

Research Paper:

Comparing General Health and Happiness in Elderly Women With and Without a Spouse Referring to Health Centers in Bandar Abbas, Iran, in 2018

Shahram Ghanbari¹, *Homa Sadeghi², Leila Amini², Shima Haghani³

Citation Ghanbari Sh, Sadeghi H, Amini L, Haghani Sh. Comparing General Health and Happiness in Elderly Women With and Without a Spouse Referring to Health Centers in Bandar Abbas, Iran, in 2018. Iran Journal of Nursing. 2021; 34(133):40-53. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.4>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.34.5.4>



Received: 08 Aug 2021

Accepted: 05 Dec 2021

Available Online: 01 Dec 2021

Conflict of interest

None

Keywords:

General health, Happiness, Elderly women

ABSTRACT

Background & Aims Given the increasing elderly population in Iran, it seems necessary to pay attention to the general health of the elderly women without a spouse, who constitute a significant percentage of the elderly population in Iran. This study aimed to compare the general health and happiness of elderly women with and without a spouse referred to Bandar Abbas health centers in 2018.

Materials & Methods This descriptive-analytical study was performed on 390 elderly women with and without a spouse, using the quota cluster sampling method. Data were collected using three questionnaires (demographic, Goldberg and Hillier's General Health, and Oxford Happiness) and were processed using SPSS software v. 21.

Results In this study, out of 260 elderly women with a spouse, 218 (83.8%), and out of 130 elderly women without a spouse, 83 (63.8%) were under 70 years old. Most women without a spouse (67.6%) and a spouse (65%) have 5 to 9 children. About half of women in the two groups (48.5% in the group with a spouse and 50% in the other group) had primary education, most (94.2% in the group with a spouse, and 95.4% in the group without a spouse) were housewives. In terms of economic status, most of the two groups (61.5% of each group) were at a moderate level. The two groups were homogeneous regarding demographic variables except for age and years of living with a spouse ($P < 0.001$).

Conclusion The results showed that the average general health score in both groups was lower than the cut-off points for the whole test (23), which indicates the excellent health level of most of these women. But the average health score in this study is higher than the results of the Yazdani study in Tehran. (Yazdani, 2010), and Nejati study in Qom (Nejati, 2005). The study also found that the mean happiness score was higher in married women, but this difference was not statistically significant. ($P = 0.17$). Other factors besides having a spouse, such as the quality of marital life, also play a role in the mental health of older women.

1. Department of Community Education in the Health System, Virtual College, Medical Education and Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Reproductive and Pregnancy Health Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**

Homa Sadeghi

Address: Department of Reproductive and Pregnancy Health Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 43651810

E-Mail: sadeghi.ho.46@gmail.com

Extended Abstract

1. Introduction

The dramatic increase in life expectancy in the 20th century has been one of the most outstanding health achievements in the world, which has led to an increasing trend in the overall age of the population compared to the past. With increasing life expectancy and declining fertility rates, in most countries, including Iran, the slope of population growth for people over 60 is higher than other age groups, and this trend causes the aging of the world's population.

According to the Iranian National Statistics Portal (2016), the life expectancy of Iranian men has increased from 45 to 69 and then 74 years in 1960, 2000, and 2015, respectively, and for women from 44 to 71 and then 76 years in the same years. Accordingly, the ratio of the elderly to the total population has been increasing in recent decades. It is estimated that the percentage of elderly people in Iranian society will be 6.6% in 2025, 19% in 2030, and 21.7% to 30.8% in 2050.

Because of the higher life expectancy of women, older women are more exposed to potential health threats, such as chronic diseases, loneliness and isolation, and lack of social support. This study aimed to compare the general health and happiness of elderly women with and without a spouse, referring to health centers in Bandar Abbas, one of the deprived cities in southern Iran, in 2018.

2. Materials and Methods

This descriptive-analytical study was performed on 390 women over 60 years of age (260 with spouses and 130 widows) referred to 8 selected health centers in Bandar Abbas, Iran, in 2018. They were chosen using the quota cluster sampling method. Data collection tools included a demographic information questionnaire, the Goldberg and Hiller general health questionnaire, and the Oxford happiness questionnaire. The collected data were processed using SPSS software version 21. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (the Chi-square, and independent t test, and analysis of covariance) were used to analyze the data at a significant level of $P < 0.05$.

3. Results

In this study, out of 260 elderly women with a spouse, 218 (83.8%), and out of 130 elderly women without a spouse,

83 (63.8%) were under 70. Most women without a spouse (67.6%), and with a spouse (65%), have 5 to 9 children, and more than half of them in both groups (58.4% of the group with a spouse and 51.9% of the group without spouse) had 5 to 9 married children. About half of women in the two groups (48.5% in the group with a spouse and 50% in the group without a spouse) had primary education, and most (94.2% in the group with a spouse, and 95.4% in the group without a spouse) were housewives. In terms of economic status, most of the two groups (61.5% of each group) were at a moderate level, and almost half (48.1% of the group with a spouse and 50.8% of the group without a spouse) were financially dependent. The two groups were homogeneous regarding demographic variables except for age and years of living with a spouse ($P < 0.001$). The results showed that although older women with a spouse had a higher level of general health and happiness than the other group, the analysis of covariance showed that this difference was not statistically significant.

4. Conclusion

According to the study results, the average general health score in both groups was lower than the cut-off points for the whole test, indicating that most women in both groups have a good level of health. However, the mean health score in this study is higher than the mean health score of the elderly in the Yazdani study in Tehran (Yazdani, 2010) and Nejati study in Qom (Nejati, 2005). These results show that the elderly in Tehran and Qom have better general health. Perhaps this result can be attributed to the deprivation of Bandar Abbas and the lower quality of health services provided to the elderly in deprived areas compared to the center.

Also, although the average general health score, and each of its areas, is lower in the group of women with a spouse, and it seems that women with husbands have higher general health, the results of analysis of covariance showed that this difference is not statistically significant ($P = 0.38$).

Perhaps one of the reasons for the insignificance of this difference is the social support provided by children, which according to Okabayashi et al., can have a greater impact on the mental health of older women than other sources of support, including spouses, friends, and acquaintances.

Regarding the physical dimension of elderly women's health, Bennet found that the decrease in physical health in older women is more a function of burnout and aging than widowhood and lack of spouse support. This finding could justify the lack of significance of this relationship in our study.

