

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در گهنسالی
(مورد شناسی: آذرشهر)

حسن سرایی^۱

علی سیف زاده^۲

تاریخ وصول : ۹۴/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۷/۲۹

چکیده

پیری یا سالمندی به عنوان آخرین دوره زندگی انسان همواره مورد توجه متفکران علوم انسانی و زیست شناسی بوده و هست. علی رغم توجه به مسایل و مشکلات سالمندان در حوزه پزشکی قدمت طولانی دارد، اما رشد فزاینده وشتابان جمعیت سالخورده در سال های اخیر و تاثیر عمیقی که این پدیده بر شرایط اقتصادی - اجتماعی دارد، زمینه نگرش های چند جانبه ای همچون نگرش اجتماعی و روانشناختی را فراهم کرده است. در واقع در کنار نگرش زیست شناختی به فرایند پیری و بررسی شخصیت سالمندان بر حسب تغییرات درونی آنها، می توان با توجه به نحوه تعامل با جهان خارج از رویکردی اجتماعی به فرایند پیری پرداخت. هدف اصلی تحقیق، شناخت عوامل مؤثر بر سلامت 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 بوده است. 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 بیشتری نسبت به زنان برخوردارند. (۲) سلامت افراد دارای همسر و سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند، تقریباً یکسان است. (۳) با افزایش سن شاهد کاهش سلامت سالمندان می باشیم (۴) با افزایش حمایت اجتماعی شاهد افزایش سلامت سالمندان می باشیم و سلامت سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند، بیش از سایر سالمندان است. (۵) رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت مستقیم می باشد، طوری که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند.

واژگان کلیدی: سلامت، سالمندی، مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی.

^۱ - استاد و هیأت علمی گروه پژوهشگری علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

^۲ - کارشناسی ارشد جمعیت شناسی دانشگاه علامه طباطبائی و دانشجوی دکتری جامعه شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان.

seyfzadehali@yahoo.com

مقدمه

تنها از دهه ی ۱۹۸۰ بود که جمعیت شناسان روی سالخوردگی در کشورهای در حال توسعه متمرکز شدند و بعد از آن اقتصاددانان این مسأله را دریافتند و به آن پرداختند. جمعیت شناسان به وسیله پیش بینی های جمعیت که کاهش باروری و مرگ و میر مخصوصاً در آسیا و آمریکای لاتین در نتیجه سالخوردگی جمعیت را مشخص می کرد تحریک شدند. (مارتین و کینزلو، ۱۹۹۴: ۳۵۶)

بیشتر تلاش های اولیه جمعیت شناسان بر روی سالمندان کشورهای در حال توسعه بر روی افزایش آگاهی نسبت سالمندان به عنوان یک فرایند تحقیقاتی و سیاسی متمرکز شده بود. در دهه پیش بیشتر گزارش های، کنفرانس ها و مقالات روزنامه ها بر تخمین جمعیت سالمند تأکید داشتند ... کارهای عمیق تری برای مثال توسط یو و هوریچی (۱۹۸۷) انجام شد که در آن سهم تغییرات تولد و مرگ و میر به علاوه ساختار اولیه سنی برای جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته مشخص شد. (همان: ۳۵۷)

کاهش باروری همراه افزایش امید به زندگی باعث شکل جدیدی در ساختار سنی جمعیت در اکثر مناطق با تغییر وزن نسبی از جوانتر ها به گروه های مسن همراه می باشند. (تاجور، ۱۳۸۲: ۱۱) اگر چه در کشورهای جهان سوم طی سال ها 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)

سالخوردگی دورانی است که دارای برخی ویژگی های جسمی، اجتماعی و روانی است. یکی از این ویژگی های کاهش نسبی قوای جسمانی است، به 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 موقعیت های شغلی دومین این دوران است، کاهش مسؤولیت هایی 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 یک بار 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) بسیاری از افراد سالخورده به ویژه افرادی که با داشتن پست های بالا باز نشسته می شوند و توان و امکان کار از دست

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی

(مورد شناسی: آذرشهر)

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 به وجود 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)

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 ی 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 اثر گذارند و از این کنش های 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 جان استین 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 مراقبت های پزشکی مرتبط اند

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 دالگرین و وایت هددرباره لایه های مؤثر بر سلامت می پردازیم.

دالگرین و وایت هد (۱۹۹۱) لایه های مؤثر بر سلامت را اینگونه بیان می کنند:

- ۱- فاکتورهای ارثی (سن و جنس)
 - ۲- فاکتورهای سبک زندگی فردی
 - ۳- حمایت ها و تأثیرات جامعه که می تواند تداوم بخش یا مخرب سلامت باشد.
 - ۴- وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات
 - ۵- وضع اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی مانند استاندارد های زندگی، بازار کار و ...
- در این تحقیق 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 شده است.
- در مورد رابطه جنس و سلامت می توان گفت که تحلیل ها بر پایه اطلاعات حاصل از بررسی های اداره ناحیه ای سازمان بهداشت جهانی درباره سالمندان در آسیا نشان می دهد که زمان زندگی که در سلامت صرف می شود برای زنان نسبت به مردان پایین تر است. (مارتین و کینزلو، ۱۹۹۴: ۳۶۲) ابتلا به بیماری در میان زنان بیش از مردان می نماید. اندازه گیری مرگ و میر دشوار است اما بنا بر 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: ۸۳)
- بیشتر حالات مربوط به سلامت و بیماری به نحوی با سن مرتبط است. نوع بیماری ها، شدت بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن در سنین مختلف متفاوت است. سن یکی از تعیین کننده ترین متغیرها در رابطه با بهداشت و سلامت است. (محسنی، ۱۳۸۲: ۱۴۷) میان کهنسالی و برخی از بیماری ها 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 قهقراپی 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 دگرگونی های 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 سالخوردهگان 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) مورای و همکارانش

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی

(مورد شناسی: آذرشهر)

(۱۹۹۲) نمونه هایی از گزارش های 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، گر چه ارتباط با سن در همه کشورها کاملاً یکنواخت نیست. به صورت مشابهی نودل و همکارانش در تایلند به یک منبع مختلف اطلاعاتی دست یافتند که نشان می داد بیماری ها همیشه با سن افزایش نمی یابد. (مارتین و کینزلو، ۱۹۹۴: ۳۶۲)

برای بررسی وضع تأهل و تأثیرش روی سلامت باید سنین ۵۰ سال و بالاتر را در نظر بگیریم که تأثیرش 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. 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 تأهل آسیب پذیر ی به دلایل زیر: ۱- علت عدم ازدواج مردان، وجود بیماری و معلولیت است. ۲- تاهل در زندگی سالم از نظر همبستگی های اجتماعی و نظمی 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 تأهل روی سلامت و مرگ و میر به خصوص در سنین سالخوردگی تاثیر می گذارد. (میرزایی، ۱۳۸۴: ۵۰) شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است. در نا سازگاری سالخوردگان مؤثر تر از تمام عوامل دیگر 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 سالخوردگانی که همسر خود را از دست داده اند، بیشتر گرفتار اختلالات روانی و جسمانی می شوند. 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 فرزندان 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) واقعیت این است که چندی پیش نداشتن تساوی اجتماعی دخالت چندانی در میزان مرگ و میر طبقات فقیر نمی کرد. پزشکی به شکل غیر مؤثر خود باعث می شد که حتی فقیرانی که به آن امکانات دسترسی نداشتند، از این بابت چیزی از دست ندهند. (پرسا، ۱۳۵۳: ۳۵) بر اساس بررسی های براون و هاریس طبقه اجتماعی تأثیرات مثبت و منفی خود را از طریق عوامل حمایتی (روابط و امکانات مناسب خانوادگی)،

