

کیفیت زندگی، رفاه و افسردگی سالمندان ایرانی مقیم سیدنی در کشور استرالیا (مقاله مروری)

دکتر مهتاب علیزاده^۱، دکتر سهیلا خوشبین^۲، دکتر فریدون خاورپور^۳

چکیده:

هدف: هدف از انجام این تحقیق دستیابی به اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت سالمندان ایرانی مهاجر در استرالیا بود.

روش بررسی: این بررسی یک مطالعه کمی و بصورت مقطعی بود که در سالهای ۲۰۰۵-۷ انجام شد. در این تحقیق تعداد ۳۰۲ سالمند ایرانی مهاجر که سن آنها ۶۵ سال و بیشتر بود و حداقل شش ماه در سیدنی-استرالیا زندگی میکردند، شرکت داده شدند. افراد مورد مطالعه بصورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها به شکل مصاحبه چهره به چهره، مصاحبه تلفنی و ارسال پرسشنامه از طریق پست و عودت فرم تکمیل شده توسط سالمندان بود. سوالات این تحقیق بر اساس مطالعه وزارت بهداشت و رفاه کشور استرالیا تعیین شد.

یافته‌ها: اکثریت سالمندان ایرانی مهاجر دارای علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی در حد متوسط بودند (۴۴٪) و بیش از نیمی از آنان (۵۸٪) سطح متوسطی از احساس روانی خوب بودن را داشتند. از نظر عملکرد فیزیکی (۴۱٪) سالمندان دچار محدودیت متوسط و به همان مقدار نیز فاقد محدودیت بودند. از نظر توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی اکثریت (۵۶٪) سالمندان مستقل بودند. وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگ‌پذیری متغیرهای تعیین‌کننده قوی وضعیت سلامت جسمانی و روانی سالمندان بودند.

نتیجه‌گیری: ابتلا به بیماری‌های مزمن، میزان فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی و همچنین میزان دسترسی به اطلاعات و آگاهی از خدمات و مراقبت‌های سالمندی تعیین‌کننده‌های قوی وضعیت سلامت جسمی و روانی سالمندان ایرانی مهاجر بودند.

کلید واژه‌ها: فعالیتهای روزانه زندگی، فرهنگ‌پذیری، افسردگی، سالمند، بیماری‌های مزمن، فعالیت فیزیکی، وضعیت روانی، فعالیت اجتماعی، رفاه

۱- دکترای سلامت سالمندی، هیئت علمی وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی، اداره سالمندان تهران، خیابان جمهوری، تقاطع حافظ، طبقه ۴، اداره سالمندان، اتاق ۴۲۰، شماره تماس: ۶۶۷۰۰۴۰۲

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، هیئت علمی وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی، ریاست اداره سالمندان

۳- دکترای آموزش و تحقیقات علوم بهداشتی، هیئت علمی دانشگاه سیدنی، استرالیا

مقدمه

غالباً انجام فعالیت‌های بدنی برای سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن دشوار است. شواهد مبتنی بر بررسی‌های ملی سلامت سالمندان در آمریکا نشان داد که شیوع بی‌حرکتی در سالمندان آمریکایی قابل ملاحظه بوده و از روند افزایشی بویژه در گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر برخوردار بوده است. در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از قبیل ورم مفاصل انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL)^۱ در مقایسه با فعالیت‌های فیزیکی مثل پیاده روی به هر دلیلی میتواند بطور اثربخشی باعث بهبود احساس روانی خوب بودن در آنان شود^(۳). نتایج بررسی ملی سلامت مرکز آمار استرالیا در سال ۱۹۹۵ در زمینه «نیازسنجی سالمندان در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی» در گروه سنی

یکی از موضوعات مهم دوران سالمندی وضعیت سلامت آنان است. سالمندی بطور معمول با محدودیت فزاینده در سیستم عملکرد فیزیکی و بروز بیماری‌های مزمن همراه است^(۱). با افزایش سن بطور معمول استفاده از خدمات بیمارستانی، سرپایی و مصرف داروها افزایش می‌یابد. مطالعات انجام شده در خصوص وضعیت سلامت سالمندان استرالیایی نشان داد که سالمندان قومیت‌های مختلف ساکن استرالیا غالباً با فرهنگ کشور میزبان عجین شده بودند. بنابراین مهاجرین سالمند نیز مشابه سالمندان استرالیایی به یک اندازه در معرض خطر ابتلا به چاقی، بیماری‌های قلبی، سرطان و دیابت قرار داشتند^(۲).

گزارش شده است. یکی از تحقیقات انجام شده مطالعه تطبیقی کیفیت زندگی سالمندان ایرانی و امریکایی در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و روانی بوده است که در آن وضعیت زنان و مردان سالمند ایرانی و امریکایی از نظر سطح اضطراب متفاوت بود. بطوریکه سالمندان امریکایی بیش از سالمندان ایرانی آن را ابراز می‌کردند. در این مطالعه سالمندان ایرانی حس امنیت اقتصادی و شادی کمتری را در مقایسه با سالمندان امریکایی داشتند. گرچه سالمندان ایرانی از اعتماد به نفس بالاتری در مقایسه با سالمندان امریکایی برخوردار بودند. یافته‌های این مطالعه تفاوت معنی‌داری را از نظر حس شادی و اضطراب در بین زنان ۶۵ ساله ایرانی در مقایسه با زنان ۶۵ ساله امریکایی نشان نداد (۱۲). امامی و Ekman در سال ۱۹۹۸ در یک مطالعه کیفی در سوئد نشان دادند که ایرانیانی که به تازگی به کشور سوئد مهاجرت کرده بودند از انزوای اجتماعی و تنهایی رنج می‌بردند و این امر به دلیل مقوله فرهنگ‌پذیری بوده است. بطوریکه تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین فرهنگ ایرانی و فرهنگ سوئدی و تسلط نداشتن به زبان سوئدی از نظر ایرانیان احساس شده بود (۱۳).

