

کیفیت زندگی در زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶ (مقاله پژوهشی)

محمد رفیع بذرافشان^۱، دکتر محمد علی حسینی^۲، دکتر مهدی رهگذر^۳، دکتر باقر سادات مداح^۴

چکیده:

هدف: پیر شدن یک تجربه شخصی و اجتماعی است. این تجربیات می تواند برای عده ای خوشحال کننده و برای عده ای دیگر غم انگیز و ملالت بار باشد. جهت تصمیم گیری و برنامه ریزی مشکلات این گروه، در نتیجه بهبود کیفیت زندگی سالمندان باید شناخت دقیقی از مشکلات آنها داشته باشیم. **روش بررسی:** این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی - تحلیلی در کانون جهاندیدگان شهر شیراز در سال ۱۳۸۶ انجام شده است. جامعه مورد پژوهش در این تحقیق ۴۰۰ زن سالمند ۷۹ - ۶۰ سال بود که از این تعداد ۲۳۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد با دو بخش کیفیت زندگی اصلی و کیفیت زندگی تسهیل کننده استفاده شد. داده ها با آزمونهای آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

یافته ها: یافته ها نشان دهنده وجود اختلاف معنی دار بین میانگین کیفیت زندگی (در هر دو بخش و در کل) با وضعیت تاهل می باشد ($p < 0/05$) به طوری که کیفیت زندگی زنان سالمند در کل در افراد ازدواج نکرده از وضعیت بهتری نسبت به سایرین برخوردار بود و کیفیت زندگی در سالمندان متارکه کرده یا طلاق گرفته و بیوه از کمترین سطح برخوردار بود. بین هر دو بخش کیفیت زندگی همچنین کیفیت زندگی در کل با سطح تحصیلات رابطه وجود داشت هر چند تنها در بخش کیفیت زندگی اصلی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p = 0/047$). بین کیفیت زندگی (کیفیت زندگی اصلی و در کل) با سن زنان سالمند رابطه معنی داری یافت شد ($p < 0/05$) به طوری که با افزایش سن میانگین کیفیت زندگی کاهش می یافت. همچنین بین کیفیت زندگی (هر دو بخش کیفیت زندگی و در کل) با میزان درآمد زنان سالمند رابطه معنی داری و مستقیم یافت شد ($p < 0/05$). بین میانگین کیفیت زندگی (در هر دو بعد و در کل) و ابتلا به بیماریهای مزمن نیز تفاوت معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: یافته های حاصل از این پژوهش بیانگر تاثیر برخی فاکتورها مانند بیماریها، سطح تحصیلات وضعیت تاهل، سن، درآمد و شغل بر کیفیت زندگی زنان سالمند می باشد بنابراین استراتژیها باید در جهت متغیرهای مذکور برای طراحی و حل مشکلات فعلی و آینده سالمندان هدایت گردد.

کلید واژه ها: سالمندی، کیفیت زندگی

^۱ - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری حضرت زینب(س) لار. تلفن: ۰۹۱۷۳۸۲۱۹۵۹

E-mail: seedery007@gmail.com

^۲ - دانشجوی دکتری مدیریت، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^۳ - دکترای آمار زیستی، گروه آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

^۴ - دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مقدمه:

که در آسیا از ۳/۹ درصد به ۶/۱۸ درصد، در اروپای شرقی از ۱۷/۷ درصد به ۲۵/۲ درصد، در فرانسه از ۲۰/۹ درصد به ۳۷/۶ درصد، در آلمان از ۲۲/۳ درصد به ۴۱/۶ درصد، در ژاپن از ۱۶/۲ درصد به ۳۷ درصد و در ایران از ۵/۶ درصد به ۱۷/۵ درصد برسد. مقایسه این آمار نشان می دهد که روند

وزیرینا (۱۳۷۸) توزیع سالمندی را مولفه عمده ای برای شناخت عوامل خطر و مشکلات سالمندان می داند و طبق آمار انتظار می رود جمعیت سالمندان جهان در طی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۳۰ میلادی از رقم ۹ درصد به ۱۶ درصد برسد

