

مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت شاخص سلامت خود ابراز و عوامل مرتبط بر آن در سالمندان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر همدان در سال ۱۳۹۹: یک مطالعه مقطعی

پروین چراغی^{۱،۲}، امین دوستی ایرانی^۳، زهرا چراغی^۲، محدثه صدری^{۴*}

^۱ دانشجوی دکتری، گروه بهداشت عمومی، معاونت تحقیقات و فناوری، علوم پزشکی همدان، ایران

^۲ گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

^۳ استادیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماریهای غیرواگیر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.

^۴ کارشناس ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۷

چکیده

مقدمه: سلامت خود ابراز، یکی از شاخص‌های رایج سنجش سلامتی برای پایش تغییرات و اندازه‌گیری سلامت کلی جمعیت‌های مختلف یک جامعه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت شاخص سلامت خود ابراز و مهمترین عوامل مرتبط بر آن در سالمندان شهر همدان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی تصادفی انجام شد. در این راستا، اطلاعات ۳۳۰ نفر از سالمندان مراجعه کننده به ۱۲ مرکز خدمات جامع سلامت شهر همدان با استفاده از پرسشنامه سلامت خود ابراز توسط پرسشگران آموزش دیده جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیلی و با نرم‌افزار STATA 14 در سطح اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین سنی سالمندان $62/27 \pm 6/72$ سال به دست آمد. ۴۳٪ (۱۴۴ نفر) شرکت‌کنندگان، وضعیت سلامت خود ابراز خود را خوب و خیلی خوب گزارش کردند. سالمندان شاغل، بالاترین ($3/55 \pm 0/77$) و سالمندان بیکار ($3/11 \pm 0/85$) کمترین میانگین سلامت خود ابراز را داشتند ($P = 0/002$). سالمندان دارای همسر نسبت به سالمندان بدون همسر از میانگین سلامت خود ابراز بالاتری ($3/43$ در مقابل $2/90$) برخوردار بودند ($P = 0/007$). همچنین افزایش تحصیلات و بالارفتن رضایت از زندگی همراه با افزایش نمره میانگین سلامت خود ابراز بود (به ترتیب $P = 0/052$ و $P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: سلامت درک شده سالمندان، بیشتر متاثر از عوامل تعدیل شده‌ای نظیر تحصیلات، وضعیت تاهل، داشتن تعداد فرزند متناسب با وضعیت اقتصادی - اجتماعی و رضایت از زندگی می‌باشد. لذا، برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و شناسایی عوامل مرتبط با آن لازم است که سیاست‌گذاران به سالمندان آسیب‌پذیری که وضعیت سلامتی خود را بد یا خیلی بد گزارش می‌کنند، توجه ویژه‌ای داشته باشند.

کلمات کلیدی: سلامت خود ابراز، سالمندان، همدان، مطالعه مقطعی

مقدمه

سالمندی یک پدیده بیولوژیک و اجتناب‌ناپذیر است و نشان‌دهنده تجمع تغییرات در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی افراد در طول زمان است (۱،۲). امروزه عواملی از جمله افزایش امید به زندگی، کاهش میزان باروری و پیشرفت فناوری‌های نوین پزشکی باعث افزایش جمعیت سالمندان در سراسر جهان گردیده است؛ به‌گونه‌ای که سالمندی به یکی از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهان تبدیل گشته است (۳). بر-اساس آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ تعداد کل سالمندان جهان حدود یک میلیارد گزارش شده است و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد که دو سوم این جمعیت متعلق به کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۴، ۵). در ایران نیز آمارها بیانگر رشد سریع جمعیت سالمندان است؛ به‌طوری که در سرشماری سال ۱۳۹۰ حدود ۸/۲ درصد از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند؛ که این نسبت در سرشماری سال ۱۳۹۵ به حدود ۹/۲۶ درصد افزایش یافته است. همچنین پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۱۴۳۰ به حدود ۲۵ درصد برسد (۶-۸).

تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و آسیب‌پذیر بودن سالمندان در برابر بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، منجر به افزایش توجه به مفاهیم سلامتی و کیفیت زندگی در سنین سالمندی گردیده است. در این خصوص اهمیت وضعیت سلامت تا حدی است که صاحب‌نظران، تمرکز مراقبت‌های بهداشتی قرن حاضر را در راستای بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت دانسته‌اند (۹). سلامت خود ابراز Self-rated health (SRH)، یکی از شاخص‌های متداول سنجش سلامتی برای پایش تغییرات و اندازه‌گیری سلامت کلی درک شده در جمعیت‌های مختلف می‌باشد (۱۰، ۱۱).

