

## «مطالعات جامعه‌شناسی»

سال هشتم، شماره سی و دوم، پاییز ۱۳۹۵

ص ص ۱۵-۷

### سنجش اعتبار و روایی آزمون کیفیت زندگی در سالمندان اهوازی

دکتر عبدالرحیم اسداللهی<sup>۱</sup>

دکتر علی اسمعیلی<sup>۲</sup>

دکتر لاله فانی صابری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۷/۱

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۵/۹/۳

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و سنجش اعتبار و روایی آزمون کیفیت زندگی (SF-36) در بین سالمندان ایرانی در سال ۱۳۹۵ به اجرا درآمد. روش این پژوهش از نوع توصیفی است. نمونه تحقیق شامل ۷۶۳ نفر از سالمندان مرد و زن مناطق هشت‌گانه شهرداری اهواز می‌باشد. با روش سنجش اعتبار درونی و همگنی آیتم‌ها اعتبار آزمون مورد تایید قرار گرفته و با روش تحلیل عوامل چند متغیره، همسانی درونی فاکتورهای آزمون پذیرفته شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی سالمندان بیشترین رابطه معناداری وجود دارد و به ترتیب خستگی یا نشاط و سلامت روانی و در آخر عملکرد اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان از نقش موثرتری برخوردارند و رابطه معنادار بودن را تایید می‌کنند. بر طبق یافته‌ها مشخص شد که سلامت عمومی یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی سالمندان است، یعنی زمانی که سالمندان از سلامت عمومی بالایی برخوردارند زندگی مطلوب‌تر و بهتری خواهند داشت و بالعکس.

واژگان کلیدی: سالمندان اهوازی، سنجش اعتبار، کیفیت زندگی و آزمون SF-36.

#### مقدمه و بیان مساله

امروزه در تمام جوامع، «سالمندی» به عنوان یک مسئله مهم در قرن ۲۱ مطرح است. کاهش میزان باروری نقش عمده‌ای در افزایش درصد سالمندان داشته است و درصد جمعیت سالمندان تقریباً در همه کشورها به طور منظم رو به افزایش است. پدیده سالخوردگی جمعیت، همزاد با تحول جمعیت است و به موازات کاهش سطح باروری و افزایش امید به زندگی شکل می‌گیرد. شمار جمعیت سالمندان در ۵۰ سال

E-mail: a.asadollahi@hotmail.co.uk

۱. دکترای سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز- ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: ali\_esmaily2003@yahoo.com

۲. دکترای جامعه‌شناسی، دانشگاه جامع علمی کاربردی تهران- ایران.

E-mail: saberi.fani.1@mums.ac.ir

۳. دکترای بهداشت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری- ایران.

گذشته سه برابر شده است و در ۵۰ سال آینده نیز سه برابر خواهد شد. در ایران با ظاهر شدن آثار کنترل جمعیت از سال ۱۳۷۰ به بعد به تدریج از نسبت افراد کمتر از ۱۵ سال کاسته و بر نسبت افراد میانسال (۶۴-۱۵ سال) افزوده شده است. استمرار این وضع در آینده می‌تواند ترکیب سنی جمعیت را تغییر داده و به نحو محسوسی از نسبت افراد زیر ۱۵ سال بکاهد و جمعیت را به سوی سالخوردگی سوق دهد (اسداللهی، ۱۳۹۰؛ زنجانی و دیگران، ۱۳۸۱). در ایران هم اکنون ۴/۵ میلیون نفر سالمند زندگی می‌کنند که ۵۴ درصد آنان را مردان و ۴۶ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند که ۹۲ درصد آن‌ها در کانون‌های خانوادگی زندگی می‌کنند (تاجور، ۱۳۸۲). پیش‌بینی می‌شود که طی سال‌های آینده جمعیت سالمندان رشد بیشتر داشته باشد و تا ۵۰ سال دیگر ۲۲ درصد جمعیت کشور سالمندی بالای ۶۰ سال باشند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که روند پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز مانند سایر کشورهای جهان سیر صعودی دارد (تاجور، ۱۳۸۲). لازم به ذکر است که ایران در سال ۱۳۹۰ از کشور جوان به کشور پیر تبدیل شده است و با توجه به این مسئله باید به فکر بهتر نمودن شرایط زندگی و رفع نواقص و مشکلات زندگی سالمندان پرداخت. از این روی با طراحی کردن آزمون بهزیستی برای آنان می‌توان در بهبود زندگی و باخبردار شدن اوضاع جسمی و روانی آنان قدمی برداشت.

آزمون معتبر سنجش کیفیت زندگی سالمندان در رابطه با کیفیت و میزان رضایت و نارضایتی زندگی در سالمندان طراحی شده است و دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط محققان خارجی تنظیم و تدوین شده است که سنخیت زیادی با سبک زندگی مردم جامعه ما نداشته است. از این روی با به وجود آوردن تغییرات و اصطلاحاتی آن را متناسب با فرهنگ و شرایط و نحوه زندگی کنونی افراد جامعه‌مان تبدیل کرده‌اند. این آزمون در صورتی که اعتباریابی نشود نتیجه درست و واقعی در برنخواهد داشت و تمام مراحل انجام پروژه بهبود خواهد شد و در پی نتایج حاصله از آن ممکن است سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه و بهبود کیفیت زندگی سالمندان، غیر مرتبط با حقایق باشد، از این روی باید در اعتبار و روایی آزمون دقت لازم به عمل آید تا بتوان در پیشبرد اهداف تحقیق مثمر ثمر و موفق باشیم. بررسی و اندازه‌گیری سطح سلامت از مباحث مهم بهداشتی است. سلامتی، مفهومی گسترده بوده و دارای ابعاد چندگانه است. امروزه توجه به استفاده از ابزارهایی که سلامت فرد را در تمامی ابعاد بسنجد، در جامعه و پژوهش‌های اپیدمیولوژیک مورد توجه بسیار قرار گرفته است. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارآیی دارد و به همین علت سنجش اعتبار و هنجاریابی آزمون از اهمیت و ضرورت زیادی برخوردار است.

### ادبیات موضوع

علی حسام‌زاده و همکاران (۱۳۸۲) به بررسی کیفیت زندگی و ابعاد تشکیل‌دهنده آن در سالمندان مقیم خانواده و سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران پرداختند که تعداد ۹۶ سالمند در سه گروه سالمند مقیم خانواده، سالمند مقیم سرای سالمندان خصوصی و سرای سالمندان دولتی شهر تهران با توجه به معیارهای پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند. نمره کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده (۶۵/۵۷) بالاتر از کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان دولتی (۵۱/۳۰) و خصوصی (۵۰/۶۴) بود. نمره ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی و رضایت از زندگی و نیز مراقبت از خود، سالمندان مقیم خانواده با سالمندان سرای سالمندان اختلاف آماری معناداری نشان دادند ( $P < 0/05$ ). بین کیفیت زندگی سالمندان سرای دولتی و خصوصی و نیز کیفیت زندگی مردان و زنان در واحدهای مورد مطالعه اختلاف معناداری مشاهده نشد.

لیلی پناغی و همکارانش (۱۳۸۸) پژوهشی در رابطه با کیفیت زندگی و خصوصیات جمعیت‌شناختی و مرتبط با آن در جمعیت سالمندان شهر تهران انجام دادند. در این تحقیق ۱۳۴ مرد و ۱۰۹ زن سالمند شرکت داشتند: نتایج نشان داد که در حوزه سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی، روابط خانوادگی خوب پیش‌بینی‌کننده مثبت و به ترتیب بیماری جسمی، روانی و روابط خانوادگی ضعیف پیش‌بینی‌کننده کاهش نمرات بود. در حوزه محیط، سطح اقتصادی خوب، پیش‌بینی‌کننده افزایش نمرات و روابط خانوادگی ضعیف، پیش‌بینی‌کننده کاهش نمرات بود. براین اساس مشخص شد که روابط خانوادگی یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی است.

