ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life and Related Demographic Factors among Elderly in Amol, Iran

Mehdi Fazli[1],
Alireza Kaldi[2],
Seyyed Mohammad Seyedmirzayei[2]

[1] PhD Student in Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

(Received January 29, 2019 ; Accepted August 6, 2019)

Abstract

Background and purpose: Population aging is rising in Iran, and information about the quality of life of the elderly and the factors influencing that can provide a basis for appropriate planning to promote the health of this age group. The purpose of this study was to determine the quality of life in elderly population in Amol, Iran, and its related demographic factors.

Materials and methods: This cross-sectional study was carried out in 450 elderly over 60 years of age in health centers in Amol, Iran 2017. Sampling was done using multi-stage cluster sampling based on residence place (urban/rural), gender, and age. Quality of life questionnaire (SF-36) was used to collect the data which were then analyzed by independent sample t-test, One–Way ANOVA, and multiple regression in SPSS V24.

Results: Multiple regression test (enter method) showed that occupation, age, sex, education, and income source had significant roles in the changes in quality of life ($P < 0.05$).

Conclusion: Quality of life was good but physical health level was found to be lower compared to metal health. Elderly aged 60-69 years old, married, men, employed, heads of households, those with higher education, financially independent, and elderly with companions had a higher quality of life.

Keywords: elderly, quality of life, demographic factors

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(178): 64-74 (Persian).

*** Corresponding Author: Alireza Kaldi -** Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
(E-mail: arkaldi@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۸ آبان سال ۱۳۹۸ (۷۴-۶۴)

کیفیت زندگی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در سالمندان شهرستان آمل

مهدی فضلی[۱]
علیرضا کلدی[۲]
سیدمحمد سیدمیرزایی[۲]

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی در جامعه ایران رو به افزایش است و اطلاع از کیفیت زندگی سالمندان و متغیرهای مؤثر بر آن می‌تواند زمینه برنامه‌ریزی صحیح برای ارتقاء سلامت این گروه سنی را فراهم کند. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در جمعیت سالمند شهرستان آمل و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، که با مشارکت ۴۵۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش شبکه بهداشت شهرستان آمل در سال ۱۳۹۶، انجام پذیرفت، نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای و به شکل تصادفی بر حسب ناحیه سکونت شهری/ روستایی، جنسیت و سن صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) جمع‌آوری شد و با آزمون‌های آماری t مستقل، One–Way ANOVA و رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتیجه آزمون رگرسیون چند متغیره به روش همزمان (Enter) نشان داد که پنج متغیر شغل، سن، جنس، تحصیلات و منبع درآمد به ترتیب بیشترین سهم را در تغییرات کیفیت زندگی دارند (P< ۰/۰۵).

استنتاج: کیفیت زندگی در حد مطلوب و سلامت جسمانی سالمندان پایین‌تر از سلامت روانی بوده است و سالمندان ۶۹–۶۰ سال، متاهل، مرد، شاغل، سرپرست خانوار، دارای تحصیلات بالاتر، سالمندانی که با همراهان زندگی می‌کردند و همچنین سالمندانی که استقلال مالی داشتند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند.

واژه های کلیدی: سالمندان، کیفیت زندگی، عوامل جمعیت شناختی

مقدمه

امروزه پیشرفت‌های چشم‌گیر در علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش میزان مرگ و میر در تمام سنین و پایین آمدن میزان باروری سبب افزایش تعداد سالمندان در سراسر جهان گردیده است، به گونه‌ای که، سالمندی به عنوان یک مسئله مهم جهانی مطرح است و تقریبا در همه کشورها نسبت افراد سالخورده سریع‌تر از گروه‌های سنی دیگر رشد می‌کنند(۲،۱). انتظار می‌رود بر اساس روند حاضر، جمعیت سالمندان دنیا تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر سالمند برسد(۳).

مولف مسئول: علیرضا کلدی– تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، E-mail: arkaldi@yahoo.com
۱. دانشجوی دکتری جامعه شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه علوم اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۰/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۷/۱۰/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۵/۱۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در ایران نیز بر اساس آخرین سرشماری، سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵، حدود ۹/۳ درصد جمعیت را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. متوسط رشد سالانه جمعیت افراد سالمند ایران در بین سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰ حدود ۳/۲ درصد بوده در حالی که این نسبت برای جمعیت کل کشور ۱/۲۴ درصد بوده است(۴). پیش‌بینی می‌گردد جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱/۷ درصد برسد(۵). با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماریهای مزمنی همچون دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی و پوکی استخوان افزایش می‌یابد. این بیماری‌ها با مشکلات طبی، اجتماعی و روانی فراوانی همراه بوده و کیفیت زندگی سالمندان را کاهش می‌دهد(۶). یکی از بزرگ‌ترین اهداف بهداشتی در زمینه ارتقای سلامت افراد، افزایش کیفیت زندگی هست. هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی نیست بلکه کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم می‌باشد. کیفیت زندگی به شیوه‌های مختلف تعریف شده است، بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است(۷). همچنین بسیاری از محققان کیفیت زندگی را به عنوان مفهوم چند بعدی که سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، وضعیت عملکردی و رضایت ازکنترل و درمان بیماری را در برمی‌گیرد، توصیف می‌نمایند(۹،۸). در سال‌های اخیر کیفیت زندگی شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در مطالعات پزشکی و اجتماعی بوده است و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری، ارزشیابی مداخلات درمانی و انجام برنامه‌ریزی مورد استفاده قرار گرفته است(۱۱،۱۰). آگاهی در مورد عواملی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تاثیر می‌گذارند، از اهمیت والایی برخوردار می‌باشد که می‌تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد(۱۳،۱۲). مطالعات انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی سالمندان، نقش عوامل مختلف در ارتباط با این پدیده را توصیف کرده‌اند که می‌توان گفت، سن، جنس، وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تاثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌باشند(۱۴).

در مطالعه Rosenberg & Everitt، گزارش گردید سالمندان متاهل نسبت به افراد بیوه کمتر در بیمارستان بستری می‌شوند و در کشورهای توسعه یافته به نسبت کشورهای در حال توسعه بیش‌تر سالمندان به صورت مستقل زندگی می‌کنند که این نیز به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر دارد(۱۵). مطالعه Cavallero & Morino-Abbele در ایتالیا، شرایط محیطی و اجتماعی را عوامل موثر در کیفیت زندگی سالمندان بیان کرده است و تنهایی را یکی از عوامل موثر در کاهش آن می‌داند(۱۶).

در مطالعه Yu-chingTu همکاران، برخی از متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل، سن پایین‌تر، سطح تحصیلات بالاتر، جنس مرد، وضعیت اجتماعی- اقتصادی بالاتر و داشتن عقاید مذهبی ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی سالمندان داشته است(۱۷). در ایران نیز مطالعات متعدد نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل، جنس، سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشت(۲۱-۱۸). هر چند مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است، اما با توجه به این که کیفیت زندگی مفهومی انتزاعی، چند وجهی، نسبی و متاثر از زمان و مکان است، نتایج متفاوتی از آن در بین جوامع مختلف گزارش گردیده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان آمل و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن انجام پذیرفت تا بتوان از نتایج به دست آمده در این مطالعه در راستای برنامه‌ریزی مناسب جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقاءکیفیت زندگی سالمندان استفاده نمود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی، جامعه آماری شامل زنان و مردان سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان آمل بوده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برابر ۳۸۰ محاسبه گردید که برای افزایش توان مطالعه به ۴۵۰ نفر افزایش داده شد. به علت گستردگی جامعه مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از مجموع ۴۶ مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان، ۱۰ مرکز شهری و ۱۰ مرکز روستایی و از هر مرکز روستایی یک خانه بهداشت را به صورت تصادفی انتخاب، و سپس از بین ۴۲۵۹۹ نفر جمعیت سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی که ۲۴۶۱۸ نفر تحت پوشش مراکز شهری و ۱۷۹۸۱ نفر تحت پوشش مراکز روستایی بودند به نسبت جمعیت تحت پوشش، ۲۵۰ نفر از مراکز شهری و ۲۰۰ نفر از خانه‌های بهداشت روستایی با احتساب جنس و گروه‌های سنی، به روش تصادفی انتخاب شدند. شرایط شرکت در مطالعه برای نمونه‌ها، تمایل جهت ورود به مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. نسخه نهایی این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ ارائه شده است ودر حال حاضر به علت کوتاهی و جامع بودن از پر کاربردترین ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا است(۲۲). این پرسشنامه از هشت زیر مقیاس تشکیل شده است که چهار زیر مقیاس این پرسشنامه سلامت جسمانی و چهار زیر مقیاس آن سلامت روانی را اندازه‌گیری می‌کنند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط‌گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می‌آید. برای به دست آوردن نمره هشت زیر مقیاس نمره سوالات مربوط به هر زیر مقیاس جمع زده می‌شود و سپس تقسیم برتعداد سوالات می‌گردد. چنانچه معیار صفر تا صد را که مربوط به پرسشنامه حاضر می‌باشد در نظر بگیریم می‌توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول و منصفانه برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نظرگرفت(۲۳). اسحاقی و همکاران در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی این پرسشنامه را برای سالمندان ایرانی به روش ثبات درونی بالای ۷۰ درصد و ضریب آلفای کرونباخ ۷۰ درصد گزارش نمودند(۲۴). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه فوق به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برآورد شد. برای بررسی متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت شناختی افراد، پرسشنامه جمعیت شناختی شامل، سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضعیت سرپرست خانوار و وضعیت شغلی، همراهان زندگی و منبع درآمد سالمندان طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، آزمون‌های t مستقل، One–Way ANOVA و تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان (Enter) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و P<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان ۸/۲۱ ± ۷۱/۷۸ سال بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره ۱ درج شده است. براساس نتایج جدول شماره ۱، اکثریت سالمندان مورد مطالعه مرد، متعلق به گروه سنی ۶۹-۶۰ ساله، شهری، متاهل، سرپرست خانوار، غیر شاغل و بی‌سواد بودند. درصد بالاتری از سالمندان فقط با همسر خود زندگی می‌کنند و منبع درآمد بیش‌تر آن‌ها از طریق حقوق بازنشستگی می‌باشد. با استفاده از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس، از بین متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی بین کیفیت زندگی با سن، جنسیت، تاهل، وضعیت سرپرست خانوار، اشتغال، تحصیلات، همراهان زندگی و منبع درآمد سالمندان تفاوت معنی دار وجود داشت، ولی با محل سکونت (شهری/ روستایی)، این اختلاف معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۱: توصیف ویژگی های جمعیت شناختی سالمندان شرکت کننده در مطالعه

