

شأن اجتماعی سالمندان در محیط بیمارستان: مطالعه موردی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان

سیدعلی حسینی^۱، مهشید دارابی^۲، باقر پهلوانزاده^۳، محمد محبوبی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۲/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اساس مراقبت درمانی احترام به شأن افراد است. حفظ کرامت سالمندان، یکی از بنیادی‌ترین مواردی که بایستی در مراقبت از آن‌ها رعایت شود. این مطالعه به‌منظور بررسی‌شان اجتماعی سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. **مواد و روش کار:** مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی در بین ۱۶۷ نفر از سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شأن اجتماعی باقری و همکاران استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های تی-دو نمونه‌ای و ANOVA یا من-ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: بالاترین میانگین نمره هم معیار شده مربوط به حمایت اجتماعی (۳/۵۶) و کمترین (۳/۳۷) بود و میانگین نمره مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشت ($P>0.05$). در مقایسه مؤلفه‌ها، میانگین نمره حمایت خانواده در سالمندان با درآمد بالاتر از ۲۰ میلیون بیشتر از سایر گروه‌های درآمدی، تحمیل اقتصادی در زنان بالاتر از مردان و تحمیل اجتماعی در گروه‌های سنی تفاوت معنی‌داری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که‌شان اجتماعی سالمندان بستری متوسط بود. مؤلفه‌هایشان اجتماعی سالمندان بستری نیاز به توجهی جدی از سوی سیاست‌گذاران نظام سلامت دارد. اگرچه بعد اقتصادی در کاهش منزلت آنان تأثیر چندانی نداشته است، اما نداشتن توجه به این موضوع ممکن است در آینده‌شان و جایگاه سالمندان را دچار مشکل نماید. فلذا تقویت ابعاد حمایت جامعه و کارکنان، کاهش تحمیل اجتماعی و اقتصادی برای افزایششان اجتماعی سالمندان بستری مورد تأکید پژوهشگران است.

کلیدواژه‌ها: کرامت، شأن اجتماعی، حمایت، سالمند

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و پنجم، شماره پنجم، ص ۳۸۱-۳۷۰، مرداد ۱۴۰۳

آدرس مکاتبه: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۶۸۰۹۵۲۶

Email: mm59m@yahoo.com

مقدمه

است که مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها بیش از گذشته مورد توجه قرار گیرد (۴، ۵)، به‌طوری‌که سلامت عمومی سالمندان یکی از چالش‌های جهانی پیش روی کشورها خواهد بود (۶). سازمان بهداشت جهانی امید به زندگی بالا و طول عمر بیشتر را مانند مسکن، سلامت، رفاه اجتماعی مطلوب، درآمد مکفی، سواد سلامت، ایاب و ذهاب، تفریح متناسب با سن سالمند، سرگرمی و اشتغال را به‌عنوان اصلی‌ترین شاخص‌های توسعه اجتماعی به‌حساب می‌آورد (۷)، از طرفی، ضمن توجه به بعد اجتماعی کیفیت زندگی

افزایش جمعیت سالمندان به دلیل افزایش امید به زندگی، بهبود وضعیت تغذیه‌ای، پیشرفت فناوری، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و سیاست‌های دولت‌ها موضوعی غیرقابل‌انکار است (۱). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان به ۱/۵ میلیارد برسد (۲)، در ایران هم تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ جمعیت این گروه به ۲۳ درصد از کل جمعیت برسد. یعنی از هر ۴ نفر یک نفر سالمند خواهد بود (۲، ۳). رشد جمعیت سالمندان، باعث شده

^۱ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

^۲ استادیار، متخصص کودکان، گروه کودکان، دانشکده‌ی پزشکی، بیمارستان آیت الله طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

^۳ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده‌ی بهداشت، مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

^۴ دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران (نویسنده مسئول)

نیست و وجود ارزش‌های فرهنگی مثبت، هم در نهاد خانواده‌ها و هم نظام فAMILI، کمتر سالمندی را از حمایت اجتماعی محروم می‌دارد، اما در نظام سلامت به دلیل تنوع بیماران مختلف بستری در بیمارستان‌ها، ممکن است گاهی‌شان اجتماعی سالمندان مورد توجه مسئولین تأکید قرار نگرفته باشد. ارتقای سلامت سالمندان از مهم‌ترین اهداف مراقبت درمان به‌منظور کیفیت زندگی آن‌ها محسوب می‌شود (۲۳، ۲۴).

متخصصان معتقدند رعایت ملاحظات خاص برای سالمندان و تأمین احترام و حق مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری و همچنین تطبیق محیط فیزیکی به اقتضای توانایی و محدودیت‌های آن‌ها نوعی احترام به شأن سالمندان تلقی خواهد شد (۲۵، ۲۶).

کلیه پرسنل بیمارستان به‌خصوص پرستاران باید موارد مربوط به حفظ و شأن سالمندان را بشناسند و رعایت آن را از وظایف خود بدانند

نظر به اهمیت‌شان و جایگاه سالمندان در خوزستان، با توجه به اهمیت رهبری سالمندان به‌عنوان شیوخ، ریش‌سفیدان، هدایت قبیله‌های بزرگ و کوچک مختلف در سطح استان، محل رجوع حل اختلافات مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و سایر موارد به بزرگان قبیله، جایگاه و شأن این افراد از اهمیت بسیار زیادی دارد، به‌طوری‌که گاهی برای فروکش کردن برخی مشکلات اساسی در سطح منطقه وجود دخالت بزرگان یا شیوخ سالمند امری اجتناب‌ناپذیر است. اما مطالعه‌ای که‌شان اجتماعی سالمندان را هنگام بستری در بیمارستان‌های منطقه جنوب غرب خوزستان نشان دهد موضوعی بود که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت به همین منظور این مطالعه، باهدف بررسی‌شان اجتماعی سالمندان بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی آبادان در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی که جامعه مورد مطالعه آن سالمندان بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی آبادان (بیمارستان آیت ... طالقانی و شهید بهشتی شهرستان آبادان، بیمارستان ولیعصر شهرستان خرمشهر و بیمارستان معرفی زاده شهرستان شادگان) در سال ۱۴۰۱ تشکیل می‌دهند.

در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف و بر اساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر بوده و تعداد ۱۶۷ سالمند بستری ($p=0/5$, $\alpha=0/05$, $d=0/5$) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. شرط ورود به مطالعه رضایت سالمندان (۶۵ سال به بالاتر) یا همراهان بیماران بود که حداقل ۲۴ ساعت از بستری آن‌ها در

سالمندان، توجه به مقوله حمایت اجتماعی نیاز امروز سالمندان است. به‌طوری‌که توجه به بعد اجتماعی انسان به‌عنوان یک مقوله حمایت اجتماعی از سوی جامعه شناسان مورد تأکید زیادی قرار گرفته است (۸، ۹).

حمایت اجتماعی یا به عبارتی‌شان اجتماعی به دلایلی اهمیت ویژه‌ای دارد، نخست اینکه یکی از عوامل مهم در کیفیت زندگی اشخاص ارتباط اجتماعی است، چراکه انسان موجودی اجتماعی است. همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد گواه محکمی برای تأیید این موضوع می‌باشند. دوم اینکه رابطه مستقیمی بین افزایش سطح رفاه روانی و حمایت اجتماعی به‌عنوان یک ابزار مناسب تقریباً در دسترس از سوی پژوهشگران اشاره شده است (۱۰، ۱۱).

علاوه بر این موارد مطالعاتی نشان داده‌اند که توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نقش قابل‌توجهی در ارتقای سلامت روان سالمندان دارد (۱۲، ۱۳).

معتمدی شلمزاری و همکاران با بررسی ارتباط سلامت عمومی و احساس تنهایی با حمایت اجتماعی در سالمندان، تأکید کرده‌اند که میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیشتر از حمایت ابزاری است (۱۴).

به‌طورکلی مطالعات زیادی رعایت‌شان اجتماعی در سالمندان به‌ویژه زمانی که بیماری حاد یا مزمن مبتلا هستند اشاره کرده‌اند، یعنی مراقبت‌های تسکینی در سالمندان بیمار امری ضروری برای اطرافیان است (۱۵)، و یکی از اجزای مهم در مراقبت‌های تسکینی تخصصی، رعایت‌شان و حقوق انسان‌هاست که مستقل از ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی آن‌هاست (۱۶).

شأن اجتماعی بیماران، شامل نگرانی‌های اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است که می‌تواند باعث تقویت یا تضعیف‌شان آنان شود (۱۷-۲۰)، کاربردهای‌شان اجتماعی نشان می‌دهد که چگونه این نوع‌شان می‌تواند به میزان کم یا زیاد به‌صورت کلامی یا غیرکلامی مورد تهدید واقع شود (۲۱)، محققین دریافته‌اند که رعایت‌شان اجتماعی، سالمندان را در مقابل اثرات مضر استرس محافظت کرده و باعث افزایش رفاه احساسی و جسمی آنان می‌شود (۲۲)، آنچه اهمیت می‌یابد این است که جوامع مختلف چه رفتاری با سالمندان دارند و فرهنگ هر جامعه چه تأثیری در نوع برخورد با افراد سالخورده دارد زیرا نوع برخورد با سالمندان نیز مانند تعریف این مفهوم، دارای تنوع و اختلاف است.

در ایران هم هرچند مردم به برخی اعتقادات فرهنگی و دینی پایبند هستند و سالخورده‌گی هنوز آن‌چنان ویژگی بارز جمعیتی

بیمارستان گذشته است و در صورت نارضایتی و عدم توانایی به پرسش‌های پرسشنامه موردنظر از مطالعه حذف می‌شدند. در این مطالعه با مراجعه پژوهشگر به بیمارستان و در برخی موارد همراهی مترجم مسلط به زبان عربی نمونه‌ها جمع‌آوری می‌شدند. پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی و شفاهی نمونه از طرف پژوهشگر، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه‌شان اجتماعی (SDQ: Social dignity questionnaire) بر اساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید.

