

نقش حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان

(مقاله پژوهشی)

فردین علی پورا^۱، حمیرا سجادی^۲، آمنه فروزان^۳، حمید نبوی^۴، اسماعیل خدمتی^۵

چکیده

هدف: این مطالعه به منظور بررسی نقش انواع حمایت‌های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان انجام گرفته است.

روش بررسی: تحقیق حاضر از نوع مطالعات علی مقایسه‌ای است که اطلاعات آن با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی نوربک و مقیاس اضطراب و افسردگی در یک نمونه ۱۰۰ نفری از سالمندان منطقه ۲ تهران جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های رگرسیون و ضریب همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان به ترتیب ۴۴/۰ و ۴۰/۰ بود. با استفاده از آزمون همبستگی نشان داده شد که تمامی انواع حمایت‌های اجتماعی (مادی، عاطفی، کارکردی و ساختاری) با اضطراب و افسردگی رابطه معکوس و معنی‌داری داشتند. نتایج آزمون رگرسیون چند گانه نشان داد که حمایت‌های مادی و ساختاری پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای سالمندان دارای اضطراب و حمایت مادی پیش‌بینی‌کننده معنادار سالمندان افسرده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بر نقش مهم عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به ویژه حمایت‌های اجتماعی در اختلالات روانی در سالمندان تأکید دارد. توجه به این منبع ارزان اقتصادی برای مقابله با اضطراب و افسردگی در سالمندان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان از اهمیت شایانی برخوردار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، اضطراب، سالمندان، حمایت اجتماعی.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی.

< asarah۱۳۶۱@gmail.com >

شماره تماس: ۰۹۱۹۱۱۵۹۱۸۸

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی.

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی.

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی.

مقدمه

سالمندی فرایندی زیستی است که تمام موجودات زنده، از جمله انسان آن را تجربه می‌کند. بالا رفتن سن بیماری نیست، بلکه یک پدیده حیاتی است که برای موجودات اتفاق می‌افتد. در واقع یک مسیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد. جمعیت سالمند دنیا به سرعت در حال افزایش است بطوریکه پیش‌بینی می‌شود در قرن ۲۱ (قرن سالخوردگی جمعیت دنیا) و در طول ۴۰ سال آینده جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد. (افزایش سالانه ۱/۷ درصد به جمعیت جهان و افزایش سالانه ۲/۵ درصد به جمعیت بالای ۶۰ سال) بطوریکه ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته بسر خواهند برد (۲).

در دهه‌های اولیه قرن بیستم، هرم‌های جمعیت اکثر کشورهای دنیا بصورت مثالی شکل بود. اما با پیشرفتهای علمی و صنعتی و کنترل میزان باروری این هرم‌ها به شکل استوانه‌ای در کشورهای صنعتی مثل ایتالیا، ژاپن، سوئد، دانمارک، آلمان و ... درآمده است. که این نشان دهنده پیرشدن جمعیت است. پیرشدن جمعیت عبارتست از افزایش روزافزون نسبت سالمندان و به بیانی دیگر عبارت از کاهش نسبت کودکان و بالغین جوان و افزایش نسبت افراد ۶۰ ساله و بالاتر است. تحت تأثیر این تغییرات هرم‌های سنی از شکل مثالی به استوانه‌ای شکل تغییر حالت داده اند (۱).

میزان افسردگی سالمندان ساکن در خانه های سالمندان شهر اصفهان را ۰/۸۶ گزارش کرده اند (۹). در مطالعه بررسی وضعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۸۱ میزان افسردگی در سالمندان حدود ۱۹/۳ درصد گزارش شده است (۱۰). در مطالعه رهگذر و همکاران در سطح کشور در سال ۱۳۸۷ میزان شیوع افسردگی ۲۲/۴ درصد و شیوع اضطراب ۲۳/۵ درصد گزارش شده است (۱۱).

یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال های اخیر توجه فزاینده‌ای به دست آورده، حمایت اجتماعی است. انسان موجودی اجتماعی است و در طول حیات خویش نیازمند هموعان خود است. این نیازمندی از جنبه های مختلف و صورتهای متفاوتی قابل مشاهده است. شاید بتوان گفت علت همه مشکلات انسانی بویژه مشکلات روانی از نوع روابط و تصورات و احساسات وابسته به آنها سرچشمه می گیرد. کوب حمایت اجتماعی را تحت عنوان معرفتی که باعث می شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند و دارای شأن بوده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، اظهار می دارد که افزایش روز افزون تعداد مقالات چاپ شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن، حاکی از اهمیت عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی است که در زندگی انسان دارند (۶). بنابراین توجه به این منبع ارزان قیمت اقتصادی و با اهمیت اجتماعی بخصوص در قشر سالمندان در جهت مقابله با مشکلات روان شناختی آنها از جمله اضطراب و افسردگی از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۲). مروری بر پیشینه پژوهشی، این نکته را برجسته می سازد که حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی و روانی اجتماعی مواجه می شوند. شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می دهد حمایت اجتماع نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفاء می کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می شود (۱۳، ۱۴).

کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. بطوریکه روند پیر شدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد. بر طبق سرشماری سال ۱۳۳۵، حدود ۵ درصد جمعیت کشور (معادل با ۹۴۷۷۳۵ نفر) و در سال ۱۳۸۵، ۷/۳ درصد جمعیت کشور (معادل با ۵۱۱۹۰۰۰ نفر) بالای ۶۰ سال سن داشته و سالمند محسوب می شوند (۳).

با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان به دلیل کهولت و کاهش تواناییهایشان دچار کاهش توانایی های بدنی (جسمی) و روانی می شوند و انواع بیماری ها و مشکلات روانی آنها را تهدید می کند، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است. یکی از حوزه های مهم سلامت سالمندان بعد روانی آن است که نیازمند توجه خاص به آن و پیشگیری از اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب در آنان است. بدلائل متعددی سالمندان از جهت سلامت روانی بسیار آسیب پذیر بوده و حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد مسن مشکلات روانی مهمی دارند بطوریکه با هر دهه افزایش سن اختلالات افسردگی افزایش می یابد (۴). اضطراب نیز یک مسئله شایع دوره سالمندی است، زیرا این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانایی ها می باشد. به عبارتی سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند (۵، ۶). بلیزر^۱ و ویلیام^۲ (۱۹۸۰) شیوع افسردگی اساسی را در افراد بالای ۶۵ سال جامعه آمریکا ۴ تا ۲ درصد و شیوع افسردگی خفیف تر را ۵ تا ۴ درصد گزارش کرده اند (۷). در بررسی کاتز و همکاران^۳ (۱۹۸۹) در آمریکا حدود ۲۰ درصد افراد مبتلا به افسردگی اساسی و بین ۲۲ تا ۴۴ درصد دچار سایر اختلال های افسردگی بودند (۸).

بررسی همه گیرشناسی انجام شده در این زمینه در ایران محدود است. تابان و همکاران (۱۳۸۱) در بررسی خود

و توانبخشی در اختیار تیم پژوهشی قرار گرفت. با توجه به حوزه و بلوک بندی صورت گرفته توسط مرکز آمار و شهرداری منطقه ۲ در ابتدا از نمونه گیری طبقه ای استفاده شد بطوریکه حوزه ها به عنوان طبقات نمونه گیری در نظر گرفته شدند. در ادامه از طریق نمونه گیری تصادفی در داخل طبقات بلوک ها تعیین شده و به کمک اطلاعات موجود آدرس سالمندان تعیین و در ادامه با مراجعه به آدرس های مورد نظر به جمع آوری داده ها پرداخته شد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوریک^۳ (NSSQ) و برای سنجش اضطراب و افسردگی از مقیاس اضطراب و افسردگی (HADS)^۴ استفاده شد.

