

بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی استان اصفهان و ارتباط آن با افسردگی و شاخص توده‌ی بدنی

آناهیتا بابک^۱، پرینان دانش پژوه‌نژاد^۲، سهیلا داوری^۳، پژمان عقدک^۴، امید پیرحاجی^۵، پگاه جهانگیری^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم، «افزایش امید به زندگی» بود، در حالی که چالش اصلی در قرن بیست و یکم، «زندگی با کیفیت بهتر» است. هدف از زندگی سالمندان، نه تنها عمر طولانی و زنده بودن آن‌ها، بلکه بهبود کیفیت زندگی آنان می‌باشد. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، بررسی چگونگی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با افسردگی و شاخص توده‌ی بدنی (Body mass index یا BMI) در استان اصفهان بود.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۶۳۷ سالمند در استان اصفهان به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انجام شد. اطلاعات کیفیت زندگی و نمره‌ی افسردگی بر اساس پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی ۳۶ موردی و مقیاس افسردگی سالمندان جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS به روش آمار توصیفی و آزمون‌های t، One-way ANOVA و نیز آزمون‌های ضریب همبستگی Spearman و Pearson مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۶۳۷ سالمند با میانگین سنی $68/74 \pm 6/32$ سال (بالاترین سن ۸۹ سال) در مطالعه وارد شدند. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی $54/56 \pm 20/60$ بود. مرد بودن، سن پایین‌تر و افزایش سطح تحصیلات، با کیفیت زندگی و برخی از ابعاد آن ارتباط مستقیمی داشت و تنها در بعد فعالیت فیزیکی با BMI رابطه‌ی معکوس مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط است و نیاز به توجه بیشتری دارد. مطالعه‌ی حاضر در راستای مطالعات قبلی است که در آن، کیفیت زندگی با افزایش سن، زن بودن و تحصیلات پایین‌تر کاهش نشان داد. همچنین، از نظر وضعیت روانی، رابطه‌ی میان افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مشاهده نشد که می‌تواند نشان دهنده‌ی تعدد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان باشد.

واژگان کلیدی: سالمند، کیفیت زندگی، افسردگی، شاخص توده‌ی بدنی

ارجاع: بابک آناهیتا، دانش پژوه‌نژاد پرینان، داوری سهیلا، عقدک پژمان، پیرحاجی امید، جهانگیری پگاه. بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی استان اصفهان و ارتباط آن با افسردگی و شاخص توده‌ی بدنی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۳۹۳): ۸۸۵-۸۹۲

ایران نیز در این زمان دچار تغییر جمعیتی شده است و شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمند شدن جمعیت در ایران هم آغاز شده است (۱). سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵ نشان داد که ۷/۲ درصد از جمعیت کشور را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل می‌دهند (حدود ۵۱۱۹۰۰۰ نفر) و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۰، به حدود ۱۰ درصد کل جمعیت (نزدیک به ۱۰ میلیون نفر) برسد که این

مقدمه

امروزه، امید به زندگی در جهان افزایش یافته است. هر سال، ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود، اما این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است. این مسأله، جهان را به سوی سالمند شدن سوق می‌هد و پیش‌بینی می‌شود تا ۲۵ سال دیگر، ۱/۲ میلیارد نفر از ساکنان کره‌ی زمین (حدود ۱۴ درصد) افراد ۶۰ ساله و بالاتر باشند.

- ۱- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- برنامه‌ی سلامت سالمندان، مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- مرکز بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- دستیار، گروه چشم‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۶- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: davari_soheila@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: سهیلا داوری

مسأله نشان دهنده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران است (۲). در استان اصفهان نیز ۱۲/۸ درصد جمعیت (۳۳۳۸۴۲ نفر) را افراد سالمند تشکیل می‌دهند (۳).

اگر چه پیر شدن جمعیت از نتایج مثبت توسعه به شمار می‌آید، اما اگر برای مواجهه با آن در جهانی توسعه یافته آماده نباشیم، عوارض و پیامدهای منفی بسیاری در پی خواهد داشت. تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به نوع هسته‌ای و جذب زنان به بازار کار، باعث می‌شود توانایی خانواده‌ها برای نگهداری سالمند کاهش یابد (۱). سالمندی، دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله، یک ضرورت اجتماعی است (۴). سالم پیر شدن حق همه‌ی افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده‌ی سالمندی و پیش‌گیری از مشکلات آن می‌افزاید (۵). چالش اصلی و عمده‌ی بهداشت عمومی در قرن بیستم، «افزایش امید به زندگی» بود؛ در حالی که چالش اصلی قرن بیست و یکم، «زندگی با کیفیت بهتر» است (۱).