پرسشنامه‌شان اجتماعی، یک پرسشنامه ۷۷ سؤالی است و شامل دو بعد ارتباط و حمایت (ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی) و تحمیل شدن به دیگران (جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی) است. این پرسشنامه، در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر است. اکثر عبارات دارای امتیازدهی مثبت هستند، به طوری که امتیاز ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه کاملاً موافقم منظور گردیده است و فقط عبارات شماره ۹-۷، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۳۱-۳۴، ۳۸، ۴۰، ۵۳-۵۰، ۵۹، ۶۲ و ۶۹-۷۷ دارای امتیاز منفی هستند، به عبارت دیگر، در این عبارات، امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا برای گزینه کاملاً مخالفم در نظر گرفته شده است. میانگین نمره عبارات پرسشنامه، نمره کل پرسشنامه محسوب خواهد شد و نمره بالاتر نشان‌دهنده‌شان اجتماعی بالاتر است. این پرسشنامه توسط باقری و همکاران ساخته شد. پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۷ و با استفاده از روش تقسیم نصف ۰.۹۹ گزارش شده است (۲۷).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با روش‌های آماری توصیفی استفاده شد. برای مقایسه پذیر شدن میانگین نمره مؤلفه‌ها، میانگین هم معیار شده از تقسیم میانگین نمره خام بر تعداد سؤالات آن مؤلفه به دست آمد. در ادامه برای مقایسه‌شان اجتماعی در زیرگروه‌های متغیرهای جمعیت شناختی با آزمون‌های تی-دو نمونه‌ای یا من-ویتنی و آزمون ANOVA یا کروسکال-والیس استفاده شد. مقایسه میانگین نمره مؤلفه‌ها با آزمون Repeated Measure ANOVA انجام شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معنی‌داری ۰.۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، ۱۶۷ بیمار مشارکت داشتند، ۸۵/۰۳ درصد (۱۴۲ نفر) مرد بودند، از نظر سنی ۳۸/۹۲ درصد (۶۵ نفر) در گروه سنی ۶۵-۷۰، ۲۹/۹۴ درصد (۵۰ نفر) در گروه سنی ۷۱-۷۵ و ۳۱/۱۴ درصد (۵۲ نفر) در گروه سنی بیش از ۷۶ سال بودند. سطح تحصیلات بیشتر افراد مورد مطالعه کمتر از دیپلم بود و بیشتر افراد سطح درآمدی بین ۱۱-۲۰ میلیون تومان داشتند، این در حالی است که درآمد تعداد کمی از افراد کمتر از ۵ میلیون تومان بود. از نظر شغل فقط ۳ نفر بیکار بودند، عمده افراد مورد مطالعه در شهر سکونت داشتند و به صورت اورژانسی بستری شده بودند. بیشتر افراد مورد مطالعه در بخش‌های داخلی و آنکولوژی بستری بودند و از نظر قومیت بیشتر افراد عرب‌زبان بودند (جدول ۱).

جدول (۱): توزیع فراوانی و مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی سالمندان بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی آبادان

درصد	تعداد	
۳۸.۹۲	۶۵	۶۵-۷۰
۲۹.۹۴	۵۰	۷۱-۷۵
۳۱.۱۴	۵۲	بیشتر از ۷۶
۸۵.۰۳	۱۴۲	زن
۱۴.۹۷	۲۵	مرد
۸.۹۸	۱۵	بی‌سواد
۷۰.۶۶	۱۱۸	کمتر از دیپلم
۲۰.۳۶	۳۴	کاردان-کارشناس
۲۶.۳۵	۴۴	کمتر از ۱۰ میلیون
۵۲.۱۰	۸۷	۱۱ میلیون تا ۲۰ میلیون
۲۱.۵۶	۳۶	بیشتر از ۲۰ میلیون تومان

درصد	تعداد		
۱۴.۹۷	۲۵	کارگر، کارمند و کشاورز	شغل
۲۴.۵۵	۴۱	آزاد	
۶۰.۴۸	۱۰۱	بیکار	
۸.۳۸	۱۴	الکتیو	نوع بستری
۳۳.۵۳	۵۶	اورژانسی	
۵۸.۰۸	۹۷	جراحی	بخش بستری
۹۴.۶۱	۱۵۸	داخلی و انکولوژی	
۵.۳۹	۹	زنان	
۵۸.۶۸	۹۸	عفونی	
۱۹.۷۶	۳۳	خارج از دانشگاه تحت پوشش	محل سکونت
۱۱.۳۸	۱۹	روستایی و عشایری	
۱۰.۱۸	۱۷	شهر	
۲۱.۵۶	۳۶	کرد و لر	قومیت
۷۸.۴۴	۱۳۱	عرب	

(۱۰/۴) است که پس از هم معیار شدن میانگین‌ها، بالاترین میانگین نمره هم معیار شده مربوط به حمایت اجتماعی (۳/۵۶) و کمترین (۳/۳۷) بود. در مقایسه بین میانگین نمره هم معیار شده مؤلفه‌ها، تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0.05$). (جدول ۲).

همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد که، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی ابعاد مختلف شأن اجتماعی بیماران بستری نشان داد که از بین ابعاد مختلف شأن اجتماعی، بیشترین میانگین مربوط به حمایت خانواده (۸۸) و کمترین میانگین مربوط به تحمیل اقتصادی

جدول (۲): شاخص‌های مرکزی و پراکندگی ابعاد مختلف شأن اجتماعی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان

تعداد مؤلفه	کمترین	بیشترین	میان	میانگین (انحراف معیار) خام	میانگین هم معیار شده	
۲۵	۵۶	۱۱۷	۸۹	۸۸ (۱۱)	۳/۵۲	حمایت خانواده
۲۳	۵۵	۱۰۹	۸۲	۸۱/۵ (۱۰/۲)	۳/۵۴	حمایت جامعه
۲۰	۴۵	۸۸	۶۸	۶۷/۴ (۸/۶)	۳/۳۷	حمایت کارکنان
۶	۱۰	۳۲	۲۱	۲۱/۴ (۴/۳)	۳/۵۶	تحمیل اجتماعی
۳	۴	۱۷	۱۱	۱۰/۴ (۳/۳)	۳/۴۶	تحمیل اقتصادی
۷۷	۲۱۳	۳۱۶	۲۶۹	۲۶۸/۷ (۲۴/۸)	۳/۴۸	شأن اجتماعی

میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه "حمایت خانواده" ۸۷/۸۰ (۱۱/۳۲)، سالمندان با سطح درآمد "۲۰-۱۱ میلیون تومان"، میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه ۸۶/۲۹ (۱۰/۹۰) و در سالمندان با سطح درآمد "بیشتر از ۲۰ میلیون تومان" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه ۹۲/۳۳ (۹/۹۶) بود و در مقایسه آماری بین میانگین نمره مؤلفه "حمایت خانواده" بین این سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0.01$), و در سایر زیرگروه‌ها اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۳).

