

بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر قم، سال ۱۳۹۰

سعیده حیدری^۱، لیلا محمدقلی زاده^۲، فرزانه اسداللهی^۲، زهرا عابدینی^{۳*}

چکیده

زمینه و هدف: سلامتی جزء مهمی از سالمندی فعال است و سالمندی بدون ناتوانی، همراه با سلامت جسمانی، روانی و مشارکت فعال در فعالیت‌های اجتماعی را می‌توان سالمندی موفق دانست. مؤلفه‌های اقتصادی، اجتماعی، فیزیولوژیکی و عوامل فرهنگی مانند روابط اجتماعی مثبت روی وضعیت سلامت تأثیرگذار است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر قم انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۳۰۰ سالمند با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای سیستماتیک از شهر قم در سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی، آزمون‌های تی‌تست، آنالیز واریانس، کروسکال-والیس و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان $0/12 \pm 0/83$ بود. وضعیت خواب (۰/۷۶)، حیطه‌های شور و نشاط (۰/۷۵)؛ کمترین نمره و حیطه‌های صبحت کردن (۰/۹۴)، وضعیت ذهنی (۰/۹۳)؛ بالاترین نمره میانگین را کسب کردند. همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با متغیرهای سن، تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، منبع درآمد، نحوه زندگی، اشتغال مردان و ابتلا به بیماری مزمن، ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، ولی با جنس و شغل زنان، ارتباط معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد با توجه به ضعیف بودن وضعیت سلامت روانی نسبت به وضعیت جسمانی در سالمندان، سلامت روانی آنها بایستی در کنار سلامت جسمانی، همچنین عوامل مرتبط با سلامت مانند مشخصات فردی، منابع حمایتی و نحوه گذران اوقات فراغت مورد بررسی قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی؛ سلامتی؛ سالمند.

^۱مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲کارشناس پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:
زهرا عابدینی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
abediny1354@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Heidari S, Mohammad Gholizadeh L, Asadolahi F, Abedini Z. Evaluation of Health Status of Elderly in Qom City, 2011, Iran.
Qom Univ Med Sci J 2013;7(4):71-80. [Full Text in Persian]

مقدمه

از نظر بیولوژیک، سالمندی محدودیت پیشرونده ذخیره هموستاتیک سیستم‌های بدن است (۱). اگرچه سالمندی فرآیندی طبیعی است، ولی به شکل متجانس رخ نمی‌دهد، و برای هر شخص منحصر به فرد است (۲). این کاهش در هر سیستم مستقل از سایر سیستم‌ها به‌طور تدریجی و پیشرونده است، همچنین رژیم غذایی، محیط، عادات فردی و عوامل ژنتیکی بر شدت و وسعت آن تأثیرگذار است. معمولاً سن ۶۵ سالگی آغاز سالمندی به‌شمار می‌آید (۱).

به‌علت افزایش امید به زندگی سالمندان انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۵ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به‌ویژه آمریکای لاتین و آسیا، جمعیت سالمندان ۳ برابر شود. همچنین پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۰، تعداد سالمندان ایران به ۱۰ میلیون نفر برسد. با افزایش تعداد جمعیت سالمندان به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر در جامعه باید برنامه‌هایی را برای مقابله با بیماری‌های مربوط به دوران سالمندی طراحی نمود. بنابراین، ارزیابی چند جانبه برای بررسی عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی آنها ضروری به‌نظر می‌رسد (۳-۵).

حفظ و بهبود وضعیت سلامت در دوران سالمندی، نه تنها باعث پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود؛ بلکه به استقلال و شرکت سالمندان در فعالیت‌های خانوادگی و اجتماعی کمک قابل توجهی می‌کند (۶). اگر سالمندان بتوانند فعالیت‌های فیزیکی خود را به‌صورت مستقل انجام داده و از نظر روانی و عاطفی نیز متعادل باشند، می‌توان آنها را سالم در نظر گرفت (۷). سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند، سلامتی جزء مهمی از سالمندی فعال است (۸)، و سالمندی بدون ناتوانی، همراه با سلامت جسمانی، روانی و مشارکت فعال در فعالیت‌های اجتماعی را می‌توان سالمندی موفق دانست (۹، ۱۰). عواملی شامل مؤلفه‌های اقتصادی، اجتماعی، فیزیولوژیک، رفتاری، شخصیتی، محیط فیزیکی، بهداشتی و عوامل فرهنگی مانند نژاد، قومیت، مذهب، روابط اجتماعی مثبت و حمایت اجتماعی در سلامتی پویای سالمندی تأثیرگذار است (۱۱، ۱۲). کاهش عملکرد جسمانی و شناختی، یک تهدید جدی و مهم برای زندگی مستقل سالمندان است (۱۳). مطابق با رویکرد بهداشت عمومی، هدف اصلی سرویس‌های

