

بررسی سلامت خودادراک در کهنسالی و عوامل موثر بر آن در آذرشهر

دکتر رضا اسماعیلی^۱ و علی سیف زاده^۲

چکیده

پیری یا سالمندی به عنوان آخرین دوره زندگی انسان همواره مورد توجه متفکران علوم انسانی و زیست شناسی بوده و هست. هدف اصلی تحقیق، شناخت عوامل موثر بر سلامت خودادراک سالمندان شهر آذرشهر می باشد. در این پژوهش از روش پیمایشی و از ابزار پرسشنامه بهره گرفته شده است. جامعه آماری تحقیق، جدا از تعریف سالخوردگی جمعیت، کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر می باشند. همچنین از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) استفاده شده و حجم نمونه ۳۱۲ نفر می باشد.

یافته های تحقیق نشان می دهد که:

۱- حدود ۲۷ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را در حد ضعیف، حدود ۳۴ درصد در حد متوسط و حدود ۳۹ درصد در حد خوب و خیلی خوب ارزیابی نموده اند. مردان بیش از زنان ($p=0.003$) سالمندانی که از حمایت اجتماعی در حد متوسطی برخوردارند، بیش از سایر سالمندان وضع سلامتی شان را خوب ارزیابی کرده اند. ($p=0.004$) میان ارزیابی وضع سلامت و وضعیت تاهل ($p=0.298$)، سن ($p=0.076$) و مدت اقامت سالمندان در شهر ($p=0.618$) تفاوت معنی داری وجود ندارد.

۲- حدود ۴۸ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را مثل همسالان، حدود ۳۲ درصد بهتر از همسالان و حدود ۱۶ درصد خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند. مردان بیش از زنان وضع سلامتی شان را در مقایسه با همسالان بهتر و خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند ($p=0.007$). همچنین میان ارزیابی وضع سلامت سالمندان در مقایسه با همسالان و وضعیت تاهل ($p=0.786$)، سن ($p=0.056$)، برخورداری از حمایت اجتماعی ($p=0.076$) و مدت اقامت در شهر ($p=0.723$) تفاوت معنی داری وجود ندارد.

واژگان کلیدی: سلامت خودادراک، سالمندی، مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی

۱- استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان (اصفهان).

۲- دانشجوی دکترای جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان. پژوهشگر و مدرس دانشگاه. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده با عنوان «مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در کهنسالی» به راهنمایی استاد حسن سرایی و مشاوره دکتر شیرین احمدنیا و دکتر کورش مهرتاش می باشد. برخورد لازم می دانم از هر سه بزرگوار به خاطر راهنمایی ها و کمک های بی دریغ شان کمال قدردانی و تشکر را داشته باشم

مقدمه:

سالخورده‌گی دورانی است که دارای برخی ویژگی‌های جسمی، اجتماعی و روانی است. یکی از این ویژگیها کاهش نسبی قوای جسمانی است، به طوری که از ۶۰ سالگی^۱ به بعد هر چه سن بالاتر می‌رود، نیروهای جسمی فرد به نسبت رو به کاهش می‌گذارد (سلامت جسمانی). بازنشستگی و از دست دادن موقعیتهای شغلی دومین این دوران است، کاهش مسئولیتهایی که مرتبط با شغل و ارتباطات اجتماعی فرد بوده است، نیز از جمله این ویژگی‌هاست (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 می‌دهد (سلامت روانی). (سام آرام، ۱۳۷۲: ۱۱۵) بسیاری از افراد سالخورده به ویژه افرادی که با داشتن پستهای بالا بازنشسته می‌شوند و توان و امکان کار از دست آنها می‌رود، احساس می‌کنند اقتدار خود را از دست داده‌اند و گونه‌ای افسردگی روانی و انزوا در عالم تنهایی به ویژه برای افرادی که از کار و فعالیت خود بازنشسته شده‌اند بوجود می‌آید. به طور کلی افراد سالخورده به دشواری می‌توانند خود را با شرایط دوران از کار افتادگی تطبیق دهند، از این رو غالباً احساس تنهایی و بی‌هدفی می‌کنند. (تقوی، ۱۳۷۴: ۴۴)

فرهنگ وبستر، سلامتی را وضعیت خوب جسمانی، روحی و به خصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند. فرهنگ آکسفورد سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و موثر انجام شود، می‌داند. (سید نوزادی، ۱۳۸۴: ۴۲) سلامت از نظر جالینوس عبارت از، وجود نسبت معینی از عناصر گرمی، سردی، رطوبت و خشکی است. ابن سینا نیز سلامت را سرشت یا حالتی می‌داند که در آن اعمال بدن به درستی انجام می‌گیرد و نقطه مقابل آن بیماری است. (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴) مک‌گروری^۲ ادعا می‌کند: سلامت یک مفهوم مطلق نیست. از آنجا که هر تعریفی محدود به معیارهای اندازه‌گیری است و از آنجا که معیار اندازه‌گیری سلامت مشخص نیست، تعریف سلامت تا وقتی اندازه‌گیری دقیقی بدست نیامده، مبهم خواهد ماند. (کجرویک، ۱۳۷۷: ۷۱) تعریفی که بیش از همه پذیرفته‌تر است، تعریف سازمان بهداشت جهانی (در سال ۱۹۴۸) از سلامت می‌باشد که: «سلامت عبارت

۱- علی‌رغم اینکه آستانه سن سالمندی در ایران مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی، با در نظر گرفتن سن بازنشستگی، ۶۰ سال می‌باشد، جامعه آماری این تحقیق را افراد ۶۵ سال به بالا به عنوان افراد کهنسال، تشکیل می‌دهند.