NSSQ به عنوان یک ابزار خود اجرایی است که حمایت های اجتماعی کارکردی، ساختاری، عاطفی، مادی (کمک) و فقدان حمایت کلی را نیز محاسبه می کند. افزون بر موارد فوق این پرسشنامه داده های توصیفی راجع به ارتباطات حمایتی که فرد اخیراً (یک سال اخیر) به دلایل مختلفی از دست داده در اختیار ما قرار می دهد. که از طریق آنها به راحتی می توانیم به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده پی ببریم (۱۸، ۱۹). مقیاس NSSQ نسبت به سایر ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی ارجح است زیرا دامنه وسیعی از سازه ها، مفاهیم (از ساده تا پیچیده) و همچنین انواع حمایت اجتماعی کارکردی و ساختاری را دربر می گیرد و به خوبی آنها را می سنجد و یک ابزار عمومی برای سنجش حمایت اجتماعی است (۲۰). اعتبار و پایایی این ابزار در ایران توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته که ضریب پایایی این ابزار به روش همسانی درونی بین ۰/۸۴۴ تا ۰/۹۷۳ (۰/۰۰۱ < p) و روایی این ابزار به روش روایی ملاکی همزمان بین ۰/۲۲۲ تا ۰/۶۲۴ (p < ۰/۰۰۱) گزارش شده است (۲۰). این ابزار بعنوان یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در سالمندان نیز توصیه شده است (۲۱). با توجه به این ویژگیها و جامع بودن این ابزار نسبت به سایر

مونرو و همکاران (۱۹۸۵) در مطالعه ارتباط بین عوامل محیطی و افسردگی به این نتیجه دست یافته اند که انواع مختلف رویدادهای زندگی قبل از شروع افسردگی درون زاد (نوعی از افسردگی که به رویدادهای محیطی ارتباط ندارد) دوره اختلال را به مدت ۹ ماه پیش بینی می کند، اما در مورد افسردگی واکنشی این نتیجه به دست نیامد. در میان پژوهش هایی که نقش عوامل محیطی را در افسردگی بررسی کرده اند نقش پدیده حمایت اجتماعی به عنوان عاملی تأثیرگذار در افسردگی مورد تأکید قرار گرفته است (۱۵). پریس و همکاران^۲ (۲۰۰۲) در مطالعه خود در یافتند که افرادی که قادر به حفظ شبکه های ارتباطی خود در خلال زندگی باشند، احساسی از مهار شخصی و اعتماد به نفس در آنها شکل می گیرد که به نوبه خود امکان تحمل مشاگره های خانوادگی، تنهایی و جدایی از دوستان و خویشاوندان را فراهم می سازد، در حالیکه فقدان این احساس و اطمینان، افسردگی را در سنین بعدی پیش بینی می کند (۱۶). با این حال این سوال مهم هنوز باقی مانده است که مکانیسم ها و مسیرهای اثرگذاری این فرایند چگونه عمل می کنند و در ضمن این سؤال که کدام ابعاد و یا انواع حمایت های اجتماعی در این فرایند سهم می باشند، هنوز بصورت مبهم باقی مانده است (۱۷).

روش بررسی

این تحقیق از نوع مطالعات علی مقایسه ای است. جامعه پژوهش کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در ناحیه ۲۲ منطقه ۲ شهرداری تهران بودند. این ناحیه از لحاظ آماری دارای ۶ حوزه و ۶۱ بلوک است. که ۱۳۷۵۶ نفر جمعیت دارد، بطوریکه جمعیت سالمندان این منطقه حدود ۱۰۶۲ نفر (۵۷۰ مرد و ۴۷۲ زن) است. حجم نمونه با استفاده از فرمولهای حجم نمونه و با احتساب ریزش ۱۰ درصد ۱۰۰ نفر تعیین شد.

اطلاعات سالمندان مذکور از طریق پایگاه تحقیقات جمعیتی شهرداری منطقه ۲ وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی

یافته ها

از ۱۰۰ نفر سالمند حاضر در این تحقیق، ۷۰ نفر را مرد و ۳۰ نفر را زنان سالمند تشکیل می دادند. در این بررسی، اکثریت شرکتکنندگان (۶۱ درصد) در دامنه سنی ۷۰-۶۰ سال بودند که میانگین سنی برای مردان حدود ۷۰ سال و برای زنان حدود ۶۹ سال بود. مقدار انحراف معیار برای سن مردان ۲۸/۷ و برای زنان ۳۶/۶ بود. در مورد متغیر سواد ۱۹ نفر افراد مورد مطالعه بیسواد، ۳۸ نفر ابتدایی و ۲۲ نفر سیکل و دیپلم و ۲۱ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۵۷ درصد افراد از بیمه تامین اجتماعی، ۲۴ درصد از بیمه خدمات درمانی استفاده می کردند، منبع درآمد ۵۶ درصد افراد مستمری بازنشستگی بود.

همان طور که در جدول شماره یک نشان داده شده میانگین نمرات حمایت های کارکردی در سالمندان بالاتر از سایر انواع حمایت های اجتماعی بود. از مجموع ۱۰۰ سالمند مورد مطالعه ۴۴/۰ دچار اضطراب و ۴۰/۰ دچار افسردگی بودند (جدول ۱). سپس میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی به تفکیک جنسیت مورد محاسبه قرار گرفت. همانطوریکه در جدول ۲ نشان داده شده میانگین نمرات تمام ابعاد حمایت اجتماعی برای مردان پایین تر از میانگین نمرات حمایت های اجتماعی در زنان بود و این اختلاف فقط در بعد حمایت ساختاری معنادار بود ($p < ۰/۰۵$). در ادامه برای بررسی رابطه بین حمایت های اجتماعی با اضطراب و افسردگی در سالمندان از آزمون همبستگی استفاده شد. همان طور که در جدول شماره سه نشان داده تمامی انواع حمایت اجتماعی با اضطراب و افسردگی رابطه معکوس و معنی داری داشته اند. ($P < ۰/۰۰۱$). در بین انواع حمایت های اجتماعی، حمایت مادی بیشترین ارتباط را با اضطراب در سالمندان نشان داد ($r = -۰/۴۶$) در حالی که حمایت کارکردی بیشترین ارتباط را با افسردگی سالمندان نشان داد. ($r = -۰/۴۶$) برای تعیین اثر پیش بینی کنندگی انواع حمایت اجتماعی در اضطراب و افسردگی سالمندان آزمون رگرسیون چندگانه مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور

ابزارهای موجود سنجش حمایت اجتماعی در این مطالعه برای سنجش حمایت اجتماعی از این ابزار استفاده شد. برای سنجش اضطراب و افسردگی از مقیاس اضطراب و افسردگی (HADS) استفاده شد. این ابزار برای سنجش اختلالات روان شناختی به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد و دارای ۱۴ سوال است که ۷ سوال آن به سنجش اضطراب و ۷ سوال دیگر به سنجش افسردگی اختصاص دارد. برای هر سوال ۴ پاسخ در نظر گرفته شده که به آنها نمره ۰-۳ تعلق می گیرد. بدین ترتیب حداکثر نمره برای هر آیت ۲۱ و حداقل ۰ می باشد. نمره ۷-۰ برای افراد سالم (Normal)، نمره ۱۰-۸ برای افراد بینابین (Borderline)، و نمره ۱۱ و بالاتر به افراد بیمار (Case) تعلق می گیرد (۲۲). در این مطالعه به دلیل اینکه تعداد افراد بینابین بسیار اندک بود و نمره آنها بسیار نزدیکتر به نمره افراد بیمار بود، این افراد جزو گروه بیمار در نظر گرفته شدند.