متغیر ها	سطوح	(درصد) تعداد
سن (سال)	۶۰ – ۶۹	۱۹۶ (۴۳/۶)
	۷۰ – ۷۹	۱۵۷ (۳۴/۹)
	۸۰ +	۹۷ (۲۱/۵)
جنس	مرد	۲۴۲ (۵۳/۸)
	زن	۲۰۸ (۴۶/۲)
محل سکونت	شهر	۲۵۰ (۵۵/۶)
	روستا	۲۰۰ (۴۴/۴)
وضعیت تاهل	دارای همسر	۳۲۳ (۷۱/۸)
	بی همسر	۱۲۷ (۲۸/۲)
سرپرست خانوار	بلی	۳۰۱ (۶۶/۹)
	خیر	۱۴۹ (۳۲/۱)
وضعیت شغلی	شاغل	۹۰ (۲۰/۰)
	غیر شاغل	۳۶۰ (۸۰/۰)
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۲۵۶ (۵۶/۹)
	ابتدایی و راهنمایی	۱۴۰ (۳۱/۱)
	متوسطه و دیپلم	۳۰ (۶/۷)
	فوق دیپلم و بالاتر	۲۴ (۵/۳)
همراهان زندگی	فقط با فرزندان	۶۹ (۱۵/۳)
	به تنهایی	۵۷ (۱۲/۷)
	فقط با همسر	۱۹۴ (۴۳/۱)
	در کنار همسر و فرزندان	۱۳۰ (۲۸/۹)
منبع درآمد	منابع مالی از قبیل کمیته امداد و ...	۱۸ (۴/۰)
	فرزندان	۸۱ (۱۸/۰)
	دارایی شخصی	۹۵ (۲۱/۱)
	بازنشستگی	۱۳۷ (۳۰/۴)
	شغل فعلی	۱۱۹ (۲۶/۴)

جدول شماره ۲: توصیف و مقایسه نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان در گروه های مختلف جمعیت شناختی

	متغیر ها	فراوانی	نمره کلی کیفیت زندگی (انحراف معیار ±میانگین)	سطح معنی داری
سن (سال)	۶۰ – ۶۹	۱۹۶	۵۸/۵۳ ± ۲۲/۰	
	۷۰ – ۷۹	۱۵۷	۵۰/۷۸ ± ۲۲/۱	۰/۰۰۰ **
	۸۰ +	۹۷	۴۱/۰۸ ± ۲۰/۸	
جنس	مرد	۲۴۲	۵۸/۹۶ ± ۲۲/۸	
	زن	۲۰۸	۴۴/۰۵ ± ۱۹/۸	۰/۰۰۰ *
محل سکونت	شهر	۲۵۰	۵۱/۲۰ ± ۲۲/۵	
	روستا	۲۰۰	۵۳/۱۵ ± ۲۳/۰	۰/۳۶۷ *
وضعیت تاهل	دارای همسر	۳۲۳	۵۵/۴۱ ± ۲۳/۲	
	بی همسر	۱۲۷	۴۳/۵۶ ± ۱۸/۹	۰/۰۰۰ *
سرپرست خانوار	بلی	۳۰۱	۵۵/۴۳ ± ۲۳/۲۰	
	خیر	۱۴۹	۴۵/۲۷ ± ۲۳/۲	۰/۰۰۰ *
وضعیت شغلی	شاغل**	۹۰	۶۸/۲۷ ± ۱۸/۷	
	غیرشاغل	۳۶۰	۴۸/۰۱ ± ۲۱/۸	۰/۰۰۰ *
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۲۵۶	۴۶/۶۳ ± ۲۱/۴	
	ابتدایی و راهنمایی	۱۴	۵۷/۷۲ ± ۲۳/۰	
	متوسطه و دیپلم	۳۰	۵۹/۵۷ ± ۱۹/۶	۰/۰۰۰ **
	فوق دیپلم و بالاتر	۲۴	۶۷/۷۴ ± ۲۱/۹	
همراهان زندگی	فقط با فرزندان	۶۹	۴۱/۷۶ ± ۱۹/۶	
	به تنهایی	۵۷	۴۵/۵۸ ± ۱۷/۶	
	فقط با همسر	۱۹۴	۵۳/۵۴ ± ۲۳/۹	۰/۰۰۰ **
	درکنار همسر و فرزندان	۱۳۰	۵۸/۱۸ ± ۲۱/۲	
منبع در آمد	کمیته امداد، بهزیستی و ...	۱۸	۳۵/۲۵ ± ۱۵/۴	
	فرزندان	۸۱	۴۱/۲۲ ± ۱۹/۸	
	دارایی شخصی	۹۵	۴۶/۲۰ ± ۲۲/۳	۰/۰۰۰ **
	بازنشستگی	۱۳۷	۵۶/۴۵ ± ۲۱/۷	
	شغل فعلی	۱۱۹	۶۱/۶۴ ± ۲۱/۴	

* t- test
** Anova

در این مطالعه، بر اساس تعریف مرکز آمار ایران افرادی که در طول هفته حداقل یک ساعت کار کرده باشند شاغل گفته می‌شود. در این مطالعه، بالاترین میانگین نمره مربوط به زیر مقیاس بهزیستی هیجانی بوده و پایین‌ترین آن، به بعد اختلاف نقش بخاطر سلامت هیجانی اختصاص یافته است. میانگین نمره مجموع اجزاء بعد روانشناختی از میانگین نمره مجموع اجزاء بعد جسمانی بالاتر می‌باشد. میانگین نمره کلی ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی ۲۲/۷±۵۲/۰۷ بود (جدول شماره ۳). بنابراین بر اساس این مطالعه ثابت شد که در مجموع کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان مورد مطالعه در حد مطلوب می‌باشد.

جدول شماره ۳: توصیف نمرات کل و ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی ۴۵۰ نفر از سالمندان شرکت کننده در مطالعه

ابعاد	(انحراف معیار ±میانگین)
عملکرد جسمی*	۵۵/۰۲ ± ۳۱/۱
اختلاف نقش بخاطر سلامت جسمی*	۴۵/۷۸ ± ۴۳/۱
اختلاف نقش بخاطر سلامت هیجانی**	۴۱/۷۹ ± ۴۴/۴
انرژی / خستگی**	۵۰/۲۸ ± ۲۰/۷
بهزیستی هیجانی	۶۳/۲۱ ± ۱۹/۱
کارکرد اجتماعی	۵۹/۹۷ ± ۲۷/۱
درد*	۵۶/۶۸ ± ۲۸/۳
سلامت عمومی*	۴۵/۱۵ ± ۲۱/۶
مجموع ابعاد جسمانی	۵۰/۸۷ ± ۲۶/۴
مجموع ابعاد روانشناختی	۵۴/۴۶ ± ۲۱/۱
کل	۵۲/۰۷ ± ۲۲/۷

*: زیر مقیاس سلامت جسمی
*: ر مقیاس سلامت روانی

نتایج رگرسیون چند متغیره به روش همزمان (Enter) نشان داد، ۲۵ درصد از تغییرات در کیفیت زندگی سالمندان به وسیله نه متغیر پیش‌بینی قابل تبیین است. مدل رگرسیونی ارائه شده معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). در این مدل تحصیلات (P=۰/۰۰۱)، شغل (P<۰/۰۰۱) و جنس (P=۰/۰۱۴)، اثر مثبت معنی‌دار بر کیفیت زندگی سالمندان داشتند و پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و معنی‌دار آن بودند. یعنی با افزایش پیشرفت تحصیلی، شاغل شدن و مرد بودن کیفیت زندگی سالمندان افزایش می‌یابد. هم‌چنین افزایش سن (P<۰/۰۰۱) و افزایش وابستگی مالی به نهادهای حمایتی (P=۰/۰۱۰)،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

اثر منفی و معنی‌دار بر کیفیت زندگی سالمندان داشتند و پیش‌بینی‌کننده‌های منفی و معنی‌دار آن بودند. یعنی با افزایش سن و افزایش وابستگی مالی سالمندان به نهادهای حمایتی، کیفیت زندگی سالمندان کاهش می‌یابد. در این مدل محل سکونت، وضعیت تاهل، همراهان زندگی و وضعیت سرپرستی خانوار، اثر معنی‌داری بر کیفیت زندگی سالمندان نداشت و پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار آن نبودند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان (Enter) برای متغیر وابسته نمره کلی کیفیت زندگی

متغیر مستقل	B	Std Error	Beta	T	سطح معنی داری
مقدار ثابت	۸۷/۷۶۰	۱۰/۶۳۸		۸/۲۵۰	<۰/۰۰۱
جنس	۷/۹۲۵	۳/۲۰۲	۰/۱۷۴	۲/۴۷۵	۰/۰۱۴
سن	-۰/۵۶۴	۰/۱۳۱	-۰/۲۰۴	-۴/۳۲۰	<۰/۰۰۱
سکونت	-۲/۳۵۹	۲/۰۳۶	-۰/۰۵۲	-۱/۱۵۶	۰/۲۴۷
تاهل	-۰/۰۸۷	۶/۴۱۰	-۰/۰۰۲	-۰/۰۱۳	۰/۹۸۹
همراهان زندگی*					
فقط با همسر	-۲/۸۶۰	۶/۸۶۰	-۰/۰۶۲	-۰/۴۱۷	۰/۶۷۷
فقط با فرزندان	-۰/۷۶۲	۳/۷۴۳	-۰/۰۱۲	-۰/۲۰۴	۰/۸۳۹
با همسر و فرزندان	-۱/۹۳۲	۶/۹۱۳	-۰/۰۳۹	-۰/۲۷۹	۰/۷۸۰
سرپرست خانوار	۰/۵۳۷	۳/۰۱۵	۰/۰۱۱	۰/۱۷۸	۰/۸۵۹
منبع درآمد	-۶/۵۱۱	۲/۵۱۹	-۰/۱۱۹	-۲/۵۸۴	۰/۰۱۰
تحصیلات**					
ابتدایی و راهنمایی	۳/۹۴۱	۲/۲۷۳	۰/۰۸۰	۱/۷۳۴	۰/۰۸۴
متوسطه و دیپلم	۸/۱۶۵	۴/۰۷۲	۰/۰۹۰	۲/۰۰۵	۰/۰۴۶
فوق دیپلم و بالاتر	۱۵/۲۸۹	۴/۷۲۶	۰/۱۴۵	۳/۲۳۵	۰/۰۰۱
شغل	۱۲/۰۵۲	۲/۷۵۸	۰/۲۱۲	۴/۳۷۰	<۰/۰۰۱
	F=۰/۵۱۷	R^2 = ۰/۲۶۷	ADJ.R^2=۰/۲۴۵	F = ۱۲/۲	P <۰/۰۰۱

*: سطح پایه برای تغییر سطح نحوه زندگی (تنها) در نظر گرفته شده است.
**: سطح پایه برای تغییر سطح تحصیلات (بیسواد) در نظر گرفته شده است.