از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه تنها بیمار یا معلول نبودن.» (محسنی، ۱۳۸۲ : ۴۵) کالاهان^۱ می گوید: « این تعریف خطرناک است و نیاز مبرمی به جایگزین مناسب دارد. این تعریف بر روی تعادل کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی تاکید می کند. هم طب و هم اجتماع را در شرایطی ناممکن برای رسیدن به هدفی ناممکن قرار می دهد. سلامت می تواند شرط لازم برای تعادل باشد، ولی کافی نیست. حتی اگر مقصود این است که کلید در خوشبختی در دست طب است و طب می تواند به هدف تعادل کامل برسد، برای طب یک وظیفه غیر ممکن و خیالی تعیین شده است.» (کجرویک، ۱۳۷۷: ۷۱) در سالهای اخیر با گنجانده شدن " توانایی داشتن یک زندگی مثر 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.

رویکردهای سلامتی سه رویکرد را در بر می گیرد: رویکرد پزشکی، رویکرد کارکردی و رویکرد خودادراکی. در رویکرد خودادراکی سلامتی خوب به تصوراتی مانند رفاه، نگرش مثبت به زندگی و یا یک زندگی خلاق و پر بار ارتباط پیدا می کند. (میرزایی و قهفرخی، ۱۳۸۷: ۵۴۰) سلامت درک شده راهی است، برای بررسی وضعیت سلامت افراد که نیمرخ نسبتاً کاملی در حیطه های بیولوژیکی، ذهنی، عملکردی و معنوی از سلامت فرد را مشخص می کند. (موحد مجد و جهانبازیان، ۱۳۹۴)

مورای و چن از دو نوع بنیادین اختلال در سلامتی یعنی خود ادراک و مشاهده شده تعریف زیر را بدست داده است. « در بررسی های مرتبط با بیماری - اختلال در سلامتی خود ادراک - به پاسخ هایی مربوط می شود که یک فرد ادراک و گزارش کرده است. در مقابل اختلال در سلامتی مشاهده شده را مشاهده گری متفاوت از خود فرد پاسخگو با بکارگیری روش های مشخصی که به طور سیستماتیک می تواند تکرار شود، اندازه گیری کرده است. اختلال در سلامتی خود ادراک - بستگی به تصور و درک فرد از بیماری دارد، در حالی که اختلال در سلامتی مشاهده شده تحت تاثیر استانداردهای ناخوشی که یک مشاهده گر مجرب اندازه گیری کرده قرار دارد.» (میرزایی، ۱۳۸۴: ۸۶)

ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خود گزارشی (Self-rated health) به عنوان یک شاخص شناخته شده بین المللی در تحقیقات سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربردی گسترده است. (وحدانی نیا، مریم سادات و دیگران، ۱۳۹۰: ۳۵۶)

سلامت خودادراک عبارت است از تجربه فردی از وقایع جسمی، روانی و اجتماعی است که احساس رفاه فردی را در یک زمان خاص متأثر می سازد. سلامت خودادراک یک شاخص است که نه تنها به طور چشمگیری در بین گروههای جمعیتی مختلف فرق می کند، بلکه نشان داده است که در پیش بینی دیگر نتایج سلامت، از جمله مرگ و میر، بروز بیماریهای مزمن، بقای کوتاه مدت و حتی استفاده از خدمات بهداشتی و مصرف دارو خیلی مفید است. (سنچر)

مزیت سلامت خودادراک این است که یک دید کلی، به جای یک دید جزئی از سلامت بوجود می آورد. سلامت خودادراک با دیگر نتایج سلامتی و استفاده از خدمات بهداشتی در رابطه می باشد و همچنین یک پیش بین مستقل برای بقای سالمندان است. (واحد نمایش امید سلامتی اروپا، ۲۰۰۲)

حال این تحقیق به دنبال این است که در شهر آذرشهر سالمندان از سلامت خودشان چه ادراکی دارند و عوامل موثر بر این سلامت خودادراک در کهنسالی کدامند؟ و به عبارت دیگر بررسی عوامل موثر بر سلامت خودادراک سالمندان در شهر آذرشهر هدف اصلی پژوهش می باشد.