افزایش داده اند، امروزه نیاز بیشتری جهت ارزیابی کیفیت زندگی که ناشی از افزایش طول زمان بقاء بوده است وجود دارد. عوارض جانبی مرتبط با بعضی از اقدامات درمانی و قربانی نمودن بسیاری از موارد جهت افزایش طول عمر، نیاز توجه به بقاء فرد و کیفیت زندگی او، هر دو را مورد تاکید قرار داده است (۹). بطوری که امروزه اندازه گیری کیفیت زندگی در بین مطالعات جدید از پرطرفدارترین پژوهش‌ها می باشد (۱۰). در این رابطه مدارک موجود نشان می دهد که در طول ۲۰ سال گذشته فقط ۳۰۰ عنوان در رابطه با کیفیت زندگی منتشر شده بود، در حالی که امروزه مقالات منتشر شده در مورد کیفیت زندگی ۱۰ برابر و مقالات مربوط به کاربرد آن در پزشکی دو برابر افزایش یافته است (۱۱). بنابراین بررسی ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان امری ضروری است و آن وظیفه تک تک مسئولین و سیاستگذاران است که با برنامه‌هایی مفید و متنوع به فکر برآورده نمودن نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی آنان بوده و با این روش موجب سلامتی آنان شده و کیفیت زندگی آنها را بالا ببرند. در این راه بررسی وضعیت نیازهای روانی سالمندان و همچنین کیفیت زندگی آنان می تواند راه را برای ارائه هر چه بهتر روشهای ارتقاء کیفیت زندگی هموار سازد (۴). به عبارت دیگر می توان با استفاده از ارزیابی کیفیت زندگی به شناخت ابعاد مختلف مسائل و چالشهای سالمندان دست یافت تا بر اساس یافته‌های آن جهت ارتقاء سطح کیفی زندگی سالمندان گامهای موثری برداشت. در این راستا پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی در زنان سالمند عضو کانون روزانه جهان‌دیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶ انجام دهند.

روش بررسی:

این پژوهش به صورت مقطعی و توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۸۶ کیفیت زندگی سالمندان را با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد مورد ارزیابی قرار داده است. پس از کسب اجازه، همچنین جلب رضایت مسئولین کانون جهان‌دیدگان برای انجام پژوهش با توجه به لیست موجود از سالمندان عضو کانون جهان‌دیدگان (حدود ۳۶۰۰ نفر) کل سالمندان ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال مشخص شدند که بالغ بر ۳۰۰۰ نفر بودند. سپس از بین کلیه سالمندان، زنان ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال باتوجه به دارا بودن دو مولفه همکاری بهتر با فرآیند تحقیق و اینکه اکثریت اعضای کانون را زنان تشکیل می دادند (بالغ به ۹۰٪ از اعضای کانون) مشخص گردیدند که حدود ۲۷۰۰ نفر بودند. با توجه به اینکه انحراف معیار

پیری در آسیا و در ایران به مراتب سریعتر از کشورهای ذکر شده می باشند (۱). در بررسی این تحول عظیم آنچه بیشتر موجب نگرانی است آن است که اکثریت سالخوردگان از نظر اقتصادی افراد غیر سازنده و مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامت و بهداشت در معرض خطر ابتلا به بیماریهای مزمن و معلولیت‌ها و ناتوانیهای ناشی از آن هستند (۲). تداوم افزایش سریع جمعیت سالمندان جامعه که دچار بیماریهای مزمن هستند و برای انجام فعالیت وابسته به کمک هستند، نقش عمده ای در بحران فعلی مراقبت از سلامتی دارد و به طور قطع بر اولویتها و روش اجرایی پزشکی در آینده نزدیک اثر خواهد گذاشت (۳). در این رابطه باید افزود هرچند افزایش درصدی افراد سالمند سابقه چند دهه ای در کشورهای پیشرفته دارد، برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی پدیده ای تازه است و این در حالی است که چالشهای اصلی و عمده بهداشت در قرن بیست و یکم زندگی با کیفیت برتر است (۴). بنابراین با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانیهای عمده سیاستمداران، دانشمندان و متخصصین بهداشت عمومی است و از آن بعنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و بکار می رود (۵). در این راستا همه کشورها آرزو دارند که امید به زندگی افراد خود را طولانی کنند و در تحقق این امر نیز تا اندازه ای موفق شده اند ولی از سوی دیگر تلاش چندانی نمی کنند تا کیفیت زندگی جمعیت روز افزون سالخوردگان را در حد مطلوبی حفظ کنند (۶). افزایش بارز در امید به زندگی در هنگام تولد از ۶۷/۷ سال در سال ۱۹۹۰ میلادی به ۷۴/۷ سال در سال ۲۰۲۰ میلادی نگرانی را نسبت به حفظ کیفیت زندگی بالا در بین سالمندان افزایش داده است (۷). و از آنجا که افزایش قابل توجه درصد سالمندان جامعه پیامدهای اقتصادی مهمی برای سیستم مراقبت از سلامتی دارد (۳) افزایش بازده زندگی و بهبود کیفیت زندگی و به طور کل احساس خوب داشتن از اهداف اولیه سازمان بهداشتی و از شعارات پرسنل بهداشتی^۱ در سال ۲۰۱۰ می باشد (۸). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانیهای عمده سیاستمداران، دانشمندان و متخصصین بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و بکار می رود (۵) در این رابطه باید افزود اگر چه درمانهای طبی جدید با موفقیت طول عمر را

