

Research Paper**Relationship between the “Quality of Life” and Symptoms of Depression among Older Adults**Saeed Saeidimehr¹, Sahar Geravandi², Azadeh Izadmehr³, *Mohammad Javad Mohammadi⁴

1. Ahvaz Branch, Shakhes Pajouh Institute, Ahvaz, Iran.

2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Department of Psychology, School of Psychology & Educational Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4. Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Citation: Saeidimehr S, Geravandi S, Izadmehr A, Mohammadi MJ. [Relationship between the “Quality of Life” and Symptoms of Depression among Older Adults (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(4):90-99. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110190>**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/sija-110190>

Received: 16 Nov. 2015

Accepted: 18 Jan. 2016

ABSTRACT**Objectives** With regard to increasing aging population in Iran, depression severely decreases the “quality of life” in this age group and successively seclusion and getting away from society and social activities will ensue. Therefore, this study aimed to determine the relationship between “quality of life” and depression among the retired older people.**Methods & Materials** This cross-sectional and correlational study included 200 retired elderly people who worked in Ahvaz Oil Industry, Iran using convenience sampling method. The data were collected by the quality of life questionnaire (SF-12) and depression questionnaire (GDS) and then analyzed by the Pearson correlation coefficient, ANOVA, and regression analysis using SPSS version 16.**Results** It was found that the older people in the age range of 61–65 years had the highest frequency (46.5%) and the older people in the age ranges of 71–75 and 76–80 years had the lowest frequencies (0% and 5%, respectively). In this study, the mean (SD) age of the participants was 65 (4) years. The older people in different age groups expressed pretty similar “quality of life” and depression signs and symptoms, and there were no significant differences among them with respect to dependent variables (“quality of life” and depression) ($P > 0.05$, $F = 1.57$). In terms of education, the highest frequency was seen in the under diploma group (44%), and the lowest frequency was seen in the postgraduate group (1.5%). With regard to the history of internal diseases, the elderly with hypertension had the highest frequency (37%). The mean (SD) score of “quality of life” among the old subjects was 27.9 (6.4) and depression signs and symptoms was 4.35(4.2). There is a significant and negative relationship between depression and “quality of life” among the elderly ($P < 0.001$).Moreover, the prediction of depression signs and symptoms is significant based on the dimensions of “quality of life” (physical and mental dimensions) ($P < 0.05$, $F = 1.57$). There were significant differences between normal elderly people and sick elderly people who suffered from diabetes, hypertension, or cancer with respect to “quality of life.”**Conclusion** Our study results showed a significant relationship between depression and “quality of life” in the old age. Therefore, the relevant factors to the “quality of life” among the older people must be considered. The self-confidence in the elderly people can be increased by establishing peaceful relations, involving them in constructive activities, and by promoting hope for their future. Prevention and reducing the causes of depression as well as its treatment can improve the quality of life for the older people.**Key words:**Quality of life,
Depression, Aging,
Ahvaz, Iran*** Corresponding Author:****Mohammad Javad Mohammadi, PhD Candidate****Address:** Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.**Tel:** +98 (935) 5439707**E-mail:** mohamadi.m@ajums.ac.ir

رابطه کیفیت زندگی با علایم افسردگی در سالمندان

سعید سعیدی‌مهر^۱، سحر گراوندی^۲، آزاده ایزدمهر^۳، محمدجواد محمدی^۴

- ۱- پژوهشکده شاخص پژوه، اهواز، ایران.
- ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۲۵ آبان ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۲۸ دی ۱۳۹۴

اهداف با توجه به روند روبه‌افزایش جمعیت سالمند در ایران، افسردگی کیفیت زندگی را در این گروه سنی به شدت کاهش می‌دهد و به دنبال آن، سبب انزوای و دوری از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین رابطه کیفیت زندگی با علایم افسردگی در سالمندان بازنشسته شرکت صنعت نفت اهواز بود.

