



The Relationship between Frailty and Quality of Life in Hospitalized Old Patient

Ali Jafarian Yazdi¹, Fatemeh Pashae Sabet², Pouya Farokhnezhad Afshar^{3*}

1- School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Pouya Farokhnezhad Afshar, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: farokhnezhad.p@iums.ac.ir

Received: 6 July 2022

Accepted: 16 July 2022

Abstract

Introduction: One of the expected consequences of population aging is the increased prevalence of frailty. Various factors can affect the quality of life and frailty is probably one of them. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the relationship between frailty and quality of life in hospitalized old patients.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study conducted on 120 old patients hospitalized in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences who were included in the study using convenience methods. Data were collected through a Tilburg Frailty Index (TFI) and a 12-item quality of life questionnaire (SF-12). The data were analyzed with independent t-tests, analysis of variance, and Pearson's correlation coefficient using SPSS v.22.

Results: 64.2% of the old patients were men. The average age of the participants was 68.3 ± 8.11 years in the study. 62.5% of participants were frail. Quality of life had a negative and significant correlation with frailty ($r = -0.72$, $P < 0.001$).

Conclusions: According to the findings, most of the old patients in the study were frail. Frailty had an inverse relationship with the quality of life, which means that with the increase of frailty, the quality of life decreases, and therefore, investigating and trying to reduce it can improve the quality of life of old patients.

Keywords: Aged, Quality of life, Frailty.



ارتباط آسیب پذیری و کیفیت زندگی در سالمندان بیمار بستری در بیمارستان

علی جعفریان یزدی^۱، فاطمه پاشایی ثابت^۲، پویا فرخ نژاد افشار^{۳*}

۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: پویا فرخ نژاد افشار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایمیل: farokhnezhad.p@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۱۵

چکیده

مقدمه: یکی از این پیامدهای مورد انتظار سالمندی جمعیت، افزایش شیوع آسیب‌پذیری است. عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی می‌تواند تاثیر بگذارند و احتمالاً آسیب‌پذیری یکی از آنان است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط آسیب‌پذیری و کیفیت زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان انجام شد.

روش کار: این یک مطالعه نوع توصیفی از نوع مقطعی است که بر روی ۱۲۰ نفر از سالمندان بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران که به روش در دسترس وارد مطالعه شدند، انجام شد. داده‌های از طریق پرسشنامه شاخص آسیب‌پذیری تیلبرگ (Tilburg Frailty Index) و پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۲ سوالی (SF-12) جمع‌آوری شد. داده‌ها با آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۶۴/۲ درصد سالمندان مرد بودند. میانگین سنی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه $68/3 \pm 11$ بود. ۶۲/۵ درصد نمونه‌های پژوهش، آسیب‌پذیر بودند. کیفیت زندگی با آسیب‌پذیری همبستگی منفی و معنی‌دار آماری داشت ($r=-0/72, P<0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، اکثر سالمندان مطالعه آسیب‌پذیر بودند. آسیب‌پذیری با کیفیت زندگی ارتباط معکوس داشت بدین معنا که با افزایش آسیب‌پذیری، کیفیت زندگی افت می‌کند و لذا بررسی و سعی در جهت رفع آن می‌تواند، کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا دهد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، کیفیت زندگی، آسیب‌پذیری.

مقدمه

میلیارد نفر تا سال ۲۰۵۰ تخمین زده می‌شود (۲). سالمندان به دلایلی مانند تغییرات مرتبط به سن، تغییرات پاتولوژیک مستعد بسیاری از مشکلات مانند آسیب‌پذیری هستند (۳).

(۴) آسیب‌پذیری یکی از مشکلات و مسائل سالمندی است. آسیب‌پذیری وضعیت نامطلوب هم‌مؤسستاتیک در اثر استرس است که متعاقب نارسایی تجمعی سیستم‌های فیزیولوژیکی

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش جمعیت سالمندان در سراسر جهان گردیده است، به گونه‌ای که پیر شدن جمعیت به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل گشته است (۱). روند افزایشی سالمندی جمعیت در سراسر جهان نیز از ۴۶۱ میلیون نفر سالمند بالای ۶۵ سال در سال ۲۰۰۴ به حدود ۲

بخش های داخلی، مراقبت های ویژه قلبی (CCU) و بخش های ویژه سالمندان به مدت ۶ ماه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، گذشت حداقل ۴۸ ساعت از زمان بستری شدن در بیمارستان، قرار نداشتن در دوره پایان عمر (End Stage) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص فرم پرسشنامه بود. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، با فرض اینکه ضریب همبستگی آسیب پذیری و کیفیت زندگی سالمندان حداقل ۰/۲ باشد تا این همبستگی از نظر آماری معنی دار تلقی گردد، از فرمول

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

استفاده شد که حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد گردید. که طبق مجوز دانشگاه به دلیل محدودیت های ناشی از پاندمی کووید-۱۹، ۶۰ درصد حجم نمونه اولیه (۱۲۰ نفر) در نظر گرفته شد. پس از انتخاب نمونه های پژوهش، تکمیل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های بررسی آسیب پذیری و کیفیت زندگی صورت گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات

- شاخص آسیب پذیری تیلبرگ

طراحی نسخه اصلی و روایی اولیه شاخص آسیب پذیری تیلبرگ توسط Gobbens و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در دانشگاه تیلبرگ هلند انجام گرفته است و از دو قسمت A و B به شرح زیر تشکیل شده است: قسمت A شامل ۱۰ سؤال درباره تعیین کننده های آسیب پذیری از جمله سن، جنس، میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت تأهل، وقایع ناگوار سال گذشته، بیماری های همراه، رضایت از محیط زندگی و سبک زندگی می باشد. قسمت B: این قسمت از شاخص اجزای اصلی آسیب پذیری را می سنجد و شامل ۱۵ سؤال در سه حیطه فیزیکی، روانی و اجتماعی می باشد. اکثر سؤالات (۱۱ سؤال) با دو گزینه (بلی و خیر) جواب داده می شود و ۴ سؤال با جواب سه گزینه ای (بلی، خیر و بعضی اوقات) تکمیل خواهد شد. به همه سؤالات امتیاز صفر یا یک داده شد. بعد فیزیکی شامل ۸ سؤال درباره سلامت فیزیکی (عملکرد فیزیکی)، کاهش ناخواسته وزن، مشکل در راه رفتن، مشکل در حفظ تعادل، ضعف شنوایی، ضعف بینایی، کاهش (نبود) قوت در دست ها و خستگی جسمی (فیزیکی) می باشد. بعد روانی شامل ۴ سؤال مرتبط

متعدد در طول عمر ایجاد می شود (۵). آسیب پذیری منجر به افزایش خطر ابتلا به پیامدهای سالمندی از جمله ناتوانی، بیماری های همراه، اقامت در مراکز نگهداری سالمندان، سقوط، شکستگی ها، بستری شدن در بیمارستان، کاهش استقلال، مصرف بیش از حد دارو و مرگ و میر می گردد (۶). به بیانی دیگر به همراه سالمندی، تجمع نقایص و آسیب پذیری است که باعث نقایص سلولی و مولکولی در حجم زیاد شده و منجر به ایجاد نقایص بالینی قابل تشخیص می گردد (۷،۸). سالمندی جمعیت نتایج و پیامدهای عمده ای برای برنامه ریزی و ارائه مراقبت های بهداشتی و اجتماعی دارد. یکی از این پیامدهای مورد انتظار افزایش تعداد سالمندان آسیب پذیر است. شیوع آسیب پذیری در سالمندان جامعه حدود ۶ تا ۱۱ درصد و در سالمندان بستری در بیمارستان ۲۵ تا ۶۵ درصد گزارش شده است (۹).

