

ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت های جسمی در سالمندان

*عقیل حبیبی سولاً^۱ صغری نیکپور^۲ مهناز سیدالشهدایی^۳ حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به کیفیت زندگی و فعالیت های جسمی در سالمندان امر بسیار مهمی است که نباید مورد غفلت قرار گیرد. سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است که خود بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می افزاید. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت های جسمی در سالمندان انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع همبستگی بود که بر روی ۱۰ نفر از سالمندان غرب تهران انجام گرفت. روش نمونه گیری از نوع چندمرحله ای بود و از ابزار پژوهش شامل گونه فارسی پرسشنامه (SF12) The Short Form Health Survey جهت بررسی کیفیت زندگی و پرسشنامه مربوط به فعالیت های جسمی، شامل دو بخش سوالات مربوط به ADL (فعالیت های روزمره زندگی) و IADL (فعالیت های ابزاری زندگی) استفاده شد. اطلاعات مربوط به واحدهای مورد پژوهش از طریق مصاحبه گردآوری شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی، آزمون تی-تست، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان با فعالیت های روزمره زندگی ($P=0/000$) و فعالیت های ابزاری زندگی ($P=0/000$) آنان ارتباط معنی دار آماری داشت و در مجموع سالمندانی که از نظر فعالیت های جسمی مستقل تر بودند، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند. میانگین نمرات کیفیت زندگی در سالمندان واحدهای مورد مطالعه $32/84$ ($12-48$)، 12 محدود و $SD=8/89$ بود و دلالت بر کیفیت زندگی متوسط آنان داشت. کیفیت زندگی همچنین با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی سالمندان ارتباط معنی دار آماری داشت ($P < 0/05$). میانگین نمره فعالیت های روزمره زندگی $13/54$ (14 -صفر: محدود و $SD=1/53$) و میانگین فعالیت های ابزاری زندگی $14/20$ (18 -صفر: محدود و $SD=3/717$) بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی با فعالیت های جسمی سالمندان مرتبط است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نیازهای ویژه دوران سالمندی، کیفیت زندگی سالمندان می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد. لذا توصیه می شود در جهت حفظ و افزایش استقلال سالمندان در فعالیت های جسمی آن ها، سیستم های بهداشتی و مسؤلین امر برنامه ریزی دقیق تری را اتخاذ نمایند. همچنین به منظور تایید یافته های پژوهش و با توجه به این که پژوهش حاضر فقط در منطقه غرب تهران انجام گرفته است، پیشنهاد می شود مطالعه به صورت گسترده تر در سطح شهر تهران و نیز کل کشور انجام شود.

کلید واژه ها: سالمندان - کیفیت زندگی - فعالیت جسمی

تاریخ دریافت: ۸۶/۵/۱۰ تاریخ پذیرش: ۸۷/۲/۲۵

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی خلخال، خلخال، خیابان شهید مظفری، خیابان شهید اشرفی اصفهانی، دانشکده پرستاری و مامایی خلخال، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ مربی گروه بهداشت جامعه مادران و نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی آمار حیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است.^(۱) با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به کیفیت زندگی و فعالیت های جسمی در سالمندان امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می گیرد.^(۲و۱)

سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام و برآورد کرد که این تعداد تا سال ۲۰۵۰ به رقم یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید.^(۳) این در حالی است که هم اکنون ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.^(۴و۵) براساس گزارشات در حال حاضر ۶ درصد از کل جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند که معادل چهار میلیون و ۵۶۲ هزار نفر می باشد. پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر، معادل ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد. در گزارش این مرکز امید به زندگی برای مردان و زنان ایرانی بعد از ۶۰ سالگی طی سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ به ترتیب ۱۷ و ۱۸ سال برآورد شده است.^(۳) در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ایران ۱/۶ درصد می باشد، این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است.^(۶)

بر اساس بررسی سازمان بهداشت، آموزش و رفاه آمریکا ۱۵ درصد از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و ۸۹ درصد از تخت های مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص داده اند^(۷) و به طور کلی ۲۹ درصد از هزینه مراقبت های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می شود، در حالی که این قشر فقط

