

## مطالعه خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهرهای شیراز و یاسوج

### سال ۱۳۹۴

مجید موحدمجد<sup>۱\*</sup> و صدیقه جهانبازیان<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۲۳

### چکیده

سلامت درک شده راهی است برای بررسی وضعیت سلامت افراد که اطلاعات کامل در حیطه‌های بیولوژیکی، ذهنی، عملکردی و معنوی از سلامت فرد را مشخص می‌کند. بررسی وضعیت سلامتی افراد از نگاه خودشان یک سنجه مهم از نظر وضعیت سلامت عمومی جامعه است. خودارزیابی سلامت توسط فرد یک شاخص شناخته شده بین المللی است که برای سنجش وضعیت سلامت افراد در پژوهش‌های سلامت همگانی و اپیدمیولوژی دارای کاربردی گسترده است. هدف از این پژوهش مطالعه خودارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن شهر شیراز و یاسوج است. جامعه آماری این پژوهش را افراد سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر شیراز و یاسوج تشکیل داده است و برای گردآوری داده‌ها تعداد ۷۶۰ نفر (۴۰۰ نفر در شیراز، ۳۶۰ نفر در یاسوج) از آنان را به عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. در این پژوهش روش پیمایش مورد استفاده قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها از راه نرم افزار رایانه‌ای SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. میانگین و انحراف معیار چهار بعد سلامت سالمندان مورد پژوهش  $14/95 \pm 75/18$  بود که  $63/8$  درصد آن‌ها وضعیت سلامت ادراک شده خود را در حد متوسط ارزیابی نمودند. متغیرهای جمعیتی مانند سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، قومیت، تعداد فرزندان، طبقه اقتصادی- اجتماعی، سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار داشتند. بین جنس و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود نداشت. هم‌چنین، متغیرهای فرهنگی و اجتماعی مانند رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی، عزت نفس، مصرف رسانه، ارتباط و صمیمیت با فرزندان و ارتباط با دوستان با خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار داشتند. آماره ضریب تعیین  $R^2$  نیز نشان می‌دهد که حدود چهل درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی (خودارزیابی سلامت) توسط هفت متغیر مستقل که در معادله باقی مانده‌اند و شامل

<sup>۱</sup> - دانشیار دانشگاه شیراز، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی.

<sup>۲</sup> - کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی شیراز، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی.

\*- نویسنده مسئول مقاله: [mmovahed@rose.shirazu.ac.ir](mailto:mmovahed@rose.shirazu.ac.ir)

عزت نفس، سابقه بیماری، تعداد فرزندان، رفتار سلامت، قومیت، تحصیلات، حمایت اجتماعی هستند تبیین می‌شود. این که فرد نسبت به خود چه احساسی داشته باشد و برای خود چه مقدار ارزش و اهمیت بداند، می‌تواند بر خودارزیابی سلامت تاثیر بگذارد این مطالعه نشان داد، وضعیت سلامت سالمندان شهر شیراز و یاسوج در حد متوسط بوده که نیازمند حمایت خانواده‌ها و مسئولان می‌باشند و وضعیت سلامت سالمندان شهر شیراز و یاسوج از عوامل فرهنگی- اجتماعی تاثیر می‌پذیرد.

**واژه‌های کلیدی:** خودارزیابی سلامت، سالمندان، عزت نفس، حمایت اجتماعی، سابقه بیماری، رفتار سلامت.

### پیشگفتار

سلامت با همه جوانب از جمله حقوق اولیه انسانی و شاخص‌های عدالت در جامعه همراه است. حق سلامتی به معنی برخورداری از یک زندگی سالم و مولد با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی است. این حق همگانی بوده و مسئولیت آن برعهده دولت‌هاست. یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقا، سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه بشمار می‌رود (Sabbagh et al, 2013). سلامت به عنوان یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ‌ها بوده و در طی چند دهه گذشته سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است. سلامت مفهومی گسترده دارد و تعریف آن تحت تاثیر مقدار آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. امروزه سلامت به عنوان یک مفهوم چند بعدی مورد توجه قرار گرفته که مفهوم آن مستقل از صرف بیمار نبودن است (Naidoo & wills, 2013). سلامت بزرگ‌ترین سرمایه‌ی بشر است و به همین دلیل برای کسب سلامتی به پی‌ریزی یک سازمان منسجم نیاز است و سلامتی مطلوب برای توسعه و بهروزی انسان ضروری است (Stabhope & Lancaster, 2000). در دنیای کنونی سلامت تبدیل به یک موضوع مهم و محوری در مطالعات اجتماعی شده است. سلامت در دو معنای محدود و گسترده تعریف شده است، در تعریف محدود و بر اساس مدل پزشکی، سلامت به معنای فقدان بیماری و ناتوانی می‌باشد. حال آن‌که در تعریف گسترده و بر اساس مدل کل نگر که به وسیله سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است، سلامت به معنای آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی می‌باشد. از این رو، بر اساس این تعریف، سلامت فقط فقدان بیماری نیست بلکه آسایش و رفاه در تمام سطوح زندگی انسان‌ها می-

باشد (Cleland & Hill, 1991; Fertman & Allensworth, 2010). سلامتی یک مفهوم نسبی و معیارهای سلامتی در بین گروههای سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت است و این موضوع خود گواه آن است که باید در هر اجتماع و گروهی تعریف سلامتی از نظر شرایط مخصوص آن انجام شود، هر جامعه‌ای باید با توجه به مجموعه شرایط موجود تصمیم بگیرد و سپس در جست و جوی راههای دستیابی به سطح تعیین شده برای سلامتی باشد (Giger & David hizar, 2004). مفهوم سلامت درک شده از سال ۱۹۵۰ در پژوهش‌های گوناگون استفاده شده است و سپس مطالعات فراوانی مفید بودن آن را در نشان دادن وضعیت سلامت سالمندان و هم‌چنین، پیش بینی کردن وضعیت سلامت آنان در آینده تایید کرده‌اند (Bjorner et al, 1996). سلامت درک شده به وسیله خود فرد، یکی از رایج ترین انواع تعیین وضعیت سلامت در سالمندان از دیدگاه ذهنی می‌باشد زیرا می‌تواند جنبه‌های گوناگون سلامتی را بررسی کند. سلامت درک شده به نوعی به جنبه‌های گوناگون سلامتی که به وسیله سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است توجه می‌کند (Bowling, 1996). سالمندی به احتمال زیاد مهم‌ترین پدیده مردم شناختی اواخر قرن بیستم و شروع قرن بیست و یکم می‌باشد (Ocampo, 2010). در گذشته تعداد کمی از جمعیت جهان به سن پیری و سالمندی می‌رسیدند، اما امروزه به دلیل بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت، دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی، افزایش سطح آگاهی، توسعه دانش پزشکی و گسترش تکنولوژی از جمله امکانات تشخیصی درمانی، امید به زندگی افزایش یافته و بر تعداد کسانی که به سن سالمندی می‌رسند، افزوده می‌شود (Sulla et al, 2006). بر اساس سرشماری ۱۳۹۰ ایران، ۴/۳ میلیون نفر سالمند ۶۵ سال و بالاتر در کشور وجود دارد که معادل ۵/۷ درصد کل جمعیت ایران است. بر اساس پیش بینی‌های جمعیتی تا سال ۱۴۳۰ تعداد سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ایران به ۱۸ میلیون نفر افزایش می‌یابد و سهم جمعیتی آن‌ها به حدود ۲۰ درصد خواهد رسید (Sadeghi, 2012). امروزه نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶ درصد است و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است (Hatami, 2003). افزایش نرخ رشد جمعیت سالمند بر ضرورت توجه به وضعیت سلامت این گروه از جامعه می‌افزاید. سلامت درک شده راهی است برای بررسی وضعیت سلامت افراد که اطلاعات کامل در حیطه‌های بیولوژیکی، ذهنی، عملکردی و معنوی از سلامت فرد را مشخص می‌کند (Bjorner et al, 1996; Griffiths, 2005). مطالعات مرگ و میر و سلامت سالمندان نشان می‌دهد که سهم بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی به گونه شایان توجهی بیش‌تر از سنین دیگر است. بنابراین، با بالا رفتن امید به زندگی در سنین سالمندی دوره سپری شده همراه با ناتوانی و ناخوشی بیش‌تر می‌شود و به همین دلیل مشکلات، هزینه‌های اجتماعی- اقتصادی، سلامت سالمندان و نیازهای آنان به خدمات بیمارستانی نسبت به دیگر گروههای سنی به مراتب بیش‌تر است. پس با توجه به ماهیت متفاوت بیماری‌های تهدید کننده