پیشینه بحث:

میرزایی و قهفرخی مهری (۱۳۸۷) در مقاله ای به بررسی عوامل موثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران پرداخته اند. این مقاله شناخت محدودیت فعالیت، محدودیت عملکرد و اختلال روانی، ویژگیهای جمعیتی- اجتماعی (پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، وضع فعالیت، سن و جنس) در سالمندان و تاثیر آنان بر سلامت خود ادراک سالمندان است. همچنین برآزش داده های سلامت سالمندان با مدل آرایه شده توسط جانسون و ولینسکی و آرایه مدل نظری و تحلیلی مناسب برای بررسی همزمان نقش متغیرهای ذکر شده از اهداف این پژوهش می باشد. مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی داده های طرح ملی پیمایش وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۱ است و برای تبیین سلامت خود ادراک سالمندان از دو رهیافت سلامتی جمعیت و رویکردهای شاخصهای سلامتی استفاده شده است. تحلیل آماری نشان داد سالمندانی که محدودیت عملکرد، محدودیت فعالیت و اختلال روانی

بیشتری داشته اند، نسبت به کسانی که هیچ مشکل سلامتی نداشته اند، سلامتی خود را ضعیف تر گزارش داده اند و مشاهده شد افراد طبقات اجتماعی پایین تر که دارای درآمد کمتر و سطح تحصیلات پایین تر هستند، نسبت به افراد از طبقه اجتماعی بالاتر که درآمد بیشتر و سطح تحصیلات بالاتری دارند، سلامت خود ادراک پایین تری را گزارش داده اند. نتایج بدست آمده از این پژوهش بیان کننده این است که محدودیت عملکرد، محدودیت فعالیت، اختلال روانی، پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات و سن پیش بینی کننده های قابل اعتمادی برای سلامت خود ادراک در سالمندان می باشند.

مجید موحد مجدودصدیقه جهانبازیان در مقاله ای تحت عنوان «بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴» سلامت خود ارزیابی شده میان سالمندان ساکن در شهر یاسوج را بررسی نموده اند. جامعه آماری این تحقیق را افراد سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر یاسوج تشکیل داده است. برای گردآوری داده ها تعداد ۳۶۰ نفر از سالمندان در شهر یاسوج به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. روش پیمایش به عنوان روش مورد نظر این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. متغیرهای جمعیتی مانند سن، تحصیلات، طبقه اقتصادی- اجتماعی، سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه معنی داری داشتند. همچنین متغیرهای فرهنگی و اجتماعی مانند رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی، عزت نفس با خودارزیابی سلامت رابطه معنی داری داشتند. آماره ضریب تعیین R^2 نیز نشان می دهد که ۲۷ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی (خودارزیابی سلامت) توسط چهار متغیر مستقل شامل عزت نفس، سابقه بیماری، رفتار سلامت و تحصیلات هستند، تبیین می - شود. اینکه فرد نسبت به خود چه احساسی داشته باشد و برای خود چه میزان ارزش و اهمیت قائل باشد، می تواند بر خودارزیابی سلامت تاثیر بگذارد. این مطالعه نشان داد، وضعیت سلامت سالمندان شهر یاسوج در حد متوسط بوده و از عوامل فرهنگی- اجتماعی تاثیر می پذیرد.

مریم سادات وحدانی نیا و دیگران (۱۳۹۰) در مقاله ای با عنوان مردم سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنند؟ سلامت از دیدگاه مردم ایران را مطالعه کرده اند. این مطالعه مقطعی بر آن بوده است تا به بررسی سلامت گزارش شده توسط افراد در ایران بپردازد. با طراحی مطالعه ای مقطعی افراد در سنین ۶۵- ۱۸ سال بعنوان جمعیت هدف مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گیری به روش طبقه بندی شده خوشه ای به تفکیک استان های کشور انجام شد. سطح سلامت با استفاده از یک سوال «در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟» اندازه گیری شد. سایر متغیر های مورد نیاز نیز با استفاده از ابزار طراحی شده جمع آوری شد. در

مجموع، ۲۷۸۸۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفته و میانگین سنی جمعیت ۳۲,۷ سال (=۱۱,۸) انحراف معیار) بود. بیشتر افراد وضعیت سلامت خود را «بسیار خوب» (۱۷,۵ درصد) و «خوب» (۵۴ درصد) ارزیابی نموده و وضعیت سلامت در سطح «بسیار بد» ۰,۸ درصد گزارش شد. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد، عوامل اقتصادی-اجتماعی از قبیل وضعیت اشتغال، سطح درآمد و شهر محل سکونت تاثیر بسزایی بر سطح سلامت افراد دارد. نتایج این مطالعه جمعیتی نشان داد بیشتر مردم ایران (۷۱,۵ درصد) سلامت خود را به صورت «بسیار خوب یا خوب» ارزیابی می نمایند.

کالتا دوراتا^۱ و دیگران در مطالعه ای به بررسی وضعیت سلامت ذهنی جمعیت بزرگسال و تعیین عوامل موثر بر خود ادراک افراد از سلامت پرداخته اند.

