

The Study of Self-Assessed Health between the Elderly People of Shiraz and Yasuj, Iran, Case study men elderly over 65 years old

Movahedmajd M^{*1}, Jahanbazian S², Panahi S³

Abstract

Introduction and purpose: The elderly population is increasing and the situation of this age group to improve their health and prevention of diseases is necessary. The aim of this study was assessed the health among elderly men living in Shiraz and Yasuj cities.

Materials and Methods: This cross-sectional descriptive and analytical study was conducted in 2015. To collect data, 380 elderly men in Shiraz and Yasuj were selected via random clustering sampling method and information was collected using 7-dimension standard questionnaire. Data analysis was conducted using SPSS statistical software version 20 at levels of descriptive and inferential statistics.

Findings: The mean of four dimensions of the elderly health for the study was 77.07 ± 15.03 . Determination coefficient R² statistics also show that 25.8% of the health self-assessment variations were explained by three independent variables remaining in the equation, including self-esteem, health behaviors and medical history. Variables such as age, education and medical history class identity were significantly associated with health self-assessment.

Conclusion: knowing the status in the health of a community of people who are planning to have its future society will help in reasonable estimates. One of the important objectives of the health system in each country is to protect the health of all people in the community. For this, all aspects of health, physical, mental and social life need to be taken into consideration in all stages of life. Health is not just a biological, and social factors are also involved in determining the health of people.

Keywords: self-assessment of health, elderly, self-esteem, social support, communication with childr

Received: 2016/09/13

Accepted: 2017/01/9

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 - Faculty of economic, Management and social science, Shiraz university, Shiraz, Iran

(Corresponding Author): E-mail:: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

2 - MSc. Student of demographics, Shiraz University, Shiraz, Iran

3 - MSc. Student of sociology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان مرد شهرهای شیراز و یاسوج

مجید موحد مجد^{۱*}، صدیقه جهانبازیان^۲، صادق پناهی نسب^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵ / ۶ / ۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵ / ۱۰ / ۲۰

چکیده

مقدمه و هدف: خودارزیابی سلامت ابزار اندازه‌گیری وضعیت سلامت افراد است. جمعیت سالمندان روز به روز در حال افزایش است و توجه به وضعیت این گروه سنی برای ارتقاء سلامت آنان و پیشگیری از بیماریها ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمند مرد ساکن در شهرهای شیراز و یاسوج بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها تعداد ۳۸۰ نفر از مردان سالمندان در شهر شیراز و یاسوج به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با پرسشنامه استاندارد در هفت بعد اطلاعات جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت.

یافته‌ها: میانگین چهار بعد (سلامت جسمانی، کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) سلامت سالمندان مورد پژوهش $15/03 \pm$ ۷۷/۰۷ بود. آماره ضریب تعیین R^2 نیز نشان می‌دهد که ۰/۲۵۸ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی (خودارزیابی سلامت) توسط سه متغیر مستقل که در معادله باقی مانده اند و شامل عزت نفس، رفتارهای سلامت و سابقه بیماری هستند تبیین می‌شود. متغیرهای مانند سن (۰/۰۰۹)، تحصیلات (۰/۰۱۲)، سابقه بیماری (۰/۰۰۴) و هویت طبقاتی (۰/۰۰۰) با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه معنی داری داشتند.

نتیجه‌گیری: دانستن وضع موجود یک جامعه از لحاظ سلامت به افرادی که قصد برنامه‌ریزی برای آینده آن جامعه را دارند در برآورد- های معقولانه کمک خواهند کرد. یکی از هدفهای مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ سلامت و تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر باید به همه‌ی جنبه‌های سلامت، جسمی، روانی و اجتماعی انسان‌ها در کلیه مراحل زندگی توجه شود. سلامت فقط یک امر زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل می‌باشد.