این شاخص با مطرح کردن یک سؤال در ارتباط با ارزیابی وضعیت سلامت از دیدگاه خود افراد و انتخاب یک گزینه توسط آنها به‌دست می‌آید (۱۳، ۱۲). تفاوت‌هایی در میزان سلامت خود ابراز اندازه‌گیری شده در بین کشورهای مختلف، مشاهده شده است (۱۴، ۱۰). البته، علت این تفاوت‌ها مشخص نیست و ممکن است به‌دلیل اختلاف در سلامت عینی جمعیت آن‌ها باشد و یا تفاوت تبیین سلامت خود ابراز توسط مردم این کشورها منجر به اختلاف شده باشد (۱۵، ۱۳). بسیاری از مطالعات، تفاوت در تبیین سلامتی را در گروه‌های مختلف نژادی، جنسی، سنی، اجتماعی، اقتصادی و تحصیلی نشان داده‌اند (۱۶-۲۰). درک سلامتی، ممکن است از تعادل بین سلامت واقعی فرد و بهترین وضعیت سلامتی که برای خود انتظار دارد؛ به‌وجود آید. یکی از دلایلی که استفاده از سلامت خود ابراز را برای اندازه‌گیری سلامت عینی محدود می‌کند؛ تأثیر عوامل مختلفی مانند وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر انتظاری است که مردم از سلامتی خود دارند؛ به‌طوریکه افراد با سلامت عینی یکسان، وضعیت سلامتی‌شان را متفاوت گزارش می‌کنند (۲۱). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که سلامت خود ابراز، متأثر از عواملی مانند اجتماعی، اقتصادی، روانی، محیطی، شیوه زندگی، عوامل فرهنگی، سابقه خانوادگی، شاخص‌های دموگرافیک و شاخص‌های بالینی می‌باشد (۱۲، ۱۱). همچنین نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که اندازه‌گیری سلامت درک شده سالمندان یک شاخص جهانی و سودمند برای سطح سلامت افراد و به‌ویژه سالمندان است و با مفهوم درک اجتماعی سلامت در تعامل است (۱۰، ۱۶، ۱۷). اگرچه هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده است که مردم هنگام پاسخگویی به سؤال سلامت خود ابراز، چه عواملی را در نظر

با استفاده از مطالعه نجات و همکاران (۲۶) و لحاظ کردن خطای آلفا ۰/۰۵، $S=0/93$ ، دقت آزمون برابر با ۰/۱۵ به دست آمد. جهت کاستن از شباهت خوشه‌ها از ضریب اندازه طرح (۱/۵۶) استفاده شد و نهایتاً حجم نمونه به عدد ۲۶۶ رسید. به دلیل پراکندگی جغرافیایی و موقعیت وضعیت اقتصادی - اجتماعی مراکز خدمات جامع سلامت در شهر همدان، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای طبقه‌بندی تصادفی بود. به منظور نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۵۱ مرکز خدمات جامع سلامت شهر همدان، تعداد ۱۲ مرکز از خوشه‌های طبقه‌بندی شده به صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شد. در ادامه پس از اخذ کد اخلاق و مجوزهای لازم از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، با توجه به حجم نمونه متناسب با جمعیت سالمندان مراکز منتخب، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است قبل از ورود افراد به مطالعه، شرایط آنان از لحاظ معیارهای ورود (افراد ۶۰ ساله و بالاتر، ساکن شهر همدان، عدم مصرف داروهای موثر بر سطح هوشیاری و تفکر، داشتن پرونده بهداشتی و توانایی برقراری ارتباط) بررسی شد و با بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از ایشان مصاحبه به عمل آمد. جمع‌آوری اطلاعات به روش مصاحبه چهره به چهره با داوطلبین شرکت در مطالعه بود. در راستای یکسان عمل نمودن پرسشگران ضمن مصاحبه، قبل از شروع اجرای طرح مذکور، جلسه توجیهی در خصوص نحوه ارتباط موثر و افزایش مهارت‌های ارتباطی با سالمندان میان آنان برگزار شد. پس از گردآوری و ورود اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار STATA 14 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت ارائه شاخص‌های توصیفی از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) استفاده شد. همچنین جهت مقایسه میانگین متغیر وابسته برحسب زیرگروه‌ها، از آزمون تی مستقل و از آنالیز واریانس در سطح معنی‌داری آماری ۵

می‌گیرند لذا، سؤال اصلی این است که از دیدگاه مردم، چه عواملی بیشترین تأثیر را بر سلامتی دارد (۲۲).

مطابق با مطالعات پیشین سلامت خود ابراز، شاخصی به صرفه و آسان در جمع‌بندی سنجش کلی تمام ابعاد سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در قالب یک تک سؤال ساده و قابل درک است که متأثر از تاریخچه خانوادگی، متغیرهای اجتماعی - اقتصادی و دموگرافیک، عوامل بیولوژیک و سایر شاخص‌های بالینی می‌باشد. همچنین مطالعات بیانگر تأثیر عواملی مانند محیط زندگی، وضعیت اقتصادی و روابط اجتماعی به صورت غیرمستقیم بر سلامت روان افراد است که در ارزیابی آنان از سلامت‌شان و رضایت از زندگی موثر است (۲۳، ۲۴). در مطالعه مروری نجات و همکاران وضعیت سلامت خود ابراز ۱۱ درصد مردم ایتالیا، ۶ درصد مردم فرانسه و ۱۱/۵ درصد مردم تهران، بد یا خیلی بد گزارش شد (۲۵). با توجه به محدودبودن مطالعات در سلامتی خود ابراز در دوره سالمندی و همچنین توجه به آسیب‌پذیری بیشتر سالمندانی که وضعیت سلامت خود ابراز را بد یا خیلی بد گزارش می‌کنند؛ این مطالعه با هدف تعیین وضعیت شاخص مذکور در سالمندان شهر همدان و مهمترین عوامل مرتبط بر آن انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ بر روی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر همدان انجام شد. حجم نمونه مورد نظر از طریق فرمول آزمون اختلاف نسبت

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 \times \delta^2}{(d)^2} = \frac{1.96^2 \times 0.93^2}{(0.15 \times 0.93)^2} = 170$$

مربوطه خیلی خوب (نمره ۵)، خوب (۴)، متوسط (۳)، بد (۲) و خیلی بد (۱) نمره‌دهی شد. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلا در مطالعات داخلی و خارجی ارزیابی شده است؛ به طوری که در مطالعه رضایی و همکاران شاخص آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (۲۷).