سلامت سالمندان، اهمیت بررسی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت سالمندان بیش تر آشکار می شود (Mirzaei & Shams, 2008). 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 همه جنبه های حیاتی در سلامت سالمندان از جمله سلامت اجتماعی، روانی، جسمانی و معنوی توجه کرد. از آن جایی که سالخوردگی فرایندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی و توجه به سلامت آن ها باید جنبه تفکیک ناپذیر از سیاست های توسعه اقتصادی - اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در تمامی سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه ای باشد (Saifzade, 2007). توجه به سلامت در بین سالمندان ضروری است و شناسایی وضعیت سلامت سالمندان به برنامه ریزان برای پیش بینی نیازهای این قشر کمک شایانی می کند. بمنظور دستیابی به سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز بیماری های شایع در این سن و هم چنین، کاهش ابتلای جمعیت سالمند به بیماری و یا درمان آن، ارایه و شناسایی وضعیت سلامت اولین قدم می باشد. اطلاعات حاصل از بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان با ارایه تصویری از مسایل عمده بهداشتی، به سیاست گزاران حوزه سلامت در اتخاذ تصمیم گیری ها کمک شایانی می کند. نتایج پژوهش دیگران حاکی از آن است که افزایش سن بر خودارزیابی سلامت تاثیر دارد. بالا رفتن تحصیلات بر خودارزیابی سلامت تاثیر دارد. افراد با پایگاه اجتماعی - اقتصادی ضعیف تر سلامت ادراک شده پایین تری دارند. وضعیت درآمد بر خودارزیابی سلامت تاثیر دارد. حمایت اجتماعی بر خودارزیابی سلامت تاثیر دارد. بیماری ها موجب درک ضعیف از خودارزیابی سلامت می شود. در این پژوهش رابطه متغیرهای جمعیتی و اجتماعی و فرهنگی را به چهار بعد سلامت (سلامت جسمانی، افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی) سنجیده شده است. که در پژوهش های دیگر کم تر به این چهار بعد پرداخته شده است.

### چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری، راهنمای اصلی پژوهشگر در ارایه مدل، فرضیات، تدوین پرسش نامه و تبیین علی متغیرهای مورد مطالعه می باشد. در واقع بر پایه چارچوب نظری است که پژوهشگر زاویه نگرش و دید خود را نسبت به یک پدیده روشن می سازد. الگوی پرسید - پروسید، این الگو از جمله الگوهای برنامه ریزی برای تغییر رفتار است که با نام پرسید در سال ۱۹۷۰ به وسیله گرین و همکارانش معرفی شد. هدف این مدل توجه اولیه به پیامدهاست تا این که به ورودی برنامه توجه داشته باشد. برنامه ریز با پیامد مطلوب شروع می نماید و سپس به عقب بر می گردد تا مشخص شود چه عواملی نسبت به آن پیامد، مقدم می باشند. سپس مداخله خود را بر روی عوامل پیش

نیاز، پایه‌ریزی می‌کند. الگوی پرسید-پروسید مانند سایر الگوهای برنامه‌ریزی دارای مراحل مشخصی است. که در آن چهار مرحله برنامه‌ریزی، یک مرحله اجرا و سه مرحله ارزشیابی به ترتیب زیر وجود دارد: ۱- ارزیابی اجتماعی، ۲- ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی، ۳- ارزیابی آموزشی و اکولوژیک، ۴- ارزیابی مدیریتی و سیاستی، ۵- اجرای برنامه، ۶- ارزشیابی فرایند، ۷- ارزشیابی اثر، ۸- ارزشیابی پیامد. در این پژوهش با استفاده از سه بخش اول نظریه پرسید-پروسید به بررسی وضعیت سلامت در جامعه و عوامل موثر بر آن می‌پردازیم و بخش‌های بعدی به ارائه یک چارچوب برای بهبود سلامت و ارزیابی چارچوب ارائه شده می‌پردازد که از موضوع این پژوهش خارج است.

#### مرحله نخست: ارزیابی اجتماعی

در این مرحله، برنامه‌ریزان به شناخت جامعه می‌پردازند و این کار را با استفاده از روش‌های مختلف و متعدد گردآوری داده‌ها از قبیل مصاحبه با افراد کلیدی، بحث گروهی متمرکز با اعضای جامعه هدف، مشاهده و پیمایش انجام می‌دهند. برای آگاهی از نیازها، خواسته‌ها و مشکلات و نیز ظرفیت‌ها، نقاط قوت و منابع گروه هدف، باید به سراغ اعضای آن جامعه رفت. فرایندی که در طی آن گروه‌های اجتماعی به شناسایی مشکلات شایع، اهداف، منابع و نیز راهبردهای اجرایی برای رسیدن به اهداف برنامه، به برنامه‌ریزان کمک می‌کنند، سازماندهی اجتماعی نام دارد. در مرحله ارزیابی اجتماعی مشکلاتی که باعث می‌شود تا کیفیت زندگی اعضای جامعه هدف کاهش یابد، شناسایی می‌شود تا در مراحل دیگر ارزیابی مورد تحلیل قرار گیرد.

#### مرحله دوم: ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی

در این مرحله، ابتدا با استفاده از مستندات و داده‌های موجود، مشکلات سلامت جمعیت هدف شناسایی می‌شوند. با بررسی عوامل موثر در بروز مشکلات سلامت، این عوامل در دو گروه محیطی و رفتاری قرار می‌گیرند. با بررسی عوامل موثر در بروز مشکلات سلامت، این عوامل در دو گروه محیطی و رفتاری قرار می‌گیرند. عوامل رفتاری، عواملی هستند که با ماهیت رفتاری خود می‌توانند سبب افزایش رخداد یا شدت یک مشکل سلامت در فرد شوند. عوامل محیطی، عوامل فیزیکی و اجتماعی هستند که خارج از وجود فرد بوده و معمولاً فرد بر روی آن‌ها کنترلی ندارد. این عوامل می‌توانند بر روی رفتار و پیامدهای آن تاثیر بگذارند. با شناسایی کلیه عوامل رفتاری و محیطی و الویت‌بندی آن‌ها، عوامل محیطی و رفتاری مورد نظر برای مداخله انتخاب می‌شوند.

