

Role of Depression, Anxiety and Demographical Factors in Predicting the Quality of Life of Retired Elderly of Gonabad City

Tavakolizadeh J.¹ *PhD*, Jamali Z.² *MA*, Safarzade S.* *MA*

*Methadone Maintenance Treatment Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

¹"Social Development & Health Promotion Research Center" and "Basic Sciences Department, Medicine Faculty", Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

²Psychology Department, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran

Abstract

Aims: As other life periods, aging is characterized by physical, mental, and social changes. In the adaptation with such changes, the elderly might face with problems such as sense of helplessness and emotional disturbances, while their quality of life is affected. The aim of this study was to determine the roles of anxiety and depression, as well as the demographic factors, in the prediction of the quality of life of the retired elderly in Gonabad Township.

Instrument & Methods: In the descriptive correlational study, the elderly, who were members of Gonabad Township Retired Center, were studied. 200 persons were randomly selected. Data was collected by four questionnaires including a demographic, Beck depression, Beck anxiety, and quality of life. Data was analyzed by SPSS 19 software using stepwise multiple regression analysis and the effect coding tests.

Findings: Mean anxiety level of the samples was 12.47 ± 7.49 . Mean depression level was 15.58 ± 11.07 . The quality of life (78.11 ± 14.58) included mental health (29.60 ± 6.24), social relationships and life environment (24.25 ± 5.66), and physical health (24.26 ± 4.71). There was a significant correlation between total mean of quality of life and depression and anxiety, but without any significant correlation with the demographic characteristics. Depression and the sum of depression and anxiety predicted 35.8% and 40.1% of the variance of quality of life, respectively. There was a lineal correlation between depression and anxiety and the quality of life. 17.9%, 30.2%, 21.3%, 39.9%, and 16.1% of the variance of quality of life were predicted by age, diploma certification, post-diploma certification, income, and marital status, respectively.

Conclusion: Anxiety, depression, and some demographic characteristics are the predictors of the quality of life of the elderly.

Keywords

Aging; Quality of life; Anxiety; Depression

* Corresponding Author

Tel: +985157222416

Fax: +985157222416

Address: Methadone Maintenance Treatment Center, Ghaffari Street, Gonabad, Iran

somayeh.safarzade@yahoo.com

Received: January 15, 2016

Accepted: April 19, 2016

ePublished: January 1, 2016

نقش افسردگی، اضطراب و عوامل جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهرستان گناباد

جهانشیر توکلی زاده PhD

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت* و گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

زهره جمالی MA

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران

سمیه صفرزاده* MA

مرکز درمان نگهدارنده با متادون، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

چکیده

اهداف: سالمندی مانند سایر دوره‌های زندگی با تغییرات بدنی، روانی و اجتماعی خاص مشخص می‌شود. سالمندان ممکن است در سازگاری با این تغییرات با مشکلاتی مانند حس درماندگی و آشفتگی‌های هیجانی روبرو شده و کیفیت زندگی آنان تحت تاثیر قرار گیرد. هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش اضطراب و افسردگی و عوامل جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهرستان گناباد بود.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در تمامی سالمندان عضو کانون بازنشستگان شهرستان گناباد انجام شد و ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ۴ پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، افسردگی بک، اضطراب بک و کیفیت زندگی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون‌های تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام و کدگذاری اثر استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین میزان اضطراب نمونه‌های پژوهش $12/47 \pm 7/49$ و افسردگی $15/58 \pm 11/07$ بود. کیفیت زندگی $(78/11 \pm 14/58)$ در برگیرنده سه بُعد سلامت روان $(29/60 \pm 6/24)$ ، روابط اجتماعی و محیط زندگی $(24/25 \pm 5/66)$ و سلامت جسمانی $(24/26 \pm 4/71)$ بود. همبستگی میانگین کلی کیفیت زندگی با افسردگی و اضطراب معنی‌دار بود ولی همبستگی معنی‌داری با متغیرهای جمعیت‌شناختی نداشت. $35/8\%$ واریانس کیفیت زندگی از طریق افسردگی و $40/1\%$ واریانس کیفیت زندگی توسط مجموع افسردگی و اضطراب پیش‌بینی شدند. بین دو متغیر افسردگی و اضطراب با متغیر کیفیت زندگی رابطه خطی وجود داشت. $17/9\%$ واریانس کیفیت زندگی توسط سن، $30/2\%$ توسط مدرک دیپلم، $21/3\%$ توسط مدرک فوق دیپلم، $39/9\%$ توسط درآمد و $16/1\%$ توسط تاهل پیش‌بینی شد.

