

## Investigating The Quality-of-Life Aged Individuals and Its Relationship with Socio-Economic Situation in The City of Sanandaj

### Abdol-rahim Afkhamzadeh

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

### Zhian Koiek

\* Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding author):

koiekhian@gmail.com

### Bakhtiar Piroozi

Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

### Khaled Rahmani

- Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received: 2021/11/9

Accepted: 2022/02/7

Doi: 10.52547/ijhehp.10.3.211

### ABSTRACT

**Background and Objective:** The growing trend of elderly population makes it necessary to consider their physical, social, mental health and life quality. Therefore, this study was conducted to investigate their life quality and its relationship with socio-economic situation in Sanandaj.

**Materials and Methods:** This descriptive cross-sectional study was done on 400 the elderly in Sanandaj in 2020. The stratified random sampling method was used and the data collection tool was the SF-36 Quality of Life Assessment Questionnaire. Data were analyzed by SPSS 20 software using independent T-test and analysis of variance

**Results:** The highest and lowest average quality of life was in the dimensions of mental health and in the subscales of social functioning ( $89.53 \pm 14.68$ ) and emotional functioning ( $28.39 \pm 43.36$ ), respectively. The socio-economic status of the elderly had a relationship with the life quality subscales such as physical function ( $p \leq 0.001$ ), dysfunction due to physical health ( $p < 0.001$ ), physical pain ( $p = 0.04$ ), emotional function ( $p \leq 0.001$ ), and vitality ( $p < 0.001$ ). Also, marital status ( $p \leq 0.001$ ), employment ( $p \leq 0.001$ ) and income ( $p = 0.004$ ) of the elderly had a significant relationship with the life quality subscales

**Conclusion:** Improving the life quality of the elderly requires financial and spiritual support of public and private organizations and institutions. By allocating subsidized support, improving the quality of housing, the inclusion of social security insurance and retirement of the elderly, as well as creating various recreational and sports programs, steps can be taken to improve the socio-economic status of the elderly and their quality of life.

**Keywords:** quality of life, Elder, social class

**Paper Type:** Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Afkhamzadeh A, Koiek Zh, Piroozi B, Rahmani Kh. Investigating The Quality-of-Life Aged Individuals and Its Relationship with Socio-Economic Situation in The City of Sanandaj. *Iran J Health Educ Health Promot. Autumn 2022*; 10(3):211-223.

► **Citation (APA):** Afkhamzadeh A., Koiek Zh., Piroozi B., Rahmani Kh. (Autumn 2022). Investigating The Quality-of-Life Aged Individuals and Its Relationship with Socio-Economic Situation in The City of Sanandaj. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 10(3), 211-223.

## بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی - اجتماعی در سنندج

### چکیده

**زمینه و هدف:** روند رو به رشد جمعیت سالمندان توجه به سلامت جسمی، اجتماعی، روانی و کیفیت زندگی آن‌ها را ضروری می‌سازد. از این رو مطالعه حاضر باهدف بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی - اجتماعی در شهر سنندج انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ بر روی ۴۰۰ نفر از سالمندان شهر سنندج صورت گرفت. روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی تصادفی استفاده شده و ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی SF-36 بود. داده‌ها از طریق نرم‌افزار spss20 و با آزمون T مستقل و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بالاترین و پایین‌ترین میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی و به ترتیب در زیر مقیاس‌های عملکرد اجتماعی ( $14/68 \pm 89/53$ ) و عملکرد عاطفی ( $43/36 \pm 28/39$ ) بود. وضعیت اقتصادی - اجتماعی سالمندان با زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی عملکرد جسمی ( $p < 0/001$ )، اختلال عملکرد به خاطر سلامت جسمی ( $p < 0/001$ )، درد جسمی ( $p = 0/04$ )، عملکرد عاطفی ( $p < 0/001$ ) و نشاط و سرزندگی ( $p < 0/001$ ) ارتباط داشت. همچنین وضعیت تأهل ( $p < 0/001$ )، اشتغال ( $p < 0/001$ ) و میزان درآمد ( $p = 0/004$ ) سالمندان با زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری داشت.

**نتیجه‌گیری:** بهبود کیفیت زندگی سالمندان نیازمند حمایت مادی و معنوی سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و خصوصی است. با اختصاص حمایت‌های پارانه‌ای، ارتقا کیفیت محل‌های سکونت، فراگیر شدن بیمه‌های اجتماعی و بازنشتگی سالمندان و همچنین ایجاد برنامه‌های متنوع تفریحی و ورزشی می‌توان در راستای ارتقای وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان و سطح کیفیت زندگی آن‌ها گام برداشت.

**کلید واژه:** کیفیت زندگی، سالمند، وضعیت اقتصادی - اجتماعی  
**نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی.

#### عبدالرحیم افخم زاده

گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

#### ژیان کویک

\* مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول):  
koikzhian@gmail.com

#### بختیار پیروزی

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

#### خالد رحمانی

گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

◀ **استناد (ونکوور):** افخم زاده ع، کویک ژ، پیروزی ب، رحمانی خ. بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی - اجتماعی در سنندج. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۴۰۱؛ ۱۰(۳): ۲۱۱-۲۲۳.

◀ **استناد (APA):** افخم زاده، عبدالرحیم؛ کویک، ژیان؛ پیروزی، بختیار؛ رحمانی، خالد. (پاییز ۱۴۰۱). بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی - اجتماعی در سنندج. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. ۱۰(۳): ۲۱۱-۲۲۳.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۸

سالمندی یک پدیده بیولوژیکی اجتناب‌ناپذیر است، کاهش تدریجی عملکرد و ظرفیت‌های مختلف در سالمندان باعث ایجاد تغییر در ابعاد جسمی، روحی و اجتماعی می‌گردد (۱). پیشرفت‌های پزشکی - بهداشتی در نیمه دوم قرن بیستم و بهبود شرایط زندگی شاهد افزایش امید به زندگی در سراسر دنیا بوده‌ایم که این امر باعث افزایش جمعیت سالمندان شده است (۲). بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی جمعیت سالمندان دنیا در فاصله ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ از ۱۲ به ۲۲ درصد افزایش پیدا خواهد کرد و در کشور ایران نیز بررسی‌های جمعیتی بیانگر روند پیر شدن جمعیت است، بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران جمعیت سالمندان کشورمان از ۸/۲ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۹/۲ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است (۳،۴). با افزایش جمعیت سالمندان، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی این گروه مورد توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت قرار گرفت. لذا اندازه‌گیری و ارزیابی کیفیت زندگی در جمعیت سالمندان به یکی از تحقیقات بهداشتی و اطلاع‌رسانی در تصمیم‌گیری تخصیص منابع مرتبط با ارتقای سلامت و رفاه جمعیت تبدیل شده است (۵). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی شامل درک انسان از خود، انتظارات، اهداف، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۶). کیفیت زندگی، میزان رفاه افراد و گروه‌ها است که تحت تأثیر شرایط اجتماعی - اقتصادی قرار می‌گیرد (۷). شرایط بد اقتصادی، فرهنگی، آموزشی، بهداشتی و همچنین تعاملات اجتماعی ناکافی می‌تواند منجر به کیفیت پایین زندگی در سالمندان شود (۸). آگاهی در مورد عوامل گوناگون از جمله ویژگی‌های فردی، اجتماعی و وضعیت اقتصادی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تأثیر می‌گذارند، از اهمیت والایی برخوردار است که می‌تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد (۸). در مطالعه‌ای که توسط نیلسون و همکاران روی کیفیت زندگی سالمندان بنگلادش و ویتنام انجام شده بود نتایج نشان داد که مسن‌ترها، زنان و افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار بودند (۹). در نتایج مطالعه مالک و همکاران ابعاد مختلف

