

کیفیت زندگی و ویژگیهای جمعیت شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران

(مقاله پژوهشی)

لیلی پناغی^{۱*}، زهره ابارشی^۲، نادر منصوری^۳، محسن دهقانی^۴

چکیده:

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی و خصوصیات جمعیت شناختی مرتبط با آن در جمعیت سالمندان شهر تهران بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. در این مطالعه ۲۴۳ سالمند با روش نمونه گیری در دسترس از مراجعان به کانون های سالمندان فرهنگسراها و پارک های مناطق مختلف تهران در سال ۸۶ انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از پرسشنامه «خصوصیات جمعیت شناختی» و «پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQoL-BREF». جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها: در این تحقیق ۱۳۴ مرد و ۱۰۹ زن سالمند شرکت داشتند که میانگین سنی آنها ۷۱/۴۱ بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که در حوزه سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی، روابط خانوادگی خوب پیش بینی کننده مثبت و به ترتیب بیماری جسمی، روانی و روابط خانوادگی ضعیف پیش بینی کننده کاهش نمرات بود. در حوزه محیط، سطح اقتصادی خوب، پیش بینی کننده افزایش نمرات و روابط خانوادگی ضعیف، پیش بینی کننده کاهش نمرات بود. نتیجه گیری: بر طبق یافته ها مشخص شد که روابط خانوادگی یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر حوزه های مختلف کیفیت زندگی است.

کلید واژه ها: جمعیت سالمند، کیفیت زندگی، ویژگی های جمعیت شناسی

۱-استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، متخصص پزشکی اجتماعی
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده درمانی دانشگاه شهید بهشتی
۳- کارشناس ارشد خانواده درمانی دانشگاه شهید بهشتی
۴- استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی
آدرس پستی نویسنده مسئول: ۴۷۱۶/۱۹۳۹۵

lpanaghi@yahoo.com

مقدمه:

بوسیله اشخاص درک می شود و نشان دهنده میزان رضایت فرد از موهبت های زندگی است (۳). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و اهداف، انتظارات و استانداردها است. بنابراین مقوله ای کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (۴).

رشد سریع جمعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه و افزایش عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی جوامع را موجب شده است (۵). ایران نیز با این افزایش روبه روست. بر اساس یک بررسی، سهم سالمندان در جمعیت بالای ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۹۷۵ در ایران ۰/۵٪ بود و تخمین زده می شود که این نسبت در سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵٪ و در

امروزه با توجه به افزایش شاخص های طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهم تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی» مطرح شده است (۱).

کیفیت زندگی حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و علوم اجتماعی، پرچمدار طرح و سنجش آن شدند. با گذشت زمان و خصوصاً در دهه گذشته، تلاش های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی در علوم پزشکی و خصوصاً بررسی آن در کارآزمایی های بالینی بر روی افراد مختلف صورت گرفت (۲).

تعاریفی که از کیفیت زندگی ارائه شده است بسیار متعدّدند. به عنوان مثال یکی از تعاریف کیفیت زندگی عبارت است از میزان رفاه جسمی، روانشناختی و اجتماعی که

فرد از رضایت از زندگی تاثیر بگذارند (۱۳). به عنوان مثال با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می یابد. و یا در مورد متغیر جنسیت، از پیاز و گاریدو به این نتیجه رسید که به طور کلی کیفیت زندگی مردان سالمند بالاتر از زنان است (۱۴) و در بعضی تحقیقات آن را در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماری های مزمن در زنان می دانند (۱۵).

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۴) اعلام کرده است: در همه جا عمر، طولانی یکی از مواهب توسعه اجتماعی شناخته شده است، ولی به شرطی که به کیفیت زندگی و شمار سال های عمر توجه بیشتری معطوف شود. این سازمان نیازهای اصلی سالمندان را مواردی چون سلامت جسمانی، مسکن، رفاه اجتماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح و سرگرمی می داند. بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آن ها نیز مهم می باشد، از این رو جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها است و این مقوله فقط از طریق اندازه گیری کیفیت زندگی ممکن است (۱۶). کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی در تحقیقات ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. به عنوان مثال، در یک مطالعه مشخص شد که بین سن، وضعیت تحصیلی و جنس سالمندان با کیفیت زندگی شان ارتباط معناداری شد اما ارتباط بین وضعیت مسکن و درآمد سالمندان با کیفیت زندگی از نظر آماری معنادار نبود (۱۴). در یک مطالعه دیگر در بررسی اثر متغیرهای جمعیتی جنس، سن، شغل، تحصیلات و تاهل و نیز وضعیت سلامتی بر کیفیت زندگی جمعیت سالمند شهر تهران با استفاده از ابزار استاندارد SF-۳۶، مشخص شد که زنان، سالمندان بالای ۷۵ سال، گروه غیر شاغل، و با تحصیلات پایین تر از دیپلم، نمرات پایین تری را کسب کردند (۱۲). در مطالعه ای بر روی تعیین کننده های کیفیت زندگی مرتبط با بهداشت در سالمندان تهران با مقیاس HRQoL که فرم کوتاه SF-۳۶ انجام شد دریافتند که وضعیت اقتصادی مهم ترین پیش بینی کننده جنبه جسمی و روانی کیفیت زندگی است (۶). با

سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷٪ خواهد رسید. بنابراین با توجه به این آمار، غفلت از این گروه سنی، اجتناب ناپذیر است و در نظر گرفتن نیازها و برنامه ریزی در برآوردن آنها و بهبود کیفیت زندگی سالمندان ضروری به نظر می رسد (۶). همچنین توجه به کیفیت زندگی و تاثیر عوامل مختلف بر آن و اصلاح شیوه زندگی سالمندان تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال سالمندان شود و آنها را در کنترل عوارض سالمندی و درمان های مختلف یاری نماید (۲).

