

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی در

کهنسالی^۱

(مورد شناسی شهر آذرشهر)

علی سیف زاده^۲

چکیده:

آنچه از دیرباز توجه جامعه شناسان و روانشناسان را به خود اختصاص داده مطالعه و بررسی در مقوله سلامت روانی انسانهاست و گذشت قرون و سالها نه تنها از اعتبار و ارزش این حوزه نکاسته بلکه با توجه به الزامهای محیطی و فشارهای مختلف اجتماعی بر اهمیت آنها افزوده شده است. امروزه با توجه به تغییر الگوهای مؤثر بر سلامت و بیماری شناخت عواملی که بر سلامت روانی سالمندان تاثیر می گذارند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. خلاء مطالعات و تحقیقات در این زمینه از مسائلی است که انجام تحقیقاتی چون تحقیق حاضر را در ایران ضرورت می بخشد. هدف اصلی تحقیق، شناخت تاثیر مشخصه های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی بر سلامت روانی سالمندان شهر آذرشهر می باشد. در این پژوهش از روش پیمایشی و از ابزار پرسشنامه بهره گرفته شده است. جامعه (جمعیت) آماری تحقیق کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر می باشند. همچنین از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) استفاده شده است و حجم نمونه ۳۱۲ نفر می باشد.

یافته های تحقیق نشان می دهد که: (۱) مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند. (۲) سلامت روانی افراد دارای همسر بیش از سالمندانی است که همسر خود را از دست داده اند. (۳) با افزایش سن شاهد کاهش سلامت سالمندان می باشیم. (۴) با افزایش حمایت اجتماعی شاهد افزایش سلامت روانی سالمندان می باشیم و سلامت روانی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند، بیش از سایر سالمندان است. (۵) رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانی مستقیم می باشد، طوری که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند.

واژگان کلیدی

سلامت روانی، سالمندی، مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی، آذرشهر

۱ - این مقاله برگرفته از پایان نامه نگارنده با عنوان «مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در کهنسالی» به راهنمایی استاد دانشمند جناب آقای دکتر سربایی و مشاورت سرکار خانم دکتر احمدنیا می باشد. بر خود لازم می دانم از هر دو بزرگواری به خاطر راهنمایی ها و کمک های بی دریغ شان کمال قدردانی و تشکر را داشته باشم.

مقدمه و بیان مسئله

اگر چه در کشورهای در حال توسعه طی سالها و دهه های اخیر نسبت جوانی رو به افزایش و نسبت سالخوردگی آن رو به کاهش رفته ، اما به دلیل کاهش مرگ و میر و افزایش متوسط عمر و امید زندگی جمعیت ، هر روز به تعداد مطلق سالخوردگان آنها افزوده شده است. نکته لازم به تذکر در این مورد آن که فرایند فوق (افزایش جوانی و کاهش سالخوردگی جمعیت) موقتی است و پس از یکی دو دهه ، نسبت جمعیت سالخورده در کل جمعیت افزایش پیدا خواهد کرد. یکی از دلایل این امر آن است که جمعیت سالخورده این کشورها سریعتر از کل جمعیت رشد می کند. (تقوی ، ۱۳۷۴ ، ۳۰)^۱

مرور گروه های سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵ نشان دهنده افزایش مطلق افراد سالمند ۶۰ ساله و بالاتر است، ۷/۲۶ درصد جمعیت ایران را در حال حاضر سالمندان تشکیل می دهند. این در حالی است که جمعیت ۶۰ سال و بالاتر ایران در سال ۱۳۶۵، معادل ۵/۴ درصد جمعیت بوده است و در سرشماری ۱۳۷۵ این میزان ۶/۶ درصد بوده است. در صورتی که استانهای کشور بر حسب نسبت جمعیت ۶۰ساله و بیشتر رتبه بندی شوند و آنها با میانگین سطح ملی مقایسه شوند نتیجه چنین خواهد بود که بیشترین آمار سالمندی مربوط به گیلان و مازندران است که جمعیت سالمند این استان ها به بالای هشت درصد می رسد.

همان طور که می دانیم سالخوردگی دورانی است که دارای برخی ویژگی های جسمی ، اجتماعی و روانی است . یکی از این ویژگیها کاهش نسبی قوای جسمانی است ، به

۱ - به طور کلی ، نرخ سالخوردگی برای کشورهای عقب مانده ۴ و برای ممالک پیشرفته ۱۵ درصد است (رقم متوسط جهان ۶ درصد می باشد). پایین ترین حد سالخوردگی جمعیت متعلق به کشور کویت (۱ درصد) و بالاترین آن مربوط به کشور سوئد (۱۶ درصد) است.

طوری که از ۶۰ سالگی به بعد هر چه سن بالاتر می رود، نیروهای جسمی فرد به نسبت رو به کاهش می گذارد (سلامت جسمانی). بازنشستگی و از دست دادن موقعیتهای شغلی دومین این دوران است، کاهش مسئولیتهایی که مرتبط با شغل و ارتباطات اجتماعی فرد بوده است نیز از جمله این ویژگی هاست (سلامت اجتماعی). ویژگی دیگری که در این مرحله از زندگی مطرح است تنهایی یا احساس تنهایی است، فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد مرگ یکی از دوستان یا بستگان و آشنایان، همسن و سالان خویش است لذا هر روز بیش از پیش احساس تنهایی بیشتری به او دست می دهد (سلامت روانی) (سام آرام، ۱۳۷۲، ۱۱۵)

سیاری از افراد سالخورده به ویژه افرادی که با داشتن پستیهای بالا باز نشسته می شوند و توان و امکان کار از دست آنها می رود، احساس می کنند اقتدار خود را از دست داده اند و گونه ای افسردگی روانی و انزوا در عالم تنهایی به ویژه برای افرادی که از کار و فعالیت خود بازنشسته شده اند بوجود می آید. به طور کلی افراد سالخورده به دشواری می توانند خود را با شرایط دوران از کار افتادگی تطبیق دهند، از این رو غالباً احساس تنهایی و بی هدفی می کنند. (تقوی، ۱۳۷۴، ۴۴)

حال این تحقیق به دنبال این است که در شهر آذرشهر^۱ چگونه مشخصه های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی روی سلامت سالمندان^۲ تاثیر می گذارد و به عبارت دیگر بررسی تاثیر مشخصه های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی بر سلامت روانی سالمندان در شهر آذرشهر هدف اصلی پژوهش می باشد.

۱- آذرشهر یکی از شهرهای استان آذربایجان شرقی و مرکز شهرستان آذرشهر است. این شهر با ۳۶۰۸۰۱ نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ هشتمین شهر پرجمعیت استان آذربایجان شرقی محسوب می گردد.

۲- علیرغم اینکه از سال ۱۹۹۹ (سال بین المللی سالمندی) جمعیت سالمند به افرادی گفته می شود که ۶۰ سال و یا بیشتر سن داشته باشند، در این پژوهش جمعیت آماری افراد ۶۵ سال و بالاتر شهر آذرشهر می باشند.

ضرورت و اهمیت تحقیق

از آنجایی که سالخوردگی فرایندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد و آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاستهای توسعه اقتصادی - اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در کلیه سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد، شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه ای بوده و همه جنبه های حیاتی را که تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان می باشد از جمله مشارکت آنان در امر توسعه را شامل گردد. جنبه های حیاتی این فراگرد عبارتند از: سلامت اجتماعی، جسمانی و روانی سالمندان.

خلاء مطالعات و تحقیقات در این زمینه از مسائلی است که انجام تحقیقاتی چون تحقیق حاضر را در ایران ضرورت می بخشد و می تواند سهمی را در جبران خلا موجود حداقل از بعد یافته های تجربی در این زمینه به خود اختصاص دهد. نگاهی گذرا به تحقیقات پیشین نشان می دهد که اولاً مطالعات انجام شده در مورد سلامت عمدتاً مطالعه در مورد سلامت عموم افراد است (نه سلامت سالمندان به طور خاص) ثانیاً ابزار مورد استفاده آنها برای سنجش سلامت یا بیماری بعد محدودی از سلامت و نوع خاصی از بیماری را مورد توجه قرار داده است. لذا انجام تحقیق حاضر با اهدافی که در پیش دارد با توجه به محدودیت و مشکلات تحقیق ضرورت می یابد.

سوابق مطالعات انجام شده

استراس و همکارانش^۱ (۱۹۹۲) عوامل مؤثر بر سلامت را در گزارشهای بهداشت سالمندان در جامائیکا مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند و دریافتند که مسائل بهداشت و سلامتی با سن افزایش می یابد اما زنان بیش از مردان از مشکلات سلامتی شکایت دارند که بیشتر مربوط به رعایت بهداشت در سنین پایین تر می باشد. آنها همچنین دریافتند که تحصیلات با سلامت در ارتباط است و کسانی که تحصیلات پایین تری دارند از سلامت کمتری نیز برخوردارند، ولی میزان درآمد تاثیری روی سلامت افراد ندارد. (Martin and Kinsello, 1994, 367) تحقیقی با عنوان «درآمد و سلامت، واقعیت رابطه چیست؟» توسط ایکوب و اسمیت^۲ در مورد رابطه درآمد و سلامت صورت گرفته است. در این تحقیق ارتباط درآمد با سلامتی، قبل و بعد از کنترل های اجتماعی برای همه متغیرهای سلامتی آزمایش شده است. نتایج نشان می دهد که درآمد بالا در سلامتی بیشتر مؤثر است. ولی این ارتباط مستقیم درآمد و وضع سلامت در سطوح بالاتر درآمد حالت معکوس پیدا می کند همچنین در این تحقیق هیچ اثر متقابلی بین درآمد بالا و هر یک از متغیرهای اقتصادی - اجتماعی، سن یا جنسیت یافت نشده است. و در واقع تاثیرات مستقل درآمد و دیگر متغیرهای اقتصادی - اجتماعی نشان می دهد که درآمد واقعاً یک نشانه برای تاثیر بر روی دیگر متغیرها نیست. در این تحقیق تاثیر درآمد بر سلامت در کنار ترکیب کلی متغیرهای اقتصادی - اجتماعی اثبات شده است. (Ecob, Smith, 1999, 693-705)

1 - Strauss et al

2 - Ecob and Smith

تحقیق با عنوان « **تفاوت‌های جنسیتی در ارتباط با کار و سلامت در مورد بیماریهای قلبی** » توسط گیلام^۱ در سال ۱۹۸۵ انجام گرفته است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که فعالیت‌های شغلی مورد آزمایش نقش کمی در بیماری گرفتگی عروقی داشتند. ساعات کار طولانی و استرس‌های طولانی مدت در کنار سیگار کشیدن و فعالیت‌های فیزیکی بیش از اندازه، پیامدهای زیان باری را به دنبال دارند. همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش فشار کاری و ساعات طولانی کار تا اندازه زیادی در مردان نسبت به زنان سازگاری بوجود آورده است. بنابراین فعالیت‌های شغلی، خصوصاً ساعات کاری ممکن است به صورت غیر مستقیم بر سلامتی افراد تاثیر بگذارند و در مبتلا شدن فرد به بیماریهای قلبی و عروقی دخالت داشته باشند. (Gillum, 1985, 379-394)

تحقیق دیگری با عنوان « **مقایسه سلامت عمومی روان در سالمندان و غیر سالمندان** » توسط والایی، امامی و محمد بیگی در سال ۱۳۷۸ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گرفته است. برای این بررسی ۴۸ نفر از سالمندان (افراد بالاتر از ۶۵ سال) و ۹۸ نفر از غیر سالمندان به طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. پرسشنامه بررسی سلامت روان - فرم ۲۸ سوالی - برای آنها تکمیل شده است. نتایج بررسی نشان دهنده این امر بوده که بین میانگین نمره خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب و اختلال عملکرد اجتماعی در بین سالمندان و غیر سالمندان تفاوت معنی داری نداشته است. ولی میانگین خرده مقیاس افسردگی سالمندان به طور معنی داری کمتر از میانگین خرده مقیاس غیر سالمندان بوده است.

تحقیقی با عنوان «**بورسی وضعیت سلامت سالمندان کشور**» در سال ۱۳۷۸ توسط دکتر دلاور و همکاران وی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته است. یافته های این تحقیق نشان می دهد: ۱۹ تا ۲۰ درصد مردان سالمند و ۲۴ تا ۲۶ درصد زنان سالمند طی یکسال اخیر دچار نوعی حادثه شده اند که مهم ترین آن زمین خوردن است. نیازهای عمده زنان و مردان سالمند در درجه اول بهداشت و سلامتی، درآمد و سپس حمل و نقل می باشد. مهم ترین نیاز زنان خصوصاً در روستاها، بهداشت و سلامتی می باشد که بیش از مردان است. اکثریت قریب به اتفاق سالمندان (بالای ۸۰ درصد) تواناییهای لازم برای انجام امور شخصی از جمله غذا خوردن، رفتن به دستشویی، حمام و انجام نظافت شخصی، خرید مواد غذایی و دارو، انجام امور منزل، تعویض لباس خود و ... را ندارند.

چهار چوب نظری

مفهوم سلامت (Health)

واژه Health برگرفته از واژه انگلیسی Heal به معنای کامل است که نشان دهنده مقوله های تندرستی فرد کامل، تمامیت و صحت و آسایش اوست. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک امر پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. از این رو در دوره های گوناگون تعریف های بسیاری از سلامت شده است.

قدیمی ترین تعریفی که از سلامتی شده عبارت است از بیمار نبودن. در طب سنتی برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفاوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می شود. (سید نوزادی، ۱۳۸۴، ۴۲)

تعریفی که بیش از همه پذیرفته تر است، تعریف سازمان بهداشت جهانی (در سال ۱۹۴۸) از سلامت می باشد که: «سلامت عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه تنها بیمار یا معلول نبودن.» (محسنی، ۱۳۸۲، ۴۵)

آنتونوفسکی^۱ می گوید این تعریف ناملموس، گمراه کننده و غیر پویاست. ما در هیچ جا با استناد به این تعریف نمی توانیم سلامت را پیدا کنیم و ببینیم. در سالهای اخیر با گنجانده شدن "توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی این تعریف کامل تر شده است. سلامت بیشتر به عنوان ابزاری برای رسیدن به هدفی منظور شده است که می توان آنرا از لحاظ کارکردی به صورت یک منبع (Resource) بیان کرد، منبعی که به مردمان امکان می دهد به گونه فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی کنند.

طیف سلامت و بیماری

سلامتی و بیماری مرز مشخصی ندارند و در نتیجه بهتر است برای سلامتی طیفی در نظر بگیریم که یک طرف آن سلامت کامل و در طرف دیگر مرگ قرار دارد.

ابعاد سلامتی

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی جنبه معنوی را هم در نظر می گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانکه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می گذارند. اختلالات جسمی \longleftrightarrow اختلالات روانی \longleftrightarrow اختلالات روانی در اینجا با توجه به موضوع پژوهش تنها به سلامت روانی پرداخت می شود.

سلامت روانی

حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او، سازگاری با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های مربوط به فرد و محیط زیست را سلامت روانی گویند که شامل کلیه صفاتی است که روان شناسان ملاک سالم بودن شخص از نظر روانی می دانند. یعنی عاری بودن از کشمکش داخلی، تطبیق کامل، خود آگاهی، خود شکوفایی، تعادل عاطفی و تسلط بر خود و توان مقابله با تنش هاست. (محمدی، ۱۳۷۹، ۳۵)

نشانه های سلامت روانی عبارتند از: مثبت اندیشی، هدفدار بودن، باور به داشتن زمینه ای متناسب با ارزشهای خود مانند احساس خوب بودن، توانایی هماهنگ شدن و .. (سجادی و

صدرالسادات، ۱۳۸۳، ۲۴۴)

سلامت روانی نیز همانند سلامت جسمانی چیزی فراتر از نبودن بیماری یا سایر مشکلات است. سلامت روانی به عواطف و احوال یعنی به احساسات و افکار ما اطلاق می شود و شامل آگاهی و پذیرش طیفی گسترده از احساسات در خود و دیگران، توانایی نشان دادن آنها، مستقل عمل کردن و توانایی کنار آمدن با مشکلات و موانع استرس زای روزانه است.

لویسون و همکارانش در سال ۱۹۶۲ سلامتی روان را اینگونه تعریف کرده اند، سلامتی روان عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی، اطرافیان و مخصوصاً با توجه به مسؤلیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن.

تئوریهای سلامت

سلامت هم به تنهایی ارزشمند است و هم افراد را قادر می سازد تا از فرصتهای زندگی برای پیشرفت استفاده کنند. در طول تاریخ به دلیل محوری بودن سلامت، تئوریهای آن در بسیاری از فرهنگ ها شکل گرفته است.

الف) تئوریهای تک علتی: چند تئوری تک علتی سلامت شامل: بیماری واگیردار، میکروب، رفتار فردی و Miasma می باشد.

ب) تئوریهای چند علتی

به طور کلی در کشورهای غربی تئوریهای سلامت بیشتر چند علتی هستند. به عبارتی بر پایه عواملی قرار دارند که هم به طور مستقل و هم از طریق مداخله به سلامت منجر می شوند. بعد از تئوری جرم، دو عامل میزبان و محیط مطرح شد که این دو عامل نیز جوابگو نبود. لذا تئوری بعدی که به جامعه شناسی نزدیکتر است مطرح شد که گروههای آسیب پذیر را عنوان کردند و در آخرین تئوری مدل سوسیال اپروچ (Social approach) که برای

تحلیل بیماری ها معتقد است همه عوامل مؤثر در زندگی را به یک شکلی در پیدایش و درمان بیماری ها مؤثر می دانست. (روزنامه همشهری، ۱۳۸۵، ۱۳)

ساده ترین مدل های چند علتی مجموعه ای از متغیرها را در نظر می گیرند (که هر کدام به طور مستقل عمل می کنند و یا شاید در ترکیب با عوامل دیگر به نتیجه برسند) و آنها را به شیوه خطی ترکیب می کنند تا بتوانند برخی از نتایج سلامت را پیش بینی کنند. در حالی که عوامل دیگری نیز وجود دارند که در این نتیجه تاثیر گذارند، اما از اهمیت کمتری برخوردارند. بیشتر تحقیقات موجود در زمینه سلامت بر اساس این مدل نسبتاً ساده چند علتی و خطی است. اکثر مدل‌های پیچیده به عنوان مدل های «عوامل تعیین کننده بی واسطه» شناخته شده اند و عوامل را در سطوح مختلف بر اساس نزدیکی به نتیجه گروه بندی می کنند. (همان، ۳۰)

تئوریهای سلامت روانی

۱- دیدگاه زیست گرایی: این مکتب که بیشترین اهمیت را برای بافت و اعضای بدن قائل می شود سلامت روان را مترادف با نداشتن بیماری دانسته و بر اهمیت توارث در انتقال آمادگی های اولیه برای برخی از آسیب های روانی تاکید می کند. (احدی، ۱۳۷۳)

۲- دیدگاه رفتاری: در مدل رفتاری و تمام مدل‌های روانی - اجتماعی، علل آسیب های روانی یادگیری معیوب فرد است. زیرا رفتارگرایان تنها رفتارهای قابل مشاهده را بررسی می کنند (پاسخ ها) و اضطراب روانی را به عنوان مشکلات یادگیری به حساب می آورند و از نظر آنها سلامت روانی باید در خانواده، مدرسه و به طور کلی محیط آموخته شود. (گنجی، ۱۳۶۵)

۳- دیدگاه روان تحلیل گری: مکتب تحلیل روانی و زیست گرایی شباهت هایی دارند. روان کاوی مانند زیست گرایی، مفهوم تعادل بین ساخت ها، تشخیص و درمان استوار است. به نظر برخی از روان کاوان، سلامت روانی زمانی تضمین می شود که من با واقعیت سازگار شود. همچنین تکانش های غریزی به کنترل درآید. فرد باید در بین سه عنصر (نهاد، من و من برتر) تعادل برقرار کند. بنابراین اگر بین نهاد و من برتر تعارض بوجود آید، بیماری روانی ظاهر می شود. در روان تحلیل گری اساساً به موقعیت های فشار آور که نوعی تهدید برای افراد به حساب می آید و اضطراب را به وجود می آورد توجه دارند. (کلن، ۱۳۷۶)

۴- دیدگاه انسانگرایی: مدل های انسانگرایی و اصالت وجود انسان اعتقاد دارند که مسدود شدن و منحرف شدن شخص دلیل اولیه آسیب روانی است. پیشگامان این مدلها درباره بقا در مقابل انگیزش رشد سخن می گویند و آن را عامل اساسی و لازم شکل دادن شخصیت افراد می دانند. اگر شخص موفقیت هایی را برای پرورش شخصیت خود و برای خود کمالی در دسترس دارد، انکار کند یا قادر نباشد از آزادی هایی که دارد استفاده نماید و به استعداد های خود شکل ندهد و یک زندگی با معنی و کاملی را به دست نیاورد، نتیجه قطعی آن اضطراب، و ناامیدی است. (گنجی، ۱۳۶۵)

تاثیر مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی بر سلامت سالمندان

در مورد رابطه بین عوامل اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی در بعد کلان، دو مدل وجود دارد که یک مدل توسعه اجتماعی را علت اصلی کاهش مرگ و میر می داند و مدل دیگر بیانگر تضعیف این رابطه است. از جمله طرفداران مدل اول " فردریکسن می باشد که وی در تحقیقات خودش مدل نئومالتوسین ها را در مقابل مدلی دیگر قرار می دهد. او خاطر نشان می سازد که مدل نئومالتوسین ها چنین فرض می کند که در چند دهه اخیر سطح مرگ و میر کاملاً از سطح زندگی و معیارهای زیستی مستقل شده و صرفاً وابسته به انقلاب در

تکنیک های بهداشتی و درمانی بوده است. در حالی که مدل دیگری که او ارائه می دهد فرض می کند که سطح مرگ و میر هنوز هم وابسته به سطح زندگی و معیارهای زیستی است. پرستون از جمله طرفداران مدل دوم است که وی برای اینکه اهمیت عواملی غیر از توسعه اقتصادی را در کاهش مرگ و میر و ارتقای سلامت نشان دهد با تحقیقات خود مشخص می سازد که تغییرات بنیادی در رابطه بین مرگ و میر و شاخص های توسعه رخ داده و بعد از جنگ جهانی دوم رابطه سطح مرگ و میر و توسعه به قوت گذشته نبوده است. (میرزایی، ۱۳۸۴، ۶۸)

عناصر در برگیرنده سلامت و عوامل مؤثر بر آن، هم درون شخص و هم بیرون از او و هم در جامعه ای که در آن زندگی می کند قرار دارد. این عناصر و عوامل بر هم اثرگذارند و از این کنشهای متقابل ممکن است سلامت ارتقاء یا کاهش یابد و از این رو سلامت کل جامعه و افراد را می توان نتیجه تعاملات بسیار دانست.

از نظر Jance stein به طور کلی می توان عوامل تاثیرگذار بر سلامت را در چهار گروه عمده جای داد:

الف) شرایط طبیعی یا محیطی

ب) عوامل جامعه شناختی به ویژه عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی

ج) عواملی که مستقیماً با سلامت و مراقبتهای پزشکی مرتبطند

د) عوامل فردی

ولی از آنجایی که عوامل تعیین کننده عنوان شده اکثراً در سطح کلان هستند لذا قابلیت کاربرد چندانی برای این تحقیق نمی توانند داشته باشند، به همین دلیل به ذکر نظر Whitehead و Dahlgren درباره لایه های مؤثر بر سلامت می پردازیم.