کلید واژه: خودارزیابی سلامت، سالمندان، عزت نفس، حمایت اجتماعی، ارتباط با فرزندان

۱- دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- دانشجوی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افزایش ابتلا به بیماریهای مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می گیرد. از سویی با افزایش جمعیت سالمندان شیوع ناتوانایی های روانی افزایش می یابد و این مهم سیستم های مراقبتی، بهداشتی و اجتماعی را که هم اکنون تحت فشارهای مادی هستند، نگران ساخته است [۱]. سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان مفهوم آن تغییر خواهد کرد برای افراد مختلف نیز معانی گوناگونی دارد و حتی یک فرد هم در طول زندگی خود ممکن است تعاریف مختلفی از سلامتی داشته باشد [۲]. پویایی و تحولات سریع در جوامع، فضای زندگی انسان و عوامل تاثیر گذار بر آن تحولات تکنولوژیکی، سلامت سالمندان را نیز دچار تغییر کرده است. اندازه گیری سلامت درک شده سالمندان یک شاخص جهانی و مفید برای سطح سلامت آنان است و با عناصر بیولوژیکی و اجتماعی آن در تعامل است. در حقیقت سنجش سطح سلامت درک شده یکی از رایج ترین انواع تعیین وضعیت سلامت در سالمندان از دیدگاه ذهنی می باشد زیرا می تواند جنبه های مختلف سلامتی را بررسی کند. سلامت درک شده به نوعی به جنبه های مختلف سلامتی که توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است توجه می کند [۳]. برآورد می شود که در سطح جهان سهم جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۵۰ میلادی به حدود ۲۲ درصد برسد [۴].

بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ ایران، ۴/۳ میلیون نفر سالمند ۶۵ سال و بالاتر در کشور وجود دارد که معادل ۵/۷ درصد کل جمعیت ایران است. بر اساس پیش بینی های جمعیتی تا سال ۱۴۳۰ تعداد سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ایران به ۱۸ میلیون نفر افزایش می یابد و سهم جمعیتی آنها به حدود ۲۰ درصد خواهد رسید [۵]. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶ درصد است و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است [۶]. پدیده سالمندی در کشور ما هنوز به عنوان یک پدیده ضروری مورد توجه قرار نگرفته است. اما این واقعیت وجود دارد که جمعیت سالمندان با رشدی بیشتر از رشد کل جمعیت رو به افزایش است. در واقع همراه با رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی سیر سالمندی روند صعودی دارد و ضعف و ناتوانی این گروه مراقبتها و توجهات ویژه ای را می طلبد. افزایش نرخ رشد جمعیت سالمند بر ضرورت توجه به وضعیت سلامت این گروه از جامعه می افزاید. در مورد ضرورت و اهمیت این پژوهش باید گفت که ازدیاد سالمندان باعث افزایش توجه به مبحث سلامت در بین سالمندان شده است و باید به همه ی جنبه های حیاتی در سلامت سالمندان از جمله سلامت اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی توجه کرد. از آنجایی که سالخوردگی فرایندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی و توجه به سلامت آنها باید جنبه ی تفکیک ناپذیر از سیاست های توسعه اقتصادی- اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در کلیه ی سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد شیوهی برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه ای باشد [۷].

یکی از هدفهای مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقا، سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود. سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند [۸]. به طور کلی تعاریف مربوط به سلامتی از الگوهایی پدید آمده اند که جزء معتقدات دانشمندان مختلف بوده اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مد نظر بوده است: الگوی پزشکی: این الگو عمدتاً بر تبیین زیست شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می‌پردازد. الگوی محیطی: در این الگو سلامتی بر حسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است.

الگوی کلی نگر: این الگو سلامتی را بر حسب جنبه های زیست شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می‌شود و بر سلامتی بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است [۹]. مطالعات متعددی در زمینه سلامت سالمندان انجام شده است به عنوان نمونه می‌توان به این مطالعات اشاره کرد، معتمدی شلمزاری و همکاران در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان شهرکرد پرداختند که نتایج مطالعه شان نشان داد بین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی همبستگی وجود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری می-

باشد [۱۰]. سولا و همکاران به بررسی ارتباط رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌های روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران پرداختند که نتایج نشان داد بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت [۱۱]. لوکاس و همکاران در مطالعه ایی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر زنان ۶۵ سال به بالا نشان داد بین سن، وضعیت تاهل، نژاد، تحصیلات و اعتماد به نفس با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۲]. بالجانی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که سن و تحصیلات با خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری دارد [۱۳]. در این پژوهش تلاش شده است که رابطه متغیرهای جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی با خودارزیابی سلامت سالمندان بررسی شود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، مطالعه ای توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی اسفند تا اردیبهشت در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را افراد سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر شیراز و یاسوج تشکیل داده بودند. برای گردآوری داده ها، ۴۰۰ نفر از سالمندان در شهر شیراز و یاسوج به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله ایی انتخاب شدند. ابتدا در شهر شیراز تعداد جمعیت ۶۵ سال به بالا بر اساس مناطق ۹ گانه شهرداری شهر شیراز در سر شماری ۱۳۹۰ مشخص شد. بعد از مشخص شدن تعداد نمونه در هر کدام از مناطق شهر به صورت تصادفی در هر محله‌ای انتخاب شد. در درون

محلها به شیوه تصادفی سیستماتیک نمونه مورد نظر انتخاب و با او مصاحبه به عمل آمد. برای نمونه‌گیری در شهر یاسوج، ابتدا شهر یاسوج به چهار منطقه تقسیم و سپس در درون این چهار منطقه، مناطقی به صورت تصادفی انتخاب شدند و در هر منطقه تعداد پرسشنامه‌های مشخص پر شد. مشارکت کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش داوطلبانه و برضایت آگاهانه و از طریق مراجعه به درب منازل انجام پذیرفت. برای اندازه‌گیری عزت نفس از پرسشنامه عزت نفس ده سوالی ساخته روزنبرگ ۱۹۶۵ استفاده شد [۱۴] اعتبار این پرسشنامه در مطالعات دیگر از طریق ضریب همبستگی تایید شده است [۱۵] پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۶ بدست آمد. اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن در مطالعات دیگر با روش اعتبار محتوا تأیید شده است [۱۶] در این مطالعه پایایی پرسش‌نامه با آلفا کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد. بخش اول سوالات مربوط به ویژگیهای دموگرافیک شامل (سن، تحصیلات، طبقه اقتصادی-اجتماعی، وضعیت اشتغال) طبقه اقتصادی-اجتماعی بر اساس وضعیت درآمد سنجیده شد، بخش دوم سوالات مربوط به سابقه بیماری با ۸ سوال در مورد (فشارخون بالا، سابقه سکته قلبی، بیماری قند، چربی خون، انواع سرطان، مصرف دخانیات، چاقی، بیماری اعصاب و روان)، بخش سوم سوالات مربوط به رفتار سلامت شامل خوردن غذای مناسب، ورزش کردن، پرهیز از غذای چرب و مواردی از این قبیل با ۶ سوال. سوالات بخش اول خود ساخته بود و بخش‌های دوم به بعد را از پرسش‌نامه‌های استاندارد استفاده شد. بخش چهارم و پنجم سوالات مربوط به عزت نفس که از پرسشنامه روزنبرگ استفاده

شد و حمایت اجتماعی که از پرسشنامه وین فیلد و تایگمن هر کدام با ۸ سوال، بخش ششم سوالات مربوط به ارتباط و صمیمیت با فرزندان با ۶ سوال بود. بخش هفتم سوالات مربوط به خودارزیابی سلامت در چهار بعد سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی با ۲۲ سوال بود. گویه‌های پرسشنامه خودارزیابی سلامت با استفاده از مقیاس ۵ تایی لیکرت امتیازدهی شد. به این شکل که امتیاز یک تا پنج به ترتیب نشان دهنده نمره (۱) بیانگر خیلی کم، نمره (۲) بیانگر کم، نمره (۳) بیانگر متوسط، نمره (۴) بیانگر زیاد و نمره (۵) بیانگر خیلی زیاد بودند. پایایی پرسشنامه خودارزیابی سلامت ۰/۷۵ بدست آمد. پرسشنامه به صورت پایلوت بر روی ۳۵ نفر از جامعه آماری، مورد آزمون قرار گرفت و منجر به برخی بازنگری‌ها در پرسشنامه، نظیر حذف برخی از گویه‌ها و اصلاح نحوه و طراحی برخی از پرسش‌ها گردید. برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار صوری و محتوا استفاده شد که برای تعیین اعتبار صوری تعدادی پرسشنامه به سالمندان ارائه گردید و برای اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار اعضای هیأت علمی رشته جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز قرار گرفت و بعد از جمع کردن نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم بر اساس باز خورد کسب شده صورت گرفت. آلفای کرونباخ به ترتیب برای رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی و عزت نفس، ارتباط و صمیمیت با فرزندان برابر با ۰/۷۴، ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۴ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار آماري SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار تحلیلی نظیر آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون انجام پذیرفت. برای برآورد میزان

تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل ویژگی‌های دموگرافیکی، رفتارهای سلامت، عزت نفس و حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت از مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. برای بررسی تاثیرات جمعی و مستقل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام^۱ استفاده گردید. رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام، آماره‌های مربوط به تبیین متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) را براساس یک سری متغیرهای مستقل در هر گام ارائه می‌کند. در شیوه گام به گام متغیرها یک به یک به مدل وارد می‌شوند یعنی ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد مشخص می‌شود. در این تحقیق از الگوی پرسید-پرسید استفاده شد. این الگو عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی موثر بر سلامت را در قالب سه دسته عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده تقسیم بندی کرده است. عوامل مساعد کننده همان دانش ها، نگرش ها، باورها، ترجیحات فردی است. هر کدام از این متغیرهای مساعدکننده، موجب بروز رفتاری خاص در فرد می‌شود. عوامل قادرکننده با تأثیر غیرمستقیم بر عوامل محیطی بر رفتار تأثیر می‌گذارند. این دسته از عوامل، فرد را قادر می‌سازد تا از محیط به گونه‌ای خاص استفاده کند و فرد را در جایگاهی قرار می‌دهد که از امتیازات بیشتر یا کمتر از دیگران برخوردار شود. عوامل تقویت کننده آن دسته عواملی است که بعد از انجام یک رفتار حضور دارند و باعث انگیزه برای تداوم آن خواهند شد. نتایج تحقیق را در استفاده از سه بخش اول نظریه پرسید-پرسید در نتیجه گیری

نشان دادیم که سه بخش اول این نظریه به بررسی وضعیت سلامت در جامعه می‌پردازد [۱۷].

یافته ها

همانگونه که در جدول ۱، مشاهده می‌شود مشخصات فردی پاسخگویان آورده شده است. در این پژوهش تمام پاسخگویان ما را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین سنی سالمندان $71 \pm 6/65$ شرکت داشتند. بیشتر پاسخگویان $67/8$ درصد در گروه سنی $74-$ 65 قرار داشتند و تنها $1/1$ درصد از پاسخگویان در گروه سنی $95+$ قرار داشتند. $61/1$ درصد از پاسخگویان سابقه بیماری داشتند. از افراد نمونه مورد بررسی در مورد تعلق طبقاتی و اینکه خود را جزو کدام طبقه اجتماعی-اقتصادی می‌دانند سوال شد. کمترین درصد یعنی حدود $4/2$ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه بالا اعلام کردند؛ بیشترین درصد یعنی $74/4$ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه متوسط اعلام کردند، توزیع نمونه مورد بررسی بر اساس میزان تحصیلات نشان داد که بیشترین درصد $47/9$ درصد از افراد دیپلم و زیر دیپلم بوده است.

جدول شماره ۱. مشخصات فردی - اجتماعی پاسخگویان در طبقات مختلف متغیرها و مقدار p-value در ارتباط با خودارزیابی سلامت

متغیر	فراوانی(درصد)	p-value	متغیر	فراوانی(درصد)	p-value
طبقه اقتصادی اجتماعی*					
* / * * * *	۶۵-۷۴	۰/۰۰۹	بالا	۱۲۲ (۶۲/۸)	۱۶ (۴/۲)
	۷۵-۸۴		متوسط	۴۹ (۲۷/۲)	۲۸۳ (۷۴/۴)
	۸۵-۹۴		پایین	۷ (۳/۹)	۷۷ (۲۰/۳)
	+۹۵		تحصیلات*		
* سابقه بیماری *	دارند	۰/۰۰۴	بی سواد	۱۴۱ (۳۷/۱)	+ / ۰ ۱ ۲
			دیپلم و زیر دیپلم	۱۸۲ (۴۷/۹)	
			فوق دیپلم	۱۸ (۴/۷)	
			لیسانس	۲۷ (۷/۱)	
			فوق لیسانس و بالاتر	۹ (۲/۴)	
ندارند	۱۴۸ (۳۸/۹)				

N.S** = (فاقد معناداری)

p-value < 0/005*

(۲۴/۳۱ درصد) همچنین در شهر یاسوج هم بیشترین نمره مربوط به بعد کارکرد اجتماعی (۲۰/۰۶ درصد) می باشد. کمترین نمره بعد سلامت در شهر شیراز مربوط به سلامت جسمانی (۱۶/۳۳ درصد) و در شهر یاسوج هم مربوط به بعد سلامت جسمانی (۱۵/۳۲ درصد) می باشد.

به طور کلی میانگین نمرات خودارزیابی سلامت نمونه مورد مطالعه ۷۷/۰۷ بدست آمد. این مقیاس خود به چهار زیر مقیاس سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تقسیم می شود. اطلاعات مربوط به هر زیر مقیاس در جدول ۲ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می شود بطور کلی بیشترین نمره سلامتی در مقیاس کارکرد اجتماعی با میانگین ۲۲/۲۸ و کمترین نمره سلامتی در مقیاس سلامت جسمانی با میانگین ۱۶/۳۳ می باشد. در شهر شیراز بیشترین نمره مربوط به بعد کارکرد اجتماعی

جدول شماره ۲، آماره های توصیفی برای نمره مقیاس خود ارزیابی سلامت

نمره کلی مقیاس خودارزیابی سلامت	نمره زیر مقیاس ها				آماره های توصیفی
	افسردگی	کارکرد اجتماعی	اضطراب	سلامت جسمانی	
۷۳/۲۳±۱۴/۲۹	۱۸/۴۶±۴/۱۳	۲۰/۰۶±۵/۰۰	۱۹/۲۴±۵/۴۷	۱۵/۳۳±۴/۸۶	میانگین و انحراف معیار
۸۰/۴۷±۱۴/۸۸	۱۹/۸۲±۴/۷۳	۲۴/۳۱±۳/۹۵	۱۹/۲۰±۵/۷۰	۱۷/۲۳±۵/۱	میانگین و انحراف معیار
۷۷/۰۷±۱۵/۰۳	۱۹/۷۳±۴/۵۰	۲۲/۲۸±۴/۹۵	۱۹/۲۲±۵/۵۹	۱۶/۳۳±۵/۱	میانگین و انحراف معیار
۲۲	۵	۶	۶	۵	تعداد گویه

با متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) و تمامی ابعاد آن نشان می-دهد. بین رفتار سلامت و تمامی ابعاد خودارزیابی سلامت، رابطه

جدول شماره ۳، ضریب همبستگی و معنی داری متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی، رفتار های سلامت و ارتباط با فرزندان را

حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، خودارزیابی سلامت افزایش می‌یابد.

معنی‌داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، رابطه معنی‌دار مستقیم بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت وجود دارد. با افزایش عزت نفس، خودارزیابی سلامت فرد افزایش می‌یابد. عزت نفس با خودارزیابی سلامت همبستگی قوی دارد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین

جدول شماره ۳، آزمون رابطه متغیرهای فرهنگی- اجتماعی با خودارزیابی سلامت

متغیرهای مستقل	خودارزیابی سلامت	سلامت جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی
ارتباط با فرزندان	۰/۱۶۴	۰/۰۶۶	۰/۱۲۵	۰/۱۰۶	۰/۲۴۸
حمایت اجتماعی	۰/۰۱۷	۰/۴۰	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱
رفتارهای سلامت	۰/۲۵۹	۰/۰۴۵	۰/۲۴۷	۰/۲۲۷	۰/۳۴۶
عزت نفس	۰/۲۰۹	۰/۰۶۸	۰/۲۰۷	۰/۱۰۷	۰/۱۵۹
	۰/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۳۸	۰/۰۰۲
	۰/۵۴۹	۰/۲۹۶	۰/۴۷۲	۰/۳۳۵	۰/۵۸۵
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

خودارزیابی سلامت دارد. به گونه‌ای که با داشتن سابقه بیماری خودارزیابی سلامت در افراد کاهش یافته است

جدول شماره ۴، رابطه میان سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت را نشان می‌دهد. سابقه بیماری دارای رابطه معنی‌دار و معکوسی با

جدول ۴، آزمون رگرسیون تک متغیره میان سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت

شهر	تاثیر سابقه بیماری بر سلامت	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده Beta	مقدار T	سطح معنی‌داری	R Square	Adjusted R Square
		Std.Error	B					
شیراز		۰/۸۷۹	-۳/۹۰	-۰/۳۰۸	-۴/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۹۵	۰/۰۹۰
یاسوج		۰/۸۶۸	-۲/۱۱	-۰/۱۸۶	-۲/۴۳	۰/۰۱۶	۰/۰۳۵	۰/۰۲۹
کل		۰/۶۴۰	-۲/۸۲	-۲۲۸	-۴/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲	۰/۰۴۹

درصد، مقدار آن برای مراحل بعدی نشان می‌دهد که با ورود هر متغیر به معادله رگرسیون در هر کدام از مراحل چند درصد از تغییرات متغیر وابسته تبیین شده است. در مرحله دوم با ورود متغیر رفتارهای سلامت، $0/61$ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله سوم با ورود متغیر سابقه بیماری، $0/31$ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. سهم نسبی هر متغیر مستقل در مدل مشخص شده است. همانگونه که مشخص است متغیر عزت نفس ($R^2 = 0/166$) بیشترین تاثیر را در خود ارزیابی سلامت مردان سالمندان دارا می‌باشد.

برای بررسی تاثیرات جمعی و مستقل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام استفاده کردیم. در شیوه گام به گام متغیرها یک به یک به مدل وارد می‌شوند. یعنی ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد، انتخاب می‌شود. دومین متغیری که وارد تحلیل می‌شود، متغیری است که پس از تفکیک متغیر مقدم بر آن، موجب بیشترین افزایش در مقدار ضریب تعیین (R^2) می‌شود و این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که خطای آزمون معنی داری به 5 درصد برسد [۱۸]. همانگونه که در جدول شماره ۵، مشاهده می‌شود مقدار R^2 برای متغیر عزت نفس در گام اول برابر است با $0/166$.

جدول ۵، آماره های ارزیابی مدل های رگرسیونی برآورد شاخص خودارزیابی سلامت براساس عوامل اجتماعی- جمعیتی

مراحل	متغیرهای باقی مانده در مدل	مقدار R	ضریب تعیین R^2	تغییرات R	اشتباه استاندارد برآورد	مقدار F	p-value
۱	عزت نفس	$0/408$	$0/166$	$0/166$	$12/41$	$29/92$	$0/000$
۲	رفتارهای سلامت	$0/476$	$0/227$	$0/216$	$11/99$	$21/84$	$0/000$
۳	سابقه بیماری	$0/508$	$0/258$	$0/243$	$11/78$	$17/17$	$0/000$

بحث و نتیجه گیری

را پیش بینی و زمینه مناسبی را برای برنامه ریزان و تصمیم گیرندگان حوزه سالمندی فراهم کنند. بدون تردید، این موضوع توجه بیشتر متغیرهای زمینه ای را در جهت توانمندسازی و پویایی زندگی سالمندان می‌طلبد. مدل، الگو پرسید-پرسید عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی موثر بر سلامت را در قالب سه دسته عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده تقسیم بندی کرده است. این مطالب نتایج تحقیق را در استفاده از

بهتر آن است که در ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان عزت نفس، منابع حمایتی و سابقه بیماری آنها به عنوان عوامل مرتبط با وضعیت سلامت مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به یافته های حاصل از این تحقیق، متغیرهای جمعیت شناختی می‌توانند هم ارز دیگر متغیرهای فرهنگی و اجتماعی وضعیت سلامت سالمندان

سه بخش اول نظریه پرسید- پروسید نشان داد که به بررسی وضعیت سلامت در جامعه و عوامل موثر بر آن می‌پردازد. بدین ترتیب نشان داده شد که عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی بر خودارزیابی سلامت سالمندان تاثیر دارد و این نشان دهنده‌ی این است که سلامتی ضمن یک پدیده پزشکی یک پدیده اجتماعی است. میانگین خودارزیابی سلامت میان سالمندان شهر شیراز بالاتر از شهر یاسوج بود (جدول شماره ۲). در این تحقیق و بر اساس (جدول شماره ۱) و مقدار $p\text{-value}: 0/009$ مشخص شد متغیر سن با سلامت ادراک شده رابطه معنی‌دار دارد که با تحقیق بالجانی و همکاران ۱۳۹۰، همسو می‌باشد [۱۳]. با افزایش سن از سلامت جسمانی سالمندان کاسته می‌شود. بر اساس (جدول شماره ۱) و مقدار $p\text{-value}: 0/000$ مشخص شد خودارزیابی سلامت با طبقه اقتصادی-اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد. در مطالعه سیمبوس مشخص شد افرادی که جایگاه اقتصادی- اجتماعی پایینی دارند، در همه ابعاد سلامت نیز وضعیت بدتری دارند [۱۹] که همسو با این تحقیق می‌باشد. سالمندانی که طبقه اقتصادی- اجتماعی پایینی دارند می‌توانند از لحاظ سلامت جسمانی در سطح پایین تری باشند، میزان افسردگی و اضطراب به دلیل شرایط اقتصادی پایین بیشتر می‌شود و ممکن است کارکرد اجتماعی ضعیف تری ارائه دهند. بین تحصیلات و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد بر اساس (جدول شماره ۱) و مقدار $p\text{-value}: 0/12$ که با نتایج تحقیق بالجانی و همکاران ۱۳۹۰ که بین تحصیلات و سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد همسو می‌باشد [۱۳]. تحصیلات موجب افزایش آگاهی افراد می‌شود و این افزایش آگاهی به نوبه‌ی خود می‌تواند بر سلامت تاثیر

بگذارد. بر اساس (جدول شماره ۳) بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد که با نتایج تحقیق لوکاس ۲۰۰۰ که بین عزت نفس و سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد همسو می‌باشد [۱۲]. افزایش عزت بنفس در افراد سالمند می‌تواند در درک ذهنی آنها در مورد سلامتشان تاثیر بگذارد. نتایج این تحقیق بر اساس (جدول شماره ۴) حاکی از رابطه معنی‌دار معکوس بین بیماری و خودارزیابی سلامت است، یعنی با افزایش بیماری در افراد سلامت ادراک شده آنها کاهش می‌یابد، که با نتایج تحقیق وی یو و همکاران (۲۰۱۳) که نشان داد شیوع تمام بیماری‌ها با خودارزیابی سلامت پایین همراه است همسو می‌باشد [۲۰]. فرد بیمار سلامت خود را در سطح پایین می‌داند. با استفاده از پرسشنامه وین فیلد و تایگمن و (جدول شماره ۳) این نتیجه مشخص شد که بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد، که با نتایج تحقیق معتمدی شلمزاری و همکاران ۱۳۸۱ که نشان دادند بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد، همسو می‌باشد [۱۰]. حمایت اجتماعی می‌تواند شرایط و دوره‌ی سالمندی مناسبی را برای سالمندان فراهم کند. با توجه به تاثیری که عزت نفس در خودارزیابی سلامت، سالمندان دارد و عزت نفس پایین می‌تواند با نوعی خود کم بینی در فرد همراه باشد و اینکه فرد نسبت به خود چه احساسی داشته باشد و برای خود چه میزان ارزش و اهمیت بداند، می‌تواند بر خودارزیابی سلامت تاثیر بگذارد، باید از طریق برگزاری کلاس‌ها به افزایش عزت نفس و اعتماد بنفس افراد سالمند کمک کرد. با توجه به مهم بودن رفتارهای سلامت که در یافته‌ها نیز تایید شد، توجه بیشتر به برنامه‌هایی

عدم انزوای سالمندان، جمعیت سالمند با انزوا و کم توانی و بیماری‌های مزمن همراه است و نیاز به حمایت‌های اجتماعی دارد. نگاه آکادمیک به پدیده سالمندی لازم است و باید استفاده از تجارب دیگران مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه سالمندان که با صبر و حوصله ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر به عمل می‌آید. این مقاله برگرفته از پایان نامه ارشد می‌باشد.

برای ارتقای سلامت و توجه به آموزش به افراد سالمند از طریق رسانه‌ها برای جلوگیری از مشکلات مزمن در دوران سالمندی ضروری می‌باشد. همچنین تدوین و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های ملی یکپارچه برای سالمندان با تاکید بر سلامت بسیار ضروری است. با توجه به تأثیری که حمایت اجتماعی بر خودارزیابی سلامت سالمندان دارد، توجه به انواع شبکه‌های حمایت اجتماعی مانند حمایت ابزاری، عاطفی بستگی به شرایط و موقعیت فرد سالمند مهم می‌باشد. توجه به نیاز عاطفی و مراقبتی که از ابعاد حمایت اجتماعی می‌باشد در سنین سالمندی مهم می‌باشد. بنابراین باید برگزاری کلاس‌هایی برای خانواده‌ها در مورد نحوه حمایت و نیازهای سالمندان برگزار شود. برنامه‌ریزی برای

■ References

- 1- Ministry of Health and Medical Education, Estimate life expectancy and predict the population of Iran, Tehran: 2006.
- 2- Rob B, Public Health Policy and Politics, London: Mac Millan press: 2000.
- 3- Geneva W, World Health Organization: The Ottawa charter for health promotion, Journal Health Promotion 1986; (1):1-4.
- 4-United Nation, World Population Ageing, Population division, UN: New York: 2007.
- 5- Sadeghi R, the Iranian population changes: past, present and future. Research report, Tehran: Center for Statistics: 2011. (Persian)
- 6- Hatami H, public health, Tehran: Arjmand Publishers: 2004. (Persian)
- 7- Saifzade A, characterized by economic, social, demographic and mental health Old: The Case study of the Azarshar, Journal of Population 2009; (64-63): 127-162. (Persian)
- 8- Sabbagh S, Moeinian N, Sabbagh S, measure social health and social factors associated with it among households in the city of Tabriz. Sociological studies 2013; 3(1): 27-44. (Persian)

- 9- Herman H, identify the effect of communicational conflict resolution and problem-solving strategies to students' psychological health. Smynar Third overall mental health of students 1999.
- 10- Motamede Sh, Javadajeh A, AzadFallah P, Kiamanesh A, The social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years, *Psychology* 1381; (1):115-133. (Persian)
- 11- Sulla A, Habibi S, Nikpour M, Rezaei H, Haqqani , Relationship between health promotion behaviors with the activities of daily living and activities of daily living in elderly with tools West of Tehran, *Iranian Journal of Ageing*, second, fifth edition 2002: 339-332. (Persian)
- 12- Lucas JA, Orshan SA, Cook F, Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community ,US National Library of Medicine National Institutes of Health 2000; 14 (1): 77-100.
- 13- Baljany E,Salari Sh, Salimi S, Safari E, Alavi S, Abdollahi S ,early health promotion behaviors and cancer screening in elderly Orumieh, *Orumieh Medical Journal* 2010; 21(2): 217-223. (Persian)
- 14- Asadi Gandomani R, Tymorzadeh L. the relationship between self-esteem and depression Tymvrzadh 1393. jokes with satisfaction with body image in teen girls, *Journal of Futures Studies Management* 2013; 20 (100): 13-21. (Persian)
- 15- Borna M, Savari K. Its simple and multiple self-esteem, loneliness, assertiveness, shyness, new findings in psychology 2010; 5(17): 53-62. (Persian)
- 16- Abbasi Azar F, Ahmadi M, Shams J,Abadi A. The effect kangaroo mother care in the postpartum blues. *Journal of School of Nursing and Midwifery, Beheshti University of Medical Sciences and Health Services* 2012; 23 (80): 74. 83. (Persian)
- 17- Meshki M. Review of the use of Precede-Proceed Model combining health locus of control theory to enhance the mental health of students. PhD thesis, Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University 2006. (Persian)
- 18- Habibpour c, Safari R, Comprehensive guide spss application, chap second in survey research, second edition, Tehran, Motefakeran Publishing 2012; 481. (Persian)
- 19-Tsimbos, C. An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain.*Jornal Public Health* 2010; 55(1):5-15.
- 20- Wu Sh, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, Jia H . The relationship between self-rated health and objective health status: a Population-based study. *BMC Public Health* 2013;13(320):1-9.