



Relationship between Quality of Life and Using Smart Phones in the Elderly

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Yoshany N.¹ MSc,
Seyedkhameshi S.S.¹ BSc,
Rezaei M.² MSc,
Baghian-Zarchi N.³ MSc,
Karimiankakolaki Z.⁴ PhD

How to cite this article

Yoshany N, Seyedkhameshi S.S, Rezaei M, Baghian-Zarchi N, Karimiankakolaki Z. Relationship between Quality of Life and Using Smart Phones in the Elderly. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(4):247-255.

ABSTRACT

Aims Aging is an important period of life, and attention to the issues and needs of this period is socially important because they can eclipse the quality of life of the elderly. Today, the use of cell phones especially smart cell phones among elderly has also increased. The purpose of this study was to determine the relationship between quality of life and the use of smart cell phones in the elderly.

Instruments & Methods This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted on 408 elderly people who were covered by the retirement center of Yazd in 2019. These subjects were selected using simple random sampling method. Data gathering tools included demographic questionnaire, cell phones status and internet usage and WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) questionnaire. The data analysis was performed by SPSS 18 software using Spearman correlation coefficient, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests.

Findings The mean score for quality of life was 295.62 ± 77.93 . 90.2% of participants used cell phones. The quality of life components were significantly different based on gender, type of home, marital status, education level, income, having cell phone, duration and context of its use and who to live with elderly ($p < 0.05$).

Conclusion There was a direct relationship between the quality of life and using cell phone, duration and context of its use that this interaction can be through the use of cell phones to raise awareness, communicate or entertain, or build more social relationships with family, relatives and peers.

Keywords Elderly; Cell Phone; Quality of Life; Smart Phone

CITATION LINKS

[1] Comparison of mental health ... [2] Gerontology: perspectives ... [3] Health-related quality ... [4] Physical activity and quality of ... [5] Chronic illness and quality ... [6] Comparative effects of two physical ... [7] Validation of the United States' version ... [8] Relationship of physical condition and functional ... [9] Study of effectiveness of continuous care ... [10] Quality of Life in Iranian ... [11] Disability assessments in Tehranian ... [12] Mental health status and related factors in ... [13] Quality of life in Zahedan elderly ... [14] Consider quality of life nulliparous ... [15] Reliability and validity of the WHOQOL ... [16] Validity and reliability of the Bangla ... [17] The World Health Organization's WHOQOL-BREF ... [18] Quality of life and effective factors on it among ... [19] Acceptance of information and communication technology ... [20] Quality of life among elderly with visual ... [21] Quality of life and its related factors among elderlies ... [22] Quality of life for elderly residents in nursing ... [23] Assessing quality of life and related factors ... [24] Factors affecting quality of life among elderly living in ... [25] Social network and ... [26] Quality of life in ... [27] Health related quality ... [28] Health-related quality of ... [29] The role of social support in elderly ... [30] Quality of elderly's life in Tehran senile ... [31] Gender differences in health-related ... [32] Quality of life among Kahrizak charity ... [33] Quality of life in postmenopausal women ... [34] Improve health of the elderly people ... [35] Investigating the role of social support ... [36] Social networks and health-related quality ... [37] Causes and motivations of elderly home ... [38] Factors associated to functional limitations in elderly ... [39] Self-perceived social status and health in older ... [40] Depression and perceived social support in the ... [41] Effect of self-care training program on quality ... [42] Social support and quality ... [43] Quality of life and its related demographic ... [44] Intergenerational support and self-rated health of the elderly in rural ... [45] Marital status, family ties, and self-rated health among ... [46] Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive ...

¹"Social Determinants of Health Research Center" and "Department Health Education & Promotion, Public Health Faculty", Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

²Management Department, Management Faculty, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

³Health Services Management Department, Public Health Faculty, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁴Health Department, Medical Sciences Faculty, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

*Correspondence

Address: Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Rahmatiyeh, Shahrekord, Chaharmahal Bakhtiari, Iran. Postal Code: 8813733395
Phone: +98 (38) 333361000
Fax: +98 (35) 38209119
zohrehkarimian68@yahoo.com

Article History

Received: March 22, 2019

Accepted: August 18, 2019

ePublished: December 21, 2019

ارتباط کیفیت زندگی و استفاده از تلفن همراه هوشمند در سالمندان

نوشین یوشنی MSc

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

سمیه السادات سیدخامشی BSc

"مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" و "گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

محمد رضایی MSc

گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

نجمه باقیانزارچی MSc

گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زهرا کریمیان کاکلکی PhD

گروه بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

چکیده

اهداف: سالمندی دوره مهمی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای این دوره از نظر اجتماعی اهمیت فراوانی دارد، زیرا می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را تحت‌الشعاع قرار دهند. امروزه میزان استفاده از تلفن همراه به‌خصوص تلفن‌های همراه هوشمند در بین سالمندان نیز افزایش یافته است. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و استفاده از تلفن همراه هوشمند در سالمندان انجام شد.

ابزار و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ روی ۴۰۸ نفر از سالمندان تحت پوشش کانون بازنشستگان شهر یزد انجام شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک، وضعیت داشتن تلفن همراه، استفاده از اینترنت و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) بود. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 18 و با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، من‌ویتنی‌یو و کروسکال‌والیس انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی کیفیت زندگی $295/62 \pm 77/93$ بود. $90/2\%$ شرکت‌کنندگان از موبایل استفاده می‌کردند. مولفه‌های کیفیت زندگی برحسب جنسیت، نوع منزل، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد، داشتن موبایل، مدت و زمینه استفاده از آن و این که سالمند با چه کسی زندگی می‌کند، اختلاف معنی‌داری داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بین استفاده از تلفن همراه، زمینه و مدت‌زمان استفاده از آن با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد که این تاثیر متقابل می‌تواند از طریق کاربرد تلفن همراه در زمینه‌های افزایش آگاهی، برقراری ارتباط یا سرگرمی یا ایجاد روابط اجتماعی بیشتر با خانواده، فامیل و همسالان باشد.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، تلفن همراه، کیفیت زندگی، گوشی هوشمند

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲۲

*نویسنده مسئول: zohrehkarimian68@yahoo.com

مقدمه

سالمندی را می‌توان از دیدگاه‌های مختلفی تعریف کرد؛ از نظر روان‌شناسان، سالمندی دوره‌ای از زندگی است که معمولاً از ۶۵-۶۰ سالگی آغاز می‌شود. سالمندی یک بیماری نیست، بلکه دوره پراهمیتی در زندگی هر فرد محسوب می‌شود^[1]. مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت سالمندان را ۵ میلیون و ۱۲۱ هزار و ۴۳ نفر اعلام کرده است که ۷/۲٪ جمعیت کشور را شامل می‌شود و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۳٪ رسید. پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان تا سال ۲۰۵۰ در ایران به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد^[2]. مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت عنوان نموده است که کیفیت زندگی در سالمندان ایالات متحده در بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۱ به میزان قابل توجهی کاهش یافته است^[3].

