

# کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه که‌ریزک تهران

دکتر نرگس رفعتی<sup>\*</sup>، دکتر پروین یآوری<sup>۱</sup>، دکتر یدالله محرابی<sup>۱</sup> و دکتر علی منتظری<sup>۲</sup>

## چکیده:

روند رو به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران و مسایل ناشی از آن از جمله افزایش بار بیماریها، ضرورت توجه و شناخت عوامل مؤثر بر سلامتی و رفاه آنان به عنوان بخش مهمی از جامعه و تعیین اولویتها را در این زمینه آشکار می نماید. این مطالعه به صورت مقطعی و به منظور بررسی کیفیت زندگی سالمندان ساکن در یک آسایشگاه و ارزیابی عوامل مؤثر بر آن انجام گردید. این مطالعه در سال ۱۳۸۲ انجام شد و افراد مورد بررسی عبارت بودند از ۲۰۲ نفر از سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه سالمندان که‌ریزک تهران با طول مدت اقامت حداقل ۶ ماه که قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات بودند. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده SF-۳۶ و پرسشنامه مربوط به خصوصیات دموگرافیک افراد و به روش مصاحبه رو در رو جمع آوری گردید. جهت مقایسه کیفیت زندگی بین گروههای مختلف از آزمونهای ناپارامتری من-ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد.

طبق نتایج حاصله ۸۴ نفر (۴۱/۶٪) از نمونه ها مرد و ۱۱۸ نفر (۵۸/۴٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنان  $76 \pm 7/6$  با حداقل ۶۵ و حداکثر ۹۹ سال بود. میانه امتیازات مربوط به کیفیت زندگی در زنان پایین تر از مردان بود. بین سن و کیفیت زندگی رابطه ای مشاهده نشد. بین سطح تحصیلات، کار در کارگاه موجود در آسایشگاه، دریافت حقوق بازنشستگی، ابتلا به یکی از انواع شکستگی ها و تغییر شکل اندامها و آرتروز با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار مشاهده گردید ( $p < 0/05$ ).

نتایج مطالعه حاضر نشانگر برخی عوامل موثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان است. با توجه به این موارد و با انجام اقدامات مقتضی و به موقع می توان از بسیاری از مسایل و مشکلات دوران سالمندی کاسته و بر سالهای عاری از ناتوانی و عمر مفید در سالمندان افزود.

**واژگان کلیدی:** سالمندی، کیفیت زندگی، سلامتی، آسایشگاه سالمندان.

## مقدمه:

افزایش امید به زندگی، افزایش قابل ملاحظه ای در جمعیت سالمندان مشاهده شده است که در این میان در طول سی سال اخیر با اعمال سیاست کنترل موالید و

\* (عهده دار مکاتبات)

۱. دانشکده پزشکی، بخش بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

۲. پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

بیشترین میزان رشد مربوط به سنین ۸۵ سال و بالاتر می باشد. این میزان رشد به طور واضحی سریعتر از سایر گروههای سنی بوده و پیش بینی می گردد که در آینده بر این سرعت افزوده شود. در قاره آسیا در سال ۲۰۲۵ میلادی ۱۰٪ کل جمعیت را افراد با سن بالای ۶۴ سال تشکیل خواهند داد. درصد سالمندان ساکن در کشورهای اروپایی در این زمان به ۲۲/۴٪ یعنی در حدود ۴:۱ جمعیت اروپا خواهد رسید. (Squire A. and Tindal B. 2002).

در سال ۲۰۲۱ میلادی ۱۰٪ جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل خواهند داد (مجد و همکاران ۱۳۸۱). مساله جمعیت رو به افزایش سالمندان توجه سیاست گزاران بهداشتی را به خود جلب کرده است چرا که آنان بار فزاینده مراقبتهای بهداشتی و اجتماعی و افزایش جمعیت وابسته به نسلهای جوانتر را پیش بینی می کنند (Squire A. and Tindal B. 2002).

