

Research Paper**Relationship between Social Support and Subjective Well-being in Older Adults****Majid Goudarz¹, *Mahshid Foroughan², Asghar Makarem¹, Vahid Rashedi²**

1. Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Received: 14 Jun. 2015

Accepted: 27 Aug. 2015

ABSTRACT**Objectives** The main aim of this study was to investigate the relationship between social support and subjective well-being in the elderly referring to rehabilitation day centers in Tehran Province.**Methods & Materials** This is a cross-sectional and correlational study. The study population was all the elderly referring to the rehabilitation day centers in Tehran Province. The sample size was 147 people, which were selected by random cluster sampling. To gather the data, Norbeck social support questionnaire, Philadelphia morale scale and a socio-demographic questionnaire were used. The Pearson and Spearman correlation coefficients, Chi-square, Independent t-test, Kruskal-Wallis, and ANOVA were used for data analysis.**Results** A total of 80 (54.4 %) of sample were male. The mean (SD) age of older adults was 71.9 (5.09) years and mean of subjective well-being was 8.65 (2.28). The relationship between social support and subjective well-being was statistically significant ($P=0.002$, $r=0.273$).**Conclusion** The findings showed significant relationship between social support and subjective well-being. It seems that having high social support will lead to better subjective well-being.**Key words:**

Ageing, Social support, psychological well-being

*** Corresponding Author:****Mahshid Foroughan, PhD****Address:** Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Kodakpar Ave., Daneshjo Blv., Evin, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (21) 2280004**E-mail:** m_foroughan@yahoo.com

رابطه حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی در سالمندان مراجعه کننده به مراکز توانبخشی روزانه

مجید گودرز^{۱*}، مهشید فروغان^۲، اصغر مکارم^۱، وحید راشدی^۲

۱- گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲- مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۴ خرداد ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۰۵ شهریور ۱۳۹۴

اهداف: سالمندان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که از نظر جسمی، روانی، اجتماعی و بهداشتی نیازهای ویژه‌ای دارند. سالمندشدن و به‌دنبال آن افزایش بیماری‌های مزمن، بیشتر باعث افزایش معلولیت، وابستگی و ناتوