مقاله پژوهشی

شاخص سالمندی فعال و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر شیراز، ۱۳۹۷

مجید موحد، مریم مجیدی*

گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی به‌عنوان یکی از مراحل مهم زندگی انسان مطرح بوده و در دنیای امروز به‌عنوان یک مسئله مهم جمعیتی توجه جامعه جهانی را به خود جلب کرده است. هدف ما در این مطالعه اندازه‌گیری این شاخص در شهر شیراز و عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر آن است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با روش کمی در بین یک نمونه ۶۰۰ نفری از سالمندان شهر شیراز، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام‌شده است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. متغیرهای موردبررسی در این تحقیق شامل اطلاعات زمینه‌ای، ترتیبات زندگی، سالمندی فعال، حمایت اجتماعی، سلامت روان، سلامت معنوی و خودکارآمدی بود.

نتایج: میانگین نمره پاسخگویان از شاخص سالمندی فعال در نمونه ۱۵/۲ ± ۵۱/۰۱ (از ۱۰۰) بود. از مجموع متغیرهای مرتبط با سالمندی فعال بیشترین ضریب تأثیر مربوط به حمایت اجتماعی و به ترتیب پس‌ازآن تحصیلات، سلامت معنوی، خودکارآمدی، سلامت روان، سن و درآمد قرار داشتند. درنهایت عوامل فوق، بیش از ۷۰ درصد از تغییرات سالمندی فعال را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: سالمندان ما در حد متوسطی از فعالیت قرار دارند. این میزان از فعالیت در سالمندی برای رسیدن به توسعه در یک جامعه چندان قابل‌قبول نیست. با توجه به‌سرعت سالمند شدن جمعیت ایران نیاز است که کار بیشتری در این زمینه صورت گیرد. توجه به دو عامل حمایت اجتماعی و افزایش میزان سواد و آگاهی می‌تواند نقش مؤثری در این زمینه داشته باشد.

کلمات کلیدی: سالمندی فعال، سلامت معنوی، سلامت روان، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی

مقدمه

با نگاهی به تغییرات جمعیت در یکی دو قرن اخیر درمیابیم که روند پیری جمعیت در ابتدا از کشورهای توسعه‌یافته آغاز و به‌تدریج کشورهای درحال‌توسعه را نیز دربر می‌گیرد؛ اما تفاوت مهمی که بین این دودسته کشورها وجود دارد، این است که کشورهای گروه اول این روند را همراه با میزان توسعه‌یافتگی و به‌تدریج و در طی زمان طولانی طی کرده‌اند، درحالی‌که کشورهای درحال‌توسعه (ایران به شکل ویژه) این روند را بسیار سریع سپری می‌کنند (۱). نتایج سرشماری‌ها در ایران نشان می‌دهد که سهم افراد سالمند از هرم سنی در حال افزایش است به‌نحوی‌که جمعیت سالمند نسبت به‌کل جمعیت از رشد سریع‌تری برخوردار است. بر اساس این نتایج در سال ۱۳۴۵، ۳/۸ درصد از کل جمعیت ایران را سالمندان بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دادند، درحالی‌که این رقم در سال ۱۳۹۰، به ۵/۷ درصد رسیده است و پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که این نسبت در سال ۱۴۳۰ به بالای ۲۰ درصد از کل جمعیت، خواهد رسید (۲، ۳).

سالمندی فعال اصطلاحی است که برای توصیف پایداری مثبت بهزیستی ذهنی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و همراهی مداوم در خانواده، گروه اولیه و اجتماع در طول فرایند سالمندی، بکار می‌رود. این مسئله توسط سازمان بهداشت جهانی، به‌عنوان فرآیند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت، در جهت بالا بردن کیفیت زندگی فرد سالمند، تعریف‌شده است (۴). در ارتباط با سالمندی فعال متغیرهایی مطرح‌شده است که برای

*نویسنده مسئول: مریم مجیدی، گروه جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
Email: majidi26@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0002-3871-1149

سنجش آن‌ها لازم است تعریف‌شده و شاخص سازی شوند. این متغیرها شامل: حمایت اجتماعی، سلامت روان، سلامت معنوی و خودکارآمدی است. حمایت اجتماعی از متغیرهای مهم و اثرگذار بر سالمندی است. حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از جهت همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف‌شده است (۵). بحث دیگر در ارتباط با سالمندی مسئله سلامت است که از جنبه‌های مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی برخوردار است. سلامت جسمی یکی از ابعاد سالمندی فعال مطرح است؛ اما طبق مدل تحقیق سلامت روان و سلامت معنوی به‌عنوان دو متغیر مرتبط با سالمندی فعال بررسی شد. سلامت روان در تعریف سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از اجزای مهم سلامت، عبارت است از: «حالتی از بهزیستی که در آن فرد، توانایی‌های خودش را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای معمول زندگی مقابله کند، می‌تواند به شیوه‌ای پربار و مؤثر کار کند و به جامعه خود خدمت نماید» (۶) و سلامت معنوی ازنظر فیشر، یکی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده سایر ابعاد سلامت انسان، شامل ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و هیجانی است (۶) اما خودکارآمدی به‌عنوان یکی دیگر از متغیرهای مؤثر در مدل تحقیق و مرتبط با سالمندی فعال در نظریه شناختی- اجتماعی آلبرت باندورا، عبارت از باورها یا قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها است. باندورا مطرح می‌کند که خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به‌گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شود (۷).