بطور کلی در ارتباط با دلایل انجام بررسی حاضر میتوان ادعا داشت که مطالعات مرتبط با مهاجرین استرالیایی معمولاً متمرکز بر گروه‌های سنی جوان بوده و کمتر به گروه سالمندان توجه داشته است (۷). همچنین وضعیت سلامت سالمندانی که قادر به تکلم به زبان انگلیسی نبودند نیز گزارش نشده است (۸) و هیچگونه داده و مطالعه‌ای در مورد ایرانیان مهاجر به استرالیا نیز موجود نیست و از آنجائیکه این مهاجرین گروه کوچک اقلیت را تشکیل می‌دهند لذا بنظر میرسد که از سوی سیاستگذاران چند ملیتی برنامه‌های سالمندان مورد بی‌توجهی واقع شده‌اند. بنابراین نتایج این تحقیق میتواند در غنی سازی سیاست‌گذاری‌های عدالت اجتماعی و دسترسی به خدمات سالمندی در قومیت‌های مختلف اثربخش باشد (۹) لذا انجام بررسی مذکور با توجه به ایرانی بودن محقق پیشنهاد و در نهایت اجرا گردید.

۵۵ سال و بالاتر متولدین خارج از کشور استرالیا نشان داد که گروه یاد شده در مقایسه با سالمندان استرالیایی به کمک بیشتری در انجام کارهای روزانه زندگی نیاز داشتند (۴). بیماری‌های مزمن و پدیده سالمندی غالباً منجر به بروز ناتوانی‌هایی در دوره سالمندی می‌شوند (۵). با افزایش سن احتمال ناتوانی نیز افزایش می‌یابد. بطوریکه توانمندی‌های فرد سالمند در زمینه پیاده روی، از پله بالا رفتن، خم شدن، دولا شدن با زانوی خمیده و زانو زدن که در سوالات پرسشنامه SF-36^۱ نیز منظور شده محدود می‌شوند. بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها بویژه در سالمندان مسن‌تر غالباً به مراقبت‌های طولانی مدت نیاز دارند. بیماری‌های مزمن بدون شک باعث محدودیت در فعالیت‌های روزانه زندگی و افزایش تقاضا برای ارائه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در منزل می‌شوند (۶).

در ارتباط با وضعیت ایرانیان، گزارش وضعیت سلامت متولدین سالمند خارج از کشور استرالیا نشان داد که ایران در گروه کشورهایی با ضریب حداقل ۵۰٪ از نظر تسلط به زبان انگلیسی قرار دارد و زنان و مردان ایرانی از وضعیت سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با متولدین استرالیایی قرار داشتند و نیز نیاز بیشتری را در دریافت کمک اعلام داشتند (۴). بطور کلی مهاجرین معمولاً از مشکلات روانی شکایت دارند. اما بروز مشکلات سلامتی به ویژگی‌های ایرانیان مقیم کشور میزبان نیز بستگی دارد (۱۰). نتایج بررسی در مورد زنان مهاجر کشور استرالیا نشان داد که استفاده از خدمات مراکز بهداشتی در مبتلایان به مشکلات روانی در گروه زنان تحصیل کرده ایرانی طبقه متوسط اجتماعی ساکن در شمال منطقه سیدنی بیشتر بود. مطالعه مشابه دیگری نیز نشان داد که بیماری‌های جسمی مانند آسم و ورم مفاصل فقط در مهاجران بویژه سالمندان بروز کرده است (۱۰).

گزارشات کارشناسان بهداشتی کشور استرالیا مبین این است که مطالعات در مورد سلامت جسمی و روانی ایرانیان سالمند در استرالیا محدود هستند (۱۱). یافته‌های تحقیق در راستای سلامت سالمندان ایرانی در دیگر کشورها نیز محدود است ولی مواردی از امریکا و سوئد

روش بررسی

براساس آمار سال ۲۰۰۱ وزارت بهداشت و رفاه استرالیا ۱۲۰۹ نفر سالمند مهاجر سن ۶۵ سال و بالاتر که در ایران متولد شده بودند در ایالت سیدنی کشور استرالیا زندگی می‌کردند. بر این اساس ۳۰۲ نفر سالمند در این تحقیق شرکت داده شدند که تقریباً ۲۵٪ کل جامعه آماری راتشکیل می‌دادند (۱۴). این بررسی یک مطالعه مقطعی بود که در سالهای ۲۰۰۵-۲۰۰۷ انجام شد. آزمودنی‌ها بصورت نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از لیست آدرس و دفترچه تلفن ایرانیان مقیم انتخاب شدند. بطوریکه پژوهشگر با استفاده از روش نمونه‌گیری اعداد تصادفی به لیست شماره تلفن‌ها زنگ زده و با توجه به وجود سالمند سن ۶۵ سال و بالاتر پرسشگری انجام شد. بررسی به شکل مصاحبه‌های چهره به چهره و یا پر کردن پرسشنامه‌های ارسالی و برگرداندن آن به وسیله پست و یا مصاحبه تلفنی انجام گردید. بطور کلی روش اصلی بر اساس مصاحبه‌های تلفنی بود که پس از انجام مصاحبه اولیه در صورت نیاز و یا درخواست موافقت طرفین ادامه پرسشگری بصورت چهره به چهره و یا از طریق پست انجام گرفت.

سوالات این تحقیق بر اساس مطالعه وزارت بهداشت ایالت نیوساوت ویلز استرالیا با عنوان «بررسی وضعیت سلامت سالمندان در سال ۲۰۰۰» تهیه گردید (۱۵). بر اساس این مطالعه سوالات جمع‌آوری اطلاعات به شکل مصاحبه‌های تلفنی طراحی شده بود که در سطح ایالت نیوساوت ویلز، دیپارتمان پزشکی اجتماعی انجام گرفته بود. پرسشنامه انتخاب شده در این تحقیق توسط دو نفر که به زبان فارسی و انگلیسی تسلط داشتند به فارسی برگردانده شد و در یک جلسه مشاوره‌ای با هم مقایسه و تفاوت‌های ترجمه‌ای رفع شد و در نهایت پرسشنامه ایرانی شده پدید آمد. اطلاع‌رسانی به جامعه ایرانیان مقیم سیدنی از طریق درج آگهی شرکت در پرسشگری در روزنامه‌های فارسی زبان که به صورت هفتگی منتشر می‌شدند و نیز برنامه‌های فارسی زبان رادیویی به اطلاع عموم رسید. برای دستیابی به نمونه‌های مورد بررسی، پرسشنامه‌ها در اماکن گردهمایی ایرانیان، مطب‌های پزشکان ایرانی، فروشگاه‌ها، مساجد و کتابخانه ایرانیان توزیع گردید.

سوال‌هایی که در این پرسشنامه مطرح شد شامل متغیرهای دموگرافیک، اقتصادی و اجتماعی و همچنین سوالاتی در مورد فرهنگ‌پذیری (زبان مورد تکلم در منزل، تسلط به زبان انگلیسی و مدت مهاجرت / اقامت) بودند. در این تحقیق همچنین سوالاتی در مورد وضعیت سلامت روان، سلامت جسمی و توانایی در انجام امور روزمره زندگی و نیز استفاده از خدمات پزشکی و پیراپزشکی و همچنین استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی پرسیده شد.

سلامت روان سالمندان با استفاده از تست اضطراب و افسردگی و تست احساس خوب بودن روانی تعیین شد. جهت سنجش میزان اضطراب و افسردگی از آزمون (K6) Kessler استفاده شد. تست K6 پرسشنامه ۶ سؤالی است که سطح اضطراب و علائم افسردگی را در ۴ هفته قبل از پرسشگری سؤال می‌کند (۱۶). سوالات احساس افسردگی، هراس، نگرانی، ناامیدی و بیهودگی در چهار هفته گذشته پرسیده شدند و امتیاز جمع‌بندی ۶ سوال در سه سطح تعیین شد: افسردگی و اضطراب شدید شامل جمع نمرات (۱۴-۶)، متوسط (۲۲-۱۵)، خفیف (۳۰-۲۳). همبستگی بین موارد فوق با $P \leq 0/001$ میانگین = 20/42، انحراف معیار = 5/67، پایایی آلفا = 0/95 و فاصله اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنی‌دار بودند. تست احساس خوب بودن روانی با پرسش پنج سوال (احساس شاد بودن، آرامش، کسل بودن، تنهایی و غمگینی) در چهار هفته گذشته بررسی شد و جمع امتیازات در سه سطح تعیین شد: احساس خوب بودن روانی زیاد (۱۵-۱۳)، احساس خوب بودن روانی متوسط (۱۲-۹)، احساس خوب بودن روانی کم (۸-۵). همبستگی بین موارد فوق با $P \leq 0/001$ میانگین = 10/42، انحراف معیار = 2/48، پایایی آلفا = 0/95 و فاصله اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنی‌دار بود.

برای بررسی و اندازه‌گیری سلامت جسمانی از (تست ADL و تست SF-۳۶) استفاده شد. در تعیین سلامت جسمانی (عملکرد فیزیکی) از ده سوال که شکل کوتاه و مختصر تست SF-36 است، استفاده شد (۱۵). پرسشنامه اولیه به زبان فارسی برگردانده شد و در یک جلسه مشاوره‌ای با هم مقایسه و تفاوت‌های ترجمه‌ای رفع شد و در نهایت پرسشنامه ایرانی‌زده پدید آمد.

نبودند و ۴۵٪ آنان نمی‌توانستند بخوبی به زبان انگلیسی صحبت کنند. اکثر آنها (۸۵٪) در خانه به زبان فارسی صحبت می‌کردند و فقط ۱۵٪ آنان در خانه نیز به زبان انگلیسی صحبت می‌کردند. ۱۷٪ از سالمندان تحصیلات دانشگاهی (لیسانس و بالاتر) داشتند. ۳۳٪ مدرک دیپلم، ۲۳/۵٪ دبیرستان را به پایان رسانده بودند و یا شروع کرده ولی کامل نکرده بودند و ۲۶٪ آنان تحصیلات ابتدایی داشتند.

در ارتباط با وضعیت مالی، ۱۶/۶٪ سالمندان از وضعیت مالی خود احساس رضایت داشتند و نسبت مشابهی (۱۶/۲٪) ابراز داشتند که دچار مشکلات مالی بودند. ۶۰/۶٪ از سالمندان مورد مطالعه خانه اجاره‌ای شخصی و یا خانه اجاره‌ای دولتی داشتند و بقیه (۲۴/۸٪) امکان مالکیت خانه و یا پرداخت برای مالکیت آن را نداشتند. و ۹/۶٪ از آنان از مجتمع‌های مسکونی بازنشستگان خانه‌ای را خریده بودند و تنها ۵٪ از سالمندان مورد مطالعه با فرزندان‌شان زندگی می‌کردند. کلیه مصاحبه شونده‌ها بازنشسته بودند و ۹۳٪ آنان هیچ شغلی نداشتند و فقط ۷٪ آنان در حال اشتغال بودند. ۸۶/۶٪ سالمندان مستمري از دولت استرالیا دریافت می‌کردند. ۹۰٪ کسانی که مستمري دریافت می‌کردند در سن مستمري بگیران بودند و ۸/۵٪ آنان مستمري ناتوانی/ معلولیت را هم دریافت می‌کردند و ۱/۵٪ مصاحبه شونده‌ها از مزایای مربوط به مستمري بیماری نیز بهره می‌بردند. اکثریت کسانی که مستمري بگیر بودند کارت بیمه هم داشتند (۸۷٪). ۲۲٪ از سالمندان مورد مطالعه از بیمه خصوصی و سه چهارم آنان (۷۸٪) از بیمه دولتی^۱ استفاده می‌کردند.

