

## بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۸۸

لیلی صالحی<sup>۱</sup>، سعید سلکی<sup>۲</sup>، لیلا علیزاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، ایران

<sup>۲</sup> دفتر پژوهش‌های نظری و مطالعات راهبردی نهجا، تهران، ایران

<sup>۳</sup> مربی مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران

نویسنده رابط: لیلی صالحی، کرج، ۴۵ متری گلشهر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، تلفن: ۰۹۱۲۵۳۹۶۴۱۷، پست الکترونیک:

Leilisalehi83@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱ پذیرش: ۸۹/۱۲/۷

**مقدمه و اهداف:** کشور ایران با رشد پرشتاب جمعیت سالمندی مواجه است. اندازه‌گیری کیفیت زندگی به طراحی برنامه‌های مداخلاتی مناسب در آنان کمک فراوانی می‌کند. این مطالعه مقطعی با هدف بررسی کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران انجام گرفت.

**روش کار:** در این مطالعه شاخص‌های کیفیت زندگی در ۴۰۰ نفر سالمند از طریق پرسشنامه‌های استاندارد SF-۳۶ و حمایت اجتماعی درک شده مورد بررسی قرار گرفت و به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ANOVA و t-test و آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج: میانگین سنی افراد شرکت کننده ۶۴ بود که در ۷۴/۵ درصد زن بودند. میانگین شاخص جسمی در افراد مورد مطالعه ۶۴/۶۲±۱۲/۶۸ و میانگین شاخص روانی ۶۳/۳۵±۴/۷ بود. کیفیت زندگی زنان در ابعاد جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی از مردان بیشتر بود. با افزایش شاخص توده بدنی، از میزان کیفیت زندگی کاسته، ولی با افزایش درآمد و تحصیلات بر میزان کیفیت زندگی افزوده می‌شد. افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد و افراد سالم در مقایسه با افراد بیمار از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. بین شاخص‌های جسمی و روانی در سالمندان و حمایت اجتماعی از آنان رابطه معنی‌داری وجود داشت. نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که زنان نسبت به مردان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. افراد با درآمد بالاتر و تحصیلات بیشتر و توده بدنی کمتر دارای کیفیت زندگی بهتری هستند.

**واژگان کلیدی:** سالمند، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF-۳۶

### مقدمه

بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن مشکلات طبی و اجتماعی- روانی فراوانی را بدنبال خواهد داشت که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی افراد سالمند و کاهش کیفیت زندگی در آنان می‌گردد (۴). در حالی که زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های محققان و پژوهشگران در قرن حاضر است (۵). و در طی سه دهه اخیر، کیفیت زندگی به عنوان جزیی از سلامتی شناخته شده و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶). کیفیت زندگی، توسط سازمان جهانی بهداشت بصورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند،

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان گردیده است به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل گشته است (۱). افزایش جمعیت سالمند مختص کشورهای پیشرفته نیست بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه‌اند (۲). در کشور ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حکایت از رشد پرشتاب جمعیت سالمند دارد بطوری که پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد (۳). با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با

به بیماری حاد و جدی در زمان انجام مطالعه بود. کانون‌های سالمندی شهر تهران محل تجمع سالمندانی است که در آنجا به انواع فعالیت‌های مختلف فرهنگی، ورزشی، اجتماعی و آموزشی می‌پردازند این کانون‌های زیر نظر مستقیم فرهنگسرای سالمند و غیرمستقیم شهرداری تهران اداره می‌شوند.

حجم نمونه با فرض اینکه ۵۰ درصد افراد سالمند کیفیت زندگی مطلوب دارند با قدرت ۸۰ درصد و برای نشان دادن ۵ درصد تفاوت (۰/۴۵-۰/۵۵) و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حدود ۳۸۵ نفر تعیین گردید.

