

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان

دکتر وحید نجاتی*، دکتر حسن عشاوری**

چکیده

هدف: مدف این پژوهش تعیین ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان و بررسی نیازهای رفاهی، بهداشتی و درمانی آنان بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش افراد ۶۰ ساله و بالاتر شهرستان کاشان بودند که همراه خانواده زندگی می‌کردند. آزمودنی‌های پژوهش ۳۸۹ سالمند (۱۹۶ مرد و ۱۹۳ زن) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی به کار برده شد.

یافته‌ها: نمره کیفیت فعالیت فیزیکی افراد مورد بررسی ۵۹ (زنان ۵۷، مردان ۶۶) و نمره درک کلی از سلامت در زنان سالمند ۵۵/۵، در مردان ۶۵/۷ و در کل ۶۰/۷ بود. نمره ایفای نقش جسمی آزمودنی‌ها ۵۱ (زنان ۴۷/۵، مردان ۵۴/۵)، نمره فعالیت اجتماعی ۷۸/۲ (زنان ۷۸) در زنان، ۷۸/۴ (مردان) و نمره ایفای نقش عاطفی ۶۱/۸ (زنان ۶۱/۲، مردان ۶۲/۴) بود. نمره سلامت روانی در زنان سالمند ۹۱/۴، در مردان ۹۷/۳ و در کل ۹۴/۴ و نمره درد جسمی ۶۱/۷ (زنان ۵۷/۲، مردان ۶۶/۱) بود.

نتیجه‌گیری: سالمندان شهرستان کاشان از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نسبت به مناطق دیگر کشور برخوردارند.

کلیدواژه: سالمند، کیفیت زندگی، کاشان

مقدمه

۲۰۰۱). افزایش امید به زندگی از دستاوردهای مهم بشر بوده است؛ به گونه‌ای که در سده نوزدهم امید به زندگی کمتر از ۵۰ سال بوده و در سده بیست و یکم از مرز ۶۶ سال گذشته است (سارویماکی^۱ و استنیوک-هولت^۲، ۲۰۰۰). از این رو سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) برنامه‌ای را با تمرکز بر

بررسی‌ها نشان داده‌اند که در سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۱۳٪ جمعیت جهان را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌داده‌اند که ۱/۸٪ آنان بالای ۸۴ سال سن داشته‌اند و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۴۰ این نسبت به ۲۰٪ کل جمعیت برسد (کان^۱،

* دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی علوم اعصاب. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۸۳ (نویسنده مسئول).
E-mail: nejati@uswr.ac.ir

** نورولوژیست، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

(۲۰۰۶) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را برای سالمندان ایرانی به روش ثبات درونی^{۱۶} بالای ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ برای آن را ۰/۷۰ گزارش نمودند. وحدانی‌نیا، گشتاسبی، منتظری و مفتون (۱۳۸۴) پایایی و روایی آن را تأیید نمودند. احمدی، سالار و فقیه‌زاده (۱۳۸۳) ضریب آلفای کرونباخ برای پیوستگی درونی و روایی آن را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۶ و میانگین پایایی ابعاد هشت‌گانه را ۰/۸۶ به‌دست آوردند.

برای سنجش عملکرد فیزیکی پرسش‌های مربوط به فعالیت شدید، فعالیت متوسط، بلند کردن و حمل کردن، بالا رفتن از پله، خم شدن و زانو زدن، راه رفتن و حمام کردن در نظر گرفته می‌شود. برای بُعد ایفای نقش فیزیکی، پرسش‌های محدودیت در فعالیت‌های روزانه، کارایی مورد انتظار و میزان صرف زمان برای فعالیت‌های روزانه به کار برده می‌شود. برای بررسی درک کلی از سلامت، پرسش‌هایی در زمینه مقایسه سلامت فرد با دیگران و برای ارزیابی فعالیت اجتماعی پرسش‌هایی درباره ارتباط فرد با خانواده، دوستان و آشنایان وجود دارد (جان و ویر، ۲۰۰۰).

نمره‌گذاری پرسش‌نامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه صفر تا صد می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت و صد بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی است.

برای اجرای پژوهش، با مراجعه به فهرست خانوارهای شهری و انتخاب خانواده‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، پرسش‌گرها به نشانی آنها مراجعه و پیش از شرکت در پژوهش ضمن تشریح روند انجام بررسی، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را به امضای آزمودنی‌ها رساندند.

