

General health and its related factors among elderly in sabzevar 2016

Zarei F¹, Mohammadi M², Aboozade Gatabi Kh³, *Ghanbari Moghaddam A⁴

1- Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran.

2- MSc of Nursing, Faculty of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran.

4- Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Science, Sabzevar, Iran (**Corresponding Author**)

Email: Ak_ghanbari89@yahoo.com

Abstract

Introduction: Assessment of the general health of the elderly is of utmost importance to determine their physical and psychological problems. This study aimed to measure general health status was conducted in Sabzevar, 2016.

Method: This study was descriptive-analytic is based on elderly over 60 years of age without cognitive problems in sabzevar. The data collected through a questionnaire consisted of two parts: demographic and public health -28 GHQ . The data were analyzed via descriptive statistics , One- way onava and independent T-test by using SPSS software (Ver.19).

Results: The findings suggest that the cutoff point of 23 to CHQ-28, just 60 percent of seniors in Sabzevar good general health condition was good. Bivariate tests showed that general health, sex, education, marital status and their co-existence of a significant relationship is ($P < 0/001$).

Conclusion: According to the results of this study, a large percentage of elderly people in Sabzevar not good general health, the General health status of the elderly in the city, is of particular importance.

Keywords: General health, Elderly, Sabzevar.

Received: 11/08/2017

Accepted: 12/11/2017

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.2.2.26](https://doi.org/10.29252/joge.2.2.26)

بررسی وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر سبزوار و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۵



فاطمه زارعی^۱، مجتبی محمدی^۲، خدیجه ابوزاده^۳، *اکرم قنبری مقدم^۴

- ۱- دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۴- مربی گروه پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: Ak_ghanbaria9@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی دوره ۲ شماره ۲ پاییز ۱۳۹۶، ۳۳-۲۶

چکیده

مقدمه: ارزیابی سلامت عمومی سالمندان به منظور تشخیص مشکلات جسمی و روانی این دوران از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا این مطالعه با هدف شناخت وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر سبزوار انجام گرفت.

روش: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۷۵ نفر سالمند بالای ۶۰ سال فاقد هرگونه مشکلات شناختی شهر سبزوار انجام شد که بصورت خوشه ای سیستماتیک انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات توسط پرسشنامه مشتعل بر دو بخش دموگرافیک و سلامت عمومی GHQ-۲۸ جمع آوری گردید و با استفاده از SPSS نسخه ۱۹ و با روش های آماری توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که بر اساس نقطه برش ۲۳ برای GHQ-۲۸، فقط ۶۰ درصد سالمندان شهر سبزوار از وضعیت مطلوب سلامت عمومی برخوردار بودند. آزمون های دو متغیره نشان داد که سلامت عمومی سالمندان با جنس، تحصیلات، تاهل و نوع هم زیستی آنان ارتباط معناداری ($P < 0.001$) دارد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درصد زیادی از سالمندان شهر سبزوار از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نیستند، لذا توجه به وضعیت سلامت عمومی سالمندان این شهر، از اهمیت بسیار ویژه ای برخوردار است.

کلید واژه ها: سلامت عمومی، سالمند، سبزوار.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۵/۲۰

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
[10.29252/joge.2.2.26](https://doi.org/10.29252/joge.2.2.26)

مقدمه

سالمندی دوره ای از زندگی است که معمولاً از ۶۰ یا ۶۵ سالگی آغاز می شود (۱). در طول این فرآیند یک فرد بالغ سالم، به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیتهای مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری ها و مرگ تبدیل می شود (۲). پیش بینی شده که جمعیت سالمند در جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد (۳). در ایران نیز بر اساس سرشماری عمومی ۱۳۹۰ سالمندان بالای ۶۵ سال ۷/۵٪ از کل جمعیت کشور را شامل می شوند که در مقایسه با سرشماری سال ۱۳۸۵، ۰/۵ درصد افزایش نشان داده و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵ میلیون نفر رسیده که روندی سریع تر از سایر گروه های جمعیتی خواهد داشت (۴).

سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است و تمام دولت ها و سازمانها موظف به تأمین سلامت افراد می باشند. سلامتی که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است، شرط لازم و ضروری برای ایفای نقش های فردی و اجتماعی است و همه انسانها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. بدون تردید کسی که دچار اختلال در سلامتی است از بر عهده گرفتن تعهدات و الزامات فردی، خانوادگی و اجتماعی ناتوان خواهد بود (۵). از میان دوره های مختلف زندگی، دوره سالمندی دوره ای است که در آن سلامتی از اهمیتی حیاتی و جدی برخوردار می شود. به طور کلی، سلامت عمومی سالمندان آشفته است و علاوه بر بیماریهای شایع این دوره مانند فشارخون بالا، بیماریهای قلبی، بیماریهای عصبی و سرطان، اختلالات افسردگی، اضطراب، زوال عقل، استرس عصبی و اختلال خواب نیز درصد زیادی از سالمندان را مبتلا می سازد. بطور مثال افسردگی دومین علت ناتوانایی های دوره سالمندی است. بنابراین، تأمین سلامت عمومی سالمندان از جمله مسائلی است که توجه ویژه ای را می طلبد (۴).

نتایج پژوهش های اخیر نشان می دهد که سلامت در دوره سالمندی تحت تاثیر عوامل تغییر ناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عوامل دیگری مانند سطح فعالیت بدنی فرد و سلامت جسمانی، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمندان تاثیر دارد (۶) علیرغم رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور؛ هنوز بر روی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب پذیر جامعه، کمتر توجه شده است. بنابراین نیاز به انجام مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر روی موضوعات وابسته به جمعیت

سالمندان احساس می شود (۳). اگر چه مطالعاتی مرتبط با سلامتی در سالمندان در سالهای گذشته و در برخی شهرها انجام گرفته است اما سالمندان به علت شرایط خاص دوران سالمندی از قبیل مشکلات اقتصادی و انزوای اجتماعی و ...، بسیار مستعد از دست دادن سلامت عمومی هستند و لازم است که سلامت عمومی آنها بطور مداوم و در تمام شهرها سنجیده شود تا بتوان با برنامه ریزی، برای بهبود سلامت عمومی آنها تلاش کرد. از سوی دیگر مطالعه وضعیت سلامت عمومی این گروه سنی با ابزارهای استاندارد و معتبر دنیا، امکان مقایسه بهتر نتایج را با مطالعات اخیر سایر کشورها و مناطق کشور فراهم کرده و به برنامه ریزی مناسب برای مراقبت و ارتقاء سلامت، کمک شایانی می کند (۷). هدف ما از طرح این مطالعه؛ بررسی وضعیت سلامت عمومی سالمندان سبزوار در سال ۱۳۹۵ است.

روش مطالعه

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی - تحلیلی بوده و کلیه سالمندان مقیم منزل در شهر سبزوار، جامعه پژوهش را تشکیل می دادند. با توجه به حجم جامعه و برای بدست آوردن حداکثر نمونه با استفاده از فرمول کوکران، تعداد نمونه ۳۷۵ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری بصورت طبقه بندی خوشه ای چند مرحله ای تصادفی انجام گرفت. ابتدا کل شهر سبزوار از لحاظ جغرافیایی به ۵ محدوده (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر) تقسیم شد، از هر محدوده یاد شده طبق نقشه بطور تصادفی یک منطقه انتخاب گردید و بر مبنای آمار خانوار موجود در مراکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی و سیستماتیک شماره خانواده ای که دارای فرد بالای ۶۰ سال باشد، به عنوان نمونه مشخص شد. نمونه گیران طی یک جلسه آموزش حضوری، روش ارتباط با نمونه ها و تکمیل پرسشنامه ها را فرا گرفتند و با مراجعه حضوری به درب منازل پس از کسب رضایت جهت همکاری برای تکمیل پرسشنامه و توضیح هدف از انجام پژوهش، پرسشنامه را در اختیار سالمندان قرار دادند. سالمندانی که خود تمایل داشتند پرسشنامه ها را پر کردند و برای آنهایی که بی سواد بوده و یا تمایل نداشتند پرسشنامه ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. اگر بر اساس نمونه گیری تصادفی، فرد دارای شرایط ورود به مطالعه موجود نبود، از خانوار بعدی نمونه گیری انجام می شد و در صورتی که در یک خانوار بیش از یک فرد واجد شرایط وجود داشت همه آنها در مطالعه شرکت داده می شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل: سن، جنس، تاهل، وضعیت همزیستی و تحصیلات) و پرسشنامه "سلامت

