مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۱، صفحه‌های ۲۴ ـ ۱۸ (اردیبهشت۱۳۹۱)

مقاله‌ی پژوهشی

کیفیت زندگی و برخی عوامل موثر بر آن در سالمندان دیابتی مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران

دکتر علی‌اصغر ارسطو[۱]، رویا قاسم‌زاده[۱]، هما ناصح[۱]، دکتر محمد کمالی[۲]، دکتر عباس رحیمی فروشانی[۳]، دکتر سید مسعود ارزاقی[۴]، دکتر شهلا زاهد نژاد[۱]

۱) گروه توانبخشی، دانشکده‌ی علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ۲) گروه توانبخشی، دانشکده‌ی توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳) گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۴) مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، **نشانی مکاتبه ی نویسنده مسئول:** اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، کدپستی: ۶۱۳۵۷۳۳۱۳۳، دکتر علی‌اصغر ارسطو؛
e-mail: draarastoo@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بررسی مسایل سالمندی مانند سایر دوره‌های زندگی اهمیت زیادی دارد. وجود بیماری‌های مزمن می‌تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر بسیاری داشته باشد. از جمله‌ی این بیماری‌ها دیابت است که بر جنبه‌های جسمی، روحی و اجتماعی فرد تاثیر می‌گذارد. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی ـ تحلیلی بود که روی سالمندان دیابتی مقیم سرای سالمندان کهریزک در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. تعداد ۹۳ نفر از سالمندان دیابتی این مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شده، و به پرسش‌نامه‌ی آمارنگاری و پرسش‌نامه‌ی کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ با آزمون تی مستقل و آنوا آنالیز گردید. یافته‌ها: در بررسی حاضر ۳۴ مرد و ۵۹ زن سالمند دیابتی با میانگین سنی ۸±۷۴/۲ سال در ابعاد مختلف کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، مردان در بُعد جسمی کیفیت زندگی نمره‌ی بالاتری را به دست آوردند (P=۰/۰۱۷). رابطه‌ی بُعد اجتماعی نیز با وضعیت تاهل معنی‌دار (P=۰/۰۰۹) بود و میانگین نمرات افراد متاهل بالاتر بود. هم‌چنین، رابطه‌ی کیفیت زندگی و درآمد در بعد روانی به صورت معنی‌داری مشاهده گردید (P=۰/۰۳۵). در بررسی حاضر رابطه‌ی معنی‌داری بین وضعیت تحصیلی و کیفیت زندگی به دست نیامد. نتیجه‌گیری: با توجه روند رو به رشد جمعیت سالمندان و دیابت در آن‌ها و اهمیت جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی، برنامه‌ریزی برای بهبود وضعیت محیطی، اجتماعی و روانی این افراد، جدا از مشکلات جسمی آن‌ها امری ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سالمندان، سرای سالمندان، دیابت
دریافت مقاله: ۹۰/۶/۱۷ـ دریافت اصلاحیه: ۹۰/۸/۱۷ ـ پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۲۲

مقدمه

سالمندی یکی از مراحل حساس زندگی انسان است که رسیدگی به مسایل آن اهمیت خاصی دارد. با توجه به بالا رفتن میزان امید به زندگی در دهه‌های اخیر و در نتیجه، افزایش نرخ رشد جمعیت سالمندان، توجه به این مساله اهمیت بیشتری می‌یابد. بررسی‌های انجام شده در سال ۲۰۰۰ نشان داد جمعیت سالمندان دنیا حدود ۱۳٪ بوده و پیش‌بینی می‌گردد این میزان تا سال ۲۰۴۰ به ۲۰٪ جمعیت برسد.[۱] بر اساس آمارهای اتحادیه‌ی اروپا، جمعیت بالای ۶۰ سال اروپا از ۲۲٪ در سال ۲۰۰۰ به ۳۰٪ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.[۲] در ایران براساس سرشماری سال ۱۳۶۵ جمعیت میان‌سالان ۳/۰۳٪ بود که این تعداد در سال ۱۳۷۵ به ۴/۳۲٪ و در سال ۱۳۸۵ به ۵/۱۸٪ افزایش یافته است. بر اساس این پژوهش‌ها تخمین می‌گردد تا سال ۱۴۰۰ شمار سالمندان کشور به ۱۰ میلیون نفر برسد.[۳]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