عوامل آسیب آفرین (دشواری های خانوادگی) ، عوامل تحریک آفرین (کمبودها و دشواری های بلند مدت) بر پدیده افسردگی منتقل می سازد. مشاغل گوناگون رابطه ای مستقیم یا غیر مستقیم با بیماریها دارند و مشاغل مختلف انسان را مواجه با مخاطرات خاص می کند ، که مقابله با آنها بستگی کامل به امکانات اجتماعی ، اقتصادی و بهداشتی جامعه دارد. بسیاری از بیماری ها با مشاغل خاص بستگی دارند و به خاطر جلوگیری از بیماری ها جامعه محتاج به رعایت اصول بهداشتی خاص می گردد. کار در معدن از جمله پر خطرترین مشاغل است و کارگران در معرض بیماری های دستگاه تنفسی هستند ... اگر برخی از بیماری ها ، تمام گروه های شغلی را کم و بیش به یک میزان تحت تاثیر قرار می دهد (مانند تومورهای بدخیم ، تصلب شریان های مغزی ، کوروناریت ها و ناراحتی های قلبی) در مقابل کارگران بیشتر از سایر گروههای شغلی به سل ، سیروز کبدی و حوادث ناشی از کار مبتلا می شوند. (محسنی، ۱۳۸۲ : ۱۸۳) خودداری و مقاومت افراد طبقات پایین در ارتباط با مسایل 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. کالدول (۱۹۸۶) مشاهده کرده است که کاهش مرگ و میر بدون توسعه اقتصادی مناسب تنها زمانی می تواند رخ دهد که سطوح بالایی از تحصیلات یا نظام های سیاسی که بر ، برابری اجتماعی تأکید دارند ، وجود داشته باشند. وی از چین، کاستاریکا ، کوبا و سربلانکا برای مثال نام می برد . (لوکاس ، ۱۳۸۱ : ۸۰)

پژوهشگران با استفاده از فرضیه های دور کم کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند. استدلال آنها از این قرار است که اگر یکانگی اجتماعی ضعیف باشد در این صورت افراد از حمایت اجتماعی بی بهره اند و از همین رو سلامتشان در خطر است. بر عکس، حمایت اجتماعی زیاد افراد را از بیماری در امان نگه می دارد. (آرمسترانگ، ۱۳۷۲ : ۶۲) محققان در مورد چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت دو نظریه ارائه کرده اند، فرضیه سپر و تأثیر مستقیم. بر اساس فرضیه سپر ، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد ، بر سلامت او مؤثر است. این نقش محافظتی تنها زمانی که فرد به استرس شدید دچار باشد کارایی دارد. کسانی که حمایت اجتماعی بسیاری از آنان به عمل می آید، ممکن است فکر کنند یکی از کسانی که می شناسند مثلاً بوسیله ی پول قرض دادن یا راهنمایی های مالی ، به ایشان کمک خواهد کرد. در نتیجه آنان چون احساس می کنند که از عهده این بحران بر خواهند آمد ، موقعیت را خیلی استرس زا ارزیابی نمی کنند. راه دوم ، شامل تعدیل واکنش در برابر موقعیتی است که استرس زا ارزیابی شده است. برای مثال، کسی

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی

(مورد شناسی: آذرشهر)

که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار است، ممکن است دوستی داشته باشد که راه حل مناسبی را برای مشکل او ارائه دهد، او را متقاعد کند که مشکل خیلی هم مهم نیست، یا با گفتن حرف هایی چون «جنبه مثبت قضیه را در نظر بگیر» یا «به بخشش دیگران امیدوار باش» موجب دلخوشی شخص گردد. کسانی که از حمایت اجتماعی کمی برخوردارند، از این مزایا بهره مند نیستند. به همین دلیل تأثیرات منفی استرس بر آنان بسیار بیشتر است.

فرضیه تأثیر مستقیم، حاکی از این است که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت مفید است. تأثیرات مستقیم از چندین راه ممکن است عمل کند. برای مثال افرادی که از حمایت های 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)

فرضیه های تحقیق

بین جنس افراد و سلامت تفاوت وجود دارد به این صورت که مردان از سلامت بیشتری نسبت به زنان برخوردارند.

۱. بین وضع تأهل افراد و سلامت تفاوت وجود دارد، به این صورت که افراد متأهل از سلامت بیشتری نسبت به مجردین برخوردارند.
۲. بین سن افراد و سلامت رابطه تفاوت دارد، به این صورت که با بالا رفتن سن میزان سلامت افراد کاهش می یابد.
۳. بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت تفاوت وجود دارد، به این صورت که افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند از سلامت بالایی نیز برخوردار می باشند.
۴. بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و سلامت تفاوت وجود دارد، به این صورت که افراد دارای پایگاه اقتصادی و اجتماعی بالا از سلامت بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردارند.

