

Investigating Elderly Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City

seyfzadeh A¹

Abstract

Introduction and purpose: Scholars in the field of humanities and biology consider elderly as the last period of human life. The main purpose of this study was to investigate factors related to the elderly social health in Azarshahr city.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted among 312 elderly aged more than 65 years old residing in Azarshahr city. Participants were recruited using stratified random sampling method. We collected data using Keyes's Social well-being Questionnaire consisted of 23 questions (4-points Likert type) with answers ranging from "Always" to "Never". Furthermore, degree of social support was measured using Sarason's Social Support Questionnaire. Independent sample t-test and ANOVA were used to analysis data using SPSS software.

Findings: Findings from this study showed that 56.5% of respondents had acceptable level of social health while, 43.5% had low level of social health. There were significant relationships between elderly social health and age ($p < 0.05$), social support ($p < 0.01$) and socio-economic status ($p < 0.001$). However, there was no significant relationship between social health and gender ($p = 0.28$) as well as marital status ($p = 0.67$).

Conclusion: Our findings showed that social health did not differ across gender and marital status. Nevertheless, social health status deteriorates by advancement of age and decreased level of social support. Therefore, elderly who receive higher level of social support are healthier. Finally, the results of current study revealed that elderly with high socio-economic status have better social health.

Keywords: Social health, Elderly, Socio-Economic and Demographic Characteristics

Received: 2015/07/4

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 - PhD student Of Sociology, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran
(Corresponding Author):E-mail: seyfzadehali@yahoo.com

بررسی سلامت اجتماعی سالمندان و عوامل مرتبط با آن

(مطالعه موردی شهر آذرشهر)

علی سیف زاده^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/ ۴/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/ ۶/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: پیری یا سالمندی به عنوان آخرین دوره زندگی انسان همواره مورد توجه متفکران علوم انسانی و زیست شناسی بوده است. هدف اصلی این پژوهش، بررسی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان شهر آذرشهر می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی توصیفی است که با مشارکت ۳۱۲ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بیشتر شهر آذر شهر که با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند، انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز می باشد. این پرسشنامه استاندارد دارای ۲۳ سوال با طیف ۴ درجه ای لیکرت جهت سنجش سلامت اجتماعی می باشد. طیف مورد استفاده از «همیشه» تا «هرگز» تنظیم شده است. همچنین برای ارزیابی میزان برخورداری سالمندان از حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون استفاده شده است. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح توصیفی و تحلیلی با آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد.

یافته ها: ۵۶/۵ درصد پاسخگویان از سلامت اجتماعی برخوردار و ۴۳/۵ درصد نیز دارای سلامت اجتماعی در حد کمی بودند. بین سن ($p=0.022$)، حمایت اجتماعی ($p=0.002$)، پایگاه اقتصادی، اجتماعی ($p<0.001$) و سلامت اجتماعی افراد مورد پژوهش رابطه معنی داری وجود داشت در حالی که جنسیت ($p=0.28$) و وضع تاهل افراد ($p=0.67$) رابطه معنی داری با سلامت اجتماعی آنها نشان نداد.

نتیجه گیری: سلامت اجتماعی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردار بودند، بیش از سایر سالمندان است و سالمندان دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردار بودند.

کلید واژه ها: سلامت اجتماعی، سالمندی، مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی

۱ - دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، اصفهان، ایران.
(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: seyfzadehali@yahoo.com

