

مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) در سال ۱۳۹۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۱۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۱

چکیده

گیتی خوشه مهری^۱، معصومه کاویانی^۲،
مریم انمیری^۲، هاجر رجبیان^۲ و وحیده
ناصرخاکی^۳

^۱ مربی گروه بهداشت، عضو هیات علمی
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی
تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم
پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی (مقطعی) انجام گردید. نمونه مورد مطالعه به روش طبقه بندی تصادفی ساده، متناسب با حجم طبقات انتخاب گردید. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده WHOQOL-BREF و پرسشنامه مربوط به خصوصیات جمعیتی و زمینه‌ای به روش مصاحبه رو در رو، جمع‌آوری گردید. ۶۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS 16 و با آزمون‌های T-TEST و One Way ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: رابطه معناداری بین کیفیت زندگی با جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و ناتوانی دیده شد ولی رابطه معناداری بین کیفیت زندگی با سن، فرزند و میزان درآمد دیده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بیانگر بالاتر بودن کیفیت زندگی زنان از مردان است. برای ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه برنامه‌ریزی‌های آموزشی و اجرایی لازم به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: آسایشگاه‌های سالمندان، استان البرز، پرسشنامه WHOQOL، سالمندی، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد
آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
تهران، تهران، ایران
۰۲۶-۳۳۳۰۳۰۱۶
E-mail: naserkhakimail@gmail.com

مقدمه

کیفیت زندگی در قالب یک مفهوم علمی در ۱۰ سال گذشته توجه افراد زیادی را به خود جلب نموده است.^۱ کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی و ذهنی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد.^{۲-۴} گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: «دریافت‌های شخصی فرد از جایگاه زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند که متأثر از اهداف، انتظارات و استانداردهای موردنظر فرد است».^۵

سالمندان با توجه به تعاریف مختلف، جمعیت ۶۵ سال به بالا و یا ۶۰ سال به بالای هر جامعه را تشکیل می‌دهند.^۶ بررسی‌ها نشان داده‌اند که در سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۱۳٪ جمعیت جهان افراد بالای ۶۵ سال بوده‌اند که ۱/۸٪ درصد آن‌ها بالای ۸۴ سال داشته‌اند. پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰٪ کل جمعیت برسد.^۸ سالمندان نماد و گنجینه‌ای از آداب و رسوم کشورمان می‌باشند که در جامعه ایران با توجه به ساختار فرهنگی - مذهبی ایرانیان از ارزش و احترام خاصی بهره‌مندند و بایستی در حفظ بهداشت و سلامت آنان کوشا باشیم. اسلام در خصوص تجلیل، تکریم و مراقبت از سالمندان، فرامین و دستورات موکدی دارد و

زمان که محقق می‌خواهد به پژوهش بپردازد در اندیشه کاربرد دستاوردها نیز هست.

۲. از نظر ارتباط بین متغیرها از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی است و از این جهت که محقق در صدد تعیین روابط بین دو متغیر است، تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه است. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس و...) (۸ سؤال)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) است. پرسش‌نامه WHOQOL-BREF کیفیت زندگی را به صورت کلی و عمومی می‌سنجد. این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ کشور جهان، ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است.^{۱۱-۲۰}

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سؤال دارد. پس از انجام محاسبات لازم در هر حیطه معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است.^{۲۱}

لازم به ذکر است که حیطه سلامت جسمانی به مواردی مانند قدرت حرکت، فعالیت‌های روزمره زندگی، ظرفیت کاری و انرژی، درد و خواب می‌پردازد. در حیطه سلامت روان تصور در مورد شکل ظاهری، احساسات منفی، احساسات مثبت، اعتماد به نفس، تفکرات، یادگیری، حافظه و تمرکز، مذهب و وضعیت روحی مورد سؤال قرار می‌گیرد. حیطه روابط اجتماعی ارتباطات شخصی، حمایت اجتماعی و زندگی جنسی را مورد سؤال قرار می‌دهد. پرسش‌های حیطه سلامت محیط این پرسش‌نامه در مورد منابع مالی، امنیت فیزیکی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی محل سکونت، موقعیت‌های موجود برای کسب مهارت و اطلاعات جدید، موقعیت‌های تفریحی، محیط فیزیکی (آلودگی صدا و هوا و غیره) و حمل و نقل است.^{۲۲-۲۴}

بخشی از این وظایف را به عهده فرزندان و بخشی را هم بر عهده حکومت و جامعه می‌داند. می‌توان با استفاده از ارزیابی کیفیت زندگی به شناخت ابعاد مختلف مسائل و چالش‌های سالمندان دست یافت تا براساس یافته‌های آن جهت ارتقای سطح کیفی زندگی سالمندان گام‌های مؤثری برداشت.^۹ به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می‌کند، امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد. از این رو باید سیاست‌های پیش‌گیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان افزایش یابد و عوامل زیان بار برای بهداشت و سلامت آنان تشخیص داده شده و از میان برداشته شود.^{۱۰}

نتایج تحقیق مریم تاجور و همکاران نشان داد که نمره کل برای کیفیت زندگی در مردان (۶۵/۶) بیشتر از زنان (۵۱/۱۵) است و با افزایش میانگین سنی کیفیت زندگی کم‌تر می‌شود و وضعیت کیفیت زندگی سالمندانی که متأهل بودند، بهتر گزارش شد.^{۲۱} نتایج تحقیق گاریدو و همکارانش نشان داد که وضعیت زنان از لحاظ سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت خانوادگی، پایین‌تر از مردان می‌باشد.^{۲۲}

نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ در تایوان که کشوری در حال توسعه است، نشان دهنده این است که نمرات فعالیت‌های جسمانی، ایفای نقش فیزیکی، سلامت عمومی، ایفای نقش عاطفی و ... نسبت به مطالعات انجام شده در کشور ما بالاتر می‌باشد. علت بالا بودن کیفیت زندگی در تایوان را می‌توان به حمایت‌های دولت از سالمندان و شرایط زندگی بهتر و داشتن خدمات آسایشی رفاهی بیشتر مرتبط دانست.^{۲۳} لذا محققین پژوهش حاضر بر آن شدند که کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز را مورد مقایسه قرار دهند.

مواد و روش‌ها

روش‌هایی که می‌توانند در این پژوهش کاربرد داشته باشند، دارای ابعاد گوناگون به شرح زیر هستند:

۱. از نظر معیار اجرایی، پژوهش فعلی از نوع پژوهش‌های کاربردی است. در این نوع پژوهش، رابطه منطقی بین کار پژوهشی و جامعه پدید می‌آید و به همان ترتیب و در همان

دارای نمره کیفیت زندگی ۹۰-۷۱ می‌باشند. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۷۴/۲۹ سال می‌باشد. حداقل سن سالمندان مورد مطالعه ۶۰ سال و حداکثر آن ۹۱ سال می‌باشد. میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه ۷۸/۱۸ می‌باشد.

در پژوهش حاضر میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان و این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/02$). در این پژوهش میانگین کیفیت زندگی سالمندان ۶۴-۶۰ سال نسبت به سایر سالمندان (۶۵ و بالاتر از آن) بالاتر بوده ولی این رابطه از لحاظ آماری معنادار نیست ($P > 0/05$).

در پژوهش حاضر میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی در سالمندانی که تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند، نسبت به سایر سالمندان (بی‌سواد و دانشگاهی) بیش‌تر بوده و این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/01$).

در این پژوهش میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی در سالمندانی که بی‌سواد می‌باشند پایین‌تر از سایر سالمندان (زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی) و این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/01$).

در پژوهش حاضر میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی در سالمندان جداشده از سایر سالمندان (مجرد، متأهل، همسر فوت شده) بیش‌تر و این ارتباط از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/03$).