#### مرحله سوم: ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

در این مرحله، با تحلیل عوامل رفتاری و محیطی انتخاب شده، سه دسته عوامل مرتبط با آن‌ها شامل عوامل مساعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده تعیین می‌شوند تا به این ترتیب سوگیری نهایی مداخله مشخص شود. عوامل مساعد کننده: مقدمات یک رفتار که منطبق و انگیزه انجام آن

رفتار را فراهم می‌کنند. عواملی مانند دانش، نگرش و باورهای فرد، ترجیحات فردی، مهارت‌های موجود و باورهای خودکارآمدی از این دسته عوامل بشمار می‌روند. عوامل قادر کننده: مقدمات یک رفتار یا تغییر محیطی که اجازه می‌دهد تا انگیزه یک رفتار یا تغییر محیطی تحقق یابد. این عوامل می‌توانند به گونه مستقیم روی رفتار تاثیر بگذارند یا به گونه غیرمستقیم و از راه یک عامل محیطی رفتار را تحت تاثیر قرار دهند. مهارت‌های جدید برای تغییر رفتار، برنامه‌ها، خدمات و منابع مورد نیاز برای تحقق پیامدهای رفتاری و محیطی از این دسته عوامل هستند. عوامل تقویت کننده: پس از انجام یک رفتار حضور دارند و باعث انگیزه مداوم برای تداوم یا تکرار رفتار می‌شوند. حمایت‌های اجتماعی، تاثیر افراد همسان، افراد مهم و مرجع و تقویت‌های جایگزین از دسته این عوامل بشمار می‌روند (Meshki, 2006).

### فرضیه‌های پژوهش

- بین سن و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین جنسیت و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین تحصیلات و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین قومیت و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان تفاوتی معنی‌دار وجود دارد.
- بین وضعیت شغلی و مقدار خودارزیابی سلامت سالمندان تفاوتی معنی‌دار وجود دارد.
- بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی و مقدار خودارزیابی سلامت سالمندان تفاوتی معنی‌دار وجود دارد.
- بین تعداد فرزندان و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین دارا بودن سابقه بیماری در پاسخگویان و مقدار خود ارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین رفتار سلامت و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین عزت نفس پاسخگویان و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.
- بین ارتباط و صمیمیت با فرزندان و مقدار خود ارزیابی سلامت سالمندان رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد.

## روش پژوهش

این مطالعه در سال ۱۳۹۴ در مورد ۷۶۰ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال شهرهای شیراز و یاسوج انجام شد. برای گردآوری داده‌ها، سالمندان ۶۵ سال به بالا، نداشتن آلزایمر و رضایت کامل آن‌ها مدنظر بود. ابتدا در شهر شیراز تعداد و نسبت جمعیت ۶۵ سال به بالا بر اساس مناطق ۹ گانه شهرداری شهر شیراز در سرشماری ۱۳۹۰ مشخص شد. پس از مشخص شدن تعداد نمونه در هر کدام از مناطق شهر به صورت تصادفی در هر محله‌ای انتخاب شد. در درون محله‌ها به شیوه تصادفی سیستماتیک نمونه مورد نظر انتخاب و با او مصاحبه شد. برای نمونه‌گیری در شهر یاسوج، ابتدا شهر یاسوج به چهار منطقه تقسیم و سپس در درون این مناطق، محله‌ها انتخاب شدند و در هر محله تعداد پرسش‌نامه‌های مشخص پر شد. در این پژوهش از روش پیمایشی برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بوده است. در شهر شیراز ۷۷۴۶۶ نفر سالمند و در شهر یاسوج ۱۰۳۱۲ نفر سالمند وجود داشت. پرسش‌نامه از سوالات جمعیتی شامل سن در چهار گروه سنی (۷۴-۶۵، ۸۴-۷۵، ۹۴-۸۵ و ۹۵ سال به بالاتر)، جنسیت شامل (زن و مرد)، متغیر اقتصادی شامل وضعیت اشتغال (بیکار، خانه دار، بازنشسته و شاغل)، طبقه اقتصادی-اجتماعی شامل (طبقه بالا، طبقه متوسط و طبقه پایین)، متغیر اجتماعی شامل تحصیلات (بی سواد، ابتدایی، دیپلم و فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر) تشکیل شد. سوال مربوط به سابقه بیماری (دارند، ندارند)، سوالات مربوط به رفتار سلامت، عزت نفس، حمایت اجتماعی، ارتباط و صمیمیت با فرزندان و سوالات مربوط به خودارزیابی سلامت در چهار بعد سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی تشکیل شد. اعتبار و پایایی درونی سوالات از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. برای اعتبار صوری پژوهش تعدادی پرسش‌نامه را در اختیار سالمندان قرار دادیم و با مراجعه به صاحب‌نظران حوزه سلامت اعتبار این پرسش‌نامه را مشخص کردیم. هم‌چنین، با انجام پیش‌آزمون بر روی ۳۹ نفر، پایایی و انسجام درونی با ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. آلفای کرونباخ به ترتیب برای رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی و عزت نفس، ارتباط با فرزندان به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۴، ۰/۸۲، ۰/۸۵ به دست آمد. پس از گردآوری داده‌ها با استفاده از ابزار پرسش‌نامه نوبت به آماده سازی داده‌ها برای تحلیل‌های آماری مورد نظر می‌رسد. در این مرحله ابتدا داده‌ها را کدگذاری کرده و سپس وارد کامپیوتر نمودیم تجزیه و تحلیل داده‌ها از راه نرم افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون) انجام پذیرفت.

## یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۱، مشاهده می‌شود مشخصات فردی پاسخگویان آورده شده است. در این پژوهش نیمی از پاسخگویان مرد و نیمی دیگر را زن تشکیل داده است. بیش‌تر پاسخگویان ۷۱/۹ درصد در گروه سنی ۶۵-۷۴ قرار داشتند و تنها ۱/۴ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۹۵+ قرار داشتند. از افراد نمونه مورد بررسی در مورد تعلق طبقاتی و اینکه خود را جزو کدام طبقه اجتماعی-اقتصادی می‌دانند سوال شد. کم‌ترین درصد یعنی حدود ۳/۲ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه بالا اعلام کردند؛ بیش‌ترین درصد یعنی ۷۸/۵ درصد از افراد خود را متعلق به طبقه متوسط اعلام کردند. توزیع نمونه مورد بررسی بر اساس مقدار تحصیلات نشان داد که بیش‌ترین درصد ۶۷/۷ درصد از افراد بی‌سواد بوده است. از لحاظ وضعیت اشتغال خانه‌داری بیش‌ترین درصد یعنی ۴۱/۱ درصد را داشت. ۶۵/۵ درصد از پاسخگویان قومیت خود را فارس اعلام کردند. ۶۶/۱ درصد از افراد تعداد فرزندان خود را بین ۵-۸ فرزند اعلام کردند.

جدول ۱- ارتباط متغیرهای مستقل با خودارزیابی سلامت.

| متغیر         | فراوانی(درصد)         | p-value | متغیر               | فراوانی(درصد) | p-value |
|---------------|-----------------------|---------|---------------------|---------------|---------|
| سن*           | طبقه اقتصادی-اجتماعی* |         |                     |               |         |
| ۶۵-۷۴         | ۵۵۴(۷۱/۹)             | ۰/۰۰۱   | بالا                | ۲۴(۳/۲)       | ۰/۰۰۰   |
| ۷۵-۸۴         | ۱۶۲(۲۱/۹)             |         | متوسط               | ۵۵۹(۷۸/۵)     |         |
| ۸۵-۹۴         | ۳۲(۴/۷)               |         | پایین               | ۱۵۷(۱۸/۴)     |         |
| +۹۵           | ۱۲(۱/۴)               |         | تحصیلات*            |               |         |
| جنسیت**       | بی‌سواد               | ۰/۰۰۰   | ۳۸۸ (۶۷/۸)          |               |         |
| زن            | ۳۸۰(۵۰)               | ۰/۲۱۶   | دیپلم و زیر دیپلم   | ۲۹۹ (۲۲/۲)    |         |
| مرد           | ۳۸۰(۵۰)               |         | فوق دیپلم           | ۲۵ (۳/۱)      |         |
| وضعیت اشتغال* | لیسانس                |         | ۳۱ (۵/۶)            |               |         |
| شاغل          | ۶۰(۱۱/۴)              |         | فوق لیسانس و بالاتر | ۱۱ (۱/۴)      |         |
| خانه‌دار      | ۳۲۸(۴۱/۱)             |         | سابقه بیماری*       |               |         |
| بیکار         | ۱۲۲(۲۵/۶)             |         | دارد                | ۵۰۰(۷۸/۷)     | ۰/۰۰۰   |
| بازنشسته      | ۲۴۶(۲۱/۹)             | ۰/۰۰۱   | ندارد               | ۲۶۰(۲۰/۳)     |         |
| قومیت*        | تعداد فرزندان*        |         |                     |               |         |
| لر            | ۳۳۱(۲۴/۷)             | ۰/۰۰۵   | کم‌تر از ۴ فرزند    | ۲۶۰(۲۲/۳)     | ۰/۰۰۰   |



|      |           |                    |           |
|------|-----------|--------------------|-----------|
| فارس | ۳۸۲(۶۵/۵) | ۵-۸ فرزند          | ۳۹۲(۶۶/۱) |
| ترک  | ۳۷(۸/۴)   | ۹-۱۲ فرزند         | ۹۹(۹/۴)   |
| سایر | ۹(۲/۳)    | بالاتر از ۱۳ فرزند | ۹(۲/۱)    |

p-value < 0/005\*  
N.S\*\* = (بدون معناداری)

روی هم رفته، میانگین نمرات خودارزیابی سلامت نمونه مورد مطالعه ۷۵/۱۸ بدست آمد. این مقیاس خود به چهار زیر مقیاس سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی تقسیم می‌شود. داده‌های مربوط به هر زیر مقیاس در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، بیش‌ترین نمره سلامتی در مقیاس کارکرد اجتماعی با میانگین ۲۲/۱۳ و کم‌ترین نمره سلامتی در مقیاس سلامت جسمانی با میانگین ۱۵/۴۲ می‌باشد. در شهر شیراز و یاسوج بیش‌ترین نمره مربوط به بعد کارکرد اجتماعی به ترتیب (۲۴/۰۶ درصد) و (۲۰/۰۲ درصد) بدست آمد. کم‌ترین نمره بعد سلامت در شهر شیراز و یاسوج مربوط به سلامت جسمانی به ترتیب (۱۶/۱۰ درصد) و (۱۴/۷۲ درصد) بدست آمد.

جدول ۲ - آماره‌های توصیفی برای نمره مقیاس خود ارزیابی سلامت.

| نمره کلی مقیاس خودارزیابی سلامت | زیرمقیاس‌های خودارزیابی سلامت |                |            |              | آماره‌های توصیفی                   |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------|------------|--------------|------------------------------------|
|                                 | افسردگی                       | کارکرد اجتماعی | اضطراب     | سلامت جسمانی |                                    |
| ۷۲/۳۵±۱۳/۶۵                     | ۱۸/۶۶±۳/۹۶                    | ۲۰/۰۲±۵/۰      | ۱۸/۹۴±۵/۶۱ | ۱۴/۷۲±۴/۸۶   | میانگین<br>ياسوج و انحراف<br>معیار |
| ۷۷/۸۶±۱۵/۵۱                     | ۱۹/۲۹±۴/۸۹                    | ۲۴/۰۶±۴/۳۳     | ۱۸/۴۱±۵/۷۶ | ۱۶/۱۰±۵/۲۸   | میانگین<br>شیراز و انحراف<br>معیار |
| ۷۵/۱۸±۱۴/۹۵                     | ۱۸/۹۷±۴/۵۱                    | ۲۲/۱۳±۵/۱۲     | ۱۸/۶۲±۵/۷۱ | ۱۵/۴۲±۵/۱۲   | کل میانگین<br>و انحراف<br>معیار    |
| ۲۲                              | ۵                             | ۶              | ۶          | ۵            | تعداد گویه                         |

بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت. نتایج جدول ۳، آزمون این فرضیه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، رابطه‌ای معنی‌دار بین عزت نفس

و خودارزیابی سلامت وجود دارد. هر اندازه عزت نفس بالاتر باشد سلامت ادراک شده فرد هم افزایش می‌یابد. البته، باید به این نکته توجه داشت که رابطه همبستگی میان دو متغیر (۰/۵۷۲) رابطه متوسطی می‌باشد. از دیگر فرضیه‌های این پژوهش وجود رابطه معنی‌دار میان حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت می‌باشد. روی هم رفته، بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. هر اندازه حمایت اجتماعی افزایش یابد سلامت خود ادراک فرد هم افزایش می‌یابد. البته باید به این نکته توجه داشت که رابطه همبستگی میان دو متغیر (۰/۲۷۰-) رابطه‌ای ضعیف می‌باشد. از دیگر فرضیه‌های این پژوهش، رابطه معنی‌دار بین ارتباط و صمیمیت با فرزندان و خودارزیابی سلامت وجود دارد. متغیر ارتباط و صمیمیت با فرزندان با همه ابعاد سلامت رابطه‌ای معنی‌دار دارد. بنابراین، بین ارتباط و صمیمیت با فرزندان و همه ابعاد خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. هر اندازه ارتباط و صمیمیت با فرزندان افزایش یابد سلامت ادراک شده فرد افزایش می‌یابد. البته باید به این نکته توجه داشت که رابطه همبستگی میان دو متغیر (۰/۲۹۵) می‌باشد. سابقه بیماری از جمله متغیرهایی بود که در این پژوهش به بررسی رابطه آن با خودارزیابی سلامت پرداختیم. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد بین سابقه بیماری و همه ابعاد سلامت رابطه معنی‌دار معکوسی وجود دارد. البته باید به این نکته توجه داشت که رابطه همبستگی میان دو متغیر (۰/۲۴۳-) می‌باشد. بین تعداد فرزندان و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد. روی هم رفته، بین تعداد فرزندان و خودارزیابی سلامت با ضریب همبستگی (۰/۱۲۸-) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰) رابطه معنی‌داری و معکوسی وجود دارد. با افزایش تعداد فرزندان، سلامت ادراک شده افراد کاهش می‌یابد. البته باید به این نکته توجه داشت که رابطه همبستگی میان دو متغیر (۰/۱۲۸-) می‌باشد.

