سنجش کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۵

محسن رجبی[۱]، سمیه جهانشیری[۱]، بهاره کاشانی موحد[۱]، حسین رضایی حسین آبادی[۱]، مصطفی حسینی شفیع آبادی[۱]، افشان محمد قشقایی[۱]، علیرضا بهرامی[۲*]، شعله منصوری[۱]

۱. جهاد دانشگاهی، علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۴/۲۵
سال شانزدهم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۳۹۶ صص ۵۴۱-۵۳۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ مرداد ۹۶]

چکیده

مقدمه: موضوع کیفیت زندگی در قرن حاضر مخصوصاً برای اقشار سالمند به یک امر چالشی تبدیل شده است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در شهر تهران و عوامل مرتبط با آن انجام رسیده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در میان سالمندان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه شامل ۱۱۴۷ نفر بود که در مردادماه ۱۳۹۵ با مراجعه به درب منازل مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه های مورد نظر در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، متناسب با جمعیت سالمندان در هر منطقه (نمونه‌گیری طبقه‌ای) انتخاب شدند. نمونه‌های درون هر منطقه نیز با انتخاب تصادفی از میان محلات شهری و سپس از میان بلوک‌ها (نمونه‌گیری خوشه‌ای) انجام شد. ابزار سنجش مطالعه نیز سنجه-های کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان (EHRQoL) و رضایت از زندگی در سالمندان (LSI-Z) بودند.

یافته ها: کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان در بردارنده هشت شاخص بود. بهترین وضعیت سالمندان مطالعه شده مربوط به شاخص رفاه معنوی با میانگین ۹۰/۷۶ بود. دو شاخص امنیت و رفاه اجتماعی با میانگین ۵۷/۰۲ و سلامت روان با میانگین ۵۱/۳۶ دارای کمترین میزان بودند. میزان رضایت از زندگی و میزان فعالیت در سالمندان با کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت رابطه معنی‌دار داشتند.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به انتقال ساختار سنّی جمعیت از جوانی به سالخوردگی در کشور و به ویژه در کلان شهر تهران، بهبود کیفیت زندگی سالمندان نیازمند حمایت‌های رسمی و غیر رسمی است. با اختصاص حمایتهای یارانه‌ای و ارتقای کیفیت محل‌های سکونت سالمندان، همچنین ایجاد برنامه‌های متنوع تفریحی، ورزشی و ... در محلات شهری، می‌توان در راستای ارتقای سلامت و سطح کیفیت زندگی سالمندان گام برداشت. که در این میان حمایت‌های درمانی و مراقبتی از سالمندان در این زمینه ضروری است.

کلیدواژه: کیفیّت زندگی، سالمندان شهر تهران، رضایت از زندگی سالمندان، میزان فعالیت سالمندان

کد اخلاق: IR.ACECR.Avicenna.REC.1395.7

* نویسنده پاسخگو: ولنجک، میدان شهید شهریاری، بلوار دانشجو، خیابان شهید اعرابی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲، طبقه دوم، جهاد دانشگاهی
E-mail: Alirezabahrami@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

مقدمه

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسأله مهم‌تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی مطرح شده است[۱]. کیفیت زندگی یکی از شاخص‌هایی است که برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آن مورد سنجش قرار می‌گیرد[۲]. 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 بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد[۳]. پیر شدن جمعیت برای کشورهایی که به دنبال فراهم آوردن امنیت و رفاه برای تعداد رو به رشد افراد سالمند خود هستند، چالشی واقعی محسوب می‌شود[۴]. ایران در دهه‌های آینده به یکی از سالخورده‌ترین کشورهای در حال توسعه تبدیل خواهد شد و سرعت سالخوردگی آن همچون سرعت کاهش باروری، منحصر به فرد خواهد بود[۵]. در نیم قرن گذشته، مسئله جوانی جمعیت در ایران محوریت داشته و در نیم قرن آتی به تدریج مسئله سالخوردگی جمعیت و تمرکز نسبی بر سنین میانسالی، نمود و محوریت خواهد داشت[۶]. هرچند ایران هنوز به نسبت دارای جمعیت جوانی است، پیش‌بینی می‌شود که جمعیت سالمندان در طی کمتر از ۲۰ سال آینده دو برابر شود[۷]. بر اساس نتایج سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰، حدود ٪۸/۲ جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند. این میزان نسبت به سرشماری‌های گذشته نشان دهنده رشد ۴/۲۳ درصدی جمعیت سالمندان در مناطق شهری است و پیش‌بینی می‌شود که نسبت سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ٪۳۱ افزایش یابد[۸]. هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد. بلکه امروزه در جهان، مفهوم «سالمندی پویا» مطرح است؛ یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز باید مورد توجه قرار گیرد[۹]. بنا به تعریف سازمان سلامت جهان کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است[۲]، که در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی را در بر می‌گیرد و از شاخص‌های مهمی است که اندازه‌گیری مستقل آن در تحقیقات مختلف سلامت به عنوان یکی از پیامدهای مهم لازم و ضروری است[۱۰]. کیفیت زندگی به وسیله محیط اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و واکنش ما به این محیط تحت تأثیر قرار می‌گیرد[۱۱]. مهم‌ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی افراد سالمند، سلامتی است. بررسی‌ها نشان داده است که سلامتی با افزایش سن کاهش می‌یابد[۱۲]. گرچه افزایش سن در سالمندان با افت کیفیت زندگی همراه است، اما اثر سایر متغیرها را نباید در این کاهش از نظر دور داشت. کیفیت زندگی در سالمندان می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد. از این رو دانستن عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی دارای اهمیت بالقوه‌ای است[۱۳]. وحدانی نیا و همکارانش در مطالعه‌ای جمعیتی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را در سالمندان تهرانی انجام دادند که یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با متغیرهای جمعیتی مانند سن، تحصیلات، تأهل و شغل ارتباط معنادار دارد. از عواملی که منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان می‌شود می‌توان به افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش تماس‌های اجتماعی که منجر به تنهایی و انزوا می‌شود، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و کاهش استقلال فردی به دلیل ناتوانی‌های جسمی و روانی اشاره کرد[۳]. روزنبرگ(Rosenberg) و همکاران طی مطالعه‌ای اظهار می‌دارند که در کشورهای در حال توسعه بیشتر سالمندان جدا از فرزندانشان زندگی می‌کنند که این نیز به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد[۱۱]. ارفیلا(Orfila) و همکارانش در اسپانیا تفاوت کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج این تحقیق کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت و این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماری‌های مزمن در زنان بود[۱۴].در مطالعه‌ای که تاجور و همکاران در مورد سالمندان شهر تهران انجام دادند، وضعیت کیفیت زندگی سالمندانی که متأهل بودند، بهتر گزارش شد[۷]. نتایج یک مطالعه گسترده در سالمندان تایلندی نشان داد که زندگی بدون زوج(همسر) و وضعیت اقتصادی ضعیف دو پیش بینی کننده اصلی کیفیت زندگی پایین در سالمندان هستند[۱۳]. شرکت سالمندان در فعالیت‌های معنی‌دار، معمولاً در قالب دوستی و مشارکت سازمان یافته(همانند شرکت در کلاس‌های مختلف)، یکی از عناصر کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی و به دنبال آن کاهش معلولیت‌های دوران سالمندی است[۱۵]. همچنین نتایج مطالعه‌ای گسترده پیرامون کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان در چین نیز حاکی از تأثیر متغیر ترتیبات زندگی(living Arrangments) و دیگر عوامل مربوط به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

