

کیفیت زندگی در سالمندان

عضو کانون های فرهنگسرای سالمند شهر تهران

مهناز آهنگری، دکتر منوچهر ارجمند حسابی، دکتر محمد کمالی

چکیده

مقدمه: سالمندان یکی از گروههای اجتماعی رو به رشد در جوامع امروزی می باشند که با توجه به هرم سنی کشور اهمیت روز افزونی یافته اند و هر گونه تصمیم گیری و برنامه ریزی در رابطه با این گروه نیازمند شناخت دقیق و مبتنی بر مشاهدات عینی و علمی مسائل آنان می باشد. از طرفی در جهان کنونی، یکی از شاخص های ارزشمند، برای ارزیابی در زمینه های توانبخشی، بهداشتی، درمانی و... کیفیت زندگی است.

طرح تحقیق: هدف از این تحقیق مقطعی و توصیفی، تحلیلی بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران است. جامعه پژوهش، سالمندان عضو فرهنگسرای سالمند بود که ۳۰۰ نفر نمونه، بصورت تصادفی از افراد ۶۰ سال و بالاتر انتخاب شدند و اهداف پژوهش در قالب شاخص های کیفیت زندگی مطرح گردیدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد WHOQOL-BREF با چهار حیطه جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی و باروش مصاحبه رودر رو، جمع آوری گردید و به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصله، از آزمونهای T-Test، Anova، و رگرسیون با استفاده از SPSS انجام گردید.

یافته ها: بر اساس یافته ها، ۲۲۳ نفر زن (۷۴،۳۳٪) و ۷۷ نفر مرد (۲۵،۶۶٪) با دامنه سنی ۸۵-۶۰ و میانگین سنی ۶۷/۰۸ سال در مطالعه شرکت داشتند. نتایج پژوهش حاکی از این بود که بین مردها و زنها، کیفیت زندگی فقط در حیطه جسمانی ($P < 0.01$) و روانی ($P < 0.14$) تفاوت معنی دار و امتیاز در مردها بالاتر از زنها بود. در بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و سن نیز، فقط در حیطه جسمانی ($P < 0.37$) و روانی ($P < 0.97$) اختلاف معنی دار بوده و در سایر حیطه ها اختلاف معنی داری مشاهده نگردید. در ارتباط کیفیت زندگی و وضعیت تأهل، افراد متأهل نسبت به کسانی که همسر خود را از دست داده اند، کیفیت زندگی بهتری داشتند و افرادی که هرگز ازدواج نکرده اند از سلامت جسمانی بالاتری برخوردار بودند. و هر قدر بر میزان تحصیلات افزوده شده، کیفیت زندگی نیز افزایش یافته و ابتلاء به بیماری نیز با کیفیت زندگی در همه حیطه ها تفاوت معنی دار را نشان داد.

نتیجه گیری: یافته های فوق نشان داد که فاکتور ها و عوامل مختلفی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و ابتلاء به بیماریها بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر می باشد و با شناخت این عوامل و انجام اقدامات پیشگیرانه و همزمان و برنامه ریزی جهت آینده می توان بر مشکلات سالمندان فعلی فائق آمده و از مشکلات سالمندان آینده نیز پیشگیری نمود.

نویسنده: مهناز آهنگری کارشناس ارشد مدیریت
توانبخشی
Email:mahnaz-ahangari@yahoo.com
تلفن همراه: ۰۹۱۲۵۴۵۱۰۷
دکتر منوچهر ارجمند حسابی
دکتر محمد کمالی

واژه گان کلیدی: سالمندان، کیفیت زندگی

مقدمه

در اوایل قرن بیستم امید به زندگی در بدو تولد در جهان، ۴۸ سال بود (۱) و فقط ۴٪ از مردم بالای ۶۰ سال داشتند و بعد از سال ۱۹۵۵ این میزان به ۶۵ سال افزایش یافت و بر اساس برآورد و اعلام سازمان بهداشت جهانی، پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۰، امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۲۰٪ از جمعیت جهان را در بر خواهد گرفت (۲) که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در