کیفیت زندگی با متغیرهای مختلف دموگرافیک از جمله جنس، شغل، میزان درآمد ماهیانه و سابقه داشتن بیماری‌های مزمن مرتبط است (۱۰). همچنین نتیجه مطالعه‌ای در ایران در سال ۱۳۹۸ روی کیفیت زندگی سالمندان شهرستان آمل نشان داد سالمندان مرد، متأهل، شاغل، سالمندان با تحصیلات بالاتر و همچنین سالمندانی که استقلال مالی داشتند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۱). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت دوره سالمندی در جوامع با گذر زمان لازم است که تحقیقات بیشتری در خصوص شناسایی مشکلات و مسائل سالمندان در ابعاد مختلف زندگی آنان در هر جامعه‌ای انجام گیرد. تاکنون در استان کردستان به‌عنوان یکی از استان‌های کم برخوردار کشور از لحاظ اقتصادی - اجتماعی مطالعات کمی در ارتباط با وضعیت شاخص کیفیت زندگی سالمندان انجام شده، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی اجتماعی شهر سنندج بپردازند. تا بتوان از نتایج به‌دست آمده در این مطالعه در راستای برنامه‌ریزی مناسب جهت اقدامات پیشگیرانه و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان استفاده نمود.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی در شهر سنندج در سه‌ماهه سوم سال ۱۳۹۸ انجام شد. جمعیت شهر سنندج حدود ۴۵۰ هزار نفر با بعد خانوار ۴ نفر است که حدود ۹٪ از آن را سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند. جمعیت مورد بررسی این مطالعه تمام سالمندان ۶۵ سال به بالای شهر سنندج بودند، به‌منظور محاسبه حجم نمونه از مطالعه مشابه معتبر (۱۲). جمعیت کلی سالمندان سنندج ۴۰ هزار نفر و در نهایت با استفاده از فرمول کوکران با در نظر گرفتن خطای آلفای ۵٪ حدود اطمینان ۹۵٪ و نسبت (p) افراد با کیفیت زندگی خوب برابر با ۰/۰۵، ۳۸۱ نفر بدست آمد که برای افزایش دقت ۴۰۰ نفر وارد مطالعه شد. در این مطالعه از مجموعه‌ای از روش‌های نمونه‌گیر (طبقه‌بندی

و تصادفی ساده) استفاده شده است ابتدا مراکز به صورت تصادفی انتخاب شدند سپس بر اساس درصد جمعیت سالمندی هر مرکز نمونه‌ها به آن‌ها اختصاص داده شد، در داخل هر یک از مراکز بهداشتی درمانی هم لیست سالمندان جدا شد و نمونه‌های مورد نیاز به صورت تصادفی از بین آن لیست انتخاب شدند. در مطالعه حاضر طبقه‌بندی مناطق به برخوردار و کم برخوردار بر مبنای چهار عامل اقتصادی، اجتماعی و کالبدی، فرهنگی و تفریحی که شامل قیمت زمین و املاک، میزان سطح رفاه و برخورداری از امکانات و خدمات شهری، دسترسی به مراکز درمانی، آموزشی و بهداشتی، پارک، مراکز ورزشی و رفاهی، کتابخانه‌ها و فرهنگسراها ملاک سنجش قرار گرفته است. ابتدا متغیر برخوردار/کم برخوردار به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و سپس به میزان درصد جمعیت هر کدام از این طبقات (مناطق برخوردار و کم برخوردار)، نمونه به این طبقات اختصاص داده شد. در مراکز بهداشتی تحت پوشش هر کدام از این طبقات هم از روش نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. معیار ورود به مطالعه عبارت از سن ۶۵ سال و بیشتر، نداشتن بیماری‌های صعب‌العلاج و اختلالات روانی مثل آلزایمر و پارکینسون بود و عدم رضایت سالمند از مصاحبه معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. از جنبه ملاحظات اخلاقی، شرکت در مطالعه اختیاری و با کسب رضایت افراد صورت گرفت همچنین به شرکت‌کنندگان مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی مربوط به آنان در اختیار هیچ فرد یا گروهی قرار نخواهد گرفت و در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه SF-36 بود. این پرسشنامه از ۳۶ سؤال در دو بعد کلی سلامت جسمی و روانی و ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است، زیرمقیاس‌های بعد سلامت جسمی شامل عملکرد جسمی، اختلال عملکرد به خاطر سلامت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های بعد سلامت روانی شامل عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سرزندگی و سلامت روانی است. هر یک از این زیرمقیاس‌ها دارای صفر تا ۱۰۰ امتیاز است که صفر بدترین و ۱۰۰

بهترین وضعیت را در زیرمقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. سؤالات سه گزینه‌ای با نمره‌های ۵۰، ۱۰۰ و سؤالات پنج گزینه‌ای با نمره‌های ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰ و سؤالات شش گزینه‌ای با نمره‌های ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰ در نظر گرفته شده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۳ به فارسی ترجمه و استانداردسازی شده که ضریب آلفای کرونباخ از ۷۷٪ تا ۹۰٪ برای ابعاد مختلف ابزار متغیر گزارش شده است (۱۳). چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت درآمد، وضعیت بیمه درمانی، میزان حمایت سازمان‌های حمایتی بود. با توجه به اهمیت نقش وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد سالمند در میزان کیفیت زندگی در این مطالعه از مؤلفه SES از ترکیب سه متغیر سطح تحصیلات، شغل و درآمد است و بر اساس فرمول زیر محاسبه شد:

$$SES = ۰/۳(\text{تحصیلات} + \text{شغل} + \text{درآمد})$$

نمره‌گذاری هر یک از این متغیرها بدین صورت بود؛ سطح تحصیلات، ۰=بی‌سواد ۱=دبستان ۲=دبیرستان ۳=آموزش عالی، شغل، ۱=غیر ماهر و نیمه ماهر ۲=ماهر و حرفه‌ای، درآمد ۰=کمتر از ۲ میلیون، ۱=۲ تا ۳ میلیون و ۲=۳ میلیون به بالا بود. دامنه نمرات SES با استفاده از این فرمول ۷/۵ تا ۳۰ است و افرادی که نمره کمتر از ۱۲/۵ می‌گرفتند از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در سطح پایین، ۲۵-۱۲/۵ متوسط و بالای ۲۵ وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالایی داشتند (۱۴). در نهایت داده‌های به دست آمده با روش آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد متغیرها و آمار تحلیلی شامل آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه به وسیله نرم‌افزار spss نسخه ۲۰ بررسی شد.