میزان بتای (Beta) متغیرهای مورد نظر بیانگر آن است که، شغل (β=۰/۲۱۲) بیشترین سهم را در تغییرات کیفیت زندگی دارد. پس از آن، متغیر سن (β= -۰/۲۰۴) است. بعد از متغیر سن، در تغییرات متغیر وابسته، جنس است که اثر آن معنی دار است (β=۰/۱۷۴). سپس متغیر تحصیلات عالیه (β =۰/۱۴۵)، و پنجمین متغیر سهیم در تغییرات متغیر وابسته، منبع درآمد است که اثر آن معنادار است (β = -۰/۱۱۹). همچنین با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2=۰/۲۷)، ۷۳ درصد از تغییرات باقیمانده متاثر از عوامل و متغیر های بیرون از مطالعه است، به عبارتی ۲۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی سالمندان ناشی از متغیرهایی است که در این مطالعه به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده‌اند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف کیفیت زندگی سالمندان و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن انجام پذیرفت. میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه بالاتر از ۵۰ و در حد مطلوب می‌باشد. بهترین وضعیت مربوط به بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی و بدترین وضعیت، مربوط به اختلاف نقش بخاطر سلامت جسمی و هیجانی و سلامت عمومی بوده است. در مطالعه بابک و همکاران که بر روی کیفیت زندگی ۶۳۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام گرفت، کیفیت زندگی نمونه‌ها در حد متوسط به دست آمد و این در حالی است که در مطالعه زحمتکشان و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۳۵۰ نفر از سالمندان شهر بوشهر با استفاده از پرسشنامه SF-36، میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه‌ها کم‌تر از ۵۰ می‌باشد که این تفاوت، می‌تواند مربوط به مکان انجام مطالعه باشد(۲۵،۱۹). در راستای مطالعات قبلی، در مطالعه حاضر با بالا رفتن سن سالمندان میزان کیفیت زندگی آنان نیز کاهش می‌یابد(۲۶،۱۹). در مطالعه ای که در هندوستان با استفاده از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی بر روی ۴۷۲ سالمند انجام شد نشان داد افرادی که سن بالاتری داشتند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند(۲۷). همچنین در مطالعه‌ای تحت عنوان کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مرتبط با آن در کشور برزیل، بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی از مفهوم کیفیت زندگی که به مطالعه ۲۵۷ سالخورده پرداخته شد، این نتیجه به دست آمد که افزایش سن کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد(۲۸). این مسئله می‌تواند ناشی از هم تغییری سن با متغیرهایی همچون اشتغال، تاهل، وضعیت اقتصادی اجتماعی، تنهایی و توانایی‌های جسمی باشد. در مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

