بررسی خودارزیابی سلامت در میان سالمندان ساکن شهر شیراز در سال ۱۳۹۴

مجید موحدمجد[۱*]، صدیقه جهانبازیان[۲]

• دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۴ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۶/۱۶ • پذیرش مقاله: ۹۵/۶/۲۱

چکیده

مقدمه: سلامت درک شده توسط فرد، یکی از رایج‌ترین انواع تعیین وضعیت سلامت در سالمندان از دیدگاه ذهنی می‌باشد، زیرا می‌تواند جنبه‌های مختلف سلامت یعنی سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی را بررسی کند. هدف از این تحقیق، بررسی خود ارزیابی سلامت میان سالمندان ساکن در شهر شیراز بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها، ۴۰۰ نفر از سالمندان در شهر شیراز به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خودارزیابی سلامت در ۸ بُعد جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام پذیرفت.

یافته‌ها: ۶۰/۳٪ سالمندان وضعیت سلامت ادراک شده خود را در حد متوسط ارزیابی نمودند. متغیرهای جمعیتی سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، طبقه اقتصادی- اجتماعی، سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری داشتند. بین جنسیت و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود نداشت. متغیرهای فرهنگی و اجتماعی نظیر رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی، عزت نفس، ارتباط و صمیمیت با فرزندان و دوستان هر کدام با (P=۰/۰۰۰) و تعداد فرزندان با خودارزیابی سلامت رابطه آماری معنی‌داری داشتند (P=۰/۰۱۷).

بحث و نتیجه‌گیری: سیاست‌گذاران می‌توانند برنامه‌ای تحت عنوان پیمایش سلامت سالمندان را طراحی کنند و همه ساله وضعیت سلامت آنان را در جامعه رصد کنند و برنامه‌هایی مناسب با شرایط جامعه و وضعیت سلامت سالمندان ارائه دهند.

واژگان کلیدی: خودارزیابی سلامت، سالمندان، عزت نفس، ارتباط و صمیمیت با دوستان و فرزندان، سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی

•**ارجاع:** موحدمجد مجید، جهانبازیان صدیقه. بررسی خودارزیابی سلامت در میان سالمندان ساکن شهر شیراز در سال ۱۳۹۴. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۲): ۱۷۱-۱۵۹.

۱. دانشیار، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

***نویسنده مسئول:** شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی

تلفن: ۸۵۱۱۵ – ۰۷۱۹۴۶ **Email**: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

مقدمه

ارزیابی سلامت توسط فرد یا سلامت خود گزارش، یک شاخص شناخته شده بین‌المللی است. در واقع ارزیابی سطح سلامت با پاسخ به یک سؤال منفرد که سلامت خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) و نیز سازمان (Euro- Reves) (با انجام پروژه‌ای توسط اتحادیه اروپا به منظور هماهنگ سازی مفهوم سلامت) به عنوان یکی از بهترین شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت در سطح فردی و جمعیتی در نظر گرفته شده است (۱). این دو سازمان ارتباط بین ارزیابی کلی سلامت توسط فرد و پیامدهای سلامتی را در سطح وسیعی بررسی نموده و این سنجش را برای برآورد خط‌مشی داده‌های مرتبط با سلامت همگانی نظیر امید به زندگی و مرگ توصیه نموده‌اند (۲). مطالعات بیانگر آن است که ارزیابی کلی سلامت توسط فرد به ویژه به صورت دوره‌ای، دارای ارتباط قوی با سایر سنجه‌های موضوعی و عینی بهزیستی، پیامدهای سلامتی و مرگ است. به بیان دیگر سنجه‌های حاصل از ارزیابی سلامت افراد توسط خودشان، پیشگویی‌کننده پیامدها و مخاطرات سلامتی در طول زندگی آن‌ها است (٤، ۳). انسان در طول قرن بیستم، بیش از همه تاریخ بشریت، از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی دچار دگرگونی شد و در علم پزشکی بسیار پیشرفت کرد. تلاش برای صنعتی شدن، گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته است (۵). تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در سنین میانسالی و سالمندی و گرایش به سوی بیماری‌های مزمن از یک سو و مواجه شدن با سالمندانی که از نظر جسمانی سالم هستند ولی نیازمند حمایت‌های بهداشتی- درمانی هستند، از سوی دیگر مداخله‌ای جدی را می‌طلبد (٦). مطالعات مرگ و میر و سلامت سالمندان نشان می‌دهد که سهم بیماری‌های مزمن در سنین سالمندی به طور قابل 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 بیشتر آشکار می‌شود (۷). جمعیت افراد بالای ٦۰ سال در ایران بر اساس آخرین سرشماری عمومی در سال ۱۳۹۰، ٦۱۵۹٦۷٦ نفر بود که ۸/۱ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ روند افزایشی داشته است (۸). پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲٦ میلیون و۳۹۳ هزار نفر که معادل ۲٦ درصد از کل جمعیت کشور خواهد بود، می‌رسد. در حال حاضر نرخ رشد جمعیت جهان، ۷/۱ درصد می‌باشد و این در حالی است که این افزایش برای جمعیت ٦۵ سال و بالاتر، ۵/۲ درصد می‌باشد. سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی می‌افزاید. در صورت عدم برنامه‌ریزی مناسب برای این قشر، مشکلات ناشی از افزایش سالمندی در کشور ما ایجاد خواهد شد (۹). از آنجایی که سالخوردگی فرآیندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