بهداشتی برای سالمندان؛ کاهش اثر بیماری‌های مزمن، حفظ توانایی برای زندگی مستقل و بهبود کیفیت زندگی آنها می‌باشد (۱۱). افراد سالمند برای تأمین نیازهای زندگی خود و توانایی انتخاب‌های سالم به انواع مختلفی از منابع نیاز دارند. این منابع شامل حمایت‌های روانی، راهنمایی، مشاوره و کمک مالی است (۱۴). داشتن افرادی برای اتکا کردن در زمان نیاز، احتمالاً با کاهش اثرات استرس همراه با کاهش عملکرد ارتباط دارد (۱۳). نیمی از جمعیت سالمندان، حداقل از یک بیماری مزمن که باعث نقص در کارکرد و فعالیت‌های روزانه آنها می‌شود، رنج می‌برند (۳). همچنین سلامت روانی سالمندان می‌تواند با رفاه و بهزیستی حاصل از ارتباط با دیگران و فعالیت‌های اجتماعی مرتبط باشد. افسردگی و غمگینی در سالمندان از موارد شایع بوده و نقش مهمی نیز در کاهش اشتها، وزن، خستگی، علاقه، بی‌میلی و اختلالات خواب بازی می‌کند. در مطالعات مختلف ارتباط بین حیطه‌های سلامت فیزیکی، روانی و عاطفی مکرراً گزارش شده است. بنابراین، بررسی حیطه‌های مختلف سلامتی برای درک بهتر وضعیت سلامتی سالمندان از موارد مهم می‌باشد (۷). نتایج بررسی وضعیت سلامت سالمندان ساکن بیرجند نشان داد ۱۰/۴٪ دارای سابقه ابتلا به دیابت و ۳۹/۶٪ مبتلا به پرفشاری خون بوده‌اند. همچنین ۶۸٪ مشکل بینایی و ۱۰/۸٪ اختلال ادراری داشته‌اند، ۶۸/۴٪ نیز مبتلا به افسردگی خفیف، ۳/۲٪ دارای افسردگی شدید و ۲۴/۴٪ مبتلا به اختلالات شناختی شدید تا خفیف بوده‌اند (۱۵). در یک مطالعه دیگر به‌طور کلی، ۹۹٪ سالمندان مورد بررسی ساکن یاسوج، وضعیت سلامت خود را در حد متوسط توصیف نمودند، که وضعیت سلامت جسمانی آنها ضعیف‌تر از سلامت روحی - روانی ارزیابی شد (۱۶). در مطالعه جغتایی و نجاتی، ۳۴/۲٪ سالمندان مورد پژوهش افسردگی شدید و ۴۴/۱٪ افسردگی متوسط داشتند، همچنین ۵٪ از سالمندان مورد بررسی دارای اختلال شناختی شدید، ۴۷/۵٪ اختلال شناختی متوسط و ۳۰٪ دارای اختلال شناختی خفیف بودند. همچنین بیماری‌های عضلانی، اسکلتی و قلبی - عروقی از شایع‌ترین مشکل سالمندان عنوان شد (۱۷). در بین سالمندان ساکن قزوین نیز شایع‌ترین بیماری‌های سالمندان، به ترتیب بیماری‌های استخوان و مفاصل، قلبی - عروقی، گوارشی و غدد بود (۱۸).

بعد از تصویب طرح تحقیقاتی و گرفتن مجوز رسمی از دانشگاه، پژوهشگر از هر منطقه مناطق ۴ گانه شهر، ۵ خیابان را به طور تصادفی از روی نقشه انتخاب و به نمونه گیری از مکان های عمومی واقع در این خیابان ها مانند پارک ها و مساجد (سر خوشه ها) به شکل سیستماتیک پرداخت (اطلاعات مناطق شهری با مراجعه به شهرداری به دست آورده شد). از هریک از مناطق ۲۰ گانه شهر، ۱۵ فرد سالمند واجد شرایط به طور تصادفی انتخاب شدند. پژوهشگر در ابتدا هدف از انجام مطالعه و روش کار را توضیح داده و بعد از جلب رضایت افراد، پرسشنامه ها را با مصاحبه حضوری تکمیل کرد. از افراد شرکت کننده در مطالعه، رضایت نامه آگاهانه نیز گرفته شد. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد، اطلاعات بی نام بررسی شده و محرمانه خواهد ماند و در صورت تمایل نتایج مطالعه به آنها منعکس خواهد شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش های آمار توصیفی برای تعیین فراوانی، میانگین و انحراف معیار اطلاعات و آزمون های تی تست، آنالیز واریانس، کروسکال - والیس برای بررسی ارتباط مشخصات فردی با نمره وضعیت سلامت سالمندان و رگرسیون خطی چند گانه جهت بررسی تأثیر مشخصات فردی بر وضعیت سلامت تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

اکثر سالمندان مورد پژوهش، مرد (۵۹/۷٪) با سن بین ۶۰-۷۰ سال (۴۷/۰٪)، متأهل (۵۳٪) و بیسواد (۳۹/۰٪) بودند (جدول شماره ۱). میانگین و انحراف معیار سنی سالمندان $72/40 \pm 9/91$ سال و تعداد فرزندان آنها $4/84 \pm 3/09$ نفر بود. ۸۴/۷٪ سالمندان، دارو مصرف می کردند که از بین آنها ۲۱٪ قادر نبودند داروهای خود را به تنهایی مصرف کنند و نیاز به کمک دیگران داشتند. ۲۲٪ آنها نیز در تهیه دارو با مشکل مالی مواجه بودند. ۳۲/۷٪ آنها به شفا بخش بودن دارو معتقد نبوده و فقط ۵۱/۷٪ آنها دارو را شفا بخش می دانستند. ۲۳/۷٪ آنها نیز دارو را طبق دستور پزشک معالج خود مصرف نمی کردند. شایع ترین بیماری های مزمن در بین افراد بررسی شده اختلالات عضلانی و اسکلتی (۲۵٪)، و به ترتیب چربی خون بالا (۲۰/۷٪)، بیماری های قلبی - عروقی

