

## بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹

(مقاله پژوهشی)

علی آقائوری<sup>۱</sup>، محمود محمودی<sup>۲</sup>، حمیده صالحی<sup>۱</sup>، کوروش جعفریان<sup>۳\*</sup>

### چکیده:

**زمینه و هدف:** با افزایش رشد جمعیت سالمندان و تغییر ترکیب جمعیتی به سمت سالخورده‌گی از این پس نیازمند افزایش اطلاعات راجع به کیفیت زندگی مربوط به سلامت در این گروه سنی هستیم تا اگر چه نمی‌توانیم از این تغییر جمعیتی جلوگیری کنیم ولی با برنامه ریزی‌های مناسب کیفیت زندگی آنها را افزایش داده و با ایجاد سالمندی فعال مشارکت آنها را در فعالیت‌های خانواده و جامعه بیشتر کنیم و زمینه پیشرفت اقتصادی و رفاه کشورمان را فراهم کنیم. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت کیفیت زندگی و عوامل تأثیر گذار بر آن در سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن مناطق شهری استان مرکزی بوده است.

**مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع مقطعی و توصیفی - تحلیلی بود که بر روی ۱۶۵ سالمند در مناطق شهری استان مرکزی انجام گرفته شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه عمومی و پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی بود. همچنین برای تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون‌های آماری کای دو، فیشر، t مستقل، ANOVA یکطرفه، رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

**یافته‌ها:** میانگین سنی نمونه‌ها ۷۰/۷ سال بود و ۴۴/۸ درصد نمونه‌ها مرد و ۵۵/۲ درصد زن بودند. میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی برابر ۵۵/۶۶±۲۲، میانگین امتیاز بخش جسمی ۵۱/۳۲±۲۱ و میانگین امتیاز بخش روانی ۵۷/۳۰±۲۵ و میانگین امتیاز ۸ بعد کیفیت زندگی به این شرح بود: بعد عملکرد جسمی ۵۶/۴۵±۲۶، کاهش عملکرد به علت مشکلات جسمی ۵۰/۶۰±۲۷، درد جسمی ۵۱/۳۸±۲۶، سلامت کلی ۴۵/۵۳±۲۶، نشاط ۵۳/۰۹±۲۴، عملکرد اجتماعی ۶۷/۸۵±۲۷، کاهش عملکرد به علت مشکلات روانی ۵۷/۱۴±۴۵، سلامت روانی ۶۲/۸۸±۲۵. همچنین نمرات کیفیت زندگی با جنس، شغل قبلی، سواد، فعالیت‌های اوقات فراغت، درآمد، ورزش فعلی، ابتلا به بیماری و مصرف دارو ارتباط معنی‌دار داشت ( $p < 0/05$ )

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی در حد متوسط است و افراد از نظر سلامت روانی در مقایسه با سلامت جسمی وضعیت بهتری دارند. همچنین فاکتورهای مختلفی با کیفیت زندگی سالمندان در ارتباط هستند که بسیاری از آنها مانند رفع تبعیض‌های جنسیتی، فراهم نمودن تسهیلات برای فعالیت‌های اوقات فراغت و ورزش این گروه سنی است با برنامه ریزی‌های جامع قابل اصلاح می‌باشند.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶، سالمندان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران  
۲- استاد، دکتری جمعیت‌شناسی پزشکی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران  
۳- استادیار، دکتری تخصصی تغذیه، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران  
\* پست الکترونیک نویسنده مسئول: kdjafarian@tums.ac.ir

### مقدمه

(۱، ۲، ۳). بنابراین طبیعی است که با افزایش رشد جمعیت جهان (سالانه ۱/۷ درصد افزایش) و امید به زندگی، جمعیت سالمندان جهان رشد فزاینده‌ای (سالانه ۲/۵ درصد) خواهد یافت. اگر چه در قرون گذشته جمعیت جهان بسیار جوان بوده و توجه دولتمردان و سیاست‌مداران را به خود مشغول می‌کرده، اما امروزه کیفیت زندگی سالمندان بعنوان یکی از چالش‌های قرن حاضر ذهن برنامه‌ریزان حوزه‌های مختلف از جمله

افزایش میزان موارد تولد نسبت به مرگ و میر موجب روند رو به تزايد جمعیت فعلی جهان گردیده است. از سوی دیگر باتوجه به بهبود کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی و کاهش میزان بیماری‌های عفونی و حاد در نیمه اول و دوم قرن بیستم به ترتیب میزان مرگ و میر نوزادان، اطفال، میانسالان و سالمندان کاهش یافته است که این امر منجر به افزایش امید به زندگی شده است

گسترش تعریف سلامتی فراهم کرده به طوری که حوزه‌های سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (۱۰). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. از طرفی کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلفی است. اغلب دانشمندان توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی عموماً شامل ۵ بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی، روحی و علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان است (۱۱). با این وجود کیفیت زندگی افراد سالمند شاید از نظر وضعیت عملکرد، استقلال و توانایی شرکت در فعالیت‌های زندگی توصیف شود (۱۲).

کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که توسط احمدی و همکاران و با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی در شهر زاهدان انجام شد سطح کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه پایین بود (۱۳). در مطالعه نجاتی و همکاران در شهر کاشان، با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی سطح کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط بود (۲)، اما در مطالعه کاپورون و همکاران در فرانسه و با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی، سطح کیفیت زندگی و ابعاد آن نسبتاً بالا بود (۱۴). کیفیت زندگی می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار گیرد. عوامل اقتصادی، اجتماعی، دسترسی به خدمات بهداشتی، رفتارهای غذایی، سطح سواد و بسیاری از فاکتورهای دموگرافی ممکن است بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر گذار باشند. در مطالعه وحدانی نیا و همکاران، بین جنس و وضعیت سلامتی با میانگین امتیازهای ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی رابطه معنی داری دیده شد و همچنین متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و شغل با میانگین امتیازهای اکثر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشتند (۱۵). در مطالعه رفعتی و همکاران، کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان بود. بین سن و کیفیت زندگی رابطه‌ای مشاهده نشد، اما بین سطح تحصیلات، کار در کارگاه آسایشگاه، دریافت حقوق بازنشستگی، ابتلا به یکی از انواع شکستگی و تغییر شکل اندامها و آرتروز با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده گردید (۱۶). در مطالعه

حوزه‌های اجتماعی، بهداشتی و غیره را به خود معطوف ساخته است. طبق پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت و در پی تغییرات وسیع و سریع دموگرافیک طی دو دهه اخیر جمعیت جهان به سرعت به سمت سالم‌خوردگی پیش می‌رود و پیش‌بینی می‌شود که ربع قرن دیگر ۱/۲ میلیارد نفر (حدود ۱۴ درصد) از ساکنان کره خاکی را افراد ۶۰ سال و بالاتر تشکیل دهد. کشور ما ایران نیز از این تغییر جمعیتی بی‌نصیب نبوده است. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند پیر شدن در کشور ما نیز آغاز شده است. با افزایش رشد جمعیت و امید به زندگی (حدود ۷۰ سال) تعداد افراد بالای ۶۰ سال در ایران نیز همانند سایر کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۳). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵، ۶/۴ درصد جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲۵/۶ درصد برسد (۴). که به شرط ثابت بودن سایر متغیرها نیازمند افزایش هزینه سرانه سلامت تا سال ۲۰۵۰ به میزان ۲/۵ برابر خواهد بود (۵). بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت بالای ۶۰ سال استان مرکزی و بیشتر شهرهای آن حتی بالاتر از میانگین کشوری است که ضرورت بررسی کیفیت زندگی سالمندان در این استان را بیشتر می‌کند (۶).

اگرچه افزایش سن و امید به زندگی یک خبر خوب به حساب می‌آید، اما معمولاً با کاهش توان فیزیکی و فیزیولوژیکی و همچنین افزایش شانس ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی و روحی و ناتوانی همراه است که موجب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. بنابراین سالمندان بخصوص در کشورهای در حال توسعه نسبت به سایر گروه‌های سنی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (۷). افزایش طول عمر، جامعه و خانواده را با چالش‌هایی مثل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و اقتصادی روبرو می‌سازد که شاید کیفیت زندگی در سالمندان را به میزان بیشتری کاهش دهد (۷، ۸).

اهمیت کیفیت زندگی و وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب‌نظران معتقدند که بیشتر مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر بایستی بر بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت متمرکز گردد (۹). کیفیت زندگی یک رویکرد معتبر برای

بنابراین با توجه به برخی بررسی‌های صورت گرفته در مناطق مختلف ایران و جهان، کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با برخی عوامل جمعیت‌شناسی، اجتماعی، اقتصادی، سلامتی و غیره مورد مطالعه قرار گرفته است، اما با توجه به بررسی‌های انجام شده تاکنون هیچ مطالعه‌ای در زمینه تعیین کیفیت زندگی سالمندان در استان مرکزی انجام نشده است. همچنین نسبت سالمندان این استان به طور متوسط بالاتر از میانگین کشوری و رو به افزایش است. از سوی دیگر بر اساس مطالعات انجام شده ارتباط برخی عوامل مانند چگونگی گذراندن اوقات فراغت، مدت تماشای تلویزیون، میزان چاقی، دور کمر، مصرف دارو و بیمه درمانی با کیفیت زندگی به خوبی مشخص نیست. لذا هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ابعاد آن در مناطق شهری استان مرکزی و عوامل مختلف جمعیت‌شناختی، اقتصادی-اجتماعی، سلامتی مؤثر بر آن می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند اطلاعاتی مناسب در اختیار سیاستگذاران استان و کشور قرار دهد تا بتوانند با برنامه‌ریزی‌های ویژه وضعیت کیفیت زندگی و ابعاد آن را در این گروه سنی بهبود بخشند و باعث مشارکت فعال آنها در فعالیت‌های خانواده و جامعه شوند و بدین طریق رونق اقتصادی و در نتیجه رفاه مردم جامعه را افزایش دهند.

**مواد و روش کار:** این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است که برای بررسی وضعیت کیفیت زندگی و عوامل تأثیر گذار بر آن در سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت استان مرکزی ۱۳۵۱۲۵۷ نفر (جمعیت مناطق شهری ۹۳۲۰۷۳ نفر) و جمعیت سالمندان مناطق شهری استان ۶۳۶۴۷ نفر بود. روش نمونه‌گیری بصورت تصادفی دو مرحله‌ای بود، در ابتدا ۶ شهر از بین ۲۷ شهر استان مرکزی بصورت تصادفی انتخاب گردید، سپس متناسب با جمعیت سالمند هر شهر، نمونه‌ها از سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری بصورت تصادفی انتخاب شدند (به این صورت که ابتدا پرونده افراد ۶۰ ساله و بالاتر تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی هر شهر جدا گشتند و سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی از بین پرونده‌ها انتخاب شدند و پس از کسب رضایت سالمند به صورت تلفنی برای شرکت در مطالعه، برای تکمیل پرسشنامه‌ها به منزل وی مراجعه شد، به طوری که

عباسی مقدم و همکاران، کیفیت زندگی با سطوح آموزش، شغل دولتی قبلی و استخدام فعلی ارتباط مثبت و با سیگار کشیدن و بیماری فعلی ارتباط معکوس داشت (۸). در مطالعه بذرفشان و همکاران که با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد انجام شد، برخی فاکتورها مانند بیماری، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سن، درآمد و شغل با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط داشتند (۱۷). در مطالعه تاجور و همکاران، زنان کیفیت زندگی مربوط به سلامت کمتری داشتند، و عوامل مؤثر بر امتیاز بخش فیزیکی شامل سن، جنس، آموزش و وضعیت اقتصادی و عوامل مؤثر بر بخش روانی شامل جنس و وضعیت اقتصادی بود که مهمترین فاکتور پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی مربوط به سلامت بر اساس این مطالعه وضعیت اقتصادی بود (۱۲). همچنین نتایج مطالعه حبیبی سولا و همکاران، نشان داد که کیفیت زندگی با فعالیت‌های جسمی و رفتارهای غذایی سالمندان مرتبط است و عوامل جمعیتی مختلف همچون جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت فعلی کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). نتایج مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز نشان می‌دهد عوامل مختلفی با کیفیت زندگی سالمندان مرتبط است. در مطالعه تیانی و همکاران بر روی سالمندان در چین، وضعیت زندگی، جنس، آموزش و حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی کیفیت زندگی بودند (۱۹). در مطالعه زیلینسکا و همکاران بر روی سالمندان در لهستان، کیفیت زندگی با سطح سواد، وجود بیماری یا ناراحتی و افسردگی ارتباط داشت (۲۰). همچنین جورج و همکاران در مطالعه خود بر روی سالمندان نیجریه گزارش کردند، سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت آموزشی، محل سکونت، وضعیت اقتصادی و فاکتورهای سلامتی با حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی ارتباط دارد و کیفیت حمایت اجتماعی و شرکت در فعالیت‌های خانواده و اجتماع مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی هستند (۲۱). بسیاری از فاکتورهای تأثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان قابل تغییر و مداخله هستند، بنابراین شناخت کافی و علمی از میزان تأثیرگذاری این فاکتورها در هر جامعه‌ای امکان مداخلات مناسب را به مسئولین و دست‌اندرکاران حوزه‌های مختلف جامعه بویژه متولیان بخش سلامت می‌دهد تا بتوانند با کمترین هزینه کیفیت زندگی سالمندان را ارتقاء دهند.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌ها ۷۰/۷ (حداقل ۶۰ و حداکثر ۹۱)، ۴۴/۸ درصد نمونه‌ها مرد و ۵۵/۲ درصد زن بودند که به طور معنی داری مردان مسن‌تر از زنان بودند ( $p < ۰/۰۵$ ). ۳۲ درصد نمونه‌ها با همسر، ۴۰/۶ درصد آنها با همسر و فرزندان، ۱۵/۲ درصد به تنهایی و ۱۱/۵ درصد آنها با فرزندان و سایر اقوام زندگی می‌کردند. از نظر سواد ۶۳/۶ درصد بی‌سواد، ۲۵/۵ درصد خواندن و نوشتن، ۳/۶ درصد سیکل و ۶/۸ درصد دیپلم و بالاتر بودند. از نظر آماری مردان با سوادتر از زنان بودند ( $p < ۰/۰۵$ ).

از نظر شغل قبلی ۱۳/۹ درصد شغل دولتی و ۸۶/۱ درصد شغل آزاد داشتند. همچنین ۳۵/۲ درصد افراد درآمد ماهیانه کمتر از ۲۵۰ هزار، ۵۷/۶ درصد درآمد بین ۲۵۰ تا ۷۵۰ هزار و تنها ۷/۳ درصد درآمد بیش از ۷۵۰ هزار تومان داشتند. ۵۱/۵ درصد در اوقات فراغت بی‌کار یا به تماشای تلویزیون مشغول بودند و ۴۸/۵ درصد به انواعی از فعالیت‌ها از قبیل فعالیت‌های فرهنگی - مذهبی، فعالیت بدنی و غیره می‌پرداختند. در حال حاضر ۲۱/۸ درصد ورزش می‌کردند و ۷۸/۲ درصد ورزش نمی‌کردند.

ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است مطابق این جدول، میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی بطور معنی داری در مردان بالاتر از زنان بود. جدول شماره ۲ وضعیت پوشش بیمه درمانی، بیماری یا مشکل جسمانی، مصرف دارو، سابقه مصرف دخانیات، سابقه خانوادگی چاقی و نمایه توده بدنی افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. مردان و زنان از نظر کلیه متغیرها بجز وضعیت بیماری یا مشکل جسمانی با یکدیگر اختلاف معنی دار داشتند ( $p < ۰/۰۱$ ).

با افزایش سن، امتیاز بعد جسمی کیفیت زندگی در سالمندان بطور معنی داری کاهش می‌یافت ( $p < ۰/۰۵$ )، اما ارتباطی بین سن با امتیاز کل و بعد روانی کیفیت زندگی مشاهده نشد. میانگین دور شکم و طول مدت خواب در مردان بیشتر بود ( $p < ۰/۰۱$ ). مردان و زنان از نظر مدت زمان تماشای تلویزیون تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. هیچ ارتباط معنی داری بین امتیاز کل کیفیت زندگی با سابقه دخانیات، پوشش بیمه خدمات درمانی، سطح تحصیلات، اندازه دور کمر و نمایه توده بدن در سالمندان مورد مطالعه مشاهده نشد.