در این پژوهش میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی در سالمندان همسر فوت شده کمتر از سایر سالمندان (مجرد، متأهل و جداشده) و این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/03$).

در پژوهش حاضر میانگین کیفیت زندگی سالمندان دارای فرزند مورد مطالعه با سالمندان بدون فرزند تفاوت چشمگیری ندارد و این ارتباط از نظر آماری نیز معنادار نمی‌باشد ($P > 0/05$).

در این پژوهش میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی سالمندان دارای درآمد با سالمندان بدون درآمد تفاوت چشمگیری ندارد و این ارتباط از لحاظ آماری نیز معنادار نبود ($P > 0/05$).

در پژوهش حاضر میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی همراه با افزایش ناتوانی کاهش می‌یافت به طوری که میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی سالمندانی که ناتوانی کم داشتند بیش‌تر از سالمندانی است که دارای ناتوانی شدید بودند و این ارتباط از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0/0001$).

نمونه‌های این بررسی شامل کلیه زنان و مردان سالمند ساکن آسایشگاه‌های استان البرز در سال ۱۳۹۰ بودند و در مجموع از کل جمعیت ۳۱۵ نفری سالمندان، ۶۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

نمونه‌گیری به صورت زیر انجام گرفت:

- در مرحله اول کل جمعیت سالمندان ساکن آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز محاسبه شد.

- تعداد نمونه از هر آسایشگاه به نسبت جمعیت تحت پوشش آنها محاسبه شد.

- نمونه‌گیری داخل هر طبقه براساس روش تصادفی ساده انجام گرفت.

روش‌های تحلیل آماری در پژوهش حاضر به دو قسمت عمده تقسیم می‌شوند:

۱. روش‌های تحلیل آماری توصیفی که شامل جداول، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی، فراوانی‌ها و... که بیشتر در تحلیل تک متغیره مورد استفاده قرار گرفته است.

۲. روش‌های تحلیل آماری استنباطی: در این تحلیل از آزمون‌هایی نظیر One Way ANOVA، T-test استفاده شده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش آزمون‌های آماری به کمک بسته نرم افزاری SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفته است.

یافته‌ها

۴۳/۵ درصد از سالخورده‌گان مورد مطالعه در استان البرز مرد و مابقی (۵۶/۵ درصد) زن بوده‌اند. از نظر توزیع سنی، ۸/۰۶ درصد از سالمندان مورد مطالعه در گروه سنی ۶۵-۶۹ سال بوده و در ۳۰/۶۴ درصد نیز بیش از ۸۰ سال سن داشتند.

۲۵/۸ درصد از سالمندان متأهل و مابقی (۷۴/۲ درصد) غیرمتأهل (مجرد، جداشده، همسر فوت شده) بودند. درصد بالایی از سالمندان (۸۵/۵ درصد) دارای فرزند و مابقی (۱۴/۵ درصد) بدون فرزند بودند. ۴۰/۳ درصد از سالمندان مورد مطالعه دارای ناتوانی در حد متوسط می‌باشند. ۵۴/۸ درصد از سالمندان مورد مطالعه بدون درآمد و مابقی (۴۵/۲ درصد) دارای درآمد می‌باشند.

۳۷/۷ درصد از سالمندان مورد مطالعه بی‌سواد و ۲۵/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۰/۳ درصد از سالمندان مورد مطالعه

جدول ۱. ارتباط بین متغیر جنس با میانگین کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز ۱۳۹۰.

متغیرها	وضعیت	تعداد	میانگین کیفیت زندگی	انحراف معیار	نتیجه آزمون*
جنس	مرد	۲۷	۸۳/۰۰	۳/۶۸	P=۰/۰۲
	زن	۳۵	۷۴/۴۶	۳/۷۲	

*به‌دست آمده از آزمون T-test

جدول ۲. ارتباط بین متغیر تحصیل با میانگین کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز ۱۳۹۰.

