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 S[2], Panahi S[3]

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان مرد شهرهای شیراز و یاسوج

مجید موحد مجد[1*]، صدیقه جهانبازیان[2]، صادق پناهی نسب[3]

تاریخ دریافت مقاله: ۶/۲۳ / ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۰/۲۰/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: خودارزیابی سلامت ابزار اندازگیری 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 می رسد. هدف از این بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمند مرد ساکن در شهرهای شیراز و یاسوج بود.

مواد وروش ها: 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 نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند و با پرسشنامه استاندارد در هفت بعد اطلاعات جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت.

یافته ها: میانگین چهار بعد(سلامت جسمانی، کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) سلامت سالمندان مورد پژوهش ۱۵/۰۳ ± ۷۷/۰۷ بود. آماره ضریب تعیین R^2 نیز نشان می دهد 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 می شود. متغیر های 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 جنبه های سلامت، جسمی، روانی و اجتماعی انسان ها در کلیه مراحل زندگی توجه شود. سلامت فقط یک امر زیست شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین سطح سلامت افراد دخیل می باشد.

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 جمعیت شناسی ، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۳- دانشجوی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افـزایش ابـتلا بـه بیماریهـای مزمن، تنهایی و انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنـی، در مـوارد زیـادی اسـتقلال فردیشان مورد تهدید قرار می‌گیرد. از سـویی بـا افـزایش جمعیـت سالمندان شیوع ناتوانایی‌های روانی افزایش مـی‌یابـد و ایـن مهـم سیستم‌های مراقبتی، بهداشتی و اجتماعی را که هم اکنـون تحـت 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 فـرد هـم در طـول زندگی خود ممکـن اسـت تعـاریف مختلفـی از سـلامتی داشـته باشد[۲]. پویایی و تحولات سریع در جوامع، فضای زندگی انسان وعوامل تاثیر گذار بر آن تحولات تکنولوژیکی، سلامت سـالمندان را نیز دچار تغییر کرده اسـت. انـدازه‌گیـری سـلامت درک شـده سالمندان یک شاخص جهانی و مفید برای سطح سـلامت آنـان است و با عناصر بیولوژیکی و اجتمـاعی آن در تعامـل اسـت. در حقیقت سنجش سطح سلامت درک شده یکی از رایج‌ترین انواع تعیین وضعیت سلامت در سالمندان از دیدگاه ذهنی می‌باشد زیرا می‌تواند جنبه های مختلف سلامتی را بررسی کند. سلامت درک شده به نوعی به جنبه های مختلف سلامتی که توسـط سـازمان بهداشت جهانی توصیه شده است توجه می‌کند[۳]. برآورد می‌شود که در سطح جهان سهم جمعیت سـالمندان ۶۰ سـال و بـالاتر 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 معـادل ۵/۷ درصـد کـل جمعیـت ایران است. بر اساس پیش بینی‌های جمعیتی تا سال ۱۴۳۰ تعـداد سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ایران به ۱۸ میلیون نفر افزایش می‌یابد و سهم جمعیتی انها به حدود ۲۰ درصد خواهد رسـید[۵]. در حـال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور مـا ۱/۶ درصـد اسـت و ایـن در حالی است که نرخ رشد جمعیـت سـالمندی ۲/۵ درصـد اسـت[۶]. پدیده سالمندی در کشور ما هنوز به عنـوان یـک پدیـده ضـروری مورد توجه قرار نگرفته است. اما این واقعیت وجود دارد که جمعیت سالمندان با رشدی بیشتر از رشد کل جمعیت رو به افزایش اسـت. در واقع همراه با رشـد جمعیـت و افـزایش امیـد بـه زنـدگی سـیر سالمندی روند صعودی دارد و ضعف و ناتوانی این گروه مراقبتها و توجهات ویژه ای را می‌طلبد. افزایش نرخ رشد جمعیت سالمند بـر ضرورت توجه به وضعیت سلامت این گروه از جامعه می‌افزاید. 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 همه‌ی جنبه‌های حیاتی در سـلامت سـالمندان از جملـه سلامت اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی توجه کـرد. از آنجـایی که سالخوردگی فرایندی همگـانی اسـت و در کـل دوران زنـدگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیـت بـرای دوران سـالخوردگی و توجه به سلامت آنها باید جنبه‌ی تفکیک ناپـذیر از سیاسـت‌هـای توسعه اقتصادی– اجتماعی باشد و با مسـاعی زیـادی در کلیـه ی سطوح کشوری، محلی، خـانوادگی و فـردی تـوام گـردد شـیوه‌ی برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه‌ایی باشد[۷].