Whitehead و Dahlgren (۱۹۹۱) لایه های مؤثر بر سلامت را اینگونه بیان می کنند:

- فاکتورهای ارثی (سن و جنس)
- فاکتورهای سبک زندگی فردی
- حمایتها و تاثیرات جامعه که می تواند تداوم بخش یا مخرب سلامت باشد.
- وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات
- وضع اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی مانند استاندارد های زندگی، بازار کار و ...

در این تحقیق ما از این دیدگاه به خاطر نزدیکی به سطح خرد، همچنین از نظرات و تجارب افراد متخصص حوزه جمعیت شناسی و جامعه شناسی برای تهیه مدل و چهارچوب نظری بهره گرفته ایم.

جنس و سلامت

از دهه ۱۶۶۰ هنگامی که جان گرانت مشاهده کرد که زنان بیشتر از مردان عمر می کنند محققان شامل جمعیت شناسان در پی چرایی آن بودند. پنی کین به دنبال این بود که در بسیاری از موارد سلامت زنان بسیار متفاوت از سلامت مردان است. (لوکاس، ۱۳۸۱، ۷۸)

زنان بر اساس آمار های بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع بیماریها در میان آنها بیشتر است و از نظر کاربرد خدمات بهداشتی و درمانی شرایط نامساعدتری دارند. سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده است که این نوع تفاوتها در رابطه با جنسیت از بدو تولد و در سراسر جهان مطرح است. (محسنی، ۳۸۲، ۱۴۶)

اگر چه طول عمر زنان در مقایسه با مردان در بدو تولد و در سن ۶۵ سالگی به بعد معمولاً بالاتر است. تجزیه و تحلیل ها بر پایه اطلاعات حاصل از بررسی های اداره ناحیه ای سازمان بهداشت جهانی درباره سالمندان در آسیا نشان می دهد که مدت زمان زندگی که در سلامت صرف می شود برای زنان نسبت به مردان پایین تر است.

(Martin and Kinsello , 1994 , 362)

تبیین بیولوژیکی تفاوت در سلامت زنان و مردان : یک تئوری این است که هورمون جنسی مذکر، پسران و مردان را تهاجمی تر از دختران و زنان کرده و به میزان های بالاتر مرگ و میر در طی کودکی و بلوغ منجر می شود. تئوری هورمونی دیگر این است که هورمون های جنس مؤنث از زنان در مقابل بیماریهای ناشی از کم خونی محافظت می کنند. (لوکاس، ۲۸۱، ۷۵) بیماریهایی وجود دارند که با کروموزومهای جنسی مرتبطند، از قبیل اختلالات زنانه، که به جنس خاص (زنان) تعلق دارند. اما برخی از بیماریها هم دامنگیر زنان می شوند و هم دامنگیر مردان. حتی این نظریه که احتمالاً تعادل هورمونی وجود دارد که از زنان محافظت می کند، با پا بر جا ماندن نظریه ادامه حیات ترجیحی مورد تردید قرار گرفته است. (آرسترانگ، ۱۳۷۲، ۸۳)

تبیین رفتار فرهنگی و سبک زندگی : یکی از مطالعاتی که در مورد عوامل

رفتاری مؤثر بر مرگ و میر صورت گرفته کار پرستون می باشد. مطالعه وی به این نتیجه رسید که عمده این تفاوت به تفاوت رفتاری بر می گردد. یا به عبارت دیگر رفتار زنان بیشتر موافق سلامت است تا مردان، مثلاً پرستون تاکیدش را روی استعمال دخانیات به عنوان عامل رفتاری می گذارد. وی به این نتیجه رسید که مهم ترین عامل در تفاوت مرگ و میر بین دو جنس همین استعمال دخانیات است. (میرزایی، ۱۳۸۴، ۲۷)

در واقع نوع بیماریهایی که زنان و مردان به آنها مبتلا می شوند فرق می کند، بیماریهایی که باعث مرگ و میر می شوند با بیماریهای غیر مرگ آور فرق می کنند. مردان بیشتر مبتلا به بیماریهای نوع اول و زنان مبتلا به بیماریهای نوع دوم می شوند. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ۸۴) پس عمدتاً گزارش بیماری در زنان بیشتر از مردان می باشد به عبارت دیگر به دلیل تفاوت‌های فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع، شدت و فراوانی در دو جنس متفاوت است.

وضع تاهل و سلامت

در بررسی و مقایسه آمار مرگ و میر زناشویی نکرده ها و زناشویی کرده ها می بینیم که آمار مرگ زناشویی کرده ها و زن و فرزندداران کمتر از بی زن و فرزندان است و این از آن روی است که زنان و مردان همسر دار تندرست تر هستند و شرایط زندگی برایشان سالم تر و آماده تر است. (آشفته تهرانی، ۱۳۸۱، ۹۴)

برای بررسی وضع تاهل و تاثیرش روی سلامت باید سنین ۵۰ سال و بالاتر را در نظر بگیریم که تاثیرش روی بهداشت و سلامتی بیشتر است. مطالعات انجام گرفته مؤید آن است که کمترین میزان مرگ و میر برای افرادی است که دارای همسر هستند. میزان مرگ و میر برای بدون همسرها بیشتر از افراد با همسر می باشد و در میان بدون همسرها بیشتر از افراد با همسر می باشد و در میان بدون همسرها نیز میزان مرگ و میر بدون همسر بر اثر طلاق بیشتر از بدون همسر بر اثر فوت می باشد. بیشترین میزان مرگ و میر به خصوص برای مردان بدون همسر بر اثر طلاق است. مردان از زنان در مورد خارج شدن از وضع تاهل آسیب پذیر ترند به دلایل زیر: ۱- علت عدم ازدواج مردان، وجود بیماری و معلولیت است. ۲- تاهل در زندگی سالم از نظر همبستگی های اجتماعی و نظامی که به زندگی می دهد سازنده است. ۳- مراقبت متقابلی که در درون خانواده صورت می گیرد مهم است. لذا می توان گفت که وضع تاهل

روی سلامت و مرگ و میر به خصوص در سنین سالخوردگی تاثیر می گذارد. (میرزایی، ۳۸۴، ۵۰) به نظر برخی از روان شناسان سالخوردگانی که همسر خود را از دست داده اند، بیشتر گرفتار اختلالات روانی و جسمانی می شوند.

سن و سلامت

بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن مرتبط است. نوع بیماریها، شدت بیماریها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است. میان کهنسالی و برخی از بیماریها رابطه ای متقابل وجود دارد. بیماری به کهنسالی شتاب می بخشد و کهنسالی انسان را برای قبول بعضی از ناراحتی ها و بیماریها، مخصوصاً آن نوع که با سیر قهقرایی در ارتباط است، مستعد می سازد. (سام آرام، ۱۳۷۹، ۶۱)

چندین سال پیش نظریه ای وجود داشت که کهنسالان به تدریج از زندگی اجتماعی کنده می شوند. این امر تا اندازه ای ناشی از دگرگونیهای زیست شناختی ای پنداشته می شد که مانع از شرکت فعال آنها در فعالیتهای عادی می شود، و تا اندازه ای ناشی از تمایل آنها به دوری گزیدن از قیل و قال زندگی روزمره. اکنون این نظریه تا حدودی اشتباه می نماید، چرا که مثلاً بر اساس نظریه بر چسب زنی نحوه برخورد با سالخوردگان به گونه ای که گویی کنده شده اند، احتمالاً همان پدیده ای را بوجود می آورد که خود پیش بینی کننده آن است. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ۹۱ و ۹۲)

لازم به ذکر است که رابطه بین سن و سلامت بیشتر جنبه بیولوژیک دارد، به خصوص در سنین سالمندی که مرگ و میر بالاست.