مواد و روش‌ها این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را ۲۰۰ نفر از سالمندان بازنشسته صنعت نفت اهواز که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند، تشکیل می‌دادند. برای سنجش کیفیت زندگی پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۱۲) و برای علایم افسردگی پرسشنامه افسردگی (GDS) به کار رفت و نتایج پژوهش به روش تحلیل واریانس و رگرسیون چندمتغیره و با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها براساس نتایج این مطالعه، سالمندان گروه سنی ۶۵-۶۱ سال بیشترین فراوانی را با حدود ۴۶/۵ درصد و سالمندان گروه سنی ۷۱-۷۵ سال و ۸۰-۷۶ سال هریک کمترین فراوانی را با حدود ۵ درصد نمونه به‌خود اختصاص داده بودند. در این مطالعه میانگین سنی نمونه‌ها ۶۵±۴ سال بود. سالمندان گروه‌های سنی مختلف از کیفیت زندگی و علائم افسردگی تقریباً یکسانی برخوردار بودند و از نظر هیچ‌یک از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و علائم افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$ و $F = 1/57$). از نظر تحصیلات، بیشترین فراوانی در گروه سیکل با حدود ۴۴ درصد و کمترین فراوانی در گروه فوق‌لیسانس با حدود ۱/۵ درصد دیده شد و از نظر سوابق بیماری‌های داخلی، افراد مبتلا به پرفشاری خون بیشترین فراوانی را با حدود ۳۴ درصد در میان انواع دیگر بیماری‌ها داشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در حد ۲۷/۹±۶/۴ علایم افسردگی ۴/۲±۳/۵ بود. بین کیفیت زندگی و افسردگی سالمندان رابطه منفی معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0.001$). براساس یافته‌های پژوهش حاضر، رگرسیون پیش‌بینی علایم افسردگی سالمندان از روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کیفیت جسمانی و کیفیت روانی) معنی‌دار است ($F = 1/57$ و $P < 0.05$). براساس نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری از نظر کیفیت زندگی در میان سالمندان بدون بیماری و سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیابت، فشارخون و سرطان وجود داشت. همچنین، میان سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان مبتلا به بیماری سرطان، تفاوت معنی‌داری از لحاظ کیفیت زندگی وجود داشت.

نتیجه‌گیری نتایج این پژوهش نشان داد در دوران سالمندی بین افسردگی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین، با توجه به نتایج مطالعه حاضر باید عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان در مراقبت از این گروه مدنظر قرار گیرد. با ایجاد روابط آرامش‌بخش برای سالمندان و اشتغال آنان در فعالیت‌های سازنده، می‌توان اعتمادبه‌نفس را در آنها افزایش داد. همچنین با تقویت امیدبه‌زندگی به آینده از ایجاد ناامیدی در سالمندان جلوگیری می‌شود. پیشگیری، کاهش عوامل ایجادکننده افسردگی و درمان افسردگی ممکن است باعث بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند شود. به‌علاوه، انجام مطالعات بیشتر در آینده توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، علایم افسردگی، سالمندی، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول:

محمدجواد محمدی

نشانی: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، دانشکده بهداشت، گروه مهندسی بهداشت محیط.

تلفن: ۵۴۳۹۷۰۷ (۹۳۵) +۹۸

پست الکترونیکی: mohammadi.m@ajums.ac.ir

مقدمه

تحقیقات نشان داده که مهم‌ترین بیماری‌های روانی سالمندان به ترتیب شامل اختلالات افسردگی، اختلالات شناختی، حالت ترس، اعتیاد و خودکشی است [۸]. مطالعات نشان می‌دهد که سالمندان به‌طور کلی در مقایسه با عموم مردم نسبت به افسردگی دانش کمتری دارند [۳-۱]. افسردگی در افراد مسن به دلیل ترکیبی از عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی و محیطی (روانی-اجتماعی) ایجاد می‌شود.

افسردگی به‌عنوان یکی از معمول‌ترین مسائل احساسی و عاطفی در سنین سالمندی شناخته می‌شود [۹ و ۱۰] و در بسیاری از موارد نیز علت افسردگی مبهم باقی می‌ماند. به‌طور کلی، مشخص شده است که افسردگی در نتیجه برخی از فعل‌وانفعالات شیمیایی در مغز اتفاق می‌افتد [۱۱ و ۱۰]. یکی از مشکلات روان‌شناسی مرحله سالمندی افسردگی است که بهداشت روانی و جسمانی سالمندان را به خطر می‌اندازد و این امر یکی از علل رایج ناتوانی در سالمندان محسوب می‌شود که شیوع آن روبه‌افزایش است [۱۳].

با توجه به جمعیت بالای سالمندی در کشور، افسردگی کیفیت زندگی را شدیداً کاهش می‌دهد و عوارضی مانند انزوای اجتماعی و دوری از جامعه و فعالیت‌های اجتماعی را در پی دارد. افسردگی علاوه بر سالمند، خانواده او را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، به‌عنوان یکی از چالش‌های اجتماعی نیز محسوب می‌شود [۱۴]. در مطالعه‌ای شیوع احساس افسردگی و تنهایی در سالمندان کل کشور ۲۲/۴ درصد گزارش شده است [۱۵].