مقدمه

سالخوردگی دورانی است که دارای برخی ویژگی های جسمی ، اجتماعی و روانی است . یکی از این ویژگیها کاهش نسبی قوای جسمانی است (سلامت جسمانی). دومین ویژگی دوران سالمندی بازنشستگی و از دست دادن موقعیتهای شغلی است ، کاهش مسئولیتهایی که مرتبط با شغل و ارتباطات اجتماعی فرد بوده است نیز از جمله این ویژگی هاست (سلامت اجتماعی). ویژگی دیگری که در این مرحله از زندگی مطرح است تنهایی یا احساس تنهایی است، فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد مرگ یکی از دوستان یا بستگان و آشنایان ، همسن و سالان خویش است لذا هر روز بیش از پیش احساس تنهایی بیشتری به او دست می دهد (سلامت روانی) (۱). بسیاری از افراد سالخورده به ویژه افرادی که با داشتن پستهای بالا باز نشسته می شوند و توان و امکان کار از دست آنها می رود ، احساس می کنند اقتدار خود را از دست داده اند و گونه ای افسردگی روانی و انزوا در عالم تنهایی به ویژه برای افرادی که از کار و فعالیت خود بازنشسته شده اند بوجود می آید . به طور کلی افراد سالخورده به دشواری می توانند خود را با شرایط دوران از کار افتادگی تطبیق دهند ، از این رو غالباً احساس تنهایی و بی هدفی می کنند. (۲)

از آنجایی که سالخوردگی فرایندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد و آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاستهای توسعه اقتصادی - اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در کلیه سطوح کشوری ، محلی ، خانوادگی و فردی توأم گردد، شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه ای بوده و همه جنبه های حیاتی

را که تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان می باشد از جمله مشارکت آنان در امر توسعه را شامل گردد. جنبه های حیاتی این فراگرد عبارتند از : سلامت اجتماعی ، جسمانی و روانی سالمندان . (۳) تعریفی از سلامت که بیش از همه پذیرفته تر است ، تعریف سازمان جهانی بهداشت (در سال ۱۹۴۸) از سلامت می باشد؛ سلامت عبارت از رفاه کامل جسمی ، روانی و اجتماعی است و نه تنها بیمار یا معلول نبودن (۴).

در سالهای اخیر با گنجانده شدن " توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدفی منظور شده است که می توان آنرا از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع بیان کرد، منبعی که به مردمان امکان می دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند. بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت عمومی جامعه و خانواده می باشد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می شمیریم که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کند در قالب هنجارهای اجتماعی موجود ارتباط بر قرار نماید. سلامت اجتماعی در خانواده باعث می شود که افراد در جامعه دارای انگیزه و روحیه شاد باشند و در نهایت جامعه شاداب و پویا، در حال توسعه و پایدار باشد. خانواده ای که تأکید بر تقویت کارایی و عملکردی را به عنوان یکی از اهداف اساسی زندگی اجتماعی خود دنبال کند، باعث می شود اعضای خانواده

جهت حل چالش ها و آسیب ها عملکرد بهتری را برای حل معضلات و مشکلات داشته باشند. (۵)

بعد اجتماعی سلامت از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده و محیط شغلی و ... و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخص های بهداشتی قابل محاسبه می توان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد. (۶)

مفهوم دیگر سلامت توسط جامعه تعریف می شود. اجتماع استانداردهایی را برای فعالیتهای مطلوب با توجه به نقش ها و وظایف اجتماعی ارائه داده است. سلامت اجتماعی نتیجه ی واکنش فرد با انسانها و اشیاء در محیط است که معمولاً مطابق با محتوای فرایند رشد طبیعی او صورت می گیرد. بیماری به معنی عدم توانایی انجام فعالیتهای در سطحی است که جامعه متوقع است و در نتیجه نابسامانی در برقرار کردن ارتباط با دیگران یا عدم توانایی جسمی است. بنابراین نخستین نشانه تغییر در وضع سلامت ، تغییر توانایی انجام نقش و وظایف فرد مبتنی بر استنباط دیگران از این تغییر است. با استناد به این مفهوم چگونگی انجام وظایف ، نحوه برقراری ارتباط با دیگران، نقشهایی که هر فرد باید در جامعه بازی کند و فعالیت در سطح مناسب رشد و نمو از شاخص های سلامت هستند. (۷)

سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقشهای اجتماعی اطلاق می شود . بعد اجتماعی سلامت در بر گیرنده سطوح مهارتهای اجتماعی ، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است . به طور کلی از این دیدگاه هر کس عضوی از افراد