نشان دهنده سلامت عمومی کمتر بود (۹). جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به افراد مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده از آنها بدون ذکر نام و محرمانه بوده و بر همین اساس به هر یک از پرسشنامه ها کد داده شد. کد اخلاقی پژوهش حاضر ۱۳۹۴، ۱۹۰، ir.medsab.rec می باشد. در نهایت اطلاعات نمونه ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با روش های آماری توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

شرکت کنندگان در این تحقیق را ۳۷۵ نفر از سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) ساکن سبزوار با میانگین سنی $70 \pm 8/70$ سال بود. سایر مشخصات کلی شرکت کنندگان در مطالعه و میانگین نمره سلامت عمومی و زیر مقیاس های آن به تفکیک متغیرهای دموگرافیک آنان در (جدول ۱) نشان داده شده است.

عمومی GHQ-28" که یک آزمون با ماهیت چندگانه به منظور بررسی سلامت روانی و خود - اجراست جمع آوری شد (۸). این پرسشنامه توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹۷۹) طراحی شده و حاوی ۲۸ پرسش و چهار خرده مقیاس: نشانه های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. مطالعات مختلفی نشانگر پایایی و روایی بالای این پرسشنامه برای سالمندان ایرانی است، از جمله ملکوتی و همکاران در سال ۱۳۸۵ طی یک پژوهش با عنوان "بررسی اعتبار، روایی و تحلیل عاملی مقیاس GHQ-28 در سالمندان ایرانی" ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۹۴ و میانگین همبستگی سوالها با یکدیگر ۰/۳۵ بدست آوردند و روایی ابزار را به روش تحلیل عاملی و روایی تشخیصی بررسی نمودند که ضریب آلفای چهار عامل افسردگی ۰/۸۹، عملکرد اجتماعی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۵ و علایم جسمانی ۰/۷۱ بدست آمد (۹، ۱۰). پس از نمره گذاری سوالات پرسشنامه، طبقه بندی سلامت با در نظر گرفتن نقطه برش در امتیاز ۲۳ سالمندان به دو دسته مطلوب (کمتر از ۲۳) و نامطلوب (۲۴ و بالاتر) طبقه بندی شد، به طوری که امتیاز بالاتر

جدول ۱: مشخصات کلی شرکت کنندگان در مطالعه و میانگین نمره سلامت عمومی و زیر مقیاس های آن به تفکیک متغیرهای دموگرافیک آنان

