ارتباط بین سلامت اجتماعی و خودکارآمدی عمومی سالمندان شهر جیرفت در سال ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۷ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۳

اسماعیل برخوری[۱]، زهرا کاشانی‌نیا[۲*]، حمید حقانی[۳]

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران ۲. استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران ۳. دکتری آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از زندگی در دوران سالمندی، فقط داشتن عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی و به تبع آن خودکارآمدی عمومی سالمندان نیز اهمیت دارد. لذا در پژوهش حاضر به بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با خودکارآمدی عمومی سالمندان ساکن شهر جیرفت در سال ۱۳۹۷ پرداخته شده‌است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- همبستگی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۹۲ سالمند از شهرستان جیرفت برای شرکت در پژوهش انتخاب و پرسشنامه جمعیت شناختی و دو پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی Keyes و پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی Schwarzer و Jerusalem تکمیل گردید. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارتوصیفی، آنالیز همبستگی، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تمام افراد پژوهش از سلامت اجتماعی بالا برخوردار بودند. به جزء متغیر یکپارچگی اجتماعی، سایر متغیرهای تشکیل‌دهنده سلامت اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان تأثیر مثبت داشتند ($p<۰/۰۱$). متغیرهای سن، سطح تحصیلات، نوع شغل، سطح درآمد، بر میزان سلامت اجتماعی آنان مؤثر بوده است ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: ارتقاء سلامت اجتماعی در سالمندان می‌تواند منجر به خودکارآمدی بالا و به‌دنبال آن سلامت جسمی و روانی بالاتر، عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالاتری از زندگی شود. بنابراین به‌منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری موفق نظام سلامت در برابر پدیده سالمندی، ارتقاء سلامت اجتماعی سالمندان در جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، خودکارآمدی عمومی، سالمندان

* **نویسنده مسئول:** استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

ایمیل: Kashaninia.za@iums.ac.ir **تلفن:** ۰۲۱۴۳۶۵۱۰۰۰ **نمابر:** ۰۲۱۸۸۲۰۱۹۷۸

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده‌است که تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان جهان به دو میلیارد نفر برسد و از طرفی طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، تعداد سالمندان ایران به بالای هفت میلیون نفر رسیده‌است (۱). با این حال که پدیده سالمندی در کشور هنوز به‌عنوان یک پدیده ضروری مورد توجه قرار نگرفته است؛ ولی این واقعیت وجود دارد که جمعیت سالمندان با رشدی بیشتر از رشد کل جمعیت رو به افزایش است (۲، ۳). از آنجا که کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده است، در نظر گرفتن و پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنان داشته باشد. داشتن سلامت اجتماعی در افراد سالمند به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش احساس رضایت از زندگی در اجتماع شود و در نتیجه فرد سالمند سطح کیفیت بالاتری را در زندگی تجربه نماید (۴).

سلامت، به‌طور کلی وابسته به سبک زندگی است و سبک زندگی که مردم به مناسبت خودتنظیمی انتخاب می‌کنند، به‌طور عمده توسط خودکارآمدی تعیین می‌شود. در ارزیابی عوامل مؤثر بر سطح سلامتی اگر خودکارآمدی بالا باشد احتمالاً بیشتر منجر به موفقیت می‌شود (۵). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که علل و میزان ناتوانی در سنین مختلف متفاوتند. این یافته‌ها در تأیید یافته‌های مطالعات دیگر در این زمینه بیانگر آن است که افزایش سن، به تنهایی اثری بر روی برخی ابعاد کیفیت زندگی به‌ویژه سلامت روانی نداشته و توجه به سایر ابعاد زندگی در یک سالمند به‌ویژه ابعاد عملکردی، استقلال فردی و حس کنترل فرد بر زندگی خود دارای اثر پیش‌بینی‌کننده بر کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد. از این‌رو، هنگامی که سالمندان در یک شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامتی درگیر شوند، مستعد بهره‌مندی از یک زندگی سالم بوده و احتمالاً به مدت طولانی‌تری از یک زندگی بدون بار بیماری و ناتوانی بهره خواهند برد (۵).

ارزشیابی‌های کارایی شخصی در پیری دشوار است. همان‌طور که اشاره شد، توانایی‌های ذهنی و جسمی رو به کاهش، بازنشستگی از کار فعال و کناره‌گیری از زندگی اجتماعی، دور جدیدی از خود ارزیابی را می‌طلبد. پایین بودن خودکارآمدی می‌تواند به‌صورت نوعی پیش‌بینی لذت‌بخش، تأثیر بیشتری بر کارکرد جسمی و ذهنی بگذارد. اگر معتقد باشیم که دیگر کاری نمی‌توانیم انجام دهیم، پس ممکن است حتی تلاش هم نکنیم. بنابراین خودکارآمدی، عامل مهمی در تعیین موفقیت یا شکست فرد در سراسر عمر است (۶).

سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی، روانی و معنوی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده سلامت عمومی فرد، جامعه و خانواده است. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند در قالب هنجارهای اجتماعی موجود ارتباط برقرار نماید (۷). یکی از مواردی که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم با رفتارهای بهداشتی افراد مرتبط بوده و می‌تواند نقش مؤثری در چگونگی رسیدن افراد به اهدافشان، انجام وظایف موردنظر و مقابله با چالش‌های مختلف داشته باشد و در نهایت منجر به ارتقاء سلامت افراد شود، خودکارآمدی است (۸). نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که خودکارآمدی با سازش موفقیت‌آمیز سالمندان، افزایش رضایت از زندگی، بهبود فعالیت‌های فیزیکی و خود مراقبتی و نهایتاً ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان مرتبط است (۱۱-۹). سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقاءدهنده وضعیت سلامت در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. این در حالی است که سالم پیرشدن حق همه انسان‌ها است و این امر بر اهمیت پدیده سالمند و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید (۱۴-۱۲).

با توجه به هدف این پژوهش و نتایج احتمالی آن که جمعیت سالمند را شامل می‌شود، می‌توان با ارزیابی مؤلفه‌های مؤثر بر خودکارآمدی سالمندان و همچنین ارائه راهکارهایی جهت تأمین سلامت اجتماعی بر مبنای ابعاد آن، توان رویارویی این قشر حساس و مهم جامعه را با مسائل و مشکلات آنها بالا برد. با وجود شواهد فراوان مبنی بر اینکه شناسایی نحوه ارتباط عوامل و مؤلفه‌های خودکارآمدی دارای فواید مثبت در سلامت افراد است، انجام مطالعه حاضر می‌تواند نتایج قابل اعتمادتر و روشن‌تری از خودکارآمدی و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی سالمندان به‌دست دهد. با این وجود مطالعات کمی در زمینه تأثیر برنامه‌های خودکارآمدی در وضعیت سلامت و به‌خصوص بعد اجتماعی آن در سالمندان در ایران انجام گرفته است. هدف این مطالعه بررسی ارتباط سلامت اجتماعی با خودکارآمدی

عمومی سالمندان ساکن شهر جیرفت است.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی – همبستگی است که با هدف تعیین ارتباط بین سلامت اجتماعی با خودکارآمدی عمومی سالمندان ساکن شهر جیرفت در فروردین سال ۱۳۹۷ انجام گردید. جامعه آماری پژوهش شامل سالمندان شهر جیرفت بود. محدوده سنی این سالمندان بین ۶۰ تا ۸۵ سال بود که محل سکونت آنها شهر جیرفت بود (در زمان اتجام پژوهش مسافر از مناطق دیگر نبودند). برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین سلامت اجتماعی با خودکارآمدی عمومی سالمندان حداقل ۰/۲ باشد، تا ارتباط بین این دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، پس از مقدارگذاری در فرمول زیر حجم نمونه برآورد گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\omega)^2}$$

که در این رابطه $\omega = \frac{1}{2} ln \frac{1+r}{1-r}$ می‌باشد. بر اساس محاسبات n=۱۹۲، ω =۰/۲۰۱ و r =۰/۰۲ بود.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. بدین منظور، ابتدا برای انتخاب سالمندان بالای۶۰ سال، با مراجعه به مراکز جامع سلامت شهر جیرفت، سالمندان مورد نظر برای نمونه‌گیری از مراکز جامع سلامت، با سهم مساوی از هر یک از سه مرکز جامع سلامت موجود در شهر جیرفت (۳۰ نفر از هر مرکز جامع سلامت) به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و نمونه‌های واجد شرایط وارد مطالعه شدند. بدین ترتیب در مجموع ۹۰ نفر از ۱۹۲ نفر نمونه پژوهش از طریق سه مرکز جامع سلامت انتخاب گردید. در ادامه با مراجعه به منزل افراد، اطلاعات از سالمندان اخذ گردید. برای تکمیل ۱۰۲ نفر دیگر از نمونه‌ی پژوهش، شهر جیرفت به دو منطقه شمالی و جنوبی تقسیم‌بندی شد و ۶۰ نفر از سالمندانی که در پارک‌ها تجمع داشتند، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. سپس به طریق مشابه با مراجعه به مساجد شهرستان جیرفت، ۴۲ پرسشنامه دیگر نیز تکمیل شد. بدین‌ترتیب در مجموع ۱۹۲ پرسشنامه تکمیل گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش ۳ پرسشنامه بود، شامل: ۱- فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی؛ ۲- پرسشنامه سلامت اجتماعی که با هدف سنجش سطح سلامت اجتماعی در سالمندان طراحی شده بود؛ ۳- پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی که با هدف تعیین میزان خودکارآمدی عمومی سالمندان استفاده گردید.

پرسشنامه سلامت اجتماعی Keyes: این پرسشنامه حاوی ۵ زیر مقیاس و ۳۳ گویه است. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل مقیاس یکپارچگی اجتماعی مشتمل بر سؤالات ۱ تا ۷، پذیرش اجتماعی سؤالات ۸ تا ۱۴، مشارکت اجتماعی سؤالات ۱۵ تا ۲۰، شکوفایی اجتماعی سؤالات ۲۱ تا ۲۷ و انسجام اجتماعی سؤالات ۲۸ تا ۳۳ است. در ایران، جوشن‌لو و همکاران طی مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و عاملی تأیید نمودند که مقدار آن برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ گزارش شد (۱۵).