در نهایت ۱۶۵ نمونه انتخاب گردیدند. پرسشنامه‌ها توسط دو پرسشگر آموزش دیده تکمیل گردید. همچنین معیارهای ورود شامل سن بالای ۶۰ سال، تمایل به همکاری، سکونت در شهر، بستری نبودن در بیمارستان یا منزل در زمان تکمیل پرسشنامه و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به همکاری در زمان تکمیل پرسشنامه، ناشنوایی و ابتلا به بیماری‌های روحی روانی بود. مطالعات اولیه نشان می‌دهد که انحراف معیار کیفیت زندگی، حدود ۲۵ نمره می‌باشد. لذا نمونه‌ای به حجم ۱۶۵ برای اعتماد ۹۵ درصد و اشتباهی کمتر از ۴ نمره جوابگوی بررسی خواهد بود، با فرض اینکه در طول مطالعه حدود ۲۰ درصد از نمونه‌ها ممکن است همکاری لازم را انجام ندهند.

$$n = \frac{z_1^2 - \frac{\alpha}{2} \sigma^2}{d^2} \frac{1}{1-f}$$

$$n = \frac{1}{1-0/20} \times \frac{4 \times 25^2}{4^2} = \frac{132}{0/8} = 165$$

برای سنجش کیفیت زندگی پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ (SF-36)، که قبلاً به زبان فارسی ترجمه شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته، مورد استفاده قرار گرفت (۲۲). در واقع این پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به سلامت را اندازه‌گیری می‌کند و دارای ۸ بخش می‌باشد و کیفیت زندگی فرد را در ۳ محور روحی-روانی، جسمی و کل ارزیابی می‌کند. برای امتیازبندی این پرسشنامه از روش لیکرت و از نمره صفر تا صد استفاده گردید، عدد صفر نشان دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی و عدد صد بیانگر حداکثر یا بالاترین سطح کیفیت زندگی در نظر گرفته شد (۲۳). از محدودیت‌های استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی می‌توان به عدم اختصاصی بودن این پرسشنامه برای سالمندان، پوشش ناکافی سوالات برای ارزیابی کامل ابعاد کیفیت زندگی و عدم بررسی روابط عاطفی - احساسی با اعضای خانواده اشاره نمود. علاوه بر محقق از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری کای دو، فیشر، t مستقل، ANOVA یکطرفه، رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله استفاده گردید.

جدول ۱- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مورد مطالعه در مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹ (تعداد=۱۶۵).

ابعاد کیفیت زندگی	مرد		زن		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
*** ابعاد کلی	۶۴/۳۲	۲۲/۳	۴۸/۶۳	۱۹/۶	۵۵/۶۶	۲۲/۲
*** ابعاد جسمی	۵۹/۹۰	۲۲/۰	۴۴/۳۴	۱۸/۸	۵۱/۳۲	۲۱/۷
*** ابعاد روانی	۶۶/۸۴	۲۴/۶	۴۹/۵۵	۲۲/۶	۵۷/۳۰	۲۵/۰
*** عملکرد جسمی	۶۴/۳۹	۲۴/۶	۵۰/۰۰	۲۵/۶	۵۶/۴۵	۲۶/۱
** کاهش عملکرد به علت مشکلات جسمی	۵۸/۴۵	۲۶/۹	۴۴/۲۳	۲۶/۸	۵۰/۶۰	۲۷/۷
* درد جسمی	۵۷/۰۵	۲۹/۲	۴۶/۷۸	۲۳/۸	۵۱/۳۸	۲۶/۸
*** سلامت کلی	۵۶/۴۲	۲۶/۰	۳۶/۶۸	۲۲/۵	۴۵/۵۳	۲۶/۰
*** نشاط	۶۳/۶۵	۲۴/۲	۴۴/۵۰	۲۱/۳	۵۳/۰۹	۲۴/۵
** عملکرد اجتماعی	۷۵/۶۸	۲۷/۳	۶۱/۴۹	۲۶/۷	۶۷/۸۵	۲۷/۸
* کاهش عملکرد به علت مشکلات روانی	۶۶/۶۶	۴۵/۸	۴۹/۴۱	۴۴/۶	۵۷/۱۴	۴۵/۸
*** سلامت روانی	۷۱/۵۷	۲۲/۹	۵۵/۸۲	۲۴/۵	۶۲/۸۸	۲۵/۰

\* p&lt;۰/۰۵ و \*\* p&lt;۰/۰۱ و \*\*\* p&lt;۰/۰۰۱

جدول ۲- مقایسه برخی از متغیرهای کیفی زنان و مردان سالمند مورد مطالعه در مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹ (n=۱۶۵).

نوع متغیر	اجزا	مرد (تعداد=۷۴)			زن (تعداد=۹۱)		کل (تعداد=۱۶۵)		or Chi-Square Fisher's value
		٪۴۴٫۸		٪۵۵٫۲		٪۱۰۰			
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
بیمه درمانی	تحت پوشش هستند	۷۴	۱۰۰	۸۳	۹۱/۲	۱۵۷	۹۵/۲	۶/۷۹**	
	تحت پوشش نیستند	۰	۰	۸	۸/۸	۸	۴/۸		
بیماری فعلی	بیماری دارند	۵۴	۰/۷۳	۷۴	۳/۸۱	۱۲۸	۷۷/۶	۱/۶۳	
	بیماری ندارند	۲۰	۰/۲۷	۱۷	۷/۱۸	۳۷	۴/۲۲		
مصرف دارو	دارو می‌خورند	۴۱	۴/۵۵	۶۶	۵/۷۲	۱۰۷	۸/۶۴	۵/۲۴*	
	دارو نمی‌خورند	۳۳	۶/۴۴	۲۵	۵/۲۷	۵۸	۲/۳۵		
	سابقه ندارند	۴۶	۲/۶۲	۶۷	۶/۷۳	۱۱۳	۶۸/۵		
سابقه خانوادگی	در خانواده پدری	۹	۲/۱۲	۶	۶/۶	۱۵	۹/۱	۱۰/۸۳*	
	در خانواده مادری	۶	۱/۸	۱۴	۴/۱۵	۲۰	۱۲/۱		
	در خانواده پدری و مادری	۱۳	۶/۱۷	۴	۴/۴	۱۷	۱۰/۳		
سابقه مصرف دخانیات	سابقه دارد	۲۶	۱/۳۵	۱	۱/۱	۲۷	۱۶/۴	۳۴/۵۴**	
	سابقه ندارد	۴۸	۹/۶۴	۹۰	۹/۹۸	۱۳۸	۶/۸۳		
لاغر	۲	۷/۲	۲	۲/۲	۴	۲/۴			
از نظر نمایه توده بدنی	نرمال	۳۳	۶/۴۴	۲۶	۶/۲۸	۵۹	۳۵/۸	۹/۸۷*	
	اضافه وزن	۳۴	۹/۴۵	۴۲	۲/۴۶	۷۶	۴۶/۱		
	چاقی درجه ۱ و ۲	۵	۸/۶	۲۱	۱/۲۳	۶۲	۸/۱۵		

