Archive of SID

کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه‌ای جمعیتی

مریم سادات وحدانی نیا:* مربی پژوهشیار، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر آزیتا گشتاسبی: استادیار پژوهش، گروه بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر علی منتظری: دانشیار پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر فرزانه مفتون: استادیار پژوهش، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال چهارم شماره دوم بهار ۱۳۸۴ صص ۱۲۰-۱۱۳
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۱۰/۱۶

چکیده

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندی و عوامل جمعیتی مؤثر بر آن پرداخته شده است.

نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی شده در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب گردید. ابزار به‌کار برده شده به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی، گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF-36) بود. همچنین اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی افراد از نظر ابتلا به بیماری‌های مزمن زمینه‌ای و نیز عوارض کوتاه مدت از طریق مصاحبه جمع‌آوری گردید. در مجموع ۳۹۶ سالمند مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد، ۳۹/۶ درصد مصاحبه شوندگان زن و ۸۰/۳ درصد متأهل بودند. از نظر توزیع سنی، ۸۲/۱ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۰ سال بوده و میانگین سال‌های تحصیل آنان ۵/۳ سال بود.

در بررسی رابطه بین جنس و وضعیت سلامتی با میانگین امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی در تمامی ابعاد تفاوت معنی‌داری از نظر آماری به‌دست آمد(P=۰/۰۰۷ -<۰/۰۰۱). در بررسی رابطه بین متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی نیز، در بیشترین موارد روابط آماری معنی‌داری مشاهده شد.

یافته‌های مطالعه نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان با وضعیت سلامتی و متغیرهای جمعیتی وابسته است. با توجه به نیازهای ویژه در این دوران، کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به‌راحتی مورد تهدید قرار گرفته و از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندی، مشخصات جمعیتی، بیماری‌های مزمن

* نویسنده پاسخگو: پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: mvahdani@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]
www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

سالمندی دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به‌دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد[۱]. این عوامل می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی در سالمندان شود.

اگر چه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی در آنان همراه است[۲، ۳]، اما اثر سایر متغیرهای زمینه‌ای را نباید در این کاهش از نظر دور داشت. بر اساس نتایج مطالعه‌ای در این زمینه سالمندانی که در زندگی روزمره نیاز به کمک اطرافیان و مراقبان دارند از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بوده و در حقیقت علایم متعددی را که نیاز به مراقبت پرستاری را در آنها مطرح می‌سازد دارا هستند[۴].

همچنین متغیرهایی نظیر اندازه توده بدنی و فشار خون به‌عنوان عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان شناسایی شده‌اند؛ چنان که سالمندان دارای اندازه مناسب توده بدنی و فشار خون تعدیل شده از سلامت و عملکرد جسمی مناسبتری برخوردار هستند[۷-۵]. عوامل خوش بینی، عدم ابتلا به افسردگی و نیز ابتلا به بیماری‌های مزمن در حد کمتر و داشتن تحرک در زندگی روزمره نیز بر اساس یافته‌های مطالعات به‌عنوان عوامل پیشگویی کننده بر پیامدهای مثبت سلامتی در سالمندان و وضعیت بهتر عملکرد جسمی و بهداشت روان نشان داده شده‌اند[۸، ۹].

همچنین باید توجه داشت با افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری، نسبت افراد سنین ۶۰ سال و بالاتر در سراسر جهان در روندی سریع رو به رشد بوده است. به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در قرن آینده خواهد بود. بنا بر آمار ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۰، افراد سنین ۶۰ سال و بالاتر حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ بیلیون نفر خواهد رسید. همچنین بیش از دو سوم جمعیت سالمند در کشورهای رو به توسعه به‌ویژه آسیای شرقی بوده و تا سال ۲۰۲۵ افزایش بیش از ۳۰۰ درصد جمعیت سالمند در این کشورها مورد انتظار است[۱۰]. با در نظر داشتن این امر، نیاز به برنامه ریزی نوآورانه و اصلاحاتی در سیاست‌گزاری کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه احساس می‌شود. در راستای تحقق این هدف سازمان بهداشت جهانی برنامه‌ای را با تمرکز بر فرآیندهای توانمند سازی در سالمندان در سه حوزه: افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندی و اطمینان بخشی از ایجاد محیط‌های توانمند کننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است[۱۱].