دوران سالخوردگی و توجه به سلامت آن‌ها امری ضروری و باید جنبه تفکیک ناپذیر از سیاست‌های توسعه اقتصادی– اجتماعی باشد (۱۰). میرزایی به این نکته اشاره کرد که محدودیت عملکرد، فعالیت، اختلال روانی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی تحصیلات و سن پیش‌بینی کننده‌های قابل اعتمادی برای سلامت خود ادراک در سالمندان می‌باشند (۷). Wu و همکاران بیان کردند که شیوع تمام بیماری‌ها با خودارزیابی پایین سلامت همراه بود (۱۱). طبق یافته‌های پژوهش Tsimbos جایگاه اجتماعی- اقتصادی افراد با افزایش سن کاهش می‌یافت. افرادی که جایگاه اقتصادی- اجتماعی پایینی داشتند از نظر سلامت در همه ابعاد آن نیز، وضعیت بدتری دارا بودند. همچنین میزان تحصیلات در مقایسه با ثروت و میزان درآمد همبستگی مثبت بیشتری را با آزمون خودگزارش‌دهی سلامت نشان داد (۱۲). تحقیق دیگری توسط Wolinsky انجام گرفت نشان داد افرادی که از طبقه اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر بودند، رفتار سلامت مناسبی نداشتند و همچنین افرادی که دارای سابقه بیماری بوده‌اند، به نسبت دیگران خودگزارش‌دهی از سلامت آن‌ها پایین بود (۱۳). در تحقیق Gunnarsson و همکاران این فرضیه که هرچه سطح شغلی پایین‌تر باشد میزان سلامت خود ادراک نیز کمتر است، تأیید شد (۱٤). Molarius و همکاران به این نتیجه رسیدند در میان افرادی که رتبه پایینی در سلامت خودارزیابی شده ابراز می‌کردند پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین، حمایت اجتماعی کمتری، بیشتر از سایر افراد دیده می‌شد. در پایان محقق نتیجه‌گیری کرد که عوامل روانی، اجتماعی و محیطی بر سلامت خودارزیابی شده تأثیر معنی‌داری دارند (۱۵). نتایج تحقیق Callaghan نشان داد عوامل تحصیلات، درآمد، سیستم حمایتی، وضعیت تأهل، جنسیت، تعداد فرزندان با سلامت سالمندان رابطه معنی‌داری داشتند (۱٦). سلامت افراد سالمند، الگوها و تعیین کننده‌های آن یکی از مهم‌ترین موضوعات در دنیای خدمات سلامت و بخش عمومی می‌باشد که نیازمند فهم ابعاد بیولوژیکی و اجتماعی پیرشدن است. برخلاف افزایش امید به زندگی، پیری با افزایش بیماری و وابستگی همراه است (۱۷). به منظور دستیابی به سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز بیماری‌های شایع در این سن و همچنین کاهش ابتلای جمعیت سالمند به بیماری و یا درمان آن، ارائه و شناسایی وضعیت سلامت اولین قدم می‌باشد. اطلاعات حاصل از بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان با ارائه تصویری از مسایل عمده بهداشتی به سیاست‌گذاران حوزه سلامت، در اتخاذ تصمیم‌گیری‌ها کمک شایانی می‌کند.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی اسفند تا اردیبهشت در سال ۱۳۹٤ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را افراد سالمند بالای ٦٥ سال ساکن شهر شیراز تشکیل داده بودند. برای گردآوری داده‌ها، ٤۰۰ نفر از سالمندان در شهر شیراز به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. مشارکت کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش داوطلبانه و با رضایت آگاهانه و از طریق مراجعه به درب منازل انجام پذیرفت. در این تحقیق از پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده Winfild و Taygman استفاده گردید (۲۰). برای اندازه‌گیری عزت نفس از پرسشنامه عزت نفس ده

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

سؤالی ساخته روزنبرگ استفاده شد (۱۸). اعتبار این پرسشنامه در مطالعات دیگر از طریق ضریب همبستگی تأیید شده است (۱۹). پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷٦ به دست آمد. اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی Winfild و Taygman در مطالعات دیگر با روش اعتبار محتوا تأیید شده است (۲۰). در این مطالعه، پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸٤ ثابت شد (۲۰). این پرسشنامه از ۸ بخش تشکیل شده بود که هر کدام بیانگر ابعاد خاصی از موضوع مورد بررسی بودند. بخش اول سؤالات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، جنسیت، طبقه اقتصادی- اجتماعی، وضعیت اشتغال، بخش دوم سؤالات مربوط به سابقه بیماری با ۸ سؤال در مورد (فشارخون بالا، سابقه سکته قلبی، بیماری قند، چربی خون، انواع سرطان، مصرف دخانیات) (۲۱)، بخش سوم سؤالات مربوط به رفتار سلامت که در حوزه سلامت است و شامل خوردن غذای مناسب، ورزش کردن، پرهیز از غذای چرب و مواردی از این قبیل با ٦ سؤال (۲۲). بخش چهارم سؤالات مربوط به عزت نفس بود که برای طرح آن از پرسشنامه روزنبرگ استفاده شد و بخش پنجم سؤالات مربوط به حمایت اجتماعی که با استفاده از پرسشنامه Winfild و Taygman طراحی شد که شامل ۸ سؤل بود. بخش ششم سؤالات مربوط به ارتباط و صمیمیت با دوستان با ٤ سؤال، بخش هفتم سؤالات مربوط به ارتباط و صمیمیت با فرزندان با ٦ سؤال بود (۲۳). بخش ششم و هفتم هم در حوزه سلامت اجتماعی قابل معرفی هستند. بخش هشتم سؤالات مربوط به خودارزیابی سلامت در چهار بعد سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی با۲۲ سؤال بود.

