©2021 ASP Ins., Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran

ISSN: 2322-2166: Journal of Islamic Life Style, 2021:5:125-134

Investigation of Major Health Indicators of the Elderly in Physical, Mental and Social Dimensions of Mazandaran Province

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors
Emitis Jazayeri [1],
Shahla Kazemipour[*2],
Seyed Reza Hosseini[3],
Majid Kaffashi [4]

How to cite this article
Jazayeri E, Kazemipour Sh, Hosseini S R, Kaffashi M. Investigation of Major Health Indicators of the Elderly in Physical, Mental and Social Dimensions of Mazandaran Province. *Islamic Life Style*. 2021; 5:125-134

1. PhD Student, Department of Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Department of Social Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran(Corresponding author).

3. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

4. Associate Professor, Department of Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

* *Correspondence:*
Address:
Phone:
Email: skazemipour@gmail.com

Article History
Received: 2021/03/16
Accepted: 2021/05/01

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to investigate the major health indicators of the elderly in physical, mental and social dimensions of Mazandaran province.

Materials and Methods: The main issue in this study was the study of major indicators of health of the elderly in physical, mental and social dimensions. The statistical population in this study is Population 65 years old and Mazandaran province. Their number in 1395 was equal to 116,648 thousand people. (Statistics Center of Iran, 2016) Sample size (n) based on Cochran's formula, 384 elderly people aged 65 and over living in Mazandaran province have been studied as a research sample. The questionnaire used in this research consists of 2 parts. In the first part of the questionnaire, the information needed by researchers in relation to some variables to investigate its relationship with the general title of the research is included and in the second part, the necessary questions to assess physical health. It is considered psychological and social. Finally, the collected data were analyzed using SPSS and LISREL statistical software of appropriate parametric and non-parametric statistical tests.

Findings: The results showed that there was a direct and significant relationship between the health of the elderly in physical (r = 0.176), mental (r = 0.16) and social (r = 0.178) dimensions with quality of life.

Conclusion: Also, the results of structural equation modeling showed that objective factors (0.95), education (-0.14), marriage (0.11) and activity status (0.08) with quality of life, perceptions of life realities (0.16), gender (0.11), age (-0.04) and quality of life (0.78) had a direct and significant relationship with healthy aging.

Keywords: Health Iindicators, Physical Health, Mental Health, Social Health

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

بررسی شاخص های عمده سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی استان مازندران

امی تیس جزایری [۱]،
دانشجوی دکتری، گروه علوم اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
شهلا کاظمی پور* [۲]،
دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
سید رضا حسینی [۳]،
استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
مجید کفاشی [۴]
دانشیار، گروه علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده
هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی شاخص های عمده سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی استان مازندران است.
مواد و روش ها: مسئله اصلی در این تحقیق بررسی شاخص های عمده سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بود. جامعه آماری در این پژوهش جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر استان مازندران می باشد. که تعداد آنها در سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۱۶،۶۴۸هزار نفر بوده است. (مرکز آمار ایران،۱۳۹۵) حجم نمونه (n) بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بیشتر ساکن استان مازندران به عنوان نمونه تحقیق، مورد بررسی قرار گرفته اند. پرسشنامه استفاده شده در این تحقیق مشتمل بر ۲ بخش می باشد در بخش اول پرسشنامه اطلاعات مورد نیاز محققین در ارتباط با برخی متغیرها به منظور بررسی رابطه آن با عنوان کلی پژوهش گنجانده شده و در بخش دوم نیز سوالات لازم به منظور بررسی وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است . درنهایت نیزاطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماریSPSS و لیزرل آزمونهای آماری پارامتری و غیر پارامتری مناسب، مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.
یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد بین سلامت سالمندان در ابعاد جسمی(r=۰/۱۷۶)، روانی(r=۰/۱۶) و اجتماعی(r=۰/۱۷۸) با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنادار وجود داشت.
نتیجه‌گیری: همچنین نتایج حاصل از مدلسازی معادلات ساختاری نشان دادبین عوامل عینی(۰/۹۵)، تحصیلات(۰/۱۴-)، تاهل (۰/۱۱) و وضع فعالیت (۰/۰۸) با کیفیت زندگی، تصورات از واقعیتهای زندگی (۰/۱۶)، جنسیت (۰/۱۱)، سن (۰/۰۴-) و کیفیت زندگی (۰/۷۸) با سالمندی سالم رابطه مستقیم و معنی داری وجود داشت.

کلیدواژه‌ها: شاخص های سلامت، سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱
***نویسنده مسئول:** skazemipour@gmail.com

مقدمه
هر فردی در طول زندگی خود روند پیری را تجربه کرده و با آن روبرو می شود، این یک روند طبیعی است که هم از نظر زیست شناختی و هم از نظر روانشناختی اتفاق می افتد. ظهور پیری در جمعیت جهانی نگرانی قابل قبولی در مورد اختلالات روانی در افراد مسن ایجاد می کند (۱). مشکلات روانی که اغلب در افراد مسن مشاهده می شود اضطراب ، استرس و افسردگی هستند. این سه مشکل به عنوان سازه های منفی عاطفی در نظر گرفته می شوند (۲). به جز عوامل جسمانی، اجتماعی و محیطی، عوامل هیجانی و روانی غالب ترین عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی (QOL) در افراد مسن هستند (۳).