مهتاب عزیززاده و همکاران پژوهشی در سال‌های (۲۰۰۵-۷) انجام دادند که هدف از انجام این تحقیق دستیابی به اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت سالمندان ایرانی مهاجر در استرالیا بود. یافته‌ها نشان می‌دهند که اکثریت سالمندان ایرانی مهاجر دارای علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی در حد متوسط بودند (۴۴٪) و بیش از نیمی از آن‌ها (۵۸٪) سطح متوسطی از احساس روانی خوب بودن را داشتند. از نظر عملکرد فیزیکی (۴۱٪) سالمندان دچار محدودیت متوسط و به همان مقدار نیز فاقد محدودیت بودند. از نظر توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی اکثریت (۵۶٪) سالمندان مستقل بودند. وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگ‌پذیری متغیرهای تعیین‌کننده قوی وضعیت سلامت جسمانی و روانی سالمندان بودند. لیلا قهرمانی و همکاران (۱۳۸۸) یک مطالعه مداخله‌ای برای ارزشیابی تاثیر مداخله آموزشی در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان آسایشگاه کهریزک انجام دادند. که یک نمونه ۶۰ نفری از سالمندان سنین ۶۰ تا ۸۵ پرسشنامه SF-36 را قبل و ده هفته پس از مداخله تکمیل نمودند که بر اساس نتایج مطالعه، مداخله آموزشی تاثیر معناداری در تمام ابعاد کیفیت زندگی از قبیل: عملکرد جسمانی ( $P < 0/05$ )، محدودیت نقش ( $P < 0/00001$ )، درد بدنی ( $P < 0/001$ )، سلامت عمومی ( $P < 0/01$ )، نیروی حیاتی ( $P < 0/001$ )، عملکرد اجتماعی ( $P < 0/001$ )، محدودیت نقش روانی ( $P < 0/00001$ ) و سلامت روان

( $P < 0/03$ ) داشته است، که این یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزش بهداشت تاثیر مثبتی در ارتقاء کیفیت زندگی دارند.

علی درویش‌پور کاخکی و همکاران (۱۳۸۸) به بررسی ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان پرداختند، هدف آن‌ها شناسایی و معرفی ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بود. آن‌ها با استفاده از کلید واژه‌های کیفیت زندگی و سلامت سالمندان جستجوی جامعی در پایگاه‌های اطلاعاتی مدلاین، سازمان بهداشت جهانی و سایر منابع در دسترس انجام دادند و ابزارهای سنجش شناسایی و ابزارهای رایج مورد استفاده، معرفی گردید، که بر اساس آن ۵۱۸۶ مقاله به دست آمد که ۹۱ مقاله به طور مستقیم در ارتباط با اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان بودند. بیشترین ابزارهای مورد استفاده به ترتیب فرم کوتاه ۳۶ (۴۹٪)، فرم کوتاه ۱۲ (۷٪)، نیمرخ سلامت نائینگهام (۶٪)، نیمرخ اثر ناخوشی (۴٪) و پرسشنامه وضعیت سلامت ۱۲ عبارتی (۴٪) بودند.

#### روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهشی که در این پروژه به کاررفته به صورت توصیفی می‌باشد که ویژگی‌هایی از قبیل ۱. سلامت عمومی ۲. عملکرد جسمانی ۳. محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی ۴. محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی ۵. درد بدنی ۶. عملکرد اجتماعی ۷. خستگی یا نشاط و ۸. سلامت روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد که هدف از بررسی آن‌ها تاثیری است که بر روی کیفیت زندگی سالمندان می‌گذارد. اجرای پژوهش حدود ۳ ماه از ۱۲ اردیبهشت ۱۳۹۵ تا ۲۳ مرداد ماه ۱۳۹۵ بین ۷۶۳ سالمند بالای ۶۰ ساله اهوازی به طول انجامید تا پرسشنامه‌ها و تحلیل داده با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تفسیر و نگارش گزارش تکمیل شدند.

#### جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه سالمندان مناطق هشت‌گانه شهر اهواز (۵۱۹۵۴ سالمند زن و مرد) در نیمه اول سال ۱۳۹۵ می‌باشد. نمونه آماری شامل ۷۶۳ نفر از سالمندان که تعداد ۴۴۳ مرد و تعداد ۳۲۰ زن سالمند می‌باشد. روش نمونه‌گیری که در این پژوهش به کار رفته است روش نمونه‌گیری تصادفی بر اساس بلوک‌های ساختمانی و خیابان‌ها به عنوان خوشه‌ها بود.

#### تفسیر ابزار گردآوری اطلاعات

مفاهیمی که توسط این پرسشنامه یعنی SF-36 سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطة مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که به قرار زیر است: بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲

عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. شماره عبارات (۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱ و ۱۲) عملکرد جسمانی، شماره‌های (۱۳-۱۴-۱۵ و ۱۶) محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، شماره‌های (۱۷-۱۸ و ۱۹) محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی، شماره‌های (۲۰-۲۱-۲۲ و ۲۳) خستگی یا نشاط، شماره‌های (۲۴-۲۵-۲۶-۲۸ و ۲۹) سلامت عاطفی، شماره‌های (۳۰ و ۳۱) عملکرد اجتماعی (۲۱ و ۲۲) درد، شماره‌های (۳۲-۳۳-۳۴-۳۵ و ۳۶) سلامت عمومی را مورد سنجش قرار می‌دهند. پس از این که هر یک از عبارات با توجه به پاسخ از صفر تا ۱۰۰ ارزش‌گذاری شدند، امتیاز عبارات هر زیرمقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیرمقیاس را به دست می‌آوریم که عدد به دست آمده به عنوان درصد میزان سلامتی در آن بعد نیز به حساب می‌آید. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس، بر ۸ تقسیم می‌شود که عدد به دست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد.

### یافته‌های پژوهش

بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان مربوط به گروه سنی ۷۰-۶۰ با ۴۱ نفر فراوانی یعنی ۴۶/۵ درصد و کمترین تعداد مربوط به گروه سنی ۸۰ و بالاتر با ۴ نفر فراوانی یعنی ۷/۵ درصد می‌باشد. همچنین بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی با ۳۷ نفر فراوانی یعنی ۳۸/۹ درصد و کمترین تعداد دارای مدرک دیپلم با ۲ نفر فراوانی یعنی ۲/۱ درصد می‌باشند. جنسیت شرکت‌کنندگان مردان با ۵۴ نفر فراوانی یعنی ۵۶/۸ درصد می‌باشند. نتایج آزمون آلفای کرونباخ نشان داد سطح اعتبار نتایج آزمون‌ها در حد مناسب (۰/۷۳۹) می‌باشد.

### آزمون فرضیات

فرض صفر: بین عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود ندارد؟ ( $p = 0$ )  
فرض مقابل: بین عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد؟ ( $p \neq 0$ ).

| جدول شماره (۱): توزیع ضرایب همبستگی متغیرهای اصلی کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی |                         |                |       |
|--|-------------------------|----------------|-------|
|  |                         | عملکرد اجتماعی |       |
|  |                         | کیفیت زندگی    |       |
| کیفیت زندگی  | Correlation Coefficient | ۱/۰۰۰          | ۰/۰۰۸ |
|  | Sig. (2-tailed)         | .              | ۰/۹۴۱ |
|  | N                       | ۷۶۱            | ۷۶۲   |
| Spearman's rho   | Correlation Coefficient | ۰/۰۰۸          | ۱/۰۰۰ |
|  | Sig. (2-tailed)         | ۰/۹۴۱          | .     |
|  | N                       | ۷۶۳            | ۷۶۲   |

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود با توجه به مقدار (sig=۰/۹۴۱) که همان سطح معنادار بودن می‌باشد بزرگ‌تر از ( $\alpha = 0.05$ ) است فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان رد نمی‌شود و بین این دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد، بنابراین فرضیه ۱ پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد.