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی Schwarzer & Jerusalem: این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه چهارگزینه‌ای با دامنه ۱ تا ۴ (شامل اصلا صحیح نیست = ۱، به ندرت صحیح است = ۲، تقریبا صحیح است = ۳، کاملا صحیح است = ۴) است که کمینه و بیشینه نمره آن بین ۱۰ و ۴۰ خواهد بود. نمره ۱۰ تا ۲۰ نمره پایین و نشان دهنده خودکارآمدی پایین، نمره ۲۰ تا ۳۰ نمره متوسط و نمره ۳۰ تا ۴۰ نمره بالا در نظر گرفته می‌شود که نشان‌دهنده خودکارآمدی بالای شخص است. Schwarzer و همکاران در سال ۱۹۹۷ ضرایب همسانی درونی مقیاس خودکارآمدی عمومی را برای بزرگسالان، در آلمان ۰/۸۴، در کاستاریکا و اسپانیا ۰/۸۱ و در چین ۰/۹۱ به دست آوردند. همچنین در ایران رجبی نیز اعتبار این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴گزارش نموده‌است (۱۶، ۱۷).

برای اجرای پژوهش، پس از معرفی و توضیح اهداف و روش اجرای کار، پرسشنامه در اختیار سالمندان مورد مطالعه قرار گرفن و با در اختیار دادن وقت کافی توسط آنها تکمیل شد. در صورتی‌که فرد بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و قادر به تکمیل آن نبود پرسشنامه توسط کمک محقق و با روش مصاحبه تکمیل گردید. بعد از جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ها، اطلاعات مربوط به هر یک از بخش‌های پرسشنامه محاسبه و سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل

شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی (آنالیز همبستگی، آزمون تی مستقل و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه) استفاده شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۵۹/۹٪ از شرکت‌کنندگان را مردان و ۴۰/۱٪ را زنان سالمند تشکیل دادند. از نظر توزیع گروه‌های سنی، گروه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال، بیشترین فراوانی (۳۳/۳٪) را نسبت به سایر گروه‌های سنی در بین سالمندان مورد پژوهش داشت و بعد از آن گروه سنی ۷۱ تا ۷۵ سال با ۲۸٪ قرار داشت. نتایج مطالعه نشان داد که بیش از ۴۷٪ از شرکت‌کنندگان حاضر در مطالعه تعداد سه تا چهار فرزند داشتند و ۵۵/۷ درصد از سالمندان با همسر یا فرزندان خود زندگی می‌کردند. همچنین طبق یافته‌های مطالعه حاضر سواد اکثر سالمندان در سطح خواندن و نوشتن بود و تعداد ملاقات در یک هفته سالمندان بیش از ۴ مرتبه ملاقات با فرزندانشان گزارش شد. بررسی وضعیت شغلی سالمندان نشان داد که نزدیک به نیمی از سالمندان مورد بررسی بازنشسته بودند و بیشتر سالمندان (۶۸/۲٪) درآمد زیر یک میلیون تومان داشتند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد ۶۸/۲٪ از سالمندان دارای خودکارآمدی بالا و ۳۱/۸٪ دارای خودکارآمدی متوسط بودند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین خودکارآمدی عمومی با همه ابعاد سلامت اجتماعی به جز یکپارچگی اجتماعی، همبستگی معنی‌دار آماری وجود داشت. بیشترین همبستگی بین خودکارآمدی عمومی با ابعاد سلامت اجتماعی به ترتیب با مشارکت اجتماعی ۰/۵۰۸، شکوفایی اجتماعی۰/۲۴۳، پذیرش اجتماعی ۰/۱۸۸، انسجام اجتماعی ۰/۱۵۰ مشاهده شد (جدول ۱).

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد خودکارامدی عمومی با سن (p<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، نوع منزل (p=۰/۰۱)، نوع شغل (p<۰/۰۰۱) و سطح درآمد سالمندان (p<۰/۰۰۱) ارتباط معنادار آماری داشت. نتایج آزمون دو به دوی شفه نشان دهنده آن بود که خودکارآمدی عمومی گروه ۶۰ تا ۶۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی سالمندان بالاتر بود (p<۰/۰۵). همچنین سالمندان دارای مدرک دیپلم نسبت به سالمندان بی‌سواد و سواد در حد خواندن و نوشتن از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند(p<۰/۰۵). از سویی دیگر سالمندان با سطح سواد دانشگاهی نسبت به سالمندان بی‌سواد و سالمندان با سطح سواد خواندن و نوشتن، سطح خودکارآمدی بالاتری داشتند (p<۰/۰۵). خودکارآمدی عمومی برای گروه سالمندان دارای منزل مسکونی شخصی نسبت به سالمندان دارای منزل مسکونی سازمانی و نیز سایر انواع منزل مسکونی بالاتر بود (p<۰/۰۵).

همانطور که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد سلامت اجتماعی با متغیرهای سن (p<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، سطح درآمد (p<۰/۰۰۱) و نوع شغل سالمندان (p=۰/۰۰۲) ارتباط معنادار آماری داشت. مقایسه دو به دو آزمون شفه نشان‌دهنده آن بود که: سلامت اجتماعی گروه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال به‌صورت معنی‌داری بالاتر از گروه‌های سنی ۷۰ تا ۷۵ سال (p<۰/۰۵) و گروه سالمندان ۷۶ سال به بالا (p<۰/۰۵) بود. سالمندان دارای مدرک دیپلم به‌طور معنی‌داری نسبت به سالمندان بی‌سواد و سالمندان با سواد خواندن و نوشتن سلامت اجتماعی بالاتری داشتند (p<۰/۰۵). سالمندان شاغل و بازنشسته نسبت به سالمندان بیکار از سلامت اجتماعی بسیار بالاتری برخوردار بودند (p<۰/۰۵). سالمندان با سطح درآمد بین یک تا دو میلیون از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان با سطح درآمد زیر یک میلیون برخوردار بودند (p<۰/۰۵). همچنین سالمندان با سطح درآمد دو تا چهار میلیون از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان با درآمد زیر یک میلیون برخوردار بودند (p<۰/۰۵).