در ارتباط با همین موضوع موردبررسی می‌توان گفت که سرعت روند سالخوردگی در جمعیت ایران، لزوم شناخت مسائل مرتبط با این گروه جمعیتی را بیشتر می‌سازد؛ اما با توجه به نو بودن مسئله سالمندی، مطالعات کمی در این مورد انجام‌گرفته است. این در حالی است که سرعت وقوع این پدیده جمعیتی، لزوم توجه به آن را بیشتر کرده و لازم است در این زمینه مطالعات و تحقیقات بیشتری انجام گیرد (۸). سؤال اصلی ما در این تحقیق این است که میزان سالمندی فعال در جامعه ما چقدر است و با چه عواملی در ارتباط است؟ در همین راستا سعی شده است تا ضمن بررسی ابعاد مختلف سالمندی فعال و سنجش میزان آن در میان گروه‌های سالمند، عوامل مرتبط با آن را شناسایی کرده و به ارائه راهکارهایی برای گسترش آن در جامعه رو به سالخوردگی ایران بپردازد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که با استفاده از تکنیک پیمایش[1] انجام‌شده است. این مطالعه بر روی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن شهر شیراز، در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه شامل سالمندان حاضر در خانوار بوده و سالمندان ساکن در مؤسسات و آسایشگاه‌ها وارد مطالعه نشدند. جامعه آماری سالمندان شیراز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۱۰۰۴۰۲ نفر هستند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران و با ضریب خطای ۴٪، ۶۰۰ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بر اساس گزارش دفتر برنامه‌وبودجه شهرداری شیراز و با استفاده از داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۵، شهر شیراز، به ۱۵۲ محله تقسیم‌شده است که ۱۵ محله آن به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد در هر محله یک خیابان، انتخاب گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات در هر خیابان، از خانه شماره یک شروع و سپس به ترتیب خانه‌های شماره ۱۰، ۲۰ و... مورد پرسش قرار گرفتند. چنانچه در یک‌خانه سالمند وجود نداشت، به دهمین خانه بعدازآن مراجعه شد و بدین ترتیب در هر محله ۴۰ سالمند مورد مصاحبه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بود و همان‌طور که ذکر شد، از طریق انجام مصاحبه اطلاعات موردنظر آن جمع‌آوری گردید. بر اساس فرضیات و مدل تحقیق، پرسشنامه شامل ۱۰۲ سؤال بود. تعداد ۱۰ سؤال اول مربوط به اطلاعات زمینه‌ای و ترتیبات زندگی[2] سالمند و بقیه سؤالات برای سنجش متغیرهای موردنظر شامل سالمندی فعال، حمایت اجتماعی، سلامت روان، سلامت معنوی و خودکارآمدی، بکار گرفته شد. سنجش متغیرهای فوق از طریق سؤالات و مقیاس‌های استاندارد انجام گرفت.

سالمندی فعال به‌عنوان متغیر اصلی و وابسته تحقیق، بر طبق تعریف ارائه‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی دارای سه بعد

1- Survey
2- Living arrengment

سلامت، امنیت و مشارکت است (۹) که برای هریک از ابعاد فوق گویه‌هایی طرح‌شده و در اغلب تحقیقات در سطح دنیا مورداستفاده قرار می‌گیرد (۱۰، ۱۱)، در اینجا همان گویه‌ها را بعد از آزمون‌های روایی و پایایی به کار گرفته شد. ابعاد امنیت و مشارکت اجتماعی هرکدام، شامل ۸ گویه و بعد سلامت شامل ۹ گویه است که درمجموع میزان سالمندی فعال را برای ما اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌های احتمالی ۵ مورد اصلاً (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره ۴) را دربر می‌گیرد. درنتیجه نمره کلی مقیاس بین صفر تا ۱۰۰ قابل پیش‌بینی است (۱۲، ۱۳). میزان آلفا کرونباخ به‌دست‌آمده از مجموع ۲۵ گویه برابر ۰/۸۹ بود.

برای سنجش متغیر حمایت اجتماعی از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) استفاده گردید. گویه‌های این مقیاس، جمعاً ۱۴ مورد و بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق درجه‌بندی‌شده‌اند. دامنه نمرات این مقیاس، صفر الی ۵۶ است. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که عدد به‌دست‌آمده ۰/۹۳۵ است.

سلامت روان از دیگر متغیرهای مرتبط با سالمندی فعال است که برای سنجش آن، از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ تهیه‌شده، استفاده‌شده است. این مقیاس، شامل ۱۳ گویه و برای هر گویه ۴ حالت (به‌هیچ‌وجه، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، خیلی بیشتر از حد معمول) پیش‌بینی‌شده است. دامنه نمرات از صفر تا ۳۹ متغیر است. میزان آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برابر با ۰/۹۴ است.

متغیر دیگر در ارتباط با سلامت سالمندان سلامت معنوی است. برای سنجش سلامت معنوی از پرسشنامه ۲۰ سؤالی (پولوتزین و الیسون) استفاده‌شده و پاسخ این سؤالات به‌صورت طیف ۶ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی‌شده است؛ بنابراین دامنه تغییرات آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. درجه پایایی این مقیاس برحسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ است.

سنجش متغیر خودکارآمدی نیز از طریق پرسشنامه‌ی سنجش خودکارآمدی شرر انجام گرفت. این پرسشنامه بر اساس سه بعد تلاش، پشتکار و خودتنظیمی در ۲۰ گویه طراحی‌شده است. برای مؤلفه‌های پشتکار و خودتنظیمی هرکدام ۷ گویه و برای مؤلفه‌ی تلاش ۶ گویه اختصاص داده‌شده است. پاسخ‌ها از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق در ۵ حالت امکان‌پذیر می‌باشند. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌تواند متغیر باشد. ضریب آلفا کرونباخ به‌دست‌آمده برابر با ۰/۹۳ است.

بعد از ورود داده‌های خام به رایانه برای اندازه‌گیری متغیرها، از آماره‌های مختلفی برحسب سطح سنجش آن‌ها استفاده شد. آزمون‌های انجام‌شده شامل اعتبار و پایایی، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره و ... است. در یک دسته‌بندی کلی، داده‌ها در دو سطح توصیف و تبیین تحلیل شدند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها عمدتاً توسط نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج

توزیع فراوانی داده‌ها را در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهد که پاسخگویان بین ۶۵ سال تا ۹۵ سال، سن دارند و

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب ترتیبات زندگی

ترتیبات زندگی		تعداد	درصد نسبت به‌کل	درصد نسبت به پاسخ‌های معتبر
افرادی که با آن‌ها زندگی می‌کنند	با همسر، همسر و فرزند مجرد، فرزند مجرد	۴۵۳	۷۵/۵	۷۵/۵
	با فرزند متأهل	۶۵	۱۰/۸	۱۰/۸
	تنها، خویشاوندان دور، پرستار	۸۲	۱۳/۷	۱۳/۷
فاصله تا محل زندگی فرزندان	در یک‌خانه، یک مجتمع، یک محل	۳۹۲	۶۵/۴	۶۸/۴
	در یک شهر	۱۵۸	۲۶/۳	۲۷/۶
	در سایر استان‌ها و خارج از کشور	۲۳	۳/۸	۴
	بی‌جواب	۲۷	۴/۵	
	جمع	۶۰۰	۱۰۰	۱۰۰

متوسط سن پاسخگویان حدود ۷۱ سال است. هر پاسخگو به‌طور متوسط، دارای ۴/۵ فرزند است. تعداد فرزندان، از یک فرزند تا ۱۳ فرزند در نوسان است. محدوده سواد پاسخگویان از بی‌سواد تا فوق تخصص است که بیشترین درصد (۵۰٪) مربوط به سالمندانی است که دارای تحصیلات در حد سیکل هستند و ۲۴٪ از پاسخگویان نیز کاملاً بی‌سواد هستند. همچنین درآمد آن‌ها به‌طور متوسط یک‌میلیون و سیصد هزار تومان است.

یکی از شاخص‌های موردبررسی ما در این تحقیق ترتیبات زندگی سالمند است. برای این موضوع دو سؤال در نظر گرفته شد. یکی از سؤالات در ارتباط با این است که شخص سالمند با چه کسی زندگی می‌کند و سؤال دوم در رابطه بافاصله محل زندگی سالمند با فرزندان (میزان دسترسی به فرزندان) است. پاسخ‌های این دو سؤال در جدول ۱، خلاصه‌شده است. بررسی این جدول نشان می‌دهد که ۷۵/۵ درصد از سالمندان با همسر، همسر و فرزند مجرد و یا بدون همسر و با فرزند مجرد زندگی می‌کنند. ازنظر ما این گروه شامل کسانی هستند که نه تنها هستند و نه سربار. به همین دلیل در وضعیت مطلوب‌تری ازلحاظ ترتیبات زندگی قرار دارند. به دلیل اینکه با همسر یا فرزند و یا هردو زندگی می‌کنند. در مقابل گروه دیگری هستند که یا با فرزند متأهل زندگی می‌کنند، اعم از اینکه دارای همسر یا بدون همسر باشند. یا به‌تنهایی و یا با خویشاوندان دور و یا با پرستار زندگی می‌کنند. در رابطه با سؤال دوم نیز، پاسخ‌های ممکن به ۷ شکل تقسیم‌شده بود که از نزدیک‌ترین فاصله که در یک‌خانه باشند تا دورترین فاصله که در دو کشور باشند را شامل شد؛ اما به دلیل پراکنده بودن پاسخ‌ها، مجموع آن‌ها در ۳ گروه دسته‌بندی گردید که به ترتیب از فاصله کم تا زیاد را دربر گرفت. بر اساس جدول ۱، ۶۵/۴ درصد از پاسخگویان با فرزندشان در یک‌خانه، یک مجتمع یا یک محله زندگی می‌کنند. این گروه دارای کمترین فاصله هستند و ازلحاظ دسترسی به فرزندان در بهترین شرایط هستند و چنانچه نیاز ضروری پیش بیاید احتمالاً سریع‌تر کمک دریافت می‌کنند. ۲۶/۳ درصد با فرزندانشان در یک شهر زندگی می‌کنند. این گروه نیز تا حدی به فرزندان خود دسترسی دارند. درحالی‌که ۳/۸ درصد از سالمندان دارای بیشتری فاصله با فرزندان خود هستند. فرزندان این گروه در خارج از استان یا خارج از کشور بسر می‌برند. ۴/۵ درصد از سالمندان نیز به سؤال پاسخی نداده‌اند.