گویه‌های پرسشنامه خودارزیابی سلامت با استفاده از مقیاس ۵ تایی لیکرت امتیازدهی شد. به این شکل که امتیاز یک تا پنج به ترتیب نشان دهنده نمره (۱) بیانگر خیلی کم، نمره (۲) بیانگر کم، نمره (۳) بیانگر متوسط، نمره (٤) بیانگر زیاد و نمره (۵) بیانگرخیلی زیاد بودند (۲٤). پایایی پرسشنامه خودارزیابی سلامت ۰/۷۸ به دست آمد و پرسشنامه به صورت پایلوت بر روی ٤۰ نفر از جامعه آماری، مورد آزمون قرار گرفت و منجر به برخی بازنگری‌ها در پرسشنامه، نظیر حذف برخی از گویه‌ها و اصلاح نحوه و طراحی برخی از پرسش‌ها گردید. همچنین با انجام پیش آزمون بر روی ٤۰ نفر، پایایی و انسجام درونی با ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد (۲٤). برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از اعتبار صوری و محتوا استفاده شد که برای تعیین اعتبار صوری تعدادی پرسشنامه به سالمندان ارائه گردید و برای اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار اعضای هیأت علمی رشته جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه شیراز قرار گرفت و بعد از جمع کردن نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم بر اساس بازخورد کسب شده صورت گرفت. برای تعیین پایایی ابزار، از آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برای رفتارهای سلامت، حمایت اجتماعی و عزت نفس، ارتباط و صمیمیت با فرزندان و ارتباط و صمیمیت با دوستان برابر با ۰/۷٤، ۰/۸٤، ۰/۸۲، ۰/۸٤، ۰/۸۷بودند (۲٤). تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار تحلیلی نظیر آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون و آزمون آنوا (F) انجام پذیرفت. برای برآورد میزان تأثیر هریک از متغیرهای مستقل

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

ویژگی‌های دموگرافیکی، رفتارهای سلامت، عزت نفس و حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت از مدل رگرسیون خطی چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی تأثیرات جمعی و مستقل متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام استفاده گردید. رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام، آماره‌های مربوط به تبیین متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) را بر اساس یک سری متغیرهای مستقل در هرگام ارائه می‌کند. در شیوه گام به گام متغیرها یک به یک به مدل وارد می‌شوند، یعنی ابتدا متغیری که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد مشخص می‌شود (۲۵). برای نشان دادن میزان سطوح خودارزیابی سلامت، افراد مورد مطالعه را در سه سطح سلامت عمومی پایین، متوسط و بالا طبقه‌بندی نمودیم. حد پایین را از این طریق (میانگین- انحراف معیار)، حد متوسط را به این شیوه (میانگین± انحراف معیار) و حد بالا را این گونه (میانگین + انحراف معیار) به دست آوردیم. با استفاده از این روش نمرات بالاتر از ۹۳ حد بالا و نمرات ٦٢ تا ۹۳ حد متوسط و نمرات کمتر از ٦٢ حد پایین را تشکیل دادند. خودارزیابی سلامت بر اساس میانگین و انحراف معیار درسه سطح بالا (نمره بالاتر از ۹۳)، متوسط (نمره ٦٢ تا ۹۳)، پایین (نمره کمتر از ٦٢) امتیازدهی شد. در این تحقیق از الگوی پرسید-پروسید استفاده شد. این الگو عوامل اجتماعی و فرهنگی و حتی جمعیتی مؤثر بر سلامت را در قالب سه دسته عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده تقسیم‌بندی کرده است. عوامل مساعد کننده همان دانش‌ها، نگرش‌ها، باورها، ترجیهات فردی است که میزان تحصیلات فرد، میزان عزت نفس فرد در این دسته مورد بررسی قرار گرفت. هر کدام از این متغیرهای مساعد کننده، موجب بروز رفتاری خاص در فرد می‌شود، برای مثال عزت نفس پایین با نوعی خود کم بینی همراه است که اجازه جرأت تغییر را از فرد می‌گیرد. عوامل قادرکننده با تأثیر غیرمستقیم بر عوامل محیطی بر رفتار تأثیر 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 و فرد را در جایگاهی قرار می‌دهد که از امتیازات بیشتر یا کمتر از دیگران برخوردار شود. عوامل تقویت کننده آن دسته عواملی است که بعد از انجام یک رفتار حضور دارند و باعث انگیزه برای تداوم آن خواهند شد مانند حمایت اجتماعی که در این دسته قرار می‌گیرند (٢٦). در نتیجه‌گیری، نتایج تحقیق را در استفاده از سه بخش اول نظریه پرسید- پروسید بیان کردیم که سه بخش اول این نظریه به بررسی سلامت در جامعه می‌پردازد.

یافته‌ها

در این پژوهش نیمی از پاسخگویان را زنان و نیمی دیگر را مردان تشکیل دادند. میانگین سنی سالمندان ۷۱±۷ سال بود. ۷۳/٦ درصد پاسخگویان در گروه سنی ٧٤-٦٥ قرار داشتند و تنها ۱/۷درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۹۵ سال به بالا قرار داشتند. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، گروه سنی ٧٤-٦٥ سال، بیشترین میانگین خودارزیابی سلامت را داشتند. بین سن و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد (P=۰/۰۰۸). مردان نسبت به زنان میانگین خودارزیابی بالاتری داشتند. سالمندانی که شاغل بودند، نمره میانگین ارزیابی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

سلامت بالاتری داشتند (P=۰/۰٤۲). سالمندانی که از نظر اقتصادی- اجتماعی در سطح پایینی قرار داشتند، کمترین نمره میانگین ارزیابی سلامت را به خود اختصاص دادند. بین طبقه اقتصادی- اجتماعی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۱). سالمندان با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر نمره میانگین ارزیابی سلامت بالاتری دارا بودند. بین تحصیلات و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری یافت شد (P=۰/۰۰۱). نمره میانگین ارزیابی سلامت در سالمندانی که سابقه بیماری نداشتند، نسبت به کسانی که سابقه بیماری داشتند بالاتر بود. سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری داشت (P=۰/۰۰۱).