در جوامع امروز و بخصوص در کشورهای در حال توسعه، پیشرفت دانش پزشکی مانند واکسینایون، حضور داروهای مثل آنتی بیوتیکها و کنترل بیماریهای عفونی، سالم سازی محیط، کاهش مرگ و میر نوزادان، کاهش سطح باروری، تغییر و تحولات شرایط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، رفاهی و بکار گیری تکنولوژی صنعتی در خدمت جوامع انسانی و بهبود وضعیت تغذیه، موجب افزایش جمعیت سالمندان گردیده

وضعیت سلامتی آنها می شود (۷). Witham (۲۰۰۶) که در انگلیس، میزان کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلا به HF را مورد مطالعه قرار داد، بیان کرد که آسیب های عملکرد جسمی، مهمترین عامل در کاهش میزان کیفیت زندگی این بیماران بود (۸). بعلاوه Lissolo (۲۰۰۶) در ایتالیا، مشکلات دردهای راجعه مزمن را در بیماران سالمند بستری و اثرات آن بر کیفیت زندگی بررسی نمود و نتیجه بررسی وی نشان داد که کاربرد صحیح داروهای ضد درد، موجب تسکین و بهبود عملکرد شده که حاصل آن افزایش کیفیت زندگی است. (۹) اما Esbensen (۲۰۰۶) در سوئد میزان کیفیت زندگی در افراد سالمند مبتلا به سرطان را مورد مطالعه قرار داد که نتیجه بررسی نشان داد که وابستگی، کاهش توانایی های اقتصادی و ناامیدی بطور معنی داری با کاهش کیفیت زندگی همراه می باشد. (۱۰). Orfila و همکارانش (۲۰۰۶) در اسپانیا تفاوت کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتیجه این تحقیق، کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت و این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماریهای مزمن در زنان می باشد (۱۱).

در پژوهش حاضر کیفیت زندگی در سالمندان شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفت و تأثیر عواملی مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و ابتلاء به بیماری را بر حیطه های مختلف کیفیت زندگی این افراد مورد بررسی قرار داد.

مواد و روشها: این پژوهش به صورت مقطعی و توصیفی، تحلیلی در سال ۱۳۸۵، کیفیت زندگی سالمندان را با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF مورد ارزیابی قرار داده است. پرسشنامه فوق، استاندارد سازمان بهداشت جهانی است و در حداقل ۳۹ کشور جهان با فرهنگهای متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است و شامل دو قسمت می باشد: بخش اول به اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک اختصاص دارد که در برگیرنده سؤالاتی مشتمل بر نام، نام خانوادگی، سن، جنس، وضعیت تأهل و... می باشد. و بخش دیگر پرسشنامه در ارتباط با ارزیابی کیفیت زندگی و سؤالات مرتبط با متغیرهای آن می باشد که دارای چهار حیطه اصلی شامل: جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی و ۲۶ سؤال مطرح شده در حیطه های فوق است و به علاوه دو سؤال

کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. این تغییرات نشانه انقلابی در بعد جمعیت شناختی است که نیاز به توجه سیاست گذاران را در سراسر دنیا می طلبد (۳). در ایران نیز بررسی ها و شاخص های آماری حاکی از رشد پر شتاب پیر شدن می باشد بطوریکه پیش بینی میشود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجار سالمندی رخ خواهد داد و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت (۴). اما امروزه دغدغه اصلی محققان و پژوهشگران صرفاً پرداختن به افزایش طول عمر نمی باشد بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می توان دریافت که اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم فقط «زنده ماندن» بوده، چالش قرن جدید، «زندگی کردن با کیفیت» است. (۵)

اما در دهه های اخیر و بخصوص بعد از دهه ۱۹۹۰، برای تعیین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی، بهداشتی، اجتماعی، رفاهی و توانبخشی، یکی از شاخص ها و معیار های قابل سنجش، معتبر و با ارزش، ارزیابی کیفیت زندگی است، که موجب تحولات و دگرگونیهای در زمینه های مختلف، گردیده است و می توان با بررسی و ارزیابی چنین شاخصی و با استفاده از اطلاعات بدست آمده، موجب شناسایی مشکلات، نیازها و کاستی ها، در گروههای مختلف و بخصوص سالمندان شد.