P-value	میانگین نمره در زیر مقیاس ها					تعداد (درصد)	تقسیم بندی	متغیر
	سلامت عمومی کل	اختلال عملکرد جسمی	اختلال عملکرد اجتماعی	افسردگی	اضطراب			
* $P < 0.001$	۲۰	۲/۴۹	۴/۵۲	۵/۳۶	۶/۸۲	۱۷۶ (۴۷٪)	مرد	جنس
	۲۹/۱۷	۴/۲۴	۶/۶۲	۹/۸۰	۹/۷۲	۱۹۹ (۵۳٪)	زن	
* $P < 0.001$	۲۱/۴۷	۲/۸۸	۴/۱۸	۵/۵۸	۷/۵۸	۲۸۵ (۷۶٪)	متاهل	تاهل
	۳۲/۱۹	۶/۸۱	۴/۱۵	۶/۴۱	۱۰/۶۵	۹۰ (۲۴٪)	مجرد	
* $P < 0.001$	۲۶/۴۰	۲/۴۰	۵/۲۰	۶/۸۰	۱۰/۰۶	۶۹ (۱۹/۵٪)	ابتدایی	سطح تحصیلات
	۱۹/۹۲	۲	۴/۴۸	۴/۹۸	۸	۳۷ (۱۰٪)	سبک	
* $P < 0.005$	۱۹/۶۴	۲/۹۲	۴	۵/۳۵	۶/۴۲	۳۳ (۹٪)	دیپلم	همراهان زندگی
	۲۱/۶۹	۲/۵۳	۴/۶۹	۶/۶۱	۶/۷۶	۸ (۱٪)	دانشگاهی	
* $P < 0.001$	۳۰/۰۷	۴/۲۸	۵/۸۱	۹/۰۱	۹/۷۴	۱۲۴ (۳۳٪)	تنها	وضعیت ابتلا به بیماری مزمن
	۱۹/۲۵	۳	۴/۳۹	۵/۷۲	۷/۲۰	۱۶۹ (۴۵٪)	با همسر	
* $P < 0.001$	۲۰/۹۳	۲/۶۵	۴/۷۱	۴/۹۳	۷/۲۹	۸۲ (۲۲٪)	با همسر و فرزندان	وضعیت ابتلا به بیماری مزمن
	۲۴/۶۱	۳/۲۸	۵/۰۳	۷/۰۳	۸/۲۲	۱۹۵ (۵۲٪)	عدم ابتلا به بیماری مزمن	
۰/۶۸	۲۵/۶۹	۳/۵۳	۵/۱۶	۷/۴۵	۸/۵۶	۱۸۰ (۴۸٪)	ابتلا به حداقل یک بیماری مزمن	

* $P < 0.001$

* $P < 0.01$

میانگین نمره سلامت عمومی در کل و به تفکیک زیر مقیاسهای آن در (جدول ۲)، نشان داده شده است.

همان طور که در (جدول ۱) نشان داده شده است، سلامت عمومی سالمندان با جنسیت، تاهل، تحصیلات و همراهان زندگی آنان رابطه معناداری دارد.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمرات سلامت عمومی و زیر مقیاس های آن در واحدهای مورد مطالعه

انحراف معیار	میانگین	زیرمقیاس ها
۴/۰۱	۸/۲۲	اضطراب
۴/۴۰	۶/۲۵	افسردگی
۲/۰۳	۴/۹۴	اختلال عملکرد اجتماعی
۲/۴۰	۳/۱۵	اختلال عملکرد جسمی
۱۱/۱۷	۲۳/۶۲	سلامت عمومی کل