This study also showed that the mean score of happiness is higher in women with a spouse, but this difference is not statistically significant ($P=0.17$). According to Hughes and Waite, regarding the role of marriage and its relationship with feelings of health and happiness, although some changes in physical and mental health can be explained by marital status, marriage seems to be only one part of this relationship. Also, Ryan, Ryan, and Willits believed that it is the quality of family relationships that matters to the psychological wellbeing of the elderly, not just the presence of a spouse and the number of children.

In a nutshell, although some changes in physical and mental health can be explained by marital status, other factors may affect the sense of wellbeing, health, and happiness of these older women, and identifying them requires further research.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article was approved by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1397.1175).

Funding

This article was extracted from the MA. thesis of the first author at the Department of Community Education in the Health System, Virtual College, Medical Education and Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran (Code: 13-1-3-2016).

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We want to thank the Iran University of Medical Sciences and the officials of the School of Nursing and Midwifery for their help.

مقاله پژوهشی

مقایسه سلامت عمومی و شادکامی در زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بندرعباس در سال ۱۳۹۷

شهرام قنبری^۱، هما صادقی اول شهر^۲، لیلا امینی^۲، شیما حقانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: توجه به سلامت و شادکامی زنان سالمند که به علت امید به زندگی بیشتر، بیش از مردان در معرض تهدید تنهایی و انزوا، و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی هستند، مستلزم پژوهش و برنامه‌ریزی دقیق است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و شادکامی زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بندرعباس در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، ۳۹۰ زن سالمند با و بدون همسر واجد معیارهای پژوهش مراجعه کننده به هشت مرکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان بندرعباس شرکت داشتند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای سهمیه‌ای بود و ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیبر پرسش‌نامه شادکامی Axford بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، و آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (کای‌دو، و تی مستقل، آنالیز واریانس)، استفاده شد.

یافته‌ها: از ۲۶۰ نفر زن سالمند با همسر در این پژوهش، ۲۱۸ نفر (۸۳/۸ درصد)، و از ۱۳۰ نفر زن سالمند بدون همسر ۸۳ نفر (۶۳/۸ درصد) زیر ۷۰ سال سن داشتند. اکثر زنان بدون همسر (۶۷/۶ درصد) و با همسر (۶۵ درصد)، دارای ۵ تا ۹ فرزند و بیش از نیمی از آنان در هر دو گروه دارای ۵ تا ۹ فرزند متأهل بودند. حدود نیمی از زنان در دو گروه دارای تحصیلات ابتدایی، و اکثراً خانه‌دار بودند. از لحاظ وضعیت اقتصادی اغلب (۶۱/۵ درصد از هر گروه) در سطح متوسط و نزدیک به نیمی از نظر مالی وابسته بودند. دو گروه مورد مطالعه از لحاظ تمام متغیرهای جمعیت‌شناختی به جز سن و تعداد سال‌های زندگی با همسر همگن بودند. نتایج نشان داد گرچه سالمندان با همسر، در مقایسه با سالمندان بدون همسر از سطح سلامت عمومی مطلوب‌تر، و شادکامی بیشتری برخوردارند، اما نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

نتیجه‌گیری: گرچه برخی از تغییرات در سلامت جسمی و روانی با وضعیت تأهل قابل توضیح است، اما احتمالاً عوامل دیگری غیر از صرف داشتن همسر، مانند کیفیت روابط خانوادگی نیز بر حس رفاه، سلامتی و شادکامی این زنان سالمند تأثیرگذار است که شناسایی آن‌ها مستلزم انجام تحقیقات بیشتری است.

تاریخ دریافت: ۱۷ مرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۴ آذر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ آذر ۱۴۰۰

تعارض منافع

ندارد

کلیدواژه‌ها:

سلامت عمومی، شادکامی، سلامت زنان، سالمند

۱. گروه آموزش جامعه نگر در نظام سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه مامایی بهداشت باروری و بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

هما صادقی اول شهر

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی بهداشت باروری و بارداری.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۴۳۶۵۱۸۱۰

رایانامه: sadeghi.ho.46@gmail.com

مقدمه

با این آمار، جمعیت زنان سالمندانکی از جمعیت مردان سالمند بالاتر است.

سالمندی دوره‌ای از تجربه سفر زندگی است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و فقدان برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد [۸، ۷].

به طور کلی در سالمندان به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی و شیوع اختلالات روان‌شناختی متداول است [۹].

یکی از عوامل شناخته‌شده تأثیرگذار در کیفیت زندگی سالمندان، وضعیت نشاط و شادکامی آنان است که به شکل رضایت از موقعیت‌های خاص زندگی مانند ازدواج یا اشتغال و یا هیجانات مربوط به نحوه قضاوت این رویدادهای مثبت زندگی بروز می‌کند [۱۰]. بنابراین ارزشیابی افراد از شادکامی آن‌ها می‌تواند شامل جنبه‌های شناختی مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی یا جنبه‌های هیجانی مانند عواطف و هیجانات آنان در پاسخ به اتفاقات زندگی باشد [۱۱، ۱۰].

در سال‌های اخیر با گسترش روان‌شناسی مثبت‌نگر، مطالعه شادکامی، محور اساسی پژوهش‌ها بوده است [۱۲]. نظر به اهمیت شایان توجه شادابی در تمامی ابعاد زندگی، تحقیقات زیادی در خصوص تأثیر عوامل مختلف روی شادکامی اقشار مختلف جامعه انجام یافته است. در واقع شادکامی و رفاه ذهنی یکی از مسائلی است که در دنیای امروز توجه زیادی را به خود جلب کرده است و نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که رفاه ذهنی بالاتر با سلامتی و طول عمر، روابط اجتماعی بهتر، عملکرد کاری و خلاقیت همراه بوده است [۱۳].

با توجه به این موضوع که مسن‌ترین گروه‌های سنی جامعه به طور خاص به خاطر اثرات منفی روند سالمندی و شیوع بیشتر تنهایی، جزو آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به حساب می‌آیند، ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روانی آنان، حوزه پراهمیتی در توسعه دانش بوده و امکان مداخلات لازم در این راستا را فراهم می‌کند [۱۴].