به‌طور کلی می‌توان گفت وضعیتشان اجتماعی سالمندان آبادان با میانگین ۲۶۸/۷ به نسبت نمره کل، (۴۵۶) در حد متوسط است. در واقع جامعه مورد مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی آبادان نشان داد که از شأن اجتماعی متوسطی برخوردار هستند. در مقایسه وضعیت خرده مقیاس "حمایت خانواده"، با توجه به اختلاف میانگین در زیرگروه‌های مختلف، تنها در زیرگروه "سطح درآمد" این اختلاف میانگین از نظر آماری معنی‌دار بود، به عبارت بهتر، در سالمندان با سطح درآمد "کمتر از ۱۰ میلیون تومان"

جدول (۳): ابعاد مختلف شأن اجتماعی در سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان

حمایت خانواده		حمایت جامعه		حمایت کارکنان		تحمیل اجتماعی		تحمیل اقتصادی	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۶۵-۷۰	۷۵-۷۱	۸۷-۹۶	۸۹-۸۸	۸۷-۹۳	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۵۰	۱۱-۵۷	۱۰-۱۵	۹-۴۷	۱۰-۱۵	۹-۴۷	۱۰-۱۵	۹-۴۷	۱۰-۱۵	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲
۸۱-۷۱	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰	۸۱-۳۰
۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷	۱۰-۹۳	۹-۴۷
۰-۴۳	۰-۴۳	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲	۰-۹۲

حمایت خانواده	حمایت جامعه	حمایت کارکنان	تحمیل اجتماعی		تحمیل اقتصادی					
			میانگین	P-value	میانگین	P-value				
بیشتر از ۲۰ میلیون	کمتر از ۲۰ میلیون	بیشتر از ۲۰ میلیون	کارگر، کارمند و کشاورز	آزاد	بیکر	نوع بستری	بخش بستری	زنان	عقوبی	
۹۲۳۳	۸۸۴۴	۹۲۳۳	۸۹۵۴	۸۷۲۵	۸۸۲۲	۸۷۹۷	۸۷۵۲	۸۸۵۸	۸۶۳۵	۸۷۳۱
۹۹۶	۸۰۳	۹۹۶	۱۳۰۰	۱۰۸۱	۶۶۳	۱۱۲۳	۹۶۹	۱۱۰۲	۱۴۴۰	۱۰۴۰
P-value	P-value	P-value	۰.۷۹	۰.۹۶	۰.۹۶	۰.۶۹	۰.۶۹	۰.۶۹	۰.۶۹	۰.۶۹
۸۴۰۶	۸۶۲۴	۸۴۰۶	۷۹۸۸	۸۰۹۹	۸۲۳۳	۸۱۴۶	۸۳۳۷	۸۱۴۰	۷۸۰۰	۸۲۱۱
میانگین	میانگین	میانگین	۱۰۴۴	۱۰۱۰	۵۶۳	۱۰۴۲	۹۶۷	۱۰۳۱	۹۸۳	۱۱۴۱
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	۰.۰۵۹	۰.۰۷۹	۰.۰۷۹	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴	۰.۰۴
P-value	P-value	P-value	۰.۵۳	۰.۷۳	۰.۷۳	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸
۶۸۲۸	۶۶۴۴	۶۸۲۸	۶۸۷۱	۶۷۱۰	۶۶۲۲	۶۷۴۶	۶۸۷۰	۶۷۵۳	۶۴۸۸	۶۶۶۸
میانگین	میانگین	میانگین	۸۳۱	۸۷۵	۶۳۸	۸۶۹	۸۷۱	۸۶۸	۸۸۲	۷۵۷
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	۰.۵۳	۰.۷۳	۰.۷۳	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸
P-value	P-value	P-value	۰.۵۳	۰.۷۳	۰.۷۳	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸	۰.۳۸
۲۲۴۲	۲۱۰۰	۲۲۴۲	۲۱۲۷	۲۱۴۸	۱۸۸۹	۲۱۴۹	۲۰۸۲	۲۱۶۶	۲۱۴۷	۲۰۵۸
میانگین	میانگین	میانگین	۴۴۶	۴۱۵	۴۳۱	۴۲۵	۳۲۴	۴۵۹	۴۶۱	۴۰۳
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	۰.۹۵	۰.۱	۰.۱	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴
P-value	P-value	P-value	۰.۹۵	۰.۱	۰.۱	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴
۱۰۰۰۸	۱۰۴۰	۱۰۰۰۸	۱۰۱۷	۱۰۵۱	۱۰۷۸	۱۰۳۹	۱۰۵۲	۱۰۱۹	۱۱۷۱	۱۰۳۱
میانگین	میانگین	میانگین	۲۳۳	۲۳۱	۲۷۳	۲۳۲	۲۳۴	۲۳۲	۲۷۳	۲۴۱
انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴
P-value	P-value	P-value	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴	۰.۷۴

