

مقایسه سطح سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند آموزش دیده در انجمن آرایمر ایران و دیگران

محمود اکرامی*، اعظم میرحاج**

دریافت مقاله:

۱۳۹۳/۱۰/۲۱

پذیرش:

۱۳۹۴/۶/۱۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه سطح سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند آموزش دیده در انجمن آرایمر ایران با دیگران است.

روش: ۴۰ نفر زن سالمند که ۲۰ نفر آموزش دیده در انجمن آرایمر ایران و ۲۰ نفر هم از خارج انجمن به روش جورکردن گروه همتا انتخاب شدند. روش تحقیق علی مقایسه ای بوده و اطلاعات با پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و عزت نفس کوپراسمیت جمع آوری شده است.

یافته‌ها: برپایه یافته یکم پژوهش با استفاده از مدل t تک نمونه‌ای، سلامت عمومی و عزت نفس در جامعه زنان سالمند در حد بالا ارزیابی گردید. یافته دوم پژوهش براساس مدل t مستقل نشان داد که میزان هر دو متغیر در زنان سالمند آموزش دیده انجمن از زنان سالمند آموزش ندیده بیشتر است) سطح معناداری ۰/۰۰۱). یافته سوم با استفاده از مدل رگرسیون خطی همزمان نشان داد سلامت عمومی باعث عزت نفس زنان سالمند رابطه دارد. یافته چهارم براساس مدل همخوانی مجذورکای این بود که بین عزت نفس و سلامت عمومی زنان سالمند با ویژگی‌های فردی آنان (میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، موقعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، شرایط سلامتی) رابطه‌ای مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: آموزش زنان سالمند در سلامت عمومی و عزت نفس آنان تأثیرگذار است.

کلیدواژه‌ها: سلامت عمومی، عزت نفس، زنان سالمند، آموزش دیده، انجمن آرایمر ایران.

* دانشیار دانشگاه پیام نور

** کارشناس ارشد مدیریت آموزشی (نویسنده مسئول) E-mail: a.mirhaj@yahoo.com

اصولاً هر جامعه‌ای از گروه‌های سنی مختلفی تشکیل شده که هر کدام با توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی خویش، سلامت کلی جامعه را رقم می‌زنند. در این راستا سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر^۱ توجهات خاصی را به خود معطوف می‌کنند (محمودی، ۱۳۸۵). گستره عمر به دوره‌های مختلفی تقسیم‌بندی شده و معمولاً مفهوم سالمند برای کسانی به کار برده می‌شود که ۶۰ سال یا بیشتر سن داشته باشند. در رابطه با تعیین سن سالمندی، برخی بر این باورند که پیری امری نسبی بوده و احساس سالمندی یک مسئله درونی و روانی است که در افراد مختلف فرق دارد (تاجور^۲، ۱۳۸۲). البته دسته‌بندی دقیق‌تری هم وجود دارد که سنین بالای ۶۰ سال را به سه دوره سالمندی^۳ (۶۱-۷۵ سال)، سالخوردگی^۴ (۷۶-۹۰ سال) و کهنسالی^۵ (۹۱ سال به بالا) مشخص می‌نماید (گزارش شورای ملی سالمندی سازمان بهزیستی، ۱۳۹۲). اما همه معتقدند که افراد سالمند از نظر سلامت جسمی و روانی بسیار آسیب‌پذیرند و این به دلیل تغییرات دوران سالمندی است از جمله تغییرات فیزیولوژیکی (کاهش کارکرد و توانایی جسمی ناشی از روند طبیعی کهولت سن)، اجتماعی (کاهش نقش و فعالیت بعد از بازنشستگی) و روانی (تنهایی و انزوا به دلیل ازدواج فرزندان و یا مرگ همسر-

یاس و نومیادی از زندگی گذشته- اختلال در عزت نفس بخاطر برخی وابستگی‌ها). بنابراین سالمندی دوره ای حساس از زندگی بشر است که طی آن در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن^۶، تنهایی، انزوا و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد. پس افزایش طول عمر می‌تواند به دلیل ایجاد ناتوانی‌های جسمی، روانی و ذهنی منجر به عدم استقلال، وابستگی یا نابسامانی‌های خانوادگی شده و به همین لحاظ دارای اهمیت است (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۵؛ ریاحی، ۱۳۸۷). یکی از اختلالاتی که جهان در طی سال‌های اخیر با آن روبروست و یک مسئله بزرگ بهداشتی و سلامتی متعاقب افزایش سن محسوب شده و مورد توجه سازمان بهداشت جهانی و محافل علمی بوده "دمانس"^۷ یا "خرد سوذگی" است که حدود دو سوم موارد آن مربوط به بیماری آلزایمر^۸ در سالمندان است (گزارش انجمن جهانی آلزایمر^۹، ۲۰۱۴). آمارهای موجود در بسیاری از کشورهای جهان بیانگر آن است که امروزه بیماری‌های مزمن از دلایل اصلی مرگ و میر محسوب می‌شوند. این بیماری‌ها در مقایسه با بیماری‌های حاد، آرام‌تر و آهسته‌تر گسترش یافته و شدیداً تحت تأثیر عوامل روانی-رفتاری، محیطی و سبک زندگی افراد قرار داشته که قابل پیشگیری‌اند (اتکینسون و همکاران^{۱۰} ترجمه

6. Chronic illness
7. Dementia
8. Alzheimer disease
9. ADI Report
10. Etkinson et al

1. Vulnerable
2. Tajoor
3. Aged , Elderly
4. Old
5. Old old

جهان به ۲ میلیارد نفر می‌رسد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ رشد جمعیت سالمندی در کشورهای با درآمد کم و متوسط به ۲۰۰ درصد و در کشورهای توسعه یافته به ۶۸ درصد برسد (گزارش سازمان بهداشت، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲). نتایج سرشماری‌های گذشته و تخمین جمعیت آینده در ایران نیز حاکی از افزایش جمعیت سالمند و بروز پدیده سالمندی در سال‌های آتی است (واصل و اردلان، ۱۳۸۶؛ سازمان آمار ایران، ۱۳۹۰؛ گزارش شورای ملی سالمندی سازمان بهزیستی، ۱۳۹۲). پس احتمالاً در آینده با مسائل جدی حوزه سالمندی و حل مشکلات ویژه آنها روبرو خواهیم بود. از این رو ایجاد شرایط مخصوص افراد سالمند، جهت تامین سلامت ایشان از جمله مسائلی است که باید با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری مورد توجه قرار گیرد (همتی و همکاران، ۱۳۸۸).

"سلامتی" مفهوم وسیعی دارد و بی‌تردید مهمترین مسئله حیات است. طبق نظر سازمان بهداشت جهانی سالم بودن به معنی صحت جسمانی، روانی و اجتماعی است نه فقط نبود بیماری و آسیب. به عقیده صاحب‌نظران نیز "سلامتی" دارای ابعاد مختلف (جسمی، روانی، ذهنی، اجتماعی و ...) می‌باشد که بر هم تأثیر گذارند. به عبارتی مشکلات جسمی بر روان فرد؛ مشکلات روانی بر جسم فرد؛ هردوی آنها بر جامعه و مشکلات جامعه نیز بر دیگر ابعاد سلامتی مؤثر است. لذا اقدامات انجام شده برای

براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). مطالعات علمی نشان می‌دهد شرکت در دوره‌های آموزشی و کسب اطلاعاتی در مورد اصلاح و بهبود شیوه روزمره زندگی به ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد علی‌الخصوص سالمندان کمک می‌نماید (سارافینو، ۲۰۰۲ ترجمه میرزایی، ۱۳۸۴). محققان بر این باورند که آموزش سبک زندگی سالم در زمینه عادات غذایی، عدم مصرف دخانیات، فعالیت بدنی، پرهیز از گوشه نشینی و داشتن تعاملات اجتماعی، به کارگیری ذهن و یادگیری مطالب جدید؛ سالمندی موفق را برای افراد به ارمغان خواهد آورد (خوشبین و همکاران، ۱۳۸۶).

از طرفی با پیشرفت‌های قابل ملاحظه سال‌های اخیر در زمینه تشخیص، درمان و بهبود مسایل بهداشتی؛ شاهد کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و در نتیجه بالا رفتن طول عمر انسانها و بروز پدیده سالمندی هستیم. در بسیاری از کشورهای جهان و نیز در کشور ما تعداد سالمندان افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود در آینده با جمعیت زیاد سالمند روبرو شویم. بر اساس منابع جمعیت‌شناسی زمانی که ۸ درصد افراد یک جامعه ۶۵ سال و بالاتر؛ یا ۱۲ درصد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر باشند، پدیده سالمندی به وجود می‌آید (همتی و همکاران، ۱۳۸۸). برآوردهای سازمان بهداشت جهانی^۱، بیانگر پیر شدن جامعه بشری است. در سال ۲۰۵۰ تعداد افراد بالای ۶۰ سال در

ارتقای سلامتی باید به تمامی ابعاد سلامت فرد و جامعه توجه داشته باشد (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲؛ استنهورپ و لانکستر^۱ ترجمه حسینی و همکاران، ۱۳۸۸).

بدین ترتیب توجه به سلامت عمومی^۲ و عزت نفس^۳ به‌عنوان دو مولفه مهم مربوط به مفهوم سلامتی افراد به ویژه در قشر آسیب‌پذیر (زنان سالمند) بسیار حائز اهمیت است (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین به دلیل بروز مسائل و مشکلات خاص دوره سالمندی؛ معرفی راهکارهای مؤثر در حفظ و ارتقای سلامت ایشان برای پیشگیری از عوارض فردی، اجتماعی و اقتصادی ضروری به نظر می‌رسد تا ضمن حفظ کرامت انسانی، این قشر عزیز بتواند همچنان زندگی فعال و سالمی داشته باشند (اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۹۱).

براتی (۱۳۹۰)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۰)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۱)، رابیا و همکاران^۴ (۲۰۱۲) با پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که عواملی مانند تنهایی زندگی کردن، درآمد کم، داشتن بیماری مزمن و نیز سطح سواد پایین در میزان مشکلات جسمی و روانی سالمندان به ویژه زنان مؤثرست.

مطالعات انجام شده توسط نجاتی و همکاران (۱۳۸۸)، شیرازی‌خواه و همکاران (۱۳۹۰)، شوئنگلد (۲۰۱۲) نشان‌دهنده این است که زنان و

مردان در دسترسی به آموزش، اشتغال، ورزش، خدمات بهداشتی درمانی از وضعیت یکسانی برخوردار نیستند؛ به‌طوری‌که آسیب‌های جسمی و روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. شیوع بیماری‌های مزمن و نیز خطر انزوای اجتماعی در زنان بیش از مردان است. همچنین "جنسیت" تفاوت‌هایی را در مردان و زنان از نظر نقش، نگرش و رفتار باعث می‌شود که این موارد طی زندگی روزمره بر سلامت زنان اثر دارد. بنابراین یکی از راهکارهای پیشنهادی حفظ سلامت، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و داوطلبانه است.