از دست دادن همسر در دوران سالمندی، به عنوان عامل مهمی در انزوا و حمایت اجتماعی سالمندان شناخته می‌شود. سالمندانی که شریک زندگی خود را از دست می‌دهند، بیش‌تر تمایل دارند که انزواطلب شده و کمتر در محیط‌های اجتماعی و خانوادگی ظاهر شوند. با توجه به بالاتر بودن میزان مرگ در مردان نسبت به زنان و امید به زندگی بیشتر زنان، شانس تنها ماندن زنان سالمند نسبت به مردان بیشتر است. به طور کلی در اغلب جوامع، زنان سالمند با بیشترین خطر کاهش توانایی‌های جسمانی و

افزایش قابل توجه امید به زندگی که به گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۹ در دنیا به ۷۳/۴ سال رسیده، یکی از دستاوردهای بزرگ بهداشتی جهان بوده است [۱]. که موجب سرعت افزایش سن کلی جمعیت نسبت به گذشته شده است [۲]. با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری در بیشتر کشورها شیب روند پیر شدن جمعیت رو به افزایش است [۲، ۳] و این امر باعث مسن شدن جمعیت جهان می‌شود. در کشورهای توسعه‌یافته سنین ۶۰ تا ۶۵ سال به بالا پیر در نظر گرفته می‌شوند، در حالی که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه پیری به زمانی اطلاق می‌شود که دیگر فرد امکان مشارکت فعال در فعالیت‌های اجتماعی را نداشته باشد [۳]. اما طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی افراد بالای ۶۰ سال پیر در نظر گرفته می‌شوند [۲] و برخی این سنین را نیز به زیرگروه‌های ۶۵ تا ۷۴ سال سالمند جوان؛ ۷۵ تا ۸۴ سال سالمند متوسط و بالاتر از ۸۴ سال سالمند پیر طبقه‌بندی می‌کنند [۴].

به طور کلی تخمین زده می‌شود که تعداد افراد بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ به بیش از کودکان زیر ۵ سال رسیده است و بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۵۰ سهم جمعیت جهانی افراد بالای ۶۰ سال تقریباً دو برابر شده و از ۱۲ درصد (۹۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵) به ۲۲ درصد (۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰) افزایش خواهد یافت. این در حالی است که طبق برآوردها ۸۰ درصد از این جمعیت در کشورهای کم‌درآمد و یا با درآمد متوسط زندگی خواهند کرد [۳، ۴].

در کشور ما ایران نیز امید به زندگی، در طی چند دهه گذشته افزایش چشمگیری داشته‌است. به نحوی که امید به زندگی طی سال‌های ۱۹۶۰، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ برای مردان ایرانی به ترتیب از ۴۵ سال به ۶۹ و سپس ۷۴ سال رسیده و برای بانوان ایرانی نیز به ترتیب از ۴۴ سال به ۷۱ و سپس ۷۶ سال در سال ۲۰۱۵ ارتقا یافته است [۳]. در ایران نسبت افراد سالمند به کل جامعه به سبب کاهش نرخ تولد و افزایش عمومی سطح سلامت و امید به زندگی همواره رو به افزایش بوده است. به نحوی که طبق اطلاعات درگاه ملی آمار کشور، درصد افراد سالمند در ایران از ۸/۱۹ درصد در سال ۱۳۹۰، به ۹/۲۷ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است و تخمین زده می‌شود که به محدوده بین ۱۱/۶-۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۲۵؛ به ۱۹ درصد در سال ۲۰۳۰ و ۲۱/۷ تا ۳۰/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد [۵، ۶].

طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ شمسی از کل جمعیت کشور (۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر)، حدود ۹/۲۷ درصد (۷۴۰۹۳۹۰ نفر) را سالمندان تشکیل می‌دهند. از این تعداد سالمند نیز ۷۲/۴۱ درصد در شهرها سکونت دارند که ۳۶/۴۷ درصد آن به بانوان و ۳۵/۹۴ درصد آنان به آقایان سالمند اختصاص دارد [۶]. با توجه

جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (Goldberg & Hillier) و پرسش‌نامه شادکامی Oxford بود. فرم مشخصات جمعیت‌شناختی دربردارنده اطلاعاتی از قبیل سن، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان متأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت درآمد، طول مدت زندگی با همسر بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۲ طراحی شد. این پرسش‌نامه دربرگیرنده چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. پرسش‌نامه سلامت عمومی به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار است که ۲۸ سؤال دارد. شیوه نمره‌دهی در این پرسش‌نامه به روش لیکرت انجام می‌شود. به این ترتیب که نمره اختصاص‌یافته به هریک از مواد آن از صفر تا ۳ و دامنه برابر با ۰-۸۴ است. از طرفی نمرات آزمودنی در هر زیرمقیاس شامل ۷ سؤال با دامنه نمرات ۰-۲۱ است. نمره برش برای کل آزمون ۲۳ است. به این معنا که به هر میزان که نمره آزمون از ۲۳ بالاتر باشد بیشتر در معرض خطر سلامت عمومی قرار دارند. نمره دامنه سلامت عمومی در حد مطلوب ۰-۲۲، تهدید خفیف سلامت ۰-۴۰، ۲۳، تهدید متوسط سلامت ۴۱-۶۰ و تهدید شدید سلامت ۶۱-۸۴ در نظر گرفته شده است [۱۷]. در مطالعه جکسون، پایایی کل این پرسش‌نامه ۹۱ درصد و در خرده‌مقیاس‌های آن ۷۷ تا ۸۲ درصد گزارش شده است [۱۸]. نوربالا نیز پایایی این پرسش‌نامه را از ۸۴ تا ۹۱ درصد گزارش کرده است [۱۹]. پایایی سلامت عمومی در این مطالعه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۴ و در بُعد علائم جسمانی ۰/۸۶۴، بعد اضطراب ۰/۸۳۹، بعد اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۲۲ و نهایتاً در بُعد افسردگی شدید ۰/۸۷۰ به دست آمد.

جهت تعیین شادکامی زنان سالمند با و بدون همسر از پرسش‌نامه استاندارد شادکامی آکسفورد شامل ۲۹ سؤال استفاده شد، این پرسش‌نامه بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک ساخته شده است، به نحوی که ۲۱ عبارت از این پرسش‌نامه انتخاب و معکوس شده، سپس ۱۱ عبارت دیگر به آن اضافه شده است تا سایر جنبه‌های سلامت روان را نیز پوشش دهد. پایه نظری این پرسش‌نامه تعریف آرگیل (Argyle) از شادکامی است. آن‌ها به منظور ارائه یک تعریف عملیاتی از شادکامی، آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم شامل فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطح رضایت در طول یک دوره و نداشتن احساسات منفی مانند افسردگی دانسته‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۲۹ سؤال است و هریک از سوالات چهار گزینه دارد که از صفر تا ۳ نمره به آن‌ها اختصاص داده می‌شود. بنابراین بیشترین نمره آزمون ۸۷ و نمرات بالاتر نشانه وضعیت بهتر است [۲۰]. هادی‌نژاد و همکاران سال ۱۳۸۸ پایایی پرسش‌نامه آکسفورد را به کمک آلفای کرونباخ ۰/۹۰ درصد گزارش کرده‌اند [۲۱].

روان‌شناختی روبه‌رو هستند و با احتمال بیشتری جهت حفظ سلامت، عملکرد و خودکفایی به حمایت‌های رسمی یا غیررسمی وابسته می‌شوند [۱۵].

با توجه به مطالب مذکور، توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی جمعیت زنان سالمند بدون همسر، به عنوان بخش قابل توجهی از جامعه، ضرورتی اجتماعی و به‌خصوص بهداشتی محسوب می‌شود و با عنایت به اینکه تاکنون پژوهشی در این مورد و با تمرکز بر جمعیت زنان سالمند بدون همسر در کشورمان به‌خصوص در مناطق محروم کشور انجام نگرفته است، مطالعه پیش‌رو با هدف مقایسه سلامت عمومی و شادکامی زنان سالمند با و بدون همسر انجام گرفت. همچنین بررسی ارتباط بین وضعیت سلامت عمومی و ابعاد آن با شادکامی در دو گروه مورد مطالعه نیز به عنوان یک هدف فرعی مد نظر قرار گرفت

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای در فاصله ماه‌های شهریور تا آذر ماه سال ۱۳۹۷، در هشت مرکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهرستان بندرعباس صورت گرفت.

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با توجه به یکسان نبودن توزیع دو جامعه، از فرمول حجم نمونه با حجم‌های نامساوی استفاده شد (این نسبت ۲ به ۱ در نظر گرفته شد). با فرض اینکه سلامت عمومی زنان سالمند با و بدون همسر حداقل ۵/۵ واحد اختلاف داشته باشد (به اندازه ۱۰ درصد میانگین نمره مقاله اکرامی) تا از نظر آماری معنی‌دار تلقی شود [۱۶]، ۱۳۰ نفر برای گروه بدون همسر و ۲۶۰ نفر برای گروه دارای همسر در نظر گرفته شدند. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای (خوشه‌ای سهمیه‌ای) بود. بدین نحو که ابتدا هشت مرکز (خوشه) از بین ۲۱ مرکز به روش قرعه‌کشی انتخاب و سپس تعداد نمونه‌های انتخابی از هر مرکز، بر اساس نسبت مراجعان و بر اساس حجم نمونه تعیین‌شده، به شکل متوالی تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر برای هر مرکز وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه زنان سالمند ایرانی بالای ۶۰ سال ساکن در بندرعباس، دارای سواد خواندن و نوشتن، فاقد بیماری‌های روانی و زمینه‌ای و همچنین فاقد تجربه هیچ بحران در طی سه ماه اخیر بود. شهرستان بندرعباس دارای ۲۱ مرکز خدمات جامع سلامت شهری بوده که بر اساس محل قرارگیری توسط محقق به پنج بخش شمال پنج مرکز؛ جنوب شش مرکز؛ شرق سه مرکز؛ غرب پنج مرکز و در مرکز بندرعباس دو مرکز، تقسیم‌بندی شد و با استفاده از روش قرعه‌کشی، مراکز بخش‌های شمال شامل رسالت و الهیه، جنوب شامل خلیج فارس و شادپور، غرب شامل کاتبی و پیامبر اعظم، شرق شامل سید مظفر و از مرکز بندرعباس نیز مرکز سید جمال‌الدین اسدآبادی انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اطلاعات

آن کنند. به این ترتیب، فرایند جمع‌آوری اطلاعات حدود چهار ماه (شهریور تا آذر ماه سال ۱۳۹۷) به طول انجامید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ پردازش شد. جهت تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (کای‌دو، دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز کوواریانس و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد و سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی در دو گروه با همسر و بدون همسر به ترتیب برابر با $65/83 \pm 6/05$ و $69/31 \pm 7/37$ سال بود. بیشتر زنان بدون همسر (۶۷/۶ درصد) و با همسر (۶۵ درصد)، دارای ۵ تا ۹ فرزند، و بیش از نیمی از آنان در هر دو گروه زنان بدون همسر (۵۱/۹ درصد) و با همسر (۵۸/۴ درصد) دارای ۵ تا ۹ فرزند متأهل بودند. حدود نیمی از زنان در دو گروه دارای تحصیلات ابتدایی و اغلب

علی‌پور و نوربالا در سال ۱۳۸۷ تأیید شده و میزان آلفای کرونباخ با ۱۰۱ آزمودنی ۹۳ درصد به دست آمده است [۲۲]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴۶ به دست آمد.

پس از دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی ایران و ارائه آن به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، پژوهشگر به مراکز منتخب مطالعه مراجعه کرد و ضمن ارائه معرفی‌نامه به مسئولین مرکز، هدف مطالعه را به زبان ساده برای واحد های مورد پژوهش توضیح داد. سپس فرم رضایت آگاهانه در اختیار واجدین شرایط مایل به شرکت در مطالعه قرار گرفت تا ضمن مطالعه به امضای آن بپردازند. همچنین پژوهشگر در رابطه با اصل رازداری و حفظ اطلاعات شخصی واحدهای مورد پژوهش به آنان اطمینان داد. پس از آن، پرسش‌نامه‌ها در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت تا در یکی از اتاق‌های مرکز در سکوت و آرامش و تحت نظارت پژوهشگر، ظرف مدت ۲۰ دقیقه اقدام به تکمیل

جدول ۱. مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی در دو گروه زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهر بندرعباس

