Original Article

مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دهه‌های سنی مختلف: پیش‌بینی برای سالمندان

وحید نجاتی[1*]، خدابخش احمدی[2]، مریم شریفیان[3]، فاطمه شعاعی[4]

۱- دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
۳- گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴- گروه روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: مطالعهٔ کیفیت زندگی در گروه‌های سنی مختلف می‌تواند راهنمای خوبی برای پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان باشد. بر این اساس می‌توان راهبردهای پیشگیری و مداخله را برای گروه‌های سنی مختلف تعریف نمود. هدف از این مطالعه مقایسهٔ کیفیت زندگی در هفت دههٔ سنی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعهٔ مقطعی حاضر روی ۱۹۱۴ شهروند تهرانی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. روش نمونه‌گیری، طبقه‌بندی چند مرحله‌ای بود. ابزار مورد استفاده، پرسش نامهٔ ۳۶ سوالی کیفیت زندگی بود که به وسیله پرسشگر تکمیل می‌شد. روش آماری تحلیل واریانس برای تحلیل یافته‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: کیفیت زندگی در ابعاد نقش جسمی، فعالیت فیزیکی، سلامت عمومی، سلامت روان و درد جسمی در گروه‌های سنی مورد بررسی تفاوت معنی‌دار داشت (برای مورد اول در سطح ۰/۰۵ و برای سایر موارد در سطح ۰/۰۱). زمان شروع درد جسمی، ۳۰ سالگی؛ افت سلامت عمومی، ۴۰ سالگی؛ افت فعالیت فیزیکی و سلامت روان، ۶۰ سالگی و ناتوانی در ایفای نقش فیزیکی، ۷۰ سالگی است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان باید آموزش و مداخله در خصوص درد جسمی از سن ۳۰ سالگی و آموزش در خصوص وضعیت سلامت از ۴۰ سالگی شروع شود. فعالیت‌های فیزیکی مناسب با سن برای سالمندان ۶۰ سال و بالاتر باید آموزش داده شود.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، دورهٔ زندگی، سن

مقدمه

وقایع دوره زندگی بر کیفیت سالمندی اثرگذار است (۱ و ۲). محرومیت‌های روانی اجتماعی کودکی به تدریج رشد می‌یابند و منجر به موقعیت شغلی نامناسب در بزرگسالی می‌شوند. فرایندهای ناخوشایند اثر تجمعی دارند و از نظر زیستی نشان داده شده است که سلامت سالمندی از این فرایندهای اجتماعی تجمعی متأثر است. بدن مانند سامانه‌ای است که ضرر و فایده‌های دوران زندگی را جمع می‌نماید. به عنوان مثال همان‌گونه که آسیب جدی در دوران بحرانی رشد موجب صدمات جبران ناپذیر می‌شود، صدمات کوچک‌تر متعدد در دورهٔ زندگی نیز با هم جمع شده و در سالمندی نمود پیدا می‌کنند (۳).

کیفیت زندگی مجموعی از حالات عاطفی و شناختی افراد در برابر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (۴). طی چند دهه اخیر کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده است. به نحوی که این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (۵ و ۶).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی درکی است که فرد از موقعیت زندگی خود در بافت فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند، به دست می‌آورد (۷). علاوه بر این «کیفیت زندگی وابسته به سلامت» یک مفهوم جامع از وضعیت جسمی، عاطفی، رفاه، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آن‌ها با وجوه برجسته محیطی می‌باشد (۸).

کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبت‌های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می‌نماید. بر این اساس یک خدمت بهداشتی، تنها زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه کمیت زندگی در فرد تحت مراقبت، افزایش دهد (۹).