با توجه به افزایش جمعیت سالمند و نیز مطرح بودن نیازهای خاص این مرحله از زندگی در سالمندان ضرورت بررسی کیفیت زندگی و متعاقباً نیازهای سالمندان اهمیت می‌یابد. در پژوهش حاضر به بررسی کیفیت زندگی در جمعیت سالمند شهر تهران و اثر متغیرهای زمینه‌ای بر آن پرداخته شده است.

مواد و روش کار

این پژوهش بر مبنای جمعیت به‌صورت مقطعی در سطح شهر تهران در سال ۱۳۸۱ انجام شد. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب شده و ۴۵۷ سالمند مورد مطالعه قرار گرفتند.

افراد سالمند دارای ۶۰ سال سن و بالاتر در هر دو جنس به منظور مطالعه در نظر گرفته شدند (بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سن سالمندی در کشورهای در حال توسعه ۶۰ سال و در کشورهای توسعه یافته ۶۵ سال در نظر گرفته می‌شود).

ابزار به‌کار برده شده به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی گونه فارسی پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF-36) بود. پایایی و روایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه دیگری نشان داده شده است[۱۲]. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده و کیفیت زندگی را در ۸ بعد اندازه گیری می‌نماید. با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش دیده به درب منازل، هدف از انجام مطالعه توضیح داده شده و رضایت افراد کسب می‌شد. در صورت تمایل افراد، پرسشنامه‌ها به روش خود ایفایی تکمیل شده و در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل می‌گردید. همچنین اطلاعات مربوط به

www.SID.ir
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]

Archive of SID

مشخصات جمعیتی و وضعیت سلامتی با پرسش از افراد جمع‌آوری گردید. وضعیت سلامت به‌صورت عدم ابتلا به بیماری، عوارض کوتاه مدتی که در مدت ۲ ماه اخیر فرد را دچار مشکل نموده و بیماری‌های مزمن به‌صورت ابتلا به فشار خون، دیابت، بیماری‌های قلبی ـ عروقی، درد مزمن کمر، سرطان‌ها، دردهای مفصلی، اعصاب و روان و بیماری‌های تنفسی تعریف شد. امتیازهای مربوط به سنجش‌های کیفیت زندگی در نرم‌افزار آماری SPSS محاسبه گردیده و به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه با امتیازهای این سنجش‌ها آزمون‌های t-test و ANOVA به‌کار برده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی در مورد ۳۹۶ سالمند به‌دست آمد که از توزیع نسبتاً یکسانی در سطح مناطق ۲۲ گانه شهر تهران برخوردار بودند. در مورد متغیر شغل، افراد باز نشسته، بی‌کار و خانه‌دار به‌عنوان گروه غیر شاغلین در نظر گرفته شدند. در بررسی بیماری‌های مزمن، ابتلا به سرطان در یک مورد گزارش شد که به‌علت کم بودن حجم نمونه در این گروه، در نمونه مورد مطالعه سرطان در گروه بیماری‌های مزمن در نظر گرفته نشد. مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۳۹۶)

	تعداد	درصد
سن (سال)		
۶۰-۷۴	۳۲۵	۸۲/۱
≥۷۵	۷۱	۱۷/۹
میانگین (انحراف معیار)	(SD=±۹/۶)	۶۷/۹
جنس		
زن	۱۵۷	۳۹/۶
مرد	۲۳۹	۶۰/۴
تحصیلات (سال)		
بی‌سواد	۱۴۰	۳۵/۴
۱-۵	۸۶	۲۱/۷
۶-۹	۸۴	۲۱/۲
۱۰-۱۲	۴۳	۱۰/۹
>۱۲	۴۳	۱۰/۸
تأهل		
مجرد	۵	۱/۳
متأهل	۳۱۸	۸۰/۳
مطلقه / بیوه	۷۳	۱۸/۴
شغل		
غیر شاغل	۳۰۸	۷۷/۸
شاغل	۸۸	۲۲/۲
وضعیت سلامتی		
سالم	۲۳۸	۶۰/۱
عوارض کوتاه مدت	۵۵	۱۳/۹
ابتلا به بیماری مزمن	۱۰۳	۲۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]
www.SID.ir

Archive of SID

در بررسی تحلیلی ارتباط بین متغیرهای جنس، سن و شغل بر میانگین امتیازهای مربوط به سنجش‌های کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت (آزمون t-test). به این ترتیب متغیر جنس بر میانگین تمامی سنجش‌های کیفیت زندگی اثر داشته؛ به‌طوری که در تمامی سنجش‌ها متوسط نمرات در گروه زنان نسبت به مردان پایین‌تر است. در مورد متغیر سن نیز، بیشترین تغییرات در میانگین در مورد سنجش محدودیت جسمی نشان داده شد(جدول شماره ۲). در بررسی ارتباط شغل با میانگین سنجش‌های کیفیت زندگی نیز، ارتباط معنی‌داری در تمامی سنجش‌ها به جز سنجش سلامت روان به‌دست آمد. در تمامی سنجش‌ها نیز گروه شاغلین از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند (جدول شماره ۳).

