

## The Health Status of the Older People in Nain

Taherh Mansouri (MSc)<sup>1</sup>, Bahram Armoon (MSc)<sup>2</sup>, Mohadeseh Khoshgoftar (BSc)<sup>3</sup>, Seyes Mohammad Riahi (PhD)<sup>4</sup>, Javad Harooni (MSc)<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Gerontology Iranian Research Center on Aging, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD Student in Health Education & Health promotion, Student's Research Committee, School of public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MSc Health Education, Student's Research Committee and Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>4</sup> PhD in Epidemiology, Faculty of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

\* **Corresponding Author:** Javad Harooni, Student's Research Committee, School of public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: j\_harooni@yahoo.com

### Abstract

**Received:** 24/04/2017

**Accepted:** 23/09/2017

#### How to Cite this Article:

Mansouri T, Armoon B, Khoshgoftar M, Riahi SM, Harooni J. The Health Status of the Older People in Nain. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017; 16(1): 19-26. DOI: 10.18869/acadpub.psj.16.1.19

**Background and Objective:** Considering the population trend in Iran, an increase in the number of the elderly, and the significance of evaluating their health status, the present study was aimed to determinate the health status of the elderly in Nain, Iran.

**Materials and Methods:** Present research was a descriptive-analytic study (cross-sectional). The study population consisted of 220 elderly people from Nain who were randomly selected using randomized simple table from among households with elderly over 60. After the informed consent was obtained from the elderly, data were collected in face-to-face, in-person interviews. In order to determine their health status, The Short Form Health Survey-12 (SF-12) questionnaire was utilized.

**Results:** The mean age of the subjects was  $69.52 \pm 7.4$  years. The linear regression test showed that there was linear relationship between the physical and mental health status after adjusting the demographic and socioeconomic variables, ANOVA showed no significant relationship between the health status and age, but there was a significant association between the income level and the health score ( $P < 0.05$ ). Tukey's post-hoc test shows that the total health score in the poor income subgroup is lower than the other groups ( $P < 0.001$ ) and no significant difference was seen in other subgroups.

**Conclusion:** The health status of the elderly was moderate in Nain. Since factors such as the education level, marital status, income level, and economic conditions affect elderly people's health, it is necessary to take these into account and conduct appropriate interventions in this field.

**Keywords:** Elderly; Health Status; Nain

## بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر نائین

طاهره منصوری<sup>۱</sup>، بهرام آرمون<sup>۲</sup>، محدثه خوشگفتار<sup>۳</sup>، سید محمد ریاحی<sup>۴</sup>، جواد هارونی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup> دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران

\* نویسنده مسئول: جواد هارونی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: j\_harooni@yahoo.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** با توجه به روند جمعیت کشور و افزایش تعداد سالمندان و همچنین اهمیت ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان شهرستان نائین انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. نمونه‌های این مطالعه ۲۲۰ نفر از سالمندان شهرستان نائین بودند که با استفاده از جدول اعداد تصادفی به صورت تصادفی ساده از بین پرونده خانوارهای دارای سالمند بالای ۶۰ سال انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها بصورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره و پس از کسب رضایت آگاهانه از سالمندان بود. به منظور بررسی وضعیت سلامت از پرسشنامه ۱۲ سؤالی کیفیت زندگی (SF-12) استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی مشارکت‌کنندگان  $69/52 \pm 7/4$  سال بود. آزمون رگرسیون خطی نشان داد که پس از تعدیل متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی-اقتصادی با وضعیت سلامت جسمانی و روانی رابطه خطی برقرار بود. آزمون آنالیز واریانس رابطه معنی‌داری را بین سن و وضعیت سلامت نشان نداد ولی رابطه بین نمره سلامت و وضعیت درآمد معنادار بود ( $P < 0/05$ ). آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که نمره سلامت کلی در زیر گروه درآمد ضعیف کمتر از سایر گروه‌ها است ( $P < 0/001$ ) و در سایر زیرگروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** وضعیت سلامت سالمندان شهر نائین در حد متوسط بود، با توجه به تاثیر عواملی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و درآمد بر سلامت سالمندان، توجه به این عوامل و انجام مداخلات مناسب در این زمینه ضرورت دارد.

**واژگان کلیدی:** سالمند؛ نائین؛ وضعیت سلامت

### مقدمه

۲۰۰۰، تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر در این منطقه، ۲۸/۶ میلیون نفر (۵/۸ درصد کل جمعیت) بود و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۵ این میزان به ۸/۶ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۱۵ درصد افزایش یابد [۳]. کشور ایران نیز از این تغییرات جمعیتی بی‌نصیب نمانده به گونه‌ای که براساس برآوردهای انجام شده، جمعیت کشورمان در طی پنجاه سال آینده دو برابر خواهد شد و این در حالی که تعداد افراد ۶۵ سال به بالا شش برابر افزایش خواهد یافت [۴]. بنابراین برنامه‌ریزی و اتخاذ

سالمندی فرایندی جهان شمول، طبیعی، پیشرونده و برگشت‌ناپذیر است که فرد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پدیده‌ی سالمندی به طور کلی فرایند زوال در ظرفیت عملکردی یک فرد بدنبال افزایش سن و در نتیجه‌ی تغییرات ساختاری است [۱]. امروزه به دلیل کاهش باروری و افزایش امید به زندگی نسبت جمعیت سالمندان بسیار سریع‌تر از کل جمعیت در حال رشد است [۲]. در منطقه مدیترانه شرقی نیز جمعیت ۶۰ سال به بالا افزایش یافته است بطوری که در سال

نائین در سال ۹۴ انجام گرفت. نمونه‌های این مطالعه ۲۲۰ نفر از سالمندان شهرستان نائین بود که با استفاده از فرمول

$$n = \frac{Z^2 \frac{\alpha}{2} \delta^2}{d^2}$$

آلفا: ۰/۰۵، دقت: ۲/۵ و انحراف معیار: ۱۹، محاسبه شد. سپس با کمک ابزارهای تعیین‌شده، وضعیت سلامت و بعضی خصوصیات جمعیت شناختی مثل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد و میزان درآمد نمونه‌ها اندازه‌گیری شد. نمونه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی به صورت تصادفی ساده از بین پرونده خانوارهای دارای سالمند بالای ۶۰ سال انتخاب شدند. قبل از پرسشگری توضیحات کافی در مورد هدف انجام تحقیق و نوع سوالات به سالمندان داده شد، همچنین به آن‌ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اینکه در هر مرحله از تحقیق که مایل به ادامه همکاری نبودند، می‌توانند از شرکت در مطالعه انصراف دهند، اطمینان داده شد. در نهایت پس از کسب رضایت آگاهانه از سالمندان، اطلاعات آن‌ها با روش مصاحبه حضوری و چهره به چهره گردآوری شد.

معیارهای ورود به این مطالعه داشتن سن ۶۰ سال یا بالاتر، تمایل برای شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای موثر بر سطح هوشیاری و توانایی پاسخگویی به سوالات بود. همچنین عدم ابتلا به بیماری شدید روانی و نداشتن رویداد بحرانی و تنش‌زا مانند مرگ عزیزان در طی ۳ ماه گذشته از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. در صورتی که سالمندان در روند پرسشنامه مایل به ادامه همکاری نبودند، از مطالعه حذف می‌شدند. به منظور بررسی وضعیت سلامت از پرسشنامه The Short Form Health Survey (SF-12) استفاده شد. نسخه فارسی این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دکتر منتظری و همکاران آماده گردید که دارای ۱۲ سؤال است و ابعاد جسمی و روانی را بررسی می‌نماید. در این پرسشنامه بعد سلامت جسمی توسط ۶ سؤال که ۴ سؤال با مقیاس لیکرت ۳ و ۵ گزینه‌ای و ۲ سؤال شامل گزینه بلی و خیر و بعد سلامت روانی نیز شامل ۶ سؤال که نمره دهی ۴ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ و ۶ گزینه‌ای و ۲ سؤال شامل گزینه‌های بلی و خیر است، بررسی می‌گردد. منتظری و همکاران ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۳ (بعد سلامت جسمانی) و ۰/۷۲ (بعد سلامت روانی) را برای این ابزار گزارش نمودند [۱۷].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی توکی، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد.

## یافته‌ها

اطلاعات این مطالعه مربوط به ۲۲۰ نفر از افراد بالای ۶۰ سال شهرستان نائین می‌باشد. میانگین سنی این افراد ۶۹/۵۲

سیاست‌های مناسب جهت حمایت از کیفیت زندگی این گروه سنی ضروری است [۵].

وضعیت سلامت یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان است. مشکلات سلامت سالمندان متعدد بوده و منجر به کاهش سریع در وضعیت سلامت و احتمال افزایش ناتوانی می‌شود [۶]. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را وضعیت مطلوب از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا نقص عضو تعریف می‌کند [۷]. بر اساس این تعریف سلامت جسمی و روانی از ارکان مهم سلامت جامعه می‌باشند. تغییرات بیولوژیکی ناشی از افزایش سن منجر به محدودیت‌های عملکردی در بافت‌های بدن می‌شود [۸]. در بسیاری از جوامع، سالمندان در معرض کاهش سطح توانایی‌های جسمی، روانی و شناختی‌اند و به منظور تأمین وضعیت سلامت و خودکارآمدی نیازمند حمایت اطرافیان می‌باشند [۹]. مهم‌ترین عامل محدودیت فعالیت در سالمندان سقوط است و ضعف عضلانی شایع‌ترین عامل آن در سالمندان می‌باشد [۱۰]. طبق مطالعات انجام گرفته ۲۰ درصد سالمندان بیش از ۷۰ سال و ۵۰ درصد از سالمندان بیش از ۸۰ سال دچار اختلال در فعالیت‌های روزمره می‌باشند [۱۱]. همچنین اختلالات روانشناختی به علت انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی پایین، ناتوانی و اختلالات جسمی و شناختی در سالمندان شایع است [۱۲]. بر اساس مطالعات انجام گرفته ۱۰ درصد از سالمندان از افسردگی رنج می‌برند [۱۳]. در مطالعات انجام گرفته دیگر شیوع اختلال اضطراب در سالمندان ۱۷/۲ درصد گزارش شد [۱۴]. در یک مطالعه انجام گرفته در ایران نیز نتایج نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان از نظر اختلالات اضطراب و افسردگی مشکلاتی داشتند، از نظر انجام فعالیت‌های روزمره ۱۴ درصد سالمندان وابسته و ۳۰ درصد وابسته نسبی بودند [۱۵]. مطالعه دیگری نشان داد که ۵ درصد از سالمندان مورد بررسی دچار اختلال شناختی شدید، ۴۷/۵ درصد دچار اختلال شناختی متوسط و ۳۰ درصد اختلال شناختی خفیف داشتند. همچنین ۱۳/۳ درصد از سالمندان مطالعه در انجام فعالیت‌های روزانه (نیازمند کمک) و ۵ درصد کاملاً غیرمستقل و برای انجام کارهای روزانه به دیگران وابسته بودند [۱۶]. حال با توجه به روند جمعیت در کشور و افزایش تعداد سالمندان و همچنین اهمیت ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان در تشخیص نیازها، انجام برنامه‌ریزی و مداخلات مورد نیاز برای این گروه سنی و نیز با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ی مستندی در این زمینه در شهر نائین صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان شهرستان نائین انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

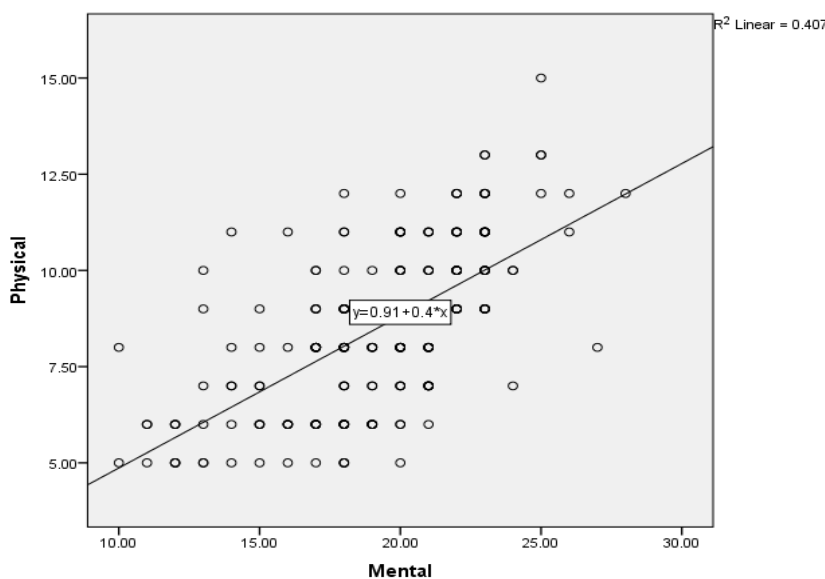
مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود که با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان شهرستان

کنندگان در مطالعه  $8/48 \pm 0/14$  و وضعیت سلامت روانی آنها  $19/15 \pm 0/22$  بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین وضعیت سلامت جسمانی و روانی رابطه خطی وجود دارد ( $t=0/64, P<0/001$ ). نتایج رگرسیون خطی بین دو متغیر سلامت جسمانی و روانی بیانگر آن است که ۴۰/۷ درصد واریانس نمره سلامت جسمانی به وسیله سلامت روانی تبیین می شود ( $R^2=0/407$ ) (نمودار ۱). رابطه بین این دو متغیر پس از تعدیل متغیرهای سن و جنسیت، وضعیت درآمد،

سال (انحراف معیار ۷/۴) بود. بیشتر شرکت کنندگان ۶۰ تا ۷۰ ساله، مذکر (۵۳/۲٪)، بدون همسر (۷۱/۸٪) و با تحصیلات ابتدایی (۴۲/۳٪) بودند (جدول ۱). در رابطه با وضعیت سلامت شرکت کنندگان در مطالعه، نتایج مطالعه نشان داد میانگین وضعیت سلامت  $27/63 \pm 0/33$  بود و اکثر شرکت کنندگان (۷۲/۲ درصد) وضعیت سلامت متوسط داشتند. ( $t=0/64, P<0/001$ ) همچنین میانگین وضعیت سلامت جسمانی شرکت-

جدول ۱: ویژگی‌های زمینه‌ای شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	ویژگی‌های فردی شرکت کنندگان در مطالعه	فراوانی (درصد)
سن	۶۰ تا ۷۰ سال	۱۴۵ (۶۵/۹)
	۷۰ تا ۸۰ سال	۵۷ (۲۵/۹)
	۸۰ تا ۹۰ سال	۱۵ (۶/۸)
	< ۹۰	۳ (۱/۴)
جنس	زن	۱۰۳ (۴۶/۸)
	مرد	۱۱۷ (۵۳/۲)
منبع درآمد	خودش	۱۰۷ (۴۸/۶)
	دیگران	۱۱۳ (۵۱/۴)
وضعیت درآمد	خوب	۲۷ (۱۲/۳)
	نسبتاً خوب	۴۴ (۲۰)
	متوسط	۱۲۲ (۵۵/۵)
تاهل	همسر دارد	۶۲ (۲۸/۲)
	همسر ندارد	۱۵۸ (۷۱/۸)
وضعیت زندگی	با همسر و فرزندان	۱۶۸ (۷۶/۴)
	تنها	۵۲ (۲۳/۶)
وضعیت سواد	بی‌سواد	۷۲ (۳۲/۷)
	ابتدایی	۹۳ (۴۲/۳)
	سیکل و بالاتر	۵۵ (۲۵)



نمودار ۱: رابطه بین وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد شرکت کننده در مطالعه

منبع درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت زندگی و وضعیت تاهل همچنان معنی‌دار بود و مقدار ضریب تبیین نیز افزایش یافت ( $R^2=0/485, P<0/001, b=0/37$ ).

آزمون آنالیز واریانس رابطه معنی‌داری را بین سن و وضعیت سلامت نشان نداد ولی رابطه بین نمره سلامت و

وضعیت درآمد معنادار بود. آزمون تعقیبی توکی نشان می‌دهد که نمره سلامت کلی در زیرگروه درآمد ضعیف، کمتر از سایر گروه‌ها می‌باشد ( $P<0/001$ ) و در سایر زیرگروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ارتباط بین وضعیت سلامت و سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین وضعیت سلامت و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک

متغیر	میانگین وضعیت سلامت*	نتیجه آزمون آماری
جنسیت	مرد ۲۸/۲۳±۴/۹۸	$P>0/05$
	زن ۲۶/۹۶±۴/۸۷	
وضعیت زندگی	زندگی با همسر و فرزندان ۲۸/۳۶±۴/۵	$P<0/001$
	تنها ۲۵/۲۸±۵/۵۹	
وضعیت تأهل	همسر دارد ۲۸/۵۷±۴/۴۵	$P<0/001$
	همسر ندارد ۲۵/۲۴±۵/۳۹	
تحصیلات	بی‌سواد ۲۵/۳۸±۴/۹۰	$P<0/001$
	ابتدایی ۲۷/۶±۴/۴۵	
	سیکل و بالاتر ۳۰/۶۳±۴/۳۱	
وضعیت مالی	خوب ۳۰/۰۷±۵/۱	$P<0/001$
	متوسط ۲۷/۴۷±۴/۲	
	ضعیف ۲۳/۵۱±۵	
منبع درآمد	خودش ۲۹/۰۳±۴/۹	$P<0/001$
	دیگران ۲۶/۳±۴/۶	

\*حروف کوچک انگلیسی ناهمنام

اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها را با استفاده از آزمون تعقیبی توکی در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد.

## بحث

به منظور پاسخ موثر و کارآمد به نیازهای در حال رشد جمعیت سالمندان، شناسایی وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ضروری است [۱۸]. نتایج این مطالعه که در سال ۱۳۹۴ و با هدف بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر نایین انجام شده بود، نشان داد که وضعیت سلامت اکثر واحدهای پژوهش در حد متوسط است، این یافته در راستای نتایج مطالعات دیگر است بطوری که مطالعه Hoi در مناطق روستایی ویتنام سال ۲۰۱۰، مطالعه سادات در یاسوج سال ۸۷ و مطالعه هارونی در سی سخت در سال ۹۲ نیز وضعیت سلامت سالمندان را در حد متوسط گزارش کردند [۲۱-۱۹]. همچنین سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه از سلامت روانی بالاتری نسبت به سلامت جسمانی برخوردار بودند، مطالعه دیگری در همین راستا نشان داد که سلامت جسمانی ۹۲/۵ درصد سالمندان متوسط و ۷/۵ درصد ضعیف بود در حالی که ۶۱/۲ درصد از این سالمندان از سلامت روانی متوسط و ۳۶/۹ درصد از سلامت روانی خوب برخوردار بودند، Yeng و نجاتی نیز در مطالعات خود وضعیت سلامت روانی سالمندان را بهتر از سلامت جسمانی آنان گزارش دادند [۲۳، ۲۲، ۲۰]. می‌توان این‌گونه تفسیر نمود که سالمندان به دلیل زندگی ساده‌تر،

توقعات پایین‌تر و همچنین داشتن اعتقادات و باورهای دینی و دوری از فعالیت‌های اضطراب‌آور، سلامت روانی بالاتری دارند. از دیگر یافته‌های این مطالعه وجود رابطه مستقیم بین سلامت جسمی و روانی بود بدین معنی که با افزایش یا کاهش هر کدام از آن‌ها، دیگری هم کاهش یا افزایش می‌یافت. مطالعه شعاعی و همکاران در سال ۹۱ نیز نشان دهنده نقش پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روانی برای همدیگر بود که هم‌راستا با مطالعه حاضر است [۲۴]. رابطه بسیار قوی بین سلامت روانی جسمانی برقرار است. مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات روانی یک عامل خطر مهم برای ابتلا به بیماری‌های مزمن و مرگ و میر محسوب می‌شود، از طرف دیگر افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض خطر مشکلات روانی، به ویژه افسردگی و اضطراب هستند [۳۱-۲۵]. بنابراین با توجه به اثرات متقابل سلامت جسمی و روانی، مداخلات مرتبط با سلامت می‌تواند در هر دو حیطه برنامه‌ریزی و اجرا گردد.

در این مطالعه با وجود اینکه انتظار می‌رفت با افزایش سن، وضعیت سلامت سالمندان کاهش یابد ولی رابطه معنی‌داری بین سن و وضعیت سلامت مشاهده نشد، یافته‌های مطالعات موجود در زمینه ارتباط بین وضعیت سلامت و متغیر

مورد تایید قرار گرفته است. احتمالاً وجود تعاملات اجتماعی گسترده‌تر افراد متاهل، همچنین حمایت‌های عاطفی و فیزیکی همسران از همدیگر و نگرش مثبت جامعه به افراد متاهل در این امر موثر می‌باشد. در ارتباط با وضعیت اقتصادی نیز می‌توان اینگونه تفسیر کرد که وضعیت اقتصادی مناسب بر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی، تغذیه بهتر، مسکن مناسب و خدمات تفریحی موثر است، مطالعات زیادی در داخل و خارج از کشور بر وجود رابطه بین وضعیت اقتصادی مناسب و وضعیت سلامت، کیفیت زندگی و رفاه در سالمندان تاکید کرده‌اند [۵، ۱۸، ۱۹، ۳۳-۳۵]. تنگناهای اقتصادی مشکلات معیشتی، هم به صورت مستقیم سلامت سالمندان را تحت تاثیر قرار می‌دهد مثلاً هزینه کمتری برای تغذیه و یا درمان بیماری خود هزینه می‌کنند و هم می‌تواند روان افراد سالمند را تحت تاثیر قرار دهد. فقر و محرومیت‌های اجتماعی از بزرگترین موانع آسایش و امنیت در سالمندان می‌باشد، به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر می‌باشد که موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود.

در مورد سلامت سالمندان و منبع درآمد آن‌ها یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره سلامت افرادی که استقلال مالی دارند ۲/۷۳ واحد نسبت به افرادی که استقلال مالی ندارند بیشتر و این رابطه از لحاظ آماری معنی‌دار بود. به نظر می‌رسد که وابستگی مالی سالمندان باعث می‌شود که از بیان مشکلات مربوط به سلامتی‌شان به دلیل تحمیل بار مالی به دیگران اجتناب نمایند. از طرف دیگر کم توجهی اطرافیان در تامین نیازهای مالی سالمندان چه در زمینه سلامت و چه در زمینه معیشت می‌تواند در پیدایش چنین یافته‌ای تاثیرگذار باشد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند، وضعیت سلامت مطلوب‌تری نسبت به سالمندان تنها داشتند. در مطالعه Luanagh مشخص شد که تنهایی ارتباط قوی با ابتلا به افسردگی دارد، علاوه بر این تنهایی با ایجاد فشار خون بالاتر، مشکلات خواب، مشکلات سیستم ایمنی بدن و اختلال شناخت، بر سلامت جسمانی افراد نیز اثرات قابل توجهی دارد [۳۷]. سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند در معرض انزوای اجتماعی و ابتلا به افسردگی هستند [۲۴]. از نظر سازمان جهانی بهداشت، تنهایی و انزوای اجتماعی جز عوامل خطر مهم ابتلا به بیماری در سالمندان می‌باشد که بر روی تمام جنبه‌های سلامت و رفاه، از جمله سلامت روان سالمندان اثر گذار است [۳۸]. بدیهی است که سالمندان که تنها زندگی می‌کنند، نیازمند حمایت‌های اجتماعی بیشتری هستند و توانمندسازی این افراد برای مواجهه با مشکلات زندگی از ضروریات می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش مقطعی بودن مطالعه می‌باشد چرا که این نوع مطالعه در اثبات رابطه علی عوامل موثر بر وضعیت سلامت، ناتوان است، که بهتر است به منظور درک

سن متناقض است، در مطالعه سادات وضعیت سلامت افراد ۷۵ سال و بالاتر بهتر از وضعیت سلامت افراد کمتر از ۷۵ سال بود، در مطالعه وحدانی نیا و همکاران نیز مشخص شد که افزایش سن به تنهایی اثری بر روی برخی ابعاد کیفیت زندگی بویژه سلامت روانی ندارد [۲۲، ۲۰]. از طرفی Yeng, Van Minh, Mwanyangala و حیدری در مطالعات خود نشان دادند که با افزایش سن وضعیت سلامت کاهش یافته است [۱۸، ۲۳، ۳۳، ۳۴]. شاید بتوان گفت علی‌رغم اینکه با افزایش سن ابتلا به بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌ها و محدودیت‌های عملکردی افزایش می‌یابد [۲۴]، ولی وضعیت سلامت روانی سالمندان بهتر می‌شود چنان که نتایج مطالعات نشان داده‌اند که وضعیت روحی روانی سالمندان پیر بهتر از سالمندان جوان است [۲۰، ۲۲] و در نتیجه وضعیت کلی سلامت سالمندان با افزایش سن بهتر می‌شود. بین متغیر جنس و وضعیت سلامت نیز در این پژوهش رابطه معناداری برقرار نبود ولی میانگین وضعیت سلامت مردان بهتر از زنان بود، نتایج مطالعه حیدری و همکاران نیز رابطه معنادار بین جنس و وضعیت سلامت را نشان نداد هر چند میانگین سلامت مردان بهتر بود [۳۳]. در برخی مطالعات دیگر متغیر جنس به عنوان عامل موثر بر وضعیت سلامت سالمندان مشخص شده است [۱۸، ۳۵، ۱۵]. این وضعیت می‌تواند به دلیل نابرابری‌های جنسیتی در سلامت باشد از طرفی زنان معمولاً آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده اما غیرکشنده دارند که سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها را متاثر می‌سازد [۱۸]، همچنین وسواس و نگرانی زنان به سلامت خود بیشتر است و ممکن است زنان به این دلایل سلامت خود را ضعیف‌تر ارزیابی کنند. در بررسی تاثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که بین وضعیت سلامت با سطح تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود دارد بدین معنی که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره وضعیت سلامت افزایش یافته بود. تحصیلات به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده اجتماعی موثر بر سلامت مردان و زنان به خوبی شناخته شده است، افراد با تحصیلات بیشتر فرصت‌های شغلی بهتر، درآمدهای بالاتر و موقعیت‌های اجتماعی مطلوب‌تری می‌توانند کسب کنند، همچنین این افراد آگاهی بیشتری در مورد سلامتی، رژیم غذایی، مراقبت از خود و پیشگیری از بیماری دارند و به تبع آن سبک زندگی سالم‌تری نسبت به افراد با تحصیلات کمتر خواهند داشت، این یافته در نتایج مطالعات کشورهای دیگر نیز مورد تایید قرار گرفته است [۱۸، ۳۴، ۱۹، ۳۵، ۳۶]. همچنین در این مطالعه رابطه وضعیت سلامت با متغیر وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، محل سکونت و منبع درآمد معنادار شد. در مطالعه Nawi سالمندان متاهل وضعیت سلامت، عملکرد و کیفیت زندگی بهتری نسبت به سالمندان بدون همسر داشتند، این نتیجه در مطالعات بسیاری از جمله Mwanyangala, Hoi, Nawi، حیدری و همکاران، برهانی نژاد و همکاران نیز

سالمندان انجام می‌شود، مداخلاتی نیز در جهت بهبود وضعیت اقتصادی این افراد در نظر گرفته شود. محققین بر این عقیده هستند که وضعیت اقتصادی نامناسب به طور موثرتری بر سلامت افراد تاثیر داشته و از طرف دیگر قابلیت مداخله در آن بیشتر است. لذا حمایت‌های مالی ویژه از سالمندان در کنار سایر اقدامات به عنوان پیشنهاد اصلی این مطالعه عنوان می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود در قالب مطالعات مداخله ای به بررسی عوامل ارتقا دهنده سلامت سالمندان پرداخت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۵۶۱۱ مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری و حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین کلیه سالمندان عزیز شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان نداشته است.

بهتر رابطه علیتی از مطالعات طولی استفاده شود. همچنین با توجه به اینکه این مطالعه در یک جمعیت نسبتاً کوچک و در یک منطقه خاص انجام گرفته است تعمیم دادن نتایج آن به سایر جمعیت‌ها از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد و پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در سایر مناطق کشور نیز انجام شود. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به استفاده از ابزار مناسب برای گردآوری اطلاعات و همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری

از آنجا که وضعیت سلامت در دوران سالمندی می‌تواند به راحتی تحت تاثیر عوامل مختلف قرار گیرد لذا در نظر گرفتن عوامل زمینه‌ای موثر بر سلامت آن‌ها بسیار ضروری است. با توجه به اینکه در این مطالعه بین سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، استقلال مالی، وضعیت زندگی و تاهل سالمندان با وضعیت سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت و نظر به اینکه سطح تحصیلات و تاهل جزء عواملی هستند که مداخله در آن‌ها کمتر امکان پذیر است، لذا پیشنهاد می‌گردد در کنار برنامه‌ریزی‌هایی که برای افزایش مشارکت اجتماعی و نیز اقداماتی که جهت بهبود مراقبت‌های بهداشتی درمانی