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۰ سالمند مرد و زن بالای ۶۰ سال وارد مطالعه شدند. میانگین سنی سالمندان 67.2 ± 6.27 سال به دست آمد. اکثر سالمندان مرد (۵۶/۰۶ درصد، ۱۸۵ نفر)، متاهل و دارای همسر (۸۰/۳۰ درصد، ۲۶۵ نفر)، بازنشسته (۳۷/۸۸ درصد، ۱۲۵ نفر)، قومیت فارس (۵۶/۹۷ درصد، ۱۸۸ نفر)، دارای تحصیلات ابتدائی (۳۲/۷۶۳ درصد)، وضعیت اقتصادی اجتماعی متوسط (۵۸/۱۸ درصد، ۱۹۲ نفر) و اکثر آنان (۵۶/۹۷ درصد، ۱۵۱ نفر، ۱۸۸ نفر) دارای ۴-۵ فرزند بودند (جدول ۱).

درصد استفاده شد. جهت مشخص نمودن روابط متغیرهای مستقل بر میزان سلامت خود ابراز (به عنوان متغیر وابسته) از مدل رگرسیون خطی چندگانه و آزمون والد (Z) در سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، فرم مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات)، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، وضعیت رضایت از زندگی (بررسی میزان کلی رضایت از زندگی در حال حاضر و اندازه‌گیری با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای) و پرسشنامه سلامت خود ابراز بود. رضایت از زندگی در قالب تک سؤال (رضایت از زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟) سنجیده شد، پاسخ‌های مربوطه خیلی خوب (نمره ۵)، خوب (۴)، متوسط (۳)، بد (۲) و خیلی بد (۱) نمره‌دهی شد. در این پرسشنامه وضعیت سلامت خود ابراز تنها توسط یک سؤال ارزیابی شد. بدین شرح که در حال حاضر سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید که پاسخ به این سؤال، از طریق خوداظهاری و در قالب مقیاس لیکرت پاسخ‌های

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقات	تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۴۵(۴۳/۹۴)
	مرد	۱۸۵(۵۶/۰۶)
وضعیت تاهل	با همسر	۲۶۵(۸۰/۳۰)
	بدون همسر	۶۵(۱۹/۷۰)
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۵(۱/۵۲)
	۱ تا ۳ فرزند	۸۵(۲۵/۷۶)
	۴ تا ۵ فرزند	۱۸۸(۵۶/۹۷)
	بیش از ۶ فرزند	۵۲(۱۵/۷۶)
وضعیت اشتغال	شاغل	۴۷(۱۴/۲۴)
	بیکار	۴۳(۱۳/۰۳)
	بازنشسته	۱۲۵(۳۷/۸۸)
	خانه دار	۱۱۵(۳۴/۸۵)
قومیت	فارس	۱۸۸(۵۶/۹۷)
	ترک	۱۰۸(۳۲/۷۳)
	لر	۱۳(۳/۹۴)
	کرد	۲۱(۶/۳۶)

متغیر	طبقات	تعداد (درصد)
تحصیلات	بیسواد	۱۰۱ (۳۰/۶۱)
	ابتدائی/راهنمایی	۱۵۱ (۴۵/۷۹)
	دبیرستان/دیپلم	۳۶ (۱۰/۹۱)
	دانشگاهی	۴۲ (۱۲/۷۳)
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	خوب	۵۹ (۱۷/۸۸)
	متوسط	۱۹۲ (۵۸/۱۸)
	بد	۷۹ (۲۳/۹۴)
رضایت از زندگی	خوب	۹۹ (۳۰/۰۰)
	متوسط	۱۷۱ (۵۱/۸۲)
	بد	۶۰ (۱۸/۱۸)
وضعیت سلامت خودابراز	بد	۴۷ (۱۴/۲۴)
	خیلی بد	۲ (۰/۶۱)
	متوسط	۱۳۷ (۴۱/۵۲)
	خوب	۱۲۷ (۳۸/۴۸)
	خیلی خوب	۱۷ (۵/۱۵)

یافته‌ها اکثریت سالمندان (۵۱/۸ درصد)، به‌طور متوسط رضایت‌مندی خود از زندگی را در حد متوسط و ۳۰ درصد خوب و ۱۸/۲ درصد بد گزارش کردند.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که کمتر از نیمی از شرکت‌کنندگان (۴۳ درصد)، به‌طور متوسط وضعیت سلامت خود را در حد خوب و خیلی خوب و ۴۱/۵ درصد متوسط و در حدود ۱۴/۸٪ بد و خیلی بد ارزیابی کردند. مردان به‌طور متوسط وضعیت سلامتی خود را نسبت به زنان در حدود بالاتری گزارش کردند (۴۸/۱٪ در مقابل ۳۷/۵٪). براساس

