DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 3, Autumn

Received: 25.12.2023 Accepted: 22.07.2024 Published: 07.10.2025

The Relationship between the Attitude towards the Dimensions of Old Age and Determining its Predictive Role on the Quality of Life of the Elderly

Tahereh Tofighian[1], Mohammad Reza Jani[2], Hossein Mayamei[3], Ali Abedi[4], Rahim Akrami[5]

Original Article

Abstract

Background: One of the things that influences the quality of life (QOL) of older people is their attitude to ageing. Therefore, the first step in finding out what kind of services and facilities the elderly need is to identify the person's attitude towards each aspect of ageing and how it affects the many aspects of the elderly's QOL. Therefore, this study aimed to assess the relationship between the attitude towards the dimensions of old age and determining its predictive role on the QOL of the elderly.

Methods: The study employed a descriptive-analytical-correlational design and included a statistical sample of 156 elderly individuals referred to six comprehensive health centers in Sabzevar City, Iran, during a six-month period, who were selected through one-stage cluster random sampling. Data were collected using Attitudes toward Aging Questionnaire and Older People's Quality of Life Questionnaire, and then were entered into Stata software and analyzed using multiple linear regression statistical test.

Findings: The scores of attitudes toward aging and QOL were 78.07 ± 0.51 and 112.07 ± 1.14, respectively. The physical and mental-psychological dimensions of aging were significantly associated with QOL ($P < 0.001$). In contrast, the dimension of psychosocial problems of aging and QOL had a significant negative relationship ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the study's findings and the significance of the elderly's physical and mental health among other dimensions of QOL of the elderly, necessary planning should be done to improve the living conditions of the elderly so that their QOL would be improved.

Keywords: Attitude; Elderly; Quality of life

Citation: Tofighian T, Jani MR, Mayamei H, Abedi A, Akrami R. **The Relationship between the Attitude towards the Dimensions of Old Age and Determining its Predictive Role on the Quality of Life of the Elderly.** J Health Syst Res 2025; 21(3): 323-9.

1- Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2- Instructor, Department of Nursing, Ferdows School of Medical Sciences AND Rasul-e-Akram Hospital of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
3- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4- Instructor, Department of Nursing, Bojnord School of Medical Sciences, Bojnord, Iran
5- Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar AND PhD Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohammad Reza Jani; Instructor, Department of Nursing, Ferdows School of Medical Sciences AND Rasul-e-Akram Hospital of Ferdows, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran; Email: jani_mr66@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612 Published by Vesnu Publications

ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن بر کیفیت زندگی سالمندان

طاهره توفیقیان[1]، محمدرضا جانی[2]، حسین میامی[3]، علی عابدی[4]، رحیم اکرمی[5]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: نوع نگرش به سالمندی از جمله مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان است؛ به طوری که اولین گام برای مشخص کردن نوع اقدامات و امکانات مورد نیاز سالمندان، پی بردن نگرش به ابعاد سالمندی و تأثیر آن بر روند و ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی- همبستگی و جامعه آماری آن شامل ۱۵۶ نفر از سالمندان مراجعه‌کننده به ۶ مرکز جامع سلامت شهرستان سبزوار طی بازه زمانی شش ماهه بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای یک مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سنجش نگرش به ابعاد سالمندی (AAQ یا Attitudes to Ageing Questionnaire) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از آزمون Multiple linear regression در نرم‌افزار Stata مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمره نگرش به سالمندی، ۰/۵۱ ± ۷۸/۰۷ و نمره کیفیت زندگی، ۱/۱۴ ± ۱۱۲/۰۷ به دست آمد. بر اساس تحلیل‌های انجام شده، ارتباط مثبت و معنی‌داری بین ابعاد جسمانی سالمندی و رشد روحی- روانی سالمندی با کیفیت زندگی وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). از طرف دیگر، بین بعد مشکلات روانی- اجتماعی سالمندی با کیفیت زندگی ارتباط منفی و معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به مهم تلقی شدن وضعیت سلامتی (جسمی، روحی) در بین سایر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان، باید برنامه‌ریزی لازم در جهت بهبود وضعیت زندگی سالمندان به عمل آید تا بتوان از این طریق، کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: نگرش؛ سالمندی؛ کیفیت زندگی

ارجاع: توفیقیان طاهره، جانی محمدرضا، میامی حسین، عابدی علی، اکرمی رحیم. **ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن بر کیفیت زندگی سالمندان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۳): ۳۲۹-۳۲۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۰/۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۵/۱ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۷/۱۵

