

Study the quality of life among elderly women in Arak in 2013

Hekmatpou D¹, Jahani F^{2*}, Behzadi F³

1. Faculty of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Bachelor of Science, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. Students' Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 28 Dec 2013, Accepted: 26 Feb 2014

Abstract

Background: The growing elderly population in Iran and the association of aging with the high prevalence of physical and mental disorders have increased the necessity of determining quality of life of this age group. The quality of life of elderly women is affected by several factors due to their vulnerability. Hence, this study was designed to investigate the quality of life of elderly women in Arak.

Methods: This cross-sectional study was carried out on 271 elderly women who lived in Arak in 2013 using classified sampling. Data were obtained via general QOL (SF-36) questionnaires and analyzed by SPSS software.

Results: The mean (\pm SD) age of the participants was 67.5 \pm 7.02 years. The mean (\pm SD) total scores of SF-36, mental health, and physical health dimensions were 50.22 \pm 18.39, 58.54 \pm 19.38, and 46.35 \pm 20.82, respectively. The mean (\pm SD) score of eight dimensions of QOL were: general health 45.52 \pm 10.79, social function 56.58 \pm 24.94, physical pain 47.60 \pm 28.27, physical function 51.46 \pm 27.05, physical limitation 38.10 \pm 42.67, emotional problems 46.22 \pm 42.11, vitality 50.16 \pm 19.09, and mental health 58.54 \pm 19.38. There were significant difference between QOL, marriage, and income ($P < 0.05$).

Conclusion: The results showed that the quality of life in this study was average and some factors, such as education, income, marriage, and residential situation, have a direct influence on QOL.

Keywords: Elderly, Quality of Life, Women

*Corresponding author:

Address: Arak University of Medical Sciences, Basij Sq., Arak, Iran
Email: jahani @arakmu.ac.ir

بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اراک در سال 1392

داود حکمت پو¹، فرزانه جهانی^{2*}، فاطمه بهزادی³

1. استادیار، دکتری آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2. کارشناس، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3. دانشجوی رشته پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 92/10/7؛ تاریخ پذیرش: 92/12/7

چکیده

زمینه و هدف: روند رو به افزایش جمعیت سالمندی ایران و همراه بودن پدیده سالمندی با بروز اختلالات جسمی و روحی ضرورت تعیین کیفیت زندگی این قشر را افزایش داده است. کیفیت زندگی زنان سالمند به لحاظ آسیب پذیری بیشتر تحت تاثیر عوامل گوناگون است. بدین منظور این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اراک طراحی گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع مقطعی است که در سال 1392 بر روی 271 نفر از زنان سالمند شهر اراک به روش نمونه گیری طبقه‌ای صورت گرفت. روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سنی افراد شرکت کننده $67/5 \pm 7/02$ و میانگین (انحراف معیار) کیفیت زندگی، سلامت روان و سلامت جسمی به ترتیب $50/22 \pm 18/39$ ، $58/54 \pm 19/38$ و $46/35 \pm 20/82$ بود. میانگین (انحراف معیار) امتیاز ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی به این شرح بود: سلامت عمومی $45/52 \pm 10/79$ ، عملکرد اجتماعی $56/58 \pm 24/94$ ، درد جسمی $47/60 \pm 28/27$ ، عملکرد جسمی $51/46 \pm 27/05$ ، محدودیت جسمی $38/10 \pm 42/67$ ، مشکلات روحی $46/22 \pm 42/11$ ، نشاط $50/16 \pm 19/09$ و سلامت روانی $58/54 \pm 19/38$ بود. بین کیفیت زندگی، تاهل و درآمد ماهیانه رابطه آماری معنی داری مشاهده گردید ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که زنان سالمند شهر اراک از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بوده و عواملی مانند تاهل، سطح درآمد، نوع سکونت، سطح تحصیلات و سن بر کیفیت زندگی آنان تاثیر مستقیم دارند.