نتیجه‌گیری: اضطراب، افسردگی و برخی از عوامل جمعیت‌شناختی پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی سالمندان هستند.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۱/۳۱

* نویسنده مسئول: somayeh.safarzade@yahoo.com

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای است که می‌توان آن را مرحله‌ای از سیر طبیعی زندگی انسان انگاشت. امروزه سالمندی به عنوان یک پدیده مهم جهانی بوده که این امر به دلیل افزایش جمعیت سالمندان جهان است. سالمندی فرآیندی است که برای همه افراد بشر پیش می‌آید و از آن گریزی نیست. پیرشدن یک تجربه شخصی و اجتماعی است و این امر می‌تواند برای عده‌ای خوشحال‌کننده و برای عده‌ای دیگر غم‌انگیز و کسالت‌بار باشد. اما باید خاطر نشان کرد که هر یک از این احساس‌ها به صورت ریشه‌ای به وسیله فرهنگ و جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند شکل می‌گیرد [۱-۳].

جمعیت سالمندان در سرتاسر دنیا روبه فزونی است. جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۱۰ حدود ۸۶۵ میلیون نفر بوده که تخمین زده شده است جمعیت سالمندان در سال ۲۰۵۰ به تعداد ۲ میلیارد نیز برسد [۴]. آنچه که دانش امروزی به آن توجه می‌کند تنها طولانی‌کردن دوران زندگی نیست. بلکه، نظر بر این است که سال‌های اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. در صورتی که چنین شرایطی تامین نشود، پیشرفت‌های علمی برای تامین زندگی طولانی‌تر با نتایج مخاطره‌آمیز روبه‌رو خواهد بود.

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مساله مهم‌تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. گروه کیفیت زندگی در سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند تعریف کرده است. کیفیت زندگی یک مفهوم با دامنه وسیع است که تحت تاثیر مجموعه‌ای از سلامت فیزیکی شخص، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و ارتباط آنها با نمودهای برجسته در محیط زندگی قرار گرفته است [۶-۷].

بهداشت روان نقش مهمی در کیفیت زندگی افراد، خصوصاً سالمندان ایفا می‌کند. افزایش کمی سالمندان، سؤالاتی را در مورد کیفیت زندگی در سالمندان نیز برمی‌انگیزد. با افزایش کمی جمعیت سالمندی، کیفیت زندگی آنها نیز ملزم است که مورد توجه قرار گیرد. عوامل مختلفی وجود دارند که بر کیفیت زندگی سالمندان اثر دارند. از جمله عوامل مهم اضطراب و افسردگی است که می‌تواند اثر مهمی روی کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. نتیجه برخی مطالعات نشان می‌دهد که وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسطی است و بیشتر مشکلات روانی و عاطفی همچون افسردگی و اضطراب باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. لذا، توجه به بهداشت روان این گروه سنی بسیار در کیفیت زندگی آنها موثر است [۸-۱۲]. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که برخی از عوامل همچون وضعیت تاهل، جنسیت و وضعیت تحصیلات نیز بر چگونگی کیفیت زندگی موثر است [۱۳، ۱۴].

میان جامعه آماری مذکور به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. داشتن رضایت آگاهانه برای مشارکت در طرح پژوهش، داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و نداشتن سابقه بیماری‌های جسمی شدید از شرایط ورود به مطالعه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ۴ پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، افسردگی بک، اضطراب بک و کیفیت زندگی استفاده شد:

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: به منظور گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته طراحی شد که حاوی سئوالاتی در زمینه میزان سن، تحصیلات، درآمد، وضعیت تاهل و جنسیت بود.