تحقیقات بسیاری بر عواملی که بر کیفیت زندگی تاثیر می گذارند مانند بهداشت و سلامت، خانواده، روابط شخصی، عملکرد در نقش و فعالیت های تفریحی تمرکز کرده اند (۷). عده ای معتقدند سالمندی موفق یا کیفیت زندگی در سالمندی شامل شرایط مساعد در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی - اقتصادی و مذهبی است (۸). Row و همکاران نیز کیفیت زندگی خوب در سالمندی را تحت تاثیر سه جنبه عدم وجود بیماری، سازگاری با زندگی و کفایت روحی و روانی می دانند (۲).

سلامت به عنوان مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان، ذکر شده که با افزایش سن کاهش می یابد (۹، ۱۰). چنان چه که شرایط شیوه زندگی سالم در فرد سالمند را رعایت اصولی ذکر کرده اند که در ارتباط با سلامت فرد است مانند رعایت اصول تغذیه صحیح، رعایت بهداشت، بهداشت خواب، تحرک لازم در طول شبانه روز، عدم استعمال دخانیات، انجام معاینه های دوره ای منظم و عوامل دیگری همچون سلامت روان و مشارکت فرد در فعالیت های اجتماعی و همراه خانواده بودن که با سلامت جسم و روان همبستگی بالایی دارند (۱۱) و در عوض از عواملی که منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان می شود می توان به افزایش ابتلا به بیماری های مزمن، کاهش تماس های اجتماعی که منجر به تنهایی و انزوا می شود، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و کاهش استقلال فردی به دلیل ناتوانی های جسمی و روانی اشاره کرد (۱۲).

متغیرهایی مانند سن، جنس و درآمد می توانند بر ادراک

دو منطقه شهرداری انتخاب شدند و از هر منطقه پارک ها و کانون های در دسترس برای انتخاب نمونه ها انتخاب شدند. تلاش شد که توزیع پراکندگی نمونه گیری در تمام مناطق شهرستان همگون گردد. نحوه نمونه گیری از مناطق در جدول روبه رو قابل مشاهده است. ابزار این پژوهش شامل فرم ویژگی های جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود.

فرم ویژگیهای جمعیت شناختی: که خصوصیات فردی شامل سن، جنسیت (زن و مرد)، سطح تحصیلات (بیسواد، زیر دیپلم و دیپلم، بالا تر از دیپلم)، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد-مطلقه، بیوه)، وضعیت خانوادگی (تنها، همراه با همسر، همراه با فرزندان)، سطح اقتصادی (خوب، متوسط، ضعیف)، روابط خانوادگی (خوب، متوسط، ضعیف) و وجود مشکلات جسمانی (بلی، خیر) و مشکلات روانی (بلی، خیر) بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۱: این پرسشنامه، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد (هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳، و ۸ سوال می باشد) دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، این پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشند. پایایی و روایی این پرسشنامه در یک نمونه از ۸۹ بیمار سرپایی با افسردگی عمده در برزیل مورد ارزیابی قرار گرفت. آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰/۸۴ بود و ضرایب هر حوزه به ترتیب سلامت جسمی، ۰/۸۱، روانی، ۰/۸۵، روابط اجتماعی، ۰/۷۶، و محیط، ۰/۷۹ بود. روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک معنادار بود (۱۷). پایایی آن در ایران با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ بدست آمد.

این حال کیفیت زندگی در سالمندان با ابزار سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی اندازه گیری نشده است. از طرفی همان طور که مشخص شد کیفیت زندگی تحت تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی است بنابراین هدف از پژوهش حاضر نیز کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و چگونگی تبیین آن با خصوصیات جمعیت شناختی بررسی می گردد.

جدول ۱: پراکندگی حجم نمونه بر حسب مناطق

مختلف تهران		
مناطق تهران	مناطق شهرداری	تعداد نمونه
شمال	منطقه ۱	۲۸ نفر
	منطقه ۳	۲۵ نفر
مرکز	منطقه ۶	۲۶ نفر
	منطقه ۱۰	۱۵ نفر
شرق	منطقه ۸	۲۰ نفر
	منطقه ۱۳	۲۴ نفر
شمال شرق	منطقه ۴	۲۰ نفر
غرب	منطقه ۵	۲۵ نفر
	منطقه ۹	۲۰ نفر
جنوب	منطقه ۱۶	۲۰ نفر
	منطقه ۱۹	۲۰ نفر

روش بررسی:

این پژوهش از نوع طرحهای همبستگی می باشد زیرا به دنبال به دست آوردن ارتباط حوزه های کیفیت زندگی با خصوصیات جمعیت شناختی است.

جامعه آماری شامل کلیه سالمندان شهر تهران می باشند که در سال ۱۳۸۶ به پارکها و کانون های موجود در فرهنگسراها در مناطق مختلف شهرداری تهران مراجعه کردند. نمونه این تحقیق شامل ۲۴۳ سالمند بالای ۶۵ سال است. نحوه نمونه گیری به این صورت بود که از هر منطقه تهران به طور تصادفی

روش تحلیل داده ها: آمار توصیفی که شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار است و آمار تحلیلی از رگرسیون گام به گام استفاده می شود.

یافته ها:

یافته های توصیفی: فراوانی و درصد متغیرهای مختلف و میانگین و انحراف معیار در حوزه های چهارگانه کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار گرفت و روایی آن خوب بود همچنین جهت سنجش عوامل ساختاری پرسش نامه از ماتریس همبستگی سوالات با حیطه ها استفاده شد (۱۸).

جدول ۲: فراوانی و درصد خصوصیات جمعیت شناختی و میانگین و انحراف معیار آنها در حوزه های کیفیت زندگی

متغیرها	فراوانی	فراوانی به درصد	میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در حوزه های ۴ گانه کیفیت زندگی			
			حوزه ۱	حوزه ۲	حوزه ۳	حوزه ۴
جنسیت	زن	۱۰۹	۲۱/۱۲±۲/۹۵	۱۲/۴۵±۳/۱۰	۱۲/۸۳±۳/۳۰	۱۲/۶۷±۲/۷۴
	مرد	۱۳۴	۱۳/۰۲±۳/۰۶	۱۲/۸۰±۳/۲۳	۱۲/۴۷±۳/۳۴	۱۲/۳۵±۲/۸۶
سطح تحصیلات	بیسواد	۷۲	۱۱/۸۱±۳/۰۸	۱۲/۲۳±۳/۳۰	۱۲/۲۷±۳/۵۵	۱۱/۶۸±۲/۸۰
	زیر دیپلم و دیپلم	۱۳۸	۱۲/۸۵±۲/۹۵	۱۲/۵۵±۳/۰۷	۱۲/۶۵±۳/۳۰	۱۲/۶۷±۲/۶۴
وضعیت تاهل	تحصیلات دانشگاهی	۳۲	۱۳/۶۴±۲/۸۸	۱۳/۷۹±۳	۱۳/۱۴±۲/۵۸	۱۳/۵۶±۳/۱۶
	متاهل	۱۶۲	۱۳/۰۸±۲/۹۰	۱۳/۱۵±۲/۹۹	۱۲/۷۶±۳/۰۸	۱۲/۶۷±۲/۷۶
وضعیت خانوادگی	مجرد- مطلقه	۱۷	۱۲/۳۳±۳/۰۳	۱۱/۰۹±۳/۵۴	۱۰/۷۹±۳/۸۰	۱۲/۰۵±۳/۳۱
	بیوه	۶۴	۱۱/۶۸±۳/۱۶	۱۱/۷۷±۳/۲۴	۱۲/۷۸±۳/۶۶	۱۲/۱۷±۲/۷۲
وضعیت خانوادگی	تنها	۴۸	۱۲/۱۲±۳/۴۰	۱۲/۰۳±۳/۱۷	۱۲/۶۸±۳/۶۷	۱۲/۵۸±۲/۸۱
	همراه با همسر	۱۱۷	۱۳/۲۸±۲/۸۸	۱۳/۳۱±۳/۰۷	۱۳±۲/۹۹	۱۲/۹۴±۲/۷۷
سطح اقتصادی	همراه با فرزندان	۷۶	۱۱/۹۹±۲/۸۵	۱۲±۳/۱۸	۱۱/۹۷±۳/۵۲	۱۱/۷۳±۲/۷۵
	خوب	۸۱	۱۰/۶۵±۳/۱۸	۱۰/۷۳±۳/۰۹	۱۱/۱۵±۳/۹۵	۹/۹۵±۲/۶۱
روابط خانوادگی	متوسط	۱۲۵	۱۲/۵۲±۲/۸۶	۱۲/۶۷±۲/۹۹	۱۲/۶۴±۳/۰۵	۱۱/۷۱±۲/۲۰
	ضعیف	۳۷	۱۲/۸۶±۲/۶۹	۱۲/۷۶±۲/۹۳	۱۳±۳/۲۵	۱۲/۸۱±۲/۳۷
مشکلات جسمانی	خوب	۱۲۴	۱۴/۲۰±۲/۸۵	۱۴/۵۰±۲/۸۷	۱۴/۳۴±۲/۵۹	۱۴/۵۰±۲/۳۲
	متوسط	۸۹	۱۳/۵۶±۲/۶۲	۱۳/۵۷±۲/۷۱	۱۳/۳۷±۳/۰۹	۱۳/۳۰±۲/۵۱
مشکلات روانی	ضعیف	۲۸	۱۱/۵۸±۲/۷۴	۱۱/۸۲±۲/۷۶	۱۱/۹۴±۲/۸۴	۱۱/۶۰±۲/۱۳
	خیر	۹۴	۱۴/۸۳±۲/۱۵	۱۳/۹۵±۳/۰۷	۱۳/۳۹±۳/۲۸	۱۳/۸۷±۲/۶۰
مشکلات جسمانی	بلی	۱۴۹	۱۱/۲۹±۲/۶۹	۱۱/۸۲±۲/۹۶	۱۲/۱۶±۳/۲۶	۱۱/۶۳±۲/۵۹
	خیر	۲۰۴	۱۳/۰۳±۲/۸۹	۱۳/۰۶±۳/۱۱	۱۲/۸۸±۳/۱۵	۱۲/۸۲±۲/۷۹
مشکلات روانی	بلی	۳۸	۱۰/۷۹±۳/۰۶	۱۰/۵۸±۲/۵۵	۱۱/۵۶±۳/۷۵	۱۰/۸۸±۲/۲۹
	خیر	۱۴۹	۱۳/۰۳±۲/۸۹	۱۳/۰۶±۳/۱۱	۱۲/۸۸±۳/۱۵	۱۲/۸۲±۲/۷۹

جدول ۵- ضرایب B، بتا و t، رگرسیون گام به گام

متغیرهای پیش بین حوزه سلامت روان

مدل	B	خطای استاندارد B	بتا	t	سطح معناداری
روابط خانوادگی خوب	۱/۳۸	۰/۴۰	۰/۲۱	۳/۴۵	۰/۰۰۱
روابط خانوادگی ضعیف	-۲/۰۱	۰/۵۷	-۰/۲۰	-۳/۴۷	۰/۰۰۱
مشکلات جسمانی	-۱/۱۷	۰/۳۸	-۰/۱۸	-۳/۰۹	۰/۰۰۲
مشکلات روانی	-۱/۵۳	۰/۴۸	-۰/۱۷	-۳/۱۵	۰/۰۰۲
متاهل بودن	۱/۱۵	۰/۳۶	۰/۱۷	۳/۱۴	۰/۰۰۲

جدول ۶ نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به حوزه روابط اجتماعی را نشان می دهد. تحیل واریانس مربوط به آزمون رگرسیون در حوزه سلامت روان با F برابر ۲۰/۹۳ و با درجه آزادی ۲ و سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بود.

جدول ۶- ضرایب B، بتا و t، رگرسیون گام به گام

متغیرهای پیش بین حوزه روابط اجتماعی

مدل	B	خطای استاندارد B	بتا	t	سطح معناداری
روابط خانوادگی خوب	۱/۸۳	۰/۲۷	۰/۴۲	۴/۳۱	۰/۰۰۰۱
روابط خانوادگی ضعیف	-۱/۹۲	۰/۱۸	-۰/۱۶	-۲/۸۹	۰/۰۰۴

جدول ۷ نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به حوزه سلامت محیط را نشان می دهد. تحلیل واریانس در حوزه سلامت روان با F برابر ۳۵/۳۵ و با درجه آزادی ۵ و سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بود.

جدول ۷- ضرایب B، بتا و t، رگرسیون گام به گام

متغیرهای پیش بین حوزه سلامت محیط

مدل	B	خطای استاندارد B	بتا	t	سطح معناداری
روابط خانوادگی خوب	۱/۱۴	۰/۳۲	۰/۲۰	۳/۴۶	۰/۰۰۱
سطح اقتصادی خوب	-۳/۱۵	۰/۴۵	۰/۵۲	۶/۸۸	۰/۰۰۰۱
سطح اقتصادی متوسط	-۱/۷۴	۰/۴۱	-۰/۳۱	-۴/۱۸	۰/۰۰۰۱
روابط خانوادگی ضعیف	-۱/۷۷	۰/۴۷	-۰/۲۰	-۳/۷۷	۰/۰۰۰۱
وجود مشکلات جسمانی	-۱/۰۶	۰/۳۱	-۰/۱۸	-۳/۴۱	۰/۰۰۱

در این مطالعه ۲۴۳ سالمند شرکت داشتند که میانگین سنی آنها ۷۱/۴۱ سال از ۶۵ تا ۸۷ سال بود.

در ادامه تحلیل ها، چهار رگرسیون برای حوزه های مختلف کیفیت زندگی انجام شد. هر کدام از حوزه های کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک وارد تحلیل شدند و خصوصیات جمعیت شناختی از جمله جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت خانوادگی، سطح اقتصادی، روابط خانوادگی، مشکلات جسمی و مشکلات روانی به عنوان متغیر پیش بین وارد تحلیل رگرسیون شدند.

جدول ۳: مدل رگرسیون مربوط به حوزه های کیفیت

زندگی

حوزه های کیفیت زندگی	R	مجذور R	مجذور R سازگار شده
D1	۰/۶۳	۰/۴۰	۰/۳۹
D2	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۹
D3	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۴
D4	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۴۱

جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به حوزه سلامت جسمی را نشان می دهد. نتایج تحلیل واریانس نشان دهنده معنادار بودن F با مقدار ۴۰/۵۴ و با درجه آزادی ۴ و $P < ۰/۰۰۰۱$ بود.

جدول ۴- ضرایب B، بتا و t، رگرسیون گام به گام

متغیرهای پیش بین حوزه سلامت جسمی

متغیرها	B	خطای استاندارد B	Beta	t	سطح معناداری
مشکلات جسمانی	-۲/۹۲	۰/۳۳	-۰/۴۷	-۸/۶۲	۰/۰۰۰۱
مشکلات روانی	-۱/۴۱	۰/۴۳	-۰/۱۶	-۳/۲۷	۰/۰۰۱
روابط خانوادگی خوب	۱/۰۴	۰/۳۳	۰/۱۷	۳/۰۹	۰/۰۰۲
بیوه بودن	-۰/۹۲	۰/۳۴	-۰/۱۳	-۲/۶۵	۰/۰۰۸

جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به حوزه سلامت روان را نشان می دهد. تحیل واریانس مربوط به آزمون رگرسیون در حوزه سلامت روان با F برابر ۲۳/۱۳ و با درجه آزادی ۴ و در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار بود.

بحث:

پژوهش حاضر کیفیت زندگی و خصوصیات مرتبط با آن را در سالمندان شهر تهران مورد بررسی قرار داد. نتایجی که از تحلیل رگرسیون برای هر حوزه کیفیت زندگی انجام شد نشان داد که در حوزه سلامت جسمانی، مشکلات جسمی بیشترین قدرت پیش بینی را در کاهش نمرات این حوزه و روابط خانوادگی خوب به عنوان پیش بینی کننده افزایش نمرات بود. بر طبق آنچه که در بسیاری از مطالعات ذکر شده است سلامتی مهمترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی است (۱۹) و با افزایش سن کاهش می یابد (۹). بدیهی است که در سنین بالا بروز ناتوانی بارز تر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت های جسمی ظاهر می شود و احتمال ابتلا به بیماری های مزمن در سالمندان نیز افزایش می یابد و موجب کاهش کیفیت زندگی در سالمندان است (۱۲). همچنین نتایج نشان داد که روابط خانوادگی خوب پیش بینی کننده افزایش نمرات این حوزه بود. نتایج تحقیقات دیگر همسو با این یافته بود. به عنوان مثال در تحقیقی که در کشور چین انجام شد یافته ها نشان دادند که حمایت عاطفی دو جانبه بین والدین و فرزندان اثرات مثبتی بر ارزیابی سالمندان از سلامت خود داشت (۲۰). کاریلو و همکاران (۲۰۰۶) معتقد بودند که انواع شبکه های حمایت اجتماعی و تاثیرات آن بر سلامت، مختص به فرهنگ است. به عنوان مثال در مکزیک، روابط خانوادگی مهمترین نوع شبکه اجتماعی است (۲۱) و یا در جوامع غرب یک تحقیق طولانی مدت نشان داد افرادی که در سیستم های حمایت اجتماعی مانند خانواده، دوستان و همسالان عضو هستند، سالمتر بوده، زندگی طولانی تری داشته و رضایت بیشتری از زندگی خود دارند (۲۲). در تبیین این موضوع بیان شده که انزوای اجتماعی می تواند منجر به عملکرد پایین تر در سیستم ایمنی بدن و فعالیت بیشتر سیستم غدد مترشحه و سیستم قلبی عروقی شود (۲۳). در کل حمایت اجتماعی اصطلاح گسترده ای است و شامل روش های حمایتی است که افراد مختلف در محیط اجتماعی

بروز می دهند و رابطه خطی با کیفیت زندگی دارد. جنبه عملکردی این حمایت کاهش استرس در افراد است (۲۴). در یک مطالعه در میان اهالی فنلاند انجام شد مشخص شد که بیشتر از یک سوم سالمندان از تنهایی رنج می برند (۲۵). بنابراین یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزواست (۱۳) و با توجه به این که خطر بیهوش شدن در این سنین بسیار بالاست، یافته های این تحقیق نیز نشان دادند که بیهوش بودن با سلامت جسمی رابطه منفی دارد. تحقیقی در هند جنوبی نیز انجام شد و مشخص شد که بیهوش بودن با سلامت خود ادراک شده برای زنان و مردان و ظاهراً بیشتر برای زنان همبستگی بالایی داشت (۲۱). در تحقیقاتی که داخل کشور بر روی کیفیت زندگی سالمندان انجام شد، نیز به این یافته دست یافتند که بیهوشی، نمرات کمتری را نسبت به سایر وضعیت های تاهل در نمره کیفیت زندگی کسب کردند (۱۴). این طور که به نظر می رسد بیهوش بودن برای زنان نه تنها با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین تر در ارتباط است، بلکه از نظر رسوم اجتماعی نیز جایگاه پایین تری پیدا می کنند (۲۱). اما بر عکس آنچه که مشخص شده، متاهلان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند، یافته های تحقیق آهنگری و همکاران خلاف این یافته را نشان داد. بر طبق نتایجی که از تحقیق آنها بر روی کیفیت زندگی سالمندان فرهنگسراهای تهران در سال ۱۳۸۶ به دست آمد، سالمندان مجردی که هرگز ازدواج نکرده بودند نمره بالاتری را در حوزه سلامت جسمانی کسب کرده بودند (۱۵). احتمالاً این گروه از سالمندان، انواع دیگری از حمایت شبکه های اجتماعی دیگر مانند شبکه دوستان بر خوردار بودند. در مطالعه ای دیگر که کیفیت زندگی در دو گروه پیر و جوان مقایسه شد، هر دو گروه کیفیت روابط خانوادگی و روابط با دوستان را عامل پیش بینی کننده مهمتری نسبت به کمیت روابط در رضایت از زندگی مطرح کردند. اما باز در مقایسه با گروه جوانان، سالمندان کیفیت رابطه با دوستان را مهمتر از کیفیت رابطه با فرزندان ارزیابی کرده بودند (۲۶). بر طبق نظر کاریلو و همکاران (۲۰۰۶) شبکه های حمایت

اجتماعی نه تنها حمایت عاطفی را برای فرد فراهم می کنند بلکه از سلامت جسمی فرد نیز پشتیبانی می کنند (۲۷).

حوزه مورد مطالعه بعدی سلامت روان بود و روابط خانوادگی خوب، پیش بینی کننده نمرات بالاتر و مشکلات جسمی پیش بینی کننده نمرات پایین تر در این حوزه بودند. تعاملات خانوادگی تأثیرات پیچیده ای بر سلامت و به خصوص سلامت روان می گذارند (۲۸). به عنوان مثال عده ای نقش روابط خانوادگی را به عنوان عامل میانجی در افزایش اعتماد به نفس سالمندان می دانند (۲۹). حمایت های اجتماعی از جمله همسر و شبکه های بزرگتر مانند خویشاوندان و دوستان، اثر نشانگان افسردگی را بر نمرات مقیاس مرتبط با سلامت در کیفیت زندگی کاهش می دهند. بر عکس تنهایی که در سالمندان به عنوان مشکل جدی شناخته می شود با کیفیت زندگی در حوزه سلامت روان رابطه معکوس دارد. میزان مرگ و میر بالاتر در میان سالمندانی که تنها هستند بیشتر است و یک تحلیل طولی و مقطعی نشان داد که تنهایی، عامل خطری برای بروز نشانگان افسردگی است که علاوه بر آن موجب اضطراب و استرس در سالمندان نیز می شود و خود این موضوع به تنها شدن و در نهایت مزوی شدن بیشتر در سالمندان منجر می شود (۲۴). در این حوزه وجود مشکلات جسمی متغیری بود که سبب کاهش نمرات این حوزه بودند. این یافته مطابق با دیگر مطالعاتی است که نشان داده اند رابطه روشنی بین بیماری مزمن و سلامت روان وجود دارد (۳۰). افرادی که معمولاً بیماری مزمن دارند در معرض خطر بالاتر اختلالات خلقی و افسردگی قرار دارند و در مطالعه ای بر روی افرادی که دچار بیماری های قلبی، دیابت، آرتروز، آسم و فشار خون بودند، سطوح بالاتری از افسردگی، نشانگان افسردگی و پریشانی روانشناختی در بین آنها به اثبات رسید (۳۱). به خصوص که میزان نشانه های افسردگی در سنین سالمندی بسیار بالاست و برای کسانی که بیماری مزمن دارند تا ۷۰٪ هم برآورد شده است. علیرغم اینکه رابطه منفی بین بیماریهای مزمن و افسردگی تایید شده اما تعداد و انواع بیماریهای مزمن نیز احتمالاً بر آن موثرند.

ولی محققان پیشنهاد می کنند که مهم ترین عاملی که بر بروز افسردگی در افراد دارای بیماری مزمن تأثیر می گذارد، نوع و تعداد بیماری ها نیست بلکه ادراک آنها از ناتوانی است که بیماری برایشان ایجاد می کند. سالمندان افسرده، بیماریهای پزشکی بیشتر، درد بیشتر و مشکلات طبی روز افزونی نسبت به غیر افسرده ها دارند (۲۸). به عنوان مثال اختلال خواب یکی از نشانه های ثابت در افسردگی است (۳۲).

نتیجه گیری:

یافته ها نشان دادند که روابط خانوادگی تنها عاملی بود که حوزه روابط اجتماعی را پیش بینی می کرد. یافته های دیگر مطالعات نیز نشان داده اند که افزایش خطر مرگ و میر در بین افرادی که روابط اجتماعی با کمیت و کیفیت پایین دارند، بیشتر است (۳۳). در یک بررسی ملی بر روی کیفیت زندگی ۹۹۹ سالمند بالای ۶۵ در انگلستان و اسکاتلند توسط Bulring و همکاران انجام شد دریافتند، سالمندانی که ارزیابی منفی از کیفیت زندگی خود کرده بودند، تماس های اجتماعی کاهش یافته خود را در نتیجه مرگ دوستان و اعضای خانواده می دانستند و این عامل را موجب پایین آمدن کیفیت زندگی خود می دانستند. در مطالعه ای کیفیت روابط خانوادگی در بین دو جنس مقایسه شد نتایج نشان داد که سالمندی موفق در زنان با روابط خانوادگی خوب، ادراک فرد از سلامت و کفایت در عملکرد و حمایت های روانی همبستگی داشت و در بین مردان، ادراک فرد از کفایت خود در عملکرد و روابط دوستی و خانوادگی پیش بینی کننده سالمندی موفق بودند (۳۴).

در حوزه سلامت محیط، سطح اقتصادی خوب قوی ترین عاملی بود که افزایش نمرات این حوزه را پیش بینی می کرد. همانطور که در بسیاری از مطالعات ذکر شده، داشتن پول کافی، عامل مهمی برای افزایش کیفیت زندگی است، نه تنها به دلیل اینکه نیازهای اساسی زندگی را برآورده می سازد، بلکه عامل مهمی برای مشارکت بیشتر فرد در جامعه و لذت بردن از تفریحات متنوع به شمار می رود (۷).

پیشنهادات:

۱- با توجه به این که حجم نمونه در این مطالعه کم بود پیشنهاد می شود برای انجام تحقیقات دقیق تر آینده از حجم نمونه بیشتر استفاده شود.

۲- بدلیل انتخاب نمونه در دسترس، نمونه معرف جامعه نبود. یکی از پیشنهادات این مطالعه این است که انتخاب نمونه به روش جستجوی خانه به خانه یا household survey صورت بگیرد تا سالمندانی که توانایی رفتن به فرهنگسراها را ندارند و در خانه ها نگاه داری می شوند، نیز امکان مشارکت در تحقیق را داشته باشند.

۳- برای ارزیابی حمایت اجتماعی که روابط خانوادگی را نیز شامل می شود از ابزاری استفاده شود که روایی مطلوب در زمینه سنجش این سازه داشته باشد.

تشکر و قدردانی:

در پایان سپاس گزاری خود را از کلیه بزرگواران از جمله مسئولان محترم فرهنگسراها و به خصوص انجمن پژوهشهای روانشناختی و آسیب های اجتماعی (پروا) که با حمایت مالی را در انجام این پژوهش یاری نمودند، اعلام می داریم.

همچنین ارتباط قوی بین درآمد خانوادگی پایین و بعضی از عوامل خطر که سبک زندگی را تحت تاثیر قرار می دهند، وجود دارد. سالمندان فقیر از نظر جسمی نیز فعالیت کمتری داشته، سلامت روان کمتری دارند و به دفعات بیشتری که در بیمارستان بستری می شوند. در مطالعه ای که در بمبئی صورت گرفت مشخص شد که سالمندان فقیر، مشکلات بیشتری در استفاده از خدمات بهداشتی دارند و این مشکل در نتیجه وضعیت بهداشتی وخیم تر، مداخلات پزشکی ناکافی یا ترکیبی از این دو عامل بود. بعضی مطالعات دیگر نیز نشان داده اند، سالمندانی که وضعیت اقتصادی خوبی ندارند، حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند (۳۵). در یک مطالعه دیگر رابطه ای قوی بین طبقه اجتماعی، صاحب خانه بودن و کیفیت زندگی وجود داشت و ۵۰٪ تا ۷۰٪ سالمندانی که نمره پایین در کیفیت زندگی کسب کرده بودند، در خانه های اجاره ای زندگی می کردند (۳۶).

در مطالعه مشابهی که توسط آهنگری و همکاران در سال ۱۳۸۶ بر روی کیفیت سالمندان در فرهنگسراهای شهر تهران انجام شد، متغیر جنسیت و تحصیلات در تمام چهار حوزه کیفیت زندگی معنادار شدند اما آنچه که قابل توجه است در این مطالعه، این دو متغیر در هیچ کدام از حوزه های کیفیت زندگی معنادار نشدند.

با توجه به یافته های این تحقیق مشخص شد که نقش روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی تا چه اندازه بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر گذار است. بنابراین توجه خاص به بهبود وضعیت خانوادگی در خانواده هایی که عضو سالمند دارند ضروری به نظر می رسد.

محدودیت ها: روش نمونه گیری در دسترس باعث شد که فقط سالمندانی که توانایی رفتن به فرهنگسراها و پارک ها را داشتند امکان شرکت در این مطالعه را داشتند و احتمالاً این افراد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روان با سالمندانی که در خانه نگهداری می شوند، متفاوت هستند.

محدودیت دیگر عدم استفاده از ابزار مخصوص جهت ارزیابی کیفیت روابط خانوادگی بود.

REFERENCES

منابع

- ۱- حبیبی سولا، عقیل، نیکپور، صغری، سید الشهدایی، مهناز، حقانی، حمید: بررسی رفتارهای « ارتقا دهنده سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۷۱۳۸، ۸ (۱)، صص ۲۹-۳۶
- ۲- حمیدی زاده، سعید، احمدی، فضل اله، اصلانی، یوسف، اعتمادی فر، شهرام، صالحی، کمال، کرد یزدی، رحمت اله: بررسی تاثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان در سال ۸۶-۱۳۸۵، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۷، ۱۶ (۱)، صص ۸۱-۸۶
- ۳- سلیم زاده، حمیده، افتخار، حسن، پور رضا، ابوالقاسم، مقیم بیگی، عباس: اشتغال مجدد بازنشستگان و شاخص های کیفیت زندگی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۶، ۷ (۲۶)، صص ۲۸۷-۲۹۷
- 4-WHOQOL group. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. World Health Organization Geneva, 1996
- ۵- نعمتی دهکردی. شهناز، دشت بزرگی، بهمن، پاک سرشت، سیروس، راسخ، عبدالرحمن: تاثیر خاطره گویی بر کیفیت زندگی سالمندان، مجله علوم پزشکی شهر کرد، ۱۳۸۶، ۹ (۴)، صص ۸۱-۷۵
- 6-Tajvar, M., Arab, M., Montazeri, A: Determinant of health-related quality of life in elderly in Tehran. BMC Public health, 2008, 8 (323), 1-8
- 7- 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
- 8-Akamatsu, K., Saito, A., Wada, T., Ishine, M., Rois-Cruz, M., Okamiy., T., Matsubayashi, K: Analysis of comprehensive geriatric assessment of elderly residents in a social welfare home for the aged compared with those in residential care home in an urban area in japan, Geriatrics and Gerontology international, 2005, 5(1), 553-558
- ۹- نجاتی، وحید، عشایری، حسن: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳۸۷، ۴ (۱)، صص ۵۶-۶۱
- ۱۰- سالار، علی رضا، احمدی، فضل اله، فقیه زاده، سقراط: تاثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان، طبیب شرق، ۱۳۸۲، ۵ (۴)، صص ۲۶۱-۲۶۷
- ۱۱- صمدی، صادق، بیات، آرش، طاهری، حمید، جنید، بدری سادات، روزبھانی، نسرین: آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۸۶، ۱۱ (۱)، صص ۸۳-۸۴
- ۱۲- وحدانی نیا، مریم سادات، گشتاسبی، آزیتا، منتظری، علی، مفتون، فرزانه: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه ای جمعیتی، فصلنامه پایش، ۱۳۸۴، ۲، صص ۱۱۳-۱۲۰
- 13-Jiuan Tan, S., Kuan, T., Siok Keng, K: The influence of value orientations and demographics on quality-of-life perceptions: evidence from a national survey of singaporeans, Social Indicators Research, 2006, 78, 33-59
- ۱۴- محقق کمال، سید حسن، سجادی، حمیرا، زارع، حسین، بیگلریان اکبر: مقایسه کیفیت زندگی سالمندان بگیر سازمانهای تامین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم ۱۳۸۶، فصلنامه علمی- پژوهشی مدیریت سلامت، ۱۳۸۶، ۱۰ (۲۷)، صص ۴۹-۵۶

REFERENCES

منابع

- ۱۵- آهنگری، مهناز، کمالی، محمد، ارجمند، حسابی، منوچهر: کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون های فرهنگسرای سالمند شهر تهران، ۱۳۸۶، مجله سالمندی ایران، ۲(۳)، صص ۱۸۲-۱۸۹
- ۱۶- سجادی، حمیرا، بیگلریان، اکبر. کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک، فصلنامه پایش، ۱۳۸۵، ۵ (۲)، صص ۱۰۵-۱۰۸
- 17-Berlim, M., Pavanello, DP., Caldieraro, M & Fleck, M: Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression, *Qual Life Res*, 2005, 14, 561-564
- ۱۸- نجات، سحر، منتظری، علی، هلاکویی نائینی، کوروش، محمد، کاظم، مجد زاده، سید رضا: استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۳۸۵، ۴ (۴)، صص ۱-۱۲
- 19-Netuveli, G., Blane, D: Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 2008, 85, 113 - 126
- 20 – 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
- 21- Carrilo- Gallegos, K., Mudgal, J., Sanchez, S., Wanger, F., Gallo, JJ, Salmeron, J., Garcia-P, C: Social networks and health - related quality of life: a populaton based study among older adults, *Saula Publica de Mexico*, 2009 , 51 (1), 6 - 13
- 22- Sudha, S, Suchindran, Ch, Mutran, EJ., Rajan SI., Sarma, PS: Marital status, family ties, and self- rated health among elders in south india, 2007, 21 ,103- 120
- 23- Seeman, TE: Social ties and health: the benefits of social integration, *Annals of Epidemiology*, 1996, 6(5), 442- 451
- 24- Helgeson, SV: Social support and quality of life, *Quality of life research*, 2003, 12, 25- 31
- 25- Lio, L-J., Guo, Q: Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Qual life res*, 2007, 16, 1275- 1280
- 26- O cononnor, BP: Family and friend relationships among older and younger adults: interaction motivation, mood, and quality. *International journal of aging and human development*, 1995, 40(1), 9 - 29
- ۲۷- سام آرام، عزت اله، احمدی بنی، زیبا: بررسی عوامل موثر بر موقعیت سالمند در خانواده، مجله سالمندی ایران، ۱۳۸۶، ۲(۴)، صص ۲۶۹- ۲۷۹
- 28- Franks, P., Cambell, TL., Shield, CG: Social relationships and health, the relative roles of family functioning and social support. *Social science medicine*, 1992, 34(7), 779 - 788
- 29- Borglin, G., Edberg, AK., Halberg, IR: The experience of quality of life among older people. *Journal of aging studies*, 2001, 19, 201- 220

REFERENCES

منابع

- 30- Bdger, TA: Depression psychological resources, and health- related quality of life in older adults 75 and above, Journal of clinical Geropsychology, 2001, 7 (3), 189- 200
- 31- Shi, M., Simon, AP: Health- related quality of life among adults with serieous psychological stress and chronic medical conditions, 2008, 17, 521- 528
- 32- Fernandez, J., Garcia, C., Martinez, PA., Gonzalez, MP., Barrondo, M., Garcia B: Depression in the elderly living in rural area and another related factors, Actas Esp Psiquiatr, 2006, 122, 784- 793
- 33- House, JS, Landis KR., Umberson, D: Social relationship and health. Science
- 34- Moraes, JF: Factors associated with the successful aging of the socially- active elderly in the metropolitan region of porta alegra: Rev bras psiquit, 2005, 27(4), 302- 308
- 35- Costa- F, M., Barreto, M.S., Firmo, AJ., Uchoa, E: Socioeconomics position and health in a population of Brazilian elderly: Public health, 2003, 13(6), 387- 394
- 36- Breez, E., Robertson, J., Emerton, K., Lilley, L: Post socio- economic factors influence present quality of life for the old, Economic and social research council, 2002

Archive of SID