مورای و همکارانش ۱ (۱۹۹۲) نمونه هایی از گزارشهای اختصاصی شیوع بیماری مرتبط با سن، جنسیت و درآمد را در رابطه با کشورهای چین، پاکستان، پرو و تایلند مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند که معمولاً شیوع بیماری مرتبط با سن در مردان نسبت به زنان بیشتر است و در میان ثروتمندان نسبت به فقیران خیلی رواج دارد، گرچه ارتباط با سن در همه کشورها کاملاً یکنواخت نیست. به صورت مشابهی نودل و همکارانش ۲ در تایلند به یک منبع مختلف اطلاعاتی دست یافتند که نشان می داد بیماریها همیشه با سن افزایش نمی یابد.

(Martin and Kinsello , 1994 , 362)

حمایت اجتماعی و سلامت

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی، و کمکی که سایر افراد یا گروهها به فرد ارزانی می دارند، گفته می شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمانهای اجتماعی به عمل آورند. (سارافیند، ۱۳۸۴، ۱۷۸)

پژوهشگران با استفاده از فرضیه های دورکیم کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند. استدلال آنها از این قرار است که اگر یگانگی اجتماعی ضعیف باشد در این صورت افراد از حمایت اجتماعی بی بهره اند و از همین رو سلامتشان در خطر است. برعکس، حمایت اجتماعی زیاد افراد را از بیماری در امان نگه می دارد. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ۶۲)

چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت: محققان در این مورد دو نظریه

ارائه کرده اند، فرضیه سپر و تاثیر مستقیم. تحقیقات شواهدی در حمایت از هر دو فرضیه

یافته اند (کوهن و ویکز ۱۹۸۵، پاین و جونز، ۱۹۸۷، تویس، ۱۹۸۲، ورتمن و انگل - شتر، ۱۹۸۷).

بر اساس فرضیه سپر، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد، بر سلامت او موثر است. این نقش محافظتی تنها زمانی که فرد به استرس شدید دچار باشد کارایی دارد. در شرایط کم استرس، محافظت ناچیزی انجام می گیرد.

فرضیه تاثیر مستقیم، حاکی از این است که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت مفید است. تاثیرات مستقیم از چندین راه ممکن است عمل کند. برای مثال افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بسیاری برخوردارند احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می آورد، صرف نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد مثلاً به وسیله مقاوم ساختن او در برابر عفونت مفید باشد. بعضی شواهد، همچنین نشان دهنده آن است که میزان بالای حمایت اجتماعی، موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه های زندگی سالمتر می شود. برای مثال افراد برخوردار از حمایت اجتماعی زیاد ممکن است احساس کنند چون دیگران به آنها اهمیت می دهند و به ایشان نیاز دارند، باید ورزش کنند، خوب بخورند و مراقب خود باشند. (سارافیند، ۱۳۸۴، ۱۸۵ و ۱۸۶)

پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت

بر اساس بررسیهای براون و هاریس پایگاه اجتماعی تاثیرات مثبت و منفی خود را از طریق عوامل حمایتی (روابط و امکانات مناسب خانوادگی)، عوامل آسیب آفرین (دشواریهای خانوادگی)، عوامل تحریک آفرین (کمبودها و دشواریهای بلند مدت) بر پدیده افسردگی منتقل می سازد. بررسی های محسنی و همکارانش در مورد ویژگی های اقتصادی و

اجتماعی بیماران اسکیزوفرنی در شهر تهران نشان داده که در میان بیماران بالاترین نسبت مربوط به طبقات پایین و متوسط رو به پایین است. (محسنی، ۱۳۸۲، ۱۸۷)

دورنوند و دورفوند (۱۹۶۹) در یک بررسی تطبیقی از یافته های ۲۴ مطالعه که از روش زمینه یابی اجتماعی استفاده کرده بودند به این نکته پی بردند که طبقه اجتماعی تنها متعیر جمعیت شناختی بود که به طور پایدار با وضعیت روان شناختی ارتباط داشت و سن، جنس و نژاد هیچ یک ارتباط پایداری را نشان نداده اند.

مؤلفه های پایگاه اقتصادی - اجتماعی: الف) تحصیلات ب) درآمد ج) شغل

متغیرهای اصلی تعیین کننده جایگاه یک فرد در جامعه درآمد، شغل و تحصیلات می باشند. این ها به طور عمده به مفهوم وبر از منزلت اجتماعی مرتبطند و سه فاکتور تعیین کننده طبقه اقتصادی - اجتماعی هستند. لیبرانوس و دیگران یک بحث مفیدی در مورد اینکه چگونه این سه شاخص در مطالعات اپیدمیولوژیک کاربرد دارند فراهم کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که اپیدمیولوژیست ها تحصیلات را بیشتر از شغل و درآمد مورد اهمیت قرار می دهند. نتایج یافته های آنها بیانگر رابطه مستقیم تحصیلات و سلامت سالمندان است.

(Preston and Taubman , 1994 , 279)

الف) تحصیلات و سلامت

خودداری و مقاومت افراد طبقات پایین در ارتباط با مسائل مراقبت های پزشکی را تنها نمی توان از طریق شرایط اقتصادی در رابطه قرار داد. به طور متوسط با افزایش سطح تحصیلات، درآمد نیز افزایش پیدا می کند پس یک مقدار از تاثیر تحصیلات از طریق درآمد می باشد، ولی از طریق تحصیلات فرهنگ بهداشتی ارتقاء پیدا می کند و اینکه افراد رفتارشان بیشتر موافق سلامت و بهداشت می شود و در سطوح بالاتر تحصیلات دغدغه نسبت به سلامتی بیشتر است.

فراگیر شدن و ارتقای سطح سواد و تحصیلات نیز از جنبه هایی است که از طریق الگوهای فرهنگی و رفتاری مناسب می تواند بر سطح بهداشت و مرگ و میر تاثیر داشته باشد. (لوکاس، ۱۳۸۱، ۸۰)

ب) درآمد و سلامت

درآمد با تامین نیازهای بهداشتی و از آن طریق سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد، بنابراین اگر بخواهیم درآمد را با سلامت مرتبط کنیم با بالاتر رفتن درآمد، سطح سلامت نیز افزایش می یابد و رابطه مستقیمی بین این دو وجود دارد.

درآمد از طریق امکان دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی و بهداشتی روی سلامتی افراد تاثیری خاص دارد ولی همیشه رابطه درآمد و سلامت یک رابطه مستقیم نیست. به عبارت دیگر یک حدی از درآمد برای توجه به بهداشت و سلامت ضروری است ولی وقتی به آن حد رسید دیگر به بهداشت بی توجه می شود. به عبارتی می توان گفت که سالم ترین افراد لزوماً افراد با درآمد بالا نیستند، یعنی برخی ها هستند که درآمد خوبی هم دارند ولی هنوز طریقه درست تغذیه کردن و رعایت مسائل بهداشتی و سلامتی را نمی دانند. پس آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می شود رابطه مستقیم با سلامت دارد ولی جنبه دیگر درآمد که برای سایر مصارف خرج می شود نمی تواند لزوماً رابطه مستقیمی با سلامت افراد داشته باشد. که در اینجا نقش سواد، تحصیلات و مسائل فرهنگی مطرح می شود. ولی در کل نمی توان منکر رابطه مستقیم درآمد و تامین نیازهای مهم بهداشتی و از آن طریق تامین سلامت شد.

ج) شغل و سلامت افراد

تردیدی نیست که طبیعت مشاغل با هم متفاوت است. شغل از دو طریق بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. یکی تأثیر مستقیم، یعنی خود طبیعت شغل که برخی مشاغل آسیب‌پذیری شان بیشتر و برخی‌ها کمتر است. مستقیم اینکه فرد بر اثر شغل خود فوت کند مثل ریزش چاه، افتادن در کوره و ... تأثیر غیر مستقیم تأثیری است که در دراز مدت خودش را نشان می‌دهد، برخی از مشاغل هستند که توأم با هیجان‌ات و استرس‌هاست که خواه ناخواه روی سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد و در این میان مشاغل آموزشی مطلوبیت خاصی دارند. (محسنی، ۱۳۸۲، ۱۸۳)

فرضیات تحقیق

- ۱- بین جنس افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد به این صورت که مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.
- ۲- بین وضع تاهل افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که افراد متاهل از سلامت بیشتری نسبت به مجردین برخوردارند.
- ۳- بین سن افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که با بالا رفتن سن میزان سلامت افراد کاهش می‌یابد.
- ۴- بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند از سلامت بالایی نیز برخوردار می‌باشند.