با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شده موجود از جمله مقیاسها و سنجشهای مربوط به «کیفیت زندگی» که به طور عموم برای تعیین اثرات مداخلات پزشکی و مقایسه وضعیت سلامتی جمعیتهای مختلف و ارزیابی نیازهای بهداشتی استفاده می شود، می توان از وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و اثر عوامل مختلف بر آن آگاهی یافت. چرا که سالخوردهگی فعال و مولد به عنوان یک جزء ضروری از برنامه های توسعه به شمار می رود. سالم و فعال پیر شدن کلیدی است برای سالمندان جهت ادامه ایفای نقش در جامعه که شامل تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می شود (دلاور و همکاران ۱۳۷۸). با بهبود کیفیت زندگی، مردم به خصوص سالمندان احساس بهتری خواهند داشت و استفاده مؤثرتری از منابع خدمات بهداشتی و اجتماعی به عمل خواهند آورد.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در سالمندان مورد بررسی قرار گرفت و تأثیر عواملی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات، دریافت حقوق بازنشستگی، شغل، بیماریها، کار و فعالیت و انزوای خانوادگی واجتماعی بر کیفیت زندگی

افراد مورد مطالعه قرار گرفت.

## روش کار:

این مطالعه از نوع مقطعی می باشد. کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده SF-36 که با زبان و فرهنگ فارسی و ایرانی تطبیق داده شده است ارزیابی گردید (Montazeri A. et al. 2005). همچنین پرسشنامه دیگری برای بررسی مشخصات دموگرافیک افراد و سابقه ابتلای آنان به بیماریهای مزمن مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه ها به روش مصاحبه رو در رو تکمیل شدند.

پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی است که برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد جامعه و از جمله سالمندان مورد استفاده قرار می گیرد. در این پرسشنامه دو مقیاس کلی وجود دارد: الف - سلامتی جسمانی ب - سلامت روانی. دو حالت فوق شامل ۸ خرده مقیاس (حیطه) است که عبارتند از: ۱- عملکرد جسمانی ۲ - محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی ۳- دردهای جسمانی ۴- سلامتی عمومی ۵- شادابی و نشاط ۶- عملکرد اجتماعی ۷- محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی ۸- سلامت روانی. وضعیت فرد در هر یک موارد بالا به وسیله سؤالاتی (و در مجموع ۳۶ سؤال) مورد ارزیابی قرار می گیرد (Garrido M. A. et al. 2003).

جامعه آماری شامل کلیه سالمندان با سن ۶۵ سال و بیشتر ساکن در آسایشگاه سالمندان کهریزک تهران که حداقل ۶ ماه از زمان اسکان آنان در مرکز فوق گذشته بود و قادر به درک و پاسخگویی به سؤالات درج شده در پرسشنامه ها بودند و مشکلاتی از قبیل اختلال گفتاری، کاهش شنوایی شدید، عدم هشیاری، دمانس و آلزایمر و عدم آگاهی به زمان و مکان نداشتند. به این ترتیب تعداد ۲۰۲ نفر از سالمندان از بین ۹۱۰ نفر که در آسایشگاه اسکان داشتند واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند که

همگی وارد مطالعه شدند.

افراد در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه ها و شرکت در مصاحبه کاملاً آزاد بودند. به شرکت کنندگان در مصاحبه اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی مربوط به آنان در اختیار هیچ فرد یا گروهی قرار نخواهد گرفت و نتایج مطالعه بصورت کلی ارائه می گردد. براساس دستورالعملهای موجود نمره های خام حیطه های هشتگانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی محاسبه و سپس به امتیاز بین صفر تا صد تبدیل شد. امتیاز صفر نشان دهنده بدترین و امتیاز صد نشانگر بهترین وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی در حیطه مورد نظر می باشد.

میانگین، میانه و انحراف معیار در مورد متغیرهای کمی و نمرات کیفیت زندگی تعیین و فراوانی نسبی برای متغیرهای کیفی محاسبه گردید. برای سنجش اختلاف کیفیت زندگی در حیطه های مختلف در گروه های مختلف از آزمون های نا پارامتری مثل من-ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرها ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون کای-دو به کار گرفته شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج:

میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۷۶/۸ سال با انحراف معیار ۷/۶ سال محاسبه شد. ۸۴ نفر آنان مرد (۴۱/۶٪) و ۱۱۸ نفر آنان زن (۵۸/۴٪) بودند. دامنه سنی افراد مورد بررسی بین ۶۵ تا ۹۹ سال قرار داشت. شایعترین عامل منجر به اقامت سالمندان در آسایشگاه در مردان بیماری (۴۰/۵٪) و سپس تنهایی، و در زنان ابتدا بیماری (۳۲/۲٪) و سپس عدم تمایل خانواده و بستگان برای نگهداری سالمند (۳۰/۵٪) بود. به طور کلی در دو جنس بیماری بیشترین علت اقامت (۳۵/۶٪) سالمندان در آسایشگاه بود.

