

## Physical and Mental Health Status of the Elderly in the Context of Age Structural Transition: A Study in Khorramabad, Iran

Hajiieh Bibi Razeghi Nasrabad<sup>1</sup>, Fariba Rashidi<sup>2\*</sup>

1. Associate Professor in Demography, National Institute for Population Research, Tehran, Iran; [hajiieh.razeghi@nipr.ac.ir](mailto:hajiieh.razeghi@nipr.ac.ir)
2. MA in Demography, Department of Sociology, Islamic Azad University (Central Tehran Branch), Tehran, Iran (Corresponding Author); [fariba.rashidi112@gmail.com](mailto:fariba.rashidi112@gmail.com)

### Original Article

#### Abstract

**Background and aim:** The increasing number and changing profile of the elderly population in Iran require identifying the factors that influence their health status. This paper aims to study the social, demographic and economic characteristics that affect the physical and mental health of the elderly living in Khorramabad city, Iran.

**Data and Method:** Data were obtained from a cross-sectional survey of 379 elderly people aged 60 and over living in Khorramabad. A survey questionnaire and a standard quality of life questionnaire (WHOQOL-SF36, 26) were used to collect the required information.

**Findings:** The mean index of physical health was 29.27 and the mean index of mental health was 22.12. The most common diseases among elderly people were arthritis and cardiovascular diseases. Education, age, number of children, and gender were factors that could affect the health status of the elderly. Findings show that with the increase in the number of children, the level of physical health of the elderly decreases, but their mental health increases. In fact, children are still considered as one of the sources of familial support in old age. Physical and mental health also affect each other. Having a better health level in either dimension improves the health status in the other dimension.

**Conclusion:** The experiences of aging are different for different social groups due to various factors affecting the health status of the elderly. From a policy-making perspective, it is necessary to adopt an individual-centered approach to understand the situation of the elderly and maximize opportunities throughout the life cycle to achieve healthy aging.

**Keywords:** Mental health, Physical health, Elderly, Determinants of health, Khorramabad.

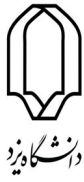
**Key Message:** Population projections show that following the age-structural transition of Iran's population, the share of elderly people in the population will increase in the coming years. The elderly people differ from the rest of society in various socio-economic and health aspects (including their economic status, marital status, disease patterns, and the need for health care). Therefore, it is necessary to ensure a good quality of life for the elderly with a special focus on their health status and social care in the long-term social policies of the country.

Received: 30 October 2022

Accepted: 11 January 2023

**Citation:** Razeghi Nasrabad, H.B., & Rashidi, F. (2023). Physical and Mental Health Status of the Elderly in the Context of Age Structural Transition: A Study in Khorramabad, Iran. *Journal of Social Continuity and Change*, 2(1): 45-67. <https://doi.org/10.22034/jscc.2023.19135.1046>





## سلامت جسمی و روانی سالمندان در بستر گذار ساختار سنی جمعیت: مطالعه‌ای در شهرستان خرم‌آباد

حجیه‌بی بی رازقی نصرآباد<sup>۱</sup>، فریبا رشیدی<sup>۲\*</sup>

۱- دانشیار جمعیت‌شناسی، مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور، تهران، ایران؛ [hajjieh.razeghi@nipr.ac.ir](mailto:hajjieh.razeghi@nipr.ac.ir)

۲- دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکز، تهران، ایران (نویسنده مسئول)؛ [fariba.rashidi112@gmail.com](mailto:fariba.rashidi112@gmail.com)

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه و هدف:** با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و چشم‌انداز در حال تغییر وضعیت سالمندی جمعیت در ایران، شناخت عوامل مؤثر بر سلامت این قشر، به‌طور روزافزونی اهمیت خواهد یافت. این مقاله، با هدف مطالعه ویژگی‌های اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی سالمندان ساکن در شهرستان خرم‌آباد انجام شده است.

**روش و داده‌ها:** داده‌های مطالعه از یک پیمایش مقطعی در نمونه ۳۷۹ نفری از سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر ساکن در شهرستان خرم‌آباد بدست آمد. با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته و بهره‌گیری از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL-SF36, 26)، اطلاعات مورد نیاز گردآوری شد.

**یافته‌ها:** میانگین شاخص سلامت جسمی ۲۹/۳ و سلامت روانی ۲۲/۱ بدست آمد. بیماری‌های قلبی عروقی و آرتروز از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که سالمندان بدان‌ها مبتلا هستند. سطح تحصیلات، سن، تعداد فرزندان، و جنسیت از عوامل تأثیرگذار بر سلامت هستند. با افزایش تعداد فرزند، سطح سلامت جسمی سالمندان کاهش، اما سلامت روانی آن‌ها افزایش می‌یابد. در واقع، فرزندان همچنان به‌عنوان یکی از منابع حمایتی در سنین سالمندی محسوب می‌شوند. سلامت جسمی و روانی نیز بر یکدیگر تأثیرگذارند. برخورداری از سطح سلامتی بهتر در هر کدام از این دو بُعد، وضعیت سلامتی بعد دیگر را ارتقا می‌بخشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به عوامل متعدد تأثیرگذار بر سلامت سالمندان، تجربه دوران سالمندی برای گروه‌های مختلف اجتماعی متفاوت خواهد بود. از منظر سیاست‌گذاری، اتخاذ یک رویکرد فردمحور برای درک وضعیت سالمندان و حداکثر کردن فرصت‌ها در طول چرخه زندگی برای بهره‌مندی از سالمندی سالم ضروری است.

**واژگان کلیدی:** سلامت جسمی، سلامت روانی، تعیین‌کننده‌های سلامت، سالمندان، خرم‌آباد

**پیام اصلی:** پیش‌بینی روند تغییرات آینده جمعیتی ایران نشان می‌دهد که در اثر گذار ساختار سنی جمعیت، سهم افراد سالمند در جمعیت روبه فزونی خواهد بود. سالمندان از جنبه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی و بهداشتی (مانند وضعیت اقتصادی، وضعیت تاهل، الگوهای بیماری و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی) از بقیه افراد جامعه متمایز هستند. بنابراین، اطمینان از کیفیت زندگی خوب سالمندان و نگاهی ویژه به مقوله سلامت دوران سالمندی در چشم‌انداز سیاستی بلندمدت کشور ضروری است.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۸

**ارجاع:** رازقی نصرآباد، حجیه‌بی بی و رشیدی، فریبا (۱۴۰۲). سلامت جسمی و روانی سالمندان در بستر گذار ساختار سنی جمعیت: مطالعه‌ای در شهرستان خرم‌آباد،

<https://doi.org/10.22034/jscc.2023.19135.1046> ۴۵-۶۷: (۱)۲: تداوم و تغییر اجتماعی،



## مقدمه و بیان مسأله

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید زندگی، پدیده سالمندی را در اکثر جوامع به دنبال داشته است. از جمله دوره‌های زندگی که در آن سلامتی و بهزیستی از اهمیتی حیاتی و جدی برخوردار است، دوران سالمندی است. سالمندان با گذر از دوران جوانی و میانسالی خود، با مسائل و مشکلات گوناگونی در حوزه ارتباطات اجتماعی، سلامتی و بهزیستی روبرو هستند (Bowling 2011; Siedlecki et al., 2014).

سازمان ملل متحد برنامه «سالمندی فعال» را برای سالمندان مطرح کرده است. سالمندی فعال یعنی به حداکثر رساندن سطح سلامت، مشارکت و امنیت افراد سالمند به منظور تقویت کیفیت زندگی آنها، که هر کدام از این اهداف، تمهیدات اجتماعی، بهداشتی، فرهنگی و اقتصادی خاص خود را می‌طلبد (United Nation, 2006). در واقع، اگرچه چالش اصلی بهداشت عمومی در قرن بیستم، افزایش امید زندگی بود، در قرن بیست و یک، «زندگی با کیفیت بهتر» مهم‌ترین دغدغه‌ها در این حوزه است (سعید و همکاران ۱۳۹۸).

پیش‌بینی کاهش باروری و مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه و رسیدن به مرحله سالمندی از یک طرف و نیز نگرانی سیاستگذاران در این کشورها جهت برنامه‌ریزی صحیح برای آمادگی با مسأله سالخوردگی جمعیت و نیز تأکید سازمان ملل متحد در سال ۱۹۸۲ در اجلاس وین بر مسأله سالمندی و تصویب قطعنامه اصول ملل متحد برای سالمندان در سال ۱۹۹۱ (United Nation, 1991) و نامگذاری سال ۱۹۹۹، به سال بین‌المللی سالمندان باعث شده است که موضوع سلامت و کیفیت زندگی، محور مطالعه و تحقیقات در کشورهای مختلف شود. در همین بستر، بررسی عوامل اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی سالمندان و مسائل مربوط به آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در کشور ما براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد کل جمعیت معادل ۷/۴ میلیون را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال نیز حدود ۴/۹ میلیون نفر معادل ۶/۱ درصد می‌باشند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). همچنین برآوردها حاکی است که تا سال‌های ۱۴۲۰ و ۱۴۳۰ به ترتیب ۱۹/۴ و ۲۶/۱ درصد سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر خواهند بود. بدیهی است هدف از زندگی سالمندان تنها داشتن عمر طولانی و حیات نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم می‌باشد. از این رو، ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیازمند داشتن اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی و وضعیت سلامت آنهاست.

گسترش شهرنشینی اثر معکوسی بر سلامت گذاشته و در ارتباط با مقوله سلامت ابعاد دیگری را مشخص نموده است. دو بُعد مهم سلامت، سلامت روان و جسم افراد جامعه است. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را رفاه و آسودگی کامل از نظر جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقدان بیماری جسمی تعریف نموده است (حاتمی و همکاران، ۱۳۸۵). سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در آن از یک سو منابع تامین نیازها کاهش می‌یابد و از سوی دیگر وسعت و نوع نیازها افزایش می‌یابد (سجودی، نیازی و فرهادیان ۱۴۰۱: ۱۸۷). نتایج مطالعات صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که وضعیت زندگی سالمندان در سطح مطلوبی نبوده و از کیفیت بالایی برخوردار نیست. براساس این مطالعات، افزایش سن (حاجی‌هاشمی و همکاران ۱۳۹۲؛ حبیبی‌سولا و همکاران ۱۳۸۴) نبود انواع حمایت‌های عاطفی، خدماتی و اجتماعی (گروسی، صافی‌زاده و صمدیان ۱۳۹۱)، نبود همسر و فرزندان (کاوه فیروز ۱۳۹۰؛ رازقی نصرآباد، علی‌مندگاری و رضوانیان، ۱۳۹۹)، پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین (بابانژاد و همکاران، ۱۳۹۱)، کاهش نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی و

نداشتن شغل (کاوه فیروز، ۱۳۹۰؛ رازقی نصرآباد، علی‌مندگاری رضوانیان، ۱۳۹۹)، از جمله دلایل کیفیت زندگی پایین سالمندان شناخته شده است.

با توجه به شیوع بیماری‌های روانی در جامعه، اهمیت تلاش در جهت اعتلای سلامت روانی افراد بارزتر می‌گردد. مهم‌ترین مسأله در این ارتباط پیشگیری از مسائلی است که باعث می‌گردد سلامت جسم و روان افراد جامعه مختل گردد و بالطبع پیامدهای منفی در پی داشته باشد. پیشگیری از بروز این عوامل نیز جز با آشنایی و بررسی عوامل اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی سالمندان جامعه‌ای که قصد پیشگیری در آن را داریم ممکن نیست.

بر این اساس، تحقیق حاضر با هدف سنجش سلامت سالمندان و تعیین عوامل اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی مؤثر بر سلامت جسمی و روانی آنان انجام شده است. میدان مطالعه این تحقیق شهر خرم‌آباد در استان لرستان می‌باشد. مسلماً استان لرستان و شهر خرم‌آباد هم از این قاعده مستثنی نیستند و همسو با سطح کشور، این شهر نیز روند فزاینده‌ای از سالمندی را تجربه می‌کند. بر طبق اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۵، حدود ۸/۸۳ درصد از جمعیت استان لرستان و ۵/۲۸ درصد جمعیت شهرستان خرم‌آباد در سنین بالای ۶۰ سال قرار دارند. سالمندی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سالمندی به سه گروه تقسیم‌بندی شده است: (۱) گروه سنی ۶۰-۷۴ سال (سالمند جوان)؛ (۲) گروه سنی ۷۵-۹۰ سال (سالمند پیر) و (۳) گروه سنی بالای ۹۰ سال (سالمند خیلی پیر) (محسنی ۱۳۸۲: ۴۵). بنابراین در این مطالعه افراد ۶۰ سال به بالای سالمند در نظر گرفته شده‌اند. در بررسی وضعیت سلامت، دو بُعد سلامت روانی و جسمی مورد توجه قرار گرفته است.

### مرور پیشینه تحقیق

از دهه ۱۹۶۰ هنگامی که جان گرانت مشاهده کرد که زنان بیشتر از مردان عمر می‌کنند، محققان از جمله جمعیت‌شناسان در پی چرایی آن بودند. پنی کین به دنبال این بود که در بسیاری از موارد سلامت زنان بسیار متفاوت از سلامت مردان است (لوکاس، ۱۳۸۱: ۷۸). ابود<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در یک مرور سیستماتیک، تعیین‌کننده‌های سلامت سالمندان را بررسی کردند. طبق این مطالعه، ده عامل تعیین‌شده سلامت سالمندان شامل فعالیت بدنی، رژیم غذایی، خودآگاهی، دیدگاه/نگرش، یادگیری مادام‌العمر، ایمان، حمایت اجتماعی، امنیت مالی، مشارکت اجتماعی و استقلال است. زنان براساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان، آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند؛ شیوع بیماری‌ها در میان آنها بیشتر است و از نظر کاربرد خدمات بهداشتی و درمانی شرایط نامساعدتری دارند. سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده است که این نوع تفاوت‌ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است (محسنی ۱۳۸۲: ۱۴۶).

اگرچه طول عمر زنان در مقایسه با مردان در بدو تولد و در سن ۵۶ سالگی به بعد معمولاً بالاتر است، مطالعات حکایت از این دارد که مدت زندگی که در سلامت صرف می‌شود برای زنان نسبت به مردان پایین‌تر است (Martin & Kevin 1994). لیو و سو<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای در تایوان نشان دادند با افزایش سن، اثرات ترکیبی عملکرد فیزیکی، سلامت شناختی و عاطفی، و بیماری‌های همراه سالمندان به طور قابل توجهی بر تغییرات سلامت آنها تأثیر می‌گذارد، علاوه بر تأثیر سن و جنس، وضعیت تحصیلی و اقتصادی، رفتارهای بهداشتی و مشارکت اجتماعی در سطح فردی عوامل قوی در پیش‌بینی سلامت سالمندان هستند. در مطالعه وحدانی‌نیا و همکاران (۱۳۸۳) در شهر

1. Abud et al.

2. Liu & Su

تهران نیز رابطه بین جنس و وضعیت سلامتی در تمام ابعاد معنی‌داری بود. در بین متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با وضعیت سلامتی در بیشتر موارد رابطه معنی‌دار مشاهده شد.

برخورداری از حمایت اجتماعی، از جمله عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامتی افراد است. حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر فرزندان، اقوام دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورد (سارافیند ۱۳۸۱: ۱۷۸). افراد برخوردار از حمایت اجتماعی، موجب تشویق مردم به بهبود شیوه‌های زندگی سالم‌تر می‌شود. مثلاً افراد برخوردار از حمایت اجتماعی زیاد ممکن است احساس کنند چون دیگران به آنها اهمیت می‌دهد و به ایشان نیاز دارند، باید ورزش کنند، خوب بخورند و مراقب خود باشند (سارافیند ۱۳۸۱: ۱۸۵ و ۱۸۶). فیوری و دنکلا<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان حمایت اجتماعی و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه مستقیمی دارد، در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزاری به غیر از خویشاوندان دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند.

وایت‌هد و دالگرن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) لایه‌های مؤثر بر سلامت را اینگونه بیان می‌کنند: فاکتورهای ارثی (سن و جنس)، فاکتورهای سبک زندگی فردی، وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات و حمایت‌ها و تأثیرات جامعه که می‌توانند تداوم‌بخش یا مخرب سلامت باشند.

خودداری و مقاومت پایین افراد در ارتباط با مسائل مراقبت‌های پزشکی را تنها نمی‌توان از طریق شرایط اقتصادی در رابطه قرار داد، به طور متوسط با افزایش سطح تحصیلات، درآمد نیز افزایش پیدا می‌کند، پس یک مقدار از تأثیر تحصیلات از طریق درآمد می‌باشد، ولی از طریق تحصیلات فرهنگ بهداشتی ارتقاء پیدا می‌کند و این که افراد رفتارشان موافق سلامت و بهداشت می‌شود و در سطوح بالاتر تحصیلات دغدغه نسبت به سلامتی بیشتر است، فراگیر شدن و ارتقای سطح سواد و تحصیلات نیز از جنبه‌هایی است که از طریق الگوهای فرهنگی و رفتاری مناسب می‌تواند بر سطح بهداشت و مرگ و میر تأثیر داشته باشد (لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۸۰).

سلامت سالمندان در گروه‌های سنی مختلف نیز با یکدیگر تفاوت دارد. حبیبی‌سولا و همکاران (۱۳۸۴) طی مطالعه‌ای گزارش نمودند که ۸۰ درصد سالمندان ۶۵-۷۴ سال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی خود مشکلی نداشتند، در حالی که این نسبت در سالمندان گروهی ۷۵-۸۴ سال و افراد بالای ۸۵ سال به ترتیب ۷۰ و ۵۰ درصد بوده است.

علیزاده و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای شاخص‌های سلامت را در دو گروه سنی ۶۴-۶۰ و ۶۹-۶۵ سال مقایسه کردند. یافته‌های مطالعه نشان داد که سالمندان دو گروه سنی ۶۴-۶۰ ساله و ۶۹-۶۵ ساله در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی با یکدیگر تفاوت معناداری داشته و با افزایش سن، محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی افزایش می‌یابد. اما در

1. Fiori and Denckla

2. Whitehead & Dahlgren

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.

کاوه فیروز (۱۳۹۰) در پژوهشی روی سالمندان شهر تهران نشان داد که رابطه متغیرهای مستقل جمعیتی، اجتماعی و بهداشتی با متغیر وابسته نشان داد که به غیر از متغیر تعداد سال‌های اقامت فرد، بقیه متغیرها از جمله، سن، جنس، وضع تأهل، پایگاه اقتصادی اجتماعی، حمایت‌های ابزاری و عاطفی، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، روابط اجتماعی، رفتارهای سلامت‌مدار و نیز دسترسی به خدمات بهداشتی بر کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی تأثیر معنی‌داری داشته است.

بابانژاد و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به بررسی وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان استان ایلام پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت اقتصادی اجتماعی از جمله مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت جامعه به خصوص در سنین سالمندی است. وضعیت اقتصادی سالمندان مورد مطالعه عمدتاً متأثر از وضعیت اقتصادی فرزندان آنان باشد و نیاز به بهداشت و مسکن در زنان سالمند به ترتیب بیش از دو و چهار برابر مردان سالمند برآورد گردید.

علیزاده، میتوس و زکیا (۱۳۸۸) مطالعه‌ای روی ۳۰۲ نفر از ایرانیان مقیم سیدنی در کشور استرالیا انجام دادند. نتایج حاکی است، سلامت جسمی سالمندان ایرانی متأثر از متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، داشتن کارت بیمه خدمات پزشکی و تسلط به زبان انگلیسی بوده است. بیماری‌های مزمن و فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی نیز همچنین بر سطح سلامت جسمی سالمندان تأثیرگذار هستند.

سیف‌زاده (۱۳۹۴) در مطالعه روی سلامت اجتماعی سالمندان شهر آذرشهر نشان داد ۵۶/۵ درصد پاسخگویان از سلامت اجتماعی برخوردار و ۴۳/۵ درصد نیز دارای سلامت اجتماعی در حد کمی بودند. بین سن، حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد مورد پژوهش رابطه معنی‌داری وجود داشت، در حالی که جنسیت و وضع تأهل افراد، رابطه معنی‌داری با سلامت اجتماعی آنها نشان نداد.

فکور و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای ابعاد سلامت سالمندان مقیم منزل و سالمندان مقیم مراکز نگهداری در شهر سبزوار را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در سالمندان مقیم منازل و مراکز نگهداری به ترتیب ۶۱ و ۵۳ درصد بود؛ اما میزان افسردگی در سالمندان مقیم مراکز نگهداری شدیدتر بود. حدود ۶۵ درصد از سالمندان مقیم منازل و ۷۸ درصد از سالمندان مقیم سرای سالمندان دارای اختلال شناختی بودند. همچنین حدود ۹۳ درصد از سالمندان مقیم منازل و ۷۹ درصد از سالمندان ساکن مراکز نگهداری، وضعیت عملکرد جسمانی تقریباً خوبی داشتند. این در حالی است که اکثر سالمندان مقیم منازل از نظر تعادل و راه رفتن در شرایط مطلوب قرار داشتند (۷۴ درصد). این وضعیت در اغلب سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، نامطلوب بود و آنها در معرض خطر نسبتاً شدید سقوط قرار داشتند (۶۱ درصد).

رازقی نصرآباد، علی‌مندگاری و رضوانیان (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای به بررسی سطح سالمندی فعال و چگونگی تأثیر متغیرهای جمعیتی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال و سطح درآمد) و نیز متغیرهای سرمایه اجتماعی فرهنگی، حمایت اجتماعی بین‌نسلی و ترتیبات زندگی بر آن، در بین بازنشستگان ادارات دولتی شهر بابل پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد نمره میانگین سالمندی فعال مردان بازنشسته بالاتر از زنان است. سالمندان جوان‌تر (۶۴-۶۰ ساله) نسبت به سایر سالمندان، بیشترین نمره میانگین سالمندی فعال را نشان

دادند. بازنشستگی که با همسر و فرزندان‌شان همسکنا بودند، نسبت به سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند، نمره میانگین سالمندی فعال بالاتری داشتند. سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی و سالمندانی که پس از بازنشستگی مجدداً مشغول به کار شده‌اند، بالاترین میانگین سالمندی فعال را تجربه کرده‌اند.

باقری و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر خودارزیابی سلامت سالمندان پرداختند. نتایج نشان داد که رتبه خودارزیابی سلامت سالمندان متأهل نسبت به مجرد و شاغلین نسبت به غیرشاغلین بیشتر بود. با افزایش شاخص‌های معنویت سلامت فیزیکی و روانی و رفتار سلامت محور مقدار نمره استاندارد خودارزیابی سلامت سالمندان افزایش یافت. سلامت فیزیکی و روانی نقش میانجی کامل را در روابط میان متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، خوداظهاری و متوسط تعداد بیماری با خودارزیابی سلامت سالمندان داشت.

### چارچوب نظری پژوهش

در جمعیت‌شناسی، مطالعات پیرامون سالمندی، در چارچوب نظریه‌های گذار جمعیتی<sup>۱</sup> و گذار اپیدمیولوژیک<sup>۲</sup> و گذار سلامت انجام می‌شوند. فرمول‌بندی کلاسیک گذار جمعیت‌شناختی توسط فرانک نوتشتاین<sup>۳</sup> (۱۹۴۵) ارائه شد. گذار جمعیت‌شناختی یک توصیف درهم‌آمیخته با تبیین کاهش از میزان‌های بالای مرگ‌ومیر و باروری به میزان‌های پایین مرگ‌ومیر و باروری است. کاهش جهانی مرگ‌ومیر که در قرن بیستم اتفاق افتاد، یک دستاورد قابل توجه بود. کاهش جهانی میزان‌های مرگ‌ومیر در دهه ۱۹۶۰ منجر شد تا جمعیت‌شناسان اصطلاح گذار مرگ‌ومیر برای ارجاع‌دادن به گذار از مرگ‌ومیر بالا که تا حدود زیادی مرتبط با شیوع بیماری‌های عفونی و انگلی بود به مرگ‌ومیر پایین که مرتبط با کنترل بیماری‌های واگیردار بود را ابداع کنند. نظریه گذار جمعیتی مؤلفه‌هایی را در برمی‌گیرد که افزایش سالخوردگی را تبیین می‌کند.

عوامل مؤثر بر سالخوردگی جمعیت یک فرآیند گذار جمعیت‌شناختی است که در آن باروری و مرگ‌ومیر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش می‌یابد. هنگامی که توزیع علل مرگ و ساختار سنی تغییر کرد و امید زندگی به حدود ۶۰ سال رسید، این بحث بوجود آمد که گذار مرگ‌ومیر توأم با گذار اپیدمیولوژیک است؛ اصطلاحی که تأکید آن بر تغییرات علل مرگ‌ومیر است.

عمران (۱۹۷۱)، سه مرحله متوالی اصلی انتقال اپیدمیولوژیک را به شرح زیر مطرح می‌کند:

(۱) عصر طاعون و قحطی<sup>۴</sup>، در این مرحله مرگ‌ومیر بالا و در نوسان و مانع اصلی بروز نرخ رشدی متناسب با سطح باروری است.

در این مرحله، امید زندگی در بدو تولد پایین و در دامنه‌ای از حدوداً ۲۵ تا ۳۰ سال در نوسان است؛

(۲) عصر فروکش کردن پاندمیک‌ها<sup>۵</sup> که مرگ‌ومیر به طور فزاینده‌ای کاهش می‌یابد. امید زندگی در بدو تولد از متوسطی حدود ۳۰

سال به ۵۰ سال می‌رسد؛

1. Demography Transition

2. Epidemiological Transition

3. Notestein

4. The Age of Pestilence and Famine

5. The Age of Receding Pandemics

۳) دوره بیماری‌های ساخته بشر و کشنده<sup>۱</sup> که مرگ‌ومیر به کاهش خود ادامه می‌دهد و در سطح نسبتاً پایین به ثبات نسبی می‌رسد. امید زندگی به تدریج افزایش می‌یابد تا این که از ۵۰ سال فراتر رفته به ۷۰ سال نزدیک می‌شود (Omran, 1971).

نظریه گذار اپیدمیولوژیک، ناظر بر تغییرات پیچیده الگوهای سلامتی و بیماری‌ها، روابط متقابل موجود میان این الگوها، عوامل اقتصادی، اجتماعی، زیستی و جمعیت‌شناختی مؤثر بر آنها و پیامدهای این شبکه پیچیده است. بیماری‌های مسلط در دوره انتقال اپیدمیولوژیک، صرفاً درمان دارویی و جراحی ندارند، بلکه بیماری‌های مزمن هستند که پیشگیری و درمان نهایی آنها به متغیرهای متعدد رفتاری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است که از آن به عنوان سبک زندگی هم یاد می‌شود. بسیاری از بیماری‌ها دوره انتقال اپیدمیولوژیک با بیماری‌های سالمندی انطباق دارند (پوررضا و خیبری، ۱۳۸۵: ۸۰-۸۷).

بهبود بیشتر در امید زندگی در کشورهای پیشرفته، طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ این ایده را مطرح کرد که گذار یا انتقال اپیدمیولوژیک در سطح ثابتی قرار نخواهد گرفت. این امر منجر شد تا پژوهشگران به اصلاح ایده‌های عمران از طریق گسترش شمار مراحل انتقال بپردازند. اولشانسکی و الت<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) این الگوی جدید را به عنوان مرحله چهارم گذار اپیدمیولوژیک شناسایی کردند و آن را عصر تأخیر در بیماری‌های توانکاه<sup>۳</sup> نامیدند.

مسله و والین<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) یک مرحله چهارم جایگزین را با عنوان انقلاب قلبی-عروقی<sup>۵</sup> پیشنهاد کردند. این مرحله چهارم براساس شواهدی از افزایش امید زندگی بعد از دهه ۱۹۶۰، که عمدتاً ناشی از کاهش سریع بیماری‌های قلبی-عروقی، استوار بود. راجرز و هکنبرگ<sup>۶</sup> (۱۹۸۷) به مدل سه مرحله‌ای عمران، مرحله ترکیبی دیگری را به نام مرحله هیوبریستیک<sup>۷</sup> اضافه نمودند که در آن رفتارهای فردی و سبک‌های زندگی، نقش عمده‌ای در بیماری‌هایی همچون سرطان‌ها و قلبی عروقی بازی می‌کند. در اواخر دهه ۹۰، به ویژه با توجه به پدیدارشدن، شیوع و تداوم حضور اپیدمی ایدز و افزایش فراوانی و تهدیدات ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی در ربع آخر قرن بیستم، اولشانسکی و همکاران مرحله پنجمی را نیز با عنوان عصر بیماری‌های عفونی و انگلی نوپدید و بازپدید برای گذار اپیدمیولوژیک پیشنهاد کردند (Olshansky & Ault, 1997; Olshansky et al., 1998; Mesle & Vallin, 2004).

هوریوشی<sup>۸</sup> (۱۹۹۹) در تجدید نظری انتقادی‌تر به جای یک انتقال، پنج انتقال در تاریخ بشر را مطرح کرد. این پنج انتقال را در میان رژیم‌های اپیدمیولوژیکی متوالی می‌توان چنین توصیف کرد: از صدمات بیرونی در جوامع گردآوری-شکار تا بیماری‌های عفونی در جوامع کشاورزی به بیماری‌های قلبی-عروقی در جوامع صنعتی، به سرطان‌ها در جوامع با تکنولوژی بالا و نهایتاً پیری در آینده. براساس دیدگاه هوریوشی، کشورهای پیشرفته با مرگ‌ومیر پایین، در حال حاضر بخش عمده‌ای از مرحله بیماری‌های قلبی-عروقی را پشت سر گذاشته و در حال شروع مرحله چهارم یعنی مرحله سرطان‌ها هستند.

1. The Age of Degenerative and Man-Made Diseases

2. Ault

3. The Age of Delayed Degenerative Diseases

4. Mesle and Vallin

5. Cardiovascular Revolution

6. Rogers and Hackenberg

7. Hubristic

8. Horiuchi



تجربه واقعی گروهی از کشورهای توسعه یافته جهان در دهه‌های اخیر، از منظر اپیدمیولوژیک نشان داد که هنوز کاهش بیشتر مرگ‌ومیر امکان‌پذیر بوده است، مخصوصاً به دلیل کاهش مرگ‌ومیرهایی که به علت بیماری‌های قلبی و عروقی و مخصوصاً ایست قلبی اتفاق می‌افتد (مسله و والین، ۲۰۰۶). تا حدودی به منظور به رسمیت‌شناختن اهمیت تغییرات رفتاری در دستیابی به کاهش مرگ‌ومیر با توجه به بیماری‌های غیرواگیر، اصطلاح «گذار سلامت» ابداع شد که به عوامل زیربنایی اجتماعی و رفتاری مرگ و میر و انتقال اپیدمیولوژیک تأکید می‌کند (Frenk et al., 1991).

والین و مسله (۲۰۰۴) سه مرحله انتقال سلامت را از هم متمایز می‌کنند: ۱) درهم‌شکسته‌شدن بیماری‌های عفونی (انتقال اپیدمیولوژیک)؛ ۲) انقلاب‌های قلبی و عروقی، که در این مرحله با کنترل و کاهش بیماری‌های ساخته دست بشر به ویژه بیماری‌های قلبی و عروقی در پایان دهه ۱۹۶۰، گام مهم و جدیدی در بهبود امید زندگی صورت گرفته است؛ و نهایتاً ۳) آهسته‌شدن روند پیری با توجه به این که سنین بزرگسال سهم عمده‌ای از افزایش امید زندگی ناشی از کاهش بیماری‌های قلبی-عروقی می‌برند و بیشترین تأثیر در دو دهه گذشته بر پیرترین گروه‌های سنی بوده که امید زندگی را افزایش داده است.

به گفته فرنک و همکاران (۱۹۹۱)، با توجه به این مفهوم‌پردازی، گذار اپیدمیولوژیک بخشی از گذار سلامت است که به عنوان روند طولانی مدت تغییر در شرایط سلامتی یک جمعیت از جمله تغییر در الگوهای بیماری، ناتوانی و مرگ شناخته می‌شود. بخش دیگر مفهوم گذار سلامتی، گذار مراقبت‌های بهداشتی است که به تغییر در الگوهای پاسخ اجتماعی سازمان یافته به شرایط بهداشتی اشاره دارد. از این منظر، گذار سلامت نه فقط شامل توسعه ویژگی‌های اپیدمیولوژیکی درون وضعیت سلامت کلی می‌شود (گذار اپیدمیولوژیک) بلکه همچنین راه‌هایی که از طریق آن جوامع به وضعیت سلامت پاسخ می‌دهند و بالعکس را در بر می‌گیرد (گذار مراقبت‌های بهداشتی). اگر بپذیریم که شرایط بهداشتی مدام تغییر می‌کنند و منتقل می‌شوند، همانطور که بیماری‌های مختلف ناپدید، پدیدار یا بازپدید می‌شوند، می‌توان گفت که گذار یک فرآیند مداوم است بجای این که یک دوره زمانی نسبتاً ساده و یک طرفه باشد. بدیهی است که گذار فقط یک تغییر ساده نیست بلکه تغییری است که از الگوی قابل شناسایی پیروی می‌کند و در مدت زمان نسبتاً طولانی روی می‌دهد.

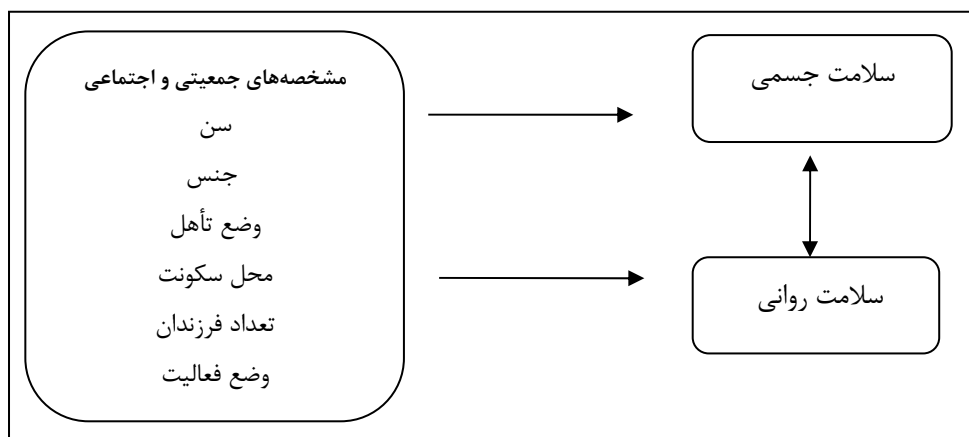
به گفته کالدول<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، گذار سلامت با گذار مرگ‌ومیر و اپیدمیولوژیک مرتبط است اما از آنها جداست. گذار سلامت مربوط به نقشی است که تعیین‌کننده‌های فرهنگی، اجتماعی و رفتاری سلامت در افزایش امید زندگی در بدو تولد (گذار مرگ‌ومیر) و کاهش احتمال همه مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های عفونی (گذار اپیدمیولوژیک) بازی می‌کند. این دیدگاه گسترده‌تر از گذار اپیدمیولوژیک است و عوامل زیربنایی سلامت و بیماری را فراتر از عوامل خطر سنتی اپیدمیولوژی در نظر می‌گیرد (Mc Keown, 2009).

دیدگاه گذار سلامتی در مقایسه با دو دیدگاه قبلی یعنی گذار جمعیتی و اپیدمیولوژیک، احتمال پدیدار شدن و یا بازپدید بیماری عفونی و انگلی و تهدید مداوم آنها، همزیستی آنها با بیماری‌های غیرواگیردار، نقش مهم ساختار سنی در گذار اپیدمیولوژیک و یا حتی انتقال معکوس را از نظر دور نمی‌دارد ولی در عمل، چنین احتمالی بیشتر به کشورهای در حال توسعه و با درآمد متوسط محدود می‌شود (فرنک و همکاران، ۱۹۸۹). به بیان دیگر، دیدگاه گذار سلامتی نیز مانند دو گذار دیگر، به طور ضمنی پذیرفته است که با مدرنیزاسیون و

<sup>۱</sup>. Caldwell

پیشرفت‌های تکنولوژیک و پزشکی، در دوران پس از گذار، اهمیت بیماری‌های عفونی و انگلی و پتانسیل آنها برای شیوع گسترده و جهانی کاهش یافته است.

در مجموع می‌توان گفت، در جمعیت‌شناسی، سه گذار مرگ‌ومیر، اپیدمیولوژیک و سلامتی یک چارچوب کلی را برای تعیین اولویت‌های تحقیقات مرتبط با سیاست آینده فراهم می‌کنند. گذار مرگ‌ومیر، آنچه اتفاق افتاده بود را توصیف می‌کند. گذار اپیدمیولوژیک، روی تعیین کننده‌های بلافصل تغییرات مشاهده شده تمرکز می‌کند و گذار سلامت، به عوامل زمینه‌ای اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی، و رفتاری و همچنین محیطی و ژنتیکی توجه دارد.



شکل ۱- مدل تحلیلی عوامل مؤثر بر سلامت سالمندان

با توجه به رویکردهای نظری و پیشینه تجربی تحقیق، مدل مفهومی تحقیق در شکل ۱ نمایش داده شده و در قالب فرضیات زیر آزمون شده است:

- ۱) با افزایش سن، سلامت جسمی و سلامت روانی سالمندان کاهش می‌یابد؛
- ۲) سالمندان ساکن روستا نسبت به سالمندانی که در مناطق شهری سکونت دارند از سلامت جسمی و روانی بالاتری برخوردارند؛
- ۳) وضع فعالیت با سلامت جسمی و سلامت روانی رابطه دارد؛
- ۴) زنان نسبت به مردان از سلامت جسمی و روانی کمتری برخوردارند؛
- ۵) تعداد فرزندان و وضعیت تأهل (به‌منزله انعکاسی از ترتیبات زندگی) با سلامت جسمی و روانی رابطه دارد و افراد متأهل نسبت به افراد بدون همسر و افراد دارای فرزند بیشتر نسبت به افراد دارای فرزند کمتر از سلامت بالاتری برخوردار هستند.
- ۶) هرچه سطح تحصیلات سالمندان بالاتر باشد از سلامت جسمی و سلامت روانی بالاتری برخوردارند؛
- ۷) سلامت روانی و جسمی با یکدیگر رابطه متقابل معنی‌داری دارند.

## روش و داده‌های تحقیق

مطالعه حاضر از نوع کمی و پیمایشی است. جامعه آماری، کلیه سالمندان ساکن شهرستان خرم‌آباد بوده که در ۲۵ مرکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان قرار می‌گیرند. لیست اسامی و آدرس سالمندان شهرستان در این مراکز موجود است. لذا سرشماری مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۱ و با استفاده از فرمول کوکران جمعیت نمونه تعداد ۳۷۹ سالمند (۲۵۰ نفر شهری و ۱۲۹ نفر روستایی) برآورد گردید. برای تعیین واحدهای نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است و جمعیت به دو منطقه شهری و روستایی تقسیم شده است.

در مرحله دوم با استفاده از روش سهمیه‌ای حجم نمونه در هر یک از مناطق مورد محاسبه قرار گرفته‌اند. در این مرحله، تعداد جمعیت سالمند ساکن مناطق شهر و روستا شهرستان خرم‌آباد و تعداد جمعیت هر مرکز ملاک قرار گرفت. به این صورت که برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا از تعداد ۲۵ مرکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی لرستان ۱۵ مرکز بطور تصادفی انتخاب شد. برای هر مرکز بهداشتی درمانی، تعداد افراد برای مطالعه با توجه به تعداد جمعیت هر مرکز بهداشتی درمانی، ۱۱ مرکز ۲۵ نفر و ۴ مرکز ۲۶ نفر محاسبه شدند. برای یافتن خانوارها و تکمیل پرسشنامه از سمت راست این مراکز به ترتیب به درب منازل این خانوارها مراجعه شد و در صورت وجود فرد بالای ۶۰ سال، و توان پاسخگویی (داشتن قدرت تکلم) با شخص سالمند مصاحبه انجام و پرسشنامه تکمیل می‌شد و اگر سالمندانی توانایی پاسخگویی را نداشتند، از نزدیک‌ترین فرد مراقب آنان پرسش می‌شد.

پرسشنامه‌های زیادی به منظور بررسی کیفیت زندگی سالمندان طراحی شده است ولی پرسشنامه‌های «کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» به علت خصوصیات منحصر به فرد خود، مورد توجه بیشتری واقع هستند و در تحقیقات کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفته است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از تکنیک پرسشنامه و مصاحبه در سال ۱۳۹۲ گردآوری شد. در طراحی پرسشنامه تحقیق از ویرایش فارسی فرم پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-SF36, 26) که از ترکیب دو مقیاس ۲۶ و ۳۶ سوالی ساخته شده و همچنین مطالعه کاوه فیروز (۱۳۹۰) کمک گرفته شد. پس از تدوین پرسش‌های پرسشنامه با استفاده از دو منبع مذکور، برای تعیین اعتبار آن، روش اعتبار صوری به کار رفت. به این منظور از نظر اساتید راهنما و متخصصین حوزه سلامت سالمندی درباره تناسب پرسش‌های طراحی شده برای سنجش متغیرها و حوزه مفهومی آنها استفاده و پرسش‌های نامناسب حذف گردید. برای انجام‌دادن پیش‌آزمون، پرسشنامه را ۶۰ نفر از سالمندان تکمیل و پایایی شاخص‌ها سنجیده شد.

متغیرهای تابع این مطالعه دو بُعد سلامت، شامل سلامت جسمی و روانی هستند. سلامت روانی به حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او، سازگاری با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های مربوط به فرد و محیط زیست اطلاق می‌گردد و شامل کلیه صفاتی است که روان‌شناسان ملاک سالم‌بودن شخص از نظر روانی می‌دانند. یعنی عاری‌بودن از کشمکش داخلی، تطبیق کامل، خودآگاهی، خودشکوفایی، تعادل عاطفی، تسلط بر خود و توان مقابله با تنش‌هاست (محمدی، ۱۳۷۹: ۳۵).

سلامت روانی را می‌توان با توجه به معیارهایی مثل لذت‌بردن از زندگی، معنی‌دار بودن زندگی، تمرکز حواس، پذیرفتن شکل ظاهری خود، رضایت از زندگی، حالاتی مانند دل‌گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی... سنجید. در این مطالعه برای ساختن شاخص سلامت روانی از ۷ گویه استفاده شد پاسخ‌ها در محدوده (۱ خیلی زیاد؛ ۲ زیاد؛ ۳ متوسط؛ ۴ کم و ۵ اصلاً، جمع‌آوری شدند و بدنبال آن، نتایج

اولیه تحلیل شدند و در بخش توصیف وضعیت سلامتی روانی این شاخص در ۳ سطح «خوب»، «متوسط» و «ضعیف» از نظر سلامت روانی طبقه‌بندی شدند.

سلامت جسمی نیز به عملکرد درست و هماهنگی اعضای بدن اشاره دارد. به عنوان نمونه بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارتست از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتها کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضای بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر و... (حاتمی و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۸). در این مطالعه، جهت سنجش سلامت جسمی ۱۲ سؤال در خصوص انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از سالمندان مورد مطالعه به طور خود ارزیابی سؤال شد. به گویه‌های تشکیل دهنده که طیف پاسخگویی به تنهایی، با کمک فرد دیگر، قادر به انجام نیست و کاملاً وابسته به کمک دیگری است نمرات بین ۱ تا ۳ داده شد. نمره مقیاس به لحاظ نظری بین ۱۲ تا ۳۶ می‌باشد.

جدول ۱- ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی همسانی درونی گویه‌های ابزار اندازه‌گیری سلامت جسمانی و روانی

سلامت	ضریب آلفای کرونباخ	تعداد گویه	طیف پاسخگویی	نمره مقیاس
سلامت جسمانی	۰/۸۵	۱۲	۱ تا ۳	۱۲-۳۶
سلامت روانی	۰/۸۷	۷	۱ تا ۵	۷-۳۵

ضریب آلفا برای ارزیابی روایی مقیاس‌ها، مورد استفاده قرار گرفت که نتایج بیانگر همسانی درونی و روایی بالای مقیاس‌ها می‌باشد. علاوه بر اینها در بررسی تعیین‌کننده‌های سلامت سالمندان متغیرهایی نظیر سن، جنس، محل سکونت، تحصیلات و تعداد فرزندان مدنظر قرار گرفته است.

### یافته‌ها

در این قسمت، ابتدا به توصیف برخی ویژگی‌های نمونه پرداخته و سپس سلامت سالمندان در دو بُعد روانی و جسمی اندازه‌گیری و ارائه می‌شود و در نهایت، به شناخت و بررسی تعیین‌کننده‌های جمعیتی اجتماعی سلامت می‌پردازیم. با توجه به تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت از سالمندی، در نمونه حاضر، ۷۷/۳ درصد از افراد، در گروه سنی ۶۰-۷۴ سال که سالمند جوان نامیده می‌شوند قرار گرفته‌اند، افراد ۷۵-۹۰ ساله که سالمند پیر نامیده می‌شوند، ۲۱/۶ درصد از نمونه را شامل می‌شوند و درصد بسیار کمی از نمونه را افراد ۹۰ سال و بالاتر که سالمند خیلی پیر هستند، به خود اختصاص می‌دهند.

از مجموع نمونه مورد مطالعه، ۵۰/۹ درصد پاسخگویان زن و ۴۹/۱ درصد مرد هستند. بیش از ۶۵ درصد پاسخگویان ساکن شهر و ۳۴/۳ درصد ساکن روستا هستند و ۶۴/۹ درصد از پاسخگویان دارای همسر، ۳۳ درصد بدون همسر در اثر فوت، ۱/۶ درصد بدون همسر در اثر طلاق و ۰/۵ درصد اصلاً ازدواج نکردند. حدود ۷ درصد شاغل و بقیه غیرشاغل می‌باشند.

در نمونه مورد مطالعه، ۷۶/۵۲ درصد از سالمندان نمونه از سلامت کامل برخوردار نبوده و بیمار بودند، و فقط ۲۳/۴۸ درصد از جمعیت نمونه، اظهار داشته‌اند که از سلامت کامل جسمانی و روانی برخوردارند. مبتلابودن به بیماری‌های مختلف شایع در دوران سالمندی در سالمندان سلامت، آنها را کاملاً تحت تأثیر قرار داده و بر این اساس، توانایی آنها برای انجام کارهای شخصی خود و حتی مشارکت آنها در فعالیت‌های اجتماعی و ... را تحت تأثیر قرار خواهد داد. نوع بیماری که سالمندان با آن مواجه هستند، متفاوت از بیماری‌هایی است که گروه‌های دیگر سنی با آن مواجه هستند. در این مطالعه بیماری‌های شایع در سالمندان مشخص شده و از سالمندانی که بیمار بودند، خواسته شد تا نوع بیماری خود را بگویند. جدول ۲ نشان می‌دهد شایع‌ترین بیماری‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی و آرتروز می‌باشد. هشت درصد از سالمندان، حداقل به یک بیماری مزمن مثل آرتروز، فشارخون، بیماری‌های قلبی یا اختلالات حسی مبتلا هستند. در بین سالمندان مبتلا به بیماری، ۳۲/۲۵ درصد مردان و ۳۶/۲۷ درصد زنان سالمند مورد بررسی، به بیشتر از یک بیماری مبتلا بوده‌اند.

جدول ۲- درصد ابتدای پاسخگویان به انواع بیماری‌ها به تفکیک جنسیت

نوع بیماری	مردان		زنان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
قلبی-عروقی	۶۰	۳۲/۳	۸۱	۴۲
تنفسی	۱۴	۷/۵	۸	۴/۱
معلولیت	۵	۲/۷	۴	۲/۱
ستون فقرات	۱۲	۶/۵	۱۷	۸/۸
آرتروز	۲۴	۱۲/۹	۴۹	۲۵/۴
گوارشی	۱۳	۷	۱۵	۷/۸
سکته مغزی	۶	۳/۲	۳	۱/۶
دیابت قندی	۷	۳/۸	۱۴	۷/۳
روانی	۲۰	۱۰/۸	۲۵	۱۳

در نمونه مورد بررسی، میانگین نمره شاخص سلامت روانی که از طریق خودارزیابی سالمندان سنجیده شد، ۲۲/۱۲ به دست آمد که نشان می‌دهد افراد نمونه تحقیق سلامت روانی خود را در سطح متوسطی ارزیابی می‌کنند. میانگین شاخص سلامت جسمی، ۲۹/۳۷ به دست آمد که بیانگر این است که سالمندان در شهر خرم‌آباد از سطح سلامت جسمی خوبی برخوردارند و عمده کارهای خود را به تنهایی انجام می‌دهند.

جدول ۳- وضعیت سالمندان در حیطه سلامت روانی

ردیف	گویه‌های مربوط به حیطه سلامت روانی	زیاد	متوسط	کم
۱	چقدر از زندگی لذت می‌برید؟	۴۳/۸۰	۴۲/۵	۱۳/۷۰
۲	زندگی شما تا چه حد معنی‌دار است؟	۴۷/۵۰	۴۲/۰	۱۱/۶۰
۳	در امور خود، چقدر قادر به تمرکز حواس هستید؟	۴۸/۸۰	۳۹/۱	۲/۱۰
۴	آیا قادرید شکل ظاهری خود را بپذیرید؟	۴۸/۳۰	۴۳/۰	۸/۷۰
۵	چقدر از خود رضایت دارید؟	۴۸/۲۰	۴۲/۰	۹/۸۰
۶	چقدر دچار حالتی مانند دل‌گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟	۲۴/۰۰	۲۹/۶	۴۶/۴۰
۷	در حال حاضر، تا چه اندازه احساس تنهایی، ناامیدی و ناراحتی‌هایی از این قبیل می‌کنید؟	۲۰/۰۰	۳۷/۷	۴۱/۷
۸	سلامت روانی؟	۴۰/۹۰	۴۰/۳۰	۱۹/۱۴

به منظور توصیف سلامت روانی و با توجه به پراکندگی تعداد نمونه، نتایج خودارزیابی سلامت روانی سالمندان در سه سطح زیاد متوسط و کم خلاصه شده است. یعنی افرادی که خیلی کم و خیلی زیاد بودند به ترتیب در طبقه کم و زیاد ترکیب شدند (جدول ۳). در نمونه مورد بررسی، ۴۳/۸۰ درصد سالمندان اظهار داشته‌اند که از زندگی لذت می‌برند و ۴۷/۵۰ درصد آنها زندگی برایشان معنادار است. حدود ۴۸ درصد اظهار داشته‌اند از خود رضایت دارند و ۲۴ درصد افراد گفته‌اند زیاد دچار دل‌گرفتگی، اضطراب و افسردگی می‌شوند و ۲۰ درصد زیاد احساس تنهایی و ناامیدی می‌کنند. نظرات پاسخگویان در برخی گویه‌ها نظیر تمرکز حواس و شکل ظاهری و رضایت از خود نسبتاً در سطح متوسط است. اما نظرات‌شان در مورد دل‌گرفتگی و ناامیدی و احساس تنهایی خیلی مطلوب نمی‌باشد و شاخص سلامت روانی در سطح متوسط می‌باشد. توزیع سطوح سلامت روان نیز نشان می‌دهد سلامت روانی حدود ۲۰ درصد از پاسخگویان، در سطح پایین است.

جدول ۴، وضعیت سالمندان را در حیطه سلامت جسمی نشان می‌دهد. کمترین امتیازات به گویه فعالیت‌های سنگین مانند جابه‌جا کردن یک جسم سنگین و فعالیت‌های متوسط مانند جابه‌جا کردن میز یا کشیدن جاروبرقی اختصاص دارد. اکثریت سالمندان مورد بررسی (بیشتر از ۸۵/۴ درصد) در انجام کارهای شخصی نظیر لباس پوشیدن، رفتن به دستشویی، غذا خوردن نیاز به کمک نداشته و به تنهایی قادر به انجام کارهای شخصی ذکر شده می‌باشند. در برخی از فعالیت‌ها نظیر حمام کردن بویژه در زنان سالمند، تهیه غذا، نحوه استفاده از دارو و نحوه استفاده از تلفن، تقریباً ۳۵/۵ درصد افراد نمونه، قادر به انجام نبوده و به کمک فرد دیگر نیاز دارند. برخی کارهای اداری و بانکی و خرید نیز سالمندان بویژه زنان قادر به انجام آنها نبوده و کاملاً به کمک فرد دیگر وابسته هستند. در مجموع، حدود ۹ درصد در وضعیتی قرار دارند که قادر به انجام کاری نبوده و کاملاً وابسته به کمک دیگری هستند.

جدول ۴- وضعیت سالمندان در حیطه سلامت جسمی

ردیف	گویه	به تنهایی	با کمک فرد دیگر	قادر به انجام نیست و کاملاً وابسته به کمک دیگری است
۱	فعالیت‌های سنگین مانند جابه‌جا کردن یک جسم سنگین	۲۰/۳	۳۲/۷	۴۷/۰
۲	فعالیت‌های متوسط مانند جابه‌جا کردن میز یا کشیدن جاروبرقی	۵۱/۲	۳۳/۸	۱۵/۰
۳	لباس پوشیدن	۹۱/۶	۶/۱	۲/۴
۴	رفتن به دستشویی	۹۴/۲	۵/۰	۰/۸
۵	حمام کردن	۸۸/۹	۱۴/۲	۲/۱
۶	بالا رفتن از پله	۸۳/۶	۱۴/۲	۲/۱
۷	تهیه غذا	۷۰/۴	۲۲/۴	۷/۱
۸	نحوه استفاده از دارو	۷۱/۰	۲۶/۴	۲/۶
۹	استفاده از تلفن	۷۲/۶	۲۳/۰	۴/۵
۱۰	پیاده‌روی	۸۲/۱	۱۴/۲	۳/۷
۱۱	انجام برخی کارهای اداری و بانکی	۵۰/۹	۳۴/۳	۱۴/۸
۱۲	خرید	۶۸/۹	۲۰/۶	۱۰/۰
۱۳	سلامت جسمی	۷۰/۱۲	۲۱/۱۵	۸/۶۳
۱۴	میانگین شاخص سلامت جسمی	۲۹/۳۷		

بر اساس مدل تحقیق، فرض بر این است که بین ویژگی‌های جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی (سن، تحصیلات، وضع فعالیت، تأهل، محل سکونت، بُعد خانوار و تعداد فرزندان) با سلامت روانی و جسمانی رابطه معنی‌دار وجود دارد. جدول ۵، مقایسه سلامت روانی و جسمی را به تفکیک جنس و محل سکونت نشان می‌دهد. بر اساس مطالعات تجربی، انتظار بر آن است که سلامت سالمندان زن و مرد متفاوت از یکدیگر باشد. به عبارتی، سالمندان مرد از سلامت بهتری برخوردار باشند. نتایج آزمون نشان داد که سلامت جسمی زنان و مردان با همدیگر تفاوت معنی‌داری دارد. میانگین محاسبه شده حاکی از این است که سلامت جسمی مردان بهتر از زنان است، اما در مقایسه با سلامت روانی نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه وجود ندارد.

مقایسه وضعیت سلامتی سالمندان در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه، بر اساس سلامت روانی و جسمی ساکن در شهر و روستا در سطح ۹۵ درصد مشاهده می‌شود. بر اساس میانگین بدست آمده از دو گروه، می‌توان گفت که سلامت جسمی افراد روستا نسبت به شهر بالاتر است و همچنین به لحاظ سلامت روانی نیز افراد ساکن در روستا دارای سلامت روانی بیشتری نسبت به افراد ساکن در شهر می‌باشند. نتایج مقایسه سلامت جسمی و روانی بر حسب وضع تأهل و فعالیت تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد.

جدول ۵- مقایسه میانگین سلامت روانی و جسمی به تفکیک جنس و محل سکونت، وضع تأهل و وضع فعالیت

متغیر	طبقه	سلامت جسمی			سلامت روانی		
		میانگین	t	Sig.	میانگین	t	Sig.
جنس	مرد	۳۱/۳۴	۴/۴۹	۰/۰۰۱	۲۳/۱۵۵	۱/۴۴	۰/۱۵۰
	زن	۲۸/۴۰			۲۲/۶۷		
محل سکونت	شهر	۳۱/۷۲	۲/۳۵	۰/۰۱۹	۲۳/۱۶	۱/۵۶	۰/۱۴۶
	روستا	۳۰/۶۲			۲۲/۳۵		
وضع تأهل	دارای همسر	۳۰/۳۲	۲/۴۲	۰/۰۷۲	۲۳/۳۵	۱/۶۶	۰/۱۲۳
	بدون همسر	۲۹/۷۰			۲۲/۵۶		
وضع فعالیت	شاغل	۲۸/۶۲	۱/۳۵	۰/۲۳۲	۲۲/۲۵	۱/۶۲	۰/۱۰۵
	غیرشاغل	۲۷/۳۲			۲۲/۲۰		

نتایج بدست آمده از تحلیل رابطه بین سلامت روانی با متغیرهای سن، تعداد افراد خانواده، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان در جدول ۶ نشان می‌دهد که متغیرهای تحصیلات و سلامت جسمی رابطه مثبت و معنی‌داری با سلامت روانی در سطح ۹۹ درصد دارند. یعنی با افزایش میزان تحصیلات و سلامت جسمی، میزان سلامت روانی نیز به احتمال ۹۹ درصد افزایش می‌یابد، اما با سن رابطه منفی و معنی‌داری در سطح ۹۹ درصد دارد. یعنی افزایش سن باعث کاهش سلامت روانی می‌شود. نتایج آزمون رابطه سلامت جسمی نیز با متغیرهای سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و سلامت روانی نشان می‌دهد که متغیرهای تحصیلات و سلامت روانی و رابطه مثبت و معنی‌داری با سلامت روانی در سطح ۹۹ درصد با سلامت جسمی دارند و متغیرهای سن، تعداد فرزندان و رابطه منفی و معنی‌داری در سطح ۹۹ درصد با سلامت جسمی دارند.

جدول ۶- بررسی رابطه بین سلامت روانی و جسمی با متغیرهای پیش‌بین تحقیق

متغیر	مقیاس	سلامت روانی		سلامت جسمی	
		نوع ضریب همبستگی	مقدار	متغیر	مقدار
سن	فاصله ای	پیرسون	-۰/۱۷۹**	سن	-۰/۲۹۱**
تحصیلات	ترتیبی	اسپیرمن	۰/۲۴۸**	تحصیلات	۰/۳۶۳**
تعداد فرزندان	فاصله‌ای	پیرسون	-۰/۱۰۱	تعداد فرزندان	-۰/۲۰۸**
سلامت جسمی	فاصله‌ای	پیرسون	۰/۳۸۹**	سلامت روانی	۰/۳۸۹**

\* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ \*\* معنی‌داری در سطح ۰/۰۱



جدول ۷، تأثیر عوامل جمعیتی و اجتماعی بر سلامت روانی و سلامت جسمی را به طور همزمان نشان می‌دهد. بدین منظور از آزمون رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام استفاده کردیم. که طی آن همه متغیرهای مستقل پژوهش که در تحلیل دو متغیره معنی‌دار شده بودند یک‌به‌یک وارد معادله می‌گردند تا تغییرات متغیر وابسته را از طریق متغیرهای مستقل پیش‌بینی و سهم هر یک از متغیرهای مستقل را در تبیین متغیر وابسته تعیین کند.

جدول ۷- ضرایب رگرسیونی و سطح معنی‌داری متغیرهای جمعیتی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان در شهرستان خرم آباد

سلامت	متغیر	ضریب استاندارد نشده	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده	t	R	R Square	سطح معنی‌داری
سلامت جسمانی	سلامت روانی	۰/۳۸۹	۰/۰۶۲	۰/۲۹۱	۶/۲۴	۰/۳۸۹	۰/۱۵۱	۰/۰۰۱
	تحصیلات	۰/۴۷۷	۰/۱۱۳	۰/۲۱۱	۴/۲۳	۰/۴۷۱	۰/۲۷۲	۰/۰۰۱
	جنس (مردان مرجع)	-۲/۳۴۵	۰/۷۸۷	-۰/۱۱۷	-۱/۸۶۳	۰/۵۲۲	۰/۳۱۰	۰/۰۳۸
	محل سکونت (روستا مرجع)	-۰/۱۷۹	۰/۸۸۳	۰/۰۰۸	۱/۶۱۳	۰/۵۲۴	۰/۳۲۳	۰/۱۰۸
	سن	-۰/۱۱۱	۰/۰۲۷	-۰/۱۸۸	-۴/۱۳۰	۰/۵۳۶	۰/۳۶۱	۰/۰۰۱
	تعداد فرزندان	-۰/۱۹۸	۰/۰۸۵	-۰/۱۱۴	-۲/۳۴	۰/۵۴۲	۰/۳۸۲	۰/۰۲
سلامت روانی	سلامت جسمانی	۰/۲۵۸	۰/۰۳۸	۰/۳۴۶	۸۴/۶	۰/۲۵۸	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱
	تحصیلات	۰/۳۲۲	۰/۰۹۰	۰/۱۹۱	۳/۵۸	۰/۴۱۴	۰/۲۲۲	۰/۰۰۱
	سن	-۰/۱۰۹	۰/۰۱۵	-۰/۱۵۸	-۳/۳۴۰	۰/۴۲۶	۰/۲۶۲	۰/۰۰۱
	تعداد فرزندان	۰/۱۳۷	-۰/۰۶۷	-۰/۱۰۶	-۲/۰۵	۰/۴۳۵	۰/۲۸۱	۰/۰۴

در تحلیل چند متغیره سلامت جسمانی، در گام نخست، متغیر سلامت روانی وارد تحلیل شده است. سلامت روانی سلامت جسمی را افزایش می‌دهد و حدود ۱۵/۱ درصد از تغییرات مربوط به سلامت جسمی را تبیین می‌کند و با توجه به مقدار ضریب بتای آن به عنوان تأثیرگذارترین متغیر بر سلامت جسمی مطرح است. در گام دوم، متغیر سطح تحصیلات وارد تحلیل شد. متغیر تحصیلات رابطه مثبت و معنی‌داری با سلامت جسمی دارد. یعنی با افزایش میزان تحصیلات سلامت جسمی افزایش می‌یابد و حدود ۱۲/۱ درصد از تغییرات مربوط به متغیر وابسته تحقیق را تبیین می‌نماید. با توجه به ضریب بتا، دومین متغیر تأثیرگذار بر سلامت جسمی، تحصیلات است. در گام‌های بعدی، سایر متغیرها وارد مدل شده‌اند. متغیر محل سکونت که در تحلیل دو متغیره معنی‌دار بود، معنی‌داری را از دست داد. جهت اثر متغیرهای جنس، سن و تعداد فرزندان منفی بود و در خصوص متغیر جنس، مردان به عنوان گروه مرجع در نظر گرفته شده‌اند. جهت منفی رابطه، حکایت از این دارد که زنان در مقایسه با مردان از سلامت جسمانی کمتری برخوردارند. همچنین با افزایش سن و

تعداد فرزندان از سلامت جسمانی کاسته می‌شود. نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیونی نشان می‌دهد که متغیرهای سلامت روانی، تحصیلات، جنس، سن و تعداد فرزندان به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت جسمی پاسخگویان بوده و ۳۸/۲ درصد از تغییرات مربوط به متغیر وابسته را تبیین می‌نماید.

در تحلیل رگرسیونی در خصوص سلامت روانی متغیرهای جنس و محل سکونت به دلیل عدم معنی‌داری رابطه در تحلیل دو متغیره وارد مدل نشدند. تأثیر سایر متغیرهای جمعیتی اجتماعی بر سلامت روانی مشابه سلامت جسمی است. نتایج نشان می‌دهد که چهار متغیر سلامت جسمانی، تحصیلات، سن و تعداد فرزندان، در مجموع ۲۸/۱ درصد از عوامل مربوط به سلامت روانی را تبیین می‌نمایند. متغیر سلامت جسمی، حدود ۱۳/۱ درصد از تغییرات مربوط به سلامت روانی افراد را تبیین می‌نماید. این متغیر با مقدار ضریب استاندارد شده ۰/۳۴۶ تأثیرگذارترین متغیر بر سلامت روانی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

طی دو دهه قبل، آهنگ رشد جمعیت سالمند کشور تندتر از رشد کل جمعیت شده و نرخ رشد این گروه تا سه برابر نرخ رشد کل جمعیت افزایش یافته است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲). این نرخ رشد بالا طی دهه‌های آینده نیز کاملاً مستقل از کاهش یا افزایش باروری جاری ادامه خواهد یافت، بطوری که جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بالاتر کشور را از کمی بیشتر از ۶ میلیون نفر در سال ۱۳۹۵ به نزدیک ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۴۳۰ افزایش خواهد داد. به همین ترتیب، جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر از حدود ۴ میلیون نفر در سال ۱۳۹۵ به حدود ۲۰ میلیون نفر در سال ۱۴۳۰ افزایش خواهد یافت. سلامت جسمانی و روانی سالمندان به عنوان مهم‌ترین موضوع‌های دوران سالمندی مطرح می‌باشند. با در نظر داشتن این که سلامت جسمانی سالمندان معمولاً با بالا رفتن سن در معرض خطر قرار می‌گیرد، در نتیجه بیماری سالمندان می‌تواند در همه حوزه‌ها زندگی آنان را تحت الشعاع قرار داده و سلامت آنان را پایین بیاورد. لذا سلامت سالمندان و نیازهای آنان باید در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی مد نظر قرار گیرد. بر این اساس، در این مقاله به بررسی وضعیت سلامت و بیماری سالمندان و تعیین‌کننده‌های سلامت پرداختیم.

سالمندان مورد بررسی در این تحقیق به لحاظ تمرکز حواس و شکل ظاهری و رضایت از خود نسبتاً در سطح متوسط می‌باشند اما نظراتشان در مورد دل‌گرفتگی و ناامیدی و احساس تنهایی مطلوب نیست. در مجموع، شاخص سلامت روانی، ۲۲/۹۱ به دست آمده که در سطح متوسط رو به پایین می‌باشد. باید توجه داشت که سلامت روانی مقوله‌ای بسیار حائز اهمیت است چراکه تأثیر روح و روان بر عملکرد جسمانی بر هیچکس پوشیده نیست.

جهت سنجش سلامت جسمی از سالمندان مورد مطالعه بطور خودارزیابی در خصوص وضعیت انجام فعالیت‌های روزمره زندگی نظیر انجام کارهای منزل، فعالیت‌های سنگین مانند جابه‌جا کردن یک جسم سنگین، فعالیت‌های متوسط مانند جابه‌جا کردن میز یا کشیدن جاروبرقی، لباس پوشیدن، رفتن به دستشویی، حمام کردن، بالا رفتن از پله، تهیه غذا، نحوه استفاده از دارو، استفاده از تلفن، پیاده‌روی، انجام برخی کارهای اداری و بانکی، و همچنین خرید، سؤال شد. شاخص سلامت جسمی ۲۹/۳۷ به دست آمد که متوسط رو به بالا است.

بر طبق یافته‌های این مطالعه به لحاظ سلامت روانی بیش از ۲۰ درصد پاسخگویان و به لحاظ سلامت جسمی ۹ درصد در وضعیت بد به‌سر می‌برند. بسیاری از این سالمندان تا چند سال قبل افرادی سالم، مقتدر، خلاق، خوش‌فکر، تحصیل‌کرده و مدبر بوده‌اند و هر یک در یک یا چند زمینه علمی، فرهنگی، هنری، اقتصادی و... به جامعه خدمت کرده‌اند. پس لازم است جامعه نیز آنها را به عنوان سرمایه ملی تلقی کرده و برای حفظ و ارتقای سلامتی، آسایش و رفاه زندگی آنان قدم‌های قابل قبولی بردارد.

در مورد وضعیت سلامت سالمندان از جنبه‌های مختلف مطالعات متعددی صورت گرفته که نشان‌دهنده تفاوت در تعیین‌کننده‌های سلامت سالمندان می‌باشد. بخشی از مقاله حاضر نیز تعیین‌کننده‌های اجتماعی جمعیتی سلامت سالمندان را کانون توجه خود قرار داد. نتایج تحلیل رگرسیونی حاکی از این است که تحصیلات تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر سلامت سالمندان دارد و با افزایش سطح تحصیلات سطح سلامت نیز افزایش می‌یابد. افزایش سطح تحصیلات از طریق دسترسی به اطلاعات مؤثر درباره رفتارهای مخاطره‌آمیز و یادگیری سبک‌های زندگی سلامت‌محور و اجتناب از خطرات، به ارتقای سطح سلامت افراد کمک می‌کند؛ این یافته با سایر مطالعات (کادریا، گاتم و آرو<sup>۱</sup>؛ اورنبرگر، فیچرا و ساتون<sup>۲</sup>؛ علی مندگاری و همکاران<sup>۳</sup> ۱۳۹۹) همسو است.

یافته‌های این تحقیق نشان داد، سلامت جسمی زنان و مردان با همدیگر تفاوت دارد و بطور مشخص سلامت جسمی مردان بهتر از زنان است. این رابطه حتی با کنترل اثر سایر متغیرها نیز تأیید شد. تفاوت وضعیت سلامت میان زنان و مردان می‌تواند از یک طرف به فرآیند اجتماعی‌شدن و نقش‌پذیری آنها و از طرف دیگر به دسترسی نابرابر آنها به خدمات بهداشتی، منابع مالی و ... مرتبط باشد. این یافته در تحقیقات دیگر نیز نشان داده شده است (سانگ<sup>۴</sup> و همکاران<sup>۵</sup>؛ لیو<sup>۶</sup> و همکاران<sup>۷</sup>؛ کلههر<sup>۸</sup> و همکاران<sup>۹</sup>؛ باند و کرنر<sup>۱۰</sup> ۲۰۰۴). براساس این مطالعات، زنان سالمند نسبت به مردان همسن خود سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی و سلامت را دارند و اختلاف جنسی در سلامت همراه با بالا رفتن سن بیشتر می‌شود.

اهمیت تأثیر سن سالمندان بر سلامت در این مطالعه قابل رؤیت بود. تحلیل‌ها حاکی از این نکته است که با افزایش سن سالمندان، سطح سلامت آنها در هر دو بُعد روانی و جسمی کاهش می‌یابد. پیوند میان سن و سلامت در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (کلیس<sup>۱۱</sup> و همکاران<sup>۱۲</sup>؛ آلدريش و بانسون<sup>۱۳</sup>؛ میزرایبی و زنگنه<sup>۱۴</sup>؛ میرزایی و شمس<sup>۱۵</sup> ۱۳۸۶). تمرکز انواعی از بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی، از جمله دلایلی است که سلامت افراد در سنین سالمندی را کاهش داده است. سالمندان در گروه‌های سنی بالاتر، در فعالیتهای روزمره زندگی، درمان و ... نیاز به مجموعه‌ای از حمایت‌ها دارند و معمولاً بیشتر به سایر افراد وابسته می‌شوند. این وابستگی منجر به کاهش فعالیت و عملکرد سالمندان و در نتیجه کاهش سلامت جسمی آنها می‌گردد. علاوه بر آن، ممکن است به دلیل کاهش تحرک فیزیکی و اجتماعی، بیشتر احساس تنهایی کنند، بنابراین سلامت روانی آنها نیز به مخاطره بیفتد.

1. Kadariya, Gautam & Aro

2. Ohrnberger, Fichera & Sutton

3. Song

4. Liu

5. Kelleher

6. Bond & Corner

7. Klijs

8. Aldrich & Benson

براساس نتایج این مطالعه، تعداد فرزندان یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت سالمندان است. جهت این رابطه نیز اگرچه تعیین کننده قوی نمی‌تواند باشد، با این حال، داشتن تعداد زیاد فرزند، سلامت جسمی سالمندان را کاهش می‌دهد. تعداد زیاد فرزند ممکن است با هزینه‌های جسمانی و بهداشتی همراه باشد که والدین آن را در طول زندگی خود پرداخت می‌کنند. پیامدهای بهداشتی ناشی از تعدد حاملگی نیز می‌تواند به ظهور انواع بیماری‌ها در سنین سالمندی منجر شود. این یافته با مطالعه باقری و همکاران (۱۴۰۱) و کالگان<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) همسو است. البته در خصوص سلامت روانی جهت این ارتباط مثبت است و فرزندان در سنین سالمندی به عنوان یکی از منابع حمایتی سالمندان محسوب می‌شوند.

براساس یافته‌های تحقیق، دو بُعد سلامت بر یکدیگر تأثیر دارند. اثر این دو بُعد بر یکدیگر، مطابق انتظار و همسو با نتایجی است که از تحقیقات دیگر به دست آمده است. کاهش سلامت جسمی هزینه‌های مادی زیادی را باعث می‌شود، با خود محدودیت‌های فیزیکی را به همراه دارد، روابط بین فردی و حضور افراد در شبکه‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد و در نتیجه سلامت روانی سالمندان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر، سلامت روانی نیز سلامت جسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که از نظر وضعیت سلامت روانی رنج می‌برند، به طور مشخص در روابط خانوادگی، اجتماعی با مشکلات متعددی روبرو هستند. این افراد ممکن است در وضعیتی قرار گیرند که کمتر رفتارهای توأم با سلامتی را دنبال کنند، برای مثال، تغذیه مناسبی نداشته باشند و کمتر فعالیت‌های ورزشی را انجام دهند.

در حال حاضر به دلیل ساختار سنی در حال گذار، سهم جمعیتی سالمندان از بیماری و مرگ‌ومیر، در حال افزایش است. به منظور برخورداری از سالمندی فعال توأم با سلامتی، توجه بیشتر سیستم‌های بهداشتی در جهت آموزش سبک زندگی سلامت‌محور برای تمام گروه‌های سنی، آموزش و تربیت متخصصان طب سالمندی و کاهش هزینه‌های درمانی سالمندان از طریق گسترش پوشش بیمه اهمیت می‌یابد. علاوه بر آن، با توجه به این که در جامعه ایران بسیاری از سالمندان ترجیح می‌دهند تا در خانه‌هایشان بمانند و کمتر تمایلی به رفتن به مراکز سالمندی دارند بنابراین لازم است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان به منظور ارتقاء سلامت سالمندان به کمک خانواده‌ها بیایند و علاوه بر حمایت از خانواده‌ها، خدمات در منازل به سالمندان ارایه شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی نویسنده دوم مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی لرستان جهت همکاری در اجرای تحقیق سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع

بابانژاد، مهران؛ شکوهی، شبنم؛ دلپیشه، علی؛ احمدی، نایبعلی (۱۳۹۱). «بررسی وضعیت اقتصادی سالمندان استان ایلام»، *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی*، ۳۷(۲)، ۱۲۵-۱۳۳.

باقری، آرزو؛ سعادت، مهسا؛ زنجری، نسیم؛ شباک، اشکان (۱۴۰۱). «بررسی عوامل مؤثر بر خودارزیابی سلامت سالمندان شهر تهران با استفاده از مدل معادله ساختاری تعمیم‌یافته». *ابیدمیولوژی ایران*، ۱۸(۱)، ۴۵-۵۸.

<sup>1</sup>. Callaghan

- پوررضا، ابولقاسم؛ خبیری نعمتی، رقیه (۱۳۸۵). «اقتصاد بهداشت و سالمندی»، *سالمندی ایران*، (۲)، ۸۷-۸۰.
- حاتمی، حسین؛ رضوی سید منصور؛ افتخار اردبیلی، حسن؛ مجلسی، فرشته و همکاران (۱۳۸۵). *کتاب جامع بهداشت عمومی*، تهران دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- حاجی‌هاشمی زهرا، وامقی روشنگر، منتظری علی، سهرابی محمدرضا، علی اکبری کامرانی احمد (۱۳۹۲). «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی در سالمندان شهری و روستایی»، *پایش*، (۳)، ۲۵۵-۲۶۲.
- حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، صغری؛ سیدالشهدائی، مهناز؛ حقانی، حمید (۱۳۸۴). «بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و عوامل مرتبط در سالمندان منطقه غرب تهران»، *فصلنامه پرستاری ایران*، (۴۷)، ۳۶-۲۹.
- رازقی نصرآباد، حجه‌بی‌بی؛ علی‌مندگاری، ملیحه؛ رضوانیان، زینب (۱۳۹۹). «تعیین‌کننده‌های جمعیتی-اجتماعی و اقتصادی سالمندی فعال در بین بازنشستگان برخی اداره‌های دولتی شهرستان بابل». *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، (۴)، ۷۶-۵۱.
- سارافیند ادوارد (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*، (ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی)) تهران: انتشارات رشد.
- سجودی، عادل؛ نیازی، محسن؛ فرهادیان، علی. (۱۴۰۱). «طراحی الگوی مؤلفه‌های کیفیت زندگی سالمندان در پرتو تغییرات اجتماعی در ایران»، *تداوم و تغییر اجتماعی*، (۱)، ۱۸۵-۲۰۰.
- سعید، مژگان؛ مکارم، اصغر؛ خانجانی، سعید؛ بختیاری، وحید (۱۳۹۸). «مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی تهران». *سالمند*، (۲)، ۱۷۸-۱۸۷.
- سیف‌زاده، علی (۱۳۹۴). «بررسی سلامت اجتماعی سالمندان و عوامل مرتبط با آن (مطالعه موردی شهر آذرشهر)». *فصلنامه پرستاری سالمندان*، (۴)، ۹۵-۱۰۶.
- علیزاده، مهتاب، فخرزاده، حسین؛ شریفی، فرشاد؛ زنجری، نسیم؛ قاسمی، سیامک (۱۳۹۲). «بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های سلامت سالمندان در دو گروه سنی ۶۴-۶۰ و ۶۹-۶۵ سال در شهر تهران». *دیابت و متابولیسم ایران*، (۱)، ۵۰-۶۱.
- علیزاده، مهتاب؛ میتوس مارک؛ زکیا، حسین (۱۳۸۸). «بررسی سلامت جسمی و روانی و میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی در بین سالمندان ایرانی مقیم سیدنی در کشور استرالیا»، *پایش*، (۴)، ۱۵-۲۶.
- فکور، هدی؛ زردشت، رقیه؛ قنبری‌مقدم، اکرم؛ محمدی، مجتبی (۱۳۹۹). «ارزیابی جامع ابعاد سلامت سالمندان مقیم منزل و سالمندان مقیم مراکز نگهداری در شهر سبزوار». *نوبد نو*، (۷۶)، ۷۲-۸۳.
- کاوه فیروز، زینب (۱۳۹۰). «بررسی ساختارهای جمعیتی اجتماعی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران» پایان نامه دکترای جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کلدی، علیرضا؛ اکبری کامرانی، احمدعلی؛ فروغان، مهشید (۱۳۸۲). «مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران» *رفاه اجتماعی*، (۱۴)، ۲۷۳-۲۹۹.

- کوششی، مجید؛ خسروی، اردشیر؛ عزیزاده، مهتاب؛ ترکاشوند، محمد؛ آقایی، نازنین (۱۳۹۲). «سالخوردگی جمعیت در ایران (ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی اقتصادی و چالش‌های پیشرو)». طرح پژوهشی اجرا شده در صندوق جمعیت سازمان ملل در ایران.
- گروسی، سعیده؛ صافی‌زاده، حسین؛ صمدیان، فاطمه (۱۳۹۱). «سالمندان و حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی: مطالعه موردی در کرمان». *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۱۱(۳)، ۳۰۳-۳۱۵.
- لوکاس، دیوید؛ پاول، میر (۱۳۸۱). *درآمدی بر مطالعات جمعیتی*، (ترجمه حسین محمودیان)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محسنی، منوچهر (۱۳۸۲). *جامعه‌شناسی پزشکی*. تهران: انتشارات طهوری.
- محمدی، رخشنده (۱۳۷۹). *پرستاری بهداشت جامعه*، تهران: نشر نی.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۱). *بررسی وضعیت سالمندان در ایران*، تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). *گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن*، تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.
- میرزایی محمد، کرد زنگنه جعفر (۱۳۸۹). «تفاوت‌های جنسی و سنی سبک زندگی سلامت محور در شهر تهران»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران* ۴ (۱۰)، ۱۲۱۰-۱۴۷.
- میرزایی، محمد؛ شمس قهفرخی، مهری (۱۳۸۶). «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران براساس سرشماری‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۵»، *مجله سالمندی ایران*، ۲(۵)، ۳۲۶-۳۳۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، محمدکاظم؛ مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). «استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (SF36WHOQOL) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴): ۱-۱۲.
- وحدانی نیا، مریم سادات؛ گشتاسبی آزیتا؛ منتظری، علی؛ مفتون، فرزانه (۱۳۸۴). «کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه ای جمعیتی». *پایش* ۴(۲)، ۱۱۳-۱۲۰.

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02049-w>
- Aldrich N, Benson WF. (2008). Disaster Preparedness and the Chronic Disease Needs of Vulnerable Older Adults. *Preventive Chronic Diseases*, 5(1): 1-7.
- Bond J, Corner L (2004). *Quality of Life and Older People*. Maidenhead: Open University Press.
- Bowling A. (2011). Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family Practice*, 28(2), 145–155. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm082>

- Caldwell. J. C (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(2): 159-160. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862001000200011>
- Callaghan D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*; 22(3):169-78. [https://doi.org/10.1207/s15327655jchn2203\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327655jchn2203_4)
- Fiori, K. L., & Denckla, C. A. (2012). Social support and mental health in middle-aged men and women: A multidimensional approach. *Journal of Aging and Health*, 24(3), 407–438. <https://doi.org/10.1177/0898264311425087>
- Frenk, J. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka, R (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*; 1: 21-38.
- Frenk, J., Bobadilla, J., Sepulveda, J., and Cervantes, J., (1989). Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning* 4(1):29-39. <https://doi.org/10.1093/heapol/4.1.29>
- Horiuchi, Sh. (1999). Epidemiological transitions in human history, in: Joseph C., Robert Leditors, *Health and Mortality Issues of Global Concern*. New York: United Nations.54–71
- Kadariya S, Gautam R, Aro AR. (2019). Physical Activity, Mental Health, and Wellbeing among Older Adults in South and Southeast Asia: A Scoping Review. *BioMed Research International*. 17: 1-11. <https://doi.org/10.1155/2019/6752182>
- Kelleher, CC., Whelan J., Daly L. (2012). Fitzpatrick P. Sociodemographic, environmental, lifestyle and psychosocial factors predict self rated health in Irish Travellers, a minority nomadic population. *Health Place*; 18(2):330–8.
- Klijs, B., Nusselder, W.J., Looman, CW., Mackenbach, JP. (2011) .Contribution of Chronic Disease to the Burden of Disability. *PLoS ONE* 6(9): e25325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025325>
- Liu, X., Fu, X., Liu, B., Li, H., Zhou, L. (2018). Analysis on the influencing factors of self-rated health among the elderly by using multilevel model. *Chinese Journal of Disease Control and Prevention*, 22(2):173–7.
- Liu, L. F., Su, P. F. (2017). What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(5), 697–707. <https://doi.org/10.1111/ggi.12774>
- McKeown R. E. (2009). The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1 Suppl), 19S–26S. <https://doi.org/10.1177/1559827609335350>

- Mesle, F., Vallin, J. (2006). The health transition: trends and prospects. in: Caselli G, Vallin J, Wunsch G, eds. *Demography, Analysis and Synthesis. A Treatise in Demography*. New York: Elsevier, pp. 247-602.
- Notestein, F.W. (1945). Population: the long view. in: Schultz TW, ed. *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. (2017). The dynamics of physical and mental health in the older population. *The Journal of the Economics of Ageing* 1(9):52-62. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2016.07.002>
- Olshansky, J. Ault A. (1986). The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. *The Milbank Quarterly*, 64(3), 355–391. <https://doi.org/10.2307/3350025>
- Olshansky, S. J, Carnes, B., Rogers, R. G. & Smith, L. (1997). Infectious diseases: New and ancient threats to world health. *Population Bulletin*, 52(2), 1–52.
- Omran, A. R (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 49(4): 509-538. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Rogers, R. G., & Hackenberg, R. (1987). Extending epidemiologic transition theory: a new stage. *Social Biology*, 34(3–4), 234–243. <https://doi.org/10.1080/19485565.1987.9988678>
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., Jeswani, S. (2014). The Relationship between Social Support and Subjective Well-Being across Age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561–576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- Song, X., Wu, J., Yu, C., Dong, W., Lv, J., Guo, Y., et al (2019). The Distribution and Correlates of self-rated Health in Elderly Chinese: The China Kadoorie Biobank study. *BMC Geriatrics*; 19(168): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1183-2>
- United Nations (1991). *Principles for Older Persons*, G.A. res. 46/91, Annex, U.N. Doc. A/RES/46/91.
- Whitehead M., Dahlgren G. (1991). What can be done about inequalities in health? *Lancet* 338: 1059-1063. <https://doi.org/10.1016/0140-6736%2891%2991911-d>