



Quality of Life and its Related Factors among Elderly People

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Cheraghi P.¹ MSc,
Eskandari Z.² BSc,
Bozorgmehr Sh.² BSc,
Zanjari N.³ PhD,
Cheraghi Z.⁴ PhD

How to cite this article

Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr Sh, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(3):145-151.

¹Public Health Department, Public Health Faculty, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

²Deputy of Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

³Ageing Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴"Modeling of Non-Communicable Disease Research Center" and "Epidemiology Department, Health Faculty", Hamadan University of Medical Science, Hamedan, Iran

*Correspondence

Address: Health Faculty, Hamadan University of Medical Science, Pajhoush Four-way, Hamedan, Iran.
Postal Code: 651557835129
Phone: +98 (81) 83830398
Fax: +98 (81) 38380509
z.cheraghi@umsha.ac.ir

Article History

Received: December 18, 2018

Accepted: April 8, 2019

ePublished: September 21, 2019

ABSTRACT

Aims Considering the increase of the elderly population, it is essential to investigate the social, physical and mental health of the elderly, which is related to their quality of life. The present study was conducted to assess the quality of life of elderly people in Hamedan province, Iran.

Instruments & Methods This descriptive cross-sectional research was carried out among 238 elderly males and females aged over 60, who referred to the health centers of Hamedan province. The subjects were selected using randomized stratified sampling method. The 36-item questionnaire (SF-36) was used to evaluate the dimensions of quality of life of the subjects. Data were analyzed using STATA 13 software through the independent T-test and one-way analysis of variance.

Findings The highest mean of quality of life was reported in the physical dimension and the subscale of pain (70.86±21.29) and the lowest mean was reported in the general health (24.10±89.29). The quality of life score in the subscales of physical and mental health dimensions in males was higher than the females, which this difference was statistically significant (p<0.05). Also, in the subscales of physical and mental health, the mean score of quality of life was higher in the married subjects and the subjects with higher education (p<0.05).

Conclusion The mean of quality of life in the dimensions of physical and mental health and their related subscales in the elderly people of Hamedan province is at the acceptable and moderate level and the lowest score is related to the general health. The quality of life is also lower in elderly females, and elderly people with low education, and single elderly people

Keywords Quality of Life; Elderly; Iran

CITATION LINKS

[1] A theory of aging based on the modulation of cell ... [2] Proposed working definition of an older person ... [3] The coming acceleration of global population ... [4] Measuring and valuing quality of life for public ... [5] Quality of life and its ... [6] The World Health Organization quality ... [7] The role of social support in elderly quality ... [8] Ranking the quality of life in ... [9] Park's textbook of preventive and social ... [10] Elderly quality of life: a comparison between ... [11] Quality of life among an Iranian general ... [12] Quality of life of elderly persons with cancer ... [13] Quality of life and older ... [14] Nationwide survey of the health status ... [15] Quality of life and its related factors ... [16] Selected findings of the national housing and ... [17] Quality of life in elderly Iranian ... [18] Quality of life in elderly Iranian population ... [19] Quality of life in Iranian elderly population ... [20] Quality of life among general populations of different ... [21] Quality of life and its relation to ... [22] The MOS 36-item short-form health ... [23] The Short Form Health Survey (SF-36): ... [24] Relationship of Health Literacy and Quality of Life ... [25] The relationship between health literacy ... [26] Effect of self-care educational program ... [27] The quality of life among rural ... [28] Perspectives on healthy aging among ... [29] Factors affecting quality of life of the elderly ... [30] Quality of elderly's life in Tehran ... [31] Quality of elderly's life in Shiraz ... [32] Assessment of health related quality of ... [33] The relationship between quality ... [34] The relationship of different dimensions ... [35] Quality of life and its relationship ... [36] The effect of a healthy lifestyle program ... [37] Health related quality of life in the ... [38] Quality of life of the elderly ... [39] Comparison of elderly's "quality of life" living at ... [40] Comparison of quality of life and mental ... [41] An assessment on factors affecting the quality ...

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان

پروین چراغی MSc

گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

زهرا اسکندری BSc

معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

شیوا بزرگمهر BSc

معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

نسبیه زنجری PhD

مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

زهرا چراغی* PhD

"مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر" و "گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

اهداف: با توجه به افزایش روزافزون جمعیت سالمندی، بررسی سلامت اجتماعی، جسمی و روحی افراد سالمند که مرتبط با کیفیت زندگی آنان است، امری ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان استان همدان انجام شد.

ابزار و روش‌ها: این پژوهش توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در بین ۲۳۸ نفر سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهری و خانه‌های بهداشت شهرستان‌های استان همدان صورت گرفت. این افراد به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسش‌نامه ۳۶ سئوالی کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها توسط نرم‌افزار STATA 13 و با استفاده از آزمون‌های T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی و در زیرمقیاس درد (۲۴/۸۱±۱۰/۲۹) و کمترین میانگین در زیرمقیاس سلامت عمومی (۷۰/۸۶±۲۱/۲۹) گزارش شد. نمره کیفیت زندگی در زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمانی و روانی در مردان بالاتر از زنان به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$). همچنین در زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمانی و روانی میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر و در افراد متاهل بالاتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: میانگین کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمانی و روانی و زیرمقیاس‌های مربوطه در میان سالمندان استان همدان، در سطح متوسط و قابل قبولی قرار دارد و پایین‌ترین نمره مربوط به زیرمقیاس سلامت عمومی است. همچنین کیفیت زندگی در زنان سالمند، سالمندان با تحصیلات پایین و سالمندان تنها پایین‌تر است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمند، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱/۱۹

*نویسنده مسئول: z.cheraghi@umsha.ac.ir

فرآیندی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. مطابق با تعاریف سازمان بهداشت جهانی، به افراد ۶۰ سال یا ۶۵ سال و بالاتر براساس معیارهای توسعه‌ای هر جامعه، فرد سالمند اطلاق می‌شود[۲]. در دهه‌های اخیر، به دلیل توسعه امکانات بهداشتی، درمانی و بهبود شرایط زندگی شاهد افزایش امید زندگی در سراسر دنیا بوده‌ایم که این امر باعث افزایش جمعیت سالمندان کشورها نیز شده است[۳]. امروزه علاوه بر هدف افزایش امید زندگی و طول عمر افراد جامعه، مساله چگونگی گذراندن عمر و کیفیت زندگی نیز توجه جامعه‌شناسان و سیاست‌گذاران امر سلامت را به خود جلب نموده است. لذا اندازه‌گیری و ارزیابی کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان در هر جامعه‌ای به یکی از فعالیت‌های اصلی تحقیقات بهداشتی و اطلاع‌رسانی در تصمیم‌گیری تخصیص منابع مرتبط با ارتقای سلامت و رفاه جمعیت تبدیل شده است[۴].

به طور کلی کیفیت زندگی، تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ هر چند مردم به شکل غریزی معنی آن را به راحتی درک می‌کنند، لیکن این مفهوم برای آنها یکسان نیست[۵]. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، به درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان اطلاق می‌شود. همچنین سلامت جسمی، وضعیت روحی- روانی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و ارتباط با ویژگی‌های برجسته از خود و محیط زیست بر کیفیت زندگی درک شده افراد تاثیرگذار است و وضعیت افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برون‌زایی نظیر زیرساخت‌ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و غیره تحت تاثیر قرار می‌دهد[۶-۸]. کیفیت زندگی که جزء ذهنی بهزیستی به شمار می‌آید، در سالمندان به معنی تاکید بیشتر بر سیاست‌های اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی در راستای ایجاد سالمندی سالم و پویا است[۹، ۱۰]. همچنین از اطلاعات کیفیت زندگی جمعیت عمومی یک کشور می‌توان به عنوان اطلاعات پایه‌ای در هنگام ارزیابی مداخلات استفاده کرد[۱۱].

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۶ که توسط *سینسن* و همکاران در سوئد با هدف تعیین میزان کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان صورت گرفت، نتایج نشان داد که وابستگی، کاهش توان اقتصادی و ناامیدی به طور معنی‌داری با کاهش کیفیت زندگی همراه است[۱۲]. همچنین نتیجه مطالعه‌ای در اسپانیا در سال ۲۰۰۳ که روی کیفیت زندگی سالمندان بالای ۶۵ سال انجام شده بود، نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در مردان از زنان بالاتر بود[۱۳]. نتیجه یک مطالعه در ایالات متحده در سال ۲۰۰۴ روی کیفیت زندگی سالمندان ساکن جامعه نشان داد که سن بالای ۷۵ سال، تحصیلات پایین، بیکاری و درآمد پایین پیش‌بینی‌کننده قوی برای کیفیت زندگی پایین آنان بودند[۱۴].

در مطالعه‌ای که توسط *ناصح* و همکاران روی کیفیت زندگی سالمندان استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۹۲ انجام شد، نتایج نشان داد که اکثریت افراد برای کیفیت زندگی کل و هر یک

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای زیستی و ناگزیر و نشان‌دهنده تجمع تغییرات در یک فرد در طول زمان است[۱] که این تغییرات شامل تغییرات

مانند آرزایم بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم رضایت فرد سالمند برای انجام مصاحبه در نظر گرفته شد.

سپس با هماهنگی مسئولان شبکه بهداشت هر شهرستان به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و خانه‌های بهداشت روستایی منتخب، در روزهای تصادفی از ایام هفته مراجعه شد و پرسش‌نامه‌ها پس از اخذ رضایت کتبی و شفاهی از سالمندان مراجعه‌کننده به آن مراکز از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد.

ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسش‌نامه SF-36 سئوالی کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفت:

پرسش‌نامه ۳۶ سئوالی کیفیت زندگی (SF-36): یکی از ابزارهای استاندارد به منظور ارزیابی کیفیت زندگی جمعیت عمومی و از جمله سالمندان، پرسش‌نامه SF-36 است. این پرسش‌نامه برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ توسط ویرو همکاران ابداع شد [22]. پرسش‌نامه مذکور از ۳۶ سئوال در دو بعد کلی سلامت جسمی و سلامت روانی و ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است که زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمی شامل کارکرد جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، درد جسم، و سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های بعد سلامت روانی شامل کارکرد اجتماعی، مشکلات روانی، محدودیت نقش به دلایل عاطفی، و انرژی و شادابی است. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ واحد است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در زیرمقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۳ به فارسی ترجمه و استانداردسازی شده که مقدار آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای ابعاد مختلف ابزار متغیر بوده است [23].

پس از گردآوری و ورود اطلاعات به نرم‌افزار STATA 13. داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در قسمت توصیفی، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. همین‌طور فراوانی متغیرها همراه با درصد ارائه شد. در قسمت تحلیلی، به منظور بررسی اختلاف میانگین‌ها در زیرگروه‌های مورد نظر از آزمون‌های T مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

اکثریت نمونه مورد مطالعه را زنان سالمند، سالمندان بدون سواد خواندن و نوشتن و سالمندان همسر دار تشکیل می‌دادند. همچنین بیشتر سالمندان در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال بودند (جدول ۱).

بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی و در زیرمقیاس درد و کمترین میانگین نیز در بعد جسمی و در زیرمقیاس سلامت عمومی به دست آمد (جدول ۲).

میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان استان همدان به تفکیک کلیه شهرستان‌های آن در حد متوسط و بالاتر بود (۵۰ و بالاتر از نمره کل ۱۰۰). همچنین بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی به دست آمده مربوط به شهرستان بهار و پایین‌ترین نمره مربوط به شهرستان کیوردآهنگ بود (جدول ۳).

از خرده‌مقیاس‌های آن میانگین نمره زیر ۵۰ گرفتند و کیفیت زندگی سالمندان به‌طور کلی و به‌خصوص در حیطه ایفای نقش عاطفی پایین بود. از طرفی مسن‌ترها، زنان و افراد بی‌سواد یا کم‌سواد از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار بودند [15]. همچنین در گزارشی که باسحا و همکاران از رتبه‌بندی شاخص کیفیت زندگی در استان‌های ایران منتشر کردند، استان‌های تهران، آذربایجان شرقی و خوزستان، به ترتیب بالاترین شاخص کیفیت زندگی را کسب نمودند و استان‌های بوشهر، همدان و یزد نیز با کسب شاخص ضعیف در رده‌های پایانی این رتبه‌بندی جای گرفتند [8].

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت دوره سالمندی در جوامع، افزایش مطالعات در خصوص مسایل و مشکلات سالمندی در هر جامعه‌ای احساس می‌شود. در جامعه ما نیز روزبه‌روز بر قشر سالمندان افزوده می‌شود و نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ در کشور و استان همدان (درصد سالمندی جمعیت ۸/۲۶٪) نیز موید این مطلب است [16]. مطالعات متعددی در خصوص ارزیابی کیفیت زندگی در جامعه ایرانی انجام شده است [17-20]، ولی تاکنون مطالعه مشابهی در خصوص ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان استان همدان انجام نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان استان همدان انجام شد.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در سطح کلیه شهرستان‌های استان همدان (همدان، ملایر، تویسرکان، نهاوند، بهار، رزن، فامنین، کیوردآهنگ و اسدآباد) و در بین ۲۳۸ نفر سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهری و خانه‌های بهداشت صورت گرفت.

به منظور محاسبه حجم نمونه از مطالعه مشابه معتبر (مطالعه عباسی‌مقدم و همکاران) [21] با بالاترین حجم نمونه استفاده شد و در نهایت با استفاده از فرمول حجم نمونه (آزمون اختلاف میانگین) به تعداد نمونه مورد نظر دست یافتیم. دقت آزمون در برآورد حجم نمونه برابر با ۰/۱۲ مقدار واریانس شاخص میانگین در نظر گرفته شد. در ادامه، ۳۶ مرکز بهداشتی- درمانی و خانه بهداشت از بین کل مراکز شهری و روستایی استان و با در نظر گرفتن سطح اقتصادی- اجتماعی جمعیت تحت پوشش آنها به روش تصادفی انتخاب شد که سهم هر شهرستان دو مرکز بهداشتی- درمانی شهری و دو خانه بهداشت بود. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای و به این ترتیب انجام شد که با استفاده از آمار تعداد کل سالمندان استان و همچنین به تفکیک هر شهرستان (استخراج شده از آمار سرشماری ابتدای سال ۱۳۹۶ مرکز بهداشت استان) سهم حجم نمونه در شهرستان همدان ۴۰/۰۰٪، نهاوند ۱۱/۰۰٪، ملایر ۹/۳۷٪، تویسرکان ۸/۲۲٪، بهار ۷/۵۱٪، رزن ۷/۴۰٪، کیوردآهنگ ۷/۱۲٪، اسدآباد ۶/۸۷٪ و فامنین ۲/۵۱٪ حجم نمونه کلی برآورد شد. معیار ورود به مطالعه شامل نداشتن بیماری صعب‌العلاج و اختلالات روانی بارز

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه (۲۳۸ نفر)

متغیرهای دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۹۲	۳۸/۷
زن	۱۴۶	۶۱/۳
محل سکونت		
شهر	۱۲۳	۵۱/۷
روستا	۱۱۵	۴۸/۳
میزان تحصیلات		
بی‌سواد	۱۵۰	۶۳/۰
ابتدایی/راهنمایی	۵۱	۲۱/۴
دبیرستان/دیپلم	۲۷	۱۱/۳
دانشگاهی	۱۰	۴/۲
وضعیت تاهل		
مجرد	۳	۱/۳
متاهل	۱۵۲	۶۳/۹
مطلقه	۳	۱/۳
بیوه	۸۰	۳۳/۶
گروه‌های سنی		
۶۰-۷۴ سال	۱۷۲	۷۲/۳
۷۵-۸۹ سال	۵۰	۲۱/۰
بالای ۹۰ سال	۱۶	۶/۷