در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها اگر سالمند توانایی پاسخ‌گویی به پرسش‌ها را نداشت، داده‌های لازم به کمک پرستار یا نزدیک‌ترین فردی که از سالمند نگهداری می‌کرد، گردآوری می‌شد.

تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری من‌ویتنی^{۱۷} انجام شده است.

فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سلامتی و رفاه در سالمندان و اطمینان‌بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است. در ایران نیز هم‌اکنون نزدیک به ۷٪ جمعیت کشور را گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهد. هم‌چنین میانگین عمر در ایران نیز در سه دهه گذشته افزایش چشم‌گیری یافته است (نیکنام، ۱۳۸۳).

مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی افراد سالمند سلامتی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد (جان^۱ و پانگ^۲، ۱۹۹۸). کیفیت زندگی دستاورد مراقبت‌های بهداشتی و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌کند. از این رو می‌توان گفت که مراقبت‌های بهداشتی، تنها زمانی به‌عنوان مراقبت شایسته ارزیابی می‌شود که کیفیت زندگی به‌خوبی کمیت زندگی در فرد زیر پوشش خدمات، بهبود یافته باشد (هینکلیف^۳، ۱۹۹۳). بنابراین 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 زیان‌بار برای بهداشت و سلامت آنان تشخیص داده شده و از میان برداشته شود (کلارک^۴، ۱۹۹۵).

امروزه بررسی کیفیت زندگی بخش اساسی ارزیابی پزشکی به‌شمار می‌رود. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که دربرگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد (کار^۵، تومپسون^۶ و کیروان^۷، ۱۹۹۶؛ تستا^۸ و سیمونسون^۹، ۱۹۹۶؛ رویریگو^{۱۰}، میلان^{۱۱} و میلان^{۱۲}، ۱۹۹۶؛ اسوم^{۱۳}، ۲۰۰۳). بررسی حاضر در این راستا و با این فرضیه اصلی بود که کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند در ابعاد روانی و جسمی متفاوت است.

روش

این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، همه افراد ۶۰ ساله و بالاتر بودند که در خانواده‌های ساکن در شهرستان کاشان زندگی می‌کردند. آزمودنی‌های پژوهش ۳۸۹ سالمند با میانگین سنی ۶۹/۸ سال (انحراف معیار ۷/۷۴ و دامنه سنی ۶۰ تا ۱۲۰) بودند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی^{۱۳} سالمندان انجام شد (جان^{۱۴} و ویر^{۱۵}، ۲۰۰۰). اشاقی، رمضانی، شاه‌سنایی و بویا

1- Chan	2- Pang
3- Hinchliff	4- Clark
5- Carr	6- Thompson
7- Kirwan	8- Testa
9- Simonson	10- Reviriego
11- Millan	12- Fason
13- Short Form-36 Item Quality of Life Questionnaire	
14- John	15- Ware
16- internal consistency	17- Mann Whitney

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که این جدول نشان می‌دهد، بیشترین درصد آزمودنی‌ها (۷۳/۲٪) در گروه سنی ۷۵ سال و بالاتر هستند.

میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب جنس در جدول ۲ آمده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد نمره کیفیت فعالیت فیزیکی سالمندان مورد بررسی ۵۹/۰۷ (زنان ۵۷/۰۱، مردان ۶۶/۰۶) است. نمره درک کلی از سلامت در زنان ۵۵/۵۹، در مردان ۶۵/۷۲ و در کل ۶۰/۷۱ می‌باشد. آزمون آماری من‌ویتنی ارتباط معنی‌داری بین سن و فعالیت فیزیکی ($p < ۰/۰۰۱$)، درک کلی از سلامت ($p < ۰/۰۰۱$)، ایفای نقش جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، فعالیت اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$)، قوه یا نیروی حیاتی ($p < ۰/۰۰۱$) و درد جسمی ($p < ۰/۰۰۱$) در سالمندان نشان داد. مقایسه میانگین نمرات نشان داد که در سالمندان جوان (۶۰-۷۴ ساله) ابعاد یادشده بهتر از سالمندان مسن (۷۵ سال به بالا) می‌باشد. سلامت روان و ایفای نقش عاطفی در دو گروه سنی تفاوت معنی‌داری نداشت.