۱۲ درصد کل جمعیت را تشکیل می دهند^(۷) و پیش بینی می شود در سال ۲۰۴۰ رقمی در حدود ۵۰ درصد از کلیه خدمات پزشکی که در آمریکا ارائه می گردد، مورد استفاده این گروه قرار گیرد.^(۸) همچنین در حدود ۶۰ درصد از هزینه های مراقبت های بهداشتی، ۳۵ درصد از ترخیص های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان ها را سالمندان به خود اختصاص می دهند. با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسئله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه، هر روز ابعاد تازه و گسترده تری پیدا می کند.^(۸)

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهم تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی «کیفیت زندگی» مطرح شده است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب کرده است.^(۹و۱۰) چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم «زنده ماندن» بود در حالی که چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» می باشد.^(۱۱و۱۲) با این حال بررسی در کشور ایران نشان می دهد که تنها یک درصد از قوانین تصویب شده مملکتی مربوط به سالمندان است که از این میزان ۶۲ درصد اقتصادی، ۲۲ درصد اجتماعی و ۱۶ درصد رفاهی و بهداشتی می باشد.^(۴)

کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می شود و از آنجا که ابعاد متعددی مانند جنبه های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است.^(۱۳) یافته های برخی مطالعات حاکی از آن است که مشکلات و مسائل متعددی که به طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی تأثیر دارد.^(۹) سالمندان دچار اختلالات متعدد

با افزایش سطح فعالیت های جسمی سالمندان، کیفیت زندگی آنان نیز ارتقاء می یابد.^(۱۵) در این رابطه مطالعه حمیدزاده نشان می دهد که استفاده از یک برنامه منظم ورزشی موجب بهبود فعالیت های جسمی در سالمندان شده و کیفیت زندگی آنان را ارتقاء می بخشد.^(۱۶) همچنین نتایج مطالعه Lee و همکاران حاکی از آن بود، سالمندانی که استقلال بیشتری در فعالیت های روزانه داشتند دارای سطح کیفیت زندگی بالاتری نیز بودند.^(۲)

آنچه که دانش امروزی بدان توجه می کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال های اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد. در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت های علمی برای تأمین زندگی طولانی تر، بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود.^(۱۷) لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت های جسمی در سالمندان انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع همبستگی و جامعه پژوهش شامل افراد ایرانی الاصل ۶۰ سال و بالاتر ساکن در منطقه غرب تهران بود که از نظر ذهنی هوشیار بوده و قادر به پاسخگویی سوالات بودند، که در نهایت ۴۱۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سالمندان شرکت کننده در مطالعه از نظر اجتماعی فعال بودند و افراد بیمار و دارای معلولیت جسمی از مطالعه حذف شدند. روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع چند مرحله ای بود. بدین ترتیب که بر روی نقشه، از بین مناطق غرب تهران که شامل مناطق ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۸، ۲۱، ۲۲ بود مناطق ۲، ۵، ۱۸ و ۲۲ به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس اماکن عمومی (مساجد، پارک ها، مکان های

حسی و عملکردی می شوند که نتیجه آن محدود شدن موقعیت های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و در نهایت کاهش کیفیت زندگی است.^(۶) مطالعه Barry نشان می دهد ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند.^(۸) که موجب بروز مشکلات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی در آنان شده و منجر به ایجاد محدودیت در انجام فعالیت های روزانه و در نهایت کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود.^(۱۳)

مهم ترین مسائل در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مربوط به حفظ استقلال آنان در فعالیت های جسمی و شناختی و ادامه زندگی به صورت فعال است.^(۲) یکی از بهترین راه های ارزشیابی سطح سلامتی سالمندان بررسی سطح فعالیت آنان در زندگی روزانه می باشد که می تواند اطلاعات لازم را جهت برنامه ریزی مناسب و منطبق با نیازهای سالمندان، در اختیار کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی قرار دهد.^(۱۴) برنامه ریزی های بهداشتی و درمانی جوامع مختلف بر اساس نیازهای افراد آن جامعه صورت می گیرد و اندازه گیری فعالیت های روزانه زندگی سبب درک نیازهای افراد جامعه و تصمیم گیری های مهم در سیستم بهداشتی و درمانی می شود.^(۱۴و۱۳)

عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری های مزمن با افزایش سن سبب محدود شدن فعالیت های جسمی فرد سالمند می گردد^(۷) و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می دهد. این موضوع به خودی خود می تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد.^(۱۴) آمارها نشان می دهد که یک چهارم مردم بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیت های روزانه خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملاً وابسته و زمین گیر می شوند.^(۷)

