

تأثیر بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی سالمندان مناطق شرق تهران

سیما اسماعیلی شه‌میرزادی^۱، دکتر داود شجاعی زاده^۲، دکتر کمال اعظم^۳
دکتر لیلی صالحی^۴، دکتر آذر طل^۵، منور مرادیان سرخکلاهی^۱

چکیده

زمینه و هدف: افزایش امید به زندگی با روند رو به رشد بیماری‌های غیرواگیر همراه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی مناطق شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی است که ۴۲۴ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر عضو کانون‌های سالمندی، مناطق شرق شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF36) و چک لیست سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن به روش مصاحبه چهره به چهره جمع آوری گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ANOVA، T-Test و ضریب همبستگی Pearson استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $71/16 \pm 6/34$ بود. ۹۲/۲٪ از سالمندان حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند و بین میانگین امتیازهای تمام ابعاد کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن و سالمندان غیرمبتلا اختلاف آماری معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/001$). کیفیت زندگی سالمندان با جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، تحصیلات در بیشتر ابعاد ارتباط آماری معنی دار داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق نشان داد که با افزایش تعداد بیماری‌های مزمن، سطح کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. بنابراین با رویکردهای مداخله‌ای و آموزشی مناسب می‌توان با ترغیب سالمندان به اتخاذ رفتارهای سالم در راستای ارتقاء سلامت آنان گام‌های اساسی برداشت.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های مزمن، سالمندان، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول :

دکتر داود شجاعی زاده ؛
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم
پزشکی تهران

Email :
Shojaee @ sina.tums. ac. ir

- دریافت مقاله : بهمن ۱۳۹۰ - پذیرش مقاله : مرداد ۱۳۹۱

مقدمه

امروزه افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند در سراسر جهان گردیده است.

به گونه‌ای که سالمند شدن جهان به یکی از مهمترین چالش‌های بهداشت عمومی در سالهای کنونی تبدیل گشته است(۱). کاهش میزان مرگ و میر، ارتقاء سطح سلامت جامعه و پیشرفت‌های چشمگیر در علوم پزشکی و بهداشتی، امید به زندگی را در جهان افزایش داده است(۲).

با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماریهای مزمنی نظیر دیابت نوع ۲، بیماریهای قلبی-عروقی، استئوپروز، افزایش می‌یابد. بیماریهای مزمن، مشکلات بالینی،

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استاد گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۵ دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی مناطق شرق شهر تهران، در سال ۱۳۹۰ انجام شد. مزیت این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی در این است که این مطالعه علاوه بر بررسی مولفه‌های بیشتر در رابطه با کیفیت زندگی در سالمندان، به بررسی نقش بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی اقدام نموده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش تحلیلی در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل ۴۲۴ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر عضو کانونهای سالمندی مناطق شرق شهر تهران بود. سن ۶۰ سال و بالاتر، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، برخورداری از هوشیاری ذهنی و توانایی پاسخگویی به سوالات، عدم وجود مشکل روانی محرز توسط پزشک، به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد و سالمندان با مشکلاتی از قبیل اختلال گفتاری، کاهش شنوایی شدید، عدم هوشیاری، دمانس (زوال عقل) و آلزایمر، عدم آگاهی به زمان و مکان از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول
$$\frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$
 ، با فرض اینکه ۵۰٪ افراد سالمند کیفیت زندگی مطلوب دارند و به منظور دستیابی به حداکثر حجم نمونه $d=0/05$ و همچنین سطح اطمینان ۹۵٪ حدود ۳۸۵ نفر بدست آمد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ خطای نمونه گیری، حجم نمونه حداقل ۴۲۴ نفر محاسبه گردید.

روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت تصادفی صورت گرفت. بدین ترتیب که از روی نقشه مناطق ۱۳ و ۸ شهرداری تهران به صورت تصادفی از بین مناطق شرق تهران انتخاب شدند. از بین مناطق شرق تهران با اطلاعات بدست آمده از کانون سالمندان

اجتماعی و روانی فراوانی را بدنبال خواهد داشت که این مشکلات به نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی و روانی افراد سالمند شده و کاهش کیفیت زندگی را بدنبال دارد (۳). درحالیکه زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های محققان و پژوهشگران در قرن کنونی است، بیماری‌های مزمن برای مدت‌های طولانی با فرد همراه هستند، لذا نیازمند دوره طولانی درمان هستند و این امر منجر به افزایش تقاضا برای دریافت خدمات درمانی می‌شود و سطح تقاضا برای دریافت خدمات درمانی تا زمانیکه بیماریهای مزمن کاملاً کنترل نشده، همچنان افزایش خواهد یافت و این امر می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان گردد (۵و۵).

در طی دهه‌های اخیر، کیفیت زندگی به عنوان بخشی از سلامتی شناخته شده و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را بصورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان تعریف می‌نماید (۷). سنجش کیفیت زندگی سالمندان به بررسی وضعیت سلامتی آنان، اثربخشی مداخلات پزشکی و سلامتی، ارزیابی بیماریها، تخمین هزینه اثربخشی سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان و انجام برنامه ریزی کمک می‌نماید (۸). از سوی دیگر، بیماری‌های مزمن موجب افزایش وابستگی و نیاز به مراقبت در سالمندان و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (۹).

اگرچه مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی افراد سالمند در کشورهای مختلف انجام شده است (۱۰-۱۲)، ولی محدودیت مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ایران سبب شد که پژوهشگران به بررسی کیفیت زندگی در سالمندان شهر تهران بپردازند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر

تقریباً سالمندان تحت پوشش ۲ منطقه با هم برابرند. ۵۰٪ نمونه از منطقه ۸، ۵۰٪ نمونه از منطقه ۱۳ انتخاب گردیدند. سپس برای به حداقل رساندن سوگرایی احتمالی، افراد بطور تصادفی از همه کانون‌های سالمندی تحت پوشش اداره کل سلامت شهرداری و فرهنگسرای سالمند مناطق مربوطه انتخاب شدند. در نهایت اطلاعات به کمک پرسشنامه و چک لیست سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن به روش مصاحبه چهره به چهره جمع‌آوری شد. وجود بیماری‌های مزمن شامل بیماری‌های قلبی عروقی، درد مزمن کمر، دردهای مفصلی، فشارخون بالا، دیابت نوع ۲، بالا بودن میزان چربی خون، افسردگی و اضطراب، بیماری‌های مزمن گوارشی از طریق مصاحبه از سالمندان استخراج گردید و در چک لیست ثبت گردید. پرسشنامه گردآوری داده‌ها مشتمل بر دو بخش بود؛ قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و درآمد بود. قسمت دوم پرسشنامه شامل سوالات مرتبط با کیفیت زندگی می‌باشد که گردآوری داده‌ها در این بخش به کمک پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی (SF36) انجام شد.

این پرسشنامه از دو زیر مقیاس کلی سلامت جسمی و سلامت روانی تشکیل شده است که مقیاس سلامت جسمی شامل ۴ زیر مقیاس عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمانی، سلامت عمومی، درد جسمی و مقیاس سلامت روانی نیز شامل ۴ زیر مقیاس شادابی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش متاثر از مشکلات عاطفی، سلامت روانی می‌باشد. نمره کیفیت زندگی برای حیطه‌های هشت گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت محاسبه و سپس به امتیاز بین صفر تا صد تبدیل گردید. در هر یک از ابعاد، امتیاز صفر بیانگر پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و

امتیاز صد، بالاترین سطح کیفیت زندگی می‌باشد. پرسشنامه SF36 به علت کوتاه و جامع بودن از پرکاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا می‌باشد. اغلب از این مقیاس برای ارزیابی یا ارزشیابی کارایی خدمات مراقبت بهداشتی استفاده می‌شود. این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در ایران هنجاریابی شده است (۱۴ و ۱۳).

