# تبیین سلامت سالمندان: یک مدل جمعیت‌شناختی

**(مقاله پژوهشی)**

**فاطمه شعاعی[۱]، ویدا عالی‌زاد[۲]*، دکتر منوچهر ازخوش[۳]**

**چکیده:**

**هدف:** ارائه مدل رگرسیونی برای تبیین سلامت روانی و جسمی سالمندان بر اساس محل اقامت

**روش بررسی:** مطالعه حاضر بر پایه یک طرح همبستگی بر روی ۲۱۱ (۱۱۱ زن و ۱۰۰ مرد) جامعه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مقیم منزل و خانه سالمندان شهر تهران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و SF-36 توسط پرسشگران آموزش دیده جمع آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج رگرسیون لوجستیک نشان داد که سه نمره سلامت جسمی، روانی و سلامت کلی می‌تواند برپایه درآمد و وضعیت تأهل پیش‌بینی شود به گونه‌ای که سالمندان متأهل و با درآمد کافی در این سه نمره میانگین بالاتر و از لحاظ آماری معنادار نسبت به سایر گروه‌ها داشتند. محل اقامت دو نمره سلامت کلی و جسمی و میزان تحصیلات نیز سلامت جسمی و روانی سالمندان را پیش‌بینی کرد سالمندان مقیم در خانه سالمندان سلامت جسمی و سلامت کلی ضعیف‌تری و سالمندان با تحصیلات بالاتر سلامت جسمی و روانی مناسب‌تری داشتند. میانگین سالمندانی که از فردی مراقبت می‌کنند بیشتر از گروهی بود که مراقبت کسی را بر عهده نداشتند. این مطلب در مورد سالمندانی که تحت مراقبت قرار دارند معکوس بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک نیز می‌تواند هم ارز با متغیرهای مهم جسمی و روانی برای پیش‌بینی و تبیین سلامت سالمندان به کار رود. پیشنهاد می‌شود که سیاستگزاران برای دستیابی به سالمندی موفق در آینده، روی متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت متمرکز شوند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت جسمی، سلامت روانی، متغیرهای دموگرافیک، سالمند، SF-36

تاریخ دریافت: تاریخ پذیرش:

۱- کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- دانشجوی دکتری تخصصی سالمندشناسی، مرکز تحقیقات مسائل روانی و اجتماعی سالمندان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار عضو هیأت علمی گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*آدرس نویسنده مسئول: تهران، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات مسائل روانی و اجتماعی سالمندان

*تلفن: ۲۲۱۸۰۰۰۴

*رایانامه: v.alizade@vswr.ac.ir

## مقدمه

یکی از دستاوردهای قرن جاری، به دنبال ارتقاء نظام‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، پدیده سالمندی است که منجر به افزایش طول عمر و متعاقباً افزایش جمعیت سالمندان جهان شده است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۶/۵ درصد جمعیت جهان ۶۵ سال و بالاتر و ۴/۳ درصد، ۸۰ سال و بالاتر باشند. یعنی تعداد سالمندان به دو میلیارد نفر خواهد رسید که در این میان ۷۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد(۱).

در ایران نیز مانند سایر کشورها تعداد سالمندان به سرعت در حال افزایش است. بر اساس آمار سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰، تعداد سالمندان حدود ۶/۳ میلیون نفر ذکر شده که از نسبت ۶/۶ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۸/۲ درصد کل جمعیت رسیده است. این رقم تا سال ۱۴۰۰ به بیش از ۱۰ درصد خواهد رسید(۲).

به‌رغم اینکه پدیده سالمندی می‌تواند یک موفقیت بهداشتی برای جامعه محسوب شود، عدم برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری زود هنگام از مشکلات سالمندی، به ایجاد چالشی بزرگ برای جامعه منجر خواهد شد. اولین گام برای برنامه‌ریزی مناسب به منظور ارتقاء سلامت، پیشگیری از بروز و ابتلا به بیماری‌های مزمن و کاهش شیوع بیماری‌های خاص در سالمندان، شناسایی وضعیت و عوامل مؤثر بر سلامت آنان است تا بتوان با ارائه مدلی برای پیش‌بینی سلامت روانی و جسمی سالمندان و نیز تعیین سالمندان در معرض آسیب از آسیب پذیر شدن[1] آنان پیشگیری کرد.

برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن و تحصیلات از جمله عواملی هستند که می‌توانند با سلامت سالمندان رابطه داشته باشد. یافته‌های حاصل از مطالعات درباره سالمندان حاکی از آن است که بین زنان و مردان در تمام ابعاد سلامت اختلاف وجود دارد به گونه‌ای که

1- Frailty

در تمامی ابعاد، میانگین نمره مردان بالاتر از زنان بود. افزون بر این، افراد متأهل، دارای مسکن شخصی و تحصیلات بالاتر نیز از وضعیت سلامت بالاتری برخوردار بودند(۳).

با وجود این، نتایج یک مطالعه درباره میزان رضایت از زندگی سالمندان بازنشسته که با هدف تعیین رابطه بین رضایت از زندگی با وضعیت سلامت، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، تعداد فرزند و نیز احساس تنهایی انجام شد، نشان داد که رضایت از زندگی در سالمندان با جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت زندگی آنها رابطه ندارد. اما سالمندان دارای فرزند، نسبت به سالمندان فاقد فرزند از زندگی رضایت بیشتری داشتند. افزون بر این، وضعیت سلامت رابطه مستقیم و احساس تنهایی رابطه معکوس با احساس رضایت از زندگی داشت(۴).

از سوی دیگر، کیفیت زندگی نیز مفهومی است که رابطه تنگاتنگی با وضعیت سلامت دارد. نتایج مطالعه بین فرهنگی که برای بررسی رابطه بین میزان اهمیتی که سالمندان برای جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی قائلند و سه متغیر میزان سلامت، وضعیت اقتصادی و سن، نشان داد که، میزان اهمیتی که سالمندان برای هر یک از ابعاد سلامت قائلند، در دو گروه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته متفاوت بود. ابعاد درد، توانایی انجام دادن فعالیت‌های روزمره زندگی و توانایی تحرک در تمام کشورها از اهمیت بالایی برخوردار بود و سه بعد احساس شادی، میزان انرژی و محیط زندگی در تمام کشورها تقریباً اهمیت یکسانی داشت، در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه یافته، وضعیت سلامت جسمانی، وضعیت مالی و حمایت اجتماعی از اهمیت بیشتری برخوردار بود. اگر چه بر اساس مطالعات انجام شده، از نظر سالمندان کشورهای مختلف تفاوت فرهنگی از دلایل مهم تفاوت در ابعاد مختلف کیفیت زندگی است، اما با کنترل وضعیت سلامت و سن، نقش تفاوت‌های فرهنگی کمرنگ می‌شود. به بیان دیگر، با آنکه مطالعات متعدد به نقش مستقیم وضعیت سلامت بر کیفیت زندگی اشاره کرده‌اند، باید خاطر نشان کرد که وضعیت سلامت بر درک سالمندان نسبت به اهمیتی که به جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی می‌دهند، اثر می‌گذارد، بدین ترتیب که هرچه وضعیت سلامت سالمند بهتر باشد درک او نسبت به مسأله کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن بهتر و اهمیتی که برای آن قائل است بیشتر خواهد بود(۵).