فرض صفر: بین خستگی یا نشاط و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود ندارد؟ ( $p = 0$ )  
فرض مقابل بین خستگی یا نشاط و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد؟ ( $p \neq 0$ ).

**جدول شماره (۲): توزیع ضرایب همبستگی متغیرهای اصلی کیفیت زندگی و خستگی یا نشاط**

|                |               | کیفیت زندگی             | خستگی یا نشاط |
|----------------|---------------|-------------------------|---------------|
| Spearman's rho | کیفیت زندگی   | Correlation Coefficient | ۱/۰۰۰         |
|                |               | Sig. (2-tailed)         | ۰/۶۷۶**       |
|                |               | N                       | ۷۶۳           |
| Spearman's rho | خستگی یا نشاط | Correlation Coefficient | ۰/۶۷۶**       |
|                |               | Sig. (2-tailed)         | ۰/۰۰۰         |
|                |               | N                       | ۷۶۲           |

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

همان‌طور که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود با توجه به مقدار (sig=۰/۰۰۰) که کوچک‌تر از ( $\alpha = 0.05$ ) است فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین خستگی یا نشاط و کیفیت زندگی سالمندان رد می‌شود، یعنی بین احساس نشاط و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی‌دار وجود دارد، بنابراین فرضیه شماره ۲ پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد.

فرض صفر: بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود ندارد؟ ( $p = 0$ )  
فرض مقابل بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد؟ ( $p \neq 0$ ).

**جدول شماره (۳): توزیع ضرایب همبستگی متغیرهای اصلی کیفیت زندگی و سلامت عمومی**

|                |             | کیفیت زندگی             | سلامت عمومی |
|----------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Spearman's rho | کیفیت زندگی | Correlation Coefficient | ۱/۰۰۰       |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰           |
|                |             | N                       | ۷۶۲         |
| Spearman's rho | سلامت عمومی | Correlation Coefficient | ۰/۲۵۸*      |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰/۰۱۲       |
|                |             | N                       | ۷۶۳         |

|                |             | کیفیت زندگی             | سلامت عمومی |
|----------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Spearman's rho | کیفیت زندگی | Correlation Coefficient | ۰/۲۵۸*      |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰           |
|                |             | N                       | ۷۶۳         |
|                | سلامت عمومی | Correlation Coefficient | ۰/۲۵۸*      |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰           |
|                |             | N                       | ۷۶۳         |

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

همان‌طور که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود با توجه به مقدار (sig=۰/۰۱۲) که کوچک‌تر از  $(\alpha = 0.05)$  است فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی سالمندان رد می‌شود، یعنی سلامت عمومی یکی از فاکتورهای کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود و فرضیه شماره ۳ پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد.

فرض صفر: بین سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود ندارد؟ ( $p = 0$ )  
فرض مقابل: بین سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد؟ ( $p \neq 0$ ).

