ORIGINAL ARTICLE

Association Between Frailty and Life Satisfaction Among Older Adults Attending Comprehensive Health Service Centres in Sahneh, Iran: A Cross-Sectional Study

Mobina Khanaghaii[1]
Fatemeh Hashemi Dezaki[2]
Soma Mohammadi Sarab[3]
Shahab Alipour[4]
Tayebeh Marashi[5]

[1] MSc in Geriatric Health, Student Research Committee, Air Quality and Climate Change Research Center, Research Institute for Health Sciences and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSc in Geriatric Health, Student Research Committee, Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] PhD Student in Gerontology, Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] MSc in Geriatric Health, Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[5] Assistant Professor of Health Education and Health Promotion, Department of Public Health, School of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received September 6, 2026; Accepted October 6, 2026)

Abstract

Background and purpose: The growing older adult population has increased the need for frailty assessment. Frailty can have adverse consequences for individuals and may also be associated with lower life satisfaction. However, few studies have examined the relationship between frailty and life satisfaction in older adults. This study aimed to examine the association between frailty and life satisfaction among older adults in Sahneh, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in 2025 among 385 older adults receiving services from comprehensive health service centres in Sahneh County. Participants were selected using multistage sampling. Data were collected using the Gérontopôle Frailty Screening Tool, the Life Satisfaction Index-Z (LSI-Z), the Activities of Daily Living (ADL) scale, and a demographic characteristics questionnaire. Data were analysed using SPSS version 23. Statistical analyses included the chi-square test, Fisher's exact test, independent-samples t test, one-way analysis of variance (ANOVA), Spearman's correlation coefficient, and multiple linear regression.

Results: Women accounted for 54% of the participants, with men comprising the remainder. The mean age was 70 ± 7.988 years. Overall, 22.9% of participants were classified as frail. Age, marital status, educational level, and functional activity were significantly associated with frailty ($P < 0.001$). The mean life satisfaction score was 20.07 ± 8.667. Multiple linear regression analysis showed that frailty was significantly associated with lower life satisfaction scores ($B = -9.368$, $P < 0.001$). Functional activity and university-level education were also significantly associated with life satisfaction scores.

Conclusion: Frailty was significantly and inversely associated with life satisfaction, with greater frailty associated with lower life satisfaction scores. Early identification of frailty among older adults may help inform preventive interventions to support life satisfaction.

Keywords: frailty, life satisfaction, aged, older adults

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (Supple 1): 166-177 (Persian).

Corresponding Author: Tayabbeh Marashi - Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: dr.akbarikamrani@abzums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ویژه نامه آبان سال ۱۴۰۵ (۱۷۷-۱۶۶)

بررسی ارتباط آسیب‌پذیری با رضایت از زندگی در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان صحنه: یک مطالعه مقطعی

مبینا خانقائی [۱]
فاطمه هاشمی دزکی [۲]
سوما محمدی سراب [۳]
شهاب علی‌پور [۴]
طیبه مرعشی [۵]

چکیده

سابقه و هدف: در طی چند دهه اخیر با توجه به افزایش جمعیت سالمندان، ضرورت بررسی آسیب پذیری آنان افزایش یافته است. آسیب پذیری به دلیل مشکلاتی که برای افراد ایجاد می کند، می تواند بر رضایت از زندگی نیز تاثیر گذار باشد. مطالعات محدودی به بررسی ارتباط آسیب پذیری و رضایت از زندگی در سالمندان پرداخته اند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط آسیب پذیری و رضایت از زندگی در سالمندان شهرستان صحنه، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۴ با مشارکت ۳۸۵ سالمند تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهرستان صحنه انجام شد. نمونه‌گیری به روش چند مرحله ای انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه آسیب پذیری (ژرنتوپول)، پرسشنامه رضایت از زندگی (LSI-Z)، مقیاس فعالیت های روزمره زندگی (ADL) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آزمون‌های کای دو، آزمون دقیق فیشر، ضریب همبستگی اسپیرمن، تی مستقل، آنووا و در نهایت رگرسیون خطی چندگانه صورت گرفت.

یافته‌ها: از شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵۴ درصد زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن سالمندان مورد مطالعه ۷۰±۷/۹۸۸ بود. نتایج نشان داد ۲۲/۹ درصد سالمندان کاملا آسیب پذیر بودند. متغیرهایی چون سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و فعالیت عملکردی با آسیب پذیری سالمندان ارتباط معنی‌داری داشتند (P <۰/۰۰۱). میانگین نمره رضایت از زندگی ۸/۶۶۷± ۲۰/۰۷ بود. نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد علاوه بر آسیب پذیری (P <۰/۰۰۱، B =۹/۳۶۸) متغیرهایی چون فعالیت عملکردی و تحصیلات در سطوح دانشگاهی با نمره رضایت از زندگی ارتباط دارند.

استنتاج: آسیب پذیری با رضایت از زندگی رابطه‌ی معکوس و معناداری نشان داد، به‌گونه‌ای که افراد آسیب پذیرتر نمره رضایت از زندگی کم‌تری داشتند. شناسایی به‌موقع آسیب پذیری در سالمندان می‌تواند در طراحی مداخلات پیشگیرانه و ارتقای رضایت از زندگی سالمندان نقش مؤثری ایفا کند.

واژه های کلیدی: آسیب پذیری، رضایت از زندگی، سالمندان

مولف مسئول: طیبه مرعشی تهران، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران **Email:** marashi142002@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد سلامت سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، مرکز تحقیقات کیفیت هوا و تغییر اقلیم، پژوهشکده علوم بهداشتی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد سلامت سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکترای تخصصی سالمند شناسی، گروه سلامت سالمندی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد سلامت سالمندی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵. استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۶/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۶/۲۷ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۱۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

کاهش میزان مرگ‌ومیر و موالید و افزایش امید به زندگی، منجر به افزایش جمعیت سالمندان شده است(۳ - ۱). در سال ۲۰۲۳، جمعیت سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) جهان حدود ۱/۴ میلیارد نفر بود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به ۲/۱ میلیارد نفر برسد(۴). سالمندی جمعیت در کشورهای در حال توسعه با سرعت بیش‌تری رخ می‌دهد(۵). ایران نیز در حال گذار به سمت سالمندی جمعیت است، به‌طوری که در سال ۱۳۹۵، سالمندان ۹،۲۷ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۳۰ به ۳۲ درصد برسد(۸ - ۶).

افزایش جمعیت سالمندان چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی را به همراه دارد. با افزایش سن، شیوع بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌ها افزایش می‌یابد و تقاضا برای خدمات بهداشتی و هزینه‌های نظام سلامت بالا می‌رود(۱۱ -۹). بدون برنامه‌ریزی مناسب، سالمندی به یک چالش بزرگ اجتماعی تبدیل می‌شود(۱۲). در سنین سالمندی، کاهش ذخایر هومئوستاتیک بدن منجر به عدم توانایی در حفظ هومئوستاز و بروز پیامدهای نامطلوب سلامتی می‌گردد، از این رو، سالمندان مستعد آسیب‌پذیری(Frailty) می‌شوند(۱۳، ۱۴). آسیب‌پذیری یک سندرم بالینی با کاهش ظرفیت ذخیره و اختلال در پاسخ به استرس‌ها است که خطر سقوط، دلیریوم و ناتوانی را افزایش می‌دهد(۱۵). شیوع آسیب‌پذیری در سالمندان جامعه ۶ تا ۱۱ درصد و در سالمندان بستری ۲۵ تا ۶۵ درصد گزارش شده است(۱۶). آسیب‌پذیری پیامدهای گسترده‌ای برای فرد، خانواده و نظام سلامت دارد، از جمله افزایش بستری، هزینه‌های درمانی، افسردگی، اضطراب، انزوا و کاهش کیفیت زندگی که در نهایت سبب افزایش مراجعه به مراکز درمانی و نیاز به خدمات مراقبتی طولانی مدت، فشار بر منابع انسانی و مالی نظام سلامت می‌شود(۲۰ – ۱۷).

از سوی دیگر، رضایت از زندگی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی شادکامی ذهنی، ارزیابی کلی فرد از کیفیت زندگی خود است(۲۱). این مفهوم یک ارزیابی شناختی و درونی است و نقش کلیدی در سنجش سلامت روان در سالمندی دارد. آسیب‌پذیری به عنوان یک پدیده چند وجهی می‌تواند از مسیرهای جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی بر رضایت از زندگی سالمندان تأثیر بگذارد(۲۲). شواهد نشان می‌دهد سالمندانی که وابسته به دیگران هستند و محدودیت عملکردی دارند، نمرات پایین‌تری در رضایت از زندگی کسب می‌کنند(۲۳). استقلال در فعالیت‌های روزمره نقش حیاتی در حفظ یا بهبود رضایت از زندگی سالمندان آسیب‌پذیر دارد(۲۴).

با وجود مطالعات موجود، هنوز کمبود پژوهشی که به طور جامع ارتباط همزمان آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی را در سالمندان ایرانی بررسی کند، احساس می‌شود. همچنین، مطالعات خارجی گزارش‌های ضد و نقیضی درباره این ارتباط ارائه داده‌اند(۲۳، ۲۵). مطالعه ویلهلمسون(Wilhelmson) و همکاران نشان داد ۶۶ درصد سالمندان از زندگی خود رضایت داشتند، در حالی که مطالعه بورگ(Borg) و همکاران میانگین شاخص رضایت از زندگی را ۱۵/۳ گزارش کرد(۲۲، ۲۵). ارتباط میان آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی در مطالعات بین‌المللی نیز بررسی شده و کاهش رضایت از زندگی در افراد آسیب‌پذیر امری مورد انتظار است، اما بافت فرهنگی، خانوادگی، اجتماعی و ساختار خدمات بهداشتی در ایران با بسیاری از کشورهای دیگر متفاوت است. این مسائل ضرورت انجام تحقیق حاضر را برای شفاف‌سازی ارتباط میان آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی سالمندان ایرانی نشان می‌دهد. بنابراین هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین وضعیت آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی در سالمندان بود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی، بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد ۶۰ سال و بالاتر تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

شهرستان صحنه در سال ۱۴۰۴ بودند. این مطالعه بر اساس اصول اخلاق پژوهش انجام شد. ابتدا کد اخلاق و مجوزهای لازم دریافت شد. سپس با سالمندان ارتباط برقرار شد و مراحل انجام تحقیق به‌طور شفاف برای هر یک از سالمندان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه آن ها، پرسشنامه‌ها توسط خود سالمندان یا مراقبان سلامت تکمیل گردید. این پژوهش با کد اخلاق (IR.SBMU.RETECH.REC.1404.601) در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بررسی، تأیید و ثبت شده است.

جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول مختص محاسبه حجم نمونه در مطالعات همبستگی استفاده شد. برای این منظور، مقدار خطای نوع اول برابر ۰/۰۵، خطای نوع دوم برابر ۰/۱ (توان آزمون ۹۰ درصد) و اندازه اثر ۰/۱۵ بین آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی بر اساس مطالعه ویلهلمسون و همکاران در نظر گرفته شد(۲۲). با توجه به نتایج به‌دست آمده، حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر ۳۵۰ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش به ۳۸۵ نفر رسید.

$$[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0.5In[(1+r)/(1-r)]}]^2 + 3$$

$$n = [\frac{1.96+1.28}{0.5In[(1+0.15)/(1-0.15)]}]^2 + 3 = 350$$

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد. در شهرستان صحنه، در مجموع هفت مرکز جامع خدمات سلامت وجود داشت. از میان این مراکز، چهار مرکز به عنوان خوشه انتخاب شدند. سپس از میان سالمندان تحت پوشش هر مرکز، نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب گردیدند، به این صورت که پس از استخراج فهرست سالمندان تحت پوشش هر مرکز، فاصله نمونه‌گیری (k) مطابق با فرمول زیر تعیین شد و با انتخاب تصادفی نخستین فرد، سایر نمونه‌ها بر اساس همان فاصله عددی انتخاب گردیدند. تعداد نمونه در هر مرکز حدود صد نفر بود. اطلاعات تکمیلی هر سالمند از طریق مراجعه حضوری به مراکز، تماس تلفنی یا هماهنگی با مراقبین وی جمع‌آوری شد.

$$k = \frac{Population\ Size}{Sample\ Size}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل اطمینان از عدم اختلال شناختی با تکمیل پرسشنامه کوتاه شناختی AMTs و داشتن سن ۶۰ سال و بیش‌تر بود و معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. پرسشنامه کوتاه شناختی AMTs برای اولین بار توسط هاودکینسون(Hodkinson) تدوین شد و در ایران توسط فروغان و همکاران در سالمندان روانسنجی شده است(۲۶، ۲۷). این پرسشنامه ۱۰ سوال دارد. امتیاز نهایی عددی بین ۰تا ۱۰می‌باشد و نمرات ۷ و بالاتر واجد شرایط ورود به مطالعه بودند.

