(10) 1439-1446.
- Gashtasbi A, Montazari A, Vahdani Nia MS, Rahimi Froshani A, Kazem M(2003). [Self-assessment of health status of Tehran People based on gender, educational level, living place: A population study]. *Health Monitor*. 2(1) 183-189. (Persian).
- Gilhooly M, Hanlon P, Mowat H, Cullen B, Macdonald S, Whyte B (2007) Successful aging in an area of deprivation: Part 1-A qualitative exploration of the role of life experiences in good health in old age. *Public Health*. 121 (11) 807-813.
- Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R (2005) Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality Of Life Research*. 14 (7) 1651-1668.
- Kim SH, Wolde-Tsadik G, Reuben DB(1997). Predictors of perceived health in hospitalized older persons: a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 45(4) 420-426.
- Knurowski T, Lazic D, Van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, Van Den Heuvel WJA(2004). Survey of health status and wuality of life of the elderly in Poland and Croatia. *CME Journal of Geriatric Medicine*.45 (6) 750-756.
- Lee Y, Shinkai S(2003). A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 37(1) 63-76.
- Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M (2001) Predictors of decline in self-assessments of health among older people—a 5-year longitudinal study. *Social Science and Medicine*. 52 (9) 1329-1341.
- Mchorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD (1994) The MOS 36-Item Short – Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability diverse patient groups. *Medical Care*. 32 (1) 40-66.

- Montazeri A, Vahdaninia M, Goshtasebi A, Gandek B (2005) The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 14 (3) 875-882.
- Mirzaiey M, Gahfarokhi SH (2009). [Factors affecting the elderly self-perceived health status]. *Salmand*. 3(8) 539-546. (Persian).
- Park JE, Park K (2002) *Parks Textbook of Preventive and Social Medicine*. 17th Edition. India: Banarsidas Bhanot.
- Smeltzer SC, Bare BG (2008) *Brunner & Suddarths Textbook of Medical –Surgical Nursing*. 11th Edition. USA, Lippincott Co.
- Statistical Centre of Iran (SCI). [Statistical Year Book of Iran]. Iran: Publication of Statistical Centre; 2012. (Persian)
- Vaez Mahdavi MR, Arani MM. (2006) [Social Report of World and Iran in 2003]. Tehran, Sampad Publishers. (Persian).
- Ware JE Jr (1987) Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Disease*. 40 (6) 473-480.
- Ware Jr J.E , Sherbourne C.D (1992) The MOS 36-Item Short – Form Health Survey (SF-36) I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 30 (6) 473- 483.
- World Health Organization. [Homepage]. [Online]. <<http://www.who.org>>. [10 Feb 2012].

Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran

Ali Darvishpoor Kakhki¹, Jilla Abed saeedi²

1. PhD, Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

2. PhD, Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

■ Corresponding author: Ali Darvishpoor Kakhki; darvishpoor@sbm.ac.ir, darvishpur@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Aging is associated with variety of challenges and tensions which could possibly affect Quality of life of older people. This study was conducted to describe factors and HRQoL of elderly people in Tehran city.

Method and Materials: This descriptive correlational study was conducted on elderly people of Jahandidegan Centers of Tehran. The sample of the study consisted of 400 elder persons which were selected by stratified sampling method. Demographic questionnaire and Iranian versions of short form health survey (SF-36) scale were used for data collection. Content validity was used to assess the validity of the instrument and Cronbach's alpha was computed for internal consistency. Data were analyzed with SPSS software.

Findings: 75% of elderly people were female and 25% male with a mean age of 67.65(± 6.38) year. The mean scores for quality of life domains ranged from 11.22 (±9.5) for role physical function to 63.83(± 25.02) for social function. The scores of quality of life domains were significantly correlated with age, gender, marital status, education level, number of family members living with the elder person and number of physician visits.

Conclusion: The findings of this study showed that HRQoL of elder people is lower than expect and related to some factors. So, developing plans to improvement of health status and HRQoL of elderly people is necessary.

Key words: Elderly People, Health-Related Quality of life, Health, Aging, Tehran.