

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان

دکتر وحید نجاتی*، دکتر حسن عشایی**

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان و بررسی نیازهای رفاهی، بهداشتی و درمانی آنان بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش افراد ۶۰ ساله و بالاتر شهرستان کاشان بودند که همراه خانواده زندگی می‌کردند. آزمودنی‌های پژوهش ۳۸۹ سالمند (۱۹۶ مرد و ۱۹۳ زن) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی به کار برده شد.

یافته‌ها: نمره کیفیت فعالیت فیزیکی افراد مورد بررسی ۵۹ (زنان ۵۷، مردان ۶۶) و نمره درک کلی از سلامت در زنان سالمند ۵۵/۵، در مردان ۶۵/۷ و در کل ۶۰/۷ بود. نمره ایفای نقش جسمی آزمودنی‌ها ۵۱ (زنان ۴۷/۵، مردان ۵۴/۵)، نمره فعالیت اجتماعی ۷۸/۲ (زنان ۷۸/۲، مردان ۷۸/۴) و نمره ایفای نقش عاطفی ۶۱/۸ (زنان ۶۱/۲، مردان ۶۲/۴) بود. نمره سلامت روانی در زنان سالمند ۹۱/۴، در مردان ۹۷/۳ و در کل ۹۴/۴ و نمره درد جسمی ۶۱/۷ (زنان ۵۷/۲، مردان ۶۶/۱) بود.

نتیجه‌گیری: سالمندان شهرستان کاشان از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به مناطق دیگر کشور برخوردارند.

کلیدواژه: سالمند، کیفیت زندگی، کاشان

مقدمه

(۲۰۰۱). افزایش امید به زندگی از دستاوردهای مهم بشر بوده است؛ به گونه‌ای که در سده نوزدهم امید به زندگی کمتر از ۵۰ سال بوده و در سده بیست و یکم از مرز ۶۶ سال گذشته است (سارویماکی^۱ و استنبوک-هولت^۲، ۲۰۰۰). از این رو سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) برنامه‌ای را با تمرکز بر

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۱۳٪ جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌داده‌اند که ۱/۸٪ آنان بالای ۸۴ سال سن داشته‌اند و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰٪ کل جمعیت برسد (کان^۱،

* دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی

E-mail: nejati@uswr.ac.ir

علوم اعصاب. دورنگار: ۲۲۱۸۰۰۸۳-۲۱ (نویسنده مسئول).

** نورولوژیست، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

(۲۰۰۶) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را برای سالمندان ایرانی به روش ثبات درونی^{۱۶} بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ برای آن را ۰/۷۰ گزارش نمودند. وحدانی‌نیا، گشتاسی، منطری و مفتون (۱۳۸۴) پایایی و روایی آن را تأیید نمودند. احمدی، سالار و فقیه‌زاده (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ برای پیوستگی درونی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ و میانگین پایایی ابعاد هشت‌گانه را ۰/۸۶ به دست آوردند.

برای سنجش عملکرد فیزیکی پرسش‌های مربوط به فعالیت شدید، فعالیت متوسط، بلند کردن و حمل کردن، بالارفتن از پله، خم شدن و زانو زدن، راه رفتن و حمام کردن در نظر گرفته می‌شود. برای بُعد ایفای نقش فیزیکی، پرسش‌های محدودیت در فعالیت‌های روزانه، کارایی مورد انتظار و میزان صرف زمان برای فعالیت‌های روزانه به کار برده می‌شود. برای بررسی درک کلی از سلامت، پرسش‌هایی در زمینه مقایسه سلامت فرد با دیگران و برای ارزیابی فعالیت اجتماعی پرسش‌هایی درباره ارتباط فرد با خانواده، دوستان و آشنایان وجود دارد (جان و ویر، ۲۰۰۰).

نمره‌گذاری پرسش‌نامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا صد می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت و صد بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی است.

برای اجرای پژوهش، با مراجعه به فهرست خانوارهای شهری و انتخاب خانواده‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، پرسش‌گرها به نشانی آنها مراجعه و پیش از شرکت در پژوهش ضمن تشریح روند انجام بررسی، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را به امضای آزمودنی‌ها رساندند.

در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها اگر سالمند توانایی پاسخ‌گویی به پرسش‌ها را نداشت، داده‌های لازم به کمک پرستار یا نزدیک‌ترین فردی که از سالمند نگهداری می‌کرد، گردآوری می‌شد.

تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری من‌ویتنی^{۱۷} انجام شده است.

فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان‌بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است. در ایران نیز هم‌اکنون نزدیک به ۷٪ جمعیت کشور را گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد. هم‌چنین میانگین عمر در ایران نیز در سه دهه گذشته افزایش چشم‌گیری یافته است (نیکنام، ۱۳۸۳).

مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (جان^۱ و پانگ^۲، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی دستاورد مراقبت‌های بهداشتی و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. از این رو می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی، تنها زمانی به عنوان مراقبت شایسته ارزیابی می‌شود که کیفیت زندگی به خوبی کمیت زندگی در فرد زیر پوشش خدمات، بهبود یافته باشد (هینکلینف^۳، ۱۹۹۳). بنابراین به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می‌کند، امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد. از این رو باید سیاست‌های پیش‌گیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان افزایش یابد و عوامل زیان‌بار برای بهداشت و سلامت آنان تشخیص داده شده و از میان برداشته شود (کلارک^۴، ۱۹۹۵).

امروزه بررسی کیفیت زندگی بخش اساسی ارزیابی پزشکی به‌شمار می‌رود. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که دربرگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (کار^۵، تومپسون^۶ و کیروان^۷، ۱۹۹۶؛ تستا^۸ و سیمونسون^۹، ۱۹۹۶؛ رویریگو^{۱۰}، میلان^{۱۱} و میلان، ۱۹۹۶؛ اسوم^{۱۲}، ۲۰۰۳). بررسی حاضر در این راستا و با این فرضیه اصلی بود که کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در ابعاد روانی و جسمی متفاوت است.

روش

این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، همه افراد ۶۰ ساله و بالاتر بودند که در خانواده‌های ساکن در شهرستان کاشان زندگی می‌کردند. آزمودنی‌های پژوهش ۳۸۹ سالمند با میانگین سنی ۶۹/۸ سال (انحراف معیار ۷/۷۴ و دامنه سنی ۶۰ تا ۱۲۰) بودند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسش‌نامه^{۳۶} سؤالی کیفیت زندگی^{۱۳} سالمندان انجام شد (جان^{۱۴} و ویر^{۱۵}، ۲۰۰۰). اشاقی، رمضانی، شاه‌سنایی و پویا

- | | |
|--|------------------|
| 1- Chan | 2- Pang |
| 3- Hinchliff | 4- Clark |
| 5- Carr | 6- Thompson |
| 7- Kirwan | 8- Testa |
| 9- Simonson | 10- Reviriego |
| 11- Millan | 12- Easom |
| 13- Short Form-36 Item Quality of Life Questionnaire | |
| 14- John | 15- Ware |
| 16- internal consistency | 17- Mann Whitney |

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در **جدول ۱** آمده است. همان‌گونه که این جدول نشان می‌دهد، بیشترین درصد آزمودنی‌ها (۷۳/۲٪) در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر هستند.

میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب جنس در **جدول ۲** آمده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد نمره کیفیت فعالیت فیزیکی سالمندان مورد بررسی ۵۹/۰۷ (زنان) ۵۷/۰۱ (مردان ۶۶/۰۶) است. نمره درک کلی از سلامت در زنان ۵۵/۵۹، در مردان ۶۵/۷۲ و در کل ۶۰/۷۱ می‌باشد.

آزمون آماری من‌ویتنی ارتباط معنی‌داری بین سن و فعالیت فیزیکی ($p < ۰/۰۰۱$)، درک کلی از سلامت ($p < ۰/۰۰۱$)، ایفای نقش جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، فعالیت اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$)، قوه یا نیروی حیاتی ($p < ۰/۰۰۱$) و درد جسمی ($p < ۰/۰۰۱$) در سالمندان نشان داد. مقایسه میانگین نمرات نشان داد که در سالمندان جوان (۶۰-۷۴ ساله) ابعاد یادشده بهتر از سالمندان مسن (۷۵ سال به بالا) می‌باشد. سلامت روان و ایفای نقش عاطفی در دو گروه سنی تفاوت معنی‌داری نداشت.

هم‌چنین آزمون آماری من‌ویتنی ارتباط معنی‌داری بین جنس و درد جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، فعالیت فیزیکی ($p < ۰/۰۰۱$)، درک کلی از سلامتی ($p < ۰/۰۰۱$)، ایفای نقش جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، نیروی حیاتی ($p < ۰/۰۰۱$) و سلامت

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

| متغیر | مرد (n=۱۹۶) | زن (n=۱۹۳) | کل (N=۳۸۹) |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|
| | فراوانی (%) | فراوانی (%) | فراوانی (%) |
| گروه‌های سنی | | | |
| ۶۰ تا ۷۴ سال | ۵۳ (۲۶/۸) | ۱۴۵ (۷۵/۱) | ۱۹۸ (۵۰/۸) |
| ۷۵ سال به بالا | ۱۴۵ (۷۳/۲) | ۴۸ (۲۴/۹) | ۱۹۲ (۴۹/۳) |
| وضعیت تأهل | | | |
| متأهل | ۱۸۳ (۹۳/۴) | ۱۵۱ (۶۸/۳) | ۳۳۴ (۸۵/۸) |
| مجرد | ۴ (۰/۲) | ۳ (۱/۶) | ۷ (۱/۷) |
| مطلقه | ۹ (۴/۶) | ۳۹ (۲۰/۲) | ۴۸ (۱۲/۳) |
| تحصیلات | | | |
| بی‌سواد | ۱۰۵ (۵۳/۵) | ۱۴۶ (۷۵/۶) | ۲۵۱ (۶۴/۵) |
| ابتدایی | ۶۳ (۳۲/۱) | ۱۶ (۸/۲) | ۷۹ (۲۰/۳) |
| دیپلم | ۱ (۰/۵) | ۰ (۰) | ۱ (۰/۲) |
| بالاتر از دیپلم | ۳ (۱/۵) | ۱ (۰/۵) | ۴ (۰/۸) |

روانی ($p < ۰/۰۰۱$) نشان داد. ابعاد فعالیت اجتماعی و ایفای نقش عاطفی در دو جنس ارتباط معنی‌داری نداشتند. اما ارتباط معنی‌داری بین جنس و ایفای نقش اجتماعی و عملکرد اجتماعی نشان داده شد، به شکلی که مردان کارایی بالاتری در همه ابعاد کیفیت زندگی داشتند ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲- ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۵

| ابعاد کیفیت زندگی | زن میانگین (انحراف معیار) | مرد میانگین (انحراف معیار) | کل میانگین (انحراف معیار) |
|--------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| فعالیت فیزیکی | ۵۷/۰۱ (۱۳/۸۲) | ۶۶/۰۶ (۱۸/۳۵) | ۵۹/۰۷ (۱۷/۶۹) |
| درک کلی از سلامتی | ۵۵/۵۹ (۱۴/۸۹) | ۶۵/۷۲ (۱۷/۳۱) | ۶۰/۷۱ (۱۶/۹۲) |
| ایفای نقش جسمی | ۴۷/۵۴ (۱۲/۰۷) | ۵۴/۵۶ (۱۲/۶۸) | ۵۱/۰۵ (۱۲/۸۵) |
| فعالیت اجتماعی | ۷۸/۰۳ (۱۷/۵۰) | ۷۸/۴۰ (۱۹/۳۰) | ۷۸/۲۲ (۱۸/۴۰) |
| ایفای نقش عاطفی | ۶۱/۲۱ (۱۲/۶۸) | ۶۲/۳۸ (۱۴/۴۱) | ۶۱/۷۸ (۱۴/۰۵) |
| قوه یا نیروی حیاتی | ۵۹/۷۰ (۱۵/۷۲) | ۶۵/۷۶ (۱۹/۰۲) | ۶۲/۷۳ (۱۷/۶۹) |
| سلامت روانی | ۹۱/۴۳ (۱۶/۶۷) | ۹۷/۳۶ (۲۲/۷۸) | ۹۴/۴۲ (۲۱/۴۷) |
| درد جسمی | ۵۷/۲۲ (۱۵/۷۹) | ۶۶/۱۰ (۲۰/۶۱) | ۶۱/۷۰ (۱۸/۸۹) |
| جمع ابعاد | ۵۹/۶۷ (۱۵/۷۱) | ۶۵/۶۴ (۱۷/۱۸) | ۶۲/۳۵ (۱۶/۳۷) |

بحث

ایفای نقش جسمی، سایر ابعاد کیفیت زندگی در این بررسی بالاتر از بررسی کانباز^۵، توفیق و تندر^۶، دباک^۷ و پکسن^۸ (۲۰۰۳) در شهر سامسون ترکیه است (جدول ۳).

برای بحث دقیق‌تر پیرامون تفاوت کیفیت زندگی سالمندان در بررسی حاضر و بررسی‌های مشابه می‌توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در دو گروه ابعاد جسمی و ابعاد روانی ارزیابی نمود (جان و ویر، ۲۰۰۰). در سالمندان شهرستان کاشان ابعاد جسمی کیفیت زندگی پایین‌تر ولی ابعاد روانی آن بالاتر از بررسی‌های مشابه است. دلیل پایین بودن ابعاد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مانند فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی و درد جسمی در سالمندان کاشان را می‌توان تحرک کمتر سالمندان دانست. بررسی‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که ۴۱/۷٪ از سالمندان شهرستان کاشان از دردهای عضلانی-استخوانی و ۴۱/۷٪ از دردهای قلبی-عروقی رنج می‌برند (جغتایی و نجاتی، ۱۳۸۵).

سایر ابعاد کیفیت زندگی که در سالمندان شهرستان کاشان بالاتر از سالمندان ترکیه‌ای (کانباز و همکاران، ۲۰۰۳) و لبنانی (صباح و همکاران، ۲۰۰۶) نشان داده شده است (فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه نیروی حیاتی و سلامت روان)، از بعدها روانی به‌شمار می‌روند. یکی از دلایل تبیین‌کننده این یافته را می‌توان گرایش‌ها و باورهای

با در نظر داشتن معیار صفر تا صد در پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان، میانگین ۵۰ با انحراف معیار ده را می‌توان به‌عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳). در بررسی حاضر نمره همه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بالاتر از ۵۰ بوده و می‌توان کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان را مطلوب ارزیابی نمود. در دو جنس در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کیفیت فعالیت فیزیکی زنان کمتر از متوسط (۴۷/۵۴) برآورد گردید. مقایسه یافته‌های مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بررسی حاضر با یافته‌های احمدی و همکاران (۱۳۸۳) و وحدانی‌نیا و همکاران (۱۳۸۴) نشان می‌دهد که نمره همه ابعاد کیفیت زندگی در بررسی حاضر بیشتر از نمره‌های مشابه در دو بررسی یادشده است.