جدول ۳- آزمون رابطه متغیرهای مورد مطالعه با خود ارزیابی سلامت.

| افسردگی | کارکرد اجتماعی | اضطراب | جسمانی | مقیاس کلی خود ارزیابی سلامت | ابعاد گوناگون سلامت متغیرها |                   |
|---------|----------------|--------|--------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|
|         |                |        |        |                             | ضرب همبستگی                 | p-value           |
| ۰/۵۷۳   | ۰/۳۳۵          | ۰/۳۹۷  | ۰/۲۷۶  | ۰/۵۷۲                       | ضرب همبستگی                 | عزت نفس           |
| ۰/۰۰۰   | ۰/۰۴۴          | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |
| ۰/۳۵۲   | ۰/۲۲۱          | ۰/۲۰۵  | ۰/۰۵۸  | ۰/۲۷۰                       | ضرب همبستگی                 | حمایت اجتماعی     |
| ۰/۰۰۰   | ۰/۰۰۰          | ۰/۰۰۰  | ۰/۱۱۶  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |
| ۰/۳۳۹   | ۰/۲۸۴          | ۰/۱۸۳  | ۰/۱۲۶  | ۰/۲۹۵                       | ضرب همبستگی                 | ارتباط با فرزندان |
| ۰/۰۰۰   | ۰/۰۰۰          | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۱  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |
| ۰/۱۱۵   | ۰/۰۶۵          | ۰/۲۵۰  | ۰/۲۹۲  | ۰/۲۴۳                       | ضرب همبستگی                 | سابقه بیماری      |
| ۰/۰۰۲   | ۰/۰۳۷          | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |
| ۰/۰۰۴   | ۰/۱۷۷          | ۰/۰۲۰  | ۰/۱۶۰  | ۰/۱۲۸                       | ضرب همبستگی                 | تعداد فرزندان     |
| ۰/۹۱۵   | ۰/۰۰۰          | ۰/۵۷۷  | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |
| ۰/۱۶۹   | ۰/۰۷۴          | ۰/۲۴۴  | ۰/۱۱۸  | ۰/۳۰۹                       | ضرب همبستگی                 | رفتار سلامت       |
| ۰/۰۰۰   | ۰/۰۴۴          | ۰/۰۰۰  | ۰/۰۰۱  | ۰/۰۰۰                       | p-value                     |                   |

برای بررسی تاثیرات جمعی و مستقل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام<sup>۱</sup> استفاده کردیم. در شیوه گام به گام متغیرها یک به یک به مدل وارد می‌شوند، یعنی ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد، انتخاب می‌شود. دومین متغیری که وارد تحلیل می‌شود، متغیری است که پس از تفکیک متغیر مقدم بر آن، موجب بیشترین افزایش در مقدار ضریب تعیین ( $R^2$ ) می‌شود (Habibpour & Safari, 2008). متغیرهای دیگر نیز بدین ترتیب وارد می‌شوند. در این روش ورود متغیرها به مدل را یک به یک و تا زمانی انجام می‌دهیم که معنی‌داری متغیر به ۹۵ درصد، یعنی سطح خطا ۵ درصد گردد، سپس عملیات متوقف می‌شود. جدول ۴، با استفاده از معادله رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام، آماره‌های مربوط به تبیین متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) بر اساس یک سری متغیرهای مستقل را در هر گام ارائه می‌کند. همان گونه که مشاهده می‌شود در ۸ گام رگرسیونی ۸ متغیر وارد شده است، برازش مدل‌ها بر اساس آماره F مشخص شده است. با توجه به معناداری آزمون F (۴۸/۴۹) سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۱ درصد، می‌توان نتیجه گرفت که مدل رگرسیونی پژوهش مرکب از ۷ متغیر مستقل و یک متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) مدل خوبی بوده است و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند تغییرات نمره خودارزیابی سلامت را تبیین کنند.

<sup>۱</sup> - Stepwise

جدول ۴- مدل رگرسیونی خودارزیابی سلامت براساس عوامل اجتماعی - جمعیتی.

| مرحله | متغیرهای باقی مانده در مدل     | مقدار R | ضریب تعیین $R^2$ | تغییرات R | اشتباه استاندارد برآورد | مقدار F | p-value |
|-------|--------------------------------|---------|------------------|-----------|-------------------------|---------|---------|
| ۱     | عزت نفس                        | ۰/۵۲۸   | ۰/۲۷۸            | ۰/۲۷۷     | ۱۲/۵۳                   | ۲۲۸/۰۵  | ۰/۰۰۰   |
| ۲     | سابقه بیماری                   | ۰/۵۶۴   | ۰/۳۱۸            | ۰/۳۱۶     | ۱۲/۱۹                   | ۱۳۷/۶۲  | ۰/۰۰۰   |
| ۳     | تعداد فرزندان (۵-۸)<br>(فرزند) | ۰/۵۸۲   | ۰/۳۳۹            | ۰/۳۳۶     | ۱۲/۰۱                   | ۱۰۰/۷۹  | ۰/۰۰۰   |
| ۴     | رفتار سلامت                    | ۰/۶۰۲   | ۰/۳۶۲            | ۰/۳۵۸     | ۱۱/۸۱                   | ۸۳/۴۸   | ۰/۰۰۰   |
| ۵     | قومیت (فارس)                   | ۰/۶۱۵   | ۰/۳۷۸            | ۰/۳۷۳     | ۱۱/۶۷                   | ۷۱/۴۱   | ۰/۰۰۰   |
| ۶     | تحصیلات                        | ۰/۶۲۲   | ۰/۳۸۷            | ۰/۳۸۱     | ۱۱/۶۰                   | ۶۱/۶۶   | ۰/۰۰۰   |
| ۷     | حمایت اجتماعی                  | ۰/۶۳۲   | ۰/۳۹۹            | ۰/۳۹۱     | ۱۱/۵۴                   | ۵۴/۵۲   | ۰/۰۰۰   |

مقدار  $R^2$  برای متغیر عزت نفس در گام نخست برابر است با ۰/۲۷۸ درصد، مقدار آن برای مراحل بعدی نشان می‌دهد که با ورود هر متغیر به معادله رگرسیون در هر کدام از مراحل چند درصد از تغییرات متغیر وابسته تبیین شده است. در مرحله دوم با ورود متغیر سابقه بیماری، ۰/۴۰ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله سوم با ورود متغیر تعداد فرزندان، ۰/۲۱ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله چهارم با ورود متغیر رفتار سلامت، ۰/۲۳ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله پنجم با ورود متغیر قومیت ۰/۱۶ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله ششم با ورود متغیر تحصیلات ۰/۹ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. در مرحله هفتم با ورود متغیر حمایت اجتماعی ۰/۱۲ درصد به مقدار تبیین افزوده شده است. نزدیک به ۴۰ درصد از تغییرات متغیر خودارزیابی سلامت، به وسیله متغیرهای مستقل وارد شده به مدل تبیین شده است. بدین ترتیب، مقدار ضریب همبستگی R در مدل برابر است با ۰/۶۳۲ می‌باشد که نشان می‌دهد بین مجموعه متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش همبستگی قوی وجود دارد. آماره ضریب تعیین  $R^2$  نیز نشان می‌دهد که ۴۰ درصد تغییرات متغیر وابسته یعنی خودارزیابی سلامت به وسیله ۷ متغیر مستقل که در معادله باقی مانده‌اند و شامل عزت نفس، سابقه بیماری، تعداد فرزندان، رفتار سلامت، قومیت، تحصیلات، حمایت اجتماعی هستند تبیین می‌شود.