یافته‌های حاصل از مطالعات رابطه بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سلامت سالمندان را تأیید می‌کند. برای نمونه نتایج مطالعه‌ای درباره عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت سالمندان نشان داد که میانگین سلامت در مردان، متأهلان وکسانی که درآمد و تحصیلات نسبتاً بالا و مسکن شخصی دارند، بیشتر از سایرین است. این وضعیت در مورد افراد سفید پوست نیز نسبت به سایر نژادها صادق بود(۶). یافته‌های یک مطالعه نیز درباره وضعیت سلامت سالمندان و رابطه آن با ناتوانی نشان داد که با آنکه در حدود ۲۰ درصد سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی خود مشکلات متوسط تا شدید داشتند، اما ۶۲ درصد از همین گروه، وضعیت سلامت خود را خوب ارزیابی کردند. افزون براین، سالمندانی که در انجام فعالیت‌های روزمره خود مشکلات خفیف داشتند، نیز وضعیت سلامت خود را خوب گزارش نمودند(۷).

یافته‌های پژوهشی در مورد رابطه ویژگی‌های سالمندان با سلامت آنها مؤید آن است که تأمین منابع روانی ـ اجتماعی مناسب، استفاده از رویکرد مثبت‌نگری و نیز آموزش راهبردهای جبرانی می‌تواند تأثیر زیادی بر احساس کنترل زندگی و در نتیجه وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. اما به نظر می‌رسد دستیابی به این مهم نیازمند مطالعات نظام‌داری است که بتواند در چارچوب یک یا چند مدل تجربی و پژوهشی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سلامت سالمندان را شناسایی و رابطه همزمان متغیرها و نیز اولویت آنها را در تأمین سلامت، کیفیت و کنترل زندگی آنها تعیین کند. ازاین‌رو، مطالعه حاضر تلاش دارد تا با ارائه یک مدل رگرسیونی به تبیین سلامت روانی و جسمی سالمندان برپایه محل اقامت (خانه سالمندان/ خانه شخصی و با خانواده) بپردازد به گونه‌ای که بتواند شواهد مستند و علمی برای تصمیم‌گیری‌های درمانی، گزینشی و نیز طبقه‌بندی سالمندان فراهم آورد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر بر پایه یک طرح همبستگی در جامعه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر زن و مرد مقیم منزل و خانه سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه برای مطالعات همبستگی ۱۰۰ و بیشترین تعداد مورد نیاز برای آزمون همخوانی مجذورکای برابر با ۲۰۰ نفر توصیه شده است(۹، ۸)، با احتساب افت نمونه، بر پایه یک طرح نمونه برداری چند مرحله‌ای تعداد ۲۵۰ نفر سالمند به تصادف انتخاب

شدند. بر پایه این طرح به منظور انتخاب سالمندان مقیم منزل، نخست شهر تهران به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم و در مرحله بعد از هر مناطق پنجگانه شهر تهران دو محله شهرداری به تصادف تعیین شد و در مرحله سوم از هر منطقه با مراجعه به اماکن عمومی (مانند پارکها، مراکز خرید و ...) آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری و درمانی سالمندان و نیز بر حسب ضرورت از منازل حجم نمونه مورد نیاز به دست آمدو ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های نمونه در جدول ۱-۳ منعکس شده است. با بررسی پرسشنامه‌ها مشخص شد که تعداد ۳۹ پرسشنامه به دلیل مخدوش، ناقص یا سفید بودن باید از مجموعه داده‌ها کنار گذاشته شود. بدین ترتیب، کل نمونه مورد مطالعه بالغ بر ۲۱۱ سالمند بود.

گردآوری داده‌ها پس از اخذ مجوز برای ورود به مراکز نگهداری و نیز کسب رضایت آگاهانه سالمندان و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انجام شد. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت و سن ۶۰ سال و بالاتر و معیارهای خروج نیز شامل داشتن اختلال شناختی بر مبنای فرم کوتاه تست شناختی[1] (۱۰). و تشخیص قطعی یک بیماری روان‌پزشکی بود.

پس از توضیح کامل اهداف و روند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی شامل متغیرهای ذکر شده در جدول۱ و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) توسط کارشناسان آموزش دیده اجرا شد. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) یک مقیاس برونداد کلی است که برای بررسی وضعیت سلامت ادراک شده فرد و به گونه خود گزارشی[2] طراحی شده و شامل یک مقیاس ۳۵ ماده‌ای برای اندازه‌گیری هشت مفهوم از سلامت شامل: عملکرد جسمی، محدودیت‌های نقش به دلیل مشکلات سلامت جسمی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی کلی (پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی)، محدودیت‌های نقش به دلیل مشکلات هیجانی، سرزندگی[3] (انرژی/ فرسودگی[4])، و ادراک سلامت کلی به کار می‌رود. این مجموعه یک مقیاس تک ماده‌ای انتقال[5] یا تغییر[6] سلامت نیز دارد. افزون بر این، از SF-36 می‌توان دو مجموعه اندازه خلاصه شامل خلاصه مؤلفه جسمی[7] (PCS) و خلاصه مؤلفه روانی[8] (MCS) نیز به دست آورد. در نسخه استاندارد SF-36، همه سؤال‌های مقیاس مربوط به یک دوره زمانی چهار هفته‌ای است(۱۱).