جدول ۳ شاخص‌های عددی خودکارآمدی عمومی و سلامت اجتماعی در سالمندان مورد پژوهش را بر حسب مشخصات دموگرافیک نشان می‌دهد.

جدول ۱. ارتباط خودکارآمدی عمومی با سلامت اجتماعی و ابعاد آن بر اساس ضریب همبستگی پیرسون

ابعاد متغیر سلامت اجتماعی	خودکارآمدی عمومی	
	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
یکپارچگی اجتماعی	-۰/۰۸۳	۰/۲۵۰
پذیرش اجتماعی	۰/۱۸۸	۰/۰۰۹
مشارکت اجتماعی	۰/۵۰۸	۰/۰۰۰
شکوفایی اجتماعی	۰/۲۴۳	۰/۰۰۱
انسجام اجتماعی	۰/۱۵۰	۰/۰۳۸
سلامت اجتماعی	۰/۳۷۸	۰/۰۰۱

جدول ۲. شاخص‌های عددی خودکارآمدی عمومی و سلامت اجتماعی در سالمندان مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	نتایج آزمون			
	خودکارآمدی عمومی		سلامت اجتماعی	
	p-value	آماره آزمون	p-value	آماره آزمون
سن	< ۰/۰۰۱	**F=۲۴۴/۱۵۴	۰/۰۰۱	**F=۱۲/۶۷
جنسیت	۰/۴۳۴	*t=۰/۷۸۴ df=۱۹۰	۰/۵۲۲	*t=۰/ ۶۴۲ df=۱۹۰
تعداد فرزند	۰/۱۲۶	**F=۱/۸۲۶	۰/۸۲۲	**F=۰/۳۸۱
وضعیت تاهل	۰/۱۸۹	**F=۱/۶۷۹	۰/۵۳۷	**F=۰/۶۲۴
همراه زندگی	۰/۴۷۹	**F=۰/۸۲۹	۰/۳۳۶	**F=۱/۱۳۷
تحصیلات	< ۰/۰۰۱	**F=۳۰/۷۴۷	۰/۰۰۱	**F=۵/۷۷۹
نوع بیمه	۰/۹۰۳	**F=۰/۲۶۱	۰/۹۴۳	**F=۰/۱۹
نوع مسکن	۰/۰۱	**F=۳/۹۱۴	۰/۳۰۱	**F=۱/۲۲۷
نوع شغل	۰/۰۰۱	**F=۲۰/۶۳۴	۰/۰۰۲	**F=۶/۵۴۹
درآمد	۰/۰۰۱	**F=۴۲/۴۶۳	۰/۰۰۱	**F=۸/۲۴۹

*نآزمون تی مستقل، **آنالیز واریانس

جدول ۳. شاخص‌های عددی خودکارآمدی عمومی و سلامت اجتماعی در سالمندان مورد پژوهش برحسب مشخصات دموگرافیک