جدول ۱: ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیکی با میانگین نمره ارزیابی سلامت در سالمندان

ویژگی‌های دموگرافیک		میانگین نمره ارزیابی سلامت	P-Value
جنسیت	زن	۷۵/۰۶±۱۶/۶۰	۰/۰۸۴
	مرد	۸۰/۵۶±۱۴/۹۷	
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۲/۶۰±۱۱/۹۳	۰/۰۴۲
	خانه دار	۷۱/۵۳±۱۱/۳۷	
	بیکار	۶۹/۳۸±۱۲/۹۲	
	بازنشسته	۷۰/۲۰±۱۳/۳۴	
طبقه اقتصادی-اجتماعی	بالا	۷۳/۷۲±۹/۶۰	۰/۰۰۱
	متوسط	۷۰/۰۶±۱۳/۴۰	
	پایین	۶۲/۴۶±۱۴/۲۹	
سابقه بیماری	پایین	۶۹/۹۹±۱۲/۵۵	۰/۰۰۱
تحصیلات	دارد	۷۱/۰۰±۱۴/۷۰	۰/۰۰۱
	بی سواد	۷۰/۶۴± ۱۳/۲۱	
	دیپلم و زیر دیپلم	۷۴/۹۶± ۱۴/۲۲	
	فوق دیپلم	۷۷/۲۷± ۱۷/۶۲	
	لیسانس	۷۸/۵۷± ۹/۹۲	
	فوق لیسانس و بالاتر	۷۸/۷۱± ۱۲/۳۴	

بیشترین نمره سلامتی در مقیاس کارکرد اجتماعی با میانگین ۲٤/۰٦ و کمترین نمره سلامتی در مقیاس سلامت جسمانی با میانگین ۱٦/۱۰حاصل شد. سالمندان در بین ابعاد سلامت، در بعد سلامت جسمانی ضعیف‌تر بودند و در بُعد کارکرد اجتماعی نسبت به سایر ابعاد، میانگین بالاتری داشتند. میانگین بُعد اضطراب ۱۸/٤۱ و میانگین بُعد افسردگی ۱۹/۲۹بود. میانگین نمره خودارزیابی سلامت که حاصل این ٤ بُعد است ۷۷/۸٦ به دست آمد. آزمون همبستگی پیرسون در جدول ۲، رابطه بین تحصیلات، سن، سابقه بیماری، عزت نفس، حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامت با متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) و تمامی ابعاد آن را نشان می‌دهد. بین سن و خودارزیابی سلامت سالمندان رابطه آماری معنی‌دار و معکوسی دیده شد (P≤۰/۰۰٤) یعنی با افزایش سن، خودارزیابی سلامت فرد کاهش می‌یافت. نتایج آزمون نشان داد که بین سابقه بیماری و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌دار وجود داشت (P≤۰/۰۰۱)، یعنی با

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

افزایش سابقه بیماری در فرد، خودارزیابی سلامت توسط فرد کاهش می‌یافت. ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و همه ابعاد سلامت وجود داشت (۰/۰۰۰ =P) به این معنی که هر چه سطح تحصیلات بالاتر می‌رفت، سالمندان ارزیابی بهتری از سلامت خود داشتند. بین تعداد فرزندان و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت (P=۰/۰۰۰) یعنی سالمندانی که فرزندان بیشتری دارا بودند، سلامت جسمانی پایینی را گزارش نمودند. بین رفتارهای سلامت پاسخگویان و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌دار مثبتی وجود داشت (۰/۰۰۰ =P)، به گونه‌ایی که با افزایش رفتارهای سلامت خودارزیابی سلامت هم افزایش می‌یافت. همان گونه که مشاهده می‌شود رابطه معنی‌دار مستقیم بین عزت نفس و خود ارزیابی سلامت وجود داشت (۰/۰۰۰ =P). متغیر عزت نفس با همه ابعاد خود ارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری داشت (۰/۰۰۰ =P). بین رفتارهای سلامت و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۰۰ =P). همچنین بین حمایت اجتماعی و تمام ابعاد خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۰/۰۰۰ =P). ارتباط و صمیمیت با دوستان و فرزندان با تمام ابعاد خودارزیابی سلامت رابطه آماری معنی‌داری داشتند (۰/۰۰۰ =P).

