

بررسی کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک موثر بر آن در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران

زهره سادات میرسعیدی^۱، *حسن افتخار اردبیلی^۲

۱. کارشناس ارشد مامایی، MPH گرایش بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۱۱
تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۲۹

هدف افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش سالمندان در سراسر جهان گردیده است. با توجه به این افزایش و مطرح بودن نیازهای خاص این مرحله از زندگی، بررسی کیفیت زندگی سالمندان اهمیت می‌یابد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان ساکن در مرکز بهداشت جنوب تهران و متغیرهای دموگرافیک موثر بر آن صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. تعداد افراد مورد مطالعه ۱۳۲ نفر است که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به روش مصاحبه ساختاری و ابزار آن پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و فرم کوتاه ابزار بررسی کیفیت زندگی بود. داده‌ها با کمک روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها میانگین مجموع نمرات بعد فیزیکی $54/42 \pm 24/42$ و میانگین مجموع نمرات بعد روانی $55/19 \pm 24/04$ بود. میانگین سن افراد $67/98 \pm 6/86$ سال بود. بین سن و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. نمرات کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بود. افراد متأهل نسبت به افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری داشتند. بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. افرادی که با همراه زندگی می‌کردند نسبت به افراد تنها کیفیت زندگی بالاتری داشتند. رابطه معنی‌داری بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی وجود داشت. اما بین شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری نبود.

نتیجه‌گیری کیفیت زندگی سالمندان تحت مطالعه متوسط بود. ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان تحت تاثیر عوامل زمینه‌ای می‌باشد. برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و آگاهی دادن به آن‌ها در خصوص فواید اصلاحات رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی ضروری می‌باشد.

کلیدواژه:

سالمند، کیفیت زندگی، متغیرهای دموگرافیک

مقدمه

بلکه پدیده‌ای است که کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه هر دو با آن مواجه‌اند [۲]. در کشور ایران نیز بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حکایت از رشد پرشتاب جمعیت سالمند دارد، بطوری‌که پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۲۵ به ۱۰/۵ و تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد [۳]. با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری‌های مزمنی همچون دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و

افزایش امید به زندگی و کاهش میزان باروری باعث افزایش تعداد افراد سالمند 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]. افزایش جمعیت سالمند، مختص کشورهای پیشرفته نیست،

*نویسنده مسئول:

دکتر حسن افتخار اردبیلی
آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه ارتقاء سلامت
پست الکترونیکی: eftkhara@tums.ac.ir

می‌شوند [۱۳]. بر اساس نتایج مطالعه‌ای در این زمینه سالمندانی که در زندگی روزمره نیاز به کمک اطرافیان و مراقبان دارند از سطح کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بوده و دارای علایم متعددی هستند که نیاز آنها به پرستاری را مطرح می‌سازد [۱۴].

تغذیه نامناسب و فعالیت فیزیکی ناکافی از علل اصلی معلولیت و مرگ و میر زودرس می‌باشند [۱۵]. دمورا آبه نقل از کویل و همکاران ذکر می‌کند که افرادی که سبک زندگی فعالی دارند نسبت به افراد کم‌تحرک و بی‌تحرک از متغیرهای روانی مانند افسردگی، رضایت مندی، تعامل اجتماعی و روابط اعتمادآمیز مثبت‌تری برخوردار بودند بنابراین کیفیت زندگی بالاتری دارند. برای نگهداری کیفیت زندگی سالمندان در سطح بالا، فعالیت فیزیکی و سلامت روانی مهم می‌باشند [۱۶]. از نقطه نظرکراتز همواره در روند درمان و مراقبت از سالمندان باید به عوامل موثر در کیفیت زندگی آنها توجه شود و زمانی راهکارهای مراقبتی-درمانی موثرمی‌باشد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد [۱۶].

در طی سه دهه اخیر، کیفیت زندگی به عنوان جزئی از سلامتی شناخته شده و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی و پیش‌بینی نیازهای مرتبط با مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی مورد استفاده قرارمی‌گیرد [۱۷،۱۸]. اندازه‌گیری کیفیت زندگی سالمندان به بررسی وضعیت سلامتی آنان، اثربخشی مداخلات پزشکی، ارزیابی بیماریها، تخمین هزینه‌ی اثربخشی سیاست‌های مراقبت بهداشتی در سالمندان و انجام برنامه‌ریزی کمک می‌کند [۱۹]. مطالعات متعددی [۲۰] در زمینه کیفیت زندگی افراد سالمند در کشورهای مختلف از جمله کشور ایران [۲۱] انجام شده است. در واقع، مطالعات کیفیت زندگی نیز جزء ضروری در ارزشیابی‌های خدمات پزشکی و بهداشتی است [۲۲].

باتوجه به روند صعودی میانگین سنی جمعیت کشور ایران و تاثیر ویژگی‌های دوران سالمندی بر روند زندگی آنها و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور شناخت ابعاد کیفیت زندگی و ارتقای آن برای این قشر از جامعه، لازم است که در همه جای ایران برنامه‌ریزی صحیح در این خصوص توسط کلیه مسئولین بهداشتی کشور انجام شود. از آنجا که ارتقاء سطح کیفیت زندگی و آموزش مسائل بهداشتی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران که محل خدمت پژوهشگر بوده از جمله اهداف

استو پروز افزایش می‌یابد. بیماری‌های مزمن با مشکلات طبی و اجتماعی و روانی فراوانی همراهند که این مشکلات باعث محدودیت فعالیت جسمانی افراد سالمند شده و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد. تنگناهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی، بهداشتی و عاطفی علاوه بر این، استانداردهای پایین و سبک ناصحیح زندگی در کشور بویژه در دهه‌های گذشته عاملی بوده است که افراد در کشور ما حدود ۱۵ سال زودتر از سن تقویمی پیر می‌شوند [۴].