جدول ۲، توصیفی است از متغیرهایی که به‌صورت طیف و بر اساس مقیاس‌های استاندارد اندازه‌گیری شده است. متغیرهای گردآمده شامل سالمندی فعال (به‌عنوان متغیر وابسته)، سلامت روان، حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و خودکارآمدی (به‌عنوان متغیرهای مستقل) است. بر اساس اطلاعات ذیل، میانگین نمره پاسخگویان از طیف سالمندی فعال، ۱۵/۲ ±۵۱/۰۱ و اندکی بیش از ۵۰ یعنی حد متوسط است. همچنین دامنه تغییرات بین نمره ۱۰ و ۸۵ در نوسان است.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای مدل تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سالمندی فعال	۵۱/۰۱	۱۵/۲	۱۰	۸۵
سلامت روان	۲۳/۳	۸/۱۷	۰	۳۹
حمایت اجتماعی	۲۷/۷۸	۱۲/۲۲	۰	۵۶
سلامت معنوی	۸۷/۳۴	۱۴/۱۵	۲۹	۱۲۰
خودکارآمدی	۶۴/۲۲	۱۴/۰۳	۲۲	۱۰۰

سلامت روان یکی از متغیرهای مرتبط با سالمندی فعال است. میانگین نمرات حاصل از سلامت روان ۸/۱۷ ± ۲۳/۳۳ است. این

میانگین بیش از ۱۹/۵ یعنی حد متوسط نمره طیف است که نشان می‌دهد سلامت روان پاسخگویان در حد نسبتاً مناسب است.

میانگین نمره پاسخگویان ازلحاظ میزان حمایت اجتماعی ۱۲/۲۲ ±۷۸/۲۷ است که در حد میانگین نمره طیف یعنی ۲۸ است. نمرات طیف حمایت اجتماعی از صفر تا ۵۶ در نوسان است؛ بنابراین حمایت اجتماعی پاسخگویان در حد متوسط است.

سلامت معنوی متغیر دیگری است که موردسنجش قرار گرفت. نتایج تحقیق حاکی از آن است که میانگین نمره پاسخگویان از متغیر مذکور ۱۴/۱۵ ±۸۷/۳۴، است که با توجه به عدد ۷۰ یعنی میانگین نمره طیف، میزان قابل‌قبولی از سلامت معنوی جامعه آماری را نشان می‌دهد. دامنه تغییرات نمره سلامت معنوی بین ۲۹ تا ۱۲۰ است.

میانگین نمره پاسخگویان از طیف خودکارآمدی، ۱۴/۰۳ ± ۶۴/۲ است که با توجه به نمره میانگین طیف نشان می‌دهد، جامعه آماری ما ازلحاظ خودکارآمدی در وضعیت نسبتاً مناسبی قرار دارند. نمرات حاصل از آخرین متغیر مدل تحقیق، یعنی خودکارآمدی بین ۲۲ تا ۱۰۰ در نوسان است.

طبق جدول ۳ نتایج به‌دست‌آمده از آزمون آماری همبستگی پیرسون به شرح زیر است:

- خودکارآمدی متغیر دیگری است که دارای رابطه مثبت و معنی‌دار با سالمندی فعال است (p value<۰/۰۰۱، r=۰/۶۷۲). درواقع با افزایش خودکارآمدی سالمند فعال‌تر می‌گردد.

- سلامت معنوی از دیگر متغیرهای موردبررسی است که با سالمندی فعال رابطه معنی‌دار و مثبت دارد (p value<۰/۰۰۱ ، r= ۰/۶۲۳)؛ بنابراین با ارتقاء سلامت معنوی، سالمند فعال‌تر می‌شود.

