



Comparing General Health of Active and Inactive Elderly Women in Qom

Tahereh Sabaghi Qomi ¹, Seyed Amir Hossein Pishgooei ², Kobra Akhoundzae ³,
Maryam Jadid-Milani ^{4,*}

¹ MSc in Elderly Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Maryam Jadid-Milani, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: milani2000ir@yahoo.com

Received: 21 Jan 2019

Accepted: 24 Feb 2019

Abstract

Introduction: One of the main goals of public health is reducing the disability-related age in elderly. On the one hand, older women especially in the low social and economic class, more experience chronic diseases and disabilities therefore, it is important to be identified women at risk in order to improve their health according to their needs. Since the concept of health in elderly depends on the concept of active and inactive elderly therefore, in this study general health had been compared in active and inactive elderly women in Qom, Iran, 2018.

Methods: This analytical descriptive study was conducted by using cluster sampling on 100 elderly women in the city of Qom that 50 elderly people were active and 50 elderly were inactive. Data were collected by using four tools including: demographic questionnaire, Abbreviated Mental Test (AMTs) (To identify cognitive problems and remove samples), Instrumental Activity of Daily living (IADL) and General Health Questionnaire (GHQ28). The research instrument was completed by asking of elders and analyzed in SPSS 22 using Independent T-Test.

Results: In this study, there was significant difference between the active and inactive elderly women ($P=0.004$), the general health of active elderly women were better than inactive (active elderly women 32.24 ± 9.22 and inactive 37.62 ± 9.24). Also, the mean of anxiety, depression in inactive elderly was higher and there was a significant difference between the two groups ($P < 0.0001$). However, there was no significant difference between the domains of physical signs and social functioning between the two groups.

Conclusions: With increasing the elderly in country's population, it is necessary to pay more attention to keeping older women active and provide educational, counseling and welfare facilities for the elderly in order to ensure the health of the elderly in all aspects.

Keywords: General Health, Aged, Active Elder, Inactive Elder, Female



مقایسه سلامت عمومی در زنان سالمند فعال و غیر فعال شهر قم

طاهره صباغی قمی^۱، سیدامیر حسین پیشگوی^۲، کبری آخوندزاده^۳، مریم جدیدمیلانی^{۴*}

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران
^۳ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
^۴ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مریم جدیدمیلانی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: milani2000ir@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۱

چکیده

مقدمه: یکی از مهمترین اهداف سلامت عمومی، کاهش ناتوانی‌های وابسته به افزایش سن در سالمندان است. از سویی، زنان سالمند، به ویژه در طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین، بیماری‌های مزمن و معلولیتها را بیشتر تجربه می‌کنند بنابراین، مهم است که زنان در معرض خطر را شناسایی شده تا پس از شناسایی آنان اقدامات ارتقاء سطح سلامتی را مطابق با نیاز آنان اجرا نمود. از آنجاییکه مفهوم سلامت در سالمندی به مفهوم سالمند فعال و سالمند غیرفعال وابسته است، در این پژوهش سلامت عمومی در زنان سالمند فعال و غیر فعال شهر قم در سال ۱۳۹۷ مقایسه گردیده است.

روش کار: مطالعه با روش توصیفی تحلیلی و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، بر روی ۱۰۰ نفر از زنان سالمند شهر قم انجام شد که ۵۰ نفر از سالمندان فعال و ۵۰ نفر از سالمندان غیرفعال بودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چهار ابزار مشخصات دموگرافیک فردی، ابزار آزمون کوتاه شناختی (جهت تشخیص مشکلات شناختی و حذف از نمونه‌ها)، ابزار فعالیت روزانه و پرسشنامه سنجش سلامت عمومی گلدبرگ استفاده گردید. ابزارهای پژوهش با انجام مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل و در نرم افزار SPSS 22 با استفاده از آزمون تی مستقل تحلیل گردید.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر اختلاف معناداری بین وضعیت سلامت عمومی دو گروه زنان سالمند فعال و غیر فعال وجود داشت ($P = 0/004$). وضعیت سلامت عمومی زنان سالمند فعال بهتر از سالمندان زن غیرفعال بود (سالمندان زن فعال $32/24 \pm 9/22$ و سالمندان زن غیرفعال $37/62 \pm 9/24$). همچنین میانگین حیطه‌های اضطراب، افسردگی در سالمند غیر فعال بهتر بوده که به لحاظ آماری اختلاف معنی داری داشت ($P < 0/001$)، اما اختلاف حیطه‌های نشانه جسمانی و کارکرد اجتماعی بین دو گروه معنی دار نبود.