(Kaleta & et al, 2009: 122) جامعه مورد مطالعه به صورت تصادفی انتخاب شده اند. حجم نمونه ۱,۰۵۶ فرد بالای ۲۰-۷۴ سال بوده اند. از مدل رگرسیون لجستیک برای ارزیابی عوامل موثر بر ادراک فرد از سلامت استفاده شده است. نتایج این تحقیق نشان می دهد که بیش از ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه سلامت خود را ضعیف و خیلی ضعیف ارزیابی کرده اند. تفاوت معنی دار آماری بین زنان و مردان در مورد ادراک آنها از سلامت ($p < 0,05$) وجود دارد. افراد مسن تر در مقایسه با کسانی که کمتر از ۲۵ سال داشتند، وضعیت سلامت خود را ضعیف و بسیار ضعیف ارزیابی نموده اند. چهار درصد از مردان و ۱۰ درصد از زنان جوان تر از ۲۵ سال سلامت خود را ضعیف و خیلی ضعیف ارزیابی کرده اند، در حالی که این وضعیت در گروه سنی ۴۵-۵۴ به بیش از ۴۰ درصد افزایش یافته است.

مطالعه ای در کشور استرالیا در سال ۲۰۰۵ از شهروندان ساکن ایالت‌های سراسر این کشور انجام شد. این مطالعه ارزیابی مردم از وضعیت سلامت خود و جنبه های مرتبط با آن شامل سبک زندگی و سایر عوامل خطر، استفاده از خدمات بهداشتی و اقدامات مرتبط با سلامت را مورد بررسی قرار داد. (Australian Bureau of Statistics)

مطالعات میکولاژیک^۲ و همکارانش نشان می دهد که سلامت خودارزیابی (SRHS) اندازه گیری قابل اعتماد و معتبری برای ارزیابی سلامت ذهنی و عینی افراد است.

(Mikolajczyk & et al, 2012)

1-Kaleta, Dorota

2-Mikolajczyk

فرضیه های تحقیق:

- ۱- بین جنس افراد و سلامت خودادراک تفاوت وجود دارد، به این صورت که مردان از سلامت خودادراک بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.
- ۲- بین وضع تاهل افراد و سلامت خودادراک تفاوت وجود دارد، به این صورت که متاهلین از سلامت خودادراک بیشتری نسبت به مجردین برخوردارند.
- ۳- بین سن افراد و سلامت خودادراک رابطه وجود دارد، به این صورت که با بالا رفتن سن، میزان سلامت خودادراک افراد کاهش می یابد.
- ۴- بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت خودادراک تفاوت وجود دارد، به این صورت که افراد ی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت خودادراک بالایی نیز برخوردار می باشند.
- ۵- بین پایگاه اقتصادی _ اجتماعی افراد و سلامت خودادراک تفاوت وجود دارد، به این صورت که افراد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا، از سلامت خودادراک بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردارند.

ابزار و روش:

در این پژوهش از روش پیمایشی و از ابزار پرسشنامه بهره گرفته شده است. جامعه (جمعیت) آماری تحقیق کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر می باشند. همچنین از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) استفاده شده است و حجم نمونه ۳۱۲ نفر می باشد. برای سنجش سلامت خودادراک از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. در این پژوهش از رایج ترین معیار برای سنجش و ارزیابی سلامت سالمندان از خودشان استفاده شده است. (Robine, Jagger, Romieu, ۲۰۰۲) برای بررسی سلامت خودادراک افراد، از دو سوال اصلی و استاندارد « به طور کلی شما در حال حاضر سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟ » و سوال «وضع سلامتی خود در مقایسه با همسالان را چگونه ارزیابی می کنید» استفاده شده است. سوال اولی به صورت کیفی در طیف پنج گزینه ای لیکرت (خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و عالی) و سوال دومی نیز به صورت طیف پنج گزینه ای (خیلی بدتر از همسالان، بدتر از همسالان، مثل همسالان، بهتر از همسالان و خیلی بهتر از همسالان) در پرسشنامه تعریف شد. همچنین برای سنجش اعتبار کل ابزار سنجش، از دو نوع اعتبار محتوا و اعتبار سازه و برای محاسبه پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج تحقیق نیز با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح توصیفی و تحلیلی استخراج شده است. برای توصیف یافته های

تحقیق از جداول یک بعدی استفاده شده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری T، تحلیل واریانس (F) استفاده شده است.

یافته ها:

توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب ارزیابی آنها از وضع سلامتی شان

ارزیابی وضع سلامت	فراوانی	درصد	درصد معتبر
ضعیف	۸۵	۲۷,۲	۲۷,۴
متوسط	۱۰۵	۳۳,۷	۳۳,۹
خوب	۱۱۴	۳۶,۵	۳۶,۸
عالی	۶	۱,۹	۱,۹
بدون پاسخ	۲	۰,۶	۱,۰
جمع	۳۱۲	۱۰۰	

توزیع پاسخگویان بر حسب ارزیابی شان از وضع سلامتی خود نشان می دهد که ۲۷,۴ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را در حد ضعیف، ۳۳,۹ درصد در حد متوسط، ۳۶,۸ درصد در حد خوب و ۱,۹ درصد در حد عالی ارزیابی نموده اند.

