Review

Components of Chronic Illness in the Elderly: A Review Study

Mohammad Saberi[1], Laleh Fani Saberi[2*]

1. Msc of Geriatric Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Community Health Nursing , Mazandaran Medical Sciences, Sari,Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: fanisaberi@yahoo.com

(Received 22 October 2020; Accepted 23 February 2021)

Abstract

Chronic diseases reduce life expectancy and disability. The elderly are one of the most important groups who are more exposed to social, physical and environmental harms than other members of society. They often have various problems. Chronic illness is a multidimensional experience in which the patient has to adapt to different situations and people. Due to the existence of various chronic diseases in the elderly, the present study was conducted to review the psychological components associated with chronic diseases in the elderly. Given the existence of chronic diseases in the elderly, it is important to consider long-term planning and treatment to cure the diseases in them. The present review study was conducted by searching the information sources of Magiran, Sid, ScinceDirect, Web of science, pubmed. Articles related to chronic illness, the elderly, mental health, quality of life and life expectancy were extracted from 2009-2019 and after reviewing and summarizing and full text of the articles, finally 45 articles were used for writing. The results showed that components such as mental health, quality of life and life expectancy play an important role in chronic disease in the elderly. Given that chronic disease in the elderly is a multifaceted complication that is affected by several factors, so it seems In order to prevent and reduce chronic diseases in the elderly and improve their health, a multiple approach with the participation of individuals, families and social institutions is necessary.

Keywords: Components of chronic disease, elderly, mental health, quality of life, life expectancy.

ClinExc 2020;11(54-63) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

مولفه‌های مرتبط با بیماری مزمن در سالمندان: یک مطالعه مروری

محمد صابری[۱]، لاله فانی‌صابری[۲*]

چکیده

بیماری‌های مزمن باعث کاهش طول عمر و ناتوانی می‌شوند. سالمندان از مهم‌ترین گروه‌هایی هستند که بیش از سایر افراد جامعه در معرض آسیب‌های اجتماعی، جسمی و زیست‌محیطی قرار دارند. آن‌ها غالباً مشکلات گوناگون دارند. بیماری مزمن یک تجربه چندبعدی است که بیمار باید خود را با موقعیت‌ها و افراد مختلف تطبیق دهد. با توجه به وجود بیماری‌های مزمن مختلف در سالمندان، مطالعه حاضر با هدف مروری بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری مزمن در سالمندان انجام شد. با توجه به وجود بیماری‌های مزمن در سالمندان، در نظر گرفتن برنامه‌ریزی‌ها و درمان‌های طولانی‌مدت جهت بهبودی بیماری‌ها در آنان حائز اهمیت است. مطالعه مروری حاضر با جستجو در منابع اطلاعاتی: Magiran, SID, ScinceDirect, Web of science, Pubmed انجام شد. مقالات مرتبط با بیماری مزمن، سالمندان، سلامت روان، کیفیت زندگی و امید به زندگی از سال ۱۳۹۸-۱۳۸۸ استخراج شد و پس از بررسی و خلاصه و متن کامل مقالات در نهایت از ۴۵ مقاله برای نگارش استفاده گردید. نتایج نشان داد مؤلفه‌هایی نظیر؛ سلامت روان، کیفیت زندگی و امید به زندگی نقش مهمی در بیماری مزمن در سالمندان دارند با توجه به اینکه بیماری مزمن در سالمندان، عارضه‌ای چندوجهی می‌باشد که از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد، لذا به نظر می‌رسد که به‌منظور پیشگیری و کاهش بیماری مزمن در سالمندان و ارتقا سطح سلامت آنان، رویکردی چندگانه و با مشارکت فرد، خانواده و نهادهای اجتماعی ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مؤلفه‌های مرتبط با بیماری مزمن، سالمندان، سلامت روان، کیفیت زندگی، امید به زندگی.