مقدمه

سالمندی یکی از مسایل مهم در حیطه بهداشت و سلامت هر جامعه‌ای به شمار می‌رود (۱). سالمند شدن پدیده‌ای جهانی است، اما اکنون با روند رو به رشدی در کشورهای با درامد کم و متوسط در حال افزایش می‌باشد و شگرف‌ترین تغییرات در کشورهایی مانند کوبا، ایران و مغولستان در حال وقوع است (۲). جمعیت افراد سالمند در جهان از ۳۲۲ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰، به ۷۰۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (۳) بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ما ۷/۵ میلیون سالمند دارد که ۹/۲۸ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد (۴) با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد (۵). همچنین، با احتمال ابتلا به بیماری‌ها، میزان بروز بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد (۶). برای سالمندان سلامت جسمی، احساس خوب بودن، فعال بودن، داشتن روابط اجتماعی، کمک به دیگران، درامد مکفی و زندگی در یک خانه و محله خوب (دارای امکانات و ایمنی)، از مهم‌ترین عوامل کیفیت زندگی بالا محسوب می‌شود (۷). از جمله سایر عوامل مؤثر برکیفیت زندگی سالمندان می‌توان به اشتغال، تأهل، سلامت جسمی، میزان تحصیلات و فقدان‌های دوره‌های سالمندی که سبب کاهش سازگاری شناختی و کاهش خوداتکایی می‌گردد، امنیت اقتصادی - اجتماعی، همبستگی اجتماعی، گنجایش اجتماعی و توانمندسازی اجتماعی، سلامت و توانایی کار مناسب، حس شایستگی شخصی یا مفید بودن، مشارکت اجتماعی، روابط خانوادگی میان نسل‌ها، دسترسی به دوستان اشاره کرد (۸).

کیفیت زندگی همواره هدف غایی در ارایه خدمات مختلف اجتماعی و

۱- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲- مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی فردوس و بیمارستان حضرت رسول(ص) فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۴- مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی بجنورد، بجنورد، ایران
۵- کارشناس ارشد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار و دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمدرضا جانی؛ مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی فردوس و بیمارستان حضرت رسول(ص) فردوس، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
Email: jani_mr66@yahoo.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

رفاهی به سالمندان بوده است و در سالمندان فقط به وضعیت بالینی تکیه نمی‌کند، بلکه به منابع روانی و اجتماعی نیز بستگی دارد (۹). از طرف دیگر، یکی از مؤلفه‌هایی که می‌تواند تأثیر مستقیمی بر این متغیر در سالمندان داشته باشد، نوع نگرش به ابعاد سالمندی یا درک فرد از سالمندی است. نگرش به ابعاد سالمندی چهارچوبی از تجربه‌های پیر شدن فرد است (۱۰). وضعیت و تجربه سالمندی در برخی از سالمندان می‌تواند نگرش بدبینانه‌ای نسبت به ابعاد سالمندی ایجاد کند و یا فرد نگرش مثبتی نسبت به این دوره زمانی داشته باشد (۱۱). نتایج پژوهش Quinn و همکاران نشان داد، افرادی که دیدگاه‌های مثبت‌تری نسبت به ابعاد سالمندی داشتند، رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند ورزش کردن، مصرف ویتامین‌ها و بهزیستی ذهنی و سلامت روان بالاتری را گزارش می‌کردند (۱۲). از سوی دیگر، افراد مسن بدون مشکلات جسمی و روانی، نسبت به ابعاد سالمندی نگرش مثبتی دارند و اغلب کلیشه‌های منفی نسبت به ابعاد سالمندی را نمی‌پذیرند و با همسالان خود نیز ارتباط زیادی ندارند و به دنبال ارتباط با جوان‌ترها هستند (۱۴-۱۲). بر اساس نتایج مطالعه Top و Dikmetaş، نگرش به ابعاد سالمندی (جسمانی، رشد روحی- روانی و روانی- اجتماعی) پیش‌بینی‌کننده‌های قابل توجه کیفیت زندگی در افراد مسن می‌باشد (۱۵). نتایج تحقیق Low و همکاران که در ۲۰ کشور (حدود ۴۵۰۰ سالمند زن و مرد) انجام شد، نشان داد که نگرش به ابعاد سالمندی در رضایت از سلامت جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی و کیفیت زندگی نقش دارد و نگرش نسبت به تغییرات جسمی، بالاترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی را دارد و بر کیفیت زندگی و رشد روانی- اجتماعی سالمندان مؤثر است (۲). لازم به ذکر است که نوع نگرش سالمندان به ابعاد جسمانی، رشد روحی- روانی و روانی- اجتماعی در هر کشور با توجه به شرایط جغرافیایی، سیاسی، اقتصادی متفاوت می‌باشد و سلامت جسمی، وضعیت روحی- روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط با ویژگی‌های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد تأثیرگذار است و وضعیت افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برون‌زایی همچون زیرساخت‌ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و... تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶). با توجه به موارد عنوان شده و نیز با توجه به این که در جهانی که به سرعت رو به پیر شدن به پیش می‌رود، افراد سالخورده به طور روزافزونی نقش بحرانی در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش و کمک به اعضای خانواده با ایفای نقش مراقبتی به عهده خواهند داشت. در تمام کشورها به خصوص در کشورهای در حال توسعه، اقدام برای سلامت و فعال ماندن سالمندان یک اقدام ضروری است نه لوکس. این سیاست‌ها و برنامه‌ها باید بر اساس حقوق، نیازها، درخواست و ظرفیت افراد سالمند باشد (۱۷).

امروزه حمایت از سالمندان جهت سالم زیستن و زندگی مناسب، یکی از برنامه‌های اصلی شبکه‌های بهداشت و درمان در هر کشوری به شمار می‌رود و اولین گام برای حمایت از سالمندان و در اختیار گذاشتن امکانات مورد نیاز آنان و مشخص کردن نوع اقدامات و سیاست‌های بهداشتی سازمان‌ها و نوع تسهیلات و تمهیدات مورد نیاز آنان، پی بردن به وجود یا عدم وجود ارتباط بین نگرش فرد به هر یک از ابعاد سالمندی (ابعاد جسمانی، رشد روحی- روانی و روانی- اجتماعی) با ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان است.

با توجه به اهمیت تعیین نگرش در بهبود کیفیت زندگی در دوران سالمندی، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن بر کیفیت زندگی سالمندان انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع همبستگی بود و به روش توصیفی- تحلیلی، با هدف بررسی ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی (ابعاد جسمانی، رشد روحی- روانی و روانی- اجتماعی) و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی هر یک از ابعاد بر کیفیت زندگی (میزان درک از زندگی، سلامت، روابط و فعالیت‌های اجتماعی، استقلال و کنترل بر تمام زندگی و آزادی، خانه و محیط، روحی و روانی و احساس خوب بودن، دسترسی به امکانات و فرهنگ و مذهب) در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت سبزوار (از بهمن سال ۱۳۹۹ تا مرداد سال ۱۴۰۰) انجام شد.

حجم نمونه بر اساس تحلیل Multiple linear regression و با در نظر گرفتن R^2 بر اساس تحقیقات گذشته و فرمول‌های آماری و با توجه به هدف پژوهش ۰/۱، اندازه اثر ۰/۱۱، قدرت مطالعه ۹۵، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و تعداد ۱۰ پیشگویی‌کننده هم‌زمان در مدل، ۱۵۶ نفر برآورد گردید (۱۸).

در سطح شهرستان سبزوار، ش مرکز جامع سلامت وجود دارد. هر مرکز به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و از هر خوشه به روش تصادفی حجم نمونه مشخص انتخاب گردید. پس از مشخص شدن حجم نمونه هر مرکز، به طور تصادفی نمونه‌ها از مراکز انتخاب و اطلاعات مربوط به نمونه هایی که به شیوه تصادفی انتخاب شدند، از مرکز گرفته شد و بعد از تماس با افراد و ارایه اطلاعات لازم و بررسی از نظر معیارهای ورود و کسب مجوز، پژوهشگر به محل سکونت آن‌ها مراجعه نمود.

معیارهای ورود شامل سالمند بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سبزوار، دارا بودن سلامت جسمانی و روانی جهت پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه و افراد با سواد (منظور توانایی خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسش‌نامه) بود. فوت بیمار در حین انجام طرح، تجربه حوادث ناگوار در طول مطالعه، عدم توانایی جسمی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات مانند ابتلا به آلزایمر، سکته مغزی و تجربه حادثه ناگوار طی سه ماه گذشته نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزارهای استفاده شده در مطالعه شامل فرم انتخاب واحدهای پژوهش شامل ۹ سؤال (معیارهای ورود و خروج)، فرم اطلاعات فردی شامل ۲۰ سؤال مردم‌شناختی (سن، جنسیت، شغل، تعداد فرزندان، سابقه زندگی با افراد سالمند مانند پدر و مادر در گذشته، زمان بازنشستگی، بیماری‌های زمینه‌ای، وجود همسر، میزان تحصیلات، داروهای مصرفی، زندگی زناشویی، سابقه زندگی به تنهایی در منزل، سابقه زندگی با یکی از اعضای خانواده، سابقه تجربه حوادث ناگوار مانند فوت بستگان نزدیک در گذشته، میزان نیاز به مراقبت)، پرسش‌نامه سنجش نگرش به ابعاد سالمندی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سالمندان بود.

فرم انتخاب واحدهای پژوهش و فرم اطلاعات فردی: فرم‌ها با بررسی جدیدترین کتب و مقالات در زمینه تحقیق زیرنظر استادان راهنما و مشاور تنظیم و پس از اعمال نظرات آنان و انجام اصلاحات لازم آماده شد. جهت تأیید روایی فرم‌ها از روایی محتوا استفاده گردید و به دلیل این که محتوای واضحی داشتند که به طور مکرر در پژوهش‌های مختف استفاده شده‌اند، پایایی آن‌ها مورد تأیید بود.