اضطراب، افسردگی، عملکرد اجتماعی و عملکرد جسمی معنادار بود، که با نتایج مطالعات براتی و همکاران (۱۳۹۱) در همدان، تاناکا (Tanaka) و همکاران (۲۰۱۰)، حبیبی سولا و همکاران (۱۳۸۶)، خمرنیا و باغبانیان (۱۳۹۰) همخوانی دارد (۱۲،۱۳،۱۵،۱۶). علت این امر را شاید بتوان به دلیل عوامل ساختاری جامعه، نقش و پایگاه‌های اجتماعی مردان در جامعه دانست. جامعه فرصت و قدرت بیشتری به آنها می‌دهد بنابراین احساس خودکارآمدی بالاتری پیدا کرده و به وضعیت سلامت روانی و عمومی آنها کمک می‌نماید. علت دیگر این تفاوت می‌تواند در رشد و بهبودی فردی، ظرفیت برقرار ی ارتباط با دیگران و نیز توانایی مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی بیشتر باشد. مطالعات ثابت کرده اند که ارضای درست و به موقع نیازها و احساس امنیت بیشتر در جامعه نیز در مردان باعث افزایش سلامت آنها می‌شود. در تایید این مطلب مرتضوی (۱۳۹۰) بیان می‌کند که سالمندان زن دارای اختلال افسردگی بیشتری نسبت به مردان می‌باشند که این موضوع می‌تواند به دلیل حساسیت زیاد زنان به مسائل روزمره زندگی و تحمل مسئولیت زیاد در خانواده‌ها باشد (۱۷). به گفته شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۰)، زنان بیشتر از مردان احساس تنهایی دارند و نتایج بررسی‌ها نشان داده که بین احساس تنهایی و سلامت سالمندان ارتباط قابل ملاحظه‌ای وجود دارد (۳). متغیر جنس (زن بودن) تاثیر فزاینده‌ای بر میزان استرس سالمندان و اختلالات اضطرابی و افسردگی آنان نیز دارد، بطوری که زنان ۷/۱ برابر مردان دچار اختلالات اضطراب و افسردگی هستند (۱۸). تاناکا و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود ابراز داشتند که بین افسردگی مردان و زنان تفاوت وجود دارد (۱۵). این در حالی است که در مطالعه یزدانی (۱۳۸۹) بین سلامت عمومی مردان و زنان سالمند تفاوت معناداری پیدا نشد (۱۱)، که این نتیجه شاید تحت تاثیر تعداد کم نمونه (۱۷ نفر سالمند زن و ۶۳ نفر سالمند مرد) قرار گرفته باشد؛ از این رو باید در تفسیر آن احتیاط نمود. در مطالعه مومنی و همکاران (۱۳۸۹) و مطالعه سهرابی و همکاران (۱۳۸۷) فقط در عملکرد اجتماعی بین زنان و مردان تفاوت معناداری وجود داشت و وضعیت مردان نسبت به زنان بهتر بود اما از نظر نشانه‌های افسردگی، عملکرد جسمانی و اضطراب تفاوت معنی داری وجود نداشت (۱۹). به عقیده نویسنده، برابری نشانه‌های افسردگی و اضطراب در مردان و زنان شاید با توجه به مقیم بودن گروه نمونه در سرای سالمندان و به دلیل اثرگذاری یکسان منابع اضطراب آور و افسرده ساز در دو جنس باشد (۱۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، که میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندان متاهل کمتر نسبت به سالمندان مجرد بود (به معنی

بر اساس نتایج (جدول ۲) و با توجه به نقطه برش ۲۳ برای CHQ-۲۸، از ۳۷۵ نفری که به پرسش نامه سلامت عمومی پاسخ دادند تعداد ۲۲۴ نفر (۶۰ درصد) سالمندان از وضعیت سلامت عمومی مطلوب برخوردار بودند و تعداد ۱۵۱ نفر (۴۰ درصد) آنان نیز وضعیت مطلوبی نداشتند.

بحث

این مطالعه به منظور تعیین وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر سبزوار در سال ۱۳۹۵ و عوامل مرتبط با آن انجام شد که بر اساس نتایج، نزدیک به نیمی از سالمندان در شهر سبزوار از وضعیت سلامت عمومی مطلوب برخوردار نبودند. این یافته با مطالعه یزدانی (۱۳۸۹) در تهران، براتی و همکاران (۱۳۹۱) در همدان و نجاتی (۱۳۸۷) در قم همراستا نبوده است چرا که نمره سلامت عمومی سالمندان شهرهای مذکور نسبت سالمندان شهر سبزوار بهتر است (۱۳،۱۱،۱۲). میانگین نمره کل سلامت عمومی در سالمندان شهر سبزوار، پایین تر از نقطه برش ۲۳ (سطح سلامت مطلوب) بود که این یافته با نتایج مطالعه خمرنیا و باغبانیان (۱۳۹۰) و پاشا و همکاران (۱۳۸۷) همخوانی داشت (۱۰،۱۴) چرا که بیانگر سطح سلامت عمومی پایین سالمندان می‌باشند. در مطالعه خمرنیا و باغبانیان (۱۳۹۰) در شهرستان زاهدان که در ۲ جامعه شهری و روستایی انجام شد حاکی از سطح پایین سلامت عمومی در هر دو جامعه می‌باشد که پژوهشگر کاهش سطح سلامت سالمندان این شهر را به کیفیت پایین خدمات بهداشتی درمانی و توجه ناکافی به سلامت سالمندان خصوصا در روستاها نسبت داده است (۱۴). مطالعه حاضر نشان می‌دهد توجه به وضعیت سلامت عمومی سالمندان بخصوص در شهر سبزوار، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. میانگین نمره کسب شده از سلامت عمومی در اهواز کمتر از مطالعه حاضر می‌باشد و گویای این نکته است که سالمندان شهر اهواز از سلامت عمومی بهتری برخوردار بوده اند، اما نباید از نظر دور داشت که مطالعه فوق بر روی سالمندانی انجام شده که با خانواده زندگی می‌کنند اما در مطالعه ما سالمندان مقیم منزل که ممکن است به تنهایی زندگی کنند نیز جزء نمونه‌ها بوده اند بنابراین تفاوت میانگین با این اختلاف منطقی به نظر می‌رسد (۱۰).