از آنجا که با افزایش سن، توانایی افراد کاهش می یابد و نزدیک به ۵۸٪ افراد بالای ۶۵ سال به مراقبت‌های خاص نیاز دارند،[۴] اهمیت مراقبت از این گروه چشمگیر است. از سویی، ویژگی‌های مهم کیفیت زندگی که مورد توافق بیشتر صاحب‌نظران علوم انسانی و اجتماعی است، شامل چند بُعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن می‌باشد. این ۳ بُعد اساس کیفیت زندگی در رابطه با سلامت جسمی و روانی و اجتماعی را تشکیل می‌دهند. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی داشته و شامل تمام ابعاد زندگی می‌گردد.[۵] وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد و به ویژه سالمندان تاثیر بسیاری دارد.[۶] به طور نمونه پژوهش روی بیماران سالمند با بیماری تنفسی نشان داده سالمندان مبتلا به بیماری مزمن در کیفیت زندگی مشکل داشته و استفاده از واکسیناسیون و مراقبت بهداشتی مناسب تاثیر بسیاری روی کیفیت زندگی آن‌ها دارد.[۶] در پژوهشی دیگر در کیفیت زندگی سالمندانی که سکته‌ی مغزی داشته‌اند، کاهش معنی‌داری دیده شده است.[۷] در پژوهش دیگری که در ایران روی سالمندان انجام شده، معلوم گردیده فشارخون بالا در سالمندان در ابعاد جسمانی، روانی و محیطی موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود.[۸]

دیابت یکی از بیماری‌های مزمنی است که امروزه جوامع بشری با آن دست به گریبان هستند.[۹] براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، تعداد بزرگسالان مبتلا به دیابت درسال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر رسیده و پیش بینی گردیده در بعضی نژادها ۵۰٪ جمعیت دچار این بیماری خواهند شد.[۱۰] شیوع این بیماری در سالمندان ۸٪ می‌باشد که سه برابر سنین جوانی است.[۹] این بیماری نه تنها منجر به خسارات اقتصادی بالایی می‌گردد، بلکه خسارات روحی ـ روانی ناشی از آن که بر بیمار و خانواده‌اش تحمیل می‌گردد نیز غیر قابل چشم پوشی است. یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده به طور تقریبی تمام جنبه‌های زندگی افراد می‌تواند مورد تاثیر دیابت قرار گیرد.[۱۱،۱۲] به عنوان نمونه در پژوهشی که بر کیفیت زندگی دو گروه افراد دیابتی و غیر دیابتی صورت گرفت، مشخص شد بیش از ۷۸/۹٪ افراد مبتلا از وضع نامطلوب کیفیت زندگی رنج می‌برند. اما این نسبت در افراد سالم کمتر از ۳۵٪ بوده است.[۱۲] در پژوهش دیگری مشخص شد کیفیت زندگی افراد دیابتی به طور معنی‌داری کمتر از افراد غیردیابتی است.[۱۳] بنابراین نیاز به مراقبت‌های خاص در این بیماران ضروری می‌باشد. نکته‌ای که مطرح می‌شود، وجود تفاوت کیفیت زندگی در افراد دیابتی و غیر دیابتی است.[۱۴]