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

یکی از هدفهای مهم نظام سلامت در هر کشور تـأمین، حفـظ و ارتقا، سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسـهیلات مناسـب جهـت تـأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه بـه شـمار مـی‌رود. سـازمان بهداشـت جهـانی، سلامتی را حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتمـاعی و نـه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می داند[۸]. بـه طـور کلـی تعـاریف مربوط به سلامتی از الگوهایی پدید آمـده انـد کـه جـزء معتقـدات دانشمندان مختلف بوده اند. بر اساس این اعتقادات سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره مد نظر بوده است: الگوی پزشکی: ایـن الگو عمدتاً بر تبیین زیست شناختی و فیزیولـوژیکی سـلامتی مـی پردازد. الگوی محیطی: در این الگـو سـلامتی بـر حسـب کیفیـت سازش فرد با محیط به هنگـام تغییـر شـرایط تعریـف شـده اسـت. الگوی کلی نگر: این الگو سلامتی را بر حسب جنبه هـای زیسـت شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می شود و بر سلامتی بهینه، پیشگیری از بیمـاری و حالت های روانـی و هیجـانی مثبـت متمرکـز اسـت[۹]. مطالعـات متعددی در زمینه سلامت سالمندان انجام شـده اسـت بـه عنـوان نمونه می‌توان به این مطالعات اشاره کـرد، معتمـدی شـلمزاری و همکـاران در پژوهشـی بـه بررسـی نقـش حمایـت اجتمـاعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهـایی در بـین سالمندان شهرکرد پرداختند که نتایج مطالعه شـان نشـان داد بـین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی همبسـتگی وجـود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از حمایت ابـزاری مـی-باشد[۱۰]. سولا و همکاران به بررسـی ارتبـاط رفتارهـای ارتقـاء دهنده سلامت با سطح فعالیت‌های روزمره زندگی و فعالیت‌هـای روزمره زندگی با ابزار در سالمندان غرب تهران پرداختند که نتـایج نشان داد بین رفتارهای ارتقـاء دهنـده سـلامت و سـلامت رابطـه معنی‌داری وجود داشت[۱۱]. لوکاس و همکـاران در مطالعـه ایـی عوامل موثر بر رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بر زنان ۶۵ سـال بـه بالا نشان داد بین سن، وضعیت تاهل، نژاد، تحصیلات و اعتماد به نفس با رفتارهای اتقاء دهنده‌ی سلامت رابطـه معنـی‌داری وجـود دارد[۱۲]. بالجانی و همکاران در پژوهشی نشان دادنـد کـه سـن و تحصیلات با خودارزیابی سـلامت رابطـه معنـی‌داری دارد[۱۳]. در این پژوهش تلاش شـده اسـت کـه رابطـه متغیرهـای جمعیتـی، اجتماعی و فرهنگی با خودارزیابی سلامت سالمندان بررسی شود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، مطالعه ای توصیفی- تحلیلی بـود کـه بـه صـورت مقطعی در بازه زمانی اسفند تا اردیبهشـت در سـال ۱۳۹۴ انجـام شد. جامعه آماری این تحقیق را افراد سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر شیراز و یاسوج تشکیل داده بودند. بـرای گـردآوری داده هـا، ۴۰۰ نفر از سالمندان در شهر شیراز و یاسوج به شیوه نمونه‌گیـری خوشه‌ای چند مرحله ایی انتخـاب شـدند. ابتـدا در شـهر شـیراز تعداد جمعیت ۶۵ سـال بـه بـالا بـر اسـاس منـاطق ۹ گانـه شهرداری شهر شیراز در سر شـماری ۱۳۹۰ مشـخص شـد. بعد از مشخص شدن تعداد نمونه در هر کدام از مناطق شهر به صورت تصـادفی در هـر محلـه‌ای انتخـاب شـد. در درون