پرسش‌نامه افسردگی بک: ماده‌های پرسش‌نامه افسردگی بک اصولاً بر پایه مشاهده و تخلیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران افسرده تهیه شده است. این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل شده است و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه‌بندی کند. سئوالات ابزار با زمینه‌هایی مانند احساس شکست و ناتوانی، احساس گناه، احساس تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و ازدست‌دادن اشتها ارتباط دارند. این آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۶۳ است. کسب نمره "۰-۱۳"، "۱۴-۱۹"، "۲۰-۲۸" و "۲۹-۶۳" به ترتیب نشان‌دهنده عدم افسردگی، افسردگی خفیف، افسردگی متوسط و افسردگی شدید در فرد است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ حاصل شد. ضریب پایایی حاصل از آزمون- بازآزمون در یک زیرگروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد [۱۹-۲۱].

ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد که نشان دهنده این است که ابزار مذکور از پایایی مطلوبی برخوردار است.

پرسش‌نامه اضطراب بک: این ابزار در مجموع از ۲۱ ماده تشکیل شده است که میزان اضطراب فرد را می‌سنجد. برای تکمیل سئوالات این آزمون، از آزمودنی خواسته می‌شود سئوالات ابزار را به دقت مطالعه کند و سپس هر گزینه‌ای که بیشترین تناسب را با وضعیت حالات اضطرابی آنان دارد را انتخاب کند. سئوالات آزمون به زمینه‌هایی مانند احساس‌های فیزیولوژی و بدنی، افکار و رفتارهای ناشی از اضطراب مربوط می‌شود. کسب نمره "۰-۷"، "۸-۱۵"، "۱۶-۲۵" و "۲۶-۶۳" به ترتیب حاکی از اضطراب جزئی، اضطراب خفیف، اضطراب متوسط و اضطراب شدید است. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های زیادی مطلوب حاصل شده است [۲۲-۲۴]. مقدار آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۶ حاصل شد.

سالمندی مانند سایر دوره‌های حیات با تغییرات بدنی، روانی و اجتماعی خاص مشخص می‌شود. آثار این تغییرات عمدتاً تعیین‌کننده خوب یا بد بودن سازش‌های شخصی و اجتماعی مردان و زنان سالمند است. با وجود این، خصایص دوران پیری به احتمال زیاد به ناسازگاری‌هایی خواهد انجامید و در این سنین ناخرسندی بیش از خرسندی و خوشبختی مشاهده می‌شود [۱، ۲]. این دوره از زندگی، دوره دگرگونی و ازدست‌دادن است. تغییراتی چون بازنشستگی، انزوای اجتماعی، ازدست‌دادن همسر یا دوستان در این دوره از زندگی معمول رایج است. تعداد کمی از سالمندان می‌توانند خود را با این تغییرات سازگار کنند و بیشتر سالمندان با این وقایع خاص یا ترکیبی از رخدادها که فراتر از عمق یا توانایی و مهارت‌های مقابله ایشان است، مواجه می‌شوند و دچار یک حس درماندگی می‌شوند که در نهایت به افسردگی و اضطراب منجر می‌شود [۱۰، ۱۵، ۱۶].

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که از اختلالات شایع روان‌پزشکی در دوران سالمندی، اختلالات خلقی به ویژه افسردگی و اضطراب است. این اختلال کیفیت زندگی سالمندان را مختل نموده و خطر خودکشی در آنان را افزایش می‌دهد [۱۲، ۱۶، ۱۷]. غالباً حدود ۲۱٪ بین اضطراب و افسردگی نامشخص است. برخی از محققان بالینی معتقدند که افسردگی ناشی از اضطراب طولانی‌مدت است. در حقیقت، اضطراب یک خصوصیت شایع در اختلالات افسردگی است و بیمارانی که دچار اضطراب هستند ممکن است علایم افسردگی را نیز تجربه کنند [۱۶، ۱۸].

هرچند افزایش میزان سالمندی سابقه چنددهه‌ای در کشورهای پیشرفته دارد؛ اما برای کشورهایی مثل ایران، پدیده تازه‌ای است و این در حالی است که چالش‌های اصلی و عمده بهداشت در قرن ۲۱، زندگی با کیفیت برتر است. به همین دلیل است که امروزه با وجود پیشرفت علم و تکنولوژی پزشکی و ظهور گرایش‌های تخصصی پیری‌شناسی، همچنان که بسیاری از ابعاد شخصیتی و روانی سالمندان رشد می‌نماید و امید به زندگی برای آنان افزایش می‌یابد، باید سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی نیز به منظور حفظ و تداوم سطح بهداشت جسمی و روانی سالمندان افزایش یابد و فاکتورهای خطر و عوامل تهدیدکننده بهداشتی در زندگی آنها تشخیص داده شود تا بتوانند کیفیت زندگی مناسبی داشته باشند. با توجه به موارد یادشده، هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش اضطراب و افسردگی و عوامل جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمند بازنشسته شهرستان گناباد بود.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در تمامی سالمندان عضو کانون بازنشستگان شهرستان گناباد (حدوداً ۱۰۰۰ نفر) انجام شد. حجم نمونه پژوهش طبق جدول مورگان ۲۰۰ نفر برآورد شد که از

با صداقت کامل به سؤالات پاسخ دهند. با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان در پژوهش سالمند بوده و از سن بالایی برخوردار بودند؛ گرچه ابزارهای پژوهش از سؤالات اندکی داشتند با این حال، مدت‌زمان تکمیل ابزارها توسط افراد گروه نمونه به صورت میانگین ۴۵ دقیقه برای هر نفر به طول انجامید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS 19 استفاده شد. برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق اضطراب و افسردگی از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام برای ورود متغیرهای پیش‌بینی در مدل رگرسیون استفاده شد. به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی از تحلیل رگرسیون با کدگذاری اثر استفاده شد.

یافته‌ها

۱۵۸ نفر از نمونه‌ها (۷۹٪) مرد و ۱۸۱ نفر (۹۰/۵٪) متاهل بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ۵۵/۴۴±۶/۹۳ سال بود. ۶۳ نفر (۳۱/۵٪) دارای تحصیلات کارشناسی، ۷۵ نفر (۳۷/۵٪) فوق دیپلم، ۴۹ نفر (۲۴/۵٪) دیپلم و ۱۳ نفر (۶/۵٪) زیر دیپلم بودند. ۹ نفر (۴/۵٪) درآمدشان زیر ۲۰۰ هزار تومان در ماه، ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان و ۱۰۸ نفر (۵۴٪) بالای ۵۰۰ هزار تومان بود.

میانگین میزان اضطراب نمونه‌های پژوهش ۱۲/۴۷±۷/۴۹ و افسردگی ۱۵/۵۸±۱۱/۰۷ بود. کیفیت زندگی (۷۸/۱۱±۱۴/۵۸) در برگزیده سه بُعد سلامت روان (۲۹/۶۰±۶/۲۴)، روابط اجتماعی و محیط زندگی (۲۴/۲۵±۵/۶۶) و سلامت جسمانی (۲۴/۲۶±۴/۷۱) بود. همبستگی میانگین کلی کیفیت زندگی با اضطراب معنی‌دار بود ولی همبستگی معنی‌داری با متغیرهای جمعیت‌شناختی نداشت (جدول ۱).