مقدمه

با افزایش سن در سالمندان رفتارها و علائمی نظیر؛ انواع پریشانی عصبی، بی‌اعتمادی و پرخاشگری به طرزی چشمگیر در آنان نمایان و آشکار می‌شود و نوعی رفتار توأم با نگرانی شدید نسبت به تندرستی خود، در آنان ایجاد می‌شود؛ به‌طوری‌که از ناراحتی‌های جسمی، دردها، بیماری‌ها، سردردها و اختلالات گوارشی شکایت می‌کنند و اعضای خانواده خود را به دلیل آن‌که به تندرستی آنان بی‌توجه هستند و به فکر مراقبت و پرستاری از آن‌ها نیستند، ملامت و سرزنش می‌کنند و پرتوقع می‌شوند. خلقی بسیار ناپایدار پیدا می‌کنند و به‌طور ناگهانی دچار اضطراب شدید می‌شوند(۱).

عوامل فیزیولوژیک در سالمندی می‌تواند شامل موارد زیر باشد: بالا بودن شیوع بیماری‌های مزمن، تغییرات متابولیک(که می‌تواند بر روی قدرت دارو اثر بگذارد)، و تغییرات هورمونی مانند تغییرات سطح ملاتونین که می‌تواند منجر به تغییر سیکل خواب‌وبیداری شود(۱).

۱. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. استادیار گروه بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
* نویسنده مسئول: مازندران، ساری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، گروه بهداشت جامعه
Email: fanisaberi@yahoo.com

تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۸/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۹/۱۰/۲۸ تاریخ پذیرش:۱۳۹۹/۱۲/۵

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

هرچند افزایش سن به‌خودی‌خود بیماری محسوب نمی‌شود، در نتیجه تغییرات فیزیولوژیکی که رخ می‌دهد، شانس ابتلا به بیماری‌ها افزایش می‌یابد(۲). تغییر الگوی همه‌گیرشناسی بیماری‌ها در سالمندان به سمت افزایش شیوع بیماری-های مزمن می‌باشد(۳). بیماری‌های مزمن، شرایطی درازمدت هستند که غالباً پیش‌رونده می‌باشند و با مراقبت مداوم و تغییر رفتار قابل کنترل هستند(۴). در حال حاضر تخمین زده می‌شود ۸۰ در صد افراد بالای ۶۵ سال یک بیماری مزمن و ۵۰ درصد دو بیماری مزمن دارند(۵). تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل روانی می‌تواند سبب ایجاد یا تشدید برخی مشکلات طبی مزمن شود. شیوع بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله فشارخون، دیابت، آسم، بیماری مزمن کبدی، بیماری مزمن انسدادی ریه، درد و سکته مغزی در افراد با مشکلات روان‌شناختی بیش‌تر است(۶). مرور متون نشان می‌دهد که مطالعات متعددی به بررسی بیماری مزمن در سالمندان در ایران و خارج از ایران پرداخته‌شده است. با توجه به شیوع بیماری‌های مزمن در افراد سالمند، پژوهش در این زمینه می‌تواند در طراحی و اولویت‌بندی مداخلات، مفید واقع شود، ازاین‌رو این مطالعه با هدف مروری بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری مزمن در سالمندان انجام‌شده است. سؤال اصلی پژوهش این است که مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن در سالمندان کدم‌اند؟

روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مروری بوده که بر اساس سؤال پژوهش(مؤلفه‌های مؤثر بر بیماری‌های مزمن سالمندان کدم‌اند؟)، پژوهشگران ابتدا کلیدواژه‌های مرتبط را استخراج نمودند و به‌طور مستقل به جستجوی اولیه در بانک اطلاعاتی اینترنتی عمومی نظیر؛ Google Scholar و به‌طور اختصاصی‌تر در: Magiran, SID ScinceDirect, Web of science, pubmed پرداختند. با استفاده از کلیدواژه‌ها و دستورالعمل جستجوی مرتبط بیماری مزمن، بیماری مزمن در سالمندان، بیماری جسمی در سالمندان، انواع بیماری‌ها در سالمندی در فاصله زمانی آذر تا دی ۱۳۹۸ جستجو انجام شد و مقالات مرتبط از سال ۱۳۹۸-۱۳۸۸ استخراج گردید. مقالات جستجو شده استخراج شد. بعد از حذف مقالات تکراری، در دو مرحله مقالات مورد غربالگری قرار گرفتند. در مرحله اول عنوان و خلاصه مقالات موردبررسی قرار گرفت و آن‌هایی که معیار ورود مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. معیار ورود تمامی مطالعاتی بودند که به بیماری مزمن در سالمندان اشاره‌کرده‌اند. در مرحله دوم غربالگری، متن کامل مقالات واردشده از مرحله قبل موردبررسی قرار گرفت و آن‌هایی که علی‌رغم اشاره به بیماری مزمن، دوره سالمندی را موردبررسی قرار ندادند از لیست مطالعات انتخاب‌شده، خارج شدند. پژوهشگر پس از انتخاب مطالعات از مرحله قبل، تمامی مطالعات مرتبط را با دقت مطالعه نمودند و اطلاعاتی را که در پژوهش حاضر به آن نیاز داشتند را استخراج و سازمان‌دهی نمودند. نتایج حاصل از مروری بر مطالعات در زمینه بیماری‌های مزمن در سالمندان در چندین طبقه دسته‌بندی شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که مؤلفه‌های متعددی به شرح زیر با بیماری‌های مزمن در سالمندان در ارتباط‌اند.

سلامت روان

سلامت روانی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب می‌باشد(۷). طبق تخمینی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ انجام داد مشکلات سلامت روان سهم بزرگی در بیماری‌ها و ناتوانی‌ها در کل دنیا دارند. تخمین زده می‌شود ۳۱ درصد افراد در هر دو جنس در طول مدت زندگی‌شان با نوعی ناتوانی دست‌وپنجه نرم

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

می‌کنند(۸). درصورتی‌که سلامت روان و چگونگی حفظ آن تا حداکثر زمان ممکن و تا سنین سالمندی، باید موردتوجه دانشمندان، سیاست‌گذاران، متخصصین بالینی و حتی خود سالمندان، باشد. امروزه همه در این موضوع اتفاق‌نظر دارند که سالمندی به روش موفق، تنها مربوط به داشتن ژن‌های سالم و یا دسترسی به منابع سالم نمی‌باشد، بلکه به چگونگی تنظیم زندگی به‌طور فعال، توسط افراد و رفتارهایشان بستگی دارد، به‌طوری‌که بتوان با آن، سلامت روان و بهزیستی را بهبود بخشید(۹). افراد سالمند به علت باز بودن سن و ناتوانی‌هایی که در ابعاد جسمانی و روانی پیدا می‌کنند بیشتر مستعد مشکلات مربوط به‌سلامت روان هستند؛ و اختلال در سلامت روان آن‌ها بیشتر به‌صورت اضطراب و افسردگی خود را نمایان می‌سازد(۱۰). اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی دوران پیری هستند و این ارتباط ناشی از نقص اجتماعی و عملکردی بیمار در سن پیری، مشکلات خواب می‌باشد(۹).

مینوس بیان می‌کند که سالمندان بالاتر از ۶۵ سال روستا دارای سطح سلامت پایین‌تری نسبت به همتایان خود در شهر می‌باشند(۱۱). همچنین ستاری در مطالعه‌ای بر وضعیت سلامت سالمندان روستایی بیان می‌کند که ۵۱ درصد سالمندان روستایی دارای بیماری مزمن می‌باشند(۱۲). لذا شناسایی بیماری‌هایی شایع مزمن سالمندان امری مهم در جهت پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت سالمندان می‌شود(۱۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد بین بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی با سلامت روان آنان رابطه وجود دارد(۱۴-۱۸). با توجه به کاهش قوای جسمانی، بی‌حوصلگی، مشکلات اجتماعی و خانوادگی و نیز برخی از بیماری‌های مزمن معمولاً سنین پیری موجب کاهش تمایل به انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی می‌شوند و سالمندان بیش‌ازپیش این رفتارهای مهم بهداشتی را به دست فراموشی می‌سپارند(۱۹). برای افزایش سلامت روان و غلبه بر بیماری باید خدمات توان‌بخشی برای کمک به افراد، جهت غلبه بر نوعی ناتوانی که برای فرد مشکل ایجاد می‌کند طراحی شوند.

کیفیت زندگی

بررسی ارتباط بین بیماری مزمن با سازه‌های دیگر روان‌شناسی نظیر کیفیت زندگی و اثر متقابل آن‌ها برای برخوردار بودن از یک زندگی شاد و همراه با سلامتی در سال‌های اخیر موردتوجه پژوهشگران قرارگرفته است. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و ازآنجاکه ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در برمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است(۲۰). افراد مبتلا به بیماری مزمن اغلب یک‌بار سنگینی از بیماری را تجربه می‌کنند که اثری منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌گذارد(۲۱).