افزایش رو به سرعت تعداد سالمندان در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، لزوم توجه به وضعیت سلامت سالمندان را در این کشورها برمی انگیزد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان شهر قم انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۳۰۰ سالمند با روش نمونه گیری خوشه ای سیستماتیک از شهر قم در سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. در این بررسی از پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه ۱۵ سؤالی (Quality of Life Questionnaire, 15D) استفاده شد. ابزار 15D یک پرسشنامه استاندارد و به صورت خود گزارش دهی برای بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامتی در (Health Related Quality of Life) HRQoL است که به بررسی ۱۵ حیطه شامل: وضعیت بینایی، شنوایی، سیستم تنفس، حرکتی، خواب، دهان و دندان، صحبت کردن، وضعیت دفعی (ادراری و روده ای)، مراقبت از خود، عملکرد ذهنی، ناراحتی ها و نشانه های بیماری، افسردگی، پریشانی، شور و نشاط و فعالیت های جنسی سالمندان می پردازد (۱۹). هر حیطه به ۵ سطح از "بدون هیچ مشکلی (۱)" تا "حداکثر مشکل (۰)" طبقه بندی می شود. طیف نمره هر حیطه و نمره کلی پرسشنامه بین ۰-۱۰ می باشد. در این بررسی نمره کلی پرسشنامه 15D از طریق محاسبه میانگین مجموع نمره های تمامی حیطه ها به دست آمد. چنانچه نمره هر حیطه یا نمره کلی پرسشنامه بالاتر باشد (به ۱ نزدیک تر باشد)؛ یعنی وضعیت سلامت سالمند بهتر است. بعد از ترجمه پرسشنامه 15D، اعتبار آنها با نظرخواهی از ۱۰ نفر اساتید با روش اعتبار محتوی سنجیده شد و اعتماد علمی پرسشنامه نیز با استفاده از روش انسجام و تناسب داخلی آلفا کرونباخ بعد از تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از سالمندان تعیین گردید. ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه 15D، ۰/۹۲ به دست آمد. معیار انتخاب واحدهای مورد پژوهش شامل سن بالای ۶۵ سال، آگاهی به زمان، مکان، شخص، توانایی برقراری ارتباط با پرسشگرها و قومیت های مختلف با توانایی تکلم به زبان فارسی بود. معیارهای خروج نیز عبارت بود از: عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه و عدم همکاری با پرسشگر.

همچنین طبق آزمون‌های آنالیز واریانس و کروسکال-والیس، سالمندان با سن کمتر، متأهل، با تحصیلات متوسطه و بالاتر، وضعیت اقتصادی خوب، دارای منبع درآمد حاصل از شغل فعلی یا بدون کمک فرزندان، شاغل که با همسر و فرزندانشان زندگی می‌کردند نسبت به بقیه گروه‌ها وضعیت سلامت بهتری داشتند ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون آنالیز واریانس نشان داد وضعیت سلامت سالمندان زن در بین گروه‌های شغلی مختلف تفاوتی ندارد (جدول شماره ۱). بیش از نیمی از سالمندان اوقات فراغت خود را به تماشای تلویزیون (۵۵٪)، رفتن به مسجد و روزه (۵۰/۳٪) می‌گذراندند. میانگین و انحراف معیار نمره وضعیت سلامت افرادی که اوقات فراغت را به انجام ورزش، مسافرت و مطالعه می‌گذراندند، به ترتیب برابر $0/89 \pm 0/76$ ، $0/89 \pm 0/70$ و $0/88 \pm 0/09$ بود (جدول شماره ۳). همچنین نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد، $41/1\%$ تغییرات وضعیت سلامت سالمندان مربوط به تأثیر این عوامل بوده است؛ سن، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و اینکه سالمند با چه کسانی زندگی می‌کند.

(۱۹/۰٪)، دیابت (۱۸/۷٪)، فشارخون بالا (۵/۳٪)، بیماری‌های پوستی (۴/۳٪)، گوارشی (۴/۰٪)، اختلالات کلیوی (۴/۰٪)، بزرگی خوش‌خیم پروستات (۳/۷٪)، بیماری‌های تنفسی (۳/۷٪)، تیروئیدی (۳/۰٪)، ژنیکولوژی (۳/۰٪) و عروقی مغز (۲/۰٪) بود. منابع حمایتی سالمندان شامل همسر و فرزندان (۷۸/۳۳٪)، خداوند، پیامبر و ائمه معصومین (حمایت معنوی) (۱۶٪)، خواهر و برادر (۹/۶۷٪)، همسایه‌ها (۴٪)، خویشاوندان (۸/۳۴٪)، دوستان و همکاران (۷/۶۷٪) بود و $3/67\%$ بیان کردند هیچ منبع حمایتی ندارند. طیف اندازه شبکه حمایتی سالمندان مورد پژوهش (تعداد افراد حمایت‌کننده) بین ۸-۰ نفر بود، که میانگین و انحراف معیار آن $2/1 \pm 4/18$ برآورد شد. میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان $0/83 \pm 0/12$ بود، ابعاد وضعیت خواب $0/76 \pm 0/25$ ، شور و نشاط $0/75 \pm 0/26$ ؛ کمترین وضعیت صحبت کردن $0/94 \pm 0/12$ و ذهنی $0/93 \pm 0/14$ ؛ بیشترین نمره را کسب کردند (جدول شماره ۲). نتایج آزمون تی‌تست نشان داد نمره کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در دو گروه زن و مرد تفاوتی ندارد.

