

کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان محله آذربایجان تهران

سیمای زایری^۱، صبا اصغرزاده^۲، مینا زایری^۳، کوروش هلاکویی نائینی^۴، عباس رحیمی فروشانی^۵

^۱ دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دوره MPH، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ پزشک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران، تهران، ایران

^۵ دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده رابط: سیمای زایری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۹۹۳۶، پست الکترونیک: zaeri.sima@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱۸؛ پذیرش: ۹۲/۳/۴

مقدمه و اهداف: در سراسر جهان جمعیت در حال پیر شدن است. سهم رو به افزایش جمعیت سالمندان، چالش‌های جدیدی را در قرن کنونی ایجاد کرده است. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان محله آذربایجان شهر تهران انجام شده است.

روش کار: مطالعه مقطعی روی ۲۸۷ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر انجام شد. شرکت کنندگان به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. اطلاعات با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی، و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شد. به هر حیطه بر اساس دست‌نامه سازمان جهانی بهداشت امتیازی معادل ۰ تا ۱۰۰ داده شد. متغیرهای نهایی در مدل رگرسیون خطی چند متغیره با استفاده از SPSS 16.0 تعیین شدند.

نتایج: میانگین چهار حیطه تشکیل دهنده کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روان، محیط و اجتماعی) سالمندان به ترتیب ۵۸/۴۱، ۱۳/۵۳، ۵۹/۵۳ و ۸۲/۴۲ به دست آمد. نتایج رگرسیون خطی چند متغیره نشان داد که عوامل تأثیرگذار در هر حیطه به ترتیب شامل سن، وضعیت تأهل، ابتلا به بیماری مزمن جسمی و وضعیت اقتصادی در حیطه سلامت جسمانی، جنس وضعیت تأهل، ابتلا به بیماری مزمن جسمی، وضعیت اقتصادی و ترکیب خانواده در حیطه سلامت روان، ابتلا به بیماری مزمن جسمی و وضعیت اقتصادی در حیطه سلامت محیط و جنس در حیطه سلامت اجتماعی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد عوامل متعددی روی کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است که شناخت این عوامل و در نظر گرفتن آن‌ها برای برنامه‌ریزی بهتر در مورد سالمندان و توانمند سازی آنان، اهمیت ویژه ای دارد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، سازمان جهانی بهداشت

مقدمه

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد، که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید (۵). این در حالی است که هم اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۷،۶). این مرکز با انتشار گزارشی اعلام کرده است که در حال حاضر ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که معادل ۴ میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می‌باشد. پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور خواهد رسید (۵). شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که جمعیت سالمندان کشور از ۶/۶ درصد در سال

مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مهمی از جمله کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، کنترل مولید، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر در سطح جهانی مطرح شده، پدیده نسبتاً نوینی است (۲،۱). افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در جهان پدیده‌ای است که از آن به عنوان «خاکستری شدن جمعیت» یا «سالمندی اجباری» نام برده می‌شود (۳). امروزه سالمندان با افزایش امید به زندگی دارای سریع‌ترین رشد در بین گروه‌های جمعیتی هستند، به طوری که در حال حاضر نرخ رشد جمعیت جهان ۱/۷ درصد می‌باشد و این در حالی است که این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، ۲/۵ درصد است (۴).

در نهایت کاهش کیفیت زندگی او می‌گردد، که این یافته با نتایج بررسی انجام شده در سالمندان چینی در کشور هنگ‌کنگ هم‌خوانی دارد (۱۷).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی اولین گام برای طراحی مداخلات مؤثر برای ارتقای سطح سلامت افراد شناخته می‌شود و گام اول دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب، بررسی و شناخت کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن است (۱۸). بنابراین با توجه به ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناخت کیفیت زندگی سالمندان و تغییر در کیفیت زندگی این قشر از جامعه، پژوهشگران بر آن شدند تا چگونگی کیفیت زندگی سالمندان محله آذربایجان تهران را مورد بررسی قرار دهند. نتایج این مطالعه می‌تواند برای آرایه راه‌کارهای لازم به منظور بهبود کیفیت زندگی سالمندان و نیز به عنوان اطلاعات پایه‌ای برای ارزیابی مداخله‌های مؤثر بر کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، از نوع مقطعی است که به منظور بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط در سالمندان در فاصله زمانی زمستان ۱۳۹۰ در محله آذربایجان تهران انجام گرفت.

جمعیت مورد مطالعه

۲۸۷ نفر از سالمندان ساکن محله آذربایجان تهران پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را تکمیل کردند. نمونه‌گیری به روش تصادفی سیستماتیک صورت گرفت. بدین ترتیب که با مراجعه به مرکز بهداشتی-درمانی فرمانفرمائیان-که جمعیت محله آذربایجان را تحت پوشش دارد، و بررسی پرونده‌های بهداشتی خانوارها، لیست اسامی ساکنان بالاتر از ۶۰ سال محله آذربایجان تهران و آدرس و شماره تلفن آنان جمع‌آوری شد. سپس از بین آن‌ها به تعداد حجم نمونه محاسبه شده، نمونه‌ها برای ورود به مطالعه به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. برای تکمیل پرسشنامه‌ها، ابتدا طی تماس تلفنی با آزمودنی‌ها و جلب نظر آنان، پرسشگران با وقت قبلی به منزل آزمودنی‌ها مراجعه و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن ضریب هوشی پایین و عقب ماندگی ذهنی، داشتن توانایی

۱۳۷۵ به ۷/۲۷ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است (۸). اغلب کشورهای در حال توسعه جهان، پیچیدگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی انتقال جمعیتی را که به پیرشدن ملت مشهور است؛ درک کرده‌اند، اما هنوز راه‌حل رضایت بخشی برای آن نیافته‌اند و در بسیاری از این کشورها این مسأله به عنوان یک مسؤلیت مهم نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی ارزش‌گذاری نشده است (۹). لازم به ذکر است که هدف دانش امروزی صرفاً افزایش طول عمر نیست، بلکه سپری شدن سال‌های آخر زندگی در نهایت سلامت جسمانی و روانی است. که این امر خود مسأله‌ای با عنوان «کیفیت زندگی» را مطرح می‌نماید (۷)، که از چالش‌های اصلی و عمده بهداشت در قرن ۲۱ و نیز از موضوعات مورد توجه صاحب‌نظران و محققان در امور سالمندی است (۱۰). به طوری که بررسی‌ها نشان می‌دهد، مقالات موجود با عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سال‌های ۹۵-۱۹۸۵ از ۲۱ به ۷۶ درصد افزایش یافته است (۱۱). کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی است که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت درک فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی را شامل می‌شود (۱۲)، که در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی را در بر می‌گیرد و از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری مستقل آن در تحقیقات مختلف سلامت به عنوان یکی از پیامدهای مهم لازم و ضروری است (۱۳). از طرف دیگر، شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی را می‌توان لازمه ارتقای سطح سلامت زیر گروه‌های هر جامعه و در نهایت یک اجتماع دانست (۱۴). نتایج مطالعات مختلف انجام شده در خصوص کیفیت زندگی سالمندان بیانگر این است که اختلال عملکردی جسمانی در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است، زیرا اختلال عملکردی اثرات منفی بر توانایی حفظ استقلال فرد سالمند دارد، و موجب افزایش نیاز به کمک و در نهایت کاهش کیفیت زندگی او می‌گردد (۱۵). هم‌چنین در یک مطالعه انجام شده در اسپانیا، تفاوت کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند مورد بررسی قرار گرفت، و نشان داده شد که کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار دارد و این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماری‌های مزمن در زنان بود (۱۶). به علاوه نتایج مطالعه انجام شده توسط کنجر، بیانگر این واقعیت است که ابتلای فرد سالمند به بیماری‌های مزمن جسمی، موجب محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی فرد سالمند، افزایش تدریجی وابستگی وی به دیگران و

دهد، به‌عنوان فردی با عملکرد نرمال در انجام فعالیت‌های روزانه در نظر گرفته می‌شود، اما اگر شرکت‌کننده‌ای در انجام دادن یک یا بیش از یک فعالیت روزانه نیاز به کمک سایرین داشته باشد یا آن فعالیت را به سختی انجام دهد، به‌عنوان فردی با ناتوانی عملکردی (Functional disability) در نظر گرفته می‌شود (۲۱).

از جنبه ملاحظات اخلاقی، شرکت در مطالعه اختیاری و با کسب رضایت افراد صورت گرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی مربوط به آنان در اختیار هیچ فرد یا گروهی قرار نخواهد گرفت، نتایج مطالعه به صورت کلی ارایه خواهد گردید و نیز از نتایج حاصل، در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۶۷/۹۳ (با انحراف معیار ۶/۱۹) بود. دامنه سنی افراد مورد بررسی ۸۷-۶۰ سال بود. بیش‌ترین درصد افراد مورد مطالعه دارای تحصیلات ابتدایی (۴۷/۲ درصد)، مذکر (۵۳/۵ درصد)، متأهل (۵۶/۴ درصد) و در گروه سنی ۶۹-۷۵ سال (۸۶ درصد) و از نظر اقتصادی مستقل (۶۲/۷ درصد) بودند. ۳۵/۲ درصد با خانواده زندگی می‌کردند، ۶۵/۲ درصد بیماری مزمن جسمی داشتند و ۷۸ درصد اختلال عملکردی جسمانی نداشتند. مشخصات عمومی شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. میانگین \pm انحراف معیار) چهار بعد تشکیل دهنده کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روانی، محیطی و اجتماعی) سالمندان ساکن در محله آذربایجان به ترتیب ۵۸/۴۱ \pm ۱/۴۷، ۵۳/۱۳ \pm ۲/۱۴، ۵۹/۵۳ \pm ۱/۳۷، و ۴۲/۸۲ \pm ۱/۷۱ بدست آمد.

به منظور تعیین عوامل مؤثر بر چهار دامنه کیفیت زندگی (پس از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر متغیرها) از مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. با استفاده از این مدل می‌توان تأثیر هر کدام از متغیرهای مورد نظر پس از حذف اثر سایر متغیرها بر امتیاز دامنه مورد نظر به دست آورد. جدول شماره ۲ متغیرهای نهایی باقی‌مانده در هر چهار مدل به دست آمده را نشان می‌دهد. جدول فوق شامل متغیرهایی است که رابطه معنی‌داری با پیامد دارند. همان‌گونه که نشان داده شد، ارزیابی شخصی فرد از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود (میانگین کیفیت زندگی و وضعیت سلامت سالمندان از دیدگاه شخصی خود که دو سؤال لول پرسش‌نامه را پوشش می‌دهند) در تمامی حیطه‌ها با امتیاز آن حیطه در ارتباط است. متغیرهای وضعیت

جسمانی برای شرکت در پژوهش (عدم ابتلا به ناشنوایی کامل و بیماری شدید ناتوان کننده)، نداشتن اختلالات روان‌شناختی (فراموشی و آلزایمر). همچنین شرکت‌کنندگان نباید تحت درمان دارویی افسردگی قرار داشته باشند و در طی یک ماه اخیر دچار بیماری یا حادثه منجر به آسیب روحی یا جسمی نشده باشند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها را نسخه ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت تشکیل می‌داد. مشخصات روان‌سنجی گونه ایرانی این پرسشنامه نشان داده است که این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است؛ به طوری که مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ آن در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد، تنها حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۵۵ بوده است (۱۹). این پرسشنامه دارای چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، محیطی، اجتماعی را با ۲۴ سؤال پوشش می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۶، ۸ و ۳ سؤال می‌باشند) و علاوه بر این دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت در صورت از دست رفتن نمره یک آیتم در هر دامنه، از میانگین نمرات آیتم‌های دیگر همان دامنه به عنوان جایگزین نمره آیتم از دست رفته استفاده شد. همچنین در صورت از دست رفتن بیش از دو آیتم در هر دامنه از محاسبه امتیاز آن دامنه صرف نظر گردید. امتیاز دامنه سلامت اجتماعی نیز در صورتی محاسبه شد که تنها یکی از نمرات آیتم‌های آن از دست رفته بود. پس از محاسبه نمرات خام، بر اساس راهنمای پرسشنامه به هر حیطه امتیازی معادل ۰ تا ۱۰۰ داده شد. در دامنه‌های پرسشنامه، امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد (۲۰).

شاخص بارتل (Barthel Index) که در مورد فعالیت‌های روزانه زندگی ADL (Activities of Daily Living) است، به منظور پیگیری میزان پیشرفت در مراقبت فردی و مهارت‌های حرکتی بیماران در طول دوره بازتوانی (rehabilitation) توسط کولین در سال ۱۹۸۷ معرفی شده است. این پرسشنامه برای ارزیابی وضعیت عملکردی در سالمندان به خوبی معتبر شده است. پرسشنامه مذکور شامل ۱۰ آیتم از فعالیت‌های روزانه زندگی است (مانند غذا خوردن، حمام کردن، کنترل ادرار، کنترل مدفوع و ...). اگر شرکت‌کننده‌ای بتواند تمام ۱۰ فعالیت را به طور مستقل انجام

صرفاً بر امتیاز دامنه سلامت روان و متغیر سن فقط بر امتیاز دامنه سلامت جسمانی تأثیر معنی‌دار دارد. معنی‌دار نبودن تأثیر متغیرهای سطح تحصیلات و اختلال عملکردی جسمانی در هیچ‌کدام از چهار دامنه مورد نظر نیز از یافته‌های دیگر مطالعه به شمار می‌رود.