($p=0/012$)، اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ به این ترتیب که میانگین نمره کیفیت زندگی در این زیرمقیاس در مردان سالمندان، سالمندان با سن کمتر و سالمندان با تحصیلات بالاتر بیشتر بود. بین میانگین نمره زیرمقیاس اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی بر حسب متغیرهای جنسیت ($p=0/01$) و وضعیت تاهل ($p=0/008$) اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. در زیرمقیاس درد فقط بر حسب وضعیت تاهل ($p=0/025$) اختلاف معنی‌داری گزارش شد. همچنین نمره کیفیت زندگی در زیرمقیاس سلامت عمومی به تفکیک گروه‌های سنی ($p=0/04$) و وضعیت تاهل ($p=0/003$) دارای اختلاف معنی‌دار بود (جدول ۴).

جدول ۴) مقایسه میانگین آماری نمرات زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمانی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	کارکرد جسمی	اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی	درد	سلامت عمومی
جنسیت				
زن	۵۵/۹±۲۷/۲	۵۲/۴±۴۳/۳	۵۲/۴±۴۳/۳	۲۳/۵±۱۰/۴
مرد	۶۶/۹±۲۷/۹	۶۶/۶±۳۵/۵	۶۶/۶±۳۵/۵	۲۷/۹±۱۵/۳
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۸۲	۰/۰۵
گروه‌های سنی				
۶۰-۷۴ سال	۶۳/۵±۲۷/۹	۵۷/۷±۴۲/۷	۷۰/۶±۲۱/۸	۲۵/۱±۱۰/۲
۷۵-۸۹ سال	۵۳/۵±۲۵/۲	۵۵/۵±۳۹/۱	۷۰/۳±۱۹/۶	۲۲/۵±۱۰/۲
بالای ۹۰ سال	۴۳/۳±۲۸/۳	۶۶/۲±۳۶/۷	۷۱/۲±۲۵/۶	۲۹/۴±۱۱/۳
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۴	۰/۰۶۵۹	۰/۹۸۵	۰/۰۴
وضعیت تاهل				
بدون همسر	۵۴/۳±۲۸/۴	۴۵/۸±۴۲/۹	۶۶/۹±۲۱/۸	۲۲/۸±۸/۲
همسر دار	۶۳/۵±۲۷/۳	۶۴/۵±۳۹/۲	۷۳/۷±۲۳/۱	۲۶/۸±۱۰/۳
سطح معنی‌داری	۰/۰۱۷	۰/۰۰۸	۰/۰۲۵	۰/۰۰۳
محل سکونت				
روستا	۵۹/۳±۲۴/۴	۶۰/۶±۳۹/۲	۷۲/۵±۲۱/۷	۲۵/۱±۱۰/۸
شهر	۶۱/۱±۳۱/۰	۵۵/۵±۴۳/۱	۶۹/۱±۲۱/۱	۲۳/۶±۱۰/۹
سطح معنی‌داری	۰/۶۴۹	۰/۳۹۱	۰/۱۹۰	۰/۱۸۸
وضعیت تحصیلات				
بی‌سواد	۵۶/۷±۲۶/۴	۵۳/۸±۴۰/۹	۷۰/۲±۲۱/۴	۲۴/۱±۹/۴
مقدماتی	۶۵/۴±۲۹/۲	۵۹/۲±۴۴/۰	۷۳/۱±۲۰/۰	۲۵/۸±۲۳/۷
دبیرستان/دیپلم	۶۵/۵±۲۰/۴	۷۰/۱±۳۸/۲	۶۶/۶±۲۲/۹	۲۳/۸±۹/۸
دانشگاهی	۸۲/۷±۲۱/۲	۸۲/۵±۳۱/۳	۷۸/۹±۲۲/۹	۲۹/۷±۱۲/۲
سطح معنی‌داری	۰/۰۱۲	۰/۰۶۲	۰/۴۳۵	۰/۴۴۳

در بعد سلامت روانی، در زیرمقیاس کارکرد اجتماعی بر حسب گروه‌های سنی ($p=0/036$) اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. همچنین متغیرهای جنسیت ($p=0/026$)، وضعیت تاهل ($p=0/005$) و سطح تحصیلات ($p=0/001$) در میانگین نمره مشکلات روانی تفاوت معنی‌دار ایجاد کردند. میانگین نمره زیرمقیاس محدودیت نقش به دلایل عاطفی بر حسب متغیرهای جنسیت ($p=0/016$)، محل سکونت ($p=0/002$) و سطح تحصیلات ($p=0/007$) و همچنین میانگین نمره زیرمقیاس انرژی و شادابی بر حسب متغیرهای گروه‌های سنی ($p=0/004$) و وضعیت تاهل ($p=0/005$) دارای اختلاف معنی‌دار بود (جدول ۵).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه SF-36