جمعیت سالخورده در جهان در حال رشد است و به عنوان مهمترین پدیده جمعیت شناختی ۱ قرن ۲۱ شناخته می شود (۴). پیشرفت های علمی اخیر ، امید زندگی را افزایش داده که این امر جمعیت را به سمت پیری سوق داده است؛ طبق تخمین های سازمان بهداشت جهانی (WHO) رشد پیری در سال ۲۰۲۵ به حدود ۱۰درصد و در ۲۰۵۰ به ۲۵درصد افزایش خواهد یافت (۵). طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ در ایران ، حدود ۹ درصد از جمعیت (حدود هفت و نیم میلیون نفر) ۶۰ سال به بالا هستند که تا سال ۲۰۵۰ به ۲۶ درصد افزایش خواهد یافت(۶).

در مطالعات انجام شده تاکنون، دامنه و گستره متغیرهایی که در رابطه با سالمندان اندازه گیری می شوند بسیار محدود و در بیشتر موارد مربوط به اطلاعات سلامت سالمندان است و کمتر به ابعاد اجتماعی زندگی آنان توجه شده است (۷) در حالی که خصوصیات و شرایط اجتماعی زندگی سالمندان کم اهمیت تر از سلامت جسمانی آنها نیست.

ظهور سالخوردگی در جامعه تا حدودی باعث برخی مشکلات هیجانی و روانی مانند اضطراب۲ ، تنهایی۳ و افسردگی۴ شده است. افسردگی ، به عنوان یکی از رایج ترین علائم روانشناختی سالمندان ، احساس منفی ناشی از عدم توانایی کنار آمدن با استرس خارجی است (۸). مطالعات نشان داده است که سن و جنسیت از عوامل مهم تأثیرگذار بر افسردگی در افراد مسن است. میزان بروز افسردگی در افراد مسن بالاتر از سایر گروه های بزرگسال است و زنان بیشتر از مردان دچار افسردگی می شوند (۹). افسردگی می تواند منجر به اختلال شناختی ، بیماری آلزایمر و حتی خودکشی در افراد مسن شود(۱۰).

افسردگی سالمندان اغلب با یک سبک زندگی ناسالم همراه است و افسردگی می تواند بر رفتار ارتقا سلامت سالمندان تأثیر بگذارد. شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت۵ روشی است که افراد می توانند با به حداکثر رساندن ابتکار ذهنی خود و اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت، سلامت جسمی و هیجانی خود را حفظ کنند. این سبک زندگی می تواند از بیماری های جسمانی و روانی

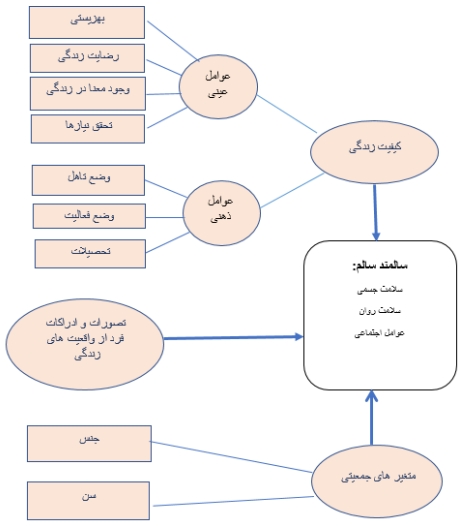
1. anthropological phenomenon
2. anxiety
3. loneliness
4. depression
5. Health-promoting lifestyle

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

جلوگیری کرده و مشکلات آنان را کاهش دهد (۱۱). مشخص شده است که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت می تواند عملکرد جسمی و سطح سلامتی فرد را بهبود بخشد و همچنین از عوامل مهم تأثیرگذاری در افسردگی فردی است (۱۲). بر اساس مدل ارتقا سلامت، افراد می توانند ابتکار ذهنی خود را به حداکثر برسانند، آگاهی و توانایی مراقبت های بهداشتی ، عزت نفس و خودکارآمدی را با یک سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهبود بخشند(۱۳). در عوض ، افرادی که سبک زندگی ناسالم دارند، تمایل بیشتری به تجربه احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب نشان می دهند(۱۴).

مرور تحقیقات نشان می دهد سلامت جسمانی و روانی افراد مسن می تواند تحت تاثیر مولفه های اجتماعی و محیطی و عوامل درونی قرار گیرد. برای مثال یانگ و همکاران (۱۵) در تحقیقی نشان داد که سلامت روان افراد مسن در شهرهای فقیرنشین در حد پایینی قرار دارد. از این رو آنان پیشنهاد دادند توجه ویژه ای باید به سالمندانی که دارای تحصیلات کمتر ، مسن تر و مجرد هستند، شود. همچنین نداشتن امنیت، خدمات نامناسب حمل و نقل، آب و هوای نامناسب، مسیرهای نامناسب پیاده روی، امکانات و برنامه های ورزشی ضعیف، دیدگاه های منفی، مشکلات بهداشتی شخصی و تصویر منفی از خود از موانع مهم فعالیت بدنی در افراد مسن بود. در این خصوص نادری و همکاران (۱۶) پیشنهاد کردند، وجود گروه های اجتماعی همسالان و دستیاران ورزشی، توصیه های پزشکان ، تشویق خانواده و پیروی از ارزش های دینی و ملی می تواند در ترغیب سالمندان به انجام فعالیت های بدنی موثر باشد.

