



بررسی رابطه پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت در سالمندی (مطالعه موردی: آذرشهر)

علی سیف زاده*

*دانشجوی دکتری جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

دهاقان، دهقان، ایران

(دریافت: ۱۳۹۵/۵/۱۰ - پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۱۶)

چکیده

مقدمه: با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان، توجه به سلامت آن‌ها و بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است؛ و توجه به عوامل زمینه‌ای مؤثر بر سطح زندگی دوران سالمندی، دارای اهمیت بالقوه‌ای است.

هدف: هدف اصلی تحقیق، بررسی رابطه ی پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت در سالمندان شهر آذرشهر می‌باشد.

روش: مطالعه ی حاضر از نوع مقطعی - توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ با مشارکت ۳۱۲ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بیشتر شهر آذرشهر، که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. در این پژوهش برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلد برگ، پرسشنامه ی سلامت عمومی و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه ی زندگی برای ارزیابی سلامت جسمانی و برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی کیز استفاده‌شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.22 در دو سطح توصیفی و تحلیلی با آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه انجام شد.

یافته‌ها: بین تحصیلات و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) پاسخگویان تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/026$) به این معنی که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم، از سلامت بیشتری نسبت به بی‌سوادان و افراد با تحصیلات زیر دیپلم برخوردارند. بین میانگین سلامت افراد با میزان هزینه ی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/000$)، به این معنی که سلامت سالمندانی که هزینه خانوار خود را بیش از ۲۰۰ هزار تومان اعلام کرده‌اند، بیش از سایر افراد می‌باشد. بین میانگین سلامت سالمندان با مشاغل مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/000$) به این معنی که سالمندانی که شغلشان در رده ی متوسط قرار دارد، از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند.

نتیجه‌گیری: سالمندان دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی در حد بالا، از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند. در واقع سلامت سالمندان یکی از مسائل و مشکلات بهداشتی در اکثر جوامع است و مقابله با این مشکلات نیازمند سیاست گذاری و برنامه‌ریزی‌های دقیق و صحیح است.

کلیدواژه‌ها: سلامت، سالمندی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی

مقدمه:

بیماران، بالاترین نسبت مربوط به طبقات پایین و متوسط

رو به پایین است. (۱)

در مورد رابطه‌ی بین تحصیلات و سلامت، نتایج تحقیقات

نشان می‌دهد که برای خودداری و مقاومت افراد طبقات

پایین در زمینه‌ی مراقبت‌های پزشکی، تنها نباید شرایط

اقتصادی را در نظر گرفت؛ به عبارت دیگر، به‌طور متوسط

با افزایش سطح تحصیلات، درآمد نیز افزایش پیدا

می‌کند؛ پس یک مقدار از تأثیر تحصیلات از طریق درآمد

است؛ ولی از طریق تحصیلات، فرهنگ بهداشتی ارتقاء

پیدا می‌کند و افراد رفتارشان بیشتر موافق سلامت و

بهداشت می‌شود؛ و در سطوح بالاتر تحصیلات، دغدغه

نسبت به سلامتی بیشتر است. فراگیر شدن و ارتقای

سطح سواد و تحصیلات نیز از جنبه‌هایی است که از

طریق الگوهای فرهنگی و رفتاری مناسب می‌تواند بر

سطح بهداشت و مرگ‌ومیر تأثیر داشته باشد. (۵) درصد

اختلالات روانی سال خوردگانی که میزان تحصیلاتشان

در سطح ابتدایی یا کمتر است، چند برابر درصد اختلالات

روانی افرادی است که تحصیلات دبیرستانی دارند. شاید

علت این باشد که افراد تحصیل کرده، اوقات فراغت دوره‌ی

پیری را با سرگرمی‌های متنوع‌تری پر می‌کنند و از

این جهت به زندگی لذت‌بخش‌تری دست می‌یابند. (۶)

درآمد نیز یکی از شاخص‌های معمول موقعیت اجتماعی

اقتصادی است که به‌طور مستقیم با مقدار پول در

دسترس فرد و خانواده برای خرید کالا و خدمات،

اندازه‌گیری می‌شود. میزان درآمد با وضعیت سلامت،

رابطه‌ی خطی مثبت و مستقیم داشته؛ و با افزایش میزان

پایگاه اقتصادی - اجتماعی، شرایط متفاوتی را از نظر ابتلا

به بیماری، کیفیت پذیرش بیماری، رفتار در حالت

بیماری، عکس‌العمل در مقابل بیماری و کیفیت درمان

ایجاد می‌کند. هرچند که برخی از بیماری‌ها، خاص

ثروتمندان است؛ اما بیماری‌های دیگری هم هست که

همه‌ی طبقات اجتماعی را کم و بیش به یک‌میزان مبتلا

می‌کند. در بررسی‌های اپیدمیولوژیک، محققان رابطه‌ی

میان طبقه‌ی اجتماعی و ابتلا به بیماری‌ها را مورد توجه

قرار می‌دهند. (۱) متغیرهای اصلی تعیین‌کننده‌ی جایگاه

یک فرد در جامعه، درآمد، شغل و تحصیلات می‌باشند.

لیبرانوس و همکاران بحث مفیدی را در مورد اینکه

چگونه این سه شاخص در مطالعات اپیدمیولوژیک کاربرد

دارند؛ فراهم کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که

اپیدمیولوژیست‌ها تحصیلات را بیشتر از شغل و درآمد،

مورد اهمیت قرار می‌دهند. نتایج یافته‌های آن‌ها بیانگر

رابطه‌ی مستقیم تحصیلات و سلامت سالمندان است. (۲)

پایگاه فرد در جامعه از طریق محدودیت منابع درآمدی،

تغذیه، بهداشت، آرامش روانی، مراقبت و... بر وضعیت

سلامت او تأثیر می‌گذارد. (۳) از جمله مؤلفه‌های اجتماعی

سلامت و بیماری، پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد است.

پایگاه اجتماعی، موقعیت و جایگاهی است که فرد در گروه

یا در مرتبه‌ی اجتماعی یک گروه، در مقایسه با گروه‌های

دیگر، احراز می‌کند. (۴) بررسی‌های محسنی و همکاران

در مورد ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی بیماران

اسکیزوفرنی در شهر تهران، نشان داد که در میان

درآمد، وضعیت سلامت افراد ارتقا می‌یابد. به‌عنوان مثال افراد واقع در پایین‌ترین پنجک درآمدی جنوب استرالیا، در مقایسه با افراد واقع در بالاترین پنجک درآمدی، نرخ بالاتری از ناخوشی و بیماری دارند و این شکاف در حال افزایش است. (۷) درآمد با تأمین نیازهای بهداشتی و از آن طریق با سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد؛ بنابراین اگر بخواهیم درآمد را با سلامت مرتبط کنیم؛ با بالاتر رفتن درآمد، سطح سلامت نیز افزایش می‌یابد و رابطه‌ی مستقیمی بین این دو وجود دارد. درآمد از طریق امکان دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی و بهداشتی روی سلامتی افراد تأثیری خاص دارد؛ ولی همیشه رابطه‌ی درآمد و سلامت، یک رابطه‌ی مستقیم نیست. به‌عبارت‌دیگر یک حدی از درآمد برای توجه به بهداشت و سلامت ضروری است ولی وقتی به آن حد رسید دیگر به بهداشت بی‌توجهی می‌شود. (۸)

در خصوص رابطه‌ی شغل و سلامت می‌توان گفت که مشاغل گوناگون رابطه‌ای مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری‌ها دارند؛ و مشاغل مختلف انسان را با مخاطرات خاص مواجه می‌کند؛ که مقابله با آن‌ها بستگی کامل به امکانات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی جامعه دارد. بسیاری از بیماری‌ها با مشاغل خاص بستگی دارند و به خاطر جلوگیری از بیماری‌ها، جامعه محتاج به رعایت اصول بهداشتی خاص می‌گردد. کار در معدن از جمله پرخطرترین مشاغل است و کارگران، در معرض بیماری‌های دستگاه تنفسی هستند. اگر برخی از بیماری‌ها، تمام گروه‌های شغلی را کم و بیش به

یک‌میزان تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ (مانند تومورهای بدخیم، تصلب شریان‌های مغزی، بیماری‌ها و ناراحتی‌های قلبی) در مقابل، کارگران بیشتر از سایر گروه‌های شغلی به سل، سیروز کبدی و حوادث ناشی از کار مبتلا می‌شوند. (۱)

بررسی پیشینه‌ی بحث نشان می‌دهد که در اکثر مطالعات، بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامتی روانی و اجتماعی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد؛ به‌طوری‌که طبق تحقیق سهرابی و حسینی، رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین متغیرهای سلامت عمومی، روانی، جسمانی و پایگاه اجتماعی اقتصادی وجود دارد. (۹) مطالعه‌ی محسنی تبریزی نشان می‌دهد که بین دو متغیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد. تحلیل سه متغیره‌ی پژوهش نیز حاکی از آن است که حمایت اجتماعی خانواده، تأثیر بیشتری بر سلامت روانی، نسبت به سایر منابع حمایتی دارد؛ و دوستان و سایر افراد در رتبه‌ی پایین‌تر قرار دارند. (۱۰) عزیزی زین‌الحاجلو و تبریزی به استناد داده‌های جهانی نتیجه‌گیری کرده‌اند که باوجود موفقیت‌های چشمگیر بشر در ارتقاء وضعیت سلامت در سطح جهان، بار بیماری‌های مزمن روزبه‌روز در حال افزایش بوده و نابرابری زیادی در وضعیت سلامت در بین کشورهای مختلف و طبقات اجتماعی مختلف یک کشور وجود دارد. تبیین تغییرات مذکور، مستلزم جایگزینی رویکردی جامع‌تر با رویکرد بیومدیکال و توجه بیش‌ازپیش به مؤلفه‌های اجتماعی سلامت می‌باشد. (۳)

مرگومیر کمتر شده است. لذا این پژوهش باهدف بررسی رابطه ی پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت در سالمندان شهر آذرشهر انجام پذیرفت. پژوهش حاضر با تأیید رابطه ی بین سلامت با موقعیت اقتصادی - اجتماعی می تواند راه گشای سیاست گذاری های مناسب در زمینه ی ارائه ی برنامه های پیش گیرانه و برنامه های مرتبط با ارتقای سطح سلامت در شهر آذرشهر باشد.

روش مطالعه:

در این پژوهش، از روش تحقیق توصیفی و از ابزار پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ بهره گرفته شده است. جامعه ی (جمعیت) آماری تحقیق، کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر (۱۴) که طبق اعلام شبکه ی بهداشت و درمان شهر آذرشهر ۲۰۵۵ نفر می باشند. با استفاده از فرمول دومرحله ای کوکران، حجم نمونه ۳۱۲ نفر برآورد شد.

در این پژوهش برای سنجش سلامت روانی سالمندان از پرسشنامه ی سلامت عمومی «گلد برگ» (GHQ) استفاده شده است. فرم اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است و برگه های کوتاه تر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده ای این مقیاس نیز تهیه شده است. در این پژوهش از مقیاس ۱۲ سؤالی استفاده شده است. در ایران روایی و پایایی نسخه ی فارسی این پرسشنامه توسط پژوهشکده ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته و میزان ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ اعلام شده است. در این پژوهش نیز مقدار آلفا ۰/۸۶ بود. برای محاسبه ی شاخص سلامت روانی افراد، ابتدا از طریق نمره دادن متغیرها به صورت متغیر فاصله ای، درآورده شده است. به

علی زاده و همکاران در مطالعه ای پیرامون سلامت جسمانی و عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران، به این نتیجه رسیدند که سلامت جسمانی سالمندان، (توانایی انجام فعالیت های روزمره ی زندگی و عملکرد فیزیکی) با متغیرهای سن، جنس، تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، منبع درآمد، وضعیت بیمه، وضعیت مسکن و همراهانی که با سالمند زندگی می کنند؛ ارتباط معنی داری نشان داد. (۱۱) نتیجه ی پژوهش شهبازی و همکاران نیز نشانگر آن است که مهم ترین دلایل تأثیرگذار بر سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار، کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری های مزمن بود؛ لذا لزوم توجه بیشتر به این قشر جامعه که از نظر سلامت عمومی در سطح پایین تری از سایر اقشار جامعه هستند؛ نیاز به برنامه ریزی و تلاش همگانی دارد. (۱۲) مطابق تحقیق Bradeley و Corwyn وضعیت اقتصادی- اجتماعی با طیف گسترده ای از پیامدهای سلامت در ارتباط است؛ و تحلیل مؤلفه های اصلی، شیوه ی مناسبی جهت وزن دادن به متغیرهای وضعیت اقتصادی - اجتماعی در بررسی های مربوط به وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سلامت می باشد. (۱۳)

از آنجاکه کشورمان تجربه ی سالمندی را آغاز کرده است؛ در نظر گرفتن و پرداختن به سلامت سالمندان حائز اهمیت می باشد. تحقیقات متعدد نشان داده است که هر قدر موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد در جامعه نازل تر باشد، مدت عمر او کوتاه تر است؛ هر چند که در کشورهای پیشرفته در طی قرن ۲۰، اختلافات موجود در میزان های

ناتوانی عملکردی سالمند در انجام یکی یا انواع بیشتری از فعالیت‌های روزمره زندگی و یا میزان مستقل بودن سالمند در انجام کارهای منزل، بدون کمک دیگران و یا نیاز سالمند به کمک یا نظارت دیگران در خصوص مراقبت‌های شخصی سؤال می‌شود. (۱۶)

گردآوری اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه، به این صورت انجام گرفت که دو نفر از پرسشگران آموزش‌دیده ی شبکه بهداشت و درمان شهر آذرشهر، در جلسه ی توجیهی شرکت نموده و سپس دستورالعمل و راهنمای نحوه ی تکمیل پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت؛ و پرسشگران بر اساس دستورالعمل و به‌صورت تصادفی به پاسخگویان، مراجعه و به روش مصاحبه ی حضوری پاسخ‌ها را دریافت و پرسشنامه را تکمیل کرده‌اند. به این صورت که لیست سالمندان همراه آدرس و شماره ی تماس آن‌ها تهیه گردید؛ و سپس تعداد نمونه ی لازم بر اساس تعداد جمعیت در هر منطقه ی بهداشتی (در مجموع ۹ منطقه) به صورت تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) انتخاب شد.