زیرمقیاس‌ها	نمرات
بعد سلامت جسمی	
کارکرد جسمی	۶۰/۲±۲۷/۹۷
اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی	۵۷/۷۷±۴۱/۴۲
درد جسمی	۷۰/۸۶±۲۱/۲۹
سلامت عمومی	۲۴/۸۱±۱۰/۲۹
بعد سلامت روانی	
کارکرد اجتماعی	۶۹/۷۶±۲۱/۲۲
مشکلات روانی	۶۲/۹۶±۱۳/۹۰
محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	۶۳/۶۹±۴۱/۷۵
انرژی و شادابی	۵۶/۴۹±۱۲/۸۴

جدول ۳) میانگین آماری نمرات کیفیت زندگی به تفکیک شهرستان‌های استان همدان

شهرستان	نمرات
همدان	۶۰/۸۴±۱۴/۴۰
بهار	۶۵/۲۱±۱۳/۶۶
ملایر	۵۸/۲۴±۱۷/۸۲
تویسرکان	۵۰/۸۷±۱۵/۹۸
نهاوند	۶۱/۰۷±۱۷/۰۵
فامنین	۶۴/۸۲±۱۳/۴۷
رزن	۶۳/۱۲±۱۲/۶۱
کبودرآهنگ	۵۰/۵۸±۷/۳۳
اسدآباد	۵۳/۴۱±۲۰/۳۹

در بعد سلامت جسمانی، بین میانگین نمره زیرمقیاس کارکرد جسمی بر حسب متغیرهای جنسیت ($p=0/001$)، وضعیت تاهل ($p=0/017$)، گروه‌های سنی ($p=0/004$) و سطح تحصیلات

یافته‌های مطالعه سلیمی و همکاران [26] با عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش شهر زنجان در سال ۱۳۹۳ هم‌راستا بود. پایین بودن نمره سلامت عمومی در سالمندان پژوهش حاضر به نظر می‌رسد ناشی از نگرش منفی آنها نسبت به وضعیت سلامت خود باشد، به طوری که افراد شرکت‌کننده در مطالعه نسبت به وضعیت سلامت خود در آینده چشم‌انداز روشنی نداشته و انتظار بدتر شدن وضعیت سلامتی‌شان را داشتند. در حوزه سلامت روان‌شناختی داشتن تفکر مثبت به زندگی، امید به آینده، داشتن تفکر معنوی و مذهبی، ابزار احساسات به‌ویژه هنگام رویارویی با استرس و داشتن سرگرمی و تفریح از رفتارهای مهم ارتقای سلامت به حساب می‌آید [28]. لذا این موضوع در برنامه‌های مربوط به ارتقای سلامت سالمندان نیز باید گنجانده شود تا ادراک سالمندان از وضعیت سلامت عمومی خود در مقایسه با همسالان بهبود یابد.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی چه در زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمی و چه در زیرمقیاس‌های بعد سلامت روانی، در زنان و مردان اختلاف معنی‌داری وجود داشت و مردان در این زمینه از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. این نتیجه هم‌راستا با نتایج مطالعات متعددی است [29-31] که با توجه به نتیجه مطالعه *آسانتاجی* و *ماراتر* [14] که در آن تحصیلات پایین، بیکاری و درآمد پایین، پیش‌بینی‌کننده قوی برای کیفیت زندگی پایین گزارش شد و همچنین با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان سالمند در جامعه ما (تحصیلات پایین و عدم استقلال مادی) این امر قابل توجیه است. البته در مطالعه *غفاری* و همکاران که در شهر قم انجام شده بود زنان سالمند نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند [32].

همچنین در مطالعه *ریماز* و همکاران که در میان سالمندان منطقه ۸ تهران در سال ۱۳۹۲ انجام شده بود و مطالعه *اسپنگر* در سال ۲۰۰۹ اختلاف معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی زنان و مردان مشاهده نشد [33, 34].

میانگین نمره کیفیت زندگی با وضعیت تاهل افراد نیز رابطه داشت، به طوری که به نفع افراد متأهل نمره کیفیت زندگی بالاتر بود. در مطالعات متعددی نقش همسر در کیفیت زندگی سالمندان مورد تایید قرار گرفته است [30, 35, 36]. البته در مطالعه *غفاری* و همکاران که در شهر قم انجام شده بود سالمندان مجرد نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند [32]. از عوامل اجتماعی موثر بر کیفیت زندگی افراد نقش حمایت‌ها و شبکه روابط اجتماعی است که افراد در آن به تعامل می‌پردازند. به نظر می‌رسد در سالمندان بدون همسر یا سالمندان تنها فقدان این عامل اجتماعی بر کیفیت زندگی آنان اثرگذار است. همچنین زندگی مشترک در کنار همسر تاثیر بسزایی در کیفیت زندگی سالمندان دارد و تغییر در تاهل می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در این افراد شود، به‌ویژه اگر این تغییر در نتیجه جدا شدن از همسر باشد [7].