بر اساس مطالعه باصری و همکاران که روی ۱۱۰ نفر از ساکنان خانه سالمندان مشهد صورت گرفته است، ۲۳/۹ درصد افراد مورد مطالعه نمره افسردگی ۵ یا بیشتر داشتند [۱۵]. مطالعه انجام‌شده روی سالمندان شهر تهران، نشان می‌دهد ناتوانی در میان سالمندان میزان بالایی دارد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است [۳]. مطالعات انجام‌شده در مرکز سالمندان کهریزک تهران نشان می‌دهد بیشتر سالمندان مقیم این آسایشگاه از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند [۱۶]. در این پژوهش، به بررسی رابطه کیفیت زندگی (مؤلفه‌های جسمانی-روانی) با افسردگی در سالمندان پرداخته می‌شود.

روش مطالعه

این پژوهش به‌صورت مقطعی و از نوع همبستگی بود و در آن ۲۰۰ نفر سالمند بازنشسته از جامعه کانون بازنشستگان صنعت نفت اهواز به روش تصادفی ساده انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه از افراد برای شرکت در طرح، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کانون بازنشستگان صنعت نفت اهواز فرایند نمونه‌گیری را انجام داد. سپس پرسشنامه در اختیار نمونه‌ها قرار و توضیحات لازم در مورد

سالمندی، دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این دوره یک ضرورت اجتماعی است [۱]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶، تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر اعلام کرده است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید [۱]. در سال ۲۰۰۰، در آمریکا افراد بالای ۶۵ سال ۱۳ درصد بوده است که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰، به ۲۱ درصد از کل جمعیت برسد [۲].

مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت سالمندان را ۵ میلیون و ۱۲۱ هزار و ۴۳ نفر اعلام کرده است که این میزان ۷/۲ درصد از جمعیت کشور را شامل می‌شود. این در حالی است که در سال ۱۳۹۰ جمعیت سالمندی به ۸/۲ درصد رسیده است. پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان تا سال ۲۰۵۰ در ایران به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد [۳].

در حقیقت دوران سالمندی، دوران رویارویی با چالش‌هاست. بیشتر سالمندان با بیماری‌هایی دست به گریبانند که استقلال و کیفیت زندگی‌شان را با خطر روبه‌رو کرده است. ناتوانی سالمند به‌صورت اختلال در فعالیت‌های روزانه یا نیاز به کمک در حداقل یکی از فعالیت‌های روزمره زندگی تعریف می‌شود و در مقابل، استقلال عملکردی به حضور فعال سالمند در فعالیت‌های روزانه اشاره دارد. بنابراین بررسی سطح کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزانه سالمند از راه‌های مؤثر ارزشیابی استقلال عملکردی محسوب می‌شود.

برخی از ناظران، سالمندی را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی بشری که مورد غفلت قرار گرفته است، توصیف می‌نمایند. بروز نشانه‌های سالمندی و تغییرات در ظاهر فیزیکی و نداشتن توانایی‌های قبلی، بیشتر سبب کمتر دیده‌شدن سالمندان در اجتماع شده است [۴]. کیفیت زندگی، بهترین معیار اندازه‌گیری انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های موجود استفاده می‌شود. عوامل متعددی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد؛ از جمله فقدان‌های دوره سالمندی که سازگاری شناختی و خودتکایی را کاهش می‌دهد [۵].

به‌طور کلی با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌ها و بروز ناتوانی‌ها در سال‌های پایانی زندگی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی، نیاز به کمک برای حفظ استقلال را افزایش می‌دهد. این مشکلات و مسائل متعدد که به‌طور فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد، در کاهش کیفیت زندگی در طول دوره سالمندی مؤثر است. در کشور ما نیز ۲۸ درصد از سالمندان در فعالیت‌های جسمی دچار محدودیت هستند و برای انجام فعالیت‌های معمولی زندگی نیاز به کمک دارند که این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شده است [۶ و ۷].

گروه دارای افسردگی متوسط (۱۰-۵)، افسردگی شدید (۱۵-۱۰) و فرد سالم تقسیم می‌کند. این آزمون توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵) در ایران هنجاریابی شده [۱۸] و آلفای کرونباخ (۰/۹)، تنصیف (۰/۸۹) و آزمون-بازآزمون (۰/۵۸) به دست آمده است. نقطه برش ۸ برای این فرم با حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد محاسبه شد.

