Psychometric and psychological characteristics of elder people's response to question about their health

Barati H[1] , Oreyzi H[2]

Abstract

Introduction and purpose: It was shown that elder people's self-perceptive health isn`t only under emphasis of physical function and other factors like social and cognitive functions effect on it. **Aim:** This research investigates psychometric and psychological characteristics of elder people's response to questions about their health during an eighth-year study.

Materials and Methods: The research design was a 2 × 4 factorial design which was conducted during the years 1387 to 1395. In order to achiev
e the purpose of the study, a sample of 393 elderly people of Isfahan city was selected by non-randomly purposeful sampling method and their self-rating health, physical, social and cognitive functions, depression, and the number of chronic diseases were measured four time. mixed ANOVA was used to analyze the data.

Findings: Findings showed that the elder people's response to question about their health should not be investigated across a given time because in this condition its validity would be weak. Investigations of validity in four profiles that are created by two kind of response during two time duration (good-good, good-bad, bad-good, bad-bad); was higher and is an strong index of response validity. Also poor, mediate and strong physical activities and social and cognitive functions impact on elder people's self-perceptive health.

Conclusion: According to findings, it is recommended that elder people should do any kind of poor, mediate and strong physical activities that they can for better self-health and improve their social and cognitive functions to have a better understanding of their health.

Keywords: *self-rate health, physical function, social function, cognitive function, elder.*

Received: 2018/04/09 *Accepted: 2018/08/26*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** dr.habarati@gmail.com
2 - Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

ویژگی‌های روان‌سنجی و روان شناختی پاسخ سالمندان به سوال در مورد سلامت آنها

هاجر براتی*[1]، حمیدرضا عریضی[2]

تاریخ دریافت مقاله: ۱/۲۰ /۱۳۹۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۲۶/ ۱۳۹۷/۶

چکیده

مقدمه و هدف: نشان داده شده که سلامتی خود–ادراک‌شده از سوی سالمندان، تنها تحت تاثیر عملکرد جسمانی نیست و عوامل دیگر مانند عملکرد اجتماعی، و شناختی نیز بر آن موثر است.

این پژوهش به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و روان‌شناختی پاسخ افراد مسن به سوال در مورد سلامت آنها در یک مطالعه طولی هشت ساله می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش به صورت یک طرح عاملی ۲ × ۴ بوده است که در طول سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۵ انجام گرفته است. به منظور دستیابی به هدف پژوهش، نمونه‌ای ۳۹۳ نفری از سالمندان شهر اصفهان به صورت غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند و سلامت خودگزارشی، عملکرد جسمانی، اجتماعی، شناختی، افسردگی و نیز تعداد بیماری مزمن آنها در چهار مرتبه طی یک دوره ۸ ساله مورد سنجش قرار گرفت. و برای تحلیل داده‌ها از واریانس مختلط استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پاسخ به سوال در مورد سلامت سالمندان را نباید در یک مقطع زمانی ارزیابی کرد که در این صورت اعتبار آن ضعیف است. بررسی اعتبار در چهار نیمرخ که بر اثر دو نوع پاسخ در دو گستره زمانی به دست می‌آید (خوب– خوب، خوب–بد، بد–خوب و بد–بد)؛ بالاتر بوده و شاخص قوی‌تری از اعتبار پاسخ است. همچنین فعالیت‌های فیزیکی سبک، متوسط و سنگین و نیز فعالیت‌های شناختی و اجتماعی در ادراک سلامتی خود از سوی سالمندان موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج توصیه می‌شود که سالمندان باید هر نوع فعالیتی که می‌توانند اعم از سبک یا متوسط و سنگین برای بهبود خود انجام دهند و نیز عملکردهای شناختی و اجتماعی خود را بهبود بخشند تا ادراک بهتری از سلامتی خود داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: سلامت خودگزارش‌شده، عملکردجسمانی، عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، سالمند.

۱ – استادیار گروه روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** dr.habarati@gmail.com
۲ - استادیار گروه روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

مقدمه

در سال‌های اخیر تعداد سالمندان در همه جوامع و به ویژه ایران افزایش یافته است، به‌گونه‌ای که از آن تحت عنوان انقلاب ساکت یاد می‌کنند(۱). مسلم است که در دوره سالمندی، سلامتی جسمی و روانشناختی فرد کاهش می یابد. با این وجود سالمندان در پاسخ به سوال در مورد سلامت ادراک شده‌شان متنوع و گاه متفاوت از واقعیت سخن می گویند. این سوال ساده از سالمندان که «وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» علی رغم سادگی ظاهری آن پیچیده است. پیچیده از این نظر که نمی‌توان جواب سوال را به سادگی یافت. نخست این که پاسخ افراد تا چه اندازه با شاخص‌های عملکردی جسمانی مانند سرعت حرکت، توانمندی در کوهنوردی و پیاده‌روی و نظایر آن ارتباط دارد. به عنوان مثال پژوهش نشان داد که سالمندانی که پیاده‌روی بیشتری داشتند، عملکرد روانی اجتماعی بالاتری داشتند و وضعیت سلامت خود را بالاتر و مطلوب‌تر گزارش می‌کردند(۲). در پژوهش دیگری نیز نشان داده شد که انجام ورزش یا پیاده‌روی نوعی رفتار ارتقا سلامت از سوی سالمندان محسوب می‌شود و سالمندانی که رفتارهای اینچنینی انجام می‌دادند ادراک بهتری از سلامت خود داشتند(۳). در یک پژوهش هم که روی هشتادساله‌ها و صدساله‌ها انجام گرفت؛ مشخص شد که عملکرد کارکردی شامل سلامتی خودگزارش شده، فعالیت های جسمی زندگی روزانه(physical activities of daily living، PADL) و فعالیت های ابزاری زندگی روزانه(IADL, instrumental activities of daily living)، در کنار کارکردهای روانشناختی(psychological functions) (عاطفه مثبت و منفی) و کارکردهای اجتماعی(social functions) (پیوندهای اجتماعی و حمایت اجتماعی) از پیش‌بین‌های اصلی خستگی(fatigue) و وضعیت سلامتی پایین(low health state) در هشتادساله‌ها و صدساله‌ها است(۴).

با این حال، پژوهشگران اینطور تصور می‌کنند که افراد پیر معمولا هنگامی‌که عملکرد جسمانی(physical performance) آنها کاهش یابد سلامت خود را پایین گزارش می‌کنند، اما اگر عملکرد آنها کاهش نشان ندهد؛ سلامت خود را بالا گزارش نمی‌کنند و سلامت بالا به عوامل دیگری از قبیل پرداختن به فعالیت های اوقات فراغت مربوط است(۵). در پژوهش خواجوی و مرادی وقار(۱۳۹۴) نشان داده شد که ادراک سلامتی از سوی سالمندان و پس از آن اقدام به انجام فعالیت های روزانه تحت تاثیر عوامل روانشناختی(psychological factors) است(۶) و سالمندانی که محدودیت عملکرد(functional limitation) و محدودیت فعالیت(activity limitation) بیشتری داشتند؛ سلامتی خود را ضعیف تر گزارش کردند(۷). همچنین در یک پژوهش روی سالمندان پرتغالی نتایج نشان داد که سالمندان دارای فعالیت های اجتماعی(social activities) بیشتر، سلامت خود را بالاتر گزارش می‌دهند(۸). پژوهشگران این پدیده را به اعتماد به نفس(self confidence) ربط می‌دهند و معتقدند داشتن کارکردهای اجتماعی باعث ایجاد احساس توانمند بودن در سالمندان می‌شود و بنابراین با ادراک سلامت خود بالاتر از سوی سالمند، رابطه مثبت دارد(۹). زنانی که در فعالیت های روزانه با مشکلات بیشتری مواجهه هستند؛ سلامت خود را پایین تر ارزیابی می کنند(۱۰).