در این پژوهش برای سنجش اعتبار پرسشنامه از دو نوع اعتبار محتوا و سازه، و برای محاسبه ی پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. بدین ترتیب که پرسشنامه ی اولیه پس از تدوین بین ۳۰ نفر از سالمندان شهر آذرشهر، تکمیل و مورد پیش‌آزمون (pre-test) قرار گرفت و اشکالات و نواقص برطرف و درنهایت پرسشنامه ی نهایی تدوین شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پایایی سؤالات پرسشنامه نشان می‌دهند که اگر بخواهیم وضعیت اقتصادی اجتماعی جمعیت مورد مطالعه را در سطح خانوار با استفاده از ترکیبی از متغیرهای مختلف تأثیرگذار بر آن اندازه بگیریم، میزان تحصیلات و نیز وضعیت شغلی آن‌ها از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده ی وضعیت اقتصادی اجتماعی هستند و کار کردن با آن‌ها ساده است. (۱۷)

به منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از توضیح اهداف پژوهش به سالمندان و کسب رضایت آگاهانه، به آنان در

این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت روانی از ۵ تا ۱ نمره داده شده و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۱ تا ۵ نمره داده شده است؛ و در مجموع، نمره‌های داده شده باهم جمع شده و شاخص سلامت روانی محاسبه شده است. (۱۵) هم چنین برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه ی سلامت اجتماعی کبیز استفاده شده است. این پرسشنامه ی استاندارد دارای ۲۳ سؤال با طیف ۴ درجه‌ای لیکرت، جهت سنجش سلامت اجتماعی می‌باشد. طیف مورد استفاده از «همیشه» تا «هرگز» تنظیم شده است. برای محاسبه ی شاخص سلامت اجتماعی افراد، ابتدا از طریق نمره دادن متغیرها به صورت متغیر فاصله‌ای، درآورده شده است. به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت اجتماعی از ۱ تا ۴ نمره داده شده و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۴ تا ۱ نمره داده شده است؛ و در مجموع، نمره های داده شده با هم جمع شده و شاخص سلامت اجتماعی محاسبه شده است. در مطالعه‌ی حاضر مقدار آلفای این ابزار ۰,۷۶ بود.

برای سنجش سلامت جسمانی سالمندان نیز از هفت سؤال مربوط به بخش سلامت جسمانی پرسشنامه ی گلدبرگ (از مقیاس ۲۸ سؤالی) و پرسشنامه ی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه ی زندگی، (ADL) استفاده شده است. ضریب آلفای پرسشنامه ی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه ی زندگی (ADL) اولین بار در ایران ۰,۸۳ محاسبه گردیده است و در این تحقیق ۰,۸۵ بود.

ابزار سنجش توانایی سالمند در انجام فعالیت‌های روزمره ی زندگی، (ADL) یک شاخص کلیدی برای مراقبت‌های طولانی مدت است؛ که میزان وابستگی یا

بالاتر) بودند. میانگین سنی در جمعیت مورد بررسی ۷۱,۷ سال بوده است. از نظر سطح تحصیلات، ۶۳,۸ درصد بی‌سواد بودند؛ ۳۲,۳ درصد تحصیلات تا حد دیپلم داشتند و ۳,۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. حدود ۳۶ درصد پاسخگویان پایگاه اقتصادی - اجتماعی در حد پایین، حدود ۳۰ درصد در حد متوسط و حدود ۳۴ درصد سالمندان، پایگاه اقتصادی - اجتماعی در حد بالا داشتند.

همان‌طور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، بین میانگین سلامت جسمانی ($p=0/041$)، روانی ($p=0/000$) و اجتماعی ($p=0/000$) سالمندان با پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ و در مجموع سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا، بیش از سایر سالمندان از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برخوردارند. ($p=0/000$) (جدول شماره ۱)

رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و به این منظور پرسش نامه‌ها بدون نام تکمیل گردید؛ و آن دسته از سالمندانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS v.22 در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای توصیف یافته‌های تحقیق T از جداول یک‌بعدی T و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد.

یافته‌ها:

در مجموع، از ۳۱۲ سالمند مورد مطالعه، ۱۶۱ نفر (۵۱,۶ درصد) مرد و بقیه زن بودند. ۸۱,۸ درصد پاسخگویان دارای همسر و ۱۸,۲ درصد نیز بی‌همسر (به دلیل فوت همسر) بوده‌اند. ۵۸,۵ درصد از افراد مورد مطالعه سالمند جوان، (۶۵-۷۵ سال) ۳۱,۴ درصد سالمند میانه (۷۵-۸۵ سال) و بقیه (۱۰,۱ درصد) سالمند فرتوت (۸۵ سال و

جدول شماره (۱): بررسی رابطه ی بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) پاسخگویان

سلامت	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی‌داری
روانی	پایین	۹۸	۳۹,۲۷	۴,۶۲	۳۲,۸۷۴	۰/۰۰۰
	متوسط	۷۹	۴۲,۵۸	۳,۹۱		
	بالا	۸۹	۴۴,۱۶	۴,۰۱		
اجتماعی	پایین	۹۴	۳۰,۲۸	۳,۱۸	۲۱,۳۲۵	۰/۰۰۰
	متوسط	۸۳	۳۲,۱۴	۳,۱۶		
	بالا	۹۵	۳۳,۵۴	۳,۹۰		
جسمانی	پایین	۹۴	۴۱,۴۶	۵,۵۱	۲,۲۴۲	۰,۰۴۱
	متوسط	۷۹	۴۲,۱۱	۲,۵۸		
	بالا	۸۷	۴۲,۱۸	۲,۱۴		
کلی (جسمانی، اجتماعی و روانی)	پایین	۹۰	۱۱۱,۲۸	۱۰,۰۵	۲۲,۸۰۷	۰,۰۰۰
	متوسط	۷۵	۱۱۷,۷۱	۶,۳۱		
	بالا	۸۱	۱۱۹,۶۵	۷,۸۶		

^۱ - نحوه محاسبه سلامت کلی به این صورت بوده که، امتیازات مربوط به هر یک از پرسشنامه‌های سلامت جسمانی، اجتماعی و روانی به صورت جداگانه محاسبه شده و برای یکسان سازی، امتیازات هر یک به صورت مجزا، به سه گروه (کم، متوسط و زیاد) تبدیل (ریکود) شده و در نهایت امتیازات سه نوع پرسشنامه بر اساس دسته بندی سه گانه با هم تجمیع (کامپیوت) شده و سلامت کلی نیز با گروه بندی سه گانه کم، متوسط و زیاد ارائه شده است.

سالمندانی که هزینه‌ی خانوار خود را بیش از ۲۰۰ هزار تومان اعلام کرده‌اند؛ بیش از سایر افراد است. هم‌چنین مطابق نتایج آزمون تحلیل واریانس، بین میانگین سلامت سالمندان با مشاغل مختلف، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/000$) به این معنی که سالمندانی که شغلشان در رده‌ی متوسط قرار دارد؛ از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند. (جدول شماره‌ی ۲)

نتایج آزمون تحلیل واریانس، نشانگر آن است که بین تحصیلات و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) پاسخگویان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/026$) به این معنی که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم، از سلامت بیشتری نسبت به بی‌سوادان و افراد با تحصیلات زیر دیپلم برخوردارند. بین میانگین سلامت افراد با میزان هزینه‌ی مختلف، تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/000$) به این معنی که سلامت

جدول شماره (۲): بررسی رابطه‌ی بین تحصیلات، هزینه خانوار، شغل و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) پاسخگویان

متغیر	تعداد	میانگین سلامت	انحراف استاندارد	F	سطح معنی‌داری
تحصیلات	بی‌سواد	۱۷۵	۱۱۵,۲۹	۲۱,۲۳۸	۰/۰۲۶
	تا دیپلم	۶۰	۱۱۶,۵۲		
	بالاتر از دیپلم	۳۷	۱۱۷,۹۰		
هزینه خانوار	کمتر از ۱۰۰ هزار	۷۰	۱۱۳,۲۷	۹,۶۹۵	۰/۰۰۰
	۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار	۱۲۸	۱۱۴,۹۴		
	۲۰۰ هزار و بیشتر	۹۰	۱۱۹,۴۵		
رده شغلی	پایین	۱۵۶	۱۱۵,۵۲	۱۵,۲۵۹	۰,۰۰۰
	متوسط	۳۰	۱۱۹,۸۷		
	بالا	۸۶	۱۱۶,۷۹		

بحث:

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین میانگین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی سالمندان، با پایگاه اقتصادی-اجتماعی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ و در مجموع سالمندان دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی در حد بالا، بیش از سایر سالمندان از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی برخوردارند. بنابراین سلامت سالمندان شهر آذرشهر تا حدودی تحت تأثیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی آن‌ها می‌باشد. این یافته با نتایج تحقیق سهرابی و حسینی مطابقت دارد؛ طبق یافته‌های پژوهش آن‌ها رابطه‌ی مستقیم و معنادار بین متغیرهای سلامت عمومی، روانی، جسمانی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی وجود دارد. (۹) در حال حاضر نابرابری در برخورداری از سلامت در بین

جمعیت جهان رو به پیر شدن است و انتظار می‌رود که در سال ۲۰۲۰ بیش از یک میلیارد نفر از جمعیت جهان را سالمندان تشکیل دهند. با توجه به اینکه کشورمان نیز تجربه‌ی سالمندی را آغاز کرده؛ در نظر گرفتن و پرداختن به سلامت سالمندان حائز اهمیت است. این تحقیق باهدف بررسی رابطه‌ی پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در سالمندان شهر آذرشهر انجام پذیرفته است. بررسی اینکه چه رابطه‌ی بین سه متغیر تحصیلات، درآمد، شغل و سلامت سالمندان وجود دارد، سه سوال فرعی بودند که این پژوهش به دنبال پاسخگویی به آن است.