متغیرها		خودکارآمدی عمومی	سلامت اجتماعی
مشخصات دموگرافیک		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
سن	۶۰-۶۵	۳۲/۵۸±۱/۱۷	۱۵۰/۴۱±۵/۲۳
	۶۶-۷۰	۳۰/۸۳±۰/۶۴	۱۴۷/۲۷±۴/۲
	۷۱-۷۵	۲۹/۷±۰/۵	۱۴۵/۸۹±۶/۵۶
	۷۶ سال به بالا	۲۸±۰/۹۴	۱۴۴/۱۱±۵/۴۱
جنسیت	مرد	۳۰/۵۴±۲/۰۱	۱۴۶/۹۷±۵/۹۶
	زن	۳۰/۳۱±۱/۹	۱۴۷/۵۵±۶/۱۶
تعداد فرزند	یک تا دو	۳۰/۶۲±۱/۸۸	۱۴۷/۷۴±۶/۷
	سه تا چهار	۳۰/۴۷±۱/۹۲	۱۴۷/۱±۶/۲۵
	پنج تا شش	۳۰/۵۴±۲/۰۱	۱۴۷/۵±۵/۴۸
	بیشتر از شش	۲۹/۱۵±۲/۰۷	۱۴۵/۶۲±۳/۹۹
وضعیت	مجرد	۳۰/۳۶±۲/۰۸	۱۴۶/۴۲±۶/۲۴
تاهل	متاهل	۳۰/۶۴±۱/۹۳	۱۴۷/۵۶±۵/۳۸
	بیوه	۲۹/۹۴±۱/۸۳	۱۴۷/۴۹±۷/۶۵
همراه	همسر	۳۰/۶۵±۱/۸۵	۱۴۷/۴۳±۵/۱
زندگی	همسر و فرزند	۳۰/۶۴±۲/۰۱	۱۴۷/۵۳±۵/۶۴
	سایر	۳۰/۱۵±۱/۹۸	۱۴۵/۸۵±۶/۶۸
	تنها	۳۰/۲۶±۲/۰۲	۱۴۸/۰۸±۶/۷۹
تحصیلات	بی سواد	۲۶/۸۶±۱/۵۲	۱۴۴/۹±۵/۸۲
	خواندن و نوشتن	۲۹/۴±۱/۶۶	۱۴۵/۷۴±۶/۲۱
	کمترازدیپلم	۳۱/۶۸±۱/۶۳	۱۴۷/۷±۵/۲۲
	دیپلم	۳۱/۷۲±۱/۱۹	۱۴۹/۸۷±۵/۶
	دانشگاهی	۳۲/۱۳±۱/۲۴	۱۵۲/۱۳±۳/۵۶
نوع بیمه	خدمات درمانی	۳۰/۲۲±۲/۰۶	۱۴۷/۱±۶/۶۱
	سلامت	۳۰/۲۵±۲/۲۹	۱۴۶/۱۹±۵/۵۶
	تامین اجتماعی	۳۰/۵۳±۱/۸۷	۱۴۷/۵۵±۵/۸۳
	تکمیلی	۳۰/۵۷±۱/۹۴	۱۴۷/۰۶±۶/۲
	سایر	۳۰/۴±۲/۳	۱۴۷/۶±۵/۱۲
نوع مسکن	استیجاری	۳۰/۵۲±۱/۸۶	۱۴۸/۵۲±۵/۸۱
	شخصی	۳۰/۴۲±۱/۹۲	۱۴۷/۵۱±۵/۷۹
	سازمانی	۳۳±۱/۴۱	۱۴۷/۱۷±۵/۷۱
	سایر	۳۰/۱۵±۱/۹۸	۱۴۵/۸۵±۶/۶۸
نوع شغل	شاغل	۳۱/۱۵±۱/۶۴	۱۴۸/۰۹±۶/۲
	بازنشسته	۳۰/۵۲±۱/۹۷	۱۴۷/۶۹±۵/۶۳
	بیکار	۲۸/۶۳±۱/۶۷	۱۴۳/۶۷±۵/۸
درآمد	زیر یک میلیون	۲۹/۷±۱/۷۴	۱۴۶/۱۱±۶/۱۴
	زیر دو میلیون	۳۲/۰۶±۱/۴۳	۱۴۹/۱۳±۵/۱۷
	دو تا چهار میلیون	۳۲±۱/۹۶	۱۵۲±۳/۹۶

بحث

در مطالعه حاضر میانگین سلامت اجتماعی سالمندان ۱۴۷/۲۰ به‌دست آمد، بنابراین سلامت اجتماعی سالمندان شهر جیرفت در سطح بالا ارزیابی گردید. ۳۱/۸٪ سالمندان، خودکارآمدی متوسط و ۶۸٪ سالمندان از خودکارآمدی عمومی بالایی بهره مند بودند.

با توجه به نتایج، متغیر یکپارچگی اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان تاثیر معنی‌داری نداشت. در حالی‌که دیگر متغیرهای تشکیل دهنده سلامت اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان مؤثر بوده است. مشارکت اجتماعی بالاترین تأثیر را در بین متغیرهای سلامت اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی داشته است. پس از آن متغیرهای شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان مؤثر است. تأثیر سلامت اجتماعی نیز بر خودکارآمدی عمومی قویاً معنی‌دار گزارش شده‌است. این امر نشان دهنده آن است که با افزایش سلامت اجتماعی سالمندان، خودکارآمدی عمومی آنان افزایش پیدا خواهد کرد و بالعکس. نتایج این بخش از پژوهش همسو با پژوهش‌های باغ سرخی و همکاران، صلحی و همکاران و حیدری و ناصح بوده است (۲۰– ۱۸).

در مطالعه حاضر، متغیر سن با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری و معکوسی نشان داده‌است. در سالمندان گروه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی، میزان خودکارآمدی عمومی بالاتر و معنی‌دار بود. همچنین برای گروه سنی ۶۶ تا ۷۰ سال نسبت به گروه‌های سنی ۷۱ تا ۷۵ و بالاتر از ۷۶ سال و نیز برای گروه سالمندان ۷۱ تا ۷۵ سال نسبت به گروه بالاتر از ۷۶ سال خودکارآمدی عمومی سالمندان بالاتر بوده است. این روند نشان می‌دهد هر اندازه سالمندان دارای سن پایین‌تری باشند، مقدار خودکارآمدی در آنان بالاتر است. بنابراین هیچ یک از گروه‌های سنی در متغیر خودکارآمدی عمومی قابلیت اشتراک با یکدیگر را نداشته و میزان خودکارآمدی عمومی برای گروه‌های سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد. نتایج تأثیر سن سالمندان بر میزان خودکارآمدی عمومی، با پژوهش‌های ترکی و همکاران (۱۱)، حیدری و ناصح (۱۸) و Singh و همکاران (۲۱) همسو بوده است به گونه‌ای که با افزایش میزان سن سالمند، خودکارآمدی وی کاهش می‌یابد. بدین ترتیب خودکارآمدی با سن سالمندان رابطه مستقیم و معنی‌دار داشته و با افزایش سن سالمندان، مقدار این متغیر کاهش می‌یابد. از سویی دیگر در پژوهش Jackson و همکاران نیز نتیجه‌ای مشابه مشاهده می‌شود (۲۲). متغیر تعداد فرزندان با خودکارآمدی عمومی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. نتایج این بخش از مطالعه با پژوهش نیکدل و همکاران اختلاف دارد (۲۳). علت این اختلاف را می‌توان بدین صورت ارزیابی کرد که در پژوهش آنان صرفا به خودکارآمدی حافظه سالمندان پرداخته شده ولی در این پژوهش متغیر خودکارآمدی از دیدگاه عام مورد بررسی قرار گرفته‌است. بنابراین به‌منظور درک ارتباط دقیق‌تر خودکارآمدی و تعداد فرزند توصیه به انجام پژوهش‌هایی با بررسی جزئی‌تر بر این متغیر می‌گردد.