آسیب پذیری باعث افزایش احتمال بستری شدن سالمند در بیمارستان می گردد که این خود باعث افزایش هزینه های نظام بهداشت و درمان می گردد (۱۰). کیفیت زندگی یکی از مهم ترین مسائل امروز در مراقبت سلامتی است و یکی از بزرگ ترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن کیفیت زندگی افراد است (۱۱). فرایند بستری شدن خود عاملی است که بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر مخربی دارد (۱۲). در صورت تداوم آسیب پذیری، احتمالاً تبعاتی برای زندگی فرد در جامعه به همراه دارد. با توجه به اینکه سالمندی، آسیب پذیری، بستری شدن و کیفیت زندگی مفاهیمی هستند که به نظر می رسد ارتباط نزدیکی با هم دارند و تا کنون تمام آنها در کنار هم بررسی نگردیده است، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط آسیب پذیری و کیفیت زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان انجام شد.

روش کار

این یک مطالعه این یک مطالعه نوع توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که بر روی سالمندان بستری در انجام گردید. این مطالعه در بیمارستان های بیمارستان های حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر و فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

شرکت کنندگان

نمونه گیری به روش نمونه گیری این مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس (convenience) به علت همه گیری کووید-۱۹ از بین کلیه سالمندان بستری در

با شناخت، افسردگی، علائم عصبی و از عهده مشکلات برآمدن می‌باشد. بعد اجتماعی شامل ۳ سؤال مرتبط با تنها زندگی کردن، ارتباطات اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی می‌باشد. تکمیل این پرسشنامه حدود ۱۵ دقیقه زمان خواهد برد. امتیازبندی شاخص TFI از ۱۵ - ۰ بوده و نقطه برش (Cutpoint) این شاخص ۵ می‌باشد. نمره ۵ و بالاتر از آن، آسیب‌پذیر (Frail) محسوب خواهد شد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه فارسی آن ۰/۸۰۷ گزارش شده است و روایی آن با روش تحلیل عاملی وجود سه بعد را تایید کرده است (۱۳).

- پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی ۱۲ آیتمی

پرسشنامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی، فرم کوتاه‌تر شده پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی است که به طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار یکی از ابزارهای معتبر بررسی کیفیت زندگی است که از زمان انتشار آن در سال ۱۹۹۰ تاکنون در بیش از ۵۰ کشور از جمله ایران استانداردسازی شده است. نسخه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط Ware و همکاران طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۸ زیرمقیاس است. پرسشنامه حاضر کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. Ware و همکاران برای اولین بار به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداختند (۱۴). پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی محاسبه شد. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ۱۲ سؤال بعد جسمانی ۰/۸۹ و برای ۱۲ سؤال بعد روانی نیز ۰/۷۶ گزارش شد که نشان دهنده میزان پایایی مطلوب سؤالات این پرسشنامه بود. روایی این پرسشنامه را وار و همکاران از روش روایی تجربی و کنتودیموپولوس و همکاران (۲۰۰۷) از طریق روایی سازه مورد بررسی قرار دادند که در هر یک از پژوهش‌ها شواهد روایی مطلوب گزارش شده‌اند. منتظری و همکاران نیز روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد بررسی قرار دادند (۱۵). برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده نمودند. پایایی ۱۲ سؤال بعد جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش گردید. آن‌ها برای بررسی روایی این مقیاس در این پژوهش از روش همگرا استفاده نمودند. همبستگی بین سؤالات ۴ خرده مقیاس بعد جسمانی با نمره کل بعد جسمانی بالا بود و سؤالات ۳ خرده مقیاس

بعد روانی با نمره کلی بعد روانی نیز همبستگی بالایی نشان داد. تکمیل این پرسشنامه حدود ۱۵ دقیقه به طول خواهد انجامید. برای نمره گذاری، عددی که مقابل هر گزینه وجود دارد نشان دهنده نمره آن گزینه است. همچنین سؤالات ۱ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. دامنه نمرات ۲۴-۱۲ بیانگر کیفیت زندگی پایین، ۳۶-۲۵ بیانگر کیفیت زندگی متوسط و ۴۸-۳۷ بیانگر کیفیت زندگی خوب است. منتظری و همکاران نیز روایی و پایایی نسخه فارسی SF-12 را در ایران مورد بررسی قرار دادند (۱۵). برای بررسی پایایی از روش بازآزمایی استفاده نمودند. پایایی ۱۲ سؤال بعد جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش گردید. آن‌ها برای بررسی روایی این مقیاس در این پژوهش از روش همگرا استفاده نمودند. همبستگی بین سؤالات ۴ خرده مقیاس بعد جسمانی با نمره کل بعد جسمانی بالا بود و سؤالات ۳ خرده مقیاس بعد روانی با نمره کلی بعد روانی نیز همبستگی بالایی نشان داد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای اهداف پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و کمینه و بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

۶۴/۲ درصد سالمندان مرد و ۳۵/۸ درصد زن بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان $71/1 \pm 68/3$ سال بود (دامنه ۶۰ تا ۹۳ سال). ۶۸/۳ درصد شرکت کنندگان متأهل، ۲/۵ درصد مجرد، ۳/۳ درصد مطلقه، ۲۵/۸ درصد بیوه بودند. ۶۲/۵ درصد بی سواد، ۸/۳ درصد تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، ۱۹/۲ درصد متوسطه و ۱۰ درصد دانشگاهی بودند.

جدول ۱- اختلاف میانگین ابعاد آسیب‌پذیری سالمندان شرکت کننده در مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد. براساس یافته‌های مطالعه همبستگی سن با ابعاد آسیب‌پذیری فیزیکی، روانی، اجتماعی به ترتیب ($P=0/01, r=0/22$), ($P=0/06, r=0/17$), ($P=0/69, r=0/03$)

بود. اختلاف میانگین ابعاد آسیب‌پذیری سالمندان شرکت نشان داده شده است. کننده در مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱

جدول ۱. اختلاف میانگین ابعاد آسیب‌پذیری سالمندان شرکت کننده در مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک

مشخصات فردی		فیزیکی		روانی		اجتماعی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنسیت	مرد	۳۰/۵۱	۲۵/۵۲	۳۳/۷۶	۲۴/۲۵	۳۸/۹۶	۱۵/۶۷
	زن	۳۸/۰۸	۲۳/۶۱	۴۵/۳۴	۱۹/۰۹	۴۴/۹۶	۲۰/۴۲
نتیجه آزمون تی مستقل		$t=1/598$ $P=0/113$		$t=2/697$ $P=0/008$		$t=1/8$ $P=0/074$	
وضعیت تاهل	متاهل	۳۰/۰۳	۲۴/۱۲	۳۵/۹۷	۲۴/۲۴	۳۶/۵۸	۱۱/۲۴
	بیوه / همسر فوت شده	۴۰/۱۳	۲۵/۸۵	۴۲/۱	۲۰/۲۲	۵۰/۸۷	۲۴/۱۸
نتیجه آزمون تی مستقل		$t=2/086$ $P=0/039$		$t=4/431$ $P=0/178$		$t=3/473$ $P<0/001$	
تحصیلات	بی سواد یا ابتدایی	۳۴/۵	۲۴/۶۴	۳۸/۳۳	۲۳/۷۲	۳۹/۱۱	۱۶/۷۷
	راهنمایی	۲۸/۷۵	۲۷/۰۳	۳۵	۲۴/۱۵	۴۳/۳۳	۲۲/۴۹
	دیپلستان / دیپلم	۳۴/۷۸	۲۵/۸۲	۳۶/۹۵	۲۴/۸۵	۴۴/۹۲	۱۹/۰۹
	دانشگاه یا بالاتر	۲۶/۰۴	۲۵/۸۱	۳۹/۵۸	۱۶/۷۱	۴۴/۴۴	۱۶/۴۱
نتیجه آنالیز واریانس		$F=0/524$ $P=0/666$		$F=0/093$ $P=0/964$		$F=0/869$ $P=0/459$	

در جدول ۲ مشخص است که ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و روانی) در متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی دار آماری نداشت. براساس یافته‌های مطالعه همبستگی سن با ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی به ترتیب ($P=0/07$, $r=-0/07$) و ($P=0/52$, $r=-0/05$) بود.