جدول ۲: میانگین نمره سلامت خودابراز سالمندان بر حسب برخی از متغیرهای دموگرافیک

متغیر	طبقات	میانگین \pm انحراف معیار	P_VALUE
جنسیت	زن	۳/۲۴ \pm ۰/۸۳	۰/۰۴۴
	مرد	۳/۴۰ \pm ۰/۷۷	
تأهل	با همسر	۳/۴۳ \pm ۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	بدون همسر	۲/۹۰ \pm ۰/۷۶	
تعداد فرزند	بدون فرزند	۳/۴۰ \pm ۰/۸۹	۰/۰۱۳
	۱ تا ۳ فرزند	۳/۵۵ \pm ۰/۸۰	
	۴ تا ۵ فرزند	۳/۲۹ \pm ۰/۷۷	
	بیش از ۶ فرزند	۳/۱۱ \pm ۰/۸۵	
وضعیت اشتغال	شاغل	۳/۵۵ \pm ۰/۷۷	۰/۰۰۲
	بیکار	۳/۱۱ \pm ۰/۸۵	
	بازنشسته	۳/۵۰ \pm ۰/۷۵	
	خانه‌دار	۳/۱۳ \pm ۰/۷۹	

متغیر	طبقات	میانگین \pm انحراف معیار	P_VALUE
قومیت	فارس	۳/۳۷ \pm ۰/۸۰	۰/۷۰۰
	ترک	۳/۲۸ \pm ۰/۷۴	
	لر	۳/۲۳ \pm ۰/۸۳	
	کرد	۳/۲۳ \pm ۱/۰۴	
تحصیلات	بیسواد	۳/۰۸ \pm ۰/۷۴	<۰/۰۰۱
	ابتدائی	۳/۳۰ \pm ۰/۸۱	
	راهنمایی	۳/۳۷ \pm ۰/۶۵	
	دبیرستان/دیپلم	۳/۴۱ \pm ۰/۹۰	
وضعیت اقتصادی-اجتماعی	دانشگاهی	۳/۸۸ \pm ۰/۷۰	<۰/۰۰۱
	خیلی خوب	۴/۲۸ \pm ۰/۹۵	
	خوب	۳/۷۵ \pm ۰/۷۳	
	متوسط	۳/۳۰ \pm ۰/۷۵	
وضعیت رضایت از زندگی	بد	۳/۰۷ \pm ۰/۷۷	<۰/۰۰۱
	خیلی بد	۲/۸۵ \pm ۰/۸۶	
	خیلی کم	۱/۵۸ \pm ۰/۷۹	
	کم	۲/۲۷ \pm ۰/۶۵	
وضعیت رضایت از زندگی	متوسط	۲/۷۶ \pm ۰/۷۳	<۰/۰۰۱
	زیاد	۳/۱۴ \pm ۰/۷۴	
	خیلی زیاد	۳/۲۵ \pm ۰/۸۶	

تحصیلات دانشگاهی کمترین میانگین سلامت خود ابراز را گزارش کردند ($P < ۰/۰۰۱$).

با بهبود وضعیت اقتصادی اجتماعی، نمره میانگین سلامت خود ابراز افزایش یافت؛ به طوری که در سالمندان دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی خیلی بد در مقایسه با سالمندان دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی خیلی خوب کمترین میانگین سلامت خود ابراز مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

همچنین در این مطالعه به بررسی نقش برخی از عوامل موثر بر سلامت خود ابراز سالمندان با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه پرداخته شد. نتایج مدل نشان داد که پس از تعدیل اثرات سایر متغیرها، مردان نسبت به زنان دارای میانگین سلامت خود ابراز بالاتری هستند؛ اگرچه این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود ($P = ۰/۸۴۵$).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سلامت خود ابراز مردان سالمند از زنان سالمند بالاتر بود (۳/۴۰ در مقابل ۳/۲۴) و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P = ۰/۰۴۴$). همچنین سالمندان دارای همسر، در مقایسه با سالمندان بدون همسر میانگین سلامت خود ابراز بالاتری داشتند (۳/۴۳ در مقابل ۲/۹۰) و این اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). سالمندان دارای ۱-۳ فرزند در مقایسه با سالمندان دارای بیش از ۶ فرزند بالاترین میانگین سلامت خود ابراز را گزارش کردند ($P = ۰/۰۱۳$). همچنین سالمندان شاغل در مقایسه با سالمندان بیکار بالاترین میانگین سلامت خود ابراز را داشتند ($P = ۰/۰۰۲$).

در خصوص قومیت، اختلاف میانگین سلامت خود ابراز ناچیز و از نظر آماری معنی دار نبود ($P = ۰/۷۰۰$). با افزایش تحصیلات، نمره میانگین سلامت خود ابراز افزایش یافت؛ به طوری که سالمندان بی سواد در مقایسه با سالمندان دارای

بودند ($P = 0/946$). بالارفتن تحصیلات همراه با افزایش نمره میانگین سلامت خود ابراز بود ($P = 0/052$). بالارفتن وضعیت اقتصادی اجتماعی نیز همراه با افزایش نمره میانگین سلامت خود ابراز بود؛ به طوری که در سالمندان با وضعیت اقتصادی اجتماعی متوسط نسبت به بد ($P = 0/027$) و خوب نسبت به بد ($P = 0/055$)، هر دو با افزایش نمره سلامت خود ابراز همراه بود (به ترتیب به اندازه $0/44$ و $0/75$). همچنین بالا رفتن رضایت از زندگی، همراه با افزایش نمره میانگین سلامت خود ابراز بود ($P < 0/001$). (جدول ۳).