^۱ - healthy people

(بهترین حالت) می باشد. جهت کسب روایی ابزار تحقیق متن فارسی کیفیت زندگی لیپاد که قبلا توسط محققین در داخل کشور ترجمه شده همراه با بیان اهداف تحقیق در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشگاهی قرار داده شد، که همگی عضو هیات علمی دانشگاههای علوم پزشکی بوده و نیز در امر پژوهش خبره بودند. اعتبار پرسشنامه مذکور مورد تایید قرار گرفت و اصلاحات لازم بعمل آمد. برای ارزیابی پایایی ابزار کیفیت زندگی تعدیل شده سالمندان لیپاد از روشهای الف) همسانی درونی و ب) روش آزمون مجدد استفاده گردید. در این تحقیق پرسشنامه مذکور در مورد ۲۰ نفر از سالمندان بکار گرفته شد. پرسشنامه پس از دو هفته مجددا در مورد همان افراد بکار گرفته شد و اطلاعات حاصله با هم مقایسه شدند و در نهایت پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۴٪ و ضریب همبستگی ۰/۹۵٪ تایید گردید. مطالعه حاضر قبل از انجام توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و بهزیستی کل استان فارس تایید شد و رضایت آگاهانه از کلیه افراد شرکت کننده اخذ شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۱۱٫۵ و آزمونهای تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها:

پس از تجزیه و تحلیل مشخص شد که در مجموع میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنیها $47/6 \pm 65/68$ می باشد. ۵۲/۵۰ درصد آزمودنیها در مجموع متاهل، ۳۸ درصد بیوه، ۹/۵ درصد مطلقه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی در مجموع ۱۸/۸۰ درصد آزمودنیها بی سواد، ۱۹/۷۰ درصد دارای تحصیلات ابتدائی، ۳۷ درصد سیکل، ۲۰/۴۰ درصد دیپلم و ۴/۱۰ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر شغل قبلی در مجموع ۳۰/۱۷ درصد بازنشسته و ۶۹/۸۳ درصد خانه دار بودند. از نظر میزان درآمد میانگین و انحراف معیار میزان درآمد آزمودنیها $563119/3 \pm 211120/7$ بود. از میان بیماریهای مزمن موجود در مجموع ۳۶/۴۴ درصد آزمودنیها دارای مشکلات قلبی - عروقی، ۴۱/۳۳ درصد دارای مشکلات اسکلتی عضلانی و ۲۲/۲۳ درصد دارای سایر مشکلات بودند.

در جدول شماره (۱) ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و وجود بیماریهای مزمن با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده بین هر دو بخش کیفیت زندگی (اصلی و تسهیل کننده) و وضعیت تاهل رابطه معنی داری

کیفیت زندگی در پیش مطالعه ۱۲/۷۵ بدست آمد، با اطمینان ۹۵٪ و با توان ۸۰٪ تعداد نمونه ۲۰۶ نفر محاسبه گردید. بدلیل احتمال انصراف از همکاری ۱۰٪ به حجم نمونه اضافه شد. در نتیجه حجم نمونه ۲۳۲ نفر تعیین گردید. این تعداد از طریق جدول اعداد تصادفی از بین کل سالمندان واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب گردید. پس از گرفتن رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، در ابتدا مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش توسط پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی مشتمل بر سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، درآمد ماهیانه، وجود بیماریهای مزمن جمع آوری شد و سپس میزان کیفیت زندگی آنها توسط پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی سالمندان لیپاد اندازه گیری شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد در سال ۱۹۹۸ توسط دی لیو و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه بوسیله مصاحبه با افراد سالمند اجراء شده و قابل کاربرد برای سالمندان موجود در جامعه می باشد. پرسشنامه لیپاد از جمله ابزارهای غربالگری عملی - جامع و هزینه اثر بخش برای سالمندان است که برای ارزیابی نیازهای کلی بهداشتی سالمندان بکار می رود. این پرسشنامه به دو بخش کیفیت زندگی اصلی لیپاد که حاوی ۳۱ سوال و کیفیت زندگی تسهیل کننده لیپاد که حاوی ۲۱ سوال است قابل تقسیم می باشد. بخش اصلی پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد کیفیت زندگی سالمند را در ۷ 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. این بخش پرسشنامه بصورت لیکرت طراحی شده است و هر پرسش دارای چهار گزینه می باشد که از صفر (بدترین حالت) تا سه (بهترین حالت) امتیاز بندی شده و در مجموع ۳۱ سوال می باشد که دارای حداقل صفر امتیاز و حداکثر ۹۳ امتیاز می باشد. بخش کیفیت زندگی تسهیل کننده، کیفیت زندگی سالمندان را در ۵ بعد، اختلال شخصیتی درک شده (۶ سوال)، معیار عصبانیت (۴ سوال)، معیار مطلوبیت اجتماعی (۳ سوال)، عزت نفس (۳ سوال) و اعتقاد به خداوند (۵ سوال) بررسی می کند. پرسشهای این دو بخش دارای دو پاسخ بلی و خیر می باشد که از صفر (بدترین حالت) تا ۱ (بهترین حالت) امتیاز بندی شده است و در مجموع ۲۱ سوال بوده که دارای حداقل صفر و حداکثر ۲۱ امتیاز می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی کل لیپاد دارای ۵۲ سوال می باشد که دارای حداقل نمره صفر (بدترین حالت) و حداکثر ۱۱۴