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر، مساله مهم‌تری تحت عنوان چگونه گذراندن عمر و به عبارتی "کیفیت زندگی" مطرح شده است که پرداختن به این موضوع مورد توجه صاحب‌نظران و محققان امور سالمندان قرار گرفته است^[4]. کیفیت زندگی شاخصی اساسی محسوب می‌شود و به توجه خاصی نیاز دارد، زیرا شامل جنبه‌های متعددی مثل جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد می‌شود^[5]. در تعریفی، کیفیت زندگی به‌صورت برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع بیان شده است^[6]. در مجموع می‌توان گفت کیفیت زندگی، فقط از نظر خود شخص مشخص می‌شود. لازم به ذکر است که کیفیت زندگی تحت تاثیر جنبه‌های مختلف زندگی فرد قرار می‌گیرد. رضایت از زندگی به‌وسیله درک و تعریف هر فرد از وضعیتی که دارد، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و وضعیت دلخواه و ایده‌آل او تعیین می‌شود^[7]. /وساد و همکاران بیان داشتند سالمندانی که توانایی انجام فعالیت بدنی و فعالیت روزانه دارند از سطح بالاتری از کیفیت زندگی برخوردارند^[8]. ۵۸٪ افراد ناتوان بالای ۶۵ سال هستند^[9]. طبق مطالعه مروری انجام‌شده توسط کاظمی و همکاران، وضعیت کیفیت زندگی سالمندان ایرانی متوسط است^[10].

استفاده از اینترنت و شبکه‌های مجازی می‌تواند راهی برای افزایش احترام و تقویت اعتمادبه‌نفس سالمندان و تغییر نگرش پیری‌ستیزی و دید کلیشه‌ای نسبت به آنها در سطح جامعه باشد^[11]. متخصصان بر این باورند که افرادی که دارای سطح سلامت پایین‌تری هستند و به‌خصوص از ضعف سلامت روانی رنج می‌برند، شبکه اجتماعی کوچک‌تر و در نتیجه دوستان صمیمی کمتری دارند؛ یعنی بین حجم و کیفیت شبکه‌های اجتماعی افراد و سلامتی آنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این امر تایید شده است که تعاملات اجتماعی افراد با خانواده و شبکه‌های اجتماعی، به‌شدت با سلامت روان ارتباط محکم و مثبتی دارد^[12].

در حال حاضر مطالعه منسجمی در زمینه میزان و نحوه استفاده سالمندان ایرانی از گوشی‌های هوشمند و اینترنت انجام نشده است؛

برخوردار نبودند، لذا برای بررسی همبستگی بین متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن و برای مقایسه مولفه‌های کیفیت زندگی برحسب متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های من‌ویتنی‌یو و کروسکال‌والیس استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۵۵۴ پرسش‌نامه که بین سالمندان توزیع شد، تعداد ۴۰۸ (۷۳/۶٪) پرسش‌نامه به‌طور کامل تکمیل و جمع‌آوری شد. میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۷/۸۲±۶/۴۹ سال با حداقل ۶۰ و حداکثر ۹۵ سال بود. ۳۶۸ نفر (۹۰/۲٪) از شرکت‌کنندگان از تلفن همراه استفاده می‌کردند.

براساس میانگین نمرات کسب‌شده در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بالاترین نمره مربوط به بعد سلامت عمومی کلی و کمترین نمره مربوط به سلامت محیط بود (جدول ۱).

بین سن و تمام مولفه‌های کیفیت زندگی به‌جز سلامت اجتماعی، همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین مولفه‌های کیفیت زندگی با یکدیگر همبستگی مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد، به‌طوری که با افزایش نمرات هر یک از مولفه‌های کیفیت زندگی، نمرات سایر مولفه‌های کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یافت (جدول ۲).

بین تمام مولفه‌های کیفیت زندگی به‌جز نمره حیطه سلامت اجتماعی با جنسیت ارتباط معنی‌داری وجود داشت. تمام مولفه‌های کیفیت زندگی به‌جز سلامت روان و سلامت محیط با متغیر داشتن موبایل، ارتباط معنی‌دار داشتند. در مورد نوع منزل فقط کیفیت زندگی کلی ارتباط معنی‌داری نشان داد و سایر مولفه‌ها ارتباط معنی‌داری نشان ندادند. در تمام موارد، میانگین نمره کیفیت زندگی مردان، افراد دارای موبایل و افراد دارای منزل شخصی نسبت به دیگران بیشتر بود (جدول ۳).

همچنین تمام مولفه‌های کیفیت زندگی برحسب وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد و این که با چه کسی زندگی می‌کنند، اختلاف معنی‌دار داشتند. مولفه‌های سلامت جسمانی، روانی و سلامت عمومی برحسب زمینه کار با تلفن همراه و مولفه‌های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و سلامت عمومی برحسب مدت استفاده از تلفن همراه دارای اختلاف معنی‌دار بودند (جدول ۴). میانگین نمره سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط در افراد مطلقه نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر بود و میانگین نمره سلامت روانی و سلامت عمومی در افراد متأهل بیشتر از سایرین بود.