جدول شماره ۱: ارتباط مشخصات فردی سالمندان مورد پژوهش با نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی

مشخصات فردی	تعداد	درصد	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون آماری، pvalue
سن (سال)	کمتر از ۷۰ سال	۴۷/۰	۰/۸۷ \pm ۰/۱۰	کروسکال-والیس Chi-square=۳۳/۳۳ p=۰/۰۰۱
	۷۰-۷۵	۴۱	۰/۸۳ \pm ۰/۱۰	
	۷۵-۸۰	۵۷	۰/۸۲ \pm ۰/۱۴	
	۸۰-۸۵	۲۶	۰/۷۹ \pm ۰/۱۲	
	۸۵-۹۰	۲۱	۰/۷۸ \pm ۰/۱۲	
وضعیت تأهل	بیش از ۹۰	۱۴	۰/۷۰ \pm ۰/۱۹	کروسکال-والیس Chi-square=۵۳/۹۶ p=۰/۰۰۱
	همسر فوت شده یا مطلقه	۱۰۷	۰/۷۶ \pm ۰/۱۵	
	متأهل	۱۷۵	۰/۸۸ \pm ۰/۰۹	
	مجرد	۱۸	۰/۸۰ \pm ۰/۱۳	
	بیسواد	۱۱۷	۰/۸۰ \pm ۰/۱۴	
تحصیلات	سواد خواندن، نوشتن و سواد قرآنی	۵۲	۰/۸۵ \pm ۰/۱۲	کروسکال-والیس Chi square =۳۴/۷۱ p=۰/۰۰۱
	ابتدایی	۴۱	۰/۸۷ \pm ۰/۱۰	
	راهنمایی	۳۳	۰/۷۹ \pm ۰/۱۱	
	متوسطه	۲۵	۰/۹۰ \pm ۰/۰۶	
	بالتر از دیپلم	۲۸	۰/۹۱ \pm ۰/۰۷	
	حوزوی	۴	۰/۹۱ \pm ۰/۰۰	
	خوب	۶۴	۰/۸۹ \pm ۰/۰۸	
وضعیت اقتصادی	متوسط	۱۴۴	۰/۸۵ \pm ۰/۱۱	کروسکال-والیس Chi-square=۳۵/۴۱ p=۰/۰۰۱
	ضعیف	۹۲	۰/۷۷ \pm ۰/۱۵	
منبع درآمد	درآمد حاصل از شغل فعلی	۱۳۲	۰/۸۸ \pm ۰/۰۹	کروسکال-والیس Chi-square=۴۶/۵۸ p=۰/۰۰۱
	کمک فرزندان و اقوام	۳۵	۰/۷۸ \pm ۰/۱۷	
	کمک بهزیستی	۲۱	۰/۷۲ \pm ۰/۱۱	
	کمیته امداد امام خمینی	۳۶	۰/۷۷ \pm ۰/۱۷	
	مستمری بازنشستگی	۶۲	۰/۸۵ \pm ۰/۰۹	
	مستمری بازنشستگی و کمک فرزندان	۱۱	۰/۷۸ \pm ۰/۱۳	
	درآمد ناشی از شغل فعلی و کمک فرزندان	۳	۰/۹۱ \pm ۰/۰۶	
با چه کسانی زندگی می کند (نحوه زندگی)	با همسر و فرزندان	۱۵۸	۰/۸۹ \pm ۰/۰۹	کروسکال-والیس Chi-square=۷۰/۸۴ p=۰/۰۰۱
	با فرزندان	۴۳	۰/۸۱ \pm ۰/۱۲	
	تنها	۴۵	۰/۸۳ \pm ۰/۱۰	
شغل مردان (n=۱۷۹)	خانه سالمندان	۵۰	۰/۶۹ \pm ۰/۱۵	آنالیز واریانس f=۳۳/۵۶, p=۰/۰۰۱
	خواهر، برادر و اقوام	۴	۰/۷۵ \pm ۰/۰۷	
	آزاد	۶۵	۰/۹۰ \pm ۰/۰۱	
	دولتی	۲۴	۰/۸۹ \pm ۰/۰۲	
تعداد بیماری های مزمن	کارگر، کشاورز، دامدار	۲۴	۰/۸۷ \pm ۰/۰۳	آنالیز واریانس f=۳/۶۵, p=۰/۰۰۱
	بیکار	۶۶	۰/۷۳ \pm ۰/۰۲	
	بیماری مزمن ندارد	۶۹	۰/۸۷ \pm ۰/۱۴	
	دارای بیماری مزمن	۱۵۲	۰/۸۴ \pm ۰/۱۱	
	دارای ۲ بیماری مزمن	۵۵	۰/۷۹ \pm ۰/۱۳	
دارای ۳-۵ بیماری مزمن	۲۴	۰/۷۷ \pm ۰/۱۲	۸/۰	

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد وضعیت سلامت سالمندان مورد پژوهش (n=۳۰۰)

ردیف	ابعاد وضعیت سلامتی	میانگین ± انحراف معیار
۱	حرکتی	۰/۸۳ ± ۰/۲۱
۲	بینایی	۰/۸۳ ± ۰/۱۸
۳	شنوایی	۰/۹۰ ± ۰/۱۶
۴	تنفسی	۰/۸۶ ± ۰/۲۱
۵	خواب	۰/۷۶ ± ۰/۲۵
۶	خوردن (وضعیت دندان‌ها، دندان مصنوعی)	۰/۹۰ ± ۰/۱۶
۷	صحبت کردن	۰/۹۴ ± ۰/۱۲
۸	وضعیت دفعی	۰/۸۸ ± ۰/۱۹
۹	فعالیت‌های معمول (مراقبت از خود)	۰/۸۵ ± ۰/۲۱
۱۰	عملکرد ذهنی	۰/۹۳ ± ۰/۱۴
۱۱	ناراحتی و نشانه بیماری	۰/۷۸ ± ۰/۱۶
۱۲	افسردگی	۰/۷۹ ± ۰/۲۵
۱۳	پریشانی	۰/۷۹ ± ۰/۲۴
۱۴	شور و نشاط	۰/۷۵ ± ۰/۲۶
۱۵	فعالیت جنسی	۰/۸۴ ± ۰/۲۳

