

## Investigating of quality of life and it's correlation with individual, social, economic, and health variables of retirees of Tabriz

\*Malek M<sup>1</sup>, Hassankhani H<sup>2</sup>, Darvishpur Kakhki A<sup>3</sup>, Asghari Jafarabadi M<sup>4</sup>,  
Mansouri arani M<sup>5</sup>, Mohammad nejad S<sup>6</sup>

1- MSc, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran (**corresponding author**)

**Email:** masoome.malek@gmail.com

2- PhD, Assistant Professor, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- PhD, Assistant Professor, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- PhD, Assistant Professor, National Public Health Management Center (NPMC) and Department of Statistics and Epidemiology, School of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

5- MSc, In Neonatal Intensive Care Unit, Faculty Member of Nursing and Midwifery School, Ilam University of Medical Sciences and Health Services, Iran.

6- MSc, Geriatric nursing, Faculty Member of Nursing and Midwifery School, Ilam University of Medical Sciences and Health Services, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Retirement is a major challenge in elderly stage. which can influence quality of life in elders. The aim of the present study was to investigate the quality of life and it's correlation with individual, social, economic and healthy variables of retirees of Tabriz city.

**Method:** The present research is a cross-sectional descriptive study in which 200 community dwelling elders, aged 60 to 84 years, participated. Using convenience sampling, data collected through SF-36 (short form) questionnaire in Retirement Center of Tabriz in 2012. Data analyzed using independent t-statistics, one -way variance analysis (ANOVA) and Tukey test. by SPSS 11.5 and considering p.value < 0.05 as significance level.

**Results:** In present study, The Highest and lowest of quality of life score was in Social Performance (86.34) and general health (66.97) subscales, respectively. The data analysis showed a significant correlation between the eight subscales of SF-36 with gender, job, monthly income level, chronic disease, take of drug, number of drug, fear of falling, falling history in past year, and dependence in daily activity. (P<0.05)

**Conclusion:** The quality of life is correlated with the socio demographic variables which should be considered to improve their quality of life by health policy makers.

**Key words:** quality of life, retirement, elder.

Received: 15 September 2015

Accepted: 21 December 2015

# کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان

## شهر تبریز

\*معصومه مالک<sup>۱</sup>، هادی حسنخانی<sup>۲</sup>، علی درویش پور کاخکی<sup>۳</sup>، محمد اصغری جعفرآبادی<sup>۴</sup>، محمدرضا منصوری آرانی<sup>۵</sup>، سارا محمدنژاد<sup>۶</sup>

۱- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: masoome.malek@gmail.com

۲- دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

۳- دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران.

۴- دکتری آمار زیستی، دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

۵- کارشناس ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه نوزادان، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران.

۶- کارشناس ارشد پرستاری سالمندان، دانشکده پرستاری و مامایی ایلام، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۴۱-۳۴

### چکیده

**مقدمه:** بازنشستگی چالش مهم دوران سالمندی است که می تواند ابعاد مختلف زندگی سالمند را تحت تاثیر خود قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی های فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان شهر تبریز انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه ی توصیفی مقطعی با مشارکت ۲۰۰ نفر از سالمندان جامعه در محدوده ی سنی ۶۰ تا ۸۴ سال است. نمونه های پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و جمع آوری داده ها با استفاده از فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF-۳۶) در کانون بازنشستگان شهر تبریز در سال ۱۳۹۱ انجام شد. رابطه بین کیفیت زندگی و متغیرهای مورد نظر با آزمون های آماری تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و تست تعقیبی توکی در سطح آماری  $P < 0.05$  با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱/۵ بررسی شد.