۳۵/۸٪ واریانس کیفیت زندگی از طریق افسردگی و ۴۰/۱٪ واریانس کیفیت زندگی توسط مجموع افسردگی و اضطراب پیش‌بینی شدند. بین دو متغیر افسردگی و اضطراب با متغیر کیفیت زندگی رابطه خطی وجود داشت. ۱۷/۹٪ واریانس کیفیت زندگی توسط سن، ۳۰/۲٪ توسط مدرک دیپلم، ۲۱/۳٪ توسط مدرک فوق دیپلم، ۳۹/۹٪ توسط درآمد و ۱۶/۱٪ توسط تاهل پیش‌بینی شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ مبنی بر ابعاد وسیع در برگیرنده کیفیت زندگی به شکل رفاه کامل جسمانی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه‌گیری کیفیت زندگی تنها به شاخص‌های تغییر در فراوانی شدت بیماری محدود نباشد. بلکه، وضعیت سلامت افراد به طور کامل در نظر گرفته شود. پرسش‌نامه‌های زیادی به این منظور طراحی شده است ولی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت خصوصیات منحصر به فرد خود مورد توجه بیشتری واقع است. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در تحلیل عاملی نسخه ایرانی برخلاف نسخه اصلی که ۴ خرده‌مقیاس بوده است؛ ۳ خرده‌مقیاس به دست آمده است. روابط اجتماعی و سلامت محیطی روی هم رفته یک خرده‌مقیاس محسوب می‌شوند. این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که ۲۴ سؤال آن ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را می‌سنجد و ۲ سؤال اول در ابزار مذکور به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. دامنه نمرات حاصل در این ابزار ۲۴ تا ۱۲۰ هستند. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، در ایران توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۵ اعتباریابی شده و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است [۲۵]. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی بررسی شد و برای کل مقیاس کیفیت زندگی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

به منظور انجام فرآیند پژوهش بعد از کسب مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند به کانون بازنشستگان شهرستان گناباد مراجعه و اهداف پژوهش به صورت مختصر برای مدیر و معاونان کانون توضیح داده شد. پس از اعلام آمادگی این مرکز برای همکاری و همچنین اطلاع از تعداد بازنشستگان عضو نمونه محاسبه شد. سپس پرسش‌نامه‌ها در اختیار گروه نمونه پژوهش قرار گرفت و به آنان اطمینان خاطر داده شد که تمامی اطلاعات موجود در ابزارهای پژوهش به صورت محرمانه خواهد بود و جز در جهت اهداف پژوهش حاضر از آن استفاده دیگری نخواهد شد. علاوه بر این، به آنان گفته شد که ثبت اطلاعات فردی ضرورتی ندارد و سعی کنند

جدول (۱) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

شاخص	کیفیت زندگی	اضطراب	افسردگی	سن	جنسیت	تحصیلات	وضعیت تأهل
کیفیت زندگی	۱						
اضطراب	۰/۴۹۹*	۱					
افسردگی	۰/۵۹۸*	۰/۴۳۹*	۱				
سن	۰/۰۶۲	۰/۰۱۳	۰/۱۱۲	۱			
جنسیت	۰/۱۷۹	۰/۱۷۸	۰/۱۳۹	۰/۲۴۰	۱		
تحصیلات	۰/۴۲۱	۰/۲۳۶	۰/۲۶۷	۰/۰۳۷	۰/۱۷۰	۱	
وضعیت تأهل	۰/۲۱۱	۰/۲۹۰	۰/۳۵۳	۰/۳۳۱	۰/۲۱۰	۰/۱۶۷	۱
درآمد	۰/۳۵۴	۰/۱۸۲	۰/۳۸۷	۰/۲۰۳	۰/۲۲۷	۰/۵۵۹	۰/۱۲۹

*معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

تحصیلات، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. معمولاً سالمندان با سطح سواد بالاتر از وضعیت سلامتی بیشتری برخوردار هستند. لذا، ارتقای سطح سواد و آموزش سالمندان باعث ارتقای رفتارهای سالم و اجتناب از عوامل خطرزا برای سلامتی می‌شود. همچنین باعث بهبود کارایی فرد در محیط زندگی و افزایش آگاهی وی از حقوق فردی و اجتماعی می‌شود. یافته حاصل با نتایج پژوهش *بذرافشان* و همکاران [۱۴]، *لی* و همکاران [۳۳] و *حبیبی سولا* و همکاران [۳۴] همسو است. *حبیبی سولا* و همکاران [۳۴] در بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر اصفهان به این نتیجه رسید که با افزایش تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی نیز افزایش یافته بود. آنها همچنین بر تاثیر تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالمندی سالم اشاره کرده‌اند.