در حالیکه بخش عمده ای از موضوعات مهم زندگی فردی و اجتماعی سالمندان مورد غفلت قرار گرفته است. از جمله تاثیر عوامل اجتماعی بر سالمندی ، بررسی وضعیت سیستم های پایدار ارائه مراقبت های بلند مدت و برآورد نیاز جامعه به سیستم های بهداشتی بر اساس نیاز جمعیت های سالمند و.... لذا با در نظر گرفتن این مسائل و بررسی مطالعاتی که در زمینه های مختلف سالمندی تاکنون انجام گرفته است، در این مطالعه تلاش شده ضمن بررسی علمی روند تحولات جمعیت سالمند استان مازندران، به بررسی عوامل موثر بر سالمندی سالم با تاکید بر شاخص های بین المللی (مطابق مدل مفهومی شکل ۱) پرداخته شود.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

مواد و روش ها

روش تحقیق حاضر بر مبنای تحقیقات میدانی و از شاخه پیمایشی بود. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه سالمندان واقع در سن ۶۵ سال و بالاتر ساکن در مناطق شهری استان مازندران در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن(۱۳۹۵) استان مازندران به عنوان مبنا مورد استفاده قرار گرفته است. بدین ترتیب جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش سالمندان بالای ۶۵ سال ساکن مناطق شهری استان مازندران هستند. که تعداد آنها در سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۱۶،۶۴۸هزار نفر بوده است.(مرکز آمار ایران۱۳۹۵).

جهت انتخاب نمونه تحقیق، از فرمول کوکران استفاده شد.

در این فرمول، تعداد حجم نمونه (n) با ضوابط احتمال اشتباه ۰/۰۵= α، ضریب اعتماد، حدود اعتماد پارامترهای مورد نظر از جامعه ۱-α=۰/۹۵ مقدار اشتباه در برآورد نسبت مورد نظر که پارامتر جامعه نامیده می شود d=۰/۰۲ و میزان پراکندگی pq=۰/۲۵ در نظر گرفته می شوند.

تعداد کل سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر ساکن شهرهای استان مازندران

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nt^2 - pq}$$

N=(۱۱۶،۶۴۸)

ضریب اطمینان۹۵٪(۱/۹۶)=t

احتمال اشتباه ۰/ ۵=q، حدود اعتماد ۰/ ۵ =q

پیش برآورد واریانس(۰/۰۵) = P

P نسبت ویژگی اول و q نسبت ویژگی دوم (یعنی ویژگی مقابل ویژگی اول) است و P+Q = ۱ است. بر این اساس اگر q=p=۰/۵ باشد، میزان پراکندگی متغیر کیفی به بیشترین مقدار خود می رسد و بر این اساس داریم:

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

بنابراین با مقدارهایی که برای t، p، q و همچنین N داریم،حجم نمونه برابر خواهد بود با:

$$n = \frac{116{,}648 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{116{,}648 * 0.05^2 - 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = ۳۸۴$$

حجم نمونه (n) بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر به دست می آید. بر این اساس۳۸۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بیشتر ساکن مناطق شهری بخش مرکزی استان مازندران به عنوان نمونه تحقیق، مورد بررسی قرار گرفته اند. همچنین سعی شد به نسبت سالمندان هر شهر نمونه پژوهشی انتخاب شود؛ بدین منظور از شهر ساری ۶۲ نفر، بابل، ۵۱ نفر، آمل ۴۹ نفر، قائم شهر ۴۷ نفر، بهشهر ۲۰ نفر، چالوس ۱۶ نفر، تنکابن ۱۵ نفر، بابلسر ۱۳ نفر، نوشهر ۱۳ نفر، رامسر ۱۱ نفر، نکا ۸ نفر، امیرکلا ۸ نفر، فریدونکنار ۸ نفر،کتالم وسادات شهر ۷ نفر، جویبار ۷ نفر، نور ۶ نفر ، محمودآباد۶ نفر، گلوگاه ۵ نفر، کلاردشت ۴ نفر، شیرود ۳ نفر، هچیرود ۳ نفر، رستمکلا ۳ نفر، عباس اباد ۳ نفر، خلیل شهر ۳ نفر، ارطه ۳ نفر، شیرگاه ۲ نفر، سورک ۲ نفر، ایزدشهر ۲ نفر، کیاکلا ۲ نفر، پل سفید ۲ نفر و رویان ۲ نفر و آلاشت ۱ نفر انتخاب شدند.

در پژوهش حاضر، پرسشنامه مشتمل بر ۲ بخش می باشد .به منظور تعیین میزان اعتبار بخش نخست پرسشنامه ضمن استفاده از دیدگاه صاحبنظران و متخصصان برای یافتن اعتبار صوری سؤالات پرسشنامه ،از برخی شیوه ها مانند مراحل زیرنیز استفاده شده است.

۱ .مطالعه نظری پیرامون مباحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت سالمندان

۲ .تعریف مفهومی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق و تعیین شاخص های عینی آن

۳ .تهیه ی سؤالاتی برای سنجش متغیر عمده تحقیق، که همان متغیر وابسته می باشد

۴ .تهیه سؤالاتی برای هریک از متغیرهای مستقل مورد نظر در این تحقیق

۵ .تنظیم پرسشنامه به شکل نهایی و اجرای آن

۶ .تعیین روایی و پایایی متغیرهای مختلف در پرسشنامه.