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم و تعیین اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین مربوط، محققان براساس برنامه‌ریزی قبلی پس از حضور شرکت‌کنندگان در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها، توضیحات لازم را درباره دلایل انتخاب آنها برای حضور در پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه دادند. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجه شدند از پژوهشگران بخواهند تا توضیح بیشتری دهند.

تحلیل داده‌ها

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و محاسبه ضرایب پایایی روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیری، تحلیل واریانس چندمتغیری (آنوا)، آزمون‌های تعقیبی و LSD، روش‌های آلفای کرونباخ و تنصیف و برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS استفاده و سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ تعیین شده است.

یافته‌ها

سالمندان گروه سنی ۶۵-۶۱ سال بیشترین فراوانی را با حدود ۴۶/۵ درصد و سالمندان گروه سنی ۷۵-۷۱ سال و ۸۰-۷۶ سال هر کدام کمترین فراوانی را با حدود ۰/۵ درصد نمونه به خود اختصاص داده‌اند. میانگین و انحراف معیار سن کل سالمندان به ترتیب ۶۴/۷۲ و ۴/۹۲ سال است. سالمندان با سطح تحصیلات سیکل بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۴۴ درصد و سالمندان با سطح تحصیلات فوق‌لیسانس کمترین فراوانی را با حدود ۱/۵ درصد نمونه داشته‌اند. سالمندان فاقد بیماری بیشترین فراوانی را با حدود ۰/۳۷ درصد و در میان سالمندان بیمار، افراد مبتلا به پرفشاری خون بیشترین فراوانی را در میان انواع دیگر بیماری‌ها با حدود ۰/۳۴ درصد نمونه به خود اختصاص داده‌اند.

نتایج حاصل از جدول شماره ۱، نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی و افسردگی منفی و معنی‌دار است ($r=-0/51$ ، $P=0/001$). به عبارت دیگر، در صورت بهبود کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد جسمی و روانی، شیوع یا شدت علایم افسردگی در آنان کاهش می‌یابد و بالعکس، بی‌توجهی و عدم تلاش نسبت به مقوله ارتقای کیفیت زندگی

آن داده شد. پژوهشگر در این پژوهش تنها درجات همبستگی و روابط بین متغیرها را بررسی کرد و به دنبال بررسی رابطه ساده و چندگانه کیفیت زندگی با علایم افسردگی در سالمندان مرد بازنشسته صنعت نفت اهواز بود.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱

این پرسشنامه، کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود (عبارت ۱)، عملکرد فیزیکی (عبارات ۲ و ۳)، سلامت جسمانی (عبارات ۴ و ۵)، مشکلات هیجانی (عبارات ۶ و ۷)، درد جسمانی (عبارت ۸)، عملکرد اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت روان (عبارات ۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار می‌دهد. روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش روایی محتوا سنجیده و برای تعیین اعتبار ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد ($r=0/90$).

این پرسشنامه در جامعه سالمندان و کل جامعه ایرانی اعتباریابی شده و سؤالات آن هم به صورت مقیاس چندگزینه‌ای لیکرت و هم به صورت بلی و خیر است. نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات مربوط به ۱۲ پرسش به دست می‌آید. به عبارت دیگر عدد جلوی هر پاسخ، نمره به آن پرسش است که آزمونگر می‌تواند با جمع کردن نمرات هر پرسش، نمره کل پرسشنامه یا نمره کل کیفیت زندگی آزمودنی را با مراجعه به جدول وضعیت کیفیت زندگی آزمودنی تعیین کند. علاوه بر این، سؤالات ۱، ۸، ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. به عنوان مثال، نمره ۵ در عبارت شماره یک به ۱ و نمره ۱ در همان پرسش به نمره ۵ تبدیل می‌شود.

افراد برحسب نمره‌ای که در پرسشنامه کسب می‌کنند، به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی می‌شوند. نمره ۳۷-۴۸ کیفیت زندگی خوب، نمره ۳۶-۲۵ کیفیت زندگی متوسط و نمره ۲۴-۱۲ کیفیت زندگی ضعیف را نشان می‌دهد. دامنه نمرات از ۴۸-۱۲ متغیر و امتیاز بالا نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است [۱۲ و ۱۱].