جدول شماره (۱) نشان دهنده شاخصهای مرکزی و پراکنندگی امتیازات مربوط به کیفیت زندگی در سالمندان

بر حسب جنس و نتیجه آزمون «من-ویتنی» می باشد. این آزمون نشان داد که اختلاف مشاهده شده بین کیفیت زندگی زنان و مردان از لحاظ آماری معنی دار می باشد و مردان به طور معنی داری از کیفیت زندگی بهتر نسبت به زنان بجز حیطه درد های جسمانی بر خوردار هستند. ارتباط بین سن و کیفیت زندگی بررسی گردید اما نتایج حاصل هیچ گونه ارتباط آماری معنی داری بین موارد فوق نشان نداد.

در صد بی سوادی در بین زنان (۷۰/۳٪) حدود دو برابر مردان بود (۳۴/۵٪). درصد مردانی که سواد در حد سیکل و دیپلم داشتند به ترتیب در حدود ۳ و ۱/۵ برابر زنان بود. در زنان موردی از سواد بالاتر از دیپلم دیده نشد اما در ۶٪ مردان مشاهده گردید. «آزمون کروسکال-والیس» ارتباط آماری معنی داری بین سطح تحصیلات با سلامتی عمومی ( $p < 0/02$ )، روحی ( $p < 0/03$ )، و توانایی انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی ( $p < 0/03$ ) نشان داد و افراد با سطح تحصیلات بالاتر وضعیت سلامتی بهتری نسبت به سایرین داشتند.

تعداد ۴۹ نفر (۲۴/۳٪) از افراد مورد بررسی در کارگاه موجود در آسایشگاه اشتغال به کار داشتند. بین کیفیت زندگی افرادی که در کارگاه کار می کردند با آنهایی که کار نمی کردند در تمام ابعاد اختلاف آماری معنی دار مشاهده شد (جدول ۲).

قبل از سکونت در آسایشگاه زنان بیشتر به خانه داری (۵۹/۳٪) و مردان به کارهای خدماتی (۴۶٪) اشتغال داشته اند. آزمون کروسکال والیس در مورد انواع مشاغل نشان داد که بین میانه مربوط به سلامتی عمومی ( $p < 0/02$ ) و عملکرد جسمانی ( $p < 0/04$ ) در میان شغلها مختلف اختلاف آماری معنی دار وجود دارد. ۲۲/۸٪ افراد حقوق باز نشستگی دریافت می کردند و بقیه فاقد آن بودند. از نظر سلامتی عمومی ( $p < 0/02$ ) و نیز دردهای جسمانی ( $p < 0/005$ ) اختلاف آماری معنی دار بین دو گروه فوق وجود داشت و نشانگر وضعیت سلامتی

سن و کیفیت زندگی ارتباطی مشاهده نشد. مقایسه میانه امتیازات حیطه های کیفیت زندگی در دو جنس نشان داد که به جز در مورد دردهای جسمانی کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان پایین تر است. در مطالعات والترز و گاریدو (Garrido M. A. et al. 2003, Walterz S.J. et al. 2001) نیز وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان پایین تر گزارش شده است.

(Garrido M.A. et al. 2003, walterz S.J. et al. 2001)

میانه امتیازات کسانی که حقوق بازنشستگی دریافت می کردند از نظر حیطه های سلامتی عمومی و نیز دردهای جسمانی به طور معنی داری از سایر افراد بالاتر بود. میانگین امتیازات افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر در مقایسه با میانگین امتیازات قید شده در مطالعه والترز که بر روی سالمندان ساکن در اجتماع انجام شده است، کمتر بود. همچنین مقایسه کیفیت زندگی سالمندان در مطالعه حاضر با یافته های مطالعه منتظری و همکاران (Montazeri A. et al. 2005) بر روی سالمندان ایرانی ساکن در جامعه، نتیجه مشابهی را نشان داد.