بنابراین میتوان با استفاده از ارزیابی کیفیت زندگی به شناخت ابعاد مختلف مسائل و چالشهای سالمندان دست یافت تا براساس یافته های آن و با سیاستگذاران، مراقبتهای بهداشتی، حمایتی اجتماعی، بستر سازی فرهنگی و بهبود وضعیت اقتصادی جهت ارتقاء سطح کیفی زندگی سالمندان گامهای مؤثری برداشت.

ابزار ارزیابی کیفیت زندگی پرسشنامه های گوناگون است اما Mc Clane و Kimberly (۲۰۰۶) در آمریکا پژوهشی را برای انتخاب بهترین پرسشنامه برای سالمندان انجام دادند، که یکی از سه پرسشنامه مناسب را در این زمینه WHOQOL-BREF، اعلام نمودند که ما نیز در پژوهش خود، آن را ابزار بررسی قرار دادیم (۶). در کلمبیا Demiris (۲۰۰۵) پژوهشی در مورد استفاده از تکنولوژی های کمکی در منزل و اثرات آنها بر کیفیت زندگی، انجام دادند. نتیجه این پژوهش نشان داد که استفاده از این وسایل توسط سالمندان موجب بهبود کیفیت زندگی و حفظ

معیار ۵/۷۵ سال، از جهت کیفیت زندگی مورد مطالعه قرار گرفته اند .

		زن N=۲۳۳	مرد N=۷۷	نتیجه آزمون
		میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱	جسمانی	۴۷/۱۳	۸۴/۱۴	P<۰/۰۰۱
۲	روانی	۴۲/۱۳	۲۸/۱۴	P<۰/۰۱۴
۳	اجتماعی	۵۹/۱۳	۸۴/۱۳	P<۰/۶۳۵
۴	محیطی	۶۶/۱۳	۸۰/۱۳	P<۰/۷۶۴
۵	کل	۵۳/۱۳	۱۹/۱۴	P<۰/۰۱۸

جدول شماره ۱

در پژوهش حاضر ارتباط بین جنس و حیطه های مختلف کیفیت زندگی با استفاده از آزمون one way ANOVA مورد بررسی قرار گرفت . در جدول شماره ۱ ، در بررسی بین گروهها (بین زن ها و مردها) ، فقط در حیطه جسمانی ($P > 0.01$) و روانی ($P > 0.14$) بین زنها و مردها تفاوت معنی داری وجود داشت بطوری که در هر دو مورد کیفیت زندگی مردها بالاتر از زنها بوده است . بین میانگین نمره کیفیت زندگی زنها و مردها بطور کلی نیز ، تفاوت معنی دار ($P > 0.18$) بوده که البته در این مورد نیز برتری کیفیت زندگی ، با مردها بوده است .

		۶۴-۶۰ سال N=۸۸	۶۹-۶۴ سال N=۹۸	۷۴-۷۰ سال N=۶۶	۷۹-۷۵ سال N=۳۸	۸۰ سال و بالاتر N=۱۰	نتیجه آزمون
		میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱	جسمانی	۴۶/۱۴	۹۳/۱۳	۸۴/۱۳	۸۲/۱۲	۸۰/۱۳	P<۰/۰۳۶
۲	روانی	۵۲/۱۳	۰۲/۱۴	۸۶/۱۳	۸۹/۱۲	۶۰/۱۲	P<۰/۰۹۷
۳	اجتماعی	۴۳/۱۳	۷۵/۱۳	۶۹/۱۳	۷۳/۱۳	۱۰/۱۴	P<۰/۸۹۲
۴	محیطی	۷۱/۱۳	۷۸/۱۳	۹۰/۱۳	۰۲/۱۳	۰۰/۱۴	P<۰/۳۶۷
۵	کل	۷۵/۱۳	۸۷/۱۳	۷۳/۱۳	۱۲/۱۳	۶۲/۱۳	P<۰/۳۵۷