متغیر وضعیت تأهل سالمندان با خودکارآمدی عمومی ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداد. نتایج این بخش از پژوهش نیز با پژوهش ترکی و همکاران که خودکارآمدی عمومی ساکنین سرای سالمندی منطقه‌ی غرب تهران را مورد بررسی قرار دادند همسو بود (۱۱). متغیر سطح تحصیلات سالمندان با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط معنی‌دار و مستقیم آماری نشان داد. بنابراین این متغیر بر میزان خودکارآمدی عمومی سالمندان تأثیر مستقیم داشته و با پژوهش‌های ناصح و حیدری (۱۸) همسو و با پژوهش نوروزی و مؤمنی متضاد است (۲۴).

متغیر نوع منزل مسکونی سالمندان با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. پس آزمون دو به دوی شفه برای متغیر خودکارآمدی عمومی نیز نشان دهنده بالاتر بودن معنی‌داری این متغیر برای گروه سالمندان دارای منزل مسکونی شخصی نسبت به سالمندان دارای منزل مسکونی سازمانی و نیز سایر انواع منزل مسکونی بود. نتایج این بخش از پژوهش همسو با نتایج پژوهش نیکدل و همکاران و ترکی و همکاران بود (۱۱، ۲۳). متغیر نوع شغل سالمندان با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری داشت. همچنین تحلیل میزان خودکارآمدی عمومی سالمندان نشان دهنده بالاتر بودن معنی‌داری این متغیر برای گروه سالمندان شاغل و بازنشسته نسبت به سالمندان بیکار بود. نتایج این بخش از پژوهش با پژوهش‌های نیکدل و همکاران، حیدری و همکاران، سفرآبادی و همکاران، اصلانی و همکاران همسو بوده است (۱۰، ۲۳، ۲۵، ۲۶). از این‌رو نوع شغل سالمندان در میزان خودکارآمدی آنان به‌صورت مستقیم مؤثر بوده و سالمندان شاغل از خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به سالمندان دیگر

برخوردار بودند. متغیر سطح درآمد سالمندان نیز با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط معنی‌دار آماری داشت که نتایج این بخش از پژوهش با پژوهش ترکی و همکاران همسو بوده است (۱۱).

نتایج مطالعه حاکی از آن است که متغیر سن با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری داشته‌است. متغیر سلامت اجتماعی برای سالمندان گروه سنی ۶۰ تا ۶۵ سال به‌صورت معنی‌داری بالاتر از گروه‌های سنی ۷۰ تا ۷۵ سال و گروه سالمندان ۷۶ سال به بالا می‌باشد. بنابراین با افزایش میزان سن سالمند، سلامت اجتماعی وی کاهش یافته و از این‌رو متغیر سن سالمند بر سلامت اجتماعی تأثیری معکوس داشته‌است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش‌های احمدی و همکاران، آهنگری و همکاران همسو بوده است (۲۷، ۲۸). متغیر تعداد فرزندان با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. نتایج این بخش با پژوهش حیدری و همکاران متفاوت بوده است. علت این امر را می‌توان شاید تفاوت جامعه آماری و تعدد همراهان زندگی در پژوهش حاضر با سالمندان در محل زندگی آنان عنوان کرد (۱۰). همچنین وضعیت تأهل سالمندان با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت که با نتایج پژوهش سیف‌زاده همسو است (۲۹). متغیر همراه زندگی سالمندان با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نشان نداد. نتایج این بخش از پژوهش، با نتایج پژوهش حیدری و همکاران متفاوت است (۱۰). علت این امر را می‌توان تعدد خانوارهای سالمندان در مجاورت آنان و عدم تأثیر همراهی یکی از افراد در محیط زندگی آنان در نظر گرفت. سطح تحصیلات سالمندان با سلامت اجتماعی آنان ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. سالمندان دارای مدرک دیپلم به‌طور معنی‌داری نسبت به سالمندان بی‌سواد و سالمندان با سواد در سطح خواندن و نوشتن سلامت اجتماعی بالاتری داشتند. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت سطح تحصیلات با سلامت اجتماعی سالمندان رابطه مستقیم و معنی‌دار داشته و هرچه میزان تحصیلات سالمندان بالاتر باشد سلامت اجتماعی آنان نیز بیشتر خواهد بود. نتایج این بخش از پژوهش با پژوهش‌های حاجیان و همکاران، آهنگری و همکاران و همچنین Lim و همکاران همسو است (۲۸، ۳۰، ۳۱). وضعیت بیمه سالمندان با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت که با تحقیقات فرزانه و همکاران (۳۲) و علیزاده و همکاران (۳۳) متضاد است. در پژوهش‌های ذکر شده، بیمه سالمندان ساکن در کلان شهرها مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از این رو ممکن است دلیل تفاوت نتایج جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش‌ها باشد. متغیر نوع منزل مسکونی سالمندان با سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج پژوهش شیدفر و همکاران و سیف‌زاده تفاوت داشت. نوع منزل مسکونی سالمندان مورد بررسی در این پژوهش از منظر سازمانی، شخصی، استیجاری و سایر بر سلامت اجتماعی آنان تأثیر معنی‌داری نداشته‌است (۲۹، ۳۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، به‌صورت معنی‌داری سالمندان شاغل و بازنشسته نسبت به سالمندان بیکار از سلامت اجتماعی بسیار بالاتری برخوردار بودند. از این‌رو نوع شغل سالمندان تأثیر مستقیم و معنی‌داری در میزان سلامت اجتماعی آنان داشته‌است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج مطالعات سیف‌زاده، فرزانه و علیزاده و شیدفر و همکاران همسو بوده است (۲۹، ۳۲، ۳۳). متغیر سطح درآمد سالمندان بر سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد. بر اساس نتایج، سالمندان با سطح درآمد بین یک تا دو میلیون از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان با سطح درآمد زیر یک میلیون برخوردار بودند. همچنین سالمندان با سطح درآمد دو تا چهار میلیون از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان با درآمد زیر یک میلیون برخوردار بودند، از این‌رو می‌توان گفت سطح درآمد سالمندان بر سلامت اجتماعی آنان تأثیر مستقیم و معنی‌داری داشته است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج ارائه شده در پژوهش‌های سیف‌زاده و شیدفر و همکاران همسو بود (۲۹، ۳۳).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، متغیرهای یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی بر متغیر سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌دار داشته‌اند. همچنین متغیر یکپارچگی اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان تاثیر معنی‌داری نداشته است ولی دیگر متغیرهای تشکیل دهنده سلامت اجتماعی بر خودکارآمدی عمومی سالمندان مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد، سلامت اجتماعی با خودکارآمدی عمومی سالمندان ارتباط دارد. از آنجایی که سالمندی یک چالش مهم نظام سلامت در آینده نزدیک خواهد بود و با توجه به نرخ شیوع بالای بیماری‌های مزمن و حاد در سالمندان و ویژگی‌های خاص جسمی، روحی و اجتماعی این افراد، ارتقاء