۷ .حذف برخی سؤالات و گویه ها جهت افزایش روایی پرسشنامه و تأیید نهایی توسط استاد راهنما

در بخش دوم نیز سوالات لازم به منظور بررسی وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بر اساس پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است .

از سوی دیگر، به منظور حصول میزان پایایی پرسشنامه از روش هماهنگی درونی گویه ها که با استفاده از روش آلفای کرونباخ صورت می گیرد استفاده شد. بر اساس این روش هر قدر گویه های یک بعد، هماهنگی بیشتری داشته باشند برای افزایش مقدار آلفا و در نتیجه افزایش پایایی مقیاس باید همه ی گویه های ناپایدار را حذف کرد. بدین منظور باید دید با حذف هر گویه معین مقدار آلفا چقدر می شود. در پژوهش حاضر نیز گویه هایی که موجب کاهش آلفا شدند حذف گردیدند تا اینکه پرسشنامه نهایی با ضریب آلفای بالای ۰/۷ برای تمامی متغیرها استخراج گردید.

در نهایت پرسشنامه شاخص های سلامت سالمندان در ابعاد سلامت جسمانی (۱۰ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶)، سلامت عاطفی(۵ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶)، سلامت روحی روانی (۱۲ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲)، عملکرد اجتماعی(۱۲ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱)، بهزیستی(۵ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳)، وجود معنا در زندگی(۵ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲)، کیفیت زندگی(۳۶ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴)، رضایت از زندگی(۸ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵)، تحقق نیازها(۵ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸) و تصورات و ادراک فرد(۷ سوال با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹) بدست آمد.

یافته‌ها

ا نتایج بدست آمده نشان داد که ۵۰ درصد پاسخگویان زن (۱۹۵ نفر) و ۵۰ درصد مرد(۱۹۵ نفر) بوده‌اند. ۵۶,۴ درصد پاسخگویان درسن ۶۹-۶۵ سال ۲۱,۳ درصد ۷۴-۷۰سال، ۲۲,۳ درصد۷۹-۷۵ سال و بالاتر بوده‌اند. ۹۱,۸ درصد پاسخگویان ساکن منزل و ۸,۲ درصد ساکن خانه سالمندان بوده‌اند. ۲,۱ درصد پاسخگویان هرگز ازدواج نکرده اند ، ۶۴,۱۰ درصد متاهل و ۲۹,۷۰ درصد پاسخگویان همسرانشان فوت نموده‌اند. ۳,۸۰ درصد پاسخگویان نیز طلاق گرفته یا متارکه کرده بودند. همچنین ۲۹درصد پاسخگویان بی سواد، ۳۹ درصد سواد خواندن و نوشتن وزیردیپلم بودند، ۱۴,۴درصد تحصیلاتشان دیپلم و۱۷,۷ درصد فوق دیپلم ،لیسانس و بالاتر داشتند.

جدول ۱. ضریب همبستگی بین سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با کیفیت زندگی

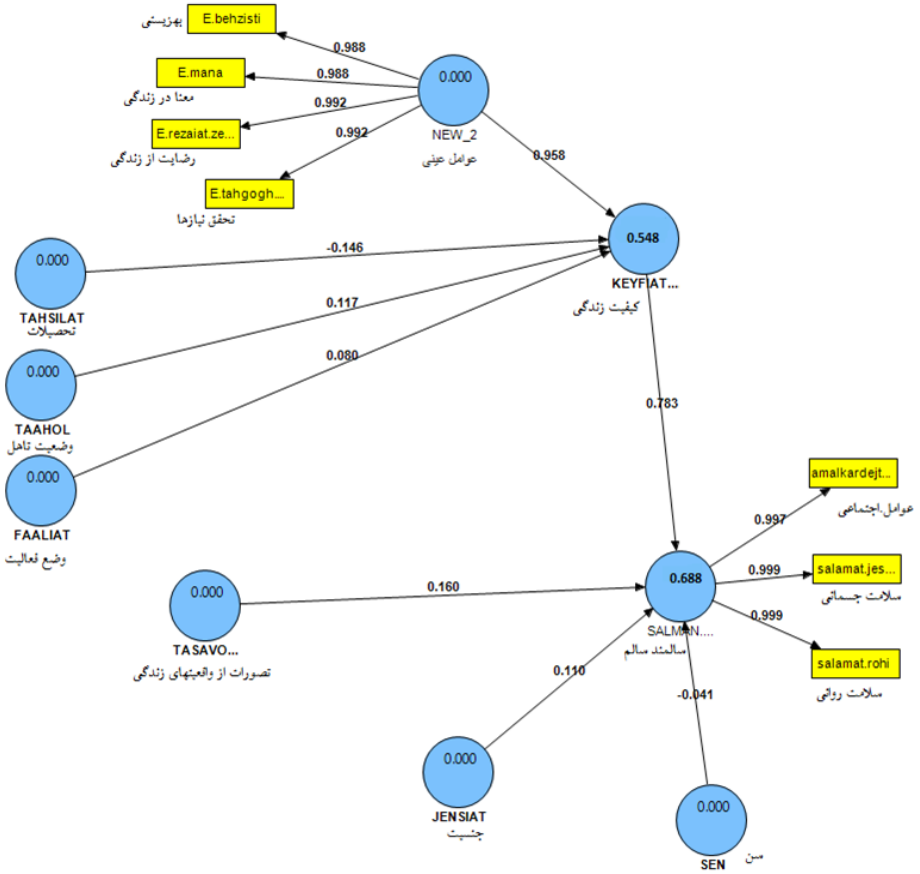
متغیرها	سلامت جسمانی	سلامت عاطفی	سلامت روحی	عملکرد اجتماعی	بهزیستی	وجود معنا در زندگی	کیفیت زندگی
سلامت جسمانی	-						
سلامت عاطفی	۰/۴۶**	-					
سلامت روحی	۰/۶۷۸**	۰/۶۷۳**	-				
عملکرداجتماعی	۰/۴۷**	۰/۳۹**	۰/۵۷**	-			
بهزیستی	۰/۱۶**	۰/۰۹	۰/۱۵**	۰/۱۸**	-		

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

وجود معنا در زندگی	۰/۱۰۱*	۰/۰۵	۰/۱۰۶*	۰/۰۴	۰/۰۸	–	
کیفیت زندگی	۰/۱۷۶**	۰/۰۹	۰/۱۶**	۰/۱۷۸**	۰/۷۷**	۰/۶۱**	–

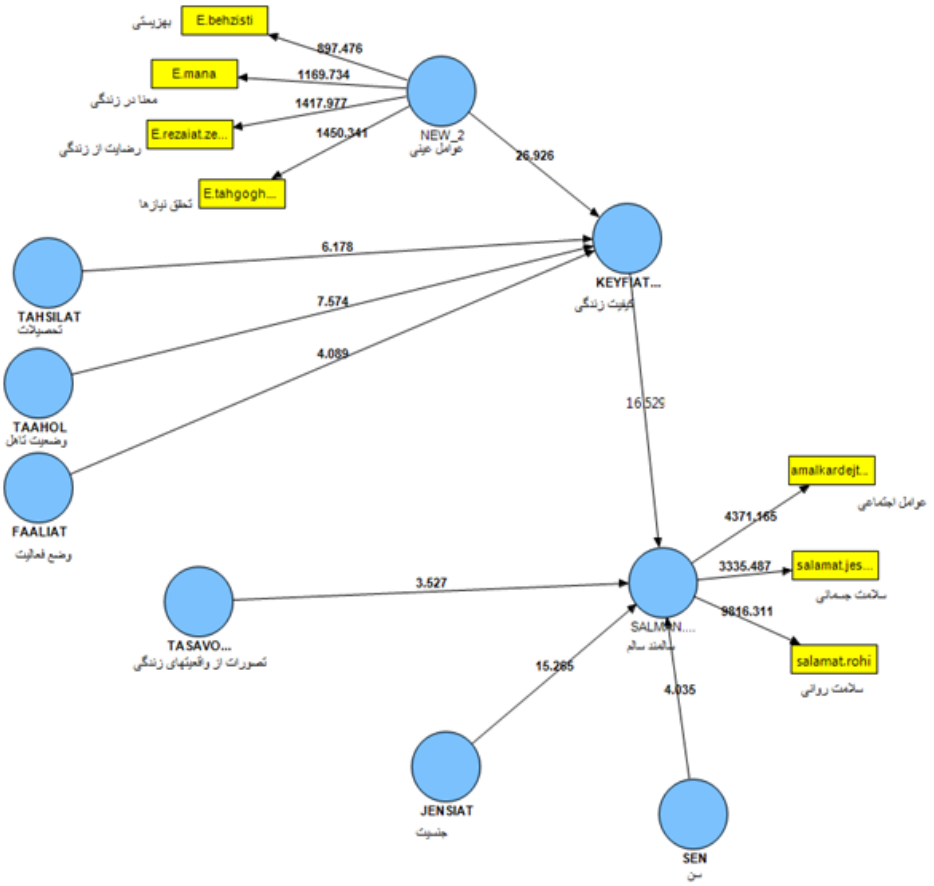
** p<0/01 *p<0/05

جدول ۱،ضریب همبستگی بین سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با کیفیت زندگی را نشان می دهد. نتایج نشان داد بین سلامت جسمانی (۰/۱۷۶)، سلامت روحی (۰/۱۶)، عملکرداجتماعی(۰/۱۷۸)، بهزیستی (۰/۷۷)، وجود معنا در زندگی (۰/۶۱) با کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.



شکل ۲. آزمون برازش شده رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش در حالت ضرایب استاندارد

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]



شکل ۳. آزمون برازش شده رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش در حالت ضرایب معناداری

برای تأیید مدل پژوهش از فرمان Bootstrapping نرم افزار smart PLS استفاده شد که خروجی حاصل ضرایب t را نشان می دهد(شکل شماره ۲). وقتی مقادیرt در بازه‌ی بیشتر از ۱/۹۶+ باشند، بیانگر معنادار بودن پارامتر مربوطه و متعاقباً تأیید سوالات پژوهشی است. در ادامه در جدول۲ نتایج به صورت ضرایب معنی داری و استاندارد گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج اجرای مدل ساختاری بین متغیرهای پژوهشی

مسیر	ضریب بتای استاندارد (β)	t-value	نتیجه
عوامل عینی ← کیفیت زندگی	۰/۹۵	۲۶/۹۲	معنی دار
تحصیلات ← کیفیت زندگی	-۰/۱۴	۶/۱۷	معنی دار
تاهل ← کیفیت زندگی	۰/۱۱	۷/۵۷	معنی دار
وضع فعالیت ← کیفیت زندگی	۰/۰۸	۴/۰۸	معنی دار
تصورات از واقعیتهای زندگی ← سالمندی سالم	۰/۱۶	۳/۵۲	معنی دار
جنسیت ← سالمندی سالم	۰/۱۱	۱۵/۲۶	معنی دار
سن ← سالمندی سالم	-۰/۰۴	۴/۰۳	معنی دار
کیفیت زندگی ← سالمندی سالم	۰/۷۸	۱۶/۵۲	معنی دار