نتیجه‌گیری: با توجه به روند سالمند شدن جمعیت کشور، نیاز هست به فعال نگه داشتن زنان سالمند توجه بیشتری شود و تسهیلات آموزشی، مشاوره‌ای و رفاهی در سطح جامعه برای سالمندان فراهم گردد تا سلامت سالمندان در تمامی حیطه‌ها تضمین گردد.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی - سالمندی - سالمند فعال - سالمند غیر فعال - زنان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

همچنین رفع احتیاجات و مشکلات این قشر از جامعه را روزافزون نموده است [۲].

با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی دچار کاهش توانایی‌های جسمی و روانی می‌شوند و انواع بیماری و مشکلات روانی آنها را تهدید می‌کند، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است [۳]. یکی از مهمترین اهداف سلامت عمومی، کاهش ناتوانی‌های وابسته به

در اوایل قرن بیستم، هرم‌های جمعیت اکثر کشورهای دنیا به صورت مثلثی شکل بود. بایبشرفتهای علمی و صنعتی و کنترل میزان باروری این هرمها به شکل استوانه‌ای تغییر حالت داده اند که این نشان دهنده سالمند شدن جمعیت است [۱].

افزایش جمعیت سالمندان در ایران نیز همچون سایر کشورها به علت کاهش موالید، بهبود وضعیت بهداشت و افزایش امید به زندگی، ضرورت توجه به مسأله سلامت، تأمین آسایش و رفاه سالمندان در جامعه و

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع تحقیقات توصیفی تحلیلی است. نمونه‌های پژوهش از بین سالمندان زن فعال و غیر فعال شهر قم انتخاب شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای می‌باشد که ابتدا از شهر قم به صورت خوشه‌ای از مراکز جامع سلامت شهری ۴ مرکز جامع سلامت به صورت تصادفی ساده و براساس مناطق شهری، تعداد جمعیت سالمند تحت پوشش و با نظر مرکز بهداشت شهرستان قم انتخاب شدند و به هر مرکز انتخاب شده براساس تعداد سالمند تحت پوشش، سهمیه‌ای از نظر تعداد نمونه پژوهش اختصاص داده شد. داخل هر مرکز، نمونه‌گیری به مراجعه مستمر بود تا تعداد نمونه هر مرکز تکمیل گردد. معیار ورود به پژوهش سکونت دائم در قم (حالت رفت و آمد فصلی به شهر و روستا را نداشته باشند) و تأیید سلامت شناختی با کسب امتیاز بالاتر از ۷ در ابزار کوتاه شناختی {Abbreviated Mental Test:AMTs} [۱۱] بود. مطالعه پاک ضمیر و همکاران [۱۲] ۱۳۹۴ که سلامت روان مردان سالمند فعال و غیر فعال را مقایسه کرده و به دلیل شباهت گروه‌ها و متغیر مربوطه، این مطالعه برای تعیین حجم نمونه انتخاب شد. براساس این مطالعه محاسبه حجم نمونه با احتساب خطای نوع اول ۰/۰۱ و خطای نوع دوم ۰/۲، تعداد ۳۸/۱۷ برای هر گروه محاسبه شد که با احتمال ۱۰ درصد احتمال ریزش نمونه تعداد نمونه هر گروه ۴۱ نفر و در کل ۸۲ نفر تعیین شده، که در پژوهش ۱۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

$$f(\alpha, \beta) = 11.7$$

$$S_1 = 5.68$$

$$S_2 = 8.91$$

$$\mu_1 = 15.16$$

$$\mu_2 = 9.31$$

$$n = \frac{(S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 + \mu_2)^2} f(\alpha, \beta)$$

پس از انتخاب نمونه‌های پژوهش ابتدا ابزار کوتاه شناختی تکمیل شد و مشخص گردید تمامی سالمندان از سلامت شناختی برخوردار بودند. سپس ابزار IADL: Instrumental Activity of Daily living تکمیل شد و سالمند فعال و غیر فعال بر حسب امتیاز کسب شده در ابزار (۱۰-۰ سالمند غیرفعال، ۱۱-۱۸ سالمند فعال) مشخص شدند [۱۳].