متغیر	وضعیت	تعداد	میانگین کیفیت زندگی	انحراف معیار	نتیجه آزمون*
تحصیل	بی‌سواد	۲۴	۷۱/۶۳	۱۲/۰۲	P=۰/۰۱
	زیر دیپلم	۷	۸۵/۵۷	۱۳/۸۵	
	دیپلم	۱۵	۸۵/۳۳	۱۷/۰۴	
	دانشگاهی	۱۶	۷۸/۰۶	۱۳/۶۶	

*به‌دست آمده از آزمون One Way ANOVA

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که ۴۳/۵ درصد از جمعیت سالخوردهگان مورد مطالعه در آسایشگاه‌های استان البرز مرد و مابقی (۵۶/۵ درصد) زن بودند. در مطالعه دیگری که توسط رفعتی و همکاران در شهر تهران صورت گرفت ۴۱/۶ درصد از سالمندان را مرد و ۵۸/۴ درصد را زنان تشکیل می‌دادند.^{۲۷}

از نظر توزیع سنی، ۸/۰۶ درصد از سالمندان در گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله و ۳۲/۷ درصد نیز بیش از ۸۰ سال سن داشتند. این نسبت در تحقیق نجاتی و عشایری ۵۰/۸ درصد از سالمندان در گروه سنی ۶۰-۷۴ ساله و ۴۹/۳ درصد نیز بیش از ۷۵ سال سن داشتند.^{۲۸}

۲۵/۸ درصد از سالمندان متأهل و ۷۴/۲ درصد نیز غیر متأهل (مجرد، جداشده و همسر فوت شده) بودند. در تحقیق وحدانی نیا و همکاران ۸۰/۳ درصد از سالمندان متأهل بوده و نزدیک به ۱۹/۷ درصد از سالمندان نیز غیر متأهل (مجرد، جداشده و همسر فوت شده) بودند.^{۲۹}

۳۵/۵ درصد از سالمندان دارای ناتوانی کم، ۴۰/۳ درصد دارای ناتوانی متوسط و ۲۴/۲ درصد از آنان دارای ناتوانی شدید بودند. در تحقیق وحدانی نیا و همکاران ۶۰/۱ درصد از سالمندان دارای ناتوانی کم، ۱۳/۹ درصد دارای ناتوانی متوسط و ۲۶ درصد دارای ناتوانی شدید بودند.^{۲۹} ۳۸/۷ درصد سالمندان مورد مطالعه بی‌سواد بوده، ۱۱/۳ درصد تا زیر دیپلم، ۲۴/۲ درصد تا دیپلم و ۲۵/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.

۴۵/۲ درصد سالمندان دارای درآمد و ۵۴/۸ درصد بدون درآمد بودند. در این مطالعه میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی مردان (۸۳)، بهتر از زنان (۷۴/۴۶) می‌باشد. شاید یکی از علل این امر این باشد که زنان به دلیل زایمان‌های متعدد وقتی به سنین سالمندی می‌رسند دچار بیماری‌های مختلف مانند پوکی استخوان و ... می‌گردند که این خود می‌تواند بر سطح کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی داشته باشد. از علل دیگر می‌توان به محدود بودن فعالیت فیزیکی زنان در بیرون از خانه (قبل از ورود به آسایشگاه) و باورهای سنتی که زنان را به عنوان مراقبین فرزندان و همسر می‌شناسند اشاره کرد که می‌تواند تفاوت در کیفیت زندگی زنان و مردان را پی داشته باشد. همچنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار و فرارسیدن دوره یائسگی در آنان، در این زمینه مؤثر دانسته شده است. در مطالعه رفعتی و آهنگری و تاجور و اورفیلا و جدونکویوآ و همکاران هم مردان از کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان برخوردار بودند.^{۲۷، ۲۸ و ۲۹}

بین سن و میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد. دلیل این رابطه را می‌توان اینطور توجیه کرد که سالمندان در هر گروه سنی از تسهیلات و امکانات مشابه برخوردارند و این امر موجب می‌شود که تفاوت چشمگیری در کیفیت زندگی آنان مشاهده نشود. در مطالعه رفعتی و همکاران نیز ارتباط معناداری بین سن و کیفیت زندگی دیده نشد.^{۲۷} ولی مطالعه تاجور و همکاران نشان داد که با افزایش میانگین سنی کیفیت