مهم‌ترین مساله‌ای که در تامین نیازهای جسمانی و روانی سالمندان تاثیر بسزایی دارد، چگونگی مراقبت از آن‌ها می‌باشد. در پژوهش‌های بسیاری مشخص گردیده سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند، نسبت به ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی مستعدتر هستند.[۱۵-۱۸] با توجه به جوان بودن فعلی جمعیت کشور، در سال‌های آینده جمعیت افراد سالمند افزایش قابل ملاحظه ای خواهد یافت. بنابراین با در نظر گرفتن بافت فرهنگی کشور، روابط مستحکم خانوادگی و وجود ارزشمند سالمندان به عنوان سرمایه‌های کشور از یک سو، و حجم کم پژوهش‌های انجام گرفته در این زمینه از سوی دیگر، انجام پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت سالمندان دیابتی و برنامه‌ریزی موجب بهبود کیفیت زندگی آن‌ها ضروری به نظر می‌رسید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی ـ تحلیلی است که در خانه‌ی سالمندان کهریزک تهران در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. با توجه به حجم نمونه‌ی محاسبه شده، تعداد ۹۳ بیمار دیابتی سالمند که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، از بین ۱۰۲ سالمند واجد شرایط ساکن خانه سالمندان به طور تصادفی انتخاب شدند. برای انجام این پژوهش از دو پرسش‌نامه استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ی اول شامل ویژگی‌های تن‌سنجی بود، و برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[i] استفاده شد. برای سنجش کیفیت زندگی پرسش‌نامه‌های گوناگونی وجود دارد اما کلین و کیمبرلی برای انتخاب بهترین پرسش‌نامه به منظور سنجش کیفیت زندگی سالمندان پژوهشی را انجام دادند که در آن مشخص گردید یکی از سه پرسش‌نامه‌ی مناسب در این زمینه، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد.[۱۹] این پرسش‌نامه با ۲۶ پرسش در ایران توسط دکتر منتظری و همکاران استاندارد شده و میزان روایی آن ۰/۷ و آلفا کرونباخ ۹۱۴/ به دست آمد.[۲۰] پرسش‌نامه‌های یاد شده از راه مصاحبه با سالمندان دیابتی ساکن خانه‌ی سالمندان کهریزک تهران که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، تکمیل و توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ آنالیز گردید. از آزمون‌های تی

i- World health organization

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

مستقل و آنوا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده و سطح اطمینان در این تجزیه و تحلیل ۹۵٪ در نظر گرفته شد (P<۰/۰۵). معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: ۱- سن بالای ۶۰ سال، ۲- ابتلا به دیابت و نیاز به درمان دارویی، ۳- عدم وجود مشکلات شناختی و درکی، ۴- حضور کمینه ۶ ماه در سرای سالمندان، ۵- عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن شدید تاثیرگذار بر کیفیت زندگی.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۴ مرد و ۵۹ زن سالمند دیابتی با دامنه‌ی سنی ۶۰ تا ۸۹ سال و میانگین سنی ۸/۰±۷۴/۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند. رابطه‌ی بین جنس و ابعاد کیفیت زندگی با استفاده از آزمون تی مستقل بررسی گردید. براساس جدول ۱ فقط در بُعد جسمانی بین زنان و مردان رابطه معنی‌داری مشاهده شد و مردها کیفیت زندگی بهتری را نشان دادند (P=۰/۰۱۷).

جدول ۱- میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک جنس در سالمندان دیابتی آسایشگاه کهریزک تهران، ۱۳۹۰

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین نمره		مقدار P*
	مرد (۳۴ نفر)	زن (۵۹ نفر)	
جسمانی	۱۲/۸۲	۱۱/۳۶	۰/۰۱۷
روانی	۱۱/۰۶	۱۰/۹۲	۰/۴۳۰
اجتماعی	۹/۴۱	۹/۹۸	<۰/۰۰۱
محیطی	۱۱/۲۰	۱۰/۸۰	۰/۳۲۷
کل	۱۱/۲۰	۱۰/۸۰	۰/۶۷۷

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

در بررسی رابطه‌ی تاهل و کیفیت زندگی، همان‌گونه که در جدول ۲ مشخص شده است، فقط در بُعد اجتماعی بین گروه‌های مختلف تفاوت مشاهده گردید (P=۰/۰۰۹). با توجه به میانگین‌ها افراد مطلقه کمترین و افراد متاهل بالاترین نمره را در بُعد اجتماعی کیفیت زندگی به دست آوردند.