پرسشنامه افسردگی^۲

این پرسشنامه توسط یساویچ برای ارزیابی افسردگی سالمندان طراحی و در سال ۱۹۸۶، فرم کوتاه ۱۵ سؤالی آن ساخته شد که برای تشخیص علایم افسردگی سالمندان دارای ویژگی ۹۰ و حساسیت ۸۰ درصد است [۱۷]. او گروه تحت بررسی را به سه

1. Short form 12 item health survey
2. Geriatric Depression scale

جدول ۱. ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و علایم افسردگی سالمندان.

تعداد نمونه	P-value	r	شاخص آماری مؤلفه‌های کیفیت زندگی در افسردگی
۲۰۰	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۳	کیفیت زندگی در زمینه جسمانی
	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۹	کیفیت زندگی در زمینه روانی

سالمند

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای تحقیق.

تعداد نمونه	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری متغیرها
۲۰۰	۶/۴۵	۲۷/۹۳(۱۱-۴۲)	کیفیت زندگی
	۳/۸۵	۱۲/۶۰(۴-۲۰)	کیفیت زندگی در زمینه جسمانی
	۳/۲۵	۱۵/۳۳(۷-۲۴)	کیفیت زندگی در زمینه روانی
	۴/۰۲	۴/۳۵(۰-۱۴)	علایم افسردگی

سالمند

سالمندان، می‌تواند منجر به افزایش علایم افسردگی در آنان شود. زندگی (جسمانی و روانی) با افسردگی سالمندان است. بدیهی است این نتایج مؤید وجود رابطه بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی در جدول شماره ۲، یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل

جدول ۳. ضرایب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های کیفیت زندگی «جسمی و روانی») با علایم افسردگی سالمندان با روش‌های ورود هم‌زمان و روش مرحله‌ای.

روش	مؤلفه‌های کیفیت زندگی	r	R ²	F	P-value
ورود	زمینه جسمانی	۰/۵۲	۰/۲۷	۳۶/۱۱	۰/۰۱۶
	زمینه روانی	۰/۴۹	۰/۲۷	۳۶/۱۱	۰/۰۰۰۱
مرحله‌ای	زمینه روانی	۰/۴۹	۰/۲۴	۶۴/۷۶	۰/۰۰۰۱
	زمینه جسمانی	۰/۵۲	۰/۲۷	۳۶/۱۱	۰/۰۰۰۱

سالمند

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (آنوا) روی نمرات کیفیت زندگی و علایم افسردگی سالمندان گروه‌های سنی مختلف.

P-value	F	مقدار	شاخص‌های آماری نام آزمون
۰/۰۹۶	۱/۵۷	۰/۰۹۴	آزمون اثر بیلابی
۰/۰۹۶	۱/۵۷	۰/۹۰۸	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۰۹۵	۱/۵۷	۰/۰۹۸	آزمون اثر هتلینگ
۰/۰۱۳	۳/۲۵	۰/۰۶۷	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی

سالمند

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات کیفیت زندگی و علایم افسردگی سالمندان با سطح تحصیلات مختلف.

شاخص‌های آماری نام آزمون	مقدار	F	P-value
آزمون اثر پیلاهی	۰/۱۶۷	۲/۸۸	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۳۵	۳/۰۰	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۹۴	۳/۱۰	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۷۷	۸/۶۴	۰/۰۰۰۱

سالمند

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های مختلف.

شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	P-value
بدون بیماری	۲۹/۸۸	۰/۰۰۳
دیابت	۲۵/۹۴	۰/۰۰۳
فشارخون	۲۶/۷۵	۰/۰۲۱
قلب	۲۹/۸۸	۰/۰۱۶
سرطان	۱۹/۰۰	۰/۰۱۶
سکته مغزی	۲۵/۶۷	۰/۰۲۱

سالمند

هیچ یک از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و علایم افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($F=1/57, P>0/05$). به عبارت دیگر، سالمندان گروه‌های سنی مختلف تقریباً از کیفیت زندگی و علایم افسردگی یکسانی برخوردارند.