جهت جمع آوری داده‌ها از ابزار مشخصات دموگرافیک فردی، ابزار آزمون کوتاه شناختی {AMTs: Abbreviated Mental Test}، ابزار فعالیت روزانه (IADL) و پرسشنامه سلامت عمومی {GHQ: General Health Questionnaire: 28} استفاده شد. این ابزارها توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه با سالمند تکمیل گردید. ابزار آزمون کوتاه شناختی (AMTs) جهت تشخیص اختلال شناختی می‌باشد و طراح آن Hodkinson می‌باشد. AMTs شامل ۱۰ سؤال ساده و کوتاه که جهت‌یابی، تمرکز و توجه، حافظه کوتاه مدت و بلند مدت را می‌سنجد و برای غربالگری اختلال شناختی شامل دمانس و دلیریوم در سالمندان کاربرد دارد. نقطه برش ۷ از ۱۰ به عنوان نقطه تفکیک وضعیت شناختی به هنجار از ناهنجار پیشنهاد شده است. این آزمون در ایران توسط فروغان و همکاران (۱۳۹۳) برگردان فارسی و اعتبارسنجی شده و پایایی درونی AMTs نسخه فارسی قابل قبول بوده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ می‌باشد [۸]. ابزار فعالیت روزانه

افزایش سن در سالمندان است. در این راستا، فعالیت بدنی مطلوب سالمندان از جمله روش‌هایی است که می‌تواند برای پیشگیری، به تأخیر انداختن و یا درمان مشکلات ناشی از فرایند سالمندی به کار رود [۴]. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که یکی از راهکارهای کاهش هزینه‌های درمانی و همچنین بهبود سلامت در میان سالمندان، شرکت در فعالیت بدنی است [۵].

مفهوم سلامت در سالمندی به مفهوم سالمند فعال و سالمند غیرفعال بستگی دارد. سالمند فعال به مفهوم سالمند با تجربیات مثبت و زندگی طولانی تر به همراه فرصت‌های مستمر برای لذت بردن و مولد بودن است و یا به عبارتی با بهینه سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور افزایش کیفیت زندگی است. یعنی فردی است که در فعالیتهای روزمره زندگی (ADLs: Basic Activities Of Daily Living) و فعالیتهای پیچیده تر (IADLs: Instrumental Activities Of Daily Living) استقلال داشته و با مشکل مواجه نباشد. درمقابل مفهوم سالمند غیرفعال می باشد که فردی است که فعالیت بدنی نداشته یعنی در شاخصهای IADL، ADL استقلال نداشته و به منظور افزایش کیفیت زندگی هیچ اقدامی انجام نداده و دچار بیماری، مشکلات روانی، عدم تعامل با محیط و تعامل با شخصیت اجتماعی شده است [۶].

فعالیت بدنی زندگی با نشاط و رضایت بخشی برای سالمندان ایجاد می‌کند و با تقویت فاکتورهای جسمانی و روانی سالمندان از گرفتار شدن در چرخه تمرین سالمندی و تفکر سالمندستیزی نجات پیدا می‌کند [۷]. همچنین با توجه به نگرشی که به انجام فعالیت بدنی در خصوص زنان وجود دارد و اینکه آنان در سنین بزرگسالی و سالمندی کمتر به فعالیت بدنی روی می‌آورند، در چرخه تمرین سالمندی گرفتار شده در نتیجه این موضوع موجب بروز انواع مشکلات روان و آسیب پذیری آن‌ها می‌شود. انتظار می‌رود با افزایش جمعیت زنان سالمند که در سال ۲۰۳۰، این جمعیت دو برابر می‌شود و یک نفر از هر ۵ نفر در جامعه، سنی بالاتر از ۶۵ خواهد داشت، جامعه درگیر مشکلات سلامت آنها خواهد گردید [۶]. از سویی زنان سالمند بیماریهای مزمن و معلولیت‌ها را بیشتر تجربه می‌کنند لذا، بایستی که زنان در معرض خطر را شناسایی کرده تا پس از شناسایی آنان اقدامات ارتقاء سطح سلامتی را مطابق با نیاز ایشان اجرا نمود [۶]. پژوهش‌هایی در تهران [۸، ۹] و بندرگز [۱۰] در رابطه با سلامت عمومی انجام شده که در تمام آنها مشخص شده که فعالیت بدنی می‌تواند تأثیر به سزایی در بهبود سلامت عمومی داشته باشد. اما در تمامی آنها تمرکز بر سالمندان فعالی بود که ورزشکار حرفه‌ای بودند و یا به صورت منظم تمرینات ورزشی در هفته را انجام می‌دادند. از آنجاییکه پژوهش‌های انجام شده در زمینه سلامت عمومی در ایران تمرکز بر سطح فعال بودن بدون در نظر گرفتن انجام ورزش منظم انجام نشده و همچنین، در مورد سلامت عمومی سالمندان شهر قمکه دارای شرایط فرهنگی خاص می‌باشد و بخصوص زنان سالمند که نسبت به مردان بسیار آسیب پذیرتر می‌باشند [۶]، تحقیقی انجام نشده است لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین سلامت عمومی در زنان فعال و غیرفعال شهر قم در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