دیپلم برخوردارند. طبق مطالعات، کاهش مرگومیر بدون توسعه ی اقتصادی مناسب، تنها زمانی می‌تواند رخ دهد که سطوح بالایی از تحصیلات یا نظام‌های سیاسی که بر، برابری اجتماعی تأکید دارند وجود داشته باشند. وی از چین، کاستاریکا، کوبا و سریلانکا برای مثال نام می‌برد. (۲۰) به طور کلی تحقیقات زیادی نشان داده اند که سطح تحصیلات افراد مهم ترین تعیین کننده ی میزان های ابتلا و میرایی در ایالات متحده ی آمریکا، کشورهای اروپایی و حتی برخی کشورهای غیرصنعتی است. (۲۱) نتایج پژوهشی در ۵ استان ایران نشان داده سطح تحصیلات، قوی ترین ارتباط را با سطح سواد سلامت دار؛ و هر چه وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بالاتر باشد، میانگین سطح سواد سلامتی نیز بیشتر می‌شود؛ و از بین متغیرهای مورد بررسی، میزان تحصیلات، قوی ترین ارتباط را با سلامت افراد دارد. (۲۲)

مطابق نتایج آزمون تحلیل واریانس، بین میانگین سلامت سالمندان با مشاغل مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد. (p=۰/۰۰۰) به این معنی که سالمندانی که شغلشان در رده ی متوسط قرار دارد از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند. تردیدی نیست که طبیعت مشاغل باهم متفاوت است. شغل از دو طریق بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد؛ یکی تأثیر مستقیم یعنی خود طبیعت شغل که برخی مشاغل آسیب پذیری شان بیشتر و برخی ها کمتر است. مستقیم اینکه فرد بر اثر شغل خود فوت کند؛ مثل ریزش چاه، افتادن در کوره و غیره. تأثیر غیرمستقیم تأثیری است که در درازمدت خودش را نشان می‌دهد. برخی از مشاغل هستند که توأم با هیجانات و استرس هاست که خواه ناخواه روی سلامتی افراد تأثیر می‌گذارد و در این میان مشاغل آموزشی مطلوبیت خاصی دارند. (۱) شواهد،

کشورهای مختلف به صورت چالشی جهانی درآمده است؛ به طوری که امروزه شاهد تفاوت ۴۸ ساله در امید به زندگی بین کشورهای مختلف، و تفاوتی ۲۰ ساله در داخل برخی از کشورها هستیم. بنا به مطالعه ی صورت گرفته، سهم ژنتیک در سلامت افراد ۱۵ درصد، محیط فیزیکی با ۱۰ درصد، نظام مراقبت بهداشتی در کشورها با ۲۵ درصد و عوامل اجتماعی با ۵۰ درصد، از عوامل مؤثر بر سلامت هستند. هم چنین در سراسر دنیا، افراد محروم دسترسی کمتری به منابع بهداشتی دارند. به اعتقاد کمیسیون بررسی عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی افراد، بی عدالتی در سلامت، در کشورها در حال گسترش است و دلیل اصلی آن نیز نگاه سرمایه داری به جهان است. (۱۸) با وارد شدن در جزئیات علل مرگومیر بزرگسالان، آشکار می‌شود که میزان فراوانی برخی از علل به قدری زیاد است که می‌تواند شاخص طبقات اجتماعی پایین محسوب شود؛ و از آن جمله است: سل ریوی، سیفلیس، سرطان و زخم معده، ذات‌الریه و برونشیت در مقابل بیماری‌هایی مثل سرطان‌های پروستات، کلیه و مثانه، بیماری‌های قلبی ناشی از تصلب شرایین، فشارخون و بالاخره مرض قند، به همان میزان که در طبقات اجتماعی بالاتر می‌رویم افزایش می‌یابد. به هنگامی که طبقات بالای اجتماع را بررسی می‌کنیم، تمام آثار و ظواهر پدیده ی سالخوردگی و فرسودگی سریع ارگان‌بسم به چشم می‌خورد. افراد این طبقه بهتر قادرند خود را از بیماری‌های قابل پیشگیری، به‌ویژه بیماری‌های عفونی حفظ کنند. (۱۹)