جدول ۲. اختلاف میانگین ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شرکت کننده در مطالعه براساس متغیرهای دموگرافیک

مشخصات فردی		سلامت جسمی		سلامت روانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنسیت	مرد	۴۷/۷۷	۲۷/۹۳	۵۸/۶۸	۲۰/۹۳
	زن	۴۱/۵۲	۲۵	۵۲/۸۲	۱۹/۲۱
نتیجه آزمون تی مستقل		$t=1/218$ $P=0/226$		$t=1/515$ $P=0/133$	
وضعیت تاهل	متاهل	۴۷/۵۶	۲۷/۳۳	۵۷/۶۶	۱۹/۵۸
	بیوه / همسر فوت شده	۴۱/۱۶	۲۶/۰۱	۵۴/۲۶	۲۲/۲۹
نتیجه آزمون تی مستقل		$t=1/21$ $P=0/229$		$t=0/847$ $P=0/398$	
تحصیلات	بی سواد یا ابتدایی	۴۵/۴۲	۲۷/۲۵	۵۵/۶۸	۱۸/۷۲
	راهنمایی	۴۷/۸۵	۲۶/۰۹	۵۶/۶۶	۲۴/۹۴
	دیپلستان / دیپلم	۴۲/۸۵	۲۸/۰۸	۵۷/۹۷	۱۹/۴
	دانشگاه یا بالاتر	۴۹/۴	۲۶/۶۳	۵۹/۵۲	۲۹/۷۳
نتیجه آنالیز واریانس		$F=0/179$ $P=0/901$		$F=0/163$ $P=0/921$	

شد و نتایج نشان دهنده آن بود که آسیب پذیری فیزیکی با میانگین ۳۳/۲۲ پایین ترین و آسیب پذیری اجتماعی با میانگین ۴۱/۱۱ بالاترین میانگین نمره را کسب کردند (جدول ۳). میانگین نمره کیفیت زندگی $7/08 \pm 30/25$ بود. کیفیت زندگی ۵۴/۲ درصد از سالمندان مورد پژوهش در سطح متوسط، ۲۳/۳ ضعیف و ۲۲/۵ درصد بالا بود.

میانگین نمره آسیب پذیری شرکت کنندگان $2/86 \pm 5/41$ بود. ۶۲/۵ درصد از سالمندان مورد پژوهش نمره ۵ به بالا از شاخص آسیب پذیری تیلبرگ کسب کردند که به معنی وجود آسیب پذیری بود. آسیب پذیری و حیطه های آن را در بین سالمندان مورد پژوهش نشان می دهد. برای مقایسه حیطه های آسیب پذیری نمرات بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ محاسبه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار آسیب پذیری و حیطه های آن در شرکت کنندگان

انحراف معیار	مبنای ۰ تا ۱۰۰			انحراف معیار	میانگین	کمینه	بیشینه	آسیب پذیری و حیطه های آن
	انحراف معیار	میانگین	بیشینه					
۲۵/۰۲	۳۳/۲۲	۸۷/۵	۰	۲/۰۱	۲/۶۵	۰	۷	فیزیکی (۰-۸)
۲۳/۱۴	۳۷/۹۱	۱۰۰	۰	۰/۹۲	۱/۵۱	۰	۴	روانی (۰-۴)
۱۷/۶۷	۴۱/۱۱	۱۰۰	۰	۰/۵۳	۱/۲۳	۰	۳	اجتماعی (۰-۳)
۱۹/۱	۳۶/۰۵	۸۰	۰	۲/۸۶	۵/۴۱	۰	۱۲	آسیب پذیری (۰-۱۵)

جزئیات تشریح شده است.