تحقیقات بالازاده (۱۳۸۸)، محدثی و همکاران (۱۳۹۰)، متئوس^۵ و همکاران (۲۰۱۲) به تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد زنان پرداخته و نتایج نشان می‌دهد بسیاری از عوامل بیولوژیکی و رفتاری که آنان را در معرض خطر بالای بیماری‌های مزمن قرار می‌دهد، مربوط به کمبود آگاهی آنهاست. زنان سالمند نیز با گرفتن آموزش و رعایت نکات بهداشتی تا حدود زیادی از بروز مشکلات این دوران پیشگیری نموده؛ سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی بالاتری دارند.

به تحقیق گیت و والنزولا^۶ (۲۰۱۰)، ویلیامز و کمپر^۷ (۲۰۱۰)، اسپرودر^۸ و همکاران (۲۰۱۲)، مرتایمر^۹ و همکاران (۲۰۱۲)، جانسون

5. Matthews

6. Gate & Valenzuela

7. Williams & Kemper

8. Schroder

9. Mortimer

1. Estenhop& Lankster

2. General health

3. Self esteem

4. Rabia et al

زندگی سالمندان اثر زیادی دارد و می‌تواند از انزوا، بیماری و ناتوانی جلوگیری نماید. به گزارش انجمن جهانی آلزایمر (۲۰۱۴) و پژوهش نیک پور و همکاران (۱۳۸۸) فشار، قند و چربی خون بالا به عنوان عوامل خطر بروز بیماری‌های مزمن مطرح هستند که با سبک زندگی مرتبطند و باید در برنامه پیشگیری از بیماری‌های شایع سالمندان مورد توجه قرار گیرند.

میرزایی و همکاران (۱۳۹۱)، شمسی و همکاران (۱۳۹۲) برنامه آموزش سبک سالم و مهارت‌های زندگی را بر بهبود سلامت عمومی و روانی سالمندان مؤثر دانسته؛ صمدی و همکاران (۱۳۸۶)، حسینی (۱۳۸۹) نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که میزان آگاهی، نگرش و شیوه زندگی سالمندان عضو انجمن‌ها و تشکل‌ها به دلیل شرکت در برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامت، بهتر از سالمندان غیرعضو است.

طبق پژوهش‌های واصل و اردلان (۱۳۸۶) ادیب و اکبری (۱۳۸۶)، شهبازی و همکاران (۱۳۸۷)، نژاد دادگر و همکاران (۱۳۹۲) رشد جمعیت سالمندی و نیز بیشتر بودن شدت ناتوانی در زنان و افراد کم سواد؛ ضرورت توجه به سلامت و ارتقای کیفیت زندگی این گروه آسیب‌پذیر را دو چندان می‌کند. پس لازمست تصمیم‌گیران عرصه سلامت کشور و برنامه‌ریزان امور سالمندی به تعیین خدمات آموزشی و اقدامات پیشگیرانه موردنیاز سالمندان بپردازند.

پژوهش‌های انجام شده در رابطه با بررسی

جی‌کی^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، امیری و همکاران (۱۳۹۳) افسردگی و اختلال شناختی از مشکلات شایع سالمندان بوده که موجب افت کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر می‌شود. برای حفظ سلامت روحی و ذهنی به ویژه بهبود وضعیت حافظه آنان، شرکت در برنامه‌های آموزشی و داشتن فعالیت‌های گروهی و تعامل با دیگران مؤثر شناخته شده است.

محققان فعالیت بدنی را بر سلامت افراد حتی در سنین بالا مؤثر می‌دانند. تحرک جسمی و تمرینات ورزشی باعث آمادگی جسمانی زنان سالمند (سیف و همکاران، ۱۳۹۰)، بهبود سلامت عمومی و روانی سالمندان بخصوص وقتی به صورت گروهی باشد (مرتضوی و همکاران، ۱۳۹۰)، استقلال عملکرد و افزایش توانایی‌های شناختی، سلامت عمومی و اعتماد به نفس (واین^۲، ۲۰۱۲) و اثرات مثبت بر یادگیری کلامی و حافظه (هتینگ^۳، ۲۰۱۲) می‌شود.

بسیاری از سالمندان برنامه مشخصی برای اوقات فراغت، فعالیت‌های اجتماعی و ورزشی خود ندارند؛ این در حالی است که بر اساس پژوهش حسینی (۱۳۹۰) و گل کرمی (۱۳۹۱) فعالیت ورزشی و شرکت در برنامه‌های توانمندسازی، تعامل با همسالان و دوستان، تقویت ارتباطات اجتماعی و نیز بهره‌گیری از شبکه‌های حمایتی؛ بر طول عمر و بهبود کیفیت

1. Johnson JK
2. Wayne
3. Hötting

وضعیت سلامت سالمندان ایران توسط وزارت بهداشت (۱۳۸۵) و سازمان بهزیستی (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد سطح سلامت عمومی بیشتر سالمندان پایین، احساس افسردگی در زنان سالمند بیش از مردان و فراموشی به عنوان یکی از مشکلات شایع و مزمن سالمندان کشور است.

با توجه به مبانی نظری و تحقیقات عملی مذکور؛ سالمندی می‌تواند همراه با بیماری و ناتوانی نباشد و به نظر می‌رسد حفظ سلامتی سالمندان امری امکان‌پذیر است. در این رابطه دریافت آموزش‌های مهارتی در حوزه سلامت از تأثیرگذارترین عوامل بوده که نقش کلیدی را در حفظ و ارتقای سلامت ایشان ایفا می‌نماید.

بنابراین شناخت شرایط سالمندی، کاهش مشکلات شایع و تامین سلامت جسمی- روانی سالمندان به ویژه زنان امری مهم بوده و معرفی راهکارهای مؤثر جهت ایجاد انگیزه، عملکرد بهتر و توانمندی بیشتر در آنان ضروریست؛ که با توجه به رشد جمعیت این گروه اگر امروز به فکر نباشیم، فردا دیر است.