تعامل اجتماعی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد. بر اساس این مطالعه آسیب پذیرترین سالمندان شهری کسانی هستند که کاملاً به‌تنهایی زندگی می‌کنند[۱۶]. متغیر رضایت از زندگی نیز در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد[۱۷]. نتایج مطالعه‌ای در ایالت متحده نیز بیانگر این بود که تحصیلات پایین، بیکاری و درامد پایین خانوار، پیش‌بینی کننده‌هایی برای کیفیت زندگی ضعیف در سالمندان هستند[۱۸]. در شهر تهران مطالعاتی در زمینه بررسی کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است که تنها محدود به سالمندان برخی از مناطق این شهر بوده است. در این مطالعه سالمندان تمامی مناطق ۲۲ گانه لحاظ گردیده‌اند که خود زمینه مقایسه کیفیت زندگی آن‌ها را از زوایای مختلف فراهم می‌آورد. بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۵٪ از تعداد کل سالمندان کشور (۷۵۹/۶۷۶ نفر) در شهر تهران سکونت دارند. همچنین میزان سالمندان شهر تهران نسبت به کل جمعیت این شهر ۱۱٪ درصد است[۸]. پژوهش حاضر با هدف سنجش سطح کیفیت زندگی سالمندان مناطق مختلف شهر تهران و همچنین بررسی رابطه رضایت زندگی، میزان فعالیت و برخی عوامل زمینه‌ای دیگر با کیفیت زندگی انجام گردید.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی، از نوع مقطعی بود که در مردادماه ۱۳۹۵ اجرا گردید. نمونه پژوهش این تحقیق مشتمل بر افراد ۶۰ سال به بالا بود که در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران زندگی می‌کردند. حجم نمونه این تحقیق با استفاده از فرمول کوکران و(d=۰/۰۳)، ۱۰۶۷ نفر محاسبه گردید که در نهایت با اختصاص حداقل ۳۰ نفر در هر منطقه شهری، تعداد نمونه نهایی ۱۱۴۷ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه از نوع طبقه‌ای متناسب و خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. بدین ترتیب که بر روی نقشه شهر تهران با توجه به نسبت جمعیت سالمندان مناطق۲۲گانه، ۶۳ محله به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. سپس از میان بلوک‌های محلات منتخب، دو بلوک به‌طور تصادفی جهت مراجعه حضوری پرسشگران به درب منازل سالمندان، در نظر گرفته شد. آموزش‌های لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به همراه نقشه بلوک و محلات، به ۸ پرسشگر ارائه گردید. از هر بلوک ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند. نقطه شروع در هر بلوک از ضلع شمال شرقی بود و زنگ‌های منازل مسکونی با فاصله منظم (۵ تایی)، انتخاب شدند. به پرسشگران توصیه شده بود در انتخاب افراد سالمند در داخل بلوک‌های نمونه-گیری، تنوع پاسخگویان از نظر جنسیت را رعایت نمایند و از هر خانوار نیز تنها با یک سالمند مصاحبه کنند. از افرادی که قادر به همکاری نبودند و یا تمایل نداشتند، صرف نظر می‌شد و از خانوار مجاور، نمونه‌گیری گردید. پرسشگران موظف بودند با خود سالمندان مصاحبه نمایند و نحوه پرسشگری ایشان توسط ناظران مورد بررسی قرار گرفت. برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه طراحی شده توسط آقای درویش‌پور و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه با رعایت اصول علمی و بر اساس مفهوم کیفیت زندگی در فرهنگ ایران طراحی و دارای اعتبار و پایایی بالا جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان بود[۱۹]، و دارای ۵۱ عبارت در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت در شش حیطه است. حیطه توانایی مشارکت اجتماعی شامل ۹ عبارت، انسجام خانواده شامل ۸ عبارت، روان سالم شامل ۱۰ عبارت، رفاه معنوی شامل ۶ عبارت، استقلال شامل ۶ عبارت، احساس بیمار نبودن شامل ۱۱ عبارت. همچنین یک عبارت نیز به‌صورت کلی، سلامتی فرد را مورد پرسش قرار می‌دهد. جهت سنجش رضایت از زندگی سالمندان نیز از مقیاس رضایت از زندگی Z استفاده شد که برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ با همکاری دانشگاه شیکاگو طراحی شده است. این پرسشنامه در سال ۱۳۶۹ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در بسیاری از مطالعات استفاده شده است[۲۰]. نسخه فارسی این پرسشنامه بر اساس مطالعه تقربّی و همکاران در سال ۱۳۸۶، ابزاری پایا و روا است[۲۱]. این مقیاس دارای ۱۳ عبارت شامل دیدگاه سالمند در مورد وضعیت وی در مقایسه با دوران جوانی، وضعیت وی در مقایسه با سایر افراد، کارهای گذشته و حال، برنامه‌ریزی برای آینده و دستیابی به خواسته‌ها، است. همچنین متغیر میزان فعالیت فرد سالمند نیز در قالب یک طیف لیکرت ۴ عبارتی محقق ساخته شامل میزان شرکت در فعالیت‌های مذهبی، هنری، ورزشی و گردش و تفریح، سنجیده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی، آنوا Anova و همبستگی (ضریب پیرسون) با بهره‌گیری از نرم افزار spss۲۲، استفاده شد. تمام مقادیر در سطح p≤۰/۰۵، معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد ۱۱۴۷ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به دست آمد. میانگین سنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

