

Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes

Fatemeh Abdollahi¹,
Reza Ali Mohammadpour²

¹ Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Biostatistic, School of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received March 4, 2013; Accepted August 18, 2013)

Abstract

Background and purpose: Quality of life is considered as a comprehensive issue of health. As life expectancy continues to rise, one of the greatest challenges of public health is to improve the quality of later years of life. Considering the effect of socio-environment factors on health of elderly people, the aim of the present study was to analyze the quality of life of the elderly living in Sari, Iran.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted involving 153 individuals aged 60 years or more living in nursing home (60) and homes (93) in Sari. Health-related quality of life (HRQOL) was assessed using the Iranian version of short form 36 (SF-36) health survey questionnaire. Data were analyzed using t, analysis of variance and correlation tests.

Results: HRQOL was found to be worse in elderly living in nursing in compared to whom living in home. Moreover, HRQOL was found to be worse among women and in individuals at advanced age.

Conclusion: A relatively high level of HRQOL was found among elderly living in home compared with residents in nursing home. The results suggest that healthcare programs for the elderly should take into account the multi-dimensionality of health and social inequalities of elderly people.

Keywords: Elderly, Nursing home, Health related quality of life

بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان ساری

فاطمه عبداللهی^۱رضا علی محمدپور^۲

چکیده

سابقه و هدف: امروزه کیفیت زندگی به عنوان سطح وسیع تری از سلامتی مطرح شده است. با توجه به افزایش جمعیت سالمندان و تأثیر بسترهای فیزیکی و اجتماعی بر سلامت آنان، هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه کیفیت زندگی سالمندان در منزل و سرای سالمندان شهرستان ساری جهت برنامه ریزی برای آنان بود.

مواد و روش‌ها: تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که در شهرستان ساری انجام شد. سالمندان منازل شهری و روستایی (۹۳ نفر) به صورت تصادفی طبقه‌ای و تمام سالمندان مقیم در سرای سالمندی (۶۰ نفر) انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسش‌نامه استاندارد بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-۳۶) گردآوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری χ^2 و همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: از بین مؤلفه‌های هشت گانه مقایسه شده در دو گروه از سالمندان، کیفیت زندگی سالمندان در منزل بالاتر از کیفیت زندگی سالمندان مقیم در سرای سالمندان بود ($P < 0/05$). همچنین بین سن و نمرات سلامت جسمی و روانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان گزارش کردند.

استنتاج: کیفیت زندگی در سالمندان مقیم در سرای سالمندان پایین‌تر از کیفیت زندگی سالمندان در منزل بود. نتایج مطالعه، راهنمایی برای مراقبین سالمندان است که به تطابق آن‌ها با جایگاه زیست محیطی سالمندان کمک می‌کند و بر نیاز به یک محیط دوستانه و گسترش برنامه‌ریزی‌های اجتماعی برای سالمندان تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، سرای سالمندان، کیفیت زندگی

مقدمه

هر چند مسأله اصلی و عمده بهداشت در قرن گذشته، فقط در زنده ماندن بود؛ این امر، در سال‌های اخیر زندگی کردن با کیفیتی برتر است (۱، ۲). در حال حاضر، نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۲۹ درصد است و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است (۳). همچنین، ۶۷ درصد جمعیت کشورهای رو به توسعه را تا سال ۲۰۲۰ افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (۴).

کیفیت زندگی، یک مفهوم چند جانبه مداوم است که به سلامتی و رضایت از زندگی اشاره می‌کند (۵). پرسش‌نامه خود ایفاد کیفیت زندگی (SF-۳۶)، یک شاخص مهم جهت

ارزیابی سلامتی افراد و جماعات انسانی و نیز یک شاخص مهم جهت پیش‌بینی معلولیت به خصوص در سالمندان می‌باشد (۵، ۲). مطالعات نشان داده است که در جمعیت‌هایی با مشخصه‌های دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی متفاوت، نتایج و پیشنهادهاى ارایه شده جهت برنامه‌ریزی بهداشتی برای کیفیت زندگی سالمندان نیز متفاوت بوده است (۲).

تغییر ساختار خانواده از گسترده به هسته‌ای و بالا رفتن سن و عدم پذیرش سالمندان در خانواده، تغییراتی را در سبک زندگی سالمندان به وجود آورده است. کیفیت زندگی و دنبال آن سلامت روانی، جزء جدایی ناپذیر سالمندی پویا است (۶). بسترهای فیزیکی و اجتماعی که سالمندان در آن زندگی

E-mail: abdollahizagh@gmail.com

مؤلف مسئول: فاطمه عبداللهی - ساری: ۱۸ کیلومتر فرج آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت.

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۵/۲۷

می‌کنند، بر سازگاری آنان تأثیر می‌گذارد. مطالعات نشان می‌دهد که در ابعاد کیفیت زندگی، افراد ساکن سرای سالمندان اختلال بیشتری را در مقایسه با سالمندان ساکن منزل دارند (۷-۱۰). اگر چه نتایج مطالعات اندکی این تفاوت را نشان نداده است. چنانچه مطالعه Mercy و همکاران نشان می‌دهد که ۶-۴ درصد سالمندان مقیم منزل مورد سوء رفتار قرار می‌گیرند (۱۱).

با توجه به وسعت شهرستان ساری و جمعیت بالای شهر و به دنبال آن افزایش جمعیت سالمندان و مشکلات روزافزون این قشر از جامعه و عدم پیشینه تحقیقاتی در این زمینه، کیفیت زندگی سالمندان این شهرستان جهت بررسی تأثیر مشخصه‌های زیستی و اجتماعی-اقتصادی بر کیفیت زندگی سالمندان بررسی گردید تا نتایج آن بتواند در برنامه‌ریزی‌های پایه‌ای برای سالمندان مورد استفاده قرار گیرد و موجب کاهش تحمیل هزینه‌ها بر جامعه گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی جهت بررسی کیفیت زندگی سالمندان ۶۰ سال و بیشتر، بر روی ۶۰ نفر از سالمندان سرای سالمندان و ۹۳ سالمند مقیم در خانواده در شهرستان ساری انجام شد. افرادی که بر اساس اظهار نظر خانواده یا کارکنان سرای سالمندان توانایی ذهنی درک سؤالات را نداشتند از جمله سالمندان مبتلا به آلزایمر-از مطالعه خارج شدند.

نمونه‌گیری در بین سالمندان شهری و روستایی مقیم در خانواده، به روش تصادفی طبقه‌ای و در بین سالمندان مقیم در سرای سالمندان به صورت سرشماری بود. شهرستان ساری به پنج ناحیه شمال، جنوب، مغرب، مشرق و قسمت مرکزی تقسیم شد و از هر قسمت، یک مرکز بهداشتی-درمانی جهت انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب گردید. برای گزینش نمونه، به پرونده‌های خانوار مراجعه و آدرس آخرین پرونده بررسی شده به عنوان اولین نمونه انتخاب شد و بقیه نمونه‌ها با توجه به جهت‌های جغرافیایی انتخاب شدند.

متغیر وابسته مورد مطالعه، نمره کسب شده پرسش‌نامه استاندارد SF-۳۶ و متغیر مستقل، مشخصه‌های اجتماعی (سن،

جنس، وضعیت زناشویی و سطح تحصیلات) و محل زندگی سالمندان بود که از طریق مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه گردآوری شد. پرسش‌نامه استاندارد SF-۳۶، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان را نیز بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه، محدودیت‌ها و فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی و نقش آن‌ها در عملکرد فرد و نیز بهداشت روانی، احساسات و بهداشت کلی فرد را با مقیاس پنج گانه لیکرت اندازه‌گیری می‌نماید. پایایی و روایی پرسش‌نامه برای جمعیت بالای ۴۰ سال مازندران مورد تأیید قرار گرفته است (۸).