جدول ۲: ضریب همبستگی متغیرهای زمینه‌ای و مستقل با خودارزیابی سلامت سالمندان

مؤلفه‌های خودارزیابی سلامت / متغیرهای مورد مطالعه		سلامت جسمانی	اضطراب	افسردگی	کارکرد اجتماعی	خودارزیابی سلامت
سن	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۳	۰/۰۵۶	-۰/۱۰۷	-۰/۰۹۸	-۰/۰۹۰
	P-Value	(۰/۰۰۶)	(۰/۲۷۴)	(۰/۰۳۸)	(۰/۰۵۰)	۰/۰۰۸
سابقه بیماری	ضریب همبستگی	-۰/۲۲۳	-۰/۲۳۱	-۰/۱۰۸	-۰/۰۱۹	-۰/۲۰۸
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۴۰)	(۰/۰۰۷)	۰/۰۰۱
تحصیلات	ضریب همبستگی	۰/۲۴۲	۰/۱۴۰	۰/۱۰۲	۰/۱۵۱	۰/۱۸۰
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۷)	(۰/۰۴۹)	(۰/۰۰۴)	۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	ضریب همبستگی	- ۰/۱۶۳	۰/۱۰۷	۰/۰۰۷	- ۰/۰۵۵	-۰/۱۲۵
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۳۷)	(۰/۸۸۷)	(۰/۲۸۵)	۰/۰۱۷
عزت نفس	ضریب همبستگی	۰/۴۰۳	۰/۵۱۰	۰/۶۴۶	۰/۳۶۹	۰/۶۲۴
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۲۴۸	۰/۳۴۱	۰/۳۶۴	۰/۴۴۳	۰/۴۴۱
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱
رفتارهای سلامت	ضریب همبستگی	۰/۲۴۴	۰/۳۰۵	۰/۲۱۹	۰/۲۴۲	۰/۳۳۷
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱
ارتباط با فرزندان	ضریب همبستگی	۰/۲۷۱	۰/۲۶۹	۰/۳۶۹	۰/۳۷۵	۰/۳۹۶
	P-Value	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱
ارتباط با دوستان	ضریب همبستگی	۰/۱۶۱	۰/۱۵۱	۰/۳۶۷	۰/۱۷۶	۰/۲۵۸
	P-Value	(۰/۰۰۳)	(۰/۰۰۶)	(۰/۰۰۱)	(۰/۰۰۱)	۰/۰۰۱

در جدول زیر نتایج آزمون F، وضعیت اشتغال و پایگاه اقتصادی- اجتماعی آمده است که بین وضعیت اشتغال (P=۰/۰۴۲)، طبقه اقتصادی-اجتماعی (P=۰/۰۰۰) با خودارزیابی سلامت ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (P>۰/۰۰۵).

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

جدول ۳: نتایج آزمون وضعیت اشتغال و پایگاه اقتصادی-اجتماعی با خودارزیابی سلامت

متغیرهای مستقل	F	p-value
وضعیت اشتغال	۲/۷۵	۰/۰۴۲
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	۵/۵۴	۰/۰۰۰

برای بررسی این که کدام یک از متغیرهای موجود در مدل، تأثیر پایدارتری بر متغیر وابسته (خودارزیابی سلامت) داشتند، نتایج مدل رگرسیون چندگانه در جدول ٤ نمایش داده شده است. همچنین قبل از آنالیز، پیش فرض‌های رگرسیون شامل توزیع نرمال، با سطح معنی‌داری (P=۰/٤۰۸) و عدم وجود هم خطی (Multicolinearity) (Tolerances> ۰/۵ و VIF<۱/۷) مورد آزمون قرارگرفت. براساس آنالیز رگرسیون چند متغیره، متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی، سابقه بیماری، تعداد فرزندان در مدل نهایی رگرسیون باقی ماندند. همان طور که در جدول ٤ مشاهده می‌شود رابطه بین متغیرهای سابقه بیماری (P=۰/۰۰۱) و تعداد فرزندان (P=۰/۰۳٤) بر خودارزیابی سلامت معنی‌دار و معکوس بود. بدین معنی افرادی که سابقه بیماری داشتند، خودارزیابی پایین‌تری از سلامت خود بیان نمودند. ارتباط سایر متغیرهای مستقل نظیر حمایت اجتماعی (P=۰/۰۰۱) و عزت نفس (P=۰/۰۰۱) با متغیر وابسته، معنی‌دار و مثبت بود. بیشترین تأثیرگذاری بر خودارزیابی سلامت مربوط به متغیر عزت نفس بود. با استفاده از رگرسیون چند متغیره گام به گام مشخص شد که مقدار R^2 برای متغیر عزت نفس در گام اول برابر ۰/۳۸٤ بود. در گام‌های بعدی با ورود هر متغیر به معادله رگرسیون، می‌توان مشاهده کرد که چه مقدار از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای دیگر بررسی شده است. در مرحله دوم با ورود متغیر حمایت اجتماعی ۰/٦۷ به مقدار R^2 افزوده شد. در مرحله سوم با ورود متغیر سابقه بیماری، ۰/۱٦ به مقدار R^2 افزوده شد. در مرحله سوم با ورود متغیر تعداد فرزندان، ۰/۱۵ به مقدار R^2 افزوده گردید. بعد از آن حمایت اجتماعی، سابقه بیماری و تعداد فرزندان بیشترین تأثیر را داشتند.

جدول ٤: ضرایب رگرسیونی متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص خود ارزیابی سلامت در سالمندان مورد بررسی

متغیرهای باقی مانده در مدل	مقدار R	ضرایب استاندارد نشده: ضریب تعیین R^2	ضرایب استاندارد نشده: B	Std.Error	ضرایب استاندارد شده Beta	P-Value
عزت نفس	۰/۶۲۸	۰/۳۸۴	۱/۷۲	۰/۱۴۴	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۶۷۲	۰/۴۵۱	۰/۵۸۹	۰/۱۲۰	۰/۲۵۳	۰/۰۰۱
سابقه بیماری	۰/۶۹۸	۰/۴۶۷	-۰/۲۷۴	۰/۵۶۳	-۰/۲۲۷	۰/۰۰۱
تعداد فرزندان	۰/۶۹۱	۰/۴۷۸	-۰/۶۹۹	۰/۳۲۸	-۰/۰۹۸	۰/۰۳۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که متغیر سن با خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌دار و معکوسی داشت. در مطالعه سادات و همکاران بین سن و سلامت روحی و روانی رابطه معنی‌داری وجود داشت (۲۷) که با نتایج این تحقیق همسو می‌باشد. این مطالعه نشان داد که با