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، درصد بالایی از نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی در مقایسه با کل جمعیت، مربوط به سالمندان می‌باشد. دفعات مراجعه به پزشک و ابتلا به بیماری‌های متفاوت نزد سالمندان به مراتب بیشتر و میزان پذیرش سالمندان در بیمارستان‌ها زیادتر و مدت بستری شدن آنها نیز طولانی‌تر است. که در نهایت منجر به افزایش هزینه‌های دولت و خانواده می‌گردد [۱۵،۱۶]. همچنان که طول عمر سالمندان افزایش می‌یابد، بهبود رضایت روانی-اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی و همچنین حفظ سلامتی فیزیکی سالمند اهمیت فراوانی پیدا می‌کند [۷]. کیفیت زندگی، توسط سازمان جهانی بهداشت بصورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌شود [۸].

سن، جنس، وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تاثیرگذار بر این درک می‌باشند [۹]. افزایش سن سبب افت کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد [۱۰]. روزنبرگ^۱ و همکاران طی مطالعه‌ای دریافته‌اند سالمندان متأهل نسبت به افراد بیوه کمتر در بیمارستان بستری می‌شوند. در کشورهای توسعه یافته به نسبت کشورهای در حال توسعه بیشتر سالمندان به صورت مستقل از فرزندانشان زندگی می‌کنند که این نیز به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی آنها تاثیر دارد [۱۱]. در بررسی انجام شده توسط پالوسکو^۲ نشان داده شده است که فعالیت‌های بدنی می‌توانند در بهبود شرایط بهداشت روانی (بویژه افسردگی و اضطراب) و افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشند [۱۲]. مطالعات نشان می‌دهد که یک پنجم افراد ناتوان برای انجام فعالیت‌های روزانه خود نیاز به کمک دارند و نزدیک به ۵۸٪ از افراد بالای ۶۵ سال را شامل

Demura ۳
Coats ۴

Rosenberg ۱
Paluska ۲

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی از نوع فرم کوتاه ۳۶ سوالی می‌باشد [۲۳-۲۵] که به طور وسیعی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن و در سالمندان در داخل و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته است [۲۶-۲۸]. پرسشنامه فرم کوتاه بهداشتی، ۳۶ حالت کلی سلامتی را ارزیابی می‌کند. این مقیاس ۳۶ سئوالی جهت بررسی وضع سلامتی افراد تدوین گردیده است و سلامتی را از هشت بعد متفاوت، بوسیله هشت زیرمقیاس اندازه‌گیری می‌کند که ۴ زیرمقیاس این پرسشنامه مربوط به بعد فیزیکی و ۴ زیرمقیاس آن مربوط به بعد روانی است که می‌توان با محاسبه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های بعد فیزیکی، این بعد را بصورت کلی محاسبه کرده و گزارش نمود و با محاسبه میانگین نمرات زیرمقیاس بعد روانی این بعد را نیز بصورت کلی گزارش نمود. صفر کمترین امتیاز زیرمقیاس‌ها و ۱۰۰ بالاترین آن است. امتیاز هر یک از زیرمقیاس‌ها مستقل از دیگری در دامنه صفر تا ۱۰۰ متغیر است.

نحوه امتیازدهی و محاسبه نمره کیفیت زندگی در این مقیاس، با دادن امتیازات مساوی برای گزینه‌های هر سؤال (که با استفاده از روش لیکرت تدوین شده است) برای تمام زیرمقیاس‌ها می‌باشد. سپس امتیازات حاصله به یک مقیاس صفر (پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی تا صد بالاترین سطح کیفیت زندگی) برای کلیه زیرمقیاس‌ها تبدیل می‌شود [۲۹].

این نمره‌گذاری بر اساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-۳۶^۵ بدست آمده است. سوالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۱۰۰، ۵۰، ۰)، سوالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های (۱۰۰، ۷۵، ۵۰، ۲۵، ۰)، سوالات ۶ گزینه‌ای با نمره‌های (۱۰۰، ۸۰، ۶۰، ۴۰، ۲۰، ۰) در نظر گرفته شده است.

همچنین شامل ۲ بخش مجموع ابعاد روانشناختی و مجموع ابعاد جسمی می‌باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد جسمی و روانشناختی ۵۰ می‌باشد که بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد [۲۸].

این مقیاس از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شده است [۲۴] در سال ۱۹۹۲ در بریتانیا توسط برازیلر و همکاران پایایی آن را بر اساس آزمون آلفا کرونباخ بالای ۸۵٪ تعیین گردید [۲۷]. این مقیاس

مسئولین این مرکز می‌باشد، لذا پژوهشگر برآن شد که کیفیت زندگی و وضعیت موجود سالمندان و عوامل زمینه‌ای و متغیرهای دموگرافیک موثر و ارتباط این عوامل با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی را که تاکنون در این مرکز مورد ارزیابی قرار نگرفته است را جهت ارتقا کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش این مرکز بررسی کند.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که برای بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران و عوامل دموگرافیک موثر بر آن در سال ۸۹ انجام شد.