سلامت اجتماعی در سالمندان می‌تواند منجر به خودکارآمدی بالا در این افراد شود که در نهایت باعث می‌شود در مقایسه با سایرین از سلامت جسمی و روانی بالاتری برخوردار باشند و عملکرد فیزیکی بهتر و رضایت بالاتری از زندگی داشته باشند. بنابراین به‌منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری موفق نظام سلامت در برابر پدیده سالمندی، ارتقاء سلامت اجتماعی سالمندان در جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه دانشجویی دارای کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC1396.9311580002 از دانشگاه علوم پزشکی ایران است که بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارضی در منافع نداشتند.

Reference

1. Badri, S. The situation of the Tran elderly. Tehran: Statistical center of Iran. 2016. Available from :file:///D:/downloads/salmandan(1). (in Persian)

2. Mohammadi M, Alavi M, Bahrami M, Zandieh Z. Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2017; 22(6): 471. (in Persian)

3. Bao C, Yu Z, Yin X, Chen Z, Meng L, Yang W. The development of the social health scale for the elderly. Health and Quality of Life Outcomes. 2018; 16(1): 67.

4. Mohammadi M., Alavi M, Bahrami M. Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2007; 22(6):471. (in Persian)

5. Askaryzadeh Mahani M, Soleimani L, Zafarnia N, Miri S. Correlation of self–efficacy and mental health with academic achievement of students in bam nursing school. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2015; 12(2):29-37. (in Persian)

6. Mirowsky J, Ross CE. Education, social status, and health (social institutions and social change series). Routledge; 1st edition: 2003.

7. Bell J A, Galaznik A, Murty S, et al. Healthcare costs in elderly patients with acute myeloid leukemia (AML) in routine clinical care in the united states (US). Blood. 2017; 130 (1): 3459.

8. Lelieveld C, Leipzig R, Gaber-Baylis L K, Mazumdar M, Memtsoudis S G, Zubizarreta N. discharge against medical advice of elderly inpatients in the United States. Journal of the American Geriatrics Society. 2018; 65(9):2094-9.

9. Mikaeili N, Rajabi S, Abbasi M. Comparison of loneliness, mental health and self-efficacy in the elderly. New Findings in Psychology. 2012; 7(22):73-81. (in Persian)

10. Heidari M,Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of self-Efficacy and loneliness between community-dwelling & institutionalized older people. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(1):142-51. (in Persian)

11. Torki Y, Hajikazemi E, Bastani F. General self-efficacy in elderly living in rest-homes. Iran Journal of Nursing. 2011; 24(73):55-62. (in Persian)

12. Harooni J, Hassanzadeh A, Salahshoori A. Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men. Journal of Health System Research. 2013; 9(11):1230-8. (in Persian)

13. Naseh L, Shaikhy R, Rafiei H. General self-efficacy and associated factors among elderly residents of nursing home. Comprehensive Nursing and Midwifery. 2016; 26(80):90-7. (in Persian)

14. Baghsorkhi AR, Refahi Z, Jahedi S. The relationship between social health and self-efficacy mediated by personality characteristics of graduate students. Journal of Novel Applied Sciences. 2013; 2(12):36-40. (in Persian)

15. Joshanloo M, Nosratabadi M, Rostami R. Examining the factor structure of the keyes comprehensive scale of well-being. Journal of Developmental Psychology. 2006; 3(9):35-51. (in Persian)

16. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A. Perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. Social Behavior and Personality: An International Journal. 2008; 36(2):257-66.