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد (۶). در تعریفی دیگر، کیفیت زندگی را به عنوان درجاتی از رضایتمندی و نیل به نیازها در زمینه‌های فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناسی، ساختاری، رفتاری، فعالیتی و از آن مهم‌تر، احساس خوب بودن تعریف می‌کنند (۱). آن چه دانش امروزی به آن توجه می‌کند، تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه باید توجه داشت که سال‌های اضافی عمر انسان، در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد. در صورتی که چنین شرایطی تأمین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تأمین زندگی طولانی‌تر، بی‌نتیجه و مخاطره‌آمیز خواهد بود (۷). مطالعات متعدد نشان می‌دهد با افزایش سن، تعداد بیماری‌های مزمن نیز افزایش می‌یابد (۸-۱۱).

مطالعات مختلفی در ایران بر روی کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است. در مطالعه‌ی حبیبی سلا و همکاران بر روی سالمندان غرب تهران که از نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی فرم کوتاه ۱۲ (SF-12) یا (Short form-12) استفاده شد، کیفیت زندگی آن‌ها در حد متوسط بود و کیفیت زندگی سالمندان با متغیرهای مرد بودن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی، ارتباط آماری معنی‌داری داشت (۵).

مطالعه‌ای دیگر توسط سجادی و بیگلری بر روی سالمندان ساکن در آسایشگاه خیریه‌ی کهریزک با استفاده از پرسش‌نامه‌ی Lipad انجام شد که در آن مطالعه، کیفیت زندگی در کل و در ابعاد فیزیکی، خود مراقبتی، اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوب و در بعد افسردگی و اضطراب و بعد شناختی در سطح ضعیف به دست آمد

(۱). مطالعه‌ی دیگری توسط محقق‌ی کمال و همکاران بر روی سالمندان بازنشسته‌ی شهرستان قم با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی Lipad انجام گرفت و بین سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و مرد بودن با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد (۱۱). همسو با مطالعه‌ی قبل، علی‌پور و همکاران مطالعه‌ای بر روی کیفیت زندگی سالمندان منطقه‌ی ۲ تهران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی Lipad انجام دادند و مشاهده نمودند که در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی در مردان، افراد متأهل و با تحصیلات بالاتر و دارای مسکن شخصی، بالاتر بود (۱۲).

در مطالعه‌ی احمدی و همکاران بر روی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی SF-36 (Short form-36)، کیفیت زندگی نمونه‌ها در تمامی ابعاد هشت‌گانه، پایین به دست آمد (۱۳). در حالی که در مطالعه‌ی آلبوکردی و همکاران بر روی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی SF-36، ۵۸ درصد افراد تحت مطالعه، از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند و در ۷ درصد از آن‌ها، وضعیت زندگی بسیار نامناسب تعیین شد (۱۴).

از نقطه نظر Andrews، همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود و زمانی راه‌کارهای مراقبتی - درمانی، مفید و مؤثر می‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد (۱۵). Apolone و Mosconi نیز اظهار داشته‌اند که سنجش کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات بالینی، موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین فرد سالمند و تیم بهداشتی می‌گردد (۱۶).

حفظ وزن مطلوب و تثبیت آن طی بزرگسالی، می‌تواند امید به زندگی را افزایش دهد. در مطالعه‌ای بر روی سالمندان اهواز در مورد عوامل خطرزای مربوط به شیوه‌ی زندگی (عادات غذایی، چاقی، عدم فعالیت و مصرف سیگار) مشخص شد که ۷۶ درصد دارای عادات ناسالم، ۱۶ درصد چاق و ۶۳ درصد فاقد فعالیت بودند. در زنان، چاقی بیشتر از مردان بود (۱۷). هزینه‌ی وزن طبیعی در مقایسه با حداقل چاقی در بالغین، حدود ۱۵۴۸ دلار پایین‌تر است که بیشتر به دلیل آزمایش‌های تشخیصی، ویزیت پزشک و دارو می‌باشد (۱۸).

افسردگی در سالمندان بسیار شایع می‌باشد؛ به طوری که در بعضی مطالعات، بیش از ۹۰ درصد سالمندان دارای درجاتی از افسردگی خفیف، متوسط یا شدید بوده‌اند (۱۹). از طرف دیگر، اثبات شده است که افسردگی، بیشتر ابعاد کیفیت زندگی را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد (۲۰).

تفاوت عمده‌ای که بین کشورهای پیشرفته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران وجود دارد، این است که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته به طور کامل آماده‌اند تا با چالش ناشی از

مراکز بهداشتی - درمانی نبودند، با سالمندان تحت پوشش مصاحبه شد و در صورتی که تعداد سالمندان تحت پوشش کمتر از حجم نمونه‌ی مورد نظر بود، از خانوارهای تحت پوشش که پدر یا مادر سالمند ساکن در همان منطقه داشتند، به صورت غیر احتمالی آسان تا تکمیل حجم نمونه، نمونه‌گیری صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر و نیز رضایت فرد مورد نظر برای شرکت در مطالعه بود. در صورتی که فرد قادر به پاسخگویی نبود، از همراه آگاه، سؤالات پرسیده شد و در صورتی که چنین فردی در دسترس نبود، از خانوار بعدی از سمت راست بر اساس آدرس‌های موجود، نمونه جایگزین شد. همچنین، اگر در خانوار منتخب بر اساس نمونه‌گیری تصادفی، فرد دارای شرایط ورود به مطالعه موجود نبود، از خانوار بعدی نمونه‌گیری شد و در صورتی که در یک خانوار منتخب، بیش از یک فرد واجد شرایط وجود داشت، از بین آن افراد، یک نفر به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) انتخاب شد. در نهایت، از تعداد ۱۱۲۵ سالمند انتخاب شده، ۶۳۷ نفر وارد مطالعه شدند و میزان مشارکت در پاسخدهی ۵۶/۶ درصد بود.