میانگین نمره سلامت روانی، اجتماعی، محیط و سلامت عمومی در افراد دارای تحصیلات دکترا نسبت به سایرین بیشتر بود و میانگین نمره سلامت جسمانی در افراد دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد نسبت به سایرین بیشتر بود. میانگین نمره تمام مولفه‌های کیفیت زندگی در افراد دارای درآمد

در نتیجه هنوز از تاثیر این ابزار بر کیفیت زندگی این گروه از افراد اطلاعات کمی وجود دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و استفاده از تلفن همراه در سالمندان انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ در بین سالمندان تحت پوشش کانون بازنشستگان شهر یزد انجام گرفت. طبق فرمول حجم نمونه، انحراف‌معیار ۱۸ و خطای ۱/۵، حجم نمونه مورد نیاز ۵۵۴ نفر تعیین شد^[13] که در نهایت داده‌های مربوط به ۴۰۸ نفر مورد آنالیز قرار گرفت. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود که ابتدا از کل اداره‌های تحت پوشش کانون بازنشستگان به‌طور تصادفی ۵ سازمان (اداره برق، مخابرات، آب و فاضلاب، بانک و آموزش و پرورش) انتخاب شد و سپس از هر سازمان به‌طور تصادفی افراد سالمند بازنشسته که واجد شرایط بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی، عدم ابتلا به ناشنوایی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. افراد در صورت عدم تمایل به همکاری، مبتلابودن به بیماری‌های ناتوان‌کننده و داشتن معلولیت شدید از مطالعه خارج می‌شدند.

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای و همچنین تعیین وضعیت افراد از لحاظ داشتن یا نداشتن تلفن همراه بود و در صورت داشتن موبایل درباره طول مدت استفاده و زمینه استفاده نیز از آنها سؤال شد.

همچنین برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه (WHOQOL-BREF) استفاده شد که شامل ۵ حیطه سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال)، سلامت محیط (۸ سؤال) و وضعیت سلامت کلی (۲ سؤال) است. این پرسش‌نامه در مجموع، ۲۶ سؤال دارد که براساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و محدوده نمرات از ۲۶ تا ۱۳۰ است^[14]. این پرسش‌نامه در بیش از ۴۰ کشور دنیا، ترجمه و اعتبارسنجی شده است^[7, 15-17]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه عبدالله‌پور و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ در تمام حیطه‌ها تایید شد^[18]. تحقیقات انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سجی نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوی، پایایی درونی (آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) و پایایی آزمون- بازآزمون مناسبی است^[17].

به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه، رضایت آگاهانه کلیه افراد قبل از شرکت در مطالعه، ضمن تشریح روند کامل تحقیق توسط پرسشگر گرفته شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 18 تجزیه و تحلیل شدند. ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که از توزیع نرمال

از فوت همسر با فرزند مجرد زندگی می‌کردند بیشتر از سایرین بود و میانگین نمره سلامت روانی و سلامت عمومی افرادی که با همسر و در منزل فرزند متاهل زندگی می‌کردند نسبت به سایرین بیشتر بود. همچنین میانگین نمره سلامت اجتماعی افرادی که با همسر و فرزند مجرد زندگی می‌کردند نسبت به سایرین بیشتر بود. به‌طور کلی میانگین نمره تمام مولفه‌های کیفیت زندگی در افرادی که به‌تنهایی یا بدون همسر زندگی می‌کردند نسبت به سایرین کمتر بود.

بالای دو میلیون و افرادی که مدت بیش از ۳ سال از موبایل استفاده می‌کردند، نسبت به سایرین بیشتر بود. میانگین نمره سلامت جسمانی، اجتماعی و سلامت عمومی در افرادی که زمینه کارشان با موبایل به‌منظور افزایش آگاهی بود، نسبت به سایرین بیشتر بود و میانگین نمره سلامت روانی و محیط در افرادی که زمینه کارشان با موبایل مربوط به همه موارد آگاهی، سرگرمی و ارتباط بود، نسبت به سایرین بیشتر بود. میانگین نمره سلامت جسمانی و سلامت محیطی در افرادی که بعد

جدول ۱) آماره‌های توصیفی نمره کیفیت زندگی و حیطه‌های مختلف آن

متغیرها	میانگین نمرات	حداقل نمره قابل اکتساب	حداکثر نمره قابل اکتساب
سلامت جسمانی	۵۷/۷۵±۱۹/۰۰	۳/۵۷	۱۰۰
سلامت روان	۵۶/۶۸±۱۷/۰۸	۸/۳۳	۱۰۰
سلامت اجتماعی	۵۷/۴۷±۲۰/۷۳	۸/۳۳	۱۰۰
سلامت محیط	۵۶/۷۶±۱۵/۴۹	۰	۱۰۰
سلامت عمومی کلی	۶۲/۸۱±۱۸/۵۷	۰	۱۰۰
کیفیت زندگی (جمع کل)	۲۹۵/۶۲±۷۷/۹۳	۹۸/۹۶	۴۹۶/۸۸

جدول ۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین سن، کیفیت زندگی و ابعاد آن

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- سن	۱				
۲- سلامت جسمانی	-۰/۲۴۵**	۱			
۳- سلامت روان	-۰/۱۲۷*	۰/۷۶۱**	۱		
۴- سلامت اجتماعی	-۰/۱۰۱	۰/۷۱۳**	۰/۷۰۵**	۱	
۵- سلامت محیط	-۰/۱۱۵*	۰/۶۷۶**	۰/۷۴۵**	۰/۶۶۳**	۱
۶- کیفیت زندگی و سلامت عمومی	-۰/۲۳۴**	۰/۷۴۴**	۰/۷۱۴**	۰/۵۹۱**	۰/۵۸۴**

*p<۰/۰۵: **p<۰/۰۱

جدول ۳) مقایسه میانگین آماری نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی برحسب متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون من‌ویتنی

متغیرها	تعداد (درصد)	سلامت جسمانی	سلامت روان	سلامت اجتماعی	سلامت محیط	سلامت عمومی
جنسیت						
مرد	۲۹۹ (۷۳/۳)	۵۹/۵۸±۱۸/۰۷	۵۸/۶۵±۱۶/۸۴	۵۸/۵۷±۲۱/۰۹	۵۷/۸۲±۱۵/۷۳	۶۴/۵۶±۱۷/۶۰
زن	۱۰۹ (۲۶/۷)	۵۲/۷۵±۲۰/۵۹	۵۱/۲۹±۱۶/۶۴	۵۳/۹۷±۱۹/۲۰	۵۳/۷۸±۱۴/۴۶	۵۸/۰۲±۲۰/۳۰
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۳
تلفن همراه						
دارد	۳۶۸ (۹۰/۲)	۵۸/۷۹±۱۸/۹۵	۵۷/۲۱±۱۶/۹۲	۵۹/۰۰±۲۰/۰۴	۵۶/۸۱±۱۵/۲۳	۶۳/۶۹±۱۸/۵۵
ندارد	۴۰ (۹/۸)	۴۸/۲۶±۱۷/۱۴	۵۲/۷۰±۱۷/۸۹	۴۴/۵۹±۲۲/۴۱	۵۶/۵۶±۱۷/۸۷	۵۵/۰۰±۱۷/۱۷
سطح معنی‌داری	-	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۲	۰/۰۰۲
نوع منزل						
شخصی	۳۳۸ (۸۲/۸)	۵۸/۱۴±۱۹/۰۳	۵۶/۸۷±۱۶/۵۸	۵۷/۸۸±۲۰/۸۲	۵۶/۹۲±۱۴/۴۱	۶۳/۷۴±۱۸/۶۳
استیجاری	۷۰ (۱۷/۲)	۵۵/۳۲±۱۸/۹۱	۵۵/۷۲±۱۹/۸۷	۵۴/۷۶±۲۰/۵۸	۵۶/۲۰±۲۰/۱۲	۵۸/۳۳±۱۸/۱۴
سطح معنی‌داری	-	۰/۱۷۸	۰/۷۴۳	۰/۲۱۷	۰/۹۲۸	۰/۰۱۲

متغیرها	تعداد (درصد)	سلامت جسمانی	سلامت روان	سلامت اجتماعی	سلامت محیط	سلامت عمومی
وضعیت تاهل						
مجرد	۳۵ (۸/۶)	۵۸/۲۵±۱۷/۶۰	۵۱/۳۰±۱۰/۹۶	۴۸/۸۰±۱۹/۲۳	۵۷/۹۹±۱۴/۱۲	۵۹/۶۴±۱۳/۹۲
متاهل	۳۳۱ (۸۱/۱)	۵۹/۵۱±۱۸/۳۹	۵۸/۷۰±۱۶/۷۳	۵۸/۹۰±۲۰/۴۸	۵۷/۴۷±۱۵/۳۸	۶۴/۸۳±۱۷/۹۹
از دست داده	۳۹ (۹/۶)	۴۳/۳۲±۱۹/۷۵	۴۵/۹۴±۱۹/۷۲	۴۰/۶۲±۱۸/۴۷	۴۹/۵۸±۱۶/۴۲	۴۹/۳۵±۲۱/۸۳
مطلقه	۳ (۰/۷)	۶۱/۹۰±۲۳/۷۷	۵۶/۹۴±۲۵/۱۱	۷۵/۰۰±۰/۰۱	۶۴/۵۸±۱۷/۲۱	۵۸/۳۳±۱۴/۴۳
سطح معنی‌داری	-	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱
سطح تحصیلات						
زیر دیپلم	۱۴۳ (۳۵/۰)	۴۹/۶۵±۱۸/۳۲	۴۸/۴۶±۱۶/۳۲	۴۹/۵۹±۱۹/۸۷	۴۹/۹۰±۱۳/۸۵	۵۶/۶۴±۱۸/۲۷
دیپلم و کاردانی	۱۶۱ (۳۹/۵)	۵۹/۴۷±۱۷/۶۰	۵۸/۹۳±۱۵/۶۶	۵۸/۷۳±۲۰/۱۳	۵۸/۴۱±۱۵/۱۸	۶۴/۶۳±۱۸/۱۸
کارشناسی و کارشناسی ارشد	۸۷ (۲۱/۳)	۶۶/۵۲±۱۷/۹۵	۶۳/۸۸±۱۵/۵۲	۶۶/۱۰±۱۹/۷۶	۶۳/۰۲±۱۴/۰۶	۶۸/۰۲±۱۷/۸۴
دکتر	۱۷ (۴/۲)	۶۵/۵۴±۱۸/۲۰	۶۵/۸۳±۱۷/۹۰	۶۶/۶۶±۱۷/۹۰	۶۵/۲۵±۱۸/۲۸	۷۱/۳۲±۱۵/۷۸
سطح معنی‌داری	-	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
میزان درآمد						
کمتر از ۷۰۰ هزار تومان	۶۱ (۱۴/۹)	۴۵/۹۳±۱۳/۶۶	۴۵/۶۲±۱۴/۳۸	۴۷/۳۲±۲۰/۴۶	۴۷/۸۸±۱۵/۷۲	۵۱/۴۵±۱۵/۴۵
۷۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۷۸ (۱۹/۱)	۵۱/۲۰±۱۳/۹۳	۵۲/۱۷±۱۴/۳۴	۴۸/۳۸±۱۹/۰۹	۵۲/۳۸±۱۳/۲۲	۵۷/۲۳±۱۵/۵۸
۱-۲ میلیون تومان	۱۲۲ (۲۹/۹)	۵۸/۰۴±۱۶/۹۵	۵۷/۷۵±۱۴/۹۳	۵۸/۰۲±۲۰/۴۷	۵۸/۰۶±۱۴/۵۷	۶۳/۰۲±۱۵/۲۳
۲ میلیون تومان به بالا	۱۴۷ (۳۶/۰)	۶۵/۹۸±۲۰/۷۵	۶۲/۷۴±۱۸/۴۰	۶۶/۲۷±۱۸/۱۸	۶۱/۲۲±۱۵/۴۷	۷۰/۱۷±۲۰/۶۳
سطح معنی‌داری	-	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
زمینه کار با تلفن همراه						
سرگرمی	۸۱ (۲۲/۰)	۵۴/۲۴±۱۶/۲۹	۵۳/۶۹±۱۴/۴۲	۵۴/۹۴±۱۹/۸۴	۵۷/۳۱±۱۷/۳۸	۵۹/۸۶±۱۵/۱۴
آگاهی	۱۴۹ (۴۰/۵)	۶۵/۰۷±۱۳/۶۲	۶۱/۹۲±۱۳/۰۰	۶۳/۱۵±۱۸/۰۲	۵۹/۱۷±۱۲/۰۸	۶۸/۵۴±۱۳/۹۰
ارتباط	۶۰ (۱۶/۳)	۶۳/۰۰±۱۴/۹۰	۶۰/۴۱±۱۳/۳۴	۶۱/۱۱±۱۶/۱۷	۵۷/۹۳±۹/۸۹	۶۸/۵۱±۱۱/۶۹
همه موارد	۷۸ (۲۱/۲)	۵۸/۹۸±۱۸/۶۲	۶۲/۵۰±۱۶/۲۵	۵۸/۵۸±۲۲/۲۹	۶۰/۵۱±۱۴/۹۸	۶۷/۵۰±۱۸/۴۹
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۰۴	۰/۰۲۷	۰/۲۸۷	۰/۹۱۸	۰/۲۴
مدت استفاده از تلفن همراه						
۱-۶ ماه	۱۶ (۴/۳)	۴۷/۹۵±۱۱/۸۱	۵۲/۷۷±۴/۳۰	۵۳/۵۷±۱۶/۵۶	۵۴/۰۱±۱۲/۱۹	۶۶/۰۷±۱۵/۶۶
۶ ماه تا یک سال	۳۳ (۹/۰)	۵۶/۳۷±۱۳/۳۷	۵۴/۷۲±۱۳/۰۶	۶۱/۱۱±۱۹/۰۷	۵۵/۴۱±۱۳/۷۹	۵۸/۳۳±۱۴/۶۸
۱-۲ سال	۱۱۰ (۲۹/۹)	۵۸/۷۳±۱۵/۲۷	۵۷/۵۹±۱۲/۵۰	۵۳/۸۰±۲۰/۰۸	۵۶/۳۸±۱۴/۷۰	۶۵/۰۵±۱۲/۷۵
بیش از ۳ سال	۲۰۹ (۵۶/۸)	۶۳/۹۶±۱۶/۲۸	۶۲/۸۸±۱۵/۴۰	۶۴/۰۵±۱۷/۹۸	۵۸/۷۸±۱۳/۷۶	۶۸/۷۵±۱۶/۲۰
سطح معنی‌داری	-	۰/۰۱۰	۰/۰۴۰	۰/۰۴۵	۰/۰۹۱	۰/۰۳۹
وضعیت زندگی						
با همسر	۱۵۳ (۳۷/۵)	۵۵/۹۶±۱۸/۵۹	۵۶/۶۴±۱۷/۴۵	۵۷/۶۹±۲۲/۰۸	۵۶/۵۲±۱۵/۸۱	۶۳/۲۴±۱۸/۵۵
با همسر و فرزند مجرد	۱۶۶ (۴۰/۷)	۶۲/۷۲±۱۷/۸۴	۶۰/۲۱±۱۵/۹۱	۵۹/۸۸±۱۹/۶۵	۵۸/۴۷±۱۴/۸۸	۶۶/۱۰±۱۷/۴۹
فوت همسر و زندگی با فرزند مجرد	۱۳ (۳/۲)	۶۳/۳۹±۱۴/۶۱	۶۰/۰۶±۱۸/۵۸	۴۸/۸۰±۱۱/۲۰	۶۰/۴۱±۱۲/۵۹	۶۳/۴۶±۲۱/۹۲
با همسر و منزل فرزند متاهل	۱۳ (۳/۲)	۶۰/۴۳±۱۷/۲۱	۶۱/۶۳±۲۰/۷۵	۵۷/۶۹±۱۲/۹۳	۵۸/۴۱±۱۵/۵۹	۶۶/۳۴±۱۷/۲۱
بی‌همسر و منزل فرزند متاهل	۸ (۲/۰)	۳۷/۰۵±۱۵/۹۶	۳۸/۵۴±۱۶/۰۲	۴۱/۶۶±۰/۰۱	۴۸/۲۱ ۲۳/۳۰	۴۳/۷۵±۱۶/۳۶
تنها	۵۵ (۱۳/۵)	۴۸/۱۴±۱۹/۱۲	۴۷/۸۳±۱۴/۲۴	۴۶/۸۷±۲۱/۳۵	۵۲/۰۸±۱۵/۳۶	۵۳/۴۰±۱۷/۵۸
سطح معنی‌داری	-	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	۰/۰۱۰	<۰/۰۰۱