اکثر سالمندان مورد مطالعه حداقل یک بیماری یا اختلال مزمن داشتند. بطوریکه ۲۲٪ ورم مفاصل و ۱۷٪ بی‌اختیاری ادراری و ۱۲٪ فشارخون بالا داشتند.

اکثر سالمندان (۴۳٪) اظهارداشتند که تقریباً تمامی اطلاعات مورد نیاز پزشکی خود را از طریق پزشک دریافت می‌کردند. تلویزیون یک رسانه مهم برای انتقال اطلاعات بود (۱۷٪). ۱۶٪ آنان از اطلاعات پزشکی افراد خانواده و دوستان تبعیت می‌کردند. رسانه‌های دیگر از قبیل

امتیازبندی سه سطح شامل: بدون محدودیت در عملکرد فیزیکی (۲۴-۳۰)، تا حدی محدود (۲۳-۱۷)، محدودیت شدید یا فعالیت بسیار محدود (۱۶-۱۰). همبستگی بین موارد فوق با $P \leq 0/001$ ، میانگین = 22/02، انحراف معیار = 5/75، پایایی آلفا = 0/95 و فاصله اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنی‌دار بود. تست توانایی انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) در سالمندان با پنج سوال سنجیده شد (18). نتایج رتبه‌بندی امتیازات این تست شامل: نیاز به کمک در حد خیلی زیاد (۴-۵)، نیاز به کمک در حد متوسط (۲-۳)، نیاز به کمک در حد خیلی کم (۱-۰). همبستگی بین موارد فوق با $P \leq 0/001$ ، میانگین = 3/42، انحراف معیار = 1/58، پایایی آلفا = 0/95 و فاصله اطمینان ۹۵٪ از نظر آماری معنی‌دار بود.

برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۵ استفاده شد. برای پیدا کردن تابع‌ها و متغیرهای مهم از روش‌های آماری تی تست و آنوا و مدل رگرسیون خطی و مولتیپل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

در این بررسی ۳۰۲ نفر سالمند ایرانی وارد مطالعه شدند. تعداد زنان (۵۱٪) با تعداد مردان (۴۹٪) تقریباً برابر بودند. بیشترین گروه سنی مربوط به سنین ۶۵ تا ۶۹ سال (۴۶٪) بود. ۲۱٪ نمونه‌ها مربوط به گروه سنی ۷۴-۷۰ و ۱۶٪ مربوط به گروه‌های سنی ۷۹-۷۵ و ۱۷٪ مربوط به گروه‌های ۸۰ سال و بالاتر بودند. اکثر نمونه‌ها متأهل (۶۵٪) بوده، ۲۴٪ بیوه و ۱۰٪ مطلقه بودند و یا جدا از هم زندگی می‌کردند. تقریباً همه آنان (۹۳٪) حداقل دارای یک فرزند بوده که هم‌زمان در استرالیا زندگی می‌کردند. ۲۸٪ سالمندان در خانه با یکی از فرزندان‌شان زندگی می‌کردند. ۷٪ با دیگر اقوام یا دوستان و ۲۱٪ به تنهایی زندگی می‌کردند. قسمت اعظم سالمندان ایرانی مورد مطالعه (۷۱/۵٪) بیش از ۱۰ سال به استرالیا مهاجرت کرده بودند و فقط ۹/۶٪ آنان اخیراً یعنی کمتر از ۵ سال به استرالیا مهاجرت کرده بودند. در حدود یک سوم سالمندان ایرانی (۲۷/۵٪) به هیچ وجه قادر به صحبت به زبان انگلیسی

عملکرد فیزیکی بودند. بر اساس گفته آنان ۸۴٪ دارای محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی شدید از قبیل دویدن و بلند کردن اجسام سنگین بوده و نسبت قابل توجه‌ای از آنان (۷۰٪) دارای محدودیت متوسط در انجام فعالیت‌های متوسط از قبیل جابجایی میز، کشیدن جارو برقی یا پیاده روی در سطح ناهموار را داشتند. ۶۸/۵٪ دارای محدودیت در بلند کردن یا حمل کیسه‌های خرید حاوی مواد غذایی بودند و در حدود سه چهارم (۷۳٪) دارای محدودیت در بالا رفتن از چند پله بودند و ۶۹٪ از آنان محدودیت عملکردی در پیاده روی بیش از یک کیلومتر و ۶۸/۵٪ از آنان محدودیت حرکتی در خم شدن، زانو زدن و دولا شدن با زانوهای خمیده را داشتند. و فقط یک پنجم از آنان (۲۱٪) دچار محدودیت حرکتی در انجام استحمام یا پوشیدن و درآوردن لباس بصورت مستقل را داشتند. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از سالمندان (۵۶٪) در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی مستقل و ۳۰٪ نیمه مستقل و ۱۴٪ کاملاً وابسته به دیگران بودند. بر اساس گفته سالمندان ۶۴٪ از آنان می‌توانستند کارهای خانه را مستقلاً انجام دهند و ۷۶/۵٪ از آنان می‌توانستند خودشان آشپزی و غذا تهیه کنند و ۴۴٪ حتی می‌توانستند تعمیرات منزل و یا باغبانی را انجام دهند و ۱۷٪ برای مراقبت فردی از قبیل استحمام، پوشیدن و درآوردن لباس و دستشویی نیاز به کمک داشتند و ۲۵/۵٪ برای کوتاه کردن ناخن نیاز به کمک داشتند.

جهت تبیین متغیرهای تعیین کننده بر سلامت جسمانی و روانی، تحلیل آزمون‌های رگرسیون انجام شد. در ابتدا رگرسیون‌های خطی انجام گردید و متعاقب آن متغیرهای تعیین کننده معنی‌دار مشخص شدند و سپس فقط متغیرهای تعیین کننده معنی‌دار رگرسیون خطی در مدل مولتیپل رگرسیون لحاظ شدند. لذا در این قسمت با توجه به حجم زیاد مطالب تنها به ارائه نتایج جداول مولتیپل رگرسیون بسنده شده است.