۵- بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که افراد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردارند.

روش شناسی: در این پژوهش از روش پیمایشی و از ابزار پرسشنامه بهره گرفته شده است. جامعه (جمعیت) آماری تحقیق کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر می باشند. همچنین از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) استفاده شده است و حجم نمونه ۳۱۲ نفر می باشد. برای سنجش سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی «گلد برگ» (GHQ) استفاده شده است. فرم اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال است و فرمهای کوتاهتر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده ای این مقیاس نیز تهیه شده است. در این پژوهش از مقیاس ۱۲ سوالی استفاده شده است. برای محاسبه شاخص سلامت روانی افراد، ابتدا از طریق نمره دادن متغیرها به صورت متغیر فاصله ای در آورده شده است. به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت روانی از ۵ تا ۱ نمره داده شده است و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۱ تا ۵ نمره داده شده است و در مجموع نمره های داده شده با هم جمع شده و شاخص سلامت روانی محاسبه شده است. همچنین برای سنجش از دو نوع اعتبار محتوا و اعتبار سازه و برای محاسبه پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج تحقیق نیز با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در دو سطح توصیفی و تحلیلی استخراج شده است. برای توصیف یافته های تحقیق از جداول یک بعدی استفاده شده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری T، تحلیل واریانس (F) استفاده شده است.

یافته های تحقیق

بیشتر سالمندان از جهت شناختی، عاطفی و رفتاری، به طور نسبی از سلامت روانی برخوردارند. (بیرن و رنر ۱۹۸۰) این هرگز به معنای کم اهمیت شمردن بهداشت و سلامت روانی در این دوره نیست بلکه حاکی از این حقیقت است که ثبات سلامت روان سالمندان، تحت الشعاع نیاز به کمک خانواده و متخصصان جامعه است تا نشانگان سالمندی را هر چه زودتر تشخیص و نسبت به درمان آن اقدام ورزند. (نوابی نژاد، ۱۳۷۸، ۶)

جدول ۱: توزیع پاسخگویان به تفکیک شاخص سلامت روانی

گزینه ها	فراوانی	درصد خالص
پایین	۱۶	۵.۴
متوسط	۱۸۲	۶۱.۹
بالا	۹۶	۳۲.۷
جمع	۲۹۴	۱۰۰

مطابق جدول ۶۱/۹ درصد پاسخگویان دارای سطح سلامت روانی متوسط، ۳۲/۷ درصد در حد بالا و ۵/۴ درصد در حد پایین می باشند.

فرضیه اول: بین جنس افراد و سلامت روانی آنها رابطه وجود دارد به این صورت که مردان از سلامت بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.

جدول ۲: بررسی رابطه بین جنس و سلامت روانی

جنس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	Sig
مرد	۱۵۳	۴۲.۶۰	۴.۵۲	۲/۰۵	۲۹۲	۰/۰۴۱
زن	۱۴۱	۴۱.۴۵	۵.۱۲			

نتایج آزمون t محاسبه شده به مقدار ۲/۰۵ با درجه آزادی ۲۹۲ نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی مردان به مقدار 42/60 و میانگین سلامت روانی زنان به مقدار ۴۱/۴۵ تفاوت

معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/041$). به این معنی که مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.

فرضیه دوم: بین وضع تاهل افراد و سلامت رابطه وجود دارد، به این صورت که افراد متاهل از سلامت بیشتری نسبت به مجردین برخوردارند.

جدول ۳: بررسی رابطه بین وضع تاهل و سلامت روانی

Sig	df	t	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	وضع تاهل
۰/۰۴۱	۲۸۸	۰/۸۲۳	۴/۶۵	۴۳/۱۶	۲۳۶	دارای همسر
			۵/۷۳	۴۰/۰۵	۵۴	بی همسر بر اثر فوت همسر

نتایج آزمون t محاسبه شده به مقدار $۰/۸۲۳$ با درجه آزادی ۲۸۸ نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی متاهلین به مقدار $۴۳/۱۶$ و میانگین سلامت روانی افراد مجرد به مقدار $۴۰/۰۵$ تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/041$). به این معنی که سلامت روانی افراد دارای همسریش از سالمندانی است که همسر خود را از دست داده اند.

شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در عدم سلامت روانی سالمندان موثرتر از سایر عوامل باشد. (کیانپور و حقیقی، ۱۳۷۸، ۷۲)

فرضیه سوم: بین سن افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که با بالا رفتن سن میزان سلامت افراد کاهش می یابد

شواهدی وجود دارد که حاکی از این است که ناخوشی به طور اعم رابطه ای نزدیک با سن دارد. افراد مسن بیشتر بیماری خود را اظهار می کنند، از مطالعات انجام شده در مورد شیوع بیماری های مزمن که در آنها فعالیتهای زندگی روزمره به عنوان میزان استفاده شده است،

چنین بر می آید که اکثر بیماریهای مزمن در میان پیران متمرکز است و از داده های مربوط معلوم شده است که پیران بیشتر نزد پزشک می روند.

جدول ۴: بررسی رابطه بین سن و سلامت روانی

Sig	F	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	سن
.۰/۰۴۶	۳.۱۲۲	۳.۱۶	۴۲.۶۹	۱۲۹	۶۹ تا ۶۵ ساله
		۴.۰۵	۴۱.۶۶	۱۱۷	۷۹ تا ۷۰ ساله
		۲.۹۴	۴۰.۸۰	۴۶	۸۰ سال و بیشتر
		۳.۴۲	۴۱.۹۸	۲۹۲	جمع

مقایسه میانگین سلامت روانی افراد با سنین مختلف نشان می دهد که بین سن سالمندان و سلامت روانی آنها رابطه معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/046$). به این معنی که با افزایش سن شاهد کاهش میزان سلامت روانی سالمندان می باشیم و سلامت روانی سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سلامت روانی افراد بالاتر از ۷۰ سال می باشد.

فرضیه چهارم: بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت رابطه وجود دارد، به این صورت که افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند از سلامت بالایی نیز برخوردار می باشند.

جدول ۵: بررسی رابطه بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت روانی

Sig	F	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	حمایت اجتماعی
.۰/۰۰۰	۱۴/۰۵۵	۲.۷۶	۳۰.۸۳	۴۶	کم
		۲.۴۴	۳۱.۱۶	۱۱۲	متوسط
		۴.۳۳	۳۳.۱۹	۱۴۶	زیاد
		۳.۶۶	۳۲.۰۹	۳۰۴	جمع

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین سلامت روانی سالمندان به تفکیک میزان برخورداری از حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/000$). به این معنی

که با افزایش حمایت اجتماعی شاهد افزایش سلامت روانی سالمندان می باشیم و سلامت روانی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند، بیش از سایر افراد می باشد.

فرضیه پنجم: بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و سلامت روانی رابطه وجود دارد، به این صورت که افراد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا از سلامت روانی بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردارند.

جدول ۶: بررسی رابطه بین تحصیلات و سلامت روانی

تحصیلات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	Sig
بی سواد	۱۸۹	۴۱.۴۰	۵.۰۵	-۳.۲۳۳	۲۹۰	۰/۰۰۱
با سواد	۱۰۳	۴۳.۳۰	۴.۲۲			

نتایج آزمون t محاسبه شده به مقدار 3/233 با درجه آزادی ۲۹۰ نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی بی سوادان به مقدار ۴۱/۴۰ و میانگین سلامت روانی افراد با سواد به مقدار ۴۳/۳۰ تفاوت معنی داری وجود دارد (sig=0/001). به این معنی که افراد با سواد از سلامت روانی بیشتری نسبت به بی سوادان برخوردارند.