جامعه پژوهش، کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران می‌باشند. با توجه به مطالعات مشابه که میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی سالمندان را در ایران حدود ۵۰ با انحراف معیار حدود ۲۸ تعیین نموده‌اند و با احتساب $\alpha=5\%$ و توان آزمون ۹۰٪ و دقت ۵، تعداد نمونه مورد نیاز ۱۲۰ سالمند تعیین شد. اما با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش تعداد ۱۳۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و با توجه به گستردگی جامعه آماری و تعداد زیاد مراکز بهداشتی درمانی روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مورد استفاده قرار گرفت. خوشه‌ها شامل ۵ مرکز بهداشتی درمانی به شرح یک مرکز واقع در ناحیه مرکزی، یک مرکز در ناحیه شمال غربی، یک مرکز در شمال شرقی، یک مرکز در جنوب شرقی و یک مرکز در جنوب غربی منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران می‌باشند که به طور تصادفی از بین مراکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت جنوب تهران که از لحاظ جمعیت تحت پوشش مشابه بودند انتخاب شدند.

معیارهای شرکت در مطالعه شامل: سن بالای ۶۰ سال، تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی مرکز بهداشت جنوب تهران بودن، داشتن تمایل به شرکت در مطالعه و بدست آوردن اطلاعات جدید بوده است.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: داشتن بیماری قلبی، ریوی، متابولیک، عضلانی-اسکلتی و زوال عقلی یا دمانس بوده است.

پرسشگران که کارشناسان بهداشت خانواده مراکز محل پژوهش بودند در یک جلسه توجیهی با موضوع، هدف و اهمیت تحقیق و شرایط شرکت‌کنندگان در پژوهش آشنا شدند و به آنها آموزش‌های لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد.

رابطه معنی‌داری نشان داد یعنی با افزایش سطح تحصیلات، نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی افزایش می‌یافت. اکثریت افراد مورد مطالعه متاهل (۶۲/۱٪) بودند. و بر اساس آزمون آماری t مستقل رابطه معنی‌داری بین وضعیت تاهل و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی وجود داشت ($p < 0/001$). افراد متاهل نسبت به افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری داشتند. میانگین شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه $25/67 \pm 3/85$ بود. اما ضریب همبستگی پیرسون^۱ بین شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی همبستگی نشان نداد. (در بعد فیزیکی $p = 0/588$) و در بعد روانشناختی ($p = 0/127$). براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه اکثریت افراد مورد مطالعه (۸۲/۳٪) غیرسیگاری بودند و نتایج آزمون آماری t مستقل تفاوت معنی‌داری را از لحاظ مصرف سیگار و کیفیت زندگی نشان داد ($p < 0/05$) و افراد غیرسیگاری نمرات بالاتری در بعد روانشناختی و جسمی کیفیت زندگی کسب کردند. ۷۲٪ سالمندان مورد مطالعه با همراه و ۲۸٪ آنها تنها زندگی می‌کردند. آزمون آماری t مستقل رابطه معنی‌داری بین وضعیت زندگی و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان نشان داد ($p < 0/001$) یعنی افرادی که با همراه زندگی می‌کردند نسبت به افراد تنها کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

۱۷/۴٪ سالمندان مورد مطالعه به طور مرتب فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دادند و ۴۵٪ اظهار داشتند گاهی فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دهند و ۳۷/۱٪ هیچوقت فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام نمی‌دادند. همچنین آزمون آماری One-Way ANOVA رابطه معنی‌داری بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی نشان داد ($p < 0/001$) و بالاترین میانگین مجموع نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی مربوط به سالمندانی بود که به طور مرتب فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دادند.

جدول شماره ۲ بیانگر شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی افراد سالمند مورد مطالعه می‌باشد که شامل میانگین نمرات این ابعاد است که براساس امتیاز پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ در نوسان می‌باشد، و جدول شماره ۳ بیانگر میانگین مجموع ابعاد جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی و میانگین کل ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی افراد سالمند می‌باشد.

میانگین نمره مجموع اجزاء بعد فیزیکی

درایران نیز هنجارهایی شده است [۳۰]. برای بررسی متغیرهای زمینه‌ای و دموگرافیک افراد، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شاخص توده بدنی، مصرف سیگار، وضعیت زندگی (تنها یا با همسر و فرزندان ...) و انجام فعالیتهای منظم ورزشی طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. دراین مطالعه، قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها فرم رضایت‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و پس از امضای این فرم توسط ایشان پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، درمراحل گوناگون سنجش، این داده‌ها کدگذاری شده و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های آماری استفاده گردید. جهت بررسی همبستگی دو کمیت از آزمون پیرسون و اسپیرمن، برای مقایسه دو میانگین از آزمون t و برای مقایسه میانگین چند گروه از Anova استفاده شده است.