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

جدول شماره ۲، نتایج اجرای مدل ساختاری بین متغیرهای پژوهشی را نشان می دهد. ضرایب مسیر بین عوامل عینی(۰/۹۵)، تحصیلات(۰/۱۴-)، تاهل (۰/۱۱) و وضع فعالیت (۰/۰۸) با کیفیت زندگی، تصورات از واقعیتهای زندگی (۰/۱۶)، جنسیت (۰/۱۱)، سن (۰/۰۴-) و کیفیت زندگی (۰/۷۸) با سالمندی سالم بدست آمد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد بین سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه وجود داشت. بررسی های مربوط به نظریات و تحقیقات تجربی نشان می دهد عواملی چون ازدواج به موقع و روابط قوی خانوادگی (۱۷)، سطح سواد (به ویژه سواد سلامت) (۱۸)، مشارکت اجتماعی(۱۹)، وضعیت اقتصادی اجتماعی (۲۰)، حمایت خانوادگی (۲۰) و تنهایی (۱۸) از عوامل اصلی و موثر بر سطح سلامت افراد مسن در حوزه های روانی، اجتماعی و جسمانی هستند.

مشارکت اجتماعی کمتر در سنین بالاتر به طور عمده توسط عوامل مختلفی از جمله افزایش سطح فقر (به دلیل بازنشستگی ، کاهش فعالیت های درآمدزایی) ، از دست دادن همسر و ناتوانی جسمی ناشی از شروع بیماری های مزمن تعیین می شود. عدم مشارکت در فعالیتهای اجتماعی به طور قابل توجهی با افزایش عوارض و مرگ و میر مرتبط است، در حالی که مشارکت اجتماعی بر سلامت افراد مسن و کیفیت زندگی آنها تأثیر مثبت دارد.

همچنین هال و ولمن (۲۱) مفاهیم شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی را به عنوان سازه های واسطه ای برای رفاه پیشنهاد کردند تا توضیح دهند چگونه تبادلات مختلف اجتماعی بین افراد ، به طور عمده در شرایط نیاز ، ممکن است بر نتایج سلامتی تأثیر بگذارد. مطالعات بیشتر به مزایای سلامتی ناشی از حمایت اجتماعی به دلیل توانایی آن در کاهش خطرات بیماریهای جسمی و شناختی اشاره دارد (۲۲). طبق گفته کراوز(۲۳) ، حمایت دریافتی میزان کمک ملموسی است که از طریق شبکه اجتماعی ارائه می شود ، در حالی که حمایت ادراک شده ارزیابی ذهنی کمک دریافت شده است. پشتیبانی ادراک شده در هنگام بروز استرس و برای افرادی که در فعالیتهای روزمره محدودیت دارند، فعالیتهای روزمره معمولاً شامل تحرک عملکردی و مراقبت شخصی ، از جمله غذا خوردن ، استحمام ، پانسمان ، توالت ، راه رفتن و کنترل ، یک منبع مهم است. همچنین به نظر می رسد که سطح بالاتری از اعتماد بین فردی با سلامت جسمی و رفاه ذهنی خود ارزیابی شده ارتباط مثبت دارد.

در مورد سالمندان ، حمایت اجتماعی ممکن است منبع اصلی مراقبت و سلامت شخصی باشد و جنبه هایی که قبلاً در زمینه عمومی حمایت اجتماعی تأکید شده است ، با توجه به مشکلات مختلف مربوط به سالخوردگی جمعیت ، بحرانی تر و تقویت می شوند. آسیب پذیری اجتماعی ، که مفهومی مربوط به حمایت اجتماعی کم است ، در واقع در بین افراد با ضعف فردی بیشتر است و با افزایش سن افزایش می یابد. آسیب پذیری اجتماعی بیشتر در بزرگسالان مسن با مرگ و میر همراه است (۲۴). علاوه بر این ، پیری بسیار با سطح پایین درآمد همراه است و کاهش شبکه های اجتماعی و حمایت اجتماعی بیشتر در میان افراد مسن با موقعیت اقتصادی – اجتماعی پایین مشاهده می شود (۲۵). سن بسیار بالا نیز با سطح پایینتری از سلامتی همراه است. تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان به خوبی ثبت شده است. به ویژه حمایت عاطفی از فرزندان با سطح بالاتری از سلامت، ناراحتی و اختلالات شناختی کمتر در افراد مسن بدون همسر ارتباط مثبت دارد (۲۶). برعکس ، پیشنهاد شده است که تنهایی در سنین پیری عاملی خطرناک برای بیماری و مرگ و میر است (۱۸). به طور خاص ، عدم حمایت غیررسمی می تواند تأثیر جدی بر سلامتی و کیفیت زندگی زنان مسن کم درآمد که به تنهایی زندگی می کنند ، داشته باشد و این نیز ممکن است منجر به نهادسازی زودرس شود (۲۷). علاوه بر این ، یافته های اخیر بر اهمیت خانواده و دوستی برای پیری سالم تأکید می کنند و تأیید می کنند که استرس مزمن و از دست دادن عملکردها در افراد مسن با حمایت غیررسمی و رسمی کاهش می یابد. همبستگی خانوادگی ، از جنبه عاطفی خود ، می تواند "مفهومی محکم" و عنصری اساسی برای یکپارچگی اجتماعی در سنین پیری تلقی شود (۲۸).