خانواده و عضو یک جامعه بزرگتر به حساب می آید و به شرایط اقتصادی ، اجتماعی و رفاه شخص در رابطه با شبکه ای اجتماعی توجه می شود. به عبارت دیگر سلامت اجتماعی وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه پذیری ، لذت بردن از بودن در میان دوستان ، پشتیبانی شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان را در بر می گیرد. (۸) هدف اصلی این پژوهش بررسی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان در شهر آذرشهر می باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی توصیفی است و با مشارکت ۳۱۲ نفر از سالمندان ۶۵ سال آذرشهر که با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) انتخاب شدند، انجام گردید. برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است. این پرسشنامه استاندارد دارای ۲۳ سوال با طیف ۴ درجه ای لیکرت جهت سنجش سلامت اجتماعی می باشد. طیف مورد استفاده از «همیشه» تا «هرگز» تنظیم شده است. برای محاسبه شاخص سلامت اجتماعی افراد ، ابتدا از طریق نمره دادن متغیرها به صورت متغیر فاصله ای در آورده شده است. به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت اجتماعی از ۱ تا ۴ نمره داده شده است و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۴ تا ۱ نمره داده شده است و در مجموع نمره های داده شده با هم جمع شده و شاخص سلامت اجتماعی محاسبه شده است. در این پژوهش به هدف ارزیابی میزان حمایت اجتماعی که گروه نمونه از آن برخوردار بودند از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ قسمت و هر قسمت شامل ۲ سؤال می باشد. سؤال اول در هر قسمت مربوط به شرایط ویژه

ای است که شرکت کننده باید نام افرادی را که احساس می کند در آن شرایط خاص می تواند به وی کمک کند را بنویسد. سؤال دوم در رابطه با میزان رضایت مندی فرد از درک حمایت اجتماعی در آن شرایط خاص است که در یک مقیاس شش قسمتی از خیلی ناراضی تا خیلی راضی امکان پاسخ دهی وجود دارد. پرسشنامه حمایت اجتماعی اندازه شبکه اجتماعی یک فرد و میزان رضایت مندی از این حمایت اجتماعی را توسط دو نمره می سنجد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۹ توسط ناصح و همکارانش به فارسی برگردانده شده است. روایی سازه و ساختار عاملی پرسشنامه حکایت از روایی بالایی آن دارد و میزان اعتبار آزمون را ۹۶ درصد محاسبه شده است (۹).

در این پژوهش برای سنجش اعتبار پرسشنامه از دو نوع اعتبار محتوا و سازه و برای محاسبه پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. بدین ترتیب که پرسشنامه اولیه پس از تدوین بین ۳۰ نفر از سالمندان شهر آذرشهر، تکمیل و مورد پیش آزمون (pre-test) قرار گرفته و اشکالات و نواقص برطرف و در نهایت پرسشنامه نهایی تدوین شده است. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای توصیف یافته های تحقیق از جداول یک بعدی استفاده شده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری تی مستقل، و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته ها

جدول (۱) توزیع پاسخگویان به تفکیک شاخص سلامت اجتماعی

گزینه	درصد خالص
دارد	۵۶.۵
ندارد	۴۳.۵
جمع	۱۰۰

مطابق جدول ۵۶.۵ درصد پاسخگویان از سلامت اجتماعی بودند که نشان می دهد وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان در برخوردار و ۴۳.۵ درصد نیز دارای سلامت اجتماعی در حد کمی این شهر در حد متوسط می باشد.

جدول (۲) بررسی رابطه بین جنسیت، وضع تاهل و سلامت اجتماعی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	۳۲.۳۳	۳.۴۲	۱.۰۷۹	۰/۲۸۱
	زن	۳۱.۸۸	۳.۸۹		
وضع تاهل	دارای همسر	۳۲.۱۶	۳.۴۳	۰/۴۲۶	۰/۶۷۱
	بی همسر	۳۱.۹۲	۴.۶۰		

میانگین سلامت اجتماعی سالمندان متأهل و سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند، اختلاف معنی داری وجود نداشت. ($p=0.671$). به این معنی که سلامت اجتماعی افراد دارای همسر و سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند، تقریباً به یک میزان است.

در خصوص ارتباط بین جنسیت با سلامت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین سلامت اجتماعی مردان و زنان اختلاف معنی داری وجود نداشت. ($p=0.281$). به این معنی که مردان و زنان سالمند از سلامت اجتماعی مشابهی برخوردار بودند.

همچنین در مورد ارتباط بین وضع تاهل با سلامت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین

جدول (۳): بررسی رابطه بین سن، میزان برخورداری از حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	معنی داری
سن	۶۵ تا ۶۹ ساله	۳۲.۵۵	۳.۷۵	۳.۸۵۳	۰/۰۲۲
	۷۰ تا ۷۹ ساله	۳۱.۹۷	۲.۹۳		
	۸۰ سال و بیشتر	۳۰.۸۷	۴.۶۴		
	کم	۳۰.۴۱	۴.۱۰		
برخورداری از حمایت اجتماعی	متوسط	۳۱.۳۸	۳.۷۶	۶.۶۴۲	۰/۰۰۲
	زیاد	۳۳.۰۴	۳.۶۶		
پایگاه اقتصادی، اجتماعی	پایین	۳۰.۲۸	۳.۱۸	۲۱.۳۲۵	۰/۰۰۱
	متوسط	۳۲.۱۴	۳.۱۶		
	بالا	۳۳.۵۴	۳.۹۰		

باشد. درباره ارتباط بین سن با سلامت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین سلامت اجتماعی سالمندان با سطوح مختلف برخورداری از حمایت اجتماعی، اختلاف معنی داری وجود داشت. ($p=0.002$). به این معنی که با افزایش حمایت اجتماعی شاهد افزایش سلامت اجتماعی سالمندان می باشیم و سلامت اجتماعی

در خصوص ارتباط بین سن با سلامت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین سلامت اجتماعی سالمندان با سنین مختلف اختلاف معنی داری وجود داشت. ($p=0.022$). به این معنی که با افزایش سن شاهد کاهش میزان سلامت اجتماعی سالمندان می باشیم و سلامت اجتماعی سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سایر افراد می

سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند، بیش از سایر افراد می باشد. در خصوص ارتباط بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی با سلامت اجتماعی سالمندان مورد پژوهش، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین سلامت اجتماعی سالمندان با پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$). به این معنی که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا بیش از سایر سالمندان از سلامت اجتماعی برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

جمع بندی یافته ها نشان می دهد که سالمندان مورد پژوهش از وضعیت سلامت اجتماعی در حد متوسط برخوردارند. بیشتر سالمندان از جهت شناختی، عاطفی و رفتاری، به طور نسبی از سلامت اجتماعی برخوردارند. این هرگز به معنای کم اهمیت شمردن بهداشت و سلامت اجتماعی در این دوره نیست بلکه حاکی از این حقیقت است که ثبات سلامت اجتماعی سالمندان، تحت الشعاع نیاز به کمک خانواده و متخصصان جامعه است تا نشانگان سالمندی را هر چه زودتر تشخیص و نسبت به درمان آن اقدام ورزند. (۱۰)

براساس رویکرد بیماری محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی هنجاری (آنومی) در فرد دانسته اند، در واقع در تعاملات خانوادگی که هیچ گونه ارزش و برابری را برای افراد قائل نیستند، و حتی خانواده ای که هیچگونه حمایت اجتماعی، اعتماد و حق مشارکت را برای فرزندان و سایر اعضای خود قائل نیست، و در واقع اعضای خانواده نمی

توانند نقش اجتماعی خود را به نحو احسن اجرا کنند، و انتظارات سایر اعضای خانواده را با توجه به موقعیتی که در سیستم خانوادگی دارند، ایفاء کنند، چنین خانواده ای دچار استحاله منفی ارزش ها و هنجارها قرار گرفته و بی هنجاری و نظم جمعی تبدیل به رویکرد فردگرایی و منفعت طلبی فردی در خانواده می شود؛ در نتیجه آنومی و آسیب اجتماعی و یا بروز انواع انحراف ها و جرایم فردی و خانوادگی رشد می یابد؛ در نتیجه این امر شاخص های سرمایه اجتماعی (اعتماد- مشارکت- صداقت) و معیارهای سلامت اجتماعی چون (حمایت، انسجام، سازگاری، پذیرش، پیوستگی و...) از بُعد اجتماعی از بین می رود و در نتیجه اضمحلال خانواده شکل می گیرد. (۱۱)

Nathanson در کتاب بیماری و نقش زنان (۱۲) ادعا می کند که برای بررسی علل بالا بودن نسبت بیماری زنان، داده های کمی در دست است. در طول تاریخ از سه مدل برای مهم دانستن عامل جنسیت در ابتلا به بیماری، استفاده شده است: الف) زنان بیماری بیشتری را نسبت به مردان گزارش می دهند، زیرا از نظر فرهنگی، بیماری برای زنان مقبول تر است و اخلاق سلامت مربوط به جنس مرد است. ب) نقش بیماری نسبتاً با مسئولیتهای ناشی از نقش زنان متناسب تر است و با مسئولیتهای مردان جور در نمی آید. ج) نقش هایی که اجتماع به زنان می دهد بیشتر از نقشهایی مردان استرس دارد و در نتیجه آنها بیشتر بیمار می شوند. پس عمده‌تاً گزارش بیماری در زنان بیشتر از مردان می باشد به عبارت دیگر به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع، شدت و فراوانی در دو جنس متفاوت است. اگر چه طول عمر زنان در مقایسه با مردان در بدو تولد و در سن ۶۵ سالگی به بعد معمولاً بالاتر است. تجزیه و تحلیل ها بر پایه اطلاعات حاصل از

بررسی های اداره ناحیه ای سازمان بهداشت جهانی درباره سالمندان در آسیا نشان می دهد که مدت زمان زندگی که در سلامت صرف می شود برای زنان نسبت به مردان پایین تر است. (۱۳) یافته های این پژوهش نشان می دهد که مردان و زنان از سلامت اجتماعی مشابهی برخوردارند.

برای بررسی وضع تاهل و تاثیرش روی سلامت باید سنین ۵۰ سال و بالاتر را در نظر بگیریم که تاثیرش روی بهداشت و سلامتی بیشتر است. مطالعات انجام گرفته (۱۴) مؤید آن است که کمترین میزان مرگ و میر برای افرادی است که دارای همسر هستند. میزان مرگ و میر برای بدون همسرها بیشتر از افراد با همسر می باشد و در میان بدون همسرها بیشتر از افراد با همسر می باشد و در میان بدون همسرها نیز میزان مرگ و میر بدون همسر بر اثر طلاق بیشتر از بدون همسر بر اثر فوت می باشد. بیشترین میزان مرگ و میر به خصوص برای مردان بدون همسر بر اثر طلاق است. مردان از زنان در مورد خارج شدن از وضع تاهل آسیب پذیر ترند به دلایل زیر: ۱- علت عدم ازدواج مردان، وجود بیماری و معلولیت است. ۲- تاهل در زندگی سالم از نظر همبستگی های اجتماعی و نظمی که به زندگی می دهد سازنده است. ۳- مراقبت متقابلی که در درون خانواده صورت می گیرد مهم است. لذا می توان گفت که وضع تاهل روی سلامت و مرگ و میر به خصوص در سنین سالخوردگی تاثیر می گذارد. (۱۵)

شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در عدم سازگاری سالخوردگان موثرتر از تمام عوامل دیگر باشد. مطالعات نشان داده اند که حتی اگر فردی همسرش را دوست نداشته باشد، مرگ همسر برای وی در حکم ضربه روانی است، زیرا بلافاصله فرد همسر از دست داده، نقش

همسر بودن خود را از دست می دهد. او دیگر محرم راز، همدم و هم صحبت خود را در کنار خویش نمی بیند و تنها می شود. به نظر برخی از روان شناسان سالخوردگانی که همسر خود را از دست داده اند، بیشتر گرفتار اختلالات روانی و جسمانی می شوند. (۱۶) یافته های پژوهش نشان می دهد که سلامت اجتماعی سالمندان دارای همسر و سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند، مشابه هم می باشد که یکی از دلایل آن می تواند متاهل بودن اکثر سالمندان مورد بررسی باشد و همچنین کوچک بودن شهر آذرشهر باعث شده که افراد سالمند از نظر سلامت اجتماعی با مشکل کمتری مواجه شوند و تفاوتی از این لحاظ بین سالمندان دارای همسر و بدون همسر وجود ندارد.