با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمنی نظیر دیابت نوع دو، بیماری‌های قلبی-عروقی، استئوپروز افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن، مشکلات بالینی، اجتماعی و روانی فراوانی را به دنبال خواهد داشت که این مشکلات به‌نوبه خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی و روانی افراد سالمند شده و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد(۶). درحالی‌که زندگی با کیفیت برتر از چالش‌های محققان و پژوهشگران در قرن کنونی است، بیماری‌های مزمن برای مدت‌های طولانی با فرد همراه هستند، لذا نیازمند دوره طولانی درمان هستند و این امر منجر به افزایش تقاضا برای دریافت خدمات درمانی می‌شود و سطح تقاضا برای دریافت خدمات درمانی تا زمانی که بیماری‌های مزمن کاملاً کنترل نشده، همچنان افزایش خواهد یافت و این امر می‌تواند منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان گردد(۲۲-۲۳). در طی دهه‌های اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان بخشی از سلامتی شناخته‌شده و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مورداستفاده قرار می‌گیرد(۲۴). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به‌صورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

نظر فرهنگ، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌نماید(۲۵). سنجش کیفیت زندگی سالمندان به بررسی وضعیت سلامتی آنان، اثربخشی مداخلات پزشکی و سلامتی، ارزیابی بیماری‌ها، تخمین هزینه اثربخشی سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی در سالمندان و انجام برنامه‌ریزی کمک می‌نماید(۲۶).

در این راستا بر اساس نتایج مطالعات همبستگی معناداری بین بیماری مزمن و کیفیت زندگی وجود داشت(۲۷-۲۹). بیماری‌های مزمن موجب افزایش وابستگی و نیاز به مراقبت در سالمندان و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد(۳۰). بیماری‌های مزمن، درازمدت و غالباً در تمام عمر گریبان‌گیر فرد است. هر بیماری مزمن دوره‌ای را طی می‌کند و معمولاً در مرحله‌ای به‌صورت حاد درمی‌آید که فرد جهت انجام فعالیت‌های خود نیازمند به کمک خواهد بود. بخصوص در افراد سالمند که از نظر قوای جسمی نیز ضعیف‌تر هستند، این امر بیشتر خواهد بود(۳۲-۳۱). سوسا بیان می‌کند که سالمندان شهرهای کشور هند و ونزوئلا بیشترین میزان ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن را داشته و از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان به سکته قلبی، آرتریت، افسردگی و مشکلات چشمی اشاره کرد و همچنین بیماری‌های مزمن عامل بیش از دوسوم ناتوانی‌های رایج در سالمندان بود(۳۳).

امید به زندگی

عمر طولانی یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ است. پدیده پیر شدن جمعیت جهان به دلیل کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت و آموزش‌وپرورش، در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی است(۳۴). سالمندی یکی از مراحل حساس زندگی است و فرایند روبه رشدی است که در آینده نزدیک، درصد بالایی از جمعیت جهانی را به خود اختصاص می‌دهد. روان‌شناسان مثبت‌نگر معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زا زندگی حمایت کند. از این روی، در یکی دو دهه اخیر، نقش امید در درمان انواع بیماری‌ها بررسی‌شده و در نتیجه این پژوهش‌ها، اسنایدر(۲۰۰۰) نظریه‌ای را به نام نظریه امید بیان کرده است. اسنایدر و همکارانش(۱۹۹۱) امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون(تصمیم‌های هدف‌دار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب‌شده برای نیل به اهداف) است. از طریق ترکیب منابع و مسیرها می‌توان به اهداف رسید. اگر هرکدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است. امید شامل ادراکات شخص درباره توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف(مسیرهای تفکر)، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش موردنیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آن-ها(عامل تفکر) است(۳۵). افزایش طول عمر افراد این توقع را در آنان به وجود آورده است که سال‌های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری نمایند، به‌نحوی- که این مسئله متصدیان را بر آن داشته است تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امیدواری به زندگی سالم نه به مفهوم نبود بیماری بلکه به معنی زندگی بدون محدودیت عملکردی جایگزین نمایند(۳۶). امیدواری، عملکرد فیزیولوژیک و روان‌شناختی را تقویت کرده، فقدان آن منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌شود(۳۷).

کلر و همکاران(۲۰۱۰) در تحقیقی بر روی امید و بهزیستی که بر روی بازنشستگان در کانادا انجام شد، نشان داد دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش در متغیر امید به‌طور معناداری پیش‌بینی کننده میزان بهزیستی در بازنشستگان می‌باشد و تأثیرات مثبت و منفی بر رضایت از زندگی دارد(۳۸). این بدان معناست که رابطه مثبت بین امید و رضایت از زندگی، سطوح بالاتر رضایت از زندگی در میان سالمندان بازنشسته نسبت به سالمندان خانه‌دار، عدم نگرانی آنان درباره آینده، برخورداری از توان مالی کافی جهت مراقبت از خود در صورت بروز بیماری جسمی و روحی و کاهش نیاز آنان به همسر و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

فرزندان خود موجب می‌شود تا امیدواری آنان نسبت به زندگی بیشتر از زنان خانه‌دار باشد. همچنین داشتن امید به ایجاد انگیزه و معناداری در زندگی ختم می‌شود که در نهایت هر دوی این مؤلفه‌های روان‌شناختی نقش بسزایی در ارتقا رضایت از زندگی و دید مثبت به زندگی در دوره سالمندی افراد ایفا می‌کنند(۳۹).

ایشیزاکی و همکاران(۲۰۰۵) در پژوهشی گزارش کردند افرادی که فعالیت بدنی را از طریق ابزار و وسایل کمکی انجام می‌دهند، در مقایسه با کسانی که به‌صورت جسمانی درگیر فعالیت بدنی می‌شوند امیدواری کمتری دارند (۴۰).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مروری مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با بیماری مزمن در سالمندان انجام‌شده است. سالمندی، دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد که این عوامل می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها شود(۴۱). سازمان بهداشت جهانی(۲۰۰۸) سلامت روانی را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی و حل تضادها و تمایلات به‌طور عادلانه، منطقی و مناسب مطرح می‌کند(۱۰). تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که افسردگی سالمندان به دلیل نقص در عملکرد اجتماعی، کاهش عملکرد شناختی و افزایش خیر مرگ در سالمندی می‌تواند باشد. در دوران سالمندی اشتها و تمایلات جنسی ربطی به افسردگی دوران پیری ندارد برعکس سن جوانی. اما مشکلات خواب و درد با افسردگی آن‌ها رابطه دارد. گاهی افسردگی ناشی از بیماری قلبی عروقی و گاهی افسردگی ناشی از عوارض داروهایی است که آن‌ها مصرف می‌کنند(۹).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به‌عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود(۴۲).

حدود ۸ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتریت، فشارخون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد(۴۳). افزایش سن با افزایش ظاهر شدن بیماری‌های مزمن و محدودیت‌های حرکتی همراه بوده و هزینه درمان بیماری‌های سالمندان و ناتوانی‌های ایجادشده ناشی از بیماری در آن‌ها بالا می‌باشد(۴۴). مطالعه باری نشان می‌دهد در حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، ۳۵ درصد ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری در بیمارستان‌ها را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند(۴۳). مطالعات مختلف حاکی از آن است که بهبود کیفیت زندگی سالمندان، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد(۴۵،۳۱،۲۰).

سالمندانی که در خانه و کنار فرزندان خویش زندگی می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامت روان بیشتری نسبت به سالمندان آسایشگاه‌ها برخوردارند. سالمندان ساکن در منزل توانایی عملکردی بهتری را از نظر احساس ذهنی و تعداد مشکلات موجود در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندان گزارش کرده‌اند، شبکه اجتماعی غنی‌تری داشته و از نظر ارتباطات اجتماعی رضایتمندی بیشتری دارند علاوه بر این سالمندان ساکن در منزل مشکلات بهداشتی کمتری دارند(۴۶).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

مطالعه الونسو و همکاران(۲۰۰۳) که به‌عنوان یک پروژه مطالعاتی بین‌المللی به بررسی ارتباط کیفیت زندگی با بیماری‌های مزمن در هشت کشور ایتالیا، نروژ، آمریکا، ژاپن، آلمان، دانمارک و فرانسه و هلند پرداختند، نیز نشان داد که کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن بدتر از سایر افرادی بوده که بیماری مزمنی را گزارش نکردند(۴۷).