روایی و پایایی گونه فارسی این پرسشنامه در مطالعه‌ای توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) مورد ارزیابی قرار گرفت. آزمون پایایی با استفاده از تحلیل آماری "همخوانی داخلی" و آزمون روایی با استفاده از روش "مقایسه گروه‌های شناخته شده" و "روایی همگرایی" مورد بررسی قرار گرفت که به جز مقیاس نشاط ($\alpha=0.765$) سایر مقیاس‌ها از ضریب پایایی ۰/۷۷-۰/۹ برخوردار بودند (۱۴).

یافته‌ها

از مجموع ۴۲۴ فرد شرکت کننده در این مطالعه ۱۵۴ نفر (۳۶/۳ درصد) مرد و ۲۷۰ نفر (۶۳/۷ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی سالمندان $67/34 \pm 16/7$ بود که جدول یک، یافته‌های مربوط به مشخصات فردی و مرتبط با سلامت و بیماری جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد (جدول ۱).

براساس نتایجی که بر پایه خودگزارشی سالمندان بدست آمد، ۹۲/۲ درصد (۳۹۱ نفر) افراد حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌بردند که ۸۴/۲ درصد (۳۵۷ نفر) آنان به بیش از یک بیماری مبتلا بودند و تنها ۷/۸ درصد (۳۳ نفر) سالم بودند. با توجه به یافته‌های حاصل، بیشترین درصد بیماری مزمنی که واحد مورد پژوهش به آن مبتلا بود، به ترتیب دردهای مفصلی ۶۱/۳ درصد، پرفشارخونی ۵۳/۵ درصد، بالا بودن میزان چربی خون ۴۶/۷ درصد بوده است (جدول ۲).

است ($r=0/22, p<0/001$). ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی، با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مورد بررسی قرار گرفته است که در تمام ابعاد هشت گانه اختلاف آماری معنی دار بوده، بطوریکه سالمندانی که وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند نسبت به افرادی متعلق به طبقات اقتصادی متوسط و خوب، در تمام ابعاد هشت گانه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند ($p<0/001$). با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون T-test چنین استنباط شد که وجود بیماریهای مزمن با تمام حیطه‌های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات عاطفی، سلامت روان و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری داشت ($p<0/05$). بعلاوه میانگین امتیازهای تمام ابعاد کیفیت زندگی سالمندان سالم بالاتر از سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن بود (نمودار ۱).

ضریب همبستگی پیرسون یک رابطه معکوس و منفی بین تعداد بیماریهای مزمن و سلامت جسمی - روانی را نشان داد که با توجه به مقادیر بدست آمده، رابطه بین سلامت جسمی و تعداد بیماری مزمن قوی تر از ارتباط بین سلامت روانی و تعداد بیماری مزمن می باشد (جدول ۳).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر، بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی به ترتیب متعلق به ابعاد عملکرد اجتماعی، سلامت روان، ایفای نقش متاثر از مشکلات عاطفی و عملکرد جسمی و پایین ترین میانگین امتیازها به ترتیب مربوط به ابعاد درد جسمی، ایفای نقش متاثر از مشکلات جسمی، سلامت عمومی و نشاط بود. بیشترین تفاوت در میانگین امتیازها در بعد عملکرد جسمی مشاهده شد و سالمندان سنین ۷۵ سال و بالاتر نسبت به افراد سنین ۶۰-۷۴ سال، از میانگین امتیازهای پایین تری برخوردار بودند. ارتباط بین کیفیت زندگی با جنسیت با استفاده از آزمون t-test مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده بین تمام ابعاد کیفیت زندگی و جنسیت رابطه معنی داری وجود داشت. به طوریکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان در مقایسه با مردان در وضعیت نامطلوب تری قرار داشت ($p<0/001$). ارتباط آماری معنی داری بین میانگین کیفیت زندگی کلی و وضعیت تاهل مشاهده شد، بدین معنی که در افراد متاهل کیفیت زندگی بالاتر از افراد مطلقه/ بیوه بود ($p=0/02$). در ارتباط بین میزان تحصیلات و سطح کیفیت زندگی اختلاف معنی دار و مثبتی مشاهده شد. به گونه‌ای که با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افزایش یافته

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

متغیر	مرد (n=۱۵۴) %۳۶/۳	زن (n=۲۷۰) %۶۳/۷	کل (n=۴۲۴) %۱۰۰
گروه‌های سنی	تعداد	تعداد	تعداد
۶۰ تا ۷۴ سال	۱۰۳	۲۴۶	۳۴۹
۷۵ سال به بالا	۵۱	۲۴	۷۵
وضعیت تاهل	تعداد	تعداد	تعداد
متاهل	۱۴۱	۱۶۶	۳۰۷
	درصد	درصد	درصد
	۶۶/۹	۹۹/۱	۸۲/۳
	۳۳/۱	۸/۹	۱۷/۷
	۹۱/۶	۶۱/۵	۷۲/۴

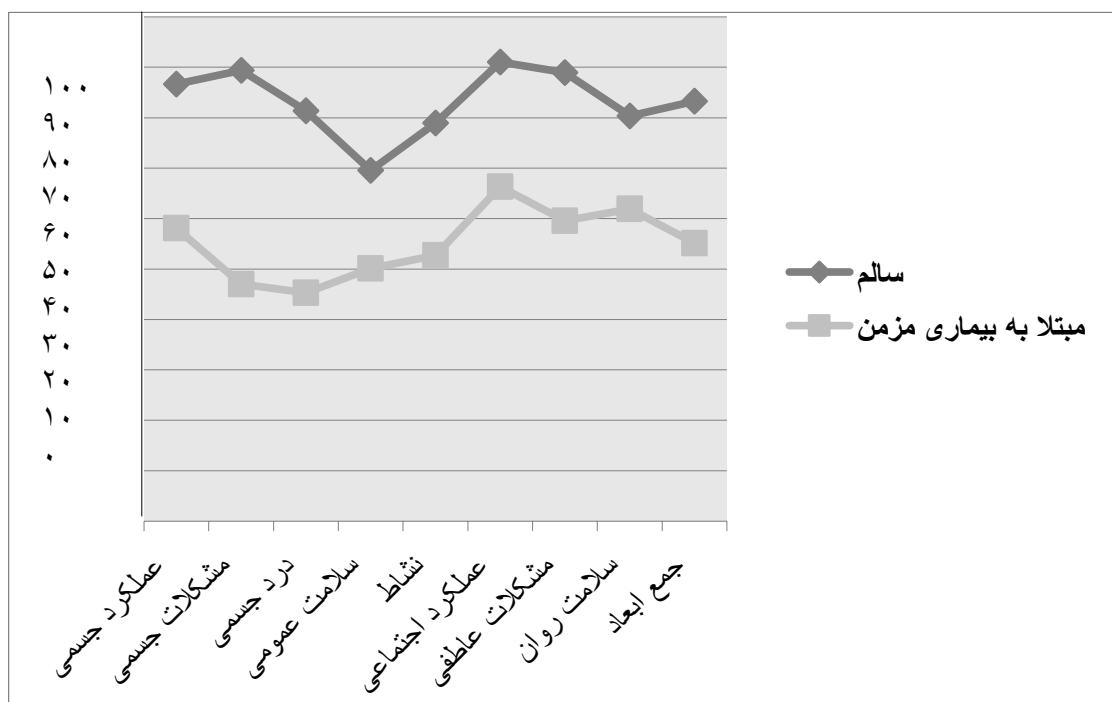
۰/۵	۲	۰/۴	۱	۰/۶	۱	مجرد
۱/۷	۷	۱/۹	۵	۱/۳	۲	متارکه/مطلقه
۲۵/۵	۱۰۸	۳۶/۳	۹۸	۶/۵	۱۰	همسر فوت شده
						تحصیلات
۲۶/۲	۱۱۱	۲۸/۵	۷۷	۲۲/۱	۳۴	بی سواد
۳۹/۲	۱۶۶	۴۱/۵	۱۱۲	۳۵/۱	۵۴	ابتدایی
۱۵/۸	۶۷	۱۸/۱	۴۹	۱۱/۷	۱۸	سیکل
۱۲/۷	۵۴	۸/۹	۲۴	۱۹/۵	۳۰	دیپلم
۶/۱	۲۶	۳	۸	۱۱/۷	۱۸	فوق دیپلم و بالاتر
						وضعیت اقتصادی
۴/۷	۲۰	۳/۳	۹	۷/۱	۱۱	ضعیف
۵۲/۶	۲۲۳	۵۷/۸	۱۵۶	۴۳/۵	۶۷	متوسط
۴۲/۷	۱۸۱	۳۸/۹	۱۰۵	۴۹/۴	۷۶	خوب
						وضعیت سلامتی
۷/۸	۳۳	۳/۳	۹	۱۵/۶	۲۴	سالم
۹۲/۲	۳۹۱	۹۶/۷	۲۶۱	۸۴/۴	۱۳۰	مبتلا به بیماری مزمن

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماری مزمن شایع در بین جمعیت مورد بررسی (n=۴۲۴)

نوع بیماری مزمن	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
دردهای مفصلی	۲۶۰	۶۱/۳
پرفشارخونی	۲۲۷	۵۳/۵
چربی خون بالا	۱۹۸	۴۶/۷
کمردرد	۱۴۹	۳۵/۱
پوکی استخوان	۱۴۵	۳۴/۲
بیماری قلبی عروقی	۱۳۵	۳۱/۸
اضطراب	۱۳۵	۳۱/۸
دیابت نوع ۲	۱۰۵	۲۴/۷
افسردگی	۹۴	۲۲/۲
بیماریها و اختلالات گوارشی	۸۲	۱۹/۳
بیماری های مزمن تنفسی	۵۰	۱۱/۸
سکته قلبی	۴۹	۱۱/۶
سرطان	۷	۱/۷

جدول ۳: همبستگی بین دو بعد کلی سلامت جسمی - روانی و تعداد بیماری های مزمن

کیفیت زندگی		ارتباط آماری
سلامت جسمی	سلامت روانی	
-۰/۵۵	-۰/۴۷	ضریب همبستگی پیرسون
$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	تعداد بیماری مزمن
		مقدار احتمال



نمودار ۱: ارتباط بین وضعیت سلامتی و میانگین امتیازات ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

بحث

کیفیت زندگی خود را پایین تر از مردان گزارش نمودند. در ریشه یابی این مسئله می توان به عوامل متعددی اشاره نمود. نخستین عامل این است که در مطالعات مختلف عموماً شیوع بیماری های مزمن در زنان در مقایسه با مردان بالاتر بوده، در پژوهش حاضر نیز نسبت ابتلا به بیماری مزمن در زنان تقریباً دو برابر مردان بوده، بنابراین همین امر می تواند علت پایین تر

بر اساس یافته های پژوهش حاضر کیفیت زندگی مردان سالمند در تمام ابعاد نسبت به زنان بالاتر بود. بعلاوه این یافته ها در مطالعه Sabbah و همکاران (۲۰۰۶) در کشور لبنان، نجاتی و همکاران (۱۳۸۷) در کاشان، آهنگری و همکاران (۱۳۸۷) در تهران نیز تایید گردیده است (۱۷-۱۵). به طور کلی در این مطالعه زنان سطح

بودن کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان باشد و از سوی دیگر بررسی‌های مشابه بیانگر این مسئله بود که زنان به این علت که از سطح درک و آگاهی بالاتری نسبت به بیماری‌ها برخوردار می‌باشند و به علائم بیماری‌ها توجه بیشتری مبذول می‌دارند. لذا، سطح سلامتی خود را نامطلوب‌تر از مردان ارزیابی می‌کنند. بعلاوه محدود بودن فعالیت فیزیکی زنان در بیرون از خانه، حساسیت بیشتر زنان در مواجهه با رویدادهای ناگوار و فرا رسیدن دوران یائسگی در زنان نیز در زمینه تفاوت سطح کیفیت زندگی زنان و مردان موثر دانسته شده است (۱۶ و ۱۸).