مقایسه یافته‌های بررسی حاضر با بررسی انجام‌شده در زمینه کیفیت زندگی توسط صباح^۱، دورویی^۲، صباح، رتل-رودل^۳ و مرسیر^۴ (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی و درد جسمی در بررسی حاضر کمتر از بررسی صباح و همکاران (همان‌جا) در لبنان، ولی سایر ابعاد کیفیت زندگی (فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه نیروی حیاتی، سلامت روان) در مطالعه حاضر مطلوب‌تر است. هم‌چنین به جز بعد

جدول ۳- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان در مطالعه حاضر با چند بررسی داخلی و خارجی

| ابعاد کیفیت زندگی | احمدی (زاهدان، ۱۳۸۲) | وحدانی‌نیا (تهران، ۱۳۸۴) | مطالعه حاضر (کاشان، ۱۳۸۵) | صبح (لبنان، شهرهای جنوبی، ۲۰۰۳) | کانباز (ترکیه، سامسون، ۲۰۰۳) |
|--------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| فعالیت فیزیکی | ۴۲/۷ (۲۱/۹) | ۵۸/۳ (۲۶/۳) | ۵۹/۰۷ (۱۷/۷) | ۸۱/۳ (۲۲/۸) | ۵۸/۹ (۲۷/۶) |
| درک کلی از سلامتی | ۳۸/۶ (۱۵/۶) | ۵۰/۱ (۲۰/۰) | ۶۰/۷۱ (۱۶/۹) | ۶۶/۳ (۲۲/۹) | ۵۰/۲ (۲۰/۱) |
| ایفای نقش جسمی | ۳۶/۸ (۳۳/۰) | ۳۸/۳۵ (۳۷/۱) | ۵۱/۰۵ (۱۲/۹) | ۶۳/۶ (۴۳/۶) | ۵۴/۳ (۴۲/۴) |
| فعالیت اجتماعی | ۴۳/۹ (۱۶/۰) | ۵۹/۶ (۲۸/۱) | ۷۸/۲۲ (۱۸/۴) | ۶۸/۸ (۲۹/۶) | ۷۱/۳ (۲۴/۹) |
| ایفای نقش عاطفی | ۴۵ (۲۴/۷) | ۵۴/۶ (۱۸/۷) | ۶۱/۱۸ (۱۴/۱) | ۵۳ (۴۳/۳) | ۶۰/۹ (۲۰/۴) |
| قوه یا نیروی حیاتی | ۴۶/۷ (۱۹/۴) | ۸۵/۴ (۴۰/۰) | ۶۲/۷۳ (۱۷/۷) | ۶۰/۸ (۲۲/۵) | ۴۲/۵ (۲۱/۷) |
| سلامت روانی | ۶۱/۷ (۱۷/۴) | ۴۲/۶ (۱۸/۹) | ۹۴/۴۲ (۲۱/۵) | ۶۲/۸ (۲۲/۵) | ۵۸/۸ (۴۵/۷) |
| درد جسمی | ۳۷/۸ (۱۹/۳) | ۵۸/۳ (۱۷/۴) | ۶۱/۷۰ (۱۸/۹) | ۶۸/۹ (۳۰/۶) | ۵۹/۵ (۲۸/۱) |
| جمع ابعاد | ۴۱/۷۶ (۲۱/۱) | ۵۴/۱۱ (۲۷/۷) | ۶۲/۳۵ (۱۶/۴) | ۶۵/۶ (۲۹/۷) | ۵۷ (۲۸/۸) |

1- Sabbah
2- Drouby
3- Retel-Rudel
4- Mercier
5- Canbaz
6- Tevfik Sunter
7- Dabak
8- Peksen

سیاسکزاری

پژوهش حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. لازم می‌دانیم از شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در این زمینه همکاری نمودند، قدردانی نماییم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱/۲۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۱۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۳۱

منابع

- ابراهیمی، امرا... (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آنها. *پژوهش در علوم پزشکی*، سال هشتم، شماره ۱، ۹۵-۹۴.
- احمدی، فضل...؛ سالار، علیرضا؛ فقیه‌زاده، سقراط (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. *فصلنامه حیات*، سال دهم، شماره ۲۲، ۶۷-۶۱.
- جغتایی، محمدتقی؛ نجاتی، وحید (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان. *سالمند*، سال یکم، شماره ۱، ۹-۳.
- نیکنام، محمدحسین (۱۳۸۳). اخلاق پزشکی و مراقبت‌های ویژه سالخوردگان. *طب و ترکیب*، شماره ۸، ۱۰۱-۹۷.
- وحدانی‌نیا، مریم‌سادات؛ گشتاسبی، آریانا؛ منتظری، علی؛ مفتون، فرزانه (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان: مطالعه جمعیتی. *فصلنامه پایش*، سال چهارم، شماره ۲، ۱۲۰-۱۱۳.
- Buchholz, W. (1996). Assessment of quality of life. *New England Journal of Medicine*, 335, 520-524.
- Calman, K. (1994). Quality of life in cancer patients: A hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-128.
- Canbaz, S., Tevfik Sunter, A., Dabak, S., & Peksen, Y. (2003). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Science*, 33, 335-340.
- Carr, A. J., Thompson, P. W., & Kirwan, J. R. (1996). Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 35, 275-281.
- Chan, K. M., & Pang, W. S. (1998). Self perception of health among elderly community dwellers in Singapore. *Annual Academy of Medicine*, 27, 461-466.

1- Buchholz
3- Agüero-Torres
5- Winblad
7- Luke
9- Eronen
11- Rauramaa
13- Nissinen

2- Strauss
4- Káreholt
6- Fratiglioni
8- Aich
10- Rankinen
12- Sulkava

دینی این سالمندان دانست. در ایران نشان داده شده است که باورهای دینی با سلامت روان سالمندان در ارتباط است (ابراهیمی، ۱۳۸۲). هم‌چنین بوچهلز^۱ (۱۹۹۶) نشان داد در شرایطی که افراد با بیماری و یا ناتوانی روبه‌رو می‌شوند، جنبه معنوی زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی پیدا می‌کند.

یک بررسی در مقایسه میزان ناتوانی در فعالیت‌های زندگی روزانه در بین سالمندان زن و مرد در سوئد، نشان داد که در زنان سالمند (۹۰ سال به بالا) شیوع ناتوانی و گرایش به بروز ناتوانی بیشتر از مردان سالمند است (استراتوس^۲، آگوارو-تورس^۳، کارهولت^۴، وینبلاد^۵ و فراتیگلیونی^۶، ۲۰۰۳). در این بررسی نیز زنان کارکرد بدنی کمتری را نسبت به مردان گزارش نمودند. شاید بتوان بهتر بودن عملکرد جسمی‌را در مردان سالمند در این بررسی به دلیل فعالیت‌های بدنی بیشتر مردان دانست. لوکه^۷ و همکاران (۲۰۰۶) برای سنجش فعالیت فیزیکی سالمندان افزون بر پرسش‌نامه کیفیت زندگی از پرسش‌نامه هنجاریابی شده سنجش فعالیت فیزیکی جانسون نیز بهره گرفتند و نشان دادند که هر هشت زمینه کیفیت زندگی بهتر در سالمندان با فعالیت فیزیکی بالاتر همبستگی معنی‌دار داشته است.

بررسی حاضر نیز نشان داد که کیفیت زندگی مردان به‌طور کلی از زنان بالاتر است. این یافته در بررسی صبح و همکاران (۲۰۰۶) در لبنان نیز نشان داده شده است. محدود بودن فعالیت‌های فیزیکی زنان در بیرون از خانه و باورهای سنتی که زنان را به‌عنوان مراقبین بچه‌ها و همسر می‌شناسند، می‌تواند تفاوت در کیفیت زندگی زنان و مردان را در پی داشته باشد. هم‌چنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار (آیچ^۸، به‌نقل از صبح و همکاران، ۲۰۰۶) و فرارسیدن دوره پائستگی در زنان (ارونن^۹، رانکینن^{۱۰}، راوراما^{۱۱}، سولکاو^{۱۲} و نیسینن^{۱۳}، ۱۹۹۷) در این زمینه مؤثر دانسته شده است. یکی از محدودیت‌های پژوهش، در دست‌نبودن اطلاعات دقیق آماری درباره سالمندان شهرستان کاشان بود. از آن‌جا که هرگونه برنامه‌ریزی و آموزش در این زمینه نیازمند در دست‌داشتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نشانی دقیق پستی جمعیت هدف می‌باشد، پیشنهاد می‌شود بانک اطلاعاتی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان با توجه به وضعیت سلامت آنان تدوین گردد و با ارایه آموزش‌های لازم در مورد پیش‌گیری کیفیت زندگی در سالمندان افزایش داده شود.

- Clark, P. G. (1995). Quality of life values and team work in geriatrics care: Do we communicate what we mean. *Gerontologists Washington*, 35, 402-415.
- Easom, L. R. (2003). Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 11-22.
- Eronen, M. K., Rankinen, T., Rauramaa, R., Sulkava, R., & Nissinen, A. (1997). Clinical investigation: Does aging mean a better life for women? *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 594-597.
- Eshaghi, S. R., Ramezani, M. A., Shahsanaee, A., & Pooya, A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*, 3, 1763-1766.
- Guggenmoos-Holzmann, I., Bloomfeild, K., & Brenner, H. (1995). *Quality of life and health: Methods and applications*. Berlin: Blacwell Wissenschafts-Verlag.
- Hinchliff, S. (1993). *Nursing and health care* (2nd. ed.). New York: Edward Arnold Company.
- John, E., & Ware, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25, 3130-3139.
- Kun, L. G. (2001). Tele health and global health net work in the 21-century. From home care to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 64, 155-167.
- Luke, S. A., Longfor, J., Fieldstad, A. S., Fieldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S., & Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 37-43.
- Reviriego, J., Millan, M. D., & Millan, M. (1996). Evaluation of the Diabetes Quality of Life Questionnaire in a Spanish population. *Pharmacoeconomics*, 10, 614-622.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude1, N., & Mercier, M. (2006). Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 30-35.
- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Strauss, E. V., Agüero-Torres, H., Káreholt, I., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2003). Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 669-677.
- Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- World Health Organization (1998). Ageing: The surest demographic reality of the next century. *World Health*, 51, 26-27.
- World Health Organization (2006). *Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100*. Geneva, WHO.

Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan

Nejati, V., & Ashayeri, H. (2008). Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14*, 56-61.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to determine the eightfold aspects of quality of life in the elderly population of the city of Kashan (Iran) and to evaluate their welfare, health and therapeutic needs.

Method: This research is a descriptive cross-sectional study. The study population consisted of 60 years and older individuals in the city of Kashan, who were living with their families. The subjects were 389 elderly individuals (196 males and 193 females) who were selected using random sampling. Data were collected using Short Form-36 Item Quality of Life Questionnaire.

Results: The score for the quality of physical function was 59 (57 for females and 66 for males), and the score for general understanding of health in the elderly was 60.7 (55.5 for females and 65.7 for males). The score for physical role was 51 (47.5 for females, 54.5 for males); the score for social activity was 78.2 (78 for females, 78.4 for males); and the score for emotional role was 61.8 (61.2 for females, 62.4 for males). The score for mental health was 94.4 (91.4 for females, 97.3 for males), and the score for physical pain was 61.7 (57.2 for females, 66.1 for males).

Conclusion: The elderly population in the city of Kashan enjoy a higher quality of life in comparison with their peers in other parts of Iran.

Key words: elderly, quality of life, Kashan

Vahid Nejati*, Hassan Ashayeri^a

* Corresponding author: PhD. in Cognitive Neuroscience, University of Rehabilitation and Welfare Sciences, Daneshjo Boulevard, Evin, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22180083

E-mail: nejati@uswr.ac.ir

^a Neurologist. Professor of Iran University of Medical Sciences.