همچنین می توان گفت پیری موفقیت آمیز یا میزان انطباق و سازگاری افراد با پیری ، به این معنی است که افراد مسن می توانند سلامت جسمی و هیجانی خود را حفظ کنند و همچنین روابط خانوادگی و اجتماعی خوبی را پس از ورود به سن پیری داشته باشند. در روند پیری، در مواجهه با پیری جسمی و روانی و همچنین پیری اجتماعی، افراد مسن درک ذهنی و واکنش های هیجانی، یعنی ادراک پیری را تجربه می کنند. ادراک پیری، مثبت و منفی ، بر روند رفتاری سالمندان در طی روند پیری تأثیر می گذارد (۲۹). ادراک پیری مثبت به تأثیرات مثبت و تجربه ناشی از افزایش سن پیری اشاره دارد، در حالی که ادراک پیری منفی به تجربه منفی جنبه های ذهنی ، جسمی و اجتماعی ناشی از پیری اشاره دارد (۳۰). برای افراد مسن ، درک پیری عامل مهمی است که بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر می گذارد. درک پیری مثبت تأثیر مثبتی بر سلامت جسمی و روانی آنها دارد ، در حالی که درک پیری منفی بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر منفی می گذار (۳۱). طبق تئوری طرحواره، طرحواره پردازش اطلاعات۱ که توسط افراد در طی تجارب منفی زندگی شکل گرفته است ، از حساسیت بالاتری برخوردار است، بنابراین به احتمال زیاد باعث افسردگی و اضطراب در افراد مسن می شود. سالمندانی که شیوه زندگی سلامت محور ندارند ، ممکن است رویدادهای منفی زندگی را تجربه کنند و طرحواره های تشکیل شده باعث می شود سالمندان احساس منفی بیشتری نسبت به پیری داشته باشند(۱۸).

در یک جمع بندی کلی می توان گفت سالمندان به عنوان بخش مهمی از افراد جوامع همواره مورد غفلت واقع شده‌اند، حال آن‌که مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی با افزایش روزافزون جمعیت آنان بیش از پیش اهمیت می‌یابد. زنان و مردان با پاگذاشتن به سنین پیری مورد طرد و بی‌اعتنایی از سوی خانواده، محیط کار و گروه‌های

1. the information processing schema

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

اجتماعی قرار می‌گیرند. از طرف دیگر خصوصیات و ویژگی‌های فردی درون سالمندان نیز آنها را مستعد طرد شدن از جامعه خواهد کرد. در این پژوهش نویسندگان تلاش نمودند تا متغیرهای تأثیرگذار را بر طرد اجتماعی سالمندان شناسایی نمایند.

محدودیتهای پژوهش شامل: ۱-این پژوهش مبتنی بر جامعه آماری سالمندان استان مازندران بود بنابراین تعمیم آن به سایر جوامع باید با احتیاط صورت پذیرد. ۲- اغلب افراد مورد مطالعه از نظر سواد در سطح پایینی بودند بنابراین به ناچار برای اکثر آنها پرسشنامه باید توسط یک نفر مصاحبه کننده تکمیل می شد که وقت زیادی صرف می کرد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می شود: ۱-با توجه به جوانی جمعیت کشورمان طی سال‌های اخیر، اکثر برنامه‌ریزی‌ها روی مسائل جوانان متمرکز بوده است ولی روند رو به رشد سالمندان مطالعات بیشتر و همچنین برنامه‌ریزی‌های بیشتری را می‌طلبد.

۲-با توجه به اهمیت وضعیت سلامت جسمی و روحی در بین دیگر ابعاد کیفیت زندگی سالمندان، باید به بهبود وضعیت سلامتی این گروه کمک نمود تا بتوان بر مبنای آن کیفیت زندگی سالمندان را ارتقا داد. یکی از راههای بهبود وضعیت سلامتی، حمایت و برنامه های آموزشی در جهت خودمراقبتی، ورزش، پیاده روی و به طورکلی، احیای استقلال فردی و بهبود وضعیت سلامتی سالمند و درنهایت ارتقای کیفیت زندگی آنان است. از طرف دیگر، با استفاده از راهکارهای کلان و ساختاری موجود در مقالات منتشرشده، می توان به بهبود کیفیت زندگی سالمندان در ایران پرداخت و از این راهکارها به طور کاربردی استفاده نمود. نکته حائز اهمیت در امر کیفیت زندگی سالمندان، توجه همه جانبه به تمام ابعاد سلامت و کیفیت زندگی است؛ چراکه هیچ یک از عوامل ناچیز نیستند و هریک به تنهایی نیز نمی تواند حاکی از سلامت مناسب و کیفیت زندگی بالای سالمندان باشند. ۳- تأسیس مراکز مددکاری اجتماعی برای سالمندان و خانواده‌هایی که دارای فرد سالمند هستند کمک می‌کند تا هم سالمندان با حضور در جلسات مربوط به مرکز، احساس طردشدگی و کنارگذاری نکنند و اعتماد به نفس بالا کسب کنند و هم خانواده‌هایشان بتوانند با مشاوره با مددکاران با مشکلات زندگی با سالمند خویش کنار بیایند. این مراکز هم می تواند به صورت خصوصی و هم به صورت دولتی از جانب سازمان بهزیستی تأسیس شود.

