



Investigating the Quality of life and Related Factors in the Elderly with Physical- motor Disabilities

Emamgholizadeh Baboli E¹, Pashaei Sabet.F^{2*}, Fotoukian.Z³

1- MSc in Geriatric Nursing, Department of Community Health Nursing and Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-Assistant Professor of Nursing, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, University of Shahid Beheshti Medical Sciences, Tehran, Iran.

3-Associate Professor of Nursing, Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Corresponding author: Pashaei Sabet. F, Assistant Professor of Nursing, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, University of Shahid Beheshti Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: pashaii1392@gmail.com

Received: 2024/11/8

Accepted: 2025/01/5

Abstract

Introduction: Disability is one of the consequences of aging, the most common type of which among the elderly is physical-motor disability. This type of disability can cause dependence on other people to perform daily activities and thus lead to a lower quality of life. Therefore, the present study aimed to determine the factors affecting the quality of life in the elderly with physical-motor disabilities referred to hospitals affiliated to Babol Medical Sciences in 2020.

Methods: The present study is a cross-sectional descriptive analytical study which was conducted on 200 elderly people with physical-motor disabilities referring to three selected educational and treatment centers of Babol University of Medical Sciences (Ayatollah Rouhani, Shahid Beheshti and Shahid Yahainejad) with quota sampling method (according to physical-motor disabilities, age and sex) from December to March, on 2020. To collect data in this study, demographic characteristics form and World Health Organization Quality of Life Scale - Short Form (WHOQOL-BREF) were used. Data analysis was performed using independent t-test, analysis of variance and Scheffe by SPSS version 20 software at a significant level ($p \leq 0.05$).

Results: The present study findings showed that the subjects' mean age was $72/25 \pm 8/45$. 58% of the elderly were women and 42% of them were men. The average score of quality of life was $54/50 \pm 21/23$. It was also determined that the average score in each dimension of physical health (the lowest score), mental health, social relationships, and environmental health (the highest score) for quality of life was, 50/35, 55/68, 58/04, and 62/90, respectively. The quality of life had a statistically significant relationship with the variables of education level ($p \leq 0/001$), employment status ($p \leq 0/001$), living situation ($p \leq 0/001$), income level ($p \leq 0/001$), and the presence of underlying health conditions ($p \leq 0/001$).

Conclusions: Considering the findings of this study, it seems essential to pay attention to the factors related to the quality of life of this group of elderly individuals in educational, supportive, therapeutic, diagnostic, rehabilitation, and counseling programs, as well as in providing specialized services for elderly people with physical-motor disabilities.

Key-words: Quality of life, Aged, Physical- motor disability.



بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی

الهام امام قلی زاده بابل^۱، فاطمه پاشایی ثابت^{۲*}، زهرا فتوکیان^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری سلامت جامعه و سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

۲- استادیار پرستاری، دپارتمان پرستاری سلامت جامعه دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشیار پرستاری، گروه اصول و فنون پرستاری، دانشکده پرستاری رامسر، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه پاشایی ثابت، استادیار پرستاری، دپارتمان پرستاری سلامت جامعه دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: pashaii1392@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۱۸

چکیده

مقدمه: ناتوانی یکی از پیامدهای سالمندی می‌باشد که ناتوانی جسمی-حرکتی شایع‌ترین نوع آن در میان افراد سالمند است. این نوع از ناتوانی می‌تواند سبب وابستگی به افراد دیگر در انجام فعالیت‌های روزمره شود و از این طریق زمینه ساز کیفیت زندگی کمتر گردد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۳۹۹ صورت پذیرفت.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی ۲۰۰ سالمند مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه کننده به سه مرکز آموزشی و درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی بابل (آیت الله روحانی، شهید بهشتی و شهید یحیی نژاد) با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای (برحسب ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی، سن و جنس) از دی تا اسفند سال ۱۳۹۹ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم جمعیت شناختی و مقیاس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) بود. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و شفه توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ در سطح معنی داری ($p < 0.05$) انجام شد.

یافته‌ها: در این پژوهش میانگین سنی سالمندان $72/25 \pm 8/45$ بود. ۵۸٪ از سالمندان زن و ۴۲٪ آنان مرد بودند. میانگین کیفیت زندگی برابر با $21/23 \pm 54/50$ بود. همچنین مشخص گشت که میانگین امتیاز در هر یک از ابعاد سلامت جسمی (پایین‌ترین امتیاز) و سلامت روانی و سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیط‌زیست (بالاترین امتیاز) کیفیت زندگی به ترتیب برابر $50/35$ ، $55/68$ و $58/05$ و $62/90$ بود. کیفیت زندگی با متغیرهای سطح تحصیلات ($p \leq 0.001$)، وضعیت اشتغال ($p \leq 0.001$)، وضعیت سکونت ($p \leq 0.001$)، سطح درآمد ($p \leq 0.001$)، ابتلا به بیماری زمینه‌ای ($p \leq 0.001$) ارتباط معنی‌دار آماری داشت.

نتیجه گیری: با در نظر گرفتن یافته‌های حاصل از این مطالعه، لزوم توجه به عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این دسته از سالمندان در برنامه ریزی‌های آموزشی، حمایتی، درمانی، تشخیصی، بازتوانی، مشاوره‌ای و ارائه خدمات ویژه به سالمندان با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی، امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندی، ناتوانی جسمی-حرکتی.

می‌گردد (۱۱). این محدودیت در عملکرد و وابستگی به افراد دیگر در انجام فعالیت‌های روزمره می‌تواند زمینه ساز کیفیت زندگی کمتر و افزایش هزینه‌های اجتماعی، درمانی، مراقبتی و بهداشتی شود (۱۲، ۱۳). در این راستا نتیجه مطالعه Rajati و همکاران نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در معلولین جسمی متوسط بود (۱۴). همچنین که در مطالعه Davis و همکاران نشان داده شد که اختلال تحرک با کیفیت زندگی پایین مرتبط بود (۱۵).

کیفیت زندگی یک مفهوم پیچیده، چندبعدی و نسبی متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که در زمینه‌های گوناگون با اهداف متفاوتی استفاده می‌شود (۱۶). سازمان جهانی بهداشت مفهوم کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های آنان تعریف کرده است (۱۷). در واقع این مفهوم یک قضاوت جهت‌دار ذهنی و مفهومی از وضعیت زندگی و یا رضایت فرد از زندگی خودش می‌باشد (۱۸). بنابر تعریفی دیگر می‌توان کیفیت زندگی را به‌عنوان احساس بهتر در انجام درست فعالیت‌های اساسی روزانه خود و زندگی مستقل نیز تعریف نمود (۱۹). کیفیت زندگی در سن سالمندی را می‌توان به‌عنوان ویژگی ذهنی نسبی تعریف کرد که تحت تأثیر تجارب قبلی زندگی و عوامل اجتماعی-اقتصادی قرار دارد (۲۰).

با وجود آنکه کیفیت زندگی یکی از دغدغه‌های اصلی متخصصان حوزه سلامت در زمینه توان‌بخشی در ناتوانی‌های جسمی-حرکتی محسوب می‌گردد (۲۱) ولیکن تحقیقات انجام شده در این زمینه به طور عمده به بررسی کیفیت زندگی در سالمندان به صورت کلی متمرکز شده و می‌توان گفت تقریباً هیچ مطالعه‌ای به بررسی این موضوع در سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی و حرکتی نپرداخته است. لذا با توجه به اثرات مخرب ناتوانی جسمی-حرکتی در سالمندان بایستی در حین درمان و مراقبت از این دسته از افراد، کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن نیز مورد توجه قرار گیرد (۲۲). نتایج پژوهش حاضر نه تنها می‌تواند به بهبود زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی کمک کند بلکه می‌تواند راهکارهای موثری را برای سیاست‌گذاران و ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی جهت برنامه‌ریزی و اجرا مراقبت‌های لازم در راستای افزایش کیفیت زندگی سالم‌خوردگان فراهم آورد.

امروزه به دلیل پیشرفت در زمینه پزشکی، بهداشتی، فناوری و آموزش، امید به زندگی و طول عمر افراد در حال افزایش می‌باشد که در نتیجه آن شاهد افزایش جمعیت افراد سالمند در جهان می‌باشیم (۱). پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد ۶۰ ساله و بالاتر جهان در حدود ۲/۱ میلیارد نفر باشد؛ درحالی‌که در سال ۲۰۱۵ شمار این جمعیت ۹۰۰ میلیون نفر بوده است (۲). ایران نیز از این قضیه مستثنا نیست و امید به زندگی و جمعیت سالمندی این کشور نیز در حال افزایش می‌باشد (۳). افزایش امید به زندگی به طور کامل با داشتن زندگی سالم مطابقت ندارد (۴). واقعیت این است که پیری با از دست دادن ذخیره بیولوژیکی و کاهش استراتژی‌های جبرانی (در صورت وجود بیماری یا آسیب) منجر به افزایش آسیب‌پذیری در برابر عوارض جانبی منفی از جمله ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای، ناتوانی، بستری شدن در بیمارستان و مرگ می‌شود (۵). بر همین اساس می‌توان گفت که ناتوانی یکی از پیامدهای سالمندی می‌باشد که شایع‌ترین نوع آن در میان افراد سالمند، ناتوانی جسمی-حرکتی است (۶، ۷). بنابر آمار بدست آمده مشخص شده ۲۱/۵٪ از بیماری‌های ایجادکننده ناتوانی در سالمندی به‌طور مستقیم مربوط به سیستم عضلانی-اسکلتی می‌باشد که می‌تواند سبب بروز ناتوانی جسمی-حرکتی در افراد می‌شوند (۸).

ناتوانی جسمی-حرکتی معمولاً به‌عنوان دشواری در راه رفتن (۴۰۰ متر) بدون استراحت یا عدم توانایی در بالا رفتن از یک پله بدون پشتیبانی تعریف می‌شود (۹). بنابر تعریف دیگر ناتوانی جسمی-حرکتی به وضعیتی اطلاق می‌گردد که بر اثر فقدان یا نقص عملکرد اندام حرکتی، فرد کارایی لازم و قابل‌انتظار در حرکت و فعالیت را ندارد (۱۰). این دسته از ناتوانی مانع بروز کارآمد توانایی‌های جسمی فرد می‌شود؛ به علاوه آنکه ممکن است تأثیرات روان‌شناختی منفی بر شخصیت فرد داشته باشند. بر همین اساس این نوع ناتوانی می‌تواند سبب محدود شدن یک یا چند فعالیت اصلی زندگی فرد شود. در حقیقت، فرد ناتوان از نظر جسمی-حرکتی فاقد توانایی انجام امور شخصی و روزمره و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی است و نمی‌تواند بدون استفاده از وسایل حمایتی و یا مراقبت و حمایت‌های خاص به زندگی عادی خود ادامه دهد و وابسته به سایر افراد

لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر بابل در سال ۱۳۹۹ صورت پذیرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه مورد پژوهش تمامی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی بابل بودند. جهت تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین ابعاد کیفیت زندگی با هر یک از عوامل مرتبط حداقل ۰/۲ باشد (تا این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد) پس از مقدار گذاری در فرمول، حجم نمونه ۲۰۰ برآورد گردید. روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت سهمیه‌ای در یک مقطع زمانی دو ماهه (۲۴ دی الی ۲۴ اسفند ماه سال ۱۳۹۹) بود. در این مطالعه سهمیه بندی تعداد نمونه‌ها در سه مرکز (بیمارستان آیت‌الله روحانی، بیمارستان شهید یحیی نژاد، بیمارستان شهید بهشتی) براساس ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی، سن و جنس انجام شد. در این مطالعه ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی به عنوان آسیبی در نظر گرفته شد که یک یا تعداد بیشتری از فعالیت‌های زندگی روزمره و یا فعالیت‌های ایزاری روزمره فرد را محدود کرده و همچنین باعث تغییرات کامل، جزئی، موقتی و گاه دائمی در یک یا چند بخش از بدن انسان گردیده و یا اینکه اختلال در عملکرد فیزیکی مانند ابتلا به بیماری‌های استئوآرتریت، شکستگی‌های جوش نخورده، مشکلات ارتوپدی، همی پلژی، پاراپلژی، آمپوتاسیون (قطع عضو) اندام‌های تحتانی، سرطان استخوان، پوکی استخوان شدید، MS، ضایعات نخاعی، فیبرومیالژیا، آرتروپلاستی کامل هیپ و زانو و آرتریت روماتوئید را شامل شد. در حقیقت ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی باعث شده تا فرد نتواند حداقل به مدت ۶ ماه از اندام یا بخشی از آن به‌طور مؤثر استفاده کند.

در ابتدا پس از مشخص شدن تعداد سالمندانی که در هر بیمارستان باید نمونه گیری می‌شدند؛ سالمندان هر بیمارستان به دو زیرگروه ۶۰ تا ۷۴ ساله و ۷۵ سال به بالا دسته بندی شدند. تعداد افراد هر یک از این زیرگروه‌های

سنی با رعایت نسبت فراوانی افراد هر گروه سنی به جمعیت سالمندان با ناتوانی جسمی-حرکتی همان بیمارستان محاسبه گشت. بعد از مشخص شدن تعداد افراد هر گروه سنی، افراد آن گروه به دو دسته زن و مرد تقسیم شدند و تعداد زن و مرد برای هر زیرگروه با توجه به نسبت فراوانی زنان و مردان در همان گروه سنی خاص در همان بیمارستان تعیین شد (جدول ۱).

معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱-داشتن سن بالای ۶۰ سال ۲-ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی ۳-توانایی کسب حداقل امتیاز ۷ از آزمون کوتاه شده (AMT= Abbreviated mental test) بود. لازم به ذکر است که اگر مددجو به هر دلیلی تمایل به پر کردن فرم‌های مربوطه نداشت؛ از مطالعه خارج گشت. در نهایت پس از دریافت کد اخلاق در پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و پس از هماهنگی لازم با مسئولان دانشگاه علوم پزشکی بابل و اخذ معرفی نامه و همچنین هماهنگی با مسئولین ۳ مرکز آموزشی درمانی نامبرده و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با اهداف پژوهش و نحوه انجام کار به آنان نمونه‌گیری صورت پذیرفت. در این مطالعه همه افرادی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند (پس از توضیح کامل اهداف پژوهش و در صورت امضای فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی) در پژوهش شرکت نمودند.

لازم به ذکر است که روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش در شرکت کنندگان باسواد از طریق تکمیل فرم‌های مربوطه بود و چنانچه هر یک از سالمندان مشکلی در خواندن و یا نوشتن داشتند؛ پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر برای آن‌ها خوانده و یا توضیح داده شد. نمونه‌گیری از تمامی بخش‌های غیر کووید بیمارستان‌های نامبرده به صورت حضوری و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد. جهت غربالگری سالمندان از نظر وجود اختلالات شناختی از آزمون کوتاه شناختی (AMT) استفاده شد. این آزمون اولین بار توسط Hodkinson در سال ۱۹۷۲ تدوین شد و شامل ده سؤال می‌باشد. حداکثر امتیاز این آزمون ۱۰ می‌باشد. کسب امتیاز ۶ و کمتر نشانه وجود اختلال شناختی در سالمند می‌باشد (۲۳). پایایی درونی نسخه فارسی این آزمون با آلفای کرونباخ (۰/۷۸) و پایایی برونی آن با ضریب همبستگی (۰/۸۹) قابل قبول می‌باشد (۲۴). ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم مشخصات

مقیاس تعیین نمود. امتیاز کلی با توجه به فرمول زیر محاسبه گشت (۲۵).

$$X_{100} = \frac{\text{کمترین نمره ممکن زیر مقیاس} - \text{نمره به دست آمده در زیر مقیاس}}{\text{تفاضل بین بیشترین و کمترین نمره ممکن زیر مقیاس}}$$

این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد. در مطالعه Nejat و همکاران پایایی این مقیاس با استفاده از روش آزمون- باز آزمون (در دو گروه دارای بیماری مزمن و غیر مزمن) برای زیرمقیاس‌ها سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط‌زیست به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۵ و ۰/۷۷ و ۰/۷۷ محاسبه شد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام بعدها بیشتر از ۰/۷ به دست آمد ولی در بعد روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود. اعتبار سازه این مقیاس در این مطالعه نیز قابل قبول گزارش گردید (۲۶). پایایی این مقیاس در پژوهش انجام‌شده در میان سالمندان شهر زنجان به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ بود (۲۷). در مطالعه حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید و برابر ۰/۹۲ بود. بر همین اساس این مقیاس از پایایی بالایی در میان سالمندان با ناتوانی جسمی-حرکتی برخوردار می‌باشد.

در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و جهت توصیف مشخصات نمونه‌ها از آمار توصیفی شامل (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. از آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و آزمون شفه) نیز در راستای پاسخ به اهداف استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه (۰/۰۵) در نظر گرفته شد. این مطالعه با لحاظ کلیه اصول اخلاقی و کد اخلاق در پژوهش به شناسه IR.IUMS.REC.1399.971 از دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۰۰ سالمند مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی در این مطالعه مورد تحقیق قرار گرفتند که ۱۰۰ نفر (معادل ۵۰٪) از نمونه‌ها از بیمارستان آیت الله روحانی، ۶۰ نفر (۳۰٪) از بیمارستان شهید بهشتی و ۴۰ نفر (۲۰٪) از بیمارستان شهید

جمعیت شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح درآمد، وضعیت سکونت، نحوه زندگی و ابتلا به بیماری زمینه‌ای (نظیر دیابت، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های مغز و اعصاب، بیماری‌های کلیوی، انواع سرطان و اختلالات غدد) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) بود. این مقیاس ۲۶ سؤالی است و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این مقیاس ساخته شده است. WHOQOL-BREF دارای ۴ زیرمقیاس و یک امتیاز کلی می‌باشد که عبارت‌اند از سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف که این چهار بعد نامبرده توسط ۲۴ سؤال سنجیده می‌شوند (هر یک از ابعاد به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). دو سؤال اول در امتیازدهی به هیچ یک از ابعاد تعلق ندارند و صرفاً به منظور ارائه ارزیابی کلی از کیفیت زندگی است. شایان ذکر است که سؤال ۴ و ۲۶ به شکل معکوس امتیازدهی می‌شوند. بنابراین مقیاس در مجموع ۲۶ سؤال دارد. دامنه نمرات خام سلامت جسمی ۳۵-۷، دامنه نمرات روانی ۳۰-۶، دامنه نمرات روابط اجتماعی ۱۵-۳، دامنه نمرات محیط ۴۰-۸ می‌باشد که بعد از انجام محاسبه‌های لازم در هر بعد امتیازی معادل ۲۰-۴ به دست آمد که در آن ۴ نشانه‌ی بدترین و ۲۰ نشانه‌ی بهترین وضعیت بعد مورد نظر می‌باشد. این امتیازها قابل تبدیل به دامنه‌ی امتیازی ۱۰۰-۰ نیز می‌باشند.

پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس باید آن را به یک امتیاز استاندارد از ۰ تا ۱۰۰ تبدیل نموده که این امتیاز را با توجه به فرمول زیر محاسبه شد یا اینکه پس از محاسبه نمرات خام هر بعد با استفاده از جداول راهنمای تفسیر مقیاس، نمرات به مقیاس نسخه بلند ابزار با دامنه صفر تا ۱۰۰ تبدیل شدند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و نمرات پایین‌تر بیانگر کیفیت کم زندگی بودند. بعد از تعیین نمرات خام در هر بعد، امتیاز کل براساس فرمول زیر به یک مقیاس ۱۰۰-۰ تغییر نمود. لازم به ذکر است که این ابزار نقطه برش ندارد و پژوهشگران عنوان نمودند که نمی‌توان سقف و کف برای نمرات این

یحیی نژاد جهت نمونه گیری انتخاب شدند. جدول ۱ شامل به صورت جداگانه می باشد. تعداد و درصد سالمندان بر حسب سن و جنس در هر مرکز

جدول ۱: توزیع فراوانی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه کننده به هر یک از مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل

نام مرکز آموزشی درمانی	جنسیت فراوانی (درصد)	سن فراوانی (درصد)	
		۶۰-۷۴ سال	بالای ۷۵ سال
بیمارستان آیت الله روحانی	زن (۶۰٪) ۶۰	(۷۰٪) ۴۲	(۳۰٪) ۱۸
	مرد (۴۰٪) ۴۰	(۵۰٪) ۲۰	(۵۰٪) ۲۰
بیمارستان شهید بهشتی	زن (۶۰٪) ۳۶	(۶۰٪) ۲۲	(۴۰٪) ۱۴
	مرد (۴۰٪) ۲۴	(۶۰٪) ۱۴	(۴۰٪) ۱۰
بیمارستان یحیی نژاد	زن (۵۰٪) ۲۰	(۷۰٪) ۱۴	(۳۰٪) ۶
	مرد (۵۰٪) ۲۰	(۶۰٪) ۱۲	(۴۰٪) ۸

ابتلا به بیماری زمینه ای را گزارش نمودند که در این بین ۲۳/۵٪ از سالمندان دارای بیماری های همراه (به معنی آنکه به دو یا تعداد بیشتری از بیماری های زمینه ای مبتلا بودند) و در مجموع ۵۰/۵٪ از آنان دچار یک بیماری مزمن بوده اند. در این میان ابتلا به بیماری افزایش فشارخون با ۱۱/۵٪ بالاترین درصد فراوانی را در میان بیماری های زمینه ای داشت. جدول ۲ بیانگر مشخصات جمعیت شناختی سالمندان مورد پژوهش می باشد.

یافته ها در پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سنی افراد مورد پژوهش $72/25 \pm 8/45$ بود. کمینه سن سالمندان ۶۰ سال و بیشینه ۹۵ سال بود. از این تعداد ۱۴/۵٪ مبتلا به استئوآرتریت، ۱۰/۵٪ افراد دچار آمپوتاسیون اندام های تحتانی، ۹/۵٪ افراد به آرتریت روماتوئید و ۹/۵٪ آرتروپلاستی کامل هیپ داشته اند. این بیماری های نامبرده به ترتیب شایع ترین عامل ابتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی در سالمندان مورد مطالعه بودند. در این مطالعه ۷۴٪ از سالمندان

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی سالمندان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	رده	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۶۰-۶۹	(۴۴٪) ۸۸
	۷۰-۷۹	(۳۳/۵٪) ۶۷
	۸۰ سال به بالا	(۲۲/۵٪) ۴۵
جنسیت	زن	(۵۸٪) ۱۱۶
	مرد	(۴۲٪) ۸۴
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	(۷۴/۵٪) ۱۴۹
	دیپلم و بالاتر	(۲۵/۵٪) ۵۱
وضعیت تأهل	متاهل	(۶۳/۵٪) ۱۲۷
	سایر (مجرد، بیوه، مطلقه و سایر موارد (طلاق عاطفی))	(۳۶/۵٪) ۷۳
وضعیت اشتغال	بیکار	(۶۰٪) ۱۲۰
	آزاد	(۲۴٪) ۴۸
	سایر (کارمند و بازنشسته)	(۱۶٪) ۳۲

الهام امام قلی زاده بابلی و همکاران

ضعیف	۶۴ (٪۳۲)	سطح درآمد
متوسط	۹۵ (٪۴۷/۵)	
مطلوب	۴۱ (٪۲۰/۵)	
شهری	۹۹ (٪۴۹/۵)	وضعیت سکونت
روستایی	۱۰۱ (٪۵۰/۵)	
تنها	۳۳ (٪۱۷/۵)	
با همسر و یا فرزندان	۱۴۸ (٪۷۳/۵)	وضعیت نحوه زندگی
با دیگران (مراقبت کننده)	۱۹ (٪۹)	
دارد	۱۴۸ (٪۷۴)	
ندارد	۵۲ (٪۲۶)	ابتلا به بیماری زمینه‌ای

کیفیت زندگی به صورت کلی در سالمندان مذکور $\pm 21/23$ ۵۴/۵۰ بود (جدول ۳).

یافته‌های این پژوهش بیانگر این امر بوده که بالاترین امتیاز کسب شده به بعد سلامت محیط زیست و پایین ترین امتیاز به بعد سلامت جسمی تعلق داشت و میانگین امتیاز

جدول ۳: میانگین امتیاز و انحراف معیار کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	میانگین و انحراف معیار	کمینه و بیشینه نمرات
بعد سلامت جسمی	$50/35 \pm 12/42$	۲۵ - ۸۲/۱۴
بعد سلامت روانی	$55/68 \pm 14/78$	۱۶/۶۷ - ۸۳/۳۳
بعد سلامت روابط اجتماعی	$58/04 \pm 21/67$	۰ - ۱۰۰
بعد سلامت محیط زیست	$62/90 \pm 17/78$	۱۵/۶۳ - ۱۰۰
کیفیت زندگی کل	$54/50 \pm 21/23$	۰ - ۱۰۰

($p \leq 0/001$) و این اختلاف میانگین معنادار در بین گروه‌هایی با سطح درآمد متوسط و گروه با سطح درآمد ضعیف ($p < 0/001$)، گروه سالمندان با سطح درآمد مطلوب نسبت به دسته افراد سالمند با سطح درآمد ضعیف ($p < 0/001$)، سالمندان مورد پژوهش با سطح درآمد مطلوب نسبت به سالمندانی با درآمد متوسط ($p = 0/002$) مشاهده شد. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل نشان داد که کیفیت زندگی کلی در سالمندان شهری نسبت به سالمندان روستایی بالاتر بود ($p \leq 0/001$). میانگین کیفیت زندگی در سالمندان بدون بیماری زمینه‌ای نسبت به افراد با بیماری زمینه‌ای بالاتر بود ($p \leq 0/001$). این جدول نشان داد که متغیرهای سن ($p = 0/200$)، وضعیت تأهل ($p = 0/066$)، جنسیت ($p = 0/514$) و وضعیت نحوه زندگی ($p = 0/307$) با کیفیت زندگی سالمندان مربوطه ارتباط آماری معناداری نداشتند (جدول ۴).

جدول ۴ نشان داد که متغیر سطح تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری داری داشت ($p \leq 0/001$) به طوری که متعاقب آزمون شفه مشاهده گشت که میان گروه افراد دارای تحصیلات دیپلم و یا دانشگاهی نسبت به گروه افراد بی سواد ($p \leq 0/001$) و گروه سالمندان دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی نسبت به گروه دارای تحصیلات ابتدایی و متوسطه اختلاف آماری معناداری ($p = 0/009$) وجود داشت. متغیر وضعیت اشتغال نیز با کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری داشته ($p \leq 0/001$). متعاقب آزمون شفه مشاهده شد که بین گروه سالمندان کارمند و یا بازنشسته و گروه سالمندان بیکار ($p \leq 0/001$) و گروه افراد با شغل آزاد نسبت به سالمندان بیکار ($p = 0/017$) (= اختلاف میانگین معناداری وجود داشت. همچنین نتایج حاکی از آن بود که میانگین امتیاز کیفیت زندگی و متغیر درآمد ارتباط آماری معناداری داشتند

جدول ۴: بررسی ارتباط کیفیت زندگی کلی با مشخصات جمعیت شناختی در سالمندان شرکت کننده در مطالعه

کیفیت زندگی کلی			
نتایج آزمون	میانگین و انحراف معیار	تعداد	مشخصات جمعیت شناختی
	۵۷/۳۸±۲۰/۶۴	۸۸	۶۰-۶۹
**F=۱/۶۲ p=۰/۲۰۰	۵۱/۳۰±۲۲/۷۳	۶۷	۷۰-۷۹
	۵۳/۶۱±۱۹/۶۹	۴۵	۸۰ سال به بالا
	۵۰/۱۶±۲۱/۴۷	۷۴	بی سواد
**F=۷/۴۵ p≤۰/۰۰۱	۵۲/۳۳±۲۰/۳۱	۷۵	ابتدایی و متوسطه
	۶۳/۹۷±۱۹/۱۴	۵۱	سایر (دیپلم و دانشگاهی)
	۴۹/۱۶±۲۰/۸۶	۱۲۰	بیکار
**F=۱۲/۲۳ p≤۰/۰۰۱	۵۹/۱۱±۲۰/۲۶	۴۸	آزاد
	۶۷/۵۷±۱۶/۷۵	۳۲	سایر (کارمند و بازنشسته)
*t=۴/۹۶ df=۱۹۸ p≤۰/۰۰۱	۶۱/۶۱±۱۹/۷۴	۹۹	شهری
	۴۷/۵۲±۲۰/۳۸	۱۰۱	روستایی
	۵۶/۵۹±۲۰/۲۷	۱۲۷	متاهل
*t=۱/۸۵ df=۱۹۸ p=۰/۰۶۶	۵۰/۸۵±۲۲/۴۶	۷۳	سایر (مجرد، بیوه، مطلقه و سایر موارد (طلاق عاطفی))
	۴۲/۵۷±۲۰/۰۰	۶۴	ضعیف
	۵۶/۳۱±۲۰/۰۴	۹۵	متوسط
**F=۲۴/۵۸ p≤۰/۰۰۱	۶۸/۹۰±۱۴/۸۲	۴۱	مطلوب
	۵۳/۶۶±۲۱/۶۲	۱۱۶	زن
	۵۵/۶۵±۲۰/۷۵	۸۴	مرد
*t=۰/۶۵ df=۱۹۸ p=۰/۵۱۴	۵۵/۳۰±۲۲/۷۵	۳۳	تنها
	۵۵/۲۳±۲۰/۶۲	۱۴۸	با همسر و یا فرزندان
	۴۷/۳۶±۲۳/۰۴	۱۹	با دیگران (مراقبت کننده)
**F=۱/۱۸ p=۰/۳۰۷	۵۱/۱۸±۲۱/۱۹	۱۴۸	دارد
	۶۳/۹۴±۱۸/۴۶	۵۲	ندارد
			ابتلا به بیماری زمینه‌ای

*آزمون تی مستقل **آنالیز واریانس

را کسب نمودند.

در این زمینه بنابر مطالعه‌ی Rajati و همکاران امتیاز کلی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در میان افراد با ناتوانی جسمی و حرکتی در سطح متوسط بود و این مسئله عمدتاً تحت تأثیر شرایط جسمی غیر از مسائل روانی قرار گرفت (۲۸). در ادامه می‌توان به مطالعه‌ای اشاره کرد که در میان افراد دارای معلولیت مربوط به تحرک در جوامع منتخب نیجریه انجام شد و نتایج حاصل از آن نشان داد که این افراد دارای کیفیت زندگی متوسط با میانگین ۵۵/۰۶±۱۰/۶۷ بودند (۲۹). یافته‌ی به دست آمده از پژوهش انجام شده در

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی برابر با ۵۴/۵۰±۲۱/۲۳ بود. گرچه پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه نقطه برش نداشت ولیکن از آنجایی که دامنه نمرات کیفیت زندگی این پرسشنامه بین ۰-۱۰۰ بوده است لذا می‌توان گفت میانگین نمره کیفیت زندگی کسب شده در سالمندان متوسط است. در این پژوهش نمونه‌های مورد پژوهش در بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی (با امتیاز ۵۰/۳۵) پایین‌ترین امتیاز و در بعد سلامت محیط‌زیست (با امتیاز ۶۲/۹۰) بالاترین امتیاز

(۳۳). می‌توان از جمله دلایل به وجود آورنده این موضوع را این‌گونه عنوان نمود که کیفیت زندگی امری است که تحت تأثیر فرهنگ و شرایط و زمان و مکان متغیر می‌باشد و از آنجایی که مطالعه عنوان شده با یافته‌هایی متمایز در جامعه آماری متفاوت و با استفاده از مقیاس متفاوت کیفیت زندگی و با حجم نمونه متفاوت صورت گرفته است؛ لذا وجود تفاوت در یافته‌های این پژوهش با مطالعه حاضر قابل قبول می‌باشد.