ابزارهای جهت جمع آوری اطلاعات

چک لیست اطلاعات دموگرافیک: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و نوع شغل بودند.

پرسشنامه آسیب پذیری ژرنتوپول: Cherubini و همکاران (۲۰۱۵) ابزار ژرنتوپول را به منظور غربالگری آسیب پذیری در سالمندان مراجعه کننده به سطح مراقبت های اولیه طراحی کردند(۲۸). یوسفی و همکاران (۱۳۹۹) ویژگی‌های روانسنجی ابزار ژرنتوپول را در سالمندان شهر تهران بررسی نمودند. ضریب کاپای کلی ۰/۸۲۶ و مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵۷ بود. این پرسشنامه ۸ آیتم دارد و پاسخ با استفاده از بله، خیر و نمی داند سنجیده می شوند. شش سؤال آن شامل زندگی به تنهایی، کاهش وزن ناخواسته، شکایت حافظه، خستگی، سختی در تحرک و سرعت حرکت آهسته بودند. دو سؤال پایانی شامل ادراک ذهنی کارشناس در تشخیص آسیب پذیر بودن یا نبودن بودند که توسط کارشناس پاسخ داده می‌شود. اگر فرد به هیچ کدام از سوالات پاسخ مثبت ندهد سالم، اگر به ۱ تا ۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

سؤال پاسخ مثبت دهد شخص در مرحله پیش آسیب پذیر و اگر به سه سؤال و یا بیش‌تر پاسخ مثبت دهد فرد آسیب پذیر، محسوب می‌گردد(۲۹).

پرسشنامه رضایت از زندگی (LSI-Z): نیوگارتن و همکاران (۱۹۶۱) شاخص رضایت از زندگی سالمندان را با هدف سنجش رضایت از زندگی سالمندان طراحی کردند(۳۰). این مقیاس در ایران توسط شمس الدینی و همکاران (۱۳۹۳) اعتباریابی شد (آلفای کرونباخ ۰/۸۳۲ و روایی همگرا ۰/۷۲۶)(۳۱). این پرسشنامه ۱۸ آیتم دارد. نمره‌گذاری این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۳ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ موافقم نمره ۲، نمی‌دانم نمره ۱ و مخالفم نمره صفر تعلق می‌گیرد. کم‌ترین نمره صفر و بیش‌ترین نمره ۳۶ بود. در این مقیاس هر چه فرد نمره بالاتری کسب کند، رضایت از زندگی بیش‌تری دارد.

پرسشنامه فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL): کاتز شاخص ADL را در ۶ آیتم ارائه کرده است و روایی و پایایی آن را به اثبات رسانده است(۳۲). طاهری و همکاران اعتبارسنجی نسخه ۸ آیتمی ADL را در ایران انجام دادند. حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۹۶ محاسبه شد(۳۳). آیتم‌های ADL شامل نظافت شخصی، غذا خوردن، لباس پوشیدن، جابه‌جا شدن، راه رفتن، حمام کردن، کنترل مدفوع و ادرار و استفاده از توالت بود. هر آیتم دارای سه گزینه وابسته (صفر امتیاز)، نیازمند کمک (۱ امتیاز) و مستقل (۲ امتیاز) است. نمره کلی شاخص ADL از صفر تا ۱۶ است. هر آزمودنی با توجه به نمره‌ای که کسب می‌کند در دو دسته اصلی مستقل و وابسته قرار می‌گیرد (نمره صفر تا ۱۱ فرد وابسته و نمره ۱۲ تا ۱۶ فرد مستقل)(۳۳).

داده‌های این مطالعه از طریق مراجعه حضوری به مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان صحنه، تماس تلفنی یا هماهنگی با مراقبین سلامت سالمندان جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها توسط خود سالمندان یا در صورت ناتوانی در پاسخ‌گویی، توسط مراقبین سلامت تکمیل گردید. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، اهداف مطالعه و مراحل انجام تحقیق به طور شفاف برای هر یک از سالمندان توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها تکمیل گردید.

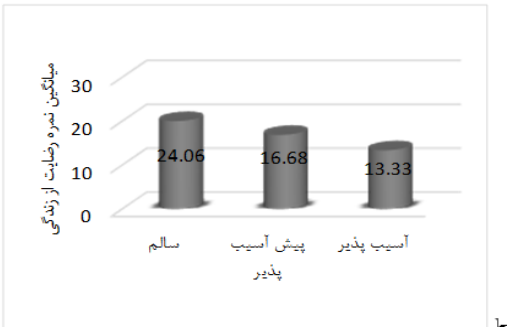
در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارSPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. برای گزارش میزان رضایت از زندگی و آسیب پذیری از آمار توصیفی استفاده شد. در آمار تحلیلی بسته به نوع متغیر از آزمون های دقیق فیشر، کای دو، ضریب همبستگی اسپیرمن، آنووا، تی مستقل و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش با مشارکت ۳۸۵ نفر از سالمندان انجام شد. میانگین سنی افراد ۷/۹۸۸ ± ۷۰ سال بود. ۵۴ درصد از شرکت کنندگان زن و ۶۷/۳ درصد جمعیت مورد مطالعه دارای همسر بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی و توزیع شیوع آسیب پذیری شرکت کنندگان در جدول شماره ۱، گزارش شده است. افراد آسیب پذیر کم‌ترین نمره‌ی رضایت از زندگی (۱۳/۳۳) را داشتند. میانگین نمره‌ی رضایت از زندگی به تفکیک میزان آسیب پذیری افراد در نمودار شماره ۱ قابل مشاهده است. آسیب پذیری ارتباط معنی‌دار با متغیرهایی چون سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و فعالیت عملکردی داشت($P<0/001$)؛ به‌طوری‌که تحلیل باقی مانده‌های تعدیل شده نشان داد افراد بی‌سواد به‌طور معناداری کم‌تر در گروه سالم و بیش‌تر در گروه پیش آسیب‌پذیر قرار داشتند، در حالی که افراد با تحصیلات دانشگاهی بیش‌تر در گروه سالم و کم‌تر در گروه آسیب‌پذیر بودند. در حالی که ارتباط آن با جنسیت($P=0/147$) و نوع شغل فرد($P=0/22$) معنی‌دار نبود (جدول شماره ۱).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

بین شیوع آسیب پذیری و میزان رضایت از زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به صورتی که هر چه میزان آسیب پذیری افراد بیش‌تر بود، نمره‌ی رضایت از زندگی افراد کم‌تر بود($r = ۰/۵۴۵$، $P < ۰/۰۰۱$). همچنین در ارتباط سایر متغیرها با رضایت از زندگی به جز جنسیت و نوع شغل بقیه متغیرهای تحقیق با رضایت از زندگی ارتباط معنی‌داری داشتند($P < ۰/۰۰۱$)، جزئیات در جدول شماره ۲، آمده است.



نمودار شماره ۱: میانگین نمره رضایت از زندگی بر اساس آسیب پذیری افراد

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی در سالمندان مبتلا به سندرم آسیب پذیری و ارتباط آن ها با آسیب پذیری

مشخصه		فراوانی (درصد)	آسیب پذیری فراوانی (درصد)			x^2	سطح معنی داری
			سالم	پیش آسیب پذیر	آسیب پذیر		
آسیب پذیری	سالم	۲۱۷ (۵۶/۴)	-	-	-	-	-
	پیش آسیب پذیر	۸۰ (۲۰/۸)					
	آسیب پذیر	۸۸ (۲۲/۹)					
سن	۶۰ تا ۶۵ سال	۱۴۴ (۳۷/۴)	۱۰۲ (۷۰/۸)	۲۷ (۱۸/۸)	۱۵ (۱۰/۴)	χ^2 (df=۴)= ۷۱/۷۱۶	<۰/۰۰۱*
	۶۵ تا ۷۰ سال	۸۵(۲۲/۱)	۵۸ (۶۸/۲)	۱۷ (۲۰/۰)	۱۰ (۱۱/۸)		
	۷۰ تا ۷۵ سال	۷۷ (۲۰/۰)	۳۸ (۴۹/۴)	۱۶ (۲۰/۸)	۲۳ (۲۹/۹)		
	۷۵ تا ۸۰ سال	۳۶ (۹/۴)	۱۲ (۳۳/۳)	۱۰ (۲۷/۸)	۱۴ (۳۸/۹)		
	بالاتر از ۸۰ سال	۴۳ (۱۱/۲)	۷ (۱۶/۲)	۱۰ (۲۳/۳)	۲۶ (۶۰/۵)		
جنسیت	زن	۲۰۸(۵۴/۰)	۱۰۹ (۵۲//۴)	۴۴ (۲۱/۲)	۲۹ (۱۱/۲)	χ^2 (df=۱) = ۳/۸۳۳	۰/۱۴۷*
	مرد	۱۷۷ (۴۶/۰)	۱۰۸ (۶۱/۰)	۳۶ (۲۰/۳)	۳۳(۱۸/۹)		
وضعیت تاهل	دارای همسر	۲۵۹ (۶۷/۳)	۱۸۳ (۷۰/۷)	۴۷ (۱۸/۱)	۲۹ (۱۱/۲)	x^2 (df=۱) = ۷۸/۳۹۶	<۰/۰۰۱*
	بدون همسر	۱۲۶ (۳۲/۷)	۳۴ (۲۷/۰)	۳۳ (۲۶/۲)	۵۹ (۴۶/۸)		
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲۱ (۳۱/۴)	۴۴ (۳۶/۴)	۳۹ (۳۲/۲)	۳۸ (۳۱/۴)	x^2 (df=۳) =۳۹/۸۸۷	<۰/۰۰۱*
	سواد ابتدایی	۱۵۹ (۴۱/۳)	۹۴ (۵۹/۱)	۲۷ (۱۷/۰)	۳۸ (۲۳/۹)		
	دیپلم	۷۳ (۱۹/)	۵۱ (۶۹/۸)	۱۱ (۱۵/۱)	۱۱ (۱۵/۱)		
	دانشگاهی	۳۲ (۸/۳)	۲۸ (۸۷/۵)	۳ (۹/۴)	۱ (۳/۱)		
شغل	شاغل	۸۳ (۲۱/۶)	۴۸ (۵۷/۸)	۱۷ (۲۰/۵)	۱۸ (۲۱/۷)	x^2 (df=۲) =۵/۷۲۸	۰/۲۲۰*
	بیکار/ بازنشسته	۱۱۸ (۳۰/۶)	۷۶ (۶۴/۴)	۲۰ (۱۷/۰)	۲۲ (۱۸/۶)		
	خانه‌دار	۱۸۴ (۴۷/۸)	۹۳ (۵۰/۵)	۴۳ (۲۳/۴)	۴۸ (۲۶/۱)		
فعالیت	مستقل	۳۶۹ (۹۵/۸)	۲۱۶ (۵۸/۵)	۸۰ (۲۱/۷)	۷۳ (۱۹/۸)	x^2 (df=۱) =۴۷/۶۱۳	۰/۰۰۱**
زندگی	وابسته	۱۶ (۴/۲)	۱ (۶/۳)	۰ (۰/۰)	۱۵ (۹۳/۷)		<

*:کای دو، **: آزمون دقیق فیشر

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره رضایت از زندگی متغیرهای جمعیت شناختی و آسیب پذیری و ارتباط آن ها با رضایت از زندگی

مشخصه		[Min – Max] Total= [1-40]	نمره رضایت از زندگی		آماره آزمون	سطح معنی داری
			میانگین	انحراف معیار		
آسیب پذیری	سالم	[۴۰-۳]	۲۴/۰۶	۷/۷۲۶	r=-۰/۵۴۵	<۰/۰۰۱***
	پیش آسیب پذیر	[۳۲-۳]	۱۶/۶۸	۶/۳۶۲		
	آسیب پذیر	[۳۵-۱]	۱۳/۳۳	۷/۰۹۳		
سن	۶۰ تا ۶۵ سال	[۴۰-۵]	۲۱/۷۸	۸/۰۱۲	r=-۰/۲۱۹	<۰/۰۰۱***
	۶۵ تا ۷۰ سال	[۳۹-۴]	۲۱/۳۶	۸/۵۹۸		
	۷۰ تا ۷۵ سال	[۳۸-۲]	۱۹/۱۸	۹/۵۵۰		
	۷۵ تا ۸۰ سال	[۳۵-۲]	۱۶/۷۸	۸/۰۸۲		
	بالاتر از ۸۰ سال	[۳۳-۱]	۱۶/۱۴	۷/۸۰۰		
جنس	زن	[۳۹-۱]	۱۹/۷۳	۸/۶۶۶	t=-۰/۸۳۹	۰/۴۰۲*
	مرد	[۴۰-۳]	۲۰/۴۷	۸/۶۷۵		
وضعیت تاهل	دارای همسر	[۴۰-۳]	۲۱/۶۶	۸/۴۵۰	t=۵/۳۴۸	<۰/۰۰۱*
	بدون همسر	[۳۵-۱]	۱۶/۸۰	۸/۲۰۶		
سطح تحصیلات	بی‌سواد	[۴۰-۱]	۱۷/۷۸	۸/۷۲۰	r=۰/۲۸۲	<۰/۰۰۱***
	سواد ابتدایی	[۳۸-۲]	۱۹/۳۳	۸/۲۴۶		
	دیپلم	[۳۶-۶]	۲۲/۰۰	۷/۹۱۳		
	دانشگاهی	[۳۸-۵]	۲۸/۰۶	۶/۷۸۷		
شغل	شاغل	[۳۷-۳]	۱۹/۸۹	۸/۲۶۴	f=۲/۲۴۹	۰/۱۰۷**
	بیکار/ بازنشسته	[۳۷-۴]	۲۱/۴۳	۸/۵۸۰		
	خانه‌دار	[۴۰-۱]	۱۹/۲۸	۸/۸۳۸		
فعالیت روزمره زندگی	مستقل	[۴۰-۳]	۲۰/۴۷	۸/۵۱۰	t=-۴/۳۷۷	<۰/۰۰۱*
	وابسته	[۲۴-۱]	۱۱/۰۰	۷/۴۰۳		

***:ضریب همبستگی اسپیرمن، **: انووا، *: آزمون تی مستقل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

برای پیشبینی همزمان عوامل مرتبط با رضایت از زندگی از رگرسیون خطی استفاده شد. در این مدل متغیرهایی که در تحلیل تک متغیره سطح معنی داری آن ها کم‌تر از ۰/۲ بود، وارد مدل شدند. بر اساس تحلیل رگرسیون خطی چندگانه متغیرهای آسیب پذیری، فعالیت عملکردی و تحصیلات (در بعضی از سطوح) ارتباط معناداری با رضایت از زندگی داشتند. افراد آسیب پذیرتر به اندازه ۹/۳۶۸ واحد نمره رضایت از زندگی کم‌تری داشتند که نشان از تاثیر آسیب پذیری در رضایت از زندگی است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نتایج رگرسیون خطی چند متغیره برای پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس وضعیت آسیب‌پذیری سالمندان

متغیر	رده	B	Std. Error	95% Confidence Interval	سطح معنی داری
Intercept		۱۸/۴۳۸	۲/۲۷۷۶	(۱۳/۹۷۴ ،۲۲/۹۰۲)	<۰/۰۰۱
آسیب پذیری	آسیب پذیری	-۹/۳۶۸	۱/۱۰۰۶	(-۱۱/۵۲۵ ،-۷/۲۱۱)	<۰/۰۰۱
	پیش آسیب پذیر	-۶/۶۴۹	۰/۹۸۶۵	(-۸/۵۸۳ ،-۴/۷۱۶)	<۰/۰۰۱
	سالم	-	.	.	.
سن		۰/۲۳۵	۰/۳۰۸۶	(-۰/۳۷۰ ،۰/۸۴۰)	۰/۴۴۷
وضعیت تاهل	بدون همسر	-۰/۲۶۰	۰/۹۰۳۸	(-۲/۰۳۱ ،۱/۵۱۲)	۰/۷۷۴
	دارای همسر	-	.	.	.
سطح تحصیلات	دانشگاهی	۶/۰۴۳	۱/۵۱۷۸	(۳/۰۶۸ ،۹/۰۱۸)	<۰/۰۰۱
	دیپلم	۱/۰۸۳	۱/۱۱۷۱	(-۱/۱۰۷ ،۳/۲۷۲)	۰/۳۳۲
	سواد ابتدایی	-۰/۵۸۵	۰/۹۰۳۰	(-۲/۳۵۷ ،۱/۱۸۶)	۰/۵۱۷
	بی‌سواد	-	.	.	.
فعالیت روزمره زندگی	مستقل	۴/۴۵۳	۲/۰۵۳۷	(۰/۴۲۸ ،۸/۴۷۹)	۰/۰۳۰
	وابسته	-	.	.	.
		۴۹/۸۷۳[b]	۳/۶۴۲۲		

بحث

با پیشرفت علوم پزشکی و کاهش میزان مرگ‌ومیر در سطح جهان، سهم جمعیت سالمندان به‌طور قابل توجهی در حال افزایش است. در این میان، بررسی وضعیت آسیب پذیری سالمندان به‌عنوان یکی از موضوعات مهم حوزه سالمندی مطرح است، چرا که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف سلامت و رضایت از زندگی تأثیر بگذارد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی در سالمندان کرمانشاهی انجام شد.