همچنین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی در کل رابطه معنی داری مشاهده نشد ($p > 0/05$) بطوریکه در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی تسهیل کننده نیز تنها در بعد عزت نفس رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p = 0/015$). همچنین در بررسی به عمل آمده در مورد وجود ارتباط بین بخش های کیفیت زندگی و وجود بیماریهای مزمن ارتباط معنی داری بین بخش های کیفیت زندگی (اصلی و تسهیل کننده) همچنین کیفیت زندگی در کل و وجود بیماریهای مزمن مشاهده شد ($p = 0/000$) بطوریکه در بررسی وجود رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و وجود بیماریهای مزمن در ابعاد عملکرد جسمی ($p = 0/007$)، بعد مراقبت از خود ($p = 0/004$)، بعد رضایت از زندگی ($p = 0/015$) و بعد عزت نفس ($p = 0/011$) رابطه معنی داری مشاهده گردید. (جدول شماره ۱)

وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین کیفیت زندگی در کل و وضعیت تاهل نیز رابطه معنی داری وجود داشت ($P = 0/002$) بطوریکه در بررسی وجود رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و وضعیت تاهل در ابعاد عملکرد جسمی ($p = 0/002$)، بعد مراقبت از خود ($p = 0/005$)، بعد افسردگی و اضطراب ($p = 0/009$) و بعد رضایت از زندگی ($p = 0/000$) رابطه معنی دار مشاهده گردید. ارتباط بین بخش های مختلف کیفیت زندگی و سطح تحصیلات نشان می دهد بین سطح تحصیلات و بخش کیفیت زندگی اصلی رابطه معنی داری وجود دارد ($p = 0/047$) بطوریکه در بررسی وجود رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی اصلی و سطح تحصیلات در ابعاد مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$) و در بررسی وجود ارتباط بین سطح تحصیلات و بخش کیفیت زندگی تسهیل کننده و

جدول شماره (۱) بررسی رابطه بین وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وجود بیماریهای مزمن و کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶.

مقدار احتمال (P – value)			کیفیت زندگی			متغیرها	
							اصلی
اصلی	تسهیل کننده	کل	اصلی	تسهیل کننده	کل		
$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	۶۵	۱۷	۸۲	مجرد (n=۱)	وضعیت تاهل
			۵۸/۸۰	۱۵/۳۰	۷۴/۰۹	متاهل (۱۲۱)	
			۵۲/۰۷	۱۵/۴۹	۶۷/۵۶	همسر فوت شده (n=۸۸)	
			۵۲/۰۵	۱۳	۶۵/۰۵	متارکه یا مطلقه (n=۲۲)	
$P > 0.05$	$P > 0.05$	$P < 0.05$	۵۰/۸۳	۱۴/۶۰	۶۵/۴۳	بیسواد (n=۴۲)	سطح تحصیلات
			۵۵/۹۸	۱۵/۶۷	۷۱/۶۵	ابتدائی (n=۴۶)	
			۵۶/۷۷	۱۵/۳۳	۷۲	سیکل (n=۸۶)	
			۵۷/۱۶	۱۵/۰۵	۷۲/۲۱	دیپلم (n=۵۸)	
$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	۵۳/۹۰	۱۴/۸۶	۶۸/۷۶	قلبی فشار خون (n=۷۴)	بیماریهای مزمن
			۵۴/۲۱	۱۵/۱۷	۶۹/۳۸	عضلانی اسکلتی (n=۲۶)	
			۵۴/۹۶	۱۵/۴۴	۷۰/۴۰	سایر بیماریها (n=۳۷)	

وجود دارد ($p=0/000$) اگر چه در بررسی ابعاد تنها بین بعد مطلوبیت اجتماعی و شغل رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p=0/045$) جدول شماره (۲)

در بررسی وجود ارتباط بین شغل و بخش های کیفیت زندگی با آزمون تی در جدول شماره (۲) مشخص گردید بین بخش های کیفیت زندگی (اصلی و تسهیل کننده) و همچنین بین کیفیت زندگی در کل و شغل رابطه معنی داری

جدول شماره (۲): بررسی رابطه بین شغل و کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶.

کل	تسهیل کننده	اصلی	کیفیت زندگی
			شغل
۷۱/۳۸	۱۵/۳۴	۵۶/۴۴	خانه دار (n=۱۶۲)
۶۸/۵۰	۱۴/۷۴	۵۳/۷۶	بازنشسته (n=۷۰)
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	مقدار احتمال

در بررسی وجود ارتباط بین درآمد و بخش های کیفیت زندگی (اصلی و تسهیل کننده) و همچنین بین درآمد و کیفیت زندگی در کل ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=0/000$). بطوریکه در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین تمام ابعاد کیفیت زندگی اصلی (بجز بعد عملکرد جنسی و عملکرد ذهنی) و میزان درآمد رابطه معنی داری مشاهده شد ($p<0/05$) و مقدار این همبستگی به ترتیب برای ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی به ترتیب $r=0/379$ ، $r=0/283$ ، $r=0/301$ ، $r=0/303$ و $r=0/366$ بود و در بررسی مقدار همبستگی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی تسهیل کننده و میزان درآمد تنها در بعد عزت نفس ارتباط معنی داری مشاهده گردید ($p=0/000$ ، $r=0/296$).

در جدول شماره (۳) به بررسی وجود ارتباط بین بخش های کیفیت زندگی و دو متغیر سن و درآمد با آزمون همبستگی پیرسون پرداخته ایم. جدول حاکی از آن است بین متغیر سن و بخشهای کیفیت زندگی اصلی و کیفیت زندگی در کل رابطه معنی داری مشاهده می شود ($p=0/000$) ولی بین بخش کیفیت زندگی تسهیل کننده و سن ارتباط آماری معنی داری مشاهده نمی شود ($p=0/097$). بطوریکه در بررسی وجود رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سن در ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب و بعد عملکرد اجتماعی رابطه معنی داری مشاهده گردید ($p<0/05$) که مقدار این همبستگی به ترتیب برابر $r=-0/415$ ، $r=-0/505$ ، $r=-0/299$ ، $r=-0/185$ بود و در سایر ابعاد ارتباط معنی داری مشاهده نگردید

جدول شماره (۳): بررسی رابطه بین دو متغیر سن و میزان درآمد و کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز ۱۳۸۶.

کیفیت زندگی کل	کیفیت زندگی تسهیل شده		کیفیت زندگی اصلی		متغیر
	درآمد	سن	درآمد	سن	
درآمد	۰/۴۰۱	-۰/۳۹۵	۰/۱۵۳	-۰/۱۰۹	ضریب همبستگی پیرسون
سن	۰/۴۰۱	-۰/۳۹۵	۰/۱۵۳	-۰/۱۰۹	
مقدار احتمال	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۲۰	۰/۰۹۷	مقدار احتمال

بحث:

یافته‌های حاصل از جدول (۱) نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی زنان سالمند در کل در افراد ازدواج نکرده از بالاترین سطح نسبت به سایر وضعیت‌های تاهل برخوردار است و میانگین کیفیت زندگی در سالمندان متارکه کرده یا طلاق گرفته و بیوه از کمترین سطح برخوردار است بطوریکه در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بین ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب و رضایت از زندگی با متغیر وضعیت تاهل از نظر آماری رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. در تایید این امر در مطالعه‌ای که آهانگری (۱۳۸۶) به روی ۳۰۰ سالمند ۶۰ سال به بالا در فرهنگسرای سالمند شهر تهران انجام داد به نتایج مشابهی دست یافتند. (۱۲) در تحقیق دیگری که توسط هوگ دورن و همکاران (۲۰۰۶) 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 هرچند میزان فشار وارده بر افراد متاهل کمتر از افراد مجرد می‌باشد اما افرادی متاهلی که مورد بی‌مهری قرار گرفته‌اند نسبت به افرادی که هرگز ازدواج نکرده‌اند فشار بیشتری را متحمل می‌شوند. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که سالمندان متاهل فشار کمتری را نسبت به زنان بیوه متحمل می‌شوند. (۱۳).