سؤال‌ها و مقیاس‌های SF-36 بر اساس روش درجه‌بندی لیکرت نمره‌گذاری شده و با جمع نمره‌ها، نمره خام مفاهیم هشت‌گانه سلامت، که در دامنه بین صفر تا ۱۰۰ قرار دارد، به دست می‌آید. علاوه بر این، بر اساس الگوریتم نمره‌گذاری می‌توان دو نمره PCS و MCS را نیز محاسبه کرد. این دو اندازه امتیاز عمده مبتنی بودن بر نرم را دارد و برای از بین بردن اثر سقف[9] و کف[10] نیز تعدیل شده است و می‌تواند به عنوان یک نمره مستقل در تحلیل‌های آماری مورد بررسی قرار گیرد(۱۲).

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی SF-36 با استفاده از یک نمونه ۴۱۶۳ نفری از افراد سالم بالاتر از ۱۵ سال شهر تهران مورد بررسی قرار گرفته است. ضرایب هماهنگی درونی کل مقیاس و زیرمقیاس‌های هشت‌گانه در دامنه بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و ضرایب همبستگی بین نمره هر سؤال با نمره کل، به منظور بررسی قدرت تشخیص سؤال‌های مقیاس، بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ به دست آمده است. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که این مقیاس به گونه کلی از دو عامل تشکیل شده که بر روی هم ۶۵/۹ درصد واریانس را تبیین می‌کند(۱۳).

فرم کوتاه تست شناختی که متشکل از ده سؤال است، در سال ۱۹۷۲ برای ارزیابی سریع احتمال وجود دمانس توسط هادکینسون طراحی شد و در حال حاضر بطور گسترده‌ای در پزشکی برای ارزیابی مشکلات شناختی به‌کار می‌رود(۱۰). ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه تست شناختی نشان دادکه ضرایب هماهنگی درونی کل مقیاس و زیرمقیاس‌های هشت‌گانه در دامنه بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و ضرایب همبستگی بین نمره هر سؤال با نمره کل، به منظور بررسی روایی درونی مقیاس، بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است(۱۴).

داده‌ها بر اساس مشخصه‌های آمار توصیفی به تفکیک زیرمقیاس‌های اصلی و نمره کل و نیز به تفکیک ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که به عنوان متغیرهای پیش‌بین در مدل مورد مطالعه قرار گرفتند، بررسی شدند. به منظور مقایسه پیش‌تجربی گروه‌ها از لحاظ متغیرهای سلامت جسمی حسب مورد از آزمون t استودنت، میانه و مجذورکای، و برای پیش‌بینی سلامت و وضعیت نگهداری سالمندان بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی از مدل رگرسیون لجستیک در دو بخش پیش‌بینی سلامت روانی و جسمی، و پیش‌بینی نوع محل اقامت (خانه سالمندان/ خانه شخصی و با خانواده) استفاده شد. دلیل

1- Abbreviated Mental Test (AMT) 2- self-report 3- vitality 4- fatigue 5- transition
6- change 7- Physical Component Summary 8- Mental Component Summary 9- ceiling 10- floor

کاربرد روش رگرسیون لوجستیک بررسی رابطه رگرسیونی بین متغیرهای مستقل و وابسته (ملاک) است که به گونه گسسته (طبقه‌ای) اندازه‌گیری شدند(۱۵). داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با روش رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

به منظور دستیابی به هدف پژوهش نخست ضروری بود تا سالمندان بر اساس وضعیت سلامت سالمندان به دو گروه تقسیم شوند. به همین دلیل بررسی شکلی نمره‌های سلامت روانی و جسمی در گروه سالمندان نشان داد که نمره‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کند (جدول۱). بنابراین می‌توان به منظور وارد کردن در مدل رگرسیونی پیش‌بینی سلامت سالمندان را بر اساس میانه به دو گروه تقسیم کرد. چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود بین دو گروه از سالمندان که بر پایه نمره میانه به بالاتر از میانه (سلامت زیاد) و پایین‌تر از میانه (سلامت کم) تقسیم شدند از لحاظ هر سه متغیر سلامت جسمی، روانی و سلامت کلی تفاوت معنادار وجود دارد و اختلاف میانگین بین دو گروه بیانگر آن است که تقسیم دو گروه می‌تواند اجرای مدل رگرسیون لجستیک را توجیه کند.

جدول ۱. مشخصه‌های توصیفی نمره کل و دو مؤلفه سلامت جسمی و روانی پرسشنامه در کل گروه نمونه و نیز و خلاصه آزمون میانه نمره‌ها به تفکیک میانه

| متغیر | M | SD | MD | Sk | K.S | بالاتر از میانه n | ٪ | M | SD | پایین‌تر از میانه n | ٪ | M | SD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| سلامت جسمی | ۶۱/۱ | ۱۸/۶ | ۶۰/۰ | −۰/۰۱۲ | ۰/۷ | ۱۰۴ | ۴۹/۳ | ۷۶/۶ | ۱۰/۴ | ۱۰۷ | ۵۰/۷ | ۴۵/۹ | ۱۰/۳ | ۱۵۷/۵** |
| سلامت روانی | ۶۶/۱ | ۱۶/۶ | ۶۶/۰ | −۰/۱۶ | ۰/۸۶ | ۱۰۵ | ۴۹/۸ | ۷۹/۸ | ۸/۷۵ | ۱۰۶ | ۵۰/۲ | ۵۲/۴ | ۹/۹۰ | ۱۵۶/۲** |
| سلامت کلی | ۶۴/۵ | ۱۶/۵ | ۶۴/۰ | −۰/۱۳ | ۰/۶۸ | ۱۰۴ | ۴۹/۳ | ۷۸/۱ | ۹/۵۰ | ۱۰۷ | ۵۰/۷ | ۵۱/۴ | ۱۰/۴ | ۱۵۴/۵** |

توجه: MD = میانه، Sk = چولگی، K.S = ضریب آزمون نرمال بودن کالموگروف- اسمیرنف، **P< ۰/۰۱.* P< ۰/۰۵

مجموعه متغیرهای جدول ۲ با عنوان ویژگی‌های جمعیت شناختی به عنوان متغیرهای پیش‌بین در مدل به‌کار رفته‌اند. افزون بر این، به منظور بررسی نقش سلامت جسمی در پیش‌بینی سلامت روانی و بالعکس، از این دو متغیر نیز که بر پایه جدول ۱ به دو گروه بالاتر از میانه و پایین‌تر از میانه تقسیم شده‌اند، استفاده شد. بدین‌ترتیب که برای پیش‌بینی سلامت جسمی، متغیر سلامت روانی و برای پیش‌بینی سلامت روانی، متغیر سلامت جسمی به مجموعه متغیرهای پیش‌بین افزوده شد. به بیان‌دیگر، در این مدل ۱۲ متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شده که به غیر از میزان تحصیلات، که دارای چهار ارزش است، مابقی به گونه دوارزشی (بلی، خیر، با نمره‌گذاری صفر و یک) مورد اندازه‌گیری قرار گرفته است.

جدول۲. مشخصه‌های توصیفی نمره کل و مؤلفه‌های پرسشنامه SF-36 به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی

| متغیرها | n | % | سلامت جسمی M | SD | t / χ۲ | سلامت روانی M | SD | t / χ۲ | سلامت کلی M | SD | t / χ۲ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| جنس | | | | | ۲/۱۲* | | | ۰/۱۷ | | | ۰/۱۹ |
| زن | ۱۱۱ | ۵۲/۶ | ۵۸/۵ | ۱۷/۳ | | ۶۵/۹ | ۱۵/۶ | | ۶۳/۲ | ۱۵/۶ | |
| مرد | ۱۰۰ | ۴۷/۴ | ۶۳/۹ | ۱۹/۷ | | ۶۶/۳ | ۱۷/۷ | | ۶۶/۱ | ۱۷/۵ | |
| میزان درآمد | | | | | ۳/۵۲** | | | ۳/۸۹** | | | ۳/۶۳** |
| ناکافی | ۷۱ | ۳۳/۶ | ۵۷/۹ | ۱۷/۴ | | ۶۳/۱ | ۱۵/۶ | | ۶۱/۶ | ۱۵/۴ | |
| کافی | ۱۴۰ | ۶۶/۴ | ۶۷/۲ | ۱۹/۴ | | ۷۲/۱ | ۱۶/۹ | | ۷۰/۲ | ۱۷/۵ | |
| محل اقامت | | | | | ۳/۲۳** | | | ۱/۷۲ | | | ۲/۵۴* |
| شخصی/خانواده | ۱۵۳ | ۷۲/۵ | ۶۷/۶ | ۱۹/۸ | | ۶۹/۳ | ۱۸/۴ | | ۶۹/۲ | ۱۸/۲ | |
| خانه سالمندان | ۵۸ | ۲۷/۵ | ۵۸/۶ | ۱۷/۵ | | ۶۴/۸ | ۱۵/۸ | | ۶۲/۷ | ۱۵/۶ | |
| سن | | | | | ۱/۷۸ | | | ۰/۶۱ | | | ۰/۸۶ |
| ۶۰ – ۷۵ | ۱۱۵ | ۵۶/۷ | ۶۳/۶ | ۱۷/۹ | | ۶۷/۱ | ۱۸/۲ | | ۶۶/۳ | ۱۶/۴ | |

| متغیرها | n | % | سلامت جسمی M | سلامت جسمی SD | سلامت جسمی t / χ۲ | سلامت روانی M | سلامت روانی SD | سلامت روانی t / χ۲ | سلامت کلی M | سلامت کلی SD | سلامت کلی t / χ۲ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۷۶ – ۹۰ | ۹۶ | ۴۳/۳ | ۵۹/۱ | ۱۸/۶ | | ۶۵/۷ | ۱۶/۱ | | ۶۳/۴ | ۱۶/۵ | |
| وضعیت تأهل | | | | | ۳/۶۲** | | | ۲/۰۸* | | | ۲/۹۲** |
| مجرد/بیوه/ مطلقه | ۱۵۹ | ۷۶/۴ | ۵۸/۴ | ۱۷/۶ | | ۶۴/۷ | ۱۶/۰ | | ۶۲/۵ | ۱۶/۱ | |
| متأهل | ۵۲ | ۲۴/۶ | ۶۸/۹ | ۱۹/۲ | | ۷۰/۱ | ۱۷/۹ | | ۷۰/۳ | ۱۷/۸ | |
| تحصیلات | | | | | ۹/۲۵** | | | ۳/۳۱* | | | ۵/۲۶** |
| بی‌سواد | ۹۲ | ۴۳/۶ | ۵۶/۳ | ۱۴/۶ | | ۶۲/۸ | ۱۳/۶ | | ۶۰/۷ | ۱۳/۱ | |
| ابتدایی | ۲۷ | ۱۲/۸ | ۵۶/۱ | ۲۰/۸ | | ۶۳/۴ | ۱۷/۲ | | ۶۱/۴ | ۱۸/۹ | |
| راهنمای/ دیپلم | ۶۹ | ۳۲/۷ | ۶۴/۳ | ۱۹/۴ | | ۷۰/۴ | ۱۷/۹ | | ۶۸/۰ | ۱۷/۴ | |
| دانشگاهی | ۲۳ | ۱۰/۹ | ۷۶/۰ | ۱۹/۴ | | ۶۲/۳ | ۲۰/۱ | | ۷۲/۹ | ۱۹/۳ | |
| مراقبت از دیگران | | | | | ۲/۱۶* | | | ۱/۳۱ | | | ۱/۷۰ |
| دارد | ۳۶ | ۱۷/۱ | ۶۷/۱ | ۲۰/۴ | | ۶۹/۴ | ۲۰/۱ | | ۶۸/۸ | ۱۹/۵ | |
| ندارد | ۱۷۵ | ۸۲/۹ | ۵۹/۸ | ۱۷/۹ | | ۶۵/۴ | ۱۵/۷ | | ۶۳/۶ | ۱۵/۸ | |
| تحت مراقبت | | | | | ۳/۷۸** | | | ۰/۱۸۳ | | | ۲/۰۶* |
| هست | ۱۶۵ | ۷۸/۲ | ۵۹/۲ | ۱۷/۵ | | ۶۵/۳ | ۱۵/۶ | | ۶۳/۳ | ۱۵/۵ | |
| نیست | ۴۶ | ۲۱/۸ | ۶۷/۷ | ۲۰/۶ | | ۶۸/۹ | ۱۹/۷ | | ۶۸/۹ | ۱۹/۴ | |
| مصرف سیگار | | | | | ۰/۱۹۳ | | | ۰/۹۴۲ | | | ۰/۱۸۴ |
| دارد | ۳۹ | ۱۸/۵ | ۶۴/۵ | ۲۱/۱ | | ۶۳/۸ | ۱۸/۷ | | ۶۵/۱ | ۱۸/۹ | |
| ندارد | ۱۷۲ | ۸۱/۵ | ۶۰/۳ | ۱۷/۹ | | ۶۶/۶ | ۱۶/۱ | | ۶۴/۴ | ۱۶/۱ | |

توجه: برای متغیر جنس و محل اقامت از آزمون t و برای سایر متغیرها از آزمون مجذورکای و میانه استفاده شده است.

با توجه به حجم کم نمونه در متغیر وضعیت تأهل، سه گروه مجرد، بیوه و جداشده در هم ادغام شدند.

**P< ۰/۰۱.* P< ۰/۰۵.

به منظور پیش‌بینی وضعیت سلامت جسمی و روانی، ضرایب حاصل از آزمون کلی مجذورکای از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. بدین ترتیب دست‌کم تعدادی از متغیرهای مستقل می‌توانند وضعیت سلامت جسمی و روانی را تبیین کنند. برای بررسی نقش انفرادی هریک از متغیرهای مستقل در تبیین سلامت روانی و تعیین اهمیت و اولویت آنها در معادله پیش‌بین، مطابق جدول۳ ضرایب رگرسیون (B) و خطای استاندارد پیش‌بینی هر یک از متغیرهای مستقل محاسبه شد و مشخص شد که از بین متغیرهای پیش‌بین دوازده‌گانه، چهار متغیر سن، میزان درآمد، محل اقامت و سن پیش‌بینی کننده مناسبی برای متغیر ملاک سلامت روانی به حساب می‌آید.

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی سلامت روانی سالمندان

| متغیر پیش‌بین | B | SE | Odd ratio | Wald | P |
|---|---|---|---|---|---|
| جنس | –۰/۰۹۴ | ۰/۲۷۶ | ۰/۹۱۰ | ۰/۱۱۶ | ۰/۸۸۰ |
| میزان درآمد | ۱/۲۰۶ | ۰/۳۰۹ | ۳/۳۴۱ | ۱۵/۲۲ | ۰/۰۰۱۲ |
| محل اقامت | –۰/۱۴۸ | ۰/۰۷۸ | ۰/۸۶ | ۳/۵۴۱ | ۰/۵۸۴ |
| سن | –۰/۰۴۳ | ۰/۰۱۷ | ۰/۹۵۸ | ۶/۳۶۱ | ۰/۰۲۵ |
| سلامت جسمی | ۱/۸۹ | ۰/۳۰۷ | ۶/۶۳ | ۳۸/۰۶ | ۰/۰۰۱ |
| وضعیت تأهل | ۰/۵۲۸ | ۰/۳۲۴ | ۱/۶۹ | ۶/۶۵۲ | ۰/۲۵۴ |
| میزان تحصیلات | ۰/۴۰۲ | ۰/۱۳۱ | ۱/۴۹ | ۹/۳۲ | ۰/۰۰۲ |
| مراقبت از دیگران | ۰/۵۷۵ | ۰/۳۴۰ | ۱/۷۸ | ۲/۸۶۳ | ۰/۳۸۷ |
| تحت مراقبت بودن | –۰/۵۵۵ | ۰/۳۷۴ | ۰/۵۷۴ | ۲/۲۰۳ | ۰/۵۸۱ |
| مصرف سیگار | ۰/۰۵۱ | ۰/۳۵۵ | ۱/۰۵ | ۰/۰۲۱ | ۰/۵۸۷ |

**P< ۰/۰۱.* P< ۰/۰۵.

میانگین دو گروه سالمندان زن و مرد نشان می‌دهد که این دو گروه تنها در متغیر سلامت جسمی با یکدیگر اختلاف معنادار دارند به‌طوری‌که سلامت جسمی زنان کمتر از گروه مردان است. سه نمره سلامت جسمی، روانی و کلی در سالمندانی که دارای درآمد ناکافی هستند، نیز به گونه معناداری کمتر از گروه سالمندان با درآمد کافی است. میانگین سالمندان متأهل نسبت به سالمندانی که مجرد، بیوه یا مطلقه هستند و سالمندان با تحصیلات بیشتر نسبت به سالمندان با تحصیلات کمتر در هر سه مؤلفه سلامت کلی، جسمی و روانی به گونه معناداری بیشتر از گروه دیگر است. میانگین سالمندانی که به نحوی از فرد یا افراد دیگری مراقبت می‌کنند نسبت به آنهایی که در این شرایط قرار ندارند، در مؤلفه سلامت جسمی بزرگ‌تر از گروهی است که مراقبت از کسی را بر عهده ندارند. این مطلب در مورد سالمندانی که تحت مراقبت قرار دارند معکوس است. بدین ترتیب که میانگین سالمندانی که تحت مراقبت فرد یا افرادی قرار دارند از لحاظ سلامت جسمی و نمره کل سلامت از افرادی که تحت مراقبت قرار ندارند به گونه معناداری کمتر است. میانگین سالمندانی که سابقه بیماری ریوی دارند نسبت به گروه دیگر در دو مؤلفه سلامت جسمی و نمره کلی سلامت به گونه معناداری کمتر از کسانی است که سابقه بیماری ریوی ندارند. در بررسی پیش‌بینی احتمال مربوط به جایگاه هر آزمودنی (در گروه نمونه مورد مطالعه) در یکی از طبقه‌های سلامت روانی بر پایه معادله رگرسیون، ۶۹/۵ درصد از سالمندان را می‌توان از نظر سلامت روانی به گونه درست در طبقه مربوط به خود پیش‌بینی کرد.

برای پیش‌بینی وضعیت سلامت جسمی، ضرایب حاصل از آزمون کلی مجذورکای از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای مستقل می‌توانند وضعیت سلامت جسمی را تبیین کنند. همینطور ضرایب رگرسیون (B) در جدول ۴ نشان می‌دهد که به غیر از متغیر بیماری دیابت و مصرف سیگار، ضرایب رگرسیونی همه متغیرهای پیش‌بین سلامت جسمی از لحاظ آماری کاملاً معنادار است. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که سلامت جسمی سالمندان را می‌توان با متغیرهای بیشتری نسبت به سلامت روانی پیش‌بینی کرد.