پرسش‌نامه سنجش نگرش به ابعاد سالمندی (Attitudes to Ageing Questionnaire یا AAQ): این مقیاس توسط Laidlaw و همکاران به منظور سنجش نگرش به ابعاد سالمندی طراحی شده است و درک ذهنی از سالمندی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه شامل ۲۴ گویه در سه بعد تغییرات جسمانی (۸ گویه)، رشد روحی- روانی (۸ گویه) و مشکلات روانی-

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

اجتماعی (۸ گویه) می‌باشد. گزینه‌های این ابزار به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم برای هر گویه در نظر گرفته شد. کمترین امتیاز برای هر عبارت، ۱ و بیشترین امتیاز آن، ۵ و برای هر بعد دامنه نمرات بین ۸ تا ۴۰ می‌باشد (۲۰). نتایج نشان داد که AAQ دارای نمره‌گذاری ساده و قابلیت به کارگیری در موقعیت‌های مختلف همچون مراکز تحقیقاتی است؛ به طوری که Laidlaw و همکاران میزان ضریب Cronbach´s alpha برای هر کدام از خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ گزارش کردند (۲۰). همچنین، Lucas-Carrasco و همکاران میزان ضریب Cronbach´s alpha ابعاد پرسش‌نامه را بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ محاسبه نمودند (۲۱). در ایران نیز AAQ توسط رژه و همکاران به فارسی برگردانده و هنجاریابی شده است و میزان همسانی درونی (ضریب Cronbach´s alpha) برای زیرمقیاس‌ها رضایت‌بخش بود (۰/۸۹–۰/۸۰). همچنین، شاخص همبستگی درون خوشه‌ای اندازه‌گیری و برابر با ۰/۹۷بود (۲۲).

پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی سالمندان: این مقیاس توسط Bowling طراحی شد و نسخه کامل آن شامل ۳۵ عبارت است و هر عبارت در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۵ تا ۱۷۵ می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. پرسش‌نامه مذکور از ۸ خرده مقیاس (میزان درک از زندگی، سلامت، روابط و فعالیت‌های اجتماعی، استقلال و کنترل بر تمام زندگی و آزادی، خانه و محیط، روحی و روانی و احساس خوب بودن، دسترسی به امکانات و فرهنگ و مذهب) تشکیل شده است. نتایج بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی سالمندان حاکی از روایی قابل قبول در نمونه‌های جمعیت سالمند انگلیسی بود و میزان ضریب Cronbach´s alpha کلی آن ۰/۷۴ گزارش گردید که بیانگر پایایی مطلوب آن است (۱۹). در ایران نیکخواه و همکاران پرسش‌نامه سنجش کیفیت زندگی سالمندان را به فارسی هنجاریابی کردند. تحلیل عامل تأییدی نشان داد که آزمون نیکویی برازش χ^2 تقریباً در تمام حجم‌های نمونه بالا و معنی‌دار بود. روایی همگرا بیان‌کننده همبستگی معنی‌دار بین نسخه فارسی Item Short Form Survey–۳۶ (SF–۳۶) بود. ضریب Cronbach´s alpha در درک از زندگی (۰/۸۷)، سلامت (۰/۸۳)، روابط و فعالیت‌های اجتماعی (۰/۷۲)، استقلال و کنترل بر تمام زندگی و آزادی (۰/۷۱)، خانه و محیط (۰/۸۲)، روحی و روانی و احساس خوب بودن (۰/۶۵)، دسترسی به امکانات (۰/۸۳) و فرهنگ و مذهب (۰/۹۵) مناسب گزارش شد. ضریب پایایی با استفاده از روش آزمون– بازآزمون با فاصله زمانی دو هفته، بین ۰/۹۷–۰/۹۳ به دست آمد. نتایج حاصل نشان دهنده روایی و پایایی مطلوب پرسش‌نامه می‌باشد (۲۳).

روش اجرا و انجام مداخله: پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و دریافت معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و ارایه آن به ریاست مرکز بهداشت سبزوار و کسب اجازه، هماهنگی با مسؤولان مراکز جامع سلامت سطح شهر انجام گرفت. سپس پژوهشگر در مراکز مذکور حضور یافت و اقدام به نمونه‌گیری نمود. پس از مراجعه افراد سالمند به هر مرکز، ابتدا مصاحبه با افراد انجام شد و افرادی که معیارهای ورود بر اساس چک‌لیست را داشتند، وارد مطالعه شدند و افرادی که هر کدام از معیارهای خروج را داشتند، از مطالعه خارج شدند. با افراد باقی‌مانده پس از برقراری ارتباط مناسب و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی، مصاحبه صورت گرفت و طرح پژوهش برای آنان شرح داده شد و رضایت آگاهانه وکتبی از آن‌ها اخذ گردید. سپس پرسش‌نامه‌های مذکور به نمونه‌ها داده شد و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، از درصد و فراوانی برای توصیف متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف متغیرهای کمی استفاده گردید. جهت بررسی ارتباط بین تعیین‌کننده‌های کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای کمی نیز از آزمون Multiple linear regression استفاده شد. سپس فرضیات آزمون مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نتایج تحلیل‌های صورت گرفته، آزمون‌های اصلی انجام شد. کنترل مخدوش‌کننده‌ها در رگرسیون با روش‌های Backward انجام گردید. داده‌ها در نرم‌افزار Stata نسخه ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۷/۹۲ ± ۶۹/۹۳ سال بود. میانگین تعداد فرزندان افراد مورد بررسی، ۵/۵۷ سال و میانگین تعداد سال‌های بازنشستگی آن‌ها، ۷/۰۲ ± ۸/۹۱ سال گزارش گردید. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان

متغیر		تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۹٤ (٦۰)
	مرد	٦۲ (٤۰)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	٤٤ (۲۸)
	متوسط	۱۰۰ (٦٤)
	عالی	۱۲ (۸)
تحصیلات	ابتدایی	۱۰٤ (٦۷)
	راهنمایی	۲۱ (۱۳)
	سیکل	۳ (۲)
	دیپلم	۱۲ (۸)
	دانشگاهی	۱٦ (۱۰)
حضور همسر	دارد	۷۸ (۵۰)
	ندارد	۷۸ (۵۰)
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۳٤ (۲۲)
	دولتی	۸ (۵)
	آزاد	۲٦ (۱۷)
	خانه‌دار	۸۸ (۵٦)
بیماری زمینه‌ای	دارد	۱۲۳ (۷۹)
	ندارد	۳۳ (۲۱)
وضعیت مراقبت	مستقل	۱۱٦ (۷٤)
	نیمه مستقل	۲۸ (۱۸)
	وابسته	۱۲ (۸)
سابقه زندگی تنهایی	دارد	٤٤ (۲۸)
	ندارد	۱۱۲ (۷۲)
مشکل خواب	دارد	٤۵ (۲۹)
	ندارد	۱۱۱ (۷۱)
ورزش کردن	۳۰ دقیقه و کمتر در هفته	٦۹ (٤٤)
	۳۰ تا ٦۰ دقیقه در هفته	٤٦ (۲۹)
	بالاتر از ٦۰ دقیقه در هفته	٤۱ (۲٦)

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

میانگین نمره نگرش به ابعاد سالمندی و کیفیت زندگی به ترتیب ۷۸/۰۸ با فاصله اطمینان ۷۹/۰۸-۷۷/۰۶ و ۱۱۲/۰۷ با فاصله اطمینان ۷۶/۱۷-۷۱/۶۷ به دست آمد. آنالیزهای تک متغیره Linear Regression نشان داد که بین ابعاد نگرش به ابعاد سالمندی، بین بعد تغییرات جسمانی سالمندی و بعد رشد روحی- روانی، با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری مشاهده شد (P < ۰/۰۰۱). از طرف دیگر، بین بعد مشکلات روانی- اجتماعی سالمندی و کیفیت زندگی ارتباط منفی و معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۰۱). با افزایش یک نمره از بعد تغییرات جسمانی سالمندی و بعد رشد روحی- روانی سالمندی، به ترتیب به طور متوسط ۱/۷۹ و ۱/۸۰ نمره کیفیت زندگی افزایش یافت. همچنین، با افزایش یک نمره از بعد مشکلات روانی- اجتماعی سالمندی، به طور متوسط ۱/۴۴ نمره کیفیت زندگی کاهش پیدا کرد (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و کیفیت زندگی در سالمندان مورد بررسی

Linear regression تک متغیره			
بعد	شاخص بتا (خام)	مقدار P	ضریب تعیین
تغییرات جسمانی	۱/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۵۰
رشد روحی- روانی	۱/۸۰	< ۰/۰۰۱	۰/۴۹
مشکلات روانی- اجتماعی	-۱/۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۳۳
تغییرات جسمانی	۱/۷۹	< ۰/۰۰۱	۰/۵۰

در ارتباط بین پیشگویی‌کننده‌های مهم با کیفیت زندگی، داشتن جنسیت زن، نداشتن مشکلات خواب و وضعیت اقتصادی مناسب توانست به ترتیب ۲/۹۳، ۴/۶۶ و ۶/۷۶ نمره کیفیت زندگی سالمندان را افزایش دهد. همچنین، نیاز داشتن به مراقبت، ورزش کردن و بیماری زمینه‌ای توانست به میزان ۳/۹۶، ۱/۷۵، ۳/۱۴ نمره کیفیت زندگی را کاهش دهد (جدول ۳).