همچنین با توجه به این جدول میانگین کیفیت زندگی اصلی و کیفیت زندگی تسهیل‌کننده و کیفیت زندگی در کل با افزایش سطح تحصیلات روند صعودی دارد. با این وجود تنها در بخش کیفیت زندگی اصلی رابطه معنی‌داری مشاهده می‌گردد ($p=0/047$) و در بخش کیفیت زندگی تسهیل‌کننده و کیفیت زندگی در کل رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید ($p>0/05$). در این رابطه نیز در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بعدها مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد اجتماعی، رضایت از زندگی و بعد عزت نفس با متغیر سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. در مطالعه‌ای که توسط جونکوویوآ (۲۰۰۶) بر روی کیفیت زندگی سالمندان در برزیل انجام شد بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی هیچ رابطه معنی‌داری بدست نیامد ولی در تحقیقی که آهانگری (۱۳۸۶) به روی ۳۰۰ سالمند ۶۰ سال به بالا در فرهنگسرای سالمند شهر تهران انجام داد به این نتیجه رسید که با افزایش سطح تحصیلات میانگین کیفیت زندگی سالمندان افزایش می‌یابد ($p<0/05$). (۱۲).

سایر یافته‌های این جدول حاکی از آن است که وجود بیماریهای مزمن (مانند بیماریهای قلبی - عروقی و اسکلتی - عضلانی) بر بخش‌های مختلف کیفیت زندگی و همچنین بر کیفیت زندگی در کل تاثیر گذار می‌باشد. بطوریکه در بررسی وجود رابطه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با متغیر وجود بیماریهای مزمن در بعدها عملکرد جسمی، بعد مراقبت از خود، بعد رضایت از زندگی و بعد عزت نفس رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. تاثیر وجود بیماریهای مزمن در دوران سالمندی و کاهش میانگین کیفیت زندگی سالمندان به دلیل ناتوانائی‌های این دوران در مطالعات به کرات ثابت گردیده است. (۱۴) برای مثال در تحقیقی که اورفیلو و همکاران^۱ (۲۰۰۶) در اسپانیا با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند انجام دادند یافته‌های محققین نشان داد که کیفیت زندگی مربوط به سلامت^۲ در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار دارد. محققین علت این اختلاف را به وجود ناتوانائی‌ها و بیماریهای مزمن در زنان نسبت دادند (۱۲). با توجه به جدول شماره (۲) میانگین کیفیت زندگی هر دو بخش کیفیت زندگی اصلی و کیفیت زندگی تسهیل‌کننده و همچنین کیفیت زندگی در کل در زنان سالمند خانه دار بیشتر از زنان سالمند بازنشسته بوده است. پژوهشگر استنباط می‌کند احتمالاً بدلیل از دست دادن شغل در گروه زنان بازنشسته میانگین کیفیت زندگی آنها تنزل داشته است ($p=0/000$). در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز تنها بعد مطلوبیت اجتماعی و شغل رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. همانطور که از جدول شماره (۳) بر می‌آید بین سن و هر دو بخش کیفیت زندگی (اصلی و تسهیل‌کننده) و همچنین بین سن و کیفیت زندگی در کل رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p=0/000$) به طوری که با افزایش سن میانگین کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. بطوریکه در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، بعد عملکرد اجتماعی رابطه معنی‌دار و معکوسی با متغیر سن مشاهده گردید. در تایید این امر در مطالعه‌ای که آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۳) بر روی ۱۰۰ سالمند با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شاهین شهر اصفهان انجام دادند محققین همبستگی معنی‌داری و معکوسی بین سن و نمره کیفیت زندگی سالمندان گزارش کردند. (۱۵).

^۱ - Orfila and et all., (۲۰۰۶).

^۲ - health related quality of life

نتیجه گیری:

یافته های حاصل از این پژوهش بیانگر تاثیر فاکتورهای سن، وضعیت تاهل، وجود بیماریهای مزمن و سطح تحصیلات، میزان درآمد و شغل بر کیفیت زندگی زنان سالمند می باشد. یافته های این تحقیق و یافته های سایر محققین با تحقیقی که توسط سجادی و همکاران (۱۳۸۵) با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند در آسایشگاه خیریه کهریزک (تهران) انجام گرفته است و در این تحقیق نیز از پرسشنامه کیفیت زندگی لپید استفاده گردیده بود همخوان نمی باشد. بطوریکه محققین در این تحقیق نشان دادند که ۵۸/۱ درصد سالمندان زن در این مرکز دارای کیفیت زندگی خوب و خیلی خوب می باشند. همچنین بین کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه و هر یک از متغیرهای جمعیت شناختی پرسشنامه (از جمله سن، جنس، میزان درآمد، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات) رابطه معنی داری یافت نشد. محققین در این مطالعه مطلوب تر بودن وضعیت کیفیت زندگی سالمندان زن این مرکز را ناشی از مدیریت صحیح و موفق و ارائه خدمات مطلوب در آسایشگاه کهریزک و حتی فضای فیزیکی پاکیزه و زیبای آن مرکز دانستند. (۱۸) بنابراین در یک مقایسه بین این تحقیقات می توان به این نتیجه رسید که با وجود تاثیر متغیرهای زیادی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مانند سن، وضعیت تاهل، وجود بیماریهای مزمن، سطح تحصیلات، میزان درآمد و شغل می توان با بکارگیری مدیریت صحیح مراکز نگهداری و کانونهای محل فعالیت زنان سالمند و تدارک برنامه هایی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند از جمله حمایتهای اجتماعی و اقتصادی و فراهم نمودن شرایطی که سالمندان نیازهای عاطفی - روحی و روانی خود را مرتفع سازند گامهای موثری جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند برداشت و تاثیرات منفی ناشی از این متغیرها بر کیفیت زندگی زنان سالمند را به حداقل رساند.

تشکر و قدردانی:

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مسولین و سالمندان کانون جهاندیدگان و کلیه کسانی که در انجام این مطالعه به ما یاری رسانیدند کمال سپاس را داریم.

سایر یافته های این جدول نشان می دهد با افزایش میزان درآمد میانگین کیفیت زندگی افزایش می یابد. بطوریکه در بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد اجتماعی، رضایت از زندگی و عزت نفس با متغیر میزان درآمد رابطه معنی دار و مستقیم مشاهده شد. در مطالعه ای که توسط کونسل و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۹۵۱ سالمند ۶۵ سال و بالاتر از قشر کم درآمد جامعه هندوستان انجام دادند متذکر شدند که سالمندان از قشر کم درآمد جامعه بدلیل وجود مشکلات بالینی مکرری که دارند و عدم دریافت مراقبتهای استاندارد از کیفیت زندگی پائینی برخوردار می باشند. در انتها محققین نتیجه گرفتند که مدیریت مراقبت های سالمندی خانه محور می تواند سبب بهبود کیفیت زندگی این گونه سالمندان گردد. (۱۶)

نظر اجمالی به مطالعات انجام شده بیانگر تاثیر فاکتورهای متعدد (سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وجود بیماریهای مزمن و میزان درآمد) بر کیفیت زندگی زنان سالمند می باشد، لیکن دی لئو (۱۹۹۹) می نویسد بعلت اینکه اکثریت معیارهای تسهیل کننده کیفیت زندگی سالمندان لپید تاثیرات کمی را بر روی کیفیت زندگی کل داشتند می توان آنها را در پژوهشهای بعدی حذف کرد (۱۷) و مجددا تاثیر این متغیرها را با پرسشنامه اصلاح شده کیفیت زندگی سالمندان لپید مورد بررسی قرار داد. همچنین در رابطه با محدودیتهای این پژوهش باید یادآور شد شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در هنگام پاسخ دهی به سوالات پرسشنامه و تاثیر بیماریهای جسمی و روانی تشخیص داده نشده و مسائل اقتصادی و اجتماعی حاکم بر محیط زندگی زنان ممکن است بر نتایج مطالعه تاثیر گذار باشند که کنترل دقیق آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. عدم وجود تجهیزات کافی در دسترس برای معاینه دقیق نمونه ها از لحاظ وجود بیماریها و جمع آوری این اطلاعات بر اساس مصاحبه به عمل آمده از زنان سالمند از جمله محدودیت دیگر این پژوهش می باشد. با وجود محدودیتهای ذکر شده، از یافته های این مطالعه می توان به عنوان یک منبع اطلاعاتی جامع در مورد کیفیت زندگی زنان سالمند کانونهای فعالیت سالمندان، مراکز نگهداری سالمندان و هر مکان دیگری که سالمندان برای گذراندن اوقات فراغت خود به آنجا مراجعه می کنند بهره گرفت.