**یافته ها:** در مطالعه حاضر بیشترین و کمترین نمره ی کیفیت زندگی به ترتیب در زیربدهای عملکرد اجتماعی (۸۶/۳۴) و سلامت عمومی (۶۶/۹۷) یافت شد. تجزیه و تحلیل آماری، رابطه ی معنی داری را بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و ویژگیهای مختلفی از جمله جنس، شغل، میزان درآمد ماهیانه، سابقه داشتن بیماریهای مزمن، مصرف دارو، تعداد داروهای مصرفی روزانه، ترس از زمین خوردن، سابقه زمین خوردن در یکسال گذشته و وابستگی به انجام فعالیتهای روزانه را در سالمندان نشان داد ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** کیفیت زندگی سالمندان با متغیرهای مختلف دموگرافیک آنها مرتبط است که توجه به آنها جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان از سوی سیاستگذاران سلامت توصیه می شود.

**کلید واژه ها:** کیفیت زندگی، بازنشستگی، سالمند.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۲۴

## مقدمه

سالمندان جزء گروههای آسیب پذیر هر جامعه ای هستند و به تبع آن نیاز به مراقبت سلامتی در این گروه افزایش می یابد (۱)، این در حالی است که جمعیت این گروه در سراسر جهان در حال افزایش است به طوریکه در سال ۲۰۰۰، نزدیک به ۱۳ درصد جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می دادند و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۴۰ این رقم به ۲۰ درصد کل جمعیت برسد (۲). در ایران نیز طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، ۷/۲۷ درصد از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می دادند و پیش بینی می شود که این میزان تا ۲۰ سال آینده به ۱۴/۷ درصد برسد (۳). بنابراین، یکی از چالشهای امروزه برای سیاستگذاران نظام مراقبت سلامت ارتقاء کیفیت زندگی این قشر جامعه می باشد (۴). 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 (۵). 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 می باشد. همچنین فاسینو در تعریف خود اظهار میدارد امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب میشود و از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه های 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 (۶)، کیفیت زندگی همانطور که ابعاد چندگانه ی عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد را در بر می گیرد از عوامل مختلفی هم تاثیر می پذیرد (۷) مطالعات، عوامل زیادی را بر کیفیت زندگی سالمندان مؤثر دانسته اند. در مطالعه براگالند (۲۰۰۷) این عوامل شامل عملکردهای اجتماعی، وضعیت سلامتی مطلوب، برخورداری از مسکن شخصی بیان شده اند (۸). 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 می داند (۹). اسکوزاتا (۲۰۰۶) عدم تحرک و فعالیت، اشمیت (۲۰۰۷) اختلال ذهنی و اینوایی (۲۰۰۷) وضعیت اقتصادی-اجتماعی نامطلوب و عدم وجود حمایت های لازم را دلایل کاهش کیفیت زندگی سالمندان ذکر کرده اند (۱۰، ۱۱، ۱۲).

بازننشستگی که به معنای جدا شدن فرد از نقشی است که سالهای متمادی آن را داشته است و اکنون در قالب جدیدی در آمده است (۶)، یکی از رویدادهای مهم در دوران سالمندی است که می تواند کیفیت زندگی سالمند را تحت تاثیر خود قرار دهد (۷). به طوری که وقتی سالمند وارد مرحله بازننشستگی می شود به دلیل جداشدن از شغل و از دست دادن قابلیت های قبلی، و عدم آشنایی با نقش جدید دچار اضطراب شده و این امر می تواند روی ابعاد مختلف جسمی، روانی و در نهایت کیفیت زندگی سالمند اثرگذار باشد (۶). از سویی دیگر، تحت تاثیر قرار گرفتن کیفیت زندگی سالمند به حدی از نظر پژوهشگران با اهمیت است که شروع و توسعه مفهوم کیفیت زندگی بر روی سالمندان بوده است (۸) و از آنجایی که ارتقاء کیفیت زندگی هدف اصلی نظام سلامت در هر جامعه است (۹). در سالهای اخیر مطالعات فراوانی در ارتباط با کیفیت زندگی انجام شده است اما ارتباط آن با ویژگی های فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی در افراد بازننشسته کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، نیاز است که تحقیقات بیشتری در این زمینه به منظور شناسایی مشکلات وضعیت سلامت سالمندان در ابعاد مختلف زندگی آنان و برطرف کردن این نیازها از سوی برنامه ریزان نظام مراقبت بهداشت در جامعه انجام بگیرد. با توجه به این مهم، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بازننشستگان شهر تبریز و ارتباط آن با ویژگیهای فردی، اجتماعی و سلامتی آنان انجام شد.

## روش مطالعه

این مطالعه توصیفی مقطعی، در سال ۱۳۹۱، بعد از کسب اجازه اخلاقی انجام پژوهش از سوی کمیته اخلاقی منطقه ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز، با شرکت ۲۰۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به کانون بازننشستگان شهر تبریز به روش نمونه گیری در دسترس به انجام رسید. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار  $ps\ power\ \&\ samie\ size\ calculation$  با استفاده از قدرت ۸۰٪ و ضریب خطای ۰،۰۵ و اختلاف میانگین ۳،۲ (رفرنس) و انحراف معیار ۸،۸۹ به میزان ۲۰۰ نفر محاسبه شد. اختلاف میانگین ذکر شده مربوط به اختلاف میانگین کیفیت زندگی در دو گروه زن و مرد بر اساس مطالعه ای قبلی می باشد. به منظور انجام مطالعه، در ابتدا فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان مطالعه پر شد، و بعد از اینکه هدف از انجام مطالعه برای هر کدام از شرکت کنندگان توسط محقق توضیح داده شد، به دو روش خود گزارشی و مصاحبه ساختار یافته (در صورت

نیاز) به پرسشنامه ها پاسخ دادند.

همبستگی بین مؤلفه های کیفیت زندگی آزمون همبستگی پیرسون به کار رفت. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۱/۵، انجام شد. برای تحلیل همه متغیرها مقدار  $p < 0/05$  معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در پژوهش حاضر ۲۰۰ سالمند در دامنه سنی ۶۰ تا ۸۴ سال با میانگین سنی  $4/011 \pm 64/86$  شرکت نمودند. سطح تحصیلات اکثریت سالمندان شرکت کننده در پژوهش (۷۹ نفر (۳۹/۵ درصد)) ابتدایی بود. اکثریت سالمندان دارای شغل کارمندی (۱۱۲ نفر (۵۶ درصد)) بوده اند. اکثریت سالمندان از لحاظ میزان درآمد ماهیانه در دو گروه ۴۰۰ تا ۶۰۰ هزار تومان (۹۴ نفر (۴۷ درصد)) قرار داشتند. جدول ۱ توزیع این افراد را بر حسب مشخصات دموگرافیک نشان می دهد.

جدول ۲ میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان را در ابعاد مختلف نشان می دهد، که در بعد عملکرد اجتماعی بیشترین (۸۶/۳۴  $\pm$  ۲۲/۴۱) و در بعد سلامت عمومی (۶۶/۹۷  $\pm$  ۱۹/۰۶) کمترین نمرات را به خود اختصاص داد.

مطابق جدول ۳ که مقایسه نمرات کیفیت زندگی بر حسب مشخصات دموگرافیک را نشان می دهد بین برخی از ابعاد مختلف کیفیت زندگی و متغیرهای جنس، شغل، وضعیت اقتصادی رابطه معنی داری یافت شد ( $p < 0/05$ ).

مطابق جدول ۴ که مقایسه نمرات کیفیت زندگی بر حسب ویژگیهای سلامتی سالمندان را نشان می دهد بین برخی از ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سابقه داشتن بیماریهای مزمن، مصرف دارو، تعداد داروهای مصرفی، سابقه زمین خوردن در سال گذشته، ترس از زمین خوردن و وابستگی به دیگران در انجام فعالیتهای روزانه، رابطه معنی داری یافت شد ( $p < 0/05$ ).

فرم کوتاه ۳۶ به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا می باشد که در سال ۱۹۹۸، توسط سازمان بین المللی بررسی کیفیت زندگی ساخته شد و شامل ۳۶ سوال در دو بعد اصلی جسمی و روانی می باشد و هشت زیر بعد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی، در قالب مقیاس پنج درجه ای لیکرت از عالی تا ضعیف و بلی و خیر است، حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر میباشد که نمرات بالا دلالت بر وضعیت سلامت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامتی ضعیف دارند (۱۵، ۱۷-۱۹). این ابزار برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴)، روانسنجی شد و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت که در مطالعه مذکور، ضریب پایایی در ۷ قلمرو از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گسترده بود و در قلمرو سرزندگی ۰/۶۵ بود. همچنین اعتبار پرسشنامه از طریق همبستگی خرده آزمون ها با نمره کل آزمون بررسی گردید که ضرایب همبستگی به دست آمده در دامنه ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ قرار داشتند. تمامی ضرایب به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. همچنین ضریب همبستگی بعد جسمی با نمره کل ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بعد روانی با نمره کل ۰/۶۶ به دست آمد (۱۹). که این ابزار در ایران هم مورد روایی و پایایی قرار گرفته است (۲۰).

ارتباط کیفیت زندگی سالمندان با متغیرهای جمعیت شناختی از جمله جنس، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، سابقه ی داشتن بیماریهای مزمن، مصرف دارو و تعداد داروهای در حال مصرف، سابقه ی زمین خوردن در یک سال گذشته، ترس از زمین خوردن (با یک سؤال کلی آیا در حال حاضر از زمین خوردن می ترسید؟)، و وابستگی به دیگران در انجام فعالیتهای روزانه بررسی شد.

معیارهای ورود شرکت کنندگان به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر و بازنشسته شدن بودند. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت کتبی و شفاهی جهت شرکت در انجام پژوهش و عدم توانایی خواندن و نوشتن بودند.

به منظور مقایسه میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه از آزمون تی مستقل و برای مقایسه کیفیت زندگی بین بیش از دو گروه از تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. برای

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه (۲۰۰ نفر)

متغیرهای دموگرافیک	جنس	سابقه داشتن بیماریهای مزمن	وابستگی به دیگران	مصرف دارو	تعداد داروهای مصرفی روزانه	سابقه زمین خوردن در سال گذشته
طبقات و فراوانی	زن ۲۶ (۱۳ درصد)	بلی ۴۷ (۱۸/۵)	مستقل ۱۸۷ (۹۲/۵)	بلی ۱۳۷ (۶۸/۵)	کمتر از چهار نوع ۹۴ (۴۷)	بلی ۲۶ (۱۳)
	مرد ۱۷۴ (۸۷)	خیر ۱۶۳ (۸۱/۵)	وابسته ۱۳ (۶/۵)	خیر ۶۳ (۳۱/۵)	مساوی و بیشتر از چهار نوع ۴۳ (۲۱/۵)	خیر ۱۷۴ (۸۷)

جدول ۲: میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه (۲۰۰ نفر)

عملکرد جسمانی	نقش جسمانی	درد بدنی	سلامت عمومی	سرزندگی	عملکرد اجتماعی	نقش عاطفی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	نمره کلی
۸۰/۱۸	۷۶/۱۳	۸۰/۶۰	۶۶/۹۷	۷۳/۷۰	۸۶/۳۴	۷۸/۱۶	۷۷/۶۸	۷۵/۳۴	۷۶/۵۵	۷۷/۵۲
۲۰/۱۴	۳۷/۲۸	۲۵/۰۲	۱۹/۰۶	۲۴/۴۳	۲۲/۴۱	۳۷/۳۳	۲۱/۵۴	۱۹/۸۵	۱۹/۹۷	۱۹/۵۸

جدول ۳: مقایسه نمره کیفیت زندگی سالمندان بر حسب ویژگیهای فردی، اجتماعی و اقتصادی سالمندان مورد مطالعه (۲۰۰ نفر)