حمایت خانواده		حمایت جامعه		حمایت کارکنان		تحلیل اجتماعی		تحلیل اقتصادی	
میانگین	انحراف معیار	P-value	میانگین	انحراف معیار	P-value	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محل سکونت									
خارج از دانشگاه تحت پوشش									
۹۲.۲۱	۱۰.۷۴	۰.۲۸	۸۸.۷۱	۱۰.۵۵	۰.۸۱	۲۱.۳۶	۳.۴۸	۱۰.۸۶	۴.۱۵
روستایی و عشایری									
۸۴.۹۶	۱۱.۲۴	۰.۴۸	۸۱.۰۵	۱۰.۲۳	۰.۰۷	۲۱.۳۲	۴.۶۳	۱۰.۳۳	۳.۲۱
شهر									
۸۴.۹۶	۱۱.۲۴	۰.۴۸	۸۱.۰۵	۱۰.۲۳	۰.۰۷	۲۱.۳۲	۴.۶۳	۱۰.۳۳	۳.۲۱
قومیت									
کرد و لر									
۸۶.۱۴	۱۲.۸۸	۰.۴۸	۸۲.۳۱	۹.۹۳	۰.۰۷	۲۲.۲۵	۵.۳۸	۱۰.۶۱	۳.۳۷
عرب									
۸۸.۵۰	۱۰.۴۴	۰.۴۸	۸۱.۲۸	۱۰.۳۱	۰.۰۷	۲۱.۱۱	۳.۹۲	۱۰.۳۶	۳.۲۴

تعیین وضعیت خرده مقیاس "حمایت جامعه" نشان داد که، در زیرگروه "سطح درآمد" در سالمندان با سطح درآمد "کمتر از ۱۰ میلیون" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه "حمایت جامعه" (۸/۳۵) (۸۲/۳۲)، سالمندان با سطح درآمد "۲۰-۱۱ میلیون تومان"، میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه (۱۱/۱۵) (۸۰/۰۳) و در سالمندان با سطح درآمد "بیشتر از ۲۰ میلیون" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه (۹/۵۲) (۸۴/۰۶) بود، در مقایسه آماری بین میانگین نمره مؤلفه "حمایت جامعه" بین این سه گروه علی رغم وجود اختلاف میانگین، این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/087$).

در تعیین وضعیت خرده مقیاس "حمایت کارکنان"، در زیرگروه "سطح درآمد" در سالمندان با سطح درآمد مختلف، تفاوت آماری معنی‌دار نبود ($P=0/16$). در زیرگروه "قومیت" در سالمندان "کرد و لر" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه "حمایت کارکنان" (۸/۳۴) (۶۴/۹۴)، سالمندان "عرب"، میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه

(۸/۵۴) (۶۸/۰۷) بود، در مقایسه آماری بین میانگین نمره مؤلفه "حمایت کارکنان" بین این دو گروه علی رغم وجود اختلاف میانگین، این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/07$).

همچنین یافته‌ها نشان داد که در تعیین وضعیت خرده مقیاس "تحلیل اجتماعی"، با توجه به اختلاف میانگین در زیرگروه‌های مختلف، تنها در زیرگروه "گروه سنی" این اختلاف میانگین از نظر آماری معنی‌دار بود، به عبارت بهتر، در سالمندان بازه سنی "۶۵-۷۰" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه "تحلیل اجتماعی" (۳/۶۴) (۲۰/۳۴)، سالمندان بازه سنی "۷۱-۷۵" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه (۴/۵۸) (۲۲/۵۶) و در سالمندان بازه سنی "بیشتر از ۷۶" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه (۴/۵۰) (۲۱/۴۶) بود و در مقایسه آماری بین میانگین نمره مؤلفه "تحلیل اجتماعی" بین این سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/045$). در سایر زیرگروه‌ها اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود.

مطالعه مطابقت نداشت، در مطالعه حاضر نبود موقعیت مالی مناسب تأثیر زیادی در کاهش منزلت سالمندان نداشت و جایگاه و موقعیت آن‌ها متأثر از حمایت اجتماعی و خانواده بود که دلیل ناهمخوانی آن می‌تواند به منطقه جغرافیایی مورد مطالعه، فرهنگ افراد مورد پژوهش، نوع مطالعه، تعدا نمونه و روش مطالعه باشد.

برخلاف مطالعه باقری و همکاران (۱۳۹۲) که در نتایج مطالعه خود رضایت بیماران قلبی را از ارتباط حمایت جامعه بیان نموده بودند ولی تحمیل شدن به دیگران را نتیجه مؤلفه‌های اقتصادی می‌دانستند نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نبود منابع مالی قوی تأثیر زیادی در کاهششان اجتماعی سالمندان ندارد ولی حمایت خانواده می‌تواند تأثیر مستقیمی بر افزایش منزلت اجتماعی آن‌ها باشد (۳۲). نوع بیماری، شدت بیماری، محل بستری بیماران در بخش‌های مختلف می‌تواند دلایل این اختلاف باشد. ممکن است نتایج حاصل از بسترهای مکرر بیماران قلبی و تحمیل هزینه‌های زیاد به خانواده‌ها و بیمار این احساس را در بیمار بوجود آورده است که به دلیل فشار اقتصادی به خانواده منزلت اجتماعی فرد دستخوش تغییراتی خواهد شد.

یافته‌های یک مطالعه نشان داده است که بین حمایت اجتماعی و عملکرد اجتماعی سالمندان ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. با افزایش عملکرد اجتماعی، افراد در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش داده و ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت اجتماعی شبکه ارتباطی برخوردار می‌شوند (۳۳).

پژوهش مک اولی و همکاران و تمپیر و همکاران (۳۴، ۳۵) نیز نقش حمایت اجتماعی را بر منزلت سالمندان یادآوری نموده است، نتایج این مطالعات تأیید کننده ابعاد مختلف شأن اجتماعی در و نقش آن در ارتقاء منزلت سالمندان می‌باشد، یعنی نقش خانواده‌ها، حمایت جامعه، نقش اقتصادی افراد و خانواده‌ها می‌تواند بر منزلت اجتماعی افراد تأثیر مستقیم داشته باشد.

نقش تحمیل اقتصادی بر منزلت و شأن اجتماعی در مطالعات زیادی مورد تأکید قرار گرفته است، به طوری که مطالعات مختلف آثار روانی حاصل از تبعات اقتصادی بر منزلت و کاهش منزلت سالمندان اشاره داشته‌اند، تبعات فشار اقتصادی از جمله هزینه بار بیماری، ناتوانی در نیاز تأمین مالی فرزندان، ناتوانی در هدیه دادن، وابستگی به فرزندان، کاهش توان خرید و عدم شرکت در مجالس مورد نیاز، کاهش خودمراقبتی، عدم توانایی جسمی به دلیل پایین آمدن کیفیت زندگی (۳۶، ۳۷) از جمله مطرح شده در مطالعات مختلف بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد و دلیل آن حفظ قداست جایگاه پدرسالارانه، اعتبار و اعتماد مردم به سالمندان و مشارکت مؤثر آن‌ها در جامعه مورد مطالعه، نبود فرهنگ سپردن

در تعیین وضعیت خرده مقیاس "تحمیل اقتصادی"، باتوجه به اختلاف میانگین در زیرگروه‌های مختلف، تنها در زیرگروه "جنسیت" این اختلاف میانگین از نظر آماری معنی‌دار بود، به عبارتی، در سالمندان "مرد" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه "تحمیل اقتصادی" (۳/۲۸) و در سالمندان "زن" میانگین (انحراف معیار) نمره مؤلفه (۲/۹۱) بود و در مقایسه آماری بین میانگین نمره مؤلفه "تحمیل اقتصادی" بین این دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/015$) در سایر زیرگروه‌ها اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی‌دار نبود.

در نهایت در حقیقتشان اجتماعی سالمندان بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی آبادان، تنها با سطح درآمد آن‌ها ارتباط معنادار آماری داشت و اختلاف مشاهده شده در سایر موارد از نظر آماری معنا دار نبود.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، با توجه به نتایج به دست آمده سالمندان بستری در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آبادان از شأن اجتماعی متوسطی برخوردار بودند.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر برای اولین بارشان اجتماعی را در سالمندان بستری در بیمارستان‌ها مطالعه نموده است، لذا پژوهش کاملاً مرتبطی در این زمینه توسط پژوهشگران بر اساس جستوجوهای مختلف داخلی و خارجی یافت نشد. اما سعی می‌شود مطالعات مشابه در سایر بیماری‌ها که انجام شده است مورد بحث قرار گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که از بین ابعاد مختلف شأن اجتماعی، بالاترین میانگین نمره هم معیار شده مربوط به حمایت اجتماعی و کمترین بود و تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در این ارتباط پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که ۸۷/۱ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، از احساس تحمیل شدن به دیگران، ۸۷/۱ درصد از عدم وجود ارتباط توأم با احترام و ۸۰/۳ درصد از عدم حمایت لازم از طرف جامعه رنج می‌برند (۱۹) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد که دلیل آن می‌تواند حفظ تکریم جامعه مورد مطالعه بر اساس سنت دیرین قومیت بزرگ عرب زبان و توان رهبری سالمندان بر گروه کثیری از مردم آن منطقه باشد. لذا تأثیر فرهنگ اسلامی نیز می‌تواند اختلاف این مؤلفه‌ها را نشان دهد. همچنین چند مطالعه رعایت کرامت و شأن سالمندان بستری را به تفاوت فرهنگی کارکنان نیز مرتبط دانسته است (۲۸، ۲۹).

برخی مطالعات رابطه جایگاه اجتماعی و موقعیت مالی را عکس هم بیان داشته‌اند به عبارتی وضعیت مالی ضعیف ممکن است منزلت پایینی برای افراد به همراه داشته باشد (۳۰، ۳۱) که با نتایج این

سالمندان می‌تواند تأثیر مهمی بر فرهنگ و عملکرد اجتماعی آنان داشته باشد و اشاعه این موضوع می‌تواند ذهنیت نسل جوان را در آینده به حفظ و کرامت جدی سالمندان بیش از گذشته نماید.

از محدودیت‌های مطالعه، پراکندگی بستری سالمندان و بیان هدف طرح به‌طوری‌که‌شان و جایگاه سالمند از نظر خود ایشان تضعیف نگردد، بود و در برخی موارد در دسترس نبودن مترجم قوی که می‌بایست ضمن توجیه مترجم جدید، سپس اقدام به پرسش می‌گردید و در نهایت سؤال سایر بیماران بستری که تصور می‌کردند به سالمندان توجه بیشتری می‌شود و حتی اذعان به اینکه در این مرکز با بی‌عدالتی با آن‌ها رفتار می‌شود، که با توضیح محقق برخی شبهات بر طرف گردید.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله نهایت سپاسگزاری خود را از معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی آبادان به دلیل حمایت از این طرح و به تصویب رساندن آن (شماره طرح ۱۳۹۳) اعلام می‌دارد.

حمایت مالی:

ندارد.

تعارض منافع:

نویسندگان مطالعه اعلام می‌کنند هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی:

این تحقیق با شناسه اخلاق

IR.ABADANUMS.REC.1400.143 در دانشگاه علوم

پزشکی آبادان تصویب و مجوز لازم برای اجرای آن اخذ شده است.

سالمندان به سرای سالمندان و غیره از جمله دلایل اختلاف نتایج این مطالعه با سایر مطالعات مطرح شده می‌باشد به‌طوری‌که حتی سالمندان با وضعیت اقتصادی نه چندان مطلوب به دلیل فراگیری مشارکت‌های اجتماعی، مورد توجه بودن جوانان و آحاد جامعه اطراف، استفاده سیاسون و سیاست‌گذاران در بخش مشارکت‌های اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی باعث شده است منزلت اجتماعی سالمندان جنوب غزب خوزستان متکی به وضعیت اقتصادی صرف نباشد. به‌طور کلی برای حفظشان و احترام سالمندان باید مشکلات ارتباطی، حریم خصوصی، هویت شخصی، احساس آسیب پذیری، توانمندی جسمی، توانگری مالی، مدیریت درد، مشکلات بهداشتی دراز مدت، نقص‌های حسی و انعطاف پذیری در برابر رویدادهای زندگی، القای امید و خوش بینی را رعایت نمود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که‌شان اجتماعی بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی آبادان متوسط بود. توجه به مؤلفه‌هایشان اجتماعی سالمندان بستری در بیمارستان‌ها نیاز به یک توجه جدی از سوی سیاست‌گذاران نظام سلامت دارد. هر چند بعد اقتصادی در کاهش منزلت این بیماران تأثیر چندانی نداشته است، اما نداشتن توجه به این موضوع ممکن است در آینده‌شان و جایگاه سالمندان را دچار مشکل نماید. فلذا تقویت ابعاد حمایت جامعه، حمایت کارکنان، کاهش تحمیل اجتماعی و اقتصادی برای افزایششان اجتماعی سالمندان بستری در بیمارستان‌های دولتی مورد تأکید پژوهشگران است. با توجه به نتایج این مطالعه، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و خانواده بر ابعادشان اجتماعی به‌خصوص در سالمندان، می‌تواند به‌عنوان یکی از اولویت‌های پژوهشی مهم در علوم رفتاری و اجتماعی انتخاب شود. چراکه حمایت خانواده و اجتماع مفهومی چند بعدی دارند که هر کدام متأثر از عوامل مختلفی است. بر این اساس حمایت اجتماعی

2016;4(2):122-8.

<https://doi.org/10.15171/jarcm.2016.020>

4. Zhou W, Hou J, Sun M, Wang C. The impact of family socioeconomic status on elderly health in China: based on the frailty index. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(2):968.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19020968>

5. Friska B, Usraleli U, Idayanti I, Magdalena M, Sakhnan R. The relationship of family support with the quality of elderly living in sidomulyo health center work area in Pekanbaru road. *JPK: J Proteksi Kesehatan* 2020;9(1):1-8. <https://doi.org/10.36929/jpk.v9i1.194>

References:

1. Fogel RW. Health, nutrition, and economic growth. *Econ. Dev. Cult. Change* 2004;52(3):643-58. <https://doi.org/10.1086/383450>
2. Maher A, Jafari M, AliMohammadzadeh K, Hosseini M. The provision of care services for older adults-A narrative review (2015 to 2020). *J Gerontol* 2020;5(3):1-13.
3. Babazadeh T, Sarkhoshi R, Bahadori F, Moradi F, Shariat F. Prevalence of depression, anxiety and stress disorders in elderly people residing in Khoy, Iran (2014-2015). *J Anal Res Clin Med*

6. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas* 2020;139:6-11.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
7. Abedi H, Tavakol K. Comparison of quality of life in homes and nursing home residents in Isfahan, 1999. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences and Health Services 2000.
8. Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran. 2013.
9. Rashedi V. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. 2013.
<https://doi.org/10.29252/jnkums.5.2.351>
10. Hur JS. A subject of social services of the Korean old-age welfare relationships between social support network and living arrangements among community resident Korean elderly persons. *Int J Gerontol Soc Welf* 1999;1:83-118.
11. Shin SH, Lee S. Caregiver social support for children involved with child welfare: correlates and racial/ethnic variations. *J Public Child Welf* 2011;5(4):349-68.
<https://doi.org/10.1080/15548732.2011.599752>
12. Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iran Rehabil J* 2014;12(1):9-13.
13. Waghei Y, Niktinat S, Mohtashami Borzadaran G. Comparison study of inequality based on health expenses of households in provinces of Iran. *North Khorasan Univ Med Sci* 2012;3(5):141-8.
<https://doi.org/10.29252/jnkums.3.5.S5.141>
14. Motamedi S, Ezhey J, Fallah P, Kiamanesh A. The role of social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years old. *J Psychol* 2002;6(2):115-33.
15. Wingate S, Wiegand DL-M. End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Crit Care Nurse* 2008;28(2):84-94.
<https://doi.org/10.4037/ccn2008.28.2.84>
16. Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity not fully upheld when seeking health care: experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. *Disabil Rehabil* 2010;32(1):1-7.
<https://doi.org/10.3109/09638280903178407>
17. Chochinov HM. Dignity-conserving care-a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002;287(17):2253-60.
<https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>
18. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002;54(3):433-43.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
19. McClement SE, Chochinov HM, Hack TF, Kristjanson LJ, Harlos M. Dignity-conserving care: application of research findings to practice. *Int J Palliat Nurs* 2004;10(4):173-9.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.4.12794>
20. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care 1. *CA Cancer J Clin* 2006;56(2):84-103.
<https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84>
21. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* 2007;64(2):292-302.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.039>
22. Mohtasham amiri Z, F, A, Toloei M. Causes of Patients' Hospitalization in Guilan University Hospitals. *J Guilan Univ Med Sci* 2002;11(42):28-32.
23. Dong X, Simon MA, Evans D. Elder self-neglect and hospitalization: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(2):202-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03821.x>
24. SalariLak S, Gorgin Karaji L, Amiri S. Quality of life in elderly population in Kamyaran district, 2009. *Stud Med Sci* 2013;24(1):24-9.
25. Fulmer T. The Rosalie Wolf Memorial Lecture: Abuse-free care in a world of age-friendly health