اطلاعات دموگرافیک: تعدادی متغیرهای دموگرافیک شامل سن (سال)، جنس (زن/مرد)، سطح تحصیلات (بی‌سواد/زیر دیپلم/بالتر از دیپلم)، وضعیت تأهل (همسر دار/همسر فوت کرده)، ترکیب خانواده (تنها/با سایرین)، محل سکونت (نواحی شهری/نواحی روستایی) و همچنین شاخص‌های تن سنجی شامل قد و وزن تعیین گردید.

کیفیت زندگی: شاخص کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۳۶ موردی (SF-36) به عنوان یکی از معتبرترین ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی پس از اخذ مجوز از سازندگان بررسی شد. این پرسش‌نامه، توسط منتظری و همکاران به زبان فارسی ترجمه و استانداردسازی شده است (۲۱). همچنین، روایی و پایایی آن توسط اسحاقی و همکاران برای سالمندان اصفهان مورد تأیید قرار گرفته و ضریب Cronbach's alpha برای آن معادل ۷۲/۲ درصد بود (۲۲).

این پرسش‌نامه، دارای ۳۶ بند مستقل بود و بررسی سلامت جسمی - روانی فرد را مورد توجه قرار می‌داد. نه جنبه از ابعاد کیفیت زندگی فرد که شامل هشت بعد فعالیت فیزیکی (بندهای الف تا ی از سؤال ۳)، درد جسمی (سؤالات ۷ و ۸)، ایفای نقش جسمی (بندهای الف تا د از سؤال ۴)، درک کلی از سلامت عمومی (سؤال ۱۰ و بند الف تا د از سؤال ۱۱)، قوه یا نیروی حیاتی (بندهای الف، ه، ز، ط از سؤال ۹)، فعالیت اجتماعی (سؤالات ۶ و ۱۰)، ایفای نقش عاطفی (بندهای الف تا ج از سؤال ۵) و سلامت روانی (بندهای ب تا د، و و نیز ج از سؤال ۹) در پرسش‌نامه‌ی SF-36 بود و همچنین، سؤال منفرد (سؤال ۲) در مورد تغییر درک شده از وضعیت سلامت عمومی در طول یک

شمار فزاینده‌ی افراد سالمند مواجه شوند، در حالی که اغلب کشورهای در حال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاری‌های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۵). با توجه به مطالب پیش‌گفته و توجه به این مسأله که هدف از زندگی سالمندان، تنها عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم است، برنامه‌ریزی به منظور ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه ضروری به نظر می‌رسد. بدیهی است بدین منظور، ابتدا باید اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی سالمندان تأمین گردد. همچنین، با توجه به افزایش شیوع چاقی و افسردگی در میان سالمندان و از آن جایی که چنین سنجشی در استان اصفهان صورت نگرفته بود، هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، بررسی چگونگی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با افسردگی و شاخص توده‌ی بدنی (Body mass index یا BMI) در استان اصفهان بود.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع مقطعی - تحلیلی بود که از فروردین تا اسفندماه سال ۱۳۸۹ در استان اصفهان انجام شد. جامعه‌ی هدف، سالمندان استان اصفهان (افراد ۶۰ ساله و بالاتر) بودند که از این میان، تعداد ۱۱۲۵ نفر وارد مطالعه شدند. حجم نمونه، بر اساس فرمول و با دقت ۹۵ درصد، $s = 3$ و $d = 0.17$ محاسبه شد (۱۲).

نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی انجام شد. به این صورت که ابتدا ۱۰ شهرستان از مجموع ۲۱ شهرستان (۵۰ درصد خوشه‌ها) به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس، در هر شهرستان ۵۰ درصد خوشه‌های شهری و ۵۰ درصد خوشه‌های روستایی (هر خوشه برابر منطقه‌ی تحت پوشش یک مرکز بهداشتی - درمانی شهری یا روستایی است) به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس، حجم نمونه‌ی کلی به نسبت جمعیت سالمندان هر شهرستان (نسبت به مجموع جمعیت سالمندان ۱۰ شهرستان انتخابی) تسهیم به نسبت شد. حجم نمونه‌ی هر شهرستان، به نسبت جمعیت شهری و روستایی سالمندان همان شهرستان، بار دیگر تسهیم به نسبت شد و به این ترتیب، با مشخص شدن تعداد مورد نظر هر شهرستان، تعداد نمونه در هر خوشه معلوم شد. در هر خوشه، با توجه به توزیع جنسی جمعیت سالمندان استان (۳)، ۵۱/۵ درصد نمونه‌ها مرد و ۴۸/۵ درصد نمونه‌ها زن انتخاب شدند. خانوارهای منتخب در مناطق روستایی بر اساس آدرس موجود خانوارهای آن خوشه، بر اساس جدول اعداد تصادفی (بر حسب شماره‌ی خانوار) انتخاب شدند و در هر خانوار با مراجعه به درب منزل با فرد واجد شرایط مصاحبه شد.