بحث

نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه ۲۹۵/۶۲ از ۴۹۶/۸۸ نمره بوده است. در مطالعه توسلی و همکاران کیفیت زندگی سالمندان تحت مطالعه (۵۳/۲۴ از ۱۰۷ نمره) در حد متوسط گزارش شد [20]. ناصح و همکاران [21] و جدیدی و همکاران [22] نیز در مطالعات خود این مقدار را به ترتیب ۴۱/۵۶ و ۵۰/۳۶ به دست آوردند. در مطالعه زحمتکشان و همکاران در بوشهر [23]، سالار و همکاران [9] و احمدی و همکاران [13] در زاهدان میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن کمتر از ۵۰ بود و در تمامی مطالعات کمتر از مطالعه حاضر بود. علت احتمالی این اختلاف نتایج را می‌توان در تفاوت

مطالعه حاضر به‌منظور تعیین ارتباط بین استفاده از تلفن همراه هوشمند با کیفیت زندگی در سالمندان شهر یزد صورت گرفت. فراوانی استفاده از تلفن همراه در سالمندان ۹۰/۲٪ بود که در سطح بالایی قرار داشت. همسو با این نتایج، در مطالعه‌ای در خصوص وضعیت پذیرش تکنولوژی ارتباطات و اطلاعات در میان سالمندان شهر تهران، فراوانی استفاده از تلفن همراه هوشمند ۷۷/۹٪ گزارش شد. این موضوع قابلیت بالقوه آنان برای استفاده از نرم‌افزارها و خدمات ارائه‌شده بر بستر گوشی‌های هوشمند را نشان می‌دهد [19].

جمعیت تحت مطالعه یا تفاوت منطقه جغرافیایی از نظر سطح رفاهی دانست؛ چرا که این پژوهش‌ها روی سالمندان ساکن در سرای سالمندان یا کم‌بینایان مراجعه‌کننده به چشم‌پزشکی یا مناطق محروم انجام شده‌اند، لذا طبیعی است که نسبت به بازنشستگان مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند.

بین سن و تمام ابعاد کیفیت زندگی (به‌جز بعد سلامت اجتماعی) ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود داشت، به‌طوری که با افزایش سن سالمندان کیفیت زندگی آنان نیز به لحاظ سلامت جسمی، روانی و محیط کاهش می‌یابد. مطالعات *توسلی* و همکاران^[20]، *ناصح* و همکاران^[21]، *طاهری* و همکاران^[24] و *گارسیا* و همکاران^[25] نیز این نتایج را تایید می‌نمایند. طبق آنچه در بسیاری از مطالعات ذکر شده، سلامتی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی است^[26] و با افزایش سن کاهش می‌یابد^[27]. مسلماً در سنین بالا بروز ناتوانی بیشتر رخ می‌دهد و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان را افزایش می‌دهد، لذا منجر به کاهش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود^[28]. بنابراین با افزایش سن، شدت تغییرات شناختی و جسمی نیز افزایش یافته و کیفیت زندگی سالمندان را در تمام ابعاد متاثر می‌نماید.

نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن (به‌جز حیطه سلامت اجتماعی) در دو جنس به‌طور معنی‌داری متفاوت بود و کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بود، که نتایج مطالعات *جدیدی* و همکاران^[22]، *ناصح* و همکاران^[21]، *علی‌پور* و همکاران^[29]، *آهنگری* و همکاران^[30]، *ورفیلا* و همکاران^[31] و *رفعتی* و همکاران^[32] نیز هم‌راستا با پژوهش حاضر است و کیفیت زندگی مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از کیفیت زندگی زنان گزارش شده است. شاید بتوان علت آن را روحیه و جسم حساس زنان به‌ویژه در سن سالمندی دانست، چرا که یک عامل تهدیدکننده کیفیت زندگی در زنان سالمند یائسگی است و بر تمام جنبه‌های سلامت شخص تاثیر می‌گذارد^[33]. با توجه به این نکته لازم است که کیفیت زندگی زنان سالمند بیشتر مورد توجه واقع شود.

بین استفاده از موبایل با حیطه جسمانی، اجتماعی و سلامت عمومی کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت؛ به عبارت دیگر سالمندانی که از تلفن همراه استفاده می‌کنند، نمره کیفیت زندگی آنها در حیطه‌های ذکرشده بالاتر است. علت احتمالی نتیجه فوق می‌تواند این باشد که فرزندان و اقوام درجه یک سالمند از طریق ارتباط تلفنی می‌توانند پیگیر سلامت جسمی وی باشند، ضمن آن که روابط اجتماعی خانوادگی و فامیلی خود را نیز با فرد سالمند حفظ کرده و در نتیجه سالمند از سلامت عمومی بالاتری نسبت به سایر همسالان خود برخوردار خواهد بود. به‌ویژه آن که نصب برنامه‌های هوشمند در تلفن همراه می‌تواند در کنترل سلامت بیماران مسن دیابتی و غیره نقش کلیدی داشته باشد و فرصت‌های زیادی را برای بهبود سلامت و رفاه افراد فراهم نماید و موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان شود^[34]. از سوی دیگر، به اعتقاد *حسینی* و همکاران، افزایش حمایت اجتماعی به بهبود کیفیت زندگی

سالمندان کمک می‌کند^[35]. *کارلیو* و همکاران معتقد بودند که انواع شبکه‌های حمایت اجتماعی و تاثیرات آن بر سلامت، مختص به فرهنگ است و در مکزیک روابط خانوادگی مهم‌ترین نوع شبکه اجتماعی است^[36]. بنابراین تلفن همراه نیز با افزایش شبکه ارتباطی و اجتماعی سالمندان به افزایش کیفیت زندگی آنان منجر می‌شود. کیفیت زندگی کلی سالمندان دارای خانه شخصی نسبت به سایرین بیشتر بود. چندین مطالعه، ارتباط بین وجود مسکن شخصی و کیفیت زندگی را نشان دادند^[23, 37-39]. از آنجایی که داشتن منزل شخصی برای یک فرد به منزله استقلال و نوعی حمایت درک‌شده محسوب می‌شود که می‌تواند تضمینی برای سلامت فرد باشد^[40]، با توجه به این نکته می‌توان توجیه کرد که داشتن منزل شخصی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان نقش دارد.

بین سطح تحصیلات با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. *ناصح* و همکاران^[21]، *جدیدی* و همکاران^[22] و *طاهری* و همکاران (حیطه سلامت عمومی)^[24] و چندین مطالعه دیگر^[23, 37-39] این ارتباط را تایید نموده‌اند، به‌طوری که با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی سالمندان نیز افزایش می‌یابد. داشتن تحصیلات بالا با آگاهی بیشتر از راهکارهای مراقبتی همراه است. اگر سالمندان بدانند که باقی‌مانده عمر خود را چگونه در سلامتی بگذرانند، عوامل کاهش‌دهنده کیفیت زندگی خود را متعادل می‌کنند^[41]. همچنین سالمندان تحصیلکرده از جایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتری بهره‌مندند که سبب کیفیت زندگی بهتر آنها می‌شود^[30]. بنابراین تحصیلات با افزایش آگاهی و نگرش افراد نسبت به رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت و افزایش مهارت‌های ارتباطی و دایره اجتماعی آنان به‌دلیل حضور فعال در نهادهای اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی سالمندان همراه است.

بین میزان درآمد افراد با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت که با نتایج مطالعه *طاهری* و همکاران^[24] در این زمینه متفاوت است. دلیل این اختلاف نتیجه ممکن است به‌خاطر تفاوت جامعه تحت مطالعه باشد؛ چرا که پژوهش *طاهری* روی سالمندان ساکن در سرای سالمندان انجام شده است. همسو با نتایج مطالعه حاضر چندین مطالعه^[23, 37-39]، ارتباط بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی را نشان دادند. وضعیت اقتصادی در بهبود شرایط زندگی و رفع احتیاجات نقش اساسی دارد و این تضمین‌کننده کیفیت زندگی است.

میانگین نمره کیفیت زندگی کل در زمینه استفاده از موبایل برای آگاهی و ارتباط بیشتر از سرگرمی و همه موارد بود و کیفیت زندگی در افراد با مدت استفاده بیش از سه سال از گوشی نسبت به سایرین بیشتر بود. طبق مطالعه *کارلیو* و همکاران شبکه‌های حمایت اجتماعی نه‌تنها حمایت عاطفی را برای فرد فراهم می‌کند، بلکه از سلامت جسمی فرد نیز پشتیبانی می‌نماید^[36]. تنهایی در سالمندان به‌عنوان مشکل جدی شناخته می‌شود که با کیفیت زندگی حوزه سلامت روان رابطه معکوس دارد^[42]. حمایت خانوادگی و سیستم اجتماعی رابطه خطی با کیفیت زندگی دارد و این حمایت از نظر