در بررسی ارتباط بین میانگین امتیازهای مربوط به سنجش‌های کیفیت زندگی با سطح تحصیلات (آزمون ANOVA) نیز در مورد بیشتر سنجش‌ها تفاوت معنی‌دار از نظر آماری مشاهده شد (جدول شماره ۴).

ارتباط بین میانگین امتیازهای مربوط به سنجش‌های کیفیت زندگی با وضعیت تأهل (آزمون t-test) در جدول شماره ۵ ارایه شده است. در تمامی سنجش‌ها متأهلین نسبت به دو گروه مجرد و مطلقه / بیوه از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند. ارتباط معنی‌دار آماری نیز به‌جز در مورد سنجش محدودیت جسمی، در مورد سایر سنجش‌ها به‌دست آمد.

جدول شماره۲- ارتباط متغیرهای جنس و سن با میانگین امتیازهای سنجشهای کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه (n=۳۹۶)

	جنس				P	سن				P
	زن(n=۱۵۷)		مرد (n=۲۳۹)			۶۰-۷۴ (n=۳۲۵)		≥۷۵ (n=۷۱)		
	میانگین	SD	میانگین	SD		میانگین	SD	میانگین	SD	
عملکرد جسمی	۴۸/۳	۲۷/۹	۶۸/۳	۲۴/۹	<۰/۰۰۱	۶۲/۸	۲۶/۸	۴۹/۸	۳۰/۵	۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۲۷/۸	۳۷/۱	۴۸/۹	۴۲/۵	<۰/۰۰۱	۴۳/۴	۴۱/۵	۲۷/۴	۴۰/۵	۰/۰۰۳
درد جسمی	۴۹/۹	۲۹/۲	۶۶/۷	۲۷/۹	<۰/۰۰۱	۶۱/۷	۲۹/۲	۵۲/۶	۳۰/۷	۰/۰۲
سلامت عمومی	۴۶/۱	۱۹/۷	۵۴/۲	۲۰/۸	<۰/۰۰۱	۵۱/۵	۲۰/۹	۴۸/۳	۲۰/۲	۰/۲۳
نشاط	۴۹/۴	۱۹/۴	۵۹/۹	۱۸/۱	<۰/۰۰۱	۵۷/۱	۱۹/۳	۴۹/۲	۱۸/۲	۰/۰۰۲
عملکرد اجتماعی	۵۳/۸	۳۰/۰	۶۵/۵	۲۶/۳	<۰/۰۰۱	۶۲/۰	۲۷/۷	۵۵/۸	۳۱/۲	۰/۱۲
مشکلات روحی	۴۱/۴	۴۴/۴	۵۸/۷	۴۳/۱	<۰/۰۰۱	۵۳/۲	۴۴/۱	۴۵/۵	۴۵/۱	۰/۱۹
سلامت روان	۵۸/۲	۱۷/۵	۶۵/۳	۱۷/۳	<۰/۰۰۱	۶۲/۴	۱۸/۰	۶۳/۰	۱۶/۰	۰/۷۷

جدول شماره۳- ارتباط متغیرشغل با میانگین امتیازهای سنجشهای کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه (n=۳۹۶)

	شغل				P
	غیر شاغل (n=۳۰۸)		شاغل (n=۸۸)		
	میانگین	SD	میانگین	SD	
عملکرد جسمی	۵۶/۱	۲۸/۲	۷۶/۱	۲۰/۳	<۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۳۶/۷	۴۱/۱	۵۳/۹	۴۱/۵	۰/۰۰۱
درد جسمی	۵۶/۵	۲۹/۷	۷۲/۵	۲۵/۹	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۴۹/۱	۲۱/۱	۵۷/۷	۱۸/۳	۰/۰۰۱
نشاط	۳۵/۵	۱۹/۷	۶۳/۵	۱۵/۶	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۵۹/۱	۲۹/۴	۶۷/۰	۲۳/۷	۰/۰۲
مشکلات روحی	۴۸/۹	۴۴/۸	۶۲/۱	۴۱/۴	۰/۰۱
سلامت روان	۶۱/۷	۱۷/۸	۶۵/۶	۱۷/۰	۰/۰۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]
www.SID.ir

Archive of SID

ارتباط بین وضعیت سلامتی با میانگین امتیازهای مربوط به سنجش‌های کیفیت زندگی نیز (آزمون t-test) در تمامی سنجش‌ها تفاوت معنی‌داری را به‌دست داد. به این نحو که افراد سالم در تمامی سنجش‌ها از دو گروه مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بیماری‌های مزمن از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند (جدول شماره۶).