جدول شماره ۲

کلی در مورد خود ارزیابی، کیفیت زندگی و سلامتی است. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر عضو کانونهای فرهنگسرای سالمند شهر تهران بود که قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات باشند. تعداد اعضاء این جامعه در زمان جمع آوری اطلاعات ۷۰۱۶ نفر بوده که در ۲۲ کانون تحت پوشش فرهنگسرای سالمند دارای عضویت می باشند. این کانونها محل گرد هم آیی سالمندانی می باشد که در آنجا به فعالیتهای مختلف فرهنگی، ورزشی، اجتماعی و... می پردازند. نمونه های مورد نظر در این پژوهش ۳۰۰ نفر با دامنه سنی ۸۵-۶۰ سال بوده است. روش نمونه گیری، در وهله اول بصورت طبقه بندی به مناطق جنوب، شرق، شمال، غرب و مرکز تهران، تقسیم بندی شد و بعد در هر یک از این مناطق، دو کانون بصورت نمونه تصادفی ساده انتخاب گردیده است و سپس افراد عضو کانونها بر اساس پرونده، شماره گذاری شد و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی از هر کانون ۳۰ نفر بصورت تصادفی، بعنوان نمونه انتخاب گردیدند. با توجه به اینکه این بررسی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF (۲۰۰۴) صورت گرفته، در manual این پرسشنامه تعداد نمونه حداقل ۳۰۰ نفر تعیین شده است. اطلاعات توسط پژوهشگر، و به روش مصاحبه رودر رو جمع آوری گردید. بر اساس manual پرسشنامه، برای هر سؤال پنج پاسخ طرح ریزی شده است و برای هر پاسخ امتیازی در نظر گرفته شده است. نمره گذاری از یک تا پنج می باشد و در سؤالاتی که منفی می باشد نمره گذاری معکوس است. پس از ثبت پاسخ های پرسشنامه، نمره گذاری به روش ذکر شده در دستور العمل و manual برای هر domain به صورت مجزا محاسبه و سپس یک نمره کلی برای هر فرد بدست آوردیم که در دامنه صفر تا بیست، قابل مقایسه با یکدیگر می باشد. نمره صفر نشان دهنده بدترین وضعیت و نمره بیست بهترین وضعیت می باشد. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد نمودن آنها به نرم افزار Excel و سپس انتقال آنها به نرم افزار SPSS، اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. برای سنجش و ارتباط بین متغیرهای مورد تحقیق از آزمونهای ماند، رگرسیون و T-Test و ANOVA استفاده نموده ایم. یافته ها در این پژوهش ۲۲۳ نفر زن و ۷۷ نفر مرد بادمه سنی ۸۵-۶۰ سال و با میانگین سنی ۶۸/۰۸ سال و انحراف

جدا از هم زندگی می کنند می باشد و در کل نیز افرادی که جدا از هم زندگی می کنند از کمترین نمره کیفیت زندگی برخوردار می باشند. در تحلیل آماری انجام شده بین گروه ها نیز فقط، بین گروه متأهل ها و افرادی که همسران آنان فوت نموده اند اختلاف معنی دار وجود داشت ($P > 0.035$).

		یسواد N=۷۵	دبستان N=۸۳	دبیرستان N=۹۶	بالا تر از دیپلم N=۴۶	P<۰/۰۰۰
		میانگین نمره کیفیت زندگی.	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱	جسمانی	۱۰/۱۲	۷۹/۱۳	۶۷/۱۴	۰۶/۱۵	P<۰/۰۰۰
۲	روانی	۵۲/۱۲	۷۴/۱۳	۳۷/۱۴	۸۰/۱۳	P<۰/۰۰۰
۳	اجتماعی	۹۰/۱۲	۴۵/۱۳	۲۱/۱۴	۰۶/۱۴	P<۰/۰۲۰
۴	محیطی	۱۴/۱۲	۵۰/۱۳	۶۵/۱۴	۶۰/۱۴	P<۰/۰۰۰
۵	کل	۴۲/۱۲	۶۲/۱۳	۴۸/۱۴	۳۸/۱۴	P<۰/۰۰۰

جدول شماره ۴

در جدول شماره ۴ به بررسی ارتباط بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی و سطح تحصیلات، با استفاده از آزمون one way ANOVA پرداخته ایم. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود بین تمام حیطه های چهار گانه و سطح تحصیلات به لحاظ آماری اختلاف معنی داری وجود دارد. و هر قدر سطوح تحصیلات افزایش یافته، بر میزان کیفیت زندگی نیز افزوده شده است.