با توجه به جدول شماره ۵، سطوح معنی‌داری یکی از آزمون‌ها بیانگر آن است که بین سالمندان با سطح تحصیلات مختلف حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و علایم افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=3/00, P<0/0001$). برای پی‌بردن به این تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل واریانس تک‌متغیره در متن مانوا، در جدول شماره ۵ آمده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، بین سالمندان بدون بیماری و سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیابت، فشارخون و سرطان تفاوت معنی‌داری از لحاظ کیفیت زندگی وجود دارد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین‌ها، سالمندان بدون بیماری نسبت به سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیابت، فشارخون و سرطان، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. بین سالمندان مبتلا به دیابت و سالمندان مبتلا به بیماری سرطان از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین‌ها، سالمندان مبتلا به دیابت نسبت به سالمندان مبتلا به بیماری سرطان، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند و بین بقیه موارد تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه این پژوهش ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود در متغیر کیفیت زندگی، میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۲۷/۹۳ و ۶/۴۵، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه جسمانی ۱۲/۶۰ و ۳/۸۵، در متغیر کیفیت زندگی در زمینه روانی ۱۵/۳۳ و ۳/۲۵ و در متغیر افسردگی، میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۴/۳۵ و ۴/۰۲ است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ نشان داده شده، رگرسیون پیش‌بینی علایم افسردگی سالمندان از روی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (کیفیت جسمانی و کیفیت روانی) معنی‌دار است ($F=36/11, P<0/001$). متغیر کیفیت زندگی در زمینه جسمانی با ضریب بتای ۰/۱۹ و متغیر کیفیت زندگی در زمینه روانی با ضریب بتای ۰/۳۷ می‌توانند به‌طور منفی و معنی‌داری افسردگی سالمندان را پیش‌بینی کنند. همچنین، مقدار R^2 نشان می‌دهد ۲۷ درصد از واریانس علایم افسردگی سالمندان توسط متغیرهای یادشده تبیین می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون مرحله‌ای نیز نشان داده است که متغیرهای کیفیت زندگی در زمینه روانی و کیفیت زندگی در زمینه جسمانی به ترتیب پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی سالمندان هستند.

در جدول شماره ۴ سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، به‌طور کلی بیانگر آن است که بین سالمندان گروه‌های سنی مختلف از نظر

بحث

عملکرد بدنی و کیفیت زندگی در سالمندان نشان دادند که فعالیت بدنی، ورزش و بهبود سلامت جسمانی باعث جلوگیری از اختلالات روانی از جمله روان‌پریشی، علایم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود [۲۵]. از دیگر پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه می‌توان به پژوهش ایگور و همکاران (۲۰۰۸) اشاره نمود که خفیف‌بودن میزان علایم افسردگی را در سالمندانی که دارای فعالیت بدنی و ورزش بودند به اثبات رسانده‌اند [۲۶] که این پژوهش‌ها با یافته مذکور هم‌خوانی دارند.

در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۱) ارتباط معنی‌دار بین کیفیت زندگی و علایم افسردگی مشاهده شد که با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان به این نتیجه رسید که بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی در سالمندان، ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۲۷]. جدیدی و همکاران (۲۰۱۱)، در بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی دریافتند که میانگین نمره سلامت معنوی همبستگی معنی‌داری با کیفیت زندگی سالمندان دارد [۱۲].

از دیگر پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش منتظری و همکاران (۲۰۰۵) اشاره نمود که با هدف بررسی افسردگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان انجام شد. آنان بدین نتیجه رسیدند که به‌واسطه شیوع بالای افسردگی در سالمندان و نقش مهم تنها زیستن در ایجاد آن، انجام مداخلاتی نظیر آموزش افسردگی و تشخیص زودهنگام آن، افزایش کیفیت زندگی و بسترسازی فرهنگی و معنوی ضرورت دارد [۲۸].

مکی و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود پیرامون ارتباط بین حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و افسردگی بدین نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با افسردگی همبستگی معکوس و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد [۲۹]. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اشاره‌شده همخوان است.

کینگ و هانیدز (۲۰۱۰) معتقدند متناسب با میزان رضایت یا نارضایتی سالمندان از کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی، اجتماعی، شرایط اقتصادی، وضعیت سلامت جسمی، میزان برخورداری از استقلال فردی، نوع نگرش مذهبی و شخصیت فردی آنان، درجاتی از افسردگی در آنان به‌وجود خواهد آمد. نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط دارد که با مطالعه مطلق و همکاران و رضایی و همکاران همخوانی دارد؛ به‌طوری‌که افراد در سنین بالاتر کیفیت زندگی پایین‌تری دارند [۳۰ و ۳۱].