ارزیابی پاسخگویان از وضع سلامتی شان به تفکیک جنسیت، وضع تاهل، سن، بر خورداری از حمایت اجتماعی و مدت اقامت آنها در شهر

ارزیابی وضع سلامت	زن	مرد	وضع تاهل		سن			بر خورداری از حمایت اجتماعی		مدت اقامت در شهر		
			متاهل	مجرد	۶۹ تا ۶۵ سال	۷۹ تا ۷۰ سال	۸۰ سال و بیشتر	کم	متوسط		زیاد	
خوب	۲۹,۵	۴۷,	۳۹,۲	۳۵,۷	۴۱,۵	۳۶,۸	۳۷,۵	۳۲,۶	۳۵,۷	۲۰,	۳۷,۵	۴۰,۷
متوسط	۳۶,	۳۱,	۳۲,۴	۴۲,۹	۳۱,۹	۳۶,۸	۲۹,۲	۴۵,۷	۳۲,۱	۳۲,	۳۶,۸	۳۱,۵
ضعیف	۳۴,	۲۱,۱	۲۸,۴	۲۱,۴	۲۶,۷	۲۶,۴	۲۳,۳	۲۱,۷	۳۲,۱	۴۷,	۲۵,۷	۲۷,۸
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
آماره	Sig=0.003		Sig=0.298		Sig=0.076			Sig=0.004		Sig=0.618		

بررسی آماری و سطح معنی داری بدست آمده، نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین ارزیابی زنان و مردان، از وضع سلامتی شان وجود دارد و مردان بیش از زنان وضع سلامتی شان را خوب ارزیابی کرده اند. ($p=0.003$)

میان ارزیابی وضع سلامت و وضعیت تاهل ($p=0.298$)، سن ($p=0.076$) و مدت اقامت سالمندان در شهر ($p=0.618$) تفاوت معنی داری وجود نداشته و سالمندان به میزان مشابهی

وضع سلامت خود را خوب ارزیابی کرده اند و از این لحاظ تفاوتی بین این گروه ها وجود ندارد. سالمندانی که از حمایت اجتماعی در حد متوسطی برخوردارند، بیش از سایر سالمندان وضع سلامتی شان را خوب ارزیابی کرده اند. ($p=0.004$)

توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب ارزیابی آنها از وضع سلامتی شان

در مقایسه باهمسالان

وضع سلامت	فراوانی	درصد	درصد معتبر
خیلی بهتر از همسالان	۴۹	۱۵,۷	۱۵,۹
بهتر از همسالان	۹۹	۳۱,۷	۳۲,۱
مثل همسالان	۱۴۸	۴۷,۴	۴۸,۱
بدتر از همسالان	۱۲	۳,۸	۳,۹
بدون پاسخ	۴	۱,۳	۱,۰
جمع	۳۱۲	۱۰۰	

توزیع پاسخگویان بر حسب ارزیابی شان از وضع سلامتی شان در مقایسه با همسالان، نشان می دهد که ۴۸,۱ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را مثل همسالان، ۳۲,۱ درصد بهتر از همسالان و ۱۵,۹ درصد خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند. همچنین ۳,۹ درصد وضع سلامتی خود در مقایسه با همسالان را بدتر ارزیابی نموده اند.

توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب ارزیابی آنها از وضع سلامتی شان در مقایسه باهمسالان بر حسب جنسیت، وضع تاهل، سن، برخورداری از حمایت اجتماعی و مدت

اقامت آنها در شهر

مدت اقامت	برخورداری از حمایت اجتماعی				سن			وضع تاهل		جنسیت		ارزیابی وضع سلامت در مقایسه باهمسالان
	زیر ۲۰ سال	بیشتر ۲۰ سال و	زیاد	متوسط	بیشتر ۸۰ سال و	۷۰ تا ۷۹ سال	۵۵ تا ۶۹ سال	متاهل	تاهل	زن	مرد	
۱۵,۲	۱۶,۴	۱۲,۳	۱۸,۴	۲۲,۷	۱۲,۵	۲۲	۱۱,۹	۱۴,۲	۱۵,۷	۲۰,۸	۱۱,۳	خیلی بهتر از همسالان
۳۰,۵	۳۴,۳	۳۱,۵	۳۱,۶	۳۸,۶	۲۵	۳۱,۷	۳۵,۶	۳۲,۱	۳۲,۷	۳۶,۹	۲۷,۷	بهتر از همسالان
۳۹,۴	۴۶,۴	۴۳,۴	۴۳	۳۸,۶	۵۴,۲	۴۱,۵	۵۱,۱	۵۰	۴۷,۶	۳۸,۳	۵۷,۲	مثل همسالان
۴,۹	۴,۹	۲,۷	۷	۰	۸,۳	۴,۹	۱,۵	۳,۶	۴	۴	۳,۸	بدتر از همسالان
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع
Sig=0.723	Sig=0.076				Sig=0.056			Sig=0.786		Sig=0.007		آماره

بررسی آماری و سطح معنی داری بدست آمده، نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین ارزیابی زنان و مردان از وضع سلامتی شان در مقایسه با همسالان وجود دارد و مردان بیش از زنان وضع سلامتی شان را در مقایسه با همسالان بهتر و خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند..(p=0.007)

میان ارزیابی وضع سلامت سالمندان در مقایسه با همسالان و وضعیت تاهل (p=0.786)، سن (p=0.056)، برخورداری از حمایت اجتماعی (p=0.076) و مدت اقامت در شهر (p=0.723) تفاوت معنی داری وجود نداشته، سالمندان به میزان مشابهی وضع سلامت خود را مثل همسالان ارزیابی کرده اند و از این لحاظ تفاوتی بین این گروه ها وجود ندارد.



توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب نظرات آنها در مورد ویژگیهای یک فرد سالم

درصد	فراوانی	ویژگیهای یک فرد سالم
۳۸,۴	۱۲۸	به تنهایی قادر به انجام کارهایش باشد
۲۱,۹	۷۳	صحت و سلامت جسمانی داشته باشد
۱۵,۶	۵۲	شکر خدا را به خاطر سلامتی اش به جا آورد
۱۴,۴	۴۸	از لحاظ روحی و جسمی سالم باشد
۴,۲	۱۴	شاداب و با نشاط باشد
۱,۲	۴	خوب بخورد و بخوابد
۴,۲	۱۴	سایر
۱۰۰	۳۱۲	جمع

حدود ۳۸ درصد پاسخگویان به توانایی انجام کارها توسط فرد، حدود ۲۲ درصد به بر خورداری از صحت و سلامت جسمانی، حدود ۱۶ درصد به جا آوردن شکر خدا، حدود ۱۴ درصد سالم بودن از لحاظ روحی و جسمی، حدود ۴ درصد شاداب و با نشاط بودن و ۱,۲ درصد خوب خوردن و خوابیدن را به عنوان مهمترین ویژگی های فرد سالم اعلام کرده اند.

عمومی ترین بررسی های سنجش ناتوانی سالمندان در کشورهای توسعه یافته، فعالیت های روزمره هستند (IADL). کارهای پایه ای زندگی روزمره مثل خوردن، لباس پوشیدن، توالی رفتن، حمام کردن و حرکات هستند (کاتز و همکاران، ۱۹۸۳) و کارهای سودمند در زندگی روزمره مثل خرید کردن و استفاده از تلفن می باشد (Martin and Kinsello, 1994, 362).

توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب توانایی آنها برای انجام هر یک از فعالیتها
در شهر آذرشهر

فعالیت	به تنهایی می توانم	به کمک دیگران میتوانم	نمی توانم	کل
استفاده از تلفن	۸۸	۹,۷	۲,۳	۱۰۰
بیرون رفتن از منزل	۵۳,۵	۴۲	۴,۵	۱۰۰
خرید کردن	۴۷,۱	۴۷,۱	۵,۸	۱۰۰
غذا پختن	۹۰,۷	۶,۴	۲,۹	۱۰۰
انجام کار در منزل	۹۰,۷	۵,۸	۳,۵	۱۰۰
مصرف دارو	۹۲,۳	۷,۱	۰,۶	۱۰۰
کنترل دخل و خرج	۸۷,۵	۷,۷	۴,۸	۱۰۰
حمام کردن	۹۲	۶,۷	۱,۳	۱۰۰
لباس (پوشیدن/درآوردن)	۹۲,۶	۶,۷	۰,۶	۱۰۰
توالیت رفتن	۹۴,۲	۵,۸	۰	۱۰۰
اختیار داشتن (ادارار /مدفوع)	۹۳,۶	۵,۱	۱,۳	۱۰۰
جابجا شدن	۸۸,۵	۱۰,۳	۱,۳	۱۰۰
غذا خوردن	۹۶,۵	۳,۵	۰	۱۰۰

توانایی انجام کارها، توسط پاسخگویان نشان می دهد که اکثر سالمندان به تنهایی قادر به انجام کلیه کارها می باشند. تنها در مورد بیرون رفتن از منزل و خرید کردن، بیش از ۴۰ درصد پاسخگویان اعلام کرده اند که به کمک دیگران می توانند این کارها را انجام دهند.

بحث و نتایج:

توزیع پاسخگویان به تفکیک ارزیابی شان از وضع سلامتی خود نشان می دهد که ۲۷,۴ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را در حد ضعیف، ۳۳,۹ درصد در حد متوسط، ۳۶,۸ درصد در حد خوب و ۱,۹ درصد در حد عالی ارزیابی نموده اند. یک بررسی در سال ۱۹۵۶ در انگلستان به وسیله تان بریج و شفیلد صورت گرفت. در این بررسی یک گروه مامور پرسش درباره تندرستی سالخوردگان بودند و پژوهشگران عقیده داشتند که وضع تنها ۲۶ درصد از مردان متناسب بود، در حالی که ۶۵ درصد آنها فکر می کردند که از تندرستی کامل برخوردارند. تنها ۲۳ درصد زنان تندرست و سالم بودند، ولی ۵۸ درصد آنان فکر می کردند که از سلامتی بهره مند هستند. (دوبوار، ۱۳۶۵: ۴۵۸)