References

1. Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2010). Anxiety and depression in the elderly: do we know any more. Current opinion in psychiatry, 23(6), 504-509.
2. Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference?. Pain Medicine, 11(12), 1780-1790.
3. Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, B. K., & Bariyah, K. (2012). Quality of life elderly. Jurnal Keperawatan, 3(2), 120-132.
4. Golmakani, E., Usefi, M. R., Tabatabaeichehr, M., Moayyed, L., & Mortazavi, H. (2014). Fall in elderly: A literature review. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences, 5(5), 1159-1163.
5. Farajzadeh, M., Ghanei Gheshlagh, R., Rashadmanesh, N., Zarei, M., & Amini, H. (2017). Does tea consumption reduce the chances of depression in the elderly? Case-control study. Journal of Gerontology, 1(4), 29-37.
6. Bolourchifard, F., Savadishafi, M., & Pazokian, M. (2020). Examining the Effect of Nursing Counseling on Anxiety and Depression in the Elderly Patients Undergoing Open Heart Surgery. Archives of Pharmacy Practice, 1, 100.
7. Sahafinooi, Helen; Akbari Kamrani, Ahmad Ali; Abolfathi Mumtaz, Yadollah; Pourhadi, Samaneh; Shetty, Mohsen (1396). A comparative study of the level of disability in elderly men and women under the auspices of the Tehran Municipal Retirement Organization in 2015, Elderly (Iranian Journal of the Elderly) Volume 12, Number 1.
8. Xinghua, F. A. N., Xiaoyi, F. A. N. G., Yuesheng, H. U. A. N. G., Fengju, C. H. E. N., & Si, Y. U. (2018). The influence mechanism of parental care on depression among left-behind rural children in China: A longitudinal study. Acta Psychologica Sinica, 50(9), 1029-1040.
9. Li, M. M., Fu, Y. N., Wu, M. C., Wang, Z. Q., & Li, K. (2017). Correlation between activities of daily living and depression in the elderly. Modern Preventive Medicine, 44(21), 123–127.
10. Santos, L. E., Beckman, D., & Ferreira, S. T. (2016). Microglial dysfunction connects depression and Alzheimer's

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

research and public health, 12(8), 9714-9725.
19. Ahmad, K., & Hafeez, M. (2011). Factors affecting social participation of elderly people: a study in Lahore. J Anim Plant Sci, 21(2), 283e289.
20. Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., & Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. PloS one, 8(1), e54856.
21. Hall A, Wellman B (1985) Social networks and social support. In Cohen S, Syme SL, editors. Social support and health. Orlando: Academic Press. 23–41.
22. Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. American Journal of health promotion, 14(6), 362-370.
23. Krause N (2001) Social Support. In: Binstok RH, George LK, editors. Handbook of Aging and the Social Sciences. San Diego CA: Academic Press. 272–294.
24. Andrew, M. K., Mitnitski, A. B., & Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. PLoS one, 3(5), e2232.
25. Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., ... & Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. International Journal for Equity in Health, 7(1), 1-7.
26. Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H., & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? Social science & medicine, 59(11), 2259-2270.
27. Ryser, L., & Halseth, G. (2011). Informal support networks of low-income disease. Brain, behavior, and immunity, 55, 151-165.
11. Hua, Y., Wang, B., Wallen, G. R., Shao, P., Ni, C., & Hua, Q. (2015). Health-promoting lifestyles and depression in urban elderly Chinese. PloS one, 10(3), e0117998.
12. Harrington, J., Perry, I. J., Lutomski, J., Fitzgerald, A. P., Shiely, F., McGee, H., & Shelley, E. (2010). Living longer and feeling better: healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. European Journal of Public Health, 20(1), 91-95.
13. Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Stromborg, M. F. (1988). Development and testing of the Health Promotion Model. Cardio-vascular nursing, 24(6), 41.
14. Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. Journal of affective disorders, 140(3), 205-214.
15. Yang, Y., Deng, H., Yang, Q., Ding, X., Mao, D., Ma, X., & Zhong, Z. (2020). Mental health and related influencing factors among rural elderly in 14 poverty state counties of Chongqing, Southwest China: a cross-sectional study. Environmental Health and Preventive Medicine, 25(1), 1-10.
16. Nadri, A., Safania, A., & Amirtash, A. (2020). A Qualitative Study on Factors Affecting Elderly Physical Activity. Health and Development Journal, 7(1), 70-88.
17. Williams, L., Zhang, R., & Packard, K. C. (2017). Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: the importance of marital status, child proximity, and gender. SSM-population health, 3, 20-36.
18. Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. International journal of environmental

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]

senior women living alone: Evidence from Fort St. John, BC. Journal of Women & Aging, 23(3), 185-202.
28. Lowenstein, A. (2007). Solidarity–conflict and ambivalence: Testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62(2), S100-S107.
29. Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. BMC geriatrics, 7(1), 9.
30. Cheng, S. T., Fung, H. H., & Chan, A. (2009). Self-perception and psychological well-being: The benefits of foreseeing a worse future. Psychology and Aging, 24(3), 623.
31. Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). Journal of Affective Disorders, 199, 132-138.

[Downloaded from islamiclifej.com on 2024-03-28]