- نتایج نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با سالمندی فعال دارای رابطه مثبت و معنی‌دار است (p value<۰/۰۰۱، r=۰/۶۰۶). بر همین اساس می‌توان گفت که سالمندانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، سالمندان فعال‌تری هستند. این حمایت می‌تواند شامل انواع حمایت‌های ابزاری، عاطفی و ... باشد که از سوی نهادهای رسمی و یا غیررسمی مانند خانواده و دوستان صورت بگیرد.

-یکی دیگر از متغیرهایی که با سالمندی فعال رابطه مثبت و معنی‌دار دارد، درآمد است. بدین معنی که سالمندان دارای درآمد بالاتر نمره بیشتری از سالمندی فعال دارند (p value<۰/۰۰۱، r=۰/۴۶۸).

- همان‌طور که انتظار می‌رود میزان تحصیلات با سالمندی فعال رابطه دارد. نتایج به‌دست‌آمده از آزمون همبستگی پیرسون

جدول ۳- ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مدل تحقیق با سالمندی فعال

متغیر		سلامت روانی	خودکارآمدی	سلامت معنوی	حمایت اجتماعی	درآمد	تحصیلات	سن	تعداد فرزند
سالمندی فعال	r	۰/۶۷۲	۰/۶۷۲	۰/۶۲۳	۰/۶۰۶	۰/۴۶۸	۰/۴۳۴	-۰/۳۸۴	-۰/۳۳
	p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	N	۵۹۷	۵۹۵	۵۹۷	۵۹۸	۵۹۲	۵۹۰	۵۹۶	۵۶۹

- سلامت روان با سالمندی فعال رابطه معنی‌دار دارد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت روان و سالمندی فعال رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد (p value< ۰/۰۰۱، r= ۰/۶۷۲) بنابراین هرچه میزان سلامت روان سالمند افزایش یابد، بر میزان فعالیت او افزوده می‌گردد. بر اساس سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده، این نتیجه قابل‌تعمیم به‌کل جامعه آماری است.

نشان می‌دهد که تحصیلات با سالمندی فعال رابطه مثبت و معنی‌دار دارد (p value<۰/۰۰۱، r = ۰/۴۳۴)؛ و سالمندان با تحصیلات بالاتر، افراد فعال‌تری نسبت به همسالان خود هستند

- اما متغیر سن با سالمندی فعال دارای رابطه معنی‌دار و منفی است (p value<۰/۰۰۱، r = -۰/۳۸۴)؛ بنابراین میزان فعالیت سالمندان جوان نسبت به سالمندان پیر بیشتر است و

هرچه سن سالمند بالاتر می‌رود، میزان فعالیت وی کاهش می‌یابد.

- تعداد فرزندان به‌عنوان آخرین متغیر موردبحث با سالمندی فعال رابطه منفی و معنی‌دار دارد (p value< ۰/۰۰۱، r = -۰/۳۳). درواقع سالمندان با تعداد فرزند کمتر، سالمندانی فعال‌تر هستند و این موضوع در مورد کل جامعه آماری ما صدق می‌کند.

برای بررسی تأثیر هم‌زمان متغیرهای تحقیق بر سالمندی فعال از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده‌شده است. بر اساس جدول ۴، متغیرهای خودکارآمدی، میزان تحصیلات، حمایت اجتماعی، سلامت روان، سلامت معنوی، درآمد و سن دارای اثر تعیین‌کنندگی بر سالمندی فعال هستند. تنها متغیری که وارد معادله نمی‌گردد، تعداد فرزندان است که به نظر می‌رسد با سایر متغیرهای مستقل دارای همبستگی درونی است. درمجموع متغیرهایی که وارد معادله شده‌اند، حدود ۷۱ درصد از تغییرات در سالمندی فعال را تبیین می‌کنند (R^2 = ۰/۷۰۹).

بر اساس ضرایب β معادله بیشترین تأثیر را در تعیین سالمندی فعال، حمایت اجتماعی (β = ۰/۲۲۴) و تحصیلات (β = ۰/۲۱۸) دارند. سلامت معنوی، خودکارآمدی، سلامت روان و سن (با اختلافی اندک) متغیرهای بعدی ازنظر میزان تأثیر بر سالمندی فعال هستند. در این میان، سن دارای تأثیر منفی بر سالمندی فعال است؛ و درنهایت، درآمد با ضریب تأثیر ۰/۰۷ دارای کمترین تأثیر بر سالمندی فعال است.