همچنین نتایج نشانگر آن بود که کیفیت زندگی با متغیرهای سطح تحصیلات ($p \leq 0/001$)، وضعیت اشتغال ($p \leq 0/001$)، وضعیت سکونت ($p \leq 0/001$)، سطح درآمد ($p \leq 0/001$) و ابتلا به بیماری زمینه‌ای ($p \leq 0/001$) ارتباط معنی‌دار آماری داشت ولیکن متغیرهای سن، وضعیت تأهل، جنسیت و وضعیت نحوه زندگی با کیفیت زندگی سالمندان مربوطه ارتباط آماری معناداری را نشان ندادند. در راستای نتایج دست‌یافته می‌توان به مطالعه Younesi و همکاران در سال ۲۰۱۷ اشاره کرد که در این بررسی نشان داده شد که میان سطح تحصیلات و کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. به‌نحوی که سالمندان دارای تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند (۳۴). همچنین بررسی shabaani و همکاران نیز مؤید این نکته بود که میان سطح تحصیلات سالمندان با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود داشت (۳۵). Eftekhari و همکاران در مطالعه خود نشان دادند متغیر سطح تحصیلات به‌طور مستقیم با تمام زمینه‌های کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری داشت (۳۶). تمامی نتایج این مطالعات همسو با یافته‌های مطالعه حاضر بوده است و به نظر می‌رسد که تحصیلات بالاتر می‌تواند به سالمندان کمک کند تا اطلاعات بیشتری درباره‌ی مدیریت سلامت خود، روش‌های درمانی و بهینه‌سازی سبک زندگی کسب کنند. آموزش بهداشت و ترویج اطلاعات صحیح می‌تواند به سالمندان در اتخاذ تصمیمات آگاهانه درباره‌ی بهبود وضعیت خود یاری رساند و امر می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کیفیت بالاتر زندگی افراد داشته باشد.

در مطالعه Grassi و همکاران نیز مشخص گشت که بین کیفیت زندگی و متغیرهای جمعیت شناختی از جمله وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال ارتباط آماری معناداری وجود داشت (۳۷). پژوهش Nosrati kharajo و همکاران نیز نشان داد که مشخصات جمعیت شناختی تحصیلات و وضعیت

سالمندان نیجریه نشان‌دهنده آن بود که کیفیت زندگی آن‌ها در همه دامن‌ها نسبتاً خوب (با میانگین امتیاز بالاتر از ۶۰) بود و همچنین نشان داده شد که به‌طور کلی کیفیت زندگی با هر حوزه ناتوانی عملکردی مرتبط بود و ناتوانی در فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL) یا فعالیت‌های ابزاری زندگی (AIDL) با کیفیت پایین زندگی در هر چهار حوزه (به‌ویژه در جزء سلامت جسمانی) در همه افراد همراه بود (۳۰). نتیجه مطالعه Kilian و همکاران در میان سالمندان ساکن خانه‌های رفاه اجتماعی منتخب در جنوب شرقی لهستان نیز نشان داد که بالاترین سطح کیفیت زندگی در حوزه محیطی (۶۳/۶۲) مشاهده شد و کیفیت زندگی در حوزه‌های فیزیکی و روانی در سطح متوسط بود (به ترتیب ۵۱/۳۲ و ۵۷/۰۷). نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که افراد ساکن خانه‌های رفاه اجتماعی ناتوانی متوسط و کیفیت زندگی خوب داشتند و ساکنان خانه‌های رفاه اجتماعی بیشترین حمایت را جهت فعالیت‌های عملکردی می‌طلبیدند (۳۱). نتایج این مطالعات همسو با نتیجه مطالعه حاضر بوده است.

در مطالعه Nosrati kharajo و همکاران که از مقیاس Whoqol-Brief جهت سنجش کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت شهر تبریز استفاده شد؛ نشان داده شد که میانگین کیفیت زندگی کلی سالمندان $64/64 \pm 10/88$ بود که بالاتر از میانگین نمره سالمندان مورد پژوهش بود. در مطالعه نامبرده بالاترین امتیاز کیفیت زندگی سالمندان به بعد سلامت جسمی با میانگین $67/58$ و کمترین امتیاز به بعد سلامت روابط اجتماعی با میانگین $55/62$ تعلق گرفت (۳۲). جهت توجیه تفاوت در یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه نامبرده می‌توان این‌گونه اذعان داشت که از آنجایی که ناتوانی جسمی-حرکتی می‌تواند در افراد به خصوص سالمندان سبب افزایش محدودیت‌ها در ابعاد مختلف زندگی و کاهش استقلال گردد؛ لذا داشتن میانگین کیفیت زندگی پایین‌تر (به خصوص در بعد جسمانی) در جامعه پژوهش حاضر در مقایسه با سالمندان مورد مطالعه Nosrati kharajo و همکاران قابل قبول می‌باشد.

در مطالعه Shokouhi و همکاران میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی سالمندان مورد پژوهش $55/91 \pm 10/52$ گزارش شد درحالی که بالاترین میانگین امتیاز به دست آمده کیفیت زندگی سالمندان مربوط به بعد جسمانی با میانگین $72/36 \pm 21/97$ بود و با یافته‌های این مطالعه مغایرت داشت

اقتصادی پیشگویی کننده کیفیت زندگی در سالمندان بودند (۳۲). تمامی این موارد عنوان شده در راستای یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر بودند. به نظر می‌رسد افراد با موقعیت‌های شغلی بالاتر سطح تعاملات اجتماعی بالاتر را تجربه می‌کنند که این شبکه‌ها و روابط اجتماعی سبب ایجاد حس مفید بودن و در نتیجه ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد می‌گردد. در راستای ارتباط متغیر سطح درآمد با کیفیت زندگی می‌توان اذعان داشت که سطح درآمد بالاتر سبب شده تا افراد از منابع مالی بیشتر، طبقه اقتصادی-اجتماعی بالاتر و در نتیجه آن دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، داروها و تجهیزات پزشکی با سطح بهتری بهره ببرند که این موضوع نیز در بهبود کیفیت زندگی مؤثر است.

در مطالعه‌ای که در Kuala Lumpur انجام شد نیز نشان داده شد که مشخصات جمعیت شناختی از جمله سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نوع محل اقامت، ابتلا هم‌زمان به چند بیماری با کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط بودند (۳۸). در حقیقت می‌توان اینگونه عنوان نمود که ابتلا به بیماری زمینه‌ای سبب افزایش احتمال بستری شدن در بیمارستان و افزایش محدودیت‌ها و بار اقتصادی در افراد می‌شود و از این طریق می‌تواند به عنوان یکی از عواملی می‌باشد که به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی افراد می‌تواند مؤثر باشد. همچنین Devraj و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که عواملی مانند وضعیت زندگی (شهری و روستایی)، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی اجتماعی با کیفیت زندگی کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط است (۳۹). در حقیقت زندگی در جوامع شهری سبب شده تا سالمند از سطح بالاتری از دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند گردد و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری را نیز نسبت به سایرین تجربه کند.