جدول ۲- میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک وضع تاهل در سالمندان دیابتی آسایشگاه کهریزک تهران، ۱۳۹۰

ابعاد کیفیت زندگی	وضعیت تاهل					مقدار P*
	جدا از هم (۴ نفر)	مطلقه (۳ نفر)	فوت کرده (۵۹ نفر)	متاهل (۲ نفر)	ازدواج نکرده (۲۵ نفر)	
جسمانی	۱۳/۵	۱۰/۶	۱۱/۵	۱۴/۰	۱۲/۴	۰/۱۰۳
روانی	۱۲/۵	۱۱/۶	۱۰/۸	۱۳/۰	۱۰/۸	۰/۴۹۵
اجتماعی	۱۲/۵	۸/۳	۱۰/۰	۱۳/۰	۸/۶	۰/۰۰۹
محیطی	۱۱/۵	۱۰/۳	۱۰/۷	۱۴/۰	۱۰/۵	۰/۱۵۱
کل	۱۲/۵	۹/۷	۱۰/۹	۱۳/۵	۱۰/۶	۰/۱۲۳

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

در جدول ۳ رابطه‌ی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سطح تحصیلات افراد مورد بررسی نمایش داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود آزمون در این مورد هیچ‌گونه رابطه‌ی معنی‌داری را نشان نداد.

در جدول ۴ رابطه‌ی کیفیت زندگی با وضعیت خواب مورد آزمون قرار گرفته و مشخص شد رابطه‌ی وضعیت خواب با حیطه‌های جسمی (P=۰/۰۰۱)، محیطی (P=۰/۰۰۱) و کیفیت کلی زندگی (P=۰/۰۰۶) معنی‌دار است.

جدول ۳- میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک تحصیلات در سالمندان دیابتی آسایشگاه کهریزک تهران، ۱۳۹۰

ابعاد کیفیت زندگی	سطح تحصیلات				مقدار P*
	بی‌سواد=۵۰ نفر	ابتدایی=۳۱ نفر	سیکل=۶ نفر	دیپلم= ۴ نفر	
جسمانی	۱۱/۵	۱۱/۳	۱۱/۹	۱۱/۸	۰/۹۲۳
روانی	۹/۵	۱۰/۰	۱۱/۱	۱۰/۹	۰/۴۶۳
اجتماعی	۹/۰	۸/۶	۹/۸	۹/۹	۰/۶۵۸
محیطی	۱۰/۰	۱۲/۰	۱۰/۹	۱۰/۴	۰/۱۶۱
کل	۱۰/۰	۱۱/۱	۱۰/۹	۱۰/۹	۰/۸۲۴

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۴- میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک وضعیت خواب در سالمندان دیابتی آسایشگاه کهریزک تهران، ۱۳۹۰

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین کیفیت زندگی	مقدار P*
جسمانی	۱۱/۸	۰/۰۰۱
روانی	۱۰/۹	۰/۶۳۴
اجتماعی	۹/۸	۰/۰۵۹
محیطی	۱۰/۷	۰/۰۰۱
کل	۱۰/۹	۰/۰۰۶

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

همان‌طور که در جدول ۵ آورده شده، بررسی رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و میزان درآمد، رابطه‌ی معنی‌دار در بُعد روانی (P=۰/۰۳۵) را نشان داد. براساس میانگین، افرادی که درآمد آن‌ها بین ۵۰۰ تا ۹۹۹ هزارتومان بود، در این حیطه کیفیت زندگی بهتری داشتند. هم‌چنین، این بررسی نشان داد بین کیفیت زندگی و دریافت حقوق بازنشستگی در قلمروی اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۱).

جدول ۵- میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک درآمد ماهیانه در سالمندان دیابتی آسایشگاه کهریزک تهران، ۱۳۹۰

ابعاد کیفیت زندگی	میزان درآمد ماهیانه		P*
	۵۰۰ تا ۹۹۹ هزارتومان (۸ نفر)	زیر ۵۰۰ هزار تومان (۸۵ نفر)	
جسمانی	۱۳/۵	۱۱/۷	۰/۹۳۴
روانی	۱۲/۰	۱۰/۸	۰/۰۳۵
اجتماعی	۱۱/۷	۹/۵	۰/۱۷۷
محیطی	۱۳/۲	۱۰/۵	۰/۶۰۸
کل	۱۲/۶	۱۰/۷	۰/۲۴۰

* مقدار P<۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار است.