ابزار و روش

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 که طبق اعلام شبکه بهداشت و درمان شهر آذرشهر ۲۰۵۵ نفر می باشند. با استفاده از فرمول دو مرحله ای کوکران حجم نمونه ۳۱۲ نفر برآورد گردید. گردآوری اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه به این صورت انجام گرفت که، دو نفر از پرسشگران آموزش دیده شبکه بهداشت و درمان شهر آذرشهر، در جلسه توجیهی شرکت نموده و سپس دستورالعمل و راهنمای نحوه تکمیل پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت و پرسشگران بر اساس دستورالعمل و به صورت تصادفی به پاسخگویان مراجعه و به روش مصاحبه حضوری پاسخ ها را دریافت و پرسشنامه را تکمیل کرده اند. بنابراین از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) استفاده شده، به این صورت که لیست سالمندان همراه آدرس و شماره تماس آنها تهیه گردید و سپس تعداد نمونه لازم بر اساس تعداد جمعیت در هر منطقه بهداشتی (در مجموع ۹ منطقه) به صورت تصادفی انتخاب شد، که از جدول اعداد تصادفی نیز برای این امر استفاده گردیده است.

برای سنجش سلامت از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. برای محاسبه شاخص سلامت افراد، ابتدا از طریق نمره دادن گویه ها به صورت متغیر فاصله ای در آورده شده است. به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت 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 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 آزمون های آماری T و تحلیل واریانس (F) استفاده شده است.

یافته ها

در مجموع، از ۳۱۲ نفر مورد مطالعه، ۱۶۱ نفر (۵۱٫۶ درصد) مرد و بقیه زن بودند. ۸۱٫۸ درصد پاسخگویان دارای همسر و ۱۸٫۲ درصد نیز بی همسر بر اثر فوت همسر بوده اند. ۴۴٫۲ درصد از افراد مورد مطالعه سالمند جوان (۶۹-۶۵ سال)، ۴۰٫۳ درصد سالخورده (۷۹-۷۰ سال) و بقیه (۱۵٫۵ درصد) کهنسال (۸۰ سال و بالاتر) بودند. میانگین سنی در جمعیت مورد بررسی ۷۱٫۷ سال بوده است. از نظر سطح تحصیلات، ۶۳٫۸ درصد بی سواد بودند، ۳۲٫۳ درصد تحصیلات تا حد دیپلم داشتند و ۳٫۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند.

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی
(مورد شناسی: آذرشهر)

جدول (۱) توزیع پاسخگویان به تفکیک شاخص سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

گزینه	سلامت جسمانی	سلامت اجتماعی	سلامت روانی	سلامت کلی
دارد	۴۶.۶	۵۶.۵	۵۷.۵	۵۳.۵۳
ندارد	۵۳.۴	۴۳.۵	۴۲.۵	۴۶.۴۷
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

مطابق جدول ۴۶.۶ درصد پاسخگویان از سلامت جسمانی، ۵۶.۵ درصد از سلامت اجتماعی و ۵۷.۵ درصد از سلامت روانی برخوردارند. وضعیت سلامت سالمندان به طور کلی نشان می دهد وضعیت سلامت سالمندان در این شهر در حد متوسط (۵۳.۵۳ درصد) می باشد. در خصوص سه بعد سلامت مورد بررسی در این پژوهش می توان گفت که، سلامت جسمی عبارت است از وجود نداشتن بیماری، وجود نداشتن نشانه های بیماری و استفاده نکردن از مرخصی استعلاجی. (بیک محمد لو، ۱۳۸۴، ۶۸) 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. بعد اجتماعی سلامت در بر گیرنده سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است. به طور کلی از این دید هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگتر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه تمامیت شخص در رابطه با شبکه ای اجتماعی توجه می شود. به عبارت دیگر سلامت اجتماعی وجود ارتباط میان افراد یا همان جامعه پذیری، لذت بردن از بودن در میان دوستان، پشتیبانی شدن از سوی خانواده و بستگان و دوستان را در بر می گیرد که ارتباط و تداخل کسان در یک طبقه اقتصادی - اجتماعی همانند انجام می گیرد. (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۴۴)

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

جدول (۲) بررسی تفاوت بین جنسیت و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

جنس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	۴	سطح معنی داری
مرد	۱۳۷	۱۱۸.۹۱	۸.۱۰	۱.۳۴۵	۰/۰۲۱
زن	۱۳۷	۱۱۵.۵۲	۱۰.۲۲		

نتایج آزمون t محاسبه شده به میزان ۱.۲۴۵ نشان می دهد که بین میانگین سلامت مردان و میانگین سلامت زنان تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/021$). به این معنی که مردان سالمند از سلامت بیشتری نسبت به زنان سالمند برخوردارند.