متغیرها	عملکرد جسمانی	نقش جسمانی	درد بدنی	سلامت عمومی	سرزندگی	عملکرد اجتماعی	نقش عاطفی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	نمره کلی
جنس زن مرد	M=۷۰/۵۷ P=۰/۰۰۹	M=۶۴/۱۶ P=۰/۰۰۹	M=۶۴/۸۸ P=۰/۰۰۱	M=۶۲/۸۴ P=۰/۲۳۸	M=۶۱/۱۵ P=۰/۰۰۹	M=۷۸/۹۲ P=۰/۰۰۷	M=۷۸/۱۵ P=۱/۰۰	M=۷۱/۲۳ P=۰/۰۰۲	M=۶۴/۳۳ P=۰/۰۰۲	M=۷۰/۴۶ P=۰/۰۰۹	M=۶۸/۸۴ P=۰/۰۱۵
شغل خانه دار آزاد کارمند	M=۷۲/۳۹ P=۰/۰۶۱	M=۶۸/۴۷ P=۰/۰۵۲	M=۶۸/۷۳ P=۰/۰۲۵	M=۶۳/۰۴ P=۰/۳۱۳	M=۶۰/۲۱ P=۰/۰۱۷	M=۷۷/۷۸ P=۰/۰۹۲	M=۷۵/۳۰ P=۰/۲۹۵	M=۷۰/۴۳ P=۰/۰۲۰۶	M=۶۶/۳۹ P=۰/۰۴۱	M=۶۹/۳۴ P=۰/۱۸۴	M=۶۹/۵۶ P=۰/۰۰۹
میزان درآمد ماهیانه ۴۰۰ > ۶۰۰-۴۰۰ ۶۰۰ <	M=۶۸/۳۳ P=۰/۰۲۶	M=۴۵/۸۳ P=۰/۰۱۴	M=۷۷/۴۱ P=۰/۰۸۲	M=۶۶/۳۳ P=۰/۰۳۹	M=۶۳/۷۵ P=۰/۰۹۲	M=۷۵/۱۶ P=۰/۱۸۲	M=۶۶/۶۶ P=۰/۲۵۷	M=۶۸/۳۳ P=۰/۲۷۶	M=۶۴/۱۶ P=۰/۰۲۷	M=۶۸/۰۰ P=۰/۲۵۸	M=۶۶/۴۱ P=۰/۰۸۰

جدول ۴: مقایسه نمره کیفیت زندگی سالمندان بر حسب ویژگیهای سلامتی سالمندان مورد مطالعه (۲۰۰ نفر)

متغیرها	عملکرد جسمانی	نقش جسمانی	درد بدنی	سلامت عمومی	سرزندگی	عملکرد اجتماعی	نقش عاطفی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	سلامت روانی	نمره کلی
بیماری مزمن بلی خیر	M=۷۸/۲۰ P=۰/۰۰۱	M=۷۳/۵۲ P=۰/۰۱۹	M=۷۸/۲۶ P=۰/۰۰۲	M=۶۵/۰۱ P<۰/۰۰۱	M=۷۱/۲۶ P=۰/۰۰۱	M=۸۴/۵۷ P=۰/۰۰۸	M=۷۵/۴۷ P=۰/۰۱۵	M=۷۵/۸۳ P=۰/۰۰۴	M=۷۳/۰۷ P<۰/۰۰۱	M=۷۴/۴۱ P<۰/۰۰۱	M=۷۵/۳۰ P<۰/۰۰۱
مصرف دارو بلی خیر	M=۷۷/۰۸ P=۰/۰۰۱	M=۷۱/۷۱ P=۰/۰۱۳	M=۷۶/۵۳ P=۰/۰۰۱	M=۶۴/۰۶ P=۰/۰۰۱	M=۷۰/۳۲ P=۰/۰۰۴	M=۸۳/۴۸ P=۰/۰۰۸	M=۷۶/۱۳ P=۰/۰۲۵۹	M=۷۵/۷۰ P=۰/۰۵۶	M=۷۱/۷۷ P<۰/۰۰۱	M=۷۳/۲۰ P=۰/۰۰۶	M=۷۴/۴۲ P=۰/۰۰۱
تعداد داروهای مصرفی روزانه ۴ > ۴ <	M=۸۰/۵۸ P=۰/۰۰۵	M=۷۸/۱۹ P=۰/۰۰۵	M=۷۸/۰۰ P=۰/۱۸۱	M=۶۷/۳۶ P=۰/۰۰۴	M=۷۲/۵۵ P=۰/۱۲۲	M=۸۵/۴۴ P=۰/۱۶۵	M=۸۰/۴۷ P=۰/۰۵۷	M=۷۷/۳۱ P=۰/۲۱	M=۷۵/۳۰ P=۰/۰۰۴	M=۷۶/۶۳ P=۰/۰۲۴	M=۷۷/۶۱ P=۰/۰۰۷
ترس از زمین خوردن بلی خیر	M=۷۵/۴۶ P=۰/۰۰۱	M=۶۵/۷۲ P<۰/۰۰۱	M=۷۶/۰۰ P=۰/۰۱۱	M=۶۳/۴۹ P=۰/۰۱۲	M=۶۹/۵۸ P=۰/۰۲۰	M=۸۲/۶۹ P=۰/۰۲۵	M=۶۸/۳۶ P<۰/۰۰۱	M=۷۳/۸۱ P=۰/۰۱۳	M=۶۹/۸۶ P<۰/۰۰۱	M=۷۱/۵۷ P=۰/۰۰۱	M=۷۱/۸۹ P<۰/۰۰۱
وابستگی به دیگران در انجام فعالیتهای روزانه بلی خیر	M=۵۸/۴۶ P<۰/۰۰۱	M=۸۰/۲۱ P<۰/۰۰۱	M=۸۲/۵۷ P<۰/۰۰۱	M=۵۱/۷۶ P=۰/۰۰۳	M=۴۹/۶۱ P<۰/۰۰۱	M=۶۱/۶۱ P<۰/۰۰۱	M=۴۸/۶۹ P=۰/۰۰۳	M=۵۵/۳۸ P<۰/۰۰۱	M=۴۵/۷۶ P<۰/۰۰۱	M=۵۳/۳۰ P<۰/۰۰۱	M=۴۹/۴۶ P<۰/۰۰۱

## بحث

کیفیت زندگی از عوامل گوناگونی از جمله ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی فرد تاثیر می پذیرد (۲۰). از این رو، در پژوهش حاضر ارتباط بین کیفیت زندگی و ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی سالمندان جامعه مورد بررسی قرار گرفت.

در مطالعه حاضر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمی ۷۵/۳۴ و در بعد سلامت روانی ۷۶/۵۵ بوده است، این در حالی است که میانگین نمرات کیفیت زندگی در مطالعه ی زحمتکشان که روی سالمندان شهر بوشهر انجام شده است، در بعد سلامت جسمانی ۴۴/۸ و در بعد سلامت روانی ۴۹/۶ بوده است، احتمال می رود که دلیل اختلاف نمرات ابعاد مذکور در دو مطالعه تفاوتیهای فرهنگی دو جامعه باشد. همچنین در هر دو مطالعه میانگین نمرات کیفیت زندگی زیر بعدهای هشتگانه در بعد عملکرد اجتماعی بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است به طوریکه در مطالعه حاضر این مقدار ۸۶/۳۴ و در مطالعه زحمتکشان ۵۶/۹ بوده است (۲۱).

چندین مطالعه ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و متغیرهای فردی و اجتماعی سالمندان گزارش نموده اند. همانطور که بین کیفیت زندگی و متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، ارتباط معنی داری گزارش شده است (۱۳، ۲۱، ۲۲). این یافته ها با یافته های مطالعه حاضر همپوشانی دارد. بطوریکه در مطالعه حاضر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در جنس زنان پایین تر از مردان بود. همچنین در بررسی متغیرهای اجتماعی (شغل و میزان تحصیلات) بین کیفیت زندگی و شغل در زیر بعدهای درد بدنی، سرزندگی و سلامت جسمانی رابطه ی معنی داری یافت شد به طوریکه در زیر بعدهای مذکور میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه کارمند بالاتر بود ولی بین کیفیت زندگی و میزان تحصیلات رابطه ی معنی داری یافت نشد، همانطور که کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل مختلفی است شاید یکی از علل این تضاد تاثیرپذیری کیفیت زندگی از عوامل متنوعی از جمله فرهنگ افراد در جوامع مختلف باشد.