در بررسی حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی با افزایش سطح تحصیلات مقدار بالاتری را به خود اختصاص داد و در بیش از نیمی از زیرمقیاس‌های هر دو بعد سلامت جسمی و روانی از لحاظ آماری

جدول ۵) مقایسه میانگین آماری نمرات زیرمقیاس‌های بعد سلامت روانی بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	کارکرد اجتماعی	مشکلات روانی	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	انرژی و شادابی
جنسیت				
زن	۶۹/۳±۲۱/۳	۵۹/۷±۴۳/۴	۶۱/۳±۱۳/۵	۵۵/۱±۱۲/۹
مرد	۷۰/۳±۲۱/۴	۷۰/۶±۳۷/۳	۶۵/۲±۱۲/۲	۵۷/۴±۱۲/۴
سطح معنی‌داری	۰/۳۵۰	۰/۰۲۶	۰/۰۱۶	۰/۱۸۹
گروه‌های سنی				
۶۰-۷۴ سال	۷۱/۹±۲۰/۹	۶۲/۷±۴۲/۲	۶۲/۴±۱۲/۹	۵۵/۶±۱۱/۹
۷۵-۸۹ سال	۶۴/۲±۲۲/۲	۶۴/۳±۴۲/۷	۶۳/۵±۱۴/۸	۵۴/۱±۱۳/۴
بالای ۹۰ سال	۶۳/۳±۱۸/۱	۷۱/۵±۳۷/۱	۶۰/۸±۱۵/۸	۶۸/۸±۱۸/۷
سطح معنی‌داری	۰/۰۳۶	۰/۷۴۶	۰/۷۲۷	۰/۰۰۴
وضعیت تاهل				
بدون همسر	۷۱/۲±۱۹/۳	۵۳/۸±۴۴/۷	۶۱/۲±۱۱/۱	۵۲/۹±۱۰/۷
همسر دار	۶۸/۳±۲۲/۹	۶۹/۱±۳۹/۳	۶۴/۸±۱۳/۰	۵۸/۳±۱۳/۷
سطح معنی‌داری	۰/۴۰۷	۰/۰۰۵	۰/۱	۰/۰۰۵
محل سکونت				
روستا	۷۰/۹±۲۰/۷	۵۸/۴±۴۲/۴	۶۰/۱±۱۵/۳	۵۷/۹±۱۴/۳
شهر	۶۸/۶±۲۱/۹	۶۸/۷±۴۰/۶۳	۶۲/۱±۱۰/۴	۵۵/۶±۱۰/۷
سطح معنی‌داری	۰/۵۴۰	۰/۰۶۱	۰/۰۰۲	۰/۳۵۲
وضعیت تحصیلات				
بی‌سواد	۶۹/۳±۲۱/۸	۵۷/۷±۴۲/۴	۶۱/۰±۱۴/۰	۲۴/۰±۱۰/۴
مقدماتی	۷۱/۸±۲۱/۴	۶۷/۴±۴۳/۳	۶۵/۵±۱۰/۸	۲۵/۰±۱۱/۷
دبیرستان/دیپلم	۶۹/۴±۲۱/۷	۸۴/۶±۲۳/۶	۶۶/۲±۹/۲	۲۳/۹±۹/۸
دانشگاهی	۶۰/۵±۱۷/۶	۹۲/۴±۱۴/۷	۷۰/۸±۹/۸	۲۹/۷±۱۲/۲
سطح معنی‌داری	۰/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۲۰۶

بحث

کیفیت زندگی ساکنان هر جامعه‌ای، به‌نوعی بیانگر شرایط زندگی آنان بر اساس مسایل اقتصادی، زیرساخت‌ها، نهادهای اجتماعی، روابط اجتماعی، محیط زیست و غیره است. همچنین از اطلاعات کیفیت زندگی جمعیت عمومی یک کشور می‌توان به‌عنوان اطلاعات پایه‌ای برای برنامه‌ریزی‌ها و مداخلات هدفمند استفاده کرد.

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی میانگین کیفیت زندگی سالمندان استان همدان و عوامل مرتبط بر آن انجام شد، تمام ابعاد و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی سالمندان استان همدان (به‌جز سلامت عمومی) بالاتر از ۵۰ به دست آمد که در حد متوسط و قابل قبولی قرار دارد. این یافته با نتایج مطالعات *پناهی* و همکاران [24]، *حسینی* و همکاران [25] و *سلیمی* و همکاران [26] هم‌راستا بود، اما با نتیجه مطالعه *فرهادی* و همکاران [27] که در آن کیفیت زندگی بزرگسالان پایین‌تر از سطح متوسط گزارش شد، مغایرت دارد. از دلایل احتمالی این مغایرت می‌توان به تفاوت مطالعه ذکرشده با پژوهش حاضر در موضوعاتی همچون دامنه سنی افراد شرکت‌کننده، ابزار سنجش کیفیت زندگی، منطقه سکونت و میزان تحصیلات افراد اشاره کرد.

همچنین بیشترین و کمترین نمره کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به زیرمقیاس درد و زیرمقیاس سلامت عمومی بود که این نتایج با

گروه‌ها نظیر شرکت در کلاس‌های مختلف گروهی و باشگاه‌های سالمندان در محل سکونت فراهم شود و همچنین رفع موانع فرهنگی ازدواج در سنین بالا پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

میانگین کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمانی و روانی و زیرمقیاس‌های مربوطه در میان سالمندان استان همدان، در سطح متوسط و قابل قبولی قرار دارد و پایین‌ترین نمره مربوط به زیرمقیاس سلامت عمومی است. همچنین کیفیت زندگی در زنان سالمند، سالمندان با تحصیلات پایین و سالمندان تنها پایین‌تر است.