در واقع، به نظر می‌رسد عامل مهم در ادراک سلامت خود از سوی سالمند، توانایی وی در پرداختن به فعالیت‌های حرکتی، اجتماعی، شناختی و فیزیکی باشد. این یک نظریه دو عاملی در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

مورد سلامت گزارش شده توسط خود در افراد پیر است که عامل سلامت نداشتن یا حال بد داشتن با عامل سلامت داشتن یا حال خوب داشتن متفاوت است و این‌ها دو سر پیوستار نیستند. نکته دیگر این که پاسخ افراد پیر به این سوالها تا چه اندازه اعتبار دارد؟ به عبارت دیگر چقدر این پاسخ با شاخص های عینی سلامت همبستگی دارد؟ آیا بین دو شاخص خودگزارش‌دهی(self-rated) (شاخص ذهنی(subjective index)) و شاخص‌های عملکرد جسمانی، عملکرد شناختی و آن چه به عنوان ظرفیت حیاتی شناخته می‌شود رابطه‌ای وجود دارد؟ به عنوان مثال در یک پژوهش؛ پژوهشگران سلامت را از طریق خودگزارشی و از طریق مصاحبه و بررسی شاخص‌های بالینی سنجیدند و میزان رابطه این دو را با میزان مرگ و میر در بزرگسالان مسن بررسی نمودند. نتایج نشان داد که ناتوانی(Disability)، کارکرد شناختی(cognitive function)، بیماری‌های مزمن(chronic diseases)، بهزیستی روانشناختی(psychological well-being) و رفتارهای سلامت(health behaviors) با سلامت خودگزارشی و سلامت سنجیده شده از طریق مصاحبه رابطه دارند. این عوامل به‌ویژه ناتوانی نسبت بالایی از رابطه بین سلامت خودگزارشی و مرگ و میر را پیش‌بینی می‌کردند. اما این نسبت در مورد رابطه بین سلامت سنجیده شده از طریق مصاحبه و میزان مرگ و میر کمتر بود(۱۱). در پژوهش آثاری، مقانی لنکرانی و بورگرد(۲۰۱۶) نیز علیرغم تعداد بیماری‌های مزمن و حتی با کنترل آن، سلامتی خودگزارشی پایین با میزان مرگ و میر در هر دو نژاد سیاه و سفید رابطه مثبت داشت(۱۲).

نکته دیگر مربوط به ثبات و پایایی این پاسخ‌ها است آیا ممکن است افرادی که در یک زمان وضعیت سلامتی خود را خوب گزارش کرده‌اند، چند سال بعد وضعیت سلامتی خود را بد گزارش کنند؟ بدون تردید این کاملا محتمل است زیرا دوران پیری با بیماری‌ها و از کارافتادگی‌ها قرین است که یکی پس از دیگری مانند طغیان آتشفشانی پدیدار می‌شوند و فرد با این نشانه‌ها به‌تدریج درمی‌یابد که در حال لنگر کشیدن از جزیره ثبات از جوانی تا میانسالی حال خوب است. برعکس این حالت هم ممکن است. افرادی که در یک موج پاسخ داده‌اند که حال آنها خوب نیست، چند سال بعد گزارش داده باشند که حالشان خوب است. مجزا از این که بیماری خود را درمان کرده باشند یا توانائی خود را بهبود بخشیده باشند؛ ممکن است با روال پیری سازگار شده باشند. در عین حال دو الگوی ریختی دیگر هم وجود دارد؛ آنها که در هر دو موج بد و آنها که در هر دو موج خوب هستند. به این ترتیب برای پاسخ به سوال در مورد تغییر وضعیت سلامتی باید یک تحقیق طولی انجام داد که فاصله زمانی آن به اندازه‌ای باشد که افراد با گرفتارهای دوران پیری از قبیل ناتوانی و بیماری روبرو شوند تا بتوان از خلال آن چهار الگوی خوب– خوب، بد– بد ، خوب– بد و بد– خوب را مقایسه کرد. به عنوان مثال Vogelsang (۲۰۱۴) در یک پژوهش طولی ۱۳ ساله میزان رابطه بین سلامت خودگزارشی و مرگ ومیر سالخوردگان مسن را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که سالخوردگانی که تغییر بیشتری در سلامت خودگزارشی خود داشتند(خوب- بد، بد-خوب در پژوهش حاضر)؛ نسبت مرگ بالاتری در مقایسه با سالخوردگانی داشتند که سلامت خودگزارشی شان ثبات بیشتری داشت(الگوهای خوب– خوب، بد– بد)(۱۳).

Leinonen, Heikkinen, & Jylha (۲۰۰۲) طول دو موج زمانی ۵ ساله یعنی ده سال یا حدود آن را برای مطالعه در این مورد پیشنهاد کرده‌اند(۱۴). چنان که دیده می‌شود برای بررسی میزان درستی این پاسخ سه سوال دو عاملی بودن یا

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

پیوستاری بودن، اعتبار و ثبات در طول زمان نیازمند یک پژوهش طولی است که در تحقیق حاضر با دو موج ۴ ساله و در جمع هشت سال (که پس از موج اول در شروع تحقیق به عنوان خط پایه) انجام شده است خط پایه همزمان با پژوهش گزارش شده و بر روی همان نمونه خط پایه در سال۱۳۸۷، موج اول در سال ۱۳۹۱ ، موج دوم در سال ۱۳۹۲ و موج سوم در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. با وجود اشتراک نمونه تحقیق حاضر مستقل از پژوهش قبلی است که موج اول آن در ۱۳۸۹ پس از خط پایه اولیه با ابزارهای متفاوتی انجام شده است. هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی و روان‌شناختی پاسخ سالمندان به سوال در مورد سلامت آنها در یک مطالعه طولی هشت ساله است.

مواد و روش‌ها ابزار

نوع پژوهش : این پژوهش یک پژوهش طولی است که داده-ها در چهار موج جمع‌آوری شده اند. زمان جمع‌آوری داده‌های خط پایه و موج اول ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ و زمان جمع‌آوری داده‌های موج دوم و سوم از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ بوده است. مکان آن سازمان-های مجموعه فولاد(مجتمع فولاد مبارکه سپاهان، ذوب آهن اصفهان)، سیمان اصفهان(سیمان سپاهان، سیمان اصفهان)، مجموعه نفت اصفهان(انتقال و گازرسانی اصفهان، پالایشگاه اصفهان، پتروشیمی‌اصفهان، پخش فراورده‌های نفتی اصفهان)، پلی‌اکریل اصفهان، دانشگاه اصفهان، مجموعه بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و تامین اجتماعی استان اصفهان، بود. طرح پژوهش به صورت یک طرح عاملی ۲ × ۴ است که ۴ سطح عاملی آن مربوط به عامل بین آزمودنی (خوب – خوب ، خوب – بد ، بد – بد ، بد – خوب) و ۲ سطح عاملی مربوط به عامل زمان که تکرار شده است می‌باشد که این عامل درون آزمودنی و بنابراین طرح تحلیل واریانس مختلط(mixed ANOVA) می‌باشد. آزمودنی‌ها با عامل زمان متقاطع در عامل گروهی آشیانی شده اند. البته این طرح عاملی دوبار یکی خط پایه ۱۳۸۷ تا موج اول ۱۳۹۱ و دیگری از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ به کار گرفته شده است.

جامعه آماری: جامعه آماری کارکنان در شرف بازنشستگی ۱۰ سازمان صنعتی ذکر شده و مجموعه ۱۰ بیمارستان وابسته به وزارت بهداشت و درمان بود.

نمونه پژوهش: نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده از ۱۰ سازمان صنعتی و نمونه‌گیری خوشه‌ای از بیمارستان‌ها به شیوه-ای که در ادامه می‌آید انجام گرفت. با توجه به رده بندی متفاوت طبقات شغلی در سازمان‌ها و صنایع مذکور امکان طرح تصادفی طبقه‌ای برای نمونه گیری وجود نداشت و از کل نمونه سازمان ها، انتخاب به صورت تصادفی ساده انجام شد، اما درباره بیمارستان‌ها با توجه به تعداد آنها به صورت خوشه‌ای ۵ بیمارستان در نواحی مختلف اصفهان انتخاب شدند. از آنجا که دسترسی اداری به نمونه‌ها در برخی از سازمان‌ها نمونه گیری را با مشکل مواجه می‌کرد(مثلا در فولاد پرسشنامه‌ها باید به دفتر شهری سازمان تسلیم می‌شد و نرخ بازگشت معمولا کمتر از ۲۰ درصد بود) از دانشجویان کارشناسی ارشد که به سازمان مراجعه می‌کردند برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. نمونه اولیه قبلا در طرح دیگری که روش و ابزار متفاوتی داشته است گزارش شده‌است(۱۵) که سه هفته بعد از آن اجرا برای این طرح فراخوان شده اند. در طرح مذکور، حجم نمونه بر اساس جدول کوهن تعیین شدکه بر اساس تعیین اندازه اثر است. برای این کار ابتدا از پیشینه پژوهش‌های مهم، اندازه اثر محاسبه و همگی به dکوهن تبدیل شدند(۱۶). مقدار d به صورت میانگین وزنی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

بر اساس فرمول هانتر و اشمیت برابر ۰/۳۵ بـه دسـت آمـد کـه بنابراین، مقدار V1 از فرمول کوهن برابر ۴۱۶ و حجم نمونـه از فرمول (N=V1+V2+۱) برابر ۴۲۱=۴۱۶+۶ به دست آمد.

