

بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های سلامت سالمندان در دو گروه سنی ۶۴-۶۰ و ۶۹-۶۵ سال در شهر تهران

مهتاب علیزاده^۱، حسین فخرزاده^۱، فرشاد شریفی^{۱*}، نسیم زنجری^۲، سیامک قاسمی^۱

چکیده

اهداف: با توجه به اهمیت ارائه خدمات بهداشتی به سالمندان، بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد سالمند در کشور ضروری می‌باشد. از طرف دیگر به دلیل افزایش شمار سالمندان و نیز افزایش بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی هزینه‌های ارائه خدمات بهداشتی نیز روبه افزایش است. از این رو، مشخص کردن سن شروع سالمندی در ارائه خدمات و مراقبت‌های سالمندی نیاز به مطالعه‌ای در زمینه تفاوت دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله در وضعیت سلامت جسمانی و روانی دارد. **روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی ۴۰۰ نفر افراد سالمند در دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله ساکن مناطق شهری استان تهران در سال ۱۳۹۰ به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نمونه‌ها از لیست پرونده‌های برنامه سالمندان مراکز بهداشتی با رعایت پراکندگی توزیع جغرافیایی در شهر تهران با روش مصاحبه حضوری نمونه‌گیری شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه ساختار یافته بوده که برگرفته از ابزارهای سنجش سلامت جسمانی (دو تست ADL, PF) و ابزارهای سلامت روانی (دو تست K6, Psychological Wellbeing) بوده است.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که سالمندان دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی ($P = ۰/۰۴۲$) و محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی با یکدیگر تفاوت معناداری داشته ($P = ۰/۰۲۰$) و با افزایش سن محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی افزایش می‌یابد. اما در شاخص‌های سلامت روانی یعنی پریشانی روانی و احساس تندرستی روانی هرچند با افزایش سن پریشانی روانی بیشتر و احساس تندرستی روانی کمتر می‌شود اما تفاوت معناداری بین دو گروه سنی وجود نداشت. البته سطوح پریشانی روانی بین دو گروه سنی متفاوت بوده است. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس، ارائه خدمات تکمیلی را می‌توان از ۶۵ سال شروع کرد و در ارائه خدمات مشاوره‌ای به تفاوت سلامت زنان و مردان توجه کرد.

واژگان کلیدی: سالمند، سن سالمندی، فعالیت‌های روزمره زندگی، عملکرد فیزیکی، احساس تندرستی روانی، پریشانی روانی

۱- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

***نشانی:** تهران، خیابان انقلاب، خیابان استاد نجات الهی، پلاک ۴، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت و بیماری‌های متابولیک، تلفکس:

۰۲۱-۸۸۸۰۸۰۸۲ پست الکترونیک: farshad.sharifi@gmail.com

مقدمه

سلامت سالمندان و الگوهای ارائه خدمات به این گروه یکی از مهمترین دغدغه‌های سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت جامعه می‌باشد که پرداختن به آنها نیازمند فهم ابعاد بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی فرآیند سالمندی است. افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و کاهش بیماری‌های عفونی و مرگ و میر ناشی از آنها از یک سو و اجرای برنامه‌های کنترل جمعیت از سوی دیگر، موجب افزایش امید به زندگی و نسبت جمعیت سالمندان شده است. با این حال، کاهش بیماری‌های عفونی به مفهوم نبودن مشکلات سلامت در دوران سالمندانی نیست. در واقع، هر چند امید به زندگی و طول عمر افزایش یافته است اما بیماری‌های ناشی از سبک زندگی مانند بیماری‌های مزمن افزایش یافته است و این بیماری‌ها در حال حاضر مهمترین بیماری‌هایی هستند که سالمندان با آنها مواجه‌اند. این بیماری‌ها شایع‌ترین علل مرگ در دوران سوم زندگی هستند.

روند رو به رشد جمعیت سالمندان، موجب شده است که مبحث سلامت سالمندان اهمیت ویژه‌ای پیدا کند. برآورد می‌شود که در سطح جهان سهم جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۵۰ میلادی به حدود ۲۲ درصد برسد [۱]. بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ ایران، ۴/۳ میلیون نفر سالمند ۶۵ سال و بالاتر در کشور وجود دارد که معادل ۵/۷ درصد کل جمعیت ایران است. بر اساس پیش‌بینی‌های جمعیتی تا سال ۱۴۳۰ تعداد سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ایران به ۱۸ میلیون نفر افزایش می‌یابد و سهم جمعیتی آنها به حدود ۲۰ درصد خواهد رسید [۲]. این روند نشان می‌دهد که بایستی مطالعات به چگونگی ارائه خدمات سالمندی پرداخته و همچنین به شناخت نیازها و شاخص‌های سلامت این گروه سنی نیز توجه بیشتری شود. همچنین فرآیند سالمندی می‌تواند به کاهش توانایی‌های ذهنی و جسمی منجر شود. تغییرات وضعیت سلامت ناشی از افزایش سن بیشتر سیری مزمن و پیشرونده دارند تا برگشت‌پذیر [۳]. به دلیل افزایش شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بیماری‌های عروقی در سالمندان، این افراد

بیش از سایر شهروندان جامعه نیاز به توجه و رسیدگی دارند. همچنین تنگدستی، تنهایی و منزوی شدن نیز از جمله آسیب‌های اجتماعی رایج در میان سالمندان است [۴]. بر اساس گزارشات ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل یک اختلال یا بیماری مزمن دارند. عدم توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) از رایج‌ترین مشکلات جسمانی سالمندان است. ناتوانی بین سنین ۶۵-۵۴ سال دو برابر می‌شود و از سنین ۶۵ سال به بالا شیوع این ناتوانی از ۲۳/۹ درصد به ۵۱/۸ درصد می‌رسد [۵]. همچنین افراد بالای ۶۵ سال با بالاترین میزان خطر ناتوانی مواجه‌اند [۸-۶].