- systems. *J Elder Abuse Negl* 2018;30(3):167-75.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1452658>
26. Baljani E, Lak S, Salimi S, Safari S, Alavi E, Movahed S. Health promotion practices and cancer screening in older adults of Urmia. 2010.
27. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Development & psychometric properties of the social dignity questionnaire in heart failure patients. *J Med Ethics Hist Med* 2014;6(6):20-32.
28. Sabeghi H, Nasiri A, Zarei M, Kazemi Tabar A, Golbaf D. Respecting for human dignity in fielders caring in perspective of nurses and elderly patients. *Med Ethics J* 2015;9(32):45-70.
29. Webster C, Bryan K. Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *J Clin Nurs* 2009;18(12):1784-92.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x>
30. Sapranaviciute-Zabazlajeva L, Luksiene D, Virviciute D, Kranciukaite-Butylkiniene D, Bobak M, Tamosiunas A. Changes in psychological well-being among older Lithuanian city dwellers: Results from a cohort study. *IJCHP* 2018;18(3):218-26.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.05.002>
31. Deaton A. The financial crisis and the well-being of Americans: 2011 OEP Hicks Lecture. *Oxf Econ Pap* 2012;64(1):1-26. <https://doi.org/10.1093/oxep/gpr051>
32. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of Social Dignity and its Related Factors in Heart Failure Patients. *Knowl Health/Dānish va Tandurustī* 2015;10(3).
33. Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabani E, Rashedi V. Relationship between social support and mental health in older adults. *MJMS* 2014;57(7):841-6.
34. McAuley E, Jerome GJ, Marquez DX, Elavsky S, Blissmer B. Exercise self-efficacy in older adults: social, affective, and behavioral influences. *Ann Behav Med* 2003;25(1):1-7.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2501_01
35. Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ. Does assertive community outreach improve social support? Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. *Psychiatr Serv* 2012;63(3):216-22. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20110013>
36. Tabari F, Khaghanizade M, Dehghan-Nayeri N, Najafi-Mehri S. Explain the concept of autonomy in the maintain dignity elderly: a qualitative study. *IJNR* 2016;11(3):17-27.
37. Kwok JYC, Tsang KKM. Getting old with a good life: research on the everyday life patterns of active older people. *Ageing Int* 2012;37:300-17.
<https://doi.org/10.1007/s12126-011-9124-1>

STUDYING THE SOCIAL DIGNITY OF ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED IN HOSPITALS AFFILIATED WITH ABADAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND RELATED FACTORS

Sayed Ali Hosseini¹, Mahshid Darabi², Bagher Pahlavanzadeh³, Mohammad Mahboubi⁴

Received: 15 May, 2024; Accepted: 01 July, 2024

Abstract

Background & Aims: The foundation of medical care is rooted in respect for human dignity. Preserving the dignity of elderly patients is one of the most fundamental aspects of their care. This study aimed to investigate the social dignity of elderly patients hospitalized in hospitals affiliated with Abadan University of Medical Sciences in 2022.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among a sample of 167 elderly patients admitted to hospitals affiliated with Abadan University of Medical Sciences in 2022. A 77-question questionnaire was used for data collection. For data analysis, descriptive statistics and univariate analyses, including two-sample t-tests, Mann-Whitney, ANOVA, and Kruskal-Wallis tests, were performed. Multivariate analyses using multiple linear regression were also conducted. All analyses were performed using SPSS version 24 software at a significance level of 0.05.

Results: The study examined the social dignity of the elderly in terms of age, gender, occupation, education, income, place of residence, ethnicity, type of hospitalization, and hospitalization department. The results showed that only the income level had a statistically significant average difference. In other cases, the observed differences were not statistically significant.

Conclusion: The results of this study indicated that the social dignity of patients admitted to public hospitals affiliated with Abadan University of Medical Sciences was average. Policymakers in the health system need to pay serious attention to the components of the social dignity of hospitalized elderly patients. Although the economic aspect did not significantly impact the dignity of these patients, neglecting this issue could lead to future problems. Therefore, the researchers emphasize the importance of strengthening community support, employee support, and reducing social and economic burdens to enhance the social dignity of elderly patients in government hospitals.

Keywords: dignity, social dignity, support, elderly patients

Address: Department of Public Health, School of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

Tel: +989126809526

Email: mm59m@yahoo.com

SOURCE: STUD MED SCI 2024; 35(5): 381 ISSN: 2717-008X

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Medical Student, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

² Assistant Professor, Department of Pediatrician, School of Medicine, Ayatollah Taleghani Hospital, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Research Center for Environmental Contaminants, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Public Health, School of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran (Corresponding Author)