تحلیل رگرسیون چند متغیری علائم و نشانه‌های اضطراب و افسردگی و همچنین احساس خوب بودن روانی و متغیرهای تعیین کننده در جداول شماره (۱) و (۲)

روزنامه، رادیو و بروشورها کمترین منابع اطلاعاتی مورد استفاده بودند (۱۶٪). تنها ۲۰٪ از سالمندان دسترسی به بروشورهای چاپ شده برای اطلاعات پزشکی مورد نیاز را داشتند و بیش از ۱۸/۵٪ از آنان اطلاعات خود را از طریق خواندن بروشورها به زبان انگلیسی تأمین می‌کردند.

میزان کافی فعالیت فیزیکی^۱ برای سالمندان ۶۵ سال و بالاتر، انجام حداقل ۳۰ دقیقه در روز به شکل فعالیت‌های شدید یا متوسط و یا پیاده روی حداقل ۵ روز در هفته گذشته تعریف شده است (۱۵). در این تحقیق فقط ۲۶/۵٪ از سالمندان فعالیت‌های متوسط بصورت پیاده روی حداقل ۵ روز در هفته و انجام فعالیت فیزیکی کافی به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در روز را داشتند و ۳۳٪ آنان هیچ نوع فعالیتی در سطح متوسط در هفته گذشته را نداشتند.

نتایج خودارزیابی فعالیت‌های اجتماعی^۲ نشان داد که ۳۲٪ سالمندان از نظر اجتماعی چندان فعال نبودند و ۳۱٪ آنان به هیچ وجه فعال نبودند. تقریباً یک چهارم از سالمندان دارای بیماری یا مشکل سلامتی بودند که آنان را از انجام بیشتر فعالیت‌های اجتماعی باز می‌داشت و درصد مشابهی (۲۴٪) فاقد مشکل در انجام فعالیت‌های اجتماعی بودند.

بررسی نشانه‌های اضطراب و افسردگی نشان داد که ۱۶٪ از سالمندان نشانه‌های شدید، ۴۴٪ دچار نشانه‌های متوسط و ۴۰٪ نیز نشانه‌های خفیف اضطراب و افسردگی را داشتند. طبقه‌بندی سالمندان از نظر وضعیت روانی در ۴ هفته اخیر نشان داد که بیش از نیمی از آنان (۵۸٪) در سطح متوسط از نظر احساس روانی خوب بودن، ۲۱٪ در سطح بد یابائین (فاقد احساس روانی خوب بودن) و ۲۱٪ در سطح خوب یا مناسب قرار داشتند. بر اساس گفته سالمندان ۲۲٪ از آنان اظهار تنهایی و ۲۰٪ احساس کسالت و ۱۷/۵٪ احساس افسردگی در اکثر اوقات روز را داشتند و فقط ۱۲٪ از آنان احساس شادی می‌کردند و ۲۲٪ نیز احساس آرامش در اکثر اوقات روز را ذکر کردند.

بررسی عملکرد فیزیکی بر اساس تست SF-۳۶ نشان داد که ۱۸٪ از سالمندان دارای محدودیت شدید و ۴۱٪ محدودیت متوسط و ۴۱٪ نیز فاقد هر گونه محدودیت در

بحث

نتایج مطالعه حاضر تأثیر وضعیت روانی بر چگونگی سلامت سالمندان ایرانی را که توسط بارنز (19) انجام شد را تأیید میکند. نتایج بدست آمده از این مطالعه در خصوص احساس تنهایی و متفاوت بودن در کشور جدید، نگرانی جدا شدن از خانواده سنتی ونحوه برقراری ارتباط با جامعه جدید، عدم اعتماد و عصبانیت رابعنوان نشانه‌های واضح اضطراب و افسردگی در میان سالمندان ایرانی مهاجر به کشورهای غربی را تأیید میکند. بیماری افسردگی بدون درمان میتواند اثرات نامطلوبی را بر سلامتی بگذارد بطوریکه یکی از موارد شایع بیماری‌های روانی در سالمندان افسردگی است. یافته‌های این مطالعه، گزارش ارایه شده در مورد ارتباط افسردگی دوران سالمندی با بروز بیماری‌های مزمن را تأیید میکند بطوریکه افسردگی در میان سالمندان بویژه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی و ورم مفاصل از گزارش موارد بیشتری برخوردار است (۲۰). نتایج این بررسی نشان داد که متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی، فرهنگ‌پذیری و دسترسی به اطلاعات خدمات و مراقبت‌های سالمندی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی سالمندان هستند. در تایید این موضوع، نتایج بررسی‌های کشور استرالیا در مورد جمعیت ایرانیان نشان داد که بیماری‌های روانی بعنوان شایع‌ترین مشکل اولای سلامتی در بین ایرانیان پناهنده به استرالیا بوده است و در این بین تمایل به درخواست کمک در این افراد بر اساس سطح تحصیلات و دسترسی آنان به اطلاعات در خانواده متفاوت بوده است (21). نتایج پروژه تحقیقاتی دیگری در مورد زنان ایرانی در کشور استرالیا نیز نتایج این مطالعه را تأیید کرد. براساس نتایج پروژه مذکور زنان تحصیل کرده با وضعیت اقتصادی متوسط و سطح متوسط اجتماعی به میزان بیشتری از خدمات مشاوره‌ای در مشکلات روانی استفاده کرده بودند (۲۲). این گزارش با نتایج این بررسی در مورد تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر سلامت روان همخوانی دارد. اگر چه نتایج گزارش مذکور در بر گیرنده مردان و یا خانواده‌های با سطح اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر نبوده است. همچنین از محدودیت‌های

مورد ارزشیابی قرار گرفت. متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ‌پذیری (سطح تحصیلات بالاتر، وضعیت مالی بدتر، تسلط بیشتر و بهتر به زبان انگلیسی، مهاجرت در سال‌های اخیر، دریافت کمک‌های مالی از دولت بخاطر بیماری یا ناتوانی، داشتن کارت بیمه) متغیرهای تعیین کننده سلامت روان در سالمندان ایرانی مقیم کشور استرالیا بودند. نتایج نشان داد که ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان متغیر تعیین کننده سلامت روان محسوب شد ($P \leq 0/001$). همچنین برخورداری از سطح کم و یا محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی متغیرهای تعیین کننده ($P \leq 0/001$) سلامت روان سالمندان محسوب شدند در مورد متغیر دسترسی به اطلاعات، دسترسی به بروشورهای فارسی از معنی دارترین متغیر تعیین کننده ($P \leq 0/001$) در سلامت روان سالمندان محسوب شد.