هم‌چنین آزمون آماری من‌ویتنی ارتباط معنی‌داری بین جنس و درد جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، فعالیت فیزیکی ($p < ۰/۰۰۱$)، درک کلی از سلامتی ($p < ۰/۰۰۱$)، ایفای نقش جسمی ($p < ۰/۰۰۱$)، نیروی حیاتی ($p < ۰/۰۰۱$) و سلامت

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	مرد (n=196)	زن (n=193)	کل (N=389)
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
گروه‌های سنی			
۶۰ تا ۷۴ سال	۵۳ (۲۶/۸)	۱۴۵ (۷۵/۱)	۱۹۸ (۵۰/۸)
۷۵ سال به بالا	۱۴۵ (۷۳/۲)	۴۸ (۲۴/۹)	۱۹۲ (۴۹/۳)
وضعیت تأهل			
متاهل	۱۸۳ (۹۳/۴)	۱۵۱ (۶۸/۳)	۳۳۴ (۸۵/۸)
مجرد	۴ (۰/۲)	۳ (۱/۶)	۷ (۱/۷)
مطلقه	۹ (۴/۶)	۳۹ (۲۰/۲)	۴۸ (۱۲/۳)
تحصیلات			
بی‌سواد	۱۰۵ (۵۳/۵)	۱۴۶ (۷۵/۶)	۲۵۱ (۶۴/۵)
ابتدایی	۶۳ (۳۲/۱)	۱۶ (۸/۲)	۷۹ (۲۰/۳)
دیپلم	۱ (۰/۵)	۰ (۰)	۱ (۰/۲)
بالاتر از دیپلم	۳ (۱/۵)	۱ (۰/۵)	۴ (۰/۸)

روانی ($p < ۰/۰۰۱$) نشان داد. ابعاد فعالیت اجتماعی و ایفای نقش عاطفی در دو جنس ارتباط معنی‌داری نداشتند. اما ارتباط معنی‌داری بین جنس و ایفای نقش اجتماعی و عملکرد اجتماعی نشان داده شد، به شکلی که مردان کارایی بالاتری در همه ابعاد کیفیت زندگی داشتند ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲- ابعاد کیفیت زندگی دو سالمندان شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۵

ابعاد کیفیت زندگی	مرد		زن
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
فعالیت فیزیکی	۶۶/۰۶ (۱۸/۳۵)	۵۹/۰۷ (۱۷/۶۹)	۵۷/۰۱ (۱۳/۸۲)
درک کلی از سلامتی	۶۵/۷۲ (۱۷/۳۱)	۶۰/۷۱ (۱۶/۹۲)	۵۵/۵۹ (۱۴/۸۹)
ایفای نقش جسمی	۵۴/۵۶ (۱۲/۶۸)	۵۱/۰۵ (۱۲/۸۵)	۴۷/۵۴ (۱۲/۰۷)
فعالیت اجتماعی	۷۸/۴۰ (۱۹/۳۰)	۷۸/۲۲ (۱۸/۴۰)	۷۸/۰۳ (۱۷/۵۰)
ایفای نقش عاطفی	۶۲/۳۸ (۱۴/۴۱)	۶۱/۷۸ (۱۴/۰۵)	۶۱/۲۱ (۱۲/۶۸)
قوه یا نیروی حیاتی	۶۵/۷۶ (۱۹/۰۲)	۶۲/۷۳ (۱۷/۶۹)	۵۹/۷۰ (۱۵/۷۲)
سلامت روانی	۹۷/۳۶ (۲۲/۷۸)	۹۴/۴۲ (۲۱/۴۷)	۹۱/۴۳ (۱۶/۶۷)
درد جسمی	۶۶/۱۰ (۲۰/۶۱)	۶۱/۷۰ (۱۸/۸۹)	۵۷/۲۲ (۱۵/۷۹)
جمع ابعاد	۶۵/۶۴ (۱۷/۱۸)	۶۲/۳۵ (۱۶/۳۷)	۵۹/۶۷ (۱۵/۷۱)

بحث

ایفای نقش جسمی، سایر ابعاد کیفیت زندگی در این بررسی بالاتر از بررسی کانباز^۵، توفیق و سونتر^۶، دباک^۷ و پکسن^۸ (۲۰۰۳) در شهر سامسون ترکیه است (جدول ۳).