## بحث و نتیجه گیری

مهم بودن بحث سلامت در دوران سالمندی ما را بر می‌انگیزاند تا در جست و جوی عوامل تاثیرگذار بر سلامت سالمندان باشیم. سلامت در سنین سالمندی اهمیت دو چندان دارد زیرا در دوره سالمندی بیماری‌های مزمن که می‌تواند علت مرگ‌های زودرس و ناتوانی‌های جسمی باشد بیش‌تر می‌شود و از سوی دیگر، شایع شدن بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی هزینه‌های درمانی زیادی به همراه دارد. در این پژوهش خودارزیابی سلامت، این‌که فرد سالمند به گونه ذهنی سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کند و عوامل تاثیرگذار بر خودارزیابی سلامت را مورد مطالعه قرار دادیم. در این پژوهش نشان دادیم که زیر مقیاس‌های خودارزیابی سلامت از همبستگی درونی مناسبی برخوردار است که این نشان می‌دهد هر یک از ابعاد سلامت تحت تاثیر ابعاد دیگر قرار دارند. این نتایج حاکی از آن است که اضطراب بیش‌ترین تاثیر را بر سلامت جسمانی داشته است و این نشان دهنده ارتباط میان سلامت روان و سلامت جسمانی است. هم‌چنین، کارکرد اجتماعی کم‌ترین همبستگی درونی را با دیگر ابعاد داشته است. بدین ترتیب نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سلامت تحت تاثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی متفاوتی بوده است. برای بررسی این مورد که چه عواملی بر سلامت ادراک شده افراد سالمند تاثیر گذاشته است یک‌سری عوامل بر مبنای فرضیه‌های پژوهش انتخاب و با استفاده از روش‌های آماری دو و چند متغیره به بررسی روابط آن‌ها با خودارزیابی سلامت پرداختیم. با وجود نوسان‌های فردی شایان توجهی در مقدار و سطوح خودارزیابی سلامت مشاهده شد. بر اساس نتایج رگرسیونی، حدود ۴۰ درصد این نوسان‌ها بر اساس هفت متغیر اجتماعی و جمعیتی قابل تبیین است. این متغیرها به ترتیب اهمیت شامل: عزت نفس، سابقه بیماری، تعداد فرزندان، رفتار سلامت، قومیت (فارس)، تحصیلات، حمایت اجتماعی بودند. در این میان بیش‌ترین تاثیرگذاری بر خودارزیابی سلامت مربوط به متغیر "عزت نفس" بود. مثبت یا منفی درک کردن سلامت توسط افراد سالمند، بر سلامت و حتی سبک زندگی سالم تاثیر می‌گذارد. ارزیابی‌های اجتماعی، شناخت آنان از دوران سالمندی را شکل می‌دهد و در پی آن مسلماً بر عزت نفس آنان تاثیر می‌گذارد. عزت نفس پایین با نوعی خود کم بینی همراه است که جرات تغییر را از فرد می‌گیرد و فرد را بدون قدرت می‌سازد و باعث می‌شود از کسب تجربه‌های جدید و از شکل‌گیری زندگی سالم جلوگیری شود. بنابراین، این‌که فرد نسبت به خود چه احساسی داشته باشد و خود را در جامعه دارای چه مقدار ارزش و اهمیت بداند، می‌تواند بر خودارزیابی سلامت تاثیر بگذارد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، عزت نفس یک متغیر اجتماعی قوی است که در جریان زندگی فرد در جامعه ساخته می‌شود و فقط جنبه روان‌شناختی ندارد. بنابراین، تاثیر قوی این عامل بر خودارزیابی سلامت منطقی است و نشان می‌دهد که سلامت تنها تحت تاثیر جنبه‌های فیزیولوژیک نیست بلکه متغیرهای اجتماعی می‌توانند بر آن تاثیر شدید

داشته باشند. سابقه بیماری، متغیر دیگر این پژوهش است که ارتباط معکوسی با خودارزیابی سلامت دارد. فرد با داشتن سابقه بیماری سلامت خود ادراک پایینی را برای خود ارزیابی می‌کند. تعداد فرزندان، متغیر دیگر این پژوهش است که ارتباطی معکوس با خودارزیابی سلامت دارد. تعداد فرزندان زیاد بر سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی افراد تاثیر دارد. تحصیلات، متغیر دیگر این پژوهش است که ارتباطی معنی‌دار با خودارزیابی سلامت دارد. تحصیلات بیش‌تر از راه افزایش آگاهی درباره مسایل بهداشتی، دسترسی به آگاهی‌ها و یادگیری اجتماعی به حفظ و بهبود سلامتی افراد کمک می‌کند. حمایت اجتماعی از چند راه بر خود ارزیابی سلامت اثر خواهد گذاشت؛ هنگامی که کسی از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است، پس از خطرات جسمی و روانی بیش‌تر در امان خواهد بود. وقتی فردی به این باور برسد که در زمان نیاز افرادی وجود دارد که به وی کمک کنند، توانایی آن فرد برای کنار آمدن با فشارهای روانی بهتر می‌شود. فرد دارای حمایت اجتماعی بالا ذهنیتی مثبت نسبت به اطرافیان و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند دارد که این امر به بالا رفتن مقدار اعتماد اجتماعی فرد کمک می‌کند. این وضعیت، مهم بودن حمایت اجتماعی و خانواده را در کشور ما نشان می‌دهد. خانواده اغلب به عنوان منبع اولیه حمایت برای سالمندان بشمار می‌رود. جنسیت یکی از متغیرهای این پژوهش بوده است. این متغیر با خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار نداشته است، یعنی در این پژوهش تفاوتی در وضعیت سلامت سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن وجود نداشت که با نتایج پژوهش (Onadja et al, 2013) که بین جنس و خود ارزیابی سلامت در این پژوهش تفاوتی معنی‌دار مشاهده نشد و با نتایج پژوهش (Afrasyabifar, 2007 et al, همسو می‌باشد و با نتایج پژوهش کالاجان (۲۰۰۵) که نشان داد بین جنسیت و سلامت رابطه معنی‌دار است، ناهمسو می‌باشد. در این پژوهش متغیر سن با سلامت ادراک شده ( $p \leq 0/001$ ) رابطه‌ای معنی‌دار داشت، به گونه‌ای که با افزایش سن ارزیابی سلامت فرد از خودش کاهش می‌یابد که با پژوهش (Afrasyabifar et al, 2007) که بین سن و نمرات حیطة های فعالیت‌های روزمره زندگی و سلامت روحی- روانی تفاوتی معنی‌دار وجود داشته همسو می‌باشد و در پژوهش (Vahdaninia et al, 2011) شاهد این نتیجه هستیم که با افزایش سن مقدار سلامت کاهش می‌یابد. و با نتایج پژوهش (Callaghan, 2005) که نشان داد بین سن و سلامت رابطه معنی‌دار است و با نتایج پژوهش (Damian et al, 1999) که نشان داد سن بر خودارزیابی سلامت تاثیر دارد، همسو می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد خودارزیابی سلامت با طبقه اقتصادی- اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد، که با نتایج پژوهش (Mirzaei and Shams, 2008) که نتایج این پژوهش نشان داد افراد طبقات اجتماعی پایین‌تر که دارای درآمد کم‌تر هستند سلامت خودادراک پایین‌تری داشته‌اند و هم‌چنین، نتایج پژوهش (Tsimbos, 2009) نشان داد که افرادی که جایگاه اقتصادی- اجتماعی پایینی دارند از نظر سلامت در همه ابعاد آن نیز وضعیت بدتری دارند و هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Vahdaninia