نتایج آزمون تی مستقل	فراوانی (درصد)		نام متغیر
	بدون همسر (۱۳۰ نفر)	با همسر (۲۶۰ نفر)	
$t=4/94$ $df=288$ $P>0/001$	۸۳(۶۳/۸)	۲۱۸(۸۳/۸)	$70 <$
	۳۱(۲۳/۸)	۳۳(۱۲/۷)	$70 - 79$
	۱۶(۱۲/۴)	۹(۳/۵)	≤ 80
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
	$69/31 \pm 7/37$ ۶۰-۹۰	$65/83 \pm 6/05$ ۵۰-۹۱	میانگین \pm انحراف معیار بیشینه-کمینه
$t=1/02$ $df=288$ $P=0/30$	۱(۰/۸)	۲(۱/۲)	صفر
	۳۳(۲۵/۴)	۷۱(۲۷/۳)	۱-۴
	۸۸(۶۷/۶)	۱۶۹(۶۵)	۵-۹
	۸(۶/۲)	۱۷(۶/۵)	۱۰ و بیشتر
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
$5/77 \pm 2/09$ ۱۱-۰	$6/02 \pm 2/28$ ۰-۱۴	میانگین \pm انحراف معیار بیشینه-کمینه	
$t=1/87$ $df=284$ $P=0/062$	۵(۳/۹)	۱(۰/۳)	صفر
	۵۲(۴۰/۳)	۹۴(۳۶/۶)	۱-۴
	۶۷(۵۱/۹)	۱۵۰(۵۸/۴)	۵-۹
	۵(۳/۹)	۱۲(۴/۷)	۱۰ و بیشتر
	۱۲۹(۱۰۰)	۲۵۷(۱۰۰)	جمع کل
$4/88 \pm 2/30$ ۰-۱۱	$5/25 \pm 2/32$ ۰-۱۴	میانگین \pm انحراف معیار بیشینه-کمینه	

نتایج آزمون تی مستقل	فراوانی (درصد)		نام متغیر
	بدون همسر (۱۳۰ نفر)	با همسر (۲۶۰ نفر)	
$t=6/88$ $df=288$ $P>0/001$	۳۳(۲۵/۴)	۶(۲/۳)	کمتر از ۳۰
	۳۱(۲۳/۸)	۲۸(۱۰/۸)	۳۰-۳۹
	۲۶(۲۷/۷)	۱۴۹(۵۷/۳)	۴۰-۴۹
	۳۰(۲۳/۱)	۷۷(۲۹/۶)	بیشتر از ۵۰
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
	۳۷/۶۲±۱۳/۵۱ ۴-۷۳	۴۵/۴۳±۸/۷۰ ۴-۷۳	میانگین± انحراف معیار بیشینه-کمینه
$t=-1/44$ $df=284$ $P=0/14$	۵۶(۴۳/۴)	۱۲۶(۴۹)	۰
	۳۶(۲۷/۹)	۸۱(۳۱/۵)	۱
	۳۱(۲۴)	۳۰(۱۱/۷)	۲
	۶(۴/۷)	۲۰(۷/۸)	۳ و بیشتر
	۱۲۹(۱۰۰)	۲۵۷(۱۰۰)	جمع کل
	۰/۹۷±۱/۱۳ ۶--	۰/۸۱±۰/۰۰۱ ۴--	میانگین± انحراف معیار بیشینه-کمینه
نتایج آزمون دقیق فیشر $P=0/71$	۵۹(۴۵/۳)	۱۱۱(۴۲/۷)	بیسواد
	۶۵(۵۰)	۱۲۶(۴۸/۵)	ابتدایی
	۴(۳/۲)	۱۵(۵/۸)	سیکل
	۲(۱/۵)	۶(۲/۲)	دبلم
	۰(۰)	۲(۰/۸)	دانشگاهی
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
$P=0/92$	۱۳۴(۹۵/۴)	۲۴۵(۹۴/۲)	خانهدار
	۲(۱/۵)	۴(۱/۶)	شاغل
	۴(۳/۱)	۱۱(۴/۲)	بازنشسته
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
نتایج آزمون کای دو $\chi^2=5/47$ $df=2$ $P=0/06$	۴۰(۳۰/۸)	۶۱(۲۳/۵)	ضعیف
	۸۰(۶۱/۵)	۱۶۰(۶۱/۵)	متوسط
	۱۰(۷/۷)	۳۹(۱۵)	خوب
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=4/46$ $df=2$ $P=0/10$	۲۸(۲۱/۵)	۳۹(۱۵)	کاملاً استقلال مالی دارم
	۳۶(۲۷/۷)	۹۶(۳۶/۹)	تا حدودی استقلال مالی دارم
	۶۶(۵۰/۸)	۱۲۵(۴۸/۱)	از نظر مالی وابسته‌ام
	۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل

جدول ۲. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف از خطا در سلامت عمومی در دو گروه زنان سالمند

فراوانی (درصد)		گروه سلامت عمومی (۰-۸۴)
بدون همسر	با همسر	
۷۹(۶۰/۸)	۱۸۸(۷۲/۳)	مطلوب (۲۲-۰)
۴۰(۳۰/۸)	۶۰(۲۳/۱)	تهدید خفیف سلامت (۴۰-۲۳)
۱۱(۸/۴)	۱۰(۳/۸)	تهدید متوسط سلامت (۶۰-۴۱)
۰(۰)	۲(۰/۸)	تهدید شدید سلامت (۸۴-۶۱)
۱۳۰(۱۰۰)	۲۶۰(۱۰۰)	جمع کل
۲۰/۶۳±۱/۰۳ ۰-۵۶	۱۹/۴۶±۰/۶۹ ۳-۷۰	میانگین±انحراف از خطا بیشینه - کمینه
F= ۰/۰۹۶ P=۰ /۷۵۷		تعداد سال‌های زندگی با همسر
F= ۶/۱۴۸ P=۰ /۰۱۴		سن
F= ۰/۷۷ P=۰ /۳۸		اثر گروه

نشریه پرستاری ایران

سلامت عمومی بعد از کنترل متغیرهای مخدوشگر (سن و طول مدت سال‌های زندگی با همسر) در گروه زنان با همسر برابر با ۱۹/۴۶±۰/۶۹ و بدون همسر برابر با ۲۰/۶۳±۱/۰۳ بود که نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ سلامت عمومی وجود نداشت (P=۰/۳۸). نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد بین دو گروه مورد مطالعه از لحاظ علائم جسمانی (P=۰/۱۷)، اضطراب (P=۰/۹۳)، عملکرد اجتماعی (P=۰/۹۹) و افسردگی (P=۰/۱۵) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، میانگین تعدیل‌شده شادکامی در گروه زنان با همسر و بدون همسر به ترتیب برابر با ۳۹/۴۳±۰/۸۸ و ۳۷/۱۲±۱/۳۲ گزارش شد که نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از

خانه‌دار (۹۴ درصد در گروه با همسر و ۹۵/۴ درصد در گروه بدون همسر) بودند. اغلب شرکت‌کنندگان در هر دو گروه از لحاظ وضعیت اقتصادی در سطح متوسط (۶۱/۵ درصد از هر گروه)، و نزدیک به نیمی از هر گروه (۴۸/۱ درصد از گروه دارای همسر، و ۵۰/۸ درصد از گروه بدون همسر) از نظر مالی وابسته بودند. نتایج نشان داد دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی به جز سن (P<۰/۰۰۱) و طول مدت سال‌های زندگی با همسر (P<۰/۰۰۱) اختلاف آماری معناداری نداشتند (جدول شماره ۱).

توزیع فراوانی، میانگین و انحراف از خطا در سلامت عمومی در دو گروه مورد مطالعه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود سلامت عمومی اکثر افراد هم در گروه با همسر (۷۲/۳ درصد) و هم در گروه بدون همسر (۶۰/۸ درصد) در سطح مطلوبی قرار داشت. میانگین تعدیل‌شده

جدول ۳. میانگین و انحراف از خطا در ابعاد سلامت عمومی در دو گروه زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس و مقایسه آن‌ها

نتایج آنالیز کوواریانس	میانگین±انحراف از معیار		گروه ابعاد سلامت عمومی
	بدون همسر	با همسر	
F=۱/۸ P=۰/۰۱۷	۶/۲۹±۰/۳۴	۵/۶۸±۰/۲۳	علائم جسمانی (۲۱-۰)
F=۰/۰۰۶ P=۰/۰۹۳	۵/۰۸±۰/۳۶	۵/۰۴±۰/۲۴	اضطراب (۲۱-۰)
F=۰/۰۰۱ P=۰/۰۹۹	۶/۹۶±۰/۲۷	۶/۹۶±۰/۱۸	اختلال در عملکرد اجتماعی (۲۱-۰)
F=۱/۹۸ P=۰/۱۵	۲/۲۹±۰/۲۹	۱/۷۶±۰/۱۹	افسردگی (۲۱-۰)
F=۷۷۰/۰ P=۰/۳۸	۲۰/۶۳±۱/۰۳	۱۹/۴۶±۰/۶۹	سلامت عمومی (۸۴-۰)

نشریه پرستاری ایران

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره شادکامی در دو گروه زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس و مقایسه آن‌ها

نام گروه	میانگین \pm انحراف از خطا	نتایج آنالیز کوواریانس
زنان با همسر	۳۹/۴۳ \pm ۰/۸۸	F=۱/۸۵ P=۰/۱۷
زنان بدون همسر	۳۷/۱۲ \pm ۱/۳۲	

نشریه پرستاری ایران

جدول ۵. همبستگی بین سلامت عمومی و ابعاد آن با شادکامی در دو گروه زنان سالمند با و بدون همسر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس

نام متغیر و گروه	علائم جسمی	اضطراب	اختلال در عملکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی
زنان با همسر	r=-۰/۳۴ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۰ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۶ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۲ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۸ P<۰/۰۰۱
زنان بدون همسر	r=-۰/۳۴ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۳ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۷ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۳۵ P<۰/۰۰۱	r=-۰/۴۴ P<۰/۰۰۱

نشریه پرستاری ایران

دارند، می‌توان نتیجه گرفت که از نظر سلامت عمومی، بیشتر زنان در دو گروه از سطح سلامتی مطلوبی برخوردارند. اما در مقایسه با مطالعات دیگر میانگین نمره سلامتی در این مطالعه بیش از میانگین نمره سلامتی سالمندان در مطالعه یزدانی در تهران [۲۷] و نجاتی در قم [۲۸] است و این نشان می‌دهد که سالمندان در شهر تهران و قم از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. شاید علت این موضوع را بتوان به کیفیت پایین تر خدمات بهداشتی درمانی و توجه کمتر به سلامت سالمندان در مناطق جنوب کشور در مقایسه با پایتخت نسبت داد [۲۹].

همچنین در مورد بعد جسمانی سلامت زنان سالمند، آن چنان که بنت (Bennet)، تحلیل می‌کند کاهش سطح سلامت جسمانی در زنان مسن، بیشتر تابع فرسودگی و افزایش سن است تا بیوه بودن و فقدان برخورداری از حمایت همسر [۳۰] و این امر می‌تواند توجیهی برای فقدان معناداری این ارتباط در مطالعه ما نیز باشد.

در مورد مقایسه شادکامی زنان سالمند با و بدون همسر، نیز نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری را در میانگین نمره شادکامی زنان دارای همسر و بدون همسر نشان نداد.

در مورد نقش تأهل و ارتباط آن با احساس سلامت و شادکامی گرچه برخی از تغییرات در سلامت جسمی و روانی با وضعیت تأهل قابل توضیح است، اما به گفته هیوز (Hughes) و همکاران به احتمال زیاد تأهل یا عدم تأهل تنها بخشی از این موضوع به شمار می‌رود [۳۱]. به گفته کراوس (Krause) عملاً هیچ ارتباطی بین رفاه زنان مسن و وضعیت تأهل یا تعداد خویشاوندان نزدیک آنان وجود ندارد [۳۲]. رایان (Ryan) معتقد است آنچه که می‌تواند به بهزیستی روان شناختی سالمندان کمک کند بیشتر کیفیت روابط خانوادگی

لحاظ شادکامی وجود نداشت (P=۰/۱۷). نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد هم در زنان دارای همسر و هم در زنان بدون همسر بین سلامت عمومی و ابعاد آن با شادکامی همبستگی معنی دار آماری و معکوسی وجود داشت (P<۰/۰۰۱). میزان همبستگی بین شادکامی و سلامت عمومی در زنان با همسر برابر با ۰/۴۸ و در زنان بدون همسر برابر با ۰/۴۴ بود. یافته‌ها نشان داد بیشترین ارتباط معنی دار شادکامی در زنان با همسر با بُعد افسردگی (r=-۰/۴۲) و در زنان بدون همسر با بعد اختلال در عملکرد اجتماعی (r=-۰/۴۷) بود (جدول شماره ۵).