اقتصادی، اختلال عملکردی جسمانی و ابتلا به بیماری مزمن جسمی به استثنای دامنه سلامت اجتماعی بر امتیاز سایر دامنه‌ها به صورت معنی‌داری تأثیرگذار است. متغیر وضعیت تأهل بر امتیاز دامنه سلامت جسمانی و سلامت روان، متغیر جنس بر امتیاز دامنه سلامت روان و سلامت اجتماعی، متغیر ترکیب خانواده

جدول شماره ۱- توزیع مشخصات جمعیتی در مطالعه کیفیت زندگی ۲۸۷ نفر از سالمندان ساکن محله آذربایجان تهران، سال ۱۳۹۰

متغیر	تعداد	درصد
سن	۲۴۷	۸۶/۱
۶۰-۷۵ سال		
۷۵ سال به بالا	۴۰	۱۳/۹
جنس	۱۵۴	۵۳/۵
مرد		
زن	۱۳۳	۴۶/۵
سطح تحصیلات	۵۱	۱۷/۷
بی‌سواد		
ابتدایی	۱۳۶	۴۷/۲
سیکل (راهنمایی-متوسطه)	۴۴	۱۵/۳
دیپلم و بالاتر	۵۷	۱۹/۸
وضعیت تأهل	۱۶۱	۵۶/۱
متأهل		
غیر متأهل (مجرد، بی‌همسر بر اثر فوت، بی‌همسر بر اثر طلاق)	۱۲۶	۳۴/۹
وضعیت اقتصادی	۱۸۰	۶۲/۷
مستقل		
وابسته	۱۰۷	۳۷/۳
ترکیب خانواده	۹۲	۳۲/۱
تنها		
با همسر	۵۶	۱۹/۵۱
با خانواده (همسر و فرزندان)	۱۰۱	۳۵/۹
با اقوام و خویشاوندان	۳۸	۱۳/۲
اختلال عملکردی	۶۳	۲۲
دارد		
جسمانی	۲۲۴	۷۸
ندارد		
ابتلا به بیماری	۱۸۷	۳۴/۸
مبتلا		
مزمن جسمی	۱۰۰	۶۵/۲
غیر مبتلا		

جدول شماره ۲- متغیرهای مؤثر بر هر یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی سالمندان محله آذربایجان تهران، سال ۱۳۹۰

دامنه	متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیون نهایی	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	P
سلامت جسمانی	میانگین دو سوال اول پرسشنامه سن	۰/۴۵	<۰/۰۰۱
	وضعیت تأهل	-۸/۳۲	۰/۰۰۱
	ابتلا به بیماری مزمن جسمی	۵/۱۲	۰/۰۰۴
	اختلال عملکردی جسمانی	-۸/۶۴	<۰/۰۰۱
	وضعیت اقتصادی	-۹/۰۲	۰/۰۳۳
		۴/۱۷	۰/۰۲۹

ادامه جدول شماره ۲- متغیرهای موثر بر هریک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی سالمندان محله آذربایجان تهران، سال ۱۳۹۰

سلامت روان	
میانگین دو سؤال اول پرسشنامه	۰/۶۴
جنس	۰/۰۴۷
وضعیت تأهل	۰/۰۰۲
ابتلا به بیماری مزمن جسمی	۰/۰۰۵
اختلال عملکردی جسمانی	۰/۰۴۳
وضعیت اقتصادی	۰/۰۰۳
ترکیب خانواده :	
با همسر	۰/۰۰۳
با خانواده (همسر و فرزندان)	۰/۰۰۲
با اقوام و خویشاوندان	۰/۰۴۲
سلامت محیط	
میانگین دو سؤال اول پرسشنامه	۰/۵۶ -۶/۸۰ -۴/۴۷
ابتلا به بیماری مزمن جسمی	۰/۰۴
اختلال عملکردی جسمانی	۰/۰۰۱ < ۰/۰۰۱
وضعیت اقتصادی	۰/۰۳۳
سلامت اجتماعی	
میانگین دو سؤال اول پرسشنامه جنس	۵/۲۳ ۰/۳۳
	۰/۰۳۶ < ۰/۰۰۱

ضریب رگرسیونی استاندارد شده در مواردی که بیش از یک متغیر وجود دارد امکان مقایسه آن‌ها را فراهم می‌کند. میانگین دو سؤال اول پرسشنامه (که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و کیفیت زندگی و وضعیت سلامت سالمندان را به طور کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد). سطح پایه برای متغیر ترکیب خانواده تنها در نظر گرفته شده است.

سطح پایه برای متغیر وضعیت تأهل غیر متاهل (شامل مجرد، بی‌همسر بر اثر فوت، بی‌همسر بر اثر طلاق) در نظر گرفته شده است.