گروهی از مطالعات نشان داده‌اند که افراد جوان و افراد سالمند وجوه متفاوتی از زندگی را برای ارزیابی کیفیت زندگی خود مهم می‌دانند. افراد جوان بیشتر به ارتباط، شادی، کار و درآمد اهمیت می‌دهند، در مقابل

* نویسنده مسئول: وحید نجاتی، استادیار علوم اعصاب شناختی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
تلفن: ۲۹۹۰۲۳۳۹
Email : nejati@sbu.ac.ir

سالمندان بیشتر به وضعیت سلامت خود اهمیت می‌دهند (۱۰). بر این اساس اولویت‌های افراد در طول زندگی ثابت باقی نمی‌ماند و افراد در طول زندگی خود کیفیت زندگی خود را متفاوت ارزیابی می‌نمایند (۱۱). این تفاوت در ارزیابی می‌تواند منتج از تفاوت در نیاز باشد و با مطالعهٔ این تفاوت‌ها می‌توان کیفیت زندگی را در آن سنین و سنین متعاقب آن بهبود بخشید. مطالعات متعددی در کشور کیفیت زندگی را در سالمندان مورد بررسی قرار داده است ولیکن به نظر می‌رسد مطالعهٔ سنین مختلف جهت دست‌یابی به الگویی برای کیفیت زندگی سالمندان مفید است. سوال مطالعه حاضر این است که افت ابعاد مختلف کیفیت زندگی از چه سنی شروع می‌شود؟ آیا ورود به دهه شصت مقارن با افت ابعاد مختلف کیفیت زندگی است؟ بر اساس این یافته می‌توان سالمندی سالم را از گروه‌های سنی پایین‌تر طرح ریزی نمود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی ـ مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش مشتمل بر کلیه شهروندان تهرانی می‌باشد. محیط پژوهشی این طرح کلیه خانوارهای ساکن در تهران بودند که از طریق آدرس جغرافیایی آن‌ها در فهرست خانوار شهری به دست آمد. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده بود، بدین ترتیب که محقق ده ناحیه را بر اساس تقسیمات ناحیه‌ای شهرداری انتخاب و سپس در هر ناحیه سه محله را انتخاب نمود و با ارسال پرسشگر به محله مورد نظر پرسش‌نامه‌ها به صورت انتخاب تصادفی ساده منازل تکمیل گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی[1] استفاده شد که مستقیماً با مراجعه پرسشگر به شهروند نسبت به تکمیل آن اقدام گردید. روایی و پایایی این ابزار برای سالمندان ایرانی در مطالعه‌ای قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است. در این مطالعه ثبات درونی[2] برای کلیه زیر آزمون‌های پرسش‌نامه بالای ۰/۷ نشان داده شده است. همچنین تکرارپذیری پرسش‌نامه خوب و اعتبار آن نیز قابل قبول گزارش شده است. در مورد تکرارپذیری ضریب کرومباخ آلفا[3] مورد محاسبه معادل ۰/۷ بوده است (۱۲).

در مواردی که شهروند مایل به پاسخگویی نبود فرد دیگری در همان خوشه به صورت تصادفی انتخاب می‌شد. تعداد نمونه‌ها در این مطالعه ۱۹۱۴ نفر بود. جهت تکمیل پرسش‌نامه کلیه نمونه‌های مورد مطالعه قبل از شرکت در مطالعه ضمن تشریح روند کامل مطالعه توسط پرسشگر، فرم رضایت‌نامه شرکت در طرح پژوهشی را تکمیل نمودند.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی در مورد متغیرهای کمی، میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید و سپس تفاوت ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف سنی از طریق آزمون تحلیل واریانس محاسبه شد.

نتایج

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۸ در ۱۹۱۴ شهروند تهرانی با میانگین سنی ۳۶/۵۴، با انحراف معیار ۱۶/۸۷ و با دامنه سنی ۱۰ الی ۹۰ سال صورت گرفت. تعداد پرسش‌نامه‌های توزیع شده مورد استفاده ۲۰۰۰ پرسش‌نامه بود که با توجه به تعداد افراد مشارکت‌کننده نرخ پاسخ ۹۵/۷ درصد می باشد.

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها را نشان داده است. ترکیب سنی جمعیت مطالعه حاضر به دلیل تصادفی بودن انتخاب در خوشه انتهایی، سن افراد نمونه نماینده‌ای از ترکیب سنی جمعیت جامعه می‌باشد که این موضوع با مشاهده درصد جمعیت در دهه‌های سنی مشخص است. وضعیت تأهل، تحصیلات نیز به تفکیک دو جنس آورده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد بررسی

	مشخصات	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	جمع فراوانی (درصد)
گروه سنی	زیر ۲۰ سال	۱۶۸(۱۹/۸۸)	۱۹۱(۱۸/۲۲)	۳۵۹(۹۶۱۸)
	۲۰ – ۲۹ سال	۱۹۶(۲۳/۱۹)	۲۵۶(۲۴/۴۲)	۴۵۲(۲۳/۸۷)
	۳۰ – ۳۹ سال	۱۳۴(۱۵/۸۵)	۱۸۷(۱۸/۷۴)	۳۲۱(۱۶/۹۵)
	۴۰ – ۴۹ سال	۱۱۵(۱۳/۶۰)	۱۹۵(۱۸/۶۰)	۳۱۰(۱۶/۳۷)
	۵۰ – ۵۹ سال	۱۰۶(۱۲/۵۴)	۱۱۲(۱۰/۶۸)	۲۱۸(۱۱/۵۱)
	۶۰ – ۶۹ سال	۷۸(۹/۲۳)	۷۳(۶/۹۶)	۱۵۱(۷/۹۶)
	۷۰ – ۷۹ سال	۳۵(۴/۱۴)	۲۹(۲/۷۶)	۶۴(۳/۳۸)
	۸۰ سال و بالاتر	۱۳(۱/۵۳)	۵(۰/۴۷)	۱۸(۰/۹۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۳۳۲(۱۷/۳۴)	۳۳۸(۱۷/۶۵)	۶۷۰(۳۵)
	متأهل	۴۴۷(۲۳/۳۵)	۱۰۰۳(۵۲/۳۷)	۱۴۵۰(۷۵/۷۵)
	فوت همسر	۴۲(۲/۱۹)	۶۹(۰/۰۵)	۷۱(۳/۷۰)
	مطلقه	۲۳(۱/۲۰)	۴۱(۲/۱۴)	۶۴(۳/۳۴)
تحصیلات	بی‌سواد	۰(۰)	۱(۰/۱۰)	۱(۰/۰۵)
	ابتدایی	۶۰(۷/۳۸)	۷۹(۷/۹۰)	۱۳۹(۷/۶۷)
	راهنمایی	۱۰۳(۱۲/۶۸)	۹۰(۹/۰۰)	۱۹۳(۱۰/۶۵)
	دبیرستان	۳۱۰(۳۸/۱۷)	۳۸۴(۳۸/۴۳)	۶۹۴(۳۸/۳۲)
	دانشگاهی	۳۲۳(۳۹/۷۷)	۴۳۲(۴۳/۲۴)	۷۵۵(۴۱/۶۸)
	حوزوی	۱۶(۱/۹۷)	۱۳(۱/۳۰)	۲۹(۱/۶۰)

جدول شماره ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس برای تفاوت ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه های سنی مختلف را نشان می‌دهد. همـان‌گونه

1-Short Form 36 (SF36)
2-Internal Consistency
3-Chrombachs α Statistics

که در جدول آمده است به جز نقش اجتماعی و نقش عاطفی، سایر ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معنی‌داری را نشان داده اند.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف سنی

منابع تغیرات		میانگین مربعات	آمارهٔ F	سطح معنی داری
فعالیت فیزیکی	بین گروهی	۳۰۸۷/۸۱	۴/۱۴۱	۰/۰۰۱
	درون‌گروهی	۷۴۵/۶۷		
سلامت عمومی	بین گروهی	۵۴۶۶/۲۶	۱۶/۳۶۶	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۳۳۴/۰۰		
نقش جسمی	بین گروهی	۱۳۰۹/۲۹	۲/۶۳۲	۰/۰۲۲
	درون‌گروهی	۴۹۷/۳۷		
نقش اجتماعی	بین گروهی	۱۲۸۸/۱۶	۲/۱۴۲	۰/۰۵۸
	درون‌گروهی	۶۰۱/۲۶		
نقش عاطفی	بین گروهی	۹۹۸/۴۳	۱/۶۳۲	۰/۱۴۸
	درون‌گروهی	۶۱۱/۶۴		
قوه حیاتی	بین گروهی	۱۸۲۶/۱۷	۷/۶۲۲	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۲۳۹/۵۹		
سلامت روان	بین گروهی	۱۲۵۸/۳۷	۵/۰۳۸	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۲۴۹/۷۸		
درد جسمی	بین گروهی	۱۳۰۱۹/۱۹	۲۰/۶۶۵	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۶۳۰/۰۲		
مجموع ابعاد جسمی	بین گروهی	۳۹۱۸/۲۷	۱۵/۸۰۰	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۲۴۷/۹۹		
مجموع ابعاد روانی	بین گروهی	۶۶۴/۹۲	۵/۸۹۲	۰/۰۰۰
	درون‌گروهی	۱۱۲/۸۵		