پاسخگویان ۷۰/۴۳ سال بود که کمترین مورد ۶۰ و بیشترین مورد ۹۷ سال داشت. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است. بررسی متغیر جنسیت به تفکیک متغیرهای همراهان زندگی و وضعیت تأهل نشان داد که ۲۴/۵ درصد از زنان سالمند تنها زندگی می‌کنند، در حالی که ۴/۵ درصد از مردان سالمند تنها بودند. همچنین در حالی که درصد زنان سالمند همسر فوت شده ۵۰/۶ درصد بود، و درصد مردان سالمندی که همسرشان فوت شده بود، ۸/۱ درصد بودند. بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان می‌داد که سالمندان شهر تهران از نظر رفاه معنوی، انسجام خانواده، استقلال و توانایی مشارکت اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار دارند. احساس توانمندی، احساس بیمار نبودن، امنیت و رفاه اجتماعی و سلامت روانی نیز در حد نسبتاً مطلوب است. بیشتر مشکلات آن‌ها در وضعیت سلامت روانی و امنیت و رفاه اجتماعی است که نسبت به ابعاد دیگر دارای میانگین کم‌تری هستند. بیش-ترین میزان کیفیت زندگی مربوط به بُعد رفاه معنوی و کم‌ترین میانگین مربوط به بُعد روان سالم است. در مجموع ۱۰/۹ درصد از پاسخگویان دارای سطح کیفیت زندگی نامطلوب، ۶۳/۶ درصد کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ٪۲۵/۵ دارای سطح مطلوبی بودند (جدول شماره ۲). لازم به ذکر است که دو بُعد احساس توانمندی و امنیت و رفاه اجتماعی در تحلیل عامل داده‌های این مطالعه استخراج شد و به شش عامل اولیه مقیاس سنجش کیفیت زندگی اضافه گردید. با توجه به نتایج جدول شماره ۳، تمامی متغیرهای زمینه‌ای مورد استفاده در این مطالعه با کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان در ارتباط است. مقایسه زوجی زیر گروه‌ها نشان داد که کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در مردان سالمند و سالمندان دارای بیمه درمانی پایه و تکمیلی بیشتر است. همچنین نتایج آزمون تعاقبی ال اس دی (LSD) برای مقایسه متغیرهای دارای بیش از دو زیر گروه بیانگر این است که هرچه بر سن سالمند افزوده شده است، میزان کیفیت زندگی وی کاهش پیدا کرده است. سالمندان متأهل نسبت به سالمندانی که از همسر خود طلاق گرفته و یا همسرشان در قید حیات نیست، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. هرچه میزان تحصیلات سالمند بالاتر بوده است، سطح کیفیت زندگی نیز بالاتر است. سالمندان هم‌سکنی نسبت به سالمندان هم‌جوار، کیفیت زندگی بالاتری دارند. سالمندان ساکن در منازل شخصی خود، از سطح کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سالمندانی که در منازل استیجاری، فرزندان و اقوام خود هستند، برخوردارند. همچنین این اختلاف در مورد سالمندانی که در منازل استیجاری زندگی می‌کنند، نسبت به سالمندانی که در منازل فرزندان خود هستند، نیز وجود دارد. سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند، از سطح کیفیت زندگی بالاتری نسبت به هر چهار گروه دیگر برخوردار هستند. این اختلاف در خصوص سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کنند نسبت به سالمندان تنها زی و سالمندانی که با فرزندان و اقوام خود هستند، نیز وجود دارد. سالمندان بازنشسته‌ای که هنوز شاغل هستند، در مقایسه با پنج گروه دیگر سالمندان (سالمندان شاغل، سالمندان بازنشسته، سالمندان خانه‌دار، سالمندان از کار افتاده و سالمندان بیکار)، کیفیت زندگی بالاتری دارند. سالمندان شاغل و سالمندان بازنشسته نیز نسبت به سالمندان خانه‌دار، از کارافتاده و بیکار، سطح کیفیت زندگی بالاتری دارند. همچنین سالمندانی که خانه‌دار هستند، نسبت به سالمندان از کار افتاده، از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. در نهایت هر چه سطح درآمد سالمند بالاتر است، از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

بررسی ارتباط میان میزان فعالیت و رضایت از زندگی در سالمندان با میزان کیفیت زندگی آن‌ها نیز نشان دهنده وجود رابطه معنی‌دار است (جدول شماره ۴). هرچه میزان فعالیت و رضایت از زندگی در سالمندان بالاتر است، کیفیت زندگی آن‌ها نیز افزایش پیدا کرده است. این افزایش در همه بُعدهای کیفیت زندگی به‌جز بُعد رفاه معنوی وجود دارد. در جدول شماره ۵ کیفیت زندگی، میزان فعالیت و میزان رضایت از زندگی سالمندان مناطق مختلف شهر تهران مقایسه شده است. نتیجه آزمون معنی‌داری نشان دهنده وجود اختلاف در مناطق مختلف شهر تهران است ($P =$۰/۰۰۱). در هر سه متغیر، سالمندان ۱۳ محله در خوشه شمالی نسبت به سایر خوشه‌ها از میانگین بالاتری برخوردار بودند. نتایج آزمون تعاقبی ال اس دی بیانگر معنی‌دار بودن اختلاف میانگین کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و میزان فعالیت در سالمندان محلات خوشه شمال نسبت به چهار خوشه دیگر است. اختلاف میزان کیفیت زندگی سالمندان محلات خوشه غرب با خوشه جنوب ($P =$۰/۰۴) و میزان فعالیت سالمندان خوشه غرب با خوشه شرق ($P=$۰/۰۰۱) نیز معنی‌دار است. همچنین اختلاف میزان کیفیت زندگی سالمندان و رضایت از زندگی محلات خوشه مرکز با خوشه جنوب نیز (به ترتیب با $P =$۰/۰۰۰ و $P =$۰/۰۲) معنی‌دار است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

جدول ۱: مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه(۱۱۴۷ نفر)

	تعداد	درصد		تعداد	درصد
سن(سال)			**مدت سکونت(سال)**		
۶۰ تا ۷۴	۷۹۷	۶۹/۵	-۴۰	۱۸۴	۱۶
۷۵ تا ۸۵	۲۸۲	۲۴/۶	۴۱-۶۰	۴۹۱	۴۲/۸
۸۶ به بالا	۶۸	۵/۹	+۶۱	۴۳۸	۳۸/۲
وضعیت تأهل			**تحصیلات**		
مجرد	۱۷	۱/۵	بی‌سواد	۳۳۷	۲۹/۴
متأهل	۸۰۲	۶۹/۹	ابتدایی	۴۲۱	۳۶/۷
مطلقه	۱۳	۱/۱	دیپلم و فوق دیپلم	۲۵۶	۲۲/۳
همسر فوت شده	۳۱۱	۲۷/۱	لیسانس و بالاتر	۱۳۰	۱۱/۳
بیمه درمانی			**بیمه تکمیلی**		
دارد	۱۰۷۵	۹۳/۷	دارد	۶۸۴	۵۹/۶
ندارد	۷۰	۶/۱	ندارد	۳۸۶	۳۳/۷
همراهان			**وضعیت شغلی**		
همسر	۳۶۰	۳۱/۴	بیکار	۲۱	۱/۸
تنها	۱۵۴	۱۳/۴	از کار افتاده	۸۵	۷/۴
همسر و فرزند	۴۳۶	۳۸	خانه دار	۳۲۸	۲۸/۶
فرزند	۱۶۸	۱۴/۶	بازنشسته	۵۹۸	۵۲/۱
اقوام	۲۱	۱/۸	شاغل	۹۳	۸/۱
میزان درآمد			**مسکن**		
کمتر از ۵۰۰ هزار	۱۲۲	۱۰/۶	شخصی	۹۳۹	۸۱/۹
۵۰۰ هزار تا یک م	۴۲۲	۳۶/۸	استیجاری	۱۳۲	۱۱/۵
یک تا دو میلیون	۴۳۲	۳۷/۷	فرزندان و اقوام	۵۴	۴/۷
بالای دو میلیون	۱۱۸	۱/۳	سایر	۸	۰/۷
جنسیت			**نحوه اقامت**		
			با فاصله	۳۲۵	۲۸/۳
مرد	۶۳۱	۵۵	هم‌سکنی	۶۴۱	۵۵/۹
زن	۱۶	۴۵	همجوار	۱۴۷	۱۲/۸

جدول ۲: توزیع فراوانی کیفیت زندگی و ابعاد آن در سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۵

	نامطلوب		نسبتا مطلوب		مطلوب		میانگین
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	(۰-۱۰۰)
رفاه معنوی	۱۱	۱	۸۲	۷/۱	۱۰۵۴	۹۱/۹	۹۰/۷۶
انسجام خانواده	۱۶	۱/۴	۱۴۶	۱۲/۷	۹۸۵	۸۵/۹	۸۰/۴۳
استقلال	۳۷	۳/۲	۲۶۲	۲۲/۸	۸۴۸	۷۳/۹	۷۷
توانایی مشارکت اجتماعی	۸۱	۷/۱	۴۹۲	۴۲/۹	۵۷۴	۵۰	۶۳/۹۱
احساس توانمندی	۱۲۰	۱۰/۵	۵۴۱	۴۷/۲	۴۸۶	۴۲/۴	۶۱/۹۵
احساس بیمار نبودن	۲۰۱	۱۷/۵	۵۰۰	۴۳/۶	۴۴۶	۳۸/۹	۵۸/۴۰
امنیت و رفاه اجتماعی	۲۱۶	۱۸/۸	۴۹۹	۴۳/۵	۴۳۲	۳۷/۷	۵۷/۰۲
روان سالم	۲۳۶	۲۰/۶	۵۸۸	۵۱/۳	۳۲۳	۲۸/۲	۵۱/۳۶
کیفیت زندگی سالمندان	۱۲۵	۱۰/۹	۷۲۹	۶۳/۶	۲۹۳	۲۵/۵	۵۵/۰۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

جدول ۳: بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با متغیر کیفیت زندگی در سالمندان شهر تهران

	تعداد	میانگین	مقدار آزمون		تعداد	میانگین	مقدار آزمون
سن(سال)				**تحصیلات**			
۶۰ تا ۷۴	۷۹۷	۵۷/۶۴	F=۳۵/۰۹	بیسواد و ابتدایی	۷۵۸	۱۶۰/۲۶	F=۸۵/۷۴
۷۵ تا ۸۵	۲۸۲	۵۰/۱۰	P =۰/۰۰۱	دیپلم و فوق دیپلم	۲۵۶	۱۷۵/۲۵	P =۰/۰۰۱
۸۶ به بالا	۶۸	۴۵/۴۷		لیسانس به بالا	۱۳۰	۱۸۲/۶۰	
وضعیت تأهل				**مسکن**			
مجرد	۱۷	۱۶۵/۰۹		شخصی	۹۳۹	۱۶۷/۹۳	F=۱۰/۷۲
متأهل	۸۰۲	۱۷۰/۲۸	F=۳۱/۸۴	استیجاری	۱۳۲	۱۵۹/۵۳	P =۰/۰۰۱
مطلقه	۱۳	۱۴۹/۴۰	P =۰/۰۰۱	منزل فرزندان	۳۹	۱۴۹/۳۰	
همسر فوت شده	۳۱۱	۱۵۶/۰۸		منزل اقوام	۱۵	۱۵۲/۶۱	
بیمه درمانی				**بیمه تکمیلی**			
دارد	۱۰۷۵	۱۶۶/۷۹	T=۳/۳۴	دارد	۶۸۴	۱۷۰/۰۶	T=۶/۲۱
ندارد	۷۰	۱۵۶/۱۴	P =۰/۰۰۱	ندارد	۳۸۶	۱۶۱/۰۴	P =۰/۰۰۱
همراهان				**وضعیت شغلی**			
همسر	۳۶۰	۱۶۸/۲۴		بیکار	۲۱	۱۵۲/۰۶	
تنها	۱۵۴	۱۵۶/۴۷		از کار افتاده	۸۵	۱۴۷/۰۵	
همسر و فرزند	۴۳۶	۱۷۱/۸۶	F=۲۴/۲۷	خانه دار	۳۲۸	۱۶۰/۵۶	F=۳۴/۲۶
با اقوام	۲۱	۱۵۵/۷۸	P =۰/۰۰۱	بازنشسته	۵۵۸	۱۷۰/۲۴	P =۰/۰۰۱
با فرزند	۱۶۸	۱۵۶/۰۶		شاغل	۹۳	۱۷۳/۸۹	
میزان درآمد				بازنشسته شاغل	۴۰	۱۸۹/۷۶	
زیر یک میلیون	۵۴۴	۱۵۸/۷۱		**نحوه اقامت**			
یک تا دو میلیون	۴۳۲	۱۷۱/۳۲	F=۶۹,۸۳	با فاصله	۳۲۵	۱۶۵/۸۱	
دو میلیون به بالا	۱۱۸	۱۸۱/۳۳	P =۰/۰۰۱	هم‌سکنی	۶۴۱	۱۶۷/۳۸	F=۴/۱۱
جنسیت				همجوار	۱۴۷	۱۶۱/۳۱	P =۰/۰۰۱
مرد	۶۳۱	۱۷۰/۸۹	T=۷/۷۸				
زن	۵۱۶	۱۶۰/۳۱	P =۰/۰۰۱				

جدول ۴: بررسی ارتباط متغیرهای میزان فعالیت و رضایت از زندگی با متغیر کیفیت زندگی در سالمندان شهر تهران

	میزان فعالیت		میزان رضایت از زندگی	
	Pearson	P	Pearson	P
انسجام خانواده	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۰۰۱
احساس بیمارنبودن	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱
احساس توانمندی	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۰۰۱
روان سالم	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۰۱
توانایی مشارکت اجتماعی	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۰۰۱
استقلال	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۰۰۱
امنیت و رفاه اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۰۰۱
رفاه معنوی	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۲۹
کیفیت زندگی سالمندان	۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

جدول ۵: مقایسه کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و میزان فعالیت سالمندان مناطق مختلف شهر تهران

مناطق	تعداد نمونه	کیفیت زندگی	رضایت از زندگی	میزان فعالیت
شمال	۲۵۴	۱۷۷/۰۸	۱۷/۷۲	۹
جنوب	۱۶۴	۱۵۹/۳۳	۱۵/۹۶	۸/۰۲
غرب	۲۰۸	۱۶۴/۲۹	۱۶/۶۶	۸/۳۹
شرق	۳۱۰	۱۶/۰۸۷	۱۶/۴۰	۷/۶۴
مرکز	۲۱۱	۱۶۷/۷۹	۱۶/۹۰	۸/۰۷
جمع	۱۱۴۷	۱۶۶/۱۳	۱۶/۷۷	۸/۲۱
نتیجه آزمون		F=۲۳/۳۹	F=۶/۵۴	F=۱۰/۱۴
		P =۰/۰۰۱	P =۰/۰۰۱	P =۰/۰۰۱

شمال: منطقه۱(اراج، جماران، قیطریه، ولنجک)؛ منطقه۲(دریا، گیشا، ایوانک)؛ منطقه۳(ونک، حسن آباد، اختیاریه، سید خندان)؛ منطقه۵(پونک شمالی، اباذر)

جنوب: منطقه۱۵(هاشم آباد، افسریه جنوبی، مسعودیه)؛ منطقه۱۶(جوادیه ، خزانه)؛ منطقه۱۹(خانی آباد، نعمت آباد)؛ منطقه۲۰(ابن بابویه، سیزده آبان)

غرب: منطقه۵(شهران، سازمان برنامه، شهرک پرواز)؛ منطقه۹(استاد معین، شمشیری)؛ منطقه۱۷(جلیلی، ابوذر)؛ منطقه۱۸(بهداشت، فردوس)؛ منطقه ۲۱(باشگاه نفت، شهرک آزادی)؛ منطقه۲۲(شهرک باقری، شهرک قائم)

شرق: منطقه۴(علم و صنعت، نارمک، جوادیه، تهرانپارس، اوقاف)؛ منطقه۷(خواجه نظام الملک، کاج، ارامنه)؛ منطقه۸(مدائن، فدک، تسلیحات)؛ منطقه۱۳(زاهد گیلانی، امامت)؛ منطقه۱۴(صاحب الزمان، ابوذر، پرستار)

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و جنسیت، یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردان (۱۷۰/۸۹) بالاتر از میانگین کیفیت زندگی زنان (۱۶۰/۳۱) بود. این یافته‌ها در تأیید نتایج مطالعات مشابه در این زمینه است[۱, ۳, ۱۲, ۱۸, ۲۲]. همچنین مطالعه‌ای در اسپانیا نیز کیفیت زندگی زنان را پایین‌تر گزارش کرده است[۱۴]. البته در مطالعه‌ای مشابه در کره، این اختلاف گزارش نشده است[۲۳]. باورهای سنتی که زنان را به عنوان مراقبان بچه‌ها و همسر می‌شناسند، همچنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار و فرارسیدن دوره یائسگی در زنان در این زمینه مؤثر دانسته شده است[۱۲]. در بررسی تأثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری داشت (P =۰/۰۰۰) و با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته بود. این یافته در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر[۳, ۱۸, ۲۲-۲۴] نشان دهنده آن است که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایتمندی از زندگی منجر می‌شود[۳]. به دلیل اینکه تحصیلات شایستگی فرد را در بسیاری از زمینه‌ها افزایش می‌دهد که در نهایت منجر به داشتن کیفیت زندگی بهتر می‌شود. البته در برخی مطالعات داخلی و خارجی در خصوص سالمندان این رابطه مورد تأیید قرار نگرفته است [۲۶, ۲۵]. یافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی با وضعیت تأهل و همراهان زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند، نسبت به افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در مطالعات مشابه نیز این رابطه به دست آمده است[۳, ۱۸, ۲۳, ۲۷] و سالمندان همسر فوت شده نمرات کمتری را نسبت به سایر وضعیت‌های تأهل در نمره کیفیت زندگی کسب کرده‌اند[۲۸]. از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامت در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط حمایتی و توانمندسازی به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. چنانکه برخورداری از حس تعلق به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان نشان داده شده است[۳]. همچنین در این مطالعه سالمندان هم‌سکنی(زندگی با فرزندان در یک خانه مشترک و یا در یک آپارتمان)، نسبت به سالمندان هم‌جوار(فرزندان در کوچه آن‌ها یا در محله آن‌ها ساکن هستند)؛ از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. در ارتباط با کیفیت زندگی سالمندان و سطح درآمد، یافته‌ها نشان دهنده بیشتر بودن میانگین نمره کیفیت زندگی افرادی که از نظر سطح درآمدی، بالاتر بودند(۱۸۱/۳۳)، نسبت به افرادی که سطح درآمدی پایین‌تر داشتند(۱۵۸/۷۱)، بود. در تحقیقات داخلی نیز این نتیجه بدست آمده است[۲۵]. تنگناهای اقتصادی و مشکلات معیشتی عواملی است که روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند و دامنه برخورد میان آن‌ها و اطرافیان بیشتر می‌شود. فقر و محرومیت‌های اجتماعی بزرگ‌ترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر هستند؛ به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز افزایش می‌یابد، که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود[۲۲]. در بررسی رابطه بین وضعیت مسکن با کیفیت زندگی سالمندان، نتایج این مطالعه نشان می‌داد که کیفیت زندگی افرادی که دارای مسکن شخصی هستند، بالاتر از سایر سالمندان است. بررسی علی‌پور و همکاران نیز نتیجه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

بدست آمده را تأیید می‌کند[۱۸]. همچنین سالمندانی که در منازل استیجاری زندگی می‌کنند نیز نسبت به سالمندانی که در منازل فرزندان خود هستند، دارای سطح کیفیت زندگی بالاتری بودند. بیماری‌های مزمن موجب افزایش وابستگی و نیاز به مراقبت در سالمندان و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد[۲۹]. در سنین بالا بروز ناتوانی بارزتر بوده و به‌صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌شود و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان نیز افزایش می‌یابد و موجب کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد[۲۵]. در این مطالعه نیز با افزایش سن، میزان کیفیت زندگی سالمندان کاهش پیدا کرده است. سطح پایین‌تر کیفیت زندگی سالمندان مسن در سایر تحقیقات داخلی نیز به‌دست‌آمده است[۱۸, ۳]. در یکی از تحقیقات بر روی سالمندان غرب تهران نیز رابطه‌ای میان سن و کیفیت زندگی به دست نیامد [۲۲]. بر اساس نتایج این مطالعه، برخورداری از بیمه درمانی پایه و تکمیلی در ارتقای کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان مؤثر است؛ بنابراین انجام اقدامات اساسی در زمینه تأمین خدمات بیمه‌ای و درمان رایگان سالمندان و حمایت‌های مالی سالمندان نیازمند، باید در برنامه‌ریزی‌های استانی و کشوری در نظر گرفته شود. در این مطالعه رابطه معنی‌دار میان وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت به دست آمد. بر این اساس اشتغال سالمندان در کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر بوده است. در مطالعات مشابه نیز گروه شاغلان از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بوده‌اند[۳۰, ۳]. اشتغال باعث افزایش شانس درآمد منظم، و حفظ روابط با دیگران می‌شود که به نظر می‌رسد هر دوی آن‌ها اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی داشته باشند[۳۱]. در این مطالعه سالمندان مناطق ۲، ۳، ۲۱ و ۲۲ شهر تهران، به ترتیب دارای بیشترین میزان کیفیت زندگی بودند. در حالی که کمترین میزان کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به سالمندان مناطق ۱۶، ۹ و ۱۹ شهر تهران بود. همچنین در این مطالعه شاخص روان سالم دارای بهترین وضعیت در میان سالمندان مناطق ۲۲، ۲ و ۳ شهر تهران و کمترین میزان در میان سالمندان مناطق ۹، ۷ و ۱۵ است. در این خصوص نتایج تحقیق پیمایش سنجش عدالت در سلامت شهر تهران نشان می‌دهد که سالمندان ساکن مناطق ۳، ۵ و ۲۱ شهر تهران به ترتیب بهترین وضعیت سلامت روان را دارا بودند، در حالی که بدترین وضعیت سلامت روانی مربوط به سالمندان مناطق ۲۰، ۱۹ و ۱۶ بوده است[۳۲]. ابزارهای عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی از پوشش محتوایی و اعتبار محتوای پایین‌تری برای گروه‌های پژوهشی خاص از قبیل سالمندان برخوردارند[۳۳]. و همچنین در خصوص ابزارهای سنجش کیفیت زندگی سالمندان، محققان نسبت به ساخت و استفاده از ابزار مبتنی بر فرهنگ ایران توصیه نموده‌اند[۲۴]. در این مطالعه از میان ابزارهای سنجش وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان موجود در ایران[۳۴, ۱۹]، از ابزار ۵۱ سؤالی آقای درویش پور و همکاران استفاده گردید. نتایج حاکی از اعتبار سنجه فوق بود. همچنین عامل «احساس توانمندی» که در مرحله طراحی ابزار استخراج نشده بود، در این مطالعه استخراج گردید. این عامل بیش از آنکه به معنای داشتن توان باشد، یک احساس ذهنی در برگیرنده ادراکات فرد است. یک سالمند بیش از آنکه قدرت داشته باشد، احساس توانمندی می‌نماید[۱۹]. همچنین عامل جدید «امنیت و رفاه اجتماعی» که در مرحله طراحی ابزار در نظر گرفته نشده بود، در این مطالعه استخراج گردید. با توجه به سطح پایین‌تر کیفیت زندگی در میان زنان سالمند، در برنامه‌ریزی‌های سالمندی نیاز به توجه جدی به این گروه از سالمندان وجود دارد. زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند بدون همسر بودند و بیسوادی در بین آن‌ها بیشتر بود. تقویت نگرش عموم جامعه به مقوله ازدواج مجدد زنان بیوه، ایجاد امکانات ازدواج مجدد آن‌ها، همچنین ارتقای سلامت جسمانی، افزایش تحرّک و فعالیت در زنان سالمند، باید بیش از پیش در دستور کار برنامه‌ریزان قرار گیرد.

با توجه به تأثیر میزان فعالیت و کیفیت زندگی در سالمندان، افزایش میزان فعالیت در افراد سالمند نیز با درگیری بیشتر آن‌ها در فعالیت‌های ورزشی، مذهبی، علمی و ... می‌تواند دنبال گردد. افزایش فعالیت‌های گروهی شامل احداث کلوب‌های اجتماعی، افزایش فعالیت‌های مذهبی، توصیه به انجام فعالیت‌هایی همراه با خانواده نظیر مسافرت، زیارت یا رفتن به پارک برای سالمندان ضروری است.

سهم نویسندگان

محسن رجبی: طراحی مطالعه، مسئول اجرایی، تحلیل آماری، تدوین گزارش نهایی

سمیه جهانشیری: طراحی مطالعه و مجری طرح

بهاره کاشانی موحد: طراحی مطالعه، ویرایش علمی

حسین رضایی حسین آبادی: مشارکت در تدوین گزارش نهایی

مصطفی حسینی شفیع آبادی: مسئول اجرایی، بازبینی و ورود پرسشنامه‌ها

افشان محمد قشقایی: مسئول اجرایی، بازبینی و ورود پرسشنامه‌ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

منابع

1. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. The survey of quality of life in elderly of zahedan city. Hayat 2004 ;61:7-22[Persian]

2. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology 2000 ;53:1-12

3. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study.Payesh 2005 ;2:113-120[Persian]

4. Tajmazinani AA, Larijani M. A Study of Factors Influencing Social Exclusion of the Elderly in Varamin City. Journal of Applied Sociology 2015; 59:57-74

5. Zarghami H. An review of ageing dynamics in iran 2011. Statistical Center of Iran: amar.org.ir/Portals/7/hamayesh-poster/25.pdf. Accessed: October 2016

6. Motih Haghshenas N .Sociological aspects of aging populations and Active aging challenges in Iran. Journal of Sociological Studies 2011;2:133-147

7. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran BMC public health; 2008. 8:323-330

8. Center IS. Report of the 2006 census of housing and population of Iran. Tehran, Iran: Iran Statistical Center, 2014

9. Tavakoli-Ghochani H, Armat M. Successful Aging. 1st Edition, Mashhad University of Medical Sciences Publication: Mashhad, 2003

10. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: Canada, 2011

11. Coats A. Life, quality of life and choice in an ageing society. International journal of Cardiology; 2001;4:78:1-3

12. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;14:56-61

13. Tsai S-Y, Chi L-Y, Lee L-S, Chou P. Health-related quality of life among urban, rural, and island community elderly in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association 2004;3: 196-204

14. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. Social Science & Medicine 2006;63: 2367-2380

15. Moradi S, Fekrazad H, Mousavi M, Arshi M. The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011. Iranian Journal of Ageing 2013;7:6-41

16. Sun X, Lucas H, Meng Q, Zhang Y. Associations between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: a study from China. Quality of life Research 2011;20:359-369

17. Meléndez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009;48:291-295

18. Alipour F ,Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. Quality of life in elderly region 2 Tehran. Iranian Journal of Ageing 2008;9:75-83

19. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi j, Delavar A, Saeed O Zakerin M. Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL) Hakim; 2012:15:30-37

20. Salimi E, Dashtbozorgi B, Mozafari M, Tabesh H. Investigating mental health status and life satisfaction of retired elderly referred to retirement's centers of the Jundishapur University of medical sciences and shahid Chamran University in Ahvaz. Iranian Journal of Geriatric Nursing 2014;1:20-31

21. Tagharrobi Z, Tagharrobi L, Sharifi K, Sooki Z. Psychometric evaluation of the life satisfaction index-Z (LSI-Z) in an iranian elderly sample. Payesh 2011; 10:5-13[Persian]

22. Habibi AN, S ; Sohbatzade,R ; Haghani,H, . Quality Of Life in elderly people of west of Tehran. Iranian Journal of Nursing Research 2008;6:25-39

23. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies 2006;43:293-300

24. albou kM, Ramezani M, Arizi F. A study on the quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004. Jundishapur Scientific Medical Journal 2007;5:701-707

25. Panaghi L, Abarashi, Z, Mansoori, N, Dehghani, M. Quality of Life and Related Demographic Factor of the Elderly in Tehran. Iranian Journal of Ageing 2010;2:4

26. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi, M. Quality of Elderly's Life in Tehran Senile Culture House Clubs. Iranian Aging Journal 2007;2;182-189

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

27. Mirsaeidi Z, Eftekhar Ardebili H. Evaluation of quality of life of the Elderly population covered by healthcare centers in Southern Tehran and the influencing demographic factors. Iranian Journal of Ageing 2015;9:268-277

28. Mohagheghi Kamal S, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Need assessment among the elders of social security organization & national retirement fund. Iranian Journal of Ageing 2008;3;8-15

29. Povlsen JV, Ivarsen P. Assisted automated peritoneal dialysis (AAPD) for the functionally dependent and elderly patient. Peritoneal Dialysis International. 2005;25;560-563

30. Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T. Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr's elders 2007-8. Journal of Fasa University of Medical Sciences 2012;2:53-58

31. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60:257-263

32. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaei S, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban-HEART) study in Tehran. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2013;13:62-73

33. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A. Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. Research in Medicine 2010 ;33:162-173

34. Ishaghi SR, Zamani, Neda. Design and Evaluation of A Health Related Questionnaire in Elderly. Journal of Isfahan Medical School 2011; 29: 1-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

Quality of life in and its correlates in elderly in Tehran, Iran

Mohsen Rajabi [1], Somayeh Jahanshiri[1], Bahareh Kashani Movahhed [1], Hosein Rezaei hoseinabadi [1], Mostafa hoseini shafiabadi [1], Afshan Mohammad Qashqaei [1], Alireza Bahrami [1*], Shole mansoori [1]

1. ACECR, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

Payesh 2017; 4: 531- 541
Accepted for publication: 16 July 2017
[EPub a head of print-29 July 2017]

Objective (s): The purpose of this study was to examine quality of life and its correlates in elderly in Tehran metropolis.
Methods: This was a cross sectional study. A random sample of elderly living in Tehran was selected. from are randomly selected in proportional stratified and multiple-stage cluster sampling in this study. Data were collected using the health-related quality of elderly people life (EHRQOL) and Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z).
Results: In all 1147 elderly entered into the study. The highest score was for spiritual well being (mean: 90.76) while the lowest score were for social welfare and security (mean: 57.02) and healthy mind (mean 51.36) respectively. There was a positive correlation between higher life satisfaction and a better quality of life.
Conclusion: Improving quality of life in elderly needs attention. Perhaps improving living condition in this population could lead to improved quality of life.

Key Words: Quality of life, Elderly in Tehran, life Satisfaction, Activity amount in Elderly

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1396.16.4.12.5]

[*] Corresponding author: ACECR, Shahid Beheshti University Of Medical Science, Tehran, Iran
E-mail: Alirezabahrami@gmail.com