بر اساس نتایج این مطالعه، حدود ۲۳ درصد از سالمندان در گروه آسیب‌پذیر و ۲۱ درصد در گروه پیش‌آسیب‌پذیر قرار داشتند که با یک مطالعه شیوع در ایران همسو است، با این حال، در برخی مطالعات خارجی، شیوع افراد پیش‌آسیب‌پذیر و آسیب‌پذیر به‌طور قابل‌توجهی بالاتر و تا حدود ۷۷ درصد گزارش شده است(۳۴، ۳۵). این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از اختلاف در ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها، شرایط اجتماعی–اقتصادی، سطح دسترسی به خدمات سلامت، سبک زندگی و همچنین ابزارها و تعاریف مورد استفاده برای سنجش آسیب‌پذیری باشد.

تحلیل ارتباط آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی نشان داد رابطه‌ای معکوس و معنادار وجود دارد؛ با افزایش آسیب‌پذیری، رضایت از زندگی کاهش می‌یابد. این یافته با مطالعات Aslan و همکاران و Pai و همکاران همخوان است(۲۳، ۳۶). آسیب‌پذیری به‌عنوان سندرمی چند وجهی، با کاهش ذخایر فیزیولوژیک، افت استقلال عملکردی و افزایش وابستگی، احساس خودکارآمدی و کنترل بر زندگی را کاهش می‌دهد و با افزایش سقوط، بستری، بیماری مزمن، افسردگی و انزوای اجتماعی، رضایت از زندگی را کم می‌کند. محدودیت مشارکت اجتماعی و فعالیت روزمره نیز فرصت تجربه احساسات مثبت و روابط حمایت کننده را کاهش می‌دهد؛ این تفسیر با دیدگاه تعامل عوامل جسمی، روانی و اجتماعی همسو است. در مقابل، Fujii و همکاران آسیب پذیری را به عنوان یک عامل محافظتی در برابر رضایت از زندگی گزارش کرده‌اند(۳۷). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت جمعیت، ابزار سنجش، حمایت خانوادگی و دسترسی به خدمات سلامت باشد.

تحلیل تک متغیره متغیرهای پژوهش با آسیب‌پذیری نشان داد که با افزایش سن، میزان آسیب‌پذیری سالمندان افزایش می‌یابد. این یافته می‌تواند ناشی از تغییرات فیزیولوژیک مرتبط با افزایش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

سن، کاهش ذخایر عملکردی بدن و تحلیل تدریجی بافت‌ها و اندام‌ها باشد و با نتایج مطالعه‌های (EH Gordon) و (de Morais Fabrício) همسو است(۳۸، ۳۹). در همین تحلیل، سالمندان بدون همسر از سطح آسیب‌پذیری بالاتری برخوردار بودند که این یافته نیز با نتایج مطالعه (Kojima) همخوانی دارد(۴۰). دلیل آن می‌تواند کاهش حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، افزایش احساس تنهایی و انزوا و کاهش منابع مقابله با استرس‌های جسمی و روانی در غیاب همسر باشد. در مقابل، در مدل رگرسیون خطی چند متغیره که با کنترل سایر متغیرها انجام شد، متغیرهایی مانند وضعیت تأهل و سن ارتباط معنی داری با رضایت از زندگی نشان ندادند؛ این یافته می‌تواند بیانگر آن باشد که اثر متغیرهای قوی‌تری همچون آسیب‌پذیری و استقلال عملکردی، به‌طور غیرمستقیم اعمال می‌شود.

در خصوص سطح تحصیلات، نتایج حاکی از وجود ارتباط معنادار بین تحصیلات و آسیب‌پذیری بود؛ به‌طوری که سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر، آسیب‌پذیری کم‌تری داشتند. این یافته که با نتایج مطالعات پیشین (Bellelli) و (Zimmer) همسو است، که می‌تواند ناشی از آگاهی بیش‌تر این افراد، رفتارهای خودمراقبتی مناسب‌تر و استفاده مؤثرتر از خدمات سلامت باشد(۴۱، ۴۲). از سوی دیگر، فعالیت عملکردی به‌عنوان یکی از متغیرهای مهم مرتبط با آسیب‌پذیری شناخته شد که این نتیجه با یافته‌های مطالعات پیشین (Jędrzejczyk) و (Tornero-Quiñones) همخوانی داشت(۴۳، ۴۴). ارتباط تنگاتنگ فعالیت عملکردی با ابعاد جسمانی و استقلال فردی سالمندان می‌تواند نقش تعیین کننده آن را در بروز یا پیشگیری از آسیب‌پذیری توضیح دهد. در مقابل، متغیرهایی مانند جنسیت و نوع شغل، برخلاف برخی مطالعات پیشین، در پژوهش حاضر ارتباط معناداری با آسیب‌پذیری نشان ندادند. این عدم معناداری می‌تواند ناشی از ویژگی‌های خاص نمونه مورد مطالعه، همگنی نسبی جمعیت پژوهش یا نقش پررنگ‌تر سایر عوامل زمینه‌ای و اجتماعی باشد.

همسو با نتایج مطالعات (M Joshanloo) و (Bartram) یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سن و رضایت از زندگی سالمندان ارتباط معنی‌داری وجود دارد(۴۵، ۴۶). این ارتباط می‌تواند ناشی از افزایش محدودیت‌های جسمی، کاهش استقلال عملکردی و افزایش مشکلات سلامت در سنین بالاتر باشد. همچنین، نتایج نشان داد سالمندانی که دارای همسر بودند، در مقایسه با افراد بدون همسر، رضایت از زندگی بالاتری داشتند؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعه پاپی همخوانی داشت و می‌تواند بیانگر نقش حمایتی، عاطفی و اجتماعی همسر در ارتقای رضایت از زندگی سالمندان باشد(۴۷).