نتیجه‌گیری نهایی

وجود ارتباط تأثیرگذار میان کیفیت زندگی و افسردگی، توجه به مقوله ارتقای کیفیت زندگی سالمندان را به راهکار عمده مقابله با بروز و تشدید افسردگی تبدیل کرده است. در این ارتباط با ایجاد و تحکیم مناسبات و روابط آرامش‌بخش برای سالمندان و اشتغال آنان

مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی با افسردگی در سالمندان می‌پردازد. کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه در حد متوسط است که این یافته را تحقیقات دیگر نیز تأیید می‌کنند. نجاتی و عشایری دریافتند نمره همه‌ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بالاتر از ۵۰ و در حد مطلوب است [۱۹]. حبیبی‌سولا و همکاران نیز دریافتند ۴۴ درصد سالمندان کیفیت زندگی خوبی داشته‌اند و میانگین کیفیت زندگی آنها متوسط است [۲۰].

برخی مطالعات نیز نشان می‌دهند کیفیت زندگی سالمندان در کشور ما چندان مطلوب نیست. احمدی و همکاران دریافتند کیفیت زندگی سالمندان کمتر از متوسط است و حدود ۴۲ درصد سالمندان از اختلالات دستگاه‌های متعدد و ۴۶ درصد نیز از اختلال خواب رنج می‌برند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی دارد [۲۱]. نجاتی نیز در بررسی‌های خود دریافت حدود ۸۶ درصد سالمندان دچار مشکلات جسمی هستند [۲۲]. به‌علاوه ساکنان آسایشگاه‌های سالمندی به‌طور متوسط به نوعی بیماری مزمن دچارند که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی دارد و آنان را نیازمند مراقبت‌های پزشکی می‌سازد [۲۳]. به‌علاوه، در این مطالعه نتایج بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری را نشان نداد.

حبیبی‌سولا و همکاران دریافتند وضعیت تحصیلی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد، به‌طوری‌که در بیشتر متغیرها افراد دارای سطح تحصیلی دیپلم به بالا، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بقیه داشتند [۲۰]. افزایش سن نیز بیشتر منجر به افت کیفیت زندگی می‌شود [۱۹]. باین‌حال، مطالعه حاضر چنین نتیجه‌ای را نشان نداد. مطالعه ما نشان می‌دهد که در صورت بهبود کیفیت زندگی سالمندان در ابعاد جسمی و روانی، شیوع یا شدت علایم افسردگی در آنان کاهش می‌یابد و بالعکس، بی‌توجهی و عدم تلاش نسبت به مقوله ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، می‌تواند منجر به افزایش علایم افسردگی در آنان شود.

در مطالعه اصلان‌خانی و همکاران (۲۰۱۰)، نشان داده شد که افزایش فعالیت‌های جسمی و ورزش در این گروه سنی، افزایش کیفیت زندگی سالمندان، تقویت ویژگی‌های شخصی مثبت، مقبولیت اجتماعی و کاهش علایم افسردگی را دربرداشته است [۱۳]. در مطالعه رفعتی و همکاران (۲۰۰۴) نیز عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی، افزایش مشارکت‌های اجتماعی و بهبود وضعیت روانی (علایم افسردگی)، بر کیفیت زندگی آنان بسیار تأثیرگذار بوده است و سالمندان افسرده کیفیت زندگی پایین‌تری داشته‌اند [۲۴].

کینگ و همکاران (۲۰۰۶)، نیز در پژوهش خود با عنوان نقش

References

- [1] Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study (Persian)]. *Payesh*. 2005; 4(4):113-120.
- [2] Shoaee F, Nejati V. [Caring services for elderly in the United States with brief look in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(1):68-78.
- [3] Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. [Evaluation of disability in Tehran elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 3(3-4):84-92.
- [4] Adib Hajbagheri M. [The survey of disabilities and the factors related to it in elderly in kashan, 2007 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 3(2):547-555.
- [5] Tajvar M, Farziyanpour F. [Elderly health and a review on different Aspects of their life (Persian)]. Tehran: Arjmand Nasle Farda; 2004.
- [6] Alipoor F, Sajjadi M, Amina F, Biglaryan A, Jalilian A. District 2 of Tehran elderly quality of life (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 3(9-10):75-83.
- [7] Habibi A, Nikpour S, Saydeoshohadaei M, Haghani H. [Quality of life and physical activity (Persian)]. *Iranian Journal of Neonatology*. 2007; 21(53):30-51.
- [8] Nejati V, Ashayeri H. [Study of the relationship between cognitive disorders and depression among the elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 1(2):112-18.
- [9] Duberstein PR, Palson S, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70 year olds followed for 15 years. *Psychological Medicine*. 2008; 38(5):663-71.
- [10] Shaamloo Gh. [What's aging and why do we get old (Persian)]. Tehran: Chehr Publication; 2005.
- [11] Omidvari S. [Spiritual health; Concepts and challenges (Persian)]. *Quranic Interdisciplinary Studies*. 2009; 1(1):5-17.
- [12] Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing*. 2011; 24(72):48-56.
- [13] Aslankhani M, Farokhi A, Shams SH, Moghadam A. [Characteristics associated with depressive symptoms in elderly disabled woman in Tehran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 5(2):46-53.
- [14] Manzouri L, Babak A, Merasi M. [The depression status of the elderly and its related factors in Isfahan in 2007 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2010; 4(4): 27-32.
- [15] Rahgozar M, Mohammad NasrAbadi M. [The feeling of depression and stress among elderly (Persian)]. *Hakim*. 2008; 2(2):103-13.
- [16] Ghahremani L, Nazari M, Mousavi MT. [Improvement of quality of life in elderly men in Kahrizak nursing home based on educational intervention (Persian)]. *Knowledge and Health*. 2009; 4(2):18-23.
- [17] Kor A, Moosavi S, Masoole R, Behnampoor N. [Assessment of the correlation between lifestyle and quality of sleep in elderly who referred to retirement center in Rasht, 2007 (Persian)]. 2007; 17(58):15-22.