در بررسی ارتباط بین کیفت زندگی با تعداد فرزندان، بین بعد اجتماعی و افرادی که یک فرزند دارند، رابطه‌ی معنی‌داری (P= ۰/۰۰۶) با میانگین نمره‌ی ۱۱/۳۵ وجود داشت و در سایر ابعاد ارتباط معنی‌دار نبود. کمترین نمره‌ی میانگین این بُعد ۸ و مربوط به افرادی بود که ۶ فرزند داشتند.

یافته‌ها نشان داد رابطه‌ی بین بُعد اجتماعی کیفیت زندگی و تعداد سرگرمی‌هایی که فرد برای گذران اوقات فراغت دارد، معنی‌دار است (P=۰/۰۰۱)، و افرادی که بیش از ۳ سرگرمی دارند، میانگین بالاتری را کسب نمودند. هم‌چنین، در بُعد محیطی کیفیت زندگی تفاوت دیده شد که رابطه معنی‌دار بود (P=۰/۰۱۳). در بین این سرگرمی‌ها، دعا خواندن با بُعد اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۱)، اما بین سایر تفریح‌ها و ابعاد کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نگردید.

بحث

در پژوهش حاضر، بررسی بین جنسیت با ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد در بُعد جسمانی مردان وضعیت بهتری دارند. مشابه این وضعیت در پژوهش آهنگری و همکاران (بالاتر بودن نمره در ابعاد جسمانی و روانی مردان)، حبیبی و همکاران، و علی‌پور و همکاران (بالا بودن نمره‌ی مردان در تمام ابعاد کیفیت زندگی) و رفعتی و همکاران نیز به دست آمده است.[۸،۲۱-۲۳] این موضوع با توجه به تفاوت‌ها و تبعیض‌های جنسیتی موجود در فرهنگ جامعه‌ی ایران، فشارهای جسمی وارد بر زنان و تحرکات جسمی و فعالیت‌های ورزشی کمتر آن‌ها، قابل توجیه است. هم‌چنین، می توان چنین استنباط نمود که با توجه به یکسان بودن شرایط محیطی در سالمندان دیابتی مقیم در این سرای سالمندان، در سایر ابعاد بین دو گروه تفاوتی دیده نشده و وجود مشکلات جسمی و دردهای مرتبط با بیماری دیابت در زنان به علت فشارهای جسمی گوناگون، میزان مشکلات جسمی را افزایش داده و در نتیجه، نمرات این گروه در بُعد جسمانی نسبت به مردان کاهش چشمگیری داشته است. البته، پژوهش‌های مشابه در سایر فرهنگ‌ها نیز یافته‌های مشابهی را نشان داده است. به طور نمونه در پژوهش‌های والترز و همکاران، گاریدو و همکاران و استبانی پنا و همکاران نیز وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان در زنان پایین‌تر از مردان گزارش شده است.[۲۴-۲۶] هیچ‌گونه پژوهشی که خلاف این نتیجه را به دست آورده باشد، مشاهده نگردید و این مورد اهمیت بررسی بیشتر وضعیت زنان را در فرهنگ‌ها و شرایط گوناگون نشان می‌دهد. برنامه‌های توانبخشی برای ارتقای ظرفیت فیزیکی و عملکردی سالمندان به همراه فعالیت‌هایی که مشارکت آن‌ها

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

را در کارها افزایش می‌دهد، می‌تواند سطح کیفیت زندگی این قشر جامعه را بهبود بخشد.[۲۷]

در بررسی حاضر افراد متاهل در بُعد اجتماعی بالاترین نمره و مطلقه‌ها کمترین نمره را به دست آوردند. پژوهش‌های علی‌پور و همکاران نیز موید این مطلب بوده که میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی افراد متاهل بالاتر از کیفیت زندگی سایر سالمندان می‌باشد.[۲۲] در پژوهش آهنگری و همکاران افرادی که هرگز ازدواج نکرده بودند، نمره‌ی کلی کیفیت زندگی و بُعد جسمانی بالاتری کسب نمودند و کمترین نمره را نیز افراد مطلقه داشتند.[۸] هم‌چنین، پژوهش‌های میک و مورل نیز حاکی از این بود که همسر در بهبود رضایت از زندگی افراد سالمند نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.[۲۸]

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص شده، رابطه‌ی بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی معنی‌دار نبود. در پژوهشی که در لندن انجام شد، بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری به دست نیامد.[۲۹] اما در بررسی‌های مشابه در ایران، بیشینه‌ی افرادی که تحصیلات بالاتر داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.[۸،۲۱،۲۲] به احتمال زیاد یافته‌های این پژوهش تحت تاثیر یکسان بودن شرایط برای سالمندان ساکن بوده، بنابراین در پژوهش حاضر این عامل تاثیری بر شرایط زندگی فرد نداشته است.

از عواملی که در این بررسی مورد بحث قرار گرفت، وضعیت خواب فرد سالمند می‌باشد که بنا به مشاهدات انجام شده در جدول ۴ در نمره‌ی کلی کیفیت زندگی، حیطه‌ی جسمی، حیطه‌ی اجتماعی و حیطه‌ی محیطی با مشکلات خواب رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت. مشکلات جسمی ناشی از بیماری دیابت و شرایط محیطی (اتاق‌های ۵ تا ۸ نفره) و مشکلات فردی را می‌توان از عوامل موثر در ایجاد اختلالات خواب دانست. بررسی این مشکلات جسمی و روحی توسط پزشک و روانشناس مجرب می‌تواند در کاهش آن‌ها به شخص سالمند و در نتیجه بهبود شرایط و کیفیت زندگی آن‌ها کمک کننده باشد.

در آزمون صورت گرفته در پژوهش حاضر، بین بُعد روانی کیفیت زندگی با میزان درآمد رابطه‌ی معنی‌داری به دست آمد. در پژوهش‌های مشابه نیز یافته‌های مشابهی مشاهده شده است.[۲۳] هم‌چنین، رابطه‌ی بین دریافت حقوق بازنشستگی و کیفیت زندگی نیز از نظر آماری معنی‌دار بود. این یافته، نیز با پژوهش‌های مشابه تایید می‌شود. در بررسی رفعتی و همکاران نمرات کسانی که حقوق بازنشستگی دریافت می‌کردند، از نظر بُعد سلامتی عمومی و دردهای جسمانی به طور معنی‌داری از سایر افراد بالاتر بود.[۲۳] با توجه به این که مشکلات اقتصادی، روان افراد را تحت تاثیر قرار داده و در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند، و نظر به این‌که نیازهای بهداشتی سالمندان، و به‌ویژه افراد دیابتی بار مالی بیشتری بر دوش آن‌ها تحمیل می‌نماید، بنابراین داشتن پشتوانه‌ی مالی مناسب و عدم وابستگی مالی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد.

داشتن فرزند با بُعد اجتماعی، رابطه‌ی معنی‌داری را در آزمون نشان داده است. داشتن فرزند میزان حمایت‌های اجتماعی را بالا می‌برد، اما براساس این پژوهش افزایش تعداد فرزندان در افزایش کیفیت زندگی تاثیر نداشته، و در افرادی که ۶ فرزند داشتند، میانگین کیفیت زندگی کاهش داشت. این مورد به احتمال زیاد ناشی از مشغله‌های فکری و بار مشکلاتی است که تعدد فرزندان سبب آن می‌گردد. بنابراین، رسیدگی به وضعیت اجتماعی و تشکیل شبکه‌های اجتماعی مختلف و برنامه‌های گروهی مناسب به منظور سالمندان و هم‌چنین، توانمندسازی آن‌ها در راستای برخورد مناسب با عوارض ناشی از کمبود شبکه‌های حمایتی می‌تواند در کاهش مشکلات اجتماعی آنان کمک کننده باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر، وجود رابطه بین بُعد اجتماعی و محیطی با داشتن سرگرمی و علایق فردی را نشان داد. میانگین نمرات در کسانی که بیش از ۳ سرگرمی را برای گذران اوقات خود انتخاب کرده‌اند، بالاتر بود که حاکی از نقش خوب برنامه‌های تفریحی بر رضایت و کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. در بین این برنامه‌ها دعا کردن با بُعد اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری داشت که این موضوع نیز اهمیت نقش پشتوانه و حمایت‌های معنوی را در بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهد، زیرا این ارتباط معنوی به عنوان یک حامی ثابت و فناناپذیر برای فرد محسوب می‌گردد. هم‌چنین، ۶۵٪ سالمندان ارتباط با دوستان و ۲۶/۹٪ ارتباط با اعضای خانواده را به عنوان علایق خود به منظور گذران اوقات فراغت عنوان کردند. این درحالی بود که ۳۸/۷٪ آزمودنی‌ها از هم‌اتاقی‌های خود راضی نبوده و درحالی که بیشتر وقت خود را با هم‌اتاقی‌هایشان سپری می‌کردند، به هم صحبتی با آن‌ها تمایلی نداشتند. با توجه به ممکن نبودن کاهش تعداد هم‌اتاقی‌ها، این موضوع اهمیت نقش مدیریت و برنامه‌ریزی