همچنین بین سطح کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات، اختلاف معنی دار مشاهده گردید. به گونه‌ای که با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افزایش یافت. مطالعه انجام شده توسط آهانگری و همکاران (۱۳۸۷) و حبیبی و همکاران (۱۳۸۶) همسو با نتایج پژوهش حاضر بود (۱۷ و ۱۹). این یافته‌ها می‌تواند موید این مطلب باشد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر، از موقعیت اجتماعی اقتصادی بهتری نیز برخوردار می‌شوند و تعامل مناسب‌تری با محیط برقرار می‌کنند. بنابراین، تحصیلات در برخورداری از یک زندگی سالم‌تر موثر می‌باشد. اولین مطالعه مقایسه‌ای بین المللی که توسط Huguet و همکاران (۲۰۰۸) به منظور بررسی ارتباط بین سطح درآمد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان آمریکایی و کانادایی انجام گرفت، ارتباط معنی دار و مثبتی بین سطح درآمد خانواده و کیفیت زندگی در سالمندان آمریکایی مشاهده گردید، اما شواهد روشنی برای چنین ارتباطی در سالمندان کانادایی وجود نداشت. در این مطالعه، محققین به منظور تبیین این ارتباط، به نقش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی در ایالات متحده و کانادا اشاره نموده اند، که یافته‌های این مطالعات با

نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشند (۲۰). با توجه به اینکه ارتباط آماری معنی داری بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل وجود دارد، افراد متاهل، دارای میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری بودند. همچنین، مطالعات مختلف نشان داد که افراد متاهل کیفیت زندگی بهتر و احساس تنهایی کمتری نسبت به زنان مطلقه و بیوه دارند. به طوریکه در مطالعه Thomopoulou و همکاران (۲۰۱۰) در یونان که با هدف بررسی تاثیر احساس تنهایی بر سطح کیفیت زندگی در میان سالمندان انجام شد، افراد متاهل میانگین کیفیت زندگی بالاتر و احساس تنهایی کمتری از سالمندان همسر فوت شده و مطلقه داشتند (۲۱).

در مطالعه حاضر نیز سالمندان متاهل نسبت به سایر سالمندان از سطح سلامت جسمی و روانی مطلوب‌تری برخوردار بودند و از آنجایی که تنهایی و انزوا به عنوان یک معضل جدی برای سلامت و از مهم‌ترین عوامل بروز بیماری‌های مختلف در بین سالمندان شناخته می‌شود، بنابراین توجه به محیط‌های حمایتی و توانمندسازی سالمندان به منظور ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، عاطفی ضروری است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان با وضعیت سلامتی آنان ارتباط آماری معنی داری دارد. به طوریکه میانگین نمره کیفیت زندگی در تمام ابعاد هشت گانه در سالمندان سالم در مقایسه با سالمندانی که حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بودند، بالاتر بود. در تایید این امر در مطالعه‌ای که وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر تهران انجام دادند، محققین وضعیت سلامتی فرد را به عنوان یک عامل پیشگویی کننده موثر بر سطح کیفیت زندگی دانستند (۲۲). مطالعه Alonso و همکاران (۲۰۰۳) که به عنوان یک پروژه مطالعاتی بین المللی به بررسی

خود برای پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت می‌باشند. در مطالعه حاضر جهت بررسی سالمندان در زمینه ابتلا به بیماری‌های مزمن از روش خود گزارشی استفاده شد.

بنابراین، این احتمال وجود داشت که برخی از سالمندان، به دلیل عدم مراجعه منظم به پزشک از وضعیت جسمی و سلامتی خود اطلاعات دقیقی نداشتند که این مورد از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که تحت تأثیر افزایش تعداد بیماری‌های مزمن، سطح کیفیت زندگی کاهش یافته است. با توجه به اینکه تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در کشور ما رو به افزایش است؛ بنابراین، در این راستا افراد جامعه نیازمند تغییر عادات و رفتارهای بهداشتی خود، برای پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت می‌باشند که با رویکردهای مداخله‌ای و آموزشی مناسب بر پایه تئوری‌ها و مدل‌های آموزش بهداشت در زمینه موضوعاتی نظیر تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، عوامل خطر بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های دوران سالمندی و با ترغیب سالمندان به منظور اتخاذ رفتارهای سالم در راستای ارتقاء سلامت آنان گام‌های اساسی برداشت، بنابراین به سیستم‌های ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌گردد با نهادینه کردن شیوه زندگی سالم در دوران کودکی و نوجوانی به منظور بهبود عملکرد، به تعویق انداختن ناتوانیها در راستای حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی در دوران سالمندی تلاش نمایند. به علاوه بررسی تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی سالمندان و انجام برنامه‌ریزی‌های مدون و کلان در سطح کشور توانمند سازی سالمندان و توجه به عوامل حمایتی، می‌تواند در جهت اعتلای سطح کیفیت زندگی آنان موثر واقع گردد.