برای بررسی سطوح معنی‌داری در گروه‌های سنی مختلف آزمون تعقیبی توکی بر روی نمونه‌ها انجام شد. نتایج نشان داد تفاوت گروه‌های سنی در فعالیت فیزیکی فقط در گروه ششم (هفتاد سال و بالاتر) معنی‌دار است. بدین معنی که فقط در دهه هفتم به بعد فعالیت فیزیکی به طور معنی‌داری افت پیدا می‌کند و تفاوت در سایر گروه‌های سنی معنی‌دار نیست.

آزمون توکی نشان داد تفاوت معنی‌دار در سلامت عمومی مربوط به سه گروه آخر یعنی گروه سنی ۴۰ سال و بالاتر می‌باشد. بر این اساس سلامت عمومی از این سن به بعد به طور معنی‌داری افت پیدا می‌کند و در دهه‌های بعدی نیز این افت معنی‌دار می‌باشد.

آزمون تعقیبی توکی نشان داد ایفای نقش جسمی فقط در دهه هفتم و بالاتر به طور معنی‌دار افت می‌کند و تفاوت معنی‌دار در گروه‌های سنی در ایفای نقش اجتماعی مربوط به دهه چهارم می‌باشد. در این دهه ایفای نقش اجتماعی نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر است. سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری را در این بعد نشان نداند.

در خصوص قوه یا نیروی حیاتی گروه سنی اول (۲۰ سال و پایین‌تر) تفاوت معنی‌داری با سایر گروه‌ها داشت. بدین معنی که در این گروه سنی این بعد بالاتر از سایر گروه‌ها بود. سایر گروه‌ها تفاوت معنی‌داری در این بعد نشان ندادند.

سلامت روان دهه ۶۰ به طور معنی‌داری از سایر دهه‌ها پایین‌تر است. دهه سنی نیز تفاوت معنی‌داری با گروه‌های سنی ۵۰ سال به بالا نشان می‌دهد که بیانگر بیشتر بودن کیفیت زندگی در این گروه است.

در خصوص درد جسمی گروه اول تفاوت معنی‌داری با سایر گروه‌ها دارد و درد جسمی در آن کمتر از سایر گروه‌ها می‌باشد. الگوی درد جسمی نشان می‌دهد که با افزایش سن میزان درد جسمی نیز افزایش می‌یابد.

در خصوص مجموع ابعاد جسمی، الگوی تغییر کاهش نمره در ورای سن می‌باشد. گروه زیر ۲۰ سال تفاوت معنی‌داری با سه گروه بالای ۵۰ سال نشان داد. دهه سی فقط با دو گروه دهه شصت و هفتاد تفاوت معنی‌دار داشت و دهه چهل فقط با دهه هفتاد تفاوت معنی‌دار داشت.

در خصوص مجموع ابعاد روانی، الگوی تغییر کاهش نمره، در ورای سن می‌باشد. گروه اول (زیر ۲۰ سال) با دهه سوم، ششم و هفتم تفاوت معنی‌دار دارد. دهه سوم نیز فقط با دهه هفتم تفاوت معنی‌دار دارد.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که به طور کلی، کلیه ابعاد زندگی با افزایش سن، کاهش می‌یابند. یکی از مسائل تأثیرگذار در کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن است که مطالعات متعدد نشان داده‌اند نرخ شیوع بیماری‌های مزمن با افزایش سن افزایش می‌یابد (۱۶-۱۳). در مطالعه حاضر نشان داده شد که درد جسمی از ۳۰ سالگی به بعد با افزایش سن، افزایش می‌یابد، این افزایش با کاهش کیفیت زندگی هم‌خوان است. بر این اساس می‌توان بیماری مزمن را یکی از پیشگوهای کیفیت زندگی در سنین مختلف دانست.