در مناطق شهری، با توجه به این که همه‌ی جمعیت، تحت پوشش

گردید و نام آنها در تمامی مراحل جمع‌آوری نمونه‌ها و تحلیل داده‌ها محرمانه باقی ماند.

سال گذشته مورد بررسی قرار گرفت.

امتیازبندی این پرسش‌نامه، به صورتی بود که سؤالات ۱، ۲، ۶، ۸ و ۱۰ پنج گزینه داشتند و از ۱-۵ نمره‌دهی شدند. ۱۰ بند سؤال ۳ به صورت طیف لیکرت بود و از ۱-۳ نمره‌دهی شد. ۴ بند سؤال ۴ و سه بند سؤال ۵، به صورت بلی و خیر بود و ۲-۱ نمره‌دهی شد. سؤال ۷، شش گزینه داشت (۱-۶). نه بند سؤال ۹ در طیف لیکرت با دامنه‌ی ۶-۱ و ۴ بند سؤال ۱۱ نیز در طیف لیکرت با دامنه‌ی ۱-۵ بود. بنابراین، نمره‌ی کلی پرسش‌نامه، بین ۱۴۹-۳۶ بود که نمره‌ی ۳۶، نشان دهنده‌ی پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و نمره‌ی ۱۴۹ بیانگر بالاترین سطح آن بود. دامنه‌ی نمره‌ی حیطه‌ی فعالیت فیزیکی ۳۰-۱۰، حیطه‌ی درد جسمی ۱۱-۲، حیطه‌ی ایفای نقش جسمی ۸-۴، حیطه‌ی درک کلی از سلامت عمومی ۲۵-۵، حیطه‌ی قوه یا نیروی حیاتی ۲۴-۴، حیطه‌ی فعالیت اجتماعی ۱۰-۲، حیطه‌ی ایفای نقش عاطفی ۶-۳، حیطه‌ی سلامت روانی ۳۰-۵ و سؤال تغییر سلامت ۵-۱ بود. نمره‌ی به دست آمده، در نهایت به درصد تبدیل گردید.

افسردگی: پرسش‌نامه‌ی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS یا Geriatric depression scale) پس از اخذ مجوز از سازنده جهت بررسی افسردگی نمونه‌ها استفاده گردید. این پرسش‌نامه، حاوی ۱۵ سؤال به صورت دو گزینه‌ای بلی/خیر مرتبط با وجود و عدم وجود علائم افسردگی در سالمندان بود. بازه‌ی نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی GDS از صفر (نبود علائم افسردگی) تا ۱۵ (علائم شدید افسردگی) بود. این پرسش‌نامه، بر مبنای جنبه‌های رفتاری و شناختی افسردگی طراحی شده است. نمره‌ی بیشتر از ۵، پیشنهاد کننده‌ی احتمالی افسردگی و نمره‌ی بیشتر از ۱۰، به طور تقریبی همیشه مطرح کننده‌ی افسردگی است. GDS به زبان فارسی ترجمه و برای فارسی زبانان در مطالعات قبلی اعتباریابی شده است (۲۳). تمامی پرسش‌نامه‌ها توسط کارشناسان آموزش دیده‌ی واحد سلامت سالمندان هر شهرستان تکمیل شد. همچنین، قد و وزن با روش استاندارد اندازه‌گیری و BMI با تقسیم وزن بر مجذور قد محاسبه گردید.

آنالیز آماری: اطلاعات به دست آمده، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) شد. از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های t جهت مقایسه‌ی میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه، از آزمون One way ANOVA جهت مقایسه‌ی میانگین متغیرهای کمی بین بیشتر از دو گروه و از آزمون‌های ضریب همبستگی Spearman و Pearson جهت بررسی ارتباط دو متغیر کمی استفاده گردید. در تمامی آزمون‌ها، $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش رعایت شد و از تمامی افراد شرکت کننده رضایت‌نامه اخذ

یافته‌ها

۶۳۷ سالمند (۳۰۸ مرد و ۳۲۹ زن) با میانگین سنی $68/74 \pm 6/32$ سال (بیشترین سن ۸۹ سال) در مطالعه وارد شدند. بیشترین تعداد افراد (۶۳ درصد) مربوط به گروه سنی ۶۹-۶۰ سال بود. از نظر تحصیلات، ۵۸/۲ درصد بی‌سواد و ۳۷/۲ درصد سواد تا دیپلم و تنها ۴/۶ درصد سواد در حد بالاتر از دیپلم داشتند. ۸۵/۱ درصد ساکن نواحی شهری بودند و همسران ۱۹/۵ درصد افراد، فوت کرده بودند. هیچ یک از شرکت کنندگان طلاق نگرفته بودند و ۹۹/۷ درصد آنان دارای فرزند بودند. ۱۷ درصد آن‌ها تنها زندگی می‌کردند.