ابعاد آسیب پذیری با زیرمقیاس های کیفیت زندگی همبستگی معکوس و معنی دار آماری داشتند. در جدول ۴

جدول ۴. همبستگی ابعاد آسیب پذیری با ابعاد کیفیت زندگی سالمندان شرکت کننده در مطالعه

آسیب پذیری				سلامت جسمی	سلامت روانی	کیفیت زندگی
آسیب پذیری کل	اجتماعی	روانی	فیزیکی			
$r = -0/629$ $P < 0/001$	$r = -0/229$ $P = 0/012$	$r = -0/383$ $P < 0/001$	$r = -0/663$ $P < 0/001$			
$R = -0/643$ $P < 0/001$	$r = -0/235$ $P = 0/01$	$r = -0/562$ $P < 0/001$	$r = -0/598$ $P < 0/001$			
$r = -0/725$ $P < 0/001$	$r = -0/264$ $P = 0/004$	$r = -0/545$ $P < 0/001$	$r = -0/716$ $P < 0/001$			

پژوهش Çakmur نبود (۱۶).

از مهم ترین نتایج مطالعه حاضر می توان به این یافته اشاره کرد که ۶۲/۵ درصد از سالمندان مورد بررسی، آسیب پذیر تشخیص داده شدند. در بین مطالعات بررسی شده در قسمت مروری بر متون، چهار مطالعه که از ابزارهای نسبتاً مشابه با ابزار مطالعه حاضر برای سنجش آسیب پذیری سالمندان استفاده کرده بودند، شیوع آسیب پذیری را در طیفی بین ۷/۱ تا نهایتاً ۶۰ درصد گزارش کرده بودند. مطالعه حاضر نسبت به پژوهش های پیشین، شیوع بالاتری را در جمعیت تحت مطالعه نشان داد. همچنین از لحاظ مقایسه شیوع حیطه های آسیب پذیری در بین سالمندان شرکت کننده در مطالعه بر مبنای ۰ تا ۱۰۰، حیطه آسیب پذیری اجتماعی با میانگین ۴۱/۱۱، فراگیرترین حیطه بود. حیطه های روانی و فیزیکی آسیب پذیری نیز

بحث

هدف این مطالعه تعیین ارتباط آسیب پذیری و کیفیت زندگی در سالمندان بستری در بیمارستان بود. براساس یافته های مطالعه حاضر آسیب پذیری با کیفیت زندگی همبستگی معکوس و معنی داری را دارد که این همبستگی در ابعاد آنها نیز وجود داشت. ۶۲/۵ درصد از سالمندان این مطالعه براساس شاخص آسیب پذیری تیلبرگ آسیب پذیری بودند. کیفیت زندگی ۵۴/۲ درصد از سالمندان در سطح متوسط بود.

در پژوهش حاضر، بین متغیر آسیب پذیری و سطح تحصیلات سالمندان، ارتباط معنی دار آماری یافت نشد. این در حالی است که در مطالعه Çakmur به ارتباط معنی دار بین آسیب پذیری و سطح تحصیلات پایین اشاره شده است. در واقع یافته فوق در پژوهش حاضر، همراستا با

کننده آسیب پذیری در حیطه اجتماعی این متغیر معرفی کرد.

بررسی ارتباط آسیب پذیری با متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که آسیب پذیری در مردان به طور معنی داری بالاتر از زنان بود ($P=0/02$) که همراستا با نتایج مطالعه Abdi و همکاران بود. این در حالی است که نتایج پژوهش Çakmur بیانگر آن بود که ارتباط معنی داری بین آسیب پذیری و جنسیت سالمندان وجود ندارد (۱۳، ۱۶). سالمندان بیوه و یا همسر فوت شده نیز از آسیب پذیری بیشتری نسبت به سالمندان متأهل برخوردار بودند ($P=0/03$). ارزیابی سبک زندگی نیز متغیر دیگری بود که با آسیب پذیری ارتباط معنی دار آماری داشت ($P=0/01$) و مقایسه دو به دو و تکی نشان دهنده آن بود که آسیب پذیری در سالمندانی که سبک زندگی خود را سالم ارزیابی کرده بودند به طور معنی داری میانگین نمره کمتری نسبت به سالمندان با سبک زندگی متوسط ($P=0/02$) و ناسالم ($P=0/02$) کسب کرده بودند. در مطالعه حاضر ملاحظه شد که سن و آسیب پذیری نیز همبستگی معنی دار آماری دارند، به این صورت که این همبستگی مثبت است. به عبارتی دیگر با افزایش سن، آسیب پذیری نیز افزایش می یابد ($P=0/02$) که این نتیجه همراستا با نتایج مطالعات مرتبط پیشین از جمله مطالعات Gobbens و Assen، Mousavisisi و همکاران و همچنین Çakmur بود (۶، ۱۳، ۱۷).