نتایج این مطالعه نشان داد که سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر، رضایت از زندگی بیش‌تری دارند و همچنین افرادی که از نظر فعالیت‌های عملکردی مستقل بودند، در مقایسه با سالمندان وابسته، به‌طور معناداری رضایت از زندگی بالاتری گزارش کردند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه (Aslan) و همکاران همسو است(۲۳). این نتایج قابل انتظار به نظر می‌رسد؛ زیرا وابستگی به دیگران در انجام فعالیت‌های روزمره می‌تواند منجر به کاهش احساس خودکارآمدی، افت عزت‌نفس و کاهش احساس کنترل بر زندگی شود و در نهایت، بر رضایت از زندگی سالمندان تاثیر منفی دارد.

نتایج بررسی همزمان متغیرها با استفاده از مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد که وضعیت آسیب‌پذیری با کاهش ۹/۳۶۸ واحدی نمره رضایت از زندگی یک عامل مهم در رضایت از زندگی سالمندان است. علاوه بر آن متغیرهای فعالیت عملکردی و سطح تحصیلات نیز در برخی سطوح به‌طور معنی داری با رضایت از زندگی سالمندان ارتباط داشتند. در مقابل، متغیرهایی مانند وضعیت تأهل و سن، پس از کنترل سایر عوامل، ارتباط معناداری با رضایت از زندگی نشان ندادند. این یافته می‌تواند بیانگر آن باشد که اثر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

متغیرهایی نظیر سن و وضعیت تأهل در حضور عوامل قوی‌تری همچون آسیب‌پذیری، استقلال عملکردی و منابع شناختی اجتماعی تضعیف شده یا از طریق این متغیرها به‌طور غیرمستقیم اعمال می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه، سالمندانی که توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها را داشتند، احتمالاً از وضعیت عملکردی و سلامت بهتری برخوردار بودند و این موضوع می‌تواند منجر به کم‌برآورد شدن شدت واقعی آسیب‌پذیری در جمعیت سالمندان شده باشد. همچنین، اگر چه برای سنجش آسیب‌پذیری از یک ابزار معتبر غربالگری استفاده شد، این ابزار جایگزین ارزیابی جامع چند بعدی سالمندان نیست و ممکن است برخی ابعاد پنهان یا پیچیده آسیب‌پذیری را به‌طور کامل شناسایی نکرده باشد. علاوه بر این، در مطالعه حاضر داده‌های مربوط به برخی عوامل بالقوه تأثیرگذار بر آسیب‌پذیری و رضایت از زندگی، از جمله داشتن بیمه تکمیلی، میزان درآمد، ابتلا به بیماری‌های مزمن، سابقه سقوط، شاخص توده بدنی و وضعیت بینایی و شنوایی جمع‌آوری نشد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده این متغیرها نیز مورد توجه قرار گیرند. با این وجود، یافته‌های حاضر بر ضرورت غربالگری آسیب‌پذیری در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت و طراحی مداخلات پیشگیرانه با تأکید بر ارتقای فعالیت عملکردی و آموزش خودمراقبتی سالمندان تأکید دارد؛ مداخلاتی که می‌توانند در نهایت به بهبود رضایت از زندگی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان منجر شوند.

بر اساس نتایج این پژوهش، بیش از ۴۰ درصد سالمندان تحت پوشش مراکز جامع خدمات سلامت، در وضعیت آسیب‌پذیری یا پیش‌آسیب‌پذیر قرار داشتند. همچنین، آسیب‌پذیری با رضایت از زندگی رابطه‌ای معکوس و معنی‌دای داشت. با این حال، به دلیل ماهیت مقطعی مطالعه، امکان اثبات رابطه علیتی وجود ندارد. بنابراین، انجام مطالعات طولی و آینده‌نگر می‌تواند به تبیین دقیق‌تر این رابطه کمک کرده و برای سیاست‌گذاران حوزه سالمندی در طراحی برنامه‌های آگاه‌سازی، پیشگیری و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مفید باشد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح مصوب شورای پژوهشی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ثبت ۳۹۵۴۰/ص/۱۴۰۴ می‌باشد. از کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی از این مطالعه قدردانی می شود.

همه ی نویسندگان به‌طور یکسان در طراحی مطالعه، جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر و نگارش نهایی متن مقاله مشارکت داشتند. لازم به ذکر است که بنا به اظهار نویسندگان تعارض منافع وجود ندارد.

References

1- Agarwalla R, Saikia AM, Baruah R. Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. J Family Community Med 2015;22(1):39-43 PMID: 25657610.

2- World Population Ageing. Fact sheep, Updated 22 July 2024.: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Division P; 2023.

3- EftekharArdabili H, Lashkar Bloki F, Jazayeri A, Aryaei M, Minaei M. The nutritional status of the elderly in Gorgan. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2014;12(2):59-68. (persian)

4- World Health Organization. Ageing and Health. 2024 [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health]. [Access Date 20 April 2026].

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

5- Wrold Health Organization. 2024. Ageing [Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing. [Last accessed: 20 April 2026].
6- Kousheshi M, Khosravi A, Alizadeh M, Torkashvand M, Aghaei N. Population Ageing in IR Iran Socio-economic, demographic and health Characteristics of The Elderly: Issues and Challenges. Tehran: United Nations Population Fund in Iran; 2014.
7- Statistical Center of Iran 2016 [Available from: https://amar.org.ir. [Last accessed: 20 April 2026].
8- World Population Ageing. United Nations Department of Economic and Social Affairs, division p; 2017. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf. [last accessed: 20 April 2026].
9- Barber SL, Rosenberg M. Aging and universal health coverage: Implications for the Asia Pacific region. Health Systems & Reform 2017;3(3):154-158.
10- Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The world report on ageing and health.: Oxford University Press US; 2016;56(supple-2):S163-S166.
11- Piroozi B, Abdullah FZ, Mohamadi-Bolbanabad A, Safari H, Amerzadeh M, Rezaei S, etal. Assessing unmet health-care needs of the elderly in west of Iran: A case study. International Journal of Human Rights in Healthcare 2021;14(5):452-464.
12- Hobman D. The social challenge of ageing: Taylor & Francis; 2024.
13- Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: a review. European Journal of Internal Medicine 2016;31:3-10.
14- Van Assen MA, Pallast E, El Fakiri F, Gobbens RJ. Measuring frailty in Dutch community-dwelling older people: Reference values of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). Archives of Gerontology and Geriatrics 2016;67:120-129.
15- Halter JB. Hazzard's geriatric medicine and gerontology2017.
16- Jiao J, Wang Y, Zhu C, Li F, Zhu M, Wen X, etal. Prevalence and associated factors for frailty among elder patients in China: a multicentre cross-sectional study. BMC geriatrics 2020;20:1-10.
17- Fitten LJ. Psychological frailty in the aging patient. Frailty: Pathophysiology, Phenotype and Patient Care. Nestlé Nutr Inst Workshop Ser 2015;83:45-53.
18- Fujiwara Y, Kondo K, Koyano W, Murayama H, Shinkai S, Fujita K, etal. Social frailty as social aspects of frailty: research, practical activities, and prospects. Geriatrics & Gerontology International 2022;22(12):991-996.
19- Alkhodary A, Aljunid SM, Ismail A, Nur A, Shahar S. The economic burden of frailty among elderly people: A review of the current literature. Malaysian Journal of Public Health Medicine 2020;20(2):224-232.
20- Reid J. Timely identification of patients with frailty at the ‘front door’of acute hospitals. Nurs Older People 2024;30(6)):24-30 PMID: 30211485.
21- Palomo-Vélez G, García F, Arauna D, Muñoz-Mendoza CL, Fuentes E, Palomo I. Effects of frailty status on happiness and life satisfaction: The mediating role of self-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