ارتباط کیفیت زندگی با بیماری‌های مزمن در هشت کشور ایتالیا، نروژ، آمریکا، ژاپن، آلمان، دانمارک و فرانسه و هلند پرداختند، نیز نشان داد که کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن بدتر از سایر افرادی بوده که بیماری مزمنی را گزارش نکردند (۲۳).

بیماری‌های مزمن بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار می‌باشند و موجب بروز ناتوانی و کاهش توانایی زندگی مستقل و افزایش نیاز به مراقبت‌های طولانی مدت می‌گردند. به طوریکه با بهبود وضعیت سلامت می‌توان کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشید. بنابراین، به سیستم‌های ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌گردد، بدون در نظر گرفتن سن به تداوم درمان به منظور بهبود عملکرد، تاخیر انداختن ناتوانی و پیشگیری از عوارض در سالمندان تأکید نمایند. با توجه نتایج بدست آمده در جدول ۳، رابطه معنی داری بین سلامت جسمی- روانی با تعداد بیماری مزمن ($p < 0/05$) وجود دارد. به طوریکه در این مطالعه با افزایش تعداد بیماری‌های مزمن کیفیت زندگی سالمندان در تمام ابعاد هشت گانه کاهش یافته بود. همچنین، در مطالعه crouchley و همکاران (۲۰۰۷) با افزایش تعداد بیماری‌های مزمن کاهش معنی داری در میانگین امتیازهای همه ابعاد کیفیت زندگی مشاهده گردید (۲۴).

بعلاوه نتیجه مطالعه حاضر با تحقیق حبیبی و همکاران (۱۳۸۶) هم خوانی دارد (۱۹). در مطالعه آنان نیز افزایش تعداد بیماری‌های مزمن موجب اثرات منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شد و با افزایش تعداد بیماری‌های مزمن سطح کیفیت زندگی کاهش یافته است.

با توجه به اینکه تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در کشور ما رو به افزایش است، بنابراین در این راستا افراد جامعه نیازمند تغییر عادات و رفتارهای بهداشتی

تشکر و قدردانی

قدردانی خود را از مدیریت محترم اداره کل سلامت معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، مسئولین و سالمندان محترم اعلام می‌دارند.

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب سپاس و

منابع

1. Lee TW, Ko Is & lee kJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs Stud* 2006 Mar; 43(3): 293-300.
2. Siam SH. Economic situation of the elderly. Tehran: World Health; 2001: 110[Book in Persian].
3. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S & Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J Med Sci* 2003 Oct; 33(5): 335-40.
4. Millies MD, Crighton LJ & McMurdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. *Int J Cardiol* 2007 Mar; 116(1): 40-5.
5. Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L & Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Apr; 25(4): 314-21.
6. Heller DA, Ahern FM, Pringle KE, Brown TV & Glessner MR. Change in elderly women's health-related quality of life following discontinuation of hormone replacement therapy. *BMC Women Health* 2005; 5(7): 1-15.
7. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpacı F & Ozturk B. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001 Dec; 24(6): 490-5.
8. Lips P & Van Schoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis. *Osteoporosis International* 2005 May; 16(5): 447-55.
9. Povlsen JV & Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis(AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. *Perit Dial Int* 2005 Feb; 25(3): 60-3.
10. Dragomirecka E, Bartonova J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K, et al. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clin Psychol Psychother* 2008; 15(3): 193-204.
11. Knurowski T, Van Dijk JP, Geckova AM, Brzyski P, Tobiasz Adamczyk B & Van Den Heuvel WJ. Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland. *Soz Praventivmed* 2005; 50(3): 177-85.
12. Kaldi AR. A study on physical, social and mental problems of the elderly in District 13 of Tehran. *Middle East Journal of Age and Ageing* 2004 Jul; 1(1): 31-9.
13. Eshaghi SR, Ramezani MR, Shamsanaee A & Pooya A. Validity and Reliability of the Short Form- 36