\* p&lt;۰/۰۵ و \*\* p&lt;۰/۰۱ و \*\*\* p&lt;۰/۰۰۱

جدول ۳- میانگین وانحراف معیار کیفیت زندگی (ابعاد کلی) در سالمندان مورد مطالعه در مناطق شهری استان مرکزی بر اساس متغیرهای کیفی

نوع متغیر	اجزا	انحراف معیار $\pm$ میانگین	کیفیت زندگی (ابعاد کلی)	آزمون آماری T مستقل و ANOVA
با چه کسی زندگی می کند	با همسر	۲۲/۲±۶۰/۱۱		
	با همسر و فرزندان	۲۳/۳±۵۳/۷۳		F=۱/۱۹
	به تنهایی	۱۹/۸±۵۴/۸۴		
شغل قبلی	با فرزندان	۲۰/۵±۵۰/۹۴		
	کارمند	۲۵/۹±۶۸/۰۰		T=۲/۹۳**
اوقات فراغت	غیره	۲۱/۰±۵۳/۶۶		
	بیکار یا تماشای تلویزیون	۲۱/۹±۵۱/۳۲		T=۲/۶۲**
ورزش در حال حاضر	فعالیت های فرهنگی مذهبی، مطالعه کتاب، فعالیت بدنی	۲۱/۷±۶۰/۲۷		
	ورزش می کنند	۲۱/۸±۶۹/۴۱		T=۴/۴۲***
	ورزش نمی کنند	۲۰/۸±۵۱/۸۲		
درآمد	کمتر از ۲۵۰ هزار تومان	۲۱/۸±۵۲/۳۱		
	بین ۲۵۰ تا ۷۵۰ هزار تومان	۲۱/۳±۵۵/۵۴		F=۴/۴۱*
بیماری فعلی	بیش از ۷۵۰ هزار تومان	۲۴/۷±۷۲/۸۳		
	بیماری دارند	۲۱/۲±۵۲/۵۳		T=-۳/۴۷**
مصرف دارو	بیماری ندارند	۲۲/۴±۶۶/۴۸		
	دارو می خورند	۲۰/۸±۵۲/۰۷		T=-۲/۸۸**
	دارو نمی خورند	۲۳/۳±۶۲/۲۹		

\* p<۰/۰۵ و \*\* p<۰/۰۱ و \*\*\* p<۰/۰۰۱

## بحث

در مقایسه با بعضی از مطالعات مشابه در کشورهای دیگر پایین تر می باشد (۱۴، ۲۴، ۲۸). اگرچه فاکتورهای متعددی با کیفیت زندگی در ارتباط هستند، با این حال در مطالعات قبلی سطح سواد و درآمد سالمندان، وضعیت مناسب تغذیه ای، حمایت های دولت از سالمندان، شرایط زندگی بهتر و داشتن خدمات رفاهی بیشتر از عوامل مرتبط با بالا بودن کیفیت زندگی عنوان شده اند.

از دیگر نتایج این مطالعه می توان به بالاتر بودن امتیاز بعد روانی در مقایسه با بعد جسمی اشاره نمود که با نتایج بسیاری از مطالعات انجام شده در کشور مطابقت دارد (۷، ۸، ۱۲، ۱۴، ۲۹). بالاتر بودن امتیاز بعد روانی در مطالعه حاضر و بسیاری از مطالعات انجام شده در کشور را می توان به شان و جایگاه سالمندان نزد خانواده ها و جامعه اسلامی و همچنین تاکید آموزه های دینی بر احترام سالمندان نسبت داد (۸، ۱۲، ۳۰). از

روند رو به رشد جمعیت سالمندان در ایران و بسیاری از جوامع دیگر بعنوان یک مسئله بهداشتی جدی مورد توجه سیاستمداران و برنامه ریزان حوزه سلامت قرار دارد. استفاده از شاخص کیفیت زندگی امروزه بعنوان ابزاری مناسب برای کمی نمودن مقوله کیفیت زندگی بسیار رایج شده است. با توجه به اینکه در جامعه ما معیار هنجاری برای کیفیت زندگی افراد تعیین نشده، می توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار و قابل قبول برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفت. نتایج این مطالعه نشان می دهد که میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی (برابر ۵۵/۶۶) در سالمندان مورد بررسی بالاتر از شاخص مورد نظر می باشد که با برخی از مطالعات قبلی همخوانی دارد (۲، ۸). اما این نتایج نسبت به برخی از مطالعات دیگر که در کشور انجام شده اند بالاتر (۱۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷) و

کاهش یافت که از نظر آماری فقط در بعد جسمی معنی‌دار بود. این نتایج با بعضی از مطالعات پیشین همخوانی (۷، ۱۲، ۲۸، ۳۹) و با برخی دیگر مغایرت داشت (۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۳۱، ۴۰). نکته قابل توجه در این مطالعه مسن‌تر بودن مردان نسبت به زنان بود که با این وجود کیفیت زندگی مردان در سطح بالاتری در مقایسه با زنان قرار داشت که نشان دهنده تأثیر عوامل متعددی بغیر از جنس بر کیفیت زندگی است.