فرضیه دوم: بین وضع تأهل افراد و سلامت آنها تفاوت وجود دارد، به این صورت که افراد متأهل از سلامت بیشتری نسبت به مجردین برخوردارند.

جدول (۳) بررسی رابطه بین وضع تأهل و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

وضع تأهل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
دارای همسر	۲۲۰	۱۱۶.۴۲	۸.۳۰	-۰/۹۲۳	۰/۳۵۷
بی همسر	۵۲	۱۱۵.۱۵	۱۲.۶۲		

نتایج آزمون تی تست نشان می دهد که بین میانگین سلامت متأهلین و میانگین سلامت افراد مجرد تفاوت معنی داری وجود ندارد ($\text{sig}=0/357$). به این معنی که سلامت افراد دارای همسر و سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند، تقریباً به یک میزان است. شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در نداشتن سلامت روانی سلامت روانی و اجتماعی سالمندان موثرتر از سایر عوامل باشد. (کیانپور و حقیقی، ۱۳۷۸: ۷۲)

فرضیه سوم: بین سن افراد و سلامت آنها تفاوت 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 فعالیت های 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 به بارموردی معلوم شده است که پیران بیشتر نزد پزشک می روند.

جدول (۴) بررسی رابطه بین سن و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

سن	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
۶۶ تا ۷۵ ساله	۱۳۱	۱۱۸.۰۹	۷.۳۶	۱۱.۵۳۴	۰/۰۰۰
۷۶ تا ۸۵ ساله	۱۱۱	۱۱۶.۰۱	۷.۷۶		
۸۰ سال و بیشتر	۴۰	۱۱۰.۳۵	۱۴.۳۹		
جمع	۲۷۲	۱۱۶.۱۰	۹.۱۸		

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی
(مورد شناسی: آذرشهر)

مقایسه میانگین سلامت افراد با سنین مختلف نشان می دهد که بین سن سالمندان و سلامت آنها رابطه معنی داری وجود دارد ($\text{sig}=0/000$). به این معنی که با افزایش سن شاهد کاهش میزان سلامت سالمندان می باشیم و سلامت سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سایر افراد می باشد.

فرضیه چهارم: بین میزان برخورداری از حمایت اجتماعی و سلامت تفاوت 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 (جسمانی، اجتماعی و روانی)

حمایت اجتماعی	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
کم	۴۲	۱۱۲.۹۸	۹.۰۶	۱۱.۳۰۲	.۰۰۰
متوسط	۱۰۰	۱۱۴.۱۰	۷.۵۱		
زیاد	۱۳۰	۱۱۸.۸۷	۹.۸۵		
جمع	۲۷۲	۱۱۶.۲۱	۹.۲۷		

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین سلامت سالمندان بر حسب 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 سالمندان می باشیم و سلامت سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند، بیش از سایر افراد می باشد.

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

جدول (6) بررسی رابطه بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

پایگاه اقتصادی، اجتماعی	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
پایین	۹۰	۱۱۱.۴۸	۱۰.۰۵	۲۳.۸۰۷	.۰۰۰
متوسط	۷۵	۱۱۲.۷۱	۶.۳۱		
بالا	۸۱	۱۱۹.۶۵	۷.۸۱		
جمع	۲۴۶	۱۱۶	۹.۰۸		

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین میانگین سلامت 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 برخوردارند و سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی پایین از سلامت کمتری بهره مند هستند.

بحث و نتیجه گیری

جمع بندی یافته ها نشان می دهد که سالمندان آذرشهر از وضعیت سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) در حد متوسط برخوردارند و تفاوتی بین وضع تأهل و سلامت سالمندان وجود ندارد. در حالی که

تفاوت بین جنسیت، سن، حمایت اجتماعی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سلامت در کهنسالی اثبات شده است.