نتایج این تحقیق حاکی از آن است که نمره سلامت عمومی در کل و در تمامی زیر مقیاس‌ها، در زنان سالمند بالاتر از مردان می‌باشد یعنی زنان از سلامت عمومی کمتری نسبت به مردان برخوردارند (نمرات بالاتر حاکی از وضعیت نامطلوب‌تر). تفاوت بین سلامت عمومی مردان و زنان سالمند در تمامی زیرمقیاس‌های

بین وضعیت نوع همزیستی با نمره سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات سلامت عمومی سالمندانی که تنها زندگی میکردند، نسبت به آنهایی که با همسر و خانواده خود زندگی می کردند، نامطلوب تر گزارش شد. این نتایج با مطالعات دیگر از قبیل پاشا و همکاران (۱۳۸۶)، براتی و همکاران (۱۳۹۱) و حیدری و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد (۱۰،۱۲،۲۱). علمدارلو (۱۳۸۸) در مطالعه خود نتیجه می گیرد که تنهایی به طور قابل ملاحظه ای با افسردگی و نقایص کارکردی رابطه دارد و یافته های این مطالعه موید آن بوده که تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت های گوناگون است و پیامد های دراز مدت در سلامت دارد (۲۴). حیدری (۱۳۹۰) در مطالعه خود بیان می کند: سالمندانی که با خانواده زندگی می کردند نسبت به سالمندان تنها از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند (۲۱). بر اساس نتایج پژوهش قنبری مقدم و همکاران در سال ۱۳۹۲ پیش بینی می شود، اگر سالمندانی که با همسر زندگی می کنند، تنها شوند به اندازه ۸/۵۴ نمره، وضعیت سلامت عمومی شان افزایش پیدا کرده و لذا نامطلوب تر می شود. مطلوب بودن سلامت عمومی سالمندان غیر تنها ممکن است ناشی از حمایت این نوع همزیستی ها از سالمندان باشد که این حمایت آنها را قادر می سازد که با کاهش عملکرد جسمی و روانی شان بهتر کنار آیند، همچنین محیط زندگی سالمندانی که با خانواده ها زندگی می کنند برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می کند. در جوامع غربی یک تحقیق طولانی مدت نشان داد که افرادی که در سیستم های اجتماعی مانند دوستان و همسالان عضوند، سالم ترند و زندگی طولانی تر و رضایت بیشتری از زندگی دارند. بنابراین توجه به ایجاد محیطی حمایتی و توانمند سازی سالمندان به منظور مواجهه مناسب با این عامل ضروری به نظر می رسد (۲۵).

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی نیز بود، وضعیت جسمی و روحی فرد سالمند در هنگام تکمیل پرسشنامه بر روی پاسخگویی آنها تاثیر داشت که قابل کنترل نیز نبود. همچنین بی سوادی حدود ۶۰ درصد از سالمندان مورد مطالعه نیز باعث تاخیر در تکمیل پرسشنامه ها توسط پرسشگر می شد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درصد زیادی از سالمندان شهر سبزوار از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نیستند، لذا توجه به وضعیت سلامت عمومی سالمندان این شهر، از اهمیت بسیار ویژه ای برخوردار است و با توجه به وجود نامطلوب تر بودن معنادار