در این راستا انجمن آلزایمر ایران^۱ (۱۳۹۲) با آموزش شیوه زندگی سالم و توانمندسازی سالمندان از طریق اجرای طرحی به نام "حساس" (حفظ سلامت افراد سالمند) سعی نموده در جهت ارتقای سطح سلامت آنان قدم بردارد. این طرح عبارتست از عضویت زنان سالمند- تشکیل پرونده- بررسی وضعیت جسمی با ویزیت پزشکی- تعیین وضعیت ذهنی و روانی از طریق مشاوره روانشناسی- آموزش

شناخت مسایل مربوط به ابعاد مختلف سلامت و شیوه زندگی سالم توسط پزشکان و کارشناسان مربوطه- برنامه‌های متنوع هنری، ورزشی و تفریحی که به جهت توانمندسازی آنان؛ هدایت، برنامه‌ریزی و اجرای امور با مشارکت خود اعضا صورت می‌پذیرد. با نظرسنجی‌های به عمل آمده از اعضای که به صورت منظم در کلاس‌های هفتگی این طرح شرکت می‌نمایند، برنامه‌های طرح برای حفظ و ارتقای سلامت مفید و مؤثر بوده است؛ اما نیاز به تحقیق و بررسی بیشتر وجود دارد. از طرف دیگر، با بررسی تحقیقات داخلی و خارجی مربوط به سالمندان، پژوهشی مربوط به بررسی وضعیت سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند آموزش دیده یافت نشد. لذا پژوهش حاضر برای پاسخ به پرسش‌های زیر انجام گردید.

در جامعه مورد مطالعه:

۱. هر یک از متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند تا چه میزان است؟
۲. آیا هر یک از متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند آموزش‌دیده با دیگران متفاوت است؟
۳. آیا سلامت عمومی با عزت نفس زنان سالمند رابطه دارد؟
۴. آیا سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند با ویژگی‌های فردی آنان رابطه دارد؟

مواد و روش

نمونه آماری ۴۰ نفر است که از این تعداد ۲۰ نفر زنان سالمندی که مدت ۶ ماه عضو طرح

1. Iran Alzheimer Association (IAA)

نفس با نماد FTOT و نمره سلامت عمومی با نماد HLS نشان داده شده است.

با استفاده از برنامه‌های مربوطه در بسته نرم‌افزاری SPSS مشخصه‌های مرکزی و پراکندگی سن، عزت نفس و سلامت عمومی گروه نمونه مورد مطالعه تعیین شد (جدول ۲).

چنان که در جدول مشاهده می‌شود توزیع متغیر سن، عزت نفس و سلامت عمومی؛ متمایل به راست و کشیدگی آنها کوتاه‌تر از نرمال است.

سپس در تحلیل داده‌ها برای پاسخ به پرسش ۱ از مدل t تک نمونه‌ای مشخص شد میزان هر یک از متغیرها در جامعه مورد مطالعه بالاست (جدول ۳).

زیرا با توجه به فرضیه های آماری، در جامعه مورد مطالعه میانگین متغیر سلامت عمومی از میانگین نظری آن (۴۲) و نیز میانگین متغیر عزت نفس از میانگین نظری آن (۲۵) بیشتر است.

و برای پاسخ به پرسش ۲ از مدل t مستقل استفاده گردید و مشخص شد عزت نفس و سلامت عمومی گروه ۱ (زنان سالمند عضو انجمن و آموزش دیده) از گروه ۲ (زنان سالمند غیرعضو انجمن و آموزش ندیده) بیشتر است (جدول ۴).

و برای پاسخ به پرسش ۳ با استفاده از مدل رگرسیون خطی همزمان نشان داده شد، سلامت عمومی با عزت نفس زنان سالمند رابطه دارد و منفی بودن ضریب همبستگی پیرسون به این دلیل است که نمره بالاتر نشانه سلامت عمومی کمتر است (جدول ۵).

و برای پاسخ به سؤال ۴ با استفاده از مدل

حساس انجمن و آموزش دیده بودند و ۲۰ نفر هم از خارج انجمن به روش جورکردن گروه همتا انتخاب شدند. روش تحقیق علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بوده و جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ و عزت نفس کوپراسمیت استفاده شده که از روایی کافی برخوردار است. اعتبار ابزارهای پژوهش نیز به ترتیب ۰/۹۰۷۳ و ۰/۸۴۷۵ برآورد گردید.

اطلاعات و داده‌ها

ابتدا جهت بررسی‌های جمعیت شناختی از روش فراوانی و درصد متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد (جدول ۱).

شماره ردیف آزمودنی‌ها با نماد No معرفی شده است، عضویت با نماد D (۱ معرف عضو انجمن و آموزش دیده، ۲ معرف غیر عضو و آموزش ندیده) سن با نماد Ag (به سال)، سطح تحصیلات با نماد edu (۱ معرف زیردیپلم، ۲ معرف دیپلم و فوق دیپلم، ۳ معرف لیسانس و بالاتر)؛ وضعیت تاهل با نماد mar (۱ معرف مجرد، ۲ معرف متأهل، ۳ معرف بیوه، ۴ معرف مطلقه)؛ وضعیت شغلی با نماد job (۱ معرف خانه دار، ۲ معرف شاغل، ۳ معرف بازنشسته)؛ وضعیت اقتصادی با نماد eco (۱ معرف سرپرست خانواده، ۲ معرف تحت تکفل همسر، ۳ معرف تحت تکفل فرزند، ۴ سایر)؛ وضعیت سلامتی با نماد h (۱ معرف سالم، ۲ معرف تحت معالجه)؛ راست آزمایی با نماد TRU؛ نمره عزت

همخوانی مجذور کای فقط رابطه معنادار هر
 یک از متغیرهای عزت نفس و سلامت عمومی
 با ویژگی‌های فردی جامعه مورد مطالعه رابطه‌ای
 مشاهده نگردید (جدول ۶).