جدول ۱، میانگین کیفیت زندگی را به طور کلی بر حسب مشخصات دموگرافیک جامعه‌ی مورد مطالعه نشان می‌دهد. میانگین کلی نمره‌ی کیفیت زندگی $20/60 \pm 54/56$ سال بود و با متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی‌داری داشت. در بررسی ابعاد کیفیت زندگی، بهترین وضعیت مربوط به فعالیت اجتماعی و سلامت روانی و بدترین وضعیت مربوط به ایفای نقش جسمی و درک کلی از سلامت عمومی بود.

جدول ۱. میانگین کیفیت کلی زندگی بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	دسته‌بندی	کیفیت کلی زندگی (میانگین \pm انحراف معیار)
سن (سال)	۶۰-۶۹	$57/26 \pm 19/25$
	۷۰-۷۹	$51/52 \pm 21/50$
	≥ 80	$44/26 \pm 23/11$
جنس	مرد	$59/67 \pm 21/09$
	زن	$49/58 \pm 18/81$
سطح تحصیلات	بی‌سواد	$50/66 \pm 20/26$
	زیر دیپلم	$59/47 \pm 19/81$
	بالاتر از دیپلم	$64/41 \pm 20/10$
وضعیت تأهل	همسر دار	$56/53 \pm 20/56$
	همسر فوت کرده	$46/41 \pm 18/73$
ترکیب خانواده	تنها	$48/50 \pm 19/92$
	با سایرین	$55/56 \pm 20/53$
سکونت	نواحی شهری	$53/69 \pm 20/69$
	نواحی روستایی	$59/55 \pm 19/52$

داده‌های کیفیت کلی زندگی سالمندان و ابعاد نه‌گانه‌ی آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. کیفیت کلی زندگی و ابعاد نه‌گانه‌ی آن در سالمندان شرکت کننده در مطالعه‌ی حاضر

معیارهای کیفیت زندگی	کیفیت کلی زندگی (میانگین \pm انحراف معیار)
فعالیت فیزیکی	۵۴/۰۷ \pm ۲۹/۱۴
ایفای نقش جسمی	۴۹/۱۴ \pm ۴۲/۹۰
ایفای نقش عاطفی	۵۶/۸۳ \pm ۴۴/۹۵
قوه یا نیروی حیاتی	۵۲/۱۵ \pm ۲۰/۰۴
سلامت روانی	۶۱/۰۲ \pm ۱۷/۷۰
فعالیت اجتماعی	۶۷/۰۳ \pm ۲۴/۰۱
درد جسمی	۵۹/۴۷ \pm ۲۶/۳۰
درک کلی از سلامت عمومی	۴۹/۸۰ \pm ۱۸/۱۹
کیفیت زندگی	۵۴/۵۶ \pm ۲۰/۶۰

جدول ۳. ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و شاخص توده‌ی بدنی (BMI یا Body mass index)

مقدار P	ضریب همبستگی (r)	معیارهای کیفیت زندگی
۰/۰۴	-۰/۰۸	فعالیت فیزیکی
۰/۹۹	۰/۰۰	ایفای نقش جسمی
۰/۹۱	۰/۰۰	ایفای نقش عاطفی
۰/۷۳	-۰/۰۱	قوه یا نیروی حیاتی
۰/۸۱	۰/۰۱	سلامت روانی
۰/۷۱	۰/۰۲	فعالیت اجتماعی
۰/۴۳	-۰/۰۳	درد جسمی
۰/۲۳	-۰/۰۵	درک کلی از سلامت عمومی
۰/۴۰	-۰/۰۴	کیفیت زندگی

بحث

افزایش امید به زندگی در دنیا و افزایش تعداد سالمندان، به طور غیر مستقیم باعث توجه به افزایش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود؛ چرا که سالمندان نیز باید بتوانند از فرصت‌های یکسانی در مقایسه با سایر افراد جامعه در زندگی بهره‌مند شوند.

این مهم، در ایران نیز هم‌گام با کشورهای پیشرفته‌ی دنیا آغاز شده است و اولین قدم در این کار، بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان می‌باشد (۱۵).

مطالعاتی که در ایران در این زمینه انجام شده است، محدود و با حجم نمونه‌های کوچک هستند. بنابراین، در این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی در ۶۳۷ سالمند ساکن استان اصفهان با استفاده از پرسش‌نامه‌ی SF-36 و بررسی ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک و سطح افسردگی و BMI پرداخته شد.

