

The Relationship between General Health and Cognitive Status in the Elderly of Hamadan in 2019



CrossMark
click for updates

*Zamani N¹

1- Young Researchers Club, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran (**Corresponding Author**)
E-mail: n.zamani1367@yahoo.com

Abstract

Introduction: The phenomenon of aging is an inevitable part of the life of humans, demographers, aged 60 and older, are considered to be old age. As the medical science progresses, this population is rising, but the quality of life in this age has dropped to some extent and has always been a problem in Health is related and in our country, considering the process and population pyramid, planning for any services, we need to know the real needs of these people. Therefore, this study aimed to determine the frequency of health problems of the elderly in Hamadan city as a cross-sectional study. The year 1396-1397 was conducted.

Method: This is a cross-sectional study of 714 population aged 60-71 years old living in Hamedan. Data collection tools were General Health Questionnaire, Goldberg and Hiller (1979) (with subscales of physical symptoms, anxiety symptoms and sleep disturbance, social function and depression symptoms), and a brief examination of the psychological state of Folestin et al. (1975), which included (domains Cognitive, directional, memory recording, attention, calculation, memory, language, and ability to perform simple commands). Data were analyzed using SPSS software version 22 using Chi-square test.

Results: The findings of this study showed that 509 elderly women (205.721) and 205 (721.272) were elderly men (21% of them were hospitalized in the last 1 year) with an average of 2 days. In terms of education, 399 participants did not have education and (34.1734) 244 movement education (2.941) had elementary education, (201.4) 30 had secondary education (1.550), 11 He had a diploma and (1/260) had 9 higher education degrees, of which 7 had resigned teachers. In the health questionnaire, the most common symptoms were physical symptoms (417/5403), sleep disturbance and anxiety symptoms (460 425/64), depression symptoms (367.44), and social function (498.93) (428) In the short examination of mental status, the highest percentages of memory and language disorders and the ability of orders (with 405,27226), cognitive domains (326/658), navigation (with 249/87) (249) In memory) with (291.291) and 209 (291.21) and 141 (747/198) were calculated. There was a significant relationship between sex with general health and a brief examination of mental status with a type of sub-scale ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the high level of general health and mental health weakness, the findings of this study suggest that the use of psychosocial education in reducing physical symptoms is recommended.

Keywords: Aging, Anxiety, Sleep disturbance, Depression, Cognition, Directional, Attention, Memory.

Received: 23 March 2019

Accepted: 13 July 2019

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

[10.29252/joge.3.4.3](https://doi.org/10.29252/joge.3.4.3)

بررسی رابطه سلامت عمومی و وضعیت شناختی در سالمندان شهر همدان در سال ۱۳۹۷

*نرگس زمانی^۱

۱- باشگاه پژوهشگران جوان، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران (نویسنده مسئول)
n.zamani1367@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۳ شماره ۴ بهار ۱۳۹۸، ۲۸-۲۰

چکیده

مقدمه: پدیده سالمندی از دوران اجتناب ناپذیر زندگی آدمی است، جمعیت‌شناسان، سنین ۶۰ سال به بالا را دوران سالمندی محسوب می‌کنند که با پیشرفت علم پزشکی، این جمعیت رو به افزایش است ولی کیفیت زندگی در این سنین تا حدی پایین آمده و همواره با مشکلاتی در سلامت مرتبط است و در کشور ما با توجه به روند و هرم جمعیتی، برنامه ریزی جهت هرگونه خدمات، نیازمند شناخت نیازهای واقعی این افراد هستیم، بنابراین، این پژوهش با هدف، تعیین فراوانی مشکلات سلامتی سالمندان در شهرستان همدان به صورت یک مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه‌ی مقطعی بر روی ۷۱۴ نفر از جمعیت سالمندان ۶۰ تا ۷۱ ساله‌ی ساکن شهرستان همدان انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) (با زیر مقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) و آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی فولشتین و همکاران (۱۹۷۵) استفاده شد که شامل (حیطه‌های شناختی، جهت‌یابی، ثبت در حافظه، توجه، محاسبه، حافظه، زبان و توانایی انجام دستورات ساده) بود و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیلی آماری کای دو و به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج یافته‌ها نشان داد، (۷۱/۲۸۸) ۵۰۹ سالمندان مورد مطالعه زن و (۲۸/۷۲۱) ۲۰۵ را مردان سالمند تشکیل دادند که از این تعداد ۲۱٪ در ۱ سال اخیر در بیمارستان با میانگین ۲ روز بستری بودند. از نظر تحصیلات در (۵۵/۸۸۲) ۳۹۹ شرکت‌کنندگان تحصیلات نداشتند و (۳۴/۱۷۳) ۲۴۴ تحصیلات نهضت، (۲/۹۴۱) ۲۱ دارای تحصیلات ابتدایی، (۴/۲۰۱) ۳۰ دارای تحصیلات راهنمایی، (۱/۵۴۰) ۱۱ دارای دیپلم و (۱/۲۶۰) ۹ تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند که ۷ نفر معلم بازنشسته بودند. در پرسشنامه سلامت عمومی بیشترین درصد به ترتیب علائم جسمانی با (۵۸/۴۰۳) ۴۱۷، اختلال خواب و علائم اضطرابی با (۴۵/۴۲۵) ۴۶۰، علائم افسردگی با (۵۱/۴۰۰) ۳۶۷ و کارکرد اجتماعی با (۵۹/۹۴۳) ۴۲۸ بودند و در آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی، بیشترین درصد به ترتیب اختلالات حافظه و زبان و توانایی دستورات با (۵۶/۷۲۲۶) ۴۰۵، حیطه‌های شناختی با (۴۵/۶۵۸) ۳۲۶، جهت‌یابی با (۳۴/۸۷۳) ۲۴۹، ثبت (در حافظه) با (۲۹/۲۷۱) ۲۰۹ و محاسبه با (۲۹/۱۳۱) ۲۰۸ و توجه (۱۹/۷۴۷) ۱۴۱ بودند. بین جنس با سلامت عمومی و آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی با نوع زیر مقیاس ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن میزان ضعف سلامت عمومی و وضعیت روانی، یافته‌های این پژوهش، ضرورت کاربرد آموزش روانشناختی در کاهش علائم جسمانی توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی، شناخت، جهت‌یابی، توجه، حافظه.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۰۳

مقدمه

جهان در پایان قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم بوده است. در سال‌های اخیر، پیشرفت علم پزشکی و سطح رفاه اجتماعی و بهداشتی بر ساختار جمعیت اثر گذاشته و تعداد سالمند در جوامع مختلف افزایش یافته است، افزایش نسبت سالمندان ایران به کل جمعیت کشور در سال‌های اخیر و چشم‌انداز نسبت سالمندان در آینده جمعیت کشور، لزوم بررسی پدیده سالمندی و شناسایی مسائل بالقوه‌ای نظیر تنهایی، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و گاهی

یکی از بزرگترین تغییرات جمعیتی در قرن بیستم پیر شدن جمعیت است. این عامل سبب خواهد شد تا تعداد سالمندان از ۶۰۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۲ میلیارد تا سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (۱). سازمان بهداشت جهانی سالمندان را در کشورهای جهان سوم افراد بالای ۶۰ سال تلقی می‌کند (۲). سالمندان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های جمعیت شناختی

هیجان‌های منفی و علائم منفی روانشناختی در فرد سالمند می‌گردد (۹).

علاوه بر این، تغییرات سالمندی با مشکلات بهداشتی و کاهش سطح فعالیت‌ها همراه است. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد که این خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد (۱۰). دسترسی به ساختارهای بهداشتی درمانی از منزل تا مراکز حمایتی، توانبخشی و بیمارستان‌ها حق سالمندان در همه کشورها است. برای پاسخگویی به این حق، سیاست‌گذاران موظفند برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و بلندمدت را ارایه داده و اجرای آن را در ابعاد آموزش تخصصی و خدماتی، بخصوص در بخش‌های دولتی تضمین کنند (۱۱). بر اساس بررسی‌های بعمل آمده، ۱۵ درصد از مراجعان به مطب پزشکان متخصص، ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها و ۸۹ درصد از تخت‌های موسسات و مراکز نگهداری را افراد بالای ۶۵ سال به خود اختصاص می‌دهند (۱۲). به طور کلی ۲۹ درصد هزینه مراقبت‌های پزشکی توسط سالمندان مصرف می‌شود (۱۳).

معمدی شلمزاری و همکاران در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان پرداخته‌اند که نتایج مطالعه شان نشان می‌دهد بین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی همبستگی وجود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری می‌باشد (۱۴). اوکابا‌یاشی (۱۵) در مطالعه خویش به بررسی تاثیر حمایت اجتماعی و تعامل منفی بر بهداشت روان سالمندان ژاپن پرداختند که یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد تاثیر منابع مختلف حمایت اجتماعی و تعاملات منفی بر بهداشت روان به بهداشت روان به ماهیت شبکه‌های اجتماعی نیز بستگی دارد. پژوهش وونگ (۱۶) نیز که بر زنان سالمند انجام شده است نشان می‌دهد که حمایت عاطفی که یکی از انواع حمایت اجتماعی است، بیشترین تاثیر را بر سلامت جسمی و روانی دارد (۱۷).

با توجه به اینکه، سرعت سالمندی در کشورهای در حال توسعه خیلی بیشتر از کشورهای توسعه یافته بوده که سبب شده است این کشورها نتوانند خود را با عواقب این موضوع تطبیق دهند که این تغییرات نشانه انقلابی در بعد جمعیت شناختی جوامع است که توجه اکید سیاست‌گذاران را در سراسر دنیا می‌طلبد و با توجه به اهمیت موضوع و تغییر هرم جمعیتی شهرستان و کمبود مطالعات پژوهشی در زمینه سالمندان و قرار گرفتن موضوع به عنوان اولویت پژوهشی دانشگاه، مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی مشکلات سلامتی سالمندان انجام شد. امید است نتایج این پژوهش بتواند متولیان سلامت را در برنامه‌ریزی بهتر جهت رفع نیارهای سالمندان

عدم استقلال در فعالیتهای فردی و افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن که بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند را نمایان می‌سازد. بر اساس بررسی‌های ثبت احوال کشور گفته می‌شود که جمعیت سالمندی ایران تا سال ۱۴۰۰ به ده میلیون نفر خواهد رسید که چیزی معادل ۱۰ درصد از جمعیت سال ۱۴۰۰ را تشکیل خواهد داد (۳) و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت ۲۳ درصد خواهد شد (۴).

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سال‌های زندگی در عصر حاضر چالش‌های فراوانی را بوجود آورده است. افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ بوده و سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو شده و یا خواهند شد. بهبود شرایط بهداشتی منجر به کاهش مرگ، به ویژه مرگ و میر کودکان و افزایش امید به زندگی گردیده، همچنین اعمال سیاست‌های کنترل مولید درصد سالخوردگان به کل جمعیت را افزایش داده است (۵).

اوایل قرن بیستم امید به زندگی در بدو تولد در جهان ۴۸ سال بود و فقط ۴ درصد از مردم، بالای ۶۰ سال داشتند؛ بعد از سال ۱۹۵۵ این میزان به ۶۵ سال افزایش یافت و بر اساس برآورد و اعلام سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال ۲۰ درصد از جمعیت جهان را در بر خواهد گرفت که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کند (۶).

همزمان با سالمندی جمعیت، نیازهای اختصاصی سالمندان اعم از پزشکی، روانشناختی و توانبخشی افزایش می‌یابد. سالمندی فرایندی همراه با کاهش عملکرد و استقلال، افزایش بیماری و نیاز به مراقبت است که همه این عوامل باعث آسیب‌پذیری سالمندان می‌شود (۴) و مشکلات روانی در دوران سالمندی به فراوانی قابل مشاهده است به طوری که حدود ۱۵ - ۲۵ درصد افراد مسن مسائل روانی مهمی دارند (۷) و ضروری است که به مسأله سالمندی توجه ویژه شود چرا که پیر شدن جمعیت با شیوع علائم روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی همراه است و همچنین سالمندان ممکن است به دلیل ضعف‌های جسمانی، حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، احساس تنهایی و کاهش توانایی در انجام وظایف زندگی روزمره از لحاظ روانشناختی و هیجانی در وضعیت مساعدی قرار نداشته باشند و بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها افسردگی و اضطراب بیشتری را گزارش کنند و برخی نگرانی‌ها و بحران‌هایی را تجربه نمایند (۸).

علاوه بر مشکلات روانشناختی، افراد سالمند در نتیجه ضعف بینایی، شنوایی و دیگر تغییرات جسمانی، همچنین فشارهای بیرونی مثل محدودیت منابع مالی، احساس می‌کنند کنترل خویش را بر زندگی از دست داده‌اند. این قبیل مسائل و مشکلات منجر به ایجاد

یاری نماید.

روشی مطالعه

این پژوهش از نوع مطالعات کاربردی است که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه سالمندان ۶۰ تا ۷۱ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی، خانه بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان همدان در طی سال های ۱۳۹۶ و سال ۱۳۹۷ بود که از این تعداد ۷۱۴ نفر به صورت در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از (۱) حداقل سن ۶۰ سال، (۲) حداکثر سن ۷۱ سال، (۳) محل زندگی در همدان، (۴) کسب نمره بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، (۵) کسب حداقل ۱ انحراف نمره بالاتر در آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی فولشتین و همکاران (۱۹۷۵)، (۶) توانایی درک و بیان زبان فارسی، (۷) تمایل برای شرکت در پژوهش بودند. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از (۱) اختلالات شناختی و نقص جسمی در میانه درمان، (۲) عدم تمایل به ادامه درمان. ۵۰۹ نفر از سالمندان مورد مطالعه زن و ۲۰۵ نفر از شرکت کنندگان مرد بودند، میانگین و انحراف معیار سنی افراد مورد مطالعه در گروه زنان برابر $63/97 \pm 3/33$ و در گروه مردان برابر $64/09 \pm 3/91$ بود و از نظر تحصیلات در (۵۵/۸۸۲) شرکت کنندگان تحصیلات نداشتند و (۳۴/۱۷۳) ۲۴۴ تحصیلات نهضت، (۲/۹۴۱) ۲۱ دارای تحصیلات ابتدایی، (۴/۲۰۱) ۳۰ دارای تحصیلات راهنمایی، (۱/۵۴۰) ۱۱ دارای دیپلم و (۱/۲۶۰) ۹ تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند که ۷ نفر معلم بازنشسته بودند.

ابزار پژوهش عبارت بود از: ۱. پرسشنامه سلامت عمومی. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) دارای ۴ زیرمقیاس است و هر زیر مقیاس ۷ عبارت دارد. زیر مقیاس‌های مذکور عبارت از علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی هستند. اعتباریابی آن در مطالعات مختلف شامل گلدبرگ و هیلر (۱۸) انجام شده است که دلالت بر پایایی و روایی بالای آن دارد. یافته‌های آنها نشان داد، پرسشنامه سلامت عمومی همسانی درونی مناسبی دارد. همچنین تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی، ۴ عامل در پاسخ‌های شرکت کنندگان شناسایی نمود و این چهار عامل ۶۰ درصد از واریانس کلی را تبیین کردند و طبق یافته‌ها همه ضرایب بالاتر از ۷۴ درصد بود و این یافته بر همسانی درونی مناسب این پرسشنامه حکایت دارد. نمره‌گذاری این پرسشنامه اینگونه است که از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به زیر مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط

به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳، تعلق می‌گیرد.

۲. آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی. این پرسشنامه توسط فولشتین و همکاران (۱۹) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال است که حیطه‌های شناختی، جهت‌یابی، ثبت (در حافظه)، توجه، محاسبه، حافظه، زبان و توانایی انجام دستورات ساده را ارزیابی می‌نماید. نمره کمتر از ۲۵ نشان دهنده اختلال شناختی است. در پژوهش بحیرایی (۲۰) پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج اعتبار باز آزمون نمره ۷۳٪ را نشان داد، همچنین نتایج نشان داد که آزمون با توجه به نمره ۱۸ می‌تواند با حساسیت ۹۵٪ و ویژگی ۹۷٪ بیماران دچار دمانس را از افراد بهنجار افتراق دهد.

قبل از اجرای پژوهش، پژوهشگر به کسب مجوزهای مورد نیاز برای این مداخله اقدام نمود و در طی آن، زمینه‌های همکاری از سوی سرای سالمندان برای انجام پژوهش فراهم شد. در ابتدا با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، افراد گروه نمونه مشخص شدند. پس از انتخاب افراد گروه نمونه و گرفتن رضایت‌نامه شخصی، افراد مورد بررسی به پرسشنامه سلامت عمومی و آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی پاسخ دادند. در نهایت از همکاری گروه نمونه تشکر شد. لازم به توضیح است که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر و یک همکار خوانده و پر شدند. برای تحلیل یافته‌ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و روش آماری کای دو استفاده شد. سطح معنی داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

از بین شرکت کنندگان پژوهش (۷۱/۲۸۸) ۵۰۹ سالمندان مورد مطالعه زن و (۲۸/۷۲۱) ۲۰۵ را مردان سالمند تشکیل دادند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه زنان برابر $63/97 \pm 3/33$ و در گروه مردان برابر $64/09 \pm 3/91$ بود. ۸۹ درصد افراد شرکت کننده زنان و ۹۴ درصد از مردان با همسرانشان زندگی می‌کردند و همسران ۱۱ درصد از فراد شرکت کننده زنان و ۶ درصد از مردان فوت کرده بودند. ۱ شرکت کننده زن نیز در سن ۱۹ سالگی بیوه شده و دیگر ازدواج نکرده بود. از نظر تحصیلات در (۵۵/۸۸۲) ۳۹۹ شرکت کنندگان تحصیلات نداشتند و (۳۴/۱۷۳) ۲۴۴ تحصیلات نهضت، (۲/۹۴۱) ۲۱ دارای تحصیلات ابتدایی، (۴/۲۰۱) ۳۰ دارای تحصیلات راهنمایی، (۱/۵۴۰) ۱۱ دارای دیپلم و (۱/۲۶۰) ۹ تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند که ۷ نفر معلم بازنشسته بودند. از این تعداد ۲۱٪ در ۱ سال اخیر در بیمارستان با میانگین ۲ روز بستری بودند.

جدول ۱: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سلامت عمومی سالمندان

متغیر / فراوانی	نشانه‌های جسمانی ۴۱۷			اضطراب و اختلال خواب ۴۶۰			نارسا کنشوری اجتماعی ۳۶۷			افسردگی ۴۲۸		
	فراوانی	درصد	p.v	فراوانی	درصد	p.v	فراوانی	درصد	p.v	فراوانی	درصد	p.v
جنس	زن	۲۸۸ (۷۱/۵۰۹)		۲۹۴	۱۷۶ (۴۱/۴۱)		۲۱۴	۹۷۱ (۲۹/۲۹)		۲۹۱	۷۵۶ (۴۰/۴۰)	
	مرد	۲۲۱ (۲۸/۲۰۵)		۱۲۳	۲۲۶ (۱۷/۲۲)		۱۵۳	۴۲۸ (۲۱/۴۲)		۱۳۷	۱۸۷ (۱۹/۱۸)	
سن	۶۰-۶۲	۱۴۵ (۱۴/۱۰۶)		۶۷	۲۸۳ (۹/۲۸)		۹۴	۱۶۵ (۱۳/۱۶)		۷۸	۹۲۴ (۱۰/۹۲)	
	۶۲-۶۴	۴۳۱ (۲۸/۲۰۳)		۱۰۱	۱۴۵ (۱۴/۱۴)		۵۶	۸۴۳ (۷/۸۴)		۱۰۲	۲۸۵ (۱۴/۲۸)	
	۶۴-۶۶	۲۴۹ (۲۳/۱۶۶)		۸۶	۴۴ (۱۲/۰۴)		۷۵	۵۰۴ (۱۰/۵۰)		۱۰۰	۰۰۵ (۱۴/۰۰)	
	۶۸-۶۶	۳۲۷ (۱۹/۱۳۸)		۷۳	۲۲۴ (۱۰/۲۲)		۷۸	۹۲۴ (۱۰/۹۲)		۱۰۲	۲۸۵ (۱۴/۲۸)	
	۶۸-۷۱	۱۴۵ (۱۴/۱۰۶)		۹۰	۳۰۵ (۱۲/۳۰)		۶۴	۹۶۳ (۸/۹۶)		۴۶	۴۴۲ (۶/۴۴)	
تحصیلات	بیسواد	۸۸۲ (۵۵/۳۹۹)		۲۰۹	۲۷۱ (۲۹/۲۷)		۱۳۳	۶۲۷ (۱۸/۶۲)		۲۸۲	۴۹۵ (۳۹/۴۹)	
	نهضت	۱۷۳ (۳۴/۳۴۴)		۱۶۸	۵۲۹ (۲۳/۵۲)		۲۰۰	۱۱۰ (۲۸/۰۱)		۱۲۳	۲۲۶ (۱۷/۲۲)	
	ابتدایی	۲۱ (۲/۹۴۱)		۱۶	۲۴۰ (۲/۲۴)		۹	۲۶۰ (۱/۲۶)		۳	۴۲۰ (۰/۴۲)	
	راهنمایی	۳۰ (۴/۲۰۱)		۱۲	۶۸۰ (۱/۶۸)		۱۱	۵۴۰ (۱/۵۴)		۱۴	۹۶۰ (۱/۹۶)	
	دیپلم	۱۱ (۱/۵۴۰)		۷	۹۸۰ (۰/۹۸)		۷	۹۸۰ (۰/۹۸)		۲	۲۸۰ (۰/۲۸)	
	بالاتر از دیپلم	۲۶۰ (۱/۲۶۰)		۵	۷۰۰ (۰/۷۰)		۷	۹۸۰ (۰/۹۸)		۴	۵۶۰ (۰/۵۶)	
سابقه بستری	بیماری مزمن	۲۶۶ (۱۵/۱۰۹)		۸۸	۳۳۴ (۱۲/۳۳)		۸۶	۴۴ (۱۲/۰۴)		۷۸	۹۲۴ (۱۰/۹۲)	
	غیرمزمن	۳۳۴ (۴۵/۳۳۴)		۱۸۶	۵۰ (۲۶/۰۵)		۱۲۲	۸۶ (۱۷/۰۸)		۱۶۵	۱۰۶ (۲۲/۱۰)	
	بیماری گاهگاهی	۳۵۵ (۳۹/۲۸۱)		۱۴۳	۲۰۸ (۲۰/۲۰)		۱۵۹	۲۶۸ (۲۲/۲۶)		۱۸۵	۹۱۰ (۲۵/۹۱)	

افسردگی دارند.

در پرسشنامه سلامت عمومی بیشترین درصد به ترتیب علائم جسمانی با (۵۸/۴۰۳) ۴۱۷، اختلال خواب و علائم اضطرابی با (۶۴/۴۲۵) ۴۶۰، علائم افسردگی با (۵۱/۴۰۰) ۳۶۷ و کارکرد اجتماعی (۵۹/۹۴۳) ۴۲۸ بودند.

نتایج میانگین‌ها در (جدول ۱) نشان می‌دهد که $41/176 \pm$

۲۹۴ نفر از زنان دارای نشانه‌های جسمانی، $42/156 \pm 301$ دارای اضطراب و اختلال خواب، $29/971 \pm 214$ نارسا کنشوری اجتماعی و $40/756 \pm 291$ افسردگی و $17/223 \pm 133$ نفر از مردان دارای نشانه‌های جسمانی، $22/268 \pm 159$ دارای اضطراب و اختلال خواب، $21/428 \pm 153$ نارسا کنشوری اجتماعی و $19/178 \pm 137$

جدول ۲: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با وضعیت روانی سالمندان

متغیر / فراوانی	جنس			سن						تحصیلات						سابقه بستری	
	زن	مرد	p.v	۷۱-۶۸	۶۸-۶۶	۶۶-۶۴	۶۴-۶۲	۶۲-۶۰	بیسواد	نهضت	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	بالاتر از دیپلم	بیماری مزمن		بیماری غیرمزمن
فراوانی	۲۲۵	۱۰۱		۱۳۸	۱۰۱	۱۶۶	۲۰۳	۱۰۶	۳۹۹	۲۴۴	۲۱	۳۰	۱۱	۹	۱۰۹	۳۲۴	۲۸۱
درصد	۳۱/۵۱	۱۴/۱۴		۱۸/۱۸	۱۴/۱۴	۲۳/۲۳	۲۸/۲۸	۱۴/۱۴	۲۳/۲۳	۱۷/۱۷	۱/۹۸	۱/۱۲	۱/۱۲	۰/۲۸	۸/۵۴۳	۱۹/۱۸۷	۱۷/۹۲۷
p.v	۰/۰۰۵			۰/۱۴۵					۰/۶۱					۰/۳۴			
فراوانی	۱۵۱	۹۸		۴۷	۵۸	۶۴	۶۴	۱۶	۱۰۴	۸۹	۲۳	۱۹	۸	۶۹	۹۷	۸۳	
درصد	۲۱/۴۸	۱۳/۲۵		۶/۱۲۲	۸/۱۲۳	۸/۹۶۳	۸/۹۳۶	۲/۲۴۰	۱۴/۴۵۶	۱۲/۴۶۴	۳/۲۱	۲/۶۶۱	۱/۱۲۰	۰/۸۴۰	۹/۶۶۳	۱۱/۶۲۴	
p.v	۰/۰۰۸			۰/۳۴					۰/۴۳					۰/۰۰۱			
فراوانی	۱۰۲	۱۰۷		۵۱	۴۷	۴۶	۳۷	۲۸	۱۰۷	۶۷	۱۴	۱۶	۳	۶۹	۳۷		
درصد	۱۴/۲۸۵	۱۴/۹۸		۷/۱۴۲	۶/۵۸۲	۶/۴۴۲	۵/۱۸۲	۳/۹۲۱	۱۴/۹۸۵	۹/۳۸۳	۱/۹۶۰	۰/۲۴۰	۰/۴۲۰	۰/۲۸۰	۹/۶۶۳	۵/۱۸۲	
p.v	۰/۰۰۱			۰/۱۴					۰/۴۱					۰/۰۴۱			
فراوانی	۹۴	۴۷		۴۳	۳۳	۲۴	۲۰	۳۱	۴۷	۵۶	۸	۱۱	۶	۴۷	۲۹	۶۵	
درصد	۱۳/۱۶۵	۶/۵۸۲		۶/۰۲۲	۳/۲۲۱	۳/۲۶۱	۲/۸۰۱	۴/۳۴۱	۷/۸۴۳	۷/۸۴۳	۱/۵۴۰	۱/۵۴۰	۰/۸۴۰	۰/۵۶۰	۶/۵۸۲	۹/۱۰۳	
p.v	۰/۰۱۴			۰/۰۰۳					۰/۷۸					۰/۲۱			
فراوانی	۱۳۵	۷۳		۴۰	۶۷	۴۶	۲۱	۳۴	۹۷	۷۹	۱۶	۱۱	۳	۶۹	۵۱	۸۸	
درصد	۱۸/۹۰۷	۱۰/۲۲۴		۵/۶۰۲	۹/۳۸۳	۶/۴۴۲	۲/۹۴۱	۴/۷۶۱	۱۳/۵۸۵	۱۱/۰۶۴	۲/۲۴۰	۱/۵۴۰	۰/۴۲۰	۹/۶۶۳	۷/۱۴۲	۱۲/۳۳۴	
p.v	۰/۲۴			۰/۲۸					۰/۰۸					۰/۴۵			

۱۷۵	۱۸۳	۴۷	۴	۲	۳	۱۱	۱۰۹	۲۷۶	۸۱	۷۹	۸۰	۸۶	۷۹	۱۲۰	۲۸۵	فراوانی	حافظه ۴۰۵
۲۴/۵۰۹	۲۵/۶۳۰	۶/۵۸	۰/۵۶۰	۰/۲۸۰	۰/۴۲۰	۱/۵۴۰	۱۵/۲۶۶	۳۸/۶۵۵	۱۱/۳۴۴	۱۱/۰۶۴	۱۱/۲۰۴	۱۲/۰۴۴	۱۱/۰۶۴	۱۶/۸۰۶	۳۹/۹۱۵	درصد	
-/۱۴			-/۱۳						-/۴۹				-/۰۰۱		p.v		
۱۷۵	۱۸۳	۴۷	۴	۲	۳	۱۱	۱۰۹	۲۷۶	۸۱	۷۹	۸۰	۸۶	۷۹	۱۲۰	۲۸۵	فراوانی	زبان و توانایی دستورات
۲۴/۵۰۹	۲۵/۶۳۰	۶/۵۸	۰/۵۶۰	۰/۲۸۰	۰/۴۲۰	۱/۵۴۰	۱۵/۲۶۶	۳۸/۶۵۵	۱۱/۳۴۴	۱۱/۰۶۴	۱۱/۲۰۴	۱۲/۰۴۴	۱۱/۰۶۴	۱۶/۸۰۶	۳۹/۹۱۵	درصد	
-/۱۴			-/۱۳						-/۴۹				-/۰۰۱		p.v		

از حدود ۳/۵٪ در دهه ۶۰ به ۱/۳٪ در سال ۱۳۹۰ و نسبت افراد ۶۰ سال و بالاتر از ۳/۲٪ در سال ۱۳۳۵ به ۸/۲۶٪ در سال ۱۳۹۰ برسد. پیش‌بینی شده در صورت ادامه روند شاخص‌های باروری، بیش از ۲۰٪ جمعیت ایران در سال ۲۰۵۰ سالمند باشند (۲۲).

نتایج پژوهش نشان داد، اکثر سالمندان مورد مطالعه را زنان تشکیل دادند و ۳ برابر مردان به مراکز درمانی مراجعه کردند که با مطالعه آهنگری، ارجمندحسابی و کمالی (۶) همخوانی دارد اما با مطالعه حبیبی و همکاران (۱۲) همخوانی ندارد و این مطالعه نشانگر این بود که بیشتر مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی را مردان تشکیل دادند ولی این پژوهش در سالمندان انجام شده است که میزان مراجعه به پزشک را بررسی کرده اند ولی پژوهش فعلی بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات درمانی انجام گرفته است که روی بیماران سرپایی است که مراجعه می‌کنند. نتایج پژوهش هیکنه (۲۳) نشان داد که ناتوانی و انتقال به سرای سالمندان و مراکز نگهداری بیماری‌های جسمانی را افزایش می‌دهد.

اگرچه افزایش سن و امید به زندگی یک خبر خوب به حساب می‌آید، اما معمولاً با کاهش توان فیزیکی و فیزیولوژیکی و همچنین افزایش شانس ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، روحی و ناتوانی همراه است که موجب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (۲۲) و در اغلب جوامع، سالمندان با بیشترین خطر کاهش توانایی‌های جسمی، روانی و شناختی روبرو هستند و با احتمال بیشتری جهت حفظ سلامت، عملکرد و خودکفایی به حمایت‌های رسمی یا غیررسمی وابسته می‌گردند (۲۴).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین مشکل سلامتی سالمندان به ترتیب علائم جسمانی، اختلال خواب و علائم اضطرابی، علائم افسردگی و با کارکرد اجتماعی بودند، مطالعه صادقان و همکاران (۱۳) شایع‌ترین مشکل سلامتی سالمندان ۹۰/۸ درصد مشکلات دهان و دندان بود، ۴۴/۷ درصد سالمندان مشکلات خواب، ۲۳ درصد مشکلات شنوایی، ۶۲ درصد مشکلات بینایی، ۴۵/۲ درصد مشکلات پا، ۲۱/۷ درصد یبوست، ۴۵/۳ درصد اختلال حافظه، ۱۴/۸ درصد مشکلات دستگاه ادراری و ۴۳ درصد دارای استرس بالاتر از متوسط بودند.

نتایج میانگین‌ها در (جدول ۲) نشان می‌دهد که در ارتباط با وضعیت روانی سالمندان بیشترین درصد به ترتیب اختلالات حافظه و زبان و توانایی دستورات با (۵۶/۷۲۲۶) ۴۰۵، حیطه‌های شناختی با (۴۵/۶۵۸) ۳۲۶، جهت یابی با (۳۴/۸۷۳) ۲۴۹، ثبت (در حافظه) با (۲۹/۲۷۱) ۲۰۹ و محاسبه با (۲۹/۱۳۱) ۲۰۸ و توجه (۱۹/۷۴۷) ۱۴۱ بودند.

بحث

شناخت وضعیت سلامت سالمندان می‌تواند در تدوین برنامه‌های کاربردی و زیربنایی جهت این گروه از جامعه مؤثر واقع گردد. در خصوص وضعیت سلامت جسمانی شایع‌ترین مشکلات به ترتیب علائم جسمانی، اختلال خواب و علائم اضطرابی، علائم افسردگی و با کارکرد اجتماعی بودند و در ارتباط با وضعیت روانی سالمندان بیشترین درصد به ترتیب اختلالات حافظه و زبان و توانایی دستورات، حیطه‌های شناختی، جهت یابی، ثبت (در حافظه) و محاسبه و توجه بودند.

پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (۱۱). از طرفی رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند یک چالش مهم محسوب می‌گردد. سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است، که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد (۲۱).

با توجه به اینکه، کشور ایران نیز بعنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، طی دهه‌های اخیر تغییرات مشابهی را در بار بیماری‌ها و ساختار جمعیت خود تجربه کرده است. اجرای برنامه‌های توسعه در بخش آموزش و سلامت بخصوص بعد از انقلاب اسلامی، باعث کاهش بار بیماری‌های عفونی و مرگ و میر ناشی از آن گردید. اجرای برنامه کنترل مولید نیز باعث گردید که ضریب رشد جمعیت

سالمندان مورد مطالعه با توانایی آنها در انجام فعالیت های روزمره زندگی و عملکرد فیزیکی ارتباط معنی داری وجود داشت، به این صورت که سالمندان با تحصیلات بالاتر و با سن کمتر از نظر انجام فعالیت های روزمره استقلال بیشتری و در عملکرد فیزیکی محدودیت کمتری داشتند. به نظر می رسد در سنین بالاتر سالمندی بروز ناتوانی ها بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت های جسمانی ظاهر می شود. احتمالاً با توجه به اینکه با افزایش سن توانایی عملکردی سالمندان کاهش پیدا می کند و همچنین شانس ابتلا به بیماری های مزمن و محدود کننده بیشتر می شود، لذا رابطه معکوس سن با توانایی انجام فعالیت های روزمره و عملکرد فیزیکی محتمل می باشد. همچنین تحصیلات بالاتر به افراد سالمند کمک می کند که در رویارویی با برخی موقعیتهای دشوار سالمندی تصمیمات بهتری اخذ کنند و در نتیجه از سطح سلامت بالاتری برخوردار بوده و توانایی بالاتری در انجام فعالیت های روزمره و عملکرد فیزیکی مناسب خواهند داشت. همچنین بین سابقه بستری و بیماری های جسمانی و روانی رابطه آماری معنی دار مشاهده گردید.

نتیجه گیری نهایی

توجه به روند افزایشی جمعیت سالمندان توجه به سلامت، کاهش ناتوانیها و ارتقای کیفیت زندگی آنها ضروری است. همچنین تلاشها در برخورد با مسائل سلامتی سالمندان بایستی بیشتر به تفاوت های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی معطوف شود، که این یک استراتژی مهم برای کاهش اینگونه تفاوتها و به تعویق انداختن اختلال در سلامتی، ناتوانی و مرگ و میر می باشد. نیازهای رو به رشد جمعیت سالخورده مستلزم سیاستگذاری های بیشتر، خصوصاً در زمینه مراقبت و درمان و ترویج شیوه زندگی سالم و محیط حمایتی می باشد. در این بین انجام پژوهش های مشابه برای ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان به همراه برنامه ریزی برای انجام انواع فعالیت های فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و ورزشی در قالب کار تیمی و گروهی در جهت حفظ استقلال آنها پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

در آخر از تمامی سالمندانی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و همچنین مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی، خانه بهداشت و مراکز بهداشتی شهرستان همدان تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Teymoori F, Dadkhah A, Shirazikhah M. Social Welfare and Health (Mental, Social,

جغتی و همکاران (۲۵) در مطالعه ای با عنوان بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان در سال ۱۳۸۳ که به صورت توصیفی در افراد ۵۵ سال و بالاتر انجام گرفت نشان دادند بیماری های عضلانی اسکلتی و قلبی عروقی شایع ترین مشکل ۴۱/۷ درصد می باشند.

در ایران قنبری و همکاران مطالعه ای بر روی سالمندان شهر مشهد انجام داده اند و میانگین سلامت روان سالمندان مقیم خانواده را ۲۵/۹۱ به دست آوردند که قرابت زیادی با نتیجه مطالعه حاضر دارد (۲۶). پاشا و همکاران نیز در پژوهش، میزان سلامت روان سالمندان را ۴۴/۱۴ گزارش نمودند که ناهمسو بودن نتایج این تحقیق با نتیجه آنان را می توان ناشی از نمونه آماری متفاوت آنان (سالمندان خانه های سالمندی) دانست (۲۷).

دیگر نتایج مطالعه نشان می دهد که سلامت روان و حمایت اجتماعی زنان و مردان سالمند یکسان می باشد. یافته سعادت، افراسیابی فر، مبارک و فرارویی (۲۸) نیز این یافته پژوهش را تأیید می نماید. با این حال نتایج مطالعه وایلگاس و همکاران حمایت اجتماعی دریافتی توسط زنان را بیشتر گزارش نموده است (۲۹). نکته قابل توجه در بررسی متون تفاوت های جنسیتی در حمایت های اجتماعی سالمندان، گوناگونی نتایج گزارش شده است که می تواند به دلیل تفاوت های فرهنگی باشد. یافته های پژوهش نشان دادند که سالمندان متأهل سلامت روان بالاتری نسبت به سالمندان بیوه و مطلقه/ متارکه دارند. این یافته مطالعه با یافته های تحقیق وحدانی نیا و همکاران و سیمون و همکاران همسو می باشد (۳۰، ۳۱). دلیل این یافته می تواند از بین رفتن سیستم حمایتی در خانواده و بروز انزوا و احساس تنهایی در سالمندان بوده که تهدید جدی برای سلامت روانی و جسمی آن ها می باشد (۱۷).

صادقیان (۱۳)، نشان می دهد که تقریباً ۲۰٪ سالمندان ۷۰ سال به بالا و ۵۰٪ افراد ۸۰ سال به بالا مشکلاتی را در فعالیت های زندگی روزمره گزارش نموده اند. عزیزاده (۷) در پژوهش خود نشان داد، اکثریت سالمندان ایرانی مهاجر در استرالیا دارای حد متوسطی از نشانه های اضطراب و افسردگی بودند و بیش از نیمی از آنان سطح متوسطی از احساس سلامتی و نشاط روانی را ابراز نمودند و مطالعه نجاتی (۳۲) در شهر قم میزان افسردگی را برای سالمندان مورد مطالعه ۴۸/۳ درصد به دست آورده بود.

علاوه بر این نتایج پژوهش نشان داد، بین سن و تحصیلات

Physical) Status of aged people in Iran. Middle East Journal of Age and Ageing. 2006; 3 (1): 39-45. (Persian).

2. Mohagheghi Kamal SH, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. Need assessment among the elders of social security Organization & national retirement fund. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3 (7): 8-15. (Persian).
3. Rostami M, Rasouli M, kasae A. Comparison of the effect of group counseling based on Spirituality-based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Demoralization of the Elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2019; 4 (3): 165-178. (Persian).
4. Maryam Nikkhah, Majideh Heravi-Karimooi, Nahid Rejeh, Hamid Sharif Nia, Ali Montazeri. Measuring quality of life in elderly populations: a review of instruments used. *Payesh*. 2017; 16 (3): 303-314. (Persian).
5. Khoshbin S. Primary health care for and adult in Iran. Office of Family Health and Population. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2007. (Persian).
6. Ahangari M, Arjmand Hesabi M, Kamali M. Quality of elderly's life in Tehran senile culture house clubs. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2 (3): 182-189. (Persian).
7. 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. (Persian).
8. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and Disease*. 2012; 3 (6): 465-471.
9. American Psychological Association. Facts about depression in older adults. Washington, DC: Author; 2013.
10. Maghsoudnia SH. Primary health care for elderly in Iran. 1st ed. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006. (Persian).
11. Paknejad B, Jandaghi J, Rahmani KH. An outline of geriatrics medicine. 4th ed, Tehran: Nafis Press; 2006. (Persian).
12. Habibi Al, Savadpoor M, Molaei B, Samshiri M, Ghorbani D. Survey of physical functioning and prevalence of chronic illnesses among the elderly people. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4 (13): 67-77. (Persian).
13. Sadeghian A. Health status of elderly people in Shahrod city, *Journal of Salmand*. 2011; 6 (20): 26-30. (Persian).
14. Shalamzari A, Ezhey J, Fallah P, Kiamanesh A. The role of social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years old. *J Psychol*. 2002; 6 (2):115 - 133. (Persian).
15. Okabayashi H, Liang J, Krause N, Akiyama H, Sugisawa H. Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference?. *Soci Sci Med*. 2004; 59 (11): 2259 -2270.
16. Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women?. *J Aging Health*. 2014; 26 (4): 663-678.
17. Nabavi S, Alipour F, Hejazi A, Rabani E, Rashedi V. Relationship between social support and mental health in older adults. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014; 57 (7):841-846. (Persian).
18. Malakooti S, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Ebrahimi A, et al. Assessment of validity, reliability and factor analysis of GHQ-28 in Iranian elderly. *Iranian J Aging*. 2006; 1 (1):11-21. (Persian).
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975; 12 (3):189-198.
20. Bahrain A. Preliminary Examination of Performance. A brief examination of the psychological state of the elderly with dementia. Proceedings of the review of issues of aging in Iran and the world. Tehran: Book Publishing; 2000.
21. Marais S, Conradie G, Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa, *International Journal of Older People Nursing*. 2006; 1 (3): 186-9.
22. Borhaninejad V, Momenabadi V, Hosseini S, Mansori T, Sadeghi A, toroski M. Health

- physical and mental status in the elderly of Kerman. JNKUMS. 2015; 6 (4): 715-725. (Persian).
23. Heikkinen E. Functional capacity and health of elderly people -the Evergreen project, Scandinavian Journal of Social medicine supplement. 1997; 53 (3): 18-21.
 24. Morovatisharifabad MA, Ghofranipour FA, 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): 23-9. (Persian).
 25. Joghatayi MT, Nejati V. Health status of elderly people in Kashan city. Salmand Iranian Journal of Ageing. 2006; 1(1): 3-10.
 26. Ghanbari B, Abadi H, Mojarrad-Kahani A, Ghanbari M, Abadi H. The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial wellbeing. J Res Rehabil Sci. 2013; 8 (6): 1123-1131.
 27. Pasha G, Safarzadeh S, Meshak R. General Health and social support in two groups of elders living in nursing homes and with families. Family Res. 2007; 3(9):503-517.
 28. Sadat S, Afrasiabifar A, Mobaraki S, Fararoei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health status of the elderly people of Yasouj, Iran, 2008. Armaghan Danesh. 2012; 16 (6):567-577.
 29. Villegas SG, de Oca Zavala VM, Guillén J. Social support and social networks among the elderly in Mexico. J Popul Age. 2014; 7(2):143-159.
 30. Vahdaninia M, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. Payesh. 2005; 4 (2):113-120.
 31. Simon M, Chen R, Dong X. Gender differences in perceived social support in US Chinese older adults. J Gerontol Geriatr Res. 2014; 3 (4): 163-172.
 32. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom, JQUMS. 2007; 13(1): 67-72.