همچنین پژوهش‌ها میزان بیماری مزمن و امید به زندگی در سالمندان را موردبررسی قرار دادند(۳۸-۴۸،۴۰). امید و امیدواری به زندگی از مفاهیمی هستند که با توانمندی مرتبط بوده، از طریق تحمل‌پذیر کردن شرایط موجود می‌تواند به‌عنوان پاسخی مؤثر به عوامل تنش‌زا در نظر گرفته شود. امیدواری، عملکرد فیزیولوژیک و روان‌شناختی را تقویت کرده، فقدان آن منجر به اختلال زودرس در عملکرد فرد می‌شود(۴۹). در پژوهشی که کلر و همکاران(۲۰۱۰) در زمینه امید به زندگی در افراد سالمند انجام دادند، گزارش کردند که وضعیت‌های مطلوبی مانند نداشتن معلولیت، سلامتی جسمانی، گذران اوقات فراغت فعال، انجام ورزش و فعالیت بدنی و نداشتن محدودیت‌های جسمی و روحی باعث ارتقای امید به زندگی در سالمندان می‌شود(۴۸).

ازآنجایی‌که تاکنون مطالعه‌ای مروری با عنوان مطالعه حاضر انجام‌نشده است می‌توان این را از نقاط قوت مطالعه حاضر در نظر گرفت. بااین‌حال در مطالعه حاضر با رویکرد سیستماتیک مطالعات موردبررسی قرار نگرفتند و کیفیت مطالعات واردشده تعیین نشد. همچنین تنها از مطالعات با زبان فارسی و انگلیسی که متن کامل آن‌ها در دسترس بود استفاده گردید. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده مطالعات کمی و یا مطالعات کیفی در زمینه بیماری مزمن در سالمندان انجام شود و به نقش عوامل روان‌شناختی متعدد در کاهش و افزایش بیماری مزمن در سالمندان پرداخته شود تا مطالعات جامعی در این زمینه به دست آید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عوامل متعددی نظیر سلامت روان، کیفیت زندگی و امید به زندگی با بیماری مزمن در سالمندان در ارتباط ایست. با توجه به وجود بیماری‌های مزمن در سالمندان، درنظرگرفتن برنامه‌ریزی‌های و درمان‌های طولانی‌مدت جهت بهبودی بیماری‌ها در آنان حائز اهمیت است. ازآنجاکه سلامت روان و امید به زندگی در سالمندان می‌تواند موجب کاهش بیماری‌های مزمن شده و سطح مطلوب زندگی را برای آنان فراهم می‌آورد. می‌توان گفت احتمالاً هراندازه سالمند از سرمایه اجتماعی بیشتری برخوردار باشد؛ یعنی مجموعه ارزشمندی از حمایت‌های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق و همبستگی و مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی داشته باشد از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردارند؛ به‌عبارت‌دیگر خانواده‌ها و دوستانی هستند که فرد را احاطه می‌کنند و در زمان‌های موردنیاز به‌عنوان منابع در دسترس عمل می‌کنند. فرد سالمند وقتی احساس کند که در زمان‌های بحرانی و حساس منابعی دارد که می‌تواند همواره بر آن‌ها تکیه نماید؛ قطعاً دوره‌های بحرانی را با موفقیت بیشتری پشت سر می‌گذارد و کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌گردد و درنهایت از سلامت روان بهتری برخوردار خواهد بود. به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت که سالمند دارای امید به زندگی از انواع حمایت یعنی ابراری، عاطفی و اطلاعاتی برخوردار است؛ و به‌راحتی این حمایت‌ها، میران اضطراب، استرس و افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و منجر به‌سلامت روان و امید به زندگی بیشتر و سطح کیفیت زندگی بهتر آن‌ها می‌شود.