و با نتایج پژوهش (Wolinsky,2008) که نشان داد طبقه اجتماعی پایین با خود گزارشی سلامت پایین همراه است همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تحصیلات و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد، که با نتایج پژوهش (Mirzaei and Shams,2008) که نشان داد افراد طبقات اجتماعی پایین‌تر که سطح تحصیلات پایین‌تر دارند سلامت خودادراک پایین‌تری داشته‌اند و هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Gashtasebi et al,2002) که نشان دادند بین تحصیلات و برآورد از سطح سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Haseen et al,2010)، با نتایج پژوهش (Tsimbos,2009) که نشان داد تحصیلات با سلامت رابطه‌ای معنی‌دار دارد، همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش حاکی از رابطه معنی‌دار منفی بین بیماری و خودارزیابی سلامت است، با افزایش بیماری در افراد سلامت ادراک شده آن‌ها کاهش می‌یابد، که با نتایج پژوهش (Wu et al,2013) که نشان داد شیوع تمام بیماری‌ها با خودارزیابی سلامت پایین همراه بود و هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Wolinsky,2008) که نشان داد افرادی که دارای سابقه بیماری بوده‌اند به نسبت دیگران سلامت کمتری از خود گزارش نموده‌اند، با نتایج پژوهش (Haseen et al,2010) که نشان داد بیماری‌های مزمن به عنوان عامل پایین آورنده مقدار خود ارزیابی سلامت است، همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین وضعیت شغلی و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد، با نتایج پژوهش (Gunnarsson et al,2007) که نشان داد هرچه سطح شغلی پایین‌تر باشد میزان سلامت خود ادراک نیز کمتر است همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد که با نتایج پژوهش (Molarius,2006) که نشان داد افرادی که از حمایت اجتماعی کم‌تری برخوردار بودند، رتبه‌بندی ضعیف در سلامت خودارزیابی شده داشتند و هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Motamedi et al,2001) که نشان دادند بین حمایت اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد، همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین رفتارهای سلامت و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد که با نتایج پژوهش (Wolinsky,2008) که نشان داد افرادی که رفتار سلامت مناسبی نداشتند به نسبت دیگران سلامت کم‌تری از خود گزارش نموده‌اند، هم‌چنین، با نتایج پژوهش (Sulla et al,2002) و نتایج پژوهش (Lucas,2000) که نشان داد رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت با سلامت رابطه‌ای معنی‌دار دارد، همسو می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تعداد فرزندان و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار است، همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین عزت نفس و خودارزیابی سلامت رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد، تاثیر این متغیر به این صورت بوده است که به ازای هر یک انحراف استاندارد افزایش در نمره عزت نفس، مقدار خودارزیابی سلامت ۰/۵۲۸ درصد افزایش

خواهد یافت. که با نتایج پژوهش (Lucas, 2000) که نشان داد اعتماد به نفس با سلامت رابطه‌ای معنی‌دار دارد، همسو می‌باشد. نتایج نشان داد که ۱۵/۴ درصد از سالمندان دو شهر شیراز و یاسوج از سلامت خودارزیابی شده پایینی برخوردار هستند. برای تبیین خودارزیابی سلامت از نظریه پرسید-پروسید استفاده شد. یکی از ویژگی‌های این نظریه توجه هم‌زمان به عوامل محیطی، اجتماعی و فرهنگی است. یعنی ابتدا پیامدهای مثبت یا منفی یک پدیده را بررسی می‌کند و سپس بر اساس آن به عقب بر می‌گردد و عوامل آن را شناسایی می‌کند. در این پژوهش، ابتدا سلامت مردم از نگاه خودشان ارزیابی شد سپس عواملی را که بر سلامت ادراک شده افراد موثر بودند را شناسایی کردیم. اولین مرحله در پژوهش بر اساس این الگو، ارزیابی اجتماعی است. در این مرحله مشکلات شایع که باعث می‌شود تا کیفیت زندگی اعضای جامعه هدف کاهش یابد، شناسایی می‌شود. بنابراین در این بخش به بررسی وضعیت سلامت خودگزارش شده پاسخگویان پرداختیم تا وضعیت جامعه از نظر سلامت جسمی، اجتماعی، روانی مشخص شود. پس از مشخص شدن وضعیت جامعه و ارزیابی آن عوامل رفتاری و محیطی موثر بر متغیر وابسته مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. عوامل رفتاری، آنجایی است که فرد با ماهیت رفتاری خود سبب افزایش یا کاهش سلامتی خواهد بود. در این بخش به طور مشخص رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی که افراد در طول زندگی به انجام آن‌ها مبادرت می‌کنند، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در این مطالعه رفتار سلامت شامل عادات غذایی، خواب روزانه، معاینه پزشکی (چکاپ) جهت آگاهی از وضعیت سلامت خود، مصرف شیرینی جات و غذاهای سرخ کردنی بوده است که از مجموع این موارد با عنوان رفتار سلامت یاد شده است. عوامل محیطی عواملی هستند که از کنترل فرد خارج هستند بسیاری از متغیرهای زمینه‌ای پژوهش در این چارچوب مورد بررسی قرار گرفتند مانند جنسیت، قومیت. عوامل محیطی عواملی هستند که بر سلامت افراد تاثیر می‌گذارد، تغییر این عوامل از توانایی فرد و جامعه خارج است. مثلاً نمی‌توان از افزایش سن جلوگیری کرد، ولی می‌توان با برنامه ریزی درست این عوامل محیطی را کنترل کرد. در مرحله بعد بیش‌تر به عوامل اجتماعی و فرهنگی که می‌توانند بر سلامت تاثیرگذار باشند توجه شده است. این نظریه عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی موثر بر سلامت را در چارچوب سه دسته عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده تقسیم‌بندی کرده است. عوامل مساعدکننده همان دانش‌ها، نگرش‌ها، باورها، ترجیحات فردی است. که مقدار تحصیلات فرد، مقدار عزت نفس فرد در این دسته مورد بررسی قرار گرفت. هر کدام از این متغیرهای مساعدکننده، موجب بروز رفتاری خاص در فرد می‌شود. برای مثال، عزت نفس پایین با نوعی خودکم بینی همراه است که اجازه جرات تغییر را از فرد می‌گیرد. عوامل قادرکننده با تاثیر غیرمستقیم بر عوامل محیطی بر رفتار تاثیر می‌گذارند. شغل پاسخگویان، طبقه اقتصادی- اجتماعی که فرد در آن رشد کرده است در این دسته جای می‌گیرد. این دسته از عوامل فرد را قادر می‌سازد



