

کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و ارتباط آن با عوامل مختلف

سنا عیب پوش^۲

*منصوره علی اصغرپور^۱

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی پدیده‌ای طبیعی است و عوامل گوناگونی از جمله شدت اختلالات روحی روانی و فیزیکی همراه با آن بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار است. اطلاع از کیفیت زندگی سالمندان و عوامل موثر بر آن به اتخاذ تدابیری جهت افزایش کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند. هدف پژوهش حاضر تعیین کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و ارتباط آن با عوامل مختلف بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی بر ۱۶۴ سالمند مقیم آسایشگاه کهریزک که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند انجام شد. کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسشنامه LEIPAD و عوامل مرتبط با آن توسط پرسشنامه محقق ساخته سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی، آزمون آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر و ضریب همبستگی اسپیرمن صورت گرفت. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی بیشترین درصد واحدهای پژوهش در ابعاد عملکرد جسمی (۴۳/۹٪)، مراقبت از خود (۵۴/۹٪)، عملکرد اجتماعی (۶۱/۶٪)، عملکرد جنسی (۸۹٪)، و رضایت از زندگی (۶۲/۲٪) در سطح نامطلوب بود. در بعد افسردگی و اضطراب ۳۶٪ در سطح نسبتاً مطلوب و در بعد عملکرد ذهنی بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۳/۳٪) دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند. ارتباط مستقیمی بین ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، و عملکرد ذهنی کیفیت زندگی با عوامل فردی و عوامل روانی وجود داشت. ارتباط مستقیمی بین ابعاد مراقبت از خود، عملکرد اجتماعی و جنسی کیفیت زندگی با عادات قبل از خواب وجود داشت. همچنین ارتباط مستقیمی بین بعد رضایت زندگی کیفیت زندگی و عوامل روانی وجود داشت. یافته‌ها نشان داد بین کل عوامل مختلف مرتبط با زندگی سالمندان و ابعاد عملکرد جسمی (۰/۰۱ < p)، افسردگی و اضطراب (۰/۰۱ < p)، عملکرد ذهنی (۰/۰۳ < p) و عملکرد جنسی کیفیت زندگی (۰/۰۰ < p) ارتباط معنی دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری کلی: از آن جایی که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی تهدید شود، توصیه می‌شود برنامه ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گرفته و تحقیقاتی در این زمینه صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندان، عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، آسایشگاه کهریزک

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۶

تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۱۸

^۱ مربی گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

شماره تماس: ۰۲۱۶۱۰۵۴۳۱۷ Email: aliasgha@sina.tums.ac.ir

^۲ دانشجوی دکترای پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

پدیده ازدیاد سالمندی روندی است که در آینده نه چندان دور نتایج آن در سراسر جهان خود نمایی خواهد کرد. به گفته صاحب نظران کاهش موالید و افزایش طول عمر و امید به زندگی جریانات عمده ای است که این پدیده را ایجاد نموده است؛ این موضوع آن جا اهمیت بیشتری می یابد که بدانیم در کشورهای در حال توسعه، از جمله کشور ما تحول از یک جامعه جوان به جامعه پیر و سالخورده در ۲ تا ۳ دهه آینده به وقوع خواهد پیوست که تطابق با این روند سریع تحول نیازمند تغییرات اساسی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا ضمن غلبه بر مشکلات ناشی از آن بتوان بستر مناسبی برای رشد، تعالی و سلامت سالمندان ایجاد نمود^(۱). رشد تقریبی مورد انتظار در جمعیت سالمندان از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۲۵ معادل ۶۹۴ میلیون یا ۲۲۳ درصد می باشد، به عبارت دیگر در سال ۲۰۲۵ در مجموع حدود ۱/۲ میلیارد نفر سالمند بالای ۶۰ سال خواهیم داشت که این میزان تا سال ۲۰۵۰ به حدود ۲۰٪ جمعیت جهان خواهد رسید. نکته حائز اهمیت این است که ۸۰٪ جمعیت مذکور در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. ایران نیز در زمره کشورهای در حال توسعه است. بر اساس سرشماری عمومی سال ۱۳۸۵، ۳/۷ میلیون نفر جمعیت کشورمان را افرادی بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند و پیش بینی می شود که ظرف ۲۰ سال آینده این میزان به بیش از دو برابر اندازه فعلی، یعنی به ۸/۵ میلیون نفر افزایش یابد که این واقعیت بر لزوم توجه بیشتر به جمعیت سالمند تاکید می کند^(۲).