بحث

در پژوهش حاضر متغیر سن تنها بر امتیاز دامنه سلامت جسمانی تأثیر معنی‌دار دارد. بدین ترتیب که سالمندان گروه سنی ۷۵ سال به بالا در مقایسه با سالمندان گروه سنی ۶۰-۷۵ سال کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. تصور می‌شود که با افزایش سن، عوامل خطر کیفیت زندگی پایین مانند ابتلا هم‌زمان به چند بیماری، کاهش سطح انرژی افراد واز دست دادن روابط اجتماعی افزایش یافته که مجموع این عوامل می‌توانند باعث کاهش کیفیت زندگی افراد سالمند شود. بدیهی است که در سالمندان مسن‌تر، بروز ناتوانی‌ها و محدودیت‌های جسمی بارزتر بوده که روی کیفیت زندگی سالمند تأثیر می‌گذارد و منجر به کاهش کیفیت زندگی وی می‌گردد. این یافته در مطالعات به کرات ثابت گردیده است. به عنوان مثال در مطالعه آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۳) با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شاهین شهر اصفهان و همچنین در مطالعه انجام شده روی سالمندان منطقه ۲ تهران، پژوهشگران همبستگی معنی‌دار و معکوسی بین سن و نمره کیفیت زندگی گزارش کردند. (۲۲،۲۳) به علاوه در بررسی انجام شده توسط آهنگری و همکاران روی سالمندان عضو کانون

فرهنگ‌سرای سالمند شهر تهران با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF، رابطه معنی‌دار بین متغیر سن و ابعاد سلامت جسمانی و روانی کیفیت زندگی یافت شد (۲۴). همچنین این یافته، مطالعه همسو با نتایج مطالعه مشابه انجام شده توسط در اسپانیا روی شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان است (۲۵)، این در حالی است که در مطالعه انجام شده روی کیفیت زندگی سالمندان در برزیل با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF بین سن و کیفیت زندگی هیچ رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۲۶).

در پژوهش حاضر، تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به جنسیت نشان داد که متغیر جنس بر امتیاز دامنه سلامت اجتماعی و روانی تأثیر معنی‌دار داشته است، و میانگین نمرات دامنه سلامت اجتماعی و سلامت روانی مردان بالاتر از زنان است که این مسأله به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه قابل تبیین است که به علت تبعیض‌های جنسی مرتبط با فرهنگ ما، فشارهای روحی زیاد نسبت به ظرفیت زنان به آن‌ها تحمیل شده که در نهایت منجر به کاهش توانایی روحی آنان در سنین سالمندی می‌گردد. یافته اخیر، همسو با یافته‌های مطالعات مشابه انجام شده توسط علی‌پور و همکاران در سالمندان منطقه ۲ تهران

دوستان باشد (۲۴). همان‌طور که در بالا اشاره شد، مطالعه‌های بسیاری فواید تأهل در زنان و مردان را گزارش کرده‌اند. بدین معنی که افراد متأهل از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایرین برخوردارند. فواید بهداشتی تأهل می‌تواند توسط مکانیسم‌های متنوعی توجیه شود، که از جمله آن‌ها می‌توان به دسترسی به منبع مالی و برخورداری از امنیت اقتصادی در افراد متأهل، تبادل و برخورداری از حمایت اجتماعی بیش‌تر در متأهل و تأثیر مفید یکی از زوج‌ها روی رفتارهای بهداشتی زوج دیگر اشاره کرد (۳۱، ۳۲).

در بررسی تأثیر متغیرهای ابتلا به بیماری مزمن جسمی و اختلال عملکردی جسمانی روی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی، نتایج این مطالعه نشان داد که در تمامی ابعاد به جز دامنه سلامت اجتماعی میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن جسمی و افراد دارای اختلال عملکردی جسمانی پایین‌تر بود که این یافته در راستای تأیید نتایج مطالعاتی است که در این زمینه صورت گرفته است. در تحقیقی که اورفیلو و همکاران در اسپانیا با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار دارد که محققان دلیل این اختلاف را به وجود اختلالات عملکردی جسمانی و بیماری‌های مزمن در زنان نسبت دادند (۲۸). در مطالعه آهنگری و همکاران نشان داده شد که ابتلا به بیماری مزمن جسمی در تمامی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی تأثیرگذار بوده و سالمندان دارای مشکلات جسمانی در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۲۴). هم‌چنین این یافته مطالعه منطبق با نتایج مطالعه پناغی و همکاران است که در بررسی کیفیت زندگی سالمندان تهران پی‌بردند که ابتلا به بیماری مزمن جسمی موجب کاهش کیفیت زندگی فرد سالمند در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط می‌شود (۲۹). بدیهی است که در سنین بالا بروز ناتوانی‌های جسمی بیش‌تر بوده، و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌شود و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان افزایش می‌یابد و موجب کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود (۳۰). هم‌چنین بنا به نظر محققان، علاوه بر نوع و تعداد بیماری مزمن، ادراک فرد از ناتوانی که بیماری برای او ایجاد می‌کند، بعد روانی کیفیت زندگی فرد سالمند تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۳).