بحث و نتیجه گیری

سلامت عمومی و شادکامی زنان سالمند دارای همسر و بدون همسر در این مطالعه تفاوت معنی داری نداشت. پرکینز (Perkins) و همکاران، در مطالعه‌ای در کشور هندوستان در رابطه با تأثیر تأهل و بیوه شدن بر وضعیت سلامت زنان و مردان مسن دریافتند که زنان مسن بیوه‌ای که ۵ تا ۹ سال بدون همسر زندگی کرده بودند از نظر وضعیت سلامت عمومی تفاوتی با زنان مسن متأهل نداشتند [۲۳]. این موضوع را می‌توان به تطابق این زنان با فقدان همسر یا برخورداری احتمالی آنان از منابع حمایتی دیگر مانند فرزندان مرتبط دانست [۲۴، ۲۵]. در این راستا اوکابایاشی (Okabayashi) و همکاران، تأثیر حمایت اجتماعی ارائه شده از سوی فرزندان را گاه بیش از سایر منابع حمایتی از جمله همسر، دوستان و آشنایان بر سلامت روانی زنان سالمند بیان می‌دارند [۲۶].

در این مطالعه، میانگین نمره سلامت عمومی در هر دو گروه پایین تر از نقطه برش برای کل آزمون یعنی ۲۳ بود و با توجه به اینکه هرچه میزان نمره آزمون از ۲۳ بالاتر باشد نشان دهنده این است که افراد بیشتر در معرض تهدید سلامت عمومی قرار

و نه صرف داشتن همسر است [۳۳].

متغیرهای دیگری مانند کیفیت روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی، استقلال مالی و غیره نیز در این ارتباط نقش دارند که شناسایی آن‌ها مستلزم انجام تحقیقات بیشتری است. یافته‌های این مطالعه، رویکردهای جدیدی را برای تحقیقات آینده فراهم می‌کند و می‌تواند بستری را برای طرح مداخلاتی هدفمند جهت حفظ و ارتقای سلامت و شادی زنان مسن جامعه فراهم آورد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفته است (کد: IR.IUMS.REC.1397.1175).

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت، دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران (کد طرح: ۱۳۹۵۷-۳-۱-۹۸).

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

مفهوم‌سازی: هما صادقی، لیلا امینی، شهرام قنبری؛ تحقیق و بررسی: شهرام قنبری، هما صادقی، شیما حقانی؛ ویراستاری و نهایی‌سازی: هما صادقی، لیلا امینی، شیما حقانی.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی قدردانی می‌شود.

نتایج مطالعه رایان و همکاران در پنسیلوانیا نشان داد که رضایت زناشویی، رضایت‌مندی از روابط با فرزندان بزرگسال و رضایت از ارتباط با اعضای خانواده گسترده، همگی در ارزیابی نمره خوب روان‌شناختی و تا حدودی سلامت جسمی افراد مسن تأثیرگذار است، اما صرف وجود همسر و تعداد فرزندان دربردارنده چنین ارتباطی نیست، به عبارت دیگر آنچه می‌تواند به بهزیستی روان‌شناختی سالمندان کمک کند بیشتر کیفیت روابط خانوادگی و نه صرف داشتن همسر است [۳۳].

با توجه به نتایج مطالعه بین نمره سلامت عمومی و نمره شادکامی در زنان با و بدون همسر، رابطه معناداری وجود دارد. به این ترتیب هم در زنان دارای همسر و هم در زنان بدون همسر، بین نمره سلامت عمومی و ابعاد آن با نمره شادکامی همبستگی معنی‌دار آماری و معکوسی وجود داشت ($P > 0.001$). بدین معنی هرچه فرد از سطح سلامت بالاتری برخوردار باشد از شادکامی بیشتری نیز برخوردار خواهد بود. نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های پژوهش انجام شده توسط انگنر (Angner) و همکاران است که رابطه بین شادی و سلامتی را با استفاده از نمونه‌ای از ۳۸۳ فرد مسن مراجعه‌کننده به مراکز مراقبت‌های اولیه در ۲۱ ایالت آلاباما مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتایج این مطالعه معیارهای سلامت ذهنی نسبت به معیارهای عینی، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای شادی و حس رفاه افراد مسن است [۳۴].

متقاعد کردن افراد برای شرکت در مطالعه از محدودیت‌های این مطالعه است که با دادن توضیحاتی راجع به محرمانه بودن اطلاعات و توضیح در مورد اهداف کاربردی پژوهش به شرکت‌کنندگان این محدودیت مرتفع شد. با توجه به نتایج مطالعه در گروه زنان بدون همسر، هیچ‌یک از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نمره سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری نداشت. اما در گروه زنان دارای همسر، بین برخی از ویژگی‌ها مانند اشتغال و وضعیت اقتصادی و سن افراد مورد مطالعه و نمره سلامت عمومی آنان ارتباط معناداری از لحاظ آماری مشاهده شد.

نتایج مطالعه نشان داد که بین نمره شادکامی با برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون وضعیت اقتصادی و درآمد و سن افراد مورد مطالعه در گروه زنان دارای همسر رابطه معنی‌دار وجود دارد و این رابطه در مورد وضعیت اقتصادی و درآمد معنی‌دارتر از سن افراد مورد مطالعه بود.