جدول ۱: داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه های عزت نفس و سلامت عمومی همراه با ویژگی های جامعه مورد مطالعه (n=۴۰)

No	D	Ag	edu	mar	job	eco	h	TRU	FTOT	HLS	No	D	Ag	edu	mar	job	eco	h	TRU	FTOT	HLS
01	1	61	2	2	3	2	1	2.0	42.0	36.0	21	2	62	2	2	1	2	1	1.0	33.0	49.0
02	1	60	2	2	3	2	2	4.0	28.5	52.5	22	2	78	2	3	1	3	1	1.0	25.0	90.5
03	1	60	2	2	3	1	2	5.0	24.0	67.0	23	2	73	2	3	3	1	2	1.0	29.0	66.0
04	1	70	2	3	3	1	2	2.5	41.0	44.0	24	2	72	2	3	1	1	2	2.0	22.5	69.0
05	1	60	1	3	1	2	1	2.0	36.0	38.0	25	2	65	1	2	1	2	1	3.5	31.0	47.0
06	1	65	2	2	1	2	1	3.0	41.0	36.0	26	2	66	1	2	1	2	2	1.0	26.0	58.0
07	1	60	2	2	3	2	1	4.0	41.0	34.0	27	2	56	1	4	1	1	2	3.0	17.0	72.0
08	1	60	2	3	3	1	1	2.0	27.0	46.0	28	2	63	2	2	3	4	1	3.0	35.0	47.5
09	1	67	2	2	1	2	2	1.0	29.0	46.0	29	2	64	2	2	3	1	1	3.0	23.0	73.0
10	1	70	2	2	3	2	1	2.0	40.0	36.0	30	2	65	1	3	1	2	2	3.0	30.0	56.0
11	1	70	2	2	1	2	1	4.0	45.0	38.0	31	2	60	2	2	1	2	2	2.0	29.5	59.0
12	1	80	1	1	3	1	1	.0	46.0	36.0	32	2	67	1	2	1	2	2	2.5	27.5	58.0
13	1	65	2	2	3	2	2	2.0	35.0	58.0	33	2	70	2	2	3	2	1	3.5	21.5	56.0
14	1	64	2	2	1	2	1	3.0	37.0	38.0	34	2	61	1	2	1	2	2	2.0	34.0	46.0
15	1	62	2	2	3	2	1	3.0	37.0	39.0	35	2	60	2	2	3	2	1	2.0	26.5	70.0
16	1	60	2	2	3	2	1	4.0	25.0	43.0	36	2	70	2	2	3	2	1	2.0	22.5	67.0
17	1	71	2	2	3	2	1	3.0	41.0	49.0	37	2	68	2	3	1	2	1	2.0	19.5	71.0
18	1	69	1	3	1	2	2	2.0	41.0	60.0	38	2	61	2	2	3	2	1	3.0	23.0	62.0
19	1	76	1	3	1	2	2	3.0	30.0	50.0	39	2	62	2	2	3	2	1	1.0	25.5	71.0
20	1	62	2	2	3	2	2	1.0	43.0	49.5	40	2	72	2	2	3	2	1	.0	39.5	33.0

جدول ۲: مشخصه‌های مرکزی و پراکندگی سن، عزت نفس و سلامت عمومی جامعه مورد مطالعه (n=۴۰)

متغیر	نماد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	چولگی	چولگی T	کشیدگی	کشیدگی T	کمینه	بیشینه	دامنه
سن	age	۶۵/۶۷۵	۵/۶۰۳	۰/۸۸۶	۰/۶۹	۱/۷۸	-۰/۰۷	-۰/۰۹۳	۵۶	۸۰	۲۴
عزت نفس	ftot	۳۱/۷۵	۷/۸۳۳	۱/۲۳۸	۰/۱۲	۰/۳۱	-۱/۱۳	-۱/۴۶	۱۷	۴۶	۲۹
سلامت عمومی	hlth	۵۲/۹۲۵	۱۳/۷۸۹	۲/۱۸	۰/۵۰	۱/۲۹	-۰/۲۶۷	-۰/۳۴۴	۳۳	۹۰/۵	۵۷/۵

جدول ۳: نتایج حاصل از اجرای مدل T تک نمونه‌ای برای تعیین میزان متغیرهای عزت نفس و سلامت عمومی در جامعه مورد مطالعه (n=۴۰)

متغیر	نماد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار T	فرضیه صفر	میزان متغیر در جامعه
عزت نفس	F _{tot}	۳۱/۷۵	۷/۸۳۳	۵/۴۴	ردمی شود	بالا
سلامت عمومی	hlth	۵۲/۹۲	۱۳/۷۸۹	-۷/۸۳	ردمی شود	بالا

جدول ۴: نتایج اجرای مدل T برای دو گروه مستقل. عضو انجمن آرایمر ایران (D1) و غیر عضو (D2) (20=n2=n1)

متغیر	نماد	$\overline{D1} - \overline{D2}$	T	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی	فرضیه صفر	نتیجه
سن	Age	-۰/۱۵	-۰/۰۸	۰/۹۳۴	(-۳/۷۸۵ و ۳/۴۸۵)	رد نمی شود	سن گروه ۱ و ۲ متفاوت نیست
راست آزمایی	TRUE	۰/۵۵	۱/۵۶	۰/۱۲۶	(-۰/۱۶۳ و ۱/۲۶۳)	رد نمی شود	راست آزمایی گروه ۱ و ۲ متفاوت نیست
عزت نفس	F _{tot}	۹/۴۵	۴/۷۶	۰/۰۰۱	(۵/۴۲۷ و ۱۳/۴۷۳)	ردمی شود	عزت نفس گروه ۱ بیش از گروه ۲ است
سلامت عمومی	HLS	-۱۶/۲۵	-۴/۵۸	۰/۰۰۱	(-۲۳/۴۲۸ و -۹/۰۷۲)	ردمی شود	سلامت عمومی گروه ۱ بیش از گروه ۲ است