در بررسی تاثیر وضعیت اقتصادی یافته ی مشابهی با مطالعه زحمتکشان به دست آمد (۲۱)، بطوری که در مطالعه حاضر، میانگین نمرات کیفیت زندگی در افرادی که سطح درآمد کمتری داشتند در زیر بعدهای عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، سلامت عمومی و

سلامت جسمانی، پایین تر بود.

در پژوهش حاضر بین کیفیت زندگی و سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن، مصرف دارو و تعداد داروهای مصرفی روزانه رابطه معنی داری یافت شد به طوریکه کیفیت زندگی در سالمندان با سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن، سالمندانی که دارو مصرف می نمودند و همچنین سالمندانی که چهار و بیشتر از چهار نوع دارو در طول روز مصرف می نمودند پایین تر بود. مشابه این یافته در مطالعات دیگری یافت شد به طوریکه در مطالعه وحدانی نیا و همکاران نمرات کیفیت زندگی در سالمندانی که بیماری مزمن داشته اند بالا بوده است (۲۲). همچنین مطالعاتی در خصوص رابطه ی مصرف دارو و کیفیت زندگی یافت نشد.

همانطور که مطالعات متعددی زمین خوردن و ترس از زمین خوردن را از جمله عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی سالمندان بیان نموده اند، یافته های مشابهی هم در مطالعه حاضر به دست آمد به طوری که نمرات کیفیت زندگی سالمندانی که وجود ترس از زمین خوردن را گزارش نمودند در تمامی زیر بعدهای کیفیت زندگی پایین تر بود. همچنین افرادی که سابقه ای از زمین خوردن در یک سال گذشته داشتند در زیر بعد ایفای نقش جسمانی پایین تر بود. (۲۳-۲۸).

یکی از پیامدهای دوران سالمندی اجتناب غیرضروری از انجام فعالیتهای روزانه در این افراد می باشد که این مساله زوال عملکرد جسمی، روحی، روانی و اجتماعی و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (۲۹، ۳۰). در مطالعه حاضر در تمامی زیر بعدهای کیفیت زندگی رابطه ی معنی داری بین وابستگی فرد به دیگران در انجام فعالیت های روزانه و کیفیت زندگی وجود داشت به طوری که نمرات کیفیت زندگی در افرادی که در انجام فعالیتهای روزانه به دیگران وابسته بودند پایین تر بود. این در حالی است که در مطالعه زحمتکشان ارتباط معنی داری یافت نشد. در این خصوص زحمتکشان و همکاران بیان می دارد یکی از دلایل این امر میتواند تفاوت در نحوه ی زندگی افراد در فرهنگهای مختلف باشد (۲۱).

## نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر و سایر مطالعات ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و عوامل متعدد فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی سالمندان نشان می دهند. بنابراین لازم است که به منظور ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و افزایش امید به زندگی آنان،

سالمندانی که در منزل نگه داری می شوند امکان شرکت در مطالعه را داشته باشند.

برنامه ریزان تیم مراقبت سلامت توجه بیشتری به نیازهای مختلف بازنشستگان در زمینه های مختلف جسمی، روحی و روانی، اقتصادی و اجتماعی معطوف بدارند.