تا از محیط به گونه‌ای خاص استفاده کند، فرد را در جایگاههایی قرار می‌دهد که از امتیازهای بیش‌تر یا کم‌تر از دیگران برخوردار شود. عوامل تقویت کننده آن دسته عواملی است که پس از انجام یک رفتار حضور دارند و باعث انگیزه برای تداوم آن خواهند شد. مانند مقدار حمایت اجتماعی که در این دسته قرار می‌گیرند. این مطالب نتایج پژوهش را در استفاده از سه بخش نخست نظریه پرسید-پروسید نشان داد که به بررسی وضعیت سلامت در جامعه و عوامل موثر بر آن می‌پردازد. بخش‌های بعدی به ارائه یک چارچوب برای بهبود سلامت و ارزیابی چارچوب ارائه شده می‌پردازد که از موضوع این پژوهش خارج است. بدین ترتیب نشان داده شد که عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی بر خودارزیابی سلامت سالمندان تاثیر دارد و این نشان دهنده این است که سلامتی ضمن یک پدیده پزشکی یک پدیده اجتماعی است. در بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان نشان دادیم که عزت نفس تاثیر مهمی بر سلامت افراد دارد.

## سپاسگزاری

از تمامی سالمندانی که با صبر ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

## References

- Afrasyabifar, A. Sadat, J. Mobaraki, A. Fararoei, M. Mohammadhossini. S & Salari, M. (2008). health status of the elderly People Yasouj. Armaghane-danesh, Yasuj University Medical Sciences Journal. Vol.16, No. 6, pp.567-77 [In Persian].
- Banazadeh, N. (2003). The effect of social relationships and self-confidence of on the mental health of the elderly. Journal of teb and tazkie. Vol. 51, pp. 41-37 [In Persian].
- Sulla, A. Habibi, S. Nikpour, M. Rezaei, H. & Haqqani. (2002). Relationship between health promotion behaviors with the activities of daily living and activities of daily living in elderly with tools West of Tehran. pp. 339-332 [In Persian].
- Hatami, H. (2004). Public health Tehran: Arjmand Publishers.
- Habibpour, C. & Safari, R. (2012). Comprehensive guide spss application. Tehran, Motefakeran Publishing, 481 [In Persian].
- Saifzade, A. (2009). Characterized by economic, social, demographic and mental health Old: The Case study of the Azarshar city. Journal of Population, No. 64-63, pp. 127-162 [In Persian].
- Sabbagh, S. Moeinian, N. & Sabbagh, S. (2013). Measure social health and social factors associated with it among households in the city of Tabriz. Sociological Studies. Vol. 3, No. 1, pp. 27-44 [In Persian].

- Sadeghi, R. (2011). The Iranian population changes: past, present and future. Research report, Tehran: Center for Statistics.
- Gashtasebi, A. Montazeri, A. VahdaniNia, M. Rahimi, A. & Mohamad, K. (2002). The people in Tehran assessment of their health status by gender and education, residential area: a population-based study. Payish Journal. Vol. 2, No. 3, pp. 183-189 [In Persian].
- Meshki, M. (2006). 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 .
- Mirzaei, M & Shams, Gh.(2008). Factors affecting the elderly self-perceived health status. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Vol.3, No.2, pp. 539-46 [In Persian].
- Motamedi, Sh. Javadajeh, A. AzadFallah, P. & Kiamanesh, A.(2001). The Social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years, Psychology Journal.No. 1, pp.115-133 [In Persian].
- Vahdaninia, M. Ebadi, M. Azin, A. Aeenparast, A. Omidvari, S. & Jahangiri, K. (2011). How people rate their own health: a nationwide study from Iran. Payesh Journal. Vol.10, No. 3, pp. 355-63[In Persian].
- Bjorner, J. B. Kristensen T. S. Orth-Gomer, K. Tibblin, G & Sullivan, W. P. M. (1996). Self-Rated Health: A Useful Concept in Research, Prevention and Clinical Medicine. Swedish Council for Planning and Coordination of Researc.
- Bowling, A. (1996). Health Interview Sarveys Towards International Harmonistion of Methods and Instrument. WHO Regional Publications.
- Callaghan, A. (2005). Health Behaviors, Self- Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. Journal of Community Health Nursing. Vol. 22, No. 3, pp.169-178.
- Cleland, J & Hill, A. (1991). The Health Tradition: Methods and Measures.Canberra: Health Transition Center, published from the Australian National university.
- Damian, J. Ruigomez, A. Pastor, V. & Martin-Moreno, J.M. (1999). Determinants of self- assessed health among Spanish older people living at home. Journal Epidemical Community Health.Vol. 53, No. 7, pp.412-6.
- Fertman, C, & Allensworth, D. (2010). Health Promotion Programs, from Theory to Practice. New York: Jossy-Bass.
- Giger, N. & David hizar, R. E. (2004). Transcaltaral Nursing Assessment and Intervention. 4<sup>nd</sup> en. Mosby.
- Gunnarsson, K. Vinga, Rd. & Josephson, M. (2007). Self-rated Health and Working Conditions of Small-Scale Enterprisers in Sweden, Industrial Health, No.45, pp. 775-780.

- Griffiths, P. (2005). Self-Assessment of Health and Social Care Needs by Older People: a Review. *Journal Community Nurs.* Vol.10, pp. 520-522
- Haseen, F. Adhikari, R & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics.* Vol. 10, No. 30, pp. 1-9.
- Lucas, JA. Orshan, S.A. & Cook, F. (2000). Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community .US National Library of Medicine National Institutes of Health . Vol.14, No. 1, pp. 77-100.
- Molarius, A. Berglund, K. Eriksson, CH. Lambe, M. Nordstrom, E. Eriksson, H. & Fldman, I. (2006). Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and Self-rated Health among men and women in Sweden, *European Journal of Public Health.* Vol.17, No.2, pp. 125-133.
- Naidoo, J. & wills, J.(2000). *Health Promotion Foundations for Practice.* 2<sup>nd</sup> ed. Harcourt publishers.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-Rated Health: Importance of Use In elderly Adults. *Colombia Medica Journal .* Vol. 41, No. 3, pp. 275-890.
- Onadja, Y. Bignami, S. Rossier, C. & Zunzunegui, M.(2013). The components of self-rated health among adults in Ouagadougou, Burkina Faso. *Population Health Metrics,* Vol 11, PP. 15.
- Stabhope, M & Lancaster, J. (2000). *Community and Public Health Nursing.* 5<sup>nd</sup> ed. Mosby.
- Tsimbos, C. (2009). An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain. *Journal Public Health.* Vol. 55, No. 1, pp.5-15.
- Wu, Sh. Wang, R. Yanfang, Z. Xiuqiang, M. Wu, M. Yan, X. & Jia, H. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a Population-based study. *BMC Public Health,* Vol. 13, pp.320.
- Wolinsky, F. (2008). Self-Rated Health Change, Trajectories, and Their Antecedents Among African Americans. *Journal of Aging and Health.* Vol, 20, No. 2, pp. 143-58.