جدول ۴. خلاصه تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی سلامت جسمی سالمندان

| متغیر پیش‌بین | B | SE | Odd ratio | Wald | P |
|---|---|---|---|---|---|
| جنس | -۰/۶۶۹ | ۰/۲۸۰ | ۰/۵۱۲. | ۵/۷۲** | ۰/۰۰۱۲ |
| میزان درآمد | ۰/۹۵۶ | ۰/۳۰۲ | ۲/۶۱ | ۱۰/۰۲** | ۰/۰۰۱۴ |
| محل اقامت | -۰/۲۵۶ | ۰/۰۸۱ | ۰/۷۷۵ | ۹/۹۴** | ۰/۰۰۲ |
| سن | -۰/۰۴۵ | ۰/۰۱۶ | ۰/۹۵۶ | ۷/۰۵** | ۰/۰۰۳ |
| سلامت روانی | ۱/۸۸ | ۰/۳۰۵ | ۶/۶۴ | ۳۸/۰۷** | ۰/۰۰۱۱ |
| وضعیت تأهل | ۰/۸۷۶ | ۰/۳۳۲ | ۲/۰۴ | ۶/۹۴** | ۰/۰۰۲۱ |
| میزان تحصیلات | ۰/۴۵۶ | ۰/۱۳۲ | ۱/۵۸ | ۱۱/۸۴** | ۰/۰۰۳۱ |
| مراقبت از دیگران | -۱/۰۲ | ۰/۳۹۲ | ۰/۳۶۲ | ۶/۷۰۱** | ۰/۰۰۱ |
| تحت مراقبت بودن | ۰/۹۵۷ | ۰/۳۵۱ | ۲/۶۱ | ۷/۴۲۰** | ۰/۰۰۴۲ |
| مصرف سیگار | -۰/۳۳۴ | ۰/۳۵۵ | ۰/۷۱۶ | ۰/۸۳۰ | ۰/۲۶۸ |

**P< ۰/۰۱.* P< ۰/۰۵.

در مدل رگرسیونی که برای پیش‌بینی محل اقامت سالمندان به کار رفت، علاوه بر سطح سلامت جسمی و روانی از سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی که در مدل‌های بالا به کار رفت نیز استفاده شد. آزمون کلی مجذورکای لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. بنابراین، متغیرهای مستقل می‌توانند محل اقامت سالمندان را تبیین کنند. ضرایب رگرسیون در جدول ۵ نشان می‌دهد که به غیر ضرایب چهار متغیر جنس، سلامت روانی، بیماری دیابت و مصرف سیگار که از لحاظ آماری معنادار نیست، سایر متغیرهای پیش‌بین نقش معناداری در پیش‌بینی محل اقامت سالمندان دارند.

جدول ۵. خلاصه تحلیل رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی محل اقامت (نگهداری) سالمندان

| متغیر پیش‌بین | B | SE | Odd ratio | Wald | P |
|---|---|---|---|---|---|
| جنس | -۰/۰۴۷ | ۰/۳۰۹ | ۰/۹۵۴ | ۰/۰۲۳ | ۰/۳۵۴ |
| میزان درآمد | -۲/۵۴ | ۰/۳۶۶ | ۰/۰۷۸ | ۴۸/۶۳** | ۰/۰۰۱ |
| سن | ۰/۰۹۹ | ۰/۰۲۲ | ۱/۱۰۴ | ۲۰/۶۹** | ۰/۰۰۱۱ |
| سلامت جسمی | -۰/۹۳۹ | ۰/۳۵۷ | ۰/۳۹۱ | ۶/۹۱۱** | ۰/۰۰۴ |
| سلامت روانی | -۰/۱۹۲ | ۰/۳۵۲ | ۰/۸۲۶ | ۰/۲۹۷ | ۰/۵۸۷ |
| وضعیت تأهل | -۲/۷۸ | ۰/۳۸۵ | ۰/۰۶۲ | ۵۲/۲۳** | ۰/۰۰۴ |
| میزان تحصیلات | -۱/۱۵ | ۰/۱۸۶ | ۰/۳۱۵ | ۳۸/۶۱** | ۰/۰۰۱ |
| مراقبت از دیگران | ۱/۸۱ | ۰/۳۹۰ | ۶/۰۶۷ | ۲۱/۴۱** | ۰/۰۰۲ |
| تحت مراقبت بودن | -۳/۹۹ | ۰/۵۰۴ | ۰/۰۱۸ | ۶۲/۸۹** | ۰/۰۰۰۱ |
| مصرف سیگار | ۰/۰۱۹ | ۰/۴۰۰ | ۱/۰۱۹ | ۰/۰۰۲ | ۰/۸۷۴ |

**P< ۰/۰۱.* P< ۰/۰۵.

میزان تبیین واریانس دراین مدل برابر با ۷۶/۸ به دست آمده و نشان‌دهنده این است که بر پایه این مدل می‌توان در حدود ۷۷ درصد واریانس محل اقامت سالمندان را تبیین کرد. همین‌طور برای محاسبه احتمال مربوط به جایگاه هر آزمودنی در خانه شخصی و با خانواده و یا خانه سالمندان بر پایه معادله رگرسیونی مطالعه حاضر، ۹۳/۶ درصد از سالمندان به گونه درست طبقه‌بندی شده بودند.

## بحث

ارتقاء وضعیت سلامت سالمندان همواره چالشی در نظامهای بهداشتی و مراقبتی جوامع مختلف بوده(۱۶) و مطالعات مختلفی به منظور شناسایی عوامل تبیین کننده و پیش‌بینی کننده آنها انجام شده است. این مطالعه نیز با هدف بررسی پیش‌بینی کننده‌های جمعیت‌شناختی سلامت جسمی و روانی سالمندان شهر تهران انجام و مشخص شد که به گونه کلی سلامت روانی را می‌توان از طریق میزان درآمد، سن، سلامت جسمی و میزان تحصیلات، وسلامت جسمی را می‌توان علاوه بر متغیرهای فوق با متغیرهای جنس، محل اقامت، سلامت روانی، وضعیت تأهل، مراقب بودن و تحت مراقبت بودن نیز پیش‌بینی کرد. بدین ترتیب متغیرهای میزان درآمد، سن و میزان تحصیلات پیش‌بینی کننده هر دو جنبه جسمی و روانی سلامت سالمندان هستند.

شواهد حاصل از این پژوهش نشان داد که جنس می‌تواند یکی از عوامل پیش‌بینی کننده افت سلامت جسمی باشد. بدین ترتیب که به دلیل افزایش بیماری‌های مزمن و اضطراب، و نیز کم شدن روابط اجتماعی و استقلال در زنان سالمند، سلامت جسمی آنان بیش از مردان دچار افت می‌شود(۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶). اگر چه در مطالعات کمی رابطه معناداری بین جنس و وضعیت سلامت یافت نشده است(۳) ولی مطالعات زیادی رابطه معنادار بین جنس مرد و وضعیت سلامت را نشان داده‌اند(۲۰، ۳).