پرفسور سیوزا نیز معتقد است که مردمان سالخورده برای حفظ تندرستی شان معمولاً از حق خویش استفاده نمی کنند. او برای اینکار دو دلیل بدست می دهد: « نخست آنکه سالخوردگان به درستی نمی دانند در چه زمانی وضع جسمانی شان به مرحله آسیبی رسیده است. به نظر آنها حتی ناراحتی های جدی به صورت یک امر طبیعی کهنسالی محسوب می شود. در مرحله دوم آنان طرز تلقی و رضا و تسلیم را برگزیده اند. » (دوبوار ، ۱۳۶۵ : ۲۵۹)

بررسی آماری و سطح معنی داری بدست آمده نشان می دهد که مردان بیش از زنان وضع سلامتی شان را خوب ارزیابی کرده اند. ($p=0.003$) مورای و همکارانش^۱ (۱۹۹۲) نمونه هایی از گزارشهای اختصاصی شیوع بیماری مرتبط با سن، جنسیت و درآمد را در رابطه با کشورهای چین، پاکستان، پرو و تایلند مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که معمولاً شیوع بیماری مرتبط با سن در مردان نسبت به زنان بیشتر است و در میان ثروتمندان نسبت به فقیران خیلی رواج دارد، گر چه ارتباط با سن در همه کشورها کاملاً یکنواخت نیست. به صورت مشابهی نودل و همکارانش^۲ در تایلند به یک منبع مختلف اطلاعاتی دست یافتند که نشان می داد، بیماریها همیشه با سن افزایش نمی یابد. (Martin and Kinsello , 1994 , 362)

میان ارزیابی وضع سلامت و وضعیت تاهل ($p=0.298$) رابطه معنی داری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش مریم سادات وحدانی نیا و دیگران (۱۳۹۰) مطابقت دارد که طی آن بین افراد مجرد و متاهل اختلاف معنی داری در سطح سلامت گزارش شده وجود نداشت. در حالی که در مطالعه ای در سوریه، افراد متاهل سطح سلامت خود را پایین تر از افراد مجرد گزارش کرده اند. (Asfar& et al , ۲۰۰۷)

یافته های پژوهش نشان می دهد که، بین سن سالمندان و سلامت خودادراک آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد. طبق تحقیق میرزایی و قهفرخی مهری (۱۳۸۷) نیز سن اثر مستقیم روی سلامت خودادراک سالمندان نداشته و می توان گفت که رابطه سن و سلامت محصول افت بیولوژیک است، که با فرایند سالمندی همراه است. همچنین 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. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲ : ۹۱ و ۹۲)

1-Murray et al

2-Knodel et al

مدت اقامت سالمندان در شهر و اداراک آنها از سلامت خود تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p=0.618$) و سالمندان با مدت اقامت مختلف، به میزان مشابهی وضع سلامت خود را خوب ارزیابی کرده اند.

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروهها به فرد ارزانی می دارند، گفته می شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمانهای اجتماعی به عمل آورند. (سارافیند، ۱۳۸۴ : ۱۷۸) پژوهشگران با استفاده از فرضیه های دورکم کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند. استدلال آنها از این قرار است که اگر یکانگی اجتماعی ضعیف باشد، در این صورت افراد از حمایت اجتماعی بی بهره اند و از همین رو سلامتشان در خطر است. بر عکس، حمایت اجتماعی زیاد افراد را از بیماری در امان نگه می دارد. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲ : ۶۲) در مورد چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت، محققان دو نظریه ارائه کرده اند، ۱- فرضیه سپر ۲- تاثیر مستقیم. بر اساس فرضیه سپر، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد، بر سلامت او موثر 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. (سارافیند، ۱۳۸۴ : ۱۸۵ و ۱۸۶) نتایج پژوهش نشانگر آن است، سالمندانی که از حمایت اجتماعی در حد متوسطی برخوردارند، بیش از سایر سالمندان وضع سلامتی شان را خوب ارزیابی کرده اند. ($p=0.004$) بعضی شواهد، 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. (سارافیند، ۱۳۸۴ : ۱۸۵ و ۱۸۶) و همین امر منجر به ادراک مثبت آنها از وضعیت سلامتی خودشان می شود.

توزیع پاسخگویان به تفکیک ارزیابی شان از وضع سلامتی شان در مقایسه با همسالان نشان می دهد که ۴۸،۱ درصد پاسخگویان وضع سلامتی شان را مثل همسالان، ۳۲،۱ درصد بهتر از همسالان و ۱۵،۹ درصد خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند. همچنین ۳،۹ درصد وضع سلامتی خود در مقایسه با همسالان را بدتر ارزیابی نموده اند. مردان بیش از زنان وضع سلامتی شان را در مقایسه با همسالان بهتر و خیلی بهتر از همسالان ارزیابی کرده اند. ($p=0.007$) میان ارزیابی وضع سلامت سالمندان در مقایسه با همسالان و وضعیت تاهل ($p=0.786$)، سن

($p=0.056$) ، برخورداری از حمایت اجتماعی ($p=0.076$) و مدت اقامت در شهر ($p=0.723$) تفاوت معنی داری وجود نداشته و سالمندان به میزان مشابهی وضع سلامت خود را مثل همسالان ارزیابی کرده اند.