تشکر و قدردانی: در این مطالعه از همکاری معاونت بهداشتی استان همدان که زمینه جمع‌آوری اطلاعات سالمندان را فراهم آورد و همین‌طور از شرکت‌کنندگان گرامی تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.
تاییدیه اخلاقی: این مطالعه دارای کد تاییدیه اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1394.494 است.

تعارض منافع: در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: پروین چراغی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ زهرا اسکندری (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۱۵٪)؛ شیوا بزرگمهر (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۱۵٪)؛ نسیم زنجری (نویسنده چهارم)، روش‌شناس (۱۰٪)؛ زهرا چراغی (نویسنده پنجم)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۳۰٪)

منابع مالی: این مطالعه تحت حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان بوده است.

منابع

- 1- Bowen RL, Atwood CS. Living and dying for sex. A theory of aging based on the modulation of cell cycle signaling by reproductive hormones. *Gerontology*. 2004;50(5):265-90.
- 2- World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolde r/en/>.
- 3- Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716-9.
- 4- Couzner L, Ratcliffe J, Lester L, Flynn T, Crotty M. Measuring and valuing quality of life for public health research: application of the ICECAP-O capability index in the Australian general population. *Int J Public Health*. 2013;58(3):367-76.
- 5- Nejat S. Quality of life and its measurement. *Iran J Epidemiol*. 1387;4(2):57-62. [Persian]
- 6- World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- 7- Alipoor F, Sajadi H, Foroozan A, Biglarian A. The role of

معنی‌دار بود. مطالعات متعددی نیز سطح تحصیلات بالا را به‌عنوان عاملی برای سالمندی پویا و زندگی باکیفیت‌تر مطرح کرده‌اند [21, 37, 39]. به نظر می‌رسد سطح تحصیلات بالا با اختصاص پایگاه‌های وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر در کلیه دوره‌های زندگی رابطه دارد که دوره سالمندی نیز از این قاعده مستثنی نیست.

در خصوص محل سکونت سالمندان (شهر یا روستا) در کلیه زیرمقیاس‌های دو بعد سلامت جسمی و روانی به‌جز سه زیرمقیاس عملکرد جسمی، مشکل روانی و عملکرد عاطفی سالمندان روستایی از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند که البته تمامی اختلاف‌ها به‌جز زیرمقیاس عملکرد عاطفی از نظر آماری معنی‌دار نبودند. شبکه‌های روابط اجتماعی و تماس با دوستان و آشنایان و برخورداری از حمایت و کمک این شبکه‌ها می‌تواند در کیفیت زندگی سالمندان نقش بسیار داشته باشد. نتیجه مطالعه رضوانی و همکاران در سالمندان روستایی شهرستان نیشابور در سال ۱۳۹۴ و آپیدجکول در مناطق روستایی تایلند در سال ۲۰۱۱ نشان داد که سالمندان مناطق روستایی به‌دلیل کوچک‌بودن محیط زندگی و آشنایی افراد با یکدیگر و روابط چهره‌به‌چهره و نیاز به همکاری گروهی و احساس تعلق به محل زندگی، از روابط اجتماعی مطلوبی برخوردارند که این امر در افزایش کیفیت زندگی آنان موثر است. در واقع نقش روابط خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی خانوادگی و خویشاوندی تا اندازه زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار است و سلامت ذهنی در آنان بالاتر است [40, 41].

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر خستگی برخی از سالمندان در پاسخ به سئوالات پرسش‌نامه مذکور بود که برای رفع این مشکل، قسمت‌های مختلف پرسش‌نامه با رعایت زمان استراحت تکمیل شد. همچنین از آنجایی که استان همدان دارای قومیت‌های متعددی نظیر ترک، کرد، لر و فارس است، به‌دلیل حجم نمونه اندک هر قومیت نسبت به حجم نمونه کلی مطالعه اثر این متغیر در میانگین نمره کیفیت زندگی بررسی نشد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به تفکیک قومیت‌های مختلف و با حجم نمونه کافی کیفیت زندگی سالمندان بررسی شود.

یافته‌های مطالعه حاضر، ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به کیفیت زندگی سالمندان را مورد تایید و تاکید قرار می‌دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش‌های خودمراقبتی لازم، ایجاد کلینیک‌های سالمندی، تقویت محیط‌های حمایتی، همکاری‌های بین‌بخشی و سیاست‌گذاری‌های خاص سالمندان در نظام سلامت برای ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و مشارکت و امنیت سالمندان کشور ضروری است. همچنین با توجه به پایین‌بودن سطح کیفیت زندگی زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در تمام ابعاد و زیرمقیاس‌های مربوطه در مطالعه حاضر، بازنگری در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان در قالب برنامه خدمات نوین نظام سلامت کشور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین توصیه می‌شود در تدوین سند ملی توسعه سالمندی کشور با توجه به پایین‌تر بودن کیفیت زندگی زنان و سالمندان تنها، فرصت‌های ویژه‌ای برای این