با افزایش سن، میانگین سلامت خود ابراز افزایش یافت؛ به طوری که به ازای یک سال افزایش در سن سالمندان، نمره میانگین سلامت خود ابراز به اندازه $0/001$ تغییر می کند ($P = 0/257$). افراد متاهل نسبت به افراد مجرد، دارای میانگین سلامت خود ابراز بالاتری بودند ($3/43$) در مقابل $2/90$ ($P = 0/007$). نمره میانگین سلامت خود ابراز با افزایش تعداد فرزندان کاهش یافت؛ به طوری که به ازای افزایش هر یک فرزند، نمره میانگین سلامت خود ابراز به اندازه $-0/003$ تغییر کرد ($P = 0/191$). سالمندان بیکار نسبت به سالمندان شاغل، دارای میانگین سلامت خود ابراز کمتری

جدول ۳: نقش برخی از عوامل بر سلامت خودابراز سالمندان

متغیر (مرجع)	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد	P_VALUE
جنسیت (مرد به زن)	0/02	0/09	0/848
سن (به ازای افزایش یکسال)	0/001	0/001	0/257
تأهل (همسر دار/بدون همسر)	0/29	0/10	0/007
تعداد فرزند (به ازای افزایش یک فرزند)	-0/03	0/02	0/191
وضعیت اشتغال (غیر شاغل/شاغل)	-0/01	0/13	0/964
تحصیلات (به ازای افزایش یک مقطع)	0/07	0/04	0/052
وضعیت اقتصادی- اجتماعی (رده مرجع)			
متوسط نسبت به بد	0/25	0/11	0/027
خوب نسبت به بد	0/27	0/14	0/055
رضایت از زندگی (رده مرجع)			
متوسط نسبت به بد	0/44	0/09	<0/001
خوب نسبت به بد	0/75	0/13	<0/001
مقدار ثابت	3/23	0/30	<0/001

بحث

شاخص سلامت خود ابراز، به عنوان یک شاخص با ارزش جهت پیش بینی پیامدهای سلامت در جمعیت عمومی و انواع زیرگروه های جمعیتی مطرح می باشد (۲۵). نتایج یک مطالعه کیفی نشان می دهد که ایرانیان نیز در زمان ارزیابی سلامت بیشتر به سلامت جسمانی می اندیشند. آنان سلامت جسمانی

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت خود ابراز و عوامل مرتبط با آن در میان سالمندان شهر همدان انجام شد. یافته ها نشان داد که ۵۵ درصد سالمندان شرکت کننده در پژوهش، وضعیت سلامت خود ابراز خود را متوسط و ضعیف گزارش کردند.

توسط پزشکان در سلامت زنان نقش مؤثرتری داشته و به‌طور مثبتی روی سلامت خود ابراز آنان تأثیرگذار باشد (۲۵).

داشتن فرزند نیز ارتباط مستقیمی با افزایش نمره سلامت خود ابراز داشت و با افزایش تعداد فرزندان به بیش از ۵ فرزند ارتباط معکوس و منفی گزارش شد؛ به‌طوری که کمترین میانگین در سالمندان دارای بیش از ۶ فرزند مشاهده شد. داشتن تعداد فرزند مطلوب برای خانواده متناسب با مسائلی همچون هزینه‌های زندگی، جایگاه اقتصادی - اجتماعی والدین و خصوصاً اشتغال مادران، سن ازدواج و حمایت اطرافیان می‌باشد. نتایج مطالعات نیز نشان داده است که در خانواده‌های تک فرزند مسائلی چون فرزند سالاری، کم‌شدن روابط اجتماعی و عدم جامعه‌پذیری، کاهش انسجام خانواده و جایگزینی رسانه و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مطرح هست و از طرفی داشتن تعداد فرزندان زیاد در خانواده‌های کم‌بضاعت از نظر اقتصادی و اجتماعی و عدم تامین مخارج و هزینه‌های زندگی همراه هست (۳۱، ۳۰).

طبق یافته‌های مطالعه، با افزایش تحصیلات نمره میانگین سلامت خود ابراز افزایش یافت (هر چند که به‌طور مرزی از نظر آماری معنی‌دار بود)، به‌طوری که سالمندان بیسواد کمترین نمره و سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی دارای بالاترین نمره سلامت خود ابراز بودند که پس از تعدیل اثرات سایر متغیرها نیز معنی‌دار بود. مطالعات، عوامل مختلفی را برای تأثیر تحصیلات بر سلامتی عنوان می‌کنند؛ از جمله می‌توان به افزایش سطح مطالعه و دستیابی به منابع اطلاعاتی سلامت، بالا رفتن سواد سلامت، مراجعه منظم به پزشک و داشتن رژیم غذایی سالم اشاره کرد که همه این دلایل می‌توانند در پیشگیری و بروز انواع بیماری‌های مزمن مؤثر باشند. همچنین افراد با تحصیلات بالاتر به دلیل برخورداری از جایگاه‌های شغلی و اقتصادی و اجتماعی مناسب‌تر، کمتر مجبور به انجام مشاغل فیزیکی و سخت می‌شوند و لذا از سلامت جسمی بالاتری برخوردار هستند (۳۲).

خود را با وضعیت ایده‌آل سلامتی در همسالان و نیز در مقایسه با سلامت خودشان در گذشته ارزیابی می‌نمایند. به هر حال به‌نظر می‌رسد تأثیری که عواملی مانند محیط زندگی، وضعیت اقتصادی و روابط اجتماعی به‌صورت غیرمستقیم بر سلامت روان افراد می‌گذارد، در ارزیابی سلامت‌شان مؤثر است (۲۸، ۲۹).