مسلماً نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند برای متخصصان حوزه سالمندی مفید واقع شود و زمینه بهبود و یا حفظ سلامت روان سالمندان را در این حوزه محقق سازد. توجه متخصصین و مراقبین سالمندی به مسائل مختلف سالمندان، منجر به ارتقای سلامت روان آن‌ها می‌گردد. همچنین آگاه کردن

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

سالمندان در زمینه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی موجود برای فعالیت و همچنین آگاهی نسبت به حقوق شهروندی و بالا بردن میزان آگاهی خانواده نسبت به مشارکت تمامی افراد خانواده در انجام امور مربوط به خانه می‌تواند به ارتقا سطح سلامت روان، کیفیت زندگی و در نهایت امید در سالمندان کمک نماید. تا با افزایش طول عمر، واژه امید به زندگی به معنای زندگی بدون محدودیت عملکردی همراه با افزایش سلامت روان و ارتقا سطح کیفیت زندگی جایگزین معنای رایج آن، نبود بیماری، شود. به سیستم‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می‌گردد، بدون درنظرگرفتن سن به تداوم درمان به‌منظور بهبود عملکرد، تأخیر انداختن ناتوانی و پیشگیری از عوارض در سالمندان تأکید نمایند.

References

1. Basca B.B. The Elderly and Prescription Drug Misuse and Abuse. Prevention Tactics. 2008;9(2):1-8.
2. Guilder, M. Oxford Textbook of Psychiatry, translation Nosratollah Pour Afkari, Tabriz: Tabriz University Press. 1997.
3. Sargazi M, Salehi SH, Naji A. Health promoting behaviors of elderly people admitted to hospital in Zahedan in 1389.Journal of Zabol University of Medical Sciences. 2012; 4(2):73-83.
4. Njaty V. Health status of the elderly in Qom in 2007. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2009; 50: 67-72.
5. Reif S, Larson M, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Samet J, Saitz R. Chronic disease and recent addiction treatment utilization among alcohol and drug dependent adults. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2011 Dec;6(1):1.
6. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S & Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 2003; 33(5): 335-340.
7. Seyed ahmadi M, keyvanlou F, koushan M, Mohammadi raoof M. comparing the mental health of athlete and non- athlete university students. Journal of sabzevar University of medical sciences. 2010; 17(2): 116-122.
8. Ghasimi Sh, Delaware A, Zarchi Karimi M. The comparing Metaanalysis the mental health index of women and men, Journal of Educational Measurement. 2012; 3(11):141-142.
9. Pachana NA, Laidlaw K, editors. The Oxford handbook of clinical geropsychology. Oxford Library of Psychology; 2014.
10. Häggström E, Mbusa E, Wadensten B. Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. Nursing Ethics. 2008 Jul;15(4):478-491.
11. Mainous A, Khors F. A comparison of health status between rural and urban adults. Journal of Community Health. 1995; 20(5):423.
12. Sattari B. social and health status of rural elderly with rural empowerment approach. Journal of Elderly. 2008; 1(2):132-139
13. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

Qom (2007). JQUMS. 2009; 13(1): 67-72.
14. Arbabi H, Mansouri A, Nooshirvani S, Arbab A. The Relationship Between Health Literacy and General Health in Patients with Type II Diabetes Referring to Diabetes Clinic of Zabol in 2016. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (1) :29-39.
15. Allivand P, Zahiri M, Ghasemzadeh R, Latifi M, Fathi K. Comparison of Mental Health in Hearing Impairment Elderly with Hearing Aid and without Hearing Aid in Ahvaz in 2012. Mashhad Journal of Paramedical Sciences and Rehabilitation. 2014; 3(1):40-46.
16. Barati M, Fathi Y, Soltanian A.R , Moeeni B. Assessment of mental health status and health promoting behaviors in the elderly Hamedan city. Scientific Journal of Hamadan School of Nursing and Midwifery. 2012; 20(3):12-19.
17. Molavi P. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010 Jun 22;12(46):7-480.
18. Tajvar M. Geriatric health and review of different aspects of their life's. Tehran: Nasle Farda. 2003:11-20.
19. Salehi L, Eftekhar H, Mohammad K, Taghdisi MS, Shogaei zadeh D. [Some Factors affecting consumption of Fruit and vegetable by elderly people in Tehran]. Salmand. 2010; 4(14):34-44.
20. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. Social science & medicine. 2006 Nov 1;63(9):2367-2380.
21. Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J, McDowell J, Engberg S, Sereika SM, et al. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. Quality of Life Research. 1997;7(1):57-65.
22. Millies MD, Crighton LJ, McMurdo ME. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patient. Int J cardiol. 2007 Mar;116(1):40-45.
23. heart failure patient. Int J Cardiol. 2007; 116(1):40-5.
24. Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L & Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Publica. 2009; 25(4):314–321.
25. Heller DA, Ahern FM, Pringle KE, Brown TV & Glessner MR. Change in elderly women's healthrelated quality of life following discontinuation of hormone replacement therapy. BMC Women Health. 2005; 5(7):1-15.
26. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F & Ozturk B. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. Cancer Nursing. 2001; 24(6):490-495.
27. Lips P & Van Schoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis. Osteoporosis International 2005; 16(5):447-55.
28. Maghsodi A , Abedi K , Omidvari joo F , Safaeei F , Mohammadi Z , Riyahi SH. Survey of prevalence of chronic diseases and its relation with quality of life Elderly people of Oz city south of Fars province in year 2014. Journal of Student Research Committee Vice chancellor for research, Mashhad University of Medical Sciences. 2015; 18 (16):35-42.
29. Esmaeeli S , Shojaeezadeh D , Salehi L , Moradian M. The Impact of Chronic Diseases on the Quality of Life of Elderly People in East Tehran. Journal of Tehran University of Medical Sciences. 2012; 6:(3): 225-235.
30. Habibi, A., Namadi, M., Habibi, S., Mohammadi, M. Quality of life and prevalence of chronic diseases in the elderly. Ardebil Health Journal. 2012; 3(1):58-66.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]