این پرسشنامه قابلیت استفاده در جمعیت عمومی، گروه های خاص همچون سالمندان و بیماران بستری شده در بیمارستان را دارد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۲ مورد ارزیابی واقع شده است. پایایی خرده مقیاس اضطراب و افسردگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین روایی این ابزار نیز برای خرده مقیاس افسردگی بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس اضطراب ۰/۴۷ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۲۲). داده ها از طریق مصاحبه با سالمندان جمع آوری و اطلاعات بدست آمده کدگذاری و از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۲ تجزیه و تحلیل شد. در ضمن برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی از چک لیستی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده بود که مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن و نوع بیمه بود. برای تحلیل داده های بدست آمده از تحلیل رگرسیونی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در این تحقیق قبل از مصاحبه با سالمندان رضایت آنان کسب می شد.

به حمایت‌های کارکردی بود. حمایت اجتماعی کارکردی همان جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که شامل کارکردهایی چون فراهم آوردن اطلاعات، محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات، میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت حمایت است (۲۳). که نتایج این مطالعه در این مورد با مطالعه کوهیرونیارتنو همکاران^۳ در سال ۲۰۰۷ که در سالمندان تایلندی صورت گرفته مطابقت دارد (۲۴). بطوریکه در این مطالعه نیز حمایت کارکردی در سالمندان بالاتر بود که حاکی از اهمیت کیفیت روابط و حمایت‌ها در سالمندان می باشد. در مورد مقایسه نمرات حمایت اجتماعی در مردان و زنان سالمند، میانگین نمره حمایت اجتماعی در انواع حمایت‌های اجتماعی برای زنان سالمند بیشتر بود و این اختلاف در حمایت اجتماعی ساختاری معنادار بود. تفاوت‌های جنسیتی در حمایت‌های اجتماعی اغلب در تحقیقات مورد بررسی قرار نگرفته اند. با این حال دلایل مفهومی وجود دارد که بیان می دارد که جنسیت ممکن است متغیر مهمی باشد (۲۵، ۲۶، ۲۷). در یک مطالعه کوهورت در انگلستان، محققان دریافتند که مردان نسبت به زنان، روابط صمیمانه تری دارند و مردان، شبکه ارتباطات اجتماعی بزرگتری دارند. (۲۸). نتایج مطالعه آنتونوسی و همکاران^۴ (۱۹۸۷) و لایریتز و همکاران^۵ (۱۹۹۲) با نتایج تحقیق ما مطابقت دارد بطوریکه حمایت اجتماعی در زنان را بالاتر از مردان گزارش کرده اند (۲۹، ۳۰). نکته قابل ملاحظه در بررسی متون تفاوت‌های جنسیتی در حمایت‌های اجتماعی سالمندان، گوناگونی نتایج گزارش شده است که شاید یکی از علل آن، تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف است.

ابتدا با استفاده از جدول آنالیز واریانس یک طرفه معنی داری کل مدل رگرسیون مورد تایید قرار گرفت با استفاده از روش عقب رو^۱، معناداری تک تک متغیرهای مستقل (انواع حمایت اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون بیانگر آن بود که دو متغیر حمایت ساختاری و مادی پیش بینی کننده های معنی داری برای اضطراب سالمندان بود (جدول ۴). یعنی مدل رگرسیونی با معادله زیر تبیین گردید:

حمایت مادی ۰/۶۵ - حمایت ساختاری ۰/۶۳ - ۲/۲۴ = اضطراب سالمندی
همچنین متغیر حمایت مادی بعنوان پیش بینی کننده معنی داری برای افسردگی سالمندی بود. (جدول ۴)
حمایت مادی ۰/۳۶ - ۱۱/۳۶ = افسردگی سالمندی

بحث

در این تحقیق، نقش حمایت‌های اجتماعی در اضطراب و افسردگی در یک نمونه ۱۰۰ نفری از سالمندان منطقه ۲ تهران مورد بررسی قرار گرفت که بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها نتایج زیر بدست آمد.