		بیمار N= ۱۰۹	سلامت N=۱۹۱	P<۰/۰۰۰
		میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱	جسمانی	۰۵/۱۲	۸۷/۱۴	P<۰/۰۰۰
۲	روانی	۶۶/۱۲	۱۸/۱۴	P<۰/۰۰۰
۳	اجتماعی	۰۰/۱۳	۰۳/۱۴	P<۰/۰۲۰
۴	محیطی	۰۵/۱۳	۰۷/۱۴	P<۰/۰۰۰
۵	کل	۶۹/۱۲	۲۹/۱۴	P<۰/۰۰۰

جدول شماره ۵

در پژوهش حاضر ارتباط بین سن و حیطه های مختلف کیفیت زندگی نیز با استفاده از آزمون one way ANOVA مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس آزمون انجام گرفته فقط در حیطه جسمانی ($P > 0.36$) و روانی ($P > 0.97$) اختلاف معنی دار بوده و در سایر حیطه ها اختلاف معنی داری مشاهده نگردیده است. در تحلیل انجام شده بین گروهها نیز در حیطه جسمانی و فقط بین گروه سنی - ۷۹-۷۵ سال و ۶۹-۶۴ سال ($P > 0.25$) اختلاف معنی دار بوده و در سایر حیطه ها هم اختلاف معنی داری وجود نداشت. آزمون همبستگی اسپیرمن نیز بین سن و کیفیت زندگی به لحاظ آماری اختلاف معنی داری ($P > 0.03$) را (Significant) نشان داده است.

		ازدواج نکرده N=۳	متأهل N=۱۹۳	بیوه N=۹۴	مطلقه N=۶	جدا از هم N=۴	P<۰/۰۲۵
		میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱	جسمانی	۶۶/۱۵	۱۲/۱۴	۱۰/۱۳	۰۰/۱۵	۷۵/۱۴	P<۰/۰۲۵
۲	روانی	۶۶/۱۴	۸۳/۱۳	۳۶/۱۳	۵۰/۱۲	۵۰/۱۲	P<۰/۳۱۵
۳	اجتماعی	۳۳/۱۵	۴۹/۱۳	۹۷/۱۳	۵۰/۱۳	۰۰/۱۳	P<۰/۳۷۲
۴	محیطی	۶۶/۱۳	۶۴/۱۳	۷۴/۱۳	۰۰/۱۵	۷۵/۱۳	P<۰/۷۰۷
۵	کل	۸۲/۱۴	۷۷/۱۳	۵۴/۱۳	۰۰/۱۴	۵۰/۱۳	P<۰/۷۲۱

جدول شماره ۳

ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل نیز با استفاده از آزمون one way ANOVA مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده، فقط در حیطه عملکرد جسمانی، بین میانگین رتبه های گروههای مختلف اختلاف معنی داری به لحاظ آماری وجود داشت ($P > 0.25$). با توجه به جدول شماره ۳ و میانگین های ذکر شده، سالمندانی که هرگز ازدواج ننموده اند نسبت به سایر سالمندان مورد مطالعه از بالاترین نمره کیفیت زندگی در کل و در حیطه جسمانی، برخوردار بوده و در نتیجه دارای سلامت جسمانی بهتر و کیفیت زندگی بالاتر می باشند. و کمترین نمره کیفیت زندگی در حیطه روانی و در گروه افراد مطلقه و افرادی که

برزیل، با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF انجام شده است، بین سن و کیفیت زندگی هیچ رابطه معنی داری بدست نیاوردند (۱۳).

در پژوهش حاضر تجزیه و تحلیل یافته های مربوط به جنسیت در حیطه های مختلف نشان داد که، در حیطه های روانی و جسمانی و همینطور در حیطه کل، تفاوت معنی دار بوده و در همه این موارد، مردها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که این تفاوت احتمالاً نشان دهنده این است که به علت تبعیضات جنسی مرتبط با فرهنگ ما و انجام فعالیتهای سنگین و فشارهای روحی زیاد نسبت به ظرفیت آنها، در زنان از توانایی جسمی و روحی آنها در سنین سالمندی کاسته می گردد.