افراد دارای فرزند از میانگین امتیاز کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان بدون فرزند برخوردار هستند. اما این ارتباط از لحاظ آماری معنادار نبود.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش برای دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب و ارتقای آن در ابعاد مختلف در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها پیشنهادات زیر ممکن است راهگشا باشد:

- با توجه به اینکه یکی از علل مهم اقامت سالمندان در آسایشگاه عدم تمایل خانواده و بستگان برای مراقبت از سالمندان در منزل بود، لذا آموزش اجتماع و خانواده‌ها برای پیدا کردن دیدگاهی مثبت نسبت به پدیده سالمندی و سالمندان و استفاده بیشتر از تجارب با ارزش آنها در جهت رشد و پیشرفت جامعه توصیه می‌گردد.

- ارتقای سطح آگاهی‌های بهداشتی در سالمندان

- تاسیس مراکز ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و پزشکی به سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها

پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی:

- توصیه انجام پژوهش برای بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها در استان‌های مختلف

- توصیه انجام پژوهش برای مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیر مقیم آسایشگاه‌های سالمندان

- توصیه انجام پژوهش برای بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد که: نتایج و یافته‌های به دست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و نمی‌توان آن را به جامعه دیگری تعمیم داد. از آنجایی که مبنای بخشی از اطلاعات ارائه شده تنها گفته خود سالمند می‌باشد، احتمال عدم اطمینان از صحت آنها به علت کهولت سن و فراموشی وجود دارد. عدم تمایل بعضی از سالمندان به مشارکت در طرح نیز مشکل دیگری بود که برای رفع آن فرد دیگری به طور تصادفی جایگزین گردید.

تشکر و قدردانی

با تشکر از تمام کسانی که در این پژوهش ما را همراهی کردند.

زندگی کم‌تر می‌شود.^{۲۱}

سالمندان جدا شده از میانگین امتیاز بالاتری نسبت به سایر سالمندان (مجرد، متأهل و همسر فوت شده) برخوردار می‌باشند. چرا که افراد جدا شده به خواست خود اقامت در آسایشگاه را پذیرفته‌اند و به دلیل آنکه ورود مابقی افراد (مجرد، متأهل، همسر فوت شده) به آسایشگاه ارادی نبوده، کیفیت زندگی افراد جدا شده در مقایسه با سایر افراد بالاتر می‌باشد.

میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان بی سواد نسبت به سایر سالمندان (زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی)، پایین‌تر می‌باشد که این امر می‌تواند ناشی از محدود شدن این سالمندان در آسایشگاه‌ها باشد زیرا اکثر این سالمندان به دلیل عدم تمایل خانواده و بستگان برای نگهداری سالمند در منزل، به آسایشگاه منتقل شده‌اند و این امر از نظر روانی آنها را تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش چشمگیر کیفیت زندگی آنها در مقایسه با سایر گروه‌ها شده است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان با تحصیلات دانشگاهی نسبت به سالمندانی که سواد زیر دیپلم و دیپلم داشته‌اند کم‌تر بوده است و این امر می‌تواند ناشی از عدم برخورداری بیشتر سالمندان با تحصیلات دانشگاهی از امکانات و عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی آنان باشد. مطالعه آهنگری و همکاران نشان داد که هر قدر به میزان تحصیلات افزوده می‌شود کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد،^{۳۰} ولی در مطالعه جدونکویوآ بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معناداری بدست نیامد.^۹

بین میزان درآمد و میانگین کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشده است که این امر می‌تواند ناشی از برخورداری یکسان شرایط آسایشگاه‌ها برای کلیه سالمندان باشد. چراکه سالمندان نیازی به هزینه کردن برای رفع نیازهای خود در مراکز مذکور ندارند.

