Original Article

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر

نسرین زحمتکشان[1*]، راضیه باقرزاده[2]، شرافت اکابریان[2]، محمدرضا یزدانخواه فرد[2]، کامران میرزایی[3]، سیامک یزدانپناه[2]
رزیتا خرم رودی[2]، طیبه غریبی[2]، فرحناز کمالی دشت ارژنی[2]، طیبه جمند[2]

۱- دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، کهکیلویه و بویر احمد، ایران.
۲ - دانشکده پرستاری - مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ایران.
۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ می‌باشد. به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان و هم‌چنین آسیب‌پذیر بودن بایستی تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر بوشهر انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، پژوهشی توصیفی- تحلیلی و مقطعی است که بر روی ۳۶۰ نفر از سالمندان شهر بوشهر انجام گرفته است. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و بر اساس توزیع جمعیت شهری بود. در این مطالعه با استفاده از دو پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کوتاه ۳۶ گزینه‌ای، ابعاد مختلف کیفیت زندگی این افراد مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد، میانگین نمره بعد سلامت جسمی و سلامت روانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر بوشهر کمتر از ۵۰ می‌باشد. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وجود بیماری و وضعیت مسکن ارتباط آماری معنی‌دار ($P<0.001$) و با مواردی از قبیل جنس، نحوه انجام فعالیت‌های روزانه و شرایط زندگی ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که میانگین نمره کیفیت زندگی در این مطالعه از صفر تا صد می‌باشد یافته‌ها نشان می‌دهد میانگین نمره سالمندان شهر بوشهر در هر دو حیطه کمتر از میانه ۵۰ می‌باشد و این مسأله نیاز به توجه دارد. بنابراین بایستی راهکارهای لازم در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و برخورداری از خدمات ویژه برای این گروه آسیب‌پذیر در برنامه‌ریزی‌های آینده کشور در نظر گرفته شده و اصلاح گردد.

کلمات کلیدی: سالمند، سلامت جسمی، سلامت روانی، کیفیت زندگی

مقدمه

سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می‌گیرد. سالمندی، بالا رفتن سن بیماری نیست بلکه یک پدیده حیاتی است که همگان را شامل می‌شود و در واقع یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (۱). پیشرفت چشم‌گیر در علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر و تولد میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه متوسط عمر در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از ۸۵ سال رسیده است. در ایران نیز میانگین عمر افراد به ۶۷ سال رسیده است و بر اساس آخرین آمار منتشر شده در سال ۱۳۸۶ جمعیت بالاتر از ۶۰ سال ایران در حدود ۵ میلیون نفر است و پیش‌بینی می‌شود این رقم در ۱۲ سال آینده به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد (۲).

به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان و هم این که از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند بایستی تحت توجه و حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی مورد ارزیابی و بررسی قرار گیرد. بیماری، ناتوانی، اختلالات ذهنی، فوت همسر، فقر و بسیاری عوامل اجتماعی دیگر باعث می‌شوند تا نیازهای سالمندان در پاره‌ای موارد متفاوت با نیازهای سایر اقشار جامعه باشد که توجه به آن‌ها حائز اهمیت بسیار است (۲). از نظر بیرز، سالمندی نتیجه یک سیر و روند کند بیولوژیک است که علایم ظاهری آن شامل سپید شدن مو، چین و چروک در پوست، پیرچشمی، کاهش شنوایی، کندی در تحرک، خمیدگی، کاهش قدرت عضلات، مشکلات تنفسی و امثال آن است (۳). این اختلالات می‌توانند بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بگذارند.

* نویسنده مسئول: **نسرین زحمتکشان**، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، کهکیلویه و بویر احمد، ایران. تلفن: ۰۷۱۱-۲۵۲۸۴۹۸
Email: nz542003@yahoo.com

کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسایل عصر امروز در مراقبت سلامتی است و یکی از بزرگ‌ترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد است و در سال‌های اخیر از مهم‌ترین عوامل مؤثر در زندگی افراد به خصوص سالمندان و افراد ناتوان شناخته شده است (۲). سازمان بهداشت جهانی تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه نموده است که عبارت است از درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها و علایق افراد می‌باشد. هم‌چنین فاسینو در تعریف خود اظهار می‌دارد امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار بوده و برای ارزیابی صحیح آن باید به ابعاد فوق توجه شود، بر اساس این تعاریف جامع کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد (۴). مطالعات، عوامل زیادی را بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر دانسته‌اند. در مطالعه براگلاند (۲۰۰۷) این عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب، برخورداری از مسکن شخصی بیان شده‌اند (۵). مطالعه کاولرو در ایتالیا (۲۰۰۷) شرایط محیطی و اجتماعی را عوامل مؤثر در رضایت‌مندی سالمندان و کیفیت مطلوب زندگی بیان کرده است و تنهایی را یکی از عوامل مؤثر در کاهش آن می‌داند (۶). اسکوزاتا (۲۰۰۶) عدم تحرک و فعالیت، اشمیت (۲۰۰۷) اختلالات ذهنی و اینوایی (۲۰۰۷) وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامطلوب و عدم وجود حمایت‌های لازم را دلایل کاهش کیفیت زندگی سالمندان ذکر کرده‌اند (۹-۷). در ایران مطالعه عابدی و همکاران نشان داد سالمندان مقیم در مراکز نگه‌داری شبانه روزی نسبت به افرادی که با خانواده زندگی می‌کنند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۰). هم‌چنین مطالعه سالار و همکاران در زاهدان نیز نشان داد مشاوره و برنامه‌های مراقبت پیگیر نقش مهمی در بهبود جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند (۱۱).

با توجه به تعداد زیاد افراد سالمند که تقریباً ۷ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شوند (۲) و بالا رفتن امید به زندگی، هم‌چنین حساس و آسیب‌پذیر بودن این گروه بررسی کیفیت زندگی آنان درخور تحقیق و بررسی است. از این رو پژوهش حاضر کیفیت زندگی سالمندان بوشهر و عوامل تأثیرگذار بر آن را مورد بررسی قرار می‌دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی و به صورت مقطعی است که با هدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر بوشهر انجام گرفته است. در این مطالعه ۳۶۰ سالمند بالاتر از ۶۰ سال شهر بوشهر به روش نمونه‌گیری تصادفی و به صورت خوشه‌ای از مناطق مختلف شهری جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش ابتدا کل جمعیت سالمند شهر بوشهر به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند سپس با توجه به جمعیت سالمند تحت پوشش هر مرکز بهداشتی و به صورت خوشه‌ای، نمونه پژوهش از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه حضوری و با استفاده از پرسش‌نامه بود. پژوهش‌گر با نامه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر معرفی گردید. شرایط شرکت در پژوهش برای نمونه‌ها، سن بالای ۶۰ سال و تمایل جهت ورود به مطالعه بود. سالمندان شرکت کننده در صورت داشتن بیماری ناتوان کننده از نمونه خارج می‌شدند. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد پرسش‌نامه‌ها فاقد مشخصات شخصی بوده و در صورت نیاز نتایج پژوهش در اختیارشان قرار می‌گیرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک جهت بررسی ساختار جمعیت‌شناختی گروه مورد مطالعه و پرسش‌نامه کوتاه ۳۶ گزینه‌ای سنجش کیفیت زندگی بود. پرسش‌نامه مذکور ابزار استانداردی است که جهت سنجش کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف در ایران به کار گرفته شده (۱۲) و روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است. در این پرسش‌نامه طی ۳۶ سؤال سلامت جسمی و روانی فرد مورد مطالعه قرار می‌گیرد و در ۸ جنبه کیفیت زندگی فرد بررسی می‌گردد. این موارد شامل فعالیت فیزیکی، درد جسمی، ایفای نقش جسمی، درک کلی از سلامت عمومی، قوه یا نیروی حیاتی، فعالیت اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی می‌باشد. برای امتیازبندی این پرسش‌نامه از مقیاس رتبه‌بندی لیکرت از نمره صفر تا صد استفاده شده است. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و عدد صد بیانگر حداکثر یا بالاترین سطح کیفیت زندگی می‌باشد (۸). اطلاعات پس از جمع‌آوری کدگذاری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS13 و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی شامل فراوانی، میانگین، تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