آنالیزهای چند متغیره رگرسیونی نشان داد که پیشگویی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی که در مجموع هفت متغیر بعد جسمانی سالمندی، بعد رشد روحی- روانی سالمندی، جنسیت، مشکلات خواب، داشتن نیاز به مراقبت، ورزش کردن و وضعیت اقتصادی بود، ۷۳ درصد تغییرات کیفیت زندگی را تبیین نمود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارتباط نگرش به ابعاد سالمندی و تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی آن بر کیفیت زندگی سالمندان شهر سبزوار در سال ۱۴۰۰ در مراکز جامع سلامت انجام گرفت.

در رابطه بین نگرش به بعد جسمانی سالمندی با نمره کیفیت زندگی، تعدادی از مقالات مورد بررسی در این زمینه، به وضع سلامتی (بعد جسمانی سلامت) اشاره داشته‌اند و عواملی را در جهت بهبود و ارتقای آن معرفی کرده‌اند که از جمله این عوامل که در تمامی مقالات نیز تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته، می‌توان به آموزش‌های خودمراقبتی که منجر به افزایش بعد جسمانی کیفیت زندگی شده است، اشاره نمود (۲۵، ۲۴). برخی مطالعات بر سلامت و وضع سلامتی جسمی تأکید کرده‌اند؛ به نوعی که جهت کلی کیفیت زندگی در تحقیقات مذکور به عوامل و بیماری‌های جسمی همچون پرفشاری خون، درد ناحیه کمر به پایین، استئوآرتریت، پوکی استخوان، تأثیر کارکرد بینایی و انسداد ریه اشاره دارد (۲۶، ۲۵). در این راستا، نتایج پژوهش Top و Dikmetaş نشان دهنده ارتباط معنی‌دار بین بعد جسمانی نگرش به سالمندی با نمره کیفیت زندگی بود (۱۵). نتایج مطالعه رفتی و همکاران گزارش کرد که ابتلا به یکی از انواع شکستگی‌ها و تغییر شکل اندام‌ها و آرتروز، با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دارد (۲۷). بر اساس نتایج تحقیق Quinn و همکاران، افرادی که دیدگاه‌های مثبت‌تری نسبت به بعد جسمانی نگرش به سالمندی و سایر ابعاد سالمندی دارند، رفتارهای مرتبط با سلامتی مانند ورزش کردن، مصرف ویتامین‌ها و بهزیستی ذهنی و سلامت روان بالاتری را گزارش می‌کنند و اغلب کلیشه‌های منفی نسبت به سالمندی را نمی‌پذیرند و با همسالان خود نیز ارتباط زیادی ندارند و به دنبال ارتباط با جوان‌ترها هستند (۱۲). یافته‌های پژوهش‌های مذکور (۲۷، ۱۵، ۱۲) با نتایج بررسی حاضر هم‌راستا بود. بنابراین، با توجه به این موارد و با انجام اقدامات مقتضی در جهت افزایش نگرش مثبت به بعد جسمانی نگرش به سالمندی، می‌توان از بسیاری از مسایل و مشکلات دوران سالمندی کاست و بر سال‌های عاری از ناتوانی و عمر مفید در سالمندان افزود (۲۷). در همین زمینه، Yamada و همکاران بیان کردند، افرادی که نگرش مثبتی به بعد جسمانی نگرش به سالمندی دارند، از بیماری کمتری رنج می‌برند و کیفیت زندگی مطلوب‌تری دارند (۱۰).

جدول ۳. ارتباط بین پیش‌گویی‌کننده‌های مهم با کیفیت زندگی در سالمندان مورد بررسی

متغیر	Multiple linear regression	
	شاخص بتا (تطبیق داده شده)	مقدار P
بعد تغییرات جسمانی نگرش به ابعاد سالمندی	۱/۲۴	< ۰/۰۰۱
بعد رشد روحی- روانی نگرش ابعاد سالمندی	۰/۶۷	۰/۰۰۱
جنسیت (گروه رفرنس: مرد)	۲/۹۳	۰/۰۲۵
مشکلات خواب (گروه رفرنس: دارد)	۴/۶۶	۰/۰۰۵
داشتن نیاز به مراقبت (گروه رفرنس: مستقل)	-۳/۹۶	۰/۰۰۲
ورزش کردن (گروه رفرنس: کمتر از ۳۰ دقیقه)	-۱/۷۵	۰/۰۳۹
وضعیت اقتصادی (گروه رفرنس: وضعیت ضعیف)	۶/۷۶	< ۰/۰۰۱
بیماری زمینه‌ای (گروه رفرنس: ندارد)	-۳/۱۴	۰/۰۴۶

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

در رابطه بین نگرش به بعد رشد روحی- روانی سالمندی با نمره کیفیت زندگی، نتایج مطالعه آقابراری و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده وی از عواملی همچون فشارهای روانی، کاهش عملکردهای جسمی- عاطفی- اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی و تغییر در تصویر ذهنی به دنبال تشخیص و درمان سرطان پستان در سالمندان، تأثیر می‌پذیرد. همچنین، در تحقیق آنان، سالمندان از نظر بعد روحی- روانی نگرش به سالمندی، به ترتیب ۴۲/۹، ۵۵/۴ و ۱/۸ درصد کیفیت زندگی خوب، متوسط و ضعیف را گزارش نمودند (۲۸).