نتایج این مطالعه میزان اضطراب و افسردگی در سالمندان را ۴۴ درصد و ۴۰ درصد گزارش می دهد. در بررسی کاتز و همکاران^۱ (۱۹۸۹)، حدود ۲۰ درصد افراد سالمند مبتلا به افسردگی اساسی و بین ۲۲ تا ۴۴ درصد دچار سایر اختلال های افسردگی بودند (۹). تابان و همکاران (۱۳۸۱) نیز، میزان افسردگی سالمندان خانه های سالمندان شهر اصفهان را ۰/۸۶ گزارش نموده اند. رهگذر و همکاران میزان افسردگی و اضطراب را در کشور به ترتیب ۲۲/۴ درصد و ۲۳/۵ گزارش نموده اند. که با نتایج این مطالعه متفاوت می باشند که می تواند به دلیل ابزارهای سنجشی متفاوت استفاده شده برای سنجش افسردگی سالمندان و همچنین حجم نمونه و جامعه آماری متفاوت باشد.

بالاترین میزان حمایت‌های اجتماعی در سالمندان مربوط

روند رو به رشد جمعیت سالمندی در جهان و همچنین در کشورمان لزوم توجه به عوامل موثر بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است در این مطالعه نیز بر اهمیت حمایت اجتماعی بعنوان یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در میزان استرس و افسردگی سالمندان تاکید شده است.

جدول ۲: مقایسه نمرات حمایت اجتماعی سالمندان به تفکیک جنسیت

مقادیر t	مردان		زنان	
	۶۴/۷۴	۳۶/۸۴	۷۳/۶۰	۴۳/۹۲
حمایت عاطفی	۶۴/۷۴	۳۶/۸۴	۷۳/۶۰	۴۳/۹۲
حمایت مادی	۳۲/۲۴	۲۰/۱۵	۳۶/۱۳	۲۲/۴۴
حمایت ساختاری	۴۹/۶۳	۲۵/۹۷	۶۲/۳۷	۲۷/۷۵
حمایت کارکردی	۹۳/۹۹	۵۶/۵۰	۱۰۹/۷۳	۶۵/۹۰

* با توجه به مقدار $\alpha=0.05$ ، تفاوت در این بعد معنادار است.

جدول ۳: جدول همبستگی انواع حمایت اجتماعی با اضطراب

و افسردگی سالمندان

افسردگی	اضطراب	
	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
حمایت عاطفی	-۰/۴۴	>۰/۰۰۱
حمایت مادی	-۰/۴۶	>۰/۰۰۱
حمایت ساختاری	-۰/۳۳	>۰/۰۰۱
حمایت کارکردی	-۰/۴۵	>۰/۰۰۱

جدول ۴: رگرسیون بین انواع حمایت های اجتماعی با

اضطراب و افسردگی در سالمندان

R ²	P-value	ضریب بتا استاندارد	
۰/۲۰	۰/۰۰۱<	-۰/۴۵	سالم حمایت عاطفی
۰/۱۰	۰/۰۱ ۰/۰۱	-۰/۶۵ ۰/۶۳	اضطراب بیمار حمایت مادی حمایت ساختاری
۰/۱۴	۰/۰۰۳	-۰/۳۷	سالم حمایت عاطفی
۰/۱۳	۰/۰۱	-۰/۳۶	افسردگی بیمار حمایت مادی