درصد اختلالات روانی سالخوردگانی که میزان تحصیلاتشان در سطح ابتدایی یا کمتر است، چند برابر درصد اختلالات روانی افسردگی است که تحصیلات دبیرستانی دارند. (کوکس، ۱۹۸۲) شاید علت این باشد که افراد تحصیل کرده، اوقات فراغت دوره پیری را با سرگرمی های متنوع تری پر می کنند و از این جهت به زندگی لذت بخش تری دست می یابند. (کیانپور و حقیقی، ۱۳۷۸، ۷۲)

جدول ۷: بررسی رابطه بین میزان هزینه خانوار و سلامت روانی

Sig	t	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	هزینه خانوار
.۰۰۰۰	۲۱.۱۰۷	۴.۵۱	۳۹.۳۱	۶۴	کمتر از ۱۰۰ هزار
		۴.۸۸	۴۱.۶۶	۱۱۴	۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار
		۳.۴۹	۴۳.۹۳	۹۰	۲۰۰ هزار و بیشتر
		۴.۶۸	۴۱.۸۶	۲۶۸	جمع

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی افراد با میزان هزینه مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/000$). به این معنی که با افزایش میزان هزینه خانوار شاهد افزایش میزان سلامت روانی سالمندان می باشیم و سلامت روانی سالمندانی که هزینه خانوار خود را بیش از ۲۰۰ هزار تومان اعلام کرده اند، بیش از سایر افراد می باشد.

جدول ۸: بررسی رابطه بین شغل و سلامت روانی

شغل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مغازه دار	۲۰	۴۲.۹۰	۵.۱۶
کارگر	۱۸	۳۹.۶۷	۳.۰۷
آزاد	۶۰	۴۳.۴۷	۴.۹۷
کشاورز	۲۴	۴۱.۷۵	۳.۲۹
کارمند	۱۷	۴۴.۰۶	۴.۳۵
خانه دار	۱۴۱	۴۱.۴۵	۵.۱۲
جمع	۲۸۰	۴۲.۰۶	۴.۹۰

$$\text{Sig}=0/010 \cdot ۸۹F=3/$$

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی سالمندان با مشاغل مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/010$). به این معنی که سالمندانی که شغل

خود را کارمند اعلام کرده اند از سلامت روانی بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند، همچنین کمترین میزان مربوط به سالمندان کارگر می باشد.

پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانی

جدول ۹: بررسی رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانی

Sig	F	انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	پایگاه اقتصادی، اجتماعی
۰/۰۰۰	۳۲٫۸۷۴	۴٫۶۲	۳۹٫۲۷	۹۸	پایین
		۳٫۹۱	۴۲٫۵۸	۷۹	متوسط
		۴٫۰۱	۴۴٫۱۶	۸۹	بالا
		۴٫۷۰	۴۱٫۸۹	۲۶۶	جمع

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین میانگین سلامت روانی سالمندان با پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/000$). به این معنی که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا بیش از سایر سالمندان از سلامت روانی برخوردارند.

نتیجه گیری

جمع بندی یافته ها نشان می دهد که سالمندان آذرشهر از وضعیت سلامت روانی در حد متوسط برخوردارند و همچنین رابطه بین جنس، وضع تاهل، سن، حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سلامت در کهنسالی اثبات شده است.

با توجه به مبانی نظری مطرح شد که، عمدتاً گزارش بیماری در زنان بیشتر از مردان می باشد. به عبارت دیگر به دلیل تفاوت های فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع، شدت و فراوانی در دو جنس متفاوت است. همچنین ابتلا به بیماری در میان زنان بیش از مردان می نماید. اندازه گیری مرگ و میر دشوار است اما بنابر دست کم سه میزان، یعنی بررسی های بیماری اظهار شده از سوی خود بیمار، اطلاعات در مورد استفاده از خدمات پزشکی و برخی از بررسی های مربوط به میزان ابتلا به بیماری، زنان بیش از مردان دچار بیماری می شوند. به طور خلاصه زنان بیمار می شوند و مردان می میرند. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲، ص ۸۳) یافته های این پژوهش نیز نشان می دهد که مردان از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.

مطالعات انجام گرفته در مورد وضع تاهل و تأثیرش روی سلامت مؤید آن است که از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در عدم سلامت روانی سالمندان موثرتر از سایر عوامل می باشد. مطالعات نشان داده اند که حتی اگر فردی همسرش را دوست نداشته باشد، مرگ همسر برای وی در حکم ضربه روانی است، زیرا بلافاصله فرد همسر از دست داده، نقش همسر بودن خود را از دست می دهد. او دیگر محرم راز، همدم و هم صحبت خود را در کنار خویش نمی بیند و تنها می شود. به نظر برخی از روان شناسان (بوند، کلمن و پیس، ۱۹۹۴) سالخوردگانی که همسر خود را از دست داده اند، بیشتر گرفتار اختلالات روانی می گردند. (کیانپور و حقیقی، ۱۳۷۸، ۷۲) یافته های پژوهش نشان می دهد که سلامت روانی افراد دارای همسر بیش از سالمندانی است که همسر خود را از دست

داده اند. در زمینه رابطه سن و سلامت در کهنسالی مطرح شد که، شواهدی وجود دارد که حاکی از این است که ناخوشی به طور اعم رابطه ای نزدیک با سن دارد و بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن مرتبط است. نوع بیماریها، شدت بیماریها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است. بررسی رابطه بین سن سالمندان و سلامت آنها نشان می دهد که با افزایش سن شاهد کاهش میزان سلامت روانی سالمندان می باشیم و سلامت روانی سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سایر افراد می باشد.

در مورد چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت بیان شد که، محققان دو نظریه ارائه کرده اند، فرضیه سپر و تاثیر مستقیم. بر اساس فرضیه سپر، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد، بر سلامت او موثر است. فرضیه تاثیر مستقیم، حاکی از این است که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت مفید است. بعضی شواهد، همچنین نشان دهنده آن است که میزان بالای حمایت اجتماعی، موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه های زندگی سالمتر می شود. نتایج بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت در این پژوهش نشان می دهد که سالمندان برخوردار از حمایت اجتماعی بیشتر از سلامت روانی بیشتری نیز بهره مند هستند.

بر اساس بررسیهای براون و هاریس پایگاه اقتصادی-اجتماعی تاثیرات مثبت و منفی خود را از طریق عوامل حمایتی (روابط و امکانات مناسب خانوادگی)، عوامل آسیب آفرین (دشواریهای خانوادگی)، عوامل تحریک آفرین (کمبودها و دشواریهای بلند مدت) بر پدیده سلامتی منتقل می سازد. در این پژوهش نیز یافته ها نشان می دهد که بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانی در کهنسالی رابطه معنی داری وجود دارد، طوری که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا بیش از سایر سالمندان از سلامت روانی برخوردارند.

پیشنهادات

الف) پیشنهادات کاربردی

۱. ورترمز (۱۹۹۱) در پژوهشی نشان داد که افراد از تماس جسمانی با سالمندان به طور ناخواسته و ناهشیار پرهیز می کنند، در رختخواب آنها دراز نمی کشند، نسبت به مسائل عمیق عاطفی از قبیل امور جنسی با آنها سخن نمی گویند و همین رفتارها، یک حصار بلند از بسی عاطفگی و سردی میان سالمندان و جامعه به وجود می آورد. (بشلیده، ۱۳۷۸، ص ۳۵) به صورتی که اکثر سالمندان مورد بررسی نیاز به حمایت عاطفی و احترام قائل شدن به آنها را مهم ترین نیاز یک فرد سالمند عنوان کرده اند، لذا به نظر می رسد راه اندازی کلوب های سالمندی به منظور گردهمایی، دوست یابی، تشکیل سمینار، کسب اطلاعات جدید یکی از اقدامات مفید و کارآمدی است که میزان تماس اجتماعی سالمندان را افزایش داده و آنها را از حس تنهایی نجات می دهد. همچنین می توان احترام به سالمندان در بین کودکان، نوجوانان و جوانان از طریق آموزش در رسانه های گروهی (رادیو و تلویزیون و مطبوعات) نهادینه کرد.
۲. با توجه به اینکه اکثر سالمندان بر اساس نظریه عدم تعهد به تدریج از زندگی فعال کناره گذاشته می شوند و نیز بر اساس نظریه فعالیت پیری موفقیت آمیز ایجاب می کند که نقشهای تازه ای کشف شود یا برای حفظ نقشهای قدیم، وسایل تازه ای بوجود آید. برای آنکه این آرمان تحقق یابد، لازم است که در آینده ارزش سن را باز شناسیم و سالمندان را عهده دار نقشهای جدیدی کنیم، نقشهایی که از نظر اجتماع ارزشمند است. طوری که سالمندان احساس پوچی و بی فایدهگی نکنند. لذا به نظر می رسد اقدامات زیر می تواند در این راستا موثر واقع شود:

✓ اهتمام خاص از سوی سازمان تامین اجتماعی و نهادهای غیر دولتی در جهت بکارگیری افراد سالمندی که از سلامت برخوردارند در امور مختلف اجتماعی و بهداشتی و فعالیتهای عمران و توسعه.