یافته‌ها

این مطالعه بصورت توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۳۲ سالمند مرد و زن مرکز بهداشت جنوب تهران انجام گرفت. جدول شماره ۱ بیانگر توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین مجموع ابعاد جسمانی و روانشناختی سالمندان تحت مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک و رابطه میانگین نمرات مجموع ابعاد جسمانی و روانشناختی با مشخصات دموگرافیک آن‌ها می‌باشد. محدوده سنی افراد بین ۶۱-۸۸ سال و میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه $67/98 \pm 6/86$ بود. ضریب همبستگی پیرسون بین سن و بعد فیزیکی ($r = -0/495$, $p < 0/001$) و روانشناختی کیفیت زندگی ($r = -0/428$, $p < 0/001$) رابطه معکوس و معنی‌داری نشان داد یعنی با افزایش سن، نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی کاهش یافت. اکثریت افراد مورد مطالعه مرد (۵۰/۸٪) بودند. آزمون آماری t مستقل رابطه معنی‌داری بین جنس و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی نشان داد ($p < 0/05$). مردان نمرات کیفیت زندگی بالاتری داشتند. اکثریت افراد مورد مطالعه بیسواد (۴۳/۹٪) بودند. آزمون آماری اسپیرمن^۲ بین سطح تحصیلات و بعد فیزیکی ($r = 0/364$, $p < 0/001$) و روانشناختی کیفیت زندگی ($r = 0/358$, $p < 0/001$)

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق ونسبی سالمندان تحت مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک و رابطه میانگین نمرات مجموع ابعاد جسمانی و روانشناختی با مشخصات دموگرافیک

متغیر	گروه	توزیع فراوانی مطلق	توزیع فراوانی نسبی	میانگین مجموع ابعاد جسمانی	میانگین مجموع ابعاد روانشناختی	نتایج آزمون
سن	۶۰-۶۴	۵۰	۳۷/۹	۷۰/۹±۱۷/۵	۶۸/۹۶±۲۱/۹	ضریب همبستگی پیرسون رابطه معکوس و معنی داری
	۶۵-۶۹	۳۲	۲۴/۲	۴۷/۴۰±۲۵/۰۶	۵۲/۴۶±۲۳/۰۳	بین سن ومجموع ابعاد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی نشان داد
	۷۰-۷۴	۲۶	۱۹/۷	۴۶/۷۳±۲۱/۲۸	۴۴/۷۴±۲۲/۲۲	
	۷۵-۷۹	۱۵	۱۱/۴	۴۰/۷۵±۲۰/۷	۴۲/۲۳±۱۸/۰۱	
	۸۰-۸۴	۷	۵/۳	۳۷/۹۴±۱۷/۰۶	۴۵/۰۵±۱۹/۲۹	
	>۸۵	۲	۱/۵	۱۵±۰/۰۰۰	۲۳/۱۲±۰/۰۰۰	
	میانگین سنی	۶۷/۹۸±۶/۸۶		p<۰/۰۰۱ r=-۰/۴۳۸ pearson	p<۰/۰۰۱ r=-۰/۴۹۵ pearson	
جنس	زن	۶۵	۴۹/۲	۴۳/۲۴±۲۳/۲۶	۴۹/۳۴±۲۳/۱۷	t آزمون آماری مستقل رابطه معنی داری بین جنس وبعد فیزیکی وروانشناختی کیفیت زندگی نشان داد
	مرد	۶۷	۵۰/۸	۶۵/۲۷±۲۰/۴۱	۶۰/۸۶±۲۳/۶۵	t=۵/۸۲۴ df=۱۳۰ p=۰/۰۰۵
تحصیلات	بیسواد	۵۸	۴۳/۹	۴۵/۱۵±۲۵	۴۶/۳±۲۲/۴	آماری اسپیرمن بین سطح تحصیلات و و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت رابطه زندگی معنی داری نشان داد
	ابتدایی	۵۲	۳۹/۴	۵۸/۷±۲۱/۴	۵۸/۹±۲۳/۸	
	متوسطه و بالاتر	۲۲	۱۶/۷	۶۸/۷±۲۰/۲	۶۹/۹±۱۹/۷	r=۰/۳۵۸ p<۰/۰۰۱ spearman
				r=۰/۳۶۴ p<۰/۰۰۱ spearman		
وضعیت تاهل	متاهل	۸۲	۶۲/۱	۶۳/۱±۲۱/۶	۶۲/۵±۲۲/۸	براساس آزمون مستقل t آماری رابطه معنی داری بین وضعیت تاهل و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی وجود داشت
	مجرد - متارکه و همسر ازدست داده	۵۰	۳۷/۹	۴۰/۳±۲۲/۱	۴۳/۲±۲۱/۲	t=۴/۸۲ df=۱۳۰ p<۰/۰۰۱
BMI	<۲۵	۶۷	۵۰/۸	۵۵/۱±۲۴/۴	۵۴/۱±۲۳/۷	ضریب همبستگی بین شاخص پیرسون توده بدنی و کیفیت زندگی همبستگی نشان نداد
	۲۵-۲۹/۹	۴۹	۳۷/۱	۵۵/۳±۲۵/۹	۵۶/۳±۲۴/۶	
	>۳۰	۱۶	۱۲/۱	۴۸/۶±۱۹/۹	۵۶±۲۵	r=۰/۱۳۴ p=۰/۱۲۷
	میانگین BMI	۲۵/۶۷±۳/۸۵		r=۰/۴۸۰ p=۰/۵۸۸		
مصرف سیگار	بلی	۲۲	۱۶/۷	۵۲/۶±۲۵/۴	۴۵/۶±۲۲/۲	نتایج آزمون آماری مستقل تفاوت t معنی داری را از لحاظ مصرف سیگار و کیفیت زندگی نشان داد
	خیر	۱۱۰	۸۳/۳	۶۳/۲±۱۶/۸	۵۷/۱±۲۴	t=۲/۰۷ df=۱۳۰ p=۰/۰۴۰
				t=-۲/۴۴ df=۴۲/۸ p=۰/۰۱۹		