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

محله‌ها 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 بارضایت آگاهانه و از طریق مراجعه به درب منازل انجام پذیرفت. برای اندازه گیری عزت نفس از پرسشنامه عزت نفس ده سوالی ساخته روزنبرگ۱۹۶۵ 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 کرونباخ۰/۸۴ 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 بخش های دوم به بعد را از پرسش نامه های 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 گویه ها و اصلاح نحوه و طراحی برخی از پرسش‌ها گردید. برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها ازاعتبار صوری و محتوا استفاده شدکه برای تعیین اعتبار صوری تعدادی پرسشنامه به سالمندان ارائه گردید و برای اعتبار محتوا، پرسشنامه‌در اختیار اعضای هیأت علمی رشته جامعه شناسی و جمعیت شناسی 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، ۰/۸۴بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار آماریSPSS 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

تـأثیر هـر یـک از متغیرهـای مسـتقل ویژگیهـای دمـوگرافیکی، رفتارهای سلامت، عـزت نفـس و حمایـت اجتمـاعی و رفتارهـای سلامت از مدل رگرسیون خطی چند متغیره اسـتفاده شـد. بـرای بررسی تاثیرات جمعی و مستقل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیری به شیوه گام بـه گـام[1] اسـتفاده گردیـد. رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام، آمارههـای مربـوط بـه تبیین متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) را براساس یـک سـری متغیرهای مستقل در هرگام ارائه می‌کنـد. در شـیوه گـام بـه گـام متغیرها یک به یک به مدل وارد می‌شوند یعنی ابتدا متغیری کـه بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد مشخص می شـود .در این تحقیق از الگوی پرسید–پروسید ستفاده شد. این الگـو عوامـل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی موثر بـر سـلامت را در قالـب سه دسته عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویـت کننـده تقسـیم بندی کرده است. عوامل مساعد کننده همان دانش ها، نگرش ها، باورهـا، ترجیهـات فـردی اسـت. هـر کـدام از ایـن متغیرهـای مساعدکننده، موجب بروز رفتاری خاص در فرد مـی‌شـود. عوامـل قادرکننده با تاثیر غیرمستقیم بر عوامل محیطی بر رفتار تاثیر مـی گذارند. این دسته از عوامل، فرد را قادر می‌سـازد تـا از محـیط بـه گونه‌ای خاص استفاده کند و فرد را در جایگاهی قرار می‌دهد که از امتیازات بیشتر یا کمتر از دیگران برخـوردار شـود. عوامـل تقویـت کننده آن دسته عواملی است که بعد از انجـام یـک رفتـار حضـور دارند و باعث انگیزه برای تداوم آن خواهند شد. نتایج تحقیق را در استفاده از سه بخش اول نظریه پرسید– پروسید در نتیجـه گیـری نشان دادیم که سه بخـش اول ایـن نظریـه بـه بررسـی وضـعیت سلامت در جامعه می پردازد[۱۷].

یافته ها

همانگونه که در جـدول۱، مشـاهده مـی‌شـود مشخصـات فـردی پاسخگویان آورده شده است. در این پژوهش تمام پاسخگویان مـا را مـردان تشـکیل داده‌انـد. میـانگین سـنی سـالمندان ۶/۶۵±۷۱ شرکت داشتند. بیشتر پاسخگویان ۶۷/۸ درصد در گروه سنی ۷۴-۶۵ قرار داشتند و تنها ۱/۱ درصـد از پاسـخگویان در گـروه سـنی ۹۵+ قـرار داشـتند. ۶۱/۱ درصـد از پاسـخگویان سـابقه بیمـاری داشتند. از افراد نمونه مورد بررسی در مورد تعلق طبقـاتی و اینکـه خود را جزو کدام طبقه اجتماعی- اقتصادی می داننـد سـوال شـد. کمترین درصد یعنی حدود ۴/۲ درصد از افـراد خـود را متعلـق بـه طبقه بالا اعلام کردند؛ بیشترین درصد یعنی ۷۴/۴ درصد از افـراد خود را متعلق به طبقه متوسط اعلام کردنـد، توزیـع نمونـه مـورد بررسی بر اساس میزان تحصیلات نشان داد کـه بیشـترین درصـد ۴۷/۹ درصد از افراد دیپلم و زیر دیپلم بوده است.