Items Questionnaire as a Measure of Quality of Life in Elderly Iranian Population. *American Journal of Applied Sciences* 2006; 3(3): 1763-6.

14. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M & Gandek B. The Short Form Health Survey(SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005 Apr; 14(3): 875-82.

15. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N & Mercier M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1(1): 30.

16. Nejati V & Ashayeri H. Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(1): 56-61[Article in Persian].

17. Ahangari M, Kamali M & Arjmand Hesabi M. A Study of quality of life among older people with hypertension and low back pain. *Salmand Spring* 2008; 3(7): 26-32[Article in Persian].

18. Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L & Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica* 2009 Oct; 25(10): 2159-67.

19. Habibi A, Savadpour MT, Molaie B, Shamshiri M & Ghorbani M. The level of physical activity and prevalence of chronic diseases in the elderly, West of Tehran in 2007. *Iranian Journal of Ageing* 2007; 4(13): 68-78[Article in Persian].

20. Hugué N, Kaplan MS & Feeny D. Socioeconomic status and health-related quality of life among elderly people: Results from the Joint Canada/United States Survey of Health. *Social Science & Medicine* 2008 Feb; 66(4): 803-10.

21. Thomopoulou I, Thomopoulou D & Koutsouki D. The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *JBE* 2010; 6(2): 13-28.

22. 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* 2005 Apr; 4(2): 113-20[Article in Persian].

23. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment(IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004 Mar; 13(2): 283-98.

24. Crouchley K & Daly A. Chronic disease and quality of life in Western Australia. *Western Australia: Department of Health*; 2007: 1-33.

The Impact Of Chronic Diseases On The Quality Of Life Among The Elderly People In The East Of Tehran

Esmaeili Shahmirzadi Sima¹(MSc.) - Shojaeizadeh Davoud²(Ph.D)
Azam Kamal³(Ph.D) - Salehi Leili⁴(Ph.D) - Tol Azar⁵(Ph.D)
Moradian Sorkhkolaei Monavvar¹(MSc.)

1 Master of Sciences in Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 Professor, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3 Assistant Professor, Epidemiology & Biostatistics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Ph.D in Health Education and Promotion, School of Public Health, Alborz University of Medical Science, Karaj, Iran
5 Ph.D in Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Feb 2012
Accepted : Jul 2012

Background and Aim: Increase in life expectancy is associated with non-communicable diseases. This study is aimed to survey the effect of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in elderly care centers in the East of Tehran in 2011.

Materials and Methods: This is an analytical study in which 424 people were randomly selected. They were members of elderly care centers and were 60 years of age or higher. The data collection instruments were a standard quality-of-life questionnaire(SF36) and a chronic diseases record checklist. The data were collected in an interview. For data analysis purposes, Independent T-Test, ANOVA, and Pearson correlation coefficient were used.

Results: The mean age of participants was 67.34 ± 7.16 . Some 92.2% of patients were suffering from at least one chronic disease, and there was a significant statistical difference between the mean points of all aspects of quality of life of those suffering from chronic diseases and those without a history of chronic diseases($P < 0.001$). Moreover, there was a significant relationship between the quality of life on the one hand and gender, marital status, economic status, and education on the other($P < 0.05$).

Conclusion: The findings show that an increase in the number of chronic diseases leads to a decrease in the quality of life, and that the application of appropriate educational and interventional approaches can help take effective steps to enhance the old people's health.

Key words: Chronic Diseases, Elderly, Quality of Life

* Corresponding Author:
Shojaeizadeh D ;
E -mail:
Shojaee @ sina.tums.ac.ir