

Quality of life of elderly during the covid-19 pandemic

Azar Rostami¹, Majideh Heravi-Karimooi^{2*}

1. Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran

2. Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

Received: 28 December 2022

Accepted for publication: 14 January 2023

[EPub ahead of print- 5 February 2023]

Payesh: 2023; 22(1): 83- 93

Objective (s): This study aimed to assess quality of life of elderly living during the Covid-19 pandemic.

Methods: The study was a descriptive study. A sample of 430 elderly people aged 60 years and above, members of the 'Neighborhood Club' in 22 districts of Tehran, Iran participated in the study. The data was collected during June 2019 to July 2020. Quality of life was measured by the Persian version of the World Health Organization Quality of Life- Old (WHOQOL-OLD) questionnaire. Higher score indicates a lower quality of life. Descriptive statistics and linear regression were performed to analyze the data.

Results: Based on the results of the research, information about 430 elderly people has been reported, which had a relatively uniform distribution in 22 districts of Tehran. The mean age of elderly was 67.59 ± 6.48 years, 60.5% were women, 68.8% were married, and 35.6% had secondary education, 67.9% had history of covid-19, and 93.3% of their first degree family members had a history of the disease. The total score of quality of life of the elderly was 75.84 ± 12.47 based on the WHOQOL-Old questionnaire. The linear regression model showed that poor health ($P=0.023$), semi-independent dependence ($P=0.003$) and exposure to physical ($P<0.001$) and mental abuse ($P<0.001$) were among factors that reduced the quality of life. Overall demographic factors explained 42.9% of variance in quality of life score.

Conclusion: The results showed that demographic variables played important role in shaping quality of life among elderly during the Covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19 pandemic, Elderly, Quality of life, WHOQOL-Old

* Corresponding Author: Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران در پاندمی کووید-۱۹

آذر رستمی^۱، مجیده هروی کریموی^{۲*}

۱. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۶ بهمن ۱۴۰۱]

نشریه پایش: ۹۳ - ۸۳ (۱): ۲۲ - ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: امروزه، در کنار افزایش طول عمر و امید به زندگی، کیفیت زندگی، اهمیت بسیاری دارد. نحوه زندگی کردن یا به عبارت دیگر، کیفیت زندگی افراد، مشخص کننده میزان توسعه واقعی جوامع است. این تحقیق با هدف تعیین کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران در ایام پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، کیفیت زندگی ۴۳۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر عضو سرای محلات مناطق ۲۲ گانه شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای (از خرداد ماه ۱۳۹۹ تا تیرماه ۱۴۰۰) انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - سالمندان (WHOQOL-OLD) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۰ و با آزمون‌های آمار توصیفی و مدل رگرسیون خطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۴۳۰ سالمند مورد بررسی، توزیع نسبتاً یکسانی در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران داشتند. میانگین سن سالمندان 67.59 ± 6.48 سال بود. ۶۰/۵ درصد آنها زن، ۶۸/۸ درصد متأهل و ۳۵/۶ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۶۷/۹ درصد سالمندان، و ۹۳/۳ درصد از اعضای درجه یک آنان سابقه ابتلاء به بیماری کووید-۱۹ داشتند. نمره کل کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه WHOQOL-OLD 75.84 ± 12.47 بود. مدل رگرسیون خطی نشان داد سلامتی ضعیف ($P=0.023$)، میزان وابستگی نیمه مستقل ($P=0.003$)، قرار گرفتن در معرض آزار جسمی ($P<0.001$) و روانی ($P<0.001$) از عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی بودند. بطور کلی عوامل جمعیت‌شناختی سبب تغییر ۴۲/۹ درصد در کیفیت زندگی شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد، اکثریت سالمندان ساکن شهر تهران در دوران پاندمی کووید-۱۹ از نظر کیفیت زندگی «نگرانی زیاد» داشتند. همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان به متغیرهای جمعیتی وابسته بودند. با توجه به نیازهای ویژه در دوران سالمندی، کیفیت زندگی می‌تواند به راحتی مورد تهدید قرار گرفته شود، از این رو در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای موثر بر سطح کیفیت زندگی دوران سالمندی اهمیت بالایی دارد.

کلیدواژه: پاندمی کووید-۱۹، سالمندی، کیفیت زندگی، پرسشنامه WHOQOL-Old

کد اخلاق: IR.SHAHED.RCE.1399.119

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، گروه پرستاری

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

پدیده سالمندی دوران اجتناب ناپذیر زندگی است و پیش بینی می شود که تعداد سالمندان جهان در سال ۲۰۲۵ به ۱/۵ میلیارد نفر و در سال ۲۰۵۰ به بیش از دو میلیارد نفر برسد [۱]. جمعیت سالمندی به دلیل کاهش میزان مرگ و میر و افزایش امید به زندگی، در همه جوامع و کشورهای دنیا رو به افزایش است و این افزایش در کشورهای در حال توسعه، بسیار شدیدتر است [۲]. تعداد سالمندان در ایران در سال ۱۴۰۰ به ده میلیون نفر یعنی حدود ۱۰ درصد جمعیت کل کشور رسیده است [۳] و چنانچه این روند ادامه یابد به رشد ۲۲ درصدی در سال ۱۴۲۵ خواهیم رسید [۴].

اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم، فقط زنده ماندن بود؛ چالش قرن جدید زندگی کردن با کیفیتی برتر است [۵]. یکی از تعاریف کیفیت زندگی، تعریف سازمان بهداشت جهانی است که کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان تعریف می کند [۶، ۷]. کیفیت زندگی دارای ۵ بعد: جسمی، روانی، اجتماعی، روحی و علایم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان است [۸، ۶].

بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به یکی از عرصه های مهم پژوهشی تبدیل شده و به عنوان یکی از نشانه های مهم نتایج مداخلات درمانی و مراقبتی مورد قضاوت قرار می گیرد و آن را می توان به عنوان یک ابزار عملیاتی برای سنجش سلامتی و رفاه کلی در نظر گرفت. در حال حاضر از آن به عنوان یک شاخص کلیدی که باید به صورت معمول در پژوهش های بهداشتی در نظر گرفته شود، یاد می کنند [۹، ۱۰].

کیفیت زندگی در سالمندان می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد [۱۱]، سالمندان بیشتر از دیگر سنین تحت تاثیر بیمارهای همه گیری و بلایای طبیعی قرار می گیرند [۱۲]. با گسترش ویروس کووید-۱۹ موجی از ترس، استرس و اضطراب در بین مردم دنیا به خصوص در سالمندان ایجاد شد [۱۳]. با توجه به شرایط شیوع کرونا در سطح کشور و جهان، نگرانی هایی جدی از قبیل ترس از مرگ در بیماران، عصبانیت و ترس از ابتلا و تنهایی در افراد قرنطینه به وجود آمد [۱۴]. بیماری کووید-۱۹، یک بیماری عفونی تنفسی حاد با علایم اصلی تب، سرفه و تنگی نفس است که قدرت شیوع و انتقال بالایی دارد [۱۵]، و با شیوع آن و تغییراتی چون ایجاد سطح اضطرابی بهداشت عمومی و قرنطینه خانگی، به شدت

روابط اجتماعی، اقتصادی و نحوه زندگی کردن افراد به ویژه سالمندان را تحت تاثیر قرار داد [۱۶].

نتایج پژوهش Liu و همکاران نشان داده است که در زمان شیوع کووید ۱۹، سطح رضایت از زندگی کاهش یافته و مردم بیشتر نگران سلامتی و خانواده خود بوده و کمتر به اوقات فراغت و فعالیت جسمانی توجه داشته اند [۱۷]؛ همچنین Nguyen و همکاران در یک مطالعه مقطعی روی ۳۹۵۰ نفر از افراد مبتلا به کرونا و سالم در کشور ویتنام نشان داده اند که افراد بیمار نسبت به افراد سالم سطح کیفیت زندگی پایین تری داشته اند [۱۸]. طبق تحقیقات شفیی سیف آبادی و همکاران، پیامدهای کووید-۱۹ تا مدت ها باقی خواهد ماند و باعث تحول تعاملات اجتماعی پیرامون پروتکل های بهداشتی، تغییرات سازمانی و پیچیدگی کیفیت آنها، به چالش کشیدن فهم معنوی افراد و کاهش ضرورت فیزیکی در برخی مناسک خواهد شد [۱۹]. طبق مطالعه انجام شده توسط Izekenova و همکاران، همه گیری کووید-۱۹ همه سطوح زندگی را تحت تاثیر قرار داده، اما تهدیدی بی سابقه برای سلامتی و زندگی روزمره جمعیت سالمندان به همراه داشته است [۲۰].

اثرات آسیب ها و فشارهای روانی ناشی از بحران تجربه بیماری کرونا بر افراد، خانواده ها و اجتماع آسیب دیده، باقی می ماند و ممکن است بدهای مختلف از جمله سبک زندگی، کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و روانی را تحت تاثیر قرار دهد. با توجه به مطالب عنوان شده اهمیت بررسی کیفیت زندگی در بحران پاندمی کووید-۱۹ مشخص می شود. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی سالمندان در دوران پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهر تهران بود.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود، که در خرداد ماه سال ۱۳۹۹ تا تیر ۱۴۰۰ در شهر تهران انجام گرفت. نمونه مورد مطالعه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر عضو خانه سلامت سرای محلات مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بودند. نمونه گیری به روش خوشه ای چند مرحله ای انجام گرفت، بدین ترتیب که از سرای محلات هر منطقه تعدادی از خانه های سلامت به صورت تصادفی انتخاب و از هر سرای محله بر اساس تعداد سالمندان آن، نمونه ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس تعیین حجم نمونه تصادفی به روش کرجسی و مورگان ۴۳۰ نفر برآورد شد. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز هماهنگی با

square و مدل رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS 20 تحلیل شدند.

یافته‌ها

۴۳۰ سالمند مورد بررسی، توزیع نسبتاً یکسانی در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران داشتند. دامنه سنی سالمندان ۶۰-۹۰ با میانگین $67/59 \pm 6/48$ سال بود. ۶۰/۵ درصد سالمندان زن، ۹۹/۸ درصد مسلمان و ۳۵/۶ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۳۶/۷۵ درصد خانه دار، ۶۸/۸ درصد متاهل، ۳۴/۹ درصد ۱-۲ فرزند و ۶۷/۷ درصد با همسر زندگی می‌کردند. ۸۴/۲ درصد از منزل شخصی، ۷۰/۲ درصد از طبقه متوسط، ۶۹/۵ درصد از شرایط زندگی متوسط، ۵۰/۷ درصد از کفایت درآمد جهت رفع نیازها در حد متوسط و ۴۷/۰ درصد از وضعیت سلامت در حد متوسط برخوردار بودند. ۱۰/۷ درصد آزار جسمی، ۳۷/۰ درصد آزار روحی و ۵۲/۳ درصد غفلت را در طی سال گذشته تجربه کرده بودند. ۶۷/۹ درصد سابقه ابتلاء به بیماری افسردگی، آرتروز و دیابت، ۶۷/۹ درصد سابقه ابتلاء به بیماری کووید-۱۹، و ۹۳/۳ درصد، اعضای درجه یک آنان سابقه ابتلاء به بیماری کووید-۱۹ را داشتند (جدول ۱).

جدول ۲ بیانگر نمره هریک از ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی سالمندان بر اساس پرسشنامه Old-WHOQOL است. بیشترین امتیاز در بعد «مشارکت اجتماعی» و کمترین امتیاز در بعد «نگرانی از مرگ و مردن» بود. در کل نمونه‌های مطالعه از ۱۲۰، نمره ۷۵/۸۴ را کسب نمودند یعنی ۶۳/۲ درصد امتیاز را کسب نمودند که حاکی از «نگرانی زیاد» می‌باشد. بر اساس پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سالمندان سازمان بهداشت جهانی «۱۹/۹۹-۰ درصد= نگران نیستم، ۳۹/۹۹-۲۰= کمی نگران، ۵۹/۹۹-۴۰= نگرانی متوسط، ۷۹/۹۹-۶۰= نگرانی زیاد، ۱۰۰-۸۰= بی‌نهایت نگران» می‌باشد.

سالمندان مورد مطالعه، در بعد عملکرد حسی از نمره کل ۲۰، نمره ۱۲/۱۴ را کسب نمودند یعنی ۶۰/۷ درصد امتیاز، که حاکی از «نگرانی زیاد» در عملکرد حسی در کیفیت زندگی می‌باشد. در بعد استقلال از ۲۰ نمره ۱۲/۵۱ را کسب نمودند یعنی ۶۲/۵ درصد امتیاز، که حاکی از «نگرانی زیاد» در بعد استقلال از کیفیت زندگی می‌باشد. در بعد نگرانی از مرگ و مردن، از ۲۰ نمره ۱۰/۶۲ را کسب نمودند یعنی ۵۳/۱ درصد امتیاز را کسب نمودند که حاکی از «نگرانی متوسط» در بعد مرگ از کیفیت زندگی می‌باشد. در بعد فعالیت گذشته، حال و آینده از ۲۰، نمره ۱۳/۳۹ را کسب نمودند

سرای محلات کار پژوهش آغاز گردید. معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان عبارت بودند از: سن ۶۰ سال یا بالاتر، تمایل به شرکت در پژوهش، سکونت در مناطق مختلف شهر تهران، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به ناشنوایی و بیماری تایید شده روانی، و کسب نمره ۷ از آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی (AMTS). ابتدا هدف از اجرای مطالعه و نحوه انجام آن برای آزمودنی‌ها توضیح داده شده و به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات مربوط به آنها محرمانه باقی خواهد ماند؛ سپس با رضایت آنها، پرسشنامه‌ها با انجام مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و نسخه فارسی پرسشنامه world health organization quality of life- Old (WHOQOL-OLD) بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال، وضعیت زندگی، وضعیت سلامتی، آزار جسمی، آزار روانشناختی و غفلت، ابتلا به بیماری‌های افسردگی، آرتروز، دیابت، آسم و آنژین صدری، میزان وابسته بودن سالمند، سابقه ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در سالمند و اعضای خانواده آن‌ها بود. برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان از نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سالمندان سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-Old استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال و شش مؤلفه است، و هر ۴ سؤال یکی از مؤلفه‌ها را ارزیابی می‌کند. مقیاس نمره‌دهی این پرسشنامه طیف لیکرت پنج گزینه‌ای شامل: اصلاً نگران نیستم؛ امتیاز ۱، کمی نگران هستم؛ امتیاز ۲، به مقدار متوسط نگران هستم؛ امتیاز ۳، خیلی زیاد نگران هستم؛ امتیاز ۴، بی‌نهایت نگران هستم؛ امتیاز ۵ است، با جمع امتیازات همه سؤال‌ها، نمره کلی کیفیت زندگی فرد محاسبه می‌شود. طیف نمرات ۲۴ تا ۱۲۰ است، نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل عملکرد حسی، خودمختاری، فعالیت‌های گذشته، حال، و آینده، مشارکت اجتماعی، نگرانی درباره مرگ و مردن، توانایی داشتن روابط صمیمانه می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط رصافیانی و همکاران انجام شده است [۲۱]. این پرسشنامه در مقایسه با دیگر ابزارهای سنجش کیفیت زندگی دارای دو مؤلفه مهم نگرانی و ترس درباره مرگ و مردن و نیز توانایی داشتن روابط فردی و صمیمانه با دیگران است [۲۲-۲۴]. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های chi-

افراد دارای زندگی مناسب بطور متوسط ۷/۲۲ نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد دارای زندگی نامناسب دارند. افراد دارای زندگی متوسط بطور متوسط ۶/۷۹ نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد دارای زندگی نامناسب دارند. افرادی که مورد آزار جسمی قرار گرفته اند بطور متوسط ۷/۳۱ نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به دیگر افراد دارند. افرادی که مورد آزار روحی قرار گرفته اند بطور متوسط ۵/۴۶ نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد بدون آزار روحی دارند. افراد نیمه وابسته بطور متوسط ۳/۹۱ نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد مستقل دارند. بطور کلی عوامل جمعیت‌شناختی سبب تغییر ۴۲/۹ درصد در کیفیت زندگی می‌شود. پس می‌توان گفت عوامل جمعیت-شناختی بر روی کیفیت زندگی اثر متوسط دارد (متغیر مذهب به دلیل اینکه همه افراد مورد مطالعه مسلمان بودند وارد معادله نشد).

یعنی ۶۶/۹ درصد امتیاز را کسب نمودند که حاکی از «نگرانی زیاد» در بعد فعالیت گذشته، حال، آینده می‌باشد. در بعد مشارکت اجتماعی از ۲۰، نمره ۱۳/۸۲ را کسب نمودند یعنی ۶۹/۱ درصد امتیاز را کسب نمودند که حاکی از «نگرانی زیاد» در بعد مشارکت اجتماعی می‌باشد. در بعد توانایی در روابط از ۲۰، نمره ۱۳/۳۷ را کسب نمودند یعنی ۶۶/۸ درصد امتیاز را کسب نمودند که حاکی از «نگرانی زیاد» در بعد توانایی در روابط صمیمانه می‌باشد. در کل بیشترین امتیاز در بعد «مشارکت اجتماعی» و کمترین امتیاز در بعد «نگرانی از مرگ و مردن» بود. طبق جدول ۳ که در رابطه با ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با نمره کل کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ می‌باشد، با استفاده از مدل رگرسیون خطی می‌توان گفت افراد دارای سلامتی ضعیف بطور متوسط ۳/۶۲ نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد دارای سلامتی خوب دارند.

جدول ۱: متغیرهای جمعیت‌شناختی سالمندان شهر تهران سال ۱۴۰۰

جنسیت	تعداد	درصد	مورد آزار جسمی	تعداد	درصد
زن	۲۶۰	۶۰/۵	بله	۴۶	۱۰/۷
مرد	۱۷۰	۳۹/۵	خیر	۳۸۴	۸۹/۳
مذهب			مورد آزار روانی		
مسلمان	۴۲۹	۹۹/۸	بله	۱۵۹	۳۷
مسیحی	۱	۰/۲	خیر	۲۷۱	۶۳
سطح تحصیلات			مورد غفلت		
بیسواد	۲۷	۶/۳	بله	۲۹۹	۵۲/۳
خواندن و نوشتن	۳۴	۷/۹	خیر	۲۰۵	۴۷/۷
ابتدایی	۹۲	۲۱/۴	سطح سلامت		
دیپلم	۱۴۵	۳۳/۷	ضعیف	۵	۱/۲
دانشگاهی	۱۳۲	۳۰/۷	نه چندان خوب	۸۹	۲۰/۷
شغل			متوسط	۲۰۲	۴۷
شاغل	۱۰۲	۲۳/۷	خوب	۱۲۱	۲۹/۳
بازنشسته	۱۲۵	۲۹/۱	عالی	۸	۱/۹
خانه دار	۱۵۷	۳۶/۵	وضعیت زندگی		
از کار افتاده	۴۶	۱۰/۷	تنها	۵۹	۳۹/۷
تاهل			باهمسر	۲۹۱	۶۷/۷
مجرد	۲۵	۵/۸	بافروزند	۶۷	۱۵/۱
متاهل	۲۹۶	۶۸/۸	دیگران	۱۳	۳
همسرفوت کرده	۹۶	۲۲/۳			
مطلقه	۱۳	۳			
وابستگی			ابتلا به افسردگی، آرتروز،دیابت، آنزیم		
کاملاً وابسته	۳۹	۹/۱	صدری		
نیمه وابسته	۹۵	۲۲/۱۸	بله	۲۹۲	۶۷/۹
مستقل	۲۹۶	۶۸/۸	خیر	۱۲۸	۳۲/۱
ابتلا به کووید-۱۹			ابتلا بستگان درجه یک به کووید-۱۹		
بله	۲۳۰	۵۳/۵	بله	۴۰۱	۹۳/۳
خیر	۱۳۸	۳۲/۱	خیر	۲۹	۶/۷

جدول ۲: ابعاد کیفیت زندگی پرسشنامه WHOQOL-OLD

ابعاد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
عملکرد حسی	۵	۲۰	۱۲/۱۴	۲/۷۳
استقلال	۴	۲۰	۱۲/۵۱	۳/۱۰
نگرانی از مرگ و مردن	۴	۲۰	۱۰/۶۲	۳/۱۹
فعالیت گذشته، حال، آینده	۴	۲۰	۱۳/۳۹	۳/۲۱
مشارکت اجتماعی	۴	۲۰	۱۳/۸۲	۲/۴۹
توانایی داشتن روابط صمیمانه	۴	۲۰	۱۳/۳۷	۴/۱۹
نمره کل (از ۱۲۰)	۳۰	۱۱۰	۷۵/۸۴	۱۲/۴۷

جدول ۳: ارتباط عوامل جمعیت شناختی با نمره کل کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران سال ۱۴۰۰

متغیر	رده	ضریب غیراستاندارد	برآورد خطای معیار ضریب	P
سن	-	-۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۷۸۲
جنسیت (زن مرجع)	مرد	-۰/۵۸	۱/۳۱	۰/۶۵۹
تحصیلات (دانشگاهی)	بیسواد	-۴/۲۶	۲/۵۲	۰/۰۶
	ابتدایی	-۲/۶۷	۱/۵۸	۰/۰۹۳
	متوسطه	-۱/۶۲	۱/۲۹	۰/۲۱۱
شغل (بازنشسته، از کار افتاده)	خانه دار	۱/۱۴	۱/۴۵	۰/۴۳۲
	شاغل	۱/۱۱	۱/۳۵	۰/۴۱۰
تاهل (مجرد، بیوه، مطلقه)	متاهل	۱/۷۶	۱/۷۰	۰/۳۰۲
تعداد فرزند (۵ فرزند و بیشتر)	بدون فرزند	-۴/۰۲	۳	۰/۱۸۲
	۱-۲ فرزند	۰/۰۷	۱/۷۳	۰/۹۶۷
	۳-۴ فرزند	۱/۴۶	۱/۵۵	۰/۳۴۷
زندگی (با دیگران)	تنها	-۰/۸۹	۳/۲۱	۰/۷۸۰
	همسر	۰/۸۰	۳/۴۴	۰/۸۱۴
	فرزند	-۱/۹۸	۳/۳۱	۰/۵۴۸
خانه (غیر شخصی)	شخصی	۲/۹۱	۱/۵۷	۰/۰۶۵
سطح سلامت (خوب)	ضعیف	-۳/۶۲	۱/۵۸	*۰/۰۲۳
	متوسط	-۱/۷۰	۱/۲۵	۰/۱۷۷

ادامه جدول ۳ ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با نمره کل کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران سال ۱۴۰۰

متغیر	رده	ضریب غیراستاندارد	برآورد خطای معیار	P
شرایط زندگی (نامناسب)	مناسب	۷/۲۲	۲/۴۴	*۰/۰۰۳
	تأخوری مناسب	۶/۷۹	۱/۹۸	*۰/۰۰۱
طبقه اجتماعی (بالا)	پایین	-۲/۴۶	۲/۹۲	۰/۳۹۹
	متوسط	-۳/۲۳	۱/۹۱	۰/۰۸۳
آزار جسمی (خیر)	بله	-۷/۳۱	۱/۷۰	۰/۰۰۱*
آزار روحی (خیر)	بله	-۵/۵۶	۱/۲۴	۰/۰۰۱*
مورد غفلت (خیر)	بله	-۱/۴۴	۱/۱۳	۰/۲۰۲
وابستگی (مستقل)	وابسته	-۱/۸۱	۱/۷۶	۰/۳۰۴
	نیمه وابسته	-۳/۹۱	۱/۳۰	۰/۰۰۳*
بیماری (آسم، دیابت، آرتریت، افسردگی-خیر)	بله	-۱/۲۰	۱/۲۱	۰/۳۲۱
ابتلا به کووید-۱۹ (خیر)	بله	-۰/۱۴	۱/۰۱	۰/۸۸۵
ابتلا به کووید-۱۹ بستگان درجه ۱ (خیر)	بله	-۱/۱۷	۱/۹۴	۰/۵۴۷

مدل رگرسیون خطی (متغیرهای کیفی در مدل رگرسیونی به صورت ساختگی (Dummy) وارد مدل شده اند. موارد معنادار با ستاره* مشخص شده است

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در دوران پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ در شهر تهران انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اولین نگرانی سالمندان در دوران کووید-۱۹، از نظر بعد عملکرد اجتماعی بود. طبق مطالعه اسماعیلی و همکاران دغدغه مواجهه و ارتباط اجتماعی با افراد سالم و اشخاص بهبود یافته از جمله اضطراب‌های اجتماعی سالمندان بوده و نگرانی از ابتلا به بیماری و انتقال آن به اطرافیان و اعضای خانواده و همسالان در این دوره تشدید شده است [۲۵]. طبق پژوهش زمانی و همکاران هرچه سن بالاتر می‌رود احساس ناامنی اجتماعی ناشی از بیماری کووید-۱۹ تغییری پیدا نکرده و افراد در گروه‌های سنی مختلف میزان احساس ناامنی مشابهی را تجربه کرده اند [۲۶]. دومین نگرانی سالمندان در این دوران فعالیت‌های گذشته، حال و آینده بود. طبق مطالعه Rubin و همکاران در دوران قرنطینه خانگی، روال زندگی فرد مختل می‌شود و در نتیجه کمتر می‌تواند آینده خود را پیش بینی کند و برای آن برنامه‌ریزی نماید. افراد

احساس می‌کنند که از میزان کنترل آنها بر جریان زندگی کاسته شده و این شرایط موجب احساس عدم امنیت می‌گردد [۲۷]. برخلاف انتظار کمترین نگرانی در بعد مرگ و مردن بود. طبق مطالعه باقری و همکاران سالمندانی که در قرنطینه خانگی فعالیت‌های دینی و مذهبی خود را انجام داده اند، اضطراب مرگ و استرس کمتری داشته اند [۲۸]. نتایج مطالعات Prazeres و همکاران نیز با مطالعه حاضر همسو است [۲۹]. نتایج مطالعه بشرپور و همکاران هم نشان داده، کیفیت زندگی با ترس از مرگ، اجتناب از مرگ و پذیرش با گریز از مرگ رابطه منفی، ولی با پذیرش فعالانه مرگ رابطه مثبت داشته است [۳۰].

از آنجا که کیفیت زندگی در دوران سالمندی می‌تواند مورد تهدید قرار بگیرد، در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای موثر بر کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است [۳۱]. طبق مطالعه حاضر بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار ضعیفی وجود دارد، یعنی با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد، که با نتایج تحقیقات کاظمی و همکاران، هم خوانی دارد [۳۲]؛ اما در

کووید-۱۹ افراد با تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی بالاتری را داشتند. در مطالعه حاضر سالمندان شاغل از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند که با مطالعات رجبی و همکاران [۳۷] و وحدانی نیا و همکاران [۴۴] همخوانی داشت. 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 [۴۵].

یافته‌های حاصل از مطالعه Povlsen و همکاران نشان داده سالمندانی که در منازل استیجاری زندگی می‌کنند نسبت به سالمندانی که در منازل فرزندان خود هستند، دارای سطح کیفیت زندگی بالاتری بوده اند [۴۶] که با مطالعه حاضر هم راستا است، طبق یافته‌های پژوهش حاضر سالمندانی که تنها و با فرزندان زندگی می‌کنند نمره کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. رجبی و همکاران دریافتند، 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 بوده اند [۳۷] که هم راستا با مطالعه حاضر نبود.

طبق مطالعه اسماعیلی و همکاران در دوران کووید-۱۹ افزایش تعارضات در نظام خانواده به دلیل افزایش حضور فرزندان و نوادگان، و اجبار به ماندن در خانه، و کاهش ارتباطات اجتماعی با دوستان و همسالان، موجب افزایش تعارضات در خانواده سالمندان را فراهم کرده است [۲۵]. که می‌تواند از دلایل پایین بودن کیفیت زندگی در سالمندانی باشد که با فرزند زندگی می‌کنند.

طبق مطالعه حاضر در دوران پاندمی کووید-۱۹، سالمندان ۱۰/۷ مورد آزار جسمی، ۳۷ درصد مورد آزار روحی و ۵۲/۳ مورد غفلت قرار گرفتند و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افرادی بدون آزار جسمی، روحی و غفلت، داشتند. بر اساس تحقیقات مولایی و همکاران میزان شیوع سوءرفتار با سالمندان در ایران از دیگر کشورهای جهان بیشتر است [۴۷]. و طبق مطالعه فیروزی و همکاران قرنطینه طولانی مدت، مشکلات اقتصادی، مصرف الکل و مواد مخدر و اختلالات روانی از دلایل افزایش خشونت خانگی همزمان با شیوع کووید-۱۹ به شمار می‌روند [۴۸]. طبق مطالعه حاضر، سالمندانی که خود یا یکی از بستگان درجه ۱ آنها به کووید-۱۹ مبتلا شدند؛ کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افرادی که مبتلا نشدند، داشتند. طبق مطالعه باستین و همکاران نگرانی بسیاری از افراد از کووید-۱۹ زمانی بیشتر می‌شود که یکی از

مطالعه Ng و همکاران، تفاوت معنی داری بین سن شرکت کنندگان و کیفیت زندگی آنها مشاهده نشده است [۳۳]. صرف نظر از یافته‌های متفاوت در مورد ارتباط کیفیت زندگی با افزایش سن در سالمندان، محققان معتقدند که افزایش سن با تغییرات شناختی و جسمی متعددی در سالمندان همراه است، به طوریکه با افزایش سن این تغییرات شدیدتر و مشخص‌تر می‌گردند که در نتیجه این تغییرات کیفیت زندگی در سالمندان با سن بالاتر نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۳۴].

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد در دوران کووید-۱۹ نمره کیفیت زندگی مردان پایین‌تر از زنان بود که با مطالعه چراغی و همکاران [۳۵] هم‌راستا است، ولی با مطالعه برهانی نژاد و همکاران [۳۶]، رجبی و همکاران [۳۷] و مطالعه‌ای که در اسپانیا انجام گرفته است [۳۸] مخالفت نداشت. این موضوع که مردان از کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، می‌تواند ناشی شرایط اقتصادی حاضر در جامعه و نگرانی آنها به دلیل سرپرست خانوار بودن، باشد.

در این مطالعه، کیفیت زندگی سالمندان متأهل نسبت به همسر فوت کرده، مطلقه و مجرد بالاتر بود، که با مطالعات چراغی و همکاران [۳۵]، رجبی و همکاران [۳۷] و افتخار اردبیلی و همکاران [۳۹] مطابقت داشت. ولی با مطالعات Lee و همکاران [۴۰] و طاهری و همکاران [۴۱] هم راستا نبود. بالا بودن کیفیت افراد متأهل در دوران پاندمی کووید-۱۹، می‌تواند به دلیل حمایت عاطفی و صمیمیت در فضای اطراف سالمند باشد.

طبق تحقیقات زمانی و همکاران افرادی که تحصیلات دبیرستانی، فوق دیپلم و لیسانس دارند با افراد بی سواد یا ابتدایی از نظر احساس ناامنی اجتماعی ناشی از ویروس کووید-۱۹ تفاوت دارند. به این نحوه که افراد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم احساس ناامنی اجتماعی شان بیشتر بوده است [۲۶]. در مطالعه حاضر نیز، رابطه معناداری بین کیفیت زندگی و تحصیلات وجود داشت، بطوریکه با افزایش میزان تحصیلات کیفیت زندگی افزایش یافت، که با مطالعات رجبی و همکاران [۳۳] و موحدی و همکاران هم‌راستا بود [۲]. ولی با مطالعات طاهری و همکاران [۴۱]، Ng و همکاران [۳۳]، Bowling و همکاران [۴۲] هم‌راستا نیست. در مطالعه Steptoe & Wardle ارتباط معناداری بین آگاهی افراد در خصوص حیطه‌های مختلف سلامت و سبک زندگی یافت شده، بطوریکه افراد دارای اطلاعات محدود دارای سطح زندگی نامطلوب‌تری بوده اند [۴۳] شاید به همین دلیل در همه‌گیری

اعضای خانواده می تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد؛ در نظر داشتن عوامل زمینه ای مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندی از اهمیت بالقوه ای برخوردار است. از آنجا که کیفیت زندگی سالمندی به بسیاری از منابع و متغیرهای زمینه ای وابسته است، لازم است برنامه ریزی جهت بهبود سلامتی، افزایش خدمات پزشکی و بهداشتی، و مشارکت اجتماعی در سالمندان مدنظر قرار گیرد. بر این اساس طراحی مطالعات جامع و طولی در اندازه گیری کیفیت زندگی سالمندان در شرایط مختلف وابسته به سلامت پیشنهاد می گردد.

سهم نویسندگان

آذر رستمی: طراحی طرح نامه، جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها و تهیه و تدوین مقاله
مجیده هروی کریموی: مدیریت پایان نامه، تحلیل داده ها و مشارکت در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی و شادکامی در سالمندان شهر تهران - ۱۴۰۰ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مسئولین سرای سلامت شهر تهران و همچنین سالمندان شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان ابراز می دارند.

اعضای خانواده به کووید-۱۹ مبتلا و یا در اثر آن فوت شده باشد. در این شرایط بسیاری از افراد رفتارهایی چون چک کردن مکرر رسانه ها، دریافت آمارهای ابتلا و فوت و همچنین چک کردن مرتب علائم در خود را انجام می دهند [۴۹]. مطالعه حاضر دارای نقاط قوتی می باشد از جمله اینکه نمونه گیری از همه مناطق ۲۲ گانه شهر تهران با توجه به تراکم جمعیت آن انجام گرفت و با عنایت به اهمیت کیفیت زندگی در سالمندان در دوران همه گیری کووید-۱۹، کیفیت زندگی با نسخه فارسی و استاندارد شده پرسشنامه Old-WHOQOL مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه محدودیت هایی نیز وجود داشت از جمله اینکه در دوران کووید-۱۹ تعداد قابل توجهی از سالمندان به دلیل ترس از ابتلا به بیماری به سرای محلات مراجعه نمی کردند و یا در فرایند پاسخگویی خسته می شدند که این امر سبب گردید پرسشنامه ها در ۲ یا ۳ جلسه تکمیل گردد. پیشنهاد می گردد این مطالعه در قومیت های مختلف ایرانی تکرار شود تا الگوی دقیق و جامع تری از کیفیت زندگی سالمندان در دوران پاندمی کووید-۱۹ در فرهنگ ایران ترسیم شود تا در اختیار سازمان ها و متخصصان حوزه سالمندی قرار گیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت سالمندان مقیم شهر تهران در دوران پاندمی کووید-۱۹ از کیفیت زندگی در سطح «نگرانی زیاد» برخوردار بودند. با توجه به اینکه کیفیت زندگی در دوره سالمندی با وضعیت سلامتی، اقتصادی، بروز وابستگی، آزار جسمی و روانی از سوی

منابع

1. Hekmatpou D, Jahani F, Behzadi F. Study the Quality of Life among Elderly Women in Arak in 2013. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2014;17:1-8[Persian]
2. Movahedi M, Khamseh F, Ebadi A, Haji Amin Z, Navidian A. Assessment of the Lifestyle of the Elderly in Tehran. Journal of Health Promotion Management 2016;5:51-9[Persian]
3. Masoudnia E. Perceptions and Beliefs on Aging and Their Impact on Elderly General Health: An Appraisal of Self-Regulation Model. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016;11:310-21[Persian]
4. Haghighatiyan M, Hashemianfar a, Balvardi Z. The Experience of Ageing and Role Identity Challenges of the Elderly: A Qualitative Research. Journal of

- Qualitative Research in Health Sciences. 2020;4:339-50[Persian]
5. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of Elderly's Life in Tehran Senile Culture House Clubs. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2007;2:182-9[Persian]
6. King CR, Hinds PS. Quality of Life: from Nursing and Patient Perspectives. 3th Edition. Jones & Bartlett Publishers; 2011
7. Organization WH. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment: Field Trial Version, December 1996. World Health Organization; 2022 Jun.6. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
8. Fayers PM, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes. 2nd ed. John Wiley & Sons; 2013

9. Sanftner JL. Quality of Life in Relation to Psychosocial Risk Variables for Eating Disorders in Women and Men. *Eating Behaviors* 2011; 12:136-42
10. De Siqueira Rodrigues BG, Cader SA, Torres NVOB, de Oliveira EM, Dantas EHM. Pilates Method in Personal Autonomy, Static Balance and Quality of Life of Elderly Females. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2010; 14:195-202
11. 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;103:196-204
12. Parker G, Lie D, Siskind DJ, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental Health Implications for Older Adults after Natural Disasters—a Systematic Review and Meta-Analysis. *International Psychogeriatrics* 2016;28:11-20
13. Durmus M, Durar E. The Relationship between Spiritual Well-Being and Fear of COVID-19 in Individuals with Chronic Disease during COVID-19 Outbreak. *Spiritual Psychology and Counseling* 2022;7:37-53
14. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely Mental Health Care for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak is Urgently Needed. *The lancet psychiatry* 2020;7:228-9
15. Solomon MD, McNulty EJ, Rana JS, Leong TK, Lee C, Sung S-H, et al. The Covid-19 Pandemic and the Incidence of Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* 2020;383:691-3
16. Monahan C, Macdonald J, Lytle A, Apriceno M, Levy SR. COVID-19 and Ageism: How Positive and Negative Responses Impact Older Adults and Society. *American Psychologist* 2020; 75: 887–896
17. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online Mental Health Services in China During the COVID-19 Outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7: 17-8
18. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TT, Pham KM, et al. People with suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. *Journal of Clinical Medicine* 2020; 9:965
19. Shafiee Seifabadi M, Bagheri Dolatabadi A. Understanding the Social Realities and Consequences of the COVID-19 Crisis Based on Niklas Luhmann's theory of social systems. *Interdisciplinary Studies in the Humanities* 2020;12:55-90[Persian]
20. Izenkova A, Tolegenova A, Izenkova A, Rakhmatullina A. Impact Analysis of Coronavirus on Elderly Population in Worldwide and Kazakhstan. *Elderly Health Journal* 2021;791-8
21. Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. Validity and Reliability of the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire – the Older Adults Edition. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2020;15:28-41[Persian]
22. Liu R WS, Hao Y, Gu J, Fang J, Cai N, Zhang J. The Chinese Version of the World health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-OLD): Psychometric Evaluation. *Health Qual Life Outcomes* 2013;16:156
23. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and Validation of the Portuguese Version of the WHOQOL-OLD Module. *Revista De Saúde Pública* 2006;40:785-91
24. Eser S, Saathı G, Eser E, Baydur H, Fıdaner C. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Turkish Journal of Psychiatry* 2010;21:37-48
25. Esmaeeli R, Ghadarbandfard Shirazi Z. A Phenomenological Study of the Experience of Elderly 60-90-Year-Old of Shiraz with Corona. *Journal of Iranian Social Studies* 2020;14:36-58[Persian]
26. Zamani T, Maddahi J, Karimi Manjarmoe Y, Baghshirin G. Sociological Study of the Outbreak of the Covid-19 Pandemic and its Relationship with the Feeling of Social Insecurity: A Case Study of Tehran Citizens. *Socio-Cultural Strategy* 2021;10:319-55[Persian]
27. Rubin G, Wessely S. The Psychological Effects of Quarantining a City. *BMJ*. 2020;368, m313.
28. Bagheri Sheykhangafshe F, Fathi Ashtiani A. The Role of Religion and Spirituality in the Life of the Elderly in the Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: A Systematic Review. *Studies in Islam and Psychology* 2021;15:273-92[Persian]
29. Prazeres F, Passos L, Simões JA, Simões P, Martins C, Teixeira A. COVID-19-Related Fear and Anxiety: Spiritual-Religious Coping in Healthcare Workers in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18:220
30. Basharpour S, Hoseinikiasari ST, Soleymani E, Massah O. The Role of Irrational Beliefs and Attitudes to Death in Quality of Life of the Older People. *Iranian Journal of Ageing* 2019;14:260-71[Persian]
31. Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. Health-Related Quality of Life Among Abused and

Non-abused Elderly People: A Comparative Study. Payesh (Health Monitor) 2013;12:479-88 [Persian]

32. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019;13:518-33 [Persian]

33. Ng SH, Kam PK, Pong RW. People Living in Ageing Buildings: Their Quality of Life and Sense of Belonging. Journal of Environmental Psychology 2005; 25:347-60

34. Kelley N. An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. Applied Research in Quality of Life 2009;4:259-82

35. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. Journal of Education and Community Health 2019;6:145-51 [Persian]

36. Borhaninejad V, Kazazi L, Haghi M, Chehretnegar N. Quality of life and its Related Factors Among Elderly with Diabetes 2016; 11:162-173 [Persian]

37. Rajabi M, Jahanshiri S, Movahhed BK, Qashqaei AM, Bahrami A. Quality of Life in and its Correlates in Elderly in Tehran, Iran. Payesh (Health Monitor) 2017;16:531-4 [Persian]

38. 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;63:2367-80

39. Eftekhari Ardebili H, Mirsaeidi ZS. Assessment of Factors Affecting Quality of Life of Elderly Clients Covered by Health Centers of Southern of Tehran. Iranian Journal of Ageing 2015;9:268-77 [Persian]

40. 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

41. Taheri N, Cheraghian B, Hojjati H. Factors Affecting Quality of Life Among Elderly Living in Nursing Homes. Journal of Geriatric Nursing 2015;2:50-61 [Persian]

42. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A Multidimensional Model of the Quality of Life in Older Age. Aging & Mental Health 2002;6:355-71

43. Steptoe A, Wardle J. Health Behaviour, Risk Awareness and Emotional Well-Being in Students From Eastern Europe and Western Europe. Social Science & Medicine 2001;53:1621-30

44. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-Related Quality of Life in an Elderly Population in Iran: A Population-Based Study. Payesh (Health Monitor) Journal 2005;4:113-20 [Persian]

45. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Functional Limitation in Long Standing Illness and Quality of Life: Evidence From a National Survey. Bmj 2005;331:1382-3

46. Povlsen JV, Ivarsen P. Assisted Automated Peritoneal Dialysis (AAPD) for the Functionally Dependent and Elderly Patient. Peritoneal Dialysis International 2005; 25:60-3

47. Molaei M, Etemad K, Taheri Tanjani P. Prevalence of Elder Abuse in Iran: A Systematic Review and Meta Analysis. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2017;12:242-53 [Persian]

48. Mirza nia A, Firoozi M. Covid-19 as a Facilitator for Increasing Domestic Violence Against Women: A Systematic Review Study. Rooyesh-e-Ravanshenasi journal (RRJ) 2020;9:205-14 [Persian]

49. Bustan S, Vahidifard M, Biranvand H. COVID-19 and its Psychological Consequences. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ) 2020;9:35-44 [Persian]