ورزشی و مراکز خرید) و منازل در این مناطق به تفکیک مشخص گردید و در هر منطقه ۲ مسجد، ۲ پارک، ۲ مکان ورزشی و ۲ مرکز خرید به صورت تصادفی انتخاب شدند. روش کار در این پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر به همراه ۲ پرسشگر دیگر که آموزش‌های لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه را دیده بودند، در روزهای متوالی در این مکان‌ها حضور یافته و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف مطالعه و نیز حفظ رازداری در مورد مسائل شخصی، رضایت آن‌ها را جهت شرکت در پژوهش جلب کردند. در نهایت از هر مکان عمومی ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن مشخصات واحدهای مورد پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند و پرسشنامه توسط پژوهشگران به صورت مصاحبه در همان محل تکمیل گردید. همچنین پژوهشگر برای انتخاب نمونه‌ها از منازل، ابتدا با معرفی نامه‌ای که از دانشکده پرستاری و مامایی ایران اخذ کرده بود، خود را به ریاست بهداشت مراکز بهداشت مناطق مختلف غرب تهران صورت گرفت، با استفاده از پرونده‌های بهداشتی در این مراکز، آدرس واحدهای مورد پژوهش بدست آمد. به طوری که ابتدا پرونده خانوارهایی که افراد ۶۰ سال و بالاتر داشتند انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی تعداد ۲۲ پرونده از مراکز بهداشت مناطق ۵ و ۲، و تعداد ۲۳ پرونده از مراکز بهداشت ۲ و ۱۸ انتخاب شدند و در روزهای نمونه‌گیری با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، در صورت حضور فرد مورد نظر در منزل و موافقت ایشان نمونه‌گیری به صورت مصاحبه انجام گرفت.

سؤالات مندرج در پرسشنامه توسط پژوهشگران از طریق مصاحبه ثبت می‌شد. جهت بررسی کیفیت زندگی از گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF12) استفاده شد. این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، نقش عاطفی، درد جسمی، نیروی حیاتی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامت مورد بررسی قرار می‌دهد. رتبه بندی سؤالات براساس مقیاس چند گزینه‌ای لیکرت انجام گرفت. نمره کل از جمع نمرات مربوط به سؤالات محاسبه و به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی شد، به طوری که امتیاز بالا نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر بود. همچنین به منظور بررسی فعالیت های جسمی، از پرسشنامه‌ای استفاده شد که از دو بخش سؤالات مربوط به ADL (فعالیت‌های روزمره زندگی) و IADL (فعالیت‌های ابزاری زندگی) تشکیل شده بود. فعالیت‌های روزمره زندگی شامل: غذا خوردن، پوشیدن و درآوردن لباس، راه رفتن، انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن و دستشویی رفتن بود. همچنین فعالیت‌های ابزاری زندگی شامل: توانایی استفاده از تلفن، طی کردن مسافت‌های نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام کارهای منزل، شستن لباس‌های شخصی، انجام تعمیرات جزئی در منزل، مصرف دارو و کنترل دخل و خرج بود که با گزینه‌های «بدون کمک»، «با کمی کمک» و «قادر به انجام آن نیستم» پاسخ داده می‌شدند. به گزینه «بدون کمک» نمره ۲، به گزینه «با کمی کمک» نمره ۱ و به گزینه «قادر به انجام آن نیستم» نمره صفر داده می‌شد. پس از نمره گذاری به سؤالات پرسشنامه، نمره کل از جمع نمرات مربوط به

یافته ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۹/۷۱ سال (±۶/۸۶) با کمترین سن ۶۰ و بیشترین سن ۸۶ سال بود. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۷۷/۳)، مذکر (۵۵/۶)، بی سواد (۳۰/۵) و متأهل (۸۰) بودند. ۷۸ درصد آنان از نظر اقتصادی مستقل بودند و ۵۵/۱ درصد با همسرانشان زندگی می کردند.

سوالات محاسبه گردید و براساس امتیازات کسب شده به سه دسته مستقل، کمی وابسته و کاملاً وابسته طبقه بندی شد. به طوری که نمره بالا نشان دهنده استقلال بیشتر فرد بود.

روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوا سنجیده شد و جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید (I=۰/۹). همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون با بهره گیری از نرم افزار SPSS استفاده شد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی سالمندان غرب تهران بر حسب انجام فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی در سال ۱۳۸۴

ردیف	فعالیت های روزمره زندگی	بدون کمک فراوانی (درصد)	با کمی کمک فراوانی (درصد)	قادر به انجام آن نیستم فراوانی (درصد)
۱	غذا خوردن	۴۰۷ (۹۹/۳)	۱ (۰/۲)	۲ (۰/۵)
۲	پوشیدن و در آوردن لباس	۳۹۳ (۹۵/۹)	۱۵ (۳/۷)	۲ (۰/۵)
۳	راه رفتن	۳۵۶ (۸۶/۸)	۵۰ (۱۲/۲)	۴ (۱)
۴	انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر	۳۸۰ (۹۲/۷)	۲۷ (۶/۶)	۳ (۰/۷)
۵	حمام کردن یا دوش گرفتن	۳۶۹ (۹۰)	۳۳ (۸)	۸ (۲)
۶	به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن	۴۰۰ (۹۷/۶)	۸ (۲)	۲ (۰/۵)
۷	دستشویی رفتن	۳۹۸ (۹۷/۱)	۱۰ (۲/۴)	۲ (۰/۵)
ردیف	فعالیت های ابزاری زندگی	بدون کمک فراوانی (درصد)	با کمی کمک فراوانی (درصد)	قادر به انجام آن نیستم فراوانی (درصد)
۱	استفاده از تلفن	۳۲۹ (۸۰/۲)	۷۴ (۱۸)	۷ (۱/۷)
۲	طی مسافت های نسبتاً طولانی با وسایل نقلیه عمومی	۳۳۷ (۸۲/۲)	۴۸ (۱۱/۷)	۲۵ (۶/۱)
۳	خرید مواد غذایی و پوشاک	۲۹۵ (۷۲)	۷۶ (۱۸/۵)	۳۹ (۹/۵)
۴	آماده کردن غذای خود	۳۰۴ (۷۴/۱)	۵۹ (۱۴/۴)	۴۷ (۱۱/۵)
۵	انجام کارهای منزل	۲۵۸ (۶۲/۹)	۱۱۲ (۲۷/۳)	۴۰ (۹/۸)
۶	شستن لباسهای شخصی	۲۸۸ (۷۰/۲)	۶۷ (۱۶/۳)	۵۵ (۱۳/۴)
۷	انجام تعمیرات جزئی	۱۴۱ (۳۴/۴)	۸۹ (۲۱/۷)	۱۰ (۲/۴)
۸	مصرف داروها به طور صحیح و به موقع	۳۴۸ (۸۴/۹)	۵۲ (۱۲/۷)	۱۰ (۲/۴)
۹	کنترل دخل و خرج خود	۲۶۶ (۶۴/۹)	۱۱۱ (۲۷/۱)	۳۳ (۸)

جدول شماره ۲- کیفیت زندگی در سالمندان غرب تهران بر حسب متغیرهای دموگرافیک، سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	کیفیت زندگی	
			متغیرهای زمینه‌ای	کیفیت زندگی
t=-۱/۸۴۶	۸/۹۶۱	۳۲/۴۵	سن	۶۰-۷۴
P=۰/۱۰۰	۸/۵۵۵	۳۴/۱۷		≥۷۵
t=۳/۶۷۵	۸/۳۷۵	۳۴/۲۶	جنس	مرد
*P=۰/۰۰۰	۹/۲۱۲	۳۱/۰۶		زن
	۸/۶۸۱	۳۱/۳۱	سطح تحصیلات	بیسواد
	۸/۵۷۳	۳۰/۵۹		خواندن و نوشتن
F=۴/۲۵۸	۸/۱۶۴	۳۴/۷۰		ابتدائی
*P=۰/۰۰۱	۹/۴۴۶	۳۳/۳۳		سیکل و دبیرستان
	۹/۴۱۶	۳۶/۳۳		دیپلم
	۸/۸۴۰	۳۳/۵۴		دانشگاهی
t=۰/۰۵۸	۸/۲۰۴	۳۲/۸۹	وضعیت تاهل	غیرمتاهل
P=۰/۹۵۴	۹/۰۶۴	۳۲/۸۳		متاهل
t=۲/۹۰۵	۸/۸۰۰	۳۳/۵۱	وضعیت اقتصادی	مستقل
*P=۰/۰۰۴	۸/۸۴۲	۳۰/۴۶		وابسته
	۷/۴۸۳	۳۳/۶۸	ترکیب خانواده	تنها
F=۱/۰۷۵	۹/۰۹۶	۳۳/۱۷		با همسر
P=۰/۳۴۲	۹/۰۳۹	۳۱/۹۳		با خانواده یا خویشاوندان
	۶/۴۴۸	۳۸/۶۴	وضعیت سلامت فعلی	بتر از همسالان
F=۱۱۸/۰۴	۶/۸۹۴	۳۳/۰۹		همانند از همسالان
*P=۰/۰۰۰	۷/۹۲۵	۲۵/۸۶		بدتر از همسالان

*ارتباط معنی‌دار است.