حاضر، مردان نسبت به زنان از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعه عبداللهی و محمدپور جهت بررسی کیفیت زندگی سالمندان ۶۰ سال و بیش‌تر که بر روی ۶۰ نفر سالمند سرای سالمندان و ۹۳ سالمند مقیم در خانواده با استفاده از پرسشنامه SF-36 در شهرستان ساری انجام شد، در اکثر ابعاد، مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان داشتند(۲۹). همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با یافته مطالعه نوعی و همکاران همخوانی دارد. در مطالعه نوعی و همکاران که به بررسی مقایسه ای سطح ناتوانی بر روی ۳۰۰ سالمند زن و مرد تحت پوشش سازمان بازنشستگی شهرداری تهران پرداخته شد، برای انجام فعالیت‌های روزمره از طریق ۳۶ سوال موجود در پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت، درصد ناتوانی در زنان (۵۸/۱۴ درصد) نسبت به مردها (۵۳/۳۱ درصد) بیش‌تر بوده است(۳۰). بالاتر بودن کیفیت زندگی در مردان در ایران با توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی موجود، قابل توجیه می‌باشد و به عبارتی، جامعه فرصت و قدرت بیش‌تری به مردان می‌دهد(۳۱). تحصیلات پایین‌تر زنان، درآمد کم‌تر و فقر بیش‌تر زنان سالمند، توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود و تنها زندگی کردن زنان سالمند برای مدت نسبتا طولانی پس از مرگ همسر در مقایسه با مردان بیوه همه از عواملی هستند که احتمالا می‌توانند تبیین‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تر زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند باشد(۳۲). در این مطالعه کیفیت زندگی سالمندان بر حسب محل سکونت آن‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نشان نداد ولی براساس جدول شماره ۲، سالمندان روستایی نسبت به سالمندان شهرنشین از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی وضعیت بهتری داشتند. در مطالعه سالاری لک و همکاران که بر روی ۴۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بیش‌تر تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان کامیاران با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام شد، میانگین تمام شاخص‌های کیفیت زندگی در سالمندان روستایی بیش‌تر از شهرنشینان بود و این اختلاف از نظر آماری دارای رابطه معنی‌داری بود(۳۳). به نظر می‌رسد به دلیل فعالیت جسمی و پیاده‌روی بیش‌تر روستانشینان نسبت به شهرنشینان و همچنین نوع تغذیه و آب و هوای مناسب منطقه می‌تواند دلایلی از عوامل احتمالی تاثیر گذار بر وضعیت بهتر کیفیت زندگی در مناطق روستایی باشد. در این مطالعه کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و همراهان زندگی ارتباط معنی‌داری دارد. سالمندان دارای همسر نسبت به افراد بدون همسر و سالمندانی که با همراه زندگی می‌کردند نسبت به افراد تنها، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعات مشابه نیز این رابطه به‌دست آمده است(۳۵،۳۴،۲۹،۲۵). آنار سراب و همکاران در مطالعه‌ای در ترکیه بر روی ۱۰۸ سالمند بیش از ۶۰ سال، نشان دادند سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند نسبت به سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کردند دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند(۳۶). در مطالعه رجبی و همکاران جهت سنجش کیفیت زندگی سالمندان ۶۰ سال و بیش‌تر که بر روی ۱۱۴۷ نفر سالمند با استفاده از پرسشنامه طراحی شده توسط آقای درویش پور و همکاران در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انجام شد، کیفیت زندگی با وضعیت تاهل و همراهان زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند، نسبت به افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و سالمندان همسر فوت شده نمرات کم‌تری را نسبت به سایر وضعیت‌های تاهل کسب کرده‌اند(۳۷). در این مطالعه ارتباط بین وضعیت سرپرست خانوار و کیفیت زندگی سالمندان معنی‌دار بود. بدین‌صورت که میانگین کیفیت زندگی سالمندان سرپرست خانوار بالاتر از سالمندان غیر سرپرست خانوار می‌باشد. با توجه به این‌که در میان اکثر جوامع از جمله در کشور ایران، پدر به عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده، مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را بر عهده دارد. لذا به نظر می‌رسد حفظ کردن مسئولیت سرپرستی خانواده

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

در دوران سالمندی اثر مثبتی بر کیفیت زندگی مردان داشته و فقدان چنین نقشی در این دوران سبب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. فضلی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی سالمندان و عوامل مرتبط با آن بر روی ۴۵۰ سالمند ۶۰ سال به بالا با استفاده از پرسشنامه SF-36، نشان دادند که میانگین نمره کیفیت زندگی مردان سالمند سرپرست خانوار (۵۹/۸۴) بالاتر از زنان سرپرست خانوار (۴۱/۶۷) و میانگین نمره کیفیت زندگی مردان سالمند سرپرست خانوار بیش‌تر از مردان غیر سرپرست خانوار (۴۴/۶۵) بوده و همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی زنان سالمند غیر سرپرست خانوار بالاتر (۴۵/۳۳) از زنان سرپرست خانوار بوده است(۳۷). نتایج این مطالعه بیانگر آن است که سالمندان شاغل نسبت سالمندان غیر شاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. کاظمی و همکاران در یک مطالعه مروری، تحت عنوان کیفیت زندگی سالمندان ایرانی، با مطالعه ۷۰ مقاله نشان دادند که اشتغال نیز عامل تعیین‌کننده در کیفیت زندگی سالمندان است به طوری که بازنشستگان شاغل کیفیت زندگی بهتری دارند و اشتغال مجدد تاثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان دارد. کارگران سالمند که به طور ناخواسته شغل خود را از دست داده بودند، از نظر عملکرد جسمانی و سلامت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار گرفتند(۳۸). بنابر نظریه فعالیت، پیری موفقیت‌آمیز ایجاب می‌کند که نقش‌های تازه‌ای کشف شود و یا برای حفظ نقش‌های قدیم، وسایل تازه‌ای به وجود آید(۳۹). در این مطالعه کیفیت زندگی افرادی که تحصیلات دانشگاهی داشتند بهتر از کم سوادها و بی‌سوادها بود. یعنی با افزایش سطح تحصیلات نمره کیفیت زندگی افزایش می‌یافت. در مطالعات مشابه نیز این رابطه به دست آمده است(۲۹،۲۵،۲۱).