### یافته‌ها

بیشتر نمونه مورد مطالعه را مردان سالمند ۲۲۰ نفر (۵۵٪)، سالمندان متأهل ۲۶۴ (۶۶٪) و سالمندانی که از نظر سطح تحصیلات سواد کافی نداشتند ۱۸۲ نفر (۴۵/۵٪)، تشکیل می‌دادند. همچنین بیشتر سالمندان ۳۴۱ نفر (۸۵/۲٪) با سطح درآمد کمتر از دو میلیون تومان بودند. (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه

مشخصات فردی	فراوانی (درصد)	مشخصات فردی	فراوانی (درصد)
بازنشسته	۱۳۲ ۳۳	۶۵ - ۶۹ سال	۱۸۹ ۴۷/۳
شاغل	۶۴ ۱۶	۷۰ - ۷۴ سال	۹۰ ۲۲/۵
بیکار	۲۰۴ ۵۱	بالای ۷۵ سال	۱۲۱ ۳۰/۲
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰
متأهل	۲۶۴ ۶۶	مرد	۲۲۰ ۵۵
مطلقه یا فوت همسر	۱۳۶ ۳۴	زن	۱۸۰ ۴۵
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰
کمتر از دو میلیون تومان	۳۴۱ ۸۵/۲	کمیته امداد	۶۴ ۱۶
دو تا سه میلیون تومان	۵۴ ۱۳/۵	بهبزستی	۶ ۱/۵
بالای سه میلیون تومان	۵ ۱/۳	هیچ کدام	۳۳۰ ۸۲/۵
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰
بی سواد	۱۸۲ ۴۵/۵	بدون بیمه	۱۱۰ ۲۷/۵
ابتدایی/راهنمایی	۱۱۷ ۲۹/۲	تأمین اجتماعی	۱۱۳ ۲۸/۲
دبیرستان	۶۲ ۱۵/۵	نیروی مسلح	۴۵ ۱۱/۳
دانشگاهی	۳۹ ۹/۸	بیمه سلامت	۱۱۶ ۲۹
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	بیمه روستایی	۱۶ ۴
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰
کم برخوردار	۱۷۲ ۴۳	بالا	۱۴
برخوردار	۲۲۸ ۵۷	متوسط	۱۵۹ ۳۹/۸
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	پایین	۱۸۵ ۴۶/۲
جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰	جمع کل	۴۰۰ ۱۰۰

بر اساس نتایج بدست آمده در بعد سلامت جسمانی، میانگین نمره زیر مقیاس عملکرد جسمی با متغیرهای سن ( $p < 0/001$ )، جنسیت ( $p < 0/001$ )، وضعیت تأهل ( $p < 0/001$ )، سطح تحصیلات ( $p = 0/006$ )، محل سکونت ( $p < 0/001$ )، وضعیت اشتغال ( $p < 0/001$ )، میزان درآمد ( $p = 0/004$ ) و تحت پوشش بودن سازمان‌های حمایتی ( $p < 0/001$ ) ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. بین میانگین نمره زیر مقیاس اختلال عملکرد به خاطر عدم سلامت جسمی با متغیرهای سن ( $p < 0/001$ ) جنس ( $p = 0/01$ )، وضعیت تأهل ( $p < 0/001$ )، محل سکونت ( $p < 0/001$ )، وضعیت اشتغال ( $p < 0/001$ ) و تحت پوشش بودن سازمان‌های حمایتی ( $p = 0/004$ ) رابطه داشت (جدول ۳). میانگین نمره زیر مقیاس درد جسمی به تفکیک گروه‌های سنی ( $p < 0/001$ )، وضعیت تأهل ( $p < 0/001$ ) و وضعیت اشتغال ( $p < 0/001$ ) رابطه معنی‌داری مشاهده شد. همچنین نمره کیفیت زندگی در زیر مقیاس سلامت عمومی فقط با وضعیت تأهل ( $p = 0/05$ ) و اشتغال ( $p = 0/01$ ) رابطه وجود داشت (جدول ۳).

بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بعد سلامت روانی و در زیر مقیاس عملکرد اجتماعی ( $14/68 \pm 89/93$ ) و کمترین میانگین نیز در بعد سلامت روانی و در زیر مقیاس عملکرد عاطفی ( $28/39 \pm 43/36$ ) به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی

انحراف معیار $\pm$ میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
<b>بعد سلامت جسمی</b>	
58/60 $\pm$ 30/12	عملکرد جسمی
53/88 $\pm$ 39/98	اختلال عملکرد به خاطر عدم سلامت جسمی
68/18 $\pm$ 23/77	درد جسمی
50/78 $\pm$ 12/71	سلامت عمومی
<b>بعد سلامت روانی</b>	
89/93 $\pm$ 14/68	عملکرد اجتماعی
28/39 $\pm$ 43/36	عملکرد عاطفی
38/90 $\pm$ 11/11	نشاط و سرزندگی
14/28 $\pm$ 72/31	سلامت روانی

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات زیر مقیاس‌های بعد سلامت جسمی سالمندان بر حسب متغیرهای دموگرافیک

مشخصات فردی	عملکرد جسمی	اختلال عملکرد به خاطر سلامت جسمی	درد جسمی	سلامت عمومی
<b>سن**</b>				
۶۵ - ۶۹ سال	68/12 $\pm$ 26/52	65/95 $\pm$ 36/99	74/53 $\pm$ 21/54	52/98 $\pm$ 12/48
۷۰ - ۷۴ سال	59/05 $\pm$ 28/17	50/83 $\pm$ 37/37	67/77 $\pm$ 20/94	50/94 $\pm$ 11/36
بالای ۷۵ سال	43/38 $\pm$ 30/81	37/39 $\pm$ 40/32	58/57 $\pm$ 25/87	47/23 $\pm$ 13/32
P-value	> 0/001	> 0/001	> 0/001	> 0/001
<b>جنس*</b>				
مرد	63/22 $\pm$ 31/50	58/18 $\pm$ 12/39	69/37 $\pm$ 23/95	50/95 $\pm$ 13/08
زن	52/94 $\pm$ 27/38	48/60 $\pm$ 40/51	66/73 $\pm$ 23/53	50/58 $\pm$ 12/28
P-value	> 0/001	0/01	0/27	0/77
<b>وضعیت تأهل*</b>				
متأهل	64/26 $\pm$ 28/73	60/22 $\pm$ 38/50	71/07 $\pm$ 22/29	51/64 $\pm$ 12/74
مطلقه یا فوت همسر	47/61 $\pm$ 29/81	41/48 $\pm$ 40/07	62/59 $\pm$ 25/57	49/11 $\pm$ 12/54
P-value	> 0/001	> 0/001	> 0/001	0/05
<b>سطح تحصیلات**</b>				
بی‌سواد	54/97 $\pm$ 30/74	54/41 $\pm$ 40/32	69/02 $\pm$ 24/81	50/76 $\pm$ 12/85