جدول شماره ۴- ارتباط سال تحصیلات با میانگین امتیازهای سنجش های کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه (n=۳۹۶)

	بی‌سواد (n=۱۴۰)		۱-۵ (n=۸۶)		۶-۹ (n=۸۴)		۱۰-۱۲ (n=۴۳)		۱۲< (n=۴۳)		P
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD	
عملکرد جسمی	۵۱/۱	۲۷/۹	۶۱/۱	۲۶/۶	۶۴/۰	۲۸/۹	۶۹/۳	۲۴/۲	۷۴/۱	۲۱/۸	<۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۳۲/۶	۴۰/۹	۳۹/۸	۴۰/۳	۴۰/۴	۴۰/۷	۵۲/۹	۴۱/۹	۵۵/۸	۴۳/۹	۰/۰۰۵
درد جسمی	۵۳/۳	۲۷/۱	۶۳/۵	۲۶/۶	۵۸/۹	۳۳/۵	۶۹/۳	۲۸/۴	۶۸/۳	۳۲/۲	۰/۰۰۳
سلامت عمومی	۴۸/۳	۱۷/۹	۵۲/۱	۲۱/۷	۴۸/۵	۲۱/۶	۵۴/۲	۲۲/۸	۵۸/۵	۲۲/۱	۰/۰۳
نشاط	۵۳/۹	۱۷/۴	۵۷/۴	۱۷/۰	۵۴/۵	۲۱/۸	۵۷/۲	۲۲/۶	۵۹/۱	۲۱/۱	۰/۴۵
عملکرد اجتماعی	۵۴/۶	۲۶/۴	۶۳/۰	۲۵/۲	۶۳/۵	۳۲/۱	۶۴/۵	۲۸/۹	۶۸/۰	۲۹/۹	۰/۰۲
مشکلات روحی	۴۶/۱	۴۴/۴	۵۵/۴	۴۳/۳	۴۶/۴	۴۵/۹	۶۳/۵	۴۱/۰	۶۲/۰	۴۳/۴	۰/۰۵
سلامت روان	۶۱/۴	۱۵/۸	۶۳/۴	۱۵/۲	۶۱/۳	۱۹/۶	۶۳/۴	۲۱/۵	۶۵/۷	۲۰/۰	۰/۶۰

جدول شماره ۵- ارتباط وضعیت تأهل با میانگین امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه (n= ۳۹۶)

	متأهل(n=۳۱۸)		مطلقه / بیوه(n=۷۳)		P
	میانگین	SD	میانگین	SD	
عملکرد جسمی	۶۳/۹	۲۵/۹	۴۶/۵	۳۱/۴	<۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۴۱/۹	۴۱/۷	۳۴/۹	۴۱/۳	۰/۱
درد جسمی	۶۲/۶	۲۹/۹	۴۹/۶	۲۶/۲	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۵۲/۰	۲۰/۷	۴۶/۷	۲۰/۷	۰/۰۴
نشاط	۵۷/۷	۱۸/۷	۴۷/۶	۱۹/۹	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۶۳/۶	۲۷/۹	۴۹/۸	۲۷/۸	<۰/۰۰۱
مشکلات روحی	۵۴/۸	۴۴/۰	۳۹/۷	۴۳/۹	۰/۰۰۸
سلامت روان	۶۴/۲	۱۷/۷	۵۵/۶	۱۵/۹	<۰/۰۰۱

جدول شماره۶- ارتباط وضعیت سلامتی با میانگین امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی در نمونه مورد مطالعه (n=۳۹۶)