در زمینه رابطه سن و سلامت در کهنسالی مطرح شد که، شواهدی وجود دارد که حاکی از این است که ناخوشی به طور اعم رابطه ای نزدیک با سن دارد و بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن مرتبط است. نوع بیماریها، شدت بیماریها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است. مطالعات انجام شده در مورد شیوع بیماری های مزمن که در آنها فعالیتهای زندگی روزمره به عنوان میزان استفاده شده است، چنین بر می آید که اکثر بیماریهای مزمن در میان پیران متمرکز است و از داده های مربوط به بارموردی معلوم شده است که پیران بیشتر نزد پزشک می روند. (۱۷)

رسم بر این است که فرض کنند که رابطه میان سن تقویمی و بیماری محصول افت بیولوژیکی است که با فرایند پیر شدن همراه است. اما می توان استدلال کرد که سالخورده شدن فرایندی فرهنگی - اجتماعی نیز هست و برخی از مسائل اشخاص سالخورده به فرایند پیر شدن مربوط می شود نه به فرایند زیست

شناسانه آن. معلوم شده است که بسیاری از بیماریهای سالمندان دارای علل محیطی - اجتماعی اند. محاسبه شده است که تا ۸۰ درصد تمامی سرطانها محصول محیط اند. سیگار کشیدن، رژیم غذایی، ورزش و غیره. همه در بیماری ایسمیک قلبی دخالت داشته و این بیماری همبستگی شدیدی با سن دارد. تمام این عوامل بازگوکننده آن است که افت و اضمحلال بیولوژیک بدن آن اندازه که گمان می رفت ثابت نیست و به نظر می رسد که عوامل اجتماعی به همان اندازه عوامل زیست شناختی در بیماریهای مربوط به کهولت نقش دارند. چندین سال پیش نظریه ای وجود داشت که کهنسالان به تدریج از زندگی اجتماعی کنده می شوند. این امر تا اندازه ای ناشی از دگرگونیهای زیست شناختی ای پنداشته می شد که مانع از شرکت فعال آنها در فعالیتهای عادی می شود، و تا اندازه ای ناشی از تمایل آنها به دوری گزیدن از قیل و قال زندگی روزمره. اکنون این نظریه تا حدودی اشتباه می نماید، چرا که مثلاً بر اساس نظریه بر چسب زنی نحوه برخورد با سالخوردگان به گونه ای که گویی کنده شده اند، احتمالاً همان پدیده ای را بوجود می آورد که خود پیش بینی کننده آن است.) (۱۸)

بررسی رابطه بین سن سالمندان و سلامت آنها نشان می دهد که با افزایش سن شاهد کاهش میزان سلامت اجتماعی سالمندان می باشیم و سلامت اجتماعی سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سایر افراد می باشد.

در مورد چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت دو نظریه ارائه شده است، فرضیه سپر و تاثیر مستقیم. بر اساس فرضیه سپر، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد، بر سلامت او موثر است. این نقش محافظتی تنها

زمانی که فرد به استرس شدید دچار باشد کارایی دارد. کسانی که حمایت اجتماعی بسیاری از آنان به عمل می آید، ممکن است فکر کنند یکی از کسانی که می شناسند مثلاً بوسیله پول قرض دادن یا راهنمایی های مالی، به ایشان کمک خواهد کرد. در نتیجه آنان چون احساس می کنند که از عهده این بحران بر خواهند آمد، موقعیت را خیلی استرس زا ارزیابی نمی کنند. راه دوم، شامل تعدیل واکنش در برابر موقعیتی است که استرس زا ارزیابی شده است. برای مثال، کسی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است، ممکن است دوستی داشته باشد که راه حل مناسبی را برای مشکل او ارائه دهد، او را متقاعد کند که مشکل خیلی هم مهم نیست، یا با گفتن حرف هایی چون «جنبه مثبت قضیه را در نظر بگیر» یا «به بخشش دیگران امیدوار باش» موجب دلخوشی شخص گردد. کسانی که از حمایت اجتماعی کمی برخوردارند، از این مزایا بهره مند نیستند. به همین دلیل تاثیرات منفی استرس بر آنان بسیار بیشتر است. فرضیه تاثیر مستقیم، حاکی از این است که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت مفید است. تاثیرات مستقیم از چندین راه ممکن است عمل کند. برای مثال افرادی که از حمایتهای اجتماعی بسیاری برخوردارند احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می آورد، صرف نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد مثلاً به وسیله مقاوم ساختن او در برابر عفونت مفید باشد. بعضی شواهد، همچنین نشان دهنده آن است که میزان بالای حمایت اجتماعی، موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه های زندگی سالمتر می شود. برای مثال افراد برخوردار از حمایت اجتماعی زیاد ممکن است احساس کنند چون

دیگران به آنها اهمیت می دهند و به ایشان نیاز دارند ، باید ورزش کنند، خوب بخورند و مراقب خود باشند. (۱۹)

نتایج بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت در این پژوهش نشان می دهد که سالمندان برخوردار از حمایت اجتماعی بیشتر از سلامت اجتماعی بیشتری نیز بهره مند هستند.

بر اساس بررسی های Brown, Harris (۱۹۷۸) (۲۰) پایگاه اقتصادی- اجتماعی تاثیرات مثبت و منفی خود را از طریق عوامل حمایتی (روابط و امکانات مناسب خانوادگی) ، عوامل آسیب آفرین (دشواریهای خانوادگی)، عوامل تحریک آفرین (کمبودها و دشواریهای بلند مدت) بر پدیده سلامتی منتقل می سازد. واقعیت این است که تا چندی پیش عدم تساوی اجتماعی دخالت چندانی در میزان مرگ و میر طبقات فقیر نمی کرد. پزشکی به شکل غیر مؤثر خود باعث می شد که حتی فقرانی که به آن امکانات دسترسی نداشتند، از این بابت چیزی از دست ندهند. (۲۱)

درآمد با تامین نیازهای بهداشتی و از آن طریق سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد ولی می توان گفت که سالم ترین افراد لزوماً افراد با درآمد بالا نیستند، یعنی برخی ها هستند که درآمد خوبی هم دارند ولی هنوز طریقه درست تغذیه کردن و رعایت مسائل بهداشتی و سلامتی را نمی دانند. پس آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می شود رابطه مستقیم با سلامت دارد ولی جنبه دیگر درآمد که برای سایر مصارف خرج می شود نمی تواند لزوماً رابطه مستقیمی با سلامت افراد داشته باشد. که در اینجا نقش سواد، تحصیلات و مسائل فرهنگی مطرح می شود ولی در کل نمی توان منکر رابطه مستقیم درآمد و تامین نیازهای مهم بهداشتی و از آن طریق تامین سلامت شد.

خودداری و مقاومت افراد طبقات پایین در ارتباط با مسائل مراقبت های پزشکی را تنها نمی توان از طریق شرایط اقتصادی در رابطه قرار داد. به طور متوسط با افزایش سطح تحصیلات، درآمد نیز افزایش پیدا می کند پس یک مقدار از تاثیر تحصیلات از طریق درآمد می باشد، ولی از طریق تحصیلات فرهنگ بهداشتی ارتقاء پیدا می کند و اینکه افراد رفتارشان بیشتر موافق سلامت و بهداشت می شود و در سطوح بالاتر تحصیلات دغدغه نسبت به سلامتی بیشتر است. فراگیر شدن و ارتقای سطح سواد و تحصیلات نیز از جنبه هایی است که از طریق الگوهای فرهنگی و رفتاری مناسب می تواند بر سطح بهداشت و مرگ و میر تاثیر داشته باشد.