آشفته یافته های این پژوهش نشان می دهد که مردان از سلامت بیشتری نسبت به زنان برخوردارند. این یافته با نتایج تحقیق صفرزاده و مشاک (۱۳۸۹) مطابقت دارد که طی آن پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که بین زنان و مردان سالمند از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنادار وجود دارد. در مورد تفاوت مرگ و میر و سلامت بین دو جنس می توان گفت که یک مقداری از این تفاوت بیولوژیکی است. شواهد تجربی و مطالعات زیست شناسی مؤید آن است که یک مقدار از این تفاوت بیولوژیکی است ولی در سطوح پایین تر مرگ و میر تا ۲/۵ سال این تفاوت می تواند بیولوژیک تلقی شود. (میرزایی، ۱۳۸۴: ۵۰) در واقع نوع بیماری هایی که زنان و مردان به آنها مبتلا می شوند فرق می کند، بیماری هایی که باعث مرگ و میر می شوند با بیماری های غیر مرگ آور فرق می کند. مردان بیشتر مبتلا به بیماری های 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 تفاوت های فیزیولوژیک و اجتماعی زن و مرد، نوع، شدت و فراوانی در دو جنس متفاوت است. 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 تأکیدش 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)

مطالعات انجام گرفته در مورد وضع تأهل و تأثیرش روی سلامت مؤید آن است که برای بررسی وضع تاهل و تأثیرش روی سلامت باید سنین ۵۰ سال و بالاتر را در نظر بگیریم که تأثیرش 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 تأهل آسیب پذیر ترند به دلایل زیر: ۱- علت ازدواج نکردن مردان، وجود بیماری و معلولیت است. ۲- تأهل در زندگی سالم از نظر همبستگی های اجتماعی و نظمی 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 تأهل روی سلامت و مرگ و میر به خصوص در سنین سالخوردگی تأثیر می گذارد. (میرزایی، ۱۳۸۴: ۵۰)

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی

(مورد شناسی: آذرشهر)

یافته های پژوهش نشان می دهد که سلامت سالمندان دارای همسر و سالمندانی همسر خود را از دست داده اند، مشابه هم می باشد که یکی از دلایل آن می تواند متأهل بودن اکثر سالمندان مورد بررسی باشد و همچنین کوچک بودن شهر آذرشهر باعث شده که افراد سالمند از نظر سلامت با مشکل کمتری مواجه شوند و تفاوتی از این لحاظ بین سالمندان دارای همسر و بدون همسر وجود ندارد.

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 بیماری ها، شدت بیماری ها 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 سالمندان می باشیم و سلامت سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله بیش از سایرین می باشد.

نتایج بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت در این پژوهش نشان می دهد که سالمندان برخوردار از حمایت اجتماعی بیشتر از سلامت بیشتری نیز بهره مند هستند. براساس یافته های نبوی و دیگران (۱۳۹۳) افزایش حمایت اجتماعی سالمندان می تواند تأثیر مهمی بر سلامت و عملکرد اجتماعی سالمندان داشته باشد.

بررسی های محسنی و همکارانش در مورد ویژگی های اقتصادی و اجتماعی بیماران در شهر تهران نشان داده که در میان بیماران بالاترین نسبت مربوط به طبقات پایین و متوسط رو به پایین است. (محسنی، ۱۳۸۲: ۱۸۷) در این پژوهش نیز یافته ها نشان می دهد که بین پایگاه اقتصادی، اجتماعی و سلامت در کهنسالی رابطه معنی داری وجود دارد، طوری که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی در حد بالا بیش از سایر سالمندان از سلامت برخوردارند.

پیشنهادها

الف) پیشنهادهای 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 بی عاطفگی و سردی میان سالمندان و جامعه به وجود می آورد. (بشلیده، ۱۳۷۸: ۳۵) به صورتی که اکثر سالمندان مورد بررسی نیاز به حمایت عاطفی و احترام قایل شدن به آنها را مهم ترین نیاز یک فرد سالمند عنوان کرده اند، لذا به نظر می رسد راه اندازی کلپ 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 بی تعهدی به تدریج از زندگی فعال کنار گذاشته می شوند و نیز بر اساس نظریه فعالیت پیری موفقیت آمیز ایجاب می کند که نقش های تازه ای کشف شود یا برای حفظ نقش های قدیم، وسایل تازه ای بوجود آید. (وندر، ۱۳۷۶: ۶۹) برای آنکه این آرمان تحقق یابد، لازم است که در آینده ارزش سن را باز شناسیم و سالمندان را عهده دار نقش های جدیدی کنیم، نقش هایی که از نظر اجتماع ارزشمند است. طوری که سالمندان احساس پوچی و بی فایدهی نکنند. لذا به نظر می رسد اقدامات زیر می تواند در این راستا مؤثر واقع شود:

✓ اهتمام خاص از سوی سازمان تأمین اجتماعی و نهادهای غیر دولتی در جهت بکارگیری افراد سالمندی که از سلامت برخوردارند در امور مختلف اجتماعی و بهداشتی و فعالیت های عمرانی 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 مهارت های خود

۳. با توجه به اینکه در جامعه ایرانی خانه بهترین و مناسب ترین محل برای نگهداری از سالخوردهگان و مراقبت از آنها می باشد، چرا که سالمندان با ماندن در خانه و دریافت مراقبت های 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 پیشرفت های شایان توجهی که در سال های اخیر در امر بهداشت وجود آمده، به مسأله ی سالمندان توجه کافی نشده است، به طوری که هنوز موسسه یا نهاد خاصی نداریم که هم بتواند برای حمایت از این گروه سیاست های اصولی و کلی طرح ریزی کند و هم قدرت اجرایی آن را داشته باشد. بنابراین نظام بهداشتی - درمانی کشور و مسؤولان امر لازم است به اتخاذ تدابیری در این زمینه پرداخته و تشکیلات متناسب و گسترده ای را برای حمایت از این طبقه به وجود آورند و از آنجا که بسیاری از بیماری های دوران سالمندی قابل پیشگیری و کنترل است، توصیه می شود جمعیت این شهرستان آموزش های لازم را جهت پیشگیری دریافت دارند. (نجاتی، ۱۳۸۸: ۶۲)

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی

(مورد شناسی: آذرشهر)

۵. با عنایت به اینکه ، در جامعه ایران ، با توجه با ارزش های نهفته در فرهنگ ملی و مذهبی ، بی توجهی نسبت به دردها و رنج های سالمندان پذیرفتنی نیست، زیرا از سرمایه های جامعه محسوب می شوند و باید مورد حمایت قرار گیرند. 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 حمایت های مادی لازم از افراد سالخورده در مناطق شهری و روستایی به عمل آید. (موسوی، ۱۳۷۴: ۳۵) لذا پیشنهاد می شود که این برنامه ها و حمایت ها به صورت مستمر و مدام ادامه پیدا کند و محدود به روز و تاریخ خاصی نباشد.
۶. بهبود سواد سلامت ممکن است استراتژی مؤثری در بهبود وضعیت سلامت سالمندان باشد. با توجه به نتایج پژوهش، آموزش و توسعه رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان و لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه های ارتقای سلامت توصیه می گردد. (محسنی و دیگران، ۱۳۹۴)
۷. توسعه مراقبت‌های نظام‌یافته و ارایه خدمات مناسب به سالمندان در قالب شبکه‌های بهداشتی‌درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افزایش آگاهی‌های بهداشتی سالمندان و آموزش مهارت‌های زندگی به آنان و خانواده‌هایشان می تواند نقش مؤثری در بهبود وضعیت سالمندان داشته باشد. (صادقیان، ۱۳۹۰)

ب) پیشنهادات برای تحقیقات آینده

- ✓ بررسی سلامت در سالمندان نسبت به دیگر گروه های سنی بیشتر جنبه ذهنی دارد. به همین دلیل بررسی وضعیت سلامت سالمند تنها نباید محدود به بررسی جنبه های پزشکی باشد. (اسدی، ۱۳۹۱)
- ✓ در مورد نیازهای سالمندان ، یک پژوهش نیاز سنجی صورت گیرد تا خواسته ها و انتظارات سالمندان مشخص شود تا برنامه ریزان و مسؤولین 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 مأخذ