برای بحث دقیق تر پیرامون تفاوت کیفیت زندگی سالمندان در بررسی حاضر و بررسی های مشابه می توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در دو گروه ابعاد جسمی و ابعاد روانی ارزیابی نمود (جان و ویسر، ۲۰۰۰). در سالمندان شهرستان کاشان ابعاد جسمی کیفیت زندگی پایین تر ولی ابعاد روانی آن بالاتر از بررسی های مشابه است. دلیل پایین بودن ابعاد جسمی کیفیت زندگی سالمندان مانند فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی و درد جسمی در سالمندان کاشان را می توان تحرک کمتر سالمندان دانست. بررسی های پیشین نیز نشان داده اند که ۴۱/۷٪ از سالمندان شهرستان کاشان از دردهای عضلانی - استخوانی و ۴۱/۷٪ از دردهای قلبی - عروقی رنج می برند (جغتایی و نجاتی، ۱۳۸۵).

سایر ابعاد کیفیت زندگی که در سالمندان شهرستان کاشان بالاتر از سالمندان ترکیه ای (کانباز و همکاران، ۲۰۰۳) و لبنانی (صبح و همکاران، ۲۰۰۶) نشان داده شده است (فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه نیروی حیاتی و سلامت روان)، از بعدهای روانی به شمار می روند. یکی از دلایل تبیین کننده این یافته را می توان گرایش ها و باورهای

با در نظر داشتن معیار صفر تا صد در پرسش نامه کیفیت زندگی سالمندان، میانگین ۵۰ با انحراف معیار ده را می توان به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول در نظر گرفت (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳). در بررسی حاضر نمره همه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان بالاتر از ۵۰ بوده و می توان کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان را مطلوب ارزیابی نمود. در دو جنس در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کیفیت فعالیت فیزیکی زنان کمتر از متوسط (۴۷/۵۴) برآورد گردید. مقایسه یافته های مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بررسی حاضر با یافته های احمدی و همکاران (۱۳۸۳) و وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) نشان می دهد که نمره همه ابعاد کیفیت زندگی در بررسی حاضر بیشتر از نمره های مشابه در دو بررسی یاد شده است.

مقایسه یافته های بررسی حاضر با بررسی انجام شده در زمینه کیفیت زندگی توسط صباح^۱، دورویی^۲، صباح، رتل - رودل^۳ و مرسیر^۴ (۲۰۰۶) نشان می دهد که فعالیت فیزیکی، درک کلی از سلامت، ایفای نقش جسمی و درد جسمی در بررسی حاضر کمتر از بررسی صباح و همکاران (همان جا) در لبنان، ولی سایر ابعاد کیفیت زندگی (فعالیت اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، قوه نیروی حیاتی، سلامت روان) در مطالعه حاضر مطلوب تر است. هم چنین به جز بعد

جدول ۳- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در سالمندان در مطالعه حاضر با چند بررسی داخلی و خارجی