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق ونسبی سالمندان تحت مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک و رابطه میانگین نمرات مجموع ابعاد جسمانی و روانشناختی با مشخصات دموگرافیک

وضعیت زندگی	تنها	۳۷	۲۸	۳۲/۷۳±۱۸/۳	۳۳/۵±۱۳/۶۱
وضعیت زندگی	تنها	۳۷	۲۸	۳۲/۷۳±۱۸/۳	۳۳/۵±۱۳/۶۱
	باهمراه	۹۵	۷۲	۶۲/۸±۲۱/۱	۶۳/۶±۲۱/۸
فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان نشان داد				t=-۷/۶۳۱ df=۱۳۰ p<۰/۰۰۱	t=-۹/۵ df=۱۰۴/۲ p<۰/۰۰۱
انجام فعالیت ورزشی	بله مرتب	۲۳	۱۷/۴	۸۶/۴±۱۱/۴	۸۵/۱±۸/۷
	بله گاهی	۶۰	۴۵/۵	۶۱/۲±۱۴/۸	۶۱/۶±۱۷/۴
	نه هیچوقت	۴۹	۳۷/۱	۵۴/۴±۲۴/۴	۳۳/۲±۱۳/۸
زندگی نشان داد				f=۱۳۷/۳ p<۰/۰۰۱	f=۱۰۴/۸ p<۰/۰۰۱

سند

جدول ۲. شاخص‌های آماری ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار
ابعاد عملکرد جسمانی	۶۵/۲۶	۲۹/۱۱
محدودیت عملکرد جسمانی	۴۴/۳۲	۴۱/۶۲
عملکرد اجتماعی	۶۵/۲۵	۲۳/۵۴
درد بدنی	۶۲/۳۱	۲۴/۵۶
سلامت عمومی روانی	۶۰/۰۳	۱۸/۰۳
محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانشناختی	۴۶/۲۱	۴۵/۲۴
سرزندگی و فعالیت	۴۹/۲۸	۲۰/۰۳
سلامتی عمومی	۴۵/۷۹	۱۷/۹۲

سند

جدول ۳. میانگین مجموع ابعاد جسمی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار
ابعاد مجموع ابعاد جسمانی	۵۴/۴۲	۲۴/۴۲
مجموع ابعاد روانشناختی	۵۵/۱۹	۲۴/۰۴
کل	۵۴/۸۱	۲۲/۶۲

سند

بحث

۵۴/۴۲±۲۴/۴۲ و میانگین نمره مجموع اجزاء بعد روانشناختی ۵۴/۱۹±۲۴/۰۴ و میانگین کل نمرات ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی ۵۴/۸۱±۲۲/۶۲ بود.

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن

مطالعه سوباسی نیز در سال ۲۰۰۴ در ترکیه نشان داد وضعیت تاهل می‌تواند رضایت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد [۳۵]. تاهل از جمله عوامل مهمی است که باعث پیروی افراد از دستورات بهداشتی [۳۶] و کیفیت زندگی بهتر در سالمندان می‌گردد. روزنبرگ و همکاران طی مطالعه‌ای اظهار می‌کنند سالمندان متاهل نسبت به افراد بیوه کمتر در بیمارستان بستری می‌شوند. در کشورهای توسعه یافته به نسبت کشورهای در حال توسعه بیشتر سالمندان جدا از فرزندانشان زندگی می‌کنند که این به طور مستقیم بر کیفیت زندگی آنان تاثیر دارد [۱۵]. ۱۷/۴٪ سالمندان مورد مطالعه به طور مرتب فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دادند و ۴۵٪ اظهار داشتند گاهی فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دهند و ۳۷/۱٪ هیچوقت فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام نمی‌دادند. همچنین آزمون آماری رابطه معنی‌داری بین فعالیت بدنی و کیفیت زندگی نشان داد و بالاترین میانگین مجموع نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی مربوط به سالمندانی بود که به طور مرتب فعالیت بدنی به قصد ورزش انجام می‌دادند. سکاندو فاسینو^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۲ در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی سالمندان مقیم در خانه نشان دادند که تحرک فیزیکی و انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی، زندگی با دیگر اعضای خانواده در کیفیت زندگی آنها موثر می‌باشد [۱۳]. در مطالعه مداخله‌ای انجام شده در همین زمینه برای ۴۶۴ زن یائسه فشارخونی، بیانگر تاثیرات مثبت فعالیت جسمانی بر روی فشارخون این افراد بوده است [۳۷]. همچنین اثرات مثبت برنامه ورزشی بر روی عملکرد ذهنی و جسمی نشان داده شده است [۳۸]. در واقع فعالیت جسمانی مطلوب یکی از راههای موثر در پیشگیری از اختلالات دوران سالمندی است و سالمندانی که ورزش می‌کنند از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردارند [۳۹].