در مطالعه Puteh و همکاران نیز مشخص شد که سطح تحصیلات پایین، جنسیت مرد، مجرد بودن و درآمد کم خانوار از جمله تعیین‌کننده‌های اصلی کیفیت زندگی ضعیف در جمعیت تحت مطالعه بودند (۴۰). از طرفی در مطالعه Nodehi Moghadam و همکاران یافته‌ها نشان داد که سطح درآمد و تحصیلات، جنسیت، سن، ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان نداشتند (۴۱). در مطالعه Shokohi و همکاران نیز بین امتیاز کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات هیچ ارتباط آماری معناداری یافت نشد (۳۳). در پژوهش Eftekhar Ardebili

همکاران مشخص گشت که افراد متأهل و کسانی که با فرزندان یا دیگران زندگی می‌کردند؛ دارای نمرات کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد مجرد (مطلقه، بیوه) بودند (۳۶). تعدادی از این نتایج ذکر شده مغایر با نتایج بررسی انجام‌شده حاضر بودند. لذا شناخت ارتباط عوامل مرتبط با این متغیر نیازمند بررسی‌های بیشتر در محیط‌های پژوهشی و جمعیت‌های متفاوتی می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وجود متغیرهایی نظیر ویژگی‌های فردی مشارکت کنندگان، دقت، صداقت، شرایط روانی نمونه‌های مورد پژوهش در پاسخگویی به سؤالات اشاره نمود که ممکن است بر نتیجه‌ی پژوهش تأثیرگذار باشند که در مجموع کنترل کامل آن از عهده‌ی پژوهشگر خارج می‌باشد. در این مطالعه پژوهشگر سعی نمود با رفتار صادقانه، بیان هدف، توضیح مسئله و چگونگی تأثیر مثبت پاسخگویی صادقانه شرکت‌کنندگان بر نتایج حاصل از پژوهش به بیان ساده تا حد توان، این محدودیت را کاهش دهد. در نهایت پیشنهاد می‌گردد با توجه به این‌که در این مطالعه سالمندان زن و مرد با ناتوانی جسمی-حرکتی در نظر گرفته شده‌اند و تفاوت‌های جنسیتی از ابعاد جسمانی و روانی و اجتماعی وجود دارد که می‌تواند بر نتایج مطالعات مؤثر باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد که به تفکیک جنس این متغیرها مورد ارزیابی و تحقیق قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی با متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت سکونت، سطح درآمد، ابتلا به بیماری زمینه‌ای ارتباط معنی‌دار آماری داشت. بر همین اساس لزوم توجه به عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این دسته از سالمندان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، حمایتی، درمانی، تشخیصی، بازتوانی و مشاوره‌ای و ارائه خدمات ویژه به سالمندان با ناتوانی‌های جسمی-حرکتی، امری ضروری به‌نظر می‌رسد. در راستای افزایش میزان کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی، مدیران و برنامه‌ریزان نظام سلامت به خصوص پرستاران می‌توانند با آموزش بهداشت و ترویج اطلاعات صحیح به سالمندان در اتخاذ تصمیمات آگاهانه درباره‌ی بهبود وضعیت خود یاری رسانند. همچنین که پرستاران به‌عنوان کادر بهداشتی می‌توانند با شناسایی منابع مالی و

پرستاری سالمندی با عنوان (پیش‌بینی ارتباط خودکارآمدی عمومی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۳۹۹) با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.971 می‌باشد. که بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از اساتید گروه پرستاری و مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ایران به لحاظ حمایت‌های صورت گرفته و همچنین مسئولین دانشگاه علوم پزشکی بابل و واحدهای تابعه و کلیه سالمندانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافی ندارند. این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

References

1. Chailise, H. N. Aging: basic concept. Am J Biomed Sci & Res, 2019, 1.1: 8-10. <https://doi.org/10.34297/AJBSR.2019.01.000503>
2. World Health Organization, Ageing and Health Key Facts 2018, 2018, Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, Accessed: March 23, 2020.
3. Statistic center of Iran, Housing--Iran-Statistics, 2016, Available: https://www.amar.org.ir/Portals/0/census/1395/results/ch_nsonvm_95.pdf, Accessed: July 20, 2020.
4. Petretto, R., Pili, R. Ageing and disability according to the perspective of clinical psychology of disability. Geriatrics, 2022, 7.3: 55. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7030055>
5. Pouduri, K. Rao (ed.). Geriatric rehabilitation: from bedside to curbside. CRC Press, 2017. <https://doi.org/10.1201/9781315373904>
6. Sharifi, M., Roostami, M., Younesi, S. J., Sharifian Sani, M. and Movallali, G. Iranian adolescents with physical-motor disabilities: Needs and problems in education and employment. Iranian Rehabilitation Journal, 2016, 14.2: 101-106. <https://doi.org/10.18869/nrip.irj.14.2.101>
7. Farahmand, M., Jiriai, R. and Salehzadeh, M. The role of perceived social support and quality of life in predicting the body image of physical

ارائه مشاوره‌های مالی به سالمندان در جهت استفاده بهینه از منابع کمک نمایند و تعرفه‌ای متناسب با توان مالی آنان برای ارائه خدمات در نظر بگیرند. به علاوه آنکه می‌توان برنامه‌هایی برای اشتغال سالمندان (به‌ویژه مشاغل سبک و اجتماعی) با در نظر گرفتن شدت ناتوانی جسمی-حرکتی و میزان فعالیت آن‌ها تهیه کنند تا این افراد را در جامعه فعال نگه دارند. همچنین کارکنان بهداشتی می‌توانند با افزایش آگاهی درباره‌ی انتخاب محل سکونت مناسب و ایجاد فضاهای حمایتی به بهبود کیفیت زندگی سالخوردگان مبتلا به ناتوانی جسمی-حرکتی کمک کنند. ارائه مشاوره‌های پزشکی، پیگیری منظم وضعیت سلامت و آموزش درباره‌ی روش‌های پیشگیری و مدیریت بیماری‌ها از جمله اقدامات کادر بهداشتی می‌باشد که می‌تواند بر کیفیت زندگی این دسته از سالمندان تأثیر گذار باشد.

سپاسگزاری

این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته

- disabilities in Yazd. Quarterly journal of social work, 2019, 8.3: 41-48.
8. Hosseini, A., Mjdy, A. and Hassani, G. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. Journal of Gerontology, 2016, 1.2: 10-18 <https://doi.org/10.18869/acadpub.jogge.1.2.10>
 9. Auais, M., Alvarado, B. E., Curcio, C.-L., Garcia, A., Ylli, A. and Deshpande, N. Fear of falling as a risk factor of mobility disability in older people at five diverse sites of the IMIAS study. Archives of gerontology and geriatrics, 2016, 66: 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.012>
 10. Ramezani, S., Sheykholeslami, A. and Ghamari Givi, H. The effectiveness of hope therapy on quality of life, self-efficacy, happiness and life satisfaction Man's physical-motor disabilities. Unpublished PhD Thesis, University of Mohaghegh Ardabili, 2016.
 11. Yarmohammadian, A., Akbari, M., Ghamrani, A. and Sanayat, M. The contribution of identity, basic psychological needs and demographic variables in predicting the psychological well-being of students with physical disabilities'. Psychology of Exceptional People, 2017, 7(26), pp. 109-125.
 12. Wang, Y. T., Goh, C.-H., Liao, T., Dong, X. N., Duke, G., Alfred, D., Yang, Y., Xu, J. and Yu, S.