اطلاعات به دست آمده نشان داد ۵۵/۶% از واحدهای شرکت کننده در مطالعه را زنان تشکیل می‌دهند، میانگین سنی افراد ۶۸ سال، ۷۰/۳% افراد متأهل، ۶۰/۶% بی‌سواد و ۷۴/۴% از افراد بیمه بودند. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. جدول ۲ میانگین نمرات جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در سالمندان را نشان می‌دهد. در زمینه سلامت جسمی میانگین نمره افراد شرکت کننده در مطالعه ۴۴/۸ و میانگین نمره سلامت روانی ۴۹/۶ بوده است. از طرفی اطلاعات به دست آمده نشان داد در بعد جسمی کیفیت زندگی بالاترین میانگین را درد جسمی ۵۲/۳۳ و کم‌ترین نمره میانگین سلامت عمومی ۴۱/۰۷ بوده است و در بعد سلامت روانی کیفیت زندگی بالاترین نمره میانگین عملکرد اجتماعی ۵۶/۹ و کم‌ترین نمره میانگین عملکرد روانی ۴۱/۸ بوده است. هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد بعد جسمی کیفیت زندگی سالمندان با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، مسکن و وجود بیماری ارتباط آماری معنی‌دار ($P<0.001$) و با مواردی از قبیل جنس و نحوه انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط آماری معنی‌دار نشان نداده است. هم‌چنین بعد روانی کیفیت زندگی نیز با سطح تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی، وجود بیماری و وضعیت مسکن ارتباط آماری معنی‌دار ($P<0.001$) و با سایر موارد ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداده است که این موارد در جدول ۳ آورده شده است. هم‌چنین اطلاعات به دست آمده از پژوهش نشان داد با افزایش سن میانگین نمرات سلامت جسمی و روانی سالمندان و به طور کلی کیفیت زندگی آنان کاهش می‌یابد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

خصوصیات جمعیت شناختی		تعداد	درصد
جنس	زن	۱۶۰	۴۴/۴
	مرد	۲۰۰	۵۵/۶
سطح تحصیلات واحدهای پژوهش	بی‌سواد	۲۱۸	۶۰/۶
	ابتدائی	۸۳	۲۳/۱
	سیکل	۲۸	۷/۸
	دیپلم	۲۳	۶/۴
	دانشگاهی	۴	۱/۱
وضعیت تأهل واحدهای پژوهش	مجرد	۱۵	۴/۲
	متأهل	۲۵۳	۷۰/۳
	بیوه	۹۰	۲۵
	مطلقه	۱	۰/۳
توصیف وضعیت اقتصادی	خیلی بد	۴۵	۱۲/۵
	بد	۴۲	۱۱/۷
	متوسط	۲۰۷	۵۷/۵
	خوب	۵۸	۱۶/۱
	خیلی خوب	۶	۱/۷
وضعیت شغلی واحدهای پژوهش	بی کار	۱۸۰	۵۰
	شاغل	۲۵	۶/۹
	بازنشسته	۸۳	۲۳/۱
	مستمری بگیر	۶۵	۱۸/۱
وضعیت مسکن	شخصی	۲۵۶	۷۴/۲
	استیجاری	۱۷	۴/۷
	منزل فرزندان	۷۵	۲۰/۸
وجود بیماری مزمن	بلی	۲۵۶	۷۳/۶
	خیر	۸۸	۲۴/۴
برخورداری از خدمات بیمه	بلی	۲۶۸	۷۴/۴
	خیر	۸۹	۲۴/۷

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در سالمندان شهر بوشهر

جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
فعالیت فیزیکی	۴۳/۱	۳۰/۸
سلامت عمومی	۴۱/۰۷	۱۹/۴۸
درد جسمی	۵۲/۳۳	۲۷/۴
عملکرد اجتماعی	۵۶/۹	۲۴/۶
سرزندگی	۴۷/۴	۱۹/۴
عملکرد روانی	۴۱/۸	۴۳/۵
عملکرد جسمی	۴۳/۱	۳۰/۸
سلامت روانی	۵۱/۵	۱۸/۵
جنبه جسمی کیفیت زندگی	۴۴/۸	۲۲/۴
جنبه روانی کیفیت زندگی	۴۹/۶	۲۱/۶

بحث

میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمره سلامت جسمی کیفیت زندگی ۴۴/۸ و نمره سلامت روانی ۴۹/۶ می‌باشد همچنین در بررسی ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی نیز در ۵ جنبه میانگین نمرات کمتر از ۵۰ می‌باشد. اگر میانه را ۵۰ در نظر بگیریم اطلاعات نشان می‌دهد در بیشتر جنبه‌ها نمره کیفیت زندگی سالمندان کمتر از میانه می‌باشد. بررسی سالار و احمدی در زاهدان نیز نشان داد میانگین نمرات سلامت جسمی و روانی سالمندان و همچنین ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی کمتر از ۵۰ می‌باشد (۱۱ و ۱۲).