علاوه بر تغییرات بیولوژیکی به دلیل تغییراتی که در نقش اجتماعی افراد سالمند همراه با بازنشستگی رخ می‌دهد، فرآیند سالمندی پیامدهای روانی و تغییر خلق و خوی را نیز برای سالمندان به همراه دارد که نیاز است در کنار مشکلات فیزیولوژیکی به آن توجه شود [۹]. تحقیقات انجام شده در زمینه سالمندان در ایران حاکی از این است که وضعیت کلی سلامت این گروه سنی، در سطح ضعیف یا متوسط می‌باشد [۱۰-۱۲]. نتایج تحقیقات مطرح شده در این زمینه ضرورت بررسی سلامت سالمندان و خدمات مراقبتی به آنان را بر اساس گروه‌های سنی به عنوان مسئله‌ای مهم و قابل بررسی نشان می‌دهد.

با توجه به مطالب گفته شده، به نظر می‌رسد که سن سالمندی در واقع از زمانی شروع خواهد شد که مشخصاً نیاز به خدمات مراقبتی در افراد بیشتر می‌گردد. در این راستا، پس از بیانیه سال ۲۰۰۲ مادرید - اسپانیا، کشورها متعهد شده‌اند که خدمات و مراقبت‌های سالمندی را به شکل دامنه‌ایی از خدمات رایگان تا نیم بها بر اساس نیازسنجی و وضعیت شاخص‌های سلامت جسمی و روانی سالمندان خود بر حسب نیاز آنها و نیز ویژگی‌های گروه-های مختلف سنی سالمندان از آغاز سن ۶۵ سالگی در کشورها ارائه دهند [۱۳]. بنابراین سن شروع سالمندی به دلیل ارائه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در دنیا ۶۵ سال تعریف شده است.

دارند. همچنین بیماری‌های این گروه‌های سنی با یکدیگر فرق داشته و حتی نیازهای متفاوتی در انجام فعالیت‌های فیزیکی دارند. مقاله پیش رو با در نظر گرفتن این پیش فرض به مقایسه وضعیت سلامت جسمانی و روانی سالمندان ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله در استان تهران قصد دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا این دو گروه سنی در توانایی‌ها و متغیرهای سلامت جسمانی و روانی متفاوتند یا خیر. در صورت متفاوت بودن، این امر می‌تواند مبنایی علمی برای بازتعریف مجدد سن سالمندی در مراجع قانونی و نیز در بین سیاستگذاران بخش سلامت ایران باشد.

روش‌ها

این بررسی یک مطالعه مقطعی بر روی سالمندان ساکن خانوار است که جمعیت مورد مطالعه آن شامل سالمندان ساکن خانوارهای شهری مناطق تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران بوده‌اند که مشتمل بر دو گروه سنی ۶۴-۶۰ و ۶۹-۶۵ ساله ساکن استان تهران در سال ۱۳۹۰ بوده‌اند. حجم کل نمونه مورد بررسی ۴۰۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه-ای طبقه بندی شده تصادفی یا چند مرحله‌ای (Stratified Cluster Random Sampling) از سالمندان واجد شرایط انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا پس از کسب موافقت و اجازه کمیته‌های اخلاق در پژوهش از دانشگاه‌های فوق به مراکز بهداشتی درمانی هر یک از دانشگاه‌های مذکور مراجعه شد. لیست مراکز بهداشتی درمانی ارائه دهنده برنامه سالمندان در هر یک از دانشگاه‌های فوق از معاونت‌های بهداشتی هر یک از دانشگاه‌ها اخذ گردید. سپس بر اساس لیست اسامی مراکز بهداشتی هر دانشگاه ۴ مرکز (نمایانگر ۴ منطقه جغرافیایی شمال، جنوب، شرق و غرب) در هر دانشگاه انتخاب گردید. به‌طوریکه در مجموع ۱۲ مرکز بهداشتی درمانی از هر ۳ دانشگاه انتخاب شدند. از طرفی با توجه به برآورد حجم نمونه کل مطالعه بر اساس نسبت جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در استان تهران (۴۰۰ نمونه) و به‌دنبال آن سهم نمونه هر دانشگاه (۱۳۳ نفر سالمند از هر دانشگاه) انتخاب شد. سپس از هر مرکز بهداشتی ۳۴ نفر

نیازهای گروه‌های سنی سالمندان نیز بر اساس بیماری‌ها و مشکلات سلامتی آنها، متفاوت است. در این زمینه این پرسش اساسی مطرح می‌شود که چه سنیرا سن شروع سالمندی محسوب کنیم؟ سازمان بهداشت جهانی در این زمینه بیان می‌کند که اگرچه کشورهای توسعه یافته با تعریف ۶۵ سال برای سن سالمندی موافق‌اند ولی به‌نظر نمی‌رسد این تعریف برای کشورهای در حال توسعه نظیر آفریقا مناسب باشد. در حال حاضر سازمان بهداشت جهانی معیار استاندارد برای تعریف سن سالمندی ندارد اما با نقطه برش ۶۰ سال یا بالاتر برای مشخص کردن جمعیت سالمندان موافق است [۱۴].

در ایران با توجه به افزایش سریع امید به زندگی در سنوات اخیر، هنوز هم سن شروع سالمندی برای بازنشستگی، ارائه خدمات و مراقبت‌های ادغام یافته شده سالمندی، ۶۰ سال اعلام شده است. به‌نظر می‌رسد با افزایش شاخص امید به زندگی باید سن سالمندی نیز افزایش یابد. از طرفی خروج سریع تر افراد از بازار کار موجب کاهش تولید ملی و همچنین کاهش درآمد سرانه و ضرر شرکت‌های بیمه می‌شود و از سوی دیگر سن بازنشستگی تصور سالمندی را برای افراد به همراه دارد و گاهی ظاهر سالمند کمتر از سنی است که برای او فرض می‌شود.