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

در مورد نظرسنجی برای انتخاب هم‌اتاقی مناسب برای ساکنین خانه سالمندان را نشان می‌دهد.

در مجموع، افزایش روند رشد جمعیت سالمندان و عارضه‌ی دیابت در آن‌ها و توجه به جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی در آن‌ها، اهمیت برنامه‌ریزی به منظور بهبود وضعیت محیطی، اجتماعی و روانی (علاوه بر مشکلات جسمی آن‌ها)، را نشان می‌دهد این امر همکاری تیمی گروه‌های درمانی، توانبخشی، روانشناسی و.... را می‌طلبد.

سپاسگزاری: از همکاری صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر شریفی و سرکار خانم نظری و حسن نظر تمام پرسنل زحمت کش آسایشگاه کهریزک تهران صمیمانه تشکر کرده و از همکاری سالمندان دیابتی این مرکز به منظور انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد. این مقاله، بخشی از یافته‌های پایان‌نامه‌ی دانشجویی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با شماره طرح U-89312 می‌باشد.

References

1. Andrew RH, Maxine H, Cowley AS. Quality of life and choice in an ageing society. International J Cardiol 2001; 78: 1-3.
2. Andrew RH, Maxine H, Cowley AS. Quality of life and choice in an ageing society. International J Cardiol 2001; 78: 1-3.
3. Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. The state of mental health in old-age across the 'old' European Union-- a systematic review. Acta Psychatr Scand 2006; 113: 388-401.
4. Tajvar M. Assessing elderly health care services in Iran. Proceedings of Elderly Congress, Esfahan University of Medical Sciences 2004; p 292.
5. Chan KM, Pang WS, Ee CH, Ding YY, Choo P. Self perception of health among elderly community dwellers in Singapore. Ann Acad Med Singapore 1998; 27: 461-6.
6. Oliver JP, Huxley P, Bridges K, Mohamed H. Quality of life and mental health services. Oxford: Routledge; 1995.
7. Felker B, Katon W, Hedrick SC. The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. General Hospital Psychiatry 2001; 23: 56-61.
8. Ahangari M, Kamali M, Hesabi A. Effect of hypertension on quality of life in members of Tehran senile cultural house club. J Aging 2008; 3: 26-32.
9. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1994. Diabetes Care 1998; 21: 518-24.
10. King H, Rewers M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Diabetes Care 1993; 16: 157-77.
11. Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hassani MR. A survey on quality of life of diabetic patients based on the disease consequences among patients referring to Imam Hosein Hospital Shahrood. J Shahre-kord Univ Med Sci 2005; 7: 50-6.
12. Vazirinejad R, Sajadi MA, Maghool N. The role of diabetes on quality of life. J Res Med, Shahid Beheshti University Medical Sciences 2010; 39: 35-40. Available from: URL: http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/5-9813890106.pdf.
13. Sikdar KC, Wang PP, MacDonald D, Gadag VG. Diabetes and its impact on health-related quality of life: a life table analysis. Qual Life Res 2010; 19: 781-7.
14. Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparison of quality of life in diabetic and non-diabetic persons. J Babol Univ Med Sci 2007; 9: 55-60.
15. Han GH, Yoon SD. Living arrangements and psychological well-being of the rural elderly in Korea. J Korea Gerontological Soc 2001; 24: 57-78.
16. Kwang YS, Gu MO. Study on the health statue and the needs of health related services of female elderly in an urban - rural combined city Korea. J Commun Health Nursing Acad Soc 2003; 17: 47-57.
17. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F, Smith L, Norman J. If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population- based approach to chronic illness. Ann Behav Med 1999; 21: 159-70.
18. Brajkovic L, Godan A, Godan L. Quality of Life after stroke in old age: Comparison of persons living in nursing home and those living in their own home. Croat Med J 2009; 50: 182-8.