سالمندان دارای همسر، میانگین سلامت خود ابراز بالاتری داشتند و این اختلاف از نظر آماری و پس از تعدیل اثرات سایر متغیرها نیز معنی‌دار بود. به‌نظر می‌رسد داشتن همسر در دوران سالمندی باعث افزایش روحیه و شادکامی و تامین نیازهای روحی و روانی افراد در قالب حمایت شبکه‌های اجتماعی می‌شود. در مطالعه کیفی صالحی و همکاران نیز ازدواج موفق به‌عنوان یکی از فاکتورهای مرتبط با سلامت خود ابراز شناسایی شده بود (۲۳).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت سلامت خود ابراز در مردان سالمند در مقایسه با سالمندان زن بهتر بود و با بالا رفتن سن در سالمندان به میانگین نمره سلامت خود ابراز افزوده می‌شد که البته این ارتباطها از نظر آماری معنی‌دار نبودند. نجات و همکاران در مطالعه مروری خود به تفاوت‌های سلامت خود ابراز در گروه‌های سنی و جنسی اشاره کرده‌اند و علت این تفاوت‌ها را در وضعیت سلامت عینی افراد در زمان ارزیابی بیان می‌کنند. اما این نکته را نیز متذکر شده‌اند که سلامت خود ابراز می‌تواند متأثر از تفاوت نگرش پاسخگویان به وضعیت ایده‌آل سلامت نیز باشد. در واقع افراد زمانی که به ارزیابی سلامت خود می‌پردازند؛ گروه‌های مختلفی را به عنوان گروه مقایسه خود در نظر می‌گیرند. به‌عنوان مثال سلامت زنان در زمان ارزیابی بیشتر تحت تأثیر سلامت عینی آنان است؛ در حالیکه در مردان سلامت خود ابراز بیشتر پیشگویی کننده مرگ است. به‌نظر می‌رسد سطح تحصیلات، میزان فعالیت فیزیکی و فعالیت‌های فرهنگی در سلامت مردان و رضایت از کیفیت خواب و معاینه مرتب

کل با فاکتور جایگاه اقتصادی - اجتماعی اشخاص مرتبط است (۳۵). اما مطالعات نشان داده است در افراد ایرانی، این مفهوم معمولاً با مباحث مذهبی و بحث شکرگزاری اشتباه گرفته می‌شود (۲۵)، با این مضمون که افراد ممکن است از رفاه و آسایش نامناسبی برخوردار باشند؛ ولی رضایت از زندگی خود را بالاتر برآورد کنند. با توجه به سطح تحصیلات سالمندان در این مطالعه نیز احتمال پیشامد این امر محتمل بود.

یکی از نقاط ضعف مطالعه حاضر، اکتفا به جمع‌آوری داده‌ها صرفاً از سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری با توجه به پوشش پایین و حدود ۱۰ درصدی سالمندان جامعه شهری در این مراکز می‌باشد. لذا، پیشنهاد می‌گردد جهت تقویت اعتبار بیرونی نتایج از کل جامعه سالمندان شهری و روستایی در مطالعات بعدی نمونه‌گیری شود. همچنین شاخص سلامت خود ابراز، سلامت درک شده افراد را از دید خودشان بررسی می‌کند و بیانگر سلامت واقعی و عینی افراد نیست که این محدودیت مربوط به ماهیت خود شاخص است. لذا، در این خصوص پیشنهاد می‌گردد جهت ارزیابی کارایی شاخص، مطالعات کیفی با سوالات باز و طولی در گروه سالمندان بیمار و سالم صورت گیرد تا میزان همبستگی این شاخص در پیشگویی وضعیت سلامتی در جمعیت سالمندان ایرانی گزارش گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، نشان می‌دهد سلامت درک شده توسط افراد، بیشتر متاثر از عوامل تعدیل شده‌ای نظیر تحصیلات، وضعیت تاهل، داشتن تعداد فرزند متناسب با وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده‌ها و رضایت از زندگی می‌باشد. همچنین سالمندانی که وضعیت سلامت خود ابراز خود را بد یا خیلی بد گزارش می‌کنند بیشتر در معرض خطر و آسیب‌پذیر هستند. لذا، برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و شناسایی عوامل مرتبط با آن لازم است که

نتایج مطالعه حاضر، نقش مستقیم و معنی‌دار بهبود وضعیت اقتصادی - اجتماعی و افزایش میانگین سلامت خود ابراز سالمندان را پس از تعدیل بر روی سایر متغیرها (سن، جنس، تحصیلات، تاهل، شغل و رضایت از زندگی) نشان داد. در مطالعه مروری نجات (۲۵) رابطه سلامت خود ابراز با درآمد سرانه کشورها قوی بود که پس از کنترل برای سن و جنس بالاتر هم رفت. همچنین نتایج مطالعه دیگر نجات و همکاران که با هدف تعیین نقش نابرابری مشخصات دموگرافیک بر میزان سلامت خود ابراز ساکنین شهر تهران انجام شد، نشان داد پس از تعدیل اثرات سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانوارها در تحلیل‌های خام و تعدیل‌شده به‌طور معنی‌داری با سلامت خود ابراز همراه بود و (۴۷/۸ درصد) سهم اصلی نابرابری در سلامت خود ابراز، مربوط به وضعیت اقتصادی بود (۲۲).

در مطالعه حاضر در مقایسه زیرگروه شغلی ارتباط معنی‌داری بین اشتغال سالمندان و سلامت خود ابراز آنان مشاهده شد؛ به‌طوری که سالمندان بیکار نسبت به سالمندان شاغل، دارای میانگین سلامت خود ابراز کمتری بودند. داشتن شغل در سنین سالمندی همراه با افزایش ارتباطات اجتماعی، مستقل بودن از نظر اقتصادی و افزایش حس اعتماد به نفس خصوصاً در مردان سالمند می‌باشد که همه این عوامل می‌توانند مستقیماً بر سلامت جسمی و روانی افراد تاثیر بگذارند (۲۳، ۲۴، ۳۳). در مطالعه مروی کاظمی و همکاران نیز از دست دادن ناخواسته شغل و وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین به‌عنوان عامل منفی در بحث کاهش کیفیت زندگی سالمندان شناسایی شده است (۳۴).