مسأله دیگری که در ورای سن کیفیت زندگی را متأثر می‌سازد، افسردگی است (۱۷ و ۱۸). افسردگی مشکل شایع سالمندان است که بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان اثرگذار است. مطالعه حاضر نشان داد که سلامت روان در ورای سن کاهش می‌یابد و این موضوع را می‌توان عامل مهمی در افت کیفیت زندگی در دوران سالمندی قلمداد نمود. گروهی از مطالعات نشان داده‌اند که کارایی افراد افسرده حتی بیشتر از افراد با بیماری مزمن مانند دیابت و یا آرتروز افت می‌یابد (۱۹ و ۲۰).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد فعالیت فیزیکی از ۶۰ سال به بالا شروع به افت می‌کند. لوکه (۲۰۰۶) در بررسی ارتباط بین فعالیت فیزیکی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد که هر هشت زمینه کیفیت زندگی در سالمندان با فعالیت فیزیکی بالاتر، به طور معنی‌داری بیشتر است (۲۱).

یافته‌ها نشان داد که درک کلی از سلامت از سن ۴۰ سالگی افت می‌یابد، این موضوع را می‌توان به نیاز افراد به اطلاعات بیشتر از سلامت خود به دلیل بروز بیماری‌ها دانست. با افزایش سن و با

ظهور بیماری‌های مزمن، افراد نیاز بیشتری به دانش در مورد سلامت خود دارند و در صورتی که این نیاز آموزشی تأمین نشود، درک کلی از سلامت افت پیدا می‌کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود کلاس‌های آموزش سلامت از این گروه سنی آغاز شود.

عملکرد جسمی از سن ۷۰ سالگی افت می‌یابد که این موضوع را نیز می‌توان به ظهور بیماری‌های مزمن و افسردگی در این سن ربط داد. در سنین پایین‌تر فعالیت جسمی از افت کیفیت زندگی جلوگیری می‌کند. سورنسن نشان داد که در سنین میان‌سالی (۴۰ تا ۶۰ سال) کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری با توانایی‌های کاری افراد دارد (۲۲).

سلامت روان نیز از ۶۰ سالگی به بعد افت می‌یابد. افسردگی و اضطراب شایع‌ترین مشکلات روانی در سالمندان می‌باشد که به طور مشخص موجب افت کیفیت زندگی، افت کارایی آنان می‌گردد (۲۳). در مطالعات داخلی شیوع افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی سالمندان ۳۴/۲ افسردگی شدید و ۴۴/۱ افسردگی متوسط (۲۴) و بر اساس پرسش‌نامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی شیوع افسردگی ۴۸/۳ (۲۵) نشان داده شده است. دلیل این شیوع می‌تواند در تجربه‌های افسردگی برانگیز و مضطرب‌کننده مانند داغداری، بیماری‌های دردناک (۲۶) و یا اختلالات شناختی باشد (۲۷). ارتباط بین افسردگی، اضطراب و سلامت‌شناختی ریشه در نظریه تغیرات شناختی وابسته به سن قطعه پیشانی دارد. مسیر قشری ـ استریاتومی ـ پالیدمی ـ تالاموسی ـ قشری قویاً با عملکردهای شناختی اجرایی قطعه پیشانی در ارتباط است در افـراد افسـرده و مضطـرب دچـار نا کارآمدی می‌گردد (۲۸ و ۲۹).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان آموزش و مداخله در خصوص درد جسمی باید از سن ۳۰ سالگی و آموزش در خصوص وضعیت سلامت باید از ۴۰ سالگی شروع شود. این یافته‌ها می‌تواند راه‌گشای سیاست گذاران سلامت سالمندان برای هدف سالمندی سالم باشد.