19. McClane KS. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. Clin Nurse Specs 2006; 20: 201-7.
20. Montazeri A, Nejat S, Holakoee K, Mohammad K, Majdzade SR. The standardization of World Health Organization quality of life questionnaire, translation and psychometric Iranian. J Public Health and Health Research Institute 2006; 4: 1-12.
21. Habibi Sola A, Nikpoor S, Sohbatzadeh R, Haghghani H. Quality of life elderly in West Tehran. Nursing Res 2007; 2: 29-35.
22. Alipoor F, Sajadi H, Foroozan A, Biglarian A, Jalilian A. Quality of life of elderly regional 2nd Tehran. J Iranian Geriatrics 2008; 3: 75-83.
23. Rafati N, Yavari P, Mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. J School Public Health Institute Health Res 2005; 2: 67-75.
24. Walters SJ, Munro JF, Brazier JE. Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community- based survey. Age Ageing 2001; 30: 337-43.
25. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvarez De Mon Rego C. Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. Aten Primaria 2003; 31: 285-92.
26. Esteban y Pena MM, Hernandez Barrera V, Fernandez Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, et al. Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. Diabetes Metabolism 2010; 36: 305-11.
27. Ozturk A, Simsek TT, Yumin ET, Sertel M, Yumin M. The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

chronic disease. Arch Gerontol Geriatrics 2011; 53: 278-83.
28. Meek S, Murrell SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. J Aging Health 2001; 13: 92-119.
29. Guallar-Castillon P, Sendino AR, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. Soc Sci Med 2005; 60: 1229-40.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]

Original Article

Factors Affecting Quality of Life in Elderly Diabetic Residents of the Kahrizak Geriatric Nursing Home of Tehran

Arastoo A[1], Ghassemzadeh R[1], Nasseh H[1], Kamali M[2], Rahimi Foroushani A[3], Arzaghi M[4], Zahed nejad Sh[1]

[1]Department of Rehabilitation Management, Faculty of Rehabilitation, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz; [2]Faculty of Rehabilitation, & [3]Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, & [4]Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: draarastoo@yahoo.com

Received: 08/09/2011 **Accepted**: 13/11/2011

Abstract

Introduction: Investigating problems of the elderly, as they age is very important, since any chronic disease can affect their quality of life. Diabetes is one of the diseases that affects the physical, mental and social aspects of such individuals. Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on elderly diabetic residents of the Kahrizak Geriatric Nursing Home during 2011. A total of 93 individuals, selected randomly, completed demographic and the World Health Organization quality of life questionnaires. Data were analyzed by SPSS16 software, using t-test and ANOVA. Results: In this study, 34 men and 59 women, average age 74.2±8 years, were evaluated in different domains of quality of life. Based on data analysis, men earned higher scores in the physical domain (P=0.017). Social domain had a significant (P=0.009) relationship with marital status and married individuals had higher scores. There was a significant correlation between the income and quality of life in the mental domain (P=0.035), but no significant relationship was found between educational status and quality of life. Conclusion: The increasing rate of elderly diabetic populations among geriatrics groups, indicates the urgent need for strategic planning of interventions aimed at improving of environmental, social, physical and mental status of these age groups.

Keywords: Quality of life, Elderly, Nursing home, Diabetes

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-08]