در هر صورت دو بحث درباره مرز سالمندی وجود دارد. گروهی معتقدند که مشخصه‌های سنی قابل تشخیص است و نیازی به آزمون استحقاقی و بررسی ندارد. در حالی‌که گروهی دیگر بیان می‌کنند که تعریف سالمندی باید برای گروه‌های سنی متناسب با نیازهای اجتماعی و سلامتی نسبتاً متعارف در آنها صورت گیرد. در مقاله پیش رو تاکید بر این است که افراد سن بالای ۶۰ سال گروهی یکسان نیستند و متشکل از کوهورت‌های سنی متفاوت می‌باشند. پس سن یکی از فاکتورهای اساسی است که میزان سلامت و نیازهای افراد را تعیین می‌کند. همچنین در میان جمعیت سالمندان نیز کهنسالان و یا سالمندان جوان‌تر از رویدادهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی متفاوتی تاثیر پذیرفته‌اند. به‌طوریکه گروه سنی ۶۴-۶۰ سال با گروه سنی ۶۹-۶۵ سال تجارب متفاوت و مشکلات جسمانی و روانی متفاوتی

۱- ارزیابی سلامت جسمانی

الف) ارزیابی عملکرد فعالیت روزمره زندگی سالمند: از شاخص Katz ADL برای این منظور استفاده شد. این شاخص توسط Sidney Katz در سال ۱۹۷۰ تدوین گردید. این پرسشنامه ابزاری برای سنجش وضعیت عملکردی است که در آن توانایی افراد را در انجام مستقل فعالیت‌های روزمره زندگی اندازه‌گیری می‌کند. در این شاخص ۵ عملکرد استحمام کردن، لباس پوشیدن، رفتن به توالت، جابجایی در رختخواب - خروج از آن و غذا خوردن را به شکل لیکرت سه تایی از وابستگی کامل در هر عملکرد تا استقلال کامل در هر عملکرد و استقلال نسبی تقسیم می‌شود را اندازه‌گیری می‌کند.

ب) ارزیابی عملکرد فیزیکی: برای ارزیابی عملکرد فیزیکی از ۱۰ سوال عملکرد فیزیکی پرسشنامه فرم کوتاه پیش سلامت ۳۶ (SF-36) استفاده شد. از مخاطبین سالمند توانایی انجام انواع فعالیت‌هایی مانند: خرید، بالا رفتن از یک پله، چند پله، پیاده روی در مسافت‌های مختلف و ... پرسیده شد. امتیازات پاسخ‌ها با هم جمع شده و نمره حاصل در دامنه‌ای از ۱۰ تا ۳۰ نوسان داشته است. امتیاز بیشتر نماینگر محدودیت جسمانی بیشتر و امتیاز پایین‌تر نشانگر محدودیت جسمانی کمتر بوده است. هماهنگی درونی این پرسشنامه بسیار خوب و آلفای کرونباخ ۰/۹۱۸ در مطالعه‌ای گزارش گردیده است (۱۶). همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران مورد سنجش قرار گرفته است (۱۷). بر اساس دامنه نمرات پاسخگویان در سه سطح محدودیت کم (۱۶-۱۰)، محدودیت متوسط (۲۳-۱۷) و محدودیت شدید (۳۰-۲۴) در عملکرد فیزیکی طبقه‌بندی شدند.

۲- ارزیابی سلامت روانی

الف) مقیاس پریشانی روانی کسلر (Kessler Psychological Distress Scale): میزان اختلالات روانی با استفاده از آزمون Kessler-K6 به روش خود ارزیابی سالمند مورد بررسی قرار گرفته است. آزمون K6 پرسشنامه ۶ سؤالی است که سطح علائم و نشانه‌های

به‌طور تصادفی، بر اساس لیست سالمندان تحت پوشش هر مرکز انتخاب شدند. لذا در مجموع از ۱۲ مرکز بهداشتی دارای برنامه سالمندان و لیست سالمندان تحت پوشش جمعاً ۴۰۸ نفر سالمند ۶۰ سال و بالاتر انتخاب شدند که با توجه به ریزش نمونه‌ها (۸ نفر بدلیل فوت، تغییر محل سکونت و رفتن به شهرستان) در نهایت ۴۰۰ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. پرسشگری به‌صورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره با سالمندان مراجعه‌کننده به واحد سالمندان مراکز بهداشتی درمانی فوق (شرکت در کلاس‌های آموزش شیوه زندگی سالم) و یا مراجعه به درب منازل آنها بر اساس آدرس موجود در لیست مراکز بهداشتی انجام گرفت.

قبل از پرسشگری ابتدا، اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان سالمند توضیح داده شد و افراد پس از رضایت در صورتی وارد این مطالعه شدند که فرم رضایت آگاهانه را امضاء کرده باشند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شده که اطلاعات فردی آنها محرمانه تلقی می‌شود و امکان دسترسی افراد غیرمسئول به آنها وجود ندارد و همچنین در صورت نیاز آنها در پایان تحقیق نتایج این بررسی به آنها اعلام خواهد شد. این مطالعه قبل از شروع در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه مطالعه شامل اطلاعات دموگرافیک: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه، نحوه زندگی با دیگر افراد بوده که بر اساس پرسشنامه‌های تأیید شده وزارت بهداشت و مرکز آمار تهیه گردید. ابزارهای تعیین سلامت جسمانی (دو پرسشنامه) و سلامت روانی (دو پرسشنامه) بودند که به شرح ذیل ویژگی‌های هر یک از ابزارها اشاره می‌شود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

برای ارزیابی شاخص‌های سلامت جسمانی و روانی از پرسشنامه‌های استاندارد وزارت بهداشت استرالیا که در پیمایش کشوری "بررسی وضعیت سلامت سالمندان در سال ۲۰۰۰" در این کشور اجرا گردید، استفاده شد [۱۶، ۱۵]. این ابزارها عبارت بودند از:

آنالیز آماری

توصیف متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با درصد انجام شد. برای ارزیابی اختلاف شیوع بین متغیرها تست Chi Square به کار برده شد. طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی با استفاده از تست کلموگراف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. اختلاف سلامت جسمانی و روانی بین گروه‌های سنی ۶۴-۶۰ و گروه سنی ۶۹-۶۵ سال با استفاده از آزمون t و یا آزمون-Mann Whitney U (در صورت طبیعی نبودن توزیع) مورد ارزیابی قرار گرفتند. معنی‌داری آماری در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. آنالیزها با نرم افزار SPSS Version 21 انجام شد.