منابع:

- ۱- وزیرنیا طیبه، خانواده و سالمند، مجله علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پائیز ۱۳۷۸، دوره اول، شماره اول، صفحه ۱۴.
- ۲- رنه استولر، به سوی یک زندگی سالم و عمر طولانی، مجله بهداشت جهان، سال ۱۳۷۵، دوره دهم، شماره دوم، صفحه ۴-۶.
- ۳- بنت اندرولی، پلوم کارپنتر، مبانی طب داخلی سیسیل: بیماریهای اعصاب و طب سالمندان، ترجمه اتکائی هومن، مفاضی شهرام، چاپ اول، تهران، انتشارات حیان، سال ۱۳۷۶، صفحه ۲۸۵-۲۲۳.
- ۴- بابائی حسین، جلالی امیر، ظهوری حسین؛ بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد مقیم آسایشگاههای شهرستان کرمانشاه، مجله علمی پژوهشی دانشگاه پرستاری و مامائی بویه گرگان، بهار و تابستان ۱۳۸۴، دوره سوم، شماره اول، صفحه: ۲۲.
- ۵- هروی کریمی مجیده، بررسی تاثیر مشاوره با خانواده در پیشگیری از سوء رفتار نسبت به زنان سالمند شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۷۶، صفحه: ۴.
- ۶- Guggenmoos - holzman I, Bloomfield k, Brenner h. Flick u., quality of life assessment in medicine: a historical view of basic science and application, Brenner M. Harrevy, quality of life and health, method and application, Germany, publishers: Blackwell wissenschafts - verlag, January ۱۹۹۵, ۱th Ed, pp: ۵۲.
- ۷- Park k, Park b., Evolution of medicine: towards health for all, text book of preventive and social medicine, India, Jabalpur, M/S banarsidas bhanot, ۲۰۰۰, ۱۶th Ed, pp: ۱.
- ۸- Drewnowski A, Evans wj., nutrition, physical activity, and summery of quality of life in older adults, [Gerontol A Biol Sci Med Sci](#), the journal of gerontology, school of public health, university of Washington, ۲۰۰۱ Oct;۵۶ Spec No ۲:۸۹-۹۴.
- ۹- Hass b.k., Clarification and integration of similar quality of life concepts, the journal of nursing scholarship, ۱۹۹۹, Indiana polite, third quarter, volume. ۳۱, issue. ۳, pp: ۲۱۵ - ۲۲۶.
- ۱۰- نوریان خیراله، بررسی تاثیر روان درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به افسردگی اساسی در بخشهای روانی بیمارستانهای ابن سینا و حافظ شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری شیراز، سال ۱۳۸۲، صفحه ۶-۵.
- ۱۱- [Fallowfield L.](#), Quality of quality-of-life data, [Lancet](#), ۱۹۹۶ Aug ۱۷; ۳۴۸(۹۰۲۵):۴۲۱-۲.
- ۱۲- آهنگری مهناز، کمالی محمد، ارجمند حسابی منوچهر؛ کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانون های فرهنگ سرای سالمند شهر تهران، مجله سالمندی ایران، فصلنامه تحقیقات سالمندی ایران، بهار ۱۳۸۶، سال دوم، شماره سوم، صفحه: ۱۸۹ - ۱۸۲.
- ۱۳- [Hagedoorn M](#), [Van Yperen NW](#), [Coyne JC](#), [van Jaarsveld CH](#), [Ranchor AV](#), [van Sonderen E](#), [Sanderman R](#), Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement, [Psychol Aging](#), ۲۰۰۶ Sep; ۲۱(۳):۶۱۱-۲۰.
- ۱۴- موقری محمد رضا، نیکبخت نصرآبادی علیرضا، بررسی کیفیت ارائه مراقبت های توانبخشی معنوی در سالمندان بستری در بخشهای روانی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، فصلنامه پایش، بهار ۱۳۸۲، سال دوم، شماره دوم، صفحه: ۱۲۶ - ۱۲۱.

- ۱۵- آلبوکردی مصطفی، رضانی محمدآرش، عریضی فروغ السادات.، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر، مجله علمی پزشکی، زمستان ۱۳۸۵، دوره پنجم، شماره چهارم، صفحه: ۷۰۶-۷۰۳.
- ۱۶- [Counsell SR](#), [Callahan CM](#), [Clark DO](#), [Buttar AB](#), [Stump TE](#), [Ricketts GD](#). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial, [JAMA](#), the journal of American medical association, ۲۰۰۷ Dec ۱۲; ۲۹۸(۲۲):۲۶۲۳-۳۳.
- ۱۷- [De Leo D](#), [Diekstra RF](#), [Lonngqvist J](#), [Trabucchi M](#), [Cleiren MH](#), [Frisoni GB](#), [Dello Buono M](#), [Haltunen A](#), [Zucchetto M](#), [Rozzini R](#), [Grigoletto F](#), [Sampaio-Faria J](#). leipad and internationally applicable instrument to access quality of life in elderly, behavioral medicine, washington, ۱۹۹۸, volume ۲۴, issue ۱, pp: ۱۷ – ۲۹.
- ۱۸- سجادی حمیرا، بیگلریان اکبر، کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک، فصلنامه پایش، شماره دوم، سال پنجم، بهار ۱۳۸۵، صفحه: ۱۰۸-۱۰۵.