پژوهش، قبل از انجام پژوهش مجوزهای لازم اخذ گردید و نمونه‌های پژوهش با تمایل خود وارد پژوهش شدند و با کسب رضایت آگاهانه کتبی به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه آنها محرمانه باقی می‌ماند.

یافته‌ها

نتایج پژوهش بر روی ۵۰ زن سالمند فعال و ۵۰ زن سالمند غیرفعال نشان داد میانگین سن زنان سالمند فعال $68/14 \pm 7/4$ و غیرفعال $68/87 \pm 6/87$ سال بود. اکثریت زنان سالمند فعال متأهل (۴۰ درصد) و زنان سالمند غیرفعال بیوه (۶۶ درصد) بودند. اکثریت زنان سالمند در هر دو گروه، فعال (۷۴ درصد) و غیرفعال (۷۶ درصد) بی سواد و یا دارای سواد قرانی بودند. در هر دو گروه اکثریت سالمندان خانه دار بودند و همچنین، اکثریت گروه سالمندان غیرفعال دارای بیماری زمینه‌ای (۸۴ درصد) و گروه فعال ۵۰ درصد دارای بیماری زمینه‌ای بوده و دارو مصرف می‌کردند. از نظر سیستم حمایتی در گروه زنان فعال اکثریت بازنشسته (۵۲ درصد) و در گروه زنان غیرفعال اکثریت تحت سرپرستی کمیته امداد امام خمینی (۳۸ درصد) بودند. اکثریت سالمندان فعال با همسر (۴۶ درصد) و سالمندان غیرفعال با فرزندان (۵۰ درصد) زندگی می‌کردند. **جدول ۱** نشان می‌دهد سطح سلامت عمومی هر دو گروه در حد خوب می‌باشد (سالمندان فعال $9/22 \pm 22/24$ و سالمندان غیرفعال $9/24 \pm 37/62$) و میانگین سطح سلامت عمومی سالمندان فعال بالاتر از سالمندان غیرفعال می‌باشد (امتیاز معکوس است) که به لحاظ آماری اختلاف معنی دار بین دو گروه وجود دارد ($P=0/004$). همچنین میانگین حیطه‌های اضطراب، افسردگی در سالمند فعال بهتر بوده که به لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود داشت (اضطراب $P<0/0001$ و افسردگی $P=0/006$). اما اختلاف حیطه‌های نشانه جسمانی و کارکرد اجتماعی بین دو گروه معنی دار نبود.

(IADL) توسط Lawton, Katz طراحی شده که طاهری تنجانی و آزادبخت در ۱۳۹۴ روایی و پایایی نسخه فارسی فعالیت‌های روزانه زندگی و فعالیت‌های ابزاری زندگی را انجام دادند [۹]. عبارات این ابزار شامل (استفاده از تلفن، مصرف دارو، آماده ساختن غذا، انجام کارهای منزل، خرید مایحتاج زندگی، شستن لباس، استفاده از وسایل نقلیه و کنترل دخل و خرج ماهیانه زندگی) نمره آن از ۱۸-۰ است و امتیاز ۱۰-۰ سالمند غیرفعال، ۱۸-۱۱ سالمند فعال در نظر گرفته شد. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 را Goldberg (۱۹۷۹) طراحی کرده است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد و سلامت عمومی را در چهار حیطه (خرده مقیاس) بررسی می‌کند: نشانه‌های جسمانی (سؤال ۱ تا ۷ پرسشنامه)، اضطراب (سؤال ۸ تا ۱۴ پرسشنامه)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سؤال ۱۵ تا ۲۱ پرسشنامه) و نشانه‌های افسردگی (سؤال ۲۲ تا ۲۸ پرسشنامه). سؤالات پرسشنامه چهار گزینه‌ای، از صفر تا ۳ نمره گذاری شده (دامنه اعتبار نمره کل از صفر تا ۸۴ می‌باشد) و هرچه نمره به دست آمده بیشتر باشد، نشانگر کم بودن سلامت عمومی است. رتبه بندی ابزار به صورت: امتیاز صفر تا ۲۲ به مفهوم سلامت عمومی کامل و یا عالی، امتیاز ۲۳ تا ۴۰ به مفهوم سلامت عمومی خوب، امتیاز ۴۱ تا ۶۰ به مفهوم سلامت عمومی متوسط و امتیاز بالاتر از ۶۱ به مفهوم سلامت عمومی ضعیف می‌باشد. [۱۴]. ملکوتی و همکاران (۱۳۸۵)، پایایی و روایی آن را بررسی و عامل مقیاس سلامت عمومی فرم ۲۸ سؤالی را در سالمندان ایرانی بررسی کردند. برای نسخه ایرانی مقیاس سلامت عمومی، ضرایب پایایی به صورت ضریب آلفای کرونباخ $0/94$ و ضریب بازآزمایی $0/60$ ، حاصل شد. برای نشانه‌های افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و علائم جسمانی، با انجام آزمون ROC با حساسیت ۸۳ درصد و ویژگی ۷۰ درصد به دست آمده است [۱۵].

پژوهش حاضر مصوب کمیته اخلاق دانشگاه شاهد با کد IR.SHAHED.REC.1397.027 می‌باشد. جهت رعایت اخلاق

جدول ۱: میانگین سطح سلامت عمومی و حیطه‌های آن در زنان سالمند فعال و غیر فعال در شهر قم سال ۱۳۹۷

متغیر	سالمند فعال	سالمند غیر فعال	آزمون t مستقل
سلامت عمومی	انحراف معیار \pm میانگین $32/24 \pm 9/22$	انحراف معیار \pm میانگین $37/62 \pm 9/24$	$P=0/004$
نشانه جسمانی	$8/00 \pm 3/12$	$8/82 \pm 3/80$	$P=0/242$
اضطراب	$6/94 \pm 3/67$	$10/00 \pm 4/10$	$P<0/0001$
کارکرد اجتماعی	$8/60 \pm 2/74$	$8/33 \pm 4/02$	$P=0/075$
افسردگی	$8/70 \pm 3/26$	$10/42 \pm 2/87$	$P=0/006$

بحث

نتیجه پژوهش نشان داد که وضعیت سلامت عمومی زنان سالمند فعال از زنان سالمند غیر فعال بهتر بوده و وضعیت سلامت عمومی سالمندان زن فعال و غیر فعال به لحاظ آماری اختلاف معنی دار داشت. پژوهش شمسی پور دهکردی و همکاران سال ۱۳۸۸ در تهران نشان داد که سالمندان زن فعال نسبت به سالمندان زن غیر فعال از سلامت عمومی بهتری برخوردار بوده و به لحاظ آماری نیز معنی دار بوده است، که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد [۸]. در مطالعه احمدی و همکاران (۱۳۹۶) بندر گز [۱۰]، مطالعه سهیلی پور و همکاران (۱۳۹۲) تهران [۹] نیز نشان داده شده است که سلامت عمومی در سالمندان فعال

نسبت به غیر فعال در سطح بالاتری بوده و به لحاظ آماری نیز معنی دار بوده است. همچنین، در مطالعه نادری در کاشان (۱۳۹۷) وضعیت سلامت عمومی سالمندان مقیم منزل ($31/25 \pm 0/67$) گزارش شد [۱۶] که با توجه به شرایط جغرافیایی و مذهبی مشابه شهر قم و کاشان نتایج پژوهش حاضر و پژوهش نادری مشابه می‌باشد که یک علت آن را می‌توان اهمیت توجه به سالمندان در این دو جامعه سنتی و مذهبی دانست.