میانگین شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه ۲۵/۶۷±۳/۸۵ بود. اکثریت نمونه‌های مورد مطالعه، شاخص توده بدنی کمتر از ۲۵ داشتند. اما ضریب همبستگی پیرسون بین شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی سالمندان نشان نداد. براساس نتایج حاصل از مطالعات متعدد، ترکیب برنامه ورزشی مطلوب همراه با تغذیه مناسب باعث کاهش موثرتر وزن در افراد می‌گردد [۴۰]. براساس یافته‌های حاصل از این مطالعه اکثریت افراد مورد مطالعه (۸۳/۳٪) غیرسیگاری بودند و

افراد مورد مطالعه ۶/۱۶۸۶±۶۷/۹۸۸ بود. بین سن و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری نشان داد. یعنی با افزایش سن نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی کاهش یافت. اکثریت افراد مورد مطالعه مرد بودند. آزمون آماری رابطه معنی‌داری بین جنس و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی نشان داد. مردان نمرات کیفیت زندگی بالاتری داشتند. در تحقیق مصطفی آلبوکردی نیز با عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر در سال ۱۳۸۳ همبستگی معنی‌داری بین سن و نمره کیفیت زندگی مشاهده شد. بطوریکه با افزایش سن، نمره کیفیت زندگی کاهش پیدا کرد. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان بطور معنی‌داری از زنان بیشتر بود. اکثریت افراد مورد مطالعه بیسواد بودند. آزمون آماری بین سطح تحصیلات و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری نشان داد. یعنی با افزایش سطح تحصیلات نمرات کیفیت زندگی در هر دو بعد فیزیکی و روانشناختی افزایش می‌یافت [۳۱]. سوباسی^۲ نیز در سال ۲۰۰۴ طی مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که سطح تحصیلات می‌تواند رضایت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. سطح سواد از عوامل مهم دموگرافیکی موثر بر کسب رفتارهای بهداشتی در افراد می‌باشد. در مطالعه‌ای که به همین منظور در ۱۵ کشور اروپایی انجام گرفت همچنین رابطه بین سطح تحصیلات و مصرف میوه و سبزی نشان داده شده است [۳۲]. تحصیلات باعث افزایش درک افراد از منافع و موانع رفتار می‌گردد [۳۳]. علاوه بر این سطح تحصیلات بالاتر باعث برخورداری از منابع مالی بیشتر و طبقه اقتصادی-اجتماعی بالاتر می‌گردد [۳۴]. سطح تحصیلات بالاتر با عملکردهای مطلوب تغذیه‌ای و رفتارهای مناسب کسب اطلاعات همراه است. از این رو در مداخلات آموزشی توجه بیشتر به افرادی با سطح تحصیلات پایین‌تر ضروری است.

اکثریت افراد مورد مطالعه متاهل بودند و براساس آزمون آماری رابطه معنی‌داری بین وضعیت تاهل و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی وجود داشت. افراد متاهل نسبت به افراد مجرد کیفیت زندگی بالاتری داشتند. ۷۲٪ سالمندان مورد مطالعه با همراه و ۲۸٪ آنها تنها زندگی می‌کردند. آزمون آماری رابطه معنی‌داری بین وضعیت زندگی و بعد فیزیکی و روانشناختی کیفیت زندگی سالمندان نشان داد یعنی افرادی که با همراه زندگی می‌کردند نسبت به افراد تنها کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

در مطالعه باری^{۱۱} سالمندان تقریباً ۶۰ درصد هزینه مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند. ۳۵ درصد از ترخیص‌های بیمارستانی و ۴۷ درصد از روزهای بستری را شامل می‌شوند. در این گروه ۸ درصد حداقل یک بیماری مزمن مثل آرتروز، فشارخون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی داشته‌اند. با افزایش سن اختلال عملکرد بیشتر می‌شود و اثر معکوس بر توانایی حفظ استقلال داشته و نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد [۴۲].

نتیجه‌گیری نهایی

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تاکنون در جامعه‌ی پژوهش ما، شاخص مبنائی یا معیار طبیعی از کیفیت زندگی افراد سالمند و دیگر اقشار جامعه تعیین نگردیده است. با توجه به میانگین‌های ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که در مجموع، کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد و این اهمیت ضرورت اقدام عملی درخصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان و آگاه کردن آنها از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ایشان و آموزش شیوه زندگی سالم شامل فعالیت بدنی منظم و تغذیه سالم و توجه به مسائل عاطفی و سایر مسائل بهداشتی سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران را مورد تأیید و تأکید قرار می‌دهد. با توجه به موارد فوق به نظر می‌رسد که توجه خاص به سالمندان و معاینات دوره‌ای آنها و آموزش‌های خودمراقبتی لازم و ایجاد کلینیک‌های سالمندی و همکاری‌های بین‌بخشی و سیاست‌گذاری‌های دولتی برای ارتقا وضعیت سلامت سالمندان ضروری است.

تشکر و قدردانی

در نهایت از کارکنان محترم و تمام دوستانی که جهت نمونه‌گیری با پژوهش حاضر همکاری لازم را نمودند، سپاسگزارم.