در تحلیل ارتباط بین کیفیت زندگی با متغیرهای جمعیت شناختی نمونه های پژوهش مشخص شد که کیفیت زندگی در سالمندانی که همزمان به دو یا چند بیماری یا اختلال مزمن مبتلا بودند، به طور معنی داری کمتر از سایرین بود ($P=0/02$) و همچنین سالمندانی که بیماری جدی یا شدید داشتند ($P=0/001$)، طلاق یا خاتمه یک رابطه عاطفی را در طول سال گذشته تجربه کرده بودند ($P=0/02$) و سالمندانی که اعلام کرده بودند از محیط زندگی خود رضایت ندارند ($P=0/001$) نیز کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایر سالمندان داشتند.

از جمله محدودیت هایی که در حین انجام این مطالعه وجود داشت، می توان به خستگی برخی از سالمندان در هنگام تکمیل پرسشنامه و مصاحبه اشاره کرد. برای رفع این محدودیت، وقت استراحت برای سالمندان در نظر گرفته شد و سعی کردیم که مجموع مدت زمان مصاحبه با سالمند بیش از ۳۰ دقیقه نباشد. همچنین به دلیل شرایط

به ترتیب با میانگین ۳۷/۹۱ و ۳۳/۲۲ در جایگاه های بعدی قرار گرفتند. به نظر می رسد که با توجه به شیوع بیشتر آسیب پذیری اجتماعی و عواقب مورد انتظار آن در سالمندان، شناخت بیشتر عوامل دخیل و ارائه راهکارهایی جهت کاهش آن در جمعیت سالمندان ایرانی ضروری است.

با تجزیه و تحلیل فراوانی آسیب پذیری سالمندان بستری در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران بر اساس حیطه های سه گانه آسیب پذیری و گویه های مربوط به آنها، دریافتیم که در حیطه جسمی، گویه «آیا در زندگی روزمره، ضعف شنوایی را تجربه کرده اید؟» با ۹۰ درصد پاسخ منفی، بازدارنده ترین عامل آسیب پذیری در حیطه جسمی و گویه «آیا در زندگی روزمره، خستگی جسمی را تجربه کرده اید؟» با فراوانی ۴۷/۵ درصد پاسخ مثبت، مهم ترین عامل پیش بینی کننده آسیب پذیری در حیطه مذکور در جمعیت سالمندان تحت مطالعه شناخته شد. در حیطه روانی آسیب پذیری، بررسی های انجام شده نشان داد که از بین چهار گویه موجود، گویه «آیا می توانید به خوبی با مشکلات خود کنار بیایید؟» با فراوانی ۸۷/۵ درصد پاسخ مثبت، بیشترین فراوانی را کسب کرد و در پژوهش حاضر، به عنوان یک عامل بازدارنده از آسیب پذیری در ارتباط با حیطه مذکور شناخته شد. همچنین در این حیطه، گویه «آیا در طول یک ماه گذشته عصبانی یا مضطرب شده اید؟» با فراوانی ۷۸/۳ درصد پاسخ مثبت (بله و گاهی)، مهم ترین عامل پیش بینی کننده آسیب پذیری در حیطه روانی به شمار می رود. لازم به ذکر است که در مطالعه Abdi و همکاران نیز، اضطراب در ارتباط مستقیم با آسیب پذیری شناخته شد و دارای رابطه معنی داری با این متغیر ($P=0/001$) بود (۱۳). به علاوه در پژوهش Mousavisisi و همکاران نیز «احساس عصبانی یا مضطرب بودن در طول یک ماه گذشته» با فراوانی ۵۰/۷ درصد، به عنوان یکی از شایع ترین اجزاء آسیب پذیری مطرح شد (۶).