جدول ۵: ضریب همبستگی پیرسون به منظور تعیین رابطه عزت نفس و سلامت عمومی (n=۴۰)

متغیر	نماد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنادار
عزت نفس	F _{tot}	۳۱/۷۵	۷/۸۳۳۲	-۰/۷۵۳۹	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	HLS	۵۲/۹۲۵	۱۳/۷۸۹۴		

جدول ۶: نتایج حاصل از اجرای مدل همخوانی مجذور کای برای تعیین رابطه متغیرهای عزت نفس و سلامت عمومی با

ویژگی‌های فردی

متغیر	نماد	عضویت	تحصیلات	تاهل	شغل	اقتصادی	سلامتی	سن
عزت نفس	F _{tot}	۸/۱۲۰	۰/۰۳۳	۱/۳۷۹	۰/۱۲	۱/۶۳۷	۲/۸۲۳	۰/۴۷۴
		۰/۰۰۴	۰/۸۵	۰/۲۴	۰/۷۲	۰/۲۰۶	۰/۰۹۲	۰/۴۹
سلامت عمومی	HLTH	۱۰/۰۰	۰/۵۳۳	۱/۹۰۴	۰/۴۴	۰/۵۳۳	۶/۶۶	۰/۹۲
		۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۵۲	۰/۴۶	۰/۰۰۹	۰/۳۳
		رابطه دارد	رابطه دارد	رابطه دارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد
		رابطه دارد	رابطه دارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد

نتیجه گیری

یافته اول این پژوهش نشان می‌دهد که هر یک از متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند بالاست که با نتیجه مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر خوب بودن وضعیت سلامت اکثریت سالمندان همخوانی دارد. اما با بررسی سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۰) و شیرازی‌خواه و همکاران (۱۳۹۰) که نشان‌دهنده پایین بودن سطح سلامت عمومی بیشتر سالمندان است؛ همچنین تحقیق علیزاده و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر ابتلای اکثر زنان سالمند به مشکلات جسمی و روانی همخوانی ندارد.

در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار نمود علت بالا بودن میزان متغیرها در جامعه مورد مطالعه مربوط به گروه آموزش دیده است که نتایج کلی را تحت تأثیر قرار داده است.

یافته دوم پژوهش بیانگر این است که زنان سالمند آموزش دیده در انجمن آرایمر ایران در مقایسه با زنان سالمند غیرعضو و آموزش ندیده، از سلامت عمومی بهتر و عزت نفس بیشتری برخوردارند. این نتیجه با مطالعات محققان ذیل همخوانی دارد:

صمدی و همکاران (۱۳۸۶) مبنی بر بالاتر بودن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در سالمندان عضو انجمن‌ها و تشکل‌ها نسبت به سالمندان غیرعضو؛ بالازاده (۱۳۸۸) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت عمومی زنان؛ حسینی (۱۳۸۹) مبنی بر اثر بخشی برنامه‌های آموزشی بر سلامت عمومی؛ حسینی و همکاران

(۱۳۹۰) مبنی بر همبستگی معنی‌دار بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی؛ گل کرمی (۱۳۹۱) مبنی بر تأثیر اجرای برنامه‌های توانمندسازی در بهبود وضعیت روانی سالمندان؛ محدثی و همکاران (۱۳۹۰) و متئوس و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر تأثیر آموزش بهداشت بر افزایش میانگین آگاهی، نگرش و عملکرد زنان سالمند جهت پیشگیری از مشکلات شایع این دوران؛ میرزایی و همکاران (۱۳۹۱) و شمسی و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی آموزش سبک سالم و مهارت‌های زندگی بر بهبود سلامت عمومی و روانی سالمندان؛ سیف و همکاران (۱۳۹۰)، واین (۲۰۱۲) و هتینگ (۲۰۱۲) مبنی بر مؤثر بودن فعالیت بدنی بر سلامت حتی در سنین بالا؛ گیت و والنزولا (۲۰۱۰)، ویلیامز و کمپر (۲۰۱۰)، اسچرودر و همکاران (۲۰۱۲)، مرتایمر و همکاران (۲۰۱۲)، جانسون جی کی و همکاران (۲۰۱۳) و امیری و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر تأثیر برنامه‌های آموزشی و تعامل با دیگران بر سلامت و هاشمی (۱۳۹۳) مبنی بر اثربخشی آموزش در ارتقاء سلامت روان.

در تبیین یافته دوم می‌توان اظهار نمود علت بالا بودن متغیرها در افراد آموزش دیده عضو انجمن آرایمر، شرکت منظم و هفتگی آنان در برنامه‌های مختلف آموزشی و توانمندسازی است. یافته سوم پژوهش حاکی از وجود رابطه معنادار بین سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند است که با مطالعات نریمانی و همکاران (۱۳۹۱)، امیری و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر تأثیر تعاملی مشکلات روانی و بیماری‌های مزمن؛

نژاد دادگر و همکاران (۱۳۹۲) اجرای برنامه‌های آموزشی ویژه سالمندان را از ضروریات و نیازهای اساسی جامعه امروز می‌داند.