دررابطه بین نگرش به بعد مشکلات روانی- اجتماعی سالمندی با نمره کیفیت زندگی، می‌توان گفت که کیفیت زندگی سالمندان متأثر از عوامل متعددی است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، حمایت اجتماعی از سالمند می‌باشد. کیفیت زندگی با افزایش حمایت‌های اجتماعی بهبود می‌یابد و نگرش سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی و توانایی‌ها، در تأثیرگذاری حمایت اجتماعی نقش دارد؛ به طوری که اگر نگرش سالمند نسبت به حمایت اجتماعی دریافت شده منفی باشد، به صورتی که آن را پرهزینه و تحقیرکننده بداند و احساس کند که خودش توانایی انجام کارهایش را دارد و یا نیازی به کمک دیگران ندارد و آن را نشانه ناتوانی و درماندگی خود بداند، دریافت حمایت اجتماعی برای او ممکن است دارای تأثیر منفی باشد (۲۹). Top و Dikmetaş نیز عنوان کردند که بین کیفیت زندگی و نگرش به سالمندی رابطه معنی‌داری وجود دارد. بیشترین رابطه معنی‌دار بین خرده مقیاس رشد روان‌شناختی نگرش به سالمندی و توانایی‌های حسی کیفیت زندگی مشاهده شد (۱۵).

نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که داشتن نگرش منفی نسبت به پیری و افزایش سن، تأثیر مستقیمی بر سلامت فکری و جسمی در سال‌های بعدی زندگی دارد. طبق مطالعه محققان دانشگاه دوبلین ایرلند، شرکت‌کنندگان دارای نگرش‌های مثبت نسبت به افزایش سن، توانایی‌های شناختی خوب و در مقابل افراد بزرگسال دارای نگرش منفی نسبت به پیری، سرعت راه رفتن کندتر و توانایی‌های شناختی بدتری در دوران سالمندی دارند (۳۰).

در پژوهش حاضر، پیشگویی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت که دو بعد نگرش به ابعاد سالمندی (جسمانی و رشد روحی روانی) به عنوان پیشگویی‌کننده کیفیت زندگی در نظر گرفته شد. متغیرهای مهم پیشگویی‌کننده دیگر شامل جنسیت، مشکلات خواب، وضعیت اقتصادی و داشتن بیماری زمینه‌ای بود. این متغیرها پیشگویی‌کننده‌های بهتری نسبت به سایر متغیرهای مورد بررسی در این طرح تحقیقاتی بودند؛ به طوری که در مجموع این هشت متغیر، حدود ۷۳ درصد تغییرات کیفیت زندگی را تبیین نمودند. از جمله مشکلات اجرایی این طرح می‌توان به محدودیت‌هایی که شیوع بیماری کرونا ایجاد نمود، اشاره کرد که سالمندان همکاری کمتری در مطالعه داشتند. در این طرح، بازه زمانی اجرایی شش ماه در نظر گرفته شد تا بدین وسیله بتوان نمونه مورد نظر را جمع‌آوری نمود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، از مدل‌های مشاوره‌ای جهت ارتقای نگرش سالمندان به دوره سالمندی و ابعاد مختلف آن استفاده و تأثیر آن بر روی پیامدهای سلامت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی سنجیده شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و با توجه به مهم تلقی شدن وضعیت سلامتی (جسمی، روحی) در بین سایر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان، باید به بهبود وضعیت سلامتی آن‌ها کمک نمود تا بتوان بر مبنای آن، به ارتقای کیفیت زندگی نیز دست یافت. یکی از راه‌های بهبود وضعیت سلامتی، حمایتی و برنامه‌های آموزشی در جهت خودمراقبتی، ورزش، پیاده روی و به طورکلی، احیای استقلال فردی و بهبود وضعیت سلامتی سالمند و در نهایت، ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌باشد. از طرف دیگر، با استفاده از راهکارهای کلان و ساختاری موجود در مقالات منتشر شده، می‌توان به بهبود کیفیت زندگی سالمندان در ایران پرداخت و از این راهکارها به شکل کاربردی استفاده کرد. در این راستا، مدیران می‌توانند با توجه به منطقه جغرافیایی و تنوع فرهنگی، با برنامه‌ریزی دقیق‌تر و ارایه راهکارهای لازم، به تقویت این موارد بپردازند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۹۶۰۸۲۵ و کد اخلاق IR.MEDSAB.REC.1400.118، مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Yaylagul NK, TS. Ageing: The Common Denominator? . Journal of Population Ageing 2012; 5(4): 257-79.
2. Low G, Molzahn AE, Schopflocher D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. Health Qual Life Outcomes 2013; 11: 146.
3. Ezegbe BN, Okika VI, Ofuebe JI, Chukwu CL, Emeka ID, et al. Attitude to Ageing As a Predictor of Subjective Health and Quality of Life Among Older People in Delta State, Nigeria. Global Journal of Health Science 2019; 11(6): 1-9.
4. Hosseini S, Zabihi A, Jafarian Amiri S, Bijani A. The relationship between chronic diseases and disability in daily activities and instrumental activities of daily living in the elderly. J Babol Univ Med Sci 2018; 20(5): 23-9
5. Sadeghiyan F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. Elderly and Health Problems: A Cross Sectional Study in the Shahroud Township. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2011; 6(2). [In Persian].
6. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Qu)(ality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 13(5): 518-33. [In Persian].
7. Gobbens RJ, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. Clinical interventions