ملاک‌های ورود و خروج: ملاک های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: ۱. سن ۶۰ سال و بیشتر(زیرا این سن و بالاتر سالمند محسوب می‌شوند)؛ ۲. تکلم به زبان فارسی؛ ۳. توانایی شنیداری و گفتاری مناسب؛ ۴.رضایت برای شرکت در پژوهش؛ ۸. هشیاری نسبت به زمان و مکان و شخص؛ معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: ۱. ابتلا به اختلال شناختی به نحوی که ادراک را مختل و پاسخگویی در پژوهش را غیرممکن کند؛ ۲. انصراف از ادامهٔ مشارکت، و ۳.فوت می‌شد.

جدول ۱ . حجم نمونه در خط پایه ، موج اول و موج دوم و موج سوم

		خوب–خوب	خوب–بد	بد–خوب	بد–بد	مجموع
خط پایه	۱۳۸۷	۶۸	۲۸	۲۷	۳۰	۱۵۳
	درصد	۴۴/۴	۱۸/۳	۱۷/۶	۱۹/۷	
موج اول	۱۳۹۱	۷۹	۳۸	۳۴	۵۶	۲۰۷
	درصد	۳۸/۱	۱۸/۳	۱۶/۴	۲۷/۲	
موج دوم	۱۳۹۲	۴۸	۱۱	۹	۱۱	۷۹
	درصد	۶۰/۸	۱۳/۹	۱۱/۴	۱۳/۹	
موج سوم	۱۳۹۵	۵	۱۸	۱۵	۲۶	۶۴
	درصد	۷/۸	۲۸/۱	۲۳/۴	۴۰/۶	

با وجود اینکه نمونه بیش از چهار صد نفر بـوده‌انـد؛ بـدلیل داده های حاصل نشده (اعم از عدم مراجعه یا برگه های پاسخ ناقص) تعداد آنها به ۱۵۳ نفر در خط پایـه کـاهش یافـت در طـول دو فاصله چهار ساله تعداد آنهـا بـه دلائلـی (تغییـر آدرس – عـدم دسترسی یا فوت) کاهش یافته است با این حال نمونه نهائی در جدول (۱) گزارش شده است.

ابزارهای پژوهش: این ابزارها شامل موارد زیر است. لازم به ذکر است که برای سنجش اعتبار برای همه مقیـاس‌هـا سـوالی افزوده شد که همبستگی نمره آن با کل مقیاس شاخص ضـریب روایی یا اعتبار بود و برای پایایی ابزارها آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف محاسبه شد.

۱–سلامت خودگزارشی، از طریق مقیاس خود گزارشی سـلامت سنجیده شد. این مقیاس سلامت را با یک سوال می‌سـنجد کـه Leinonen, Heikkinen, & Jylhä (۲۰۰۲) آن را بکار برده اند و در آن آزمودنی‌ها در یک سوال بایـد وضـعیت خـود را گزارش دهند(۱۴). این مقیاس یک مقیاس پنج مقوله‌ای اسـت و پاسخ دهنده وضعیت سلامت فعلی خود را با یکی از مقوله های« عالی»، «بسیار خوب»، « خوب»، « متوسط» و « بد» مشخص می‌سازد. ایـن مقیـاس در پـژوهش هـای Lyyra و همکـاران (۲۰۰۹) و Vogelsang (۲۰۱۴) استفاده شده است و به لحاظ روانسنجی مورد تایید است(۱۳ و۱۷). در پژوهش حاضـر ضـریب روایـی ۰/۵۶ و ضـرایب پایـایی بـه دو روش آلفـای کرونبـاخ

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

وتنصیف به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۱ و در حد مطلوب به دست آمد.

۲-عملکرد حرکتی با مقیاس فعالیت های جسمی‌زندگی روزانه(PADL) (۱۸) با ده سوال سنجیده شده است. این مقیاس روی یک طیف سه درجه‌ای از ۰=ضعیف تا ۳= عالی پاسخ داده می‌شود و نمره بالاتر در آن نشان دهنده وضعیت بهتر سالمند است. ضریب آلفای کرونباخ برای آن در پژوهش Cho و همکاران(۴) برابر ۰/۸۳ و در حد مطلوبی بوده است. در پژوهش حاضر ضریب روایی ۰/۵۳ و ضرایب پایایی به دو روش آلفای کرونباخ وتنصیف به ترتیب برابر ۰/۷۴ و ۰/۷۷ و در حد مطلوب محاسبه شد.

۳- عملکرد اجتماعی با ۱۵ سوال با تعدیل و کاهش برخی از سوالات که با فرهنگ ایران تناسب نداشت و توسط Heikkinen و همکاران(۱۹۹۷) ساخته شده است (مقیاس اصلی دارای ۱۹ سوال است) سنجیده شده است(۱۹). در پژوهش حاضر ضریب روایی ۰/۶۱ و ضرایب پایایی برابر ۰/۸۳ و ۰/۸۲ به ترتیب برای دو روش آلفای کرونباخ وتنصیف به دست آمد.

۴- عملکرد شناختی: منظور از عملکرد شناختی در این پژوهش وضعیت حافظه و یادآوری بود. به همین دلیل برای سنجش عملکرد شناختی از مقیاس تجدید نظر شده حافظه Wechsler (۱۹۸۷) استفاده شد(۲۰). وکسلر مقیاس استاندارد حافظه اولیه خود را برای استفاده های بالینی در سال ۱۹۴۵ ساخت(۲۱). او در سال ۱۹۸۷ این مقیاس را مورد تجدید نظر قرار داد. این مقیاس از ۱۱ خرده آزمون تشکیل شده است که ۶ تای آن مقیاس کلامی و ۵ تای دیگر مقیاس غیرکلامی یا عملی را تشکیل می‌دهند. تکالیف در مجموعه ای با یک خرده آزمون شامل سوالاتی که به عنوان بخشی از معاینه وضعیت روانی اطلاعات و جهت یابی می باشند گنجانیده شد و از آن برای مقاصد سرند کردن استفاده شده است. این مقیاس در پژوهش Hidese و همکاران(۲۰۱۹) استفاده شده است(۲۲). ضریبهای بازآزمایی برای خرده آزمونها و ترکیبها از ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ در پژوهش اورنگی، عاطف وحید و عشایری(۱۳۸۱) به دست آمد که در حد رضایتبخش می باشد(۲۳). در پژوهش دانش نیا و همکاران(۱۳۹۲) نیز ضریب اعتبار همزمان آن با خرده مقیاس های آزمون حافظه وکسلر بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است(۲۴). در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از روش کودرریچاردسون (امکان سنجش آلفای کرونباخ برای سوالات چند گزینه‌ای است) برابر ۰/۸۶ به دست آمد.

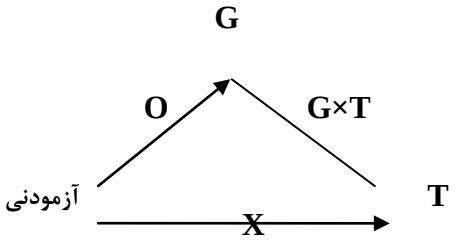
۵-فعالیت فیزیکی با تعدیل و تغییر مقیاس کاظمی و احمدی (۱۳۸۶) ساخته شده است. این مقیاس چهار فعالیت خانگی، رفت و آمد، ورزش و شغلی را در بر می‌گیرد. مقیاس مذکور بر روی کلیه آزمودنی‌ها در خط پایه اجرا و تحلیل عاملی اکتشافی شد که منجر به حذف ۴ سوال شد که در مرحله اعتباریابی و پایایی سنجی (سوالاتی که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۳۵ بود و ضریب پایایی با حذف سوالات آنها افزایش α را نشان می‌دادند) ملاک لازم را نداشتند و حذف ۵ سوال مربوط به شغل (چون همه آزمودنی‌ها بازنشسته هستند) اجرا شد(۲۵). این مقیاس توسط عریضی(۱۳۹۳)اعتباریابی شده است و ضریب پایایی آن ۰/۸۲ برای فعلیت فیزیکی سبک و ۰/۸۵ برای فعالیت‌های فیزیکی متوسط و سنگین بود(۲۶).

۶-برای وضعیت افسردگی مقیاس(Center for Epidemiologic Studies Depression Radloff (CES-D،Scale (۱۹۷۷) استفاده شد. Radloff (۱۹۷۷) در مرکز مطالعات همه گیرشناختی مؤسسه ی ملی بهداشت روانی، پرسشنامه ی پرکاربردی را برای بررسی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

همه گیرشناسی نشانه های افسردگی در جمعیت عمومی ساخته است. این پرسش نامه ۲۰ سؤال دارد که هر یک از سؤالها یکی از نشانه های افسردگی را توصیف می کند. نشانه‌ها به مجموعه های خلقی، فکری، انگیزشی و جسمانی تقسیم می شوند. هر سوال روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای فراوانی مشکلات خلق و خوی در طول هفته گذشته (۰ =به ندرت یا هرگز، ۱ = برخی اوقات، ۲ = گاهی اوقات، ۳ = بیشتر اوقات) را می‌سنجد. هر سؤال نمره‌ی شدت ۰ تا ۳ را برای آن نشانه در اختیار می‌گذارد. دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۰ خواهد بود. نمره زیاد به تنهایی حاکی از تشخیص افسردگی بالینی یا بیماری روانی نیست، بلکه نشانگر لزوم توجه بالینی بیشتر به فرد است(۲۷). در پژوهش امیری، محمدی و فرقانی(۱۳۸۶) پایایی بازآزمایی آن برابر ۰/۷۷؛ ضریب پایایی همسانی درونی ۰/۹۲؛ و ضریب دو نیمه کردن برابر ۰/۸۲ بوده است(۲۸). نشان داده شده که این مقیاس برای بررسی وضعیت افسردگی در سالمندان بسیار مناسب است(۲۹). . در پژوهش حاضر ضریب روایی ۰/۶۵ و ضرایب پایایی به دو روش آلفای کرونباخ وتنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۲ و در حد مطلوب محاسبه شد.

روش آماری: روش آماری در پژوهش حاضر تحلیل واریانس مختلط است که در نمودار(۱) دیده می‌شود. دو اندازه F مهم در این تحقیق در هر متغیر وابسته، عامل مربوط به زمان و عامل زمان×گروه است که نقش اثر اصلی را ایفا می‌کند و به سوال اصلی پژوهش پاسخ می‌دهد که مقایسه افت (و گاهی افزایش) عملکردهای آزمودنی و یا حالت های روانشناختی آزمودنی را نسبت به زمان قبل بیان می‌کند. پس از آن ANOVA یک راهه در هر یک از مقیاس‌های پژوهش در هر دوره زمانی ارائه شده است.



نمودار ۱ - طرح پژوهش

ابزار تجزیه و تحلیل نرم‌افزار SPSS و روش آماری مورد استفاده طرح تحلیل واریانس مختلط بود که عامل بین آزمودنی در دو موج به صورت آشیانی، تغییر وضعیت(خوب–بد، بد–خوب) تا ثبات وضعیت(خوب–خوب و بد–بد) را شامل می‌شد و عامل متقاطع مربوط به زمان بود که تکرار شده است.

یافته ها

در جدول ۲ ضرایب پایایی (در ستون اول هر یک از زیر گروه ها) در هر دوره زمانی و ضرایب اعتبار گزارش شده است. ملاحظه می‌گردد که ضرایب اعتبار و پایایی با توجه به تعداد سوالات در حد مطلوبی است. در ردیف‌های ۱ و ۷ ضرایب اعتبار منفی و ضرایب پایایی مثبت است. با این حال قدرمطلق آن گزارش شده است. همه ضرایب دیگر مثبت هستند. ضرایب اعتبار مربوط به اعتبار پیش بین است. به این معنی که هر یک ازمتغیرها چه رابطه‌ای با پاسخ افراد به سوال اصلی پژوهش در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

مورد وضعیت سلامتی آنها دارد. از آنجا که همه ابزارهای در هـر یک از سه زمان اجرا شده اند(از جمله سوال اصلی پـژوهش در زمان‌های سه گانه پرسیده شده اسـت)، امکـان سـنجش اعتبـار همزمان نیز بوده است که در همه حال از اعتبار پیش بین کمتـر است. در جدول ۲ تنها ضرایب اعتبار پیش بین گزارش شده اند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۲ . ضریب پایائی و ضرایب اعتبار درون هر یک از گروه ها

ردیف	متغیر	خوب ـ بد				خوب ـ خوب				بد ـ بد				بد ـ خوب			
		۱۳۹۱ ـ ۱۳۸۷		۱۳۹۲-۱۳۹۵		۱۳۹۱ ـ ۱۳۸۷		۱۳۹۲-۱۳۹۵		۱۳۹۱ ـ ۱۳۸۷		۱۳۹۲-۱۳۹۵		۱۳۸۷-۱۳۹۱		۱۳۹۲-۱۳۹۵	
		r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}	r_{11}	r_{12}
۱	افسردگی	۰/۶۷	۰/۵۲	۰/۶۳	۰/۵۲	۰/۸۲	۰/۵۴	۰/۷۹	۰/۵۱	۰/۷۹	۰/۵۳	۰/۸۱	۰/۵۴	۰/۶۵	۰/۴۳	۰/۷۱	۰/۵۷
۲	عملکرد حرکتی	۰/۶۹	۰/۵۳	۰/۶۹	۰/۵۷	۰/۷۲	۰/۴۸	۰/۸۱	۰/۵۵	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۷۵	۰/۵۵	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۶۹	۰/۴۱
۳	عملکرد شناختی	۰/۷۰	۰/۵۱	۰/۶۵	۰/۴۹	۰/۷۳	۰/۵۲	۰/۷۴	۰/۴۹	۰/۸۳	۰/۴۹	۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۷۵	۰/۵۳	۰/۷۲	۰/۴۵
۴	عملکرد اجتماعی	۰/۶۵	۰/۵۵	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۸۳	۰/۴۹	۰/۷۷	۰/۴۸	۰/۷۵	۰/۵۷	۰/۷۷	۰/۵۷	۰/۶۳	۰/۴۷	۰/۷۳	۰/۴۹
۵	فعالیت فیزیکی سبک	۰/۷۱	۰/۴۱	۰/۶۷	۰/۴۳	۰/۷۵	۰/۵۱	۰/۸۳	۰/۵۲	۰/۸۳	۰/۵۲	۰/۸۴	۰/۴۹	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۷۰	۰/۴۲
۶	فعالیت فیزیکی متوسط و سنگین	۰/۶۵	۰/۴۵	۰/۶۵	۰/۴۷	۰/۸۱	۰/۵۳	۰/۷۷	۰/۵۳	۰/۷۹	۰/۴۹	۰/۸۵	۰/۵۲	۰/۶۹	۰/۴۲	۰/۶۵	۰/۵۱
۷	تعداد بیماری های مزمن	۰/۶۴	۰/۴۴	۰/۶۸	۰/۴۹	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۸۵	۰/۵۵	۰/۷۳	۰/۵۴	۰/۸۱	۰/۴۸	۰/۶۳	۰/۴۵	۰/۶۷	۰/۴۴

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

در جدول ۳ شاخص های توصیفی برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین ۱۳۹۱-۱۳۸۷ آورده شده است که این شاخص ها مربوط به هر یک از زمانها به تفکیک است، F_{GXT} در تحلیل واریانس مختلط (۲×۴) در هر یک از گروهها معنی‌دار است که نشان می‌دهد تفاوت بین چهار گروه معنی دار($p<۰/۰۵$) است. همانطور که دیده می‌شود گروه I (خوب-خوب) با گروههای دیگر همواره تفاوت نشان می‌دهد در صورتی که گروه II(خوب-بد) با هر دو گروه سوم و چهارم (بد-خوب و خوب- بد) در سال مقدم ۱۳۸۷ در هر دو نوع فعالیت فیزیکی سبک، متوسط و سنگین تفاوت معنی‌دار ($p<۰/۰۵$) دارد. در حالی که در سال پایانی دوره(۱۳۹۱) این تفاوت فقط با گروه سوم(بد- خوب) معنی‌دار ($p<۰/۰۵$) می‌باشد و گروه سوم(بد-خوب) تفاوت معنی‌دار با گروه چهارم هر چند در سال مقدم (یعنی در سال ۱۳۸۷) ندارد، در سال آخر(۱۳۹۱) این تفاوت معنی‌دار($p<۰/۰۵$) می‌شود زیرا گروه چهارم(بد-بد) وضعیت بسیار وخیم‌تری در انجام این فعالیت‌ها دارند.

در جدول ۴ شاخص های توصیفی برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین ۱۳۹۲-۱۳۹۵ آورده شده است که این شاخص ها مربوط به هر یک از زمانها به تفکیک است، F_{GXT} در تحلیل واریانس مختلط (۲×۴) در هر یک از گروهها معنی‌دار است که نشان می‌دهد تفاوت بین چهار گروه معنی دار($p<۰/۰۵$) است. همانطور که دیده می‌شود گروه I (خوب-خوب) با گروههای دیگر همواره تفاوت نشان می‌دهد در صورتی که گروه II(خوب-بد) با گروه سوم(بد-خوب) در سال مقدم ۱۳۹۲ و در سال پایانی دوره(۱۳۹۵) در هر دو نوع فعالیت فیزیکی سبک، متوسط و سنگین تفاوت معنی دار($p<۰/۰۵$) دارد. در حالی که گروه II(خوب- بد) با گروه چهارم(بد-بد) در سال مقدم ۱۳۹۲ در هر دو نوع فعالیت فیزیکی سبک، متوسط و سنگین و نیز افسردگی و تعداد بیماری های مزمن تفاوت معنی دار($p<۰/۰۵$) دارد اما در سال پایانی دوره(۱۳۹۵) این تفاوت فقط معنی دار نیست و تنها فعالیت های جسمی‌زندگی روزانه(PADL) بین گروه دوم و چهارم در سال آخر (۱۳۹۵) معنی دار($p<۰/۰۵$) است. همچنین گروه سوم(بد-خوب) در هر دو نوع فعالیت فیزیکی سبک، متوسط و سنگین و نیز فعالیت های جسمی‌زندگی روزانه(PADL) و تعداد بیماری های مزمن تفاوت معنی‌دار با گروه چهارم هر چند در سال مقدم (یعنی در سال ۱۳۹۲) ندارد، در سال آخر (۱۳۹۵) این تفاوت معنی دار($p<۰/۰۵$) می‌شود زیرا گروه چهارم(بد-بد) وضعیت بسیار وخیم‌تری در انجام این فعالیت ها دارند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۳ . مقایسه بین گروهی متغیرهای پژوهش در خط پایه و موج اول

ردیف	متغیر	سال	خوب ـ خوب(I)		خوب ـ بد(II)		بد ـ خوب(III)		بد ـ بد(IV)		معنی داری		تفاوت بین گروه ها		
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	P	I	II	III
۱	افسردگی	۱۳۸۷	۱۱/۰۱	۶/۳۳	۱۲/۶۲	۷/۲۴	۱۲/۷۶	۷/۲۶	۱۵/۴۳	۷/۱۷	۳/۲۶	۰/۰۵	IV		
		۱۳۹۱	۱۱/۲۶	۵/۸۷	۱۲/۴۸	۸/۰۱	۱۱/۶۹	۷/۹۲	۱۵/۷۴	۶/۳۳	۹/۴۲	۰/۰۰۱	IV		
۲	عملکرد حرکتی	1387	۱/۵۸	۱/۹۶	۳/۴۱	۳/۰۲	۳/۶۶	۳/۱۷	۴/۹۲	۲/۹۵	۱۳/۰۸	۰/۰۰۱	III و IV		
		۱۳۹۱	۱/۹۵	۱/۹۸	۴/۳۹	۳/۱۵	۲/۷۵	۲/۸۳	۵/۶۱	۲/۹۸	۱۹/۲۶	۰/۰۰۱	IV,III		
۳	عملکرد شناختی	۱۳۸۷	۲۵/۹۷	۸/۹۱	۲۲/۸۴	۸/۶۳	۲۲/۵۳	۸/۹۱	۲۱/۴۲	۸/۵۴	۶/۶۲	۰/۰۰۱	IV , III, II		IV
		۱۳۹۱	۲۴/۷۱	۸/۹۲	۲۰/۰۹	۷/۶۷	۲۰/۵۷	۷/۰۷	۱۷/۳۳	۷/۹۵	۵/۸۴	۰/۰۱	IV,III,II		
۴	عملکرد اجتماعی	۱۳۸۷	۴۵/۳۹	۷/۲۸	۴/۳۴	۸/۹۳	۴۰/۲۸	۸/۱۵	۳۹/۷۵	۷/۹۳	۶/۱۵	۰/۰۱	IV,III,II		
		۱۳۹۱	۳۹/۷۲	۶/۹۱	۳۳/۲۳	۷/۱۵	۳۶/۱۸	۸/۰۱	۳۱/۲۹	۸/۳۷	۹/۲۳	۰/۰۰۱	IV,III,II		
۵	فعالیت فیزیکی سبک	۱۳۸۷	۲۴/۳۲	۵/۷۲	۲۳/۱۷	۵/۶۷	۱۸/۴۲	۵/۸۴	۱۸/۳۵	۵/۳۳	۸/۴۲	۰/۰۰۱	IV,III	IV,III	
		۱۳۹۱	۲۳/۷۳	۵/۲۸	۱۷/۱۶	۵/۹۳	۲۳/۱۱	۵/۴۱	۱۵/۷۴	۵/۲۸	۷/۲۹	۰/۰۰۱	IV,II	III	IV
۶	فعالیت فیزیکی متوسط و	۱۳۸۷	۳۳/۲۸	۷/۹۴	۳۲/۸۴	۷/۲۹	۲۴/۱۶	۸/۳۳	۲۳/۶۲	۷/۹۶	۹/۲۲	۰/۰۰۱	IV,III	IV,III	
	سنگین	۱۳۹۱	۳۱/۱۹	۷/۸۱	۲۵/۸۲	۸/۱۱	۲۹/۲۱	۷/۴۲	۱۷/۹۸	۷/۲۷	۷/۲۳	۰/۰۰۱	IV,II	III	IV
۷	تعداد بیماری مزمن	۱۳۸۷	۱/۵۲	۱/۰۹	۲/۱۴	۱/۵۷	۲/۶۲	۱/۷۲	۲/۲۴	۱/۶۲	۱۳/۰۲	۰/۰۰۱	IV,III		
		۱۳۹۱	۱/۸۹	۱/۲۱	۲/۹۳	۱/۴۳	۳/۰۹	۱/۸۱	۳/۴۲	۱/۸۱	۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	III,IV	IV	

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ٤ . مقایسه بین گروهی ابزارهای پژوهش در موج دوم و موج سوم

ردیف	متغیر	سال	خوب ـ خوب(I)		خوب ـ بد(II)		بد ـ خوب(III)		بد ـ بد(IV)		معنی داری			تفاوت بین گروه ها		
			M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	P		I	II	III
۱	**افسردگی**	۱۳۹۲	۱۱/۵۴	۶/۸۱	۱۲/۴۴	۷/۱۵	۱۳/۹۲	۷/۳۲	۱۷/۱۱	۸/۶۲	۲/۳۵	N.S		IV	IV	
		۱۳۹۵	۱۱/۲۹	۵/۹۲	۱۲/۷۲	۶/۸۹	۱۴/۲۸	۸/۲۵	۱۶/۹۳	۹/۲۴	۴/۸۱	۰/۰۱		IV		
۲	**عملکرد حرکتی**	۱۳۹۲	۱/۵۱	۲/۰۱	۳/۲۱	۲/۴۳	۴/۱۵	۳/۲۱	۵/۴۳	۲/۸۳	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱		IV,III,II		
		۱۳۹۵	۲/۲۴	۲/۱۳	۴/۱۹	۲/۶۲	۳/۵۹	۲/۶۳	۵/۸۲	۲/۲۹	۱۸/۳۳	۰/۰۰۱		IV,III,II	IV	IV
۳	**عملکرد شناختی**	۱۳۹۲	۲۴/۶۱	۸/۸۲	۲۱/۳۲	۸/۱۵	۲۱/۷۲	۸/۳۷	۲۰/۱۷	۶/۷۱	۳/۹۶	۰/۰۵		IV		
		۱۳۹۵	۲۱/۲۷	۷/۹۲	۱۷/۳۲	۶/۰۹	۱۷/۳۲	۷/۲۴	۱۴/۲۶	۵/۹۳	۴/۳۸	۰/۰۱		IV,II		
۴	**عملکرد اجتماعی**	۱۳۹۲	۴۰/۸۳	۵/۳۳	۳۴/۷۲	۵/۳۷	۳۳/۰۹	۶/۱۴	۳۲/۸۳	۶/۲۹	۵/۶۱	۰/۰۱		IV,III,II		
		۱۳۹۵	۳۵/۲۸	۵/۸۴	۲۹/۳۱	۶/۴۷	۲۹/۶۲	۶/۳۲	۲۸/۷۴	۶/۰۹	۷/۲۸	۰/۰۱		IV,III,II		
۵	**فعالیت فیزیکی**	۱۳۹۲	۲۲/۶۱	۵/۰۱	۲۱/۹۴	۵/۴۲	۱۸/۱۹	۵/۲۹	۱۶/۹۲	۵/۶۳	۸/۲۷	۰/۰۰۱		IV,III	IV,III	
	سبک	۱۳۹۵	۲۱/۸۹	۵/۲۶	۱۵/۲۸	۵/۱۸	۲۲/۰۷	۵/۴۷	۱۳/۴۱	۵/۳۱	۵/۶۲	۰/۰۰۱		IV,II	III	IV
۶	**فعالیت فیزیکی**	۱۳۹۲	۳۰/۶۲	۷/۱۷	۳۱/۰۳	۸/۰۹	۲۷/۱۷	۸/۳۱	۲۵/۵۳	۸/۶۲	۹/۱۱	۰/۰۰۱		IV,III	IV,III	
	متوسط و سنگین	۱۳۹۵	۳۰/۲۲	۷/۲۲	۲۶/۷۷	۸/۲۸	۳۰/۸۶	۸/۲۶	۲۲/۶۸	۸/۱۱	۵/۹۱	۰/۰۰۱		IV,II	III	IV
۷	**تعداد بیماری مزمن**	۱۳۹۲	۱/۸۵	۱/۲۱	۲/۱۷	۱/۱۳	۲/۲۶	۰/۹۲	۳/۲۶	۱/۳	۸/۶۲	۰/۰۰۱		IV,III	IV	
		۱۳۹۵	۲/۵۱	۱/۳۹	۳/۴۱	۱/۲۴	۲/۸۴	۱/۸	۴/۲۹	۴/۳۱	۹/۵۶	۰/۰۰۱		IV وII		IV

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

بحث و نتیجه گیری

سوال در مورد سلامت افراد مسن تا چه اندازه پاسخ درستی را دریافت می‌کند و تا چه اندازه به آن می‌توان به آن اعتماد کرد؟ پژوهش حاضر نشان داد که پاسخ به این سوال را نباید در یک مقطع زمانی ارزیابی کرد که در این صورت اعتبار آن ضعیف است. بررسی اعتبار در چهار نیمرخ که بر اثر دو نوع پاسخ در دو گستره زمانی به دست می‌آید؛ بالاتر بوده و بیشتر نشان دهنده اعتبار پاسخ است. نتایج اعتبار پیش‌بین مقیاسها که در سال ابتدایی پرسیده شده با سوال از سلامتی که در سال آخر پرسیده شده همواره بیشتر از اعتبار همزمان می‌باشد که هر دو سوال در یک سال پرسیده شده باشند و در جدول ۲ ارائه شده است. این یافته، نکته بسیار مهمی را در بر دارد و آن اینکه نمی‌توان با یک سوال ساده از وضعیت سلامت افراد مسن اطلاع پیدا کرد. ممکن است پرسیده شود دلیل آن چیست؟ شاید تا حدی به دلیل این که افراد سالمند از رخدادهایی که به صورت قریب الوقوع بر جسم آنها فروخواهد آمد؛ اطلاعی ندارند. این یافته تاحدی همراستا با پژوهش Lyyra, Leskinen, Jylhä, & Heikkinen (۲۰۰۹) است که در یک پژوهش طولی ۵ ساله که روی ۱۱۰ مرد و ۲۰۸ زن بالای ۷۵ سال در سوئد انجام شد؛ به بررسی رابطه بین سلامت خودگزارشی و میزان مرگ و میر و مقایسه آن در مردان و زنان پرداخت. نتایج مشخص ساخت که سلامت خودگزارشی ضعیف به شدت با خطر مرگ و میر در زنان در همه مدل ها رابطه داشت و در مردان نیز سلامت خودگزارشی ضعیف با خطر مرگ و میر تنها زمانی شدیدا رابطه داشت که مردان در خط پایه سلامت خود را ضعیف گزارش کرده بودند. به نظر می‌رسد درمورد مردان فعالیت های جسمی و اجتماعی علاوه بر سلامتی خودگزارشی پایه، بر خطر مرگ و میر موثر باشد. مردان به دلیل اینکه به طورکلی در جوامع زندگی فعال‌تری دارند، کمتر در معرض خطر مرگ و میر هستند(۱۷).

با این حال اعتبار پیش بین بالا نشان می‌دهد که وضعیت جسمانی آنها به صورت خاصی با چهار نیمرخ که از پاسخ آنها به سوال مربوط به سلامتی به دست می‌آید رابطه دارد. اعتبار پیش‌بین افرادی که در یک دوره زمانی در یک نیمرخ پایدار(خوب–خوب) یا (بد–بد) قرار دارند؛ چندان متفاوت از افرادی که در نیمرخ ناپایدار (خوب–بد) یا (بد–خوب) قرار دارند، نیست و در هر چهار نیمرخ رابطه متغیرهای جسمانی (فعالیت فیزیکی سبک و متوسط و سنگین و فعالیت حرکتی) با گزارش سلامتی در حد متوسط است. رابطه متغیر فعالیت جسمی‌زندگی روزانه اما بیشتر افت می‌کند، تا حدی که در نیمرخ بد–خوب تا حد ۰/۴۱ افت پیدا می‌کند. دلیل آن این است که سالمندان این نیمرخ با توجه به گزارش منفی در ابتدای هر دوره زمانی، انتظار وضعیت خوب را ندارند و در واقع این همبستگی پایین نمایانگر وضعیت بهتر آنان است. این یافته همراستا با پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد ابتلا به بیماری‌های مزمن در حد کمتر و داشتن تحرک در زندگی روزمره نیز به عنوان عوامل پیشگویی-کننده سلامتی ادراک شده بیشتر در سالمندان است(۳۰) و برعکس پیرانی که در کارکردهای روزانه و انجام فعالیت‌های جسمی مشکلات بیشتری داشتند، سلامت خود را پایین‌تر گزارش می‌کنند(۳۱).

در عملکرد اجتماعی در نیمرخ گروه (بد–بد) بالاترین همبستگی وجود دارد. به عبارت دیگر گزارش حال آنان با عملکرد اجتماعی آنان رابطه زیادی دارد. احتمالا این افراد از نظر رشد روانی–اجتماعی اریکسون(۳۲) به تمامیت نمی‌رسند زیرا روابط اجتماعی لذت نمی‌برند و همین با حال آنها رابطه دارد زیرا پژوهش های جدید نشان می‌دهد که بخشی از انرژی مثبت از روابط اجتماعی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

ناشی می‌شود. شرکت کردن در فعالیت های آشنا با افراد آشنا، تمرین مکرری را تامین می‌کند که به حفظ عملکرد جسمانی و شناختی کمک کرده و عزت نفس و مهارت را بالا می‌برد و هویت را تایید می‌کند. ادامه دادن روابط با دوام و صمیمانه، احساس آرامش، لذت و شبکه حمایت اجتماعی را تامین می‌کند. این یافته تاحدی همراستا با پژوهش نبوی و همکاران(۱۳۹۳) است. این پژوهشگران در یک پژوهش روی ۲۰۰ سالمند نشان دادند که روابط و حمایت اجتماعی با سلامت روان این افراد رابطه مثبت معنی دار دارد و سالمندانی که روابط مناسب تری دارند، از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند بود(۳۳). در سالمندان کره ای نیز وضعیت به همین منوال است. در یک مطالعه که روی سالمندان بالای ۶۰ سال کره‌ای انجام شد، نتایج نشان داد که روابط اجتماعی کمتر با گزارش افسردگی(depression) و نیز گزارش سلامتی پایین خود در زنان رابطه دارد(۹).

گروه نیمرخ (خوب–خوب) بیش از نیمرخهای دیگر احتمال دارد که با افزایش تعداد بیماریها وضعیت خود را بد گزارش کنند و دلیل آن این است که این گروه انتظار آن را ندارند و شاید این افزایش ضریب اعتبار به دلیل محدودیت اثر دامنه می‌باشد زیرا این گروه دارای وایانس بیشتر از نظر تعداد بیماریهای مزمن هستند. در جدول ۳ دیده می‌شود که همواره بین نیمرخ خوب–خوب(اول) با نیمرخ بد–بد(چهارم) تفاوت وجود دارد و این مربوط به همه سالها(چه مقدم و چه موخر) است و این نشان می‌دهد که گروه بد– بد از نظر شاخص‌های عملکرد شناختی، اجتماعی و فیزیکی پایین‌تر از گروه نیمرخ اول هستند(در واقع نرخ مرگ ومیر نیز در گروه خوب–خوب وجود نداشت در حالی که نرخ مرگ و میر در این گروه حدود ۱۰ نفر بود). گروهی که در آغاز سلامت خود را خوب گزارش کرده بودند را می‌توان در دو نیمرخ، بسته به گزارش آنها در پایان موج در نظر گرفت که آنها که در پایان دوره وضعیت سلامت خود را خوب گزارش کرده اند، در عملکردهای شناختی در شروع دوره و در فعالیت فیزیکی سبک و سنگین در پایان دوره عملکرد بهتری داشته اند. این نشان می‌دهد که عملکرد شناختی بهتر در افراد پیری که سلامت خود را پایین گزارش می‌کنند، ممکن است نشان دهنده بهبود وضعیت سلامتی آنها در آینده باشد. عملکرد شناختی یک متغیر ذهنی است اما برعکس در متغیر عینی فعالیت فیزیکی چون افراد به طورعینی متوجه وضعیت عملکردهای جسمی‌خود می‌شوند در نتیجه با بهبود فعالیت فیزیکی، سلامت خود را بالاتر گزارش می‌کنند که با نظریه ادراک خود (Self-perception theory) هماهنگ است(۳۴). بر اساس نظریه مذکور، ما در مورد وضعیت درونی خود، تنها از اطلاعات ضعیف و مبهمی‌برخورداریم. برای شناخت کیفیت احساس و تفکر خود در مورد یک موضوع اجتماعی، باید این علایم مبهم را تفسیر کنیم؛ این کار با استفاده از فرآیندهای شناختی اسناد علی – درست مانند ادراک دیگران – صورت می‌گیرد؛ یعنی توصیف ما از احساسات یا نگرش های خود، – دست کم تا حدودی – به اسنادهایی وابسته است که ما در مورد رفتارهای خود ارائه می‌کنیم. یعنی وقتی از صفات و نگرشهای خود مطمئن نیستیم خود را مورد مشاهده قرار می‌دهیم و بعد نتیجه گیری هایی به عمل می‌آوریم که با رفتار ما همسو هستند(۳۵). Bem (۱۹۷۲) می‌گوید چون مردم به شیوه خاصی عمل می‌کنند ، تصور می‌کنند که به همان صورت نیز ساخته شده اند، برای نمونه فرد سیگاری که سیگار خود را ترک نمی‌کند به این نتیجه می‌رسد که فردی بی اراده است(۳۴). در این راستا پژوهشی که روی یک هزار و ۷۳۷ بزرگسال خانه دار ۶۵ ساله و بالاتر انجام دادند؛ نشان داد که سالمندان دارای ضعف شناختی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

خفیف(mild cognitive impairment) نسبت به سالمندان با توانایی شناختی بهنجار(normal cognitive ability)، به احتمال بیشتر حداقل در یکی از فعالیت های ابزاری زندگی روزانه (IADL) شامل مسافرت، خرید، تهیه غذا، کار در خانه، مصرف داروها، رسیدگی به امور مالی شخصی، و یا استفاده از تلفن دچار مشکل باشند. حافظه(memory) و کارکرد شناختی بالاتر با تناقض‌ها و دشواری‌های کمتری در انجام فعالیت‌های ابزاری زندگی روزانه همراه بود(۳۶).

مهمترین اعتبار تمیزی دو نیمرخ دو و سه در هر دو نوع فعالیت سبک و فعالیت متوسط و سنگین است. نیمرخ دو و سه به ترتیب نیمرخ خوب–بد و بد– خوب هستند. با وجود این که دو نیمرخ از نظر عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی و همچنین فعالیت های فیزیکی روزمره و افسردگی و تعداد بیماری مزمن در این دوره تفاوتی، نه در آغاز دوره(۱۳۸۷) و نه در پایان دوره(۱۳۹۱) نشان نمی‌دهند اما در فعالیت های سبک و متوسط و سنگین تفاوتی وجود دارد که در آغاز دوره نیمرخ دو به نفع آن و در پایان نیمرخ سه به نفع آن وضعیت بهبود می‌یابد. به عبارت دیگر در گروه های ناپایدار وجه ممیزه، مربوط به فعالیت فیزیکی است. بنابراین کاربرد عملی این بحث آن است که افراد مسن باید هر نوع فعالیتی که می‌توانند(اعم از سبک یا متوسط و سنگین) برای بهبود خود انجام دهند. تفاوت نیمرخ اول و دوم که هر دو با گزارش سلامت خوب آغاز می‌کنند، به خصوص در عملکردهای شناختی و اجتماعی است. با توجه به این می‌توان توجیه کرد که برای یک دوره پیری خوب که پایدار باشد باید افراد پیر عملکردهای شناختی و اجتماعی خود را بهبود بخشند. هرچند براتی و عریضی(۱۳۹۴) نشان دادند که با افزایش سن استفاده از فراشناخت زیاد می‌شود و همین مسئله نارسایی های شناختی را کاهش می‌دهد؛ اما توجه به بهبود شناخت و فعالیت های شناختی و اجتماعی برای بهبود سالمندی اساسی است(۳۷). به عنوان مثال مرادی و همکاران(۱۳۹۱) در یک پژوهش به بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های سالمندی شهر تهران پرداختند. این پژوهش که روی ۲۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال انجام شد نشان داد که مشارکت و فعالیت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی این گروه می‌گردد(۳۸). میرزایی و کاوه(۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود بر این توصیه تاکید دارند. آنان معتقدند که کاهش شبکه ارتباطات اجتماعی و در نتیجه کاهش مشارکت های اجتماعی از عوامل موثر در افت کیفیت زندگی سالمندان به خصوص زنان است(۳۹ و۴۰).

در موج دوم تفاوتهای عمده زیر با موج اول دیده می‌شود:

۱–تفاوت نیمرخ گروه اول با گروه دوم در فعالیت های زندگی روزمره(PADL) وجود دارد که نشان می‌دهد افرادی که در پایان دوره گزارش بد از وضعیت سلامتی خود می‌دهند؛ در فعالیت های روزمره دارای مشکل بیشتری هستند.

۲–مهمترین تفاوت در عملکرد شناختی است، در حالی که در موج اول عملکرد اجتماعی نیمرخ اول ، فقط با نیمرخ گروه چهار متفاوت است. در این موج، عملکرد شناختی گروه اول از همان آغاز از هر سه گروه دیگر بالاتر است و این نشان می‌دهد که افراد پیرتر(موج دوم)، فقط در نیمرخ گروه اول همچنان سطح بالای عملکرد شناختی خود را حفظ کرده اند. در حالی که عملکرد اجتماعی در هر دو موج بین نیمرخ گروه ها یکسان است.

۳– تعداد بیماری های مزمن در موج اول و موج دوم در مبدا زمانی تفاوت نیمرخ گروه ها یکسان است با این تفاوت که در موج دوم در زمان دوم، تفاوت بین نیمرخ گروه‌های اول، دوم و سوم در موج اول به تفاوت بین گروه‌های اول، دوم و چهارم

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

تبدیل شده است، آیا وضعیت در گروه سوم در موج دوم بهتر شده است یا وضعیت در گروه دوم و چهارم در موج دوم بدتر شده است؟ به نظر می‌رسد که پاسخ دوم صحیح تر باشد، در موج دوم در تعداد بیماری های مزمن آسیب بیشتر متوجه گروه دوم و گروه چهارم است، زیرا افرادی که دچار بیمای مزمن هستند؛ به تدریج با وضعیت خود کنار آمده و آنرا پذیرفته اند و وضعیت گروهی که با تعدا بیشتری بیماری مزمن روبه رو شده اند(خوب- بد) در سازگاری مشکلتر است. این شبیه وضعیتی است که دانته در «دوزخ» در سروده پنجم تصویر می‌کند. یاد دوران خوب زندگی در دوران سختی بسیار اذیت کننده است.

محدودیت عمده تحقیق حاضر این است که همه ابزارها از نوع خودگزارشی بودند و احتمال دارد که سبب سوگیری روش شده باشند استفاده از ابزارهایی که به طور عینی فعالیت های روزمره را مثلا از طریق گزارش دیگران یا پرستار می‌سنجد؛ می‌تواند پژوهش را قوی تر کند.

این پژوهش در پی بررسی ویژگی های روانسنجی پاسخ های سالمندان به سوال در مورد سلامت خود ادراک‌شده آنان بود و به طور کلی نشان داد که اعتبار پاسخ به سوال در مورد سلامت سالمندان را نباید در یک مقطع زمانی ارزیابی کرد زیرا در این صورت ضعیف است. بررسی اعتبار در چهار نیمرخ که بر اثر دو نوع پاسخ در دو گستره زمانی به دست می‌آید (خوب- خوب، خوب-بد، بد-خوب و بد-بد)؛ بالاتر است. همچنین فعالیت‌های فیزیکی سبک، متوسط و سنگین و نیز فعالیت‌های شناختی و اجتماعی در ادراک سلامتی خود از سوی سالمندان موثر است و سالمندان باید تا حدامکان خود را به لحاظ شناختی، اجتماعی و جسمی فعال نگه دارند.

References

1. Azami E, Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S. A comparative investigation of mental health and happiness among elderly living at home and nursing home residents. Iranian Journal of Geriatric Nursing. 2016;3(1):76-88.
2. Karimi Torghabeh E, Ehsani M, Koozechian H, Mehrabi Y. Effect of 16 Weeks Walking With Different Dosages on Psychosocial Function Related Quality of Life Among 60 to 75 Years Old Men. sija. 2011; 5 (4).
3. Habibi Sola A, Nikpoor S, Rezaei M, Haghani H. Health Promotion Behaviors and Level of Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Among Elderly People in West Region of Tehran: A Cross-Sectional Survey. sija. 2007; 2 (3) :331-339.
4. Cho J, Martin P, Margrett J, MacDonald M, Johnson MA, Poon LW. Multidimensional Predictors of Fatigue among Octogenarians and Centenarians. Gerontology. 2012; 58(3):249–257.
5. Chalise HN, Saito T, Kai I. Self-reported health: A study of older adults from a developing country-Nepal. Biosci. Trends. 2007; 1:102-107.
6. Khajavi D, Moradi Veghar MS. Prediction of Activities of Daily Living in Older Adultsin Qom City Based on Fall-related Psychological Factors. Qom Univ Med Sci J. 2015; 9 (8) :57-65.
7. Mirzaie M. Factors Affecting the Elderly Self-Perceived Health Status. sija. 2008; 3 (2) :539-546

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

8. Silva PA. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.2014; 30(11):2387-2400.
9. Oh S, Ko Y. Activities of Daily Living, Depression, and Self-rated Health and Related Factors in Korean Elderly: Focused on Socioeconomic Status and Family Support, J Korean Acad Community Health Nurs.2015;26(2):140-149.
10. Movahed M, Jahanbazian S, Abbasi Shavazi MT. The study of self-assessed health among elderly women in Shiraz and Yasuj cities. Elderly Health Journal. 2016; 2 (1):27-32.
11. Feng Q, Zhu H, Zhen Zh, Gu D. Self-Rated Health, Interviewer-Rated Health, and Their Predictive Powers on Mortality in Old Age, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.2016;71(3): 538-550.
12. Assari S, Moghani Lankarani M, Burgard S. Black–white difference in long-term predictive power of self-rated health on all-cause mortality in United States, Annals of epidemiology.2016; 26(2):106–114.
13. Vogelsang EM. Self-Rated Health Changes and Oldest-Old Mortality. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Scienc*es.*2014;69(4):612–621.
14. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. Archives of gerontology and geriatrics. 2002; 35(1):79-92.
15. Oreyzi HR. Amiri M, Nuri A. Relationship between health, tension and attitude towards the job and the financial situation of individuals in the acceptance of middle jobs in retired people according to age and education variables, psychological studies. 2015; 1: 160-137.
16. Rogelberg SG. Handbook of Research Methods in Industrial and Organizational Psychology. John Wiley & Sons, 2002.
17. Lyyra TM, Leskinen E, Jylhä M, Heikkinen E. Self-rated health and mortality in older men and women: A time-dependent covariate analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2009; 48:14–18.
18. Lavkkanen P, Era P, heikkinen RL, Suutama T, Kauppinen M, Heikkinen E. factors related to carrying out everyday activities among elderly people aged 80. Aging Clinical Experimental Research.1994;6:433-443 .
19. Heikkinen E, Leinonen R, Berg S, Schroll M, Steen B. Levels and associates of self – rated health among 75 year old people living in three Nordic localities. in : heikkinen , E (ed) . Functional status, health and aging the nora study. facts , research and intervention in gereaitrice , aerdi publisher , paris . 1997:121 – 148 .
20. Wechsler D. Wechsler Memory ScaleRevised manual. New York: Psychological Cooperation Inc.1987.
21. Wechsler D. A standardized memory scale for clinical use. Journal of Psychology. 1945;19:87-95.
22. Hidese S, Ota M, Hori H, Matsuo J, Ishida I, Hiraishi M, ... Kunugi H. The relationship between the Wechsler Memory Scale-Revised scores and whole-brain structure in patients with schizophrenia and healthy individuals. Cognitive neuropsychiatry. 2019:1-12.
23. Orangi M, Atefvahid M K, Ashayeri H. Standardization of the Revised Wechsler Memory Scale in Shiraz. IJPCP. 2002; 7 (4) :56-66.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

24. Daneshnia F., Razmara A., Aghaei A., Molavi H. Effect of working memory software on self-esteem, self-concept and middle aged memory, Hormozgan Medical Journal, 2012;1(67):45-52.
25. Kazemi A, Ahmadi P. Relationship between physical activity during the first 20 weeks of gestation and hypertension in pregnancy. J Shahrekord Univ Med Sci. 2007; 9 (2) :20-27
26. Oreyzi HR. Validation of Physical Activity Scale on Elderly Persons Admitted to Sadeghieh Center of Isfahan. Research Deputy of Isfahan University.2015.
27. Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977; 1:385-401.
28. Amiri M, Mohammadi A, Forghani, A. Validation of Epidemiological Depression Center Scale for Depression of Students. Proceedings of the 4th Students' Mental Health Seminar, 2009:43-45.
29. Jiang S, Li P. Current Development in Elderly Comprehensive Assessment and Research Methods. BioMed Research International, 2016; 3528248. http://doi.org/10.1155/2016/3528248.
30. Bryant LL, Beck A, Faireclough DL. Factors that contribute to positive perceived health in an older population. Journal of Aging and Health. 2000; 12:169-92.
31. Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly, BMC Geriatrics.2010;10(1):1-16.
32. Schultz D, Schultz S. Theories of Personality. Yahya Seyyed Mohammadi translation. Tehran: Publishing edition, 2012.
33. 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. doi: 10.22038/mjms.2014.3756.
34. Bem DJ. Self-perception theory. In Advances in experimental social psychology (Vol. 6, pp. 1-62). Academic Press. 1972.
35. Woosnam KM, Draper J, Jiang JK, Aleshinloye KD, Erul E. Applying self-perception theory to explain residents' attitudes about tourism development through travel histories. Tourism Management. 2018; 64:357-368.
36. Hughes TF, Chang CCH, Vander Bilt J, Snitz BE, Ganguli M. 2012. Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: the Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team study. The American Journal of Geriatric Psychiatry.2012; 20(10): 836-844.
37. Barati H, Oreyzi HR. Relation between Cognitive Failures and Cognitive Beliefs in Life Span Considering Thought Control. Journal of Psychology, 2015, 19 : 235-251.
38. Moradi S, Fekrazad H, Mousavi M T, Arshi M. The Study of Relationship Between Social Participation and Quality of Life of Old People Who Are Member of Senior Association of Tehran City in 2011. sija. 2013; 7 (4) :41-46
39. Mirzaei M, Kaveh Firooz Z. Quality of life of old people in Tehran and their participation in social activities with emphasis on gender. Iranian Society of Demography, 2009;4 (8):123-148.
40. Villegas SG, de Oca Zavala VM, Guillén J. Social support and social networks among the elderly in Mexico. Journal of Popular Age.2014; 7(12): 143-159.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]