perceived health. Revista Latinoamericana de Psicología 2020;52:95-103.

22- Wilhelmson K, Fritzell E, Eklund K, Dahlin-Ivanoff S. Life satisfaction and frailty among older adults. Health Psychol Res 2013;1(3):e32 PMID: 26973917.

23- Aslan G. An Investigation of the Relationship between Frailty and Life Satisfaction in Individuals Aged 65 and Over. International Journal of Caring Sciences 2024;17(1):269-280.

24- Hastaoglu F, Mollaoglu M. The effects of activities of daily living education on the independence and life satisfaction of elders. Perspectives in Psychiatric Care 2022;58(4):2978-2985.

25- Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. Journal of Clinical Nursing 2006;15(5):607-618.

26- Hodkinson H. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing 1972;1(4):233-238.

27- Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of a bbreviated M ental T Est S core (AMTS) among older I ranian. Psychogeriatrics 2017;17(6):460-465.

28- Cherubini A, Demougeot L, Jentoft AC, Curgunlu A, Michel JP, Roberts H, etal. Relationship between the Gérontopôle Frailty Screening Tool and the frailty phenotype in primary care. European Geriatric Medicine 2015;6(6):518-522.

29- Yousefi Z, Kavousi A, Yarmohammadi S, Marashi T. Psychometric Properties of the Persian Version of the Gerontopole Frailty Screening Tool in the Elderly. Health Education and Health Promotion. 2025;13(4):679-86.

30- Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. Journal of gerontology. 1961;16:134-143.

31- Shamsodini S, Ahmadi A, Mousavi A. Standardization of Elderly Life Satisfaction Index (LSI A). Quarterly of Applied Psychology 2021;15 (3): 477-495. (persian)

32- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185(12):914-919 PMID: 14044222.

33- Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. J Mazandaran Univ Med Sci 2016;25(132):103-112 (persian).

34- Rostamnia D, Marashi T, Sadeghipour Roudsari M, Namdari M. Investigating the Prevalence of Frailty in Community-dwelling Older Adults Living in Tehran City, Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2025;19(4):630-641.

35- Zeng XZ, Jia N, Meng LB, Shi J, Li YY, Hu JB, etal. A study on the prevalence and related factors of frailty and pre-frailty in the older population with hypertension in China: A national cross-sectional study. Front Cardiovasc Med 2023;9:1057361.

36- Pai M, Muhammad T, Das S, Chaudhary M, Srivastava S. Gender differences in the association between physical frailty and life satisfaction among older adults in India.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

Psychogeriatrics 2023;23(6):930-943 PMID: 37560780.

37- Fujii K, Harada K, Kurita S, Morikawa M, Nishijima C, Kakita D, etal. Life satisfaction as a protective factor against frailty among Japanese adults aged 60 and older: A cohort study. Maturitas 2025;197:108256 PMID: 40209322.

38- Gordon EH, Hubbard RE. Frailty: understanding the difference between age and ageing. Age Ageing 2022;51(8): afac185 PMID: 35973066.

39- De Morais Fabrício D, Chagas MHN, Diniz BS. Frailty and cognitive decline. Transl Res 2020;221:58-64 PMID: 32045578.

40- Kojima G, Walters K, Iliffe S, Taniguchi Y, Tamiya N. Marital Status and Risk of Physical Frailty: A Systematic Review and Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc 2020;21(3):322-330 PMID: 31740150.

41- Bellelli F, Consorti E, Hettiarachchige T, Rossi P, Lucchi T, Froldi M, etal. Relationship among age, education and frailty in older persons. J Frailty Aging 2023;12(4):326-328 PMID: 38008985.

42- Zimmer Z, Saito Y, Theou O, Haviva C, Rockwood K. Education, wealth, and duration of life expected in various degrees of frailty. Eur J Age 2021;18(3):393-404 PMID: 34483803.

43- Jędrzejczyk M, Foryś W, Czapla M, Uchmanowicz I. Relationship between multimorbidity and disability in elderly patients with coexisting frailty syndrome. Int J Environ Res Public Health 2022;19(6):3461 PMID: 35329148.

44- Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Espina Díaz A, Abad Robles MT, Sierra Robles Á. Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: relations with autonomy in daily living. Int J Environ Res Public Health 2020;17(3):1006 PMID: 32033397.

45- Bartram D. Age and life satisfaction: Getting control variables under control. Sociology 2021;55(2):421-437.

46- Joshanloo M, Jovanović V. Similarities and differences in predictors of life satisfaction across age groups: A 150-country study. J Health Psychol 2021;26(3):401-411 PMID: 30565495.

47- Papi S, Cheraghi M. Multiple factors associated with life satisfaction in older adults. Menopause Review/Przegląd Menopauzalny 2021;20(2):65-71.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]