در این پژوهش متغیر درآمد پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بود و رابطه معکوس و معنی‌داری با کیفیت زندگی داشت. با افزایش درآمد کیفیت زندگی افزایش می‌یابد که با یافته پژوهش *عابدی* و *سالاروند* [۳۵] همسو است. فقر و محرومیت‌های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر هستند. به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر است که خود موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. در مطالعه‌ای که توسط *کونسل* و همکاران [۳۶] صورت گرفت، مشخص شد سالمندان از قشر کم‌درآمد جامعه به دلیل مشکلات بالینی مکرری که دارند و عدم دریافت مراقبت‌های استاندارد از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند.

در پژوهش حاضر مشخص شد افراد متاهل نسبت به افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری دارند که با یافته پژوهش *هوگ دورون* و همکاران [۳۷] همسو است. خانواده هنوز بهترین مکان برای تضمین آسایش و آرامش روحی افراد سالمند به شمار می‌رود. اگرچه روابط درونی خانواده‌ها از نظر شکل و محتوا، از جامعه‌ای به جامعه دیگر بر حسب زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی فرق می‌کند و در بطن هر جامعه نیز پیوسته در حال دگرگونی است. لیکن، باید سعی شود احترام به بزرگترها و همزیستی آنان با همسر و فرزندان خود، دستخوش غرب‌زدگی نشود و ضمن احترام کامل به شأن و مقام، نیازها، علایق و زندگی خصوصی آنها، سالمندان دوران پیری را در کنار عزیزان خود بگذرانند. از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که متغیر سن پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بود. به طوری که، با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش یافت. در این پژوهش متغیر جنسیت پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی نبود که با پژوهش *لی* و *سینکای* همسو است [۳۸].

پژوهش حاضر همراه با محدودیت‌هایی بود. یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر این بود که شرایط روحی و روانی شرکت‌کنندگان در پژوهش هنگام پاسخدهی به سئوالات پرسش‌نامه‌ها و مسایل اقتصادی و اجتماعی حاکم بر محیط زندگی