واژگان کلیدی: سالمندان، کیفیت زندگی، زنان

*نویسنده مسئول: اراک، سردشت، میدان بسیج، معاونت آموزش و تحقیقات، دفتر پژوهش

مقدمه

اکثر مطالعات انجام شده در ایران بر روی سالمندان هر دو جنس بوده است و مطالعات اندکی روی زنان سالمند به شکل خاص صورت گرفته است. با توجه به مواردی نظیر اهمیت سلامت سالمندان، دسترسی به مقادیر عددی شاخص کیفیت زندگی سالمندان و ابعاد مختلف آن و تعیین عوامل موثر بر این شاخصها در شهر اراک به منظور برنامه ریزی همه جانبه برای این گروه آسیب پذیر و ارتقاء بهره‌وری نیروی انسانی و منابع بهداشتی درمانی کشور، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اراک طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش مقطعی، ابتدا با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان اراک و استفاده از تقسیم بندی نواحی مختلف شهری موجود در این مرکز و تعیین تصادفی یک مرکز از هر ناحیه پنج گانه شهری و سپس با مراجعه به درب منازل بر اساس پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی تعیین شده و به طور یک در میان، از سمت راست محله تعداد 55 نفر از سالمندان شناسایی شدند و در صورتی که آنها مایل به شرکت در مطالعه بودند در نهایت تعداد 271 زن سالمند از نواحی پنج گانه شمال، شرق، غرب، جنوب و مرکز شهر اراک انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن بالای 60 سال، تمایل به همکاری، بستری نبودن در بیمارستان یا منزل در زمان تکمیل پرسشنامه و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در تکمیل پرسشنامه بود. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) بود که توسط دکتر منتظری و همکاران در ایران بومی سازی شده و پایایی و روایی آن بارها توسط محققین ایرانی به اثبات رسیده است (6). پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، تاهل، تحصیلات، سطح درآمد و نوع سکونت بود. پرسشنامه SF-36 در سه سطح به ترتیب زیر طبقه بندی شده است: 1- سوالات؛ 2- هشت مقیاس که هر یک از ترکیب 2 تا 10 سوال به دست می‌آیند: عملکرد جسمی، محدودیت

پدیده سالمندی یکی از مسائل عمده جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و پزشکی است که امروزه در جهان صنعتی شکل گرفته و به تدریج در جهان سوم نیز در حال تکوین است (1). جمعیت شناسان سنین 60 تا 65 سال را آغاز دوران پیری و دوران سال‌خوردگی محسوب می‌کنند (2). مطالعات نشان می‌دهند که جمعیت جهان در حال سالمند شدن است و پیش بینی می‌شود که تعداد سالمندان جهان در سال 2025 به 1/5 میلیارد نفر و در سال 2050 به بیش از 2 میلیارد نفر برسد (3). گزارشات حاکی از آن است که کشورهای در حال توسعه آسیایی سریع‌تر از سایر کشورها در حال پیر شدن هستند (4). پیشرفت دانش پزشکی موجب افزایش طول عمر و در نتیجه افزایش جمعیت سالمندان گردیده است. اما دغدغه اصلی محققان صرفاً پرداختن به افزایش طول عمر نمی‌باشد بلکه چالش قرن جدید، زندگی کردن با کیفیتی برتر است (5). کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند ناشی می‌شود. کیفیت زندگی شامل حوزه‌های سلامتی، کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی، درجه عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص می‌باشد (6). کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات مختلف بررسی شده است. در مطالعه انجام شده در فرانسه سطح کیفیت زندگی و ابعاد آن نسبتاً بالا بود (7). اورفیل و همکارانش در اسپانیا کیفیت زندگی مردان و زنان سالمند را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند کیفیت زندگی مربوط به سلامت زنان در این مطالعه نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت (8). در تحقیق نجاتی و همکاران، سطح کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط گزارش گردید (9). در پژوهش وحدانی نیا و همکاران بین جنس و وضعیت سلامتی و ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی رابطه معنی دار دیده شد و متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل و شغل با میانگین امتیازات اکثر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشتند (10).