Francesc Orfila (۲۰۰۶) در اسپانیا بطور اختصاصی به بررسی تأثیر جنسیت بر کیفیت زندگی سالمندان پرداخته و به این نتیجه دست یافت که کیفیت زندگی در سالمندان زن نسبت به مردها بدتر می باشد. (۱۱). Nicole Von Steinbuchel و همکاران (۲۰۰۶) در ژنو نیز، بر روی روایی و پایایی پرسشنامه WHOQOL-BREF در کیفیت زندگی سالمندان بررسی انجام دادند که نتایج آن حاکی از این بود که بین مردها و زنها فقط در زمینه حمایتی اجتماعی و احساسات منفی تفاوت معنی دار بوده است. (۱۴) در مطالعه نرگس رفعتی و همکاران (۱۳۸۲) نتایج نشان داد که زنان در تمام حیطه های بررسی شده با پرسشنامه SF-۳۶، در وضعیت سلامت پایین تری نسبت به مردان بسر می برند. (۱۵)

ارتباط بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی در این مطالعه، در همه حیطه ها معنی دار بوده است که معنی دار بودن در این سطح می تواند احتمالاً به این دلیل باشد که سالمندان تحصیل کرده در کشور ما از جایگاه اقتصادی، اجتماعی بالاتری بهره مند بوده اند که در نتیجه کیفیت زندگی آنان نیز بهتر بوده است. اما Graham Beaumont و همکاران (۲۰۰۳)، در لندن در پژوهشی بنام محیط اجتماعی کلید کیفیت زندگی در افراد سالمند، به هیچ رابطه معنی داری بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی دست نیافته اند (۱۶) و Renata Junqueira و همکاران در برزیل (۲۰۰۶) نیز که کیفیت زندگی سالمندان را در حیطه های مختلف بررسی نموده اند، در مورد ارتباط کیفیت

تأثیر وجود بیماری اخیر (در چهار هفته اخیر) و ارتباط آن با حیطه های مختلف کیفیت زندگی نیز از طریق انجام T-TEST مورد آزمون قرار گرفت. همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود بین وجود بیماری اخیر با همه حیطه های مختلف کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. بر اساس این پژوهش بالاترین نمره در ارتباط با بیماری اخیر در مورد کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی متعلق به افرادیست که اخیراً دچار بیماری نبوده اند، و کمترین نمره نیز در همین حیطه جسمانی در افرادی که اخیراً دچار بیماری بوده اند می باشد و در کل نیز نمره کیفیت زندگی در افرادی که اخیراً دچار بیماری نبوده اند بالاتر از گروه دیگر است.

مناطق	جنوب	شرق	شمال	غرب	مرکز	کل
نمره کیفیت زندگی	۷۲/۱۲	۴۳/۱۳	۸۵/۱۴	۰۵/۱۴	۴۹/۱۳	۷۱/۱۳

جدول شماره ۶

از یافته های جانبی می توان به بیان میزان کیفیت زندگی در مناطق مختلف تهران اشاره نمود. جدول شماره ۶ نشان دهنده این است که کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به منطقه جنوب تهران و سپس به ترتیب منطقه شرق، مرکز، غرب و بالاترین امتیاز مربوط به منطقه شمال تهران می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

در پژوهش حاضر بطور کلی با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش یافته در حالیکه در مقایسه حیطه های مختلف کیفیت زندگی، فقط در حیطه های جسمانی و روانی، افزایش سن با کیفیت زندگی اختلاف معنی دار و کاهش داشته که علت آن احتمالاً کاهش عملکرد و توانایی جسمی است ولی در حیطه های محیطی و اجتماعی تفاوت معنی داری وجود نداشته است. Garcia (۲۰۰۵) در اسپانیا مطالعه ای بر روی شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان در اسپانیا انجام دادند که نتایج آنها نیز، حاکی از این بود که با افزایش سن کیفیت زندگی در سالمندان کاهش می یابد (۱۲). Emma Pihl (۲۰۰۵) در سوئد، نیز به چنین نتیجه ای دست یافته بود در حالیکه در مطالعه ای که توسط Renata Junqueira (۲۰۰۶) بر روی کیفیت زندگی سالمندان در

داد که ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی و ابتلاء به بیماری در ۱۲ ماه اخیر وجود نداشته است (۱۱).