جدول شماره ۳: نحوه گذران اوقات فراغت سالمندان مورد پژوهش (n=۳۰۰)

نحوه گذراندن اوقات فراغت	تعداد	درصد	میانگین ± انحراف معیار (کیفیت زندگی مرتبط با سلامت)
ورزش	۱۶	۵/۳	۰/۸۹ ± ۰/۷۶
رفتن به پارک	۴۱	۱۳/۷	۰/۸۸ ± ۰/۱۰
مطالعه	۵۴	۱۸/۰	۰/۸۸ ± ۰/۰۹
روزنامه خواندن	۴۱	۱۳/۷	۰/۸۷ ± ۰/۱۰
تماشای تلویزیون	۱۶۵	۵۵/۰	۰/۸۳ ± ۰/۱۳
گوش دادن به رادیو	۴۱	۱۳/۷	۰/۸۶ ± ۰/۱۰
خواندن قرآن، نماز و دعا	۱۳۰	۴۳/۳	۰/۸۴ ± ۰/۱۱
رفتن به مهمانی	۵۵	۱۸/۳	۰/۸۵ ± ۰/۰۹
رفتن به روضه و مسجد	۱۵۱	۵۰/۳	۰/۸۶ ± ۰/۱۰
کارهای هنری	۳۴	۱۱/۴	۰/۸۷ ± ۰/۰۷
مسافرت	۳۵	۱۱/۷	۰/۸۹ ± ۰/۰۷

* تعدادی از سالمندان چند گزینه را انتخاب کردند

بحث

سالمندان به آن مبتلا هستند، علت عمده این اختلالات فقدان‌هایی مانند از دست دادن سلامت، قدرت و توانایی جسمانی، توانایی اقتصادی و روانی، کاهش حواس و تغییر تصویر از خود می‌باشد (۱۹). در مطالعه تاجور و همکاران، سادات و همکاران (سال ۱۳۹۰)، وضعیت سلامت روانی سالمندان از شرایط جسمانی آنها بهتر گزارش شد (۲۰، ۱۶). مطالعه Albockordi نیز نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان از طیف ۰-۱۰۰، ۶۰ بوده است که نشان می‌داد اکثر سالمندان مورد بررسی، کیفیت زندگی

نتایج این مطالعه نشان داد از بین ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سالمندان؛ شور و نشاط، وضعیت خواب، ناراحتی و نشانه بیماری، افسردگی و پریشانی از بقیه ابعاد ضعیف‌تر و وضعیت صحبت کردن و ذهنی از بقیه ابعاد بهتر بوده است. اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و پریشانی، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی از جمله مشکلات شایع در افراد بالای ۶۵ سال است که ۱۵-۱۰٪

متوسط داشته‌اند و ۷٪ دارای کیفیت زندگی خیلی پایین و ۱۴٪ کیفیت زندگی پایین، ۲۱٪ کیفیت زندگی متوسط و ۳۴٪ از کیفیت زندگی بالا برخوردار بوده‌اند (۲۱). ولی در مطالعه حاضر، میانگین نمره ابعاد مختلف سلامت جسمانی سالمندان بهتر از ابعاد سلامت روانی آنها بود و به‌طور کلی، نمره میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بالا بود. این تفاوت شاید به‌علت استفاده از ابزارهای مختلف و تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در خودارزیابی وضعیت سلامتی افراد باشد که نیاز به بررسی بیشتر دارد. همچنین در مطالعه حاضر ۶۰/۷ سالمندان شرکت‌کننده، در گروه سالمندان جوان (۷۴-۶۰ سال) قرار داشتند.

نتایج نشان داد افراد با سن کمتر از ۷۰ سال، متأهل، با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی، وضعیت اقتصادی خوب، و در حال زندگی با همسر و فرزندان؛ وضعیت سلامت بهتری نسبت به گروه‌های دیگر دارند. در مطالعه تاجور و همکاران نیز بین وضعیت زندگی (زندگی تنها یا با خانواده)، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی با سلامت روانی و جسمانی، ارتباط مثبتی وجود داشت. در این بررسی سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کردند در مقایسه با سالمندان تنها، از کیفیت زندگی و سلامت بالاتری برخوردار بودند و وضعیت سلامت سالمندانی که با خویشاوندان خود زندگی می‌کردند نیز نسبت به سالمندان تنها، ضعیف‌تر بود، که این موضوع به تنوع فرهنگی و اجتماعی اشاره دارد (۲۰). در مطالعه حاضر نیز افرادی که با اقوام خود زندگی می‌کردند، وضعیت سلامت ضعیف‌تری نسبت به افراد تنها داشتند. همچنین Shanker و همکاران (سال ۲۰۱۰) دریافتند سطح تحصیلات با سلامتی سالمندان ارتباط مثبتی دارد، و این بدان معنی است که توانایی افراد برای دسترسی و تفسیر اطلاعات به‌وسیله ایجاد حس کنترل شخصی، دانایی و علم افزایش یافته و منجر به انتخاب شیوه زندگی بهتر در آنان شده است (۲۲). داشتن وضعیت اقتصادی مناسب و پول کافی برای داشتن کیفیت زندگی خوب لازم است، البته نه فقط برای پوشش نیازهای اساسی زندگی؛ بلکه به‌عنوان یک فاکتور مهم برای مشارکت در اجتماع، لذت بردن افراد از سرگرمی‌ها و کارهای مورد علاقه و تعطیلات (۲۰). افراد با سطح اقتصادی ضعیف معمولاً از بیماری‌های مزمن و عوارض بیشتری رنج می‌برند، که این خود فعالیت‌های فیزیکی آنها را

تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). در این مطالعه سالمندانی که درآمدها از طریق شغل فعلی تأمین می‌شد و افراد شاغل نسبت به افراد بیکار، وضعیت سلامت بهتری داشتند. مشارکت فرد سالمند در زندگی اجتماعی، نقش‌های اجتماعی، روابط اجتماعی یا همکاری با دیگران، نشان‌دهنده آن است که افراد هنوز دارای درآمد بوده و ارزش اجتماعی دارند. مطالعات مختلف بیان می‌کنند افرادی که فعال بوده و در فعالیت‌های اجتماعی و خانوادگی شرکت می‌کنند نسبت به افراد سالمند غیرفعال سالم‌تر هستند (۸). وضعیت شغلی و ثبات خانوادگی به‌علاوه وضعیت اقتصادی می‌تواند روی سلامتی، سازگاری، ناتوانی و ابتلا به بیماری تأثیرگذار باشد. در یک مطالعه مشخص گردید شغل در زنان لهستانی نسبت به اروپای غربی اثر کمتری روی سلامتی داشته است، همچنین در زنان خانه‌دار خطر پیشرفت بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان سینه و الکلیسم بالاتر بود، سلامتی روان و کیفیت زندگی زنان خانه‌دار نسبت به زنان بازنشسته ضعیف‌تر ارزیابی شد، ولی ارزیابی سلامتی جسمانی زنان خانه‌دار و بازنشسته تفاوتی نداشت (۲۴). در مطالعه حاضر، بین شغل زنان و وضعیت سلامت، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. شاید بدین دلیل که تعداد زنان شاغل در این مطالعه کم بود، و فعالیت‌های شغلی اکثر آنان در خانه انجام می‌شد، همچنین شغل آنها در افزایش فعالیت‌های اجتماعی تأثیری نداشت.

نتایج نشان داد افرادی که مبتلا به بیماری مزمن نیستند، وضعیت سلامت بهتری نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دارند. ابتلا به بیمارهای متعدد با وضعیت عملکردی و کیفیت زندگی ضعیف‌تر و استفاده بیشتر از سرویس‌های بهداشتی و افزایش مرگ و میر همراه است. از طرفی، بیماری مزمن همراه با کاهش خودکارآمدی، استقلال، کاهش عملکرد روانی و جسمانی است (۲۳). در مطالعه حاضر از نظر آماری بین جنس و وضعیت سلامت سالمندان، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، ولی نمره میانگین وضعیت سلامت سالمندان مرد بهتر از زنان بود. در مطالعه Luleci و همکاران (۲۰۰۸) نیز بین جنس با سلامتی، ارتباطی مشاهده نشد (۱۱)، ولی نتایج مطالعه تاجور و همکاران (۲۰۰۸) در تهران نشان داد زنان سالمند و افراد با تحصیلات پایین‌تر نسبت به مردان و افراد با تحصیلات بالا، از سلامت و کیفیت زندگی نسبتاً ضعیفی

بررسی؛ همسر و فرزندان، درصد خیلی کم افراد سازمان‌های رسمی مانند کمیته امداد و در تعدادی از سالمندان نیز خداوند، پیامبر و ائمه معصومین بوده است. در مطالعات مختلف؛ خانواده، همسایه، سرویس‌های بهداشتی، حمایت‌های معنوی و مذهب از مهم‌ترین منابع حمایتی سالمندان ذکر شده است (۱۴). Chalise و همکاران بیان کردند همسر، فرزندان، خواهر و برادر و در پی آنها دوستان نزدیک و صمیمی می‌توانند از مهم‌ترین منابع حمایت اجتماعی سالمندان باشند (۳۰). در مطالعه‌ای که Hamilton و همکاران (سال ۲۰۱۰) بر روی سالمندان مبتلا به سرطان انجام دادند، نیمی از بیماران (۵۰٪) عقیده داشتند حمایت خدا باعث التیام و بهبود سرطان شده و نگرانی‌های آنها را برطرف می‌کند و در هنگام نیاز، کمکی از سوی دیگران برای آنها می‌فرستد. همچنین آنها توکل به خدا را عاملی مؤثر در آرامش و کاهش استرس برشمردند (۳۱). البته در این مطالعه درصد کمی از سالمندان خداوند و ائمه معصومین را به‌عنوان منبع حمایتی معرفی کردند.

نتایج نشان داد افرادی که اوقات فراغت خود را به ترتیب به ورزش، مسافرت، مطالعه، روزنامه خواندن و فعالیت‌های هنری می‌پردازند نسبت به گروه‌های دیگر، نمره میانگین وضعیت سلامت‌شان بالاتر است. حرکت، ورزش و سرگرمی برای سالمندان، زندگی با نشاط و رضایت‌بخشی را ایجاد می‌کند، همچنین اعتماد به نفس را در آنها تقویت کرده و آنها را از سکون، بی‌ثمیری و احساس بی‌اهمیتی نجات می‌دهد. این امر در تأمین بهداشت روان سالمندان سهم مؤثری دارد (۲۰). فعالیت فیزیکی و تفریحی؛ سطح خستگی، تنهایی و افسردگی را کاهش می‌دهد (۳۲). فعالیت‌های تفریحی به شکل تنها مانند دیدن تلویزیون و گوش دادن به رادیو با افسردگی و کیفیت زندگی پایین، ارتباط قابل توجهی دارد. فعالیت‌های شغلی نیز اثرات مثبتی روی سلامتی روان سالمندان دارند (۳۳). در مطالعه حاضر، سالمندان شاغل از وضعیت سلامت بهتری برخوردار بودند. انواع فعالیت‌های مذهبی به‌گونه‌ای متفاوت بر سلامتی تأثیرگذار است. به‌طور مثال نماز بیشتر روی سلامت روان نسبت به سلامت فیزیکی مانند بیماری‌های مزمن و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارد. نماز و دعا باعث تسکین پریشانی و اضطراب می‌شود.