با توجه نتایج حاصل از سطح سلامت عمومی در زنان سالمند فعال و غیر فعال و همچنین حیطه‌های آن که سلامت روانی و اجتماعی را نیز

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که فعال بودن زنان سالمند سبب ارتقاء سلامت عمومی در آن‌ها می‌شود. با توجه به افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در کشور، مشکلات و بیماریهای مرتبط با سالمندی و توجه به پیشگیری و به تأخیر انداختن ناتوانی آنها، سلامت سالمندان اهمیت ویژه‌ای برای سلامت کشور دارد. جهت به حداقل رساندن ناتوانی و وابستگی دردوران سالمندی باید به رفتارهای بهداشتی از میانسالی و حتی پیش‌تر توجه نمود و جوانان و میانسالان باید درک کنند که باید در این سن رفتارهای پیشگیرانه را شروع کنند. در این راستا پیشنهاد می‌شود دولت در سیاست‌های بهداشتی خود آگاهی در خصوص بهبود سبک زندگی از دوران میانسالی را در اهم برنامه‌های خود قرار دهد و موانع و تسهیل‌گرهای رفتارهای پیشگیرانه بخصوص رفتارهایی که سبب فعال بودن و آنها در جمعیت زنان می‌شود را شناسایی نماید و در رواج آنها بکوشد. از نتایج به دست آمده در این پژوهش می‌توان در حیطه‌های گوناگون از جمله مدیریت پرستاری، خدمات بالینی پرستاری، آموزش پرستاری و مراکز جامع سلامت جهت ارتقا کیفیت مراقبت‌ها در جمعیت میانسالان و سالمندان استفاده نمود. چرا که نتایج این پژوهش، می‌تواند مدیران را در برنامه‌ریزی‌ها و پرستاران و مراقبین سلامت در بیمارستانها و مراکز جامع سلامت را در ارائه آموزش‌های مؤثر به جامعه از سنین جوانی (شروع رفتارهای پیشگیرانه) تا سالمندی راهنمایی نماید. از سویی در آموزش دانشجویان در رشته‌های علوم پزشکی بخصوص در مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های مرتبط با سلامت سالمندان، هم می‌توان از نتایج پژوهش استفاده نمود و اهمیت فعال بودن سالمند در روند سلامت عمومی آنها را آموزش داد.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و مسئولین مراکز سلامت جامع و سالمندان شهر قم که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

در بر دارد می‌توان گفت که با توجه به نوع فرهنگ شهر قم که فرهنگ مذهبی و سنتی می‌باشد، سالمندان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده که سلامت آنان را در پی داشته است. از سویی، سطح سلامت عمومی و حیطه‌های آن در زنان سالمند فعال بهتر از زنان سالمند غیرفعال بود بخصوص، حیطه‌های اضطراب و افسردگی که در زنان سالمند فعال به مراتب مطلوب‌تر از زنان غیرفعال بود. این مهم نشان می‌دهد فعال بودن زنان در سلامت روانشناختی آن‌ها تأثیر بسیاری دارد. با توجه به اهمیت سلامت روانشناختی و تأثیر آن در کارکردهای اجتماعی و سلامت جسمی سالمند، نیاز است به فعال بودن سالمندان توجه شود، از آنجاییکه زنان و سالمندان گروه‌های آسیب پذیر جامعه می‌باشند نیاز است به سلامت زنان سالمند توجه خاص شود که در نهایت به سلامت خانواده و جامعه می‌انجامد. بنابراین نیاز است در خانواده‌ها با ایجاد شرایط مطلوب برای سالمندان، سلامت را در تمامی جنبه‌ها تضمین نموده که البته در این رابطه نیاز به حمایت دولت می‌باشد.