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]

in aging 2019; 14: 23: 1-9.
8. Imanzadeh A, Hamrahzdeh M. Identification of Facilitators and Deterrents of the Quality of Life in Elderly Women and Men: A Phenomenological Research. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2018; 12(4): 430-45. [In Persian].
9. Ingrand I, Paccalin M, Liuu E, Gil R, Ingrand P. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. Plos One 2018; 13(10): e0204044-e.
10. Yamada Y, Merz L, Kisvetrova H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. Qual Life Res 2015; 24(7): 1661-7.
11. Schafer MH, Shippee TP. Age identity, gender, and perceptions of decline: does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging? The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences 2010; 65b(1): 91-6.
12. Quinn KM, Laidlaw K, Murray LK. Older peoples' attitudes to mental illness. Clinical Psychology & Psychotherapy 2009; 16(1): 33-45.
13. Shenkin SD, Watson R, Laidlaw K, Starr JM, Deary IJ. The attitudes to ageing questionnaire: Mokken scaling analysis. Plos One 2014; 9(6): e99100-e.
14. Laidlaw K, Kishita N, Shenkin SD, Power MJ. Development of a short form of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ). International Journal of Geriatric Psychiatry 2018; 33(1): 113-21.
15. Top M, Dikmetaş E. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 2015; 18(2): 288-300.
16. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. Journal of Education and Community Health 2019; 6(3): 145-51.
17. Hatami H, S. M. Rizvi, H. Eftekhar Ardabil, A. Majlesi, M. Seyednozady and s. M. J. Parizadeh (2004). Master Book of Public Health. Tehran, Arjmand. [In Persian].
18. Kisvetrová H, Herzig R, Bretšnajdrová M, Tomanová J, Langová K, Školoudík D. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. Aging & Mental Health 2021; 25(3): 535-42.
19. Bowling A. The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. Current Gerontology and Geriatrics Research 2009; 2009: 298950.
20. Laidlaw K, Power MJ, Schmidt S. The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(4): 367-79.
21. Lucas-Carrasco R, Laidlaw K, Gómez-Benito J, Power MJ. Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. International psychogeriatrics 2013; 25(3): 490-9.
22. Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Nikkhah M, Bagheri A. The Persian version of Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): A validation study. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2016; 15(5): 567-78. [In Persian].
23. Nikkhah M, Heravi-Karimooi M, Montazeri A, Rejeh N, Sharif Nia H. Psychometric properties the Iranian version of Older People's Quality Of Life questionnaire (OPQOL). Health and Quality of Life Outcomes 2018; 16(1): 174. [In Persian].
24. Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of self–care educational program to improving quality of life among elderly referred to health centers in zanjan. Journal of education and community health 2015; 2(2). [In Persian].
25. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. Effect of orem self care model on ederies' quality of life in health care centers of masjed solaiman in 2007-2008. Journal of arak university of medical sciences 2009; 12(2): 51-9.
26. Mohammadi Zeydi E, Khalaj M, Naghizadeh Jahromi MM. Quality of life assessment in elderly people that experiencing low back pain. Iranian journal of ageing. 2007; 1(2). [In Persian].
27. Rafati N, Yavari P, Montazeri A, Mehrabi Y. Quality of life among kahrizak charity institutionalized elderly people. Journal of school of public health and institute of public health research 2004; 3(2 (10)). [In Persian].
28. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohammadi I, Hajizadeh E, Varvani Faraahani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. Iranian journal of nursing research 2007;1(3). [In Persian].
29. Samadian F. Quality of life for elderly and its relationship with percived social support. Journal of Social Sciences 2015; 11(2): 189-206.
30. Trinity College Dublin. (2016 jatachadeoh, researchers confirm. Sciencedaily. Retrieved February 13, 2022 from www.sciencedaily.com/releases/2016/01/160129134411.htm.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i3.1612]