مطالعه‌های متعددی بر تأثیر مثبت تحصیلات در بهبود کیفیت زندگی سالمندان تأکید نموده‌اند. تحصیلات با افزایش

و نیز حبیبی و همکاران در سالمندان غرب تهران است. (۲۳، ۲۷) در ضمن آهنگری و همکاران نشان دادند که بین جنسیت و دامنه‌های سلامت روانی و اجتماعی کیفیت زندگی رابطه معنیداری وجود دارد که با نتیجه این مطالعه هم‌خوانی دارد (۲۴). هم‌چنین فرانسیس اورفیلو در مطالعه‌ای در اسپانیا با هدف ارزیابی تأثیر جنسیت روی کیفیت زندگی سالمندان به نتیجه مشابهی دست یافت، که کیفیت زندگی در سالمندان زن نسبت به مردها بدتر است (۲۸)، این در حالی است که در مطالعه پناغی و همکاران که با هدف بررسی کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران انجام شد، متغیر جنس با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی رابطه معنی داری نداشت (۲۹).

معنی‌دار بودن متغیر وضعیت تاهل در دامنه سلامت جسمانی و روانی از دیگر یافته‌های مطالعه است. به طوری که میانگین نمرات دامنه‌های سلامت جسمانی و روانی متاهلین در مقایسه با غیر متاهلین (شامل مجرد، بی همسر در اثر فوت و بی همسر در اثر متارکه) بالاتر است. سلامت و کیفیت زندگی در افراد غیر متاهل مجرد، بی همسر در اثر فوت و بی همسر در اثر متارکه می‌تواند به علت عدم حضور عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر کیفیت زندگی مانند حمایت‌ها و شبکه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرارگیرد چنان که در مطالعات مختلف به نقش مثبت تاهل در کیفیت زندگی افراد تأکید شده است. به طوری که در مطالعه علی پور و همکاران در منطقه ۲ تهران نتایج نشان داد که متاهلین در تمامی حیطه‌های بررسی شده با پرسشنامه لیپاد از کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با سایر گروه‌ها (شامل مجرد، مطلقه و بیوه) برخوردارند (۲۳). هم‌چنین وحدانی نیا و همکاران نیز در مطالعه خود به نتیجه مشابهی دست یافتند (۳۰). این در حالی است که در مطالعه پناغی و همکاران روی سالمندان شهر تهران، متأهل‌ها تنها در بعد سلامت روانی، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند (۲۹)، اما ولی رابطه بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی در مطالعه حبیبی و همکاران مورد تأیید قرار نگرفت (۲۷). در ضمن بر عکس آن‌چه که مشخص شده، متأهلان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند، یافته‌های مطالعه آهنگری و همکاران روی کیفیت زندگی سالمندان فرهنگ‌سراهای تهران در سال ۱۳۸۶ نشان داد که سالمندان مجردی که هرگز ازدواج نکرده بودند، نمره بالاتری را در حیطه سلامت جسمانی کسب کرده بودند که این امر می‌تواند به علت برخورداری این گروه از سالمندان از انواع دیگر حمایت شبکه‌های اجتماعی مانند شبکه

تعداد دفعات بستری در بیمارستان بیش تر بوده، مشکلات بیش تری در استفاده از خدمات بهداشتی دارند که خود منجر به کاهش بعد جسمانی کیفیت زندگی فرد می شود (۳۷).

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که متغیر ترکیب خانواده بر امتیاز بعد روانی کیفیت زندگی تأثیر معنی‌دار دارد. بدین ترتیب که زندگی با همسر و فرزندان پیش‌بینی کننده نمرات بالاتری در بعد روانی کیفیت زندگی است. زندگی با همسر و فرزندان و قرار داشتن در کانون خانواده و داشتن روابط خانوادگی مطلوب موجب تأمین حمایت عاطفی در فرد سالمند می‌شود، که اثرات مثبتی بر ابعاد مختلف سلامت سالمندان به‌ویژه سلامت روان آنان می‌گذارد (۳۸). لی و همکاران نیز در بررسی کیفیت زندگی سالمندان در کره رابطه مثبت و معنی‌داری بین متغیر مذکور و کیفیت زندگی مشاهده کردند (۳۹). این در حالی است که حبیبی و همکاران در مطالعه به رابطه معنی‌داری بین این متغیر و کیفیت زندگی دست نیافتند (۲۷).

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش، بیان‌گر تأثیر فاکتورهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی ابتلا به بیماری مزمن جسمی اختلال عملکردی جسمانی و ترکیب خانواده بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد که در نظر داشتن این عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است، به طوری که می‌توان با تدارک برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان از جمله حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی، افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی، ارائه خدمات مشاوره، فراهم نمودن شرایطی که سالمندان نیازهای عاطفی-روحي و روانی خود را مرتفع سازند، گام‌های مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان برداشت و تأثیرات منفی ناشی از این متغیرها بر کیفیت زندگی افراد سالمند را به حداقل رساند.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسؤولان مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائیان و تمامی سالمندانی که در انجام این مطالعه به ما یاری رسانیدند؛ کمال سپاس را داریم.