Barry .۱۱

نتایج تفاوت معنی‌داری را از لحاظ مصرف سیگار و کیفیت زندگی نشان داد. افراد غیرسیگاری نمرات بالاتری در بعد روانشناختی و جسمی کیفیت زندگی کسب کردند. پس برای داشتن سلامتی پویا کیفیت زندگی، یک جزء تفکیک‌ناپذیر می‌باشد. در این مطالعه میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد هشت گانه به شرح ذیل بدست آمد: عملکرد جسمانی ۶۵/۲۶، محدودیت عملکرد جسمانی ۴۴/۳۲، عملکرد اجتماعی ۶۵/۲۵، دربدنی ۶۲/۳۱، سلامت عمومی روانشناختی ۶۰/۰۳، محدودیت ایفای نقش به علت مسائل روانشناختی ۴۶/۲۱، سرزندگی ۴۹/۲۸ و سلامت عمومی ۴۵/۷۹.

میانگین نمره مجموع اجزاء بعد فیزیکی ۵۴/۴۲±۲۴/۴۲ و میانگین نمره مجموع اجزاء بعد روانشناختی ۵۴/۱۹±۲۴/۰۴ و میانگین کل نمرات ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی ۵۴/۸۱±۲۲/۶۲ بود. مطالعه مصطفی آلبوکردی نیز در تحقیق خود با عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر در سال ۱۳۸۳ میانگین کل کیفیت زندگی سالمندان را در حدود ۶۰ گزارش کردند. معیار عملکرد اجتماعی نمره ۲۵±۷۸،۲ و شاخص درد بدنی نمره ۲۵،۲۵±۷۷،۶ را کسب کردند که بالاترین نمره بین معیارهای کیفیت زندگی بودند در حالی که احساس تغییر در سلامت و احساس سرزندگی و داشتن انرژی به ترتیب با میانگین نمره ۱۹،۶±۳۷،۵ و ۲۱±۴۲،۷ کمترین نمره را در بین معیارهای کیفیت زندگی کسب کردند. داده‌های مطالعه نشان داد که سالمندان تحت مطالعه یک وضعیت متوسط از نظر کیفیت زندگی دارند و بیشتر مشکلات آنها در وضعیت سلامت روانی و سرزندگی آنها است که با نتایج مطالعه ما مطابقت دارد [۳۱]. اما در کشورهای دیگر نمرات کیفیت زندگی سالمندان نسبت به مطالعه ما بالاتر می‌باشد. برای مثال در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در تایوان که کشوری در حال توسعه است این نتایج گزارش شده است: فعالیت جسمانی ۸۴/۶، ایفای نقش فیزیکی ۷۷/۸، سلامت عمومی ۷۰/۶، ایفای نقش عاطفی ۹۰/۶، که همه نمرات، نسبت به مطالعه ما و مطالعات دیگر انجام شده در کشور ما بالاتر می‌باشد [۴۱].

References

[1] Islam A, Tahir MZ. Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints. Health Policy.

2002;60(2):151-69. doi:10.1016/S0168-8510(01)00211-1.

[2] Gavrilov LA, Heuveline P. Aging of population. In: Demeny P, McNicoll G, editors. The encyclopedia of population. New York: Macmillan; 2003. p. 32-7.

- [3] Salehi L, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Taghdisi MH, Shogaei Zadeh D. Some factors affecting consumption of fruit and vegetable by elderly people in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 2010;4(4):0-0.
- [4] Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2003;33:335-40.
- [5] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*. 1992;47(9):1102-14.
- [6] Demura S, Sato S. Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*. 2003;22(3):159-66.
- [7] Unosson M. Malnutrition in hospitalised elderly patients [Thesis]. 1993.
- [8] Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Özet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer--I. *Cancer Nursing*. 2001;24(6):490-5.
- [9] Nilsson J, Rana AK, Kabir ZN. Social capital and quality of life in old age: results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of Aging and Health*. 2006;18(3):419-34.
- [10] Schilling OK. Development of life satisfaction in old age: another view on the "paradox". *Social Indicators Research*. 2006;75(2):241-71. doi: 10.1007/s11205-004-5297-2.
- [11] Rosenberg M, Everitt J. Planning for aging populations: inside or outside the walls. *Progress in Planning*. 2001;56(3):119-168. doi:10.1016/S0305-9006(01)00014-9.
- [12] Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health. *Sports Medicine*. 2000;29(3):167-80.
- [13] Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002;35(1):9-20. doi:10.1016/S0167-4943(01)00210-2.
- [14] Hellström Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(6):584-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x.
- [15] Walker SN, Pullen CH, Hertzog M, Boeckner L, Hageman PA. Determinants of older rural women's activity and eating. *Western Journal of Nursing Research*. 2006;28(4):449-68. doi: 10.1177/0193945906286613.
- [16] Coats A. Life, quality of life and choice in an ageing society. *International journal of cardiology*. 2001;78(1):1-3.
- [17] Heller DA, Gold CH, Ahern FM, Pringle KE, Brown TV, Glessner MR. Changes in elderly women's health-related quality of life following discontinuation of hormone replacement therapy. *BMC women's Health*. 2005;5(1):7. doi: 10.1186/1472-6874-5-7.
- [18] Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II Study. *BMJ*. 1997;315(7118):1273-9. doi:10.1136/bmj.315.7118.1273.
- [19] Lips P, van Schoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis. *Osteoporosis International*. 2005;16(5):447-55. doi: 10.1007/s00198-004-1762-7.
- [20] Dragomirecká E, Bartonová J, Eisemann M, Kalfoss M, Kilian R, Martiny K. Demographic and psychosocial correlates of quality of life in the elderly from a cross-cultural perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2008;15(3):193-204. doi: 10.1002/cpp.571.
- [21] Kaldi AR. Employment status of the elderly referring to the social security organization of Tehran city. *Middle East Journal of Age and Ageing*. 2005;2:1-7.
- [22] Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*. 1996;334:835-40. doi: 10.1056/NEJM199603283341306.
- [23] Ware J. Validity: Norm-Based Interpretation SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- [24] Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users' Manual. Boston: The Health Institute; 1994.
- [25] Beddhu S, Bruns FJ, Saul M, Seddon P, Zeidel ML. A simple comorbidity scale predicts clinical outcomes and costs in dialysis patients. *The American Journal of Medicine*. 2000;108(8):609-13. doi:10.1016/S0002-9343(00)00371-5.
- [26] Salar AR, Ahmadi F, Faghizadeh S. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (Tabib-e-shargh)*. 2004;5(4):261-7.
- [27] Baraz S, Rostami M, Farzianpour F, Rasekh AR. 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 (AMUJ)*. 2009;12(2):51-9.
- [28] Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*. 2001;38(3):443-64. doi:10.1053/ajkd.2001.26824.
- [29] Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, Ware J, Barsky A, Weinstein MC. Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*. 1991;29(2):169-76. doi: 10.1097/00005650-199102000-00008.
- [30] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14(3):875-82. doi:10.1007/s11136-004-1014-5.
- [31] Albokorki M, Ramezani MA, Arizi F. Quality of life in the elderly of Shahinshahr, 2004. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2006;5(4):703-9[Persian].
- [32] Irala-Estévez JD, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prättälä R, Martínez-González MA. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2000;54(9):706-14. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601080.