- 25- Hossieni F, Mirzaei T, Ravari A, Akbari A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of medical sciences. *J Health Literacy*. 2016;1(2):92-9.
- 26- Salimi F, Garmaroudi G, Hosseini SM, Batebi A. Effect of self-care educational program to improving quality of life among elderly referred to health centers in Zanjan. *J Educ Community Health*. 2015;2(2):28-37. [Persian]
- 27- Farhadi A, Frughan M, Mohammadi F. The quality of life among rural elderlies a cross-sectional study. *Salmand Iran J Ageing*. 2011;6(20):38-48. [Persian]
- 28- Thanakwang K, Soonthorndhada K, Mongkolprasoe J. Perspectives on healthy aging among Thai elderly: a qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2012;14(4):472-9.
- 29- Hasani F, Kamali M, Akbarfahimi M, Davatgaran K. Factors affecting quality of life of the elderly in the residential homes of Tehran (2009). *J Birjand Univ Med Sci*. 2011;18(4):320-8. [Persian]
- 30- Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. *Salmand Iran J Ageing*. 2007;2(1):182-9. [Persian]
- 31- Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Madah BS. Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan Club. *Salmand Iran J Ageing*. 2008;3(1):33-41. [Persian]
- 32- Ghafari R, Rafei M, Taherinejad M. Assessment of health related quality of life by SF-36 version 2 in general population of Qom city. *J Arak Univ Med Sci*. 2014;16(11):63-72. [Persian]
- 33- Spangler SL. The relationship between quality of life and social support among adolescent survivors of childhood cancers [Dissertation]. Malibu, California: Pepperdine University; 2009.
- 34- Rimaz S, Gharibnavaz H, Abolghasemi J, Seraji S. The relationship of different dimensions of social support with older adults' quality of life in the 8th district of Tehran in 2013. *J Educ Community Health*. 2015;2(1):29-37. [Persian]
- 35- Aghanouri A, Mahmoudi M, Asadi M, Mortaji F, Salehi H, Jafarian K. Quality of life and its relationship with quality of diet among elderly people in urban areas of Markazi province, Iran. *J Arak Univ Med Sci*. 2013;15(9):1-11. [Persian]
- 36- Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly's health in Arak. *Indian J Med Sci*. 2013;67(3-4):70-7.
- 37- Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(1):56-61. [Persian]
- 38- Farzianpour F, Hosseini S, Rostami M, Pordanjani SB, Hosseini SM. Quality of life of the elderly residents. *Am J Appl Sci*. 2012;9(1):71-4.
- 39- Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderly's "quality of life" living at homes and in private or public nursing homes. *Salmand Iran J Ageing*. 2010;4(14):66-74. [Persian]
- 40- Apidechkul T. Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2011;42(5):1282-92.
- 41- Rezvani MR, Mansourian H, Ahmadadadi H, Ahmadabadi F, Parvai Here-Dasht S. An assessment on factors affecting the quality of life of elderly in rural regions (case study: neishabour county). *J Rural Res*. 2013;4(2):301-26. [Persian]
- social support in elderly quality of life. *Soc Welfare Q*. 2009;8(33):149-67. [Persian]
- 8- Basakha M, Agheli Kohneshahri L, Masaeli A. Ranking the quality of life in Iran provinces. *Soc Welfare Q*. 2010;10(37):95-112. [Persian]
- 9- Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 23rd Edition. India: Bhanot publisher; 2015. p. 14-43.
- 10- Mohaqeqi Kamal SH, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Elderly quality of life: a comparison between pensioners of social security organization and national retirement fund. *J Health Adm*. 2007;10(27):49-56. [Persian]
- 11- Nedjat S, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). *Int J Public Health*. 2011;56(1):55-61.
- 12- Esbensen BA, Østerlind K, Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with cancer: a 3-month follow-up. *Cancer Nurs*. 2006;29(3):214-24.
- 13- Bond J, Corner L. Quality of life and older people. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2004.
- 14- Assantachai P, Maranetra N. Nationwide survey of the health status and quality of life of elderly Thais attending clubs for the elderly. *J Med Assoc Thai*. 2003;86(10):938-46.
- 15- Naseh L, Sheikhi RA, Rafei F. Quality of life and its related factors among elderlies living in nursing homes. *Iran J Nurs*. 2014;27(87):67-78. [Persian]
- 16- Statistical Center of Iran. Selected findings of the national housing and population census [Internet]. Tehran: Iran Data Portal; 2011 [cited 2017 Feb 8]. Available from: <http://irandataportal.syr.edu/2011-census>.
- 17- Cheraghi P, Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S. Quality of life in elderly Iranian population using Leiden-Padua questionnaire: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2017;8:55.
- 18- Cheraghi Z, Doosti-Irani A, Nedjat S, Cheraghi P, Nedjat S. Quality of life in elderly Iranian population using the QOL-Brief Questionnaire: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2016;45(8):978-85.
- 19- Doosti-Irani A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*. 2019;24(11):1088-97.
- 20- Koohi F, Nedjat S, Yaseri M, Cheraghi Z. Quality of life among general populations of different countries in the past 10 Years, with a focus on human development index: a systematic review and meta-analysis. *Iran J public health*. 2017;46(1):12-22.
- 21- Abbasi Moghadam 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.
- 22- 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.
- 23- 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.
- 24- Panahi R, Osmani F, Sahraei M, Ebrahimi S, Shamsinejad Gashti M, Javanmardi E. Relationship of Health Literacy and Quality of Life in Adults Residing in Karaj, Iran. *J Educ Community Health*. 2018;4(4):13-9. [Persian]