که در جدول مشاهده می‌گردد بالاترین امتیاز مربوط به حیطه سلامت روان و پائین‌ترین امتیاز مربوط به حیطه محدودیت جسمی می‌باشد. هم‌چنین امتیاز سلامت روانی از بخش سلامت جسمانی بیشتر بود.

جدول 1. میانگین حیطه‌های کیفیت زندگی در نمونه‌های مورد

| متغیر | تعداد | حداکثر | حداقل | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-------|--------|-------|---------|--------------|
| سلامت عمومی | 269 | 80 | 20 | 45/52 | 10/79 |
| عملکرد اجتماعی | 269 | 90 | 0/00 | 56/58 | 24/94 |
| درد جسمی | 269 | 100 | 0/00 | 47/60 | 28/27 |
| عملکرد جسمی | 269 | 100 | 0/00 | 51/46 | 27/05 |
| محدودیت جسمی | 269 | 100 | 0/00 | 38/10 | 42/67 |
| مشکلات روحی | 269 | 100 | 0/00 | 46/22 | 42/11 |
| نشاط | 269 | 95 | 5 | 50/16 | 19/09 |
| سلامت روان | 269 | 100 | 8 | 58/54 | 19/38 |
| سلامت جسمی | 269 | 90 | 7/5 | 46/35 | 20/82 |
| سلامت روانی | 269 | 96/25 | 5/75 | 52/88 | 21/52 |
| کیفیت زندگی کل | 269 | 10/56 | 89/31 | 50/22 | 18/39 |

جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان؛ 3- دو سنجش خلاصه که از ادغام 8 مقیاس به شرح زیر به دست می‌آیند: سلامت جسمی: (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی) سلامت روانی: (عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط)

شایان ذکر است که در مورد برخی سوالات امتیازها مجدداً کد بندی شده به گونه‌ای که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا کرده‌اند. امتیاز هر مقیاس از صفر تا صد متغیر بوده که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت را گزارش می‌نماید (6). این مطالعه بر اساس اصول اخلاقی بوده و با کد 6-131-91 در کمیته شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک به ثبت رسیده است. جهت جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های مورد نظر در صورت تمایل افراد تکمیل گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار نسخه 16 و آزمون‌های تی دو گروه مستقل، و آنوا یک طرفه استفاده گردید. سطح معنی داری آزمون‌ها 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از تعداد کل افراد شرکت کننده در مطالعه که 271 نفر بودند، 269 نفر به طور کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. میانگین سنی افراد شرکت کننده $67/5 \pm 7/02$ بود. از این تعداد 4 درصد مجرد، 55 درصد متأهل و 44/2 درصد بیوه بودند. 68/8 درصد بی سواد، 19/7 درصد ابتدایی، 5/9 درصد سیکل، 4/5 درصد دیپلم و 1/1 درصد فوق دیپلم بودند. از نظر وضعیت مسکونی، 89/6 درصد دارای منزل شخصی و 10/4 درصد دارای منزل استیجاری بودند. از لحاظ میزان درآمد ماهیانه، 15/2 درصد کمتر از 200 هزار تومان، 56/9 درصد بین 200 تا 500 هزار تومان، 27/1 درصد بیش از 500 هزار تومان درآمد ماهیانه داشتند.

در جدول 1 میانگین کیفیت زندگی کل و ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی نشان داده شده است. همان طور

میانگین کیفیت زندگی بر حسب گروه سنی در جدول 2 نشان داده شده است. اختلاف آماری معنی داری بین سن و کیفیت زندگی با استفاده از آزمون آنوا یک طرفه وجود داشت ($p=0/002$). با استفاده از آزمون آنوا یک طرفه اختلاف آماری معنی داری بین نوع سکونت و کیفیت زندگی در جمعیت مورد مطالعه دیده شد ($p=0/001$). میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات بالا بیشتر از سایر گروه‌ها بود و این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار بود ($p=0/02$). از نظر میزان درآمد ماهیانه و میانگین کیفیت زندگی نیز بین گروه‌ها اختلاف آماری معنی داری مشاهده گردید ($p=0/015$).