۷۳/۶ درصد از سالمندان شرکت کننده در مطالعه حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند این بیماری‌ها شامل فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی، دیابت، اختلالات تنفسی، اختلالات عصبی و دردهای عضلانی اسکلتی بودند. با توجه به این که بیماری‌های مزمن بر جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی افراد سالمند تأثیر گذاشته و آن را کاهش می‌دهند (۱۳). این موارد بایستی در نظر گرفته شود. مطالعه جغتایی نشان داد ۷۳/۹ درصد از سالمندان دارای مشکلات جسمی هستند ۴۶/۵ درصد از سالمندان زن و ۴۳/۲ درصد سالمندان مرد به دلیل مشکلات جسمی دارو مصرف می‌کنند (۱۴). در این زمینه کاربرد برنامه‌های آموزش مراقبت و درگیر کردن فرد در برنامه‌های درمانی باعث بالا بردن توان مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۱ و ۱۳).

در این مطالعه سلامت جسمی و روانی سالمندان با مواردی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و مسکن و وجود بیماری‌های مزمن ارتباط آماری معنی‌دار ($P<0.001$) نشان داد و با مواردی از قبیل شرایط زندگی و نحوه انجام فعالیت‌های روزانه ارتباطی نشان نداده است. مطالعات مشابه در سایر کشورها نیز تأثیر عوامل فوق بر کیفیت زندگی را نشان داده‌اند، در این مطالعات نیز وضعیت اقتصادی، اشتغال، وجود مسکن شخصی و وجود یا عدم وجود بیماری بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر داشته است (۱۰، ۱۵ و ۱۶). در زمینه بهبود کیفیت زندگی سالمندان با انجام اقدامات مراقبتی و درمانی می‌توان این روند را ارتقا داد. روتاسالو در فنلاند تأثیر مشاوره‌های روانی-اجتماعی گروهی را بر احساس بهبودی و افزایش توان روانی سالمندان نشان داد (۱۷). همچنین بر پایی برنامه‌های ورزشی در محدوده انجام جهت سالمندان، کتاب درمانی، استفاده از روش خاطره‌گویی به عنوان روش‌هایی هستند که در بهبود و افزایش کیفیت زندگی سالمندان به خصوص بعد روانی آن تأثیر دارد (۱۸ و ۱۹). در سطح برنامه‌ریزی‌های کشوری لزوم انجام اقدامات اساسی در زمینه تأمین خدمات بیمه‌ای سالمندان و درمان رایگان، لزوم حمایت‌های مالی سالمندان نیازمند، برنامه‌های توان‌بخشی و وسایل کمکی جهت بهبود عملکرد و توانایی در انجام فعالیت‌های روزانه و مراقبت از خود بایستی در نظر گرفته شود. بین شرایط زندگی از نظر زندگی با خانواده و فرزندان و یا تنها با جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد ($P=0.66$ و $P=0.129$) که این موضوع با توجه به این که ۷۰/۳ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه متأهل بوده و با خانواده و یا فرزندان خود زندگی می‌کردند

جدول ۳: عوامل موثر بر جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی در سالمندان شهر بوشهر

عوامل مرتبط با کیفیت زندگی		بعد جسمی کیفیت زندگی			بعد روانی کیفیت زندگی		
		میانگین	انحراف معیار	Pمقدار	میانگین	انحراف معیار	Pمقدار
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۸/۵	۲۲/۹	۰/۰۰۱	۴۵/۹	۲۱/۵	۰/۰۰۱
	ابتدایی	۴۸/۹	۲۲/۴		۵۳/۱	۲۲/۰۸	
	راهنمایی	۵۴/۵	۲۵/۵		۶۰/۶	۲۳/۶	
	دیپلم	۶۲/۷	۲۳/۷		۵۵/۸	۲۲/۰۲	
	دانشگاهی	۷۶/۸	۱۲/۴		۷۶/۷	۳/۹	
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۰/۳	۲۹/۰۹	۰/۰۰۱	۶۲/۹	۲۵/۳	۰/۰۰۱
	بی کار	۴۰/۲	۲۴/۰۷		۴۵/۴	۲۱/۷	
	بازنشسته	۵۲/۵	۲۲/۲		۵۷/۹	۲۰/۷	
	مستمری بگیر	۳۹/۰۴	۲۰/۱		۴۷/۰۷	۲۰/۳	
	هیچ‌کدام	۴۶/۹	۲۷/۷		۴۸/۴	۲۲/۷	
وضعیت اقتصادی	خیلی بد	۳۳/۸	۲۰/۶	۰/۰۰۱	۴۰/۵	۱۹/۴	۰/۰۰۱
	بد	۳۶/۵	۱۹/۸		۴۴/۸	۱۸/۱	
	متوسط	۴۴/۹	۲۴/۳		۴۹/۶	۲۲/۴	
	خوب	۵۶/۴	۲۴/۳		۵۸/۸	۲۱/۶	
	خیلی خوب	۵۴/۹	۳۲/۳		۷۴/۸	۲۴/۳	
بیماری	وجود بیماری	۳۸/۰۷	۲۲/۰۱	۰/۱۷۸	۴۵/۲	۲۱/۵	۰/۰۰۱
	عدم وجود بیماری	۶۴/۱	۲۰/۸		۶۴/۷	۱۸/۴	
جنس	زن	۴۱/۸	۲۳/۶	۰/۴۶	۴۷/۳	۲۰/۸	۰/۱۱۹
	مرد	۴۷/۷	۲۴/۸		۵۲/۸	۲۳/۷	
نحوه انجام فعالیت‌های روزانه	مستقل	۵۷/۳	۲۰/۸	۰/۱۲۹	۵۹/۴	۲۰/۱	۰/۶۶
	وابستگی نسبی	۳۰/۰۵	۱۹/۴		۳۹/۲	۱۹/۷	
شرایط زندگی	تنها	۴۸/۳	۲/۴	۰/۱۱۵	۵۴/۲	۲۱/۷	۰/۰۸۹
	با خانواده	۴۵/۸	۲۵/۱		۵۱/۱	۲۲/۴	
	با فرزندان	۴۰/۴	۲۲/۱		۴۶	۲۱/۸	
وضعیت مسکن	شخصی	۴۷/۳	۲۴/۸	۰/۰۰۱	۵۲/۳	۲۲/۳	۰/۰۰۲
	استیجاری	۳۸/۲	۲۰/۵		۴۳/۱	۲۰/۷	
	منزل فرزندان یا اقوام	۳۵/۳	۲۰/۹		۴۲/۴	۲۰/۶	

و تنها ۹/۲ درصد از آنان تنها زندگی می‌کردند قابل توجیه می‌باشد. هم‌چنین نحوه انجام فعالیت‌های روزانه به صورت مستقل یا وابستگی نسبی با جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداد. در حالی که سایر مطالعات مراقبت مستقل را عاملی در جهت بهبود کیفیت زندگی عنوان کرده‌اند (۱۲ و ۱۳) دلیل این اختلاف را شاید بتوان به نحوه زندگی سالمندان بوشهر ارتباط داد که اغلب با خانواده زندگی کرده و از حمایت‌های افراد خانواده برخوردار می‌باشند. یافته‌های پژوهش نشان داد با بالا رفتن سن کیفیت زندگی سالمندان کاهش می‌یابد به طوری که ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد سالمندان بالاتر از ۷۰ سال میانگین نمرات کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سالمندان کمتر از ۶۵ سال دارند ($P<0.001$). مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد سالمندان کمتر از ۷۰ سال وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به افراد بالاتر از ۷۰ سال دارند (۲۰).

نتیجه‌گیری

به طور کلی با افزایش روزافزون سالمندان مشکلات آن‌ها بیشتر

شده است به گونه‌ای که هنوز راه حل رضایت‌بخشی برای آن نیافته‌اند و در بسیاری از کشورها این مسأله به عنوان یک مسئولیت مهم نظام مراقبت‌های بهداشتی ارج نهاده نمی‌شود. در مطالعه باری نشان داده شد سالمندان تقریباً ۶۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند. ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان را شامل می‌شوند. با افزایش سن اختلال عملکرد بیشتر می‌شود و اثر معکوس بر توانایی حفظ استقلال داشته و نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این مسأله خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد (۲۱). از این رو سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ارتباط نزدیک‌تر بین مددجو و تیم درمانی مراقبتی می‌شود و در طراحی برنامه‌های پیشگیری و توان‌بخشی بعدی نقش مؤثری دارد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانیم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مرکز بهداشت شهرستان، همکاران گرامی که در امر جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها و در مراحل مختلف تحقیق همکاری داشتند و هم‌چنین کلیه سالمندان عزیزی که در اجرای این طرح صمیمانه ما را همراهی نمودند تشکر و قدردانی نماییم.

References

1. Kaldi AR, Akbari Kamrani AA, foroughan M. Physical, social and mental problems of 13 areas of Tehran's elders. Journal of Community wellbeing. 2002;17:233-243.
2. Centennial statistical of Iran. Iran statistical calendar. Tehran; 2007.
3. Bear S, mark H. The Merck Manual of Geriatric. 3rd ed. Merck research Laboratories. USA: Whitehouse station; 2000.P.93-95.
4. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga. Quality of life in delendent older adults living at home. Arch gerontol geriatr. 2002;359:20-34.
5. Bergland A, Narum I. Quality of life demands comprehension and further exploration. J Aging Health. 2007;19:39-61.
6. Cavallero P, Morino-Abbele F. The social relations of the elderly. Arch Gerantal Geriater. 2007;44:97-100.
7. Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. Sao Paulo Med J. 2006;124:30-45.
8. Schmitz N, kruse J. The SF-36 summery scores and their relation to mental disorders: physical functioning may affect performance of the summary scores. J Clin Epidemiol. 2007;60:163-170.
9. Inouye K, Pedrazzani ES. Educational status, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians quality of life. Rev Lat Am Enfermagen. 2007;15:742-747.
10. Abedi H A, Salarvand Sh. Causes and motivations of elderly home residency from residents' point of view. Feyz Journal. 2008;2(12):55-61.
11. Salar AR, Ahmadi F, Faghih Zadeh S. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. Tabib-e-shargh. 2003;4(5):261-267.
12. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. The Journal of faculty Of Nursing & Midwifery. 2004;22(10):61-67.
13. Lupo A, Trabucco G. Quality of life of the elderly patients on dialysis. G Ital Nefrol. 2008;25(6): 708-712.
14. Joghatai MT, Asadi MH. The state of elderly people and the necessity of paying attention to their needs. Hakim Research Journal. 2008;1(2):6-11.
15. Woo J, Lynn H. Self-perceived social status and health in older Hong Kong Chinese women compared with men. Women Health. 2008;48:209-234.
16. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Factors associated to functional Limitation in elderly of low income. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(5):430-435.
17. Routasolo PE, Tilvis RS. Effects of psychosocial rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. 2008;2:34-37.
18. Hamidizadeh FA, Ahmadi Y, Aslani SH, Etemadifar K, Salehi R. Study effect of a group based exercise program on the quality of life in older men and women in 2006-2007. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services. 2008;1(16):81-86.
19. Namati Dehkordy Sh, Dasht Bozorgy B, Pakseresht S, Rasekh AR. The effect of reminiscence therapy on elderly quality of life. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2007;4(9):75-81.
20. Kirchengast S, Haslinger B. Gender difference in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Australians: cross-sectional analysis. Gend Med. 2007;5:270-278.
21. Barry PP. An overview of special consideration in the evaluation and management of the geriatric patient. Am J Gastroentral. 2000;95:8-10.

Original Article

Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People

Zahmatkeshan N[1*], Bagherzade R[2], Akaberiyan SH[2], Yazdankhah Fard M[2], Mirzaei K[3], Yazdanpanah S[2] Khoramrudi R[2], Gharibi T[2], Kamali Dasht Arjani F[2], Jamand T[2]

1- Faculty of Paramedicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Kohkiloy-e-Boyer Ahmad, Iran.
2- Faculty of Nursing & Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
3- Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Abstract

Background & Objective: Added to the achievement of the 21st century, human life longevity has been increased. Elders should be supported. Aging may cause various problems such as decrease the abilities and high risk conditions. Age increase is not a disease; it is a normal change of life that affects everybody. In this study elderly needs were assessed and the physical, social and spiritual aspects of their life were evaluated to assess the quality of life (QOL) and related factors in elderly population in Bushehr.

Materials & Methods: This descriptive– analytical study was carried out on 360 elders (male and female) in Bushehr. Method of sampling was cluster random sampling. Two questionnaires consist of demographic data and SF-36 questionnaire were used to assess QOL. Data were collected through client interview and analyzed by SPSS 13 software program.

Results: Results showed that mean scores of physical and mental health aspects of Bushehr's elderly people is less than 50. So, the physical and mental health aspects of quality of life related to economic status, employment, chronic illness, educational levels, insurance service, and owning the house of elderly population were significantly ($P<0.001$) correlated. However, there were no significant relation with sex, daily activity and life condition.

Conclusion: We conclude that a suitable plan and program should be considered by the director & managers to improve the life quality of elderly people.

Keywords: Elder, Physical Health, Mental Health, Quality of Life

*** Corresponding author: Zahmatkeshan Nasrin,** Faculty of Paramedicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Kohkiloy-e-Boyer Ahmad, Iran.
Tel: +98 711 2528498
Email: nz542003@yahoo.com