یافته‌ها

از نظر ترکیب جنسی ۴۳/۲ درصد (۲۱۶) نمونه‌ها را مردان و ۵۶/۸ درصد (۱۸۴) را زنان تشکیل دادند. حدود دو پنجم سالمندان مورد بررسی بی سواد بوده‌اند. سالمندان ۶۹-۶۵ ساله سطح تحصیلات پایین‌تری در مقایسه با سالمندان ۶۴-۶۰ ساله داشتند. همچنین، سالمندان دارای همسر در گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله (۶۹ درصد) و در گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله (۶۲/۵ درصد) می‌باشند. بررسی نحوه زندگی سالمندان با دیگران نتایج نشان داد که بیشتر سالمندان مورد بررسی در هر دو گروه سنی در کنار همسر و فرزندان خود زندگی می‌کرده‌اند. ۲۲ درصد از زنان سالمند به تنهایی زندگی می‌کردند در حالی که این نسبت برای مردان ۲ درصد بود. در مقابل ۷۴ درصد مردان با همسر و فرزندان زندگی می‌کردند، این نسبت برای زنان ۲۵ درصد بود. وضعیت اشتغال سالمندان مورد بررسی نشان داد که حدود ۱۵ درصد از سالمندان در زمان پاسخگویی به این مطالعه شاغل بودند. درصد شاغلین گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله بیشتر از گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله بود (جدول ۱).

اضطراب و افسردگی را در چهار هفته قبل از زمان پرسشگری مورد پرسش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل سوالاتی در مورد احساس غم، عصبی بودن، بی‌قراری، ناامیدی، تلاش و بی‌ارزشی است. این پرسشنامه توسط Furukawa و همکاران در سال ۲۰۰۳ تدوین شد. پاسخ‌ها در ۵ سطح ۱- همیشه، ۲- بیشتر اوقات ۳- بعضی اوقات ۴- گهگاهی و ۵- هیچ‌گاه می‌باشند. حداقل امتیاز این پرسشنامه ۶ و حداکثر ۳۰ است و امتیاز بین ۶ تا ۱۴ به مفهوم پریشانی روانی شدید، ۱۵ تا ۲۲ پریشانی روانی متوسط و امتیاز بین ۲۳ تا ۳۰ به مفهوم پریشانی روانی کم در نظر گرفته شده است. در مطالعه‌ای میزان ضریب آلفای کرومباخ همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۸۶۷ گزارش شده است [۱۶].

ب) احساس تندرستی روانی (Psychological Wellbeing (Index): این شاخص میزان شاد بودن، رضایت از زندگی و حس تندرستی در سالمندان را می‌سنجد. ابزار سنجش احساس تندرستی روانی یک پرسشنامه ۵ سؤالی است که حس شادی و افسردگی و به‌طور کلی میزان تندرستی روانی در چهار هفته اخیر را مورد سنجش قرار می‌دهد. احساس تندرستی روانی در سالمندان مورد مطالعه از طریق پرسش در مورد احساس شادی، آرامش / صلح، کسالت، تنهایی و افسردگی در چهار هفته قبل از پرسشگری سنجش می‌شود. کدهای پاسخی در سه گزینه هیچ وقت، گاهی اوقات، و بیشتر اوقات طبقه‌بندی می‌گردند. حداکثر امتیاز ۱۵ و حداقل امتیاز ۵ می‌باشد. امتیاز ۱۳ تا ۱۵ به عنوان احساس تندرستی کامل روانی، امتیاز ۹ تا ۱۲ به عنوان احساس تندرستی نسبی روانی و امتیاز ۵ تا ۸ به عنوان عدم احساس تندرستی روانی محسوب می‌شود. ضریب آلفای کرومباخ برای همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۷۸۸ گزارش گردیده است [۱۶].

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان استان تهران به تفکیک دو گروه سنی- سال ۱۳۹۰

مشخصه های جمعیتی	سال	۶۵-۶۹ سال	۶۰-۶۴ سال	P
		درصد	درصد	
جنسیت	مرد	۳۷/۰	۴۹/۵	۰/۰۱۲
	زن	۶۳/۰	۵۰/۵	
محل سکونت	شهر	۵۰/۵	۴۹/۵	۰/۴۶۰
	روستا	۴۹/۵	۵۰/۵	
تحصیلات	بی سواد	۴۷/۵	۲۸/۵	۰/۰۰۱
	خواندن و نوشتن	۱۸/۰	۱۴/۰	
	ابتدایی و راهنمایی	۱۸/۰	۲۸/۵	
	متوسطه و دیپلم	۱۲/۰	۲۱/۵	
	دانشگاهی	۴/۵	۷/۵	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۱/۵	۱۷/۵	۰/۰۴۹
	غیر شاغل	۸۸/۵	۸۲/۵	
وضعیت تاهل	دارای همسر	۶۲/۵	۶۹/۰	۰/۱۰۳
	بی همسر	۳۷/۵	۳۱/۰	
نحوه زندگی	تنها	۱۴/۰	۱۳/۰	۰/۱۱۴
	فقط با همسر	۱۹/۵	۲۲/۰	
	همسر و فرزندان	۴۳/۵	۴۸/۰	
	فقط با فرزندان	۱۸/۵	۱۶/۵	
	خویشاوندان	۴/۵	۰/۵	

مربوط به اختلالات بینایی (۸۳٪)، پرفشاری خون (۳۳/۴٪)، مشکل در نشستن و ایستادن (۴۲/۶٪) و اختلال چربی خون (۳۲/۸٪) می‌باشد. علاوه بر این، مقایسه دو گروه سنی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات و بیماری‌های مختلف در میان سالمندان ۹۶-۵۶ ساله بیشتر از گروه سنی ۶۶-۰۶ ساله است و این تفاوت در اغلب موارد به لحاظ آماری معنادار بوده است (جدول ۲).