بررسی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان امری ضروری است و آن وظیفه مسئولین و سیاست‌گذاران است که با برنامه‌هایی مفید و متنوع به فکر برآورده‌نمودن نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی آنان بوده و با این روش موجب سلامتی آنان شده و کیفیت زندگی آنها را بالا ببرند. در این راه، بررسی وضعیت مشکلات روانی سالمندان و همچنین بررسی کیفیت زندگی آنان می‌تواند راه را برای ارایه هرچه بهتر روش‌های ارتقای کیفیت زندگی هموار سازد. یافته‌های حاصل نشان داد که میان افسردگی و اضطراب با کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته رابطه وجود داشت. به عبارت دیگر این دو متغیر پیش‌بینی‌کننده‌های قابل اعتمادی برای کیفیت زندگی هستند. این یافته با دیگر مطالعات از جمله مطالعه *بذرافشان* و همکاران [۱۴]، *فلمینگ* و همکاران [۲۶]، *هارکنس* و همکاران [۲۷]، *آماتو* و همکاران [۲۸]، *نیمان* و همکاران [۲۹]، *نیلسون* و همکاران [۳۰]، *گارسیا* [۳۱] و *چاچاموویچ* و همکاران [۳۲] همسو است. برای مثال، در پژوهش *بذرافشان* و همکاران [۱۴] که برای تعیین کیفیت زندگی سالمندان شیراز روی ۴۰۰ سالمند انجام شد، مشخص شد بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود دارد. به نظر می‌رسد افسردگی و اضطراب یا به عبارت دیگر بُعد روانی زندگی سالمندان نقش مهمی در کیفیت زندگی آنها دارد. همچنین کیفیت زندگی نیز نقش مهمی در بروز افسردگی و اضطراب دارد. تغییرات و تحولات دوران میانسالی موجبات بروز اختلالات روانی را فراهم می‌کند. سالمندان بازنشسته با توجه به این که بخش عظیمی از درآمد خود را از دست می‌دهند احساس بلا تکلیفی و بی‌ثمر بودن ناشی از خانه‌نشینی به آنها دست می‌دهد به طوری که تقویم و حساب و کتاب زندگی آنها از نظم خارج می‌شود و این بی‌برنامه‌گی و کاهش کیفیت زندگی زمینه بروز بیماری‌های جسمی و روحی چون افسردگی و اضطراب را برای آنان فراهم می‌سازد. با توجه به اینکه سالمندان با افزایش سن دچار عوارضی چون کاهش شنوایی، کاهش بینایی و به عبارتی کاهش توانایی‌های جسمی پیش‌رونده دوره سالمندی می‌شوند و این عوامل نیز باعث کنارکشیدن فرد از جامعه می‌شوند؛ مجموع این عوامل باعث بروز مشکلات روانی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین، تغییرات جسمانی که در این دوران برای فرد رخ می‌دهد نیز در کاهش کیفیت زندگی موثر است. اختلالات افسردگی و اضطراب از مشکلات شایع سالمندان است که موجب افت کارایی، افت کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن، تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت تاهل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی بودند. در این پژوهش افرادی که تحصیلات پایین‌تر داشتند نسبت به افرادی که از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. به این معنا که با افزایش

- 8- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581-90.
- 9- Gallo JJ, Lebowitz BD. The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatr Serv*. 1999;50:1158-66.
- 10- Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of elderly quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Salmand Iran J Ageing*. 2011;18(5):53-63.
- 11- Abdollahi F, Mohammadpour RA. Health related quality of life among the elderly living in nursing home and homes. *J Mazand Univ Med Sci*. 2013;23(104):20-5.
- 12- Cong L, Dou P, Chen D, Cai L. Depression and associated factors in the elderly cadres in Fuzhou, China: A community-based study. *Int J Gerontol*. 2015;9(1):29-33.
- 13- Salman-Yazdi N, Ghasemi I, Salahshourian Fard A, Haghani H. Comparative study on the quality of life amongst asthmatic boys and girls aged between 7-17 in Zanjan. *Cardiovasc Nurs J*. 2012;1(1):24-8.
- 14- Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Sadat Maddah SB. Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan club. *Salmand*. 2008;3(1):33-41.
- 15- Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Factors associated to functional Limitation in elderly of low income. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(5):430-5.
- 16- Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 used among elderly Iranians. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(04):623-34.
- 17- Al-Shammari SA, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(9):739-47.
- 18- Ingersoll B, Silverman A. Cooperative group psychotherapy for the aged. *Gerontologist*. 1978;18:201-6.
- 19- Leahy JM. Validity and reliability of the beck depression inventory short form in a group of adult bereaved females. *J Clin Psychol*. 1992;1:64-8.
- 20- Jo SA, Park MH, Jo I, Ryu SH, Han C. International journal of geriatric psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(3):218-23.
- 21- Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin D. Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults. *J Clin Psychol*. 1988;44(6):853-7.
- 22- Osman A, Hoffman J, Barrios FX, Kopper BA, Breitenstein JL, Hahn SK. Factor structure, reliability, and validity of the beck anxiety inventory in adolescent psychiatric inpatients. *J Clin Psychol*. 2002;58:443-56.
- 23- Beck AT, Steer RA. The beck anxiety inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
- 24- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893-7.
- 25- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH*. 2006;4(4):1-12.
- 26- Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, Taylor KL, Tallarico M, Adams I, et al. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life