خلاقیت در کار و توانایی کنترل زندگی، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. هم‌چنین به طور گسترده‌ای عادات و نگرش‌های مؤثر مانند استقلال، انگیزه، قضاوت، تلاش و پشتکار و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد. به دلیل این که تحصیلات شایستگی فرد را در بسیاری از زمینه‌ها افزایش می‌دهد، به افراد توانایی و انگیزه کنترل کردن و شکل دادن به زندگی خود را می‌دهد که در نهایت منجر به داشتن کیفیت زندگی بهتر می‌شود، اما در مطالعه حاضر متغیر مذکور بر امتیاز هیچ‌یک از دامنه‌های کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت، که با یافته‌های پناغی و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۹). هم‌چنین در یک بررسی انجام شده در لندن پژوهشگران به هیچ رابطه معنی‌داری بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی دست نیافتند، که با نتایج مطالعه کنونی منطبق است. این در حالی است که در مطالعه‌ای که آهنگری و همکاران به روی ۳۰۰ سالمند ۶۰ سال به بالا در فرهنگ‌سرای سالمند شهر تهران انجام داد به این نتیجه رسید که سطح تحصیلات در تمام چهار حیطه کیفیت زندگی به صورت معنی‌داری تأثیرگذار است (۲۴).

در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و وضعیت اقتصادی، یافته‌ها نشان دهنده آن است که این متغیر بر امتیاز تمامی دامنه‌های کیفیت زندگی به جز دامنه سلامت اجتماعی تأثیرگذار است، بدین ترتیب که داشتن استقلال اقتصادی پیش‌بینی کننده نمرات بالاتر در دامنه‌های ذکر شده است. حبیبی و همکاران نشان دادند که بین کیفیت زندگی کلی سالمندان و وضعیت اقتصادی رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افراد مستقل از نظر وضعیت اقتصادی کیفیت زندگی بهتری از وابسته‌ها داشتند (۲۷). هم‌چنین پناغی و همکاران سطح اقتصادی خوب و متوسط را به عنوان مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی کننده در حیطه سلامت محیط شناسایی کردند (۲۹). داشتن استقلال اقتصادی و پول کافی عامل مهمی برای بهبود کیفیت زندگی است، زیرا علاوه بر رفع نیازهای اساسی زندگی، عامل مهمی برای مشارکت بیش‌تر فرد در جامعه و لذت بردن از تفریحات متنوع است، که این امر خود منجر به بهبود بعد سلامت محیط کیفیت زندگی فرد می‌گردد (۳۵). از سوی دیگر مشکلات معیشتی، تنگناهای اقتصادی و وابستگی اقتصادی همگی از عوامل تأثیرگذار بر روان هستند، که منجر به تحت فشار قرار گرفتن فرد شده و در نهایت موجب سلب آسایش و امنیت از وی می‌گردد که به نوبه خود سلامت روانی فرد را متأثر می‌نماید (۳۶). هم‌چنین در سالمندان دارای مشکلات اقتصادی میزان ابتلا به بیماری‌های جسمی و