میان کهنسالی و برخی از بیماریها رابطه ای متقابل وجود دارد. بیماری به کهنسالی شتاب می بخشد و کهنسالی انسان را برای قبول بعضی از ناراحتی ها و بیماریها، مخصوصاً آن نوع که با سیر قهقراپی در ارتباط است، مستعد می سازد. (سام آرام ، ۱۳۷۹ : ۶۱) عمومی ترین بررسی های سنجش ناتوانی سالمندان در کشورهای توسعه یافته، فعالیت های روزمره هستند (IADL). مقایسه این شاخص در مورد سالمندان شهر آذرشهر با کشورهای دیگر، نشان می دهد که این شاخص در سالمندان آذرشهر در حد پایین می باشد. برای مثال آندریو و همکارانش (۱۹۸۶) دریافتند که نسبت های جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر که قادر به انجام همه IADL هستند، در کره ۷۵ درصد، در مالزی ۹۰ درصد و در فیلیپین ۹۱ درصد می باشد (Martin and Kinsello , 1994 , 362). یافته های این پژوهش نشان می دهد که، حدود ۳۸ درصد پاسخگویان به توانایی انجام کارها توسط فرد، حدود ۲۲ درصد به برخورداری از صحت و سلامت جسمانی، حدود ۱۶ درصد به جا آوردن شکر خدا، حدود ۱۴ درصد سالم بودن از لحاظ روحی و جسمی، حدود ۴ درصد شاداب و با نشاط بودن و ۱,۲ درصد خوب خوردن و خوابیدن را به عنوان مهمترین ویژگی های فرد سالم اعلام کرده اند.

منابع:

- آرمسترانگ، د (۱۳۷۲)، جامعه شناسی پزشکی. ترجمه: م، توکل. تهران: موسسه انتشارات علمی.
- تقوی، ن (۱۳۷۴)، سالخوردگان در جامعه. فصلنامه جمعیت شماره ۱۱ و ۱۲.
- سارافیند، ا (۱۳۸۱)، روان شناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی). تهران: انتشارات رشد.
- سام آرام، ع (۱۳۷۲)، از غرب خانه عشایری تا سرای سالمندان خصوصی. تهران: فصلنامه علوم اجتماعی دوره اول شماره ۳ و ۴.
- سام آرام، ع (۱۳۷۹)، موقعیت سالمندان در خانواده. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد دوم.
- سجادی، ح و صدرالسادات، ج (۱۳۸۳)، شاخص های سلامت اجتماعی. اطلاعات سیاسی - اقتصادی. سال نوزدهم، شماره سوم و چهارم.
- سرایی، ح (۱۳۷۵)، مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق. تهران: انتشارات سمت.
- سید نوزادی، م (۱۳۸۴)، بهداشت عمومی. انتشارات کتاب سلامت.
- کجرویک، د (۱۳۷۷)، زنان در سلامت و بیماری. ترجمه: احمد سلطانی. تهران: نشر آتیه.
- محسنی، م (۱۳۸۲)، جامعه شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری.
- موحد مجد مجید، جهانبازیان صدیقه. بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴. فصلنامه پرستاری سالمندان. ۱۳۹۴؛ ۱ (۴)
- میرزایی، م (۱۳۸۴)، جزوه کلاسی درس مرگ و میر و تحولات آن. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- میرزایی، م. (۱۳۸۴)، جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران. تهران: مرکز مطالعات و پژوهشهای جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- میرزایی، م و قهفرخی مهری، ش (۱۳۸۷). بررسی عوامل موثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران. فصلنامه سالمند. سال سوم، شماره هشتم.
- وحدانی نیا، مریم سادات و دیگران (۱۳۹۰). مردم سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنند: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران. پایش: تابستان ۱۳۹۰، دوره ۱۰، شماره ۳؛ از صفحه ۳۵۵ تا صفحه ۳۶۳

- Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, WardKD, Maziak W. Self-ratedself- health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. BMC Public Health. ۲۰۰۷; ۷: ۱۷۷
- Australian Bureau of Statistics. National HealthSurvey: summary of results. ۴۳۶۴,۰,۲۰۰۴-5 .Available at: www.abs.gov.au
- EURO-REVES (2002), «Selection of a Coherent Set of Health Indicators. » Edited by JM Robine, C.JaggerandV.Egidi, Montpellier, France, Euro-REVES
- Kaleta, Dorota; Polańska, Kinga; Dziańska-Zaborszczyk, Elżbieta; Hanke, Wojciech; Drygas, Wojciech. Central European Journal of Public Health; 2009, Vol. 17 Issue 3, p122
- Martin, L and Kinsella, K (1994). Research on the demography of aging in developing countries .Demography of aging. National academy press Washington, D.C.
- Rafael T Mikolajczyk, Patrick Brzoska, Claudia Maier, VeronikaOttova, Sabine Meier, Urszula Dudziak4, Snezhanallieva and Walid El Ansari(2012). Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries
- Robine J-M, Jagger C, Romieu I. Selection of acoherent set of health indicators for the European Union. Phase II: final report. Euro-REVES: Montpellier, France, ۲۰۰۲.