	سالم (n=۲۳۸)		بیمار(n= ۱۵۸)		P
	میانگین	SD	میانگین	SD	
عملکرد جسمی	۶۶/۳	۲۶/۴	۵۱/۶	۲۷/۸	<۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۴۵/۱	۴۲/۰	۳۳/۷	۴۰/۵	۰/۰۰۷
درد جسمی	۶۷/۵	۲۷/۹	۴۸/۸	۲۸/۶	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۵۴/۵	۱۹/۷	۴۵/۶	۲۱/۲	<۰/۰۰۱
نشاط	۶۰/۱	۱۷/۳	۴۹/۲	۲۰/۵	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۶۶/۸	۲۶/۳	۵۱/۹	۲۹/۱	<۰/۰۰۱
مشکلات روحی	۵۶/۷	۴۳/۳	۴۴/۵	۴۵/۱	۰/۰۰۸
سلامت روان	۶۵/۹	۱۶/۸	۵۷/۴	۱۷/۸	<۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]
www.SID.ir

Archive of SID

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر به بررسی اثر متغیرهای جمعیتی جنس، سن، شغل، تحصیلات و تأهل و نیز وضعیت سلامتی بر کیفیت زندگی جمعیت سالمند شهر تهران با استفاده از ابزار استاندارد SF-36 پرداخته شد.

در بررسی تأثیر متغیر جنس، میانگین نمره امتیازهای زنان در تمامی سنجش‌ها نسبت به مردان پایین‌تر بوده و تفاوت‌های معناداری را از نظر آماری نشان داد. این یافته در تأیید نتایج مطالعات در این زمینه است[۲، ۳]. البته در مطالعاتی دیگر متغیر جنس در تعامل با سایر متغیرهای زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان، به‌عنوان عاملی مؤثر نشان داده نشده و عواملی نظیر ناتوانایی‌های عملکردی دارای ارتباط بیشتری بودند[۱۳].

در مورد متغیر سن نیز، بیشترین تفاوت در میانگین امتیازها در ابعاد عملکرد جسمی و نشاط مشاهده شد و سالمندان سنین بیش از ۷۵ سال از امتیاز پایین‌تری برخوردار بودند. بدیهی است در سنین بالاتر سالمندی بروز ناتوانی‌ها بارزتر بوده و به‌صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمانی ظاهر می‌شود، اگر چه افزایش سن اثری بر روی ابعاد سلامت عمومی و روانی سالمندان به‌دست نداد. همچنین در بررسی اثر متغیر شغل، گروه شاغلین از میانگین امتیاز بالاتری در تمامی سنجش‌ها برخوردار بوده و ارتباط آماری معناداری بین دو گروه در تمامی سنجش‌ها نشان داده شد. این یافته‌ها در تأیید یافته‌های مطالعات در این زمینه بیانگر آن است که افزایش سن به تنهایی اثری بر روی برخی ابعاد کیفیت زندگی به‌ویژه سلامت روانی نداشته و توجه به سایر ابعاد زندگی در یک سالمند بویژه ابعاد عملکردی، استقلال فردی و حس کنترل فرد بر زندگی خود دارای اثر پیشگویی کننده بر کیفیت زندگی در سالمندان هستند[۱۴، ۱۵]. از این رو، هنگامی که سالمندان در یک شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامتی درگیر گردند، از استعداد بیشتری برای بهره‌مندی از یک زندگی سالم برخوردار بوده و احتمالاً به مدت طولانی‌تری از یک زندگی بدون بار بیماری و ناتوانی بهره خواهند برد[۱۶].

در مورد سطح تحصیلات نیز، بین سطوح مختلف تحصیلی در مورد بیشترین سنجش‌های کیفیت زندگی تفاوت‌های معنادار آماری به‌دست آمد و عمدتاً سالمندان در سطوح تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر نشان دهنده آن است که تحصیلات به‌عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می‌شود[۱۷].

در بررسی رابطه متغیر وضعیت تأهل، میانگین امتیازهای سنجش‌های کیفیت زندگی در متأهلین از دو گروه مجرد و مطلقه / بیوه بیشتر به‌دست آمد. از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزواست، توجه به ایجاد محیطی حمایتی و توانمندسازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. چنان که برخورداری از حس تعلق به‌عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان نشان داده شده است[۱۸].

در بررسی وضعیت سلامتی سالمندان نیز، در تمامی ابعاد سالمندان مبتلا به هر دو عوارض کوتاه مدت و نیز بیمارهای مزمن میانگین امتیاز کیفیت زندگی پایین‌تری را داشته و تفاوت‌های آماری معناداری در مقایسه با گروه سالم نشان داده شد. به این ترتیب بر اساس نتایج مطالعه، وضعیت سلامتی فرد به‌عنوان یک عامل پیشگویی کننده بر سطح امتیاز کسب شده در سنجش‌های کیفیت زندگی دارای اثر است.