حاجی هاشمی و همکاران طی مطالعه‌ای که در شهرستان شهریار بر روی ۲۰۰ نفر از سالمندان با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام دادند، دریافتند که کیفیت زندگی سالمندان با سطح تحصیلات آن‌ها ارتباط آماری معنی‌داری دارد(۴۰). سطح پایین سواد با غمگینی، روابط اجتماعی ضعیف و مشکلات احساسی سالمندان مرتبط است. افراد بی سواد کمتر با روش های حل مشکل آشنایی داشته و در اکثر مواقع وضعیت اقتصادی آن ها نامناسب است. این مسائل موجب می شود تا این افراد کیفیت زندگی پایین تری داشته باشند(۴۱). سالمندانی که درآمد آن‌ها از طریق نهاد های حمایتی و فرزندان تامین شده بود در مقایسه با سالمندان شاغل و دارای حقوق بازنشستگی و یا دارایی شخصی، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. حیدری و همکاران در مطالعه ای در شهر قم بر روی ۳۰۰ سالمند که با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان (15D) به صورت خود گزارش دهی انجام شد، نشان دادند سالمندانی که منبع درآمد شان حاصل از شغل فعلی آن ها بوده از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند(۴۲). همچنین در مطالعه علیزاده و همکاران بر روی ۴۰۲ سالمند بالای ۶۰ سال در شهر تهران با استفاده از پرسشنامه SF-36 و پرسشنامه انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL)، نشان داده شد سالمندانی که درآمد آن‌ها از طریق نهادهای حمایتی و یا کمک همسر، فرزندان، اقوام و سایرین تامین شده بود، در مقایسه با سالمندان شاغل و دارای حقوق بازنشستگی و یا دارایی، در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از وابستگی بیش‌تری به دیگران برخوردار بودند(۴۳). خود گزارشی، همکاری نکردن بعضی از سالمندان برای تکمیل پرسشنامه، تمایل نداشتن سالمندان به بیان صحیح اطلاعات شخصی، احتمال عدم اطمینان به صحت اطلاعات ارائه شده توسط سالمندان به علت کهولت سن و فراموشی و احتمال عدم درک صحیح پرسش‌ها به علت بی‌سواد و کم‌سواد بودن اکثریت مشارکت‌کنندگان از جمله محدودیت‌های این مطالعه بوده است. براساس مطالعه حاضر، کیفیت زندگی سالمندان در حد مطلوب و سلامت جسمانی سالمندان پایین تر از سلامت روانی بوده است. سالمندان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

۶۹–۶۰ سال، متاهل، مرد، شاغل، سرپرست خانوار، دارای تحصیلات بالاتر، سالمندانی که در کنار همسر و فرزندان زندگی می‌کردند و همچنین سالمندانی که استقلال مالی داشتند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. پیشنهاد می‌شود جهت بهبود و ارتقا کیفیت زندگی سالمندان، سیاست‌گذاری‌های دولتی و برنامه‌ریزی مناسب برای افزایش سطح کیفیت زندگی جسمی و روانی سالمندان، ایجاد کلینیک‌های سالمندی، معاینات دوره‌ای و آموزش خود مراقبتی به سالمندان، آگاه کردن سالمندان از عوامل موثر بر کیفیت زندگی، آموزش لازم به گروه های مسئول برای توجه بیش‌تر به کیفیت زندگی زنان و رفع نابرابری بین شاخص‌های کیفیت زندگی زنان و مردان، حمایت از سالمندان از طریق توجه به مسائل عاطفی و تبیین جدید جایگاه و نقش عملکردی آنان در خانواده با توجه به تغییرات در اندازه، ساختار و کارکرد خانواده و حمایت طلبی از سازمان‌های مردم نهاد غیر دولتی برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، انجام گیرد.

سپاسگزاری

این مطالعه از رساله دکتری تخصصی استخراج شده است. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز بهداشت شهرستان آمل، پرسنل مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت منتخب و کلیه سالمندان شرکت کننده در مطالعه که در اجرای این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد. این طرح با کد اخلاق IR MAZUMS. REC.96.d101 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران تائید شده است.

References

1. Settersten JR, Jacqueline LA. Handbook of Sociology of Aging Social Institutions. New York: Springer; 2011.
2. Galiana L, Gutiérrez M, Sancho P, Francisco EH. Socio-Demographic Variables and Successful Aging of the Angolan Elderly. Scientifica 2016: ID 5306756.
3. World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course. Available from: http://www.who.int/topics/ageing/en/htm. (Accessed 20 Jun. 2011).
4. Statistics Center of Iran. Selected Results of the General Census of Population and Housing. 2016. (Persian).
5. Salehi L, Eftekhar 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): 34-44 (Persian).
6. Mirsaeidi ZS, Eftekhare Ardebili H. Evaluation of Quality of Life of the Elderly Population Covered by Healthcare Centers of Southern Tehran and the Influencing Demographic Factors. Iranian Journal of Ageing 2014; 9(4): 268-277 (Persian).
7. Nejat S. Quality of Life and its Measurement. IRJE 2008; 4(2): 57-62 (Persian).
8. Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. Comparing Quality of Life between Seniors Living in Families and Institutionalized in Nursing Homes. Social Welfare 2011; 10(39): 177-200.
9. Ritsner MS. Comparison of instruments for measuring the quality of life impairment syndrome in severe mental disorders In: Ritsner MS, Awad AG. (eds) Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders. Dordrecht, Springer. 2007.
10. Barnett DB. Assessment of quality of life. Am J Cardiol 1991; 67(12): 41-44.
11. Behnam Vashani H, Vahedian Shahroudi M, Jafarzade Fakhari M. The quality of lilfe on

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

the elderly in Sabzevar, Iran. J Sabzevar Univ Med Sci 2010; 17(3): 213-217 (Persian).