در قرن حاضر زندگی کردن با کیفیت بهتر مسئله اصلی و عمده بهداشت است^(۳). کیفیت زندگی به وسیله محیط اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و واکنش ما به این محیط تحت تاثیر قرار می گیرد^(۴). مفهوم کیفیت زندگی در جامعه سالمندی از اهمیت بیشتری برخوردار است چنان چه در دومین گردهمایی ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی که با موضوع سالمندی در سال ۲۰۰۲ انجام شد،

هدف از سالمندی پویا، افزایش طول عمر توأم با سلامتی و ارتقاء کیفیت زندگی برای تمام سالمندان اعلام شده است^(۱). توجه به کیفیت زندگی در سالمندان امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می گیرد^(۵). گرچه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی همراه است، اما اثر سایر متغیرها را نباید در این کاهش از نظر دور داشت، کیفیت زندگی در سالمندان می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد از این رو دانستن عوامل موثر بر سطح کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه ای است^(۶). لذا در روند تعامل، حمایت، درمان و مراقبت از سالمندان همواره باید به عوامل موثر بر کیفیت زندگی آنان توجه خاص مبذول داشت تا با شناسایی و مدیریت این عوامل بتوان به افزایش اثربخشی استراتژی‌های حمایتی، مراقبتی و درمانی دست یافت^(۷). پژوهش های انجام شده در مورد کیفیت زندگی کمتر به عوامل مرتبط با آن پرداخته اند به نظر می رسد دانش موجود در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مربوط به آن شامل عوامل محیطی، عوامل فردی (جسمی)، عوامل فردی- روانی، عادات قبل از خواب و عوامل مراقبتی در کشور ما نیاز به بررسی بیشتری دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت تا به توان از نتایج بدست آمده در این تحقیق در راستای برنامه‌ریزی های مناسب جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان استفاده نمود.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که در سال ۱۳۸۹ بر روی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک انجام شد. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود بدین صورت که کلیه سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک که سن آنها ۶۵ سال و بالاتر بود، فاقد اختلالات خلقی (افسردگی) و اختلالات شناختی تشخیص داده شده توسط پزشک بودند، قادر به درک و پاسخگویی به

سوالات بودند، فاقد معلولیت های شناخته شده ذهنی و جسمی بودند، فاقد بیماری های حاد ناتوان کننده بودند و حداقل یک ماه از اقامتشان در خانه سالمندان کهریزک گذشته بود وارد مطالعه شدند بدین ترتیب که پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و شورای پژوهشی کهریزک، ۱۶۴ سالمند که دارای معیارهای ورود پژوهش بودند و رضایت داشتند بعنوان نمونه انتخاب شدند. از کلیه نمونه های پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که به روش خودگزارش دهی نمونه هابه وسیله مصاحبه حضوری توسط پژوهشگران طی سه ماه تکمیل گردید. تکمیل هر پرسشنامه حدود ۱۵-۲۰ دقیقه طول می کشید پرسشنامه تهیه شده شامل سه قسمت بود، قسمت اول پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک: سن (زیر ۷۰ سال، ۷۰-۷۵ سال، بالای ۷۵ سال)، جنس (زن، مرد)، تحصیلات (بیسواد، سواد متوسط، دیپلم و بالاتر)، وجود همسر درحال حاضر (دارد، ندارد)، وضعیت اقتصادی (دارای درآمد، فاقد درآمد)، ارتباط با همسر، فرزندان، اقوام، پزشک (دارد، ندارد)، دریافت کمک در انجام امور روزمره (هیچکس، افرادی بجز گروه درمانی، گروه درمانی)، قسمت دوم پرسشنامه محقق ساخته که به منظور بررسی عوامل دیگری که بر کیفیت زندگی سالمندان موثر است طراحی گردید که در سایر پرسشنامه ها موجود نبود و یا کامل نبود مشتمل بر پنج بخش: عوامل محیطی (۱۷ سوال)، عوامل فردی (جسمی) (۱۵ سوال)، عوامل فردی-روانی (۱۲ سوال)، عادات قبل از خواب (۷ سوال) و عوامل مراقبتی (۳ سوال) و مجموعاً ۵۴ سوال بود، گزینه های این پرسشنامه به صورت لایکرت طراحی شده و هر سوال دارای چهار گزینه پاسخ می باشد. امتیاز بندی این پرسشنامه به قرار ذیل می باشد: بهترین حالت (امتیاز صفر) و بدترین حالت (امتیاز ۳). امتیاز کل از حداقل صفر تا حداکثر ۱۶۲ متفاوت بوده و در نهایت با درصدگیری سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی به سه

سطح زیاد (۱۰۰-۷۵٪)، متوسط (۷۵-۵۰٪) و کم (کمتر از ۵۰٪) دسته بندی شد. قسمت سوم ابزار، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سالمندان LEIPAD بود که مشتمل بر ۳۱ سوال بود. ابزار LEIPAD کیفیت زندگی سالمندان را در بعد عملکرد جسمی (۵ سوال)، مراقبت از خود (۶ سوال)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال) و رضایت از زندگی (۶ سوال) بررسی می کند. گزینه های این پرسشنامه به صورت لایکرت طراحی شده و هر سوال دارای چهار گزینه پاسخ می باشد. امتیاز بندی این پرسشنامه به قرار ذیل می باشد: بدترین حالت (امتیاز صفر) و بهترین حالت (امتیاز ۳). امتیاز کل از حداقل صفر تا حداکثر ۹۳ متفاوت بوده و نهایتاً با درصدگیری کیفیت زندگی به سه سطح مطلوب (۱۰۰-۷۵٪)، نسبتاً مطلوب (۷۵-۵۰٪) و نامطلوب (کمتر از ۵۰٪) دسته بندی شد. به منظور طراحی بخش اول و دوم پرسشنامه با استفاده از کتاب ها و مقالات منتشر شده در این زمینه (۱۰-۷-۸-۹) پرسشنامه اولیه تهیه شده و جهت تعیین اعتبار علمی در اختیار ده نفر از افراد صاحب نظر در این زمینه قرار گرفته و نظرات اصلاحی اعمال شد. برای تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد و برای همبستگی دو پرسشنامه از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد و (۰/۹۱ = r) محاسبه گردید. پرسشنامه LEIPAD توسط Diego و همکاران توسعه پیدا کرد^(۷) و در ایران روانی و پایایی این پرسشنامه توسط حیدر علی عابدی و علی حسام زاده مورد تأیید قرار گرفت (آلفای کرونباخ ۰/۸۷۴)^(۸).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS.16 استفاده شد. به منظور دستیابی به اهداف از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور مقایسه و یافتن ارتباط بین متغیرها از آزمون آماری کای دو و تست دقیق فیشر استفاده شد همچنین به منظور بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و عوامل فردی و محیطی از ضریب همبستگی اسپیرمن

| | |
|---------------------------|---------------------------------|
| ارتباط ندارد | (۹۲/۹)۹۲ |
| فرزند ندارد | (۱۹/۰)۲۹ |
| ارتباط با فرزند | ارتباط دارد (۵۲/۳)۸۰ |
| ارتباط ندارد | (۲۸/۸)۴۴ |
| ارتباط با اقوام | ارتباط دارد (۵۳/۱)۸۵ |
| ارتباط با پزشک | ارتباط ندارد (۴۶/۹)۷۵ |
| ارتباط دارد | ارتباط دارد (۷۸/۰)۹۶ |
| ارتباط ندارد | (۲۲/۰)۲۷ |
| هیچکس | (۲۰/۸)۳۳ |
| دریافت کمک در امور روزمره | افراد بی‌بجز گروه درمانی (۳/۸)۶ |
| گروه درمانی | (۷۵/۵)۱۲۰ |

مسائل مرتبط با سلامتی از موارد مهمی است که در کیفیت زندگی سالمندان موثر می باشد یافته های ما نشان می دهد که ۷۲/۶٪ نمونه ها دارای مشکلات عضلانی، اسکلتی و حرکتی و ۴۱/۵٪ دچار مشکلات بینایی و شنوایی بودند.

بررسی های ما در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد که کیفیت زندگی واحدهای پژوهش در ابعاد عملکرد جسمی (۷۲ نفر، ۴۳/۹٪)، مراقبت از خود (۹۰ نفر، ۵۴/۹٪)، عملکرد اجتماعی (۱۰۱ نفر، ۶۱/۶٪)، عملکرد جنسی (۱۴۶ نفر، ۸۹٪)، و رضایت از زندگی (۱۰۲ نفر، ۶۲/۲٪) در سطح نامطلوب در بعد افسردگی و اضطراب (۵۹ نفر، ۳۶٪) در سطح نسبتاً مطلوب و در بعد عملکرد ذهنی بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۷۱ نفر، ۴۳/۳٪) دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است همچنین ارتباط برخی متغیرهای دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی در جدول شماره ۳ و ارتباط بین عوامل مختلف مرتبط با زندگی سالمندان و کیفیت زندگی آنان نیز در جدول شماره ۴ آورده شده است.

استفاده شد. به منظور تفسیر داده ها، p مساوی ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول شماره یک مشخصات دموگرافیک نمونه ها را نشان می دهد. نتایج تحقیق ما در خصوص ارتباط مشخصات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که داشتن همسر، تحصیلات بالا، جنس مرد و سن پایین سالمندان، با ارتقاء بعد عملکرد جسمی؛ جنسیت مرد و سن پایین، با ارتقاء بعد مراقبت از خود؛ تحصیلات بالا، جنس مرد و سن پایین سالمندان با بهبود بعد افسردگی و اضطراب و بعد عملکرد ذهنی؛ بین داشتن درآمد بالا و بالا بودن سطح تحصیلات و پایین تر بودن سن، با ارتقاء بعد عملکرد اجتماعی؛ و بین داشتن درآمد بالا با بهبود بعد رضایت از زندگی کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مستقیم وجود دارد.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان

| متغیرهای دموگرافیک | دامنه متغیرها | فراوانی (درصد) |
|--------------------|------------------|----------------|
| سن (سال) | کمتر از ۷۰ | ۳۲ (۱۹/۸) |
| | ۷۰-۷۵ | ۳۱ (۳۸/۹) |
| | بالاتر از ۷۵ | ۹۹ (۴۱/۳) |
| جنس | زن | ۱۰۸ (۶۵/۹) |
| | مرد | ۵۶ (۳۴/۱) |
| تحصیلات | بیسواد | ۱۱۱ (۶۹/۴) |
| | ابتدایی و متوسطه | ۳۳ (۲۰/۶) |
| | دیپلم و بالاتر | ۱۶ (۱۰/۰) |
| تاهل | ندارد | ۱۴۵ (۹۰/۱) |
| | دارد | ۱۶ (۹/۹) |
| درآمد | دارای درآمد | ۵۸ (۳۷/۷) |
| | بدون درآمد | ۹۶ (۶۲/۳) |
| ارتباط با همسر | ارتباط دارد | ۷ (۷/۱) |

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

| ابعاد کیفیت زندگی | سطح کیفیت زندگی | | نامطلوب | | نسبتا مطلوب | | مطلوب | | جمع | |
|-------------------|-----------------|-------|---------|-------|-------------|-------|-------|-------|------|-------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد |
| عملکرد جسمی | ۷۲ | ۴۳/۹ | ۵۱ | ۳۱/۱ | ۴۰ | ۲۴/۴ | ۱۶۳ | ۹۹/۴ | | |
| مراقبت از خود | ۹۰ | ۵۴/۹ | ۲۳ | ۱۴ | ۵۱ | ۳۱/۱ | ۱۶۴ | ۱۰۰ | | |
| افسردگی و اضطراب | ۵۴ | ۳۲/۹ | ۵۹ | ۳۹ | ۵۱ | ۳۱/۱ | ۱۶۴ | ۱۰۰ | | |
| عملکرد ذهنی | ۳۳ | ۲۰/۱ | ۵۹ | ۳۹ | ۷۱ | ۴۳/۳ | ۱۶۳ | ۹۹/۴ | | |
| عملکرد اجتماعی | ۱۰۱ | ۶۱/۶ | ۴۹ | ۲۹/۹ | ۱۴ | ۸/۵ | ۱۶۴ | ۱۰۰ | | |
| عملکرد جنسی | ۱۴۶ | ۸۹ | ۱۶ | ۹/۸ | ۲ | ۱/۲ | ۱۶۴ | ۱۰۰ | | |
| رضایت از زندگی | ۱۰۲ | ۶۲/۲ | ۶۱ | ۳۷/۲ | ۱ | ۰/۶ | ۱۶۴ | ۱۰۰ | | |

قابل ذکر است که یک نفر از واحدهای پژوهش به ابعاد عملکرد جسمی و عملکرد ذهنی پاسخ نداده است.

جدول شماره ۳: ارتباط بین برخی مشخصات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

| مشخصات دموگرافیک | سن | | | جنس | | همسر (در حال حاضر) | | | وضعیت تحصیلات | |
|-------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|---------------|----------------|
| | زیر ۷۰ سال | ۷۰-۷۵ سال | بالای ۷۵ سال | مرد | زن | ندارد | دارد | بی سواد | سواد متوسط | دیپلم و بالاتر |
| ابعاد کیفیت زندگی | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| عملکرد جسمی | ۳۲ (۱۰۰) | ۳۰ (۱۰۰) | ۹۹ (۱۰۰) | ۵۶ (۱۰۰) | ۱۰۸ (۱۰۰) | ۱۴۵ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) | ۱۱۱ (۱۰۰) | ۳۳ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) |
| | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۴۶$ | | $P < ۰/۰۰۳$ | | |
| مراقبت از خود | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| افسردگی و اضطراب | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| عملکرد ذهنی | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| عملکرد اجتماعی | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | |
| | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۴$ | | |
| | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۰۲$ | | |
| | | $P < ۰/۰۰۱$ | | $P < ۰/۰۱۵$ | | $P < ۰/۰۷۵۸$ | | $P < ۰/۰۲۷$ | | |

ادامه جدول شماره ۳: ارتباط بین برخی مشخصات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک در سال ۱۳۸۹

| عملکرد جنسی | سن | جنس | همسر (در حال حاضر) | | وضعیت تحصیلات | |
|----------------------------------|-------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------------|
| زیر ۷۰ سال | ۷۰-۷۵ سال | مرد | ندارد | دارد | بی سواد | سواد متوسط |
| تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| ۳۲ (۱۰۰) | ۳۰ (۱۰۰) | ۵۶ (۱۰۰) | ۱۴۵ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) | ۱۱۱ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) |
| Fisher's Exact Test P < ۰/۳۵۷ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۵۶۸ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۸۱۱ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۱۵۷ |
| رضایت از زندگی | سن | جنس | همسر (در حال حاضر) | | وضعیت تحصیلات | |
| زیر ۷۰ سال | ۷۰-۷۵ سال | مرد | ندارد | دارد | بی سواد | سواد متوسط |
| تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) |
| ۳۲ (۱۰۰) | ۳۰ (۱۰۰) | ۵۶ (۱۰۰) | ۱۴۵ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) | ۱۱۱ (۱۰۰) | ۱۶ (۱۰۰) |
| Fisher's Exact Test P < ۰/۹۴۶ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۶۹۱ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۹۷۳ | | Fisher's Exact Test P < ۰/۲۰۲ |

جدول شماره ۴: ارتباط بین عوامل مختلف مرتبط با زندگی سالمندان و کیفیت زندگی آنان.

| ابعاد کیفیت زندگی | گویه ها | عوامل محیطی | عوامل فردی (جسمی) | عوامل فردی (روانی) | عادات قبل از خواب | عوامل مراقبتی | کل |
|-------------------|---------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| عملکرد جسمی | | P < ۰/۲۸۵ r = ۰/۰۸۴ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۳۳۶ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۳۴۰ | P < ۰/۲۲۴ r = ۰/۰۹۷ | P < ۰/۲۲۰ r = ۰/۰۹۷ | P < ۰/۰۱۴ r = ۰/۱۹۲ |
| مراقبت از خود | | P < ۰/۰۹۶ r = ۰/۱۳۰ | P < ۰/۰۲۲ r = ۰/۱۷۹ | P < ۰/۰۰۷ r = ۰/۲۱۲ | P < ۰/۰۵۱ r = ۰/۱۵۵ | P < ۰/۷۸۵ r = ۰/۰۲۲ | P < ۰/۶۹۳ r = ۰/۳۱ |
| افسردگی و اضطراب | | P < ۰/۷۴۴ r = ۰/۰۲۶ | P < ۰/۰۰۲ r = ۰/۲۳۸ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۴۰۶ | P < ۰/۹۱۶ r = ۰/۰۰۸ | P < ۰/۲۳۰ r = ۰/۰۹۵ | P < ۰/۰۱۶ r = ۰/۱۸۸ |
| عملکرد ذهنی | | P < ۰/۵۸۱ r = ۰/۰۴۴ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۲۸۹ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۳۴۹ | P < ۰/۰۷۷ r = ۰/۱۴۰ | P < ۰/۱۴۳ r = ۰/۱۱۶ | P < ۰/۰۳۴ r = ۰/۱۶۶ |
| عملکرد اجتماعی | | P < ۰/۳۹۹ r = ۰/۰۶۶ | P < ۰/۱۶۸ r = ۰/۱۰۹ | P < ۰/۰۵۱ r = ۰/۱۵۳ | P < ۰/۰۰۳ r = ۰/۲۳۲ | P < ۰/۵۵۸ r = ۰/۰۴۷ | P < ۰/۸۶۸ r = ۰/۰۱۳ |
| عملکرد جنسی | | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۳۴۳ | P < ۰/۱۷۲ r = ۰/۱۰۷ | P < ۰/۰۲۸ r = ۰/۱۷۲ | P < ۰/۰۳۱ r = ۰/۱۷۱ | P < ۰/۰۱۶ r = ۰/۱۸۹ | p < ۰/۰۰۰ r = ۰/۳۴۶ |
| رضایت از زندگی | | P < ۰/۹۵۸ r = ۰/۰۰۴ | P < ۰/۵۹۹ r = ۰/۰۴۱ | P < ۰/۰۰۷ r = ۰/۲۱۲ | P < ۰/۸۹۱ r = ۰/۰۱۱ | P < ۰/۳۸۸ r = ۰/۰۶۸ | P < ۰/۲۵۹ r = ۰/۰۸۹ |

نتایج در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی دار است.

در بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک سالمندان و ابعاد کیفیت زندگی مطالعات گوناگون ارتباط مستقیمی بین افزایش سن و افت کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون را ذکر نموده اند (۱۱،۱۰،۹). در رابطه با ارتباط مشاهده شده بین جنسیت مرد و بعد مراقبت از خود کیفیت زندگی باید به این نکته توجه داشت که اکثریت (۷۵ نفر، ۷۰٪) زنان شرکت کننده در این پژوهش سن بالای ۷۵ سال

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر به بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی، مسائل مرتبط با سلامتی سالمندان، میزان مطلوب بودن ابعاد کیفیت زندگی و رابطه ابعاد کیفیت زندگی و سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی ۱۶۴ نفر از سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک پرداخته شد.

می‌شوند^(۱۶)، پژوهشگران دیگری نیز این مطلب را مورد تأیید قرار داده‌اند^(۱۷،۱۲). ارتباط مشاهده شده بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات^(۱۵،۱۴) و درآمد و بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی^(۱۸،۱۴) با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد.

Shear و همکاران در مطالعه خود روی ۹۵۱ سالمند ۶۵ سال و بالاتر از قشر کم درآمد جامعه هندوستان متذکر شدند که سالمندان از قشر کم درآمد جامعه به دلیل وجود مشکلات بالینی مکرری که دارند و عدم دریافت مراقبتهای استاندارد از کیفیت زندگی پائینی برخوردار می‌باشند^(۱۸) یافته‌های مانیز هم راستا با مطالعات فوق نشان داد که بین داشتن درآمد بالا با بعد رضایت از زندگی کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مستقیم وجود دارد.

در بررسی مسائل مرتبط با سلامتی تعداد زیادی از سالمندان در جامعه دارای ناتوانی‌های جسمی گوناگون هستند و این امر موجب محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود در سالمندان می‌شود. پژوهش‌های پیشین گزارش نموده‌اند که مشکلات و محدودیت‌های جسمی و بیماری‌های دوران سالمندی منجر به بروز استرس، اضطراب و افسردگی در فرد سالمند و افت قوای ذهنی وی می‌شود^(۲۰،۱۹). یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که سالمندان از بیماری‌های مختلفی از جمله مشکلات عضلانی، اسکلتی و حرکتی، مشکلات بینایی، شنوایی و مشکلات قلب عروقی رنج می‌برند که در کیفیت زندگی آنان تاثیر گذار است.

یافته‌های حاصل از بررسی میزان مطلوب بودن کیفیت زندگی در سالمندان با نتایج بررسی دوامی و همکاران^(۲۱) روی سالمندان مقیم سرای سالمندان اصفهان و حسام زاده^(۸) در مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم آسایشگاه‌های شهر تهران مشابهت دارد و نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد مختلف از کیفیت پائینی برخوردار است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی سالمندان منبع

داشتند درحالی که کمتر از نیمی از مردان (۲۴ نفر، ۴۲٪) در این رده سنی بودند، و میانگین سنی سالمندان زن بطور معناداری بالاتر از مردان بود. همان طور که پیش تر ذکر شد، از آن جایی که ارتباط مستقیمی بین افزایش سن و افت کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد، مشاهده کیفیت زندگی بالاتر در سالمندان مرد پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل پایین تر بودن میانگین سنی آنان باشد از طرفی نتایج تحقیق علی پور و همکاران نیز نشان داد که کلیه ابعاد کیفیت زندگی مردان سالمند بالاتر از زنان بوده است^(۱۲). نتایج مطالعه حاضر نیز در تأیید مطالعات فوق بوده و نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در سنین بالاتر کمتر از گروه‌های سنی پائین تر می‌باشد و توصیه می‌شود که از نظر مراقبتی باید توجه بیشتری به زنان سالمند داشته باشیم.