همچنین به‌نظر می‌رسد ابزار به‌کار برده شده جهت اندازه گیری کیفیت زندگی از روایی و اعتبار لازم در جهت پیشگویی امتیازهای کیفیت زندگی در سالمندان برخوردار است. چنانچه بر اساس نتایج مطالعات نیز ابزار استاندارد SF-36 می‌تواند برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان به‌کار برده شده و از اعتبار لازم در این زمینه برخوردار است [۱۹].

به‌طور کلی از آنجا که با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایت کننده و سایر متغیرهای زمینه‌ای در جهت توانمند سازی سالمندان که منجر به ارتقای کیفیت زندگی در آنان می‌گردد ضرورت و اهمیت می‌یابد.

www.SID.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]

Archive of SID

همچنین اندازه گیری کیفیت زندگی در سالمندان به منظور بررسی وضعیت سلامت آنان، بررسی اثر درمانی مداخلات پزشکی در مورد بیماری‌های مزمن، ارزیابی بار بیماری و تخمین هزینه ـ اثربخشی سیاست‌های مراقبت بهداشتی در سالمندان و نیز برنامه ریزی‌های بهداشتی کمک‌کننده است[۲، ۲۰]. در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر نشان دهنده اثر پیشگویی کننده وضعیت سلامتی و نیز متغیرهای جمعیتی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در دوران سالمندی است. با توجه به آن که کیفیت زندگی در این دوران می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندی از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. از این رو از آنجا که کیفیت زندگی به بسیاری منابع و متغیرهای زمینه‌ای وابسته است، برنامه‌ریزی‌هایی در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارایه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان باید مد نظر قرار گیرد. طراحی مطالعات جامع و طولی در درک بهتر سالمندی سالم و کیفیت زندگی در سالمندان نیز پیشنهاد می‌گردد.

منابع

1- Heath H, Schofield I. Healthy ageing, nursing older people. Part I: Theoretical foundation. 1st Edition, Mosby publishers: Italy, 1999

2- Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. Journal of Formos Medicine Association 2004; 103: 196-204

3- Knurowski T, Lazic D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz- Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of Health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. Croatia Medicine Journal 2004; 45: 750-56

4- Hellstrom Y, Persson G, Hallbery IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. Journal of Advanced Nursing 2004; 48: 584-93

5- Yan LL, Daviglas ML, Liu K. BMI and health-related quality of life in adults 65 years and older. Obesity Research 2004; 12: 69-76

6- Furmonavicius T. Impact or physiological factors on some dimensions of health-related quality of life of elder men. Medicine 2003; 39: 896-901

7- Stewart KJ, Turner KL, Bacher AC. Are fitness, activity and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons? Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 2003; 23: 115-21

8- Achat H, Kawachi I, Spiro I, de Medles DA, Sparrow D. Optimism and depression as predictors of physical and mental functioning: the normative aging study. Annals of Behavioral Medicine 2000; 22: 127-30

9- Bryant LL, Beck A, Faireclough DL. Factors that contribute to positive perceived health in an older population. Journal of Aging and Health 2000; 12: 169-92

10- Towards policy for health and ageing. Available in: who.int/hpr/ageing/ageing.pdf

11- Active ageing: a policy framework. Available in: who.int.hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf

12- Montazeri A, Goshtasebi A,Vahdaninia M,Gandek B.The short form health survey (SF-36):translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82

13- Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. Archive of Gerontology of Geriatrics 2003; 37: 63-76

14- Hellstrom Y, Hallberg IR. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. Scandinavian Journal of Caring Science 2004; 18: 387-95

15- Mowad L. Correlates of quality of life in older adult veterans. Western Journal of Nursing Research 2004; 26; 293-306

16- Stuifbergen AK, Seraphin A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disability conditions. Nursing

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]
www.SID.ir

Archive of SID

Research 2000; 4: 122-9
17- 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
18- Nesbit BJ, Heidrich SM. Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life. Research in Nursing and Health 2000; 23: 25-34
19- Azen SP, Palmer JM, Mandel D. Psychometric properties of Chinese translation of the SF-36 health survey questionnaire in the well elderly study. Journal of Ageing and Health 1999; 11: 240-51
20- Lips P, van Schoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis.
Osteoporosis International 2005; 16: 447-55

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.2.5.0]

www.SID.ir