در مطالعه حاضر روش نمونه گیری در دسترس باعث شد که سالمندانی که توانایی رفتن به کانون بازنشستگان شهر تبریز را داشتند وارد مطالعه شوند لذا پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی روی این گروه از افراد نمونه گیری به روش خانه به خانه انجام شود تا

### تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، و مساعدت تمامی سالمندان شرکت کننده در این مطالعه و کارکنان کانون بازنشستگان شهر تبریز صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

### References

1. World Health Organization. Health and aging: A discussion paper. Geneva, Switzerland. (2001).
2. Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. *Comput Methods Programs Biomed.* 2001; 64(3):155-67.
3. Fathi Rezai z, Aslankhani M, Farsi A, Abdoli B, H ZS. A Comparison of Three Functional Tests of Balance in Identifying Fallers from Non-Fallers in Elderly People. *Knowledge and health.* 2009; 4(4):22-7 (Persian).
4. Agha nouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran . *Iranian Journal of Ageing.* 2012; 6 (4):20-29.
5. Centennial statistical of Iran. *Iran statistical calendar.* Teh ran; 2007.
6. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga. Quality of life in delendent older adults living at home. *Arch gerontol geriatr.* 2002;359:20.
7. Zandipour T. MS Patients' attitude toward the quality of their life and counseling and psychology services. *psychological studies.* 2009; 5(2):89-116.
8. Bergland A, Narum I. Quality of life demands comprehension and further exploration. *J Aging Health.* 2007;19:39-61.
9. Cavallero P, Morino-Abbele F. The social relations of the elderly. *Arc Gerantal Geriater.* 2007;44:97-100.
10. Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo. Med J.* 20.
11. Schmitz N, kruse J. The SF-36 summery scores and their relation to mental disorders: physical functioning may af fect performance of the summary scores. *J Clin Epidemiol.* 2007;6.
12. Inouye K, Pedrazzani ES. Educational status, social eco nomic status and evaluation of some dimensions of octogenar ians quality of life. *Rev Lat Am Enfermagen.* 2007;15:742-47.
13. H Salimzadeh, H Eftekhar, AAG Pourreza, Moghimbeygi A. Postretirement employment and quality of life (QOL) indicators. *Social Welfare.* 2007; 7(26):287-297.
14. Alvarenga LN, Kiyani L, Bitencourt B, Wanderley K. The impact of retirement on the quality of life of the elderly. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(4):794-800.
15. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeeadi J, Delavar A, Saeed- O-Zakerin M. Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. *Journal of Research in Medical Sciences.* 2010; 33(3): 162-173. (Persian)
16. Mousavi M, Mostafai A, Formal and informal social supports in retirement elderly in Tehran city. *Social Development & Welfare Planing.* 2011; (7). (Persian)

17. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute. 1993.
18. International Quality Of Life Assessment Group. Available from: <http://www.sf-36.org>. Access at: 24 October 2008.
19. Montzeri A, Gohoshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B, The short form health survey (s-f 36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life Research*. 2005; 14: 875-882.
20. Habibi A, Nikpur S, Sohabatzade R, Haghani H. Evaluate the quality of life of West Tehran Nursing Research Volume .2007;2(6):29.35.
21. 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.
22. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdanpanah Khoramrudi R, Gharibi T, Kamali Dasht Arjani F, Jamand T. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. *Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(1):53-58.
23. M Vahdaninia, A Goshtasebi, A Montazeri, F Maftoun. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh*. 2005; 4:113-120.
24. Cumming GR, Salkeld G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Gerontology*. 2000; 55(5): 299-305.
25. Ozcan A, Donat H, Gelecek N, Ozdirenci M and Karadibak D. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*. 2005. 5:90.
26. Kato C, Ida K, Kawamura M, Nagaya M, Tokuda H, TamAkoshia A and Harada A. Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive function in japan. *Nagoya J Med Sci*. 2008; 70: 19-27.
27. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age & Ageing*. 2009; 38(4):423-8.
28. Hawkin K, Musich S, Ozminkowski R, Bai M, Migliori R, Yeh C. The burden of falling on the quality of life of adults with medicare supplement insurance. *Journal of Gerontological Nursing*. 2011; 37 (8).
29. Iglesias CP, Manca A, Torgerson DJ. The health related quality of life and cost implication of falls in elderly women. *Osteoporos Int*. 2009; 869-878.
30. Perez-Jara J, Walker D, Heslop P, Robinson S. Measuring fear of falling and its effect on quality of life and activity. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2010; 20(04): 277-87.