## REFERENCES

1. Harman D. The free radical theory of aging. *Antioxidants and Redox Signaling*. 2003;5(5):557-61.
2. Nations U. Global Issues:Ageing. Available from: <http://www.un.org/en/globalissues/ageing/index>.
3. World Health Organization. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region. 2006-2015.
4. World Health Organization - 2006 - [apps.who.int](http://apps.who.int)
5. Mehryar AH, Ahmad-Nia S. Age-structural transition in Iran: short and long-term consequences of drastic fertility swings during the final decades of twentieth century. *Age-Structural Transitions: Population Waves, Disordered Cohort Flows and the Demographic Bonus*, Paris, 2004:1-42.
6. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 2008; 8(1):323.
7. Abolfotouh MA, Daffallah AA, Khan MY, Khattab MS, Abdulmoneim I. Psychosocial assessment of geriatric subjects in Abha City, Saudi Arabia. *EMHJ*. 2001;7(3):481-491.
8. Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Hastings Center Studies*. 1973:77-87.
9. De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen JN. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions—a cross-sectional study. *Gerodontology*. 2006; 23(4):195-204.
10. Morovatisharifabad MA GF, Heydarnia AR, Babaeirochi GR. Perceived religious support of health promoting behavior and status doing these behaviors in Aged 65 years and older in Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2004;12(1):23-29.
11. Hatamti H, Razavi SM. *Elderly Health*. Public Health. 2 nd ed. Tehran: Arjomand; 2009: 1836–1893.
12. Adib Hajbagheri M AH. The tensity of disabilities and the factors related to it in elderly. *Journal of scientific research* .2009;13(3): 225-234.
13. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*. 2011;56(7):387-97.
14. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Annals of Saudi medicine*. 2011;31(6):620.
15. Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International journal of geriatric psychiatry*. 2009;24(9): 1026-33.
16. Borhaninejad V, Momenabadi V, Hossseini S, Mansouri T, Sadeghi A, toroski M. Health physical and mental status in the elderly of Kerman. 2015; 6(4):715-725.
17. Joghataei M T, Nejati V. Assessment of Health Status of Elderly People in the City of Kashan. *Salmad*. 2006; 1 (1) :3-10
18. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health*. 2009;9(1): 341.
19. Van Minh H, Byass P, Chuc NTK, Wall S. Patterns of health status and quality of life among older people in rural Viet Nam. *Global Health Action*. 2010;3(Suppl 2):64-9.
20. Hoi LV, Chuc NT, Lindholm L. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC public health*. 2010;10(1):1-10.
21. Sadat S, Afrasiabifar A, Mobaraki S, Fararoei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health status of the elderly people of Yasouj, Iran, 2008. *Armaghane danesh*. 2012;16(6):567-77.
22. Harooni J, Hassanzadeh A, Salahshoori A, Poorhaji F, Mostafavi F. Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men. *J Health Syst Res* 2013;9(11):1230-1238.
23. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008;14(1):56-61.
24. Yeng SHS, Gallagher R, Elliott D. Factors influencing health-related quality of life after primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *Applied Nursing Research*. 2016;30:237-44.
25. Shooee F, Azkhosh M, Alizad V. Health status of Iranian older people: A demographical Analysis. *Salmad*. 2013;8(2): 60-9.
26. Surtees P, Wainwright N, Luben R, Wareham N, Bingham S, Khaw K-T. Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke. *Neurology*. 2008;70(10):788-94.

27. Kroenke CH, Bennett GG, Fuchs C, Giovannucci E, Kawachi I, Schemhammer E, et al. Depressive symptoms and prospective incidence of colorectal cancer in women. *American journal of epidemiology*. 2005;162(9):839-48.
28. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities: The King's Fund; 2012
29. Larson SL, Clark M, Eaton WW. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychological medicine*. 2004; 34(02):211-9.
30. Ruigómez A, Rodríguez LAG, Panés J. Risk of irritable bowel syndrome after an episode of bacterial gastroenteritis in general practice: influence of comorbidities. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2007;5(4):465-9.
31. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *The lancet*. 2007;370(9590):859-877.
32. Osborn DP. The poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine*. 2001;175(5):329.
33. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Goshtasb A, Montazeri A, Maftoun F. health-related quality of life in the elderly: a population study. *Payesh*. 2005;(2): 113-120.
34. Heidari S, Mohammad Gholizadeh L, Asadolahi F, Abedini Z. Evaluation of Health Status of Elderly in Qom City, 2011, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2013;7(4):71-80.
35. Mwanyangala MA, Mayombana C, Urassa H, Charles J, Mahutanga C, Abdullah S, et al. Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Glob Health Action*. 2010;3(Suppl 2):36-44.
36. Ng N, Hakimi M, Byass P, Wilopo S, Wall S. Health and quality of life among older rural people in Purworejo District, Indonesia. *Global Health Action*. 2010;3(Suppl 2):S78-87.
37. Almeida OP, Norman P, Hankey G, Jamrozik K, Flicker L. Successful mental health aging: results from a longitudinal study of older Australian men. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2006;14(1):27-35.
38. Luanagh C, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
39. Risk factors of ill health among older people. Available from: [www.euro.who.int/.../health.../healthy.../risk-factors-of-ill-health-among-older-people](http://www.euro.who.int/.../health.../healthy.../risk-factors-of-ill-health-among-older-people)