در فعالیت‌های سازنده، می‌توان اعتمادبه‌نفس آنها را افزایش داد و ضعف‌های آنان را بهبود بخشید. علاوه‌براین، با تقویت امید به زندگی و شریک‌کردن آنها در فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و... امکان جلوگیری از بروز ناامیدی و افسردگی در سالمندان فراهم می‌شود. از آنجاکه این پژوهش در یک منطقه خاص جغرافیایی انجام شده است، برای تعمیم آن بررسی مشابه در کل کشور توصیه می‌شود.

از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودبودن پژوهش به کانون بازنشستگان صنعت نفت اهواز و تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوتی دارند، آزمون غربالگری برای تشخیص افسردگی و خروج افراد مبتلا به اختلالات شناختی از روند تحقیق که از گروه‌های در معرض خطر بالای افسردگی محسوب می‌شوند، اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و تقدیر خود را از مدیریت محترم کانون بازنشستگان اهواز، معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، بیمارستان بزرگ نفت اهواز و تمام سالمندانی که در فرایند انجام این تحقیق با پژوهشگران نهایت همکاری را کرده‌اند، اعلام می‌دارند.

- [18] Malakouti S, Fatholahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran (Persian)]. *Research in Medicine*. 2006; 30(4):361-369.
- [19] Nejati V, Ashayeri H. [Health-related quality of life among elderly in Kashan (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(1):56-61.
- [20] Habibi Sola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. [Quality Of Life in elderly people of west of Tehran (Persian)]. *Nursing Research*. 2008; 2(7):29-35.
- [21] Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Quality of life in Zahedan elderly population (Persian)]. *Hayat*. 2004; 10(3):61-67.
- [22] Nejati V. [Assessing the health status of elderly people in the province of Qom, 2007 (Persian)]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2009; 13(1):67-72.
- [23] Litin SC, Cortes DA, Trastek VF, Barthley HB. [Mayo clinic family health book (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Teimoorzadeh; 2000.
- [24] Rafati N, mehrabi Y, Montazeri A. [Quality of life among Kahrizak charity institutionalized Elderly People (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2004; 2(3):67-75.
- [25] King A, Proutt A, Phillips A. Comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *Gerontology*. 2006; 137(70):825-32.
- [26] Eyigor S, Karapolat H, Durmaz B. Effects of a group-based exercise program on physical performance, Muscle strength and quality of life in older women. *Gerontology and Geriatrics*. 2008; 45(3):259-271.
- [27] Hosaini M, Rezaie A, Kaikhosravi Z. [Comparison of social support and life satisfaction and happiness and depression in elderly women and men (Persian)]. *Women Sociology*. 2011; 2(14):143-162.
- [28] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. [Translate, reliability and validity of Persian SF36 scale (Persian)]. *Payesh*. 2005; 5(1):49-56.
- [29] McKee MD, Cunningham M, Jankowsk KRB, Zayas L. Health-Related Functional Status in Prenancy: Relationship to Depression and Social Support in Multi-Ethnic population. *Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2001; 97(6):988-993.
- [30] Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy (Persian)]. *Hayat*. 2008; 14(3-4):104-15.
- [31] Motlagh M, Nouri F, Shirifnia S, Mohammadnejad E, Heydari B. [Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis (Persian)]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 2(4):7-8.