بین تحصیلات و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) پاسخگویان تفاوت معنی داری وجود دارد. (p=۰/۰۲۶) به این معنی که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم، از سلامت بیشتری نسبت به بی‌سوادان و افراد با تحصیلات زیر

نشان‌دهنده ی میزان مرگ‌ومیر بیشتر بیکاران نسبت به افراد شاغل است. شرایط نامناسب برخی مشاغل، نوبت‌کاری، فشارهای جسمانی و روانی حاصل از کار و عدم توازن تلاش - پاداش، نقش تعیین‌کننده‌ای بر سلامت افراد دارند. (۲۳)

تفاوت‌های روشنی در میزان مرگ و میر در ارتباط با شغل‌های گوناگون دیده می‌شود. این تفاوت از سده ی نوزدهم میلادی که انقلاب صنعتی در فعالیت‌های اقتصادی وارد شد پدید آمد؛ و نشان داد که مرگ‌ومیر برای کارگران غیر ماهر بالاترین میزان، و برای شغل‌های ساده کمترین میزان را داشته است. هم‌اکنون برخی کارها و پیشرفت‌ها بیشترین میزان مرگ‌ومیر و آسیب‌دیدگی را دارند. (۲۴)

بین میانگین سلامت افراد با میزان هزینه ی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ ($p=0/000$) به این معنی که سلامت سالمندانی که هزینه ی خانوار خود را بیش از ۲۰۰ هزار تومان اعلام کرده‌اند بیش از سایر افراد می‌باشد. البته باید گفت که سالم‌ترین افراد لزوماً افراد با درآمد بالا نیستند؛ یعنی برخی هستند که درآمد خوبی هم دارند ولی هنوز طریقه ی درست تغذیه کردن و رعایت مسائل بهداشتی و سلامتی را نمی‌دانند. پس آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می‌شود رابطه ی مستقیم با سلامت دارد؛ ولی جنبه ی دیگر درآمد که برای سایر مصارف خرج می‌شود نمی‌تواند لزوماً رابطه ی مستقیمی با سلامت افراد داشته باشد. که در اینجا نقش سواد، تحصیلات و مسائل فرهنگی مطرح می‌شود؛ ولی در کل نمی‌توان منکر رابطه ی مستقیم درآمد و تأمین نیازهای مهم

بهداشتی و از آن طریق تأمین سلامت شد. (۵) طبق مطالعه ای در سال ۲۰۰۱ در مروری بر ۱۶ مطالعه از چهار کشور جهان، و نیز در مرور مطالعات تجربی، ارتباط میان درآمد و بیماری‌ها و مرگ و میر با استفاده از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت را در مقاطع زمانی مختلف نشان دادند. (۲۵) از ۴۴ مطالعه که رابطه ی معنادار میان متغیرهای سلامت و درآمد را به طور کامل یا نسبی تأیید کرده است؛ در ۱۸ مطالعه، وضعیت سلامت نامطلوب، در گروه‌های دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین تر بیشتر بوده است؛ که چهارده مورد آن مربوط به مطالعاتی بوده که رابطه ی معنادار را مورد تأیید کامل قرار داده اند. سایر مطالعات، تنها معناداری رابطه را مورد تأیید قرار داده اند؛ اما جهت این رابطه را مشخص نکرده اند. (۲۶)

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نگارنده با عنوان «مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در کهنسالی» به راهنمایی جناب آقای دکتر حسن سرایی و مشاورت سرکار خانم دکتر شیرین احمد نیا و آقای دکتر کورش مهرتاش می‌باشد. بر خود لازم می‌دانم از هر سه بزرگوار به خاطر راهنمایی‌ها و کمک‌های بی‌دریغ شان و سالمندان عزیز شرکت‌کننده در پژوهش که علیرغم ضعف جسمانی شان، نهایت همکاری را با محقق داشتند، کمال قدردانی و تشکر را داشته باشم.

References:

1. Mohseni M. medical sociology. Tehran .2003; 77 [in Persian]
2. Preston S and Taubman p. Socioeconomic differences in adult mortality and health status. Demography of aging. National academy press Washington. D.C. 1994.
3. Azizi Zynalhajlv A, Tabriz JS. Social determinants of health: the impact of socioeconomic status on health. Interactive video magazine. 2015; 5(1): 15-21. [in Persian]
4. Kuhn B. Introduction to Sociology. Tehran: Samt. 1938. [in Persian]
5. Mirzaei M. Booklet classroom mortality and its changes. Faculty of Social Sciences of Allameh Tabatabai University. 2005. [in Persian]
6. Kianpour Ghahfarokhi F and Haghighi C. consistent with aging issues. Proceedings of the elderly. Women's Group Publications Nikokar. 2000; 3(72). [in Persian]
7. Glover J. A social health atlas of South Australia: Public Health Information Development Unit, University of Adelaide. 2006.
8. Mirzaee M. Population and development, with an emphasis on Iran. Tehran: Center for Population Studies and Research in Asia and the Pacific. 2005; 50. [in Persian]
9. Sohrabi A, Hosseini MR. The relationship between general health, mental and physical, social and economic base of city Poldokhtar (subjects aged 18 to 35 years). The first national conference on ways to develop and promote education, psychology, counseling and education in Iran. 2016; 7. [in Persian]
10. Mohseni Tabrizi A. The relationship between social support and mental health among students of Tehran University Youth Studies Quarterly, No. 10 and 11, autumn and winter. 2007; 3 (10). [in Persian]
11. Rahimi A, Alizadeh M, Arshinji M, Sharifi F. Physical health status and socio-economic outcomes on elderly in Tehran metropolitan Area. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2013; 13(1): 29-37. [in Persian]
12. Shahbazi N, Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Naderi Z, Sohrabnejad A et al. Relationship between Socioeconomic Status and General Health in the Female-headed Households. journal of ilam university of medical sciences. 2015; 23 (1): 56-62. [in Persian]
13. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. Annul Review of Psychology. 2002; 53: 371-99.
14. Seyfzadeh A. characteristics of the economic, social & demographic and mental health in old age (the city of Azarshahr). Journal of Population. 2008; 64: 127- 162. [in Persian]
15. seyfzadeh A. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City. jgn. 2015; 1 (4): 95-106. [in Persian]

16. Arshinji M. Physical health status of elderly in different aged groups and association with socioeconomic components in Tehran province: Public health school -Tehran University of medical & health sciences. 2010. [in Persian]
17. Ranjbaran M, Soori H, Etemad K, Khodadost M. Relationship between Socioeconomic Status and Health Status and Application of Principal Component Analysis. 2014; 1 (1): 9-19. [in Persian]
18. Stansfeld S1, Marmot M. Deriving a survey measure of social support: the reliability and validity of the Close Persons Questionnaire. Soc Sci Med. 1992; 35(8): 1027-35.
19. Porsa, Roland. Demographic analysis. Khosro Asadi translator. Tehran: samt Publications. 1995; 42. [in Persian]
20. Lucas, D and, Mir P. Introduction to population studies. Translation H, Mahmoodian. Tehran: Tehran University. 2002; 80. [in Persian]
21. 9- Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social class in US Public Health research: concepts, methodologies and guidelines. Annual Review of Public Health. 1997; 18
22. Pierovi H. et al. The relationship between social support and mental health in students of Tehran University. Journal of Preventive Medicine. 2010; 69 (2). [in Persian]
23. Siegrist J, Marmot M. Social inequalities in health: new evidence and policy implications: Oxford University Press. 2006.
24. Ashofteh Tehran A. demography also analyzed demographic and population. Tehran: Gostaresh. 2001; 93. [in Persian]
25. Phipps Sh. The Impact of Poverty on Health, a Scan for Health Literature. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. 2003; 39.
26. Sajjadi H, Vameghi M, Madani Ghahfarokhi S. Health and Income in Iran: A Review on Published Studies in Farsi. 2000 to 2007. Hakim Research Journal. 2013; 15(4): 309-320.

Original Article**Investigating the relationship between socio-economic status and health of older adults****Case study: Azarshahr****A. Seyfzadeh***

*PhD student of Sociology & Social Problems, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University Dehaghan, Dehaghan, Iran

(Received: 31 Jul, 2016 – Accepted: 6 Sep, 2016)**Abstract**

Introduction: The growing population of older adults mandates attending to their health and socioeconomic factors that affect it. Furthermore, it is potentially important to study the underlying factors that affect life status in this period.

Objective: The aim of the present study was to investigate the relationship between socioeconomic status and health in older adults of Azarshahr.

Method: The current cross-sectional descriptive study recruited 312 older adults of 65 years and older from Azarshahr city using stratified random sampling method. Goldberg General Health Questionnaire was used to evaluate the mental health of older adults. Furthermore, General Health Questionnaire and another questionnaire were used to assess physical ability to perform activities of daily living and Keynesian Social Health Questionnaire was used to measure social health. Data were analyzed in SPSS22 using descriptive and analytical tests including independent t test and one-way analysis of variance.

Results: A significant relationship was found between education and health (physical, social and psychological) of respondents ($p = 0.026$), which means that people with higher education enjoyed a better health than those with lower education levels. Furthermore, a significant relationship was found between mean health and family living expenses ($p = 0.000$), such that people who declared their living expenses to be higher than 2000000 rials were healthier than others. A significant difference also existed among different jobs in terms of health status ($p = 0.000$), which means that older people with middle class jobs were healthier than others.

Conclusion: Older people with high socioeconomic status enjoy higher physical, psychological and social health than other older people. In fact, older adults' health status and health problems are major concerns in most societies and require careful and right policies and planning.

Key words: health, geriatrics, socioeconomic status