

## The survey of the relationship between quality of life of elderly with depression and physical activity in Tabriz, Iran

Payahoo Laleh<sup>1</sup>, Khaje-bishak Yaser<sup>2</sup>, Pourghasem Bahram<sup>3\*</sup>, Asghari jafarabadi Mohammad<sup>4</sup>, Kabir-alavi Mohammad-bagher<sup>5</sup>

1. MSc Student in Nutrition. Student's Research Committee, Faculty of Nutrition. Tabriz University of Medical Science. Tabriz. Iran. Llllpayahoo44@gmail.com.
2. MSc Student in Nutrition, Student's Research Committee, Faculty of Nutrition. Tabriz University of Medical Science Tabriz. Iran.
3. Associate Professor in Nutrition, Student's Research Committee, Faculty of Nutrition. Tabriz University of Medical Science. Tabriz. Iran. Pourghassemb@tbzmed.ac.ir
4. Assistant Professor of Medical Education Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences .Tabriz. Iran.
5. Nutritionist, Student's Research Committee. Faculty of Nutrition. Tabriz University of Medical Science. Tabriz. Iran.
6. Corresponding author: Bahram Pourghasem, Associate professor in Nutrition, Faculty of Health and Nutrition. Tabriz University of Medical Science. Tabriz. Iran.  
Tell: (98) (411) 3357580, Email: Pourghassemb@tbzmed.ac.ir

Article received on: 2013.3.4

Article accepted on: 2013.6.10

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Aging as one of the most critical period of life is faced with many physiological changes. A main challenge of this century is a better quality of life. Therefore, determining factors that affect quality of life in elderly people is important. This study designed to determine relationship between depression disorders and physical activity level with quality of life in free-living elderly in Tabriz in 2012.

**Materials and Methods:** This descriptive-analytical study was carried out on 184 elderly people (97 male and 87 female) with the age of 60 years and above. All subjects were selected from daily care centers of elderly people in Tabriz. Validated Persian self-reported version of World Health Organization Quality of Life-Brief (WHOQOL) questionnaire was used to determine the quality of life in free-living elderly. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Activities of Daily Living (ADL) and Geriatric Depression Scale (GDS) questionnaires were used to assess the level of physical activity and depression status, respectively. Correlations of variables were analyzed by multiple logistic regressions.

**Results:** There was a significant positive correlation between IADL and ADL with quality of life ( $r=0.426$ ;  $p<0.001$  and  $r=0.147$ ;  $p=0.041$ , respectively). In addition, the correlation between GDS and quality of life variable was significant ( $r= -0.180$ ,  $p=0.013$ ).

**Conclusion:** Since physical activity has beneficial effects on quality of life in elderly people, encouraging them to participate in social exercise programs and presenting guidelines to improve other aspects of quality of life are suggested.

**Key words:** Elderly, Quality of Life, Physical Activity, Depression

**Cite this article as:** Payahoo Laleh, Khaje-bishak Yaser, Pourghasem Bahram, Asghari jafarabadi Mohammad, Kabir-alavi Mohammad-bagher. The survey of the relationship between quality of life of elderly with depression and physical activity in Tabriz, Iran. J Rehab Med 2013; 2(2): 39-46.

## بررسی ارتباط کیفیت زندگی سالمندان با افسردگی و سطح فعالیت فیزیکی روزانه در شهر تبریز

لاله پیاھو<sup>۱</sup>، یاسر خواجه بیشک<sup>۲</sup>، بهرام پورقاسم<sup>۳\*</sup>، محمد اصغری جعفرآبادی<sup>۴</sup>، محمد باقر کبیر علوی<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تغذیه، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳. دانشیار علوم تغذیه، مرکز تحقیقات دانشجویی، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴. مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵. کارشناس علوم تغذیه، مرکز تحقیقات علوم تغذیه، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### چکیده

#### مقدمه و اهداف

سالمندی به عنوان یکی از حساسترین دوران زندگی، با تغییرات فیزیولوژیک همراه است. چالش اصلی قرن حاضر، زندگی با کیفیت بهتر است، از این رو تعیین فاکتورهای تاثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان مهم می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی سالمندان با افسردگی و سطح فعالیت فیزیکی روزانه در شهر تبریز در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

#### مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۸۴ سالمند (۹۷ مرد و ۸۷ زن) سنین ۶۰ سال و بالاتر انجام شد. نمونه گیری بصورت تصادفی از میان سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه نگهداری شهر تبریز انجام شد. از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality Of Life-BREF: WHOQOL-BREF) برای بررسی کیفیت زندگی، از پرسشنامه دو بخشی فعالیت فیزیکی با ابزار (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) و بدون ابزار (Activities of Daily Living: ADL) برای تعیین سطح فعالیت فیزیکی و از پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale: GDS)، برای سنجش میزان افسردگی استفاده شد. تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای فعالیت فیزیکی و مقیاس افسردگی بکار رفت.

#### یافته ها

ارتباط مثبت معنی داری بین فعالیت روزانه با ابزار و بدون ابزار با متغیر کیفیت زندگی ارائه داد (به ترتیب  $r=0/426$ ،  $p<0/001$  و  $r=0/147$ ،  $p=0/041$ )، همچنین ارتباط معکوس معنی داری بین متغیر GDS با کیفیت زندگی وجود داشت ( $p=0/013$ ،  $r=-0/180$ ).

#### نتیجه گیری

به دلیل اثرات مفید فعالیت فیزیکی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، تشویق سالمندان برای شرکت در برنامه های ورزشی دسته جمعی و ارائه راهکارهایی در جهت ارتقای سایر ابعاد کیفیت زندگی پیشنهاد می شود.

#### واژگان کلیدی

سالمند، کیفیت زندگی، فعالیت فیزیکی، افسردگی

\* پذیرش مقاله ۱۳۹۲/۳/۲۰ \*

\* دریافت مقاله ۱۳۹۲/۱/۱۴ \*

**نویسنده مسؤل:** دکتر بهرام پورقاسم. تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

تلفن تماس: ۰۴۱۱-۳۳۵۷۵۸۰

آدرس الکترونیکی: Pourghassemb@tbzmed.ac.ir

#### مقدمه و هدف

سالمندی بعنوان یکی از حساسترین دوران زندگی انسان، با تغییرات فیزیولوژیک زیادی همراه است [۱]. برطبق آمار جمعیت سالمندان در جهان رو به افزایش است، بگونه ای که در برابر نرخ رشد ۱/۷٪ جمعیت جهان، نرخ رشد جمعیت افراد ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵٪ بوده است [۲]. گزارش سازمان ملل، در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان بیش از ۶۸۷ میلیون بود که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به بیش از یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون سالمند خواهد رسید [۳]. نکته قابل توجه اینکه بیش از ۶۰٪ از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند [۴،۵]. در

ایران سالمندان شش درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص داده اند که بر آورد شده است این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۲۶٪ خواهد رسید [۳]. با این حال بررسی ها نشان می دهد که تنها ۱٪ از قوانین تصویب شده در ایران مربوط به سالمندان است [۴].

با توجه به اینکه چالش اصلی قرن حاضر، زندگی با کیفیت بهتر عنوان شده است [۶،۵]، از این رو تعیین فاکتورهای تاثیر گذار بر ارتقای کیفیت زندگی بخصوص در ارتباط با سالمندان بعنوان گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر مهم تلقی می گردد. کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می شود و از آنجا که ابعاد مختلف فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است [۷].

افزایش سالهای زنده ماندن، احتمال بروز بیماری های مزمن را افزایش می دهد. بیماری های مزمن رخ داده در سالمندان در نتیجه افزایش سن و کهولت، منجر به محدود شدن موقعیت اجتماعی، ناتوانی سالمند و وابستگی به اطرافیان برای انجام فعالیت های روزمره می گردد [۷-۹].

افزایش سن می تواند در کاهش تحرک، انزوا و تنهایی فرد سالمند تاثیر گذار باشد [۱۰]. اختلال عملکرد جسمانی رخ داده با افزایش سن، بر توانایی حفظ استقلال تاثیر منفی دارد [۸]، بیان شده است که در کشور ما ۲۸/۵٪ از سالمندان در فعالیت های جسمی دچار محدودیت بوده و برای انجام فعالیت معمولی زندگی نیاز به کمک دارد [۱۱]. تمام این عوامل در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی سالمند می گردد [۹،۸].

افسردگی از عمده ترین اختلالات دوران سالمندی است که در نتیجه عوامل مختلف مربوط به این مرحله از زندگی رخ می دهد. افراد سالمند در نتیجه فشارهای بیرونی نظیر محدودیت منابع مالی و نیز تغییرات جسمانی از جمله کاهش بینایی و شنوایی، احساس می کنند که کنترل خود را بر زندگی از دست داده اند. این قبیل مسائل با ایجاد هیجانات منفی مثل غم، اضطراب، عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و یاس در فرد سالمند همراه خواهد بود و افسردگی بزرگترین مشکل روانی و پیامد جدی و خطرناک این گونه عواطف است [۱۲]. نشان داده شده است که افسردگی سالمند با کاهش کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مستقیمی دارد [۱۳].

نقش فعالیت فیزیکی در ارتقای کیفیت زندگی و سلامتی مطلوب اثبات شده است [۱۴]. افزایش فعالیت فیزیکی به عنوان یک استراتژی مهم برای حفظ وضعیت عملکردی و استقلال سالمندان می باشد [۱۵].

با در نظر گرفتن اهمیت مقوله سلامتی در سالمندان و با توجه به اینکه مطالعات محدودی همزمان دو فاکتور موثر بر کیفیت زندگی - میزان افسردگی و سطح فعالیت فیزیکی - را در سالمندان با زندگی آزاد بررسی کرده اند و نیز مطالعات اندکی کیفیت زندگی سالمندان با زندگی آزاد را بررسی کرده اند [۱۷،۱۶]. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط اختلالات افسردگی و سطح فعالیت فیزیکی روزانه با کیفیت زندگی سالمندان با زندگی آزاد شهر تبریز در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

## مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۸۴ سالمند با زندگی آزاد مناطق شهری سنین ۶۰ سال و بالاتر انجام شد. کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز پروتکل مطالعه را تایید و تصویب کرد. شرکت در مطالعه کاملا اختیاری بود و نمونه گیری بصورت تصادفی از سالمندان مراجعه کننده به مراکز روزانه نگهداری سالمندان در شهر تبریز انتخاب شدند. پس از توضیح در ارتباط با نحوه انجام مطالعه، از سالمندان رضایت نامه کتبی اخذ شد. حجم نمونه از مطالعات مشابه قبلی [۱۸-۱۹] و با در نظر گرفتن  $Z=1/96$ ،  $d=0/05$ ، با استفاده از فرمول  $N=[(Z)^2(s)^2]/d^2$ ، ۱۸۴ نفر بدست آمد.

جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری و توسط افراد آموزش دیده و مجرب انجام شد. سالمندان با بیماری های آلزایمر یا هر نوع بیماری که در آن فرد قادر به پاسخگویی به سوالات نباشد از مطالعه خارج شدند. مشخصات عمومی افراد شامل سن، جنس، ابتلا به بیماری ها از طریق پرسشنامه مشخصات فردی بدست آمد. جهت بررسی کیفیت زندگی، از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BERF<sup>۳۷</sup>) که از ۲۶ سوال تشکیل شده و برای جمعیت ایرانیان اعتبار آن نشان داده شده است؛ استفاده گردید [۲۰]. این پرسشنامه، کیفیت زندگی را از چهار بعد سلامتی جسمانی (۷ سوال، مجموع نمرات ۳۵-۷)، سلامتی روانشناختی (۶ سوال، مجموع نمرات ۳۰-۶)، سلامتی روابط اجتماعی (۳ سوال، مجموع نمرات ۱۵-۳) و سلامتی محیط زندگی (۸ سوال، مجموع نمرات ۴۰-۸) بررسی می کند. درک کلی از سلامتی (۱ سوال، مجموع نمرات ۵-۱) و کیفیت کلی زندگی (۱ سوال، مجموع نمرات ۵-۱) دیگر سوالات تشکیل دهنده این پرسشنامه هستند. هر سوال دارای ۵ گزینه بوده که نمره آن بین یک تا پنج متغیر است. شایان ذکر است که برخی از سوالات امتیاز معکوس دارند.

به منظور بررسی سطح فعالیت های فیزیکی از پرسشنامه دو بخشی با ابزار (IADL<sup>۳۸</sup>) و بدون ابزار (ADL<sup>۳۹</sup>) که به ترتیب متشکل از ۸ (مجموع نمرات بین ۸-۰) و ۶ سوال (مجموع نمرات ۶-۰) بودند، استفاده شد. در تفسیر نمرات پرسشنامه IADL، نمره ۲-۰ (وابسته)، نمره ۵-

37 World Health Organization Quality Of Life-BREF

38 Instrumental Activities of Daily Living

39 Activities of Daily Living

۳ (کمی وابسته) و نمره ۸-۶ (مستقل) تعریف شد. در ارتباط با پرسشنامه ADL نیز، نمره ۲-۰ (کاملاً وابسته)، نمره ۴-۳ (کمی وابسته) و نمره ۶-۵ (مستقل) در نظر گرفته شد. پرسشنامه ADL، شامل سوالاتی چون غذا خوردن، پوشیدن و در آوردن لباس، راه رفتن، انجام کارهای مربوط به ظاهر، حمام کردن یا دوش گرفتن، به تخت یا رختخواب رفتن و بیرون آمدن و دستشویی رفتن است. فعالیت های ابزاری زندگی نیز مواردی چون توانایی استفاده از تلفن، طی کردن مسافت های نسبتاً طولانی با وسیله نقلیه، خرید مواد غذایی و پوشاک، آماده کردن غذا، انجام کارهای منزل، شستن لباس های شخصی، انجام تعمیرات جزئی در منزل، مصرف دارو و کنترل دخل و خرج را شامل می شود. شایان ذکر است که روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه قبلی ارزیابی و نمره قابل قبولی بدست آمد [۱۱].

جهت بررسی میزان افسردگی، از پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان (GDS<sup>40</sup>) که از ۱۵ سوال بسته تشکیل شده است؛ استفاده شد. امتیاز ۰-۵ (بدون افسردگی)، ۶-۹ (افسردگی ملایم) و بالای ۱۰ (افسردگی شدید) طبقه بندی شد. مطالعات قبلی روایی و پایایی این پرسشنامه را تایید کرده اند [۲۱-۲۳].

### آزمون های آماری

از نرم افزار آماری SPSS (version 13.0, Chicago, IL, USA) برای وارد کردن داده ها و آنالیز آنها استفاده شد. نرمال بودن داده ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیروف بررسی و داده ها بصورت میانگین (انحراف معیار) یا فراوانی (درصد) ارائه شد. از آزمون کای دو برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی و از تحلیل رگرسیون چندگانه برای بررسی ارتباط متغیر کیفیت زندگی با متغیرهای فعالیت فیزیکی با ابزار، بدون ابزار و نیز مقیاس افسردگی بعنوان متغیرهای مستقل اصلی و نیز متغیرهای سن و جنس بعنوان متغیرهای کنترلی استفاده شد. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

مشخصات عمومی افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی سالمندان شرکت کننده در مطالعه ۶۹/۴ ± ۷/۹ سال بود و ۵۲٪ از آنها را مردان تشکیل می داد. برطبق نتایج آزمون کای دو، بین نسبت مردان و زنان شرکت کننده در مطالعه تفاوتی وجود نداشت (p=۰/۴۶۱).

جدول ۱. مشخصات عمومی سالمندان شرکت کننده در مطالعه (n=۱۸۴)

مشخصات عمومی	سالمند		کل
	مرد	زن	
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۶۹/۹ ± ۸/۰	۶۸/۰ ± ۷/۰	۶۹/۴ ± ۷/۹
جنس (فراوانی (%))	۹۷ (۵۲/۷)	۸۷ (۴۷/۳)	۱۸۴ (۱۰۰)
نوع بیماری (فراوانی (%))			
قلبی - عروقی	۴۸ (۴۹/۵)	۴۴ (۵۰/۶)	۹۲ (۵۰)
تنفسی	۹ (۹/۳)	۶ (۶/۹)	۱۵ (۸/۲)
گوارشی	۲۴ (۲۴/۷)	۱۹ (۲۱/۸)	۴۳ (۲۳/۴)
استخوانی	۲۷ (۲۷/۸)	۳۳ (۳۷/۹)	۶۰ (۳۲/۶)

جدول ۲ وضعیت کیفیت زندگی در چهار بعد مختلف، رتبه بندی افراد از نظر سطح فعالیت فیزیکی روزانه و شیوع اختلالات افسردگی در سالمندان شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد. نتایج بدست آمده نشان داد که سالمندان در مجموع کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی داشتند و از نظر ابعاد کیفیت زندگی نیز در حد بالای نمرات مربوطه قرار گرفتند. از نظر فعالیت فیزیکی روزانه با ابزار و بدون ابزار به ترتیب تقریباً ۶۹٪ و ۹۵٪ در گروه مستقل طبقه بندی شدند. همچنین ۴۲/۴٪ از سالمندان علائمی از افسردگی را نشان دادند.

<sup>40</sup> Geriatric Depression Scale

جدول ۲. وضعیت کیفیت زندگی، فعالیت فیزیکی روزانه با ابزار و بدون ابزار و میزان افسردگی سالمندان شرکت کننده در مطالعه (n=۱۸۴)

متغیر	سالمندان با زندگی آزاد (n=۱۸۴)
ابعاد کیفیت زندگی (میانگین (انحراف معیار))	
سلامتی جسمانی (مجموع نمرات ۷-۳۵)	۳۳/۲۵±۴/۵۱
سلامتی روانشناختی (مجموع نمرات ۶-۳۰)	۲۰/۹۹±۳/۶۲
سلامتی روابط اجتماعی (مجموع نمرات ۳-۱۵)	۱۰/۸۰ ±۲/۱۶
سلامتی محیط زندگی (مجموع نمرات ۸-۴۰)	۲۸/۶۱±۴/۸۱
کل (مجموع نمرات ۲۶-۱۳۰)	۹۱/۴۸±۱۳/۴۱
فعالیت روزانه با ابزار (فراوانی (%))	
مستقل	۱۳۷ (۶۹/۱)
کمی وابسته	۵۱ (۲۷/۷)
کاملاً وابسته	۶ (۳/۲)
فعالیت روزانه بدون ابزار (فراوانی (%))	
مستقل	۱۷۵ (۹۵/۱)
کمی وابسته	۵ (۲/۷)
کاملاً وابسته	۴ (۲/۲)
وضعیت افسردگی (فراوانی (%))	
بدون افسردگی	۱۰۶ (۵۷/۶)
افسردگی ملایم	۵۲ (۲۸/۳)
افسردگی شدید	۲۶ (۱۴/۱)

تحلیل رگرسیون چندگانه، ارتباط مثبت معنی داری بین فعالیت روزانه با ابزار و بدون ابزار با متغیر کیفیت زندگی ارائه داد (به ترتیب  $p < 0.001$  و  $p = 0.041$ ). همچنین ارتباط معکوس معنی داری بین متغیر کیفیت زندگی و GDS وجود داشت ( $p < 0.013$ ). جدول ۳ نتایج مربوط به ارتباط متغیرهای مذکور را نشان می دهد.

جدول ۳. ارتباط متغیرهای کیفیت زندگی با سطح فعالیت فیزیکی (با ابزار و بدون ابزار) و میزان افسردگی

متغیرهای اصلی	P	B	SE	r
فعالیت روزانه با ابزار	$< 0.001^*$	۳/۰۳	۰/۵۱	۰/۴۲۶
فعالیت روزانه بدون ابزار	۰/۰۴۱*	۲/۵۴	۱/۲۳	۰/۱۴۷
میزان افسردگی	۰/۰۱۳*	-۰/۷۳	۰/۲۹	-۰/۱۸۰

\*معنی دار از نظر آماری

## بحث

تعیین کننده‌های اصلی سلامت و عملکرد سالمندان، ویژگی‌های شخصیتی، عوامل اجتماعی و محیطی است که عادات غذایی و میزان فعالیت فیزیکی را نیز در بر می گیرد [۱۰].

بررسی میزان فعالیت جسمانی، بهترین ابزار برای نشان دادن سطح استقلال و کیفیت زندگی سالمندان می باشد. هر نوع بیماری یا نقصانی که منجر به کاهش فعالیت های جسمی فرد سالمند شود، توانایی فردی، استقلال عمل و عزت نفس او را در کارهای شخصی محدود کرده و نهایتاً منجر به کیفیت پایین زندگی اش خواهد شد [۲۴]. بی تحرکی همچنین در عدم رضایت و خرسندی افراد تاثیرگذار است و نشان داده شده است که افراد با فعالیت فیزیکی روزانه مستمر، کیفیت زندگی بهتر، احساس رضایت بیشتر و اختلالات روانی بخصوص افسردگی کمتری داشته اند [۲۸-۲۵]. مطالعات متعددی نشان داده اند عدم فعالیت فیزیکی در سالمندان با بروز بیماری‌های مزمن متعددی چون چاقی [۲۹]، بیماری‌های قلبی - عروقی [۳۰]، کاهش تراکم استخوانی [۳۱] و بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی [۳۲] ارتباط دارد. در مقابل، اثرات مفید فعالیت فیزیکی

در سالمندان در کاهش این بیماریها تایید شده است<sup>[۳۳]</sup>. در مطالعه حاضر ارتباط مثبت معنی داری بین متغیر کیفیت زندگی و سطح فعالیت فیزیکی روزانه با ابزار و بدون ابزار در گروه سالمندان مستقل مشاهده شد. هم‌راستا با این مطالعه، حبیبی و همکاران<sup>[۱۱]</sup>، نشان دادند که همبستگی مثبت معنی داری بین کیفیت زندگی و فعالیت های روزانه با ابزار و بدون ابزار در ۴۱۰ سالمند با زندگی آزاد شرکت کننده در مطالعه از منطقه غرب تهران وجود داشت. لینون و همکاران<sup>[۳۴]</sup> نیز نشان دادند که فعالیت فیزیکی تاثیر قوی بر کیفیت زندگی و استقلال سالمندان دارد. لی و همکاران<sup>[۳۵]</sup> نیز ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی با فعالیت های فیزیکی بدون ابزار و با ابزار نشان دادند. همچنین حمیدزاده<sup>[۳۶]</sup> نشان داد که استفاده از یک برنامه منظم ورزشی موجب بهبود فعالیت های جسمی در سالمندان شده و کیفیت زندگی آنها را ارتقا می بخشد. بنابراین به دلایل تاثیر ورزش در استقلال بیشتر جمعیت سالمندان و نیز هزینه کمتر آن، می بایستی ورزش کردن را از طریق تدارک فضای مناسب و کافی در جامعه برای افراد سالمند ترویج دهیم<sup>[۳۷]</sup>.

تعریف هر شخص از کیفیت زندگی، به تجارب زندگی فرد در گذشته، وضعیت روحی و روانی، و نیز به انتظار و توقع شخص بستگی دارد. افراد افسرده اغلب از کیفیت زندگی خود راضی نبوده و نمره پایینی از کیفیت زندگی را کسب می کنند<sup>[۳۸]</sup>. در مطالعه حاضر ارتباط منفی معنی داری بین کیفیت کلی زندگی با مقیاس افسردگی وجود داشت. مطالعه مختاری<sup>[۱۶]</sup> نشان داد که سالمندان ساکن در سرای سالمندان ( $n=60$ )، به دلیل تماس های اجتماعی محدود و دیگر محدودیت ها، کیفیت زندگی پایین تر و اختلالات افسردگی بیشتری نسبت به سالمندان با زندگی آزاد ( $n=60$ ) دارند. چانگ و همکاران<sup>[۳۹]</sup> نیز نشان دادند که سالمندان با اختلالات افسردگی ( $n=40$ ) در مقایسه با سالمندان گروه کنترل سالم ( $n=44$ )، کیفیت زندگی پایین تر، افسردگی شدیدتر و میزان فعالیت روزانه با ابزار پایینتری داشتند که تمام این نتایج از نظر آماری معنی دار بود ( $p<0.001$ ).

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر که بر روی ۱۸۴ سالمند با زندگی آزاد شهر تبریز انجام شد، همبستگی مثبت معنی داری بین متغیر کیفیت زندگی و فعالیت فیزیکی روزانه با ابزار و بدون ابزار و نیز همبستگی معکوس معنی داری بین میزان افسردگی و کیفیت زندگی نشان داد. با در نظر گرفتن اینکه فعالیت فیزیکی می تواند سبب توانایی انعطاف پذیری و تحرک، بهبود عملکرد شناختی، بهبود سازگاری روانی و سازگاری عملکردی شود که از این طریق سهم بسزایی در ارتقای کیفیت زندگی و بهبود اختلالات افسردگی در سالمندان ایفا می کند<sup>[۴۰]</sup>؛ لذا انجام فعالیت فیزیکی روزانه مستمر و ارائه راهکارهایی در جهت ارتقای سایر ابعاد کیفیت زندگی از جمله ترتیب برنامه هایی توسط مسئولان بهداشتی-سلامت جهت مشارکت سالمندان در برنامه های آموزشی دسته جمعی می بایستی مورد توجه قرار گیرد. همچنین مطالعات بیشتر با حجم نمونه بیشتر و تعیین ارتباط اختلالات افسردگی با سطح فعالیت فیزیکی و نیز لحاظ وضعیت کیفیت زندگی و عوامل مرتبط سالمندان ساکن در سرای سالمندان و مناطق روستایی شهر تبریز پیشنهاد می گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از دانشکده تغذیه و مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کمال تشکر را دارند. شایان ذکر است که این مقاله قسمتی از داده های طرح تحقیقاتی با عنوان " بررسی وضعیت سلامتی سالمندان با زندگی آزاد شهر تبریز " خانم لاله پیاوه به راهنمایی آقای دکتر پورقاسم می باشد.

### منابع

1. Vahdaninia MS, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in elderly: population based survey. Payesh. 2005; 4: 113-120. [In Persian]
2. Hatami H, Eftekhari H, Razavi A, Majlesi H. Text book of public health, Third edition. Tehran, Arjemand Co. 2004; 1522-80.
3. Islamic republic news agency. Social: elderly [online]. Available: <http://www2.irna.com/en/news/line-8.html>. Accessed June 3, 2007.
4. Tajvar M, Farziyanpour F. Elderly Health and a Review on Different Aspects of Their Life, Nasle Farda and Arjmand Press, Tehran. 2004.
5. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 2003; 33(5): 335-340.

6. Rocha FL, Uchoa E, Guerra HI, Firmo JO, Vidigal PG, Lima-Costa MF. Prevalence of sleep somplaints and associated factors in community-dwelling older people in Brazil: the Bambui Health and Ageing Study (BHAS)". *Sleep Med.* 2002; 3(3): 231-238.
7. Conger SA, Moore KD. Chronic illness and Quality of life: the social workers role. TSAO foundation. 2002. P16-17 .
8. Barry pp. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95(1): 8-10.
9. Coats AJ. Life, quality of life and choice in an ageing society. *Intl J Cardiol.* 2001; 78(1):1-3.
10. Kusumaratna RK. Impact of physical activity on quality of life in the elderly. *Univ Med.* 2008; 27 (2): 57-64.
11. Habibi A, Nikpour S, Seiedeoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: A cross-sectional survey. *Iran J Nursing.* 2008; 21 (53): 28-39. [In Persian]
12. American Psychological Association. Aging and depression. Washington DC: Author; 2004.
13. Lam CL, Leuder IJ. The impact of chronic disease on the Health related quality of life (HRQoL). *Fam Pract.* 2000; 17(2): 159-166.
14. McNaughton SA, Crawford D, Ball K, Salmon J. Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *HQL.* 2012; 10:109.
15. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation.* 2007; 116:1094–1105.
16. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderlys "Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Iranian J Aging* 2009; 5 (18): 53-63. [In Persian]
17. Sajadian H, Bighlarian A. Quality of life in women elderly in Kahrizak elderly home. *Payesh.* 2005; 5 (2): 105-108. [In Persian]
18. Ahmadi F, Salar A, Faghizadeh S. Assessing quality of life among elderly people in Zahedan. *Hayat* 2004; 10(22): 61-67. [In Persian]
19. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 2010; 29: 745-748.
20. Usefy AR, Mallik S, Ghassemi GR, Baghaei AM, Sarrafzadegan N, Rabiei K. Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult Sample. *Community Ment Health J.* 2010; 46(2): 139-147.
21. Karimi M, Esmaeli M, Aryan Kh. The effectiveness of life review therapy on decrease of depression symptoms in elderly women. *Iranian J Ageing.* 2010; 5 (16): 41-45. [In Persian]
22. Malakoti K, Fatolahi P, Mirabzade A, Salavati M, Kahani SH. Standardization of geriatric depression scale in elderly population of Iran –SF -15. *J Reas Med Sci.* 2005; 30 (4): 361-368.
23. Wilson LA. A comparison of the effects of reminiscence therapy and transmissive reminiscence therapy on levels of depression in nursing home residents. USA: proQuset Information and Learning Company; 2006.
24. Ghasemi S, Moosavi N. Health guide for geriarics. Tehran: Sadr library. 2000; 1-30, 65-72.
25. Hegbom F, Stavem K, Sire S, Heldal M, Oring OM, Gjesdal K. Effect of short term exercise training on symptoms and quality of life in patients with chronic atrial fibrillation. *Int J Cardiology.* 2007; 116(1): 86-92.
26. Elavsky S, Maculey E, Motl RW, Konopack JF, Marquez Dx, Hue L, et al. Physical activity enhances long term quality of life in older adults: efficacy-esteem and affective influences. *Ann Behav Med.* 2005; 30(2): 138-145.
27. Netz Y, Wu MJ, Becker Bj, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta analysis of intervention studies. *Psychol Aging.* 2005; 20(2): 272-284.
28. Meyer K, Laederach-Hofmann K. Effect of a comprehensive rehabilitation program on quality of life in patients with chronic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2003; 18 (4): 169-176.
29. Elia M. Obesity in the Elderly. *Obes Res.* 2001; 9(4): 244- 248.

30. Abete P, Ferrara Ni, Cacciatore F, Sagnelli E, Manzi M, Carnovale V, et al., High level of physical activity preserves the cardio protective effect of preinfarction angina in elderly patients FREE. *J Am Coll Cardiol.* 2001;38(5):1357-1365.
31. Wong SY, Lau EM, Hyne H, Leung PC, Woo J, Cumming SR, et al. Depression and bone mineral density: is there a relationship in elderly Asian men? Results from Mr. Os (Hong Kong). *Osteoporos Int.* 2005; 16: 610–615.
32. Ruuskanen JM, Ruoppila I. Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age Ageing.* 1995; 24: 292– 296.
33. Nied R J, Barry F. Promoting and Prescribing Exercise for the Elderly. *Am fam physician.* 2002; 65 (3): 419- 427.
34. Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M, Lintunen T, Rasinaho M, Sakari-Rantala R, et al., Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized- controlled trial. *Scand J Med Sci sports.* 2007; 17(2):156-164.
35. Lee Tw, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43(3): 293-300.
36. Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar Sh, Salehi K, Kordeyazdi R. Study effect of group- based exercise program on the quality of life in older man and women in 2006-2007. *Shahis Sadoughi Univ Med Sci.* 2008; 16(1): 167-167. [In Persian]
37. Geriatric Medicine in general. Iran's First International Conference on Aging, Department of charitable ladies, First Edition, Volume 2,1999, 239.
38. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. *British J Psych.* 1998; 172: 291-293.
39. Chang YS, Liang SC, Chen MC, Lu MR. Quality of Life in Elderly with Depressive Disorder. *Taiwan Geriatr Gerontol.* 2006; 2(1):21-31.
40. Marom-kibansky R, Drory Y. Physical activity for the elderly. *Harefuah.* 2002; 141 (7): 646-650, 664, 665.