جدول ۴. ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و امتیاز افسردگی

مقدار P	ضریب همبستگی (r)	معیارهای کیفیت زندگی
۰/۸۰	۰/۰۱	فعالیت فیزیکی
۰/۲۸	-۰/۰۴	ایفای نقش جسمی
۰/۲۶	-۰/۰۵	ایفای نقش عاطفی
۰/۹۶	۰/۰۰	قوه یا نیروی حیاتی
۰/۴۱	۰/۰۳	سلامت روانی
۰/۳۴	-۰/۰۴	فعالیت اجتماعی
۰/۳۰	-۰/۰۴	درد جسمی
۰/۷۸	-۰/۰۱	درک کلی از سلامت عمومی
۰/۶۳	-۰/۰۲	کیفیت زندگی

در مقایسه‌ی سن و شش بعد از ابعاد کیفیت زندگی و همچنین کیفیت زندگی در کل، همبستگی معنی‌دار هر چند ضعیفی از نوع معکوس وجود داشت. یعنی با افزایش سن سالمندان، میزان این متغیرها کاهش می‌یافت و کیفیت زندگی در این حیطه‌ها بدتر می‌شد؛ به طوری که در حیطه‌های فعالیت فیزیکی ($r = -0.2$)، ایفای نقش جسمی ($r = -0.1$)، نیروی حیاتی ($r = -0.1$)، فعالیت اجتماعی ($r = -0.1$)، درد جسمی ($r = -0.1$)، درک کلی از سلامت عمومی ($r = -0.1$) و کیفیت زندگی کلی ($r = -0.2$) این رابطه مشاهده شد. کیفیت زندگی در کل $57/67 \pm 21/09$ در مردان و در زنان، $49/58 \pm 18/81$ و ابعاد فعالیت فیزیکی $59/85 \pm 30/59$ در مردان و $48/34 \pm 26/72$ و ایفای نقش عاطفی $42/83 \pm 26/72$ در مردان و $49/28 \pm 26/72$ در زنان) در مردان به طور معنی‌داری بالاتر بود. ایفای نقش جسمی، فعالیت اجتماعی و درک کلی از سلامت عمومی در افراد ساکن روستا، به طور معنی‌داری بالاتر از افراد ساکن نواحی شهری بود، اما کیفیت کلی زندگی در این دو دسته تفاوت معنی‌داری نداشت. افزایش سطح تحصیلات با افزایش کیفیت کلی زندگی و همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار مستقیمی داشت. تنها زندگی کردن و زنده بودن همسر، ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن نداشت. بررسی تأثیر داشتن فرزند و متارکه‌ی سالمندان، به علت کم بودن جمعیت هدف انجام نشد.

بررسی ارتباط میان امتیاز افسردگی و BMI با کیفیت زندگی و ابعاد آن، نشان داد که تنها در بعد فعالیت فیزیکی با BMI رابطه‌ی معکوسی وجود دارد، اما در سایر ابعاد، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (جدول‌های ۳ و ۴).

دهنده‌ی تأثیر احتمالی بیشتر BMI بر روی ابعاد فیزیکی تا ابعاد روحی کیفیت زندگی می‌باشد.

Giuli و همکاران، در مطالعه‌ای در ایتالیا بر روی ۲۰۵ بیمار مسن بالای ۶۰ سال نشان دادند که BMI با تمام زیر شاخه‌های فیزیکی پرسش‌نامه‌ی SF-36 به صورت منفی رابطه دارد. آن‌ها همچنین نشان دادند مؤلفه‌های فیزیکی SF-36 با افسردگی و سن نیز ارتباط معکوس و معنی‌داری دارد (۲۷). کشاورزی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود روی ۴۴۷ سالمند ۸۵-۵۵ ساله نشان دادند که پنج بعد از هشت بعد کیفیت زندگی پرسش‌نامه‌ی SF-36 در سالمندان افسرده، به صورت معنی‌داری نمره‌ی کمتری نسبت به سالمندان غیر افسرده دارند (۲۰).

تنها زندگی کردن و زنده بودن همسر، ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن نداشت. با این حال، در مطالعات قبلی متأهل بودن با افزایش کیفیت زندگی در سالمندان همراه بود (۱۳، ۴)، که این مسئله به دلیل تعداد کم افرادی که در مطالعه‌ی حاضر تنها زندگی می‌کردند، ممکن است قابل استناد نباشد. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان به میزان پاسخ‌دهی متوسط شرکت‌کنندگان، استفاده از جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی و همسان نبودن روش جمع‌آوری اطلاعات و تکمیل پرسش‌نامه‌ها میان شرکت‌کنندگان مختلف اشاره نمود.

نتیجه‌گیری نهایی این که کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط است و لازم است این قشر از جامعه که تعداد آن‌ها نیز رو به افزایش است، مورد توجه بیشتری قرار گیرند. نتایج مطالعه‌ی حاضر در راستا با مطالعات قبلی بود و کیفیت زندگی با افزایش سن، زن بودن و تحصیلات پایین‌تر، کاهش نشان داد. همچنین، از نظر وضعیت روانی، رابطه‌ی میان افسردگی و ابعاد کیفیت زندگی مشاهده نشد که می‌تواند نشان دهنده‌ی تعدد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان باشد.