✓ توسعه و تقویت روابط خانوادگی و شبکه خویشاوندی از طریق محور قرار دادن بزرگان، سالمندان و همچنین تشویق سالمندان به استفاده از توانایی و مهارتهای خود.

۳. با توجه به اینکه در جامعه ایرانی خانه بهترین و مناسب ترین محل برای نگهداری از سالموردگان و مراقبت از آنها می باشد، چرا که سالمندان با ماندن در خانه و دریافت مراقبتهای خانگی از لحاظ عاطفی از نهایت رضایت برخوردار می شوند. لذا به نظر می رسد بایستی به چنین خانواده هایی کمک شود تا مشکل عاطفی و حمایتی سالمندان از طریق آنها برطرف شود.

۴. در مجموع، در کشور ما با وجود پیشرفتهای شایان توجهی که در سالهای اخیر در امر بهداشت بوجود آمده، به مسئله سالمندان توجه کافی نشده است، به طوری که هنوز موسسه یا نهاد خاصی نداریم که هم بتواند برای حمایت از این گروه سیاستهای اصولی و کلی طرح ریزی کند و هم قدرت اجرایی آن را داشته باشد. بنابراین نظام بهداشتی - درمانی کشور و مسئولان امر لازم است به اتخاذ تدابیری در این زمینه پرداخته و تشکیلات متناسب و گسترده ای را برای حمایت از این طبقه بوجود آورند.

۵. با عنایت به اینکه، در جامعه ایران، با توجه با ارزشهای نهفته در فرهنگ ملی و مذهبی، بی تفاوتی نسبت به دردها و رنج های سالمندان پذیرفتنی نیست، پس از پیروزی انقلاب اسلامی، با دگرگونی ساختار سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه، به منظور رشد و توسعه جامعه و برپایی عدالت اجتماعی و رفاه عمومی، تغییرات بنیادی در قوانین

و مقررات مربوط به سالمندان داده شد و در این زمینه ، تلاش می شود با ایجاد قوانین و مقررات خاص حمایت‌های مادی لازم از افراد سالخورده در مناطق شهری و روستایی به عمل آید. (جانمردی، ۱۳۷۹، ص ۲۵۶) لذا پیشنهاد می شود که این برنامه ها و حمایتها به صورت مستمر و مدام ادامه پیدا کند و محدود به روز و تاریخ خاصی نباشد.

ب) پیشنهادات برای تحقیقات آینده

- ✓ در مورد نیازهای روانی سالمندان ، یک پژوهش نیاز سنجی صورت گیرد تا خواسته ها و انتظارات سالمندان مشخص شود تا برنامه ریزان و مسئولین از طریق آنها بتوانند به این قشر با تجربه جامعه خدمت کنند.
- ✓ با توجه به اینکه در این پژوهش سنجش سلامت سالمندان تنها از طریق پرسشنامه و مصاحبه حضوری صورت گرفته ، پیشنهاد می شود تحقیق جامعی که ترکیبی از روش بکار رفته در این اثر و سنجش علایم و نشانه های بیماری با استفاده از امکانات و تجهیزات پزشکی صورت گیرد.

منابع و مآخذ:

- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۷۲). **جامعه شناسی پزشکی**. ترجمه: محمد توکل. تهران: موسسه انتشارات علمی.
- آشفته تهرانی، امیر (۱۳۸۱). **جمعیت شناسی و تحلیل جسنارهای جمعیتی**. تهران: انتشارات گستره.
- بشلیده، کیومرث (۱۳۷۹). **تأثیر مداخله های حمایتی در تأمین نیازهای روانی، اجتماعی سالمندان**. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد سوم.
- بیک محمد لو، سکینه (۱۳۸۴). **بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت کارکنان آموزش و پرورش شهرستان قزوین**. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- تقوی، نعمت آ... (۱۳۷۴). **سالخوردهگان در جامعه**. فصلنامه جمعیت شماره ۱۱ و ۱۲.
- دلاور، بهرام و دیگران (۱۳۷۹). **بررسی وضعیت سلامت سالمندان**. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد اول.
- سارافیند، ادوارد (۱۳۸۱). **روان شناسی سلامت**. ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی). تهران: انتشارات رشد.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۷۹). **موقعیت سالمندان در خانواده**. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد دوم.
- سام آرام، عزت آ... (۱۳۷۲). **از غرب خانه عشایری تا سرای سالمندان خصوصی**. تهران: فصلنامه علوم اجتماعی دوره اول شماره ۳ و ۴.
- سرایبی، حسن (۱۳۷۵). **مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق**. تهران: انتشارات سمت.
- سید نوزادی، محسن (۱۳۸۴). **بهداشت عمومی**. انتشارات کتاب سلامت.
- سجادی، حمیرا و صدراالسادات، سید جلال (۱۳۸۳). **شاخصهای سلامت اجتماعی. اطلاعات سیاسی - اقتصادی**. سال نوزدهم شماره سوم و چهارم.
- کجروویک، دایان (۱۳۷۷). **زنان در سلامت و بیماری**. ترجمه: منیره و میترا احمد سلطانی. تهران: نشر آتیه.
- کیانپور قهرخی، فاطمه و حقیقی، جمال (۱۳۷۹). **سازگاری با مسائل سالخوردهگی**. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد سوم.
- گنجی، حمزه، داودیان، الماد و حبیبی، فرنگیس (۱۳۶۵). **روان شناسی پیری**. تهران: انتشارات اطلاعات.
- لوکاس، دیوید و میر، پاول (۱۳۸۱). **درآمدی بر مطالعات جمعیتی**. ترجمه حسین محمودیان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- محسنی، منوچهر (۱۳۸۲). **جامعه شناسی پزشکی**. تهران: انتشارات طهوری.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۴). **بازسازی و برآورد جمعیت شهرستان های آذربایجان شرقی**.
- محمدی، رخشنده (۱۳۷۹). **پرستاری بهداشت جامعه**. تهران: نشر نی.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴). **جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران**. تهران: مرکز مطالعات و پژوهشهای جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴). **جزوه کلاسی درس مرگ و میر و تحولات آن**. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- والایی، امامی و محمد بیگی (۱۳۷۸). **مقایسه سلامت عمومی روانی در سالمندان و غیر سالمندان**. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۷۹). **روان شناختی سالمندان و روشهای ارتقای سلامت روانی**. آنان. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد سوم.

منابع لاتین:

- Preston , Samuel and Taubman , paul (1994). Socioeconomic differences in adult mortality and health status .*Demography of aging*. National academy press Washington, D.C.
- Martin, Linda and Kinsella , Kevin (1994) . Research on the demography of aging in developing countries .*Demography of aging*. National academy press Washington, D.C.
- Gillum, Richard (1985). Sex differences in the relationship between work and health. *Journal of health and social behavior*. Vol .26
- Ecob, Russell and smith , George Davey (1999). Income and health : What is the nature of the relationship? *Social science and medicine* . university of Bristol .