- Effects of wheelchair Tai Chi ball exercise on physical and mental health and functional abilities among elderly with physical disability. *Research in Sports Medicine*, 2021, 29.3: 289-302. <https://doi.org/10.1080/15438627.2020.1777553>
13. Cwirlej-Sozanska, A., Wiśniowska-Szurlej, A., Wilmowska-Pietruszynska, A. and Sozanski, B. Determinants of ADL and IADL disability in older adults in southeastern Poland. *BMC geriatrics*, 2019, 19: 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1319-4>
 14. Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z. and Hosseini, S. Y. (2018) Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of education health promotion*, 2018, 7(61), pp. 115-117. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
 15. Davis, J. C., Bryan, S., Beš, J. R., Li, L. C., Hsu, C. L., Gomez, C., Vertes, K. A. and Liu-Ambrose, T. Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health quality of life outcomes*, 2015, 13(1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0299-0>
 16. Najafi, S. The concept of quality of life; Dimensions and empirical evidence. *The growth of geography education. Geography Education Development Quarterly*, 2018, 122, pp. 29.
 17. World Health Orgnazation, The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), 2012, Available: <https://www.WHO.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>, Accessed: march 15, 2020.
 18. Rimaz, S., Abolghasemi, J. and Seraji, S. The relationship of different dimensions of social support with older adults' quality of life in the 8th district of Tehran in 2013. *Journal of Education and Community Health*, 2015, 2.1: 29-37.
 19. de Oliveira, L. d. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A. and Piva, A. B. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 2019, 41.01: 36-42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
 20. Hinek, S., Stanic, I. and Skarica, J. Importance of promoting quality of life of elderly people under the influence of globalization. *Ekonomski vjesnik: Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues*, 2019, 32.1: 9-21.
 21. Bahramnezhad, F., Chalik, R., Bastani, F., Taherpour, M. and Navab, E. The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic physician*, 2017, 9.5: 4306. <https://doi.org/10.19082/4306>
 22. Nourbakhsh, S., Ayadi, N., Fayazi, M. and Sadri, E. Effectiveness of happiness training program based on Fordyce cognitive behavioral theory on quality of life and ability to tolerate disorders of women with physical-motor disabilities. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 2018, 4.2: 35-43.
 23. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing*. 1972, Nov;1(4):233-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/1.4.233>
 24. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*, 2014, Sep 10;13(6):487-94.
 25. WHO, WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization, 1996, Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>.
 26. Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K. and Majdzadeh, S. R. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2006, 4(4), pp. 1-12.
 27. Afrashteh, M. Y. and Rezaei, S. The Spirituality and Quality of Life in the Elderly: The Mediating Role of Self-Compassion and Sense of Cohesion. *Aging Psychology*, 2021, 7(2), pp. 137-151.
 28. Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z. and Hosseini, S. Y. (2018) Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of education health promotion*, 2018, 7(61), pp. 115-117. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
 29. Uchenwoke, C. I., Arinze, B. O., Nwankwo, M. J. and Umunnah, J. O. Quality of life, self-esteem, self-efficacy and social participation of persons living with mobility-related disability

- using mobility aids devices within select Nigerian communities. *Disability Rehabilitation: Assistive Technology*, 2021, pp. 1-6. <https://doi.org/10.1080/17483107.2021.1881173>
30. Akosile, C. O., Mgbeojedo, U. G., Maruf, F. A., Okoye, E. C., Umeonwuka, I. C. and Ogunniyi, A. Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: prevalences and relationships. *Archives of gerontology geriatrics*, 2018, 74, pp. 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.08.011>
 31. Kilian, J., Pęczak, J., Cwirlej-Sozanska, A., Wisniowska-Szurlej, A., Sozanski, B. and Wilmowska-Pietruszynska, A. Assessment of disability and quality of life in elderly people in institutional care. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 4, pp, 2017, 330-337. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2017.4.5>
 32. Nosrati kharajo, Z., Barzanjeh Atri, S., Pakpour, V., Farshbaf Khalili, A. and Asghari Jafarabadi, M. Social Capital and Its Relation with Quality of Life and Self efficacy mong the Elderly People, Tabriz, 2018. 2019. Unpublished phd thesis, Tabriz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery.
 33. Shokouhi, F., Tavassoli, E., Amiripour, A. and Kaviani, F. Quality of life of elderly living in nursing homes in Shahrekord. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery Paramedical Faculty*, 2020, 5(4), pp. 84-93.
 34. Younesi Kafshgiri, M., Garmaroudi, G. and Nasiri Amiri, F. A comparative study of the quality of life of the elderly between the members of the supportive community and the non-members. *Caspian Journal of Reproductive Medicine*, 2017, 3(2), pp. 1-10.
 35. Shaabani, J., Rahgoi, A., Nourozi, K., Rahgozar, M. and Shaabani, M. The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People%J Salmand: Iranian Journal of Ageing. *Iranianjournalofageing*, 2017, 11(4), pp. 518-527. <https://doi.org/10.21859/sija-1104518>
 36. Eftekhari Ardebili, H. and Mirsaiedi, Z. S. Assessment of factors affecting quality of life of elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran. *Iranian Journal of Ageing*, 2015, 9(4), pp. 268-277.
 37. Grassi, L., Caruso, R., Da Ronch, C., Härter, M., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A. and Wegscheider, K. Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. *Health quality of life outcomes*, 2020, 18(1), pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6>
 38. Onunkwor, O. F., Al-Dubai, S. A. R., George, P. P., Arokiasamy, J., Yadav, H., Barua, A. and Shuaibu, H. O. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health quality of life outcomes*, 2016, 14(1), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8>
 39. Devraj, S. and D'mello, M. K. Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *Journal of Geriatric Mental Health*, 2019, 6(2), pp. 94. https://doi.org/10.4103/jgmh.jgmh_23_19
 40. Puteh, S. E. W., Siwar, C., Zaidi, M. A. S. and Kadir, H. A. Health related quality of life (HRQOL) among low socioeconomic population in Malaysia. *BMCpublichealth*, 2019, 19(4), pp. 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6853-7>
 41. Nodehi Moghadam, A., Rashid, N., Hosseini Ajdad Niaki, S. J. and Hosseinzadeh, S. Evaluation of quality of life and its related factors in elderly in Mashhad in 1396. *Iranian Journal of Ageing*, 2019, 14.3: 310-319.