پیشنهادات :

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب و ارتقاء آن در حیطه های مختلف در سالمندان، با توجه به شرایط خاص اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کشور پیشنهادات ذیل ممکن است راهگشا باشد :

- ارتقاء سطح آگاهی های بهداشتی در سالمندان و فراهم نمودن شرایطی، جهت پیشگیری بسیاری از بیماریها و مشکلات بهداشتی و جسمی .

- در صورت بروز بیماری، فراهم نمودن امکانات درمانی مانند بیمه های خاص سالمندان .

- حمایت از جنبه های مختلف، از خانواده هایی که از سالمندان خود مراقبت می کنند.

- باز آموزی و به روز نمودن اطلاعات افراد مرتبط با گروه سالمندان .

- حمایت های اجتماعی و اقتصادی مانند برقرار نمودن سیستم های بیمه ای (درمانی، بازنشستگی و...) و تامین اجتماعی .

- فراهم نمودن شرایطی که سالمندان نیازهای عاطفی، روحی و روانی خود را مرتفع نمایند، مانند ایجاد مراکز روزانه فعال که در آنجا امکان انجام فعالیت های اجتماعی، ورزشی، سپری نمودن اوقات فراغت و یا حتی در صورت امکان، اشتغال برای آنان میسر باشد.

- برقراری عدالت اجتماعی و مرتفع نمودن شرایطی که موجب تبعیض در دست یافتن به حقوق فردی و اجتماعی در بین سالمندان و بخصوص زندهای سالمند میشود.

- فراهم نمودن شرایطی برای آگاهی کودکان و جوانان برای اینکه در آینده سالمندی سالم را در زمینه های مختلف، شاهد باشیم .

- توصیه انجام پژوهش در مناطق مختلف کشور و شهر تهران به تفکیک مناطق، جهت شناسایی عوامل تأثیر گذار خاص هر منطقه بر کیفیت زندگی سالمندان.

میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و ابتلاء به بیماری را بر حیطه های مختلف کیفیت زندگی این افراد مورد بررسی قرار داد.

مواد و روشها: این پژوهش به صورت مقطعی و توصیفی، تحلیلی در سال ۱۳۸۵، کیفیت زندگی سالمندان را با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF مورد ارزیابی قرار داده است. پرسشنامه فوق، استاندارد سازمان بهداشت جهانی است و در حداقل ۳۹ کشور جهان با فرهنگهای متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است و شامل دو قسمت می باشد: بخش اول به اطلاعات زمینه ای و دموگرافیک اختصاص دارد که در بر گیرنده سؤالاتی مشتمل بر نام، نام خانوادگی، سن، جنس، وضعیت تأهل و... می باشد. و بخش دیگر پرسشنامه در ارتباط با ارزیابی کیفیت زندگی و سؤالات مرتبط با متغیرهای آن می باشد که دارای چهار حیطه اصلی شامل: جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی و ۲۶ سؤال مطرح شده در حیطه های فوق است و به علاوه دو سؤال کلی در مورد خود ارزیابی، کیفیت زندگی و سلامتی است. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر عضو کانونهای فرهنگسرای سالمند شهر تهران بود که قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات باشند. تعداد اعضاء این جامعه در زمان جمع آوری اطلاعات ۷۰۱۶ نفر بوده که در ۲۲ کانون تحت پوشش فرهنگسرای سالمند دارای عضویت می باشند. این کانونها محل گرد هم آیی سالمندانی می باشد که در آنجا به فعالیتهای مختلف فرهنگی، ورزشی، اجتماعی و... می پردازند. نمونه های مورد نظر در این پژوهش ۳۰۰ نفر با دامنه سنی ۸۵-۶۰ سال بوده است. روش نمونه گیری، در وهله اول بصورت طبقه بندی به مناطق جنوب، شرق، شمال، غرب و مرکز تهران، تقسیم بندی شد و بعد در هر یک از این مناطق، دو کانون بصورت نمونه تصادفی ساده انتخاب گردیده است و سپس افراد عضو کانونها بر اساس پرونده، شماره گذاری شد و بعد از طریق جدول اعداد تصادفی از هر کانون ۳۰ نفر بصورت تصادفی، بعنوان نمونه انتخاب گردیدند. با توجه به اینکه این بررسی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF (۲۰۰۴) صورت گرفته، در *manual* این پرسشنامه تعداد نمونه حداقل ۳۰۰ نفر تعیین شده است. اطلاعات توسط پژوهشگر، و به روش مصاحبه رودر رو جمع آوری گردید. براساس