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

افزایش سن، خودارزیابی سلامت توسط افراد سالمند کاهش می‌یابد. با افزایش سن از سلامت جسمانی سالمندان کاسته می‌شود؛ زیرا سالمندی با یک سری تغییرات فیزیکی همراه است و میزان کارکرد اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد. نتایج نشان داد خودارزیابی سلامت با طبقه اقتصادی-اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد. در مطالعه Tsimbos مشخص شد افرادی که جایگاه اقتصادی- اجتماعی پایینی دارند، در همه ابعاد سلامت نیز وضعیت بدتری دارند (۱۲)، که همسو با این تحقیق می‌باشد. در مطالعه میرزایی این یافته مشخص شد که افراد طبقات اجتماعی پایین‌تر که دارای درآمد کمتر هستند، خودارزیابی سلامت پایین‌تری داشته‌اند که نتایج مشابه این تحقیق داشت (۷). سالمندانی که طبقه اقتصادی- اجتماعی پایینی دارند می‌توانند از لحاظ سلامت جسمانی در سطح پایین‌تری باشند، میزان افسردگی و اضطراب به دلیل شرایط اقتصادی پایین بیشتر می‌شود و ممکن است کارکرد اجتماعی ضعیف‌تری ارائه دهند. نتایج این تحقیق حاکی از رابطه آماری معنی‌دار منفی بین بیماری و خودارزیابی سلامت بود، یعنی با افزایش بیماری در افراد، سلامت ادراک شده آن‌ها کاهش می‌یابد. مطالعه Tsimbos نشان داد سابقه بیماری با خودارزیابی سلامت پایین همراه است (۱۲) که با نتایج این تحقیق همسو می‌باشد. سابقه بیماری در سالمندان می‌تواند بر درک ذهنی آن‌ها از خود ارزیابی سلامت تأثیر بگذارد. سالمندی با بیماری‌ها از جمله بیماری‌های مزمن همراه است. وجود این بیماری‌ها در افراد سالمند موجب می‌شود سلامت کمتری از خود گزارش دهند و درک ضعیف‌تری از سلامت خود داشته باشند. نتایج این تحقیق نشان داد که بین وضعیت شغلی و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه Gunnarsson نشان داده شد هرچه سطح شغلی پایین‌تر باشد، میزان سلامت خود ادراک نیز کمتر است (۱٤) که همسو با نتایج این تحقیق می‌باشد. در شغل‌های سطح پایین سلامت جسمانی فرد سالمند می‌تواند در معرض خطر باشد. سطوح شغلی پایین می‌تواند با افسردگی و اضطراب در فرد سالمند همراه باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که بین تحصیلات و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج تحقیق گشتاسبی و همکاران که نشان دادند بین تحصیلات و سلامت ارتباط معنی‌داری وجود دارد و همچنین با نتایج تحقیق حیدری و همکاران همسو می باشد (۲۹،۲۸). افزایش سطح تحصیلات می‌تواند میزان آگاهی افراد سالمند از دوره سالمندی را افزایش دهد و افراد سالمند درک بهتری از دوره سالمندی خود داشته باشند. بر اساس نتایج رگرسیونی، حدود ٤۸ درصد این نوسانات بر اساس چهار متغیر قابل تبیین بود. این متغیرها به ترتیب اهمیت شامل عزت نفس، حمایت اجتماعی، سابقه بیماری و تعداد فرزندان بودند. در این میان بیشترین تأثیرگذاری بر نمره خودارزیابی سلامت مربوط به متغیر عزت نفس بود. در بررسی خودارزیابی سلامت سالمندان مشخص شد که عزت نفس تأثیر مهمی بر سلامت افراد دارد، به طوری که عزت نفس پایین می‌تواند با نوعی خودکم بینی همراه باشد. سالمندانی که عزت نفس بالاتری داشتند، سلامت درک شده بالاتری را گزارش دادند. این نتیجه با استفاده از پرسشنامه روزنبرگ به دست آمد که نشان داد عزت نفس در خودارزیابی سلامت تأثیر دارد. این یافته با نتایج تحقیق Lucas و همکاران که نشان داد اعتماد به نفس با سلامت رابطه معنی‌داری دارد، همسو می‌باشد