#### جدول شماره (۴): توزیع ضرایب همبستگی متغیرهای اصلی کیفیت زندگی و سلامت روانی

|                |             | کیفیت زندگی             | سلامت روانی |
|----------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Spearman's rho | کیفیت زندگی | Correlation Coefficient | ۰/۶۸۴**     |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰           |
|                |             | N                       | ۷۶۳         |
|                | سلامت روانی | Correlation Coefficient | ۰/۶۸۴**     |
|                |             | Sig. (2-tailed)         | ۰           |
|                |             | N                       | ۷۶۳         |

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

همان‌طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌گردد با توجه به مقدار (sig=۰/۰۰۰) که کوچک‌تر از  $(\alpha = 0.05)$  است فرض صفر مبنی بر عدم ارتباط بین سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان رد می‌شود، یعنی بین سلامت روانی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی‌دار وجود دارد، بنابراین فرضیه شماره ۴ پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. پس یک سالمند با داشتن سلامت روانی می‌تواند یک زندگی نسبتاً خوبی داشته باشد. نتایج تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی در جدول شماره (۵) آمده است.

جدول شماره (۵): نتایج فاکتور آنالیز به روش مولفه‌های اصلی بر روی آزمون SF-36

| مولفه‌ها                                     | Initial Eigenvalues |               |              | Extraction Sums of Squared Loadings |               |              |
|--|---------------------|---------------|--------------|-------------------------------------|---------------|--------------|
|  | Total               | % of Variance | Cumulative % | Total                               | % of Variance | Cumulative % |
| عملکرد جسمانی                                | ۳/۱۶۷               | ۴۵/۲۴۷        | ۴۵/۲۴۷       | ۳/۱۶۷                               | ۴۵/۲۴۷        | ۴۵/۲۴۷       |
| محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی | ۱/۳۷۴               | ۱۹/۶۳۱        | ۶۴/۸۷۸       | ۱/۳۷۴                               | ۱۹/۶۳۱        | ۶۴/۸۷۸       |
| درد  | ۰/۸۵۲               | ۱۲/۱۷۱        | ۱۷/۰۴۷       |                                     |               |              |
| سلامت روانی                                  | ۰/۵۷۸               | ۸/۲۶۴         | ۸۵/۳۱۳       |                                     |               |              |
| خستگی یا نشاط                                | ۰/۴۱۲               | ۵/۸۷۹         | ۹۱/۱۹۲       |                                     |               |              |
| سلامت عمومی                                  | ۰/۳۵۰               | ۵/۰۰۳         | ۹۶/۱۹۶       |                                     |               |              |
| عملکرد اجتماعی                               | ۰/۲۶۶               | ۳/۸۰۴         | ۱۰۰/۰۰       |                                     |               |              |

Extraction Method: Principal Component Analysis.

با توجه به آزمون مولفه‌های اصلی، به ترتیب عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامتی جسمانی، درد، سلامت روانی، خستگی یا نشاط، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی بیشترین تا کمترین نقش را در کیفیت زندگی سالمند ایفا می‌کنند. جدول شماره (۶) توزیع شاخص‌های نیکویی برازش برای داده‌های آزمون SF-36 را نشان می‌دهد. این نتایج بیان می‌کند توزیع درونی آزمون از کیفیت خوبی برخوردار بوده و می‌توان به نتایج حاصل از آن در سنجش کیفیت زندگی سالمندان اعتماد نمود.

جدول شماره (۶): نتایج توزیع شاخص‌های نیکویی برازش آزمون SF-36

| شاخص‌ها  | $\chi^2$ | df  | $\chi^2/df$ | AGFI | GFI  | RMSEA | IFI  | NFI  | CFI  |
|----------|----------|-----|-------------|------|------|-------|------|------|------|
| سطح ارزش | ۱۴۲/۸۵   | ۷۶۱ | ۰/۱۸۷       | ۰/۹۷ | ۰/۹۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۹۱ | ۰/۹۵ | ۰/۹۵ |