17. Rajabi G. Reliability and validity of the general

self-efficacy beliefs scale (GSE-10) comparing the psychology students of Shahid Chamrin university and Azad university of Marvdasht. New Thought Educate. 2006; 2(1):111-22. (in Persian)
18. Heydari M, Naseh L. Relationship between general self-efficacy and quality of life among elderly living in Chaharmahal Bakhtiari nursig homes. Iranian Journal of Ageing. 2015; 10(2):1-12. (in Persian)
19. Saffarinia M, Tadris Tabrizi M, Aliakbari M. exploring the validity, relibility of social well-being questionnaire in men and women resident in Tehran city. Journal of Educational Measurement. 2015; 5(18):115-32. (in Persian)
20. Solhi M, Kazemi SS, Haghni H. Relationship between general health and self-efficacy in women referred to health center No.2 in Chaloos (2012). Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(109):72-9. (in Persian)
21. Singh A, Shukla A, Singh P. Perceived self-efficacy and mental health among elderly: A study from India. Journal of the Indian Academy of Geriatrics. 2009; 5(4):171-6. (in Persian)
22. Jackson T, Wang Y, Wang Y. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. The Journal of Pain. 2014; 15(8):800-14.
23. Nikdel F, Arabzadeh M, Ghazanfari N. The survey of relationship between Memory Self-efficacy and hope with quality of life in older adults of Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad in 2016. Journal of Gerontology. 2016; 1(2):19-26. (in Persian)
24. Nourozi A, Moemeni E. General self-efficacy, life expectancy and orientation in elderly women from training. Proceedings of the fourth congress of the Iranian psychological association. Contemporary Psychology. 2013; 7(l); 3146- 3149. (in Persian)
25. Aslani M, Amidi Mazaheri M, Batavani M. Self-efficacy among older adults in Fereydunshahr city. Iranian Journal of Ageing. 2017; 11(4):558-65. (in Persian)
26. Safarabadi M, Jadidi, Irannejad B. Is there a relationship between spiritual intelligence and self-efficacy of the elderly? Journal of Fundamental and Applied Sciences. 2016; 8(2S):1831-9. (in Persian)
27. Samaram E, Ahmadi B. Study of effective factors on elderly situations in the family. Iranian Journal of Ageing. 2010; 2(4):269-79. (in Persian)
28. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of life in elderly member of the the elderly cultural centers in Tehran. Iranian Journal of Ageing. 2013; 2(3):2-18. (in Persian)
29. Seyfzadeh A. Investigating the elders' social health and its related factors: a case study of Azarshahr city. Journal of Geriatric Nursing. 2015; 1(4):95-106. (in Persian)
30. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: a population based cross-sectional study. Journal of Caring Sciences. 2017; 6(1):39-45. (in Persian)
31. Lim Y M, Sung MH, Joo KS. Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. Journal of Gerontological Nursing. 2010; 36(10):42-50.
32. Farzaneh S, Alizadeh S. Study in social determinants on social health among older people in Babol town. Socio-Cultural Development Studies. 2013; 2(1):183-208. (in Persian)
33. Shidfar M, Hosseini M, Zadeh DS. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: Results of an intervention. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2007; 14(1):9-15. (in Persian)

The Relationship between Social Health and General Self-efficacy in the elderly of Jiroft in 2018

Received: 17 Nov 2020 Accepted: 13 Mar 2021

Esmaeil Barkhori[1], Zahra Kashaninia[2*], Hameed Haghani[3]
1. M.Sc Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran 2. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran 3. Ph.D of Biostatistics, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The purpose of life in old age is not only to live a long life and to be alive, but also the type and quality of life and consequently, the general self-efficacy of the elderly is important. Therefore, this study investigated the relationship between social health and general self-efficacy of the elderly people of Jiroft in 2018.

Materials and Methods: In this descriptive-correlational study, 192 elderly people in Jiroft city were selected, using availability sampling, to participate in the present study. The demographic, Keyes' social health, and Schwartz and Jerusalem's general self-efficacy questionnaires were completed. Data were analyzed using SPSS 22. Descriptive statistics and inferential statistics (correlation coefficient, independent t-test, and ANOVA) were run and significant level was considered $p<0.05$.

Results: It was revealed that all participants had a high social health. Moreover, the variables that constitute social health had a positive effect on the general self-efficacy of the elderly people excluding the social integration variable ($p<0.01$). It was also indicated that the age, education level, type of job, and income level had a significant effect on the social health ($p<0.01$).

Conclusion: Promoting social health in the elderly can lead to high self-efficacy and subsequently higher physical and mental health, better physical performance, and higher life satisfaction. Accordingly, for the successful planning and policy making in the health system against the aging phenomenon, promoting the social health of the elderly in society is particularly important.

Keywords: Social Health, General Self-Efficacy, Elderly

***Corresponding Author:** Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran
Email: Kashaninia.za@iums.ac.ir **Tel:** +982143651000 **Fax:** +9888201978