بالترین درصد فعالیتی که سالمندان بدون کمک انجام می‌دادند، «مصرف داروها به طور صحیح و به موقع» (۸۴/۹ درصد) و کمترین مورد «انجام تعمیرات جزئی منزل» (۳۴/۴ درصد) بود. همچنین ۱۳/۴ درصد از آن‌ها قادر به انجام فعالیت‌هایی همچون «شستن لباس‌های شخصی» و ۱۱/۵ درصد قادر به «آماده کردن غذای خود» نبودند (جدول شماره ۱). یافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی ارتباط معنی‌دار آماری دارد (جدول شماره ۲). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی

میانگین نمره فعالیت‌های روزمره زندگی ۱۳/۵۴ (انحراف معیار ۱/۵۳ و محدوده صفر تا ۱۴) بود که ۹۳/۴ درصد «مستقل»، ۵/۹ درصد «کمی وابسته» و ۰/۷ درصد «کاملاً وابسته» بودند. سالمندان بیشترین استقلال را در «غذا خوردن» (۹۹/۳ درصد) و کمترین استقلال را در «راه رفتن» (۸۶/۸ درصد) داشتند و نیز ۸ درصد قادر به انجام فعالیت «حمام کردن یا دوش گرفتن» بودند. همچنین میانگین امتیاز فعالیت‌های ابزاری زندگی ۱۴/۲۰ (انحراف معیار ۳/۷۱۷ و محدوده صفر تا ۱۸) بود که ۷۱/۵ درصد «مستقل»، ۱۷/۸ درصد «کمی وابسته» و ۱۰/۷ درصد «کاملاً وابسته» بودند.

در واحدهای مورد پژوهش ۳۲/۸۴ با انحراف معیار ۸/۸۹ (محدوده ۱۲ تا ۴۸) بود که دلالت بر کیفیت زندگی متوسط سالمندان داشت و درصد بیشتری از آنها (۴۴/۱ درصد) از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند. ارتباط بین کیفیت زندگی با فعالیت های روزمره

و ابزاری زندگی از نظر آماری معنی دار بوده ($P=0/000$) و سالمندانی که از نظر فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی مستقل بودند نسبت به دو گروهی که کاملاً وابسته و کمی وابسته بودند، دارای کیفیت زندگی بهتری بودند (جدول شماره ۳ و ۴).

جدول شماره ۳- ارتباط کیفیت زندگی با فعالیتهای روزمره زندگی در سالمندان غرب تهران، سال ۱۳۸۴

فعالیت های روزمره زندگی	مستقل (۱۱-۱۴)	کمی وابسته (۷-۱۰)	کاملاً وابسته (۰-۶)	جمع
کیفیت زندگی	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خوب (۳۶-۴۸)	۱۸۱ (۴۷/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱۸۱ (۴۴/۱)
متوسط (۲۴-۳۵)	۱۴۹ (۳۸/۹)	۱۳ (۵۴/۲)	۰ (۰)	۱۶۲ (۳۹/۵)
ضعیف (۱۲-۲۳)	۵۳ (۱۳/۸)	۱۱ (۴۵/۸)	۳ (۱۰۰)	۶۷ (۱۶/۳)
جمع	۳۸۳ (۱۰۰)	۲۴ (۱۰۰)	۳ (۱۰۰)	۴۱۰ (۱۰۰)
نتیجه آزمون		$P=0/000$	$r=0/296$	

جدول شماره ۴- ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت های ابزاری زندگی در سالمندان غرب تهران، سال ۱۳۸۴