ارتباط موجود بین سطح تحصیلات و بهبود اکثر ابعاد کیفیت زندگی در مطالعات دیگر نیز بیان شده است. Friedman و همکاران می‌نویسند، افراد بی سواد کمتر با روش‌های حل مشکل آشنایی دارند؛ از طرفی در اکثر مواقع وضعیت اقتصادی افراد بیسواد نامناسب است این مسائل موجب می‌شود تا این افراد بیشتر در معرض استرس بوده و کیفیت زندگی پایین تری داشته باشند^(۱۳). بذرفشان و همکاران در مطالعه خود به بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان شهر شیراز پرداخته و گزارش نمودند که بین متاهل بودن و ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله بعد عملکرد جسمی ارتباط معنادار و مستقیم وجود دارد^(۱۴). در مطالعه ای که آهنگری و همکاران به روی ۳۰۰ سالمند ۶۰ سال به بالا در فرهنگسرای سالمند شهر تهران انجام دادند به نتایج مشابهی دست یافتند^(۱۵). در تحقیق دیگری که توسط Hagedoorn و همکاران بر روی ۱۶۴۹ سالمند ۶۵ ساله و بالاتر با هدف بررسی تاثیر وضعیت تاهل بر حفاظت از سالمندان در برابر فشارهای وارده بر سالمندان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که سالمندان متاهل فشار کمتری را نسبت به زنان بیوه متحمل

جسمی متعدد و محدودیت های فیزیکی سالمندان منجر به افت کیفیت زندگی آنان می گردد^(۲۶). از طرفی وجود این مشکلات جسمی و محدودیت های فیزیکی منجر به افت توانایی مراقبت از خود در سالمندان شده و کیفیت زندگی در این بعد را دچار اختلال می کند. بطورکلی نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در سالمندان آسایشگاه نامطلوب بود و تحت تاثیر متغیرهای مختلفی اعم از متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای مربوط به فرد سالمند و متغیرهای محیطی و اجتماعی قرار دارد. از آنجاییکه کیفیت زندگی در این دوران می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی تهدید شود توصیه می شود برنامه ریزی هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی که تسهیلات لازم جهت انجام پژوهش حاضر را فراهم نموده اند، همچنین از مدیر و همکاران محترم آسایشگاه کهریزک و کلیه بیماران عزیزی که در این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

مهمی برای بهبود کیفیت زندگی آنان محسوب می گردد^(۱۱،۱۰).

Drageset و همکاران منبع اصلی کسب حمایت اجتماعی را همسر، فرزندان، دوستان و خویشاوندان معرفی کرده اند^(۲۲). Sato و همکاران در مقاله خود اشاره داشتند که بین ۴۰ - ۲۰ درصد از سالمندان بالای ۷۵ سال نمی توانند تنها زندگی کنند، از میان سالمندانی که این محدودیت را دارند، یک سوم آنان کیفیت زندگی پایین یا خیلی پایین دارند^(۱۷). همانطور که سجادی و بیگلریان می نویسند 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. سازمان جهانی بهداشت برآورده ساختن نیازهای سالمندان را راهی مهم در جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان معرفی نموده و مهم ترین نیازهای سالمندان را مواردی چون سلامت جسمانی، مسکن، رفاه اجتماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح و سرگرمی می داند^(۲۳).

در بررسی رابطه ابعاد کیفیت زندگی با سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی مشاهده ارتباط بین عوامل جسمی و عوامل روانی با افت بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی دور از انتظار نیست. در مطالعات گوناگون نیز ارتباط عوامل روانی با کیفیت زندگی گزارش شده است^(۲۴،۲۵). مطالعات گوناگونی گزارش نموده اند که عوامل

فهرست منابع

1. The world is fast ageing - have we noticed? The time to plan and to act is now . WHO. Available from: <http://www.who.com/Programmes and projects > Ageing and life course>. Retrieved at 2008-12-09.
2. maghsoodnia S. [Primary elder health care in Iran]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences publication; 2006. Persian
3. Ersser S, Wiles A, Taylor H, Wade S, Walsh R, Bentley T. The sleep of older people in hospital and nursing homes. *J Clin Nurs*. 1999 Jul;8(4):360-8.
4. Coats AJ. Life, quality of life and choice in an ageing society. *Int J Cardiol*. 2001 Mar;78(1):1-3.
5. Kagan SH. The advanced practice nurse in our aging society. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003.

6. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formosan Med Assoc Taiwan yi zhi*. 2004;103(3):196.
7. De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med*. 1998 Spring;24(1):17-27.
8. Hesam-zadeh A. [Comparison of the quality of life of elders living in home with those of senile house in Tehran]. Unpublished MSc. Thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2004. Persian
9. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand*. 2000 Oct;102(4):249-57.
10. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006 Feb;15(1):83-91.
11. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res*. 2005 Mar;14(2):511-20.
12. Alipour F, Sajadi H, fruzan A, Biglarian A. [The role of social support on quality of life for elderly]. *Soc Welfare Quarter*. 2009;9 (33):147-65.persian
13. Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, Urry HL, Davidson RJ, Singer BH, et al. Socioeconomic status predicts objective and subjective sleep quality in aging women. *Psychosom Med*. 2007 Sep-Oct;69(7):682-91.
14. Bazrafshan MR, Hoseini MA, Rahgozar M, Maddah B. [Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan club]. *Salmand*. 2008; 3 (7): 33-41.persian *کروشه؟*
15. Ahangari M, Kamali M, Arjmand HM. [Quality of life in elderly members of Tehran Senile Culture House Clubs]. *Salmand*; 2008; 3(7): 182-189. persian
16. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CH, Ranchor AV, van Sonderen E, et al. Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychol Aging*. 2006 Sep;21(3):611-20.
17. Sato S, Demura S, Kobayashi H, Nagasawa Y. The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*. 2002 Jul;21(4):195-204.
18. Shear K, Roose S, Lenze E, Alexopoulos G. Depression in the elderly: the unique features related to diagnosis and treatment. *CNS Spectr*. 2005;10(Suppl 8):1-27.
19. Hickey A, Barker M, McGee H, O'Boyle C. Measuring health-related quality of life in older patient populations: a review of current approaches. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(10):971-93.
20. Lyness JM. End-of-life care: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *American J Geriatr Psych*. 2004;12(5):457.
21. Davami M. [Comparison of the quality of life of elders living in home with those of senile house in Esfahan]. Unpublished MSc. Thesis, Isfahan Medical University, 2000. persian
22. Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents--A questionnaire survey in Bergen, Norway. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):66-76.
23. Sajadi H, Biglarian A. [Quality of life among elderly women in the nursing home charitable Kahrizak, Tehran, Iran]. *Payesh*. 2007; 6 (2): 105-108persian

24. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008;85:113-26.
25. Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Persons with Disabilities. *J Ame Geriatr Soc.* 2008;56(4):711-7.
26. Sarment DP, Antonucci TC. Oral health related quality of life and older adults In Inglehart, M. R. Bagramian, R. A (Eds.), Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence Publishing, 2002.

The Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents and Its Relationship with Different Factors

*Aliasquarpoor M. MSc¹

Eybpoosh S., PhD. Candidate²

Abstract

Background & Aims: Aging is a natural phenomenon and a variety of factors including psychological and physical disorders associated with aging has impact on the quality of life of this population .information on factors affecting quality of life of elderly , helps to increase their quality of life. The aim of this study was to determine the quality of life of seniors and various factors associated with it.

Materials & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. Census was used to recruit 164 Kahrizak nursing home residents (Aprill-May2010). Elderlies' quality of life were assessed using LEIPAD questionnaire and its associated factors were determined by a researcher made tool. In order to analyze the data, descriptive statistics, chi-square tests and Fisher's exact test were used. To investigate the relationship between individual and environmental factors of quality of life Spearman correlation coefficients was used. Analysis was done using SPSS- PC(v.16). P <0/05considered as significant.

Results: The quality of life of the highest percentage of subjects was undesirable in the dimensions including physical function (% 43/9), self care (% 54/9), social functioning (% 61/6), sexual functioning (% 89) and life satisfaction (% 62/2). The depression and anxiety dimension of quality of life in (% 36) of the sample was moderately good and the mental dimension of quality of life of (% 43/3) of the sample was desirable. There were direct correlation between physical function, self care, depression and anxiety, and mental function dimensions of quality of life and the personal characteristics and also psychological factors. There were direct relationship between self-care, social functioning , and sexual functioning dimensions of quality of life and before sleep habits. There was also a direct relationsheep between life satisfaction dimension of quality of life and psychological factors. The findings revealed that there are significant relationnnsnships among all factors related to the life of elderlies and physical performance (P<0.01), depression and anxiety (P<0.01), mental function (P<0.03) and sexual function (P<0.00) dimensions of their quality of life.

Conclusion: Since the quality of life in this period would be threatened by many factors, executing programs to promote social participation, improve medical and consultation services for this population is recommended. More research is needed in this field.

Key words: Quality of Life, Factors related to Quality of Life, Elderly, Nursing Home

Received: 25 Mar 2012

Accepted: 7 Jun 2012

¹ Senior lecturer, Medical Surgical Dept, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author). Tel: 02161054317 Email: aliasgha@sina.tums.ac.ir

² PhD candidate in nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.