نتایج این مطالعه رابطه معنادار و منفی بین انواع حمایت های اجتماعی با اضطراب و افسردگی را نشان می دهد بطوریکه با افزایش میزان حمایت‌های اجتماعی از میزان این اختلالات در سالمندان کاسته می شود. این یافته با نتیجه مطالعات بسیاری که در این زمینه صورت گرفته است (۳۱-۳۵) مطابقت دارد. بطوریکه در این مطالعات نیز داشتن ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه های مثبت و پاداش دهنده برای افراد به شمار می رود، که متعاقب آن افزایش احساس خودارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت. خزایی در مطالعه خود در سال ۱۳۸۱ دسترسی به حمایت اجتماعی وجود آن را عامل سودمندی در سلامت روان و کاهش افسردگی گزارش نموده است (۳۶). تایلور (۱۹۹۹) نیز یکی از اثرات برخورداری از حمایت اجتماعی را فشار روانی کمتر میداند (۳۷). نتایج آزمون رگرسیون در این مطالعه نشان می دهد که حمایت های مادی و ساختاری پیش بینی کننده های معناداری برای سالمندان دارای اضطراب می باشند و حمایت مادی پیش بینی کننده معنادار سالمندان افسرده می باشد. در مطالعه معتمدی شلمزاری و همکاران در سال ۱۳۸۱ در سالمندان شهرکرد، حمایت عاطفی تأثیر معناداری بر سلامت عمومی و احساس تنهایی سالمندان داشت در حالیکه حمایت مادی بر هیچکدام از متغیرهای وابسته فوق تأثیر معناداری نداشت (۳۸). که با نتیجه مطالعه ما متفاوت می باشد شاید از دلایل آن بتوان به کافی بودن میزان مستمری های بازنشستگی و نداشتن استقلال مادی در سالمندان و همچنین تشدید مشکلات اقتصادی برای این قشر از افراد جامعه اشاره نمود.

نتیجه گیری

استرس و افسردگی از جمله عوارضی که در دوران سالمندی از شیوع بیشتری برخوردار است با توجه به

REFERENCES

منابع

- ۱ - حاتمی، حسین، رضوی، سید منصور، افتخار اردبیلی، حسن و همکاران. بهداشت سالمندان در کتاب جامع بهداشت عمومی. ویرایش نخست. انتشارات ارجمند. ۱۳۸۳. صفحات ۱۵۲۳-۱۵۷۹.
- 2- WHO. Kobe center. Global health expectancy research among older people. Aging and health technical report series. 2002: 10.
- ۳ - مرکز آمار ایران. نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن، کل کشور، سال ۱۳۸۵
- 4- Ingersoll B, Silverman A, Cooperative group psychotherapy for the aged. The gerontologist. 1987.
- 5 - Chop WC. Social aspect of aging In.: Farrell G, Miller WC. Nursing care of older person. Philadelphia: McGraw Hill Company. 2001:1115-29
- 6- Lang AJ, Stein MB. Anxiety Disorders: How to recognize and treat the medical symptoms of emotional illness. Geriatrics 2001 May;56(5) : 24-7 & 31-4
- 7- Blazer, D. & William, C.D, Epidemiology of dysphoria in an elderly population. American journal of psychiatry. 1980; 137: 439-444.
- ۸- تابان، حبیب الله، قاسمی، غلامرضا، فرزانه، آرزو، کاظمی، مزده. بررسی مقایسه میزان شیوع افسردگی در سالمندان مقیم در خانه سالمندی صادقیه شهر اصفهان با سالمندان ساکن در شهر اصفهان. مقاله ارائه شده در کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران. ۱۳۸۱
- 9- Katz, I.R., Leshner & et al. Clinical features of depression in the nursing home. International psychogeriatrics. 1989.
- ۱۰- گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور در سال ۱۳۸۱، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت سالمندان، ۱۳۸۶
- ۱۱- مهدی رهگذر و همکاران، احساس افسردگی، اضطراب و دلشوره در سالمندان. مجله علمی پژوهشی حکیم، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دوره دوم، شماره ۲، ۱۳۷۸
- 12- Cobb, S. Social Support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38: 300-314.
- 13- Avund, k. Damsgaard, M. T. & Holstien.B.F. Social relation and mortality: An eleven year follow up study of 70 year old man and women in Denmark. Social science and Medicine. 1998; 47:635-643
- 14- Brummet, B.H; Mark, D.B; Siegler, I.C. Percieved social support as a predictor of mortality in coronary Patients. 2005
- 15- Monroe, S.M.; Thase, M.E. & Hersen, M. "Life Events and The Endogenous-nonendogenous Distinction in the Treatment and Post- treatment Course of Depression", Comprehensive Psychiatry. 1985; 26.
- 16 - Priss, B.& Shahrer, G. Dependency, Self Criticism, Social Context and Distress: Comparing Moderation & Mediating Models. 2000;28.