References

1. Kuh D, Ben-Shlomo Y. (Eds.). A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.
2. Kuh D, Hardy R. (Eds.). Life course approach to women's health. Oxford: Oxford University Press; 2002.
3. Mann S, Wadsworth M, Colley J. Accumulation of factors influencing respiratory illness in members of a national birth cohort and their offspring. Journal of Epidemiology and Community Health. 1992;46:286–292.
4. Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88:529-536.
5. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freedman, & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders (pp. 3–17). Chichester, England: John Wiley & Sons. 2006.
6. Kaplan RM. The significance of quality of life in health care. Quality of Life Research. 2003;12:3–16.
7. WHO. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley, & W. Kuyken (Eds.), Quality of Life Assessment: International Perspectives (pp. 41–57). 1994 Berlin: Springer.
8. WHOQoL Group. World Health Organisation quality of life assessment: position paper from the World Health Organisation. Social Science and Medicine. 1995;41:1403.
9. Hinchliff, Susan, Nursing and health Care, 2nd edition, Edward Arnold Company; 1993.
10. Bowling A. The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age groups by gender. Results from a national survey of the publics judgement. International Journal of Health Sciences. 1995;6(4):169–175.
11. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CRB, McDonald NJ, Malley KO. Individual quality of life in the healthy elderly. Quality of Life Research. 1994;3:235–244.
12. Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health related quality of life in an elderly population in Iran: a population- based study. Payesh. 2005;4:113-120. [Article in Persian]
13. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain. 2001;89:127–134.
14. Ng KF, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. Clin J Pain. 2002;18:275–281.
15. Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. J Rheumatol. 2000;27:1521–1525.
16. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain. 2002;6:133–140.
17. Isacson D, Bingefors K, von Knorring L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. Eur Psychiatry. 2005;20:205–212.
18. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. Salud Publica Mex. 2005;47 (Suppl 1):S4–S11.
19. Wells K, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of Los Angeles general population. Am J Psychiatry. 1988;145:712–717.
20. Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ, vanTilburg W. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1995;30:32–38.

21. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude1 N and Mercier M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey. Health and Quality of Life Outcomes, 1.
22. Sorensen LE, Pekkonen MM, Mannikko KH, Louhevaara VA, Smolander J, Alen MJ. Associations between work ability, health-related quality of life, physical activity and fitness among middle-aged men. Applied Ergonomics. 2008;39:786–790.
23. Charney DS, Reynolds III CF, Lewis L. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch. Gen. Psychiatry. 2003;60:664–672.
24. Joghataei MT, Nejati V. Assessment of Health Status Elderly People in the City of Kashan. Salmand. 2006;1(1):3-8. [Article in Persian]
25. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom. Qazvin University of Medical science. 2009;13(1):67-72.
26. Kals-Godley J, Gatz M, Fiske A. Depression and depressive symptomsin old age. In: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, eds. Clinical Geropsychology. Washington DC: American Psychological Association. 1998:211-217.
27. Collins MW, Abeles N. Subjective memory complaints and depression in the able elderly. Clin Gerontol. 1996;16(4):29-54.
28. Nejati V. Evaluation of relationship between executive function of brain and mental health in older adults. Motaleat ravanshenakhti (psychological studies). 2009;5(2):27-44. [Article in Persian]
29. Nejati V, Ashayeri H. Effect of Depression on cognitive health of older adult. Salmand (Elderly). 2009;2(2):85-94. [Article in Persian]

Original Article

Comparing Quality of Life Dimension in Different Age Decades: Prediction for Aging

Nejati V[*1], Ahmadi K[2], Sharifian M[3], Shoaee F[3]

1- Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2- Baghiyatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
4- Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background & Objective: Quality of life in different age groups can consider as good predictor of elderly quality of life. The purpose of present study is comparing quality of life in different age decade.

Materials & Methods: This cross sectional study performed in 1914 citizens of Tehran with SF36 questionnaire. The method of Sample selection was multistage classification. We used One Way ANOVA for analysis.

Results: Findings show that quality of life dimension reduced in role physical, physical activity, general health, mental health and bodily pain. (P- Value was less than 0.05 for role physical and less than 0.01 for all others). Falling in bodily pain started in 30 years old and for general health 40, physical activity and mental health 60 and physical role were 70 years old.

Conclusion: Based on our finding, education and intervention for bodily pain should be started at the age of 30 years old and for the general health at 40 years old. The education of age matched physical activity should be done for people above 60 years old.

Keywords: Quality of Life, Life Course, Age

*** Corresponding author: Nejati Vahid,** Assisstant Professor of Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Tel: +98 21 29902339
Email: nejati@sbu.ac.ir