یافته‌های این مطالعه نیز مانند مطالعات گذشته(۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱) نشان داد که افزایش سن از عوامل مؤثر بر افت وضعیت سلامت است. افزایش سن منجر به بروز ناتوانیها و محدودیتهای جسمی و نیز ارزیابی ضعیف سالمندان از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود می‌شود. علاوه بر این، توانایی عملکردی افراد با افزایش سن کاهش و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی دیگر از عوامل پیش‌بینی کننده‌ی سلامت سلامت جسمی و روانی کافی بودن درآمد سالمندان بود. به اعتقاد برخی صاحبنظران(۲۶، ۲۵) میزان درآمد کافی از طریق فراهم آوردن امکان استفاده از خدمات بهداشتی، درمانی، اوقات فراغت و ورزش، شرایط و ادراک فرد را نسبت به رضایت از زندگی افزایش داده و موجب می‌شود احساس سالمند از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی ارتقاء یابد افزون بر این، درآمد کافی نه تنها نیازهای اساسی زندگی را برآورده می‌سازد بلکه عامل مهمی برای مشارکت بیشتر فرد در جامعه و لذت بردن از تفریحات متنوع به شمار می‌رود. از سوی دیگر، با توجه به نقش تحصیلات در تبیین سلامت جسمی و روانی سالمندان از طریق ایجاد فرصت‌های شغلی و موقعیت‌های مطلوب اجتماعی می‌توان نتیجه گرفت که سالمندان با میزان تحصیلات بالاتر، افزون بر درآمد بیشتر از شرایط و موقعیت‌هایی در اجتماع برخوردارند که در ارتقاء سطح سلامت و بهداشت روانی آنها تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد(۱۲).

یافته دیگر پژوهش حاضر، مبنی بر اینکه سالمندان مقیم در خانه سالمندان نسبت به سالمندانی که در خانه شخصی یا با خانواده زندگی می‌کنند، از سلامت نامطلوب‌تری به‌ویژه از لحاظ روانی، برخوردارند، علاوه بر اینکه حمایت یافته‌های پیشین را دارد، نشان می‌دهد که زندگی اجتماعی، روابط بین فردی و ارتباط خانوادگی حوزه‌های مهم سلامت برای سالمندان به حساب می‌آید که در خانه‌های سالمندان بسیار محدود می‌شود(۲۱). برای تعداد زیادی از سالمندان مقیم در خانه سالمندان، نه تنها ناتوانی دلیل عمده وابسته بودن و افت وضعیت سلامت است(۱۹)، بلکه، زندگی در خانه سالمندان منجر به احساس تنهایی و انزوای اجتماعی آنها می‌گردد(۲۱). این حقیقت در مطالعه حاضر به دست آمد که به گونه کلی سلامت سالمندانی که در خانه‌های شخصی و یا با خانواده زندگی می‌کنند به طور معناداری بهتر از سالمندانی بود که در خانه‌های سالمندان به سر می‌برند.

یافته‌های مربوط به نقش تبیین کننده وضعیت تأهل بر سلامت نشان داد که سالمندان متأهل از لحاظ سلامت جسمی و روانی نسبت به سالمندان غیر متأهل وضعیت بهتری دارند. به اعتقاد برخی پژوهشگران(۲۶، ۲۴) احساس مسئولیت حاصل از تأهل، می‌تواند بر اساس ایفای نقش پدر و مادر و همسر و نیز به عنوان حامی در خانواده منجر به رضایت از زندگی و ارتقاء وضعیت سلامت می‌شود. البته نگرش مثبت جامعه به افراد متأهل نیز می‌تواند زمینه مطلوب‌تر بودن سلامت روانی را برای سالمندان فراهم سازد زیرا در فرهنگ ایرانی افراد متأهل به‌ویژه زنان متأهل جایگاه بهتری نسبت به افراد غیر متأهل دارند.

سالمندانی که تحت مراقبت یک مراقب بودند به گونه کلی از وضعیت سلامت بهتری، به‌ویژه از نظر جسمی برخوردار بودند. با توجه به این که سالمندان به دلیل داشتن مشکلات جسمی و بیماری‌های مزمن، بیشتر دچار ناتوانی و وابسته به دیگران هستند این یافته دور از انتظار نبود. وابسته بودن دلیل کافی برای تحت مراقبت بودن به حساب می‌آید. علاوه براین، سلامت جسمی بالا در سالمندانی که به طریقی از فردی مراقبت می‌کنند نیز بیانگر این حقیقت است که سالمندانی که مسئولیت مراقبت از کسی را به عهده دارند می‌بایست از حداقل سلامت جسمی مناسب برخوردار باشند(۲۷).

یافته دیگر این پژوهش تبیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی سلامت جسمی و سلامت روانی برای یکدیگر بود، به عبارت دیگر، سلامت جسمی بالا با سلامت بیشتر و برعکس همراه است. این یافته در راستای مطالعات گذشته(۲۹، ۲۸، ۲۷). نشان می‌دهد رابطه آشکاری بین بیماری‌های مزمن و سلامت روانی وجود دارد به گونه‌ای که سالمندان دارای بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، دیابت، آرتروز، آسم و فشار خون، بیشتر در معرض بیماری‌های روان‌شناختی قرار خواهند داشت. یافته‌های این مطالعه درخصوص رابطه بیماری‌های مزمن با وضعیت سلامت یافته تأیید بیشتری بر نتایج مطالعات گذشته دارد(۳۰، ۲۹، ۲۸). به عنوان مثال بیمارهای ریوی از جمله عواملی است که از دیدگاه سالمندان در کنار بیماری‌های قلبی و کمر درد نقش زیادی بر وضعیت سلامت آنان دارد(۲۳). علاوه بر این بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های ریوی نیز خطر ابتلا به اختلالات خلقی و افسردگی را بیشتر می‌کند(۳۱).

سرانجام، نتایج رگرسیونی لجستیک برای پیش‌بینی محل اقامت سالمندان بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که میزان درآمد، سن، سلامت جسمی، مراقب بودن، تحت مراقبت بودن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات به گونه معناداری می‌تواند محل اقامت سالمندان (منزل شخصی یا با خانواده در مقابل خانه‌ای سالمندان) را پیش‌بینی کنند. البته دو متغیر مراقب بودن و سن به ترتیب بیشترین نسبت برتری را داشتند یافته‌های متعدد(۳۳، ۳۲، ۲۷، ۲۲، ۱۹) نشان می‌دهد که سن، سلامت جسمی، میزان درآمد، تحت مراقبت بودن عوامل شناخته‌شده و مهمی در تبیین ناتوانی و نیز نیاز به بستری شدن در خانه‌های سالمندان هستند از سوی‌دیگر، چون بیوه شدن و تنها زندگی کردن عامل مهمی در ابتلا به افسردگی است می‌تواند سازوکار قابل توجیهی برای زندگی در خانه سالمندان باشد. زیرا سالمندان متأهل از حمایت عاطفی و فیزیکی همسر برخوردار خواهند بود که برای حفظ سلامت آنها ضروری است(۳۶، ۳۵، ۳۴). افزون بر این، پیش‌بینی بستری شدن در خانه سالمندان بر اساس میزان تحصیلات را می‌توان با توجه به ارتقاء کیفیت زندگی متأثر از میزان تحصیلات و نیز عدم وابستگی حاصل از آن توجیه کرد(۲۵، ۲۰).