بیشترین نوع شغلی که در زنان دیده شد؛ خانه داری بود؛ شغلی که عملاً هیچ گونه حقوق یا دستمزدی به آن تعلق نمی گیرد. این افراد کیفیت زندگی پایین تری را از نظر عملکرد جسمانی و سلامتی عمومی داشتند. در مطالعه حاضر درصد زنان بی سواد حدود دو برابر مردان بود. افراد با سطح سواد بالاتر از نظر سلامتی عمومی، و توانایی انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی وضعیت سلامتی بهتری داشتند. شاید این امر یکی از دلایل بهتر بودن کیفیت زندگی در مردان باشد.

گاریدو (Garrido M. A. et al. 2003) در مطالعه خود وضعیت زنان را از لحاظ سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و حمایت خانوادگی پایین تر از مردان گزارش کرده است. سالمندانی که به یکی از انواع شکستگی ها و تغییر شکل اندامهای تحتانی مبتلا بودند وضعیت سلامتی پایین تری از نظر عملکرد

بهتر افرادی بود که حقوق بازنشستگی دریافت می کردند. درصد ابتلا زنان به یکی از انواع شکستگی یا بد شکلی و تغییر شکل اندام که باعث اختلال در عملکرد طبیعی آن عضو می شود (۳۸/۳٪) نسبت به مردان (۱۶٪) بیشتر بود. بین ابتلا به انواع شکستگی و تغییر شکل اندام و عملکرد جسمانی، توانایی انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی، شادابی و نشاط (داشتن انرژی یا خسته بودن)، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت و نشانگر وضعیت سلامتی بهتر افراد غیر مبتلا در موارد فوق الذکر بود (جدول ۳).

همچنین سائیدگی مفاصل یا آرتروز یکی از انواع شایع بیماریها در بین سالمندان بود (۲۸/۶٪). بین کیفیت زندگی افراد مبتلا به آرتروز و اشخاص غیر مبتلا از جهت دردهای جسمانی ( $p < 0.005$ )، توانایی انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی ( $P < 0.03$ )، سلامتی عمومی ( $p < 0.01$ ) و سلامت روانی ( $p < 0.05$ ) اختلاف آماری معنی دار وجود داشت. وضعیت سلامتی افراد سالم از جهات فوق بهتر از افراد مبتلا بود.

## بحث و نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر میانگین سنی سالمندان ساکن در آسایشگاه ۷۶/۸ سال محاسبه شد و در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین درصد بالاتری از سالمندان مورد بررسی را زنان تشکیل می دادند

(Garrido M.A. et al. 2003 Carrier Y.L.1995) نیز در مطالعات خود میانگین سنی و درصد زنان ساکن در موسسات را نسبت به آنهایی که در جامعه زندگی می کردند بالاتر ذکر کرده اند. براساس آمارهای موجود تقریباً ۲۴ تا ۲۸٪ افرادی که بالای ۶۵ سال سن دارند در تنهایی به سر می برند (مجد و همکاران ۱۳۸۱).

آرو و نورو (Aro S. and Noro A. 1997) در مطالعه خود میانگین سنی افراد ساکن در مؤسسات را بالاتر از جمعیت عمومی گزارش کرده اند. در مطالعه حاضر بین

جسمانی، سلامت روانی، محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی، عملکرد اجتماعی و شادابی و نشاط نسبت به افراد فاقد این مشکل داشتند. شیوع این نوع بیماری در زنان بیشتر از مردان بود. بنابراین می توان گفت مشکل فوق بر وضعیت سلامتی زنان نسبت به مردان تأثیر بیشتری بر جا گذاشته است. وضعیت سلامتی افراد مبتلا به ساییدگی مفاصل یا آرتروز و اشخاص غیر مبتلا از جهت دردهای جسمانی، توانایی انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی، سلامتی عمومی و سلامتی روانی پایین تر از افراد سالم بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر به منظور بهبود کیفیت زندگی، ارتقای سطح سلامتی، افزایش کارآیی و عمر مفید سالمندان موارد ذیل پیشنهاد می گردد:

با توجه به این که یکی از علل مهم اقامت سالمندان در آسایشگاه عدم تمایل خانواده و بستگان برای مراقبت از سالمندان بود لذا آموزش اجتماع و خانواده ها برای پیدا کردن دیدگاهی مثبت نسبت به پدیده سالمندی و سالمندان، و استفاده بیشتر از تجارب با ارزش آنان در جهت رشد و پیشرفت جامعه توصیه می گردد.

