

بررسی وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن

سمیه جهانشیری* / دکتری علوم تربیتی، مدیر جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی
محسن رجبی / کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی
افشان محمدقشقای / کارشناسی ارشد روان‌شناسی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی علوم پزشکی شهید بهشتی

* jahanshiri.jdsbm.ac@gmail.com

doi: 10.30496/JREST.2020.105002

چکیده:

سلامت روان می‌تواند در بهبود و ارتقاء سلامت سالمندان و دستیابی به سالمندی موفقیت آمیز، بسیار مفید واقع گردد. از این رو در این پژوهش برآن شدیم تا به بررسی وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن پردازیم. این مطالعه از نظر نوع مطالعه، توصیفی - تحلیلی و از نظر زمانی، مقطعی می‌باشد. تعداد افراد مورد مطالعه ۱۱۴۷ نفر است که به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از میان افراد ۶۰ سال به بالای در ۶۳ محله شهری در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها به کمک سنج کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سالمندان و سنج میزان رضایت از زندگی در سالمندان، انجام گردید. توزیع پاسخگویان سالمندان از نظر شاخص روان سالم نشان می‌دهد که سلامت روانی نزدیک به نیمی از پاسخگویان در حد متوسط است. هر چه میزان رضایت از زندگی و میزان فعالیت در سالمندان بالاتر باشد، سطح سلامت روان بالا می‌باشد. مردان سالمند در مقایسه با زنان سالمند، دارای سطح روان سالم بالاتری هستند. سالمندان ساکن در خوشه شمال نسبت سایر خوشه‌ها از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. سلامت روان، در میان سالمندان تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی از سالمندان فاقد بیمه پایه و تکمیلی بالاتر است. متغیرهای وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد فرزند، همراهان زندگی، نحوه اقامت، وضعیت مسکن، سطح درآمد خانواده، وضعیت اشتغال نیز با متغیر سلامت روان در ارتباط هستند. با تقویت شبکه ارتباطات سالمندان از طریق مشارکت و فعالیت بیشتر آنها در کانون‌های گرم خانواده و محلات شهری و ایجاد امکانات رفاهی و بیمه‌ای برای آنها می‌توان سلامت روانی این قشر از جامعه را که رو به فزونی هستند، ارتقاء بخشید.

واژگان کلیدی: سلامت روان؛ شهر تهران؛ رضایت از زندگی سالمندان؛ میزان فعالیت سالمندان

Assessment of mental health status of elderly people in Tehran and its related factors

Somayeh Jahanshiri \ PhD in Educational Sciences, Director of Shahid Beheshti University of Medical Sciences Jihad

Mohsen Rajabi \ Master of Sociology, Researcher of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Afshan Mohammad Qashqai \ Master of Psychology, Researcher of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Abstract:

Mental health can be very helpful in improving the health of the elderly and achieving successful aging. Therefore, in this study we aimed to investigate the mental health status of the elderly in Tehran and its related factors. This study is descriptive-analytical and cross-sectional in terms of study type. The study population was 1147 individuals who were selected through stratified and multistage cluster sampling from among individuals aged 60 and over in 63 urban neighborhoods in 22 districts of Tehran. The data were collected using the Elderly Health Quality of Life Index and Elderly Satisfaction Index.

The distribution of Elderly respondents in terms of Healthy Mental Index shows that mental health is close to half of the respondents. The higher the life satisfaction and activity in the elderly, the higher the level of mental health. Older men have a higher level of mental health than older women. Elderly people living in the northern cluster have higher mental health than other clusters. Mental health is higher among seniors with basic and supplemental insurance than those without basic and supplemental insurance. Marital status, education, number of children, living companion, residence, housing status, family income level, and employment status were also correlated with mental health variables. Strengthening the elderly's communication network by increasing their participation and activity in the hot spots of family and urban neighborhoods and providing them with amenities and insurances can enhance the mental health of this growing community.

Keys word: Mental Health, Tehran City, Elderly Life Satisfaction, Elderly Activity Rate

۱- مقدمه و بیان مسئله

پیرشدن جمعیت برای کشورهایی که به دنبال فراهم آوردن امنیت و رفاه برای تعداد رو به رشد افراد سالمند خود هستند، چالشی واقعی محسوب می‌شود (تاج مزینانی و لاریجانی، ۱۳۹۴: ۵۹). ایران در دهه‌های آینده به یکی از سالخورده‌ترین کشورهای در حال توسعه تبدیل خواهد شد و سرعت سالخوردگی آن همچون سرعت کاهش باروری، منحصر به فرد خواهد بود (ضرغامی، ۱۳۸۹: ۱۵). در نیم قرن گذشته، مسئله جوانی جمعیت در ایران محوریت داشته و در نیم قرن آتی به تدریج مسئله سالخوردگی جمعیت و تمرکز نسبی بر سنین میان‌سالی، نمود و محوریت خواهد داشت (مطیع‌حق شناس، ۱۳۹۰: ۱۳۳-۴۷). هرچند ایران هنوز به نسبت دارای جمعیت جوانی است، پیش‌بینی می‌شود که جمعیت سالمندان در طی کمتر از ۲۰ سال آینده دو برابر شود (تاج‌جور و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس نتایج سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰، حدود ۸٫۲٪ جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند. این میزان نسبت به سرشماری‌های گذشته نشان دهنده رشد ۴٫۲۳ درصدی جمعیت سالمندان در مناطق شهری است و پیش‌بینی می‌شود که نسبت سالمندان ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۳۱٪ افزایش یابد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰).

سالمندان به خاطر مسائلی چون بازنشستگی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، ضعف قوای جسمانی، عدم استقلال مالی، از دست دادن نزدیکان و احساس تنهایی، طردشدگی و همچنین فشار ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی افراد منجر می‌شود، تحت فشار روانی زیادی هستند که ممکن است باعث انزوای آن‌ها از جامعه شود (شجاع و همکاران، ۱۳۹۰: ۸۲) و (تاج مزینانی و لاریجانی، ۱۳۹۴: ۵۹). اختلالات روان شناختی مانند افسردگی، اضطراب به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی، در میان سالمندان متداول می‌باشد (نجفی، ۱۳۹۲: ۹۰-۸۱). بررسی‌های علمی نشان می‌دهد که با افزایش عمر انسان، ناراحتی‌های روانی نیز افزایش می‌یابد. سلامت روانی در تمامی رفتارهای فردی و اجتماعی افراد به عنوان عاملی مؤثر دخیل است و اگر سلامت روانی در انسان با مشکلی روبرو شود، نه تنها زندگی فردی شخص را با مشکل رو به رو می‌سازد، بلکه سایر افرادی که با او در تعامل می‌باشند، نیز از این آسیب در امان نخواهند بود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۴۰-۴۳۱).

سلامت روان حالتی است که در آن فرد از توانایی‌های خود آگاه است و می‌تواند از عهده استرس‌های طبیعی زندگی‌اش برآید و همچنین می‌تواند کار کند و با جامعه خود ارتباط برقرار نماید. سلامت روان شاخص مهمی در وضعیت سلامت فرد سالمند است و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفقیت آمیز و برخوردار از کیفیت زندگی دارد (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۱-۳۲). سلامت روانی تنها فقدان اختلال روانی نیست، بلکه سطحی از سلامتی است که در آن افراد از توانایی برقراری ارتباط مناسب با محیط فردی و اجتماعی خود، برخورد منطقی با تعارض‌ها و تنیدگی‌های زندگی و حل آن‌ها به شیوه‌ای سودمند و مناسب برخوردارند (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۸-۱۳۹). فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است، می‌تواند با حوادث روز افزون و مشکلات زندگی مقابله کند؛ اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در جامعه داشته باشد. سلامت روان زمینه رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی را فراهم می‌کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس می‌شود. عملکرد موفقیت آمیز کارکردهای ذهنی و در نتیجه انجام فعالیت‌های سازنده، داشتن روابط مناسب با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و رویارویی مؤثر با حوادث ناگوار زندگی همه از پی آمدهای داشتن سلامت روانی محسوب می‌شود (کاوه، ۱۳۹۱).

روابط و پیوندهای اجتماعی عامل ارتباطات عاطفی در بین افراد بوده و باعث احساس امنیت بیشتر می‌شوند و از این طریق سلامت روان‌شان ارتقاء می‌یابد. هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد، آن جامعه سالم‌تر خواهد بود. همچنین کاهش بار بیماری‌های روانی و ارتقای سلامت روان، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می‌دهد. این مسأله در خصوص سالمندان به خاطر شرایط خاص جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار است، تا آنجا که می‌توان با افزایش سلامت روان و سرمایه اجتماعی سالمندان حتی هزینه‌های صرف شده برای سلامت سالمندان^۱ را کاهش داد (شجاع و همکاران، ۱۳۹۰: ۸۲).

افسردگی یکی از ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های شناخته شده است و بر اساس آمار شایع‌ترین اختلال روانی در بین سالمندان ایالات متحده است. مطالعات داخلی نیز شیوع این اختلال روانی را در میان سالمندان ایرانی بسیار بالا دانسته‌اند (جغتایی و نجاتی، ۱۳۸۷: ۱۰-۳) و (منظوری و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۷-۳۳). برای مثال نجاتی و همکاران

در مطالعه وضعیت سلامت سالمندان استان قم، میزان افسردگی سالمندان را ۴۸٫۳ و میزان اضطراب آن‌ها را ۸۶٫۷ گزارش کرده‌اند (نجاتی، ۱۳۸۹: ۸۲-۷۷). احساس اضطراب، یکی از اختلالات شایع در تمامی سنین به خصوص سالمندان است (نجفی، ۱۳۹۲: ۹۰-۸۱). نتایج مطالعه‌ای در میان سالمندان شهر تهران نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان تهرانی دچار اختلالات سلامت روان شامل اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی بودند که نزدیک به دو سوم زنان سالمند و کمتر از نیمی از مردان سالمند در شهر تهران دچار این اختلالات بودند. این افزایش شیوع می‌تواند به سبب کاهش حمایت‌های خانوادگی، افزایش عوامل تنش‌زا و مشکلات اقتصادی و اجتماعی بیشتر در شهرهای بزرگ باشد (نجفی، ۱۳۹۲: ۹۰-۸۱).

متغیر رضایت از زندگی نیز در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی وجود دارد (ملندز^۲ و همکاران: ۲۰۰۹: ۲۹۱).

در پژوهش حاضر سلامت روان سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفت. مطالعات انجام شده در این زمینه محدود به سالمندان برخی از مناطق شهر تهران بوده است. در این مطالعه سالمندان تمامی مناطق ۲۲ گانه وارد مطالعه شده است، تا مقایسه بین مناطق نیز امکان پذیر باشد. بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰، ۱۵٪ از تعداد کل سالمندان کشور (۶،۱۵۹،۶۷۶ نفر) در شهر تهران سکونت دارند. همچنین میزان سالمندان شهر تهران نسبت به کل جمعیت این شهر ۱۱٪ درصد است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). نتایج این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی و بهبود کیفیت زندگی این قشر رو به گسترش جامعه مفید واقع گردد.

۲- روش بررسی

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی، از نوع مقطعی بود. نمونه پژوهش این تحقیق مشتمل بر افراد ۶۰ سال به بالا بود که در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران زندگی می‌کردند. حجم نمونه این تحقیق با استفاده از فرمول کوکران و $d=0.03$ ، ۱۰۶۷ نفر محاسبه گردید که در نهایت با اختصاص حداقل ۳۰ نفر در هر منطقه شهری، تعداد نمونه نهایی ۱۱۴۷ نفر در نظر گرفته شد.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه در مرحله اول از نوع طبقه‌ای متناسب و در مرحله دوم از نوع خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بدین ترتیب ابتدا تعداد افراد ۶۰ سال به بالای همه مناطق

۲۲ گانه شهر تهران بر اساس نتایج آخرین سرشماری نفوس و مسکن (۱۳۹۰)، استخراج گردید و پس از برآورد حجم نمونه، تعداد نمونه هر منطقه به نسبت تعداد جمعیت سالمندان منطقه، تخصیص داده شد. سپس از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای برای رسیدن به تعداد نمونه مورد نظر در هر منطقه استفاده شد. بدین ترتیب با لیست نمودن محلات شهری در هر منطقه، با توجه به حجم نمونه آن منطقه، ابتدا چند محله شهری به روش تصادفی انتخاب شد، سپس نقشه محلات منتخب تهیه شد و از هر محله دو بلوک جهت مراجعه حضوری پرسشگران انتخاب شدند. در مجموع ۶۳ محله از میان ۲۲ منطقه شهر تهران جهت بررسی انتخاب شدند. آموزش‌های لازم در مورد مصاحبه و تکمیل پرسشنامه به همراه نقشه بلوک و محلات، به ۸ پرسشگر ارائه شد. از هر بلوک ۱۰ نمونه در صورت دارا بودن مشخصات واحدهای پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش شرکت داده شدند. نقطه شروع در هر بلوک از ضلع شمال شرقی بود و زنگ‌های منازل مسکونی با فاصله منظم (۵ تایی)، انتخاب شدند. درون هر بلوک، از هر خانوار نیز تنها با یک سالمند مصاحبه شد. از افرادی که قادر به همکاری نبودند و یا تمایل نداشتند، صرف‌نظر و از خانوار مجاور، نمونه‌گیری می‌گردید. پرسشگران موظف بودند با خود سالمندان مصاحبه نمایند و نحوه پرسشگری ایشان توسط ناظران مورد بررسی قرار گرفت. در صورت به حد نصاب نرسیدن تعداد افراد نمونه در یک بلوک به دلیل عدم وجود سالمند و یا عدم همکاری، مراتب از طریق پرسشگران اطلاع‌رسانی می‌شد و بلوک جایگزین برای جبران نمونه باقی‌مانده در نظر گرفته می‌شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. جهت بررسی کیفیت زندگی، از پرسشنامه طراحی شده توسط آقای درویش پور و همکاران (۱۳۹۱)، استفاده شد. این پرسشنامه با رعایت اصول علمی و بر اساس مفهوم کیفیت زندگی در فرهنگ ایران طراحی و دارای اعتبار و پایایی بالا جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان می‌باشد (درویش پور و همکاران، ۱۳۹۱: ۳۷-۳۰). پرسشنامه دارای ۵۱ عبارت در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت در شش حیطه است. در این مطالعه، سلامت روان با هشت گویه برای بررسی نتایج این مطالعه استفاده شده است. جهت سنجش رضایت از زندگی سالمندان نیز از مقیاس رضایت از زندگی Z استفاده شد. برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ با همکاری دانشگاه شیکاگو طراحی شده است. این پرسشنامه در سال ۱۳۶۹ مورد تجدید نظر قرار

گرفت و در بسیاری از مطالعات استفاده شده است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۱-۲۰). نسخه فارسی این پرسشنامه بر اساس مطالعه تقریبی و همکاران در سال ۱۳۸۶، ابزاری پایا و روا است (تقریبی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۳-۵). این مقیاس دارای ۱۳ عبارت شامل دیدگاه سالمند در مورد وضعیت وی در مقایسه با دوران جوانی، وضعیت وی در مقایسه با سایر افراد، کارهای گذشته و حال، برنامه ریزی برای آینده و دستیابی به خواسته‌ها، می‌باشد. متغیر میزان فعالیت فرد سالمند نیز در قالب یک طیف لیکرت ۴ عبارتی محقق ساخته شامل میزان شرکت در فعالیت‌های مذهبی، هنری، ورزشی و گردش و تفریح؛ سنجیده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون تی، آنوا و همبستگی پیرسون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS ۲۲، استفاده شد. تمام مقادیر در سطح $p \leq 0,05$ ، معنی‌دار در نظر گرفته شد.

۳- یافته‌ها

اطلاعات مربوط به این پژوهش در مورد ۱۱۴۷ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر مناطق ۲۲ گانه شهر تهران به دست آمد. میانگین سنی واحدهای پژوهش ۷۰ سال بود که کمترین مورد ۶۰ و بیشترین مورد ۹۷ سال داشت. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۶۹،۵٪)، مرد (۵۵٪)، بیش از ده سال ساکن در شهر تهران (۵۹٪)، متأهل (۶۹،۹٪) و دارای سواد ابتدایی (۳۶،۷٪) بودند. همچنین ۹۳،۷٪ دارای بیمه پایه و ۵۹،۶٪ دارای بیمه تکمیلی بودند. ۳۸٪ با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند، ۵۵،۹٪ از نظر نحوه اقامت هم‌سکنی بودند و ۸۱،۹٪ دارای مسکن شخصی بودند. ۵۲،۱٪ بازنشسته و ۳۷،۷٪ نیز از درآمد یک تا دو میلیون برخوردار بودند.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (۱۱۴۷ نفر)

متغیر	زیرگروه	فراوانی (درصد)
سن	۶۰ تا ۷۴	۷۹۷ (۶۹،۵)
	۷۵ تا ۸۵	۲۸۲ (۲۴،۶)
جنسیت	مرد	۶۸ (۵،۹)
	زن	۶۳۱ (۵۵)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۷ (۱،۵)
	مطلقه	۸۰۲ (۶۹،۹)
	همسر فوت شده	۱۳ (۱،۱)
		۳۱۱ (۲۷،۱)

بیمه درمانی	دارد	۱۰۷۵ (۹۳،۷)
	ندارد	۷۰ (۶،۱)
همراهان	همسر	۳۶۰ (۳۱،۴)
	تنها	۱۵۴ (۱۳،۴)
	همسر و فرزند	۴۳۶ (۳۸)
	فرزند	۱۶۸ (۱۴،۶)
	اقوام	۲۱ (۱،۸)
مسکن	شخصی	۹۳۹ (۸۱،۹)
	استیجاری	۱۳۲ (۱۱،۵)
	فرزندان و اقوام	۵۴ (۴،۷)
	سایر	۸ (۰،۷)
مدت سکونت در تهران	از ابتدای تولد	۴۰۴ (۳۵،۲)
	بیش از ده سال	۶۷۶ (۵۹)
	زیر ده سال	۳۳ (۲،۹)
نحوه اقامت	با فاصله	۳۲۵ (۲۸،۳)
	هم‌سکنی	۶۴۱ (۵۵،۹)
	هم‌جوار	۱۴۷ (۱۲،۸)
تحصیلات	بی‌سواد	۳۳۷ (۲۹،۴)
	ابتدایی	۴۲۱ (۳۶،۷)
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۵۶ (۲۲،۳)
	لیسانس و بالاتر	۱۳۰ (۱۱،۳)
بیمه تکمیلی	دارد	۶۸۴ (۵۹،۶)
	ندارد	۳۸۶ (۳۳،۷)
وضعیت شغلی	بیکار	۲۱ (۱،۸)
	از کار افتاده	۸۵ (۷،۴)
	خانه دار	۳۲۸ (۲۸،۶)
	بازنشسته	۵۹۸ (۵۲،۱)
	شاغل	۹۳ (۸،۱)
میزان درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزار	۱۲۲ (۱۰،۶)
	۵۰۰ هزار تا یکم	۴۲۲ (۳۶،۸)
	یک تا دو میلیون	۴۳۲ (۳۷،۷)
	بالای دو میلیون	۱۱۸ (۱۰،۳)

بررسی متغیر جنسیت به تفکیک همراهان زندگی و وضعیت تأهل نشان می‌دهد که سالمندان تنه‌ازی و سالمندان همسر فوت شده بیشتر در میان زنان سالمند هستند.

توزیع پاسخگویان سالمندان از نظر شاخص سلامت روان نشان می‌دهد که سلامت روانی نزدیک به نیمی از پاسخگویان در حد متوسط است. ۴۲،۳ درصد از پاسخگویان از سلامت روان بالایی و تنها ۱۰،۵ درصد از سلامت روان پایینی برخوردارند. میانگین نمرات این شاخص نیز ۲۷،۸۳ است که در بازه نمرات حداقل ۸ تا حداکثر ۴۰ به دست آمده است.

میانگین شاخص سلامت روان در میان سالمندان مناطق بیست و دو و دو شهر تهران به ترتیب با ۳۳,۳۷ و ۳۳,۲۳ دارای بیشترین میزان است. منطقه نه با میانگین ۲۳,۱۰ و پس از آن منطقه هفت با میانگین ۲۳,۴۰ دارای کمترین میزان در شاخص سلامت روان است. میزان اختلال سلامت روان در هر یک از گویه‌های مورد بررسی نشان می‌دهد که ۳۸,۱ درصد بی حوصله بودند، ۱۱,۴

درصد مشکلات خود را بیش از حد بزرگ می‌کنند، ۱۳,۹ نسبت به کارهای دیگران خرده‌گیر و منتقد بودند. ۳۶ درصد دارای افسردگی بودند. ۳۵,۳۹ درصد دلهره و اضطراب داشتند. ۳۴,۹ درصد نگرانی بالایی نسبت به آینده داشتند. ۳۱,۴ زودتر از قبل عصبانی می‌شدند و ۲۶,۷ نیز در برخورد با مسائل حساس شده بودند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان از نظر شاخص سلامت روان (به تفکیک گویه)

گویه‌های مربوط به شاخص «روان سالم»	به هیچ وجه	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	بی پاسخ	جمع کل
بی حوصله شده‌ام	۲۴۳	۲۳۰	۲۳۱	۲۹۱	۱۴۶	۶	۱۱۴۷
	۲۱,۲	۲۰,۱	۲۰,۱	۲۵,۴	۱۲,۷	۵.	%۱۰۰
مشکلات را بیش از حد بزرگ می‌کنم	۴۴۰	۳۴۳	۲۳۲	۱۱۱	۱۹	۲	۱۱۴۷
	۳۸,۴	۲۹,۹	۲۰,۲	۹,۷	۱,۷	۲.	%۱۰۰
نسبت به کارهای دیگران خرده‌گیر و منتقد شده‌ام	۲۷۱	۴۴۳	۲۶۶	۱۲۵	۳۴	۸	۱۱۴۷
	۲۳,۶	۳۸,۶	۲۳,۲	۱۰,۹	۳,۰	۷.	%۱۰۰
دلهره و اضطراب دارم	۲۱۲	۲۹۸	۲۲۴	۲۹۸	۱۱۴	۱	۱۱۴۷
	۱۸,۵	۲۶,۰	۱۹,۵	۲۶,۰	۹,۹	۱.	%۱۰۰
نسبت به آینده نگران هستم	۱۹۳	۲۸۷	۲۶۵	۲۷۵	۱۲۵	۲	۱۱۴۷
	۱۶,۸	۲۵,۰	۲۳,۱	۲۴,۰	۱۰,۹	۲.	%۱۰۰
زودتر از قبل عصبانی می‌شوم	۲۴۷	۳۵۳	۱۸۷	۲۷۲	۸۸	۰	۱۱۴۷
	۲۱,۵	۳۰,۸	۱۶,۳	۲۳,۷	۷,۷	۰	%۱۰۰
در برخورد با مسائل حساس شده‌ام	۳۴۱	۲۴۷	۲۴۳	۲۵۹	۴۷	۱۰	۱۱۴۷
	۲۹,۷	۲۱,۵	۲۱,۲	۲۲,۶	۴,۱	۹.	%۱۰۰
احساس افسردگی می‌کنم	۴۴۱	۳۷۵	۱۶۶	۳۷۵	۳۶	۱	۱۱۴۷
	۳۸,۴	۳۲,۷	۱۴,۵	۳۲,۷	۳,۱	۱.	%۱۰۰

در جدول شماره ۳، ارتباط سلامت روان با هر یک از متغیرهای زمینه‌ای مورد استفاده آورده شده است. مقایسه زوجی زیر گروه‌ها نشان می‌دهد که سلامت روان در مردان سالمند و سالمندان دارای بیمه درمانی پایه و تکمیلی بیشتر است. همچنین نتایج آزمون تعاقبی آل اس دی برای مقایسه متغیرهای دارای بیش از دو زیر گروه، بیانگر این است که هرچه بر سن سالمند افزوده شده است، میزان سلامت روان وی کاهش پیدا کرده است. سالمندان متأهل نسبت به سالمندانی که از همسر خود طلاق گرفته و یا همسرشان در قید حیات نیست، از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. هرچه میزان تحصیلات سالمند بالاتر بوده است، سطح سلامت روان نیز بالاتر است. سالمندان هم‌سکنی نسبت به سالمندان هم‌جوار، سلامت روان بالاتری دارند. سالمندان

ساکن در منازل شخصی خود، از سطح سلامت روان بالاتری نسبت به سالمندانی که در منازل استیجاری و منزل فرزندان خود هستند، برخوردارند. سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند، از سطح سلامت روان بالاتری نسبت به سالمندانی که به صورت تنها زندگی می‌کنند و سالمندانی که با فرزند خود زندگی می‌کنند، برخوردار هستند. این اختلاف در خصوص سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کنند، نسبت به سالمندان تنه‌ازی و سالمندانی که با فرزندان خود هستند، نیز وجود دارد. سالمندان بازنشسته‌ای که هنوز شاغل هستند، در مقایسه با پنج گروه دیگر سالمندان (سالمندان شاغل، سالمندان بازنشسته، سالمندان خانه‌دار، سالمندان از کار افتاده و سالمندان بی‌کار)، سلامت روان بالاتری دارند. سالمندان شاغل و سالمندان بازنشسته نیز نسبت به

سالمندان خانه‌دار، از کارافتاده و بیکار، سطح سلامت روان بالاتری دارند. همچنین سالمندانی که خانه‌دار هستند، نسبت به سالمندان از کار افتاده، از سطح سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. در نهایت هر چه سطح درآمد سالمند بالاتر بوده است، از سلامت روان بالاتری برخوردار بوده‌اند.

جدول شماره ۳: بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با متغیر سلامت روان در سالمندان شهر تهران

متغیر زمینه‌ای	فراوانی	میانگین	مقدار آزمون	
جنسیت	مرد	۲۸,۷۹	T=۵,۲۶ Sig=۰,۰۰۰	
	زن	۲۶,۶۵		
سن	۶۰-۷۴	۲۸,۳۳	F=۷,۳۹ Sig=۰,۰۰۱	
	۷۵-۸۵	۲۶,۸۳		
	+۸۵	۲۶,۰۶		
وضعیت تأهل	متاهل	۲۸,۳۴	F=۱۰,۸۴ Sig=۰,۰۰۰	
	مطلقه	۲۸,۵۲		
	همسر فوت شده	۲۳,۸۴		
تحصیلات	بی‌سواد و ابتدایی	۲۶,۵۹	F=۴۲,۳۶ Sig=۰,۰۰۰	
	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹,۷۳		
	لیسانس به بالا	۳۱,۴۰		
بیمه پایه	بله	۱۶۶,۷۹	T=۳,۳۴ Sig=۰,۰۰۱	
	خیر	۱۵۶,۱۴		
بیمه تکمیلی	بله	۱۷۰,۰۶	T=۶,۲۱ Sig=۰,۰۰۰	
	خیر	۱۶۱,۰۴		
نحوه سکونت سالمند	با فاصله	۲۸,۴۱	F=۳,۸۰ Sig=۰,۰۰۲	
	هم‌سکنی	۲۷,۷۷		
	هم‌جوار	۲۶,۵۳		
همراهان زندگی	با همسر	۲۸,۴۸	F=۷,۶۹ Sig=۰,۰۰۰	
	تنها	۲۶,۳۶		
	با همسر و فرزندان	۲۸,۵۶		
	با اقوام	۲۷,۳۳		
وضعیت مسکن	با فرزند	۲۵,۷۷	F=۳,۹۱ Sig=۰,۰۰۴	
	شخصی	۲۸,۲۰		
	استیجاری	۲۶,۳۵		
	منزل فرزندان	۲۵,۳۵		
منزل اقوام	۲۵,۵۳	۱۵		

سطح درآمد خانوار	زیر یک میلیون	۵۴۴	۲۶,۳۳	F=۳۲,۲۲ Sig=۰,۰۰۰
	یک تا دو میلیون	۴۳۲	۲۸,۹۱	
	دو میلیون به بالا	۱۱۸	۳۰,۹۸	
وضعیت اشتغال	بیکار	۲۱	۲۴,۲۶	F=۱۵,۱۶ Sig=۰,۰۰۰
	از کار افتاده	۸۵	۲۴,۲۶	
	خانه‌دار	۳۲۸	۲۶,۸۱	
	بازنشسته	۵۵۸	۲۸,۶۳	
	شاغل	۹۳	۲۹,۱۷	
	بازنشسته شاغل	۴۰	۳۳,۲۴	

بررسی ارتباط میان میزان فعالیت و میزان رضایت از زندگی در سالمندان^۲ با سلامت روان آن‌ها نیز نشان دهنده وجود رابطه معنی‌دار است (جدول شماره ۳). هرچه میزان فعالیت و رضایت از زندگی در سالمندان بالاتر است، سلامت روان آن‌ها نیز افزایش پیدا کرده است.

جدول شماره ۴: بررسی ارتباط متغیرهای میزان فعالیت و رضایت از زندگی با سلامت روان در سالمندان شهر تهران

میزان رضایت از زندگی		میزان فعالیت		متغیر مستقل
sig	Pearson	sig	Pearson	آماره
۰,۰۰۰	۰,۳۰	۰,۰۰۰	۰,۳۲	سلامت روان

در ادامه سلامت روان، میزان فعالیت و میزان رضایت از زندگی سالمندان مناطق مختلف شهر تهران مقایسه شده است. نتیجه آزمون معنی‌داری نشان دهنده وجود اختلاف در مناطق مختلف شهر تهران است (sig=۰,۰۰۰). در هر سه متغیر، سالمندان ۱۳ محله در خوشه شمالی نسبت به سایر خوشه‌ها از میانگین بالاتری برخوردار هستند (جدول شماره ۵). نتایج آزمون تعاقبی آل اس دی بیانگر معنی‌دار بودن اختلاف میانگین سلامت روان، رضایت از زندگی و میزان فعالیت در سالمندان محلات خوشه شمال نسبت به چهار خوشه دیگر است. اختلاف میزان سلامت روان سالمندان محلات خوشه غرب با خوشه جنوب (sig=۰,۰۳۵) و شرق (sig=۰,۰۰۱)، همچنین اختلاف میزان فعالیت سالمندان خوشه غرب با خوشه شرق (sig=۰,۰۰۱) نیز معنی‌دار است. اختلاف میزان سلامت روان سالمندان و رضایت از زندگی محلات خوشه مرکز

با خوشه جنوب نیز معنی دار است (به ترتیب با $\text{sig} = 0,002$ و $\text{sig} = 0,019$)

جدول شماره ۵: مقایسه سلامت روان، رضایت از زندگی و میزان فعالیت سالمندان مناطق مختلف شهر تهران

مناطق شهری	تعداد نمونه	سلامت روان	رضایت از زندگی	میزان فعالیت
شمال	۲۵۴	۳۰,۸۶	۱۷,۷۲	۹
جنوب	۱۶۴	۲۶,۲۷	۱۵,۹۶	۸,۰۲
غرب	۲۰۸	۲۷,۷۴	۱۶,۶۶	۸,۳۹
شرق	۳۱۰	۲۵,۸۰	۱۶,۴۰	۷,۶۴
مرکز	۲۱۱	۲۸,۴۳	۱۶,۹۰	۸,۰۷
جمع	۱۱۴۷	۲۷,۸۲	۱۶,۷۷	۸,۲۱
نتیجه آزمون معنی داری		$F = 23,14$ $\text{Sig} = 0,000$	$F = 6,54$ $\text{Sig} = 0,000$	$F = 10,14$ $\text{Sig} = 0,000$

شمال: منطقه ۱ (اراج، جماران، قیطریه، ولنجک)؛ منطقه ۲ (دریا، گیشا، ایوانک)؛ منطقه ۳ (ونک، حسن آباد، اختیاریه، سید خندان)؛ منطقه ۵ (پونک شمالی، ابادر) جنوب: منطقه ۱۵ (هاشم آباد، افسریه جنوبی، مسعودیه)؛ منطقه ۱۶ (جوادیه، خزانه)؛ منطقه ۱۹ (خانی آباد، نعمت آباد)؛ منطقه ۲۰ (ابن بابویه، سیزده آبان) غرب: منطقه ۵ (شهران، سازمان برنامه، شهرک پرواز)؛ منطقه ۹ (استاد معین، شمشیری)؛ منطقه ۱۷ (جلیلی، ابودر)؛ منطقه ۱۸ (بهداشت، فردوس)؛ منطقه ۲۱ (باشگاه نفت، شهرک آزادی)؛ منطقه ۲۲ (شهرک باقری، شهرک قائم) شرق: منطقه ۴ (علم و صنعت، نارمک، جوادیه، تهرانپارس، اوقاف)؛ منطقه ۷ (خواجه نظام الملک، کاج، آرامنه)؛ منطقه ۸ (مدائن، فدک، تسلیحات)؛ منطقه ۱۳ (زاهد گیلانی، امامت)؛ منطقه ۱۴ (صاحب الزمان، ابودر، پرستار) مرکز: منطقه ۲ (ستارخان، تیموری، صادقیه)؛ منطقه ۶ (دانشگاه تهران، امیرآباد، یوسف آباد)؛ منطقه ۱۰ (بریانک، سلیمانی)؛ منطقه ۱۱ (شیخ هادی، اسکندری)؛ منطقه ۱۲ (ارگ پامنار، دروازه شمیران)

۴- بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های این مطالعه نشان داده که بیشتر سالمندان از سلامت روان در حد متوسطی برخوردار بودند. ۱۰,۵٪ از آن‌ها در این زمینه از وضعیت نامناسبی برخوردار بودند. همچنین

میانگین سلامت روان در مردان (۲۸,۷۸) بالاتر از میانگین سلامت روان در زنان (۲۶,۶۵) است. سلامت روانی بهتر مردان نسبت به زنان با نتایج برخی مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (نجفی، ۱۳۹۲: ۹۰-۸۱، صابریان، ۱۳۸۹ و هاگدورن، ۲۰۰۶: ۶۱۱). بررسی کارل و کندی نیز نشان داد که زنان سالمند بیشتر دچار افسردگی شده ولی با افزایش سن تقریباً شیوع افسردگی در هر دو جنس برابر می‌شود. تحمل مشکلات ناشی از زایمان‌ها و وابستگی بیشتر زنان به فرزندان که اکنون خانه را ترک کرده‌اند، در وضعیت روانی پایین‌تر زنان سالمند ذکر شده است (صابریان و همکاران، ۱۳۸۹) باورهای سنتی که زنان را به عنوان مراقبین بچه‌ها و همسر می‌شناسند، همچنین حساسیت بیشتر زنان در رویارویی با رویدادهای ناگوار و فرارسیدن دوره یائسگی در زنان در این زمینه مؤثر دانسته شده است (نجاتی، ۱۳۸۹: ۸۲-۷۷).

در بررسی تأثیر متغیر سطح تحصیلات، نتایج یافته‌ها بیانگر آن بود که سلامت روان با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($\text{Sig} = 0,000$) و با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره سلامت روان افزایش یافته بود. این یافته در تأیید یافته‌های دیگر (نجاتی، ۱۳۸۹: ۸۲-۷۷، براتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۱ و خویی و همکاران، ۱۳۹۰)، نشان دهنده آن است که تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم مؤثر بوده و این امر به سلامتی بهتر و رضایتی از زندگی منجر می‌شود (وحدانی نیا، ۱۳۸۴). همچنین در مطالعه توصیفی شهر اصفهان (منظوری و همکاران، ۱۳۸۸)، سالمندان دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر نسبت به تحصیلات دانشگاهی شیوع بیشتر افسردگی را نشان دادند. تحصیلات شایستگی فرد را در بسیاری از زمینه‌ها افزایش می‌دهد که در نهایت منجر به داشتن کیفیت زندگی بهتر می‌شود و افراد تحصیل کرده، اوقات فراغت دوران پیری را با سرگرمی‌های متنوع‌تری پرمی‌کنند و از این جهت به زندگی لذت بخش‌تری دست می‌یابند (کان، ۱۹۷۹: ۹۱-۷۷). البته در برخی مطالعات داخلی و خارجی در خصوص سالمندان این رابطه مورد تأیید قرار نگرفته است (صابریان و همکاران، ۱۳۸۹، پناغی و همکاران، ۱۳۸۸ و آهنگری، ۱۳۸۸).

در این مطالعه میزان سلامت روان افراد متأهل نسبت به افراد مطلقه و بیوه به مقدار معنی‌داری بیشتر بود. البته در مطالعه‌ای در میان سالمندان تهرانی این رابطه مورد تأیید قرار نگرفته است (نجاتی، ۱۳۸۹: ۸۲-۷۷). همچنین سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند نیز نسبت به

افرادی که به تنهایی زندگی می‌کردند، از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. در مطالعات مشابه نیز این رابطه به دست آمده است (صابریان و همکاران، ۱۳۸۹، کان، ۱۹۷۹: ۹۱-۷۷، وحدانی نیا، ۱۳۸۴، لی^۵ و همکاران، ۲۰۰۶ و علیپور، ۱۳۸۷). از آنجا که یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا است، توجه به محیط حمایتی و توانمندسازی به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می‌رسد. چنانکه برخورداری از حس تعلق به عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی در سالمندان نشان داده شده است (وحدانی نیا، ۱۳۸۴). همچنین در این مطالعه سالمندان هم‌سکنی (زندگی با فرزندان در یک خانه مشترک و یا در یک آپارتمان)، نسبت به سالمندان هم‌جوار (فرزندان در کوجه آن‌ها یا در محله آن‌ها ساکن هستند)؛ از سطح سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. در این خصوص به نظر می‌رسد سالمندان هم‌سکنی به دلیل دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، دارای سلامت روانی بیشتری هستند (میرسعیدی، ۱۳۹۳).

در ارتباط با سلامت روان سالمندان و سطح درآمد، یافته‌ها نشان دهنده آن است که میانگین نمره سلامت روان افرادی که از نظر سطح درآمدی، بالاتر بودند، بیشتر است. در تحقیقات داخلی نیز این نتیجه به دست آمده است (براتی و همکاران، ۱۳۹۱). تنگناهای اقتصادی و مشکلات معیشتی عواملی است که روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این شرایط سالمندان در معرض فشار بیشتری قرار می‌گیرند و دامنه برخورد میان آن‌ها و اطرافیان بیشتر می‌شود فقر و محرومیت‌های اجتماعی بزرگ‌ترین موانع آسایش و امنیت در افراد پیر می‌باشند، به علاوه در سالمندان فقیر ابتلا به بیماری‌ها نیز بیشتر می‌باشد (حبیبی، ۱۳۸۶).

در بررسی رابطه بین وضعیت مسکن با کیفیت زندگی سالمندان، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سلامت روان افرادی که دارای مسکن شخصی هستند، بالاتر از سایر سالمندان است. بررسی علیرزاده و همکاران نیز نتیجه به دست آمده را تأیید می‌کند (خویی و همکاران، ۱۳۹۰).

در این مطالعه رابطه معکوس و معنی‌داری میان سن و سلامت روان به دست آمد. در سنین بالا بروز ناتوانی بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت‌های جسمی ظاهر می‌شود و احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان نیز افزایش می‌یابد و موجب کاهش کیفیت زندگی در سالمندان است (پناغی و همکاران، ۱۳۸۸). در این مطالعه

نیز با افزایش سن، میزان سلامت روان سالمندان کاهش پیدا کرده است. سلامت روان پایین‌تر سالمندان مسن در سایر تحقیقات داخلی نیز به دست آمده است (نجفی، ۱۳۹۲ و صابریان، ۱۳۸۹).

متغیر مستقل میزان فعالیت نیز تأثیر مستقیمی بر سلامت روان داشت. در مطالعات دیگر نیز اوقات فراغت با سلامت روان در ارتباط بوده و برای شاداب و با نشاط ماندن سالمندان الزامی است (صابریان و همکاران، ۱۳۸۹).

بر اساس نتایج این مطالعه، برخورداری از بیمه درمانی پایه و تکمیلی نیز در ارتقاء سلامت سالمندان مؤثر است؛ بنابراین در سطح برنامه‌ریزی‌های کشوری، لزوم انجام اقدامات اساسی در زمینه تأمین خدمات بیمه‌ای سالمندان و درمان رایگان، لزوم حمایت‌های مالی سالمندان نیازمند بایستی در نظر گرفته شود.

همچنین در این مطالعه رابطه معنی‌داری میان وضعیت اشتغال و سلامت روان به دست آمد. برای این اساس اشتغال سالمندان در سلامت روان آن‌ها مؤثر بوده است. در مطالعات مشابه نیز گروه شاغلین از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بوده‌اند (وحدانی نیا، ۱۳۸۴ و زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۱). اشتغال باعث افزایش شانس درآمد منظم و حفظ روابط با دیگران می‌شود که به نظر می‌رسد هر دوی آن‌ها اثرات مثبتی بر سلامت سالمندان داشته باشند (نتوولی^۶، ۲۰۰۶). همچنین با توجه به اینکه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت هم‌چون سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت روان سالمندان دارند (نگهبان و همکاران، ۱۳۹۴)، اشتغال سالمند زمینه‌دگرگیری او با جامعه را فراهم می‌کند، و از این نظر در سلامت روانی وی مؤثر است.

همچنین در این مطالعه شخص سلامت روان دارای بهترین وضعیت در میان سالمندان مناطق ۲، ۳ و ۲ شهر تهران و کمترین میزان در میان سالمندان مناطق ۹، ۷ و ۱۵ است. در این خصوص نتایج تحقیق پیمایش سنجش عدالت در سلامت شهر تهران نشان می‌دهد که سالمندان ساکن مناطق ۳، ۵ و ۲۱ شهر تهران به ترتیب بهترین وضعیت سلامت روان را دارا بودند، در حالی که بدترین وضعیت سلامت روانی مربوط به سالمندان مناطق ۲۰، ۱۹ و ۱۶ بوده است (نجفی و همکاران، ۱۳۹۲).

۵- Lee

۶- Netuveli

west of Tehran. Iranian Journal of Nursing Research.2(7):29-35.

12. Hagedoorn M, Van Yperen NW, Coyne JC, van Jaarsveld CH, Ranchor AV, van Sonderen E, et al.(2006). Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychology and aging*.21(3):611.
13. Joghataei MT, Nejati V.(2006). Assessment of Health Status of Elderly People in the City of Kashan. *Iranian Journal of Ageing*.1(1):3-10.
14. Kahn RL.(1979). Aging and social support. *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*.77-91.
15. Khoei MA, Hoseini M, Shojaizade D, dokhte Rahimi A, Mortazavi SS.(2010). Assessing mental health status of elderly in specific age groups in Tehran metropolitan city in .
16. Kianpour F, Hagigi J, editors.(2001). *Compatibility with older issues*. 1rdded Tehran: Aging International Congress Publisher.
17. Lee TW, Ko IS, Lee KJ.(2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*.43(3):293-300.
18. Manzouri L, Babak A, Merasi M.(2010). The Depression Status of the Elderly and It's Related Factors in Isfahan in 2007. *Iranian Journal of Ageing*.4(4):0-.
19. Meléndez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E.(2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 48(3):291-5.
20. MIRSAEIDI Z, EFTEKHAR AH. (2015). EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY POPULATION

منابع

۱. معتمدی شلمزاری ع، ازه‌ای ج، ازادفلاح پ، کیامنش ع (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. *روانشناسی*. ۲۲(۶):۱۱۵-۳۳.
۲. م ک. آسیب شناسی بیماری‌های اجتماعی. (۱۳۹۱).
۳. مؤمنی خ، کرمی س، مجذوبیم (۲۰۱۳). مقایسه سبک زندگی، حرمت خود و سلامت روانی سالمندان تنها، غیرتنها و مقیم سرای سالمندان. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ۱۰(۳۸):۱۳۹-۴۸.
۴. ع ج، ن ح، رف، ک خ. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روانشناسی با سلامت روانی سالمندان.
۵. نگهبان؛ ز، عرب؛ م، تاجور؛ م، فروشانی؛ ع، رشیدیان آ. (۱۳۹۴). بررسی سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آنها.
6. Ahangaeri M KM, Arjmand M.(2007). Quality of life in elderly member of the Association of Senior Center in Tehran. *Iranian Aging Journal*.2:182-9.
7. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. (2008). Quality of life in elderly region 2 Tehran. *Iranian journal of ageing*. 3(9):10.
8. M. Barati PDs, Y. Fathi MS, A.R. Soltanian PD, B. Moeini PD.(2012). Mental Health Condition and Health Promoting Behaviors among Elders in Hamadan. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 20(3):12-22.
9. Center IS.(2014). Report of the 2006 census of housing and population of Iran. Tehran, Iran: Iran Statistical Center.
10. DARVISHPOOR KA, ABED SJ, Delavar A, SAEED OZM. (2012). Instrument Development to Measure Elderly Health-Related Quality of Life (EHRQoL).
11. Habibi AN, S; Sohbatzade,R; Haghani,H. (2008).Quality Of Life in elderly people of

- Jundishapur University of medical sciences and shahid Chamran University in Ahvaz. *Journal of Geriatric Nursing*.1(1):20-31.
29. Shoja M, Nabavi S, Kassani A, Bagheri yazdi S.(2012). Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in 9 districts of Tehran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 3(5):81-90.
 30. TAGHARROBI Z, TAGHARROBI L, SHARIFI K, SOOKI Z.(2011). Psychometric evaluation of the life satisfaction index-Z (LSI-Z) in an iranian elderly sample.
 31. Tajmazinani AA, Larijani M.(2015). A Study of Factors Influencing Social Exclusion of the Elderly in Varamin City. *Journal of Applied Sociology (1735-000X)*.59(3).
 32. Tajvar M, Arab M, Montazeri A.(2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 8(1):1.
 33. Vahdaninia M, GOSHTASBI A, Montazeri A, Maftoun F.(2005). Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study.
 34. Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T.(2012). Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehr, s elders–1387-8. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*.2(1):53-8.
 35. Zarghami H.(2015). An review of ageing dynamics in iran 2011. p: 15. Statistical Center of Iran.
 - COVERED BY HEALTHCARE CENTERS OF SOUTHERN TEHRAN AND THE INFLUENCING DEMOGRAPHIC FACTORS.
 21. Motih Haghshenas N.(2011). Sociological aspects of aging populations and Active aging challenges in Iran. *J of sociological studies*. 1(2):133-47.
 22. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaee S, Alizadeh M, et al.(2013). Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool (Urban-HEART) study in Tehran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*.13(1):62-73.
 23. Nejati V.(2009). Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*.13(1):67-72.
 24. Nejati V, Ashayeri H.(2008). Health related quality of life in the elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 14(1):56-61.
 25. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D.(2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60(4):357-63.
 26. Panaghi L, A Abarashi, Zohreh, Mansoori, Nader, Dehghani, Mohsen.(2010). Quality of Life and Related Demographic Factor of the Elderly in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*. 4(2):0-.
 27. Saberian M, HAJI AS, Ghorbani R.(2004). Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities.
 28. Salimi E, Dasht Bozorgi B, Mozafari M, Tabesh H.(2014). Investigating mental health status and life satisfaction of retired elderly referred to retirement's centers of the