سلامت عمومی مطلوب تر) و این تفاوت از لحاظ آماری نیز معنادار بود ($P < 0/001$)، که البته با توجه به نقطه برش ۲۳ ابزار، وضعیت سلامت عمومی متاهلین در حد مطلوب و وضعیت سلامت عمومی سالمندان مجرد نامطلوب ارزیابی می شود که خود تأکیدی بر نقش تاهل سالمندان بر میزان سلامت عمومی آنان است. در مطالعه براتی و همکاران (۱۳۹۱) نیز سلامت عمومی در دو جنس تفاوت معنادار داشت و افراد متاهل سلامت عمومی بهتری داشتند و دلیل آن را احساس تنهایی و افسردگی بیشتر سالمندان مجرد ذکر کرده اند (۱۲). در مطالعه عزیزاده و همکاران (۱۳۸۷) بین وضعیت تاهل با اضطراب و افسردگی ارتباط معنادار وجود داشت و نتایج بیانگر این بود که متاهلین نسبت به سالمندان بی همسر در موقعیت برتری از این نظر بسر می بردند (۲۰). در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۰) در قم نیز وضعیت بهتری برای متاهلین بدست آمد که علت آن را احساس تنهایی و افسردگی افراد مجرد در مقایسه با افراد متاهل بیان نمودند (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، تحصیلات عامل تأثیرگذاری در میزان سلامت عمومی سالمندان به شمار می رود به طوری که نمرات سلامت عمومی افراد کم سواد (بی سواد و ابتدایی) با سایرین تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/01$). همچنین بین سطح تحصیلات با تمامی زیر مقیاس ها نیز رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/001$). این موضوع در مطالعه صابریان و همکاران (۱۳۸۷) و براتی و همکاران (۱۳۹۱) نیز تأیید شده است (۲۲،۱۲)، شاید علت این امر گذران اوقات فراغت دوران پیری با سرگرمی های متنوع تر و زندگی لذت بخش تر در بین افراد تحصیل کرده باشد. به نظر می رسد با افزایش میزان سواد در آزمودنی ها و سپردن نقش های مهم تر به آنها و بالطبع پذیرفتن مسئولیت های مهمتر و وسیع تر از طرف آنها در گستره اجتماع، طبیعی است که سلامت عمومی در آنها افزایش یافته و همچنین ثابت شده میزان تحصیلات سالمند بر اختلالات اضطراب و افسردگی نیز موثر است، نتایج بررسی عزیزاده و همکاران (۱۳۸۷) موید این نتیجه می باشد (۲۰). همچنین شانکار (Shankar) و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند سطح تحصیلات با سلامتی سالمندان ارتباط مثبتی دارد و این بدان معنی است که توانایی افراد برای دسترسی و تفسیر اطلاعات بوسیله ایجاد حس کنترل شخصی، دانایی و علم افزایش یافته و منجر به ارتقاء سلامت روانی در آنان شده است. همچنین انسانها برای نائل شدن به رضایت درونی، نیروی خود را صرف کسب علم و خوشنودی واقعی در زندگی می نمایند و این مساله اساس فلسفه آموزش نیز می باشد که روش منطقی و فعال را جهت مقابله با مشکلات فراهم می سازد (۲۳).

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار که هزینه های این طرح را تأمین نمود و بویژه همه سالمندان محترمی که صمیمانه در این مطالعه شرکت نمودند تقدیر و تشکر نمایند.

وضعیت سلامت عمومی، بخصوص در زنان سالمند، توصیه می گردد مدیران بهداشت و درمان ضمن در اولویت قرار دادن این گروه، در برنامه های آموزشی جامعه به اهمیت نقش عوامل مرتبط توجه بیشتری نشان دهند تا به ارتقاء سطح سلامت جامعه سالمندان این شهر منجر شود.