تقدیر و تشکر :

در پایان از کلیه بزرگوارانی که با حمایت های بیدریغ و همه جانبه خود ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، مراتب سپاس و قدر دانی خود را اعلام میداریم، بخصوص سرکار خانم شاهرخی مدیریت محترم فرهنگسرای سالمند، مسئولین محترم و اعضاء کانونهایی، که همکاری صمیمانه خود را از ما دریغ نداشتند.

Archive of SID

REFERENCES

منابع

- ۱- کلدی، علیرضا. بررسی رابطه دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی سالمندان با سلامت عمومی آنان در شهر تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۸۴، ص: ۵۵
- ۲- خزایی، کامیاب. روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان، بررسی مسایل سالمندی در ایران و جهان، تهران انتشارات کتاب آشنا. ۱۳۸۱، ص: ۳۶۳
- ۳- جعفری زاده، حسین. بررسی وضعیت مراقبتی - بهداشتی سالمندان کم توان ساکن در منطقه ۱۳ شهر داری تهران و مشکلات مراقبین آنها. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گروه پرستاری، ۱۳۸۴، ص: ۸-۶
- ۴- جغتایی محمد تقی. بررسی وضعیت سلامت سالمندان در کاشان. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران. سال اول شماره ۱. ۱۳۸۵. ص. ۴
- ۵- بروئر، سودارث. پرستاری داخلی - جراحی، مراقبت بهداشتی سالمندان. مترجم: اعظم قربانی، نشر و تبلیغ بشری، ۱۹۹۶، ص: ۲۰-۴
- 6- McClane & Kimberly. Screening Instruments for Use in a Complete Geriatric Assessment. *Clinical Nurse Specialist*. July/ august 2006, Vol. 20, No. 4, PP: 201- 207
- 7- Demiris G, Rantz M, Skubic M. Home-based assistive technologies for elderly: attitudes and perceptions. *AMIA Annu Symp Proc*. 2005; 935
- 8- Witham MD, Crighton LJ, Mc Murdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. *Int J Cardiol*. 2006 Jun; 24
- 9- Lissolo S, Cavallo E, Ronchetto F. The problem of the chronic recurrent pain among older in-patient. *Minerva Med*. 2006 Apr; 97 (2), PP: 205-215
- 10- Esbensen BA, Osterlind K, Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with cancer: a 3-month follow-up. *Cancer Nurs*. 2006 May-Jun; 29(3): 214-24
- 11- Francese Orfila, Montserrat Ferrer. Gender differences in health-related quality of life among elderly. *Social science & Medicine* 63, 2006, pp: 2367-2380
- 12- Garcia El, Banegas JRB. Social network and health-related quality of life in older adults a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005, Vol. 14, No.2, PP: 511-20
- 13- Renata Junqueira Pereira. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*. Jan/Apr. 2006, Vol. 28 NO. 1, Porto Alegre.
- 14- Nicole Von Steinbuchel. Assessing quality of life in older people: Psychometric properties of WHOQOL-BREF. *European Journal of Aging*. June 2006, Vol. 3, No.2, PP: 116-122
- ۱۵- رفعتی، نرگس. کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه کهریزک تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی - ۱۳۸۳. ص ۷۴-۶۷.
- 16- Guallar - Castillon, Sendino, A.R. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*. 2005, 60 (6), PP: 1229-1240
- 17- P.S.Fry. predictors of health-related quality of life Perspectives, self-esteem and life satisfaction of older adults following spousal loss. *The Gerontologist* 41, 2001, PP: 787-798
- 18- James F. Munro, John E. Brazier. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age and Aging*. 30, 2001, PP: 337-343