زمینه‌های افزایش آگاهی، برقراری ارتباط یا سرگرمی یا ایجاد روابط اجتماعی بیشتر با خانواده، فامیل و همسالان صورت گیرد. در کنار معایب و مضراتی که در نتیجه استفاده مفرط از تلفن همراه حاصل می‌شود، در صورت استفاده مناسب، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و رفاه افراد نیز کمک نماید. همچنین کیفیت زندگی سالمندان مرد، تحصیلکرده، با درآمد بالا و دارای خانه شخصی نسبت به سایرین بیشتر بود و کیفیت زندگی سالمندان مسن‌تر و آنهایی که تنها یا بدون همسر زندگی می‌کردند، نسبت به سایرین کمتر بود. با توجه به این نکته لازم است توجه ویژه‌ای به سالمندان زن، بدون درآمد و خانه شخصی یا تحصیلات پایین و تنها و مسن‌تر صورت گیرد و برنامه‌های آموزشی و خودمراقبتی و شبکه‌های حمایت اجتماعی برای آنها ایجاد شود. از آنجا که توجه به مسایل و نیازهای مرحله سالمندی یک ضرورت اجتماعی است و همچنین بهبود کیفیت زندگی سالمندان بسیاری از هزینه‌های درمانی و خدماتی جامعه را کاهش می‌دهد، لذا مدیران و برنامه‌ریزان سلامت می‌توانند در جهت استفاده از قابلیت‌های تلفن همراه در افزایش آگاهی و عملکرد سالمندان نسبت به سلامت روحی و روانی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی آنان اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود از تلفن همراه هوشمند در بستر آموزش به سالمندان استفاده شود.

نتیجه‌گیری

بین استفاده از تلفن همراه، زمینه و مدت‌زمان استفاده از آن با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد که این تاثیر متقابل می‌تواند از طریق کاربرد تلفن همراه در زمینه‌های افزایش آگاهی، برقراری ارتباط یا سرگرمی یا ایجاد روابط اجتماعی بیشتر با خانواده، فامیل و همسالان باشد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از ریاست محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد جناب آقای دکتر /حرام‌پوش، سرپرست مرکز تحقیقات سلامت سالمندی جناب آقای دکتر مروتی، ریاست محترم کانون بازنشستگان استان یزد و از تمامی سالمندان عزیز که ما را در این پروژه یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی تصویب‌شده در مرکز تحقیقات سلامت سالمندی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده بهداشت یزد با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1396.123 و کد طرح در سیستم پژوهشی ۴۳۸۲ است.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: نوشین یوشنی (نویسنده اول)، روش‌شناس/پژوهشگر اصلی (۳۰٪)؛ سمیه السادات سیدخامشی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه (۱۰٪)؛ محمد رضایی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ نجمه باقیان زارچی (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ زهره کریمیان کالکی (نویسنده پنجم)، تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۳۰٪)

کاهش استرس اهمیت دارد^[43]. لذا استفاده از تلفن همراه در جهت افزایش آگاهی و برقراری ارتباط سبب افزایش مهارت‌های ارتباطی با حضور فعال در نهادهای اجتماعی شده که با افزایش کیفیت زندگی سالمندان همراه است.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌دار بین وضعیت تاهل با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی مشاهده شد که با نتایج *توسلی* و همکاران^[20] و *جدیدی و همکاران*^[22] همسو بوده، اما با یافته‌های مطالعه *طاهری و همکاران*^[24] متفاوت است. همچنین در مطالعه حاضر سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط افراد مطلقه و سلامت روانی و کیفیت زندگی کلی افراد متأهل بیشتر از سایرین بود. در مطالعه *پناغی و همکاران*^[43] بیوه‌بودن با سلامت جسمی رابطه منفی داشت که برخلاف مطالعه حاضر است و متأهلان کیفیت زندگی بالاتری داشتند. مطالعه *آهنگری و همکاران* نشان داد که سالمندان مجردی که هرگز ازدواج نکرده بودند نمره بالاتری در حوزه سلامت جسمانی داشتند^[30]. مطالعه‌ای در هند نشان داد که بیوه‌بودن با سلامت خود ادراک‌شده برای زنان و مردان و بیشتر برای زنان همبستگی بالایی دارد^[36]. شاید دلیل آن در افراد مطلقه به‌خاطر استقلال بیشتر، نداشتن دغدغه‌های زندگی متأهلی و حضور گروه‌های حمایتی مثل شبکه دوستان و در افراد متأهل به‌خاطر حضور همسر و فرزندان و شبکه اجتماعی خانوادگی باشد. طبق نتایج مطالعه حاضر تمام مولفه‌های کیفیت زندگی در افرادی که به‌تنهایی یا بدون همسر زندگی می‌کردند نسبت به سایرین کمتر بود. مطالعه‌ای در کشور چین نشان داد که حمایت عاطفی دوجانبه بین والدین و فرزندان اثرات مثبتی بر ارزیابی سالمندان از سلامت خود دارد^[44]. مطالعه *سودها و همکاران* نشان داد افرادی که با خانواده، دوستان و همسالان زندگی می‌کنند، سالم‌تر بوده، زندگی طولانی‌تری دارند و از رضایت بیشتری نسبت به زندگی خود برخوردارند^[45]. همسر و فرزندان، دوستان و آشنایان منابع اصلی حمایت اجتماعی هستند و سالمندانی که از حمایت‌های اجتماعی بی‌بهره هستند، کیفیت زندگی پایینی دارند^[46]. تغییرات امروزه در ساختار خانواده‌ها باعث شده که نتوانند نقش اساسی حمایتی خود را ایفا کنند و کیفیت زندگی سالمندان متأثر از این است. لذا توجه ویژه به سالمندان برای تامین حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی در آنها ضرورت دارد.

خلاء مطالعاتی جدی در ایران در زمینه مورد بررسی یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که امکان انجام مقایسه‌های بیشتر و جامع‌تر را کاهش می‌دهد. همچنین مقطعی بودن مطالعه و نبود مطالعات در خصوص فراوانی استفاده از تلفن همراه در بین سالمندان از محدودیت‌های دیگر مطالعه بود و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به کارآزمایی بالینی در این خصوص پرداخته شود.

با توجه به نتایج، کیفیت زندگی سالمندان در این مطالعه در سطح متوسط گزارش شد. همچنین بین استفاده از تلفن همراه، زمینه و مدت‌زمان استفاده از آن با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود داشت که این تاثیر متقابل می‌تواند از طریق کاربرد تلفن همراه در

version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Qual Life Res.* 2005;14(7):1783-9.

17- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310.

18- Abdollahpour I, Salimi Y, Nedjat S, Jorjoran Shushtari Z. Quality of life and effective factors on it among governmental staff in Boukan city. *J Urmia Univ Med Sci.* 2011;22(1):40-7. [Persian]

19- Basakha M, Mohaqeqi Kamal SH, Pashazadeh H. Acceptance of information and communication technology by the elderly people living in Tehran. *Iran J Ageing.* 2019;13(5):550-63. [Persian]

20- Tavasoli Zanjani Z, Mohammadi F, Motalebi SA, Alipour Heydari M. Quality of life among elderly with visual impairment referring to Boooli Sina Hospital, Qazvin. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2017;15(5):376-85. [Persian]

21- Naseh L, Shaikhi R, Rafiei F. Quality of life and its related factors among elderlies living in nursing homes. *Iran J Nurs.* 2014;27(87):67-78. [Persian]

22- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. Quality of life for elderly residents in nursing home. *J Geriatr Nurs.* 2015;2(1):9-18. [Persian]

23- Zahmatkeshan N, Bagherzadeh R, Akaberian S, Yazdankhah MR, Mirzaei K, Yazdanpanah S, et al. Assessing quality of life and related factors in Bushehr's elders - 2008-2009. *J Fasa Univ Med Sci.* 2012;2(1):53-8. [Persian]

24- Taheri N, Fereydouni Moghaddam M, Cheraghian B, Hekmatipour N, Hojjati H. Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes. *J Geriatr Nurs.* 2015;2(1):50-61. [Persian]

25- García EL, Banegas JR, Pérez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodríguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005;14(2):511-20.

26- Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008;85:113-26.

27- Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2008;14(1):56-61. [Persian]

28- Vahdaninia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh.* 2005;4(2):113-20. [Persian]

29- Alipour F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Soc Welfare.* 2009;9(33):147-65. [Persian]

30- Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. *Iran J Ageing.* 2007;2(1):182-9. [Persian]

31- 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.

32- Rafati N, Yavari P, mehrabi Y, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2005;3(2):67-75. [Persian]

33- Abdi N, Solhi M. Quality of life in postmenopausal women in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2014;2(2):87-96. [Persian]

منابع مالی: منابع مالی این پژوهش توسط مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تامین شده است.

منابع

1- Momeni K, Karimi H. Comparison of mental health between elderly admitted in sanitarium with elderly in sited in personal home. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2011;14(4): e79446. [Persian]

2- Wilmoth JM, Ferraro KF, editors. *Gerontology: perspectives and issues.* 4th Edition. New York: Springer Publishing Company; 2013.

3- Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Holt J, Donehoo R, et al. Health-related quality of life surveillance--United States, 1993-2002. *MMWR Surveill Summ.* 2005;54(4):1-35.

4- Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(Suppl 2):23-35.

5- Conger S, Moore K. *Chronic illness and quality of life: the social workers role.* Singapore: TSAO foundation; 2002. p. 1.

6- King AC, Pruitt LA, Phillips W, Oka R, Rodenburg A, Haskell WL. Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(2):M74-83.

7- Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12.

8- Osada H, Shibata H, Haga H, Yasumura S. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 1995;42(10):897-909. [Japanese]

9- Salar A, Ahmadi F, Faghihzadeh S. Study of effectiveness of continuous care consultation on the quality of life of elderly clients. *Zahedan J Res Med Sci (Tabib-e-Sharh).* 2004;5(4):261-7. [Persian]

10- Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality of Life in Iranian Elderly. *Iran J Ageing.* 2019;13(5):518-33. [Persian]

11- Shahbazi MR, Mirkhani M, Hatamizadeh N, Rahgozar M. Disability assessments in Tehranian elderly, 2007. *Iran J Ageing.* 2008;3(3 and 4):84-92. [Persian]

12- Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaee S, Alizadeh M, et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban- HEART) study in Tehran. *Iran J Diabetes Metab.* 2013;13(1):62-73. [Persian]

13- Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat.* 2004;10(3):61-7. [Persian]

14- Mazloomi Mahmoodabad SS, Ghazinezhad N, Dehghani Tafti A. Consider quality of life nulliparous women of Noshar 2015. *J Toloo-e Behdasht.* 2017;16(1):23-32. [Persian]

15- Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Res.* 2005;14(2):561-4.

16- Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, Wakai S. Validity and reliability of the Bangla

- 41- Heidari M, Shahbazi S. Effect of self-care training program on quality of life of elders. *Iran J Nurs*. 2012;25(75):1-8. [Persian]
- 42- Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res*. 2003;12(Suppl 1):25-31.
- 43- Panaghi L, Abarashi Z, Mansoori N, Dehghani M. Quality of life and its related demographic characteristics in the elderly in Tehran. *Iran J Ageing*. 2010;4(12):77-87. [Persian]
- 44- Song L, Li S, Zhang W, Feldman MW. Intergenerational support and self-rated health of the elderly in rural China: an investigation in Chaohu, Anhui province. In: Yi Z, Poston DL, Vlosky DA, Gu D, editors. *Healthy Longevity in China*. London: Springer; 2008. pp.235-49.
- 45- Sudha S, Suchindran C, Mutran EJ, Rajan SI, Sarma PS. Marital status, family ties, and self-rated health among elders in South India. *J Cross Cult Gerontol*. 2006;21(3-4):103-20.
- 46- Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4):872-81.
- 34- Safdari R, Shamsabadi AR, Pahlevaninejad S. Improve health of the elderly people with m-health and technology. *Iran J Ageing*. 2018;13(3):288-99. [Persian]
- 35- Hosseini A, Mjdi A, Hassani G. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. *J Gerontol*. 2016;1(2):10-8. [Persian]
- 36- Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Publica Mex*. 2009;51(1):6-13.
- 37- Salarvand S, Abedi HA. Causes and motivations of elderly home residency from residents' point of view. *Feyz*. 2008;12 (2):55-61. [Persian]
- 38- Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Factors associated to functional limitations in elderly of low income. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2008;54(5):430-5.
- 39- Woo J, Lynn H, Leung J, Wong SY. Self-perceived social status and health in older Hong Kong Chinese women compared with men. *Women Health*. 2008;48(2):209-34.
- 40- Emami Naeini M, Bakhtiari M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and perceived social support in the elderly. *Iran J Ageing*. 2017;12(2):192-207. [Persian]