۵۰/۵۱ ± ۱۲/۹۵	۶۷/۲۰ ± ۲۳/۰۷	۵۲/۳۵ ± ۳۹/۹۳	۵۸/۱۶ ± ۳۰/۸۴	ابتدایی/راهنمایی
۵۱/۵۳ ± ۱۲/۷۵	۷۰/۱۶ ± ۲۰/۷۸	۵۸/۸۷ ± ۳۸/۴۳	۷۰/۴۸ ± ۲۶/۱۴	دبیرستان
۵۰/۵۱ ± ۱۱/۷۴	۶۴/۱۰ ± ۲۵/۵۱	۴۸/۰۷ ± ۴۱/۵۱	۵۷/۹۴ ± ۲۶/۹۹	دانشگاهی
۰/۹۶	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۰۰۶	P-value
<b>محل سکونت<sup>۱*</sup></b>				
۵۰/۰۲ ± ۱۲/۶۷	۶۵/۸۴ ± ۲۳/۳۶	۴۵/۴۹ ± ۳۹/۶۱	۵۲/۷۹ ± ۲۸/۸۶	کم برخوردار
۵۱/۳۵ ± ۱۲/۷۴	۶۹/۹۵ ± ۲۳/۹۷	۶۰/۲۴ ± ۳۹/۱۷	۶۲/۹۸ ± ۳۰/۳۶	برخوردار
۰/۳۰	۰/۰۸	> ۰/۰۰۱	> ۰/۰۰۱	P-value
<b>وضعیت اشتغال<sup>**</sup></b>				
۵۳/۰۱ ± ۱۲/۵۵	۷۲/۹۳ ± ۲۲/۱۵	۶۳/۱۵ ± ۳۸/۱۳	۶۸/۹۸ ± ۲۷/۸۰	بازنشسته
۵۲/۴۸ ± ۱۱/۴۲	۷۵/۹۹ ± ۱۷/۸۶	۶۷/۴۶ ± ۳۴/۹۶	۶۷/۶۱ ± ۲۶/۳۹	شاغل
۴۸/۹۹ ± ۱۳/۳۴	۶۲/۶۸ ± ۲۵/۰۴	۴۳/۵۹ ± ۴۰/۰۶	۴۹/۰۴ ± ۲۹/۶۶	بیکار
۰/۰۱	> ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	P-value
<b>میزان درآمد<sup>**</sup></b>				
۵۰/۶۰ ± ۱۲/۸۸	۶۷/۴۱ ± ۲۳/۹۶	۵۲/۶۴ ± ۳۹/۹۱	۵۶/۶۱ ± ۳۰/۱۷	کمتر از دو میلیون تومان
۵۱/۶۶ ± ۱۱/۷۷	۷۳/۱۴ ± ۲۲/۸۳	۶۰/۱۸ ± ۴۰/۷۸	۷۱/۲۹ ± ۲۷	دو تا سه میلیون تومان
۵۴ ± ۱۲/۴۴	۶۷/۵۰ ± ۱۶/۷۷	۷۰ ± ۳۲/۵۹	۵۷ ± ۳۰/۷۴	سه میلیون تومان به بالا
۰/۷۲	۰/۲۵	۰/۲۹	۰/۰۰۴	P-value
<b>سازمان حمایتی<sup>**</sup></b>				
۵۰/۸۵ ± ۱۳/۲۳	۶۴/۰۶ ± ۲۱/۸۷	۳۹/۰۶ ± ۳۹/۸۰	۴۵/۷۰ ± ۲۷/۷۸	کمیته امداد
۵۱/۶۶ ± ۵/۱۶	۷۹/۱۶ ± ۱۵/۱۳	۵۶/۵۳ ± ۳۹/۶۱	۴۱/۶۶ ± ۲۶/۲۰	بهبیستی
۵۰/۷۵ ± ۱۲/۷۳	۶۸/۷۸ ± ۲۴/۱۷	۶۶/۶۶ ± ۳۰/۲۷	۶۱/۴۰ ± ۲۹/۹۴	هیچ کدام
۰/۹۸	۰/۱۸	۰/۰۰۴	< ۰/۰۰۱	P-value
<b>وضعیت بیمه درمانی<sup>**</sup></b>				
۵۰/۲۷ ± ۱۲/۷۵	۶۸/۵۲ ± ۲۳/۵۶	۵۰/۹۰ ± ۴۰/۳۴	۵۶/۰۹ ± ۲۹/۵۷	بدون بیمه
۵۱/۱۵ ± ۱۲/۶۵	۶۶/۵۹ ± ۲۴	۵۴/۴۲ ± ۳۸/۷۰	۵۷/۳۸ ± ۲۸/۳۷	تأمین اجتماعی
۵۰ ± ۱۲/۷۰	۶۸/۶۱ ± ۲۳/۰۲	۵۲/۷۷ ± ۴۰/۳۱	۶۵/۳۳ ± ۲۷/۹۰	نیروی مسلح
۵۱/۴۲ ± ۱۲/۴۳	۷۰/۰۴ ± ۲۴/۳۳	۵۸/۲۶ ± ۴۰/۷۸	۶۱/۵۰ ± ۳۲/۵۸	بیمه سلامت
۴۹/۳۷ ± ۱۵/۹۰	۶۲/۵۰ ± ۲۲/۸۲	۴۲/۱۸ ± ۴۰/۵۳	۴۴/۳۷ ± ۲۹/۴۳	بیمه روستایی
۰/۹۲	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۰۹	P-value

\*آزمون تی مستقل

\*\*آزمون تحلیل واریانس

در بعد سلامت روانی میانگین نمره زیر مقیاس عملکرد عاطفی با گروه‌های سنی ( $p < ۰/۰۰۱$ ) جنس ( $p = ۰/۰۱$ )، وضعیت تأهل ( $p < ۰/۰۰۱$ )، محل سکونت ( $p < ۰/۰۰۱$ )، وضعیت اشتغال ( $p < ۰/۰۰۱$ )، میزان درآمد ( $p = ۰/۰۲$ ) و تحت پوشش بودن سازمان‌های حمایتی ( $p < ۰/۰۰۱$ ) رابطه داشت. همچنین زیر مقیاس عملکرد اجتماعی فقط با متغیر محل سکونت ( $p < ۰/۰۰۱$ ) ارتباط داشت. میانگین نمره زیر مقیاس نشاط و سرزندگی با متغیرهای سطح تحصیلات ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و وضعیت اشتغال ( $p = ۰/۰۱$ ) و

همچنین میانگین نمره زیر مقیاس سلامت روانی با گروه‌های سنی سالمندان به‌عنوان درک آن‌ها از توانایی‌های خود، نشانه‌های نظیر افسردگی و اضطراب، میزان شادکامی و قابلیت ارتباط موزون و (p=۰/۰۴)، جنس (p=۰/۰۲)، سطح تحصیلات (p=۰/۰۵) و میزان درآمد (p=۰/۰۵) ارتباط معنی‌داری داشت. سلامت روان هماهنگ با دیگران، اشاره دارد.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات زیر مقیاس‌های بعد سلامت روانی سالمندان برحسب متغیرهای دموگرافیک

مشخصات فردی	عملکرد عاطفی	عملکرد اجتماعی	نشاط و سرزندگی	سلامت روانی
<b>سن**</b>				
۶۹ - ۶۵ سال	۲۰/۳۹ ± ۳۱/۰۸	۹۰/۹۳ ± ۱۴/۰۵	۳۸/۰۴ ± ۱۱/۳۹	۷۱/۱۱ ± ۱۵/۲۳
۷۴ - ۷۰ سال	۲۷/۷۱ ± ۳۴/۹۰	۸۹/۳۰ ± ۱۶/۰۷	۳۸/۵۵ ± ۹/۶۶	۷۱/۱۵ ± ۱۳/۳۶
بالای ۷۵ سال	۴۱/۳۲ ± ۴۱/۵۰	۸۸/۸۴ ± ۱۴/۵۹	۴۰/۴۹ ± ۱۱/۵۷	۷۵/۰۴ ± ۱۳/۰۹
P-value	< ۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۰۴
<b>جنس*</b>				
مرد	۲۳/۳۳ ± ۲۶/۲۰	۹۰/۴۱ ± ۱۳/۰۱	۳۹/۶۱ ± ۱۰/۳۸	۷۴/۰۸ ± ۱۳/۱۹
زن	۲۴/۳۹ ± ۳۳/۴۹	۸۹/۵۴ ± ۱۵/۹۳	۳۸/۳۱ ± ۱۰/۸۳	۷۰/۸۵ ± ۱۴/۹۸
P-value	۰/۰۱	۰/۵۵	۰/۲۴	۰/۰۲
<b>وضعیت تأهل*</b>				
متأهل	۲۲/۶۸ ± ۳۳/۱۵	۹۰/۳۴ ± ۱۵/۱۱	۳۸/۴۶ ± ۱۱/۰۲	۷۱/۶۹ ± ۱۴/۳۷
مطلقه یا فوت همسر	۳۹/۵۰ ± ۳۹/۹۳	۸۹/۱۵ ± ۱۳/۸۴	۳۹/۷۴ ± ۱۱/۲۷	۷۳/۵۰ ± ۱۴/۰۹
P-value	< ۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۲۷	۰/۲۳
<b>سطح تحصیلات**</b>				
بی‌سواد	۲۸/۷۰ ± ۳۷/۰۸	۸۸/۲۵ ± ۱۵/۶۱	۴۰/۹۰ ± ۱۱/۰۱	۷۳/۶۲ ± ۱۴/۷۲
ابتدایی/راهنمایی	۳۳/۰۴ ± ۳۷/۵۲	۹۰/۸۱ ± ۱۳/۱۷	۳۸/۴۱ ± ۱۰/۹۰	۷۳/۰۹ ± ۱۲/۱۳
دبیرستان	۱۸/۲۷ ± ۳۲/۸۸	۹۲/۳۳ ± ۱۱/۱۶	۳۷/۲۵ ± ۱۱/۱۸	۶۹/۶۷ ± ۱۴/۸۳
دانشگاهی	۲۹/۰۵ ± ۳۳/۴۹	۹۱/۳۴ ± ۱/۴۸	۳۳/۵۸ ± ۱۰/۰۶	۶۸ ± ۱۳/۷۶
P-value	۰/۰۸	۰/۱۸	> ۰/۰۰۱	۰/۰۵
<b>محل سکونت*</b>				
کم برخوردار	۲۲/۱۷ ± ۳۳/۰۷	۸۶/۵۵ ± ۱۶/۰۵	۳۹/۹۴ ± ۱۰/۲۳	۷۲/۱۶ ± ۱۲/۶۳
برخوردار	۳۶/۶۴ ± ۳۹/۰۴	۹۲/۴۸ ± ۱۳/۰۳	۳۸/۱۱ ± ۱۱/۶۹	۷۲/۴۲ ± ۱۵/۴۳
P-value	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۱۰	۰/۸۵
<b>وضعیت اشتغال**</b>				
بازنشسته	۲۰/۵۵ ± ۳۱/۷۰	۹۳/۰۵ ± ۱۰/۴۷	۳۶/۸۰ ± ۱۰/۳۲	۷۲/۱۲ ± ۱۳/۶۳
شاغل	۳۷/۹۵ ± ۳۹/۶۳	۹۰/۷۸ ± ۱۴/۱۷	۴۱/۵۸ ± ۱۲/۶۶	۷۰/۴۰ ± ۱۵/۷۳
بیکار	۱۴/۲۸ ± ۲۵/۱۹	۸۸/۴۱ ± ۱۵/۹۳	۳۹/۴۳ ± ۱۰/۸۹	۷۳/۶۰ ± ۱۳/۳۸
P-value	> ۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۱۳
<b>میزان درآمد**</b>				
کمتر از دو میلیون	۱۳/۳۳ ± ۲۵۱۸	۸۹/۵۸ ± ۱۴/۸۷	۳۳ ± ۱۸/۹۰	۶۲/۴۰ ± ۱۷/۳۴



۷۵/۷۰ ± ۱۴/۳۴	۳۸/۷۹ ± ۹/۶۱	۹۲/۱۲ ± ۱۳/۳۶	۱۶/۶۷ ± ۲۸/۷۷	دو تا سه میلیون
۷۱/۹۱ ± ۱۴/۱۵	۳۹ ± ۱۱/۲۱	۹۰ ± ۱۶/۲۹	۳۰/۴۸ ± ۳۷/۳۵	سه میلیون به بالا
۰/۰۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۲	P-value
<b>سازمان حمایتی**</b>				
۷۱/۷۵ ± ۱۱/۹۴	۴۰/۲۳ ± ۹/۶۵	۸۷/۶۹ ± ۱۵/۰۲	۲۴/۸۹ ± ۳۴/۵۸	کمیته امداد
۷۲/۶۶ ± ۱۵/۴۷	۴۴/۱۶ ± ۴/۹۱	۸۵/۴۱ ± ۲۰/۰۲	۲۲/۲۲ ± ۴۰/۳۶	بهبیستی
۷۲/۴۱ ± ۱۴/۷۱	۳۸/۵۴ ± ۱۱/۴۲	۹۰/۴۵ ± ۱۴/۵۱	۴۶/۸۷ ± ۴۰/۱۵	هیچ کدام
۰/۹۴	۰/۲۷	۰/۲۹	> ۰/۰۰۱	P-value
<b>وضعیت بیمه درمانی**</b>				
۷۱/۳۰ ± ۱۲/۲۲	۳۸/۹۵ ± ۱۱/۳۱	۹۰/۴۵ ± ۱۴/۷۵	۳۰/۳۳۰ ± ۳۸/۷۲	بدون بیمه
۷۱/۹۲ ± ۱۴/۶۴	۳۹/۲۴ ± ۱۱/۴۶	۸۷/۵۰ ± ۱۶/۷۸	۲۹/۷۶ ± ۳۵/۳۳	تأمین اجتماعی
۷۲/۵۳ ± ۱۷/۴۶	۳۹ ± ۱۱/۳۱	۹۱/۳۸ ± ۱۳	۲۲/۹۶ ± ۳۲/۴۲	نیرو مسلح
۷۳/۲۰ ± ۱۴/۴۴	۳۸/۰۶ ± ۹/۹۲	۹۱/۹۱ ± ۱۳/۱۱	۲۴/۹۲ ± ۳۴/۷۲	بیمه سلامت
۷۴/۷۵ ± ۱۴/۹۴	۴۱/۸۷ ± ۱۵/۰۴	۸۵/۱۵ ± ۱۱/۳۸	۴۵/۸۳ ± ۴۶/۹۴	بیمه روستایی
۰/۸۱	۰/۷۵	۰/۱۱	۰/۱۸	P-value

\*آزمون تی مستق  
\*\*آزمون تحلیل واریانس

بر اساس جدول شماره ۵ زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی (p<۰/۰۰۱) نشاط و سرزندگی (p<۰/۰۰۱) و سلامت روانی عملکرد جسمی (p<۰/۰۰۱)، اختلال عملکرد به خاطر سلامت جسمی (p=۰/۰۰۶) با وضعیت اقتصادی - اجتماعی سالمندان ارتباط جسمی (p<۰/۰۰۱)، درد جسمی (p=۰/۰۴)، عملکرد عاطفی داشت (جدول ۵).

#### جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات زیر مقیاس‌های بعد سلامت جسمی و روانی سالمندان بر حسب وضعیت اقتصادی - اجتماعی

	اختلال عملکرد								
	عملکرد جسمی	به خاطر سلامت جسمی	درد جسمی	سلامت عمومی	عملکرد عاطفی	عملکرد اجتماعی	نشاط و سرزندگی	سلامت روانی	
بالا	۳۷/۷۹	۷۳/۵۷ ± ۲۳/۵۴	۶۰/۷۱ ± ۲۰/۸۷	۷۲/۳۲ ± ۵۳/۱۲	۱۱/۲۲ ± ۳۹/۲۹	۳۵/۸۸ ± ۳۹/۲۹	۹۱/۷۴ ± ۱۲/۸۹	۳۶/۰۷ ± ۱۱/۳۵	۱۳/۰۹ ± ۷۴/۶۵
متوسط	۶۴/۱۱ ± ۲۹/۴۲	۶۰/۶۹ ± ۳۹/۱۲	۷۰/۳۶ ± ۲۳/۵۱	۵۱/۱۹ ± ۱۲/۰۴	۲۳/۴۸ ± ۳۳/۶۵	۹۱/۲۷ ± ۱۴/۹۳	۳۳/۴۸ ± ۳۳/۶۵	۳۷/۱۳ ± ۱۰/۸۶	۱۴/۵۵ ± ۷۰/۸۴
پایین	۴۹/۳۲ ± ۲۹/۶۱	۴۵/۹۲ ± ۴۰/۱۱	۶۵/۰۶ ± ۲۴/۵۲	۴۹/۷۲ ± ۱۳/۶۲	۱۳/۸۵ ± ۱۷/۸۵	۲۹/۱۰ ± ۱۷/۸۵	۱۴/۸۶ ± ۸۸/۲۴	۴۱/۲۷ ± ۱۰/۹۷	۶۸/۷۱ ± ۱۳/۰۹
P-value	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۰۴	< ۰/۰۰۱	۰/۰۹	< ۰/۰۰۱	۰/۰۰۶

\*\*آزمون تحلیل واریانس

#### بحث و نتیجه گیری

جمعیت سالمند برای حفظ سلامت و سطح بالای کیفیت زندگی فردی و اجتماعی - اقتصادی بر سلامت فرد و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۰). در مطالعه حاضر که باهدف بررسی کیفیت زندگی به خدمات و مراقبت‌های ویژه نیاز دارد، عواملی مثل ویژگی‌های

سالمندان و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی-اجتماعی آن‌ها در شهر سنندج انجام شد، کیفیت زندگی سالمندان در همه ابعاد و زیر مقیاس‌های آن (به جز عملکرد عاطفی و نشاط و سرزندگی) بالاتر از ۵۰ بدست آمد که در حد متوسط و قابل قبولی است. این یافته با نتایج مطالعه Baernholdt (۱۵) و مطالعه خواجه و همکاران مشابه بود (۱۶) اما با نتایج مطالعات نودهیمقدم و همکاران (۱۷) که کیفیت زندگی سالمندان را پایین تر از حد متوسط گزارش شد، مغایرت داشت از دلایل احتمالی این مغایرت می‌تواند تفاوت در محل زندگی افراد و دامنه سنی افراد شرکت‌کننده اشاره کرد. همچنین بیشترین و کمترین نمره کیفیت زندگی در این مطالعه به ترتیب به زیر مقیاس عملکرد اجتماعی و عملکرد عاطفی بود که در نتایج مطالعه مالک و همکاران (۱۰) و پور کاخکی (۱۲) میانگین نمرات کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی و عملکرد عاطفی به ترتیب بیشترین و کمترین نمره گزارش نموده‌اند. پایین بودن نمره عملکرد عاطفی در سالمندان پژوهش حاضر به نظر می‌رسد ناشی از بازنشستگی سالمندان، ازدواج فرزندان و جدا شدن از والدین باعث آسیب‌پذیری در سنین سالمندی می‌شود و این امر می‌تواند روی بعد روانی و در نهایت کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی داشته باشد. میانگین نمره کیفیت زندگی در زیر مقیاس‌های بعد سلامت جسمی و سلامت روانی با گروه‌های سنی مختلف ارتباط معنی‌داری داشت، و با بالا رفتن سن سالمندان از میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند با نتایج مطالعات رجبی و همکاران (۱۸) و Roser & et all (۱۹) که نشان دادند سالمندان با سن بالاتر از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند، همخوانی داشت. بدین صورت که با بالا رفتن سن سالمندان احتمال بروز بیماری‌ها و ناتوانی‌ها بیشتر می‌شود و به صورت کاهش فعالیت و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌گردد. اختلال در وضعیت سلامتی و توانایی جسمی و ذهنی به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی در زیر مقیاس‌های بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی بین زنان و مردان اختلاف معنی‌داری وجود داشت و مردان سالمند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار

بودند. این نتیجه با نتایج مطالعه چراغی و همکاران (۲۰) و مطالعه Miranda (۲۱) مشابه بود. تفاوت کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند به دلیل وجود برخی تبعیض‌های جنسیتی مرتبط با فرهنگ و انجام فعالیت‌های سنگین و فشارهای روحی در زنان از توانایی‌های جسمی و روانی آنان در دوره سالمندی می‌کاهد و موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌گردد که لزوم توجه بیشتر به زنان جامعه در این دوران به خصوص فراهم کردن امکانات و تسهیلات بیشتر را می‌توان متذکر شد. در حالی که در مطالعه خواجه جنسیت سالمندان و میانگین نمره کیفیت زندگی آن‌ها رابطه نداشت (۱۶). دلیل مغایرت این مطالعات می‌توان به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در هر جامعه اشاره کرد.