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که سالمندان زمانی از زندگی خود رضایت‌مندند و کیفیت زندگی خود را مطلوب می‌دانند که دارای جسمی سالم باشند و عملکرد جسمانی، تحرکات و فعالیت‌های بدنی آن‌ها مانند گذشته باشد و از شدت آن کاسته نشده باشد. چون به همراه بالا رفتن سن، امراض و بیماری‌ها، دردهای بدنی و ناتوانایی‌های جسمانی نیز بروز می‌کند و این امر باعث محدودیت ایفای نقش - فعالیت‌های روزانه - عملکردهای اجتماعی می‌شود و می‌تواند باعث خستگی و کاهش نشاط و فشار روانی آن‌ها شود. پس عملکرد جسمانی می‌تواند خود به خود بر روی همه جنبه‌های کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد. از این روی عملکرد جسمانی بیشترین نقش را برای سالمندان ایفا می‌کند و بعد از آن به ترتیب محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، درد بدنی،

سلامت روانی، خستگی یا نشاط، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی دارای اولویت می‌باشند. در این آزمون هر چهار فرضیه‌های پژوهش مورد تایید واقع شدند و رابطه معناداری با متغیرهای خود داشتند. پس وان این گونه نتیجه گرفت که آزمون (SF-36) توانسته است به خوبی همه مولفه‌های کیفیت زندگی را بسنجد و نتایج مشخص را به دست آورد. این آزمون دارای اعتبار و روایی بالایی است زیرا شرکت کنندگان منظور سوالات را درک کرده و پاسخ داده‌اند و نتیجه قابل انتظاری حاصل گردیده است. مهم-ترین محدودیت بررسی حاضر پایین بودن سطح سواد شرکت کنندگان و دو زبانه بودن اغلب سالمندان بود.

### تشکر و قدردانی

در انجام این پژوهش تعدادی از دانشجویان علاقه‌مند دانشگاه جامع علمی کاربردی خوزستان، همکاری ثمربخشی داشته‌اند؛ پژوهشگران در این جا از تمام این عزیزان قدردانی می‌نمایند.

### منابع

- اسدالهی، ع. (۱۳۹۰). مشارکت اجتماعی سالمندان خوزستانی در جامعه و عوامل موثر بر آن. **گزارش یک طرح پژوهشی**. شماره الف/۱۳۸۷/۱۲. اهواز: دانشگاه جامع علمی کاربردی واحد خوزستان.
- باستانی پاریزی، م، ا؛ و همکاران. (۱۳۸۶). **کیفیت زندگی**. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- برنشتاین، د، ا؛ و دیگری. (۱۳۶۸). **آموزش آرامش تدریجی**. ترجمه: ا، ملک‌پور و دیگری. تهران: انتشارات بامداد.
- بی‌نا. (۱۳۷۸). **طرح بین‌المللی اقدام در مورد سالخوردگی و اصول متحد برای اشخاص سالمند**. تهران: مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد دفتر تهران.
- تاجور، م. (۱۳۸۲). **بهداشت سالمندان**. تهران: انتشارات نسل فردا.
- حیدری چروده، م. (۱۳۸۹). **روایی و پایایی در پژوهش‌های فرهنگی و اجتماعی**. مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد.
- دیویدسون، ج؛ و دیگری. (۱۳۷۱). **رفتار درمانی بالینی**. ترجمه: ب، احمدی علون آبادی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- زنجانی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۱). **جمعیت، توسعه و بهداشت باروری**. تهران: نشر بشری.
- سلیم‌زاده، ح؛ و همکاران. (۱۳۸۶). **اشتغال مجدد بازنشستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی**. فصلنامه **رفاه اجتماعی**. دوره ۵، شماره ۳، صص ۳۴-۲۳.
- شجری، ژ. (۱۳۷۳). **نگرش بهداشتی بر مسئله سالمندان**. تهران: انتشارات بهار.
- صاحبی، ع. (۱۳۸۲). **روش تحقیق در روان‌شناسی بالینی**. تهران: سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- عشق‌پور، م. (۱۳۷۰). **مشکلات دوران پیری**. تهران: انتشارات معین.
- گنجی، ح. (۱۳۸۶). **روان‌شناسی عمومی**. تهران: نشر روان.