- [33] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th Ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008. doi:10.1001/jama.297.19.2081.
- [34] Beydoun MA, Wang Y. Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults Preventive Medicine. 2008;46(2):145-53. doi:10.1016/j.ypmed.2007.06.016.
- [35] Subaşı F, Hayran O. Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2005;41(1):23-9. doi:10.1016/j.archger.2004.10.005.
- [36] Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah-Emami SH. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2007;12(4).
- [37] Church TS, Earnest CP, Skinner JS, Blair SN. Effects of different doses of physical activity on cardiorespiratory fitness among sedentary, overweight or obese postmenopausal women with elevated blood pressure: a randomized controlled trial. JAMA. 2011;306(3):954-61. doi:10.1001/jama.297.19.2081.
- [38] Martin CK, Church TS, Thompson AM, Earnest CP, Blair SN. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. Archives of Internal Medicine. 2009;169(3):269-78. doi:10.1001/archinternmed.2008.545.
- [39] Patterson SL, Rodgers MM, Macko RF, Forrester LW. Effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subjects with chronic stroke: a preliminary report. Journal of Rehabilitation Research and Development. 2008;45(2):221-8.
- [40] Daley A. Exercise and depression: a review of reviews. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2008;15(2):140-7. doi:10.1007/s10880-008-9105-z.
- [41] Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association=Taiwan yi zhi. 2004;103(3):196-204.
- [42] Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. The American Journal of Gastroenterology. 2000;95(1):8-10.

Research Paper: Evaluation of Quality of Life of the Elderly Population Covered by Healthcare Centers of Southern Tehran and the Influencing Demographic Factors

Mirsaeidi ZS (MSc, MPH)¹, Eftekhare Ardebili H (MD, PhD)^{2*}

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

2. Department of Health Promotion, School of Public Health & Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Accepted: 31 Jan. 2014
Accepted: 20 Aug. 2014

ABSTRACT

Background The world population is aging rapidly because of the rising life expectancy and decreasing fertility rate. Considering the increased longevity and special aging problems, it is important to pay attention and evaluate the quality of life (QOL) of elderly for health promotion. We aimed to evaluate the QOL of the elderly population covered by healthcare centers in Southern Tehran, Iran.

Methods & Materials In this descriptive analytical study, 132 elderly were selected using the cluster random sampling method from 5 healthcare centers in Tehran, during 2010-2011. A standardized QOL questionnaire (Short Form Health Survey [SF-36]–Iranian Version) was used for evaluating 8 diverse domains of QOL. Demographic and background factors were recorded in questionnaires through face-to-face interviews.

Results The mean±SD scores of the physical and emotional domains were 54.42±24.42 and 55.19±24.04, respectively, yielding an overall score of 54.81±22.62 for the couplet indices of QOL. The mean±SD age was 67.97±6.86 years. Age had meaningful reverse relationship to QOL ($P=0.000$, $r=-0.4$). Men had higher quality of life scores than women. Education level was directly related to all domains of QOL ($P=0.000$). Married individuals and those who lived with their children or others had higher QOL scores than divorced or widowed singles ($P<0/001$). Physical activity was directly related to QOL ($P=0/000$). But statistically significant differences were not found between the mean scores of the physical ($P=0.59$) and emotional ($P=0.127$) domains of QOL and BMI. Non-smokers had higher QOL score than smokers ($P<0.05$).

Conclusion The total score of QOL of the elderly was moderate (54.81±22.62). The QOL subscales were influenced by different factors including age, sex, and more importantly by education, and marital status and physical activity and status of living as other studies showed. Therefore, improving the QOL of the elderly is essential. And, it is important to inform the elderly population of the behavioral modifications benefits of the QOL.

Key words:

Elderly; Quality of life; Demographic factors

*Corresponding Author:

Eftekhare Ardebili H, MD, PhD

Department of Health Promotion, School of Public Health & Institute of Public Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: eftkhara@tums.ac.ir