از نظر شیوع اختلالات و بیماری‌های مزمن، ۷۰/۱ درصد سالمندان اظهار داشته‌اند که حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن هستند. شیوع این اختلالات در سالمندان گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله (۷۸/۹٪) و در سالمندان ۶۴-۶۰ ساله (۶۱/۵٪) بوده که این اختلاف از لحاظ آماری معنادار بوده است. به علاوه نتایج نشان داد که شیوع بیماری‌های مزمن در میان زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان سالمند است. بیشترین فراوانی اختلالات و بیماری‌ها در بین سالمندان

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات و بیماری‌های مزمن در سالمندان استان تهران- سال ۱۳۹۰

	کل سالمندان		۶۵-۶۹ ساله		۶۰-۶۴ ساله		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
هیچ نوع بیماری ندارد	۱۱۸	۲۹/۹	۷۷	۳۸/۵	۴۱	۲۱/۱	۰/۰۰۱
داشتن هر نوع بیماری	۲۷۶	۷۰/۱	۱۲۳	۶۱/۵	۱۵۳	۷۸/۹	
مشکل در راه رفتن	۷۲	۱۸/۲	۲۸	۱۴/۰	۴۴	۲۲/۶	

ادامه جدول در صفحه بعد

ادامه جدول صفحه قبل

مشکل در ایستادن	۹۷	۲۴/۶	۳۶	۱۸/۰	۶۱	۳۱/۳	۰/۰۰۲
اضطراب	۸۶	۲۱/۸	۲۶	۱۳/۰	۶۰	۳۰/۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۶۴	۱۶/۲	۲۱	۱۰/۵	۴۳	۲۲/۱	۰/۰۰۲
اختلالات خواب	۹۱	۲۳/۰	۳۱	۱۵/۵	۶۰	۳۰/۸	۰/۰۰۱
فشارخون بالا	۱۳۲	۳۳/۴	۶۵	۳۲/۵	۶۷	۳۴/۴	۰/۷
آلزایمر	۷۵	۱۹/۰	۲۶	۱۳/۰	۴۹	۲۵/۱	۰/۰۰۲
اختلالات بینایی	۱۵۰	۳۸/۰	۷۰	۳۵/۰	۸۰	۴۱/۰	۰/۲۱۷
اختلالات شنوایی	۳۹	۹/۹	۱۵	۷/۵	۲۴	۱۲/۳	۰/۱۱
دیابت	۵۷	۱۴/۴	۱۹	۹/۵	۳۸	۱۹/۵	۰/۰۰۵
بی اختیاری ادرار	۴۷	۱۱/۹	۱۶	۸/۰	۳۱	۱۶/۰	۰/۰۱۵
چربی خون	۹۴	۲۳/۸	۴۸	۲۴/۰	۴۶	۲۳/۶	۰/۹۲۴
سقوط	۳۱	۷/۸	۱۱	۵/۵	۲۰	۱۰/۳	۰/۰۴۶

سنگین و یا ورزش‌های سنگین داشته‌اند و کمترین محدودیت (۹٪) در حمام کردن یا تعویض لباس داشته‌اند. بررسی مقایسه‌ای دو گروه سنی از سالمندان نشان می‌دهد که وضعیت گروه سنی اول (۶۴-۶۰ ساله) بهتر از وضعیت گروه سنی دوم (۶۹-۶۵ ساله) است و آنها محدودیت کمتری در انجام فعالیت‌های جسمانی داشته‌اند.

جدول ۳ میانگین محدودیت جسمانی و انحراف معیار آن را به تفکیک دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله نشان می‌دهد. میانگین این شاخص برای دو گروه سنی تفاوت معناداری داشته است ($P = ۰/۰۲۰$) بدین معنی که گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله محدودیت بیشتری در عملکرد فیزیکی خود در مقایسه با گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله داشته‌اند. این تفاوت بین دو گروه سنی برای مردان معنادار بوده است ($P = ۰/۰۲۷$). در مقابل در بین زنان تفاوت بین دو گروه سنی معنادار نبوده است ($P = ۰/۱۳۲$).

از نظر وضعیت سلامت روانی، ۵۳ درصد از سالمندان ابراز نموده‌اند که در یک ماه قبل از بررسی هیچ وقت احساس شادی و خوشحالی نداشته‌اند و همچنین حدود ۵۶ درصد هیچ وقت احساس آرامش و راحتی نداشته و ۲۱ درصد نیز بیشتر اوقات احساس یکنواختی کرده‌اند. به علاوه از هر چهار نفر سالمند مورد بررسی یک نفر، بیشتر اوقات احساس تنهایی می‌کند (۲۶٪) و حدود ۶۱ درصد سالمندان

از نظر وضعیت سلامت جسمانی، نتایج آماری انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL) نشان داد که ۸۳ درصد سالمندان در انجام کارهای روزمره زندگی خود مستقل هستند. مقایسه دو گروه سنی نشان می‌دهد که توانایی انجام کارها و فعالیت‌های مورد بررسی در گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله بیشتر از ۶۹-۶۵ ساله بوده است. مقایسه میانگین این شاخص در دو گروه سنی مورد بررسی در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین ADL در گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله بیشتر از گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله می‌باشد. این تفاوت سنی به لحاظ آماری معنادار بوده است ($P = ۰/۰۴۲$). با این حال این تفاوت فقط برای زنان معنادار بوده است ($P = ۰/۰۳۰$). برای مردان تفاوت معناداری در دو گروه سنی سالمندان در این شاخص سلامت مشاهده نشد ($P = ۰/۳۴۲$).

فعالیت‌های روزمره زندگی، بیش از چهار پنجم از سالمندان (۸۳٪) به طور مستقل فعالیت‌های روزانه زندگی خود را انجام می‌دهند، ۱۴/۳ درصد نیمه مستقل و ۲/۸ درصد وابسته بوده‌اند. مقایسه سالمندان دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله نشان داد که سالمندان گروه سنی اول بیشتر از سالمندان گروه سنی دوم مستقل هستند (جدول ۲).

از نظر عملکرد فیزیکی بر اساس آزمون SF-36، نتایج نشان داد که بیشترین محدودیت (۸۵/۲٪) در انجام فعالیت‌های فیزیکی شدید از قبیل دویدن، بلند کردن اجسام

گفته‌اند که بیشتر اوقات احساس افسردگی دارند (جدول ۳)

جدول ۳- وضعیت سالمندان استان تهران بر حسب میزان وابستگی در شاخص‌های سلامت جسمانی و روانی - سال ۱۳۹۰

		کل سالمندان		۶۰-۶۴ ساله		۶۵-۶۹ ساله		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
میزان وابستگی در ADL	وابسته	۱۱	۲/۸	۵	۲/۵	۶	۳/۰	۰/۰۹۰
	نیمه مستقل	۵۷	۱۴/۳	۲۱	۱۰/۵	۳۶	۱۸/۰	
	مستقل	۳۳۲	۸۳/۰	۱۷۴	۸۷/۰	۱۵۸	۷۹/۰	
محدودیت در عملکرد فیزیکی	کم	۲۹۷	۷۴/۲	۱۵۵	۷۷/۵	۱۴۲	۷۱/۰	۰/۲۸۶
	متوسط	۸۷	۲۱/۸	۳۹	۱۹/۵	۴۸	۲۴/۰	
	زیاد	۱۶	۴/۰	۶	۳/۰	۱۰	۵/۰	
تندرستی روانی	کم	۱۹۰	۴۷/۵	۱۰۰	۵۰/۰	۹۰	۴۵/۰	۰/۱۰۵
	متوسط	۱۶۵	۴۱/۲	۷۳	۳۶/۵	۹۲	۴۶/۰	
	زیاد	۴۵	۱۱/۲	۲۷	۱۳/۵	۱۸	۹/۰	
پریشانی روانی	کم	۲۴۵	۶۱/۲	۱۳۲	۶۶/۰	۱۱۳	۵۶/۳	۰/۰۰۲
	متوسط	۸۳	۲۰/۸	۲۷	۱۳/۵	۵۶	۲۸/۰	
	زیاد	۷۲	۱۸/۰	۴۱	۲۰/۵	۳۱	۱۵/۵	

سلامت جسمانی و روانی بین دو گروه سنی ۶۴ - ۶۰ سال و گروه سنی ۶۹ - ۶۵ سال وجود دارد یا خیر، متغیرهای- های مختلفی از جمله شیوع اختلالات و بیماری‌های مزمن، میزان سطح مستقل بودن در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، عملکرد فیزیکی و همچنین میزان تندرستی و پریشانی روانی در دو گروه سنی فوق با هم مقایسه شدند.

بررسی میزان شیوع اختلالات و بیماری‌های مزمن در میان سالمندان مورد بررسی نشان داد که بیش از دو سوم سالمندان اظهار داشته‌اند که حداقل مبتلا به یک بیماری مزمن می‌باشند. این میزان برای سالمندان گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله حدود سه چهارم بود. به علاوه نتایج نشان داد که بیماری‌های مزمن در میان زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان سالمند شیوع دارد. همچنین بر اساس نتایج، بیشترین فراوانی اختلالات و بیماری‌ها در بین سالمندان مربوط به اختلالات بینایی، پرفشاری خون، مشکل در نشستن و برخاستن و اختلالات چربی خون بود. مقایسه دو گروه

همچنین، بر اساس یافته‌ها، ۲۰ درصد سالمندان بیان کرده‌اند که در طی یک ماه قبل از بررسی همیشه یا بیشتر اوقات احساس غمگینی داشته‌اند، ۲۳ درصد سالمندان همیشه یا بیشتر اوقات احساس عصبی داشته‌اند، ۲۲ درصد همیشه یا بیشتر اوقات احساس اضطراب و بی‌قراری، ۱۴ درصد همیشه یا بیشتر اوقات احساس یاس و ناامیدی داشته، ۱۳ درصد همیشه یا بیشتر اوقات احساس دشواری و مشکل در انجام کارها داشته و در نهایت ۱۱ درصد همیشه یا بیشتر اوقات احساس پوچ بودن و بی‌ارزشی داشته‌اند (جدول ۳).

بحث

در این پژوهش به منظور فهم مرز سن سالمندی، الگوی سلامت جسمانی و روانی دو گروه سنی سالمندان ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه برای یافتن اینکه آیا تفاوتی از نظر شاخص‌های

همخوانی دارد که بیان داشت که از سن ۶۰ سال به بالا، توانایی جسمانی در عملکردهای فیزیکی به تدریج افت می‌کند [۲۳]. یافته‌های بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت جسمانی در دو گروه سنی این مطالعه برخلاف مطالعه آرشین چی (۱۳۸۹) بیانگر عدم تفاوت معنادار بین دو گروه سنی ۶۰-۶۴ سال و گروه سنی ۶۵-۶۹ سال در عملکرد فیزیکی و فعالیت‌های روزمره زندگی سالمندان است [۲۴]. مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه سنی تفاوت معنادار آماری وجود دارد، بدین صورت که گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله به‌طور معناداری وضعیت سلامت جسمانی بهتری در مقایسه با گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله دارند.

در ارتباط با وضعیت سلامت روان مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان مورد بررسی در یک‌ماه قبل از بررسی هیچ وقت احساس شادی و خوشحالی نداشته، همین حدود از سالمندان هیچ‌وقت احساس آرامش و راحتی نداشته و حدود یک پنجم از آنها نیز بیشتر اوقات احساس یکنواختی کرده‌اند. در مقایسه با مطالعه که توسط علیزاده در سال ۱۳۸۷ بر روی سالمندان ایرانی مقیم استرالیا، نشان داد که ۲۹/۴٪ از آنان اظهار تنهایی، و ۳۸/۲٪ احساس کسالت، ۲۱/۷٪ احساس افسردگی در اکثر اوقات روز را داشتند ولی فقط ۲۲/۹٪ از آنان احساس شادی می‌کردند و ۳۶/۱٪ نیز احساس آرامش در اکثر اوقات روز را ذکر می‌کردند [۲۵].

همچنین این مطالعه نشان داد که در گروه سنی مسن‌ترها به‌طور معنا داری پریشانی روانی شیوع بیشتری دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعه رحیمی (۱۳۸۹) همخوانی دارد. در مطالعه مذکور از سن ۶۰ تا سن ۷۹ سالگی با افزایش سن سالمند، میزان اختلالات اضطراب و افسردگی سالمند افزایش می‌یابد [۲۶]. همچنین در مطالعه در کاشان نشان داد که با افزایش سن میزان اختلالات اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد و پس از سن ۸۰ سال از میزان آن کاسته می‌شود [۲۷]. به‌علاوه مطالعه‌ای در شهر سمنان در سال ۱۳۸۲ نشان داد که ارتباط معکوسی بین سن و وضعیت روانی وجود دارد [۲۸-۲۹]. براساس یافته‌های پژوهش مابشری و همکاران در شهرکرد نیز بین نمره افسردگی و

سنی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات و بیماری‌های مختلف به‌جز اختلالات چربی خون، پرفشاری خون، زمین خوردن در میان سالمندان ۶۵-۶۹ ساله بیشتر از گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله است و در مورد اختلالات بینایی و شنوایی با آنکه در گروه ۶۵-۶۹ سال شیوع بیشتری داشت ولی این اختلاف معنی دار نبود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات سایر کشورها که با افزایش سن، شیوع انواع بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد هم‌خوانی دارد [۹۱-۸۱].