1. Pargament KI, Maton KI. Religion and prevention in men health. Oxford: Harworth press; 1992.
2. Sadock, BJ., Kaplan, H. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry: SHahrab publication, 2003.
3. Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in the elderly. Montréal: International Association for the Study of Pain; 2005.
4. Rocha F.I, Uchoa E, Guerra HI, et al. Prevalence of Sleep Compliants and associated Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS). Sleep Med. 2002; 3: 231-8.
5. [June 3, 2007]; Available from: <http://www2.irna.com/en/news/line-8.html>.
6. Lee TW, Ko IS, lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49: 129-37.
7. Hatami, H. Public health book: Arjmand publication, 2009.
8. [1388/4/6]; Available from: <http://www.sci.org.ir/content/userfiles/census85/census85/natayej/tables/jadval11.html>.
9. Shidfer, M., Shaghagh, A. Health care for the elderly: Siavash Publications, 1996.
10. Nilsson J, Parker MG, kabir ZN. Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh. Journal of Trans cultural Nursing .2004; 15: 298-307.
11. Babaei H, Jalali A, Zohori, H. The Study of Senior Citizen's Life Quality in Kermanshah. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery. 2005; 3: 22-34.
12. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. Nephrol Dial Transplant. 1998; 13: 65-69.
13. King CR. Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In: King CR, Hinds PS. Quality of Life from Nursing and Patient Perspective. New York: Jones and Bartlett publishers; 2003: 29-44.
14. Karimzadeh Sh, Razavieh A, Kave MH. The relationship between quality of life (QOL) and self-efficacy (SE) of the teachers from Shahrekord. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2008; 10: 28-35.
15. Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterol. 2000; 93: 8-10.
16. Orfila F & Montserrat F. Gender differences in health related quality of life among elderly. Social science & Medicine. 2006; 63: 2367-80.
17. Lam CL, Leuder K. The impact of chronic disease on the Health related quality of life (HRQoL). Family Practice. 2000; 17: 159-66.
18. Hinchliff S, Birchenall M, Birchenall P. Nursing and health care. Cambridge :Edward Arnold Company; 1993.
19. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal Of School Of Public Health And Institute Of Public Health Researches. 2007; 4: 1-12.
20. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the assessment. Available from: www.who.int/mentalhealth/media/en/76.pdf Accessed January 10, 2010.
21. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud. 1988; 10: 61-3.
22. Albockordi M, Ramezani MA, Qraizi FS. A Study on the Quality of Life among Elderly Shahinshahr Area of Isfahan Province in Year 2004. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2006; 5: 701-07.
23. Alipoor F, Sajjadi H, Fooroozan A, Biglerian A, Jalilian A. Quality of life among elderly 2 municipal area of Tehran. salmand. 2008; 3: 25-31. 27.
24. Ahangari M, Kamali M, Arjmand M. Quality of life in elderly member of the Association of Senior Center in Tehran. Iranian Aging Journal. 2007; 2: 182-9.
25. Garcia EL, Banegas JBR. Social network and health related quality of life in older adults a population based study in Spain. Qual Life Res. 2005; 14: 511-20.
26. Renata JP. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderl. Rev. psiquiatr. Rio Gd. 2006; 28: 39-47.
27. Habibi A, Nikpoor S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality Of Life in elderly people of west of Tehran. IJNR. 2008; 2: 29-35.
28. Orfila F, Montserrat F. Gender differences in health related quality of life among elderly. Social science & Medicine. 2006; 63: 2367-80.
29. Panaghi L, Abarashi Z, Mansoori N, Dehghani M. Quality of Life and Related demographic factor of the elderly in Tehran. salmand. 2008; 4: 77-87.
30. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. payesh. 2005; 2: 113-120.
31. Waite LJ. Does marriage matter? Demography. 1995; 32: 488-507.
32. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science. 1988; 241: 540-5.
33. Franks P, Cambell TL, Shield CG. Social relationships and health, the relative roles of family functioning and social support. Social science medicine. 1992; 34: 779-8.
34. Kohn ML, Stomczynski KM. Social structure and self-direction: a comparative analysis of the United States and Poland. Oxford: Blackwell; 1993.
35. Matsuo, M, Nagasawa J, Yoshino A, Hiramatsu K, Kurashiki K. Effects of Activity Participation of the Elderly on Quality of Life. Yonago Acta medica. 2003; 46: 17-24.
36. Tajor M. Elderly health and review of the differences of aspects in their life. Tehran: Nasle Farda Co; 2003.
37. Costa- F M, Barreto MS, Firmo AJ, Uchoa E. Socioeconomics position and health in a population of Brazilian elderly. Public health. 2003; 13: 387- 39.
38. Song L, Li Sh, Zhang W, Feldman M. Integrational support and self-rated health of elderly in rural China: an investigation in Chaohu, anhui province. Healthy longevity. 2008; 20: 33- 42.
39. Lee TW, Ko IS, lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. International journal of nursing studies. 2005; 49: 129-37

Iranian Journal of Epidemiology 2014; 9(4): 66-74.

Original Article

The Quality of Life and Its Effective Factors in the Elderly Living Population of Azerbaijan District, Tehran, Iran

Zaeri S¹, Asgharzadeh S², Zaeri M³, Holakouie Naeini K⁴, Rahimi Foroushani A⁵

1- MPH Student, School of Public Health ,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MPH Student, School of Public Health ,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- School of Medicine , Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

4- PhD, Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iranian Epidemiological Association, Tehran, Iran

5- PhD Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: Zaeri S., zaeri.sima@yahoo.com

Background & Objectives: The world population is growing old. The rising proportion of the elderly is creating new health care challenges in the current century. This study aimed to determine the quality of life and the associated factors in the elderly population of Azerbaijan district in the city of Tehran, Iran

Methods: This cross-sectional study was conducted on 287 elderly persons aged 60 and older. Participants were selected through systemic random sampling. The WHOQOL-BREF questionnaire, the Activities of Daily Living (ADL) questionnaire, and a questionnaire for demographic characteristics were used for data collection. Each domain was given a score between 0 to100 based on the WHO manual. The final variables were determined in a multivariate linear regression model using SPSS16.

Results: The mean score of the 4 domains of quality of life (physical, psychological, environmental, and social health) of the elderly population living in Azerbaijan district was 58.41, 53.13, 59.53, and 42.82, respectively.

Conclusion: A variety of correlates affect the quality of life of the elderly. Recognizing and considering these factors are important for planning more effective programs for the elderly and empowering them.

Keywords: Quality of life, Elderly, World Health Organization