جدول ۴- معادله رگرسیون سالمندی فعال بر اساس ضرایب B و β

	ضریب B	ضریب β	T	Sig	R	R^2	F	d.f	Sig
عدد ثابت	۲۱/۴	-	۳/۹۹	۰/۰۰۰۱					
خودکارآمدی	۰/۱۹۵	۰/۱۸۱	۵/۴۸	۰/۰۰۰۱					
تحصیلات	۰/۶۴۲	۰/۲۱۸	۶/۹۴	۰/۰۰۰۱					
حمایت اجتماعی	۰/۲۷۳	۰/۲۲۴	۷/۷	۰/۰۰۰۱					
سلامت روان	۰/۳۳۸	۰/۱۸	۵/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۲	۰/۷۰۹	۱۸۸/۳	۷/ ۵۴۲	۰/۰۰۰۱
سلامت معنوی	۰/۲۰۵	۰/۲	۵/۹	۰/۰۰۰۱					
سن	-۰/۲۹۹	-۰/۱۲	-۴/۴۵	۰/۰۰۰۱					
درآمد	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۲/۶۷	۰/۰۰۸					

بحث

درآمد و تحصیلات به‌اضافه شغل به‌عنوان عوامل تعیین جایگاه طبقاتی شخص در علوم اجتماعی مطرح‌اند. نتایج بررسی ما نشان می‌دهد که درآمد و تحصیلات دارای همبستگی مثبت با سالمندی فعال هستند و با افزایش این دو عامل میزان سالمندی فعال نیز افزایش می‌یابد. همچنین در آزمون رگرسیون چند متغیره دیدیم که این دو متغیر از عوامل تبیین‌کننده سالمندی فعال هستند. این مسئله در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. چنانچه در تحقیق زنجری پیرامون سالمندی موفق که در سال ۱۳۹۵ در شهر تهران انجام‌شده است بیان‌شده که سالمندی موفق در میان افرادی که سطح تحصیلات و پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالاتری دارند، بیشتر است (۱۴). درآمد ازجمله عواملی است که ضمن ایجاد وسایل رفاه و آسایش افراد و برخورداری از امکانات بیشتر در جهت بهزیستی، می‌تواند احساس امنیت اقتصادی به فرد بدهد. بخصوص در سنین بالا که افراد نمی‌توانند زیاد بر نیروی جسمی و حتی گاهی روانی خود متکی باشند. تأمین مالی و احساس رضایت در این مورد منجر به آسایش خیال و فراهم بودن وسایل بهزیستی شخص می‌شود؛ و سالمند می‌تواند با خیال آسوده در جهت زیستن بهتر تلاش کند. تحصیلات نیز، ازیک‌طرف به‌عنوان شاخصی از میزان آگاهی و از طرف دیگر امکانی برای داشتن شغل و درامد بهتر، دارای اهمیت است بخصوص اینکه آموزش به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعه

اجتماعی مطرح است (۱۵). طبیعتاً سالمندانی که میزان آگاهی بالاتری دارند شیوه زندگی متفاوت و سالم‌تری خواهند داشت و یکی از شاخص‌های زندگی سالم میزان فعالیت شخص است؛ اما همان‌طور که در بخش نتایج دیدیم، جامعه سالمندان فعلی ما که عمدتاً از نسل دهه ۲۰ شمسی می‌باشند، در شرایط فعلی از سطح درآمد و تحصیلات پایینی برخوردارند و ازلحاظ پایگاه اقتصادی-اجتماعی، زمینه لازم را برای داشتن یک سالمندی خوب و فعال ندارند.

یکی دیگر از نتایج به‌دست‌آمده این است که حمایت اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سالمندی فعال است. در آزمون تحلیل رگرسیون این نتیجه مشخص است. همچنین در آزمون‌های ضریب همبستگی دیدیم که حمایت اجتماعی دارای رابطه مثبت با سالمندی فعال است و افزایش میزان حمایت اجتماعی می‌تواند سالمندی فعال را افزایش دهد. در تحقیقی که رضوانیان در ارتباط با سالمندی فعال انجام داده این مسئله تائید شده که ازجمله عوامل مؤثر بر سالمندی فعال، ترتیبات زندگی و حمایت بین نسلی است (۱۶) همچنین در تعریف دولت رفاه در قرن بیستم به ۵ زمینه اصلی اشاره‌شده است که یکی از آن‌ها وظیفه حمایت از جمعیت سالمند است (۱۷) بنابراین حمایت اجتماعی چه از طرف خانواده و نزدیکان و چه از طرف دولت و نهادهای اجتماعی، به‌عنوان یک عامل مؤثر در ارتباط با سالمندان جامعه مطرح است. در همین رابطه در بخش دیگری از نتایج دیدیم که هرکدام از سالمندان موردبررسی، به‌طور متوسط دارای ۴ الی ۵ فرزند هستند و ۷۰ درصد آن‌ها متأهل هستند و با همسر خود زندگی می‌کنند. همچنین ازلحاظ ترتیبات زندگی اکثر آن‌ها یا با فرزندان در یک‌خانه زندگی می‌کنند، یا اینکه دارای فاصله کم با آن‌ها هستند و ازلحاظ دسترسی به آن‌ها و دریافت کمک در مواقع نیاز مشکلی ندارند. بنابراین انتظار می‌رود ازلحاظ حمایت خانوادگی در شرایط خوبی باشند. این در حالی است که نمره به‌دست‌آمده از طیف حمایت اجتماعی درک شده از طرف سالمندان، پایین است و نشان‌دهنده این است که آن‌ها، از حمایت مورد انتظار برخوردار نیستند. بنابراین با توجه به محدود شدن چتر حمایتی خانواده در شرایط فعلی، لازم است نقش سازمان‌های دولتی و غیردولتی به‌طور روزافزون افزایش یابد و نیاز به شبکه حمایتی رسمی و غیررسمی برای سالمندان بیشتر حس می‌شود (۱۸).