با توجه به تأثیر زیاد انواع شکستگی ها و تغییر شکل اندامها و نیز آرتروز بر کیفیت زندگی سالمندان و بهتر بودن وضعیت سلامتی افراد شاغل به کار در کارگاه در تمام حیطه ها، فراهم کردن شرایطی که از ناتوانی و زمین گیر شدن سالمندان جلوگیری کند، از جمله فراهم آوردن شرایط کاری، امکانات تفریحی ورزشی و غیره برای سالمندان یک ضرورت است. این امر علاوه بر آن که باعث پیشگیری از کار افتادگی و معلولیت پیش از موعد در آنان می شود، منجر به بهبود وضعیت استقلال مالی و در نتیجه سبک زندگی، درمان به موقع بیماریهایی که خود موجب ناتوانی و از کار افتادگی شده و باعث جدا شدن فرد از خانواده و اجتماع و اسکان در آسایشگاه ها می شوند نیز خواهد شد.

افرادی که از حقوق باز نشستگی بر خوردار بودند

### تشکر و قدردانی:

در پایان، نویسندگان از کلیه بزرگوارانی که در اجرای این پژوهش صمیمانه ما را یاری کردند مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند: آقای صوفی نژاد مدیر آسایشگاه، آقای پزشکی مدیر روابط عمومی، خانم انتصاری مسؤول واحد امور اجتماعی، خانم صحرایی روانشناس، خانم سرابی مدد کار اجتماعی، و نیز پرستاران و پرسنل آسایشگاه و در نهایت کلیه سالمندان ساکن در آسایشگاه

جدول ۱ شاخصهای مرکزی و پراکندگی امتیازات به دست آمده در مورد هر یک از حیطه های کیفیت زندگی بر حسب جنس در سالمندان مورد مطالعه.

حیطه	زن (n=۱۱۸)			مرد (n=۸۴)			کل (n=۲۰۲)			نتیجه آزمون من-ویننی
	میانگین	انحراف معیار	میانۀ *	میانگین	انحراف معیار	میانۀ	میانگین	انحراف معیار	میانۀ	
دردهای جسمانی (BP)	۴۵/۶	۲۴/۸	۴۱	۵۳/۷	۲۹	۵۱/۵	۴۹	۲۶/۸	۴۱	NS $\square$
عملکرد جسمانی (PF)	۲۴/۸	۲۷/۱	۱۰	۴۶/۷	۳۵/۶	۴۰	۳۳/۹	۳۱/۴	۲۵	$p < .001$
محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمی (RP)	۱۹	۳۳/۸	۰	۳۴/۸	۴۳/۶	۰	۲۵/۶	۳۸/۸	۰	$p < .005$
سلامت عمومی (GH)	۳۹/۹	۱۲/۷	۴۰	۴۶/۲	۱۳/۹	۴۵	۴۲/۵	۱۳/۶	۴۰	$p < .003$
شادابی و نشاط (VT)	۴۵/۳	۱۵	۴۵	۵۱/۷	۱۷/۸	۵۰	۴۷/۹	۱۶/۵	۴۵	$p < .007$
عملکرد اجتماعی (SF)	۳۶/۱	۲۳/۷	۲۵	۴۴/۶	۲۱/۶	۵۰	۳۹/۶	۲۳/۲	۳۸	$p < .005$
محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی (RE)	۳۸/۷	۴۴/۷	۰	۵۵/۶	۴۷/۵	۸۳/۳	۴۵/۷	۴۶/۵	۳۳	$p < .05$
سلامت روانی (MH)	۴۳/۹	۱۵/۶	۴۴	۵۳/۴	۱۸	۵۲	۴۷/۸	۱۷/۲	۴۸	$p < .001$

$\square$  Non Significant

\*توضیح: در جدول (۱) میانۀ صفر به این معنی است که بیش از ۵۰٪ افراد تحت مطالعه در حیطه مربوطه نمره صفر کسب کرده اند.