میانگین نمره زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی با وضعیت تأهل افراد نیز رابطه داشت به طوری که سالمندان متأهل نمره بالاتری در زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی داشتند. همچنین در برخی از مطالعات داخلی (۲۲) و خارجی (۲۳) در نتایج خود نقش همسر در کیفیت زندگی سالمندان تأیید شده است و سالمندانی که با همسران خود زندگی می‌کردند کیفیت زندگی بهتری داشتند. یکی از مشکلات دوره سالمندی تنهایی و انزواست که گریبان‌گیر سالمندان را می‌گیرد به نظر می‌رسد وجود شبکه ارتباطی با همسر به عنوان عنصری حمایتی از نظر عاطفی و ابزاری می‌تواند روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سالمندان متأهل اثرات مثبتی داشته باشد. همچنین توجه به برنامه‌های حمایتی و توانمندسازی سالمندان در مواجهه با مسئله تنهایی و انزوا امری ضروری است در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات، سالمندان میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند و بیش از نیمی از زیرمقیاس‌های دو بعد سلامت جسمانی و روانی از لحاظ آماری معنادار بود. مطالعات متعددی نیز بالاتر بودن نمره زیر مقیاس کیفیت زندگی با افزایش سطح تحصیلات را نشان می‌دهند (۲۱، ۲۰، ۱۷). به نظر می‌رسد تحصیلات شایستگی فرد را در بسیاری از زمینه‌ها افزایش می‌دهد، به افراد توانایی و انگیزه کنترل کردن و شکل دادن به زندگی خود را می‌دهد که در نهایت منجر به داشتن کیفیت زندگی بهتر می‌شود.

حمایتی کمیته امداد و یا بهزیستی بودند از نمره کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند، البته زیر مقیاس عملکرد اجتماعی از لحاظ آماری معنی دار نبود؛ اما در نتایج مطالعه صابر و نصرت آبادی سالمندانی که از حمایت‌های سازمان بهزیستی برخوردار بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند (۲۸). دلیل احتمالی مغایرت این مطالعه تفاوت در نمونه مورد بررسی و اینکه دو مقاله طی سالهای مختلف انجام شده است. به طور کلی در کشور ما سازمان بهزیستی و نیز شورای عالی سالمندان که در این سازمان وجود دارد نقش مهمی در توسعه رفاه و کیفیت زندگی سالمندان بر عهده دارد. این سازمان با اقدامات خود در بخش‌های اجتماعی، پیشگیری و توان بخشی سالمندان کشور را مورد حمایت قرار می‌دهد و از این راه سعی در حفظ و ارتقا سطح کیفیت زندگی سالمندان دارد. لذا بایستی این اقدامات به شکلی جهت‌دهی شود که اثرگذاری آن‌ها بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان مشهود باشد.

در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در دو بعد سلامت جسمانی و روانی با وضعیت بیمه درمانی آن‌ها رابطه نداشت؛ و مطالعه‌ای که به بررسی کیفیت زندگی سالمندان و ارتباط آن با متغیر وضعیت بیمه درمانی پردازد، انجام نگرفته است.

نتایج مطالعه بیانگر این بود که وضعیت اقتصادی - اجتماعی سالمندان با کلیه زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه داشت. البته زیر مقیاس سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی از لحاظ آماری معنی دار نبود؛ بنابراین سالمندان با وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا و متوسط از میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در همین راستا نتایج مطالعات متعددی نشان داد که وضعیت اقتصادی - اجتماعی سالمندان در افزایش کیفیت زندگی آنان مؤثر است (۲۹، ۳۰). تنگناهای اقتصادی، مشکلات معیشتی، فقر و محرومیت‌های اجتماعی بزرگ‌ترین موانع آسایش و امنیت در افراد سالمند هستند؛ به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز افزایش می‌یابد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم تمایل برخی از افراد جامعه آماری جهت شرکت در مطالعه که جهت برطرف نمودن این محدودیت

در خصوص محل سکونت سالمندان (منطقه برخوردار و کم برخوردار) نیمی از زیر مقیاس‌های دو بعد سلامت جسمی و روانی به جز زیر مقیاس نشاط و سرزندگی، سلامت روانی، درد جسمی و سلامت عمومی، سالمندانی که در مناطق برخوردار زندگی می‌کنند از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند؛ و در مطالعه Chen نیز سالمندان در مناطق مختلف شهری کیفیت زندگی یکسانی نداشتند (۲۴). در مناطق برخوردار شهری افراد دسترسی بیشتری به مراکز بهداشتی درمانی، مراکز خرید، رفاهی و تفریحی دارند که این موارد برای سالمندان به دلیل ناتوانی‌های جسمی و حرکتی اهمیت و ضرورت دارد.

سالمندان شاغل نسبت به سالمندانی که بازنشسته و یا بیکار بودند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند و زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمانی و روانی به جز عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، رابطه معنی‌داری داشت که در نتایج مطالعه محمدیگی تأثیر مثبت اشتغال سالمندان در ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها گزارش شده بود (۲۵). به طور کلی اشتغال سالمندان باعث افزایش درآمد و همچنین روابط اجتماعی بیشتر سالمندان با دیگران می‌شود که هر دو می‌تواند اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد (۱۸).

در خصوص درآمد سالمندان در کلیه زیر مقیاس‌های بعد سلامت جسمی و روانی، سالمندان با درآمد متوسط و بالا از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند، البته تمامی زیر مقیاس‌ها به جز زیر مقیاس‌های عملکرد عاطفی، سلامت روانی و عملکرد جسمی از لحاظ آماری معنی دار نبودند. همچنین در نتایج مطالعات Kwon et al (۲۶) و حکمت‌پو (۲۷) نیز سطح درآمد ماهیانه تأثیری مستقیم بر کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه داشت. در واقع داشتن درآمد کافی از جمله عوامل مؤثر در داشتن زندگی با کیفیت بالاست، چون می‌تواند موجب برآورده شدن نیازهای پایه فرد و مشارکت او در جامعه و داشتن اوقات فراغت شود؛ بنابراین سالمندانی که از قشر کم درآمد جامعه باشند، به دلیل مشکلات جسمی مکرر و عدم دریافت مراقبت‌های بهداشتی لازم اغلب کیفیت زندگی پایینی دارند (۱۷). در مطالعه حاضر سالمندانی که تحت پوشش یکی از سازمان‌های

سالمندان، فراگیر شدن بیمه‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی برای کلیه افراد بالای ۶۵ سال اعم از زنان و مردان، رفع موانعی چون شکستن تابوی ازدواج در سنین بالا، تدوین برنامه پیشنهادی جهت ریشه‌کنی بی‌سوادی در سالمندان کشور توسط وزارت آموزش و پرورش، همچنین با توجه به پایین‌تر بودن سطح کیفیت زندگی زنان سالمند نسبت به مردان سالمند فرصت‌های ویژه برای این گروه نظیر شرکت در کلاس‌های مختلف گروهی و باشگاه‌های سالمندان در محل سکونت که جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان ضروری است، توصیه می‌شود.

**تشکر و قدردانی:** این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در شهر سنندج که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شده است و دارای کد تأییدیه اخلاق به شماره (IR.MUK.REC.1397/229) است.