نکته دیگر در ارتباط با تعداد فرزندان است. طبق نتایج به‌دست‌آمده سالمندان دارای فرزند بیشتر دارای نمره کمتری در میزان سالمندی فعال بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که تعداد فرزند در شرایط فعلی جامعه ما نتوانسته به‌عنوان یکی از عوامل حمایت‌کننده سالمند، نقش مثبتی ایفا کند. این مسئله می‌تواند ناشی از دو عامل باشد که ریشه هردو در مدرنیزاسیون است. یکی اینکه در جامعه رو به توسعه فرزند، بیشتر از آنکه یک عامل سرمایه‌ای برای خانواده باشد به یک عامل سرمایه‌بر تبدیل‌شده است و جریان ثروت در جامعه جدید برعکس جامعه سنتی از والدین به سمت فرزندان است؛ بنابراین نه‌تنها فرزندان چندان حمایتی برای والدین به‌حساب نمی‌آیند بلکه خود نیاز به حمایت از طرف والدین دارند. دوم اینکه در جامعه امروزی، ما شاهد مهاجرت فرزندان هستیم و برعکس جامعه سنتی که خانواده به شکل گسترده بود و فرزندان تا آخر عمر در کنار خانواده می‌ماندند و از والدین سالمند خود حمایت و مراقبت می‌کردند، در جامعه فعلی برای تحصیلات، شغل و یا حتی ازدواج مهاجرت کرده و زمانی که والدین آن‌ها نیاز به حمایت دارند، فرزندان در کنارشان نیستند (۱۹).

ازجمله نتایج دیگر این تحقیق این است که متغیر سن دارای رابطه منفی با سالمندی فعال است؛ بنابراین با افزایش سن سالمند میزان فعالیت وی کاهش می‌یابد. به همین دلیل تأکید می‌شود تا به سالمندان مسن‌تر توجه خاص شود و حمایت بیشتری از آن‌ها صورت بگیرد تا بتوانند دوران سالمندی خود را به نحو بهتری سپری نمایند.

در بخش تحلیلی مشخص شد که عواملی مانند سلامت روان، خودکارآمدی، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، درآمد و تحصیلات، دارای رابطه مثبت، با سالمندی فعال هستند. درنتیجه لازم است تا در جهت افزایش میزان سالمندی فعال، به عوامل فوق توجه بیشتری شود. در ارتباط با متغیرهای سلامت (روان و معنوی) نتایج تحقیق نشان داد که ازلحاظ سلامت معنوی، سالمندان موردمطالعه در بهترین وضعیت نسبت به سایر شاخص‌ها هستند که این امر با توجه به سابقه مذهبی جامعه و سالمندان فعلی، دور از ذهن به نظر نمی‌آید. ازنظر سلامت روان، نیز سالمندان موردبررسی وضعیت نسبتاً خوبی دارند؛ بنابراین وضعیت سالمندان ما در هر دو بعد سلامت، قابل‌قبول است. همچنین احساس خودکارآمدی نیز به‌عنوان یک شاخص متأثر از

سلامت معنوی و روانی، در حد مطلوبی دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری

بخش عمده‌ای از برنامه‌ریزی‌های اقتصادی_اجتماعی منوط به داشتن اطلاعات و داده‌های درست از جمعیتی است که قرار است برای آن‌ها برنامه‌ریزی صورت گیرد. نداشتن اطلاعات کافی و دقیق می‌تواند هرگونه برنامه را ناکارآمد کند. این مسئله به‌ویژه در کشورهای درحال‌توسعه مانند ایران، به دلیل کمبود داده‌ها و اطلاعات بسیار مهم‌تر و حساس‌تر است. در این پژوهش با توجه به اهداف ذکرشده، اندازه‌گیری میزان فعالیت در سالمندان، نشان داد که سالمندان در حد متوسطی از فعالیت قرار دارند و با افزایش سن این میزان همچنان کاهش می‌یابد. همچنین بررسی عوامل مرتبط با سالمندی فعال، نشان داد که مهم‌ترین نکته دراین‌ارتباط، مسئله حمایت اجتماعی است. با کمرنگ شدن نقش خانواده و بخصوص فرزندان، سالمندان نیاز به حمایت بیشتری از طرف نهادهای اجتماعی رسمی و غیررسمی دارند. بخصوص در شرایطی که میانگین درآمد سالمندان بسیار پایین است و هزینه‌های مراقبت از سالمندی بالاست. مسئله دیگر میزان تحصیلات سالمندان است که در حد بسیار پایینی قرار دارد و پایین بودن سواد، به‌طور مستقیم بر کاهش میزان آگاهی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به کاهش میزان موفقیت و سلامت سالمندان شود. درنتیجه، افزایش میزان سواد و آگاهی سالمندان نکته دیگری است که باید به آن توجه ویژه شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری مریم مجیدی در دانشگاه است که با کد 4b0fc1f4-6956-40de-8e34-4b46fbe46e51 در سامانه ایرانداک ثبت‌شده است. بدین‌وسیله از دانشگاه شیراز، گروه پرستگر و سالمندان عزیزی که با صبر و حوصله ما را دررسیدن به پاسخ‌ها یاری کردند، سپاسگزاری می‌نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Donald R, Population Aging. Translated by Foroutan Y. National Population Studies & Comprehensive Management Institute; 1396. [In Persian]
2. Koosheshi M, Khosravi A, Alizadeh M, Torkashvand M, Aghaee N. Population Aging in Iran Socio-Economic and Demographic traits and future challeng. Tehran Uni; 1392. [In Persian]
3. Agha H. The Study of Socio-Economic and Psychological Structures among Elders in Tehran city. Population Studies and Research center in Asia and The Pacific. Tehran; 1385. [In Persian]
4. Mirzaie M, Kavehfirooz Z. Quality Of Life of the eldery and their participation in social activities in the city of Tehran: with emphasis on sex factor. Jurnal of Population Association of Iran. 1388; 4 (8): 24-35[In Persian]
5. World Health Organization. Active Ageing, A policy framework. Geneva. 2002.
6. Zasimova L, Sheluntcova M. Measuring Active Aging for government policy planning: a case of Russia. National Research University Higher School of Economics Gaidar Institute for Economic Policy; 2014.
7. Tareque I, Munsur T, Andrew D, Hoque N. Can an Active Aging Index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh, in archives of gerontology and geriatrics. 2014; (58): 399-407.
8. Suhaimi S, Norma M. Population Ageing and Social Protection in Malaysia. Malaysian Journal of Economic Studies. (2013); (50): 139-156.
9. World Population Prospect. [Internet], [place unknown]: United Nation; 2000 [updated 2001 Feb 27]. Available from: www.un.org/esa/population/unpop.htm
10. Sarafino E. Health psychology. 3rd ed, New York: John Wiley & Sons Inc; 1999.
11. World Health Organization Report. Mental Health new understanding, new hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
12. Fisher J, Souza M. Understanding and Assessing Spiritual Health. International Handbook of religion and education; 2009.
13. Bandura A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychological Review. 1997; (84): 191-215.

14. Zanjari N. The dimensions of Successful Aging in Iran, Univercity of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 1395. [In Persian]
15. Arvind J. Globalization and Ageing in India. International Journal of Social Quality. 2011; 33-44.
16. Rezvanian Amiri Z, Active Ageing and effective factors among governmental organizations retierees of Babol city. Yazd Uni. Social Sciences College; 1395. [In Persian]
17. Ahmadi V, Beheshti S. The study of welfair & demographical traits in Iranian elderlies. Jurnal of Population. 1388; (61-62): 19-37. [In Persian]
18. Motie haghshenas N. Sociological dimensions of Population Ageing and Active Ageing challenge in Iran. Quarterly Sociological Studied of Iran. 1390; (2): 133-147. [In Persian]
19. Koosheshi M. Living Arrengment, Social Support and Health of Tehran elders, Tehran Uni, Demographic Group; 1387. [In Persian]

Original Article

Active Aging Index and Related Factors Among Aged People in Shiraz in 1397

Movahed M, Majidi M*

Department of Socialogy & Social Planning, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: 03 Dec 2018 Accepted: 12 May 2019

Abstract

Background & Objective: Aging is one of the important stage in human life. Nowadays world society regards that matter as an important problem. This study aimed at measuring Active Aging Index in Shiraz and its related and affected factors.

Materials & Methods: This survey has been done by quantitative method among a sample of Shirazi elders involving 600 cases. Sampling method was hierarchal cluster sampling. Data were collected by questionnaire and interview. Variables were context information, living arrangement, active ageing, social support, mental health, spiritual health and self-efficacy.

Results: Mean of AAI was 51.01± 15.2 (from 100). Social support was the most effective factor on AAI and then education, spiritual health, self-efficacy, mental health, age and income be effected respectively. Consequently, those factors explained over 70% of Active Aging variation.

Conclusion: Elders in Shiraz have median activity number. This number of activity is not acceptable for development. Iran population is increasing rapidly. We have to work on this problem more and more. Attention to social support, education and awareness can be very effective in this situation.

Keywords: Active Aging, Spiritual Health, Mental Health, Social Support, Self-efficacy

***Corresponding Author: Majidi Maryam,** Department of Socialogy & Social Planning, Faculty of Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran
Email: majidi26@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0002-3871-1149

Journal of Fasa University of Medical Sciences 9 (2019): 1819-1828