همانطوری که انتظار می‌رود افزایش سطح تحصیلات بایستی باعث ارتقاء کیفیت زندگی گردد، مطالعه حاضر نیز در بخش جسمی ارتباط معنی‌داری را با سطح سواد نشان داد ولی در مورد امتیاز کلی و بخش روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار نبود. اکثر مطالعات قبلی گزارش کردند افزایش سطح سواد و آموزش باعث افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن می‌شود (۷، ۸، ۱۲، ۱۵، ۲۸، ۳۱) هر چند که مطالعات مشابهی هم عدم ارتباط سطح تحصیلات با کیفیت زندگی (۱۳) و یا حتی ارتباط معکوس هر چند غیر معنی‌دار (۳۳، ۳۴) آن را گزارش نموده‌اند. تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که تحصیلات بالا در پویایی زندگی سالمندان و رضایت آنان از زندگی ارتباط دارد و سطح پایین سواد با غمگینی، روابط اجتماعی ضعیف و مشکلات احساسی سالمندان در ارتباط است (۴۱). همچنین داشتن تحصیلات بالا ممکن است از طریق ارتقاء طبقه اجتماعی و بالا بردن توان اقتصادی (یا درآمد) و خودباوری کیفیت زندگی مربوط به سلامت را افزایش دهد (۲۰، ۴۲).

افرادی که در گذشته شغل دولتی داشتند امتیاز کلی، بعد جسمی و بعد روانی بالاتری داشتند که در راستای تأیید یافته‌های قبلی است (۱۵، ۴۳). استخدام بودن باعث افزایش شانس درآمد منظم و حفظ روابط با دیگران می‌شود که به نظر می‌رسد هر دوی آنها اثرات مثبت بر کیفیت زندگی داشته باشند (۴۳). همچنین بایستی توجه نمود که در گذشته افراد دارای شغل دولتی درآمد و رفاه بیشتری داشتند و ممکن است دسترسی آنها به خدمات و امکانات مربوط به سلامت بیشتر بوده باشد (۸). بطور کلی نتایج مطالعه حاضر ارتباط مثبت بین درآمد بالا با امتیاز کلی و بعد جسمی به طور معنی‌دار و امتیاز بعد روانی به طور غیر معنی‌دار را نشان داد. بسیاری از مطالعات قبلی نیز چنین نتایجی را گزارش نموده‌اند (۳۶، ۳۷، ۴۴) بیشتر سالمندان منبع درآمد را در سالمندی از دست می‌دهند و از نظر اقتصادی به دیگران وابسته

طرف دیگر پایین‌تر بودن امتیاز بعد جسمی می‌تواند ناشی از تحرک کم، ابتلا به بیماری‌های مختلف از جمله قلبی عروقی، عضلانی - اسکلتی و غیره باشد (۲).

فاکتور جنس در اغلب مطالعات بعنوان یک عامل مؤثر در ارتباط با کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و معمولاً در مطالعات قبلی که در کشور صورت گرفته زنان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند (۱۵، ۱۶، ۱۸). نتایج مطالعه حاضر نیز حکایت از بالا بودن کیفیت زندگی مردان در کلیه ابعاد نسبت به زنان دارد. چنین نتایجی حتی در کشورهای دیگر نیز مشاهده شده است (۲۸، ۳۱، ۳۲) و حکایت از نابرابری جنسیتی در حوزه سلامت دارد. زنان سالمند در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران دسترسی کمی به اطلاعات، آموزش و استخدام دارند و در مقایسه با مردان از نظر اقتصادی و موقعیت اجتماعی محروم هستند که شاید از علل پایین بودن کیفیت زندگی در آنها باشد.

امتیاز کیفیت زندگی در افرادی که با همسر زندگی می‌کردند بالاتر از افرادی بود که به تنهایی زندگی می‌کردند اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. برخی از مطالعات انجام گرفته در کشور (۱۵، ۱۸، ۳۳) و خارج کشور (۲۰، ۲۸) عدم تفاوت کیفیت زندگی افراد متاهل و مجرد و بیوه را گزارش کردند، اما مطالعات دیگری بالا بودن کیفیت زندگی در افراد متاهل در مقایسه با افراد بیوه و مطلقه را گزارش نموده‌اند (۱۷، ۳۱، ۳۴). برخورداری از حس تعلق و حمایت عاطفی به عنوان عاملی مؤثر و مثبت در کیفیت زندگی به شمار می‌آید. به علاوه افراد متاهل نسبت به افراد تنها و بیوه فشار کمتری را در زندگی متحمل می‌شوند. با این وجود میزان تأثیر وضعیت تاهل بر کیفیت زندگی در جوامع مختلف تا حدودی تحت تأثیر فرهنگ و شرایط اجتماعی آنها است و در کشور ما زندگی به تنهایی بویژه در مردان از مقبولیت کمی برخوردار است (۱۲، ۳۵).