برخوردار هستند (۲۰). اغلب سالمندان (۷۷٪) شرکت‌کننده در مطالعه حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند. همچنین شایع‌ترین بیماری‌های مزمن را به ترتیب ابتلا به اختلالات عضلانی-اسکلتی، سپس چربی خون بالا و بیماری‌های قلبی - عروقی تشکیل می‌داد. در ایالات متحده آمریکا ۸۰٪ سالمندان حداقل یک بیماری مزمن و ۵۰٪ آنها ۲ بیماری مزمن داشتند (۲۵). در مطالعه آصف‌زاده و قدوسیان (سال ۱۳۸۹) نیز شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک در بین سالمندان؛ بیماری‌های استخوان و مفاصل، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های گوارشی و غدد گزارش شد (۱۸). در مطالعه حسینی (سال ۱۳۸۷)، ۸۳٪ سالمندان مورد بررسی حداقل یک بیماری و ۴۴/۴٪ بیش از ۲ بیماری مزمن به‌طور همزمان داشتند (۲۶). درصد بالایی از سالمندان مورد مطالعه (۸۴/۷٪) دارو مصرف می‌کردند که از بین آنها ۲۱٪ برای خوردن دارو نیاز به کمک دیگران داشتند. ۳۲/۷٪ به شفابخش بودن داروها معتقد نبودند، و بیش از یک‌چهارم آنها داروهای خود را طبق دستور پزشک معالج مصرف نمی‌کردند. Ben- Noselozich و Natan (سال ۲۰۰۱) بیان کردند با وجود پیگیری زیاد بیماران برای تجویز دارو، تخمین زده شده است که بیش از ۳۰٪ داروهای تجویزی برای سالمندان طبق دستورات داده‌شده مصرف نمی‌شود. پیروی سالمندان از رژیم دارویی طبق گزارش‌دهی خود آنها با تعداد داروهای مورد نیاز برای مصرف، دریافت یا عدم دریافت حمایت از مراقبین اولیه و اطمینان به کارایی حرفه‌ای تیم درمان (۲۷)، کمبود حمایت اجتماعی، به‌خصوص در سالمندان با نقص شناختی و افسردگی (۲۸)، تغییرات جسمانی مرتبط با سن، شرایط بیمارگونه، مصرف چند دارو به‌طور همزمان، تداخلات دارویی، عوامل روانی و اجتماعی مانند محدودیت پوشش بیمه درمانی و مشکلات مربوط به جابجایی و حرکت ارتباط داشته است (۲۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد از بین ابعاد سلامتی؛ نمره شور و نشاط، افسردگی و پریشانی پایین بوده است، همچنین ۳/۶۷٪ هیچ منبع حمایتی نداشته و ۱۶٪ آنها نیز از منبع حمایتی معنوی (خداوند و ائمه معصومین) برخوردار بوده‌اند. همچنین ۳۳/۷٪ تحت پوشش بیمه‌ای نبودند که با نتایج مطالعات ذکرشده همخوانی داشت. نتایج نشان داد منبع حمایتی بیش از نیمی از سالمندان مورد

وضعیت سلامت سالمندان؛ مشخصات فردی، منابع حمایتی و نحوه گذران اوقات فراغت آنها به عنوان عوامل مرتبط با وضعیت سلامت مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم و مرکز تحقیقاتی طب و دین (به شماره ۳۴/۲۶۵۶۵/پ) انجام شد که بدین وسیله قدردانی و سپاسگزاری می‌کنیم. همچنین از تمامی سالمندان شرکت کننده در مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

فعالیت‌های اجتماعی مذهبی باعث افزایش حمایت اجتماعی شده و اثرات قوی و مثبتی روی سلامتی و خنثی کردن اثرات استرس روی آن دارد (۳۴). در این مطالعه نیز افرادی که اوقات فراغت خود را با فعالیت‌های مذهبی جمعی مانند رفتن به مسجد و روضه می‌گذرانند، نسبت به افرادی که فعالیت‌هایی مثل خواندن نماز، قرآن و دعا داشتند، از وضعیت سلامت بهتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری

با توجه به ضعیف بودن وضعیت سلامت روانی نسبت به وضعیت جسمانی سالمندان، باید سلامت روانی سالمندان در کنار سلامت جسمانی آنها مورد توجه قرار گیرد و بهتر آن است که در ارزیابی

References:

1. Resnick N. Geriatric Medicine. Harrison's Principle of Internal Medicine. 15th ed. Mc Graw-Hill: New York; 2001. p. 36-46.
2. Rocha SM, Nogueira ML, Cesario M. Social Support and Networks in Health Promotion of Older People: A case Study in Brazil. Int J Older People Nurs 2009;4(4):288-98.
3. Tajvar M. Health of Aging and Review Various Aspects of their Life. Tehran: Publication Nasle Farda; 2004. [Text in Persian]
4. International Conference on Elderly. Department of Health and World Health Organization. Deputy Health Minister of Health and Medical Education. Tehran: Minister of Health and Medical Education; 2004. [Text in Persian]
5. Park GA. Preventive and Social Medicine Textbook. Shojaei Tehrani H, Translator. Guilan: Guilan University of Medical Sciences; 2001. [Text in Persian]
6. Darvishpoor-Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Tools for Measurement of Health Status and Quality of Life of Elderly People. J Res Med Sci 2010;33(3):162-173. [Full Text in Persian]
7. Shell GA, Kirsch A. Psychosocial Issues, Outcomes, and Quality of Life. In: Otto SE, editor. Oncology Nursing. 4th ed. ST Louis: Mosby; 2001. p. 948-970.
8. Thanakwang K. Social Relationships Influencing Positive Perceived Health among Thai Older Persons: A Secondary Data Analysis Using the National Elderly Survey. Nurs Health Sci 2009;11(2):144-9.
9. Golden J, Conroy RM, Lawlor BA. Social Support Network Structure in Older People: Underlying Dimensions and Association with Psychological and Physical Health. Psychol Health Med 2009;14(3):280-90.
10. Moatamedi A, Ejei J, Azadfallah P, Kyamanesh AR. The Relationship between Religious Tendency and Successful Aging. Clin Psychol Personal 2005;1(10):43-56. [Full Text in Persian]
11. Luleci E, Hey W, Subasi F. Assessing Selected Quality of Life Factors of Nursing Home Residents in Turkey. Arch Gerontol Geriatr 2008;46(1):57-66.
12. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Autonomy in the Elderly: A Phenomenological Study. Hakim 2010;12(4):1-10. [Full Text in Persian]
13. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional Declines, Social Support, and Mental Health in the Elderly: Does Living in a State Supportive of Home and Community-based Services Make a Difference? Soc Sci Med 2010;70(7):1050-8.

14. Chalise HN, Saito T, Takahashi M, Kai I. Relationship Specialization Amongst Sources and Receivers of Social Support and Its Correlations with Loneliness and Subjective Well-being: A Cross Sectional Study of Nepalese Older Adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44(3):299-314.
15. Sharif-zade GH-R, Movadi M, Fonodi F. Assessment Health Statuse Aging under Imam Khomeini Relief Committee. *Salmand Iran J Ageing* 2010;5(17):208. [Full Text in Persian]
16. Sadat SDJ, Afrasiabifar A, Mobaraki S, Fararooei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health Status of the Elderly People of Yasouj, Iran, 2008. *Armaghan-Danesh* 2012;16(6):567-577. [Full Text in Persian]
17. Joghtaei M, Nejati V. Survey Health Statuse Aging in Kashan City. *Salmand Iran J Ageing* 2006;1(1):3-10. [Full Text in Persian]
18. Asefzadeh S, Ghodoosian A. Recognition of the Health Related Factors of Aged Population of Minoodar in Order to Design Research Interventions (2008). *Salmand Iran J Ageing* 2010;5(15):68-75. [Full Text in Persian]
19. Saberian M, Haji Aghakhani S, Ghorbani R. Study of the Mental Status of the Elderly and Its Relationship with Leisure Time Activities. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2004;10(4):53-60. [Full Text in Persian]
20. Tajyar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of Health-related Quality of Life in Elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008;8:323.
21. Albou Kordi M, Ramezani MA, Qraizi FS. A Study on the Quality of Life among Elderly Shahinshahr Area of Isfahan Province in Year 2004. *Jundishapur Sci Med J* 2007;5(4):701-707. [Full Text in Persian]
22. Shankar A, McMunn A, Steptoe A. Health-related Behaviors in Older Adults Relationships with Socioeconomic Status. *Am J Prev Med* 2010;38(1):39-46.
23. Habibi-sola, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Survey Corolation Health Promoting Behaviors with Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living in Elderly West of Tehran 2007. *Salmand Iran J Ageing* 2007;2(5):331-339. [Full Text in Persian]
24. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P. Factors Determining Changes in Self-rated Health in the Polish Community-dwelling Elderly. *Cent Eur J Public Health* 2005;13(3):17-24.
25. Bozo O, Guarnaccia CA. Activities of Daily Living, Social Support, and Future Health of Older Americans. *J Psychol* 2010;144(1):1-14.
26. Hosseini SR, Zabihi A, Savadkahi S, Bijani A. Prevalence of Choronic Diseases in Elderly Population in Amirkola (2006-2007). *J Babol Univ Med Sci* 2008;10(2):68-75. [Full Text in Persian]
27. Ben-Natan M, Noselozich I. Factors Affecting Older Persons' Adherence to Prescription Drugs in Israel. *Nurs Health Sci* 2011;13(2):164-9.
28. Mazzella F, Cacciatore F, Galizia G, Della-Morte D, Rossetti M, Abbruzzese R, et al. Social Support and Long-term Mortality in the Elderly: Role of Comorbidity. *Arch Gerontol Geriatr* 2010;51(3):323-8.
29. Maloney KW, Kagan SH. Adherence and Oral Agents with Older Patients. *Semin Oncol Nurs* 2011;27(2):154-60.
30. Chalise HN, Kai I, Saito T. Social Support and Its Correlation with Loneliness: A Cross-cultural Study of Nepalese Older Adults. *Int J Aging Hum Dev* 2010;71(2):115-38.
31. Hamilton JB, Crandell JL, Carter JK, Lynn MR. Reliability and Validity of the Perspectives of Support From God Scale. *Nurs Res* 2010;59(2):102-9.
32. Ali-poor F, Sajadi H, Forozan A, Bigrian A. The Role of Social Support in Elderly Quality of Life. *Social Welfare Q* 2010;9(33):147-165. [Full Text in Persian]
33. Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure and Religious Activity Participation and Mental Health: Gender Analysis of Older Adults in Nepal. *BMC Public Health* 2007;7:299.
34. Van Olphen J, Schulz A, Israel B, Chatters L, Klem L, Parker E, Williams D. Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *J Gen Intern Med* 2003;18(7):549-57.