در پایان، به نظر می‌رسد مشکلات جسمی مانند اضافه وزن و مشکلات روحی مانند افسردگی، می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در سالمندان شود و آموزش سالمندان و کل افراد جامعه جهت پیش‌گیری از بیماری‌ها می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی سالمندان در آینده مؤثر واقع گردد. مطالعات بیشتر با وسعت جغرافیایی و حجم نمونه‌ی بیشتر، می‌تواند اطلاعات کامل‌تری در این زمینه در اختیار محققین قرار دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود و با حمایت‌های معنوی و مادی آن حوزه انجام یافت. بدین وسیله، از زحمات این عزیزان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

در این مطالعه، کیفیت زندگی با امتیاز کلی $54/56 \pm 20/60$ حد متوسط ارزیابی شد. در بررسی ابعاد کیفیت زندگی، بهترین وضعیت مربوط به فعالیت اجتماعی و سلامت روانی و بدترین وضعیت، مربوط به ایفای نقش جسمی و درک کلی از سلامت عمومی بود. در مطالعات آلبوکریدی و همکاران (۱۴) و نیز حمیدی‌زاده و صالحی (۲۴) کیفیت زندگی در سالمندان ساکن تهران در حد متوسط بود و بهترین نمره مربوط به درد جسمانی و بدترین نمره مربوط به سلامت روانی بود. نمرات ابعاد زندگی در این مطالعه با مطالعات قبلی یکسان نبود. این مسأله، می‌تواند مربوط به تفاوت محل زندگی افراد باشد. مطالعه‌ی آلبوکریدی و همکاران (۱۴) در شهرستان شاهین‌شهر استان اصفهان که پذیرای بیشتر جمعیت مهاجر از سایر استان‌های ایران است و مطالعه‌ی حمیدی‌زاده و صالحی (۲۴) در استان تهران انجام شده بود که این تفاوت، می‌تواند مربوط به مکان انجام مطالعه باشد.

در مطالعه‌ی حاضر با افزایش سن، کیفیت زندگی سالمندان کاهش می‌یافت. این نتیجه در راستای مطالعات قبلی می‌باشد (۱۳-۱۲، ۴). تنها در مطالعه‌ی حبیبی سلا و همکاران روی ۴۱۰ تن از سالمندان غرب تهران که از نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی فرم کوتاه SF-12 استفاده شد، کیفیت زندگی با سن ارتباط معنی‌داری نداشت (۵). به طور مشخص، بروز ناتوانی‌ها و محدودیت‌های جسمی در سالمندان در سنین بالاتر، بارزتر است و این مسأله بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.

در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و جنس در این مطالعه، مرد بودن با افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی همراه بود که این نتیجه نیز در راستا با مطالعات قبلی می‌باشد (۲۶، ۱۲-۱۱، ۵-۴). مشابه مطالعه‌ی آلبوکریدی و همکاران (۱۴)، در این مطالعه نیز افزایش در برخی ابعاد کیفیت زندگی یعنی فعالیت فیزیکی و ایفای نقش عاطفی با مرد بودن ارتباط مستقیم داشت. البته در برخی مطالعات، متغیر جنس در تعامل با سایر متغیرها به عنوان عامل مؤثری بر کیفیت زندگی نشان داده نشده بود (۲۷). بالاتر بودن کیفیت زندگی در مردان در ایران با توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی موجود، قابل توجه می‌باشد.

افزایش سطح تحصیلات در این مطالعه با افزایش کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی داشت. در مطالعات قبلی نیز نتایج مشابه با این مطالعه به دست آمد (۲۶، ۱۲-۱۱، ۵-۴) و نشان دهنده‌ی این است که تحصیلات در برخورداری از زندگی سالم سالمندی مؤثر است و باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود.

بررسی ارتباط بین امتیاز افسردگی و BMI با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در مطالعه‌ی حاضر نشان داد که تنها در بعد فعالیت فیزیکی در پرسش‌نامه‌ی SF-36 با BMI رابطه‌ی معکوسی وجود دارد، اما در سایر ابعاد، ارتباط معنی‌داری میان امتیاز افسردگی و BMI با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن مشاهده نشد. این موضوع، نشان