برخی از مطالعات قبلی ارتباط افزایش سن با کاهش احساس سلامتی را گزارش نموده‌اند. همچنین با افزایش سن اختلال عملکردی و میزان ابتلا به بیماری‌ها (بخصوص بیماری‌های مزمن) بیشتر می‌شود که خود منجر به کاهش میزان استقلال و افزایش وابستگی فرد به دیگران و نهایتاً کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (۳۶، ۳۷، ۳۸). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سن، امتیاز کلی، بعد جسمی و بعد روانی کیفیت زندگی

محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و در نهایت کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد (۱۶، ۳۱). بسیاری از مطالعات پیشین نیز نتایج مشابهی با مطالعه حاضر را در خصوص ارتباط سلامت با کیفیت زندگی نشان داده‌اند (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۳۷، ۳۸، ۴۸). معمولاً سالمندی با افزایش بیماری‌های مزمن و مصرف داروهای متعدد همراه است. بررسی حاضر نشان داد افرادی که دارو می‌خورند در مقایسه با افرادی که دارو نمی‌خورند امتیاز پایین تری از نظر کیفیت زندگی کلی، بعد جسمی و بعد روانی کسب کردند. همچنین برخلاف اغلب مطالعات قبلی، این بررسی ارتباط معنی داری بین مصرف دخانیات با کیفیت زندگی نشان نداد (۸، ۹).

از دیگر فاکتورهای مورد بررسی در این مطالعه ارتباط نمایه‌های تن سنجی مانند نمایه توده بدن و اندازه دور کمر با کیفیت زندگی بود که برخلاف برخی از مطالعات پیشین (۵۲، ۵۳، ۵۴) رابطه معنی داری یافت نشد. چنین یافته‌هایی در مطالعات قبلی نیز گزارش شده است (۱۴)، ولی تایید آنها نیاز به بررسی‌های بیشتر و با حجم نمونه بالاتر دارد.

این مطالعه چندین محدودیت داشت که از جمله می‌توان به مقطعی بودن آن، بستگی داشتن پاسخ سالمندان به زمان و مکان مصاحبه، حالات اخلاقی سالمندان در زمان پاسخ دهی و نبود پرسشنامه کیفیت زندگی خاص سالمندان اشاره نمود.

### نتیجه‌گیری

بطور خلاصه می‌توان گفت که در این مطالعه کیفیت زندگی سالمندان با جنس، بیماری، درآمد، اوقات فراغت، ورزش فعلی، شغل قبلی، مصرف دارو ارتباط معنی‌دار داشت.

### تقدیر و تشکر

از سالمندان محترم که در پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید. همچنین از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی مناطق شهری که نهایت همکاری با اجرای این مطالعه را داشتند سپاسگزاری می‌شود. این مطالعه با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

از طرف دیگر هزینه‌های پزشکی هر سال در ایران افزایش می‌یابد و توانایی سالمندان برای پرداخت هزینه‌های پزشکی بخصوص افراد فاقد بیمه درمانی را کاهش می‌دهد (۴۵). علیرغم اینکه داشتن پوشش بیمه امکان دسترسی فرد به خدمات بهداشتی را افزایش می‌دهد و بایستی کیفیت زندگی فرد را ارتقاء دهد، اما مطالعه ما چنین رابطه‌ای را نشان نداد که ممکن است به خاطر کم بودن تعداد کسانی باشد که تحت پوشش بیمه درمانی نبودند.

نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد سالمندانی که توانایی انجام فعالیت بدنی، فعالیت‌های روزانه زندگی و پیاده روی منظم به همراه فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت را دارند به دلیل افزایش رضایت از زندگی دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند (۴۶، ۴۷). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد افرادی که در اوقات فراغت بیکار بودند یا تلویزیون تماشا می‌کردند کیفیت زندگی پایین تری در مقایسه با سایر افراد داشتند. همچنین سالمندانی که در حال حاضر ورزش می‌کردند در مقایسه با افرادی که ورزش نمی‌کردند دارای امتیاز کلی، بعد جسمی و بعد روانی بالاتری بودند که با مطالعات گذشته همخوانی داشت (۵۰-۴۸). فعالیت جسمی از طریق افزایش احساس کنترل و مهارت، رضایت کلی از زندگی (به واسطه اعتماد به نفس و خودباوری)، لذت، قدرت عضلانی و توانایی حفظ تعادل بدن و کاهش اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (۵۰، ۵۱). در همین راستا یافته‌های این مطالعه نشان داد که امتیاز کلی، بعد جسمی و بعد روانی افراد سالم به طور معنی‌دار بیش از افراد بیمار بود. بطور معمول افراد سالم امکان انجام فعالیت‌های ورزشی بیشتری نسبت به افراد بیمار دارند و از اوقات فراغت خود نیز بهتر استفاده می‌کنند. با این حال عدم برخورداری از سلامت و بروز بیماری‌های مزمن با افزایش سن سبب محدود شدن فعالیت‌های جسمی فرد سالمند می‌گردد و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال را افزایش می‌دهد، این موضوع به خودی خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد. پسرفت تدریجی بدن تأثیر مضر بر روی هشیاری و عملکرد سالمندان دارد. با افزایش سن سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی و عملکردی می‌شوند که نتیجه آن