این پرسش‌نامه شامل هشت خرده مقیاس می‌باشد که عبارت از سلامت عمومی، عملکرد جسمی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت عملکرد عاطفی، محدودیت عملکرد جسمی، سلامت روانی و نشاط و سرزندگی می‌باشند. نمره کسب شده از این پرسش‌نامه، بر مقیاسی که میزان آن از صفر تا صد است ارزیابی می‌شود (۶). همچنین دو خرده مقیاس مربوط به مجموع نمرات سلامت جسمی و روانی سالمندان با محاسبه ضرایب تحلیل آماری محاسبه گردید (۸). همچنین جهت بررسی نگرش سالمندان در خصوص تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی آنان، یک سؤال مستقیم با چهار گزینه به پرسش‌نامه اضافه شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و جهت مقایسه نمرات کیفیت زندگی در دو گروه، از آزمون t استفاده شد. همچنین از آزمون Chi-square برای مقایسه متغیرهای کیفی و آنالیز همبستگی برای متغیر کمی استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی ۱۵۳ نمونه مورد مطالعه $14/5 \pm 68/7$ سال و سالمندان سرای سالمندان $13/0 \pm 79/2$ و سالمندان مقیم خانواده $8/5 \pm 62/8$ سال بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها در دو گروه غیر از سن و وضعیت تأهل یکسان بود (جدول شماره ۱).

تفاوت معنی‌داری بین سابقه بیماری در دو گروه سالمندان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب مشخصه‌های دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه

متأهل	۶ (۱۰/۰)	۸۲ (۸۸/۲)	۸۸ (۵۷/۵)
مجرد	۲۰ (۳۳/۳)	۳ (۳/۲)	۲۳ (۱۵/۰)
وضعیت تأهل	۳ (۵/۰)	۳ (۲/۰)	۰/۰۰۱
فوت همسر	۳۱ (۵۱/۷)	۷ (۷/۵)	۳۸ (۲۴/۸)
زن	۴۰ (۶۶/۷)	۵۲ (۵۵/۹)	۹۲ (۶۰/۱)
مرد	۲۰ (۳۳/۳)	۴۱ (۴۴/۱)	۶۱ (۳۹/۹)
بی‌سواد	۴۰ (۶۶/۷)	۳۳ (۳۵/۵)	۷۳ (۴۷/۷)
ابتدایی یا راهنمایی	۹ (۱۵/۰)	۳۳ (۳۵/۵)	۴۲ (۲۷/۵)
سطح تحصیلات	۶ (۶/۰)	۱۲ (۱۲/۹)	۱۸ (۱۱/۸)
دبیرستان یا دیپلم	۵ (۸/۳)	۱۵ (۱۶/۱)	۲۰ (۱۳/۱)
فوق دیپلم یا لیسانس			

وجود نداشت. نمرات کسب شده در بعد سلامت عمومی، در افرادی که معتقد بودند سبک زندگی آن‌ها تأثیر مثبت بر سلامتی آنان دارد، بیشتر از نمره کسب شده افرادی بود که معتقد بودند سبک زندگی اثر منفی بر سلامتی آنان داشته یا بی‌اثر بوده است. جدول شماره ۲ نگرش سالمندان مقیم در منزل و ساکن در سرای سالمندان را در مورد تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

بررسی نمرات کسب شده ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی نشان داد که اغلب ابعاد سلامت به استثنای وضعیت سلامت عمومی، در گروه سالمندان مقیم در خانه وضعیت بهتری نسبت به سالمندان ساکن در سرای سالمندی داشت ($P < 0/05$). همچنین، در بعد نیرو، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. میانگین نمره‌های ابعاد هشت گانه از حداکثر $19/1 \pm 83/0$ در بعد محدودیت روانی در سالمندان مقیم در خانه تا

جدول شماره ۳ در بعد عملکرد اجتماعی در سالمندان ساکن در سرای سالمندان متفاوت بود. همچنین در اکثر ابعاد (عملکرد اجتماعی، عملکرد فیزیکی، سلامت روانی، درد بدنی و مجموع نمرات سلامت جسمی)، مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان نشان دادند ($P < 0/05$). در حالی که زنان در دو بعد نیرو و محدودیت جسمی، وضعیت بهتری نسبت به مردان داشتند. جدول شماره ۳ نمره کسب شده از ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی سالمندان و جدول شماره ۴ این نمرات را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.

بین سن با بعد سلامت جسمی ($r = -0/478$) و سلامت روانی ($r = -0/236$) در تمام سالمندان، ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)؛ به طوری که با افزایش سن، ابعاد سلامت جسمی و روانی، کاهش نشان می‌داد. همچنین مجموع نمرات سلامت جسمی در سالمندان هر دو گروه، با سبک زندگی تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب نگرش سالمندان در مورد تأثیر سبک زندگی بر کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه

مثبت	۱۸ (۳۰/۰)	۶۴ (۶۴/۸)	۸۲ (۵۳/۶)
منفی	۹ (۱۵/۰)	۱۱ (۱۱/۸)	۲۰ (۱۳/۱)
بدون اثر	۱۵ (۲۵/۰)	۶ (۶/۵)	۲۱ (۱۳/۷)
مطمئن نیستم	۱۸ (۳۰/۰)	۱۱ (۱۱/۸)	۲۹ (۱۹/۰)

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار وضعیت سلامتی بر حسب ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه

	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۰۰۵	۵۹/۳ \pm ۹/۶	۶۴/۱۶ \pm ۹/۶	سلامت عمومی
< ۰/۰۰۱	۸۰/۸ \pm ۱۹/۱	۵۱/۷ \pm ۱۸/۵	عملکرد فیزیکی
< ۰/۰۰۱	۶۸/۵ \pm ۲۳/۸	۴۴/۲ \pm ۲۱/۷	درد بدنی
< ۰/۰۰۱	۶۲/۴ \pm ۱۴/۲	۴۹/۰ \pm ۱۴/۶	عملکرد اجتماعی
۰/۸۱۰	۶۵/۴ \pm ۲۰/۲	۶۴/۶ \pm ۲۰/۱	نیرو
< ۰/۰۰۱	۸۳/۳ \pm ۲۰/۳	۷۰/۷ \pm ۱۸/۵	سلامت روانی
۰/۹۱۰	۸۰/۶ \pm ۲۰/۹	۸۰/۶ \pm ۲۴/۲	نقش محدودیت جسمی
۰/۵۰۰	۸۲/۹۴ \pm ۱۹/۰۶	۸۰/۶ \pm ۲۴/۰	نقش محدودیت روانی
< ۰/۰۰۱	۷۵/۶ \pm ۱۲/۵	۶۰/۲ \pm ۸/۰۰	مجموع نمرات سلامت جسمی
۰/۰۰۲	۷۲/۵ \pm ۱۱/۳	۶۶/۴ \pm ۸/۹	مجموع نمرات سلامت روحی

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار وضعیت سلامتی سالمندان بر حسب ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی و جنس، در دو گروه مورد مطالعه

	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۷۶۰	۶۱/۸ \pm ۱۰/۳	۶۱/۳ \pm ۹/۷	سلامت عمومی
< ۰/۰۰۱	۷۷/۲ \pm ۲۲/۱	۶۳/۸ \pm ۲۳/۲	عملکرد فیزیکی
۰/۰۳۰	۶۴/۲ \pm ۲۷/۸	۵۵/۱ \pm ۲۳/۹	درد بدنی
۰/۰۴۰	۸۵/۶ \pm ۱۵/۱	۵۶/۵ \pm ۱۶/۱	عملکرد اجتماعی
۰/۰۱۰	۶۰/۱ \pm ۲۲/۶	۶۸/۴ \pm ۱۷/۶	نیرو
< ۰/۰۰۱	۸۶/۰ \pm ۲۰/۰	۷۲/۶ \pm ۱۹/۰	سلامت روانی
۰/۰۴۰	۷۶/۳ \pm ۲۱/۹	۸۳/۹ \pm ۲۲/۰	نقش محدودیت جسمی
۰/۵۷۰	۸۰/۷ \pm ۲۱/۴	۷۲/۸ \pm ۲۱/۲	نقش محدودیت روانی
۰/۰۵۰	۷۱/۰ \pm ۱۲/۵	۶۶/۴ \pm ۱۰/۵	مجموع نمرات سلامت جسمی
۰/۵۳۰	۶۹/۲ \pm ۱۲/۱	۷۰/۴ \pm ۹/۸	مجموع نمرات سلامت روحی

بحث

همانند دیگر مطالعات، نتایج نشان داد که پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ توانایی بررسی ابعاد چند گانه کیفیت زندگی سالمندان را دارد (۲).

همسو با نتایج دیگر مطالعات، سالمندان مقیم منزل دارای کیفیت زندگی مطلوب تری نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان بودند (۱۴-۱۲، ۷، ۶، ۳). از دیدگاه سالمندان، زندگی با کیفیت بهتر وقتی اتفاق می افتد که آنان در کنار خانواده و تحت حمایت همسر، فرزندان و فامیل باشند (۱۵). سالمندانی که در منزل زندگی می کنند، نسبت به سالمندان مقیم سرای

سالمندان، از لحاظ شبکه اجتماعی تکامل بیشتری دارند و از نظر ارتباطات اجتماعی موجود، رضایت بیشتری از خود نشان می دهند (۱۶). همچنین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و روانی سالمندان مقیم منزل نسبت به سالمندان مقیم سرای سالمندان، از کیفیت بالاتری برخوردار است (۱۷، ۲).

از دیدگاه Alexandre و همکاران، زندگی با خانواده و درگیر شدن با رشد کودکان خانواده و امور مالی، باعث فعال بودن و اجتماعی شدن سالمندان می شود (۱۸). چنانچه نتایج تجزیه و تحلیل ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی در این مطالعه نیز نشان داد که میانگین نمره کسب شده در بعد عملکرد اجتماعی

افزایش سطح درآمد، سبب کسب رفتارهای پیشگیرانه، عادات بهداشتی و دسترسی بیشتر به مراکز بهداشتی می شود (۱۸)، با کنترل این متغیر، مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان از اعتبار بیشتری برخوردار خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر راهنمایی برای مراقبین سالمندان است که به تطابق آن‌ها با جایگاه زیست محیطی آنان کمک می کند و بر نیاز به یک محیط دوستانه و گسترش برنامه‌ریزی‌های اجتماعی برای سالمندان تأکید دارد. حمایت‌های چند جانبه به سالمند در تطابق بیشتر با محیط، کاهش استرس، افزایش اعتماد به نفس و داشتن یک زندگی لذت بخش همراه با خردمندی کمک می کند.

افزایش جمعیت سالمندان کشور همراه با گذشت عمر و بیماری‌های خاص این دوران و نیز تغییر ساختار خانواده، بر نیاز به بررسی و پایش ابعاد مختلف سلامتی سالمندان جهت مداخلات اصولی و حمایت از آنان برای یک زندگی مناسب و سالم تأکید دارد. تغییرات در اندازه و ساختار خانواده، دلیلی بر تبیین جدید جایگاه، نقش‌ها و عملکرد اعضای خانواده جهت حمایت از سالمندان است. علاوه بر خانواده، سازمان‌های غیر دولتی نیز امکانات و حمایت‌هایی برای سالمندان فراهم می کنند. اگر چه نقش این سازمان‌ها در کشور ما کم رنگ است و هنوز خانواده، نقش اساسی حمایتی دارد.

اگر چه سالمندی به خودی خود مشکل‌زا است؛ اما درجه این مشکلات، از شرایط زندگی افراد سالمند تأثیر زیادی می گیرد. بنابراین، در صورتی که زندگی در سرای سالمندان تنها گزینه است، باید جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی در سرای سالمندان اقداماتی انجام گیرد.

در سالمندان مقیم سرای سالمندان در کمترین سطح قرار داشت. از طرفی سالمندان مقیم منزل، بالاترین نمره را در بعد روانی کسب کردند. از دیدگاه سالمندان، مهم‌ترین فاکتور تأثیرگذار بر سلامت روانی آنان، زندگی با دیگر اعضای خانواده است (۱۵).

برخی از متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و جنس نیز اثرات مستقیمی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان داشتند. سن، یک عامل تأثیرگذار مهم بر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه بود. چنانچه انتظار می رفت، سالمندان با سن پایین تر در این مطالعه و مطالعات مشابه (۱۹، ۶، ۲) از کیفیت زندگی مطلوب تری به خصوص در بعد سلامت روان نسبت به سالمندان با سن بالاتر برخوردار بودند. به نظر می رسد در گیر شدن با بیماری و ناتوانی در سنین بالاتر، بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر منفی می گذارد.

تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی بر اساس جنس، نشان داد که در اکثر ابعاد به غیر از درد بدنی و محدودیت‌های جسمی، مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان دارند (۲۰، ۲). این حقیقت که زنان نگرش منفی تری نسبت به سلامتی خود دارند، ناشی از دانش بیشتر آنان از بیماری و علائم آن است (۲۱). مطالعات گسترده نشان داده است که زنان بیشتر از مردان بیماری را گزارش و بیشتر از خدمات مراقبت‌های بهداشتی استفاده می کنند (۲۱). با وجود تأثیر عوامل دموگرافیک بر سلامت سالمندان، عوامل تعیین کننده محل سکونت و شرایط زندگی از اثرات به مراتب قوی تری برخوردارند (۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی عوامل اقتصادی مانند تأثیر سطح درآمد بر تفاوت کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان بود. از آن جا که

References

- Banazadeh N. Effect of social relationship and self-esteem on mental health of elderly. *Teb Tazkiyeh* 2003; 12(4): 37-41. (Persian).
- Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica* 2009; 25(10): 2159-67.
- Statistical Center of Iran. The detailed results of Iran 2011 national population and housing census [Online] 2011; Available from: URL: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1187>. (Persian).
- Noncommunicable Diseases and Mental Health

- Cluster, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Department Ageing and Life Course. Active aging: a policy framework. Geneva, Switzerland: world Health Organization; 2002.
5. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-9.
 6. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of elderly quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Salmand Iran J Ageing* 2011; 18(5): 53-63. (Persian).
 7. Urciuoli O, Dello Buono M, Padoani W, De Leo D. Assessment of quality of life in the oldest-olds living in nursing homes and at home. *Arch Gerontol Geriatr* 1998; 26 (Suppl 1): 507-14.
 8. Mohammadpour RA, Yousefi Z. Factor analysis of SF-36 Persian version health-related quality of life questionnaire in Iran. *World Applied Sciences Journal* 2008; 3 (4): 548-54.
 9. Davami M. Assessment of quality of life of elderly living in the nursing homes and homes in Isfahan, 1999 [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2000. (Persian).
 10. Barzanjeh-Atri Sh. Quality of life of elderly women living in nursing home and homes in Sanandaj and relationship with their attitude on elderly. Book of the first International Conference on Aging in Iran; Tehran, Iran: Banovan-e-Nikookar Publications; 2000.
 11. Mercy JA, Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB. Violence and health: the United States in a global perspective. *Am J Public Health* 2003; 93(2): 256-61.
 12. Hesamzadeh A, Seyed Madah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of elderly quality of life living at homes and in private or public nursing homes. *Salmand Iran J Ageing* 2010; 4(14): 66-74. (Persian).
 13. Heydari J, Khani S, Shahhosseini Z. Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology* 2010; 5(5): 2782-7.
 14. Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Arch Gerontol Geriatr* 2003; 37(1): 63-76.
 15. Lee LY, Lee DT, Woo J. Tai Chi and health-related quality of life in nursing home residents. *J Nurs Scholarsh* 2009; 41(1): 35-43.
 16. Fernandez-Ballesteros R. Quality of life: the different conditions. *Psychology in Spain* 1994; 2(1): 47-65.
 17. Shajari Zh. Healthy attitude to elderly people. Tehran, Iran: Iranian Student Book Agency; 2004. (Persian).
 18. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4): 613-21.
 19. Perkins AJ, Stump TE, Monahan PO, McHorney CA. Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. *Qual Life Res* 2006; 15(3): 331-48.
 20. Wyss K, Wagner AK, Whiting D, Mtasiwa DM, Tanner M, Gandek B, et al. Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res* 1999; 8(1-2): 111-20.
 21. Barros MBdA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalencia de doencas crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciencia and Saude Coletiva* 2006; 11(4): 911-26. (Portuguese).