با توجه به اینکه این مطالعه در زنان سالمند شهر تهران با استفاده از پرسشنامه انجام شده، محدودیت‌هایی دارد که نتایج قابل تعمیم به کل جامعه نیست؛ اما می‌تواند توسط پژوهشگران حوزه سالمندی، سازمان‌ها و ارگان‌هایی مثل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شورای ملی سالمندان سازمان بهزیستی، کمیته ساماندهی سالمند در دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بازنشستگی، کانون‌های جهانبیدگان شهرداری، وزارت کار و امور اجتماعی جهت ارائه برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

در پایان از بنیان‌گذار، مدیران، مسئولین و اعضای محترم طرح حساس انجمن آرایم‌ایران که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- Adib Haj Bageri, M.; Akbari, H. (1386). Disability Intensity and related factors in elderly, *Faiz Journal of Research*; 13(3): 225-234.
- Alizade, M.; Shojaii, D.; Rahimi, A.; Arshinchi, M.; Roohani, H. (1391). Comparative study of physical and mental health status of the elderly According to age group 60 years and above on Population centers affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Aging* ; 7(7): 26.
- Amiri, M.; Safari, Y.; Abedi, A. (1393). Effect stress immunization education on depressive symptoms of diabetes, *Health Psychology*; 3 (1): 16-28.

نیکوگفتار و سعیدی (۱۳۹۳) مبنی بر تأثیر ویژگی‌های روانشناختی بر سلامت عمومی همسو می‌باشد.

این یافته چنین تبیین می‌گردد که حتی در سنین بالا نیز شرایط جسمی و روانی افراد به هم مرتبطند.

یافته چهارم پژوهش این بود که رابطه‌ای بین هر یک از متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس زنان سالمند با ویژگی‌های فردی آنان از قبیل (میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، موقعیت شغلی، وضعیت اقتصادی و شرایط سلامتی) مشاهده نگردید که این نتیجه با تحقیقات براتی (۱۳۹۰)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۰)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۱) و رایبا و همکاران (۲۰۱۲) که عواملی مانند سطح پایین سواد، تنهایی زندگی کردن، درآمد کم و داشتن یک بیماری مزمن را بر سلامت جسمی و روانی سالمندان مؤثر می‌دانند؛ همخوانی ندارد.

یافته مذکور مبین این است: نتیجه تحت تأثیر گروه آموزش دیده قرار گرفته که با شرکت در برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی توانسته‌اند به این باور برسند که سلامت جسمی و روانی ایشان الزاماً وابسته به اتفاقات گذشته، شرایط خارج از اختیار و امکانات خاص نیست؛ بلکه می‌تواند بر اساس اراده و تلاش کنونی برای تغییر عوامل تحت کنترل و به‌کارگیری شیوه سالم در زندگی باشد.

نتایج این پژوهش در راستای تحقیق ادیب و اکبری (۱۳۸۶)، واصل و اردلان (۱۳۸۶)، شهبازی و همکاران (۱۳۸۷)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۱) و

- Matthews Karen, A.; Sheryl, F.; Kelsey, Elaine N.; Meilahn, Lewis H.; Muller and Rena R. Wing. (2012). Educational attainment and behavioral and biologic risk factors for coronary heart disease in middle-aged women. *Oxford Medicine American Journal of Epidemiology*; 129(6): 1132-1144.
- Ministry of Health and Medical Education. (1385). Life expectancy and Population forecast, Pamphlet No3.
- Mirzaai, M.; Eglima, M.; Raheb, G.; Arshi, M. (1391). The effectiveness of Application of social work development group With a focus on teaching life skills on Improve the quality of life and general health of the elderly in Tehran Cultural elderly. *Journal of Aging*; 7, 26.
- Mohaddesi, H.; Nanfakhsh, F.; Amirabi, A; Haji, M.; Bromand, F.; Bahadori, F.; Golmohammadloo, S. (1390). Effect of health education for the elderly On knowledge, attitude and practice of older women, *Journal of Health Pyavrd Spring*; 5(1): 47-57.
- Mohammadi, F.; (1385). Efficacy and Pressure caregivers caring for elderly family members with Alzheimer Disease in Tehran; 1: 26-33.
- Mortazavi, S.; Eftekhari, H.; Eshagi, R.; et al. (1390). The effect of regular physical activity on Seniors Mental Health in Sharekord. *Journal of Medical School*; 29(161).
- Mortimer James, A.; Ding Ding, Amy R.; Borenstein, Charles DeCarli.; Qihao, Guo.; Yougui, Wu.; Qianhua, Zhao.; Shugang, Chu. (2012). Changes in Brain Volume and Cognition in a Randomized Trial of Exercise and Social Interaction in a Community-Based Sample of Non-Demented Chinese Elder. *Journal of Alzheimer s Disease*; 30: 757-766.
- Narimani, M.; Atadokht, A.; Ahadi, B.; Abolghasemi, A.; Zahed, A. (1391). Effectiveness of Stress Management Training on Reduction of Psychological Symptoms and ZGlycemic Control in Diabetic patients. *Health Psychology*; 1(3).
- Nejaddadgar, N.; Fathi, S.; Amani, F.; Sadegi, R. (1392). Assesment Awareness and preventive behaviors of Alzheimer's In elderly referring to health homes, the area 6 in Tehran, The fifth annual Student Research Conference, Ardebil University of medical sciences.
- Nejati, V.; Kordi, R.; Shoaii, F. (1388). Factors influencing physical activity In the elderly, district 17 of Tehran, *Journal of Aging*; 14(4): 2-57.
- Balazade, R. (1388). Evaluate the effectiveness of social skills training on women's public health and aggression, M.Sc. Thesis, General Psychology, Payam Noor University.
- Barati, M. (1390). Health Education, M.Sc., Hamedan Medical University, Hormozgan *Journal of Medical Science*; 15(4): 318-326.
- Constitution of the Islamic Republic of Iran.
- Etkinson et al, Translated by Brahani M et al (1385). Field of psychology Hylgard, Tehran, Roshd.
- Estenhop, M.; Lankster, G. Translated by Hoseini, V.; Jafari, N.; Salmani, N.; Rohani, M. (1388). Community Health Nursing, Gameanegar.
- Gate, N.; Valenzuela, M. (2010). Cognitive Exercise and Its Role in Cognitive Function in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep. Springer Science+Business Media, LLC*.
- Golkarami, SH. (1391). The effect of enabling The depression in the elderly Daily rehabilitation center sages city of Khorramabad, M.Sc. Management Rehabilitation, *Journal of Modern Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences*; 6, 4.
- Hashemi, F.; Fili, A.; Saffarinia, M. (1393). The effectiveness of stress management skills on infertile Mental health. *Health Psychology*; 3(4): 54-64.
- Hemati, G.; Dehshiri, G.; Shojaii, S.; Hakimi, E. (1388). The Comparison loneliness and public health In elderl y Family living And nursing homes In the north of Tehran, *Journal of Aging*; 3(8): 557-564.
- Hoseini, M.; Haroni, M.; Yagmaii, F.; Alavi, H. (1390). Determine the relation between social support and health status Regions in Tehran, *Publication School of Nursing and Midwifery*; 21(73): 25-30.
- Hoseini, R. (1389). Assesment Influence of educational programs On Public health, the burdens of care and perceived stress Care of elderly women with Alzheimer's Referred to the Alzheimer's Association. M.Sc. nursing, Iran University of Medical Sciences.
- Hötting, K.; Gesche, S.; Brigitte, R. (2012). Long-Term Effects of Physical Exercise on Verbal Learning and Memory in Middle Aged Adults. *Brain Science* ; 2: 332-346.
- Johnson, JK.; Louhivuori, J.; Stewart, AL.; Tolvanen, A.; Ross, L.; Era, P. (2013). Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland. *Int Psychogeriatr*; 25(7): 1055-1064.
- Khoshbin, S.; Goui, A.; Farahani, A.; Motlag, M. (1386). improve Help healthy lifestyle in old age. Tandis. Tehran.