مقایسه میانگین شاخص ADL در دو گروه سنی مورد بررسی نشان داد که میانگین ADL در گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله به‌طور معناداری بیشتر از گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله بود. از این‌رو، با افزایش سن توانایی انجام فعالیت‌های روزمره محدودتر می‌شود. همچنین، بیش از چهار پنجم (۸۳٪) از سالمندان به‌طور مستقل فعالیت‌های روزانه خود را انجام می‌دادند. به‌علاوه مقایسه سالمندان دو گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله و ۶۵-۶۹ ساله نشان داد که سالمندان گروه سنی جوان‌تر بیشتر از سالمندان گروه سنی مسن‌تر مستقل هستند. مطالعه حبیبی سولا و همکاران (۱۳۸۶) در مورد بررسی سطح انجام فعالیت‌های روزمره زندگی در سالمندان تهران نشان داد که ۹۳/۴ درصد آنها مستقل بودند [۲۰]. مطالعه Lee و همکاران (۲۰۰۵) در مورد سالمندان کره‌ای نیز نشان داد که ۶۲ درصد آنها در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی کاملاً مستقل بودند [۲۱]. همچنین بر اساس مطالعات Lafortun میزان وابستگی در سالمندان در کشورهای کانادا (۶٪)، فرانسه (۱۰٪)، ایتالیا (۱۴٪) و در سوئد ۱۱٪ گزارش شده است [۲۲].

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیشترین محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی شدید از قبیل دویدن، بلند کردن اجسام سنگین و یا ورزش‌های سنگین بوده و کمترین محدودیت در حمام کردن یا تعویض لباس بوده است که تفاوت بین دو گروه سنی معنی دار بود. بدین معنی که گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله محدودیت بیشتری در عملکرد جسمانی خود در مقایسه با گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله داشته‌اند. این نتایج با مطالعه نجاتی و همکاران (۱۳۹۰)

سن ارتباط آماری معناداری مشاهده شد [۳۰]. در مطالعه دیگری در کشور ایران نشان داده شد که با هر دهه افزایش سن اختلال افسردگی نیز افزایش می‌یابد [۲۷].

با توجه به یافته‌های مذکور تفاوت معنادار بین دو گروه سنی ۶۰-۶۴ سال و ۶۵-۶۹ سال نه تنها در ابعاد مختلف سلامت جسمانی بلکه در ابعاد سلامت روانی آنها نیز وجود دارد. بر این اساس وضعیت سلامت در گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله بهتر از گروه سنی ۶۵-۶۹ ساله بوده است. این مسئله می‌تواند بیانگر این موضوع باشد که شاید محسوب کردن افراد ۶۴ - ۶۰ با افراد ۶۹ - ۶۵ سال در یک گروه مطابق با آنچه در ایران مرسوم است خیلی منطقی نباشد و شاید در ایران نیز با توجه به افزایش سریع امید به زندگی به سبب افزایش سطح سلامت جامعه و همچنین سطح سلامت بالاتر، احتمالاً مرز سالمندی هم مانند بسیاری از کشورها از سن بالاتر از ۶۰ سال محسوب گردد. اما سوالی که پیش می‌آید این است که کدام نقطه برش عدد مناسبی برای تعریف سن افراد سالمند می‌باشد؟ با توجه به یافته‌های این مطالعه شاید بتوان گفت بالاتر بردن سن تعریف شده سالمندی جهت ارایه خدمات و مراقبت‌های سالمندی مختلف و همچنین تغییر سن بازنشستگی از ۶۰ سالگی به ۶۵ سالگی شاید منطقی به نظر برسد. این تغییر در سن سالمندی همچنین می‌تواند به کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی، بیمه‌ها و افزایش تولید ناخالص ملی نیز کمک کند. از سوی دیگر موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان به دلیل میزان درآمد بالاتر و نیز می‌تواند داشتن زندگی مولدتر و فعال تر را سبب شود، چنانچه مطالعات نشان داده‌اند که احساس مفید بودن در حفظ سلامتی سالمندان موثر است [۳۱-۳۲]. از سوی دیگر بازنشستگی زود هنگام می‌تواند در افزایش افسردگی و کاهش روحیه فرد سالمند به سبب احساس پوچی منتج گردد [۳۳-۳۴].

نکته دیگری که باید مورد توجه سیاستگذاران در بازنگری سیاست‌ها در ارائه خدمات بهداشتی درمانی باشد، توجه به تفاوت سلامت بین زنان و مردان سالمند است که بعضی خدمات برای زنان مانند مشاوره و یا کارگاه‌های مدیریت اضطراب باید به صورت خاص و حتی کمتر از سن ۶۰ سالگی ارائه شود. این خدمات می‌تواند در خانه‌های سلامت محله‌ها و یا خانه‌های بهداشت روستاها ارائه شود. در ارائه خدمات به بافت متفاوت شهری و روستایی نیز باید توجه شود و حتی پیش از سالمندی برای ورود به این دوران آموزش‌هایی به میانسالان با توجه به بافت متفاوت مناطق شهری و روستایی داده شود.

این مطالعه گرچه به سبب انتخاب تصادفی از سالمندان خانوار استان تهران می‌تواند فقط نشانگر جمعیت سالمندان شهر تهران باشد ولی شاید جمعیت مورد مطالعه آن بیانگر جمعیت سالمندان کل کشور به خصوص سالمندان مناطق محروم و حاشیه نشین کشور نباشد. البته این مسئله می‌تواند تعمیم پذیری مطالعه برای سالمندان کل کشور را تا حدی زیر سوال ببرد. از سوی دیگر در این مطالعه افراد زیر ۶۰ سال هم وارد مطالعه نشده‌اند که شاید در صورت ورود آنها به مطالعه نقطه برش سالمندی را با توجه به افت میزان توانایی‌ها و افزایش بیماری‌ها و اختلالات مختلف جسمانی و روانی با قطعیت بهتری می‌توانستیم تعیین کنیم.

سیاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی و فنی معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است که به عنوان طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۱۵۴۶۰ به تصویب رسیده است.

1. United Nations. World population Ageing, Population Division, and UN: New York, 2007.
۲. صادقی، رسول. روند تحولات جمعیت ایران: گذشته و حال و آینده. گزارش پژوهشی، تهران: پژوهشکده آمار؛ ۱۳۹۲.
۳. الحانی، فاطمه؛ اسدی نوقابی احمد علی؛ پیروی، حمید. سلامت در سالمندان: یک مطالعه مروری. *نشریه پرستاری ایران* ۱۳۹۱؛ شماره ۷۸: ۶۲-۷۱.
4. Haber D. Health promotion and aging, practical application for health professionals, New York: Springer publication; 2007.
5. August Kj, Sorkin DH. Racial and ethnic disparities in indicators of physical health status: do they still exist throughout late life? *Journal of Am Geriatr Soc* 2010; 58(10): 2009-2015.
6. Murtaugh CM, Ston, RI. The elderly population with chronic functional disability: Implication for home care eligibility. *Gerontologist* 1990; 30,491-496.
7. Maddox GL, Clark DO. Trajectories of functional impairment in later life. *Journal of I and Human Behavior* 1992; 33,114-125.
8. Clark D, Maddox G. Racial and social correlates of age-related changes in functioning. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 1992; 47(5), 222-232.
9. Kevin L, Lloyd B. Health Promotion, Evidence and Experience, London: Sage publication; 2005.
۱۰. علیزاده، مهتاب؛ حسینی، مصطفی؛ شجاعی زاده، داود؛ رحیمی، اعظم؛ آرشین چی، معصومه؛ روحانی، حسین. وضعیت اضطراب - افسردگی و احساس خوب بودن روانی در سالمندان شهری منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تهران. *سالمند* ۱۳۹۱؛ شماره ۲۵-۲۶: ۵.
۱۱. ستاری، بهزاد. بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی. *سالمند* ۱۳۸۵، شماره ۲: ۱۳۹-۱۳۲.
۱۲. علیپور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه؛ نبوی، حمید؛ خدمتی، اسماعیل. نقش حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان. *سالمند* ۱۳۸۸؛ سال چهارم، شماره ۱۱: ۶۰-۵۳.
13. World Health Organization. Active Ageing. World Health Organization 2002. Available at: whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
14. World Health Organization. Definition of an older or elderly person. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefn_older/en/
15. New South Wales Department of Health. New South Wales Older People's Health Survey 1999: Public Health Bulletin Supplement, Health Department, Sydney, NSW, Australia; December 2000.
16. Alizadeh M. Assessing health factors and utilization of aged care services in Iranian elderly in Metropolitan Sydney. Thesis, faculty of health science, *The Sydney University*; 2008.
17. 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 liferesearch* 2005; 14(3): 875-882.
18. Klijs B, Nusselder WJ, Looman CW, Mackenbach JP. Contribution of Chronic Disease to the Burden of Disability. *PLoS ONE* 2011; 6(9).
19. Aldrich N, Benson WF. Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults. *Preventive Chronic Disease* 2008; 5(1): 1-7.
۲۰. حبیبی سولا، عقیل؛ نیک پور، صغری؛ رضایی، محبوبه؛ حقانی؛ حمید. بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران ۱۳۸۶. *سالمند* ۱۳۸۶؛ ۲(۵): ۳۳۲-۳۳۹.
21. Lee T.W, Ko I.s, lee, k.J. "health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea. *International journal of nursing studies*. 2005; 49(2): 129-137.
22. Lafortune G, Balestat G, the Disability Study Expert Group Members. The Disability Study Expert Group Members, Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications, OECD Health Working Papers, no 26, OECD Publishing, 2007.
۲۳. نجاتی، وحید؛ احمدی، خدابخش؛ شریفیان، مریم؛ شعاعی، فاطمه. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دهه‌های سنی مختلف: پیش بینی برای سالمندان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا* ۱۳۹۰؛ سال ۱، شماره ۴: ۱۷۲-۱۷۷.

۲۴. آرشین چی، معصومه (۱۳۸۹). بررسی سلامت جسمانی گروه‌های مختلف سنی سالمندان و ارتباط آن با عوامل اقتصادی، اجتماعی در تهران. پایان نامه برای دریافت درجه گواهی عالی بهداشت عمومی MPH. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال ۱۳۸۹.

25. Alizadeh-Khoei, M. (2008). Assessing health factors and utilization of aged care services in Iranian elderly in Metropolitan Sydney Australia. The Sydney University

۲۶. رحیمی، اعظم دخت. بررسی سلامت روانی گروه‌های مختلف سنی سالمندان و ارتباط آن با عوامل اقتصادی، اجتماعی در شهر تهران ۱۳۸۹. پایان نامه برای دریافت درجه گواهی عالی بهداشت عمومی MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال ۱۳۸۹.

27. Joghatayi MT, Nejati V. Health status of elderly people in Kashan city. *Salman* 2006; 1(1): 3-10.

28. Motamedi Shalamzari A, Ezhehei J, Azad Falah P, Kiamanesh AR. the role of social support in life satisfaction, health and loneliness in elderly

people. *Journal of Psychology* 2001; 6(22):133-15.

29. Mobasheri M, Moezzi M. The prevalence of depression among the elderly population of Shayestegan and Jahandidegan nursing home in Shahrekord. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2010; 12(2): 89-94.

30. Ingersoll B, Silverman A. Cooperative group psychotherapy for the aged. *The Gerontologist* 1978; 18: 201-6.

31. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 69: 719-727.

32. Steptoe A, Wardle J. Health behavior, risk awareness and emotional wellbeing in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine* 2001; 53(12): 1621-1630.

33. Padfield A. Myths in medicine. Story that early retirement is associated with longevity is often quoted. *BMJ (Clinical research ed.)* 1996;312(7046):1611.

34. Anderson KH. The effect of mandatory retirement on mortality. *J Econ Bus* 1985;37(1):81-8.