References

1. Sajadi H, Beiglarian A. Quality of Life in female elderly in Kahrizak Charity Nursing Home. *Payesh Health Monit* 2006; 6(2): 105-8. [In Persian].
2. Eshaghi SR, Farajzadegan Z, Babak A. Healty lifestyle assessment questionnaire in elderly: translation, reliability and validity. *Payesh Health Monit* 2010; 9(1): 91-9. [In Persian].
3. Center for Strategic Statistics and Information, Iranian Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare. Isfahan Province at a Glance. [online]. Available from URL: <http://www.amarkar.ir/handler/getfile.ashx?type=pub&id=275>. [In Persian].
4. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh Health Monit* 2005; 4(2): 113-20. [In Persian].
5. Habibi Sola A, Nikpoor S, Sohbatazade R, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. *Iran J Nurs Res* 2007; 2(6-7): 29-36. [In Persian].
6. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(1): 1-12.
7. Nilsson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing health-related quality of life among older people in rural Bangladesh. *J Transcult Nurs* 2004; 15(4): 298-307.
8. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2007; 380(9836): 37-43.
9. Fayers PM, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. New York, NY: John Wiley & Sons, 2013.
10. Wikman A, Wardle J, Steptoe A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. *PLoS One* 2011; 6(4): e18952.
11. Mohaqeqi Kamal H, Sajadi H, Zare H, Beiglarian A. Elderly quality of life: A comparison between pensioners of Social Security Organization and National Retirement Fund (Qom County, 2006). *J Health Adm* 2007; 10(27): 49-56.
12. Alipoor F, Sajadi H, Beiglarian A, Jalilian A. Quality of life in the elderly of zone two in Tehran. *Salmand Iran J Ageing* 2008; 3(9-10): 75-83. [In Persian].
13. Ahmadi F, Salar AR, Faghihzadeh S. Evaluating quality of life in the elderly in Zahedan. *Hayat* 2004; 10(3): 61-7. [In Persian].
14. Albou Kordi M, Ramezani MA, Arizi F. A study on the quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004. *Jundishapur Sci Med J* 2007; 5(4): 701-7. [In Persian].
15. Andrews GR. Promoting health and function in an ageing population. *BMJ* 2001; 322(7288): 728-9.
16. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13(Suppl 1): 65-9.
17. A Review on Gerontology. Semnan, Iran: Semnan University of Medical Sciences Publications; 2004. p. 23-30, 84-5. [In Persian].
18. Leigh JP, Hubert HB, Romano PS. Lifestyle risk factors predict healthcare costs in an aging cohort. *Am J Prev Med* 2005; 29(5): 379-87.
19. Nazemi L, Skoog I, Karlsson I, Hosseini S, Hosseini M, Hosseinzadeh MJ, et al. Depression, prevalence and some risk factors in elderly nursing homes in Tehran, Iran. *Iran J Public Health* 2013; 42(6): 559-69.
20. Keshavarzi S, Ahmadi SM, Lankarani KB. The impact of depression and malnutrition on health-related quality of life among the elderly Iranians. *Glob J Health Sci* 2014; 7(3): 161-70.
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82.
22. Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooy A. Validity and Reliability of the Short Form- 36 Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *Am J Appl Sci* 2006; 3(3): 1763-66.
23. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GDS-15 in Iranian elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(6): 588-93.
24. Hamidzadeh S, Salehi K. Evaluation of the senior's Quality of Life. *Proceedings of the National Congress of Gerontology & Geriatrics*; 2005 Jan 11-12; Isfahan, Iran. [In Persian].
25. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(3): 293-300.
26. 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. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37(1): 63-76.
27. Giuli C, Papa R, Bevilacqua R, Felici E, Gagliardi C, Marcellini F, et al. Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study. *BMC Public Health* 2014; 14: 35.

Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Province, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index

Anahita Babak¹, Parnian Daneshpajouhnejad², Soheila Davari³,
Pejman Aghdak⁴, Omid Pirhaji⁵, Pegah Jahangiri⁶

Original Article

Abstract

Background: Increasing the life expectancy was the major issue of public health during the 20th century, while living with better quality is the goal of 21th century. Psychological and physical situations are important factors that affect quality of life in elderly. In the present study, we aimed to evaluate the quality of life among the elderly and its relationship with depression and body mass index (BMI) in Isfahan province, Iran.

Methods: A total of 637 elderly were included in this analytical observational study using a random and multistage cluster sampling method. Quality of life and depression scores were collected using Geriatric Depressions Scale (GDS) and Quality of Life Short Form-36 (SF-36) Questionnaire. Data were analyzed using t, one-way ANOVA, Pearson and Spearman correlation coefficients statistical tests.

Findings: The mean score of quality of life was 54.64 ± 20.60 . Quality of life and some of its dimensions had a direct relationship with lower age, being male and high level of education. We found no significant correlation between the depression score and quality of life or its dimensions. In addition, assessment of the correlation between body mass index and quality of life showed that body mass index had significant negative relationship only with physical functioning among all of the dimensions.

Conclusion: Results of the present study showed that lower quality of life is associated with increasing of the age, being female and low level of education. Furthermore, we found no relationship between the dimensions of quality of life and depression that might be due to the effects of several variables on quality of life among elderly.

Keywords: Elderly, Quality of life, Body mass index, Depression

Citation: Babak A, Daneshpajouhnejad P, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O, Jahangiri P. **Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Province, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(393): 885-92.

1- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine AND Students Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Geriatrics Health Program, Vice Chancellor for Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Vice Chancellor for Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Resident, Department of Ophthalmology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Soheilha Davari, Email: davari_soheila@yahoo.com