فعالیت های ابزاری زندگی	مستقل (۱۴-۱۸)	کمی وابسته (۹-۱۳)	کاملاً وابسته (۰-۸)	جمع
کیفیت زندگی	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خوب (۳۶-۴۸)	۱۵۷ (۵۳/۶)	۲۰ (۲۷/۴)	۴ (۹/۱)	۱۸۱ (۴۴/۰۱)
متوسط (۲۴-۳۵)	۱۱۴ (۳۸/۹)	۳۱ (۴۲/۵)	۱۷ (۳۸/۶)	۱۶۲ (۳۹/۰۵)
ضعیف (۱۲-۲۳)	۲۲ (۷/۵)	۲۲ (۳۰/۱)	۲۳ (۵۲/۳)	۶۷ (۱۶/۳)
جمع	۲۹۳ (۱۰۰)	۷۳ (۱۰۰)	۴۴ (۱۰۰)	۴۱۰ (۱۰۰)
نتیجه آزمون		$P=0/000$	$r=0/423$	

بحث و نتیجه گیری

شوند. در حالی که اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و پی آمدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند^(۱۸) و لذا برنامه از پیش تدوین شده ای برای مواجهه با این پی آمدها ندارند. در مطالعه ای که Lee و همکاران در کشور کره انجام داده بودند میانگین کیفیت زندگی سالمندان متوسط ارزیابی شده بود.^(۲) همچنین آقاملابی و زارع در

یافته های پژوهش نشان داد که سالمندان مورد مطالعه از میانگین کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند. تفاوت عمده ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه در این زمینه وجود دارد این است که دولت و مردم کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده اند تا با چالش های ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه

مطالعه ای بر روی سالمندان ساکن شهر بندرعباس به نتایج مشابهی دست یافتند.^(۱۹) حدود نیمی از سالمندان مورد پژوهش اظهار داشتند که کیفیت زندگی آنها خوب است. Staurant معتقد است سطح رضایت‌مندی سالمندان از زندگی، در مقایسه با جوان‌ترها، غالباً بالاست. به همان نسبت افراد سالمند اغلب خود انگاره مثبتی دارند و احساس می‌کنند زندگی سالمندی بهتر از آن چیزی است که انتظار داشتند.^(۷)

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی مردها بالاتر از میانگین نمره کیفیت زندگی زن‌ها بود. این یافته در تأیید نتایج برخی مطالعات مشابه در این زمینه است.^(۹،۱) هر چند که در مطالعه دیگری که Lee و Shinkai بر روی سالمندان کره و ژاپن انجام داده بودند، متغیر جنس در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان، به عنوان عاملی مؤثر نشان داده نشد.^(۲۰)

در بررسی تأثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P=0/001$) و با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته بود. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر^(۲۱،۱۲) می‌باشد که بر تأثیر تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم دلالت کرده و سلامتی بهتر و رضایت از زندگی را به دنبال دارد.

میانگین نمره کیفیت زندگی افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی مستقل بودند نسبت به افرادی که وابسته بودند بالاتر بود. فقر و محرومیت‌های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر می‌باشند. به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر است که خود موجب کاهش کیفیت زندگی

آنان می‌شود.^(۴)

یافته‌های مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان با وضعیت سلامت فعلی آنان ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P=0/000$) به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در واحدهایی که از نظر وضعیت سلامت فعلی بهتر از همسالانشان بودند در مقایسه با واحدهایی که وضعیت سلامت فعلی خود را همانند یا بدتر از همسالانشان ارزیابی کرده بودند، بالاتر بود. وحدانی‌نیا و همکاران نیز در مقاله خود می‌نویسند: وضعیت سلامت فرد به عنوان یک عامل پیشگویی کننده بر سطح امتیاز کسب شده در سنجش‌های کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد.^(۱)

در بررسی فعالیت های جسمی، یافته‌های پژوهش نشان داد، ۹۳/۴ درصد از نظر فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی ۷۱/۵ درصد کاملاً مستقل بودند. میانگین نمره امتیاز فعالیت‌های روزمره زندگی ۱۳/۵۴ و فعالیت‌های ابزاری زندگی ۱۴/۲۰ بود که دلالت بر استقلال سالمندان داشت. در مطالعه ای که Lee و همکاران انجام داده بودند، نتایج مشابه گزارش شده است. میانگین امتیاز فعالیت‌های روزمره سالمندان کره ۱۶/۲ بدست آمد و ۶۲ درصد نمره کل شرکت کنندگان ۱۸ (کاملاً مستقل) بود. همچنین میانگین امتیاز فعالیت‌های ابزاری آنها ۹/۹ و میانگین نمره ۵۰/۳ درصد از شرکت کنندگان ۱۲ (کاملاً مستقل) بود.^(۳) Staurant می‌نویسد؛ بیش از ۸۰ درصد افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله در انجام فعالیت‌های روزانه هیچ‌گونه مشکلی را گزارش نمی‌کنند. همچنین بیش از ۷۰ درصد از گروه سنی ۷۵ تا ۸۴ ساله نیز مشکلی را از این نظر گزارش نکرده‌اند. حتی نیمی از افراد بالای ۸۵ سال، که یک درصد از کل جمعیت و سالمندترین قشر جامعه هستند نیز، مشکلی را گزارش نکرده‌اند.^(۷) اما واقعیت اینست

براحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن فعالیت های جسمی سالمندان از اهمیت بالقوه ای برخوردار است. لذا با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه توصیه می شود برنامه ریزی هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره ای در جمعیت سالمندان با هدف حفظ و ارتقاء توانمندی های آنان در جهت بر خورداری از یک زندگی مستقل، بیش از پیش مد نظر قرار گیرد. همچنین با توجه به این که برخی از سالمندان مورد مطالعه مایل بودند که با عبارات خودشان، کیفیت زندگی خود را توصیف کنند پژوهشگران پیشنهاد می کنند که مطالعه ای کیفی در این خصوص انجام گیرد تا در کنار یافته های کمی، امکان واکاوی زوایای پنهان کیفیت زندگی سالمندان نیز فراهم گردد.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی ایران و کلیه سالمندانی که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

فهرست منابع

- 1- Vahdaninia MS, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. Health- Related Quality of life in Elderly people: Population Survey. Payesh; 2005. 4(2): 113-120.
- 2- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. Int J Nurs Stud; 2005. 49(2): 129-137.
- 3- Islamic Republic News Agency. (2007). Social; Elderly. [On-line]. Available: <http://www2.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.

که با افزایش سن کنش های زیست شناختی کاهش می یابند و عضلات لاغر و ضعیف می شوند، به خصوص عضلاتی که مسؤؤل حرکات سریع هستند. در واقع این تغییرات، عملکرد کامل افراد را محدود می کنند، هر چند که این تغییرات از فردی به فرد دیگر متفاوت است.^(۱۸)

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با فعالیت های جسمی (فعالیت های روزمره و ابزاری زندگی) یافته های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی با فعالیت های روزمره زندگی ارتباط معنی دار داشت ($P=0/000$). همچنین ارتباط بین کیفیت زندگی و فعالیت های ابزاری زندگی نیز از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/000$) بدین معنی که بیش از نیمی از سالمندانی که از نظر فعالیت های کار کردن با ابزار در زندگی روزمره مستقل بودند ($53/6$ درصد) دارای کیفیت زندگی خوب و در مقابل بیش از نیمی از افرادی که از نظر فعالیت های کار با ابزار کاملاً وابسته بودند ($52/3$ درصد) دارای کیفیت زندگی ضعیف بودند. در مطالعه Lee و همکاران نیز، ارتباط معنی دار آماری بین کیفیت زندگی با فعالیت های روزمره ($P=0/000$ و $r=-0/377$) و فعالیت های ابزاری زندگی ($P=0/000$ و $r=-0/429$) بدست آمده بود.^(۲) که همراستا با یافته های مطالعه حاضر است. بهترین پیشگویی برای نشان دادن سطح استقلال و کیفیت زندگی سالمندان، بررسی فعالیت های جسمی آنها می باشد. هر نوع فشار، نقصان یا بیماری که موجب کاهش فعالیت های جسمی سالمندان شود، توانایی فردی و استقلال عمل آنان را در کارهای شخصی کم کرده و نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها خواهد شد.^(۱۸) نتایج پژوهش حاضر نیز این مطلب را تأیید می کند.