در نهایت در این مطالعه به بررسی ارتباط رضایت از زندگی و سلامت خود ابراز پرداخته شد که ارتباط مستقیم و معنی‌داری حتی پس از تعدیل اثرات سایر متغیرها مشاهده گردید. رضایت از زندگی، ادراک ذهنی و نگرشی است که فرد از زندگی خود دارد و به‌طور مستقیم با رفاه و آسایش و در

و پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت انجام این مطالعه (کد طرح: ۹۹۰۲۰۲۳۹۷ و کد اخلاق: IR.UMSHA.REC.1399.036) اخذ شده است.

سیاست‌گذاران حوزه سلامت سالمندی توجه ویژه‌ای به وضعیت سلامت سالمندان در همه ابعاد آن از جمله سلامت اجتماعی، روانی و تامین مالی هزینه‌های دوران سالمندی داشته باشند.

حمایت مالی

طرح پژوهشی حاضر با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شده است. بدین‌وسیله پژوهشگران از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به دلیل حمایت‌های مالی تقدیر و تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان موردی برای گزارش ندارند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان، مدیریت و همکاران گسترش مرکز بهداشت شهرستان همدان، پرسنل شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب و کلیه سالمندان عزیز شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. همچنین تمامی اطلاعات اخذ شده نزد تیم پژوهش محرمانه باقی ماند.

References

- Bowen RL, Atwood CS. Living And Dying For Sex. A Theory Of Aging Based On The Modulation Of Cell Cycle Signaling By Reproductive Hormones. *Gerontology*. 2003;50(5):265-90.
- Boyd DR, Bee HL, Johnson PA. *Lifespan Development*: Pearson/A And B; 2006.
- Osmanovic-Thunström A, Mossello E, Åkerstedt T, Fratiglioni L, Wang H-X. Do Levels Of Perceived Stress Increase With Increasing Age After Age 65? A Population-Based Study. *Agengaging*. 2015;44(5):828-34.
- WHO. Health Topics/Ageing [Cited 2019. Available From: https://www.who.int/health-topics/Ageing#Tab=Tab_1.
- Shaw MP, Peart DJ, Fairhead OJW. Perceived Stress In University Students Studying In A Further Education College. *Research In Post-Compulsory Education*. 2017;22(3):442-52.
- Iran Sco. [Available From: <http://irandataportal.syr.edu/census/census-2016>.
- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hoseini S. Surveying Health-Related Quality Of Life And Related Factors In The Diabetic Elderly In Mashhad In 2013. *Journal Of Rafsanjan University Of Medical Sciences*. 2015;14(3):175-88.
- Ministry Of Health Treatment And Medical Training Of Iran. Guidelines On Integrated Care For Older People 2017. Available From: <http://health.shmu.ac.ir/other/%D8%B1%D8%A7%D9%87%D9%86%D9%85%D8%A7%D9%8A%20%D8%BA%D9%8A%D8%B1%20%D9%BE%D8%B2%D8%B4%D9%83.Pdf>.
- Asadi Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. The Concept Of Health In Elderly People: A Literature Review. *Iran Journal Of Nursing* (2008-5923). 2012;25(78).
- Bardage C, Pluijijm SM, Pedersen NL, Deeg DJ, Jylhä M, Noale M, Et Al. Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-National Comparison. *European Journal Of Ageing*. 2005;2(2):149-58.
- Breidablik H-J, Meland E, Lydersen S. Self-Rated Health In Adolescence: A Multifactorial Composite. *Scandinavian Journal Of Public Health*. 2008;36(1):12-20.
- Layes A, Asada Y, Kephart G. Whiners And Deniers—What Does Self-Rated Health Measure? *Social Science & Medicine*. 2012;75(1):1-9.
- Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are Different Measures Of Self-Rated Health Comparable? An Assessment In Five European Countries. *European Journal Of Epidemiology*. 2008;23(12):773-81.
- Carlson P. Self-Perceived Health In East And West Europe: Another European Health Divide. *Social Science & Medicine*. 1998;46(10):1355-66.
- Nedjat S, Hosseinpoor AR, Forouzanfar MH, Golestan