- ۱- آرمسترانگ، د (۱۳۷۲)، جامعه‌شناسی پزشکی. ترجمه: م، توکل. تهران: موسسه انتشارات علمی.
- ۲- آشفته‌تهرانی، ا (۱۳۸۱). جمعیت‌شناسی و تحلیل جستارهای جمعیتی. تهران: انتشارات گستره.
- ۳- اسدی، ا، الحانی، ف و پیروی، ح (۱۳۹۱). سلامت در سالمندان: یک مطالعه مروری. نشریه پرستاری ایران. جلد ۲۵ شماره ۷۸: ۶۲-۷۱
- ۴- بشلیده، ک (۱۳۷۹). تاثیر مداخله‌های حمایتی در تامین نیازهای روانی، اجتماعی سالمندان. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد سوم.
- ۵- بیگ محمد لو، س (۱۳۸۴). بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی- اجتماعی بر سلامت کارکنان آموزش و پرورش شهرستان قزوین. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۶- پرسا، ر (۱۳۵۳). جمعیت‌شناسی اجتماعی، ترجمه‌ی منوچهر محسنی، انتشارات دانشگاه تهران، تهران.
- ۷- تاجور، م (۱۳۸۲) بهداشت سالمندان، تهران: انتشارات نسل فردا.
- ۸- تقوی، ن (۱۳۷۴)، سالخوردگان در جامعه. فصلنامه جمعیت شماره ۱۱ و ۱۲.
- ۹- سارافیند، ا (۱۳۸۱)، روان‌شناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی). تهران: انتشارات رشد.
- ۱۰- سام آرام، ع (۱۳۷۲)، از غرب خانه عشایری تا سرای سالمندان خصوصی. تهران: فصلنامه علوم اجتماعی دوره اول شماره ۳ و ۴.
- ۱۱- سام آرام، ع (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور». فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱.
- ۱۲- سام آرام، ع (۱۳۷۹)، موقعیت سالمندان در خانواده. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد دوم.
- ۱۳- سجادی، ح و صدرالسادات، ج (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی. اطلاعات سیاسی - اقتصادی. سال نوزدهم شماره سوم و چهارم.
- ۱۴- سرایی، ح (۱۳۷۵)، مقدمه‌ای بر نمونه‌گیری در تحقیق. تهران: انتشارات سمت.
- ۱۵- صادقیان، ف و دیگران (۱۳۹۰). سالمندی و مشکلات سلامتی: یک مطالعه مقطعی در شهرستان شاهرود. مجله سالمندی ایران. سال ششم شماره ۲.
- ۱۶- صفرزاده، س و مشاک، ر (۱۳۸۹). مقایسه سلامت عمومی، احساس تنهایی و حمایت اجتماعی بین سالمندان زن و مرد ساکن در خانواده‌های شهر اهواز، اولین همایش ملی بهداشت خانواده و اصلاح شیوه زندگی، اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

مشخصه های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت در کهنسالی
(مورد شناسی: آذرشهر)

- ۱۷- کیانپور قهفرخی، ف و حقیقی، ج (۱۳۷۹). سازگاری با مسایل سالخوردگی. مجموعه مقالات سالمندی. انتشارات گروه بانوان نیکوکار. جلد سوم
- ۱۸- لوکاس، د و میر، پ (۱۳۸۱). درآمدی بر مطالعات جمعیتی. ترجمه ح، محمودیان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۱۹- محسنی، م (۱۳۸۲)، جامعه شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری.
- ۲۰- محسنی م و دیگران (۱۳۹۴). بررسی رابطه سطح سواد سلامت و وضعیت سلامت جسمانی در
- ۲۱- بین سالمندان شهر کرمان-۱۳۹۲. مجله سالمندی ایران. سال دهم شماره ۲.
- ۲۲- مرکز آمار ایران (۱۳۸۴). بازسازی و برآورد جمعیت شهرستان های آذربایجان شرقی.
- ۲۳- موسوی، ط (۱۳۷۴)، پدیده سالمندی و سالمند داری از دیدگاه اقتصادی- اجتماعی، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- ۲۴- میرزایی، م (۱۳۸۴)، جزوه کلاسی درس مرگ و میر و تحولات آن. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۲۵- میرزایی، م (۱۳۸۴)، جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران. تهران: مرکز مطالعات و پژوهشهای جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- ۲۶- نجاتی، و (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم در سال ۱۳۸۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. سال ۱۳ شماره ۱: ۶۷-۷۲
- ۲۷- نبوی، ح و دیگران (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان. مجله دانشکده پزشکی مشهد - ۱۳۹۳ - دوره: ۵۷ - شماره: ۷ - صفحه: ۸۴۱-۸۴۶
- ۲۸- وندر، ز (۱۳۷۶). روان شناسی رشد. ترجمه حمزه گنجی. انتشارات بعثت
- 29-Martin, L & Kinsella, K (1994). Research on the demography of aging in developing countries. Demography of aging. National academy press Washington, D.C.