**تضاد منافع:** در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نشده است.

اهمیت انجام مطالعه توسط پرسشگر شرح داده می‌شد و در صورت عدم تمایل فرد دیگری به صورت تصادفی انتخاب و جایگزین گردید همچنین تعداد بالای سؤالات تا حدودی باعث خستگی سالمندان می‌شد که این موضوع می‌تواند بر دقت پاسخ‌دهندگان اثر بگذارد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی ابعاد مختلف سبک زندگی سالمندان و ارتباط با آن با کیفیت زندگی آن‌ها در شهرستان‌های استان و به تفکیک مناطق روستایی و شهری بررسی شود.

**نتیجه‌گیری:** در مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی زیر مقیاس‌های دو بعد سلامت جسمی و روانی سالمندان شهر سنندج در سطح متوسط و قابل قبولی قرار دارد و پایین‌ترین نمره مربوط به زیر مقیاس عملکرد عاطفی است. همچنین سالمندان با گروه سنی بالا، زنان سالمند، سالمندان با سطح تحصیلات پایین، سالمندان مناطق کم‌برخوردار و سالمندان با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.

بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه در تدوین سند ملی ارتقاء سلامت، رفاه و منزلت سالمندان کشور، ایجاد کانون‌های حمایتی

## References

1. Mojadam M, Eshghizadeh M, Johari Naeimi. Assessing interpersonal communication skills of elderly in Gonabad city. *Journal of Geriatric Nursing*. 2015; 2(1):29-38
2. Taheri E, Araban M, Ghanbari S, moradi kalboland M. The Relationship between Health Literacy and Rate of Receiving Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program with Self-care Ability in Elderly Women. *Journal of Health Literacy*. 2022;7(1):45-55.
3. World Health Organization. Fact about agenieng [Internet]. 2014 [Updated 2014 September 30]. Available form: <https://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
4. Statistics Center of Iran. Implementation of the 2011 Iranian population and housing census in autumn [Internet]. [updated 2018, February 20]. Available form: <http://www.amar.org.ir>
5. Abusalehi A, Vahedian-Shahroodi M, Esmaily H, Jafari A, Tehrani H. Mental health promotion of the elderly in nursing homes: a social-cognitive intervention. *International Journal of Gerontology*. 2021;15(3):221-7.
6. Balestrino, R., & Martinez-Martin, P. Reprint of Neuropsychiatric symptoms, behavioral disorders, and quality of life in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*. 2017; 15(373): 173-178
7. Ahmadzadeh K, Farshidi H, Nikparvar M, Ezati-Rad R, Mahmoodi M. The Relationship Between Health Literacy Level and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Journal of Health Literacy*. 2021;6(2):61-8.
8. Safavi SR, Bakhshi F, kasmaei P, Omidi S. Social determinants of health and lifestyle in the elderly. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2021;9(4):372-82. <https://doi.org/10.52547/ijhehp.9.4.372>
9. 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 <https://doi.org/10.1177/1010539510396699> PMID:21490104
10. M Malek, Hassankhani H, Darvishpur Kakhki, Asghari Jafarabadi M, Mansouri arani M, Mohamad nejad S. Investigating of quality of life and its correlation with individual, social, economic, and health variables of retirees of Tabriz. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015;11(1):35-41
11. Fazli M, Kaldi A, Seyedmirezayei S. Quality of Life and <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.12.060> PMID:28131182

- Related Demographic Factors among Elderly in Amol. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2019; 29(178):64-74
12. Darvishpoor Kakhki A, saeedi J. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. *Journal of School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2013; 23(82):8-16
  13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; (14): 875-82 <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5> PMID:16022079
  14. Afkhamzadeh A, Rahmani KH, Habibi A, Faraji O. Menarche Age and Its Association to Body Mass Index and Socioeconomic Status Among School Girls in Sanandaj in North-West of Iran. *shiraz E-Med j*. 2019;20(2):1-7. <https://doi.org/10.5812/semj.69802>
  15. Baernholdt M, Hinton Iv, Yan Gu, Rose Ka, Mattos Me. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. Published in final edited form as: *Qual Life Res*. 2012;21(3):527-534. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z> PMID:21706127 PMID:PMC3593634
  16. Khaje Y, Bishak, Payahoo L, Pourghasem B, Jafarabadi M. Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz. *Iran Journal of Caring Sciences*. 2014; 3(4):257-263.
  17. Nodehi Moghadam A, Rashid N, Hosseini S, Niaki A, Hosseinzadeh S. Evaluation of Quality of Life and its Related Factors in Elderly in Mashhad in 2017. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(3):310-319.
  18. Rajabi M, Jahanshiri S, Kashani Movahhed B, Hosein Rezaei hoseinabadi, hoseini shafiabad M, Mohammad Qashqaei A. Quality of life in and its correlates in elderly in Tehran. *payesh Journal of the Iranian Institute for Health Science Research*. 2017;(16)4:531-541
  19. Roser k, Mader L, Baenziger J, Sommer G, Kuehni C, Michel G. Health-related quality of life in Switzerland: normative data for the SF-36v2 questionnaire. *Quality of life research*. 2019; 28(7): 1963-1977. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02161-5> PMID:30848444 PMID:PMC6571102
  20. Cheraghi p, Eskanadari Z, Bozorgmehr Sh. Zanjari N, cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. *Journal of Education and Community Health*. 2019; 6(3):145-151. <https://doi.org/10.29252/jech.6.3.145>
  21. Miranda Lí, Soares Sô, Silva Pa. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(11):3533-3544. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015> PMID:27828586
  22. Raei M, Rohani H, Yaghubi N, Eidy F, Sadeghi A. A Survey of the Association between General Health and Quality of Life in Esfarayen Elderly People in 2017. *Journal of Military Health Promotion*. 2020;1(1):50-56
  23. 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
  24. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Mohammadsalehi N, Nasimi B, Ranjbar-Omrani G. Impacts of osteoporosis on Quality of Life in elderly women. *Chronic Diseases Journal*. 2013; 1(1):7-13
  25. Kwon K, Lee J, Jeon N, Kim Y. Factors associated with health-related quality of life in Koreans aged over 50 years: the fourth and fifth Korea National Health and nutrition examination survey. *Health and quality of life outcomes*. 2017; 15(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0816-4> PMID:29246226 PMID:PMC5732513
  26. Hekmatpou D, Jahani F, Behzadi F. Study the quality of life among elderly women in Arak in 2013. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*. 2014; 17(83): 1-8
  27. Saber M, Nosratabadi M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *Journal of Health & Development*. 2014; 3(3):189-199
  28. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan SH, Yazdankhah Fard M, Mirzaei K, Yazdanpanah S, et al. Assessing Quality of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. *Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(1):53-58.
  29. Gobbens R, Remmen R. The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*. 2019.14:231-239 <https://doi.org/10.2147/CIA.S189560> PMID:30787599 PMID:PMC6363394
  30. Onunkwor O, Al-Dubai S, George PH, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, et al. Across sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and quality of life outcomes*. 2016.14(1):1-10 <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0408-8> PMID:26753811 PMID:PMC4709911