1.Stepwise

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

جدول شماره ۱. مشخصات فردی ـ 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
سن*			**طبقه اقتصادی اجتماعی***		
۶۵-۷۴	۱۲۲ (۶۲/۸)	۰/۰۰۹	بالا	۱۶ (۴/۲)	۰/۰۰۰
۷۵-۸۴	۴۹ (۲۷/۲)		متوسط	۲۸۳ (۷۴/۴)	
۸۵-۹۴	۷ (۳/۹)		پایین	۷۷ (۲۰/۳)	
+۹۵	۲(۱/۱)		**تحصیلات***		
سابقه بیماری *			بی سواد	۱۴۱ (۳۷/۱)	**۰/۰۱۲**
دارند	۲۳۲ (۶۱/۱)	۰/۰۰۴	دیپلم و زیر دیپلم	۱۸۲ (۴۷/۹)	
			فوق دیپلم	۱۸ (۴/۷)	
ندارند	۱۴۸ (۳۸/۹)		لیسانس	۲۷ (۷/۱)	
			فوق لیسانس و بالاتر	۹ (۲/۴)	

p-value< 0/005*

N.s** = (فاقد معناداری)

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 می‌شود. اطلاعات مربوط به هر زیر مقیاس در جدول۲ نشان داده شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود بطورکلی 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 (۲۴/۳۱ درصد) همچنین در شهر یاسوج هم بیشترین نمره مربوط به بعد کارکرد اجتماعی (۲۰/۰۶ درصد) می‌باشد. کمترین نمره بعد سلامت در شهر شیراز مربوط به سلامت جسمانی (۱۶/۳۳درصد) و در شهر یاسوج هم مربوط به بعد سلامت جسمانی (۱۵/۳۲درصد) می باشد.

جدول شماره۲، آماره های توصیفی برای نمره مقیاس خود ارزیابی سلامت

	آماره های توصیفی	نمره زیر مقیاس ها				نمره کلی مقیاس
		سلامت جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	خودارزیابی سلامت
یاسوج	میانگین و انحراف معیار	۱۵/۳۲±۴/۸۶	۱۹/۲۴±۵/۴۷	۲۰/۰۶±۵/۰۰	۱۸/۴۶±۴/۱۳	**۷۳/۲۳±۱۴/۲۹**
شیراز	میانگین و انحراف معیار	۱۷/۲۳±۵/۱	۱۹/۲۰±۵/۷۰	۲۴/۳۱±۳/۹۵	۱۹/۸۲±۴/۷۳	**۸۰/۴۷±۱۴/۸۸**
کل	میانگین و انحراف معیار	۱۶/۳۳±۵/۱	۱۹/۲۲±۵/۵۹	۲۲/۲۸±۴/۹۵	۱۹/۷±۴/۵۰	**۷۷/۰۷±۱۵/۰۳**
	تعداد گویه	۵	۶	۶	۵	**۲۲**

جدول شماره ۳، ضریب همبستگی و معنی داری متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی، رفتار های سلامت و ارتباط با فرزندان را با متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) و تمامی ابعاد آن نشان می‌دهد. بین رفتار سلامت و تمامی ابعاد خودارزیابی سلامت، رابطه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

معنی‌داری وجود دارد. همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، رابطه معنی دار مستقیم بین عزت نفس و خود ارزیابی 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 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.