تحلیل رگرسیون چند متغیری عملکرد فیزیکی و همچنین توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و متغیرهای تعیین کننده در جداول شماره (۳) و (۴) مورد ارزشیابی قرار گرفت. متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ‌پذیری (سن، جنس، سطح تحصیلات بالاتر، داشتن حق مالکیت خانه، داشتن کارت بیمه، تکلم به زبان فارسی در خانه، تسلط بیشتر و بهتر به زبان انگلیسی، دریافت کمک‌های مالی از دولت بخاطر بیماری یا ناتوانی، داشتن کارت بیمه) متغیرهای تعیین کننده سلامت جسمانی در سالمندان ایرانی مقیم کشور استرالیا بودند. نتایج نشان داد که ابتلا به بیماری‌های مزمن در سالمندان متغیر تعیین کننده سلامت جسمانی محسوب شد ($P \leq 0/001$). همچنین برخورداری از سطح کم و یا محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی متغیرهای تعیین کننده ($P \leq 0/001$) سلامت جسمانی سالمندان محسوب شدند. در مورد متغیر دسترسی به اطلاعات، دسترسی به بروشورهای فارسی، آگاهی از منابع درخواست کمک و اطلاع از خدمات و مراقبت‌های موجود سالمندی از معنی دارترین متغیرهای تعیین کننده ($P \leq 0/001$) در سلامت جسمانی سالمندان محسوب شدند.

اقتصادی و اجتماعی مانند وضعیت مالی و پوشش بیمه از عوامل مهم ابتلا به برخی از بیماری‌های مزمن در سالمندان بوده است (24,25). همچنین نتایج مطالعه کشور سوئد در مورد ارتباط بین مهاجرت و وضعیت اقتصادی-اجتماعی با عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان نشان داد که خطر داشتن شیوه زندگی ناصحیح در بین مهاجرین سالمند در مقایسه با سالمندان سوئدی ۵۰ تا ۸۰ درصد بیشتر است (26). بدین ترتیب نتایج بررسی‌های فوق با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی و همخوانی دارد. درخاتمه نتایج تحقیق حاضر نظرات Smedley & Stit را در سال ۲۰۰۳ تأیید میکند که عوامل اقتصادی-اجتماعی، بیماری‌ها، سطح تحصیلات و پوشش بیمه بر وضعیت سلامت سالمندان اقلیت‌های مهاجر تأثیرگذار است (27).

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که وضعیت سلامت روان سالمندان ایرانی مهاجر متأثر از متغیرهای تحصیلات، وضعیت مالی و تسلط به زبان انگلیسی، بیماری‌های مزمن، فعالیت‌های فیزیکی، اجتماعی و دسترسی به اطلاعات است. سلامت جسمانی سالمندان مورد مطالعه نیز متأثر از متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت بیمه و تسلط به زبان انگلیسی بود. بیماری‌های مزمن، فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی و دسترسی به اطلاعات نیز همچنین بر سلامت جسمانی سالمندان تأثیرگذار بودند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تسهیلات فراهم شده دانشگاه سیدنی و مشاوران علمی وزارت بهداشت و رفاه، دپارتمان اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی ایالت نیوسایت ویلز، استرالیا انجام یافت.

دو گزارش مذکور کشور استرالیا عدم ارایه نتایج مختص گروه سالمندان بود.

یافته‌های مطالعه دیگری در خصوص تعیین همبستگی بین عامل فرهنگ‌پذیری و شیوع افسردگی در بین امریکایی‌های مکزیکی تبار سالخورده و مسن نیز اثرات تسلط به زبان انگلیسی را بر وضعیت سلامت روان سالمندان تأکید کرد (۲۳). بطوریکه محققین میزان بیشتر بروز افسردگی در مهاجرین آمریکایی مکزیکی تبار را در مقایسه با متولدین امریکایی گزارش کردند. این محققین همچنین شیوع بیشتر افسردگی را در سالمندان با سطح تحصیلات و فرهنگی پایین‌تر گزارش کردند. این پژوهشگران متغیر تسلط به زبان انگلیسی را به عنوان یک متغیر فرهنگ‌پذیری محسوب نموده و اعلام داشتند که آمریکایی‌های مکزیکی تبار سالخورده‌تر و مسن‌تر که بیشتر از زبان انگلیسی استفاده می‌کردند در معرض خطر کمتری از ابتلا به افسردگی قرار داشتند (۲۳) که این نتایج با اطلاعات بدست آمده از این تحقیق همخوانی دارد.

سن و جنس به عنوان تعیین کننده‌های وضعیت سلامت جسمانی در ایرانیان سالمند مورد مطالعه شناسایی شدند. یافته‌های این مطالعه توسط نتایج بررسی وزارت بهداشت و رفاه استرالیا در سال ۲۰۰۲ تایید شد که بر آن اساس افزایش بروز محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی را بطور معنی‌داری با افزایش سن ۶۵ سال و بیشتر مرتبط دانسته است (۱۴). نتایج بررسی سلامت سالمندان استرالیایی در سال ۱۹۹۹ که عملکرد فیزیکی را بر اساس پرسشنامه SF-۳۶ اندازه‌گیری کرد نشان داد که وضعیت عملکرد فیزیکی در مردان سالمند بهتر از زنان سالمند در تمامی گروه‌های سنی افراد مسن بوده است (۱۵). در حالیکه نتایج این تحقیق تفاوت معنی‌داری را از نظر نقش جنس در وضعیت عملکرد فیزیکی افراد سالمند نشان نداد. نتایج مطالعه دیگری در مورد وضعیت سلامت مهاجران سالمند آمریکای لاتین نشان داد که مشکلات

REFERENCES

منابع

1. Department of health New South Wales. Framework for integrated support and management of older people in the NSW health care system. Australia: NSW Health, 2004.
2. Orb A. Health Care Needs of Elderly Migrants from Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Backgrounds: A Review of the Literature: Freemasons Centre for Research into Aged Care Services. Australi, 2002.
3. Penhollow TM. Activity, Aging & Sexuality: A Study of an Active Retirement Community. New York: University of Arkansas, 2006.
4. Benham C, Gibson D, Holmes B, Rowland D. Independence in Ageing: The Social and Financia Circumstances of Older Overseas-Born Australians. Australia: Department of Immigration and Multicultural Affairs & the Australian Institute of Health and Welfare Press, 2000.
5. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics: Older Americans 2004 Key Indicators of Well-being. <http://www.agingstats.gov/chartbook2006/tables-healthrisks.html>.
6. Sohn L. The health and health status of older Korean Americans at the 100 - Year anniversary of Korean immigration. *Journal of cross-cultural gerontology* 2004;19: 203-219.
7. Thomas T, Balnaves M. New Land, Last Home: The Vietnamese Elderly and the Family Migration Program. Australian: Government Publishing Service Press, 1993.
8. Nguyen TV. Cultural and Language Barriers to Using Residential Aged Care Facilities: Important issues for Vietnamese elderly people in South Australia: Australia: University of South Australia Press, 1999.
9. Rice PL. Living in a New Country: Understanding Migrants' Health. Australian: Health Education Systems Pty Ltd, Ausmed publications, 1999.
10. Jupp J. Profile of Victorian seniors from refugee backgrounds. Victoria: Refugee Health Research centre, La Trobe University, 2001.
11. Khavarpour F, Hosseinpour SM, et al. Mental Health and Service Utilisation among the Iranian Community in Metropolitan Sydney the Needs. Sydney: Transcultural Mental Health Centre, Iranian Mental Health Sub-Committee, 2003.
12. Niakishargh A. The Impact of Industrialization on the elderly in Iran and America. United States: International University, 1984.
13. Emami A, Ekman S-L. Living in a foreign country in old age: Life in Sweden as experienced by elderly Iranian Immigrants. *Journal Health Care in Later life* 1998; 3: 3,183-198.
14. Australian Institute of Health and Welfare. Older Australia at a glance. Australia: Third education, AIHW Press, 2002.
15. Department of Health New South Wales. New South Wales older People's health survey 1999. Australia: Public Health Bulletin editors, Health Department Press, 2000.
16. Mackinnon A, Jorm AF, Hickie IB. A National Depression Index for Australia. *Medical Journal of Australia* 2004; 181: 7, 52-6.
17. Xie BO. Growing older in the information age: Civic engagement, social relationships and well- being among older internet users in China and the United States. New York: Rensselaer Polytechnic Institute, University of Troy, 2006.
18. Li M. Variation among Aged Whites and Blacks in Use of Long -Term Care: A kinship Structural Approach. Chicago: University of Illinois, 2004.
19. Barnes D. Asylum Seekers and Refugees in Australia: Issues of Mental Health and Wellbeing. Australia: Transcultural Mental Health Centre, 2003.
20. Greenberg SH. How to Try This: The Geriatric Depression Scale: Short Form. *Journal American Nursing* 2007; 107: 10, 60-9.
21. 21- Refugee Health Research Centre LTU. A Profile of Victorian Seniors from Refugee Backgrounds: Health and Wellbeing Needs and Access to Aged Care Health and Support Services. Victoria: Department of Human Services, 2006.
22. Jupp J. Profile of Victorian Seniors from Refugee Backgrounds: Refugee Health Research centre. Victoria: La Trobe University Press, 2005.
23. Gonzalez HM, Hann MN, Hinton L. Acculturation and the Prevalence of Depression in old Mexican Americans: Baseline results of the Sacramento area Latino study on aging. *Journal of the American geriatrics society* 2001; 49: 7, 948-53.
24. Angel RJ, Angel JL, Markides KS. Stability And Change In Health Insurance Among Older Mexican Americans: Longitudinal evidence From the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Study of the Elderly. *American Journal Public Health* 2002; 92: 1264-71.
25. Barresi C, Stull D. Ethnic Elders and Long-Term Care. New York: Springer Press, 1993.
26. Pudanic S, Sundquist J, Johansson S. Major Risk Factors for Cardiovascular Disease in Elderly Migrants in Sweden. *Ethnicity and Health* 2000; 5: 2,137-50.
27. Smedley BD, Stith AY. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington DC: Institute of Medicine Report, 2003

جدول ۱- تحلیل رگرسیون چند متغیره نشانه‌های اضطراب و افسردگی و متغیرهای تعیین کننده آن

موضوع	متغیر	ضریب رگرسیون	حدود اطمینان	سطح معنی داری
جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ پذیری	جنس	-0/216	-3/704، -1/192	0/000
	تحصیلات بالاتر	-0/288	-0/537، -1/187	0/000
	کفایت وضعیت مالی فقط در حد گذران زندگی	0/199	3/067، 0/864	0/001
	برقراری ارتباط زبان انگلیسی خیلی خوب یا خوب	-0/314	-3/235، -1/583	0/000
بیماریها	مدت زمان مهاجرت از ۱ تا ۵ سال	-0/146	-1/422، 0/158	0/011
	بیماری‌های حاد	0/120	3/569، 0/104	0/038
فعالیت فیزیکی	بیماری‌های مزمن	-0/257	-1/902، -4/742	0/000
	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: کمی تا خیلی کمتر فعالیت داشتن	-0/307	-2/312، -4/821	0/000
	تا حدودی فعالیت داشتن	0/161	3/528، 0/627	0/005
فعالیت اجتماعی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: خیلی فعال بودن	0/207	8/041، 2/422	0/000
	فعالیت در حد متوسط	0/243	4/333، 1/630	0/000
راه‌های دسترسی به اطلاعات	تلویزیون	0/110	3/397، -0/43	0/056
	بروشورهای فارسی	0/222	6/293، 2/099	0/000
	اطلاع داشتن از خدمات و مراقبت‌های سالمندی موجود	0/108	4/632، -0/097	0/060
	اطلاع داشتن از منابع تماس برای درخواست کمک	0/183	5/851، 1/418	0/001

جدول ۲- تحلیل رگرسیون چند متغیره احساس خوب بودن روانی و متغیرهای تعیین کننده آن

موضوع	متغیر	ضریب رگرسیون	حدود اطمینان	سطح معنی داری
جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی و پذیرش	تحصیلات بالاتر	0/213	2/108, 0/663	0/000
مشکلات پزشکی	کفایت وضعیت مالی فقط در حد گذران زندگی	-0/131	-1/286, -0/098	0/023
	دریافت کمک مالی از دولت بخاطر بیماری یا ناتوانی	-0/134	-2/173, -0/185	0/020
	داشتن کارت بیمه	0/170	2/058, 0/423	0/003
	برقراری ارتباط زبان انگلیسی در حد خیلی خوب یا خوب	0/241	1/957, 0/729	0/000
فعالیت فیزیکی	بیماری‌های حاد	0/110	1/495, -0/022	0/057
	بیماری‌های مزمن	-0/229	-1/921, -0/670	0/000
فعالیت اجتماعی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: کمی تا بسیار کم فعالیت داشتن	-0/345	-2/294, -1/211	0/000
	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: فعالیت داشتن در حد متوسط	0/277	2/071, 0/900	0/000
راه‌های دسترسی به اطلاعات	رسانه‌های ایرانی	-0/118	-1/575, -0/034	0/041
	تلویزیون	0/100	1/420, -0/087	0/083
	بروشورهای فارسی	0/189	2/489, 0/641	0/001
	اطلاع داشتن از منابع تماسی برای درخواست کمک	0/129	2/094, 0/138	0/025

جدول ۳- تحلیل رگرسیون چند متغیره عملکرد فیزیکی و متغیرهای تعیین کننده آن

موضوع	متغیر	ضریب رگرسیون	حدود اطمینان	سطح معنی داری
جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ پذیری	گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله	0/259	4/251، 1/722	0/000
	جنس	0/252	4/167، 1/639	0/000
	تحصیلات بالاتر	0/203	4/783، 1/423	0/000
	داشتن حق مالکیت خانه	0/133	3/272، 0/276	0/020
	داشتن کارت بیمه	0/136	4/212، 0/395	0/018
	تکلم به زبان فارسی در خانه	-0/145	-0/531، -4/159	0/011
	برقراری ارتباط به زبان انگلیسی در حد خیلی خوب یا خوب	0/251	4/666، 1/824	0/000
مشکلات پزشکی	بیماری های حاد	0/157	4/202، 0/704	0/006
	بیماری های مزمن	-0/378	-3/578، -6/341	0/000
فعالیت فیزیکی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: کمی تا بسیار کم فعالیت داشتن	-0/354	-2/919، -5/423	0/000
فعالیت اجتماعی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: داشتن فعالیت در حد متوسط	0/366	5/877، 3/245	0/000
راه های دسترسی به اطلاعات	رسانه های ایرانی	-0/178	-1/056، -4/601	0/002
	بروشورهای فارسی	0/357	8/894، 4/815	0/000
	بروشورهای انگلیسی	0/107	4/595، -0/117	0/062
	اطلاع داشتن از خدمات موجود مراقبتی سالمند	0/202	6/648، 1/919	0/000
	اطلاع داشتن از منابع تماسی برای درخواست کمک	0/250	7/248، 2/816	0/000

جدول ۴- تحلیل رگرسیون چند متغیره فعالیت‌های روزانه زندگی (ADL) و متغیرهای تعیین کننده آن

موضوع	متغیر	ضریب رگرسیون	حدود اطمینان	سطح معنی داری	
جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی و فرهنگ پذیری	گروه سنی ۶۹-۶۵ ساله	0/257	1/161, 0/467	0/000	
	تحصیلات بالاتر	0/192	1/257, 0/332	0/001	
	داشتن حق مالکیت خانه	0/133	0/898, 0/076	0/020	
	دریافت کمک مالی از دولت بخاطر ناتوانی یا بیماری	-0/142	-0/164, -1/429	0/014	
	داشتن کارت بیمه	0/212	1/502, 0/468	0/000	
	تکلم به زبان فارسی در خانه	-0/101	-0/055, -0/947	0/081	
	برقراری ارتباط به زبان انگلیسی در حد خیلی خوب یا خوب	0/238	1/237, 0/454	0/000	
	مشکلات پزشکی	بیماری‌های حاد	0/099	0/908, -0/060	0/086
		بیماری‌های مزمن	-0/256	-0/559, -1/349	0/000
	فعالیت فیزیکی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: کمی تا بسیار کم فعالیت داشتن	-0/393	-0/933, -1/609	0/000
فعالیت اجتماعی	خود ارزیابی سالمند از طریق مقایسه خود با دیگر سالمندان: داشتن فعالیت در حد متوسط	0/354	1/573, 0/847	0/000	
راه‌های دسترسی به اطلاعات	رسانه‌های ایرانی	-0/138	-0/109, -1/089	0/017	
	بروشورهای فارسی	0/276	2/033, 0/882	0/000	
	بروشورهای انگلیسی و فارسی زبان	0/131	1/267, 0/096	0/023	
	اطلاع داشتن از خدمات موجود مراقبتی سالمند	0/257	2/138, 0/857	0/000	
	اطلاع داشتن از منابع تماسی برای درخواست کمک	0/319	2/359, 1/168	0/000	