نمونه‌گیری بصورت دو مرحله‌ای صورت گرفت بدین ترتیب که در مرحله اول لیست تمام کانون‌های سالمندی شهر تهران تهیه گردید. سپس از میان این کانون‌ها، ۱۰ کانون در نظر گرفته شد و به نسبت تعداد سالمندان هر کانون به هریک از کانون‌های وزن داده شد و افراد مورد مطالعه به روش تصادفی سیستماتیک از بین افراد سالمند کانون‌های مشخص شده انتخاب گردیدند. جهت انجام پژوهش رضایت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ گردید. قبل از انجام مصاحبه به تمامی افراد انتخاب شده در خصوص اهداف مطالعه، روش اجرا، افراد و یا سازمان‌های بهره‌مند از نتایج مطالعه و همچنین ناشناخته بودن مصاحبه شونده‌ها توضیح داده می‌شد و در صورتی که راضی به شرکت در مطالعه بودند با آنان طبق پرسشنامه مصاحبه به عمل می‌آمد. جهت انجام مصاحبه از مصاحبه‌گران آموزش دیده با حداقل تحصیلات دیپلم استفاده می‌گردید جهت ارزیابی کیفیت زندگی از مقیاس SF-36 استفاده می‌شد (۱۹). این مقیاس ۳۶ سئوالی است و جهت بررسی وضعیت سلامتی افراد تدوین گردیده است و سلامتی را از هشت بعد متفاوت، بوسیله هشت زیر مقیاس اندازه‌گیری می‌کند که ۴ زیر مقیاس این پرسشنامه مربوط به بعد فیزیکی و ۴ زیر مقیاس آن مربوط به بعد روانی است. هشت زیر مقیاس این پرسشنامه عبارتند از: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی، محدودیت ایفای نقش به واسطه مسائل روانی و هیجانی، سرزندگی، سلامت عمومی است. این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شده است (۲۰). در ایران این پرسشنامه توسط دکتر منتظری و همکاران در جهاد دانشگاهی هنجاریابی شده است (۲۱). همچنین اطلاعات مربوط به مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری شد. جهت سنجش حمایت اجتماعی از

اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌شود (۷). سن، جنس، وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تاثیرگذار بر این درک می‌باشند (۸). اگرچه افزایش سن سبب افت کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد (۹). ولی نقش سایر عوامل زمینه‌ای را در این کاهش نباید از نظر دور داشت. در مطالعه کیفی روی سالمندان شهر ویلنیوس نشان داده شد منابع مالی و سیستم مراقبت بهداشتی از عوامل تأثیرگذار بر سلامتی در سالمندان هستند (۱۰). در ضمن مطالعه دیگری که توسط کالیسجو و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام گرفت نقش حمایت اجتماعی بر سلامتی جسمی و روانی افراد سالمند نشان داده شد. اندازه‌گیری کیفیت زندگی سالمندان به بررسی وضعیت سلامتی آنان، اثربخشی مداخلات پزشکی، ارزیابی بیماری‌ها، تخمین هزینه اثربخشی سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان و انجام برنامه‌ریزی کمک می‌کند (۱۱). نگین و همکاران نیز نشان دادند که برای افزایش کیفیت زندگی در مبتلایان به تالاسمی ماژور علاوه بر مسائل روانی توجه ویژه به جنبه‌های جسمی و ارابه بیشتر و بهتر خدمات درمانی و توانبخشی به این گروه نیز ضروری است (۱۲). حاج باقری و عباسی نیا نیز نشان دادند که شکستگی ران صرف نظر از ویژگی‌های فردی باعث افت کیفیت زندگی می‌گردد (۱۳). در حالی که حمایت اطلاعاتی و عاطفی در افراد با سکتة مغزی سبب افزایش کیفیت زندگی در آنان می‌گردد (۱۴). اگرچه مطالعات متعددی (۱۸-۱۵) در زمینه کیفیت زندگی افراد سالمند در کشورهای مختلف انجام شده است ولی محدودیت مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ایران سبب شد که پژوهشگران به بررسی کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران بپردازند. مزیت این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی در این است که علاوه بر بررسی مؤلفه‌های بیشتر در رابطه با کیفیت زندگی در سالمندان، اقدام به بررسی نقش حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی نموده است.

## روش کار

بررسی حاضر در زمینه تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و عوامل موثر بر آن در سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران به صورت مقطعی انجام پذیرفت. در مجموع ۴۰۰ نفر در این مطالعه شرکت نمودند. شرط ورود به مطالعه عضویت در کانون سالمندی و رضایت به شرکت در مطالعه و شرط خروج از آن ابتلا

می‌دهد بر اساس این نتایج افراد با درآمد بالاتر بطور معنی‌داری دارای کیفیت زندگی بهتری در تمامی ابعاد بودند ( $P > 0/01$ ). چنین رابطه‌ای بین میزان تحصیلات و شاخص‌های کیفیت زندگی نیز بدست آمد (جدول شماره ۳) بدین معنی که افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بالاتری در تمام ابعاد بجز عملکرد اجتماعی برخوردار بودند ( $P > 0/01$ ).

نتایج این مطالعه نشان داد که ۴۹/۵ درصد واحد‌های پژوهش دارای حداقل یکی از بیماری‌های مزمن می‌باشند. از این میان ۲۷/۴ دچار بیماری قلبی، ۱۳/۷ فشارخون، ۴/۱ دیابت، ۱۸/۸ چربی خون، ۱۳/۷ آرتروز، ۱۱/۲ یکی از انواع دردهای مزمن (کمر درد- پادرد، سردرد،...)، ۴/۶ درصد بیماری‌های روحی-روانی بوده و ۶/۱٪ از پوکی استخوان رنج می‌برند. در جدول شماره ۴ کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار، همچنین کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف سنی با یکدیگر مقایسه شده است. همان گونه که ملاحظه می‌شود افراد سالم در مقایسه با افراد بیمار از نمرات بالاتری در تمام ابعاد کیفیت زندگی برخوردارند. همین طور با افزایش سن از میزان کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه کاسته شده است که تفاوت گروه‌های متفاوت سنی در شاخص‌های مختلف زندگی به غیر از شاخص عملکرد جسمانی معنی‌دار است.

در جدول شماره ۵ به بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و وضعیت تاهل افراد پرداخته شده است که با استفاده از آزمون آماری ANOVA نشان داده شد که متأهلین در مقایسه با گروه‌های مجرد یا بیوه یا متارکه کرده، از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند و اختلاف بین این گروه‌ها در ابعاد محدودیت عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد روانی، سرزندگی و نشاط و سلامت عمومی معنی‌دار بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که از بین گروه‌های شغلی متفاوت، گروه بازنشستگان و پس از آن گروه عهده‌دار امور داوطلبانه از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه‌های غیرشاغل و شاغل برخوردار بودند که بجز در بعد عملکرد جسمانی در سایر ابعاد اختلاف فی مابین گروه‌ها معنی‌دار بود (جدول شماره ۶).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین میانگین شاخص‌های جسمانی و حمایت اجتماعی ( $P < 0/001$ ) و میانگین شاخص‌های روانی و حمایت اجتماعی ( $P < 0/001$ ) رابطه همبستگی معنی‌دار وجود داشت.

پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده (۲۲) استفاده شد که این ابزار حمایت‌های حاصل از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس ۱۲ سوالی است و دارای سه زیر مقیاس خانواده، زیر مقیاس دوستان و زیر مقیاس افراد مهم دیگر است که بر اساس مقیاس لیکرت از نمره ۱ (به منزله قویا" مخالف) تا نمره ۵ (به منزله قویا" موافق) نمره گذاری شده است. این ابزار در میان سالمندان ایرانی اعتبارسنجی و با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۵ اعتبار آن تأیید شد. داده‌های جمع‌آوری شده در این مطالعه وارد محیط SPSS شده و به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه از آزمون‌های t-test و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

## یافته‌ها

افراد مورد پژوهش شامل ۱۰۲ نفر مرد (۲۵/۵٪) و ۲۹۸ نفر زن (۷۴/۵٪) با میانگین سنی  $49/4 \pm 6/07$  و دامنه سنی ۸۷-۶۰ سال بودند که اکثریت آنان متأهل (۵۵٪) و غیر شاغل (۸۰٪) بودند. تعداد ۹۴ نفر از افراد مورد مطالعه (۲۳/۳٪) به تنهایی زندگی می‌کردند و ۷۳ درصد (۲۹۵ نفر) از شرکت کنندگان دارای شاخص توده بدنی بالای ۲۵ بودند.

نمونه‌های دو گروه از نظر جنسی، تطبیق آماری داده شدند که از نظر سن، شاخص توده بدنی، تحصیلات، درآمد، وضعیت تاهل به جزء تحصیلات همگن بودند ( $P > 0/05$ ).

نمره میانگین خلاصه بعد جسمانی کیفیت زندگی  $12/68 \pm 6/62$  و میانگین خلاصه بعد روانی  $4/7 \pm 63/35$  محاسبه شد. جدول شماره ۱ میانگین نمرات کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب سن و شاخص توده بدنی نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این مطالعه بین زنان و مردان در ابعاد محدودیت جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی اختلاف معنی‌داری وجود داشت به نحوی که زنان در این ابعاد از نمره بالاتری برخوردار بودند همچنین بر طبق یافته‌های این بررسی با افزایش شاخص توده بدنی، از میزان کیفیت زندگی افراد کاسته می‌شد که اختلاف فی مابین سه گروه شاخص توده بدنی در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی بجز عملکرد اجتماعی معنی‌دار بود به این معنی که افراد با شاخص توده بدنی کمتر از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردارند ( $P > 0/01$ ).

جدول شماره ۲ ارتباط درآمد ماهیانه و کیفیت زندگی را نشان

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی برحسب جنس و شاخص توده بدنی

P	BMI>۳۰	۲۵<BMI<۲۹	BMI<۲۵	P	مرد (n=۱۰۲)	زن (n=۲۹۸)	
	(n=۱۰۲)	(n=۱۹۲)	(n=۱۰۶)		(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)		میانگین	میانگین	
۰/۱۲	۷۶/۱۹(۱۰/۸۸)	۷۸/۰۳(۱۰/۸۹)	۸۰/۶۹(۱۰/۷۲)	۰/۴۱	۷۷ (۱۰/۴۴)	۷۸/۷ (۱۱/۱۵)	عملکرد جسمانی
۱/۰۰۴	۶۹/۵۶(۱۴/۰۸)	۷۲/۵۳(۱۴/۹۹)	۷۶/۴۷(۱۵/۶۳)	۰/۰۸	۷۰/۵۷ (۱۵/۳۹)	۷۳/۵۸ (۱۴/۹۶)	محدودیت جسمانی
۱/۰۰۲	۵۸/۸۸(۱۱/۹۲)	۶۱/۰۸(۱۳/۰۵)	۶۴/۸۹(۱۲/۶۸)	۰/۰۵۶	۵۹/۴۱(۱۲/۹۴)	۶۲/۲۶(۱۲/۷۴)	درد جسمی
<۰/۰۰۱	۴۲/۲۳(۱۴/۹۴)	۴۵/۱۴(۱۵/۵)	۵۰/۷۳(۱۵/۹)	۰/۰۱۲	۴۲/۴۶(۱۵/۷۴)	۴۷/۰۵(۱۵/۶۱)	سلامت عمومی
۱/۱۶۵	۶۲/۵۳ (۷/۱۲)	۶۲/۷۲(۶/۸۸)	۶۴/۲۱(۷/۸)	۰/۰۱	۶۱/۵(۶/۹۸)	۶۳/۶۰(۷/۲۲)	عملکرد اجتماعی
۱/۰۰۱	۵۸/۸۵ (۹/۱۷)	۵۹/۵۹(۹)	۶۳/۴۲(۱۰/۰۶)	۰/۱۳	۵۹/۱۹(۹/۴۷)	۶۰/۸۳(۹/۴۸)	سرزندگی و نشاط
۱/۰۰۷	۶۴/۴۹(۹/۶)	۶۷/۰۶(۹/۸)	۶۸/۸۲(۱۰/۱۴)	۰/۲۱	۶۵/۸۱(۹/۶۴)	۶۷/۲۳(۱۰/۰۳)	مشکلات روحی
۱/۰۰۱	۶۱/۵۹(۹/۸۹)	۶۲/۸۴(۹/۷۳)	۶۶/۵۸(۱۰/۶۲)	۰/۲۴	۶۲/۵۳(۹/۴)	۶۳/۸۵(۱۰/۴۲)	سلامت روان

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی برحسب میزان درآمد ماهیانه

P	پایین	متوسط روبه پایین	متوسط روبه بالا	نسبتاً خوب	خوب	
	(n=۱۶۸)	(n=۱۳۸)	(n=۶۵)	(n=۲۲)	(n=۷)	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
۰/۰۰۱	۷۵/۸۵(۱۱/۳۱)	۷۹/۰۴(۱۰/۲۲)	۸۰/۷۲(۱۱/۰۷)	۸۱/۷۳(۹/۶۸)	۸۷/۴۳(۷/۵)	عملکرد جسمانی
<۰/۰۰۱	۶۹/۵۴(۱۵/۱۶)	۷۵/۰۶(۱۳/۹۹)	۷۳/۰۲(۱۵/۸۱)	۷۸/۳۲(۴/۸۴)	۸۸(۸/۸۵)	محدودیت جسمانی
۰/۰۰۴	۵۹/۲۹(۱۲/۶۲)	۶۲/۳۳(۱۲/۷۴)	۶۲/۰۵(۱۳/۴)	۶۴/۹(۱۱/۰۱)	۷۴/۵۷(۷/۳۷)	درد جسمی
<۰/۰۰۱	۴۱/۷۱(۱۵/۷۹)	۴۸/۹۷(۱۴/۲۹)	۴۸/۹۷(۱۷/۰۴)	۴۹/۹۵(۱۴/۶۶)	۵۹/۷۱(۶/۵)	سلامت عمومی
۰/۰۰۵	۶۲(۶/۹۴)	۶۳/۴۶(۷)	۶۵(۶/۷۸)	۶۱/۱۸(۱۰/۰۹)	۶۸/۸۶(۴/۵۹)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۷	۵۸/۶۳(۰/۰۶)	۶۱/۸۵(۷/۹۸)	۶۰/۵۴(۱۰/۳۷)	۶۲/۴۵(۹/۹)	۶۷/۴۳(۳/۹)	سرزندگی و نشاط
۰/۰۰۱	۶۴/۶(۱۰/۲۳)	۶۸/۰۹(۸/۹)	۶۸/۱۸(۱۰/۶۸)	۷۰/۰۴(۸/۸)	۷۵/۱۴(۶/۹۴)	مشکلات روحی
۰/۰۰۱	۶۱/۸۷(۹/۹۸)	۶۳/۸۵(۹/۷۲)	۶۴/۳۲(۱۰/۹۸)	۶۷/۸۲(۹/۷)	۷۵/۱۴(۵/۲۴)	سلامت روان

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی برحسب تحصیلات

P	بالا تراز دیپلم	دیپلم	سیکل	۶ کلاس	بی سواد	
	(n=۶)	(n=۲۲)	(n=۶۴)	(n=۱۴۳)	(n=۱۶۵)	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
<۰/۰۰۱	۸۶/۳۳(۱۰/۱۱)	۸۳/۲۳(۹/۶)	۸۰/۴۵(۱۱/۳۵)	۷۹/۱۴(۱۰/۰۷)	۷۵/۷۱(۱۱/۲۴)	عملکرد جسمانی
<۰/۰۰۱	۸۴/۸۳(۱۱/۱۸)	۸۰/۷۷(۱۴/۸۶)	۷۲/۶۶(۱۶/۰۲)	۷۵/۸۴(۱۳/۸۴)	۶۹/۱۲(۱۵/۰۲)	محدودیت جسمانی
۰/۰۰۴	۷۴(۹/۲۹)	۶۶/۰۹(۱۱/۵۸)	۶۳/۰۸(۱۳/۴۴)	۲۴/۳۱(۱۲/۷۴)	۵۹/۱۹(۱۲/۴۷)	درد جسمی
<۰/۰۰۱	۵۹/۵(۷/۹)	۵۱/۲۷(۱۴/۷۸)	۴۸/۵۳(۱۷/۴۵)	۸۵/۲۲(۱۴/۲)	۴۱/۶(۱۵/۶۶)	سلامت عمومی
۰/۳۸	۶۷/۱۷ (۵/۲)	۶۲/۰۹(۱۰/۳۳)	۶۴/۹۴(۶/۹)	۶۳/۳۶(۷/۰۹)	۶۲/۰۶(۶/۸۵)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۴	۶۶(۴/۸۲)	۶۳/۷۷(۱۰)	۶۰/۴۵(۱۰/۴۹)	۶۱/۸۹(۷/۹)	۵۸/۴۷(۱۰/۰۴)	سرزندگی و نشاط
<۰/۰۰۱	۷۶/۵(۱۰/۱۳)	۷۰/۲۳(۹/۳)	۶۷/۸۳(۱۰/۸۱)	۹۸/۱۶(۸/۸۷)	۶۴/۵۸(۱۰/۱۸)	مشکلات روحی
<۰/۰۰۱	۷۴/۶۶(۶/۷)	۶۹/۱۴(۹/۶)	۶۴/۲۳(۱۱/۱۶)	۶۳/۹۹(۹/۶۷)	۶۱/۶۵(۹/۸۵)	سلامت روان

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب وضعیت سلامتی و سن

P	سال ۸۰-۹۰	سال ۷۰-۷۹	سال ۶۰-۶۹	P	سالم	بیمار	
	(n=۲)	(n=۴۰)	(n=۳۴۲)		(n=۲۰۳)	(n=۱۹۷)	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)		(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	میانگین	میانگین	میانگین		میانگین	میانگین	
۰/۱۲	۶۸/۵(۳/۵۳)	۷۴/۴(۱۰/۸۸)	۷۹/۰۲(۱۰/۹۶)	<۰/۰۱	۸۷/۵۸(۵/۴۹)	۶۸/۶۷ (۵/۶۶)	عملکرد جسمانی
۱/۰۰۶	۶۳ (۱۱/۳۱)	۶۶/۵(۱۴/۱۹)	۷۳/۹۴(۱۵/۰۶)	<۰/۰۱	۸۳/۱۱(۱۱/۱۹)	۶۲/۲ (۱۰/۶۲)	محدودیت جسمانی
۰/۰۱	۵۳/۵(۱۴/۸۵)	۵۵/۰۷(۱۱/۸۸)	۶۲/۴۴(۱۲/۸۳)	<۰/۰۱	۷۰/۶۳(۱۰/۲۹)	۵۲/۱۵(۷/۲)	درد جسمی
۱/۰۰۳	۳۲/۵(۱۲/۰۲)	۳۸/۶۳(۱۶/۷۱)	۴۷/۰۷(۱۵/۴۳)	<۰/۰۱	۵۷/۳۸(۱۱/۴۶)	۳۴/۰۳(۹/۶)	سلامت عمومی
۰/۱۳	۵۸ (۷/۰۷)	۶۰/۵۷(۸/۳)	۶۳/۴۷(۷/۰۷)	<۰/۰۱	۶۶/۵۷(۶/۴۱)	۵۹/۴۶(۶/۱۴)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۷	۵۷ (۸/۴)	۵۷/۱۸(۱۰/۴۲)	۶۰/۹۵(۹/۳)	<۰/۰۱	۶۷/۲۰(۶/۲)	۵۳/۴۳(۶/۹)	سرزندگی و نشاط
۰/۰۴	۶۱/۵(۱۰/۶۱)	۶۲/۹۳(۹/۸۸)	۶۷/۵۵(۹/۸)	<۰/۰۱	۷۳/۸۹(۶/۹)	۵۹/۶۳(۶/۹)	مشکلات روحی
۰/۰۳	۸۵/۵(۹/۱)	۶۱/۲۵(۹/۵۵)	۶۴/۰۴(۱۰/۲۰)	<۰/۰۱	۷۰/۴۷(۸/۵)	۵۶/۳۴(۵/۸۵)	سلامت روان

جدول شماره ۵- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب وضعیت تأهل

P	همسر فوت شده	جدا شده	مجرد	متاهل	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
۰/۲۸۳	۷۷/۰۴(۱۰/۹۲)	۷۵ (۱۲/۷۲)	۷۹(۱۰/۱۵)	۷۹/۱۷ (۱۱)	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۷	۶۹/۴۷(۱۴/۵۶)	۶۹(۱۵/۵۶)	۷۱(۱۹)	۷۵/۰۷ (۱۵/۱۶)	محدودیت جسمانی
۰/۵۵	۶۰/۴۲(۱۲/۰۸)	۶۱/۵ (۴/۹)	۶۱/۱۵(۱۳/۰۱)	۶۲/۱۳(۱۳/۳۹)	درد جسمی
۰/۰۳	۴۳/۳۷(۱۵/۱۵)	۶۱(۱۴/۱۴)	۴۶/۳۳(۱۷/۶۲)	۴۷/۷۷(۱۵/۹۷)	سلامت عمومی
۰/۴۳۷	۶۲/۳۹(۶/۸۹)	۳۵ (۱/۴۱)	۶۳/۶۷(۸/۰۸)	۶۳/۵۶(۷/۴)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۲	۵۸/۹۷(۹/۰۹)	۵۰(۱۴/۱۴)	۵۸/۶۷(۹/۵)	۶۱/۵۷(۹/۶)	سرزندگی و نشاط
۰/۰۲۲	۶۵/۱۶(۹/۹)	۶۰ (۱۱/۳۱)	۶۷/۶۷(۱۴/۰۱)	۶۸/۶۳(۹/۷۸)	مشکلات روحی
۰/۱	۶۲/۰۸(۹/۶۳)	۵۹/۵(۱۲/۰۲)	۶۵/۳۳(۱۱/۰۶)	۶۴/۵۵(۱۰/۴۶)	سلامت روان

جدول شماره ۶- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی برحسب شغل

P	انجام امور داوطلبانه	بازنشسته	غیر شاغل و خانه دار	شاغل	
	(n=۱۵)	(n=۲۶)	(n=۳۲۰)	(n=۳۹)	
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
۰/۱۳۹	۸۰/۰۸(۱۰/۴۱)	۸۲/۶۵(۱۰/۳۹)	۷۷/۸۲(۱۱/۱۱)	۷۸/۰۵(۱۰/۰۹)	عملکرد جسمانی
۰/۰۱	۷۷/۱۳(۱۵/۳۴)	۸۱/۳۸(۱۲/۰۹)	۷۲/۲۳(۱۵/۰۱)	۷۰/۲۱(۱۵/۹۶)	محدودیت جسمانی
۰/۰۰۲	۶۵/۲۷(۱۳/۰۸)	۶۶/۱۹(۱۱/۶۵)	۶۰/۶۹(۱۲/۸۱)	۶۱/۲۸(۱۱/۷۹)	درد جسمی
۰/۰۲	۴۷/۷۳(۱۷/۸۳)	۵۴/۱۵(۱۴/۷۲)	۴۵/۵۴(۱۵/۶۴)	۴۲/۳۸(۱۵/۱۴)	سلامت عمومی
۰/۰۸	۶۱/۹۳(۷/۱۵)	۶۶/۱۹(۶/۹۶)	۶۳/۰۲(۷/۳۷)	۶۱/۷۷(۶/۵۱)	عملکرد اجتماعی
۰/۰۹	۶۲(۹/۹۶)	۴۶/۶۲(۶/۸۶)	۶۰/۱۳(۹/۴۴)	۵۹/۳۳(۱۰/۷۲)	سرزندگی و نشاط
۰/۰۲	۶۹/۲۷(۱۰/۳۳)	۷۲/۳۸(۸/۹)	۶۶/۳۸(۹/۹۵)	۶۶/۳۳(۹/۴۲)	مشکلات روحی
۰/۰۰۱	۶۷/۲۷(۱۰/۶۲)	۷۰/۴۲(۹/۵)	۶۲/۷۹(۱۰/۱۱)	۶۳/۳۸(۹/۲۳)	سلامت روان

### بحث

در سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند در حالی که تاجور و همکاران، در

این مطالعه با هدف بررسی عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی

است (۳۰).