در مجموع مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر از سلامت عمومی بالاتر و شادکامی بیشتری برخوردارند، اما این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبود. به نظر می‌رسد که صرف داشتن همسر تعیین‌کننده وضعیت سلامت عمومی و شادکامی زنان سالمند نیست، بلکه

References

- [1] World Health Organization. Global health estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. 2020 [Updated 2021 November 8]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- [2] World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2018 [Updated 2021 October 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [3] CEIC. Iran Health Statistics [Internet]. 2019 [Updated 2019 June 19]. Available from: <https://www.ceicdata.com/en/iran/health-statistics?page=2>
- [4] World Health Organization. Global health and ageing [Internet]. 2011 [Updated 2011]. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- [5] Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S. The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. *BMC Public Health*. 2007; 7:261. [DOI:10.1186/1471-2458-7-261] [PMID] [PMCID]
- [6] Statistical Center of Iran. Selection of the results of general census of population and housing [Internet]. 2016. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses/Census-2016-General-Results>
- [7] Hellström Y, Persson G, Hallberg IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs*. 2004; 48(6):584-93. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x] [PMID]
- [8] Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. (Persian)] *Payesh*. 2005; 4(2):113-20. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=35300>
- [9] Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*. 2011; 56(7):387-97. [DOI:10.1177/070674371105600702] [PMID]
- [10] Joshanloo M. Lay conceptions of happiness: Associations with reported well-being, personality traits, and materialism. *Front Psychol*. 2019; 10:2377. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.02377] [PMID] [PMCID]
- [11] Alexander R, Aragón OR, Bookwala J, Cherbuin N, Gatt JM, Kahrilas IJ, et al. The neuroscience of positive emotions and affect: Implications for cultivating happiness and wellbeing. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 121:220-49. [DOI:10.1016/j.neubiorev.2020.12.002] [PMID]
- [12] Joseph S, Linley PA. Positive therapy: A positive psychological theory of therapeutic practice. In: In Linley PA, Joseph S, editors. *Positive psychology in practice*. New York: Wiley; 2012. https://www.google.com/books/edition/Positive_Psychology_in_Practice/f-8iBCRk4c8C?hl=en&gbpv=0
- [13] Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nat Hum Behav*. 2018; 2(4):253-60. [DOI:10.1038/s41562-018-0307-6] [PMID]
- [14] Taube E, Kristensson J, Midlöv P, Holst G, Jakobsson U. Loneliness among older people: Results from the Swedish national study on aging and care-Blekinge. *Open Geriatric Med J*. 2013; 6(1):1-10. [DOI:10.2174/1874827901306010001]
- [15] Morovatisharifabad M, Ghofranipour F, Babaeirochi G, Heydarinia A. [Perceived religious support of health promoting behavior and status doing these behaviors in Aged 65 years and older in Yazd (Persian)]. *JSSU*. 2004; 12(1):23-9. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=14625>
- [16] Ekrami M, Mirhaj A. [The comparison of general health and self-esteem status in the trained aged women in Iran Alzheimer's Association and other (Persian)]. *Q J Health Psychol*. 2015; 4(14):98-112. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=573603>
- [17] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1):139-45. [DOI:10.1017/S003291700021644] [PMID]
- [18] Jackson C. The general health questionnaire. *Occup Med*. 2007; 57(1):79. [DOI:10.1093/occmed/kql169]
- [19] Noorbala A. [Psychosocial health and strategies for improvement (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2011; 17(2):151-6. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1353-en.html>
- [20] Argyle M. (2005) *Psychology and religion: An introduction*, Oxfordshire: Taylor & Francis. https://www.google.com/books/edition/Psychology_and_Religion/d9-FgAAQBA?hl=en&gbpv=0
- [21] Hadinejad H, Zarei F. [Reliability, validity, and standardization of the Oxford Happiness Questionnaire (Persian)]. *Psychol Res*. 2009; 12(1-2):62-77. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=167231>
- [22] Alipoor A, Noorbala A. [Preliminary study of the reliability and validity of the Oxford Happiness Questionnaire at Tehran University (Persian)]. *J Thought & Behavior*. 2008, 2(1):29-34. <http://ensani.ir/file/download/article/20100930154836->
- [23] Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, et al. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: A cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):1032. [DOI:10.1186/s12889-016-3682-9] [PMID] [PMCID]
- [24] Wilcox S, Evenson KR, Aragaki A, Wassertheil-Smoller S, Mouton CP, Loevinger BL. The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The women's health initiative. *Health Psychol*. 2003; 22(5):513-22. [DOI:10.1037/0278-6133.22.5.513] [PMID]
- [25] Geng J. Gender and the subjective well-being of widowed elders [MSc. Thesis]. Virginia: Virginia Thec University; 2019. <http://hdl.handle.net/10919/101093>
- [26] Okabayashi H, Liang J, Krause N, Akiyama H, Sugisawa H. Mental health among older adults in Japan: Do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Soc Sci Med*. 2004; 59(11):2259-70. [DOI:10.1016/j.socscimed.2004.02.024] [PMID]
- [27] Yazdani AA. [The relationship between social participation and general health among aged people of 5th district of Tehran (Persian)] [MSc. Thesis]. Tehran: Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2010. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=m7FUaW0AAAAJ&alert_preview_top_rm=2&citation_for_view=m7FUaW0AAAAJ:hMod-77fHWUC

- [28] Nejati V. [Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (Persian)]. *J Inflamm Dis*. 2009; 13(1):67-72. <http://journal.qums.ac.ir/article-1-790-en.html>
- [29] Mir SA, Khosravi S, Mansouri Bidkani M, Khosravi AA. [Expanding the health care in deprived areas in Iran: Policies and challenges (Persian)]. *J Mil Med*. 2019; 21(4):342- 52. <http://militarymedj.ir/article-1-2284-en.html>
- [30] Bennett KM. (1997). Widowhood in elderly women: The medium and long-term effects on mental and physical health. *Mortality*, 2(2):137-48. [DOI:10.1080/713685857]
- [31] Hughes ME, Waite LJ, LaPierre TA, Luo Y. All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62(2):S108-19. [DOI:10.1093/geronb/62.2.S108] [PMID] [PMCID]
- [32] Krause N. Social support. In: Binstock RH, Marshall VW, editors. *Handbook of aging and the social sciences*. Massachusetts: Academic Press; 2001. pp. 272-294. https://www.google.com/books/edition/Handbook_of_Aging_and_the_Social_Science/43lqAAAAMAAJ?hl=en
- [33] Ryan AK, Willits FK. Family ties, physical health, and psychological well-being. *J Aging Health*. 2007; 19(6):907-20. [DOI:10.1177/0898264307308340] [PMID]
- [34] Angner E, Ray MN, Saag KG, Allison JJ. Health and happiness among older adults: A community-based study. *J Health Psychol*. 2009; 14(4):503-12. [DOI:10.1177/1359105309103570] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