## REFERENCES

## منابع

1. Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik JM. Epidemiology of aging. *Radiol Clin North Am.* 2008;46(4): 643-52.
2. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008;14(1): 56-61.
3. Mirzaie M, Shams ghahfarokhi M. Demography of elder population in Iran over the period 1956 to 2006. *Tehran. Salmand Iranian Journal of Aging* 2007;2(5): 326-331.
4. World Health Organization [Internet]. 2010. Available from: <http://www.who.org>.
5. Russel M, Ardalan A. Future of Aging and health care costs: warning for the country's health system. *Iranian Journal of Ageing* 2007;2(4): 300-305.
6. Iran. Statistical Centre of Iran. Statistical year book of Iran in 2006. Tehran: 2007.
7. Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare S. Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study. *Acta Med Iran.* 2010;48(3): 185-91.
8. Abbasimoghadam MA, Dabiran S, Safdari R, Djafarian K. Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Tehran. *Geriatr Gerontol Int.* 2009;9(3): 270-5.
9. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. *Pejouhesh* 2010;33(3): 162-73.
10. Drewnowski A, Evans WJ. Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(2): 89-94.
11. Nejat S. Quality of life and its measurement. *Iranian Journal of Epidemiology* 2008;2(4): 57-62.
12. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health.* 2008;8(1): 323.
13. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2004;22(10): 61-67.
14. Capuron L, Moranis A, Combe N, Cousson-Gelie F, Fuchs D, De Smedt-Peyrusse V. Vitamin E status and quality of life in the elderly: influence of inflammatory processes. *Br J Nutr.* 2009;102(10): 1390-4.
15. Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in elderly: population based survey. *Payesh Health Monitor* 2005;4: 113-120.
16. Rafati N, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches* 2004;2(3): 67-76.
17. Bazrafshan MR, Hosseini MA, rahgozar M, Sadat Maddah SB. Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan club. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008;3(7): 33-41.
18. Habibi A, Nikpour S, Seidoshohadaei M, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research* 2008;2(7): 29-35.
19. Liu T. Quality of life and its predictors among the elderly Chinese people living in Montreal [Master thesis]. McGill University; 2011.
20. Zielinska-Wieczkowska H, Kedziora-Kornatowska K, Ciemnoczolowski W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* Press, Corrected Proof.
21. Gureje O, Kola L, Afolabi E, Olley BO. Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *Afr J Med Med Sci.* 2008;37(3): 239-47.
22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005;14(3): 875-82.
23. Ware JE, Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6): 473-83.
24. Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2004;103(3): 196-204.
25. Salar AR, Ahmadi F, Faghihzadeh S. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *Tabib-e- Shargh* 2004;5(4): 261-67.
26. Alboukordi M, Ramazani MA, Arizi FS. Study on the quality of life among elderly shahinshahr area of Isfahan Province in year 2004. *Scientific Medical Journal* 2007;5(4): 701-707.
27. Rostami M, Baraz S, 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. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)* 2009;2(12): 51-59.
28. Lima MG, Barros MBdA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009;25(10): 2159-67.
29. Stadnyk K, Calder J, Rockwood K. Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(10): 827-35.
30. Ebrahimi A. The relationship between depression and religious attitude and performances in adults Isfahan, 1998. *Journal of Research in Medical Sciences* 1382;1(8): 95-94.

31. Hyttinen L, Kekalainen P, Vuorio AF, Sintonen H, Strandberg TE. Health-related quality of life in elderly patients with familial hypercholesterolemia. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2): 228-34.
32. Knurowski T, Lasic D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. *Croat Med J*. 2004;45(6): 750-6.
33. Sajadi H, Biglarian A. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity Foundation, Tehran, Iran. *Payesh Health Monitor* 2007;2(6): 105-108.
34. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res*. 2004;13(5): 933-46.
35. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CH, Ranchor AV, van Sonderen E, Sanderman R. Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychol Aging* 2006;21(3): 611-20.
36. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(Suppl 1): 54-64.
37. Christine B, Francis G, Agnès PD, Serge B. Selection of quality-of-life measures for a prevention trial: a psychometric analysis. *Control Clin Trials* 2000;21(1): 30-43.
38. Kempen GI, Ormel J, Brillman EI, Relyveld J. Adaptive responses among Dutch elderly: the impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *Am J Public Health*. 1997;87(1): 38-44.
39. Perkins AJ, Stump TE, Monahan PO, McHorney CA. Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. *Qual Life Res*. 2006;15(3): 331-48.
40. Sonati JG, Modeneze DM, Vilarta R, Maciel ES, Boccaletto EM, da Silva CC. Body composition and quality of life (QoL) of the elderly offered by the "University Third Age" (UTA) in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(1): 31-5.
41. Lasheras C, Patterson AM, Casado C, Fernandez S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Exp Aging Res*. 2001;27(3): 257-70.
42. Alexandre Tda S, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4): 613-21.
43. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60: 357-363.
44. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003;25(1): 31-9.
45. Sheykhi MT: Elderly People Living in Nursing Homes in Iran. *African and Asian Studies* 2004;3(2): 103-118.
46. Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. [Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1995;42(10): 897-909.
47. Subasi F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41(1): 23-9.
48. Green AJ, Fox KM, Grandy S. Impact of Regular Exercise and Attempted Weight Loss on Quality of Life among Adults with and without Type 2 Diabetes Mellitus. *J Obes*. 2011;2011: 1-6.
49. Hamidzade S AFA, Aslani Y, Etemadifar SH, Salehi K, Kord yazdi RA. Study effect of A group-based exercised program on the quality of lofe in older men and women in 2006-2007. *Journal of Shahid Sadoughi Univercity of Medical Sciences and Health Services* 2007;16(1): 81-6.
50. Chai W, Nigg CR, Pagano IS, Motl RW, Horwath C, Dishman RK. Associations of quality of life with physical activity, fruit and vegetable consumption, and physical inactivity in a free living, multiethnic population in Hawaii: a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;22(7): 83.
51. No author listed. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Part A: executive summary. *Nutr Rev*. 2009;67(2): 114-20.
52. Yan LL, Daviglius ML, Liu K, Pirzada A, Garside DB, Schiffer L, Dyer AR, Greenland P. BMI and health-related quality of life in adults 65 years and older. *Obes Res*. 2004;12(1): 69-76.
53. Stewart KJ, Turner KL, Bacher AC, DeRegis JR, Sung J, Tayback M, Ouyang P. Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons? *J Cardiopulm Rehabil*. 2003;23(2): 115-21.
54. Jia H, Lubetkin EI. The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *J Public Health (Oxf)*. 2005;27(2): 156-64.