- B, Majdzadeh R. Decomposing Socioeconomic Inequality In Self-Rated Health In Tehran. *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 2011;Jech. 2010.108977.
16. Benjamins MR, Hirschman J, Hirschtick J, Whitman S. Exploring Differences In Self-Rated Health Among Blacks, Whites, Mexicans, And Puerto Ricans. *Ethnicity & Health*. 2012;17(5):463-76.
 17. Badland H, Turrell G, Giles-Corti B. Who Does Well Where? Exploring How Self-Rated Health Differs Across Diverse People And Neighborhoods. *Health & Place*. 2013;22:82-9.
 18. Dowd JB, Zajacova A. Does Self-Rated Health Mean The Same Thing Across Socioeconomic Groups? Evidence From Biomarker Data. *Annals Of Epidemiology*. 2010;20(10):743-9.
 19. Undén A-L, Elofsson S. Do Different Factors Explain Self-Rated Health In Men And Women? *Gender Medicine*. 2006;3(4):295-308.
 20. Liu H, Hummer RA. Are Educational Differences In US Self-Rated Health Increasing?: An Examination By Gender And Race. *Social Science & Medicine*. 2008;67(11):1898-906.
 21. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta G, Lang T, Berkman L. Using Self-Rated Health For Analysing Social Inequalities In Health: A Risk For Underestimating The Gap Between Socioeconomic Groups? *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 2009;63(6):426-32.
 22. Nedjat S, Hosseinpour AR, Forouzanfar MH, Golestan B, Majdzadeh R. Decomposing Socioeconomic Inequality In Self-Rated Health In Tehran. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(6):495-500.
 23. Fatemeh Salehi, Saharnaz Nedjat, Zahra Cheraghi, Leila Haghjou. Self-Rated Health Definition In The Point Of View Of Iranian People. *Health Monitor Journal Of The Iranian Institute For Health Sciences Research*. 2017;16(3):281-92.
 24. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality Of Life And Its Related Factors Among Elderly. *J Educ Community Health*. 2019;6(3):143-8.
 25. Nedjat S. Is Self-Rated Health A Good Indicator For Assessment Of Population Health? A Review Article. *Iranian Journal Of Epidemiology*. 2015;10(4):89-96.
 26. Darvishpoor Kakhaki A, Saeedi ZH, Abbaszadeh A. Social Participation, Barriers, And Related Factors In Older People In Tehran. 2014.
 27. Rezaei S, Hajizadeh M, Ahmadi S, Kazem Karyani A, Khosravipour M, Khosravi F. Socioeconomic-Related Inequalities In Self-Rated Health Status In Kermanshah City, Islamic Republic Of Iran: A Decomposition Analysis. *East Mediterr Health J*. 2020;26.
 28. SALEHI F, NEDJAT S, CHERAGHI Z, HAGHJOU L. SELF-RATED HEALTH DEFINITION IN THE POINT OF VIEW OF IRANIAN PEOPLE. 2017.
 29. Nadi T, Poorolajal J, Doosti-Irani A. Socioeconomic Status And Health Literacy As The Important Predictors Of General Health In Iran: A Structural Equation Modeling Approach. *Epidemiology, Biostatistics And Public Health*. 2013.
 30. Yousefi-Nayer M, Poorolajal J, Cheraghi Z. Reasons Behind The Tendency Toward The Only Child In Iranian Families: A Conventional Content Analysis Study. *Shiraz E-Medical Journal*. 2019(In Press).
 31. Dorahaki A. Determinants Of Women's Ideal Fertility: Study Of Women 15 To 49 Year Old In Nasimshar City In 2015. *Razi Journal Of Medical Sciences*. 2016;22(141):59-68.
 32. Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdani Nia MS, Rahimi Foroushani A, Mohammad K. Self-Reported Health And Socioeconomic Status: Results From A Population-Based Study In Tehran, Iran. *Health Monitor Journal Of The Iranian Institute For Health Sciences Research*. 2003;2(3):187-93.
 33. Zahra CHERAGHI AD-I, Sima NEDJAT, Parvin CHERAGHI, *Saharnaz NEDJAT. Quality Of Life In Elderly Iranian Population Using The QOL-Brief Questionnaire: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2016;45(8):978-85.
 34. Kazemi N, Sajjadi H, Bahrami G. Quality Of Life In Iranian Elderly. *Salmand: Iranian Journal Of Ageing*. 2019;13(5):518-33.
 35. Berg AI, Hassing LB, McClearn GE, Johansson B. What Matters For Life Satisfaction In The Oldest-Old? *Ageing And Mental Health*. 2006;10(3):257-64.

Original Article

Evaluation Of Self-Rated Health Index Status And Its Related Factors In Elderly Referring To Health Care Center Of Hamadan City In 2020: A Cross-Sectional Study

Parvin Cheraghi^{1,2}, Amin Doosti Irani³, Zahra Cheraghi³, Mohadeseh Sadri^{4,*}

¹ PhD Student, Department of Public Health, Vice Chancellor for Research and Technology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

² Department of gerontology, Aging Research, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Student Research Committee, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Epidemiology, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, department of public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

⁴ MSc, Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 7 June 2021

Accepted: 19 October 2021

Abstract

Introduction: Self-related health is one of the common indicators of measuring the overall health of populations in a community. This study aimed to determine the status of self-expression and the most critical factors related to it in the elderly in Hamadan.

Methods: The present study is a cross-sectional study that was conducted in 2020 by stratified cluster sampling. In this regard, the information of 330 older adults referring to 12 comprehensive health service centers in Hamadan was collected by trained questionnaires using the self-rated health questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistical tests with STATA 14 software at a 95% confidence level.

Results: In this study, the mean age of the elderly was 62.27 ± 6.72 years. 43% (144 people) reported their health status as good and very good. Employed elderly had the highest (3.55 ± 0.77), and unemployed elderly (3.11 ± 0.85) had the lowest mean health ($P = 0.002$). The married elderly had higher mean health (3.43 vs. 2.90) than the unmarried elderly ($P = 0.007$). Also, increasing education and life satisfaction were expressed along with increasing their average health score ($P = 0.052$ and $P < 0.001$, respectively).

Conclusion: The perceived health of the elderly is mainly affected by adjusted factors such as education, marital status, having several children appropriate to socio-economic status, and life satisfaction. Therefore, to improve the quality of life related to health, policymakers must pay special attention to elderly who report their health status as bad or very bad.

Keywords: Self Rated Health, Elderly, Hamadan