کالدول (۱۹۸۶) مشاهده کرده است که کاهش مرگ و میر بدون توسعه اقتصادی مناسب تنها زمانی می تواند رخ دهد که سطوح بالایی از تحصیلات یا نظام های سیاسی که بر، برابری اجتماعی تأکید دارند وجود داشته باشند. وی از چین، کاستاریکا ، کوبا و سریلانکا برای مثال نام می برد . (۲۲)

در این پژوهش نیز یافته ها نشان می دهد که بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت اجتماعی در کهنسالی رابطه معنی داری وجود دارد، طوری که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی ، اجتماعی در حد بالا بیش از سایر سالمندان از سلامت اجتماعی برخوردارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده با عنوان « مشخصه های اقتصادی، اجتماعی ، جمعیتی و سلامت در کهنسالی» به راهنمایی استاد دانشمند جناب آقای دکتر حسن

سرایی و مشاورت سر کار خانم دکتر شیرین احمدنیا و آقای دکتر
به خاطر راهنمایی ها و کمک های بی دریغ شان کمال قدردانی و
کوروش مهرتاش می باشد. بر خود لازم می دانم از هر سه بزرگوار
تشکر را داشته باشم.

■ References

1. Sam-aram A. [From the Ghareb nomadic house to private nursing homes of Tehran]. Social Sciences Quarterly. 1993; 1(3 & 4): 153-165 (Persian)
2. Taghavi N. [The elderly in the community]. Journal of population. 1995(11&12); 44 (Persian)
3. Seyfzadeh A.[characteristics of the economic, social & demographic and mental health in old age (the city of Azarshahr)]. Journal of Population. 2008 (63 & 64)127: 162(Persian)
4. Mohseni M. [medical sociology]. Tehran. 2003: 45 (Persian)
5. Fadaei M. [Urbanization, media and social health]. research and assessment. 2007; (149): 8 (Persian)
6. Seyed nozadi M.[Public health]. Press Health Book. 2005: 52 (Persian)
7. Kajrovik D. [Women in health and disease. Translation: Ahmad Soltani]. Tehran: the Atiyeh of publishing; 1998: 24 (Persian)
8. Sajjadi H & Sadralsadat, C. [Social health indicators]. Political - economy; 2004; 19(3&4): 244 (Persian)
9. Sahraian K, Jafarzadeh F, Poursamar S. [The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women, according to factor infertility]. 2015; 12 (12) :1104-1109(Persian)
10. Navabinejad SH. [Psychiatric nursing and mental health promotion methods. Proceedings of the elderly]. Publication of nikokar women. Volume III; 2000: 6 (Persian)
11. Sharbatyan M. [Reflection on the semantic link components of social capital and the utilization of social health among students of Payamoor Mashhad]. Journal of Youth Studies Sociology. 2012 ; 149-174. (Persian)
12. Mirzaei M. [Booklet classroom mortality and its changes]. Faculty of Social Sciences of Allameh Tabatabai University. 2005. (Persian)

13. Martin L and Kinsella , K. Research on the demography of aging in developing countries .Demography of aging. National academy press Washington, D.C; 1994: 362
14. Preston S and Taubman P. Socioeconomic differences in adult mortality and health status .Demography of aging. National academy press Washington, D.C; 1994
15. Kianpour F and hagighi J. [Adaptation with aging issues. Proceedings of the elderly. Publication of nikokar women]. Volume III ;2000: 72 (Persian)
16. Mirzaee M. [Population and development, with an emphasis on Iran]. Tehran: Center for Population Studies and Research in Asia and the Pacific. 2005; 50 (Persian)
17. Peiman H, Delpishe A. [Prevalence of chronic diseases in the elderly in Ilam]. Iranian Journal of Ageing. 2012; 6 (4) :7-13 (Persian)
18. Armstrong D. medical sociology. Translation: M. tavakol. Tehran: Institute of Scientific Publications; 1993: 91-92 (Persian)
19. Sarafynd A. Health Psychology. Translation of a group of translators (under the goddess mirzaee). Tehran; 2002: 185-186 (Persian)
20. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock; 1978
21. Porsa, Roland .Demographic analysis. Khosro Asadi translator. Tehran: samt Publications; 1995: 35 (Persian)
22. Lucas D and mortality P. Introduction to population studies. Translation H, Mahmoodian. Tehran: Tehran University; 2002: 80 (Persian)