در بررسی حیطه اجتماعی آسیب پذیری دریافتیم که در جمعیت سالمندان شرکت کننده در این پژوهش، گویه «آیا حمایت کافی از دیگران دریافت می کنید؟» با فراوانی ۸۵/۸ درصد پاسخ مثبت، مهم ترین عامل پیشگیری کننده از آسیب پذیری در حیطه اجتماعی آن می باشد. همچنین مشخص شد که گویه «آیا گاهی اوقات برای اطرافیان خود دلتنگ می شوید؟» با کسب فراوانی ۹۵ درصدی پاسخ مثبت (بله و گاهی) را می توان به عنوان تأثیرگذارترین عامل پیش بینی

سالمندان کیفیت زندگی آنان افت می کند از سوی دیگر در این مطالعه بیش از نیمی از سالمندان آسیب پذیر بودند.

سیاسگزاری

از کلیه سالمندان و همکارانی که در این مطالعه به ما در انجام این مطالعه یاری رساندند تشکر و قدردانی می کنیم.

References

1. Farokhnezhad Afshar P. The theory of free radicals and aging: A review article. *Journal of Gerontology*. 2020;4(4):8-14. <https://doi.org/10.29252/joge.4.3.8>
2. Farokhnezhad Afshar P, Malakouti SK, Ajri-Khameslou M. How was the oral health of the older people in Tehran's Parks in 1396? *Journal of Gerontology*. 2018;2(4):57-63. <https://doi.org/10.29252/joge.2.3.57>
3. van Assen MA, Pallast E, Fakiri FE, Gobbens RJ. Measuring frailty in Dutch community-dwelling older people: Reference values of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Archives of gerontology and geriatrics*. 2016;67:120-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.005>
4. yeghaneh b, einalia j, charaghi m, eskandari shahraki z. Evaluation of quality of life and vulnerability components of elderly women in rural areas Case study: Zanjan city. *Journal of Gerontology*. 2019;3(4):67-77.
5. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The lancet*. 2013;381(9868):752-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
6. Mousavisisi M, Shamshegargar SM, Rezaeipandari H, Matlabi H. Multidimensional Approach to Frailty among Rural Older People: Applying the Tilburg Frailty Indicator. *Elderly Health Journal*. 2019;5(2):92-101. <https://doi.org/10.18502/ehj.v5i2.2155>
7. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2008;63(12):1399-406. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399>
8. Rockwood K, Theou O. Frailty in Aging. *Biological, Clinical and Social Implications. Introduction. Interdisciplinary topics in gerontology and geriatrics*. 2015;41:Vii-x.
9. Jiao J, Wang Y, Zhu C, Li F, Zhu M, Wen X, et al. Prevalence and associated factors for frailty among elder patients in China: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):100.

بستری سالمندان در بیمارستان و محدودیت های مرتبط با آن، در اوقاتی به تکمیل پرسشنامه پرداختیم که مزاحمتی برای خواب و استراحت آنها ایجاد نکرد.

نتیجه گیری

براساس یافته های این مطالعه آسیب پذیری با کیفیت زندگی رابطه معکوس دارد و با افزایش آسیب پذیری

<https://doi.org/10.1186/s12877-020-1496-1>

10. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):262-75. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.262>
11. Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T. Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr, s elders-1387-8. *Journal of Fasa university of medical sciences*. 2012;2(1):53-8.
12. Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):80-9. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.120.87>
13. ABDI M, DABIRAN S, HEDAYATI M, FARMANI M, YOUSEFI ABDOLMALEKI E, RAHIDI N. Prevalence of frailty and Prefrailty among Iraniancommunity-dwelling Older Adults. *Journal of Research on the Lepidoptera*. 2020;51(1):100-9. <https://doi.org/10.36872/LEPI/V51I1/301009>
14. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*. 1996;220-33. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
15. Montazeri A, GOSHTASBI A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. 2006. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5>
16. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 2015;21:1232-42. <https://doi.org/10.12659/MSM.893400>
17. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010;11(5):344-55. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>