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

متغیرهای مستقل		خودارزیابی سلامت	سلامت جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی
ارتباط با فرزندان	ضریب همبستگی	۰/۱۶۴	۰/۰۶۶	۰/۱۳۵	۰/۱۰۶	۰/۲۴۸
	p-value	۰/۰۱۷	۰/۴۰	۰/۰۰۸	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۲۵۹	۰/۰۴۵	۰/۲۴۷	۰/۲۳۷	۰/۳۴۶
	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
رفتارهای سلامت	ضریب همبستگی	۰/۲۰۹	۰/۰۶۸	۰/۲۰۷	۰/۱۰۷	۰/۱۵۹
	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۳۸	۰/۰۰۲
عزت نفس	ضریب همبستگی	۰/۵۴۹	۰/۲۹۶	۰/۴۷۲	۰/۳۳۵	۰/۵۸۵
	p-value	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

جدول شماره۴، رابطه میان سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت را نشان می‌دهد. سابقه بیماری دارای رابطه معنی دار و معکوسی با خودارزیابی سلامت دارد. به گونه ایی که با داشتن سابقه بیماری خودارزیابی سلامت در افراد کاهش یافته است .

جدول٤، آزمون رگرسیون تک متغیره میان سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت

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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

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 می شوند. یعنی ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد، انتخاب می شود. دومین متغیری که وارد تحلیل می شود، متغیری است که پس از تفکیک متغیر مقدم بر آن، موجب بیشترین افزایش در مقدار ضریب تعیین (R^2) می شود و این کار تا زمانی ادامه می یابد که خطای آزمون معنی داری به ۵ درصد برسد[۱۸]. همانگونه که در جدول شماره ۵، مشاهده می شود مقدار R^2 برای متغییر عزت نفس در گام اول برابر است با ۰/۱۶۶ درصد، مقدار آن برای مراحل بعدی نشان می‌دهد که با ورود هر متغییر به معادله رگرسیون در هر کدام از مراحل چند درصد از تغییرات متغیر وابسته تبیین شده است. در مرحله دوم با ورود متغییر رفتارهای سلامت، ۰/۶۱ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله سوم با ورود متغییر سابقه بیماری، ۰/۳۱ 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 = ۰/۱۶۶) بیشترین تاثیر را در خود ارزیابی سلامت مردان سالمندان دارا می باشد.

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	۰/۴۰۸	۰/۱۶۶	۰/۱۶۱	۱۲/۴۱	۲۹/۹۲	۰/۰۰۰
۲	رفتارهای سلامت	۰/۴۷۶	۰/۲۲۷	۰/۲۱۶	۱۱/۹۹	۲۱/۸۴	۰/۰۰۰
۳	سابقه بیماری	۰/۵۰۸	۰/۲۵۸	۰/۲۴۳	۱۱/۷۸	۱۷/۱۷	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

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 می توانند هم ارز دیگر متغیرهای فرهنگی و اجتماعی وضعیت سلامت سالمندان 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 می طلبد. مدل، الگو پرسید- پروسید 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

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

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-value:۰/۰۰۹ مشخص شد متغیر سن با سلامت ادراک شده رابطه معنی‌دار دارد که با تحقیق بالجانی و همکاران ۱۳۹۰، همسو می باشد[۱۳]. با افزایش سن از سلامت جسمانی سالمندان کاسته می‌شود. بر اساس (جدول شماره۱) و مقدار p-value:۰/۰۰۰ 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 می توانند از لحاظ سلامت جسمانی در سطح پایین تری باشند، میزان افسردگی و اضطراب به دلیل شرایط اقتصادی پایین بیشتر می شود 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-value:۰/۱۲ که با نتایج تحقیق بالجانی و همکاران ۱۳۹۰که بین تحصیلات و سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد همسو می‌باشد[۱۳]. تحصیلات موجب افزایش آگاهی افراد می-شود 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 می-باشد[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 می-باشد[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 یافته ها نیز تایید شد، توجه بیشتر به برنامه‌هایی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

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 برنامه ها و سیاست-های ملی یکپارچه برای سالمندان با تاکید بر سلامت بسیار ضروری است. با توجه به تاثیری 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 می-باشد. بنابراین باید برگزاری کلاس‌هایی برای خانواده‌ها در مورد نحوه حمایت و نیازهای سالمندان برگزار شود. برنامه‌ریزی برای 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.

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)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]

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.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.21859/jgn.3.2.9]