یافته‌های این مطالعه نشان داد با افزایش سن از میزان کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه کاسته می‌شود. پیرتر شدن بر میزان وابستگی افراد به اطرافیان می‌گردد (۳۱) که در چنین شرایطی از میزان کیفیت زندگی افراد کاسته می‌شود. سایر مطالعات نیز افت کیفیت زندگی با افزایش ذکر نموده‌اند (۲۹) که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. در بررسی وضعیت تأهل، یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین امتیازات شاخص‌های کیفیت زندگی افراد متأهل، از گروه‌های مجرد و بیوه بالاتر است. مطالعات دیگر نیز نشان داده است تأهل، باعث عملکرد مطلوب‌تر و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۳۲). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد بازنشسته از میزان کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر گروه‌های شغلی برخوردارند در مطالعه ای توسط سلیم‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۶ انجام شد (۳۳) نیز چنین نتیجه‌ای نشان داده شده است. بررسی‌های انجام شده در سایر کشورها نیز حاکی از برتری کیفیت زندگی کارمندان بازنشسته است (۳۴). نظر به این که این مطالعه در میان افراد سالمند عضو کانون سالمندان انجام شده است لذا پیشنهاد می‌شود این محدودیت در مطالعات آتی پژوهشگران منظور شود و برای شناخت و درک عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان انجام مطالعات وسیع تری در بین کل سالمندان جامعه صورت پذیرد. سوگرایی نمونه از نظر جنسی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است که علی‌رغم انتخاب تصادفی نمونه‌ها، با توجه به بالاتر بودن تعداد زنان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران، اجتناب ناپذیر است.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مؤلفه‌های متفاوتی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، وضعیت سلامتی و شاخص توده بدنی بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثرند. شناخت این عوامل می‌تواند به سیاستمداران در تدوین برنامه‌های راهبردی مناسب جهت سالمندان و به پژوهشگران جهت طراحی برنامه‌های مداخلاتی مناسب کمک نماید.

مطالعه خود بیان داشتند که کیفیت زندگی مردان از زنان بالاتر است (۲۳). در واقع جنس عامل مؤثری بر کیفیت زندگی نیست بلکه عوامل زمینه‌ای همراه با جنس بر کیفیت زندگی تأثیر دارند بطوریکه در مطالعه لی و شینکاید نشان داده شد که ناتوانی‌های عملکردی بیشتر در زنان مورد مطالعه، باعث افت کیفیت زندگی در آن‌ها گردیده بود (۲۴). اختلاف مشاهده شده بین کیفیت زندگی، زنان و مردان در این مطالعه با دیگر مطالعه انجام شده در شهر تهران (۱۸) به واسطه سایر عوامل زمینه‌ای همراه، قابل توجیه است. در بررسی و تجزیه و تحلیل این اختلاف مشخص شد که مردان مورد مطالعه ما سطح تحصیلات پایین‌تری نسبت به زنان داشتند و نسبت افراد بی‌سواد در آنان بیش از زنان بود. با توجه به ارتقاء کیفیت زندگی با افزایش تحصیلات چنین انتظاری دور از واقعیت نیست.

نتایج این مطالعه مشخص نمود با افزایش شاخص توده بدنی، از میزان کیفیت زندگی افراد سالمند کاسته می‌شود. از آنجاییکه مطالعات دیگران نشان داده است که چاقی عامل بروز بسیاری از بیماری‌ها (۲۵) می‌باشد که در کنار افزایش سن، باعث افزایش احتمال ابتلا به بیماری و ناتوانی می‌گردد نتایج این مطالعه از این نظر قابل توجیه است.

در بررسی وضعیت سلامتی سالمندان، افراد بیمار در تمام شاخص‌های کیفیت زندگی امتیازات پایین‌تری نسبت به افراد سالم داشتند و تفاوت بین دو گروه در تمام ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار بود سایر مطالعات نیز چنین رابطه‌ای را نشان داده‌اند (۲۶). بیماری باعث افزایش وابستگی و نیاز به مراقبت در سالمندان می‌گردد و به همین دلیل افت کیفیت زندگی در سالمندان را به دنبال دارد (۲۷). نتایج این مطالعه همسو با سایر مطالعات (۲۸) نشان داد که درآمد بالاتر باعث افزایش میزان کیفیت زندگی می‌شود. در واقع افزایش درآمد باعث دستیابی و بهره‌وری از انواع منابع اجتماعی و فرهنگی می‌گردد که این عامل خود می‌تواند افزایش کیفیت زندگی را دنبال داشته باشد.

در مورد سطح تحصیلات نیز، با افزایش تحصیلات، امتیازات جنبه‌های متفاوت کیفیت زندگی در تمام ابعاد زندگی افزایش می‌یابد. سطح تحصیلات بالاتر باعث افزایش مشارکت‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در سالمندان و دنبال آن، افزایش میزان کیفیت زندگی می‌گردد (۲۹). تحصیلات از جمله شاخص مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است که بطور مستقیم و غیر مستقیم از طریق طبقه اجتماعی و درآمد بر کیفیت زندگی مؤثر

1. Islam A, Zaffar Tahir M. Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints. *Health policy* 2002; 60: 151-169.
2. Gavril LA, Heuveline P. Aging of Population. In *The Encyclopedia of Population*. Edited by: Demeny P, McNicoll G. New York, Macmillan; 2003: 32-3.
3. 3-UN (united nation). World population ageing: 1950-2050/countries of area: Iran (Islamic republic of). Available at: [www.un.org/esa/population/worldageing19502050](http://www.un.org/esa/population/worldageing19502050) access 27/7/2010
4. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S. The prevalence of chronic Disease and quality of life in elderly people in Samsun, 2002. *Turk J med Sci* 2003; 33: 335-40.
5. Millies M, Crighton L, Mcmuroo Marion ET. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. *Int J cardiol* 2007; 116: 40-5.
6. Heller DA, Ahern FM, Pringle KE, Brown TV, Glessner MR. Change in elderly women's health-related quality of life following discontinuation of hormone replacement therapy. *BMC women health* 2005; 5: 1-15.
7. Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2001; 24: 490-5.
8. Nilsson JMA, Naharkabir Z. Social Capital and quality of life in old age results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *J Age health* 2006; 18: 419-34.
9. Schilling O. Development of Life Satisfaction in Old Age: Another View on the "Paradox" Social Indicators Research 2006; 75: 241-71.
10. Ceremnych J. Focus group discussions with older adults and carers for development of pilot WHOQOLOLD measure. *Acta Medica Lituonica* 2003; 10: 152-8.
11. Lips P, van Schoor M|N. Quality of life in patients with osteoporosis. *osteoporosis international* 2005; 16: 447-55.
12. Negin H, Karami D, Montaeri. Health-quality of life in persons with major talasemia. *Payesh*, 2010; 8: 393-8.
13. Adib Hajbagheri M, Abasinia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. *Iranian journal of nursing research*, 2010; 4: 71-9.
14. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patients; *Iran journal of nursing*, 2009; 22: 23-32.
15. Knurowski T, van Dijk JP, Geckova AM, Brzyski P, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland. *Public health in Eastern Europe* 2005; 50: 177-85.
16. Dragomirecká E, Bartonová J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K, von Steinbüchel N, Schmidt S. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Psychother*. 2008; 15: 193-204.
17. Kaldi AR. A study on physical, social and mental problems of the elderly in District 13 of Tehran. *Middle East Journal of Age and Ageing* 2004, 1: 31-9.
18. Kaldi AR. Employment status of the elderly referring to the social security organization of Tehran city. *Middle East Journal of Age and Ageing* 2005, 2: 62-9.
19. Laccheo IAE, Heinrichs R, Sadler T, Badde L, Liow K. Assessment of quality of life among the elderly with epilepsy. *Epilepsy and behavior* 2008; 12: 257-61.
20. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1998; 26: 250-8.
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short-form healthy survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life Research* 2005; 14: 875-82.
22. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG & Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52: 30-41.
23. Tajvar M, Arab M, Moan Azeri A. Determinants of Health – related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008; 8: 323.
24. Lee Y, Shinkai SA. Comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archive of Gerontology of Geriatrics*, 2003; 37: 63-76.
25. Huang KC, Lee MS, Lee SD, Chang YH, Lin YC, Tu SH, Pan WH. Obesity in the elderly and its Relationship with cardiovascular risk factors in Taiwan. *Obesity Research*, 2005; 13: 170-8.
26. Canbaz SSA, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic Disease and quality of life in elderly people in Samsun, 2002. *Turk J med Sci* 2003; 33: 335-40.
27. Povlsen JV, Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis (AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. *Perit Dial Int* 2005; 25(suppl 3): S60-3.
28. Cannuscio C, Block J, Kawachi I. Social capital and successful aging: The role of senior housing. *Ann Int Med* 2003; 139: 395-9.
29. Makiwane M, Kwizera SA. An Investigation of quality of life of the Elderly in South Africa with specific Reference to Mpumalanga province. *Applied Research in quality of life*, 2006; 1: 297-313.
30. United Nations: Socioeconomic characteristics of the older population. *World Population Ageing: 1950-2050*; 29-32. Available at <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050>: access 20/5/2010
31. Syam P. life of elderly in India, Centre for Development studies, Prasan the Nagar, ULLOR, 2007. MPRA Paper No. 5929; 1-30: Available at <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/5935> access 19/3/2010
32. Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah Emami S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian journal of Nursing and Midwifery Reseach* 2007; 12: 130-35.
33. Salimzadeh H, Eftekhari H, Poor reza A, Moghim Beigi A. reoccupation of retired elderly and quality of life distinctive .social welfare, 2007; 7: 287-97.
34. Thumboo J, Fong KY, Machin D, Chan SP, Soh CH, Leong KH, Feng PH, Thio S, Boey ML. Quality of life in an urban Asian Population: The impact of ethnicity and socio-economic status. *Social Science and Medicine* 2003; 56: 1770.