- Shamsi, M.; Hekmat, D.; Zamani, M. (1392). The effect of healthy lifestyle education program On quality of life Seniors in arak city, University of Medical Sciences Journal, 16(3).
- Shirazikhah, M.; Moosavi, M.; Sahhaf, R.; Sarmadi, M. (1390). Study of Health and social indices elderly in Iranian women. Journal of Aging; 6, 23.
- Shoenfeld, Y.; Borchers, T.; Eric Gershwin, M. (2012). Special Issue on Gender, Sex Hormones, Pregnancy and Autoimmunity. Autoimmunity Reviews; 11(6-7): A413-A421.
- Tajoor, M. (1382). Seniors Health And An overview of the various aspects of their lives, Tehran, Naslefarda.
- The National Strategic Plan for the elderly. (1390). Iran Welfare Organization.
- Vasel, M.; Ardalan, A. (1386). Ageing and future health care costs: Warning to the health care system. Journal of Aging; 2, 4.
- Wayne, L.; PhD, Westcott. (2012). Effects of Strength Training on Health. Current Sports Medicine Reports; 11(4): 209-216.
- Williams, K.; Kemper, S. (2010). Exploring Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. Psychosoc Nurs Ment Health Serv; 48(5): 42-51.
- World Alzheimer Report. (2014).
- World Health Organization. (2009). Women and health: Today s evidence, tomorrow sagenda. http://whqlibdoc.who.int/publications/_eng.pdf.
- World Health Organization. (2012). Dementia. A public health priority. <http://whqlibdoc.who.int/publications/eng.pdf>.
- www.alz.org.
- www.amar.org.ir.
- www.behzisti.ir.
- www.iranalz.ir.
- Nikoogoftar, M.; Saidi, M. (1393). Wise predictive role in Seniors general health. Health Psychology; 3(2): 38-46.
- Nikpoor, S.; Rezaii, M.; Hagani, H. (1388). Lifestyle factors associated with osteoporosis in women, Journal of Aging; 5(2): 338-242.
- Rabia Hacıhasanog, Lu.; Arzu Yildirim.; Papatya Karakurt. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of dailyliving (ADL) and influential factors. Archives of Gerontology and Geriatrics; 54: 61-66.
- Reiisi, M.; Mostafavi, F.; Hasanzade, A.; Sharifirad, G. (1390). The relationship between health literacy and general health status and health behaviors Seniors in Isfahan city, Health System Research; 7(4).
- Riahi, ME. (1387). Comparative Study Status of the elderly in Past and contemporary societies, Journal of Aging; 3, 9&10:10-12.
- Sarafino, E. (2002). Health Psychology. translated by Mirzaii E et al. (1384) Roshd. Tehran.
- Samadi, S.; Roozbahani, N.; Bayat, A. (1386). Knowledge, attitude and practice of nursing to a healthy lifestyle In old age, The Journal of Qazvin University of Medical Sciences, 11, 1(42): 83-84.
- Schroder Johannes Christine Sattler, Pablo Toro, Peter Schonknecht (2012). Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. Psychiatry Research; 196: 90-95.
- Seif, P.; Dehkhoda, M.; Rajabi, H. (1390). Effects of short-term vibration training on some of the physical fitness of elderly women, Journal of Sport Medicine and Technology; 17(1): 29-38.
- Shabazi, M.; Hatamizade, N.; Rahgozar, M.; (1387). Assessment of disability in the elderly in Tehran, Journal of Aging; 9(10): 81-89.