با توجه به روند سالمند شدن جمعیت کشور، نیاز هست به فعال نگه داشتن زنان سالمند توجه بیشتری شود و با ارائه آموزش، سلامت از سنین نوجوانی مورد توجه قرار گیرد تا با ایجاد عادت‌های بهداشتی سطح سلامت افراد از جنبه‌های مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی در سالمندی تضمین گردد. زیرا سلامت عمومی نشان دهنده بخش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد. از سویی لازم است با ورود به سالمندی خدمات بهداشتی، مشاوره‌های روان شناسی، امکانات رفاهی و ورزشی در سطح جامعه برای سالمندان فراهم گردد. همچنین نظامی جهت تأمین مسائل اقتصادی و بیمه‌ای سالمندان نیز در نظر گرفته شود. زیرا سهل انگاری در این زمینه علاوه بر ایجاد حس سربار بودن سالمندان که خطر تهدید سلامت عمومی و در نتیجه کیفیت زندگی آنان را به دنبال دارد برای خانواده‌های آنان به عنوان مراقب، مشکلاتی ایجاد می‌کند که در نهایت در تمام جنبه‌های سلامتی سالمندان می‌تواند تأثیر داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به دشواری مصاحبه‌ها سالمند جهت تکمیل ابزارهای پژوهش با توجه به وضعیت جسمانی و روحی آن‌ها اشاره نمود که شرایط را تا حدودی سخت نمود و برای کسب اطلاعات در برخی موارد زمان زیادی صرف مصاحبه جهت تکمیل ابزارها می‌گردید.

References

- Hatami H, Razavi S, Eftekhari Ardabili H, Majlesi F. [Textbook of Public Health]. 3 ed. Tehran: Arjomand; 2013.
- von Wichert P. [The importance of atmospheric heat waves for health service in already altered people]. Med Klin (Munich). 2008;103(2):75-9. doi: 10.1007/s00063-008-1017-z PMID: 18270663
- Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Salmand. 2017;12(2):156-69. doi: 10.21859/sija-1202156
- Taheri M, Irandoost K, Yousefi S, Jamali A. Effect of 8-Week Lower Extremity Weight-Bearing Exercise Protocol and Acute Caffeine Consumption on Reaction Time in Postmenopausal Women. Salmand. 2017;12(1):16-27. doi: 10.21859/sija-120116
- Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:449. doi: 10.1186/1471-2458-13-449 PMID: 23648225
- Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing. 9 ed: Elsevier; 2016.
- Petitpas AJ, Cornelius AE, Van Raalte JL, Jones T. A Framework for Planning Youth Sport Programs That Foster Psychosocial Development. Sport Psychol. 2005;19(1):63-80. doi: 10.1123/tsp.19.1.63
- Shamsipour Dehkordi P, Abdoli B, Shams A, ZAhedi H, Rafiei S. [Comparison of general health in active and non active elder's women and it's relationship with psychosocial development]. Sports Psychol. 2011;2:335-44.
- Soheylipoor S, Hemayat Talab R, Esmaeili Heydar Abad M, Hojjati A, Zarei Mahmood Abadi E. [Comparing of Mental Health Between Active Elders and Inactive Elders in Tehran]. Psychoscience. 2014;13(50):1-7.

10. Ahmadi M, Noudehi M, Esmaeili M, Sadrollahi A. Comparing the Quality of Life Between Active and Non-Active Elderly Women With an Emphasis on Physical Activity. *Salmand*. 2017;12(3):262-75. doi: [10.21859/sija.12.3.262](https://doi.org/10.21859/sija.12.3.262)
11. Foroughan M, Hossini M, Rashedi V, Rezaie M. [Comparison of cognitive function in the monolingual and bilingual]. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2015;18(10):607-9.
12. Pakzamid F, Lotfi G, Tahmasebi F. Comparing Mental Health Between Elderly Male Athletes, Active and Passive Groups. *Iran J Ageing*. 2015;10(2):138-45.
13. Taheri Tanjani P, Azadbakht M. Psychometric properties of the Persian version of the activities of daily living scale and instrumental activities of daily living scale in elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;25(132):103-12.
14. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-7. doi: [10.1017/s0033291796004242](https://doi.org/10.1017/s0033291796004242) pmid: 9122299
15. Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, et al. Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 in Iranian Elderly. *Iran J Ageing*. 2006;1(1):11-21.
16. Naderi M. Compare general health and quality of sleep in the Elderly Living at Home and Nursing Home in Kashan: Shahed University; 2018.