ابعاد کیفیت زندگی	احمدی (زاهدان، ۱۳۸۲)	وحدانی نیا (تهران، ۱۳۸۴)	مطالعه حاضر (کاشان، ۱۳۸۵)	صبح (لبنان، شهرهای جنوبی، ۲۰۰۳)	کانباز (ترکیه، سامسون، ۲۰۰۳)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
فعالیت فیزیکی	۴۲/۷ (۲۱/۹)	۵۸/۳ (۲۶/۳)	۵۹/۰۷ (۱۷/۷)	۸۱/۳ (۲۲/۸)	۵۸/۹ (۲۷/۶)
درک کلی از سلامتی	۳۸/۶ (۱۵/۶)	۵۰/۱ (۲۰/۰)	۶۰/۷۱ (۱۶/۹)	۶۶/۳ (۲۲/۹)	۵۰/۲ (۲۰/۱)
ایفای نقش جسمی	۳۶/۸ (۳۳/۰)	۳۸/۳۵ (۳۷/۱)	۵۱/۰۵ (۱۲/۹)	۶۳/۶ (۴۳/۶)	۵۴/۳ (۴۲/۴)
فعالیت اجتماعی	۴۴/۹ (۱۶/۰)	۵۹/۶ (۲۸/۱)	۷۸/۲۲ (۱۸/۴)	۶۸/۸ (۲۹/۶)	۷۱/۳ (۲۴/۹)
ایفای نقش عاطفی	۴۵ (۲۴/۷)	۵۴/۶ (۱۸/۷)	۶۱/۱۸ (۱۴/۱)	۵۳ (۴۳/۳)	۶۰/۹ (۲۰/۴)
قوه یا نیروی حیاتی	۴۶/۷ (۱۹/۴)	۸۵/۴ (۴۰/۰)	۶۲/۷۳ (۱۷/۷)	۶۰/۸ (۲۲/۵)	۴۲/۵ (۲۱/۷)
سلامت روانی	۶۱/۷ (۱۷/۴)	۴۲/۶ (۱۸/۹)	۹۴/۴۲ (۲۱/۵)	۶۲/۸ (۲۲/۵)	۵۸/۸ (۴۵/۷)
درد جسمی	۳۷/۸ (۱۹/۳)	۵۸/۳ (۱۷/۴)	۶۱/۷۰ (۱۸/۹)	۶۸/۹ (۳۰/۶)	۵۹/۵ (۲۸/۱)
جمع ابعاد	۴۱/۷۶ (۲۱/۱)	۵۴/۱۱ (۲۷/۷)	۶۲/۳۵ (۱۶/۴)	۶۵/۶ (۲۹/۷)	۵۷ (۲۸/۸)

- 1- Sabbah
- 2- Drouby
- 3- Retel-Rude I
- 4- Mercier
- 5- Canbaz
- 6- Tevfik Sunter
- 7- Dabak
- 8- Peksen

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. لازم می‌دانیم از شورای محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در این زمینه همکاری نمودند، قدردانی نماییم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱/۲۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۱۰؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۳۱

منابع

- ابراهیمی، امرا... (۱۳۸۲). بررسی رابطه میزان افسردگی سالمندان مقیم خانه سالمندان با نگرش و عملکرد دینی آنها. *پژوهش در علوم پزشکی*، سال هشتم، شماره ۱، ۹۴-۹۵.
- احمدی، فضل...؛ سالار، علیرضا؛ قبه‌زاده، سقراط (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. *فصلنامه حیات*، سال دهم، شماره ۲۲، ۶۷-۶۱.
- جعفایی، محمدتقی؛ نجابی، وحید (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان. *سالمند*، سال یکم، شماره ۱، ۹-۳.
- نیکتام، محمدحسین (۱۳۸۳). اخلاق پزشکی و مراقبت‌های ویژه سالخوردگان، *طب و تزکیه*، شماره ۸، ۱۰۱-۹۷.
- وحدانی‌نیا، مریم‌سادات؛ گشتاسبی، آرینا؛ منظری، علی؛ مفتون، فرزانه (۱۳۸۴). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان: مطالعه جمعیتی. *فصلنامه پایش*، سال چهارم، شماره ۲، ۱۲۰-۱۱۳.
- Buchholz, W. (1996). Assessment of quality of life. *New England Journal of Medicine*, 335, 520-524.
- Calman, K. (1994). Quality of life in cancer patients: A hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-128.
- Canbaz, S., Tevfik Sunter, A., Dabak, S., & Peksen, Y. (2003). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Science*, 33, 335-340.
- Carr, A. J., Thompson, P. W., & Kirwan, J. R. (1996). Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 35, 275-281.
- Chan, K. M., & Pang, W. S. (1998). Self perception of health among elderly community dwellers in Singapore. *Annual Academy of Medicine*, 27, 461-466.

1- Buchholz

3- Agüero-Torres

5- Winblad

7- Luke

9- Eronen

11- Rauramaa

13- Nissinen

2- Strauss

4- Käreholt

6- Fratiglioni

8- Aich

10- Rankinen

12- Sulkava

دینی این سالمندان دانست. در ایران نشان داده شده است که باورهای دینی با سلامت روان سالمندان در ارتباط است (ابراهیمی، ۱۳۸۲). هم‌چنین بوچهلز^۱ (۱۹۹۶) نشان داد در شرایطی که افراد با بیماری و یا ناتوانی روبه‌رو می‌شوند، جنبه معنوی زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی پیدا می‌کند.

یک بررسی در مقایسه میزان ناتوانی در فعالیت‌های زندگی روزانه در بین سالمندان زن و مرد در سوئد، نشان داد که در زنان سالمند (۹۰ سال به بالا) شیوع ناتوانی و گرایش به بروز ناتوانی بیشتر از مردان سالمند است (استراتوس^۲، آگوارو-تورس^۳، کارهولت^۴، وینبلاد^۵ و فراتیگلیونی^۶، ۲۰۰۳). در این بررسی نیز زنان کارکرد بدنی کمتری را نسبت به مردان گزارش نمودند. شاید بتوان بهتر بودن عملکرد جسمی را در مردان سالمند در این بررسی به دلیل فعالیت‌های بدنی بیشتر مردان دانست. لاکه^۷ و همکاران (۲۰۰۶) برای سنجش فعالیت فیزیکی سالمندان افزون بر پرسش‌نامه کیفیت زندگی از پرسش‌نامه هنجاریابی شده سنجش فعالیت فیزیکی جانسون نیز بهره گرفتند و نشان دادند که هر هشت زمینه کیفیت زندگی بهتر در سالمندان با فعالیت فیزیکی بالاتر همبستگی معنی‌دار داشته است.

بررسی حاضر نیز نشان داد که کیفیت زندگی مردان به‌طور کلی از زنان بالاتر است. این یافته در بررسی صبح و همکاران (۲۰۰۶) در لبنان نیز نشان داده شده است. محدود بودن فعالیت‌های فیزیکی زنان در پیرون از خانه و باورهای سنتی که زنان را به عنوان مراقبین بچه‌ها و همسر می‌شناسند، می‌تواند تفاوت در کیفیت زندگی زنان و مردان را در پی داشته باشد. هم‌چنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار (آیچ^۸، به‌نقل از صبح و همکاران، ۲۰۰۶) و فرار سیدن دوره یائسگی در زنان (ارونن^۹، رانکینن^{۱۰}، اورامائا^{۱۱}، سولکاووا^{۱۲} و نیسینن^{۱۳}، ۱۹۹۷) در این زمینه مؤثر دانسته شده است. یکی از محدودیت‌های پژوهش، در دست‌نبودن اطلاعات دقیق آماری درباره سالمندان شهرستان کاشان بود. از آن‌جا که هرگونه برنامه‌ریزی و آموزش در این زمینه نیازمند در دست‌داشتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نشانی دقیق پستی جمعیت هدف می‌باشد، پیشنهاد می‌شود بانک اطلاعاتی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان با توجه به وضعیت سلامت آنان تدوین گردد و با ارایه آموزش‌های لازم در مورد پیش‌گیری کیفیت زندگی در سالمندان افزایش داده شود.

- Clark, P. G. (1995). Quality of life values and team work in geriatrics care: Do we communicate what we mean. *Gerontologists Washington*, 35, 402-415.
- Easom, L. R. (2003). Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 11-22.
- Fronon, M. K., Rankinen, T., Rauramaa, R., Sulkava, R., & Nissinen, A. (1997). Clinical investigation: Does aging mean a better life for women? *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 594-597.
- Eshaghi, S. R., Ramezani, M. A., Shahsanace, A., & Pooya, A. (2006). Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*, 3, 1763-1766.
- Guggenmoos-Holzmann, I., Bloomfield, K., & Brenner, H. (1995). *Quality of life and health: Methods and applications*. Berlin: Blacwell Wissenschafts-Verlag.
- Hinchliff, S. (1993). *Nursing and health care* (2nd. ed.). New York: Edward Arnold Company.
- John, E., & Ware, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25, 3130-3139.
- Kun, L. G. (2001). Tele health and global health net work in the 21-century. From home care to public health informatics. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 64, 155-167.
- Luke, S. A., Longfor, J., Fieldstad, A. S., Fieldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S., & Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 37-43.
- Reviriego, J., Millan, M. D., & Millan, M. (1996). Evaluation of the Diabetes Quality of Life Questionnaire in a Spanish population. *Pharmacoeconomics*, 10, 614-622.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rudel, N., & Mercier, M. (2006). Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 30-35.
- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Strauss, E. V., Agüero-Torres, H., Káreholt, I., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2003). Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 669-677.
- Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- World Health Organization (1998). Ageing: The surest demographic reality of the next century. *World Health*, 51, 26-27.
- World Health Organization (2006). *Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100*. Geneva, WHO.