12. Lee TW, Ko S, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2006; 43(3): 293-300.
13. Nilsson J, Rana M, Luong DH, Winblad B, Kabir ZN. Health-Related Quality of Life in Old Age: A Comparison Between Rural Areas in Bangladesh and Vietnam. Asia Pac J Public Health 2012; 24(4): 610-619.
14. Nilsson J, Rana AK, Kabir ZN. Social capital and quality of life in old age: results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. J Aging Health 2006; 18(3): 419-434.
15. Rosenberg M, Everitt J. Planning for aging populations: inside or outside the walls. Progress in Planning 2001; 56(3): 119-168.
16. Cavallero P, Morino-Abbele F. The social relations of the elderly. Arch Gerantal Geriater. 2007; 44(Suppl1): 97-100.
17. Tu YC, Wang RH, Yeh SH. Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2006; 43(6): 673-680.
18. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. Iranian Journal of Ageing 2017; 12(3): 262-275 (Persian).
19. Babak A, Daneshpajunejad P, Davari S, Aghdak P, Pirhaji O, Jahangiri P. Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Provance, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index. J Isfahan Med Sch 2016; 34(393): 885-892 (Persian).
20. Shaabani J, Rahgoi A, Nourozi K, Rahgozar M, Shaabani M. The Relationship Between Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly People. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017; 11(4): 518-527 (Persian).
21. Sari N, Kooshiar H, Vaghee S, Kamelnia H. Elderly's Quality of Life and Related Factors Among Nursing Home Residents in Mashhad, 2013. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 23(1): 243-252 (Persian).
22. Mohammadiannia M, Foroughan M, Rasafiani M, Hosseinzadeh S. Evaluation of Visual Function and its Correlation with Quality of Life in Elderly as Service Users of Bushehr State Clinics. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2012; 7(27): 16-26 (Persian).
23. Ahmadi F, Salar A, Fagihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. Hayat 2004; 10(3): 61-67 (Persian).
24. Habibi Sola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality of life in elderly people of West of Tehran. Nurs Research 2008; 2(7): 29-35 (Persian).
25. Zahmatkeshan N, Bagherzadeh R, Akaberian S, yazdankhah MR, Mirzaei K, Yazdanpanah S, et al. Assessing Quality Of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. J Fasa Univ Med Sci 2012; 2(1): 53-58 (Persian).
26. Borhaninejad V, Hossseini SH, Mansori T, Sadeghi A, Toroski M. Health physical and mental status in the elderly of Kerman. JNKUMS 2014; 6(4): 715-725 (Persian).
27. Datta D, Datta PP, Majumdar KK. Association of quality of life of urban elderly with socio-demographic factors. Int J Med Sci Public Health 2015; 5(4): 274-278.
28. Viana Miranda LC, Maria Soares S, Barbosa Silva PA. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Referência à Pessoa Idosa Ciência & Saúde Coletiva 2016; 21(11): 3533-3544.

29. Abdollahi F, Mohammadpour RA. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. J Mazandaran Univ Med Sci 2013; 23(104): 20-25 (Persian).
30. Noei H, Sahaf R, Akbari Kamrani AA, Abolfathi Momtaz Y, Pourhadi S, Shati M. The Relationship Between Gender and Disability in the Elderly People in Tehran Municipality Pension Organization. Iranian Journal of Ageing 2017; 12(1): 6-17 (Persian).
31. Ataie Z, Allahverdi A, Dehnoalian A, Orooji A. The Relationship between Lifestyle and General Health among Elderly People in Neyshabur. IJN 2018; 31(111): 10-19 (Persian).
32. DarvishpoorKakhki A, Abed-Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL). Hakim Research Journal 2012; 15(1): 30-37 (Persian).
33. Salari Lak S, Gorgin Karaji L, Amiri S. Quality of Life in Elderly Population in Kamyaran District 2009. J Urmia Univ Med Sci 2013; 24(1): 24-29 (Persian).
34. Darvishpoor Kakhki A, Abed saeedi J. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. Advances in Nursing and Midwifery 2013; 23(82): 8-16.
35. Sherizadeh Y, Sarkhoshi R, Babazadeh T, Moradi F, Shariat F, Mirzaeian K. The Quality of Life and its related Factors in the Elderly Covered by Health Care Centers in Khoy city, Iran. J Anal Res Clin Med 2016; 4(3): 139-145.
36. Unsar S, Erol O, Sut N. Social Support and Quality of Life Among Older Adults. International Journal of Caring Sciences 2016; 9(1): 249-257.
37. Rajabi M, Jahanshiri S, Kashani Movahhed B, Rezaei hoseinabadi H, hoseini shafiabadi M, Mohammad Qashqaei A, et al. Quality of life in and its correlates in elderly in Tehran, Iran. Payesh 2017; 16(4): 531-541.
38. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 13(5): 518-533 (Persian).
39. Ameri G, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. Hayat 2002; 8(1): 4-13 (Persian).
40. Hajihashemi Z, Vameghi R, Montazeri A, Sohrabi MR, Akbari-Kamrani A. Comparing quality of life among rural and urban elderly outpatients. Payesh 2013; 12(3): 255-262 (Persian).
41. Naseh L, Shaikhy RA, Rafii F. Quality of Life and its Related Factors among Elderlies Living In Nursing Homes. IJN 2014; 27(87): 67-78 (Persian).
42. Heidari S, Moohamad-Gholizadeh L, Asadolahi F, Abedini Z. Evaluation of Health Status of Elderly in Qom City, 2011, Iran. Qom Univ Med Sci J 2013; 7(4): 71-80 (Persian).
43. Alizadeh M, Rahimi A, Arshinji M, Sharifi F, Arzaghi M, Fakhrzadeh H. Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan area. IJDLD 2013; 13(1): 29-37 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]