با افزایش میزان ناتوانی در سالمندان میانگین نمره کیفیت زندگی آنان کاهش می‌یابد به طوری که سالمندان دارای ناتوانی کم از میانگین امتیاز بالاتری نسبت به سالمندان دارای ناتوانی شدید، برخوردار می‌باشند. این امر می‌تواند ناشی از امکان برخورداری بیشتر سالمندان توانمند در استفاده از امکانات و تسهیلاتی باشد که بر کیفیت زندگی آنان متاثر است. همچنین سالمندانی که قادر به انجام امور شخصی خود می‌باشند از امتیاز بالاتری برخوردارند.

References

1. Yazdi Moghadam H, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006. *Journal of Sabzevar School of Medical Sciences* 2009; 16[1 (51)]: 50-6.[in Persian]
2. World health organization's quality of life group. Measuring quality of life; development of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL). 1992.
3. World health organization's quality of life group. WHOQOL-BREF introduction, administration and scoring, field trial version. 1996
4. Easom LR. Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *J Gerontol Nur* 2003; 29: 11-9.
5. Fayers PM, Machin D. Introduction in: quality of life assessment, analysis and interpretation. London, John Wiley and Sons; 2000: 3-10.
6. King CR. Overview of quality of life and controversial issues. In: quality of life from nursing and patient perspective. New York: Jones and Bartlett publishers; 2003: 29-44.
7. Canadian Diabetes Association. Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes in the Elderly 2003:S106-S109.
8. Kun L. G. Tele health and global health net work in the 21-century. From home care to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 2001; 64: 155-167.
9. Bazrafshan MR, Hoseini MA, Rahgozar M, Sadat Madah B. Quality of elderly's life in shiraz jahandidegan club Iranian Journal of Ageing 2008; 3 (7) :33-41.[in Persian]
10. Clark P. G. Quality of life values and team work in geriatrics care: Do we communicate what we mean. *Gerontologists Washington* 1995; 35: 402-15.
11. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310.
12. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Qual Life Res.* 2005;14(7):1783-9.
13. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, et al. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12.
14. Hwang HF, Liang WM, Chiu YN, et al. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing* 2003;32(6):593-600
15. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, et al. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res.* 2005;14(2):561-4.
16. Noerholm V, Groenvold M, Watt T, et al. Quality of life in the Danish general population-normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Qual Life Res* 2004;13(2):531-40.
17. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, et al. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(3):251-60.
18. Hanestad BR, Rustøen T, Knudsen O Jr, et al. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF questionnaire for the Norwegian general population. *J Nurs Meas* 2004;12(2):147-59.
19. Min SK, Kim KI, Lee CI, et al. Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. *Qual Life Res* 2002;11(6):593-600.
20. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, et al. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006;4(4): 1-12
21. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* 2008, 8:323.[in Persian]
22. Carrido MA, Jentoft A, Ferrer JRV, et al. Quality of noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Domingo* 2003.
23. Tsai, S. Y, L.Y. Chi, et al. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. The development of the World Health Measuring Quality of Life; 2004.
24. WHOQOL group Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL); 1992.
25. WHOQOL group. WHOQOL-BREF introduction, administration and scoring. Field trial version; 1996.
26. Saxena S, Carlson D, Billington R. The WHO quality of life assessment Instrument (WHOQOL-BREF) : the importance of its items for cross-cultural research. *Qual life Res* 2001;10:711-21.
27. Rafati N, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak Charity institutionalized elderly. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2005;3(2) : 67-76.[in Persian]
28. Nejati V, Ashayeri H. Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14 (1) :56-61.[in Persian]
29. Vahdaninia MS, Gashtasebi A, Montazeri A. Health Related Quality of Life in the Elderly. *PAYESH* 2006; 5(1): 113-20.[in Persian]
30. Ahangari M, Kamali M, et al. Quality of Life in the Elderly. *Iranian J Ageing* 2007;2 (3):182-9.[in Persian]