31. Povlsen JV & Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis(AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. Perit Dial Int. 2005; 25(3): 60-3.
32. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community – dwelling elderly in Korea. Int J Nurs Stud. 2005; 49(2): 129-137.
33. Staurant M, Wandenbos GR. Geriatric psychiatric, 1 ed. New York: Springer. 1994: 198-208.
34. Sousa R, Ferri C. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: Lancet Journal. 2009; 374(18):21–30.
35. Assessment of the correlation between lifestyle and quality of sleep in elderly who referred to retirement center in RASHT, . Holistic Nursing and Midwifery. 2007; 17(2):15-22.
36. Magyar-Moee JA. Positive psychology techniques, translated by Barati Sadeh. 2012.
37. Gerald C. Davidson. Marvin, R. Goldfield. Clinical Behavior Therapy, Translated by Ahmad Ahmadi Aloonabadi, First Edition, University Press. 1992.
38. Lopez S. J, Snyder C.R. Pedrotti J.T. Hope: many definitions, many measures. In CR. Snyder & SJ. Lopez (Eds.), Positive psychological Assessment: A handbook of models and measures, 91- 106. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2003.
39. prosser, MA. Hope and well-being in retirement. Master thesis. Saint marys university Canada. 2005.
40. Kashaniyan, F., Khodabakhsi, A., Effectiveness of positive psychology group intervention on meaning of life and life satisfecantic among older adults. Elderly health journal. 2015, 1 (2):68-74.
41. Ishizaki, T. Kai, I. Kobayashi, Y. et al Functional transitions and active life active older adults. Journal of Psychotherapy Integration. 2002; 11(22):319-363.
42. Lissolo S, Cavallo E, Ronchetto F. The problem of the chronic recurrent pain among older in-patient. Minerva Med. 2006; 97(2): 205-215.
43. Baljani, A., Kazemi, M., Amanpour, A., & Tizefam, T. Investigating the Relationship of Religion, Spirituality, Hope and Quality Living in Cancer Patients. Affordable Care Evidence. 2011; 1(8):61-51.
44. Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. Am J Gastroenterol. 2000; 95(1):8-10.
45. Salar A, Shahsoy A, Ahmadi F. El\derly nursing, Tehran: Abed Publishing. 2004.
46. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in samsun. Turk J Med Sci. 2002; 33: 335-340.
47. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderlys “Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retiered club of Shiraz city”. Iranian Journal of Ageing. 2011; 5(4):0.
48. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment(IQOLA) Project. Qual Life Res. 2004; 13(2): 283-298.

Keeler, M. Jack, M. Tian,H. et al The Impact of Functional Status on Life Expectancy in Older Persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010; 65(7):727–733.

Lopez S. J, Snyder C.R. Pedrotti J.T. Hope: many definitions, many measures. In CR. Snyder & SJ. Lopez (Eds.), Positive psychological Assessment: A handbook of models and measures, 91- 106. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2003.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2025-10-23]