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

(۳۰). بـا افـزایش عـزت نفـس در افـراد سـالمند، خودارزیابی سلامت بهتری از خود گزارش می‌دهنـد. افزایش عزت نفس می‌تواند موجب شود که فرد درک ذهنی بهتری از سلامت خود ارائه دهد. با اسـتفاده بـا پرسشنامه Winfild و Taygman نشان داده شد کـه حمایت اجتماعی بر سلامت ادراک شـده افـراد تـأثیر دارد. نتایج ایـن تحقیـق نشـان داد کـه بـین حمایـت اجتمـاعی و خودارزیـابی سـلامت رابطـه معنـی‌داری وجود دارد که با تحقیـق Molarius و همکـاران کـه نشان دادند افرادی کـه از حمایـت اجتمـاعی کمتـری برخـوردار بودنـد، رتبـه‌بنـدی ضـعیف در سـلامت خودارزیابی شده داشتند، همسـو مـی‌باشـد (۱۵). کـه این نتیجه، مهم بودن حمایت اجتماعی را بـرای دوره سالمندی مشخص می‌کند، به عنوان مثال در کشور مـا یک منبع مهـم بـرای حمایـت اجتمـاعی، خـانواده‌هـا هستند. خانواده‌ها به عنوان یک منبع حمایتی می‌توانند شرایط و دوره سالمندی بهتـری بـرای افـراد سـالمند فراهم کنند. ارتباط و صمیمیت با فرزنـدان و دوسـتان می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر بگـذارد کـه مـی‌توانـد خود نوعی حمایت اجتماعی بـرای سـالمندان باشـد. Ballesteros در مطالعـه خـود نشـان داد ارتبـاط بـا دوستان و خانواده نقـش اساسـی در کیفیـت زنـدگی سالمند است (۳۱) که بـا نتـایج ایـن تحقیـق همسـو می‌باشد. ارتباط با دوستان و فرزندان خود بـه عنـوان یک مؤلفه حمایت اجتماعی می‌باشد پـس زمـانی کـه افراد سالمند ارتباط و صمیمیت بالاتری با دوسـتان و فرزندان خـود داشـته باشـند درک بهتـر و بـالاتری از سالمندی خود ارائه می‌دهند. نتایج این تحقیـق نشـان داد که بـین تعـداد فرزنـدان و خودارزیـابی سـلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. در مطالعـه Callaghan مشخص شد بـین تعـداد فرزنـدان و سـلامت رابطـه معنی‌داری وجود دارد (۱٦) که نتایج این تحقیق با آن مشابه می‌باشد. تعداد فرزنـدان زیـاد بـه عنـوان مثـال می‌تواند بر سلامت جسمانی سالمندان تأثیر بگذارد به گونه‌ای که می‌تواند کارکرد اجتماعی افراد سـالمند را کاهش دهد. در این تحقیق بین رفتارهـای سـلامت و خودارزیابی سلامت رابطه معنی‌داری وجـود داشـت. مشابه نتایج تحقیق Wolinsky که نشـان داد افـرادی که رفتار سلامت مناسبی نداشتند و افـرادی کـه دارای سابقه بیمـاری بـوده‌انـد بـه نسـبت دیگـران سـلامت کمتری از خود گزارش نموده‌اند، مـی‌باشـد (۱۳). در این تحقیق مشـخص شـد کـه انجـام دادن رفتارهـای سلامت شامل تغذیه مناسب، ورزش کـردن، پرهیـز از غذاهای چرب و نامناسب، بر سلامت سالمندان تـأثیر داشته است. بدین ترتیب بـر اسـاس الگـوی پرسـید- پروسید نشان داده شد که عوامل اجتماعی (ارتبـاط بـا دوسـتان و فرزنـدان، حمایـت اجتمـاعی) و فرهنگـی (تحصیلات) و حتی جمعیتی (سن، وضعیت اشـتغال، طبقـه اقتصـادی- اجتمـاعی و ...) بـر خودارزیـابی سلامت سالمندان تأثیر دارد و این نشـان دهنـده ایـن است که سلامتی ضمن یک پدیده پزشکی، یک پدیده اجتمـاعی اسـت. در بررسـی خودارزیـابی سـلامت سالمندان مشخص شـد عـزت نفـس کـه یـک متغیـر اجتماعی هست، تأثیر مهمی بر سلامت افراد دارد.

پیشنهادها

بدین ترتیب نشـان داده شـد کـه عوامـل اجتمـاعی و فرهنگی و حتـی جمعیتـی بـر خودارزیـابی سـلامت سالمندان تأثیر دارد و این نشان دهنده ایـن اسـت کـه سلامتی هم یـک پدیـده پزشـکی و هـم یـک پدیـده اجتماعی است. سیاست‌گذاران می‌توانند بـا توجـه بـه نتایج این تحقیق و دیگر مطالعات در این زمینـه و بـا

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

حمایت از عوامل اجتماعی که موجب بهبود وضعیت احساس سلامت می‌شود، از بروز مشکلات فراوان در جامعه جلوگیری نمایند. پیشنهاد می‌شود از طریق سازمان‌ها و انجمن‌های مختلف به بالا بردن عزت نفس سالمندان کمک کرد و حمایت اجتماعی که به نوبه خود بر خودارزیابی سلامت و درک ذهنی فرد از سلامت تأثیر دارد، مورد توجه باشد. در جامعه ایران، کانون گرم خانواده‌ها می‌تواند نقش مهمی در حمایت از سالمندان داشته باشند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، مشکلات جمع‌آوری داده‌ها و عدم همکاری و بی‌حوصلگی برخی از پاسخگویان در پاسخ به سؤالات پرسشنامه بود. با توجه به این که خودارزیابی سلامت عامل مهمی بر شیوه زندگی سالم است، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران، برنامه‌ای تحت عنوان پیمایش سلامت طراحی کنند و همه ساله وضعیت سلامت را در جامعه رصد کنند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز با کد ۲۲۳٤۸۱٤ بود. از کلیه سالمندان که با صبر و حوصله ما را در انجام این تحقیق یاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Robine JM, Jagger C, Montpellier E. Selection of a Coherent Set of Health Indicators for the European Union. Montpellier (France), Euro-REVES; 2002.

2. Robine JM, Jagger C, Group ER. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the euro-reves 2 project. Eur J Public Health. 2004; 13 (3 Suppl): 6-14.

3. McCullough ME, Laurenceau JP. Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. Health Psychol. 2004;23(6):651-5.

4. Manderbacka K, Kåreholt I, Martikainen P, Lundberg O. The effect of point of reference on the association between self-rated health and mortality. Soc Sci Med. 2003;56(7):1447-52.

5. Pahlevanzdeh F, Jarollahi O. A on the effect of social factors on mental health of rural elderlies. Journal of Community Development. 2015;3(1):85-65. Persian.

6. Proceedings of the Elderly. Geriatric medicine General. The First International Conference on Ageing in Iran, the good ladies, printing; 1997 Sep 22; Tehran: Kahrizk Charity Founation; Charity of woman group; 1997.

7. Mirzaie M. Factors affecting the elderly self-perceived health status. Salmand. 2008; 3 (2):539-46. Persian.

8. Statistical Center of Iran. Population and Housing Census; 2011 [cited 2013 Jun 6] Available from: http://www.sci.org.