References

1. Momeni KH, Karimi H. The general health of elderly resident and non-residents. Iranian journal of Aging . 2010; 5 (17): 23-29.
2. Hatami M, Razavi z . Elderly Health. Chapter 11 part is based 22. Third edition. Tehran. Press Khosravi 2008.
3. Sheikholeslami F, Reza Masouleh Sh, Khodadadi N, Yazdani MA. Loneliness and general health of elderly. Journal of Nursing and Midwifery community. 66 (21). 2011.(Persian).
4. Saffari M, Shajaeizadeh D, Ghofranipour F, Heidarnia A, Pakpour A. [Health education & promotion: Theories, models & methods]. 1st ed. Tehran: Sobhan publisher, 2010:7-9. (persian).
5. Thirlaway Kathryn and Dominic upton, 2009. The psychology of lifestyle promoting healthy Behaviour. first published 2009.
6. Park G, Park K. General of Health Services"Textbook of Community Medicine". [H Shojaei Trans]. Volume 4. Tehran: Samat Press; 2009: 42: 231-249.
7. Nahvinejhad H. Comparison of the general health of residents of boarding houses and home care welfare recipients in Tehran; 2010. MPH thesis aging trend. University of Social Welfare and Rehabilitation. 2012.(Persian).
8. Taghavi M. Validity and credibility of the General Health Questionnaire. Journal of Psychology. No 20; 381-398; 2003.(Persian).
9. Malakooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali SH, Afhamebrahimi A, Zandi T. Evaluation of reliability, validity and factor analysis of 28 items on the general health of the elderly in iran (CHQ). Iranian journal of Aging. 2006; 1(1):11-21.
10. Pasha Gh, Safarzadeh S, Meshkak R. Comparison between public health and social support among elderly people in nursing homes and elderly in the family. Journal of Family Studies. 3th year (9). 2007.(Persian).
11. Yazdani AA. The relationship between social participation and general health among aged people of 5th distric of Tehran [MSW Thesis]. Tehran: USWR, Department of Social Work: 2010.
12. Barati M, Fathi Y, Soltanian A, Moini B. Mental health and health promoting behaviors in older people living in Iran, Hamadan. Iranian journal of Nursing and Midwifery. 2012; 20 (3):12-19.
13. Nejadi V. Assessing the health status of elderly people in the Qom. J Qazvin Univ Med Sci; 2009; 13 (1) 67-72.
14. Khomarnia M, Baghbanian A.

- Comparison of health and chronic diseases of the elderly in rural and urban areas of Zahedan city, 2011. *Sadra Medical Journal*. 1(3). 2013.
15. Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. Department of Public Health, Gunma University Graduate School of Medicine, Maebashi, Japan. 2011 Feb.
 16. Habibi Sola A. Relationship between health promoting behaviors with the activities of daily living. *Tehran. Iranian journal of Aging*. 2007; 2 (5). (Persian).
 17. Mortazavi SS, Ardebili H, Mohammad K. Mental health of elderly of shahrekord and its relationship with demographic and social factors. *journal of Payesh* 2012, 10 (4), 458-492 (Persian).
 18. Sharifi F, et al. Elderly mental health status and its related factors in Tehran (To measure equity in health and related factors). *Iran; Journal of Diabetes and Metabolism*; 13 (1). 2013. (Persian).
 19. Sohrabi MB. Comparison of cognitive status and depression in the elderly living in nursing homes and private homes. *Iran; Journal of Science and Health*, 2 (3). 2008. (Persian).
 20. Alizadeh M. Assessing health factors and utilization of aged care services in metropolitan Sydney. Thesis. Faculty of health science the Sydney university, 2008.
 21. Heidari S, Mohammadgholizadeh L, Asadollahi F, Abedini Z. The status of health among elderly people in qom, 2011. *Iran, Journal of Medical Sciences Qom*. 7 (4). 2013. (Persian).
 22. Saberian M, Aghajani S, Ghorbani R. Study of the mental status of the elderly and its relationship with leisure time activities. *J sabzevar Univ Med Sci (Asrar)*. 2009; 10 (4):12-20.
 23. Shankar A, Mc Munn A, Steptoe A. Health related behaviors in older adults relationship with socioeconomic status. *prev Med* 2010, 38 (1): 39-46.
 24. Alamdarloo Gh, Dehshiri Gh, Shoja'e S, Hakimirad E. Compare loneliness and general health among Seniors living in households and nursing homes in the north of Tehran. *Iranian journal of Aging*. 3 (8). 2009. (Persian).
 25. Ajamzobeid H. Relationship between lifestyle and quality of life among elderly. Thesis of master's degree. Tehran University of medical sciences. 2011. (Persian).