آن‌ان از کنترل پژوهشگران خارج بود. لذا ممکن است بر نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد. پژوهش حاضر تنها در شهرستان گناباد و سالمندان بازنشسته کانون بازنشستگان این شهر انجام گرفته بود که این امر تعمیم‌پذیری نتایج به تمامی سالمندان این شهرستان و سایر شهرها را با مشکل مواجه می‌سازد. هرچند پیشگیری از دوره سالمندی اجتناب‌ناپذیر است و این دوره یکی از ادوار زندگی است. اما با استفاده از برخی از آموزش‌های بهداشتی می‌توان از عوارض و مشکلات آن کاست و آن را به دوره‌ای مطلوب و بی‌دغدغه تبدیل کرد. برنامه‌ریزی برای هرگونه خدمات نیازمند شناخت نیازهای واقعی سالمندان است. با توجه به نکات فوق به نظر می‌رسد که توجه خاص به سالمندان و معاینات دوره‌ای آنها و ایجاد کلینیک‌های سالمندی و همکاری‌های بین بخشی و سیاست‌گذاری‌های دولتی برای ارتقای وضعیت سالمندان لازم است.

نتیجه‌گیری

اضطراب، افسردگی و برخی از عوامل جمعیت‌شناختی پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی سالمندان هستند.

تشکر و قدردانی: لازم است از تمامی مسئولان، کارکنان محترم کانون بازنشستگان شهرستان گناباد و شرکت‌کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای فرآیند پژوهش را فراهم نمودند صمیمانه تشکر شود.

تاییدیه اخلاقی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

منابع

- 1- Werner Wahl H. Ecology of aging international encyclopedia of the social & behavioral sciences. 2nd edition. New York: Elsevier; 2015. pp. 884-9.
- 2- Seyfzadeh A. Investigating the elders' social health and its related factors: A case study of Azarshahr City. *Jgn*. 2015;1(4):95-106.
- 3- Shinno H. Sleep disturbances in the elderly: Pathology, symptoms and treatment. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2010;112(8):709-19.
- 4- Watts AS, Crimmins EM. Populations at special health risk: The elderly. *Int Encycl Public Health*. 2008;254-60.
- 5- Chen TJ, Li HJ, Li J. The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of Chinese elderly study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):189.
- 6- Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *Br J Rheumatol*. 1996;35:275-81.
- 7- The World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.

- 33- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(3):293-300.
- 34- Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of tehran: a cross-sectional survey. *IJN*. 2008;21(53):29-39.
- 35- Abedi HA, Salarvand S. Causes and motivations of elderly home residency from residents' point of view. *Feyz*. 2008;2(12):55-61.
- 36- Counsel SR, Callahan CM, Clark DO, Butter AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low income seniors: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(22):2623-33.
- 37- Hegedorn M, Van yperen NW, COYNE JC, Van Jaarsveld CH, Ranchor AV, Van sonderen E, Sanderman R. Does marriage protect older people from distress? role of equity and recency of bereavement. *Psychol Aging*. 2006;21(3):11-20.
- 38- Lee y, shin kaiy SA. Ccomparison of correlates of self0 rated healt and functional disability of older person in the far east: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*. 2003;(37):63-76.
- among patients and caregivers. *J Pain Symptom Manag*. 2006;31(5):407-20.
- 27- Harkness K, Morrow L, Smith K, Kiczula M, Arthur HM. The effect of early education on patient anxiety while waiting for elective cardiac catheterization. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2:113-21.
- 28- Amato MP, Ponziani G, Rossi F, Liedl CL, Stefanile C, Rossi L. Quality of life in multiple sclerosis: The impact of depression, fatigue and disability. *Mult Scler*. 2001;7:340-4.
- 29- Naumann VJ, Byrne GJ. WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr*. 2004;16:159-73.
- 30- Nilsson J, Parker MG, Kabir ZN. Assessing health related quality of life among older people in rural Bangladesh. *J Transcult Nurs*. 2004;15(4):298-307.
- 31- Garcia-Lozano L. Depression in the elderly and the role of family dynamics. *Aten Primaria*. 2000;25(4):226-9.
- 32- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist*. 2008;48:593-602