REFERENCES

منابع

- 17- Walter- Ginsburg. A; Blumstien. T & Modan, B. Social factors and mortality in elderly peoples. *Journal of Gerontology: social sciences*. 2002
- 18 -Nor beck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. *Nursing Research*. 1983; 32: 4-9.
- 19 -Snow-Spracklin. E. G. Caregivers' Perception of Health, Burden, Social Support, and Care Receiver Problems. A thesis to the School of Graduate Studies for the degree of Master of Nursing. Newfoundland. Memorial University of Newfoundland. 1998
- ۲۰- جلیلیان، علی. رفیعی، حسن. بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی ابزار حمایت اجتماعی نوربک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۸۷
- 21- Kimberly s. McClane. Screening instruments for use in a complete geriatric assessment. 2006
- 22- Ali Montazeri, Mariam Vahdaninia, Mandana Ebrahimi and Soghra Jarvandi The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version 28 April 2003. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1:14
- 23- Hulbert, J. S., & Acock, A. C. The effects of marital status on the form and composition of social networks. *Social Science Quarterly*. 1990; 71, 163-174.
- 24- Kuhirunyaratn, P. Sathirakorn, P & Ratana, S. Social support among elderly in khon kean province, Thailand. The College of Public Health, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand; University of Calgary, Canada. 2007
- 25- Moore, G. Structural determinants of men's and women's personal networks. *American Sociological Review*. 1990; 55:726-735.
- 26- Michael P. Cusack, Kenneth J. Lacho. The relationship of family social support, marital status, age, gender, and ethnicity to starting a small business: implications for professional counselors. University of New Orleans. 2004
- 27- Cornman C, Goldman N, Weinstein M, Lin KS. Perception of elderly Taiwanese about the available of social support. Office of Population Research Princeton University, 2001; Working paper no. 2001-05.
- 28- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., & Shipley, M. J. Gender, social relations and mental health: Prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). *Social Science and Medicine*. 1999; 48: 77-87.
- 29- Antonucci, T. C. & Akiyama, H. An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*. 1987; 17:737-749.
- 30- Laireiter, A., & Baumann, U. Network structures and support functions: Theoretical and empirical analyses. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (Eds.), *the meaning and measurement of social support* (pp. 33-55). Washington, DC: Hemisphere. 1992

REFERENCES

منابع

31- Hart, D. & Kennedy, T. Job Stress Predicts Depression Regardless of Personality, the Royal College of Psychiatrists. 2002

32 - Cassidy, T. Stress, Cognition and Health, Routledge. 1999

33 - Holohan, C.J.; Moos, R.H.; Holohan, C.K. & Brennan, P.L. «Social Support, Coping and Depressive Symptoms in a Late-middle-aged Sample of Patients Reporting Cardiac Illness», Health Psychology. 1995; 14.

34- Lynam, D.R. & Gudonis, L. «The Development of Psychopathy», Annual Review of Clinical Psychology. 2005 (April 1).

35- Park, K-o; Wilson, M.G. & Vandenberg, R.J. «Effects of Social Support at Work on Depression and Related Organizational Outcomes», The 130th Annual Meeting of APHA. 2002; 13.

۳۶- خزایی، کامیان. روانشناسی سالمندان و نقش حمایت از آنان. مجموعه مقالات کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: انتشارات کتاب آشنا. ۱۳۸۱

37- Taylor, S. E. Health psychology. New York: Mc Graw Hills. 1999

۳۸- معتمدی شلمزاری، عبدالله. اثره ای، جواد. بررسی نقش حمایت های اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. مجله روان شناسی. سال ششم. تابستان ۱۳۸۱.