از آنجا که کیفیت زندگی در دوران سالمندی می تواند

- 4- Tajvar, M. Geriatric Health and Review of Different Aspects of Their Life's. Tehran. Nasle Farda. (2003); pp: 11-20, 86-92.
- 5- Canbaz S, Sunter A.T, Dabak S, Peksen Y. "The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun". Turk J Med Sci 2002; 33: 335-340.
- 6- Hatami H. Public Health, Volume 3. Tehran: Arjmand. (2004); pp: 1522, 1580.
- 7- Staurant M, Wandenbos G.R. (1994). Geriatric psychiatric (1th ed). New York: Springer. 198-208.
- 8- Barry p.p. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am j gastroenterol 2000; 93(1): 8-10.
- 9- Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. "Assessing Quality of life Among Elderly people in Zahedan". Hayat. 2004; 10(22): 61-67.
- 10- Coats AJ. Quality of life and choice in an ageing society. Int J Cardiol. 2001 Mar; 78(1):1-3.
- 11- Rocha FL, Uchoa E, Guerra HI, Huxley P, Bridges K. Prevalence of Sleep Complaints and associated Factors in Community-Dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS). Sleep Med; 2002. 3(3): 231-8.
- 12- Hellstrom Y, Persson G, Hallbery I.R. quality of life and symptoms among older people living at home. Journal of Advanced nursing. 2004; 48: 584- 93.
- 13- Andrews, G.A. Promoting health and function in an aging population. British medical journal (2001); 322: 728-729.
- 14- Yaghmaee F. "Activities of Daily Living: Assessing Measurement Tools and Demonstrate a Tool with new design". Scientific Journal of Shaheed Beheshti Nursing and Midwifery Faculty. 2005; 15(50): 3-12.
- 15- Saboori M. "Assessing Activities of Daily Living and related factors among elderly people in Kashan". National Congress of Geriatrics & Gerontology. Iran-Kashan. 23-25 October 2007: 97.
- 16- Hamidzadeh S. "Study effect of a group-based exercise program on the quality of life in older man and women in 2006-2007". National Congress of Geriatrics & Gerontology. Iran-Kashan. 23-25 October 2007: 146.
- 17- Nilsson J, Parker m.G, kabir Z.N. "Assessing Health- Related Quality of life Among Older people in Rural Bangladesh". Journal of Trans cultural Nursing (2004); 15 (4): 298-307.
- 18- Ghasemi, S, & Moosavi, N. Health Guide for Geriatrics. Tehran: Sadr Library. (2000); pp: 15-30, 65-72.
- 19- Aghamolae T, Zareh SH. "Assessing Health-Related Quality of life Among Elderly people in Bandar Abbas". National Congress of Geriatrics & Gerontology. Iran-Kashan. 23-25 October 2007: 52.
- 20- Lee Y, Shinkai S. A. comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older person in the Far East: Japan and Korea. Archive of gerontology of geriatrics 2003(37); 63-76.
- 21- Meek S. contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. Journal of ageing and health. 2001; 13: 92-119.

Quality of Life and Status of Physical Functioning among Elderly People in West Region of Tehran: A Cross-Sectional Survey

*A. Habibi¹ MS S. Nikpour² MSc M. Seiedoshohadaei³ MSc H. Haghani⁴ MSc

Abstract

Background & Aim: Elderly is a sensitive period and quality of life in elderly is of great importance that should not be ignored. The purpose of this study was to explore the relationship between quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran.

Material and Method: This was a descriptive-correlational study. Through multi-stage sampling method, 410 participants over 60 years old and cognitively intact were selected to participate in the study. The data-gathering tool consisted of a 2-part questionnaire: Short Form Health Survey (SF12) used to measure quality of life, questions related to status of physical functioning which includes activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs).

Results: The result of the study showed that there was statistically significant correlation between quality of life among elderly and their “status of physical functioning (ADLs & IADLs)”, “gender”, “education”, “economic status” and “present health status” ($P < 0.05$). Also, the results showed that the mean quality of life score of the participants was 32.84 (SD=8.89, range 12_48), indicating that they evaluate their quality of life as moderate. The mean score of ADLs was 13.54 (SD=1.53, range 0_14), and the mean score of IADLs was 14.20 (SD=3.717, range 0_18), which indicated total independence.

Conclusion: Regarding the results, the quality of life and status of physical functioning are related meaningfully indicating that older people should be considered as vulnerable group. The researchers suggest health authorities to provide this group with programs and facilities for promotion of their physical functioning, and also, suggest prospective studies to be conducted in this issue.

Key Words: Elderly_Quality of life_Physical functioning

Submitted for Publication: 1 Aug 2007

Accepted for Publication: 14 May 2008

¹ Senior Lecturer in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences and Health Services, Ardabil, Iran. (*Corresponding author) E-mail: Aghilhabibi@yahoo.com

² Senior Lecturer in Public Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

³ Senior Lecturer in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services.

⁴ Senior Lecturer in Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of medical Sciences and Health Services.