جدول 2. وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در بین گروه‌ها بر اساس خصوصیات دموگرافیک

| آزمون ANOVA یکطرفه آماره F | میانگین ± انحراف معیار | میانگین کیفیت زندگی سالمندان خصوصیات دموگرافیک | |
|-------------------------------------|------------------------------|--|---------------------|
| | 53/63±18/4 | 60-70 | |
| F=5/08 p= 0/002 | 51/93±17/41 47±20/5 | 70-80 80-90 | گروه سنی |
| | 35±13/3 | بیشتر از 90 | |
| F=11/13 P= 0/001 | 46/1±18/7 53/5±17/5 | استیجاری شخصی | نوع سکونت |
| F=3/86 P= 0/02 | 49/11±18/4 57/8±17 | بی سواد کم سواد | تحصیلات |
| | 59/7±15 42/46±20/6 | با سواد کمتر از 200 | |
| F=4/3 P= 0/015 | 51/42±17/58 | هزار تومان 200-500 هزار | میزان درآمد ماهیانه |
| | 51/64±17/8 | تومان بیشتر از 500 هزار تومان | |

بحث

با توجه به این که در جامعه ما معیار هنجاری برای کیفیت زندگی تعیین نشده، می‌توان میانگین 50 با انحراف معیار 10 را به عنوان شاخص قابل قبول برای کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفت (11). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی برابر 50/22±18/39 و در سطح متوسط قرار دارد که با برخی مطالعات انجام شده در کشور هم‌خوانی داشته (11-13) و در مقایسه با برخی مطالعات انجام شده قبل (6-8) کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در وضعیت بهتری قرار دارد. علت تفاوت نتایج این بررسی با مطالعات قبلی می‌تواند مربوط به عوامل متعددی از جمله سطح سواد، درآمد ماهیانه، وضعیت تغذیه‌ای، شرایط زندگی و خدمات رفاهی باشد. در پژوهش حاضر حیطه عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمی، نشاط و سلامت روان در حد متوسط و سلامت عمومی، حیطه درد جسمی، محدودیت جسمی و مشکلات روحی در سطح پائین قرار داشتند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد سطح سواد و درآمد سالمندان، وضعیت مناسب تغذیه‌ای،

حمایت‌های دولت از سالمندان، شرایط زندگی بهتر و داشتن خدمات رفاهی بیشتر، از عوامل مرتبط با بالا بودن کیفیت زندگی عنوان شده اند (12، 13). از دیگر نتایج این مطالعه می‌توان به بهتر بودن وضعیت سلامت روانی افراد مورد مطالعه از سلامت جسمی آنان اشاره نمود که با بعضی از تحقیقات (11-15) هم‌خوانی دارد. بالاتر بودن سلامت روانی در مطالعه حاضر و برخی مطالعات دیگر را می‌توان به شان و جایگاه سالمندان نزد خانواده‌ها و جامعه اسلامی و همچنین مبانی آموزه‌های دینی مبتنی بر احترام به سالمندان نسبت داد (11، 12). سالمندان در کشور ما و بین خانواده‌های ایرانی از احترام خاصی برخوردار بوده و در اعتقاد عامه مردم، وجودشان در بین اعضای خانواده مایه تداوم و ایجاد خیر و برکت قلمداد شده است. علاوه بر این، در سنین بالا بروز ناتوانی‌ها بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌شود و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان نیز افزایش می‌یابد (12). پائین بودن سلامت جسمی را می‌توان به تغییر سبک زندگی، وضعیت اقتصادی، خدمات رفاهی و وضعیت خدمات درمانی سالمندان نیز نسبت داد؛ چنانچه در برخی مطالعات خارج از کشور سلامت جسمی سالمندان بالاتر گزارش شده که این تفاوت تحت تاثیر مستقیم پائین بودن درآمد سرانه در ایران در مقایسه با سایر کشورها و همچنین عدم حمایت‌های درمانی، اجتماعی و رفاهی کافی دولت از سالمندان است.

در تحقیق حاضر، بین تاهل و کیفیت زندگی رابطه معنی داری مشاهده گردید به طوری که افراد سالمند متاهل کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان سالمند بیوه گزارش نموده بودند. مطالعات انجام گرفته در کشور (10، 16، 17) و خارج کشور (18) عدم تفاوت کیفیت زندگی افراد متاهل و مجرد و بیوه را گزارش نمودند، اما مطالعات دیگر بالا بودن کیفیت زندگی در افراد متاهل در مقایسه با افراد بیوه و مطلقه را گزارش نموده‌اند (19-21). وجود همسر در دوران سالمندی از لحاظ عاطفی بسیار ضروری بوده و از انزوا، افسردگی و مرگ زودرس آنان جلوگیری می‌نماید. با

زندگی ارتباط دارد(26)، هم‌چنین تحصیلات بالا ممکن است از طریق ارتقای طبقه اجتماعی و بالا بردن توان اقتصادی (یا درآمد) و خود باوری، کیفیت زندگی مربوط به سلامت را افزایش دهد(27).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به متفاوت بودن حالات روحی و جسمی سالمندان با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی هنگام پاسخ‌گویی به سوالات اشاره نمود. بررسی تاثیر برنامه‌های آموزشی، بهداشتی و ورزشی بر ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه میانگین شاخص کل کیفیت زندگی نشان داد که زنان سالمند شهر اراک از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بوده و عواملی مانند تاهل، سطح درآمد، نوع سکونت، سطح تحصیلات و سن بر کیفیت زندگی آنان تاثیر مستقیم دارند. بنابراین برنامه ریزی‌های اصولی جهت ارتقای کیفیت زندگی این قشر از جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب معاونت آموزش و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره 784 و کد اخلاق 6-131-91 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی، اعضای محترم شورای پژوهش و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند سپاس‌گزاری می‌گردد.

منابع

1. Mirzaie MS. Some observations on the dimensions of aging with a look at Japan's experience. *Human Sciences*. 2007(53):195-216.
2. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging.

توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، سطح درآمد ماهیانه، تاثیری مستقیم بر کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه داشته که با پژوهش‌های انجام شده توسط بذرافشان و آقانوری(6، 11) هم‌خوانی دارد. هم‌چنین در پژوهش حاضر حیطة عملکرد جسمی و سلامت جسمی نیز رابطه مستقیم با سطح درآمد افراد داشت. هزینه‌های پزشکی هر سال در ایران افزایش می‌یابد و توانایی سالمندان برای پرداخت هزینه‌های پزشکی به خصوص افراد فاقد بیمه درمانی را کاهش می‌دهد(22). این امر بایستی از سوی مسئولین مورد عنایت ویژه قرار گیرد تا راهکارهایی جهت بهبود وضعیت اقتصادی سالمندان صورت پذیرد.

در این مطالعه بین سن افراد با سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، نشاط، محدودیت جسمی و عملکرد جسمی رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. در تایید این امر در مطالعه‌ای که آلبو کردی و همکاران با هدف بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شاهین شهر اصفهان انجام دادند محققین همبستگی معنی‌دار و معکوسی بین سن و نمره کیفیت زندگی سالمندان گزارش کردند(23). نتایج مطالعه حاضر ارتباط مثبت بین نوع سکونت با حیطة سلامت روان، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی افراد را نشان داد. به عبارت دیگر سالمندانی که دارای منزل شخصی بودند از سلامت روان، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی بهتری برخوردار بودند. بدیهی است دغدغه‌های اجاره نشینی مزید علتی است بر کاهش کیفیت زندگی سالمندان.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین حیطة درد جسمی، محدودیت جسمی و سلامت روان با سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود دارد. در تحقیق آهنگری که بر روی 300 سالمند 60 سال به بالا در فرهنگ سرای سالمند شهر تهران انجام شد، با افزایش سطح تحصیلات، میانگین کیفیت زندگی سالمندان افزایش یافت(24). هر چند مطالعات مشابهی هم عدم ارتباط سطح تحصیلات با کیفیت زندگی(25) یا حتی ارتباط معکوس و غیر معنی‌دار را گزارش نمودند(20، 25). مطالعات انجام شده قبلی نشان داده‌اند که تحصیلات بالا در پویایی سالمندان و رضایت آنان از

- Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(11):1784-9. Epub 2006/11/08.
3. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2009; 13(3): 225-34.
 4. Kamali M, Arjmand Hesabi M, Ahangari M. The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran Senile Culture House Clubs. *Iranian Journal of Ageing*. 2008;3(7):26-32.
 5. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005;14(3):875-82.
 6. Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Sadat Maddah SB. The effect of exercise on quality of life of elderly women of Jahandidegan Club Foundation, Shiraz, 2007. *HBI Online Journal*. 2011;1(2):43-.
 7. Capuron L, Moranis A, Combe N, Cousson-Gelie F, Fuchs D, De Smedt-Peyrusse V, et al. Vitamin E status and quality of life in the elderly: influence of inflammatory processes. *The British journal of nutrition*. 2009;102(10):1390-4. Epub 2009/11/26.
 8. 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. *Soc Sci Med*. 2006;63(9):2367-80. Epub 2006/08/04.
 9. Nejati V, Ashayeri H. Health Related Quality of Life in the Elderly in Kashan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(1):56-61.
 10. Vahdaninia M, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. Health quality of life in elderly: population based survey. *Payesh*. 2005; 4:113-20.
 11. Agha nouri A, Mahmoudi M, Salehi H, Jafarian K. Quality of life in the elderly people covered by health centers in the urban areas of Markazi Province, Iran. *Iranian Journal of Ageing*. 2012;6(22):20-9.
 12. Abbasimoghadam MA, Dabiran S, Safdari R, Djafarian K. Quality of life and its relation to sociodemographic factors among elderly people living in Tehran. *Geriatrics & gerontology international*. 2009;9(3):270-5. Epub 2009/08/26.
 13. Aghanuri A, Mahmoudi M, Asadi M, Mortaji F, Salehi H, Djafarian K. Quality of life and its relationship with quality of diet among elderly people in urban areas of Markazi province, Iran. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2013;15(9):1-11.
 14. Aghamolaei T, Tavafian SS, Zare S. Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study. *Acta medica Iranica*. 2010;48(3):185-91. Epub 2010/12/09.
 15. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 2008;8:323. Epub 2008/09/24.
 16. Habibi A, Nemadi-Vosoughi M, Habibi S, Mohammadi M. Quality of Life and Prevalence of Chronic Illnesses among Elderly People: A Cross-Sectional Survey. *Ardebil Journal of Health and Hygiene* 2012;3(1):58-66.
 17. Sajadi H, Biglarian A. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity foundation, Tehran, Iran. *Payesh*. 2007; 6(2): 105-8.
 18. Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cadernos de saude publica*. 2009;25(10):2159-67. Epub 2009/10/24.
 19. Bazrafshan MR, Hosseini MA, rahgozar M, Sadat Maddah SB. Quality of elderly's life in shiraz , Jahandidegan club. *Iranian Journal of Ageing*. 2008;3(7):33-41.
 20. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, Ory M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004;13(5):933-46. Epub 2004/07/06.
 21. Hyttinen L, Kekalainen P, Vuorio AF, Sintonen H, Strandberg TE. Health-related quality of life in elderly patients with familial hypercholesterolemia. *International journal of*

- technology assessment in health care. 2008;24(2):228-34. Epub 2008/04/11.
22. Sheykhi MT. A study of the elderly people living in nursing homes in Iran with a special focus on Tehran. *African and Asian Studies*. 2004;3(2):103-19.
23. Albou Kordi M, Ramezani MA, 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(51):701-7.
24. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. *Salmad*. 2007; 2(3): 182-9.
25. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat*. 2004;10(3):61-7.
26. Lasheras C, Patterson AM, Casado C, Fernandez S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Experimental aging research*. 2001;27(3):257-70. Epub 2001/07/10.
27. Alexandre Tda S, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de saude publica*. 2009; 43(4): 613-21. Epub 2009/06/03.