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این تحقیق، متغیرهای جمعیت‌شناختی می‌توانند هم ارز دیگر متغیرهای جسمی و روانی وضعیت سلامت سالمندان را پیش‌بینی و زمینه مناسبی را برای برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان حوزه سالمندی فراهم کنند. بدون تردید، این موضوع توجه بیشتر عوامل حمایتی و سایر متغیرهای زمینه‌ای را در جهت توانمندسازی و پویایی زندگی سالمندان می‌طلبد.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه ازهمکاری صمیمانه جناب آقای دکتر علی عسگری، شرکت کنندگان این پژوهش و مساعدت‌های معاونت تحقیقات و فناوری کمال تشکر را دارند.

## REFERENCES منابع


1. Anderson GF, Hussey PS. Population ageing: A comparison among industrialized countries. Health affairs 2000;19(3):191-203.
2. Census of Population and Housing [Internet] 2011 [cited 2012 oct 20]. Available from: http://www.amar.org.ir.
3. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. [Quality of life of older people in Tehran (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2008:3(9,10):75-83.
4. Brajkovic L, Grequrek R, Kusevic AS, Bras M, Dordevic V. Life satisfaction in persons of the third age after retirement. Coll Antropol. 2011;35(3):665-71.
5. Molzahn AE, Kalfoss M, Makaroff SK, Skevington SM. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. Age and Ageing 2011;40(2):192-199.
6. Smith AE, Sim J, Scharf T, Philipson C. Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. Ageing & Society 2004;24(5):793-814.
7. Bowling A, Seetaai S, Morris R, Ebrahim S. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. Age and Ageing 2007;36(3): 310-315.
8. Gillett R. Sample size determination in a Chi-Squared test given information from an earlier study. Journal of Educational and Behavioral Statistics 1996; 21(3), 230-246.
9. Hooman, HA. [Descriptive statistics in behavioral sciences (in Persian)]. 11th edition. Tehran: Parsa Publication; 2010.
10. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing 1972;1(4):233–8.
11. Ware JE, Sherbourne CE. The MOS 36-Item Health Survey (SF-36). Conceptual framework and and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-483.
12. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care. 1994 Jan;32(1):40-66.
13. 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): 875-882.
14. Foroughan M. [Validation of informant questionnaire on cognitive declining in the elderly (IQCODE) and Abbreviated Mental Test (AMTS) in elderly population and its relation with Mini-Mental State Examination (MMSE) (in Persian)]. The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.
15. Hooman HA. [Inference statistics in behavioural science (in Persian)]. Tehran: The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT); 2011.
16. Heidrich SM. The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: A developmental perspective. Res Nurs Health. 1993 Apr;16(2):123-30.
17. Shirazikhah M, Mousavi MT, Sahaf R, Sarmadi M. [Study of Health and social indicators of elderly women in Iran (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2012;6(23):66-78.
18. Orfila F, Monsterrant F. Gender dofferences in health-related quality of life among elderly. Social Science and Medicine 2006;63(9):2360-2380.
19. Hall Sue, Opio D, Dodd RH, Higginson IJ. Assessing quality-of-life in older people in care homes. Age and Ageing 2011;40(4):507-512.
20. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hessabi M. [Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2007;2(3):182-189.
21. Garcia EL, Banegas JRB. Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. Qual Life Res. 2005;14(2):511-520.
22. Gott M, Barnes S, Parker C, Paune S, Semark D, Gabriella, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. Age and Ageing 2006;35(2):172-177.
23. Cooper JK, Kohlmann T. Factors associated with health status of older Americans. Age and Ageing 2001;30(6):495-501.
24. Vahdaninia M, Gashtasbi A, Montazeri A, Maftoon F. [Health related quality of life in older people: A population study (in Persian)]. Payesh Health Monitor 2005;4(2):113-120
25. Matsou M, Nagasava J, Yoshino A, Hiramatsu K, Kurashiki K. Effects of activity participation of the elderly on quality of life. Yonago Acta Medica 2003;46:17-24.
26. Lee S. Marital status, gender and subjective quality of life in Korea. Development Society 1998;27(2):35-49.
27. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. Hazzard's geriatric medicine and gerontology. 6th edition. New York: McGrwHill;2009

28. Panaghi L, Abarashi Z, Mansoori N, Dehghani M. [Quality of Life and Related demographic factor of the elderly in Tehran (in Persian)]. Salmand Iranian Journal of Ageing 2010;12(4):77-87.
29. Franks P, Cambell TL, Sheild CG. Social relationship and health, the relative roles of family functioning and social support. Social Science Medicine 1992;34(7):779-788.
30. Antoniu SA. Health status and chronic obstructive polmunary disease severity. Exp Rev. 2011;11(4):399-401.
31. Ståhl E, Lindberg A, Jansson SA, Rönmark E, Svensson K, Andersson F, et al. Health-related quality of life is related to COPD disease severity. Health Quality of Life Outcomes 2005 Sep 9;3:56.
32. Sun X, Lucas H, Meng Q, Zhang Y. Association between living arrangements and health-related quality of life of urban elderly people: A study from China. Qual Life Res. 2011;20(3):359-369.
33. de-Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, et al. Factors associated with health-related quality of life: The role of social relationship among the elderly in an Italian region. Public Health 2008;122(8):784-793.
34. Michael YL, Berkman LF, Colditz GA, Kawachi I. Living arrangements, social integration and change in functional health status. American Journal of epidemiology 2012;153(2):123-131.
35. Li LW, Zhang J, Liang J. Health among the oldest-old in China: Which living arrangements make a difference? Social Science & Medicine 2009;68(2):220-227.
36. Sarma S, Hawley G, Badu K. Transitions in living arrangements of Canadian seniors : Findings from the NPHS longitudinal data. Social Science and Medicine 2009;68(6):1106-1113.