9. HabibiSola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2008; 2 (6-7):29-35. Persian.

10. Seifzadeh A. Investigating the relationship between socio-economic status and health of older adults Case study: Azarshahr. Nursing Journal of the Vulnerable. 2016; 3 (7):12-23. Persian.

11. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Xiaoyan Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 2013; 13:320.

12. Tsimbos C. An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain. Int J Public Health. 2010;55(1):5-15.

13. Wolinsky FD, Miller TR, Malmstrom TK, Miller JP, Schootman M, Andresen EM, et al. Self-rated health: changes, trajectories, and their antecedents among African Americans. J Aging Health. 2008;20(2):143-58.

14. Gunnarsson K, Vingård E, Josephson M. Self rated health and working conditions of small-scale enterprisers in Sweden. Ind Health. 2007;45(6):775-80.

15. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur J Public Health. 2007;17(2):125-33.

16. Callaghan D. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. J Community Health Nurs. 2005;22(3):169-78.

17. Kevin L, Lioyd B. Health Promotion, Evidence and Experience. London: Sage Publication; 2005.

18. Asadi Gandomani R, Temorzadeh L. Examine the relationship between self-esteem and depression with satisfaction of body image in adolescent girls.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

Journal of Management Futures Research (Journal of Management Research). 2014;25(100): 13-21. Persian.

19. Borna M, Savari K. The simple and multiple relationship of self esteem, loneliness, and self–assertiveness with shame. New Results in Psychology. 2010;5(17): 53-62.

20. Parsaei Rad A, Amir Ali Akbari S, Mashak R. Compare insomnia, somnolence, depressed and non-depressed pregnant women and social protection. Journal of New Findings in Psychology. 2009; 5(17):19-34. Persian

21. Peiman H, Yaghobi M, Delpishe A. Prevalence of chronic diseases in the elderly in Ilam. Salmand. 2012; 6 (4):7-13. Persian.

22. HabibiSola A, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Health promoting behaviors and its related factors in elderly. Journal of Nursing Research. 2006; 19 (47):35-48. Persian.

23. Darvishpor A, Abed Saeedi G. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) of elderly people in Tehran. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2012; 23 (82): 8-16. Persian.

24. Movahedmajd M, jahanbazian S. The study of self-assessed health among the elderly of Yasuj city, Iran, 2015. Journal of Geriatric Nursing. 2015; 1(4):70-81. Persian.

25. Habibpour C, Safari R. Comprehensive guide spss application in research Pemaeshi. 2th ed. Tehran: Motafakeran; 2008. Persian

26. Meshki M. Review of the use of Precede-Proceed Model combining health locus of control theory to enhance the mental health of students. [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modarres University 2006.

27. Sadat SJ, Afrasiabifar A, Mobaraki S, Fararooei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health status of the elderly people of Yasouj, Iran, 2008. Armaghane Danesh. 2012; 16 (6):567-77. Persian.

28. Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi A, Mohammad K. Self-Reported and socioeconomic status: results from a population-Based Study in Tehran, Iran. Payesh. 2002; 2(3): 183-9. Persian.

29. Heidari S, Mohammad Gholizadeh L, Asadolahi F, Abedini Z. Evaluation of health status of elderly in Qom city, 2011, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2013; 7 (4):71-80. Persian.

30. Lucas JA, Orshan SA, Cook F. Determinants of health-promoting behavior among women ages 65 and above living in the community. Sch Inq Nurs Pract. 2000;14(1):77-100.

31. Ballesteros RF. Social support and quality of life among older people in Spain. Journal of Social Issues. 2002; 58(4): 645-59.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]

The Study of Self-assessed Health Elderly of Shiraz in 2015

Movahedmajd Majid[1], Jahanbazian Sedigheh[2]*

• Received: 23. 02. 2016 • Revised: 06. 09. 2016 • Accepted: 11. 09. 2016

Abstract

Introduction: Self-assessed health is the most commonly used measure to rate mental health status in the elderly people because this method assesses different aspects of health such as physical health, anxiety, depression, and social function in elderly people. The aim of this study was to study Self-assessed health among elderly people of Shiraz in 2015.

Methods: This descriptive-analytic cross-sectional study was performed in 2015. A total of 400 elderly people of Shiraz were included in the study using cluster random sampling method and data (about 8 variables) were collected using a health Self-assessment questionnaire. Data were statistically analyzed by SPSS 20 using descriptive and inferential statistics.

Results: In this study, 60.3% of elderly people reported average health status. There was significant relationship between demographic variables (age, education, employment status, socioeconomic class, and medical history) and Self-assessed health. There was no significant relationship between gender and Self-assessed health. There was significant relationship between sociocultural variables (health behaviors, social support, Self-esteem, communication and intimacy with children and friends (P=0.000) and number of children (P=0.017), and Self- assessed health (P=0.017).

Conclusion: Policy makers can design a program called Health Survey of Elderly People and monitor their health status in the society every year and also provide programs tailored to the community conditions and health status of elderly people.

Keywords: Self-assessed Health, Elderly People, Self-esteem, Communication and Intimacy with Friends and Children, Physical Health and Social Functioning

•**Citation:** Movahedmajd M, Jahanbazian S. The Study of Self-assessed Health among Elderly People of Shiraz in 2015. Journal of Health Based Research 2016; 2(2): 159-171.

1. Assistant Professor, Faculty of Economic, Management and Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran.
2. MSc Student, Faculty of Economic, Management and Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran.
****Correspondence:*** *Faculty of Social Science, Shiraz University, Shiraz*
Tel: *071946- 85115* ***Email:*** *mmovahed@rose.shirazu.ac.ir*

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2025-07-16]