(BP): Bodily Pain

(GH): General Health

(PF): Physical Functioning

(RE): Role Emotional

(SF): Social Functioning

(MH): Mental Health

(VT): Vitality

(RP): Role Physical

جدول ۲ - مقایسه حیظه های مختلف کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه بر کار در کارگاه آسایشگاه

نتیجه آزمون من- ویتنی	میانہ		کار در کارگاه حیظه
	خیر n=۱۵۳	بلی n=۴۹	
$p < 0.007$	۴۱	۵۲	دردهای جسمانی (BP)
$p < 0.001$	۲۰	۶۵	عملکرد جسمانی (PF)
$p < 0.001$	۰	۷۵	محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمی (RP)
$p < 0.002$	۴۰	۵۰	سلامت عمومی (GH)
$p < 0.001$	۴۵	۵۵	شادابی و نشاط (VT)
$p < 0.001$	۲۵	۴۸	عملکرد اجتماعی (SF)
$p < 0.002$	۰	۱۰۰	محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی (RE)
$p < 0.001$	۴۴	۵۲	سلامت روانی (MH)

جدول ۳ - مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه بر حسب ابتلا به انواع شکستگی - تغییر شکل اندامها

نتیجه آزمون من- ویتنی	میانہ در افراد سالم n= ۱۳۹	میانہ در افراد مبتلا n= ۵۷	حیظه
NS	۴۲	۳۲	دردهای جسمانی (BP)
$p < 0.001$	۳۵	۱۰	عملکرد جسمانی (PF)
$p < 0.001$	۰	۰	محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمی (RP)
NS	۴۵	۴۰	سلامت عمومی (GH)
$p < 0.005$	۵۰	۴۰	شادابی و نشاط (VT)
$p < 0.001$	۳۷	۲۵	عملکرد اجتماعی (SF)
NS	۳۳/۳	۳۳/۳	محدودیت انجام وظیفه، متأثر از مشکلات عاطفی (RE)
$p < 0.05$	۴۸	۴۴	سلامت روانی (MH)

## منابع:

دلاور، بهرام. امینی، ابوالقاسم. بیضایی، هوشنگ. نقوی، محسن. کلاهی، علی اصغر. مجد، مینا. جبروتی، فریده. حسینی چاووشی، میمنت. باقری، سیدعباس (۱۳۷۸). بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور. مجد، مینا. دلاور، بهرام. ژبانی یعقوبی، پروین (۱۳۸۱). برنامه کشوری سلامت سالمندان، معاونت سلامت، دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۶.

- Carriere Y.L. (1995) Factors underling the institutionalization of elderly persons in Canada. *The Journals of Gerontology*. **50**: 164-9.
- Garrido M.A. Jentoft A., Jentoft A.C., Ferrer J.R.V., Abanades A., Maren N.G. and Rego Celvarez D.M. (2003) Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid. *Domingo*. **31**(51): 285-292.
- Montazeri A., Goshasebi A., Vahdaninia M. and Gandek B. (2005) The Short From Health Survey (SF-36). Trans Lation and validation Study of The Tranian version. *Quality of Life Research*, in Press.
- Noro A., Aro S. (1997) Comparison of health and functional ability between noninstitutional and least institutionalized elderly in Finland . *The Gerontologist-Washington*. **37**: (3) 374-384.
- Squire A., Tindall B. (2002) Health and well-being for older people. Sidney Toronto, 4-6.
- Walters S.J., Munro J.F. and Brazier J.E. (2001) Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional munity-based survey. *Age and Ageing* **30**: 337-43.

## QUALITY OF LIFE AMONG KAHRIZAK CHARITY INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE



**Rafati N., MD; <sup>1\*</sup> Yavari<sup>1</sup> P. Ph.D; mehrabi Y., Ph. D; Montazeri A., <sup>2</sup> Ph. D**

The population of most countries in the world has been growing older during the last 30 years. This trend is important because it leads to a predictable increasing burden of diseases, political, social and economic challenges. The objective of this study was to assess health related quality of life and relating factors in institutionalized elderly living in “Kahrizak Charity Institution for elderly people, in Tehran, Iran”.

In this cross sectional research 202 persons aged 65 years and above who were residing in the institution for at least 6 months and able to answer our questions were studied. We used the Iranian version of the SF-36 questionnaire to measure quality of life. Data were collected by face to face interviews. For comparing quality of life between different groups we used non-parametric tests.

The mean age of participants was 76.8 (SD=±7.6) years; and 58.5% were female. The results showed significant relation between the participants' quality of life scores and variables such as gender, educational level, working in the institution's workshop, receiving pension, having different types of fractures, deformities, and arthrosis.

The study findings indicated that quality of life in this group of elderly people was poor and it needs to be improved.

**Key words:** *Ageing, Quality of life, Health, Institutionalized elderly.*

---

\*. (Author to whom all correspondence Should be addressed).

1. Department of Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran.