Perceived Health Status among Elderly of Yasuj city, Iran

Movahedmajd M[*1], jahanbazian S [2]

Abstract

Introduction and purpose: Perceived health status is an effective approach in evaluating health status that reflects biological, mental, and spiritual aspect of health. The aim of this study was to investigate perceived health status among elderly of Yasuj city.

Materials & Methods: This survey was carried out among 360 elderly living in Yasuj. We used cluster sampling method to collect data. Winfield & Tuckerman Perceived health status questionnaire were used to collect data. This questionnaire measure four dimensions of health including physical health, psychological distress, social function and depression. Data were analyzed using SPSS software by employing descriptive statistics, independent t- test and Regression analysis.

Findings: Mean score of the global perceived health status was 13.65 ± 72.35 in which 64.2% of elderly reported moderate level of perceived health status. Mean scores of the four dimenisons of health were 14.72 ± 4.86, 18.94 ±5.61, 20.02 ±5, 18.66 ±3.96 for physical health, anxiety, social function and depression, respectively. Perceived health status significantly associated with demographic variables such as age, education, socio-economic class, disease, cultural and social values such as health behaviors, social support and self-esteem. However, there was no significant relationship between gender and perceived health status. The results of regression analysis showed that 27% of perceived health status variability is explained by the four variables of self - esteem, patient history, health behavior and education.

Conclusion: The results of this study revealed moderate level of health status among elderly living in Yasuj city. In addition, health status of elderly can be affected by cultural- and social factors.

***Keywords*:** Perceived Health Status, Elderly, Health Behavior, Self-Esteem, Social Support

Received: 2015/07/27 Accepted: 2015/09/6

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- Associate Professor, 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهر یاسوج در سال ۱۳۹٤

مجید موحد مجد[*۱] ، صدیقه جهانبازیان[۲]

تاریخ دریافت مقاله: ۵/ ۵ /۱۳۹۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۶/۱۵ /۱۳۹۴

چکیده

مقدمه و هدف : سلامت درک شده راهی است برای بررسی وضعیت سلامت افراد که نیمرخ نسبتاً کاملی در حیطه‌های بیولوژیکی، ذهنی، عملکردی و معنوی از سلامت فرد را مشخص می کند. هدف از این تحقیق بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن در شهر یاسوج است.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این تحقیق را افراد سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر یاسوج تشکیل داده است. برای گردآوری داده‌ها تعداد ۳۶۰ نفر از سالمندان در شهر یاسوج به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. روش پیمایش به عنوان روش مورد نظر این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار کامپیوتری SPSS در دو سطح آمار توصیفی و آزمون تی مستقل و رگرسیون انجام پذیرفت.

یافته‌ها: میانگین چهار بعد سلامت سالمندان مورد پژوهش ۱۳/۶۵ ± ۷۲/۳۵ بود و ۶۴/۲ درصد آنها وضعیت سلامت ادراک شده خود را در حد متوسط ارزیابی نمودند. میانگین نمرات سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۴/۸۶ ± ۱۴/۷۲ ، ۵/۶۱ ±۱۸/۹۴ ،۵/۰ ± ۲۰/۰۲ ، ۳/۹۶ ± ۱۸/۶۶ بود. متغیرهای جمعیتی مانند سن، تحصیلات، طبقه اقتصادی-اجتماعی، سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری داشتند. همچنین متغیرهای فرهنگی و اجتماعی مانند رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی، عزت نفس با خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری داشتند. آماره ضریب تعیین R^2 نیز نشان می‌دهد که ۲۷ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی(خودارزیابی سلامت) توسط چهار متغیر مستقل شامل عزت نفس، سابقه بیماری، رفتار سلامت و تحصیلات هستند تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: اینکه فرد نسبت به خود چه احساسی داشته باشد و برای خود چه میزان ارزش و اهمیت بداند، می‌تواند بر خودارزیابی سلامت تاثیر بگذارد این مطالعه نشان داد، وضعیت سلامت سالمندان شهر یاسوج در حد متوسط بوده و از عوامل فرهنگی- اجتماعی تاثیر می‌پذیرد.

کلید واژه ها: خودارزیابی سلامت؛ سالمندان؛ رفتارهای سلامت ؛ عزت نفس؛ حمایت اجتماعی

۱- دانشیار، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، داشگاه شیراز، شیراز، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** mmovahed@rose.shirazu.ac.ir
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد جمعیت شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

مقدمه

در دنیای کنونی سلامت تبدیل به یک موضوع مهم و محوری در مطالعات اجتماعی شده است. زیرا سلامت جایگاه اساسی در توسعه و رفاه اجتماعی جوامع دارد و در این راستا مطالعه سلامت اهمیت روز افزون یافته است. سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد[۱]. سلامتی یک مفهوم نسبی و معیارهای سلامتی در بین گروه‌های سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت است و این موضوع خود گواه آن است که باید در هر اجتماع و گروهی تعریف سلامتی از نظر شرایط مخصوص آن انجام شود، هر جامعه‌ای باید با توجه به مجموعه شرایط موجود تصمیم بگیرد و سپس در جست و جوی راه‌های دستیابی به سطح تعیین شده برای سلامتی باشد[۲]. سلامت در دو معنای محدود و گسترده تعریف شده است، در تعریف محدود و بر اساس مدل پزشکی، سلامت به معنای فقدان بیماری و ناتوانی می‌باشد. حال آنکه، در تعریف گسترده و بر اساس مدل کل نگر که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است، سلامت به معنای آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد. از این رو بر اساس این تعریف، سلامت فقط فقدان بیماری نیست بلکه آسایش و رفاه در تمام سطوح زندگی انسان‌ها می‌باشد[۳ و ۴]. مفهوم سلامت درک شده از سال ۱۹۵۰ در تحقیقات مختلف استفاده شده است و سپس مطالعات فراوانی مفید بودن آن را در نشان دادن وضعیت سلامت سالمندان و همچنین پیش بینی کردن وضعیت سلامت آنان در آینده تایید کرده اند[۵]. سلامت درک شده راهی است برای بررسی وضعیت سلامت افراد، که اطلاعات کامل در حیطه‌های بیولوژیکی، ذهنی، عملکردی و معنوی را مشخص می‌کند. سلامت درک شده یعنی اینکه فرد به طور ذهنی سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کند. سلامت درک شده توسط خود فرد، یکی از رایج‌ترین انواع تعیین وضعیت سلامت در سالمندان از دیدگاه ذهنی می‌باشد زیرا می‌تواند جنبه‌های مختلف سلامتی را بررسی کند. سالمندی نه یک بیماری، بلکه پدیده‌ای حیاتی است که همگان را تحت پوشش قرار می‌دهد و مسیر طبیعی تغییرات فیزیولوژیکی و روانی را به همراه کنش‌ها و واکنش‌های اجتماعی متفاوت به معرض نمایش می‌گذارد[۶]. ارزیابی سلامت کلی توسط فرد به ویژه به صورت دوره‌ایی دارای ارتباط قوی با سایر سنجش‌های موضوعی و عینی بهزیستی، پیامدهای سلامتی و مرگ است. به بیان دیگر سنجش‌های حاصل از ارزیابی سلامت افراد توسط خودشان، پیشگویی‌کننده‌ی پیامدها و مخاطرات سلامتی در طول زندگی آنها است[۷ و ۸]. میرزایی و قهفرخی در سال ۱۳۸۸ در پژوهش خود تحت عنوان بررسی عوامل موثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران این نتیجه را بیان می‌کنند که محدودیت عملکرد، محدودیت فعالیت، اختلال روانی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی تحصیلات و سن پیش بینی-کننده‌های قابل اعتمادی برای سلامت خود ادراک در سالمندان می‌باشند[۹].

در سال ۲۰۱۰ پژوهشی با عنوان خودارزیابی سلامت در میان سالمندان تایلند توسط Haseen و همکاران انجام شدکه نشان دادند سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد، وضعیت کارکردی، تعداد بیماری‌های مزمن عوامل تعیین کننده در وضعیت سلامت

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

می‌باشند[۱۰]. Damian و همکاران در سال ۱۹۹۹ در پژوهش خود با عنوان عوامل تعیین کننده‌ی خودارزیابی سلامت در میان سالمندان اسپانیایی ساکن در منزل، این نتایج را بیان می کنند که متغیرهای سن، بیماری های مزمن و وضعیت کارکردی در خودارزیابی سلامت سالمندان اسپانیایی نقش دارد[۱۱]. کشور ما در دهه‌ی ۵۰ جوانترین جمعیت را به خود اختصاص داده بود، گرچه هنوز هم در کشور ما تغییرات بارز و آشکاری از تغییر ترکیب سنی به چشم نمی‌خورد ولی با استفاده از شاخص‌ها و گزارش‌های آماری و جمعیت شناسی مشخص می‌شود که روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما هم آغاز شده است. در صورتی که روند جمعیت به همین سان پیش رود در حوالی ۱۴۱۰ در کشورمان انفجار سالمندی رخ خواهد داد[۱۲].

مطالعات مرگ و میر و سلامت سالمندان نشان می‌دهد که سهم بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی به طور قابل توجهی بیشتر از سنین دیگر است بنابراین با بالا رفتن امید به زندگی در سنین سالمندی دوره‌ی سپری شده همراه با ناتوانی و ناخوشی بیشتر می‌شود و به همین دلیل مشکلات، هزینه‌های اجتماعی- اقتصادی، سلامت سالمندان و نیازهای آنان به خدمات بیمارستانی، نسبت به دیگر گروه‌های سنی به مراتب بیشتر است. پس با توجه به ماهیت متفاوت بیماری‌های تهدیدکننده‌ی سلامت سالمندان، اهمیت بررسی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت سالمندان بیشتر آشکار می‌شود[۱۰]. سلامت سالمندان و الگوهای ارائه خدمات به این گروه یکی از مهمترین دغدغه‌های سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت جامعه می‌باشد که پرداختن به آنها نیازمند فهم ابعاد بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی فرآیند سالمندی است. افزایش نرخ رشد جمعیت سالمند بر ضرورت توجه به وضعیت سلامت این گروه از جامعه می‌افزاید. لذا توجه به سلامت در بین سالمندان ضروری است و شناسایی وضعیت سلامت سالمندان به برنامه‌ریزان برای پیش بینی نیازهای این قشر کمک شایانی می‌کند. فرضیه‌های اصلی این پژوهش شامل: بین سن و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین جنسیت و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین وضعیت اشتغال و خودارزیابی سلامت تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بین طبقه اقتصادی-اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی-داری وجود دارد. بین تحصیلات و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد.

مواد و روش ها

این مطالعه در سال ۱۳۹۴ بر روی افراد سالمند بالای ۶۵ سال مقیم شهر یاسوج انجام شد. برای نمونه‌گیری ابتدا شهر یاسوج به چهار منطقه تقسیم و سپس در درون این مناطق محله‌ها و سپس خیابان‌ها به صورت تصادفی انتخاب شد. و در هر خیابان تعداد پرسشنامه‌های مشخص پر شد. تعداد نمونه براساس فرمول کوکران ۳۶۰ نفر برآورد شد. در این پژوهش از روش پیمایشی جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خود گزارشی محقق ساخته بوده است که در دو بخش متغیرهای جمعیتی (زمینه‌ای) شامل سن، جنس، تحصیلات، طبقه‌ی اجتماعی- اقتصادی، سابقه بیماری و بخش بررسی متغیرهای فرهنگی-اجتماعی شامل رفتارهای سلامت،

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

عزت نفس، حمایت اجتماعی و ضریب همبستگی هر کدام از این متغیرها بر متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) در چهار بعد سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی بررسی شد. رفتارهای سلامت بر اساس تجربه‌ی افراد در طول زندگی در ارتباط با تغذیه سالم، خواب، ورزش در قالب پنج سوال سنجیده شده است. هر یک از پاسخ‌ها از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است، نمره ۱ بیانگر کمترین میزان انجام رفتار سلامت و نمره ۵ نشان دهنده بیشترین انجام رفتار سلامت می‌باشد. برای سنجش میزان عزت نفس از مقیاس عزت نفس روزنبرگ استفاده شد. عزت نفس از ۸ گویه با نمره‌گذاری ۱ تا ۵ تشکیل شده است که نمره یک نشان دهنده کمترین میزان عزت نفس و نمره ۵ نشان دهنده بیشترین میزان آن است. برای گویه‌های هم که جهت شان منفی است نمره‌گذاری معکوس انجام شد. در این تحقیق از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده‌ی وین فیلد و تیکرمن استفاده شده است. حمایت اجتماعی از ۸ سوال تشکیل شده است که هر کدام جنبه‌ای از حمایت اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این مقیاس پاسخ ها از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است که نمره ۱ به معنی خیلی کم و نمره ۵ به معنی خیلی زیاد می‌باشد. در این پژوهش از پرسشنامه سنجش سلامت در قالب ۲۲ گویه استفاده شده است. گویه‌های این مقیاس از ۱ تا ۵ کدگذاری شد. نمره ۱ کاملا مخالفم و نمره ۵ کاملا موافقم می‌باشد. برای تعیین اعتبار سوالات پرسشنامه از اعتبار صوری و برای تعیین پایایی آنها از تکنیک آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای اعتبار صوری، تعدادی پرسشنامه به افراد سالمند ارائه شد. برای اعتبار محتوا پرسشنامه و محورهای آن به تعدادی از صاحب‌نظران و اساتید مرتبط با حوزه‌ی سلامت سالمندان ارائه گردید. همچنین با انجام پیش آزمون برروی ۴۰ نفر، پایایی و انسجام درونی با ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. آلفای کرونباخ به ترتیب برای رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی و عزت نفس به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم افزار کامپیوتری SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی مستقل و رگرسیون) انجام پذیرفت.

یافته ها

همانگونه که در جدول ۱، مشاهده می‌شود مشخصات فردی- اجتماعی پاسخگویان در ارتباط با خودارزیابی سلامت آورده شده است. در این پژوهش از ۳۶۰ سالمند اطلاعات جمع آوری شد ۱۸۰ مرد سالمند و ۱۸۰ زن سالمند، افراد نمونه این پژوهش را تشکیل دادند. میانگین سنی سالمندان در این پژوهش ۷ ±۷۱ سال بوده است. بیشتر پاسخگویان ۷۱/۹ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۵ قرار داشتند و تنها ۱/۴ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۹۵+ قرار داشتند. از افراد نمونه مورد بررسی در مورد تعلق طبقاتی و اینکه خود را جزء کدام طبقه اجتماعی- اقتصادی می‌دانند سوال شد. کمترین درصد یعنی حدود ۳/۲ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه بالا اعلام کردند، بیشترین درصد یعنی ۷۸/۵ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه متوسط اعلام کردند، توزیع نمونه مورد بررسی بر اساس میزان تحصیلات نشان داد که بیشترین درصد ۶۷/۷ درصد از افراد بی سواد بوده است. از لحاظ وضعیت اشتغال خانه‌داری بیشترین درصد یعنی ۴۱/۱ درصد را داشت.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

جدول شماره ۱، مشخصات فردی - اجتماعی پاسخگویان و ارتباط آن با خودارزیابی سلامت

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
سن*			**هویت طبقاتی***		
۶۵-۷۴	۲۵۹	۷۱/۹	بالا	۱۱	۳/۲
۷۵-۸۴	۷۹	۲۱/۹	متوسط	۲۷۳	۷۸/۵
۸۵-۹۴	۱۷	۴/۷	پایین	۶۴	۱۸/۴
+۹۵	۵	۱/۴	**تحصیلات***		
جنس**			بی سواد	۲۴۴	۶۷/۸
زن	۱۸۰	۵۰/۰	دیپلم و زیر دیپلم	۸۰	۲۲/۲
مرد	۱۸۰	۵۰/۰	فوق دیپلم	۱۱	۳/۱
وضعیت اشتغال*			لیسانس	۲۰	۵/۶
شاغل	۴۱	۱۱/۴	فوق لیسانس و بالاتر	۵	۱/۴
خانه دار	۱۴۸	۴۱/۱	**سابقه بیماری***		
بیکار	۹۲	۲۵/۶	دارد	۱۲۵	۳۴/۷
بازنشسته	۷۶	۲۱/۹	ندارد	۲۳۵	۶۵/۳

p-value< 0/005* N.s** = (فاقد معناداری)

نتایج آزمون F نشان داد که بین وضعیت اشتغال و پایگاه اقتصادی- اجتماعی با خودارزیابی سلامت ارتباط آماری معناداری وجود داشته است (p<۰/۰۰۵).

جدول شماره ۲، نتایج آزمون وضعیت اشتغال و پایگاه اقتصادی-اجتماعی با خودارزیابی سلامت

متغیرهای مستقل	F	p-value
وضعیت اشتغال	۲/۷۵	۰/۰۴۲
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	۳/۵۲	۰/۰۰۸

نتایج آزمون همبستگی نشان داد بین تحصیلات، سن و سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری وجود دارد(p<۰/۰۰۵). نتایج این پژوهش نشان داد که با افزایش سن سلامت ادراک شده فرد کاهش می یابد. همچنین سن با چهار بعد سلامت (جسمانی، اضطراب، کارکرداجتماعی، افسردگی) رابطه معنی داری داشته است. سابقه بیماری از جمله متغیرهایی بود که در این پژوهش به بررسی رابطه آن با خود ارزیابی سلامت پرداختیم. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می دهد ارتباط معنی داری بین سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت وجود دارد (p ≤ ۰.۰۰۰) و ضریب همبستگی ۰/۲۰۸- رابطه معنی دار بوده است، با افزایش سابقه بیماری در فرد سلامت ادراک شده توسط فرد کاهش می یابد. تحصیلات با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۱۷۸ ، همبستگی ضعیفی با خودارزیابی سلامت داشته است. افزایش تحصیلات می تواند خودارزیابی سلامت را افزایش دهد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

جدول شماره ۳، ضرایب همبستگی متغیرهای تحصیلات، سن و سابقه بیماری با خود ارزیابی سلامت

متغیرهای مستقل		خودارزیابی سلامت	سلامت جسمانی	اضطراب	افسردگی	کارکرد اجتماعی
تحصیلات	ضریب همبستگی	۰/۱۷۸	۰/۲۲۶	۰/۱۳۱	۰/۱۰۶	۰/۰۳۴
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۱۴	۰/۰۴۴	۰/۵۱۹
سن	ضریب همبستگی	-۰/۱۵۳	-۰/۰۹۰	۰/۱۴۵	۰-/۱۰۷	-۰/۰۷۳
	سطح معنی داری	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۶	۰/۰۴۳	۰/۱۷۱
سابقه	ضریب همبستگی	-۰/۲۰۸	-۰/۲۲۳	-۰/۲۳۱	-۰/۱۰۸	-۰/۰۱۹
بیماری	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۴۰	۰/۰۰۷

جدول شماره ۴، ضریب همبستگی و معنی‌داری متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتار های سلامت را با متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) و تمامی ابعاد آن نشان می دهد. بین رفتار سلامت و تمامی ابعاد خودارزیابی سلامت، رابطه معنی داری وجود دارد. همانگونه که در جدول مشاهده ۴، می شود رابطه معنی دار مستقیم بین عزت نفس و خود ارزیابی سلامت وجود دارد. با افزایش عزت نفس، خودارزیابی سلامت فرد افزایش می یابد. عزت نفس با خودارزیابی سلامت همبستگی قوی دارد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت نشان می دهد که بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، خودارزیابی سلامت افزایش می یابد.

جدول شماره ۴، آزمون رابطه متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت با خود ارزیابی سلامت

متغیرهای مستقل		خودارزیابی سلامت	سلامت جسمانی	اضطراب	افسردگی	کارکرد اجتماعی
عزت نفس	ضریب همبستگی	۰/۴۰۳	۰/۲۷۰	۰/۲۶۸	۰/۳۱۵	۰/۴۷۲
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۱۵۲	۰/۱۰۵	۰/۰۵۳	۰/۲۵۵	۰/۲۵۷
	سطح معنی داری	۰/۰۰۵	۰/۰۴۹	۰/۰۳۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
رفتارهای سلامت	ضریب همبستگی	۰/۱۴۶	۰/۰۴۷	۰/۱۷۰	۰/۰۷۹	۰/۰۱۵۲
	سطح معنی داری	۰/۰۰۷	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۱۹

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

همچنین همانگونه که جدول ۵، نشان می دهد ابعاد و زیر مقیاس خودارزیابی سلامت از همبستگی درونی خوبی برخوردار هستند.

جدول۵، همبستگی درونی زیرمقیاس ها

ابعاد سلامت	سلامت جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی
سلامت جسمانی	–	–	–	–
اضطراب	۰/۴۳۱	–	–	–
کارکرد اجتماعی	۰/۲۸۳	۰/۲۳۴	–	–
افسردگی	۰/۳۱۹	۰/۳۱۲	۰/۳۱۵	–

مقیاس خودارزیابی سلامت به چهار زیر مقیاس، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تقسیم می‌شود. اطلاعات مربوط به هر زیر مقیاس در جدول شماره ۶ نشان داده شده است میانگین نمره کلی خودارزیابی سلامت ۱۳/۶۵ ± ۷۲/۳۵ بود. بیشترین نمره در بعد کارکرد اجتماعی ۵/۰ ± ۲۰/۰۲ می‌باشد و کمترین نمره در بعد ۴/۸۶ ± ۱۴/۷۲ می‌باشد.

جدول شماره۶، آماره های توصیفی برای نمره مقیاس خود ارزیابی سلامت

آماره های توصیفی	میانگین نمره زیر مقیاس ها				نمره کلی مقیاس خودارزیابی سلامت
	سلامت جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	
میانگین	۱۴/۷۲	۱۸/۹۴	۲۰/۰۲	۱۸/۶۶	۷۲/۳۵
میانه	۱۵/۰۰	۱۸/۰۰	۲۰/۰۰	۱۹/۰۰	۷۱/۰۰
انحراف معیار	۴/۸۶	۵/۶۱	۵/۰	۳/۹۶	۱۳/۶۵
تعداد گویه	۵	۶	۶	۵	۲۲

بعد از بدست آوردن نمره مقیاس سلامت عمومی، برای نشان دادن میزان سطوح آن در میان افراد مورد مطالعه، بر اساس ملاک زیر افراد را در سه سطح خودارزیابی سلامت پایین، متوسط و بالا طبقه‌بندی نمودیم:

نمرات پایین تر از رقم حاصل از (میانگین نمرات – انحراف معیار) = حد پایین (نمره کمتر از۵۸)

نمرات حاصل از (میانگین نمرات ± انحراف معیار) = حد متوسط (نمره۵۸ تا۷۲)

نمرات بالاتر از رقم حاصل از (میانگین نمرات + انحراف معیار) = حد بالا (نمره بالاتر از۷۲)

مشاهده می‌شود، ۱۵/۶ درصد از افراد نمونه سلامتی خود را در حد بالایی ارزیابی نموده‌اند. همچنین ۶۴/۲ درصد از پاسخگویان نیز سلامتی خود را در حد متوسط و ۱۶/۱ درصد نیز سلامتی خود را در حد پایینی ارزیابی نموده‌اند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

سوالی که وجود دارد این است که کدام یک از متغیّرهای موجود در مدل، تاثیر پایدارتری بر متغیّر وابسته دارند. برای این منظور نتایج مدل رگرسیون چندگانه در جدول شماره ۶ نمایش داده شده است. هم‌چنین قبل از آنالیز، پیش فرض‌های رگرسیون شامل توزیع نرمال (Kolmogorov-Smirnov Z =0.889 ، با سطح معناداری P-value = 0.408) و عدم وجود هم خطی (Multicolinearity) (Tolerances>0.5و VIF <1.7) مورد آزمون قرار گرفت. بر اساس آنالیز رگرسیون چند متغیره، متغیرهای عزت نفس، بیماری، رفتارهای سلامت، تحصیلات در مدل نهایی رگرسیون باقی مانده‌اند.

جدول شماره ۷، ضرایب رگرسیونی متغیرهای تاثیرگذار بر شاخص خودارزیابی سلامت

متغیرهای باقی مانده در مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده Beta	مقدار T	معنی داری
	B	Std.Error			
عزت نفس	۱/۰۴۰	۰/۱۳۴	۰/۴۱۰	۷/۷۷	۰/۰۰۰
سابقه بیماری	-۲/۴۸۰	۰/۵۸۲	-۰/۲۱۹	-۴/۲۶	۰/۰۰۰
رفتار سلامت	۰/۶۵۳	۰/۲۲۵	۰/۱۴۷	۲/۹۰	۰/۰۰۴
تحصیلات	۲/۳۳	۰/۸۲۳	۰/۱۴۶	۲/۸۳	۰/۰۰۲
Sig = ۰/۰۰۰		R^2 = ۰/۲۷۰		R = ۰/۵۰۸	

بر این اساس، مقدار تاثیر هر یک از ۴ متغیر معنادار در مدل نهایی نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود در میان متغیرهای مذکور تنها جهت رابطه متغیر سابقه بیماری بر خودارزیابی سلامت منفی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

بحث سلامت یکی از مهم ترین مباحث دوران سالمندی به شمار می‌رود. مهم بودن این بحث ما را بر می‌انگیزاند تا در جست و جوی عوامل تاثیرگذار بر سلامت سالمندان باشیم. سلامت هر چند بحث مهمی برای تمام سنین جامعه می‌باشد اما در سنین سالمندی اهمیت دو چندانی دارد زیرا در دوره سالمندی بیماری-های مزمن که می‌تواند علت مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌های جسمی باشد بیشتر می‌شود و از طرفی شایع شدن بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی هزینه‌های درمانی زیادی به همراه دارد. در این تحقیق خودارزیابی سلامت، اینکه فرد سالمند به طور ذهنی سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کند و عوامل تاثیر گذار بر خودارزیابی سلامت را مورد مطالعه قرار دادیم. در این تحقیق نشان دادیم که زیر مقیاس‌های خودارزیابی سلامت از همبستگی درونی مناسبی برخوردار است که این نشان می‌دهد هر یک از ابعاد سلامت تحت تاثیر ابعاد دیگر قرار دارند. بیشترین میانگین سلامت مربوط به کارکرد اجتماعی و کمترین میانگین سلامت مربوط به سلامت جسمانی است. در جدول شماره (۵) نتایج حاکی از آن است که اضطراب بیشترین تاثیر را بر سلامت جسمانی داشته است و این نشان دهنده‌ی ارتباط میان سلامت روان و سلامت جسمانی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

است. همچنین کارکرد اجتماعی کمترین همبستگی درونی را با دیگر ابعاد داشته است که احتمالا به دلیل آن است که ریشه کارکرد اجتماعی در بیرون از فرد یعنی در جامعه قرار دارد و تا حدی مستقل از ابعاد دیگر است. سلامت چه به صورت فردی و چه به صورت جمعی بی تردید مهم ترین جنبه زندگی است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند [۱۳]. مثبت یا منفی درک کردن سلامت توسط افراد سالمند، بر سلامت و حتی سبک زندگی سالم تاثیر می گذارد. ارزیابی های اجتماعی، شناخت آنان از دوران سالمندی را شکل می دهد و در پی آن مسلما بر عزت نفس آنان تاثیر می گذارد. عزت نفس پایین با نوعی خود کم بینی همراه است که جرات تغییر را از فرد می گیرد. نتایج این تحقیق نشان می دهد، عزت نفس یک متغیر اجتماعی قوی است که در جریان زندگی فرد در جامعه ساخته می شود و فقط جنبه روانشناختی ندارد. نتایج این تحقیق نشان داد که بین وضعیت شغلی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری وجود دارد، با نتایج تحقیق Haseen و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند وضعیت شغلی از جمله عوامل تعیین کننده در وضعیت سلامت می باشد [۱۰]. نتایج تحقیق نشان داد خودارزیابی سلامت با طبقه اقتصادی- اجتماعی رابطه معنی داری دارد، که با نتایج تحقیق میرزایی و شمس (۱۳۸۸) که نتایج این تحقیق نشان داد افراد طبقات اجتماعی پایین تر که دارای درآمد کمتر هستند سلامت خودادراک پایین تری داشته اند [۹]. در این تحقیق متغیر سن با سلامت ادراک شده ($p \leq ۰.۰۰۴$) رابطه معنی داری داشت، که با تحقیق افراسیابی فر و همکاران (۱۳۸۷) که بین سن و نمرات حیطه های فعالیت های روزمره زندگی و سلامت روحی- روانی تفاوت معنی داری وجود داشته همسو می باشد [۱۴].

سابقه بیماری، متغیر دیگر این تحقیق است که ارتباط معکوسی با خودارزیابی سلامت دارد. فرد با داشتن سابقه بیماری سلامت خود ادراک پایینی را برای خود ارزیابی می کند. نتایج این تحقیق حاکی از رابطه معنی دار منفی بین بیماری و خودارزیابی سلامت است، یعنی با افزایش بیماری در افراد سلامت ادراک شده آنها کاهش می یابد، که با نتایج تحقیق Wu Shunquan و همکاران (۲۰۱۳) که نشان داد شیوع تمام بیماری‌ها با خودارزیابی سلامت پایین همراه بود همسو می باشد [۱۵]. نتایج این تحقیق نشان داد که بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری وجود دارد، که با نتایج تحقیق بنازاده (۱۳۸۲) که تاثیر اعتماد بنفس در ارتقاء سلامت روان سالمندان را نشان داد همسو می‌باشد [۱۶]. نتایج این تحقیق نشان داد که بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد، که با نتایج تحقیق ملاریوس و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند رتبه‌بندی ضعیف در سلامت خودارزیابی شده داشتند همسو می باشد [۱۷].

نتایج این تحقیق نشان داد که بین رفتارهای سلامت و خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری وجود دارد، که با نتایج تحقیق فردریک ولینسکی (۲۰۰۸) که نشان دادند افرادی که رفتار سلامت مناسبی نداشتند و افرادی که دارای سابقه بیماری بوده‌اند به نسبت دیگران سلامت کمتری از خود گزارش نموده‌اند همسو می‌باشد [۱۸]. یافته های این پژوهش نشان داد که سلامت سالمندان شهر یاسوج در حد متوسطی می‌باشد. با وجود این نوسانات فردی قابل توجهی در میزان و سطوح آن مشاهده شد بر

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

اساس نتایج رگرسیونی، حدود ۲۷ درصد این نوسانات بر اساس چهار متغیر اجتماعی و جمعیتی قابل تبیین است. این متغیر ها به ترتیب اهمیت شامل: عزت نفس، سابقه بیمار، رفتار سلامت و تحصیلات می باشد. نتایج رگرسیون نشان داد افرادی که سابقه بیماری داشته اند، خودارزیابی سلامت پایین تری از خود داشته اند. جهت ارتباطی سایر متغیرهای مستقل نظیر رفتار سلامت و تحصیلات با متغیر وابسته مثبت بوده است. همچنین بیشترین تاثیرگذاری بر خودارزیابی سلامت مربوط به متغیر عزت نفس می باشد. بعد از آن رفتار سلامت و تحصیلات بیشترین تاثیر را بر متغیر وابسته داشته اند. به طور کلی می توان از یافته های این تحقیق نتیجه گیری کرد که سالمندان شهر یاسوج سلامت ادراک شده خود را در حد متوسطی می دانند. نتایج تحقیق نشان داد که عوامل اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی بر سلامت تاثیر خواهند گذاشت. سیاستگذاران می توانند با توجه به نتایج این تحقیق و دیگر مطالعات در این زمینه و با حمایت از عوامل اجتماعی که موجب بهبود وضعیت احساس سلامت می شود، از بروز مشکلات فراوان در جامعه جلوگیری نمایند. از طریق برنامه ریزی های اجتماعی می توان عوامل جمعیتی و فرهنگی که بر سلامت تاثیرگذار هستند را در جهت بهبود وضعیت سلامت کنترل نمود. بر اساس یافته های این پژوهش اگرسازمان ها و انجمن های مختلف تشکیل گردد و امکان شرکت کردن افراد سالمند را در برنامه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی فراهم کنند و همچنین از طریق این سازمان ها با بالا بردن عزت نفس و افزایش حمایت اجتماعی که به نوبه ی خود بر خودارزیابی سلامت و درک ذهنی فرد از سلامت تاثیر دارد، از افراد سالمند جامعه حمایت کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از جمله محدودیتهای این پژوهش، مشکلات میدان تحقیق و جمع آوری داده ها و عدم همکاری و بی حوصلگی برخی از پاسخگویان در پاسخ به سوالات پرسشنامه بود. با توجه به اینکه خودارزیابی سلامت عامل مهمی بر شیوه زندگی سالم است، از این رو پیشنهاد می‌شود که سیاستگذاران ، مانند کشورهای دیگر برنامه ای تحت عنوان پیمایش سلامت طراحی کنند و همه ساله وضعیت سلامت را در جامعه رصد کنند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز می باشد از کلیه سالمندان که با صبر و حوصله ما را در انجام این تحقیق یاری نموده اند تقدیر و تشکر به عمل می آید.

■ *References*

1-Naidoo J, wills J .Health Promotion Foundations for Practice. 2nd ed. Harcourt publishers: 2000.

2- Giger N, Davidhizar R. Transcaltaral Nursing Assessment and Intervention. 4nd en. Mosby: 2004.

3-Cleland J, Hill A. The Health Tradition: Methods and Measures.Canberra: Health Transition Center, published from the Australian National university. 1991; 3:438.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

4-Fertman CI, Allensworth D. Health Promotion Programs, from Theory to Practice. New York: Jossy-Bass: 2010.

5-Bjorner JB, Kristensen T S, Orth-Gomer K, Tibblin G. Sullivan, W P M. Self-Rated Health: A Useful Concept in Research, Prevention and Clinical Medicine. Swedish Council for Planning and Coordination of Research;1996.

6-Wallace J, Buchner D, Grothaus L, Leveille S, Tyll L, LaCroix A, Wagner E. Implications and Effectiveness of a Community-Based Health Promotion Program for Older Adults. Journal of Gerontology: Medical Sciences1998; 53: 301-306.

7-Mccullough M E, Laurenceau J P. Gender and the Natural History of Self-Rated Health: A 59-year Longitudinal Study. Healths Psychology 2004; 23: 651-655.

8-Manderbacka K, Kareholt I, Martikainen P, Lundberg O. The Effect of Point of Reference on the Association between Self-Rated Health and Mortality. Social Science of Medicine 2003; 56: 1447-1452.

9-Mirzaei M, Shams GHM. [Factors affecting the elderly self-perceived health status]. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2008; 3(8): 539-46. (Persian)

10-Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K . Self-assessed health among Thai elderly. BMC Geriatrics 2010; 10(30) :1-9

11-Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. J Epidemiol Community Health 1999; 53(7):412-6.

12-Nejati V. [The health status of elderly people in Qom]. The] Journal of] Qazvin University of Medical Sciences 2009; 13(1):29-33. (Persian)

13- Mohseni, M. [Medical sociology]. Teimoori Publications, Tehran: 2009. (Persian)

14-Afrasyabifar A , Sadat SDJ, Mobaraki A, Fararooei M , Mohammadhossini S, Salari M. [health status of the elderly People Yasouj]. Armaghane-danesh, Yasuj University Medical Sciences Journal 2008; 16 (6): 567-77. (Persian)

15-Wu Shunquan, Rui Wang, Yanfang Zhao, Xiuqiang Ma, Meijing Wu, Xiaoyan Yan, Jia H. The relationship between self-rated health and objective health status: a Population-based study. BMC Public Health 2013; 13:320.

16-Banazadeh N. [The effect of social relationships and self-confidence of on the mental health ot the elderly]. Journal of teb and tazkie, 2003; 51: 41-37. (Persian)

17-Molarius A, Kenneth Berglund, Charli Eriksson, Mats Lammbe, Eva Nordstrom, Hans G. Eriksson, Inna Fdldman. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and Self-rated Health among men and women in Sweden. European Journal of Public Health 2006; 17(2): 125-33.

18-Fredric D, Wolinsky. Self-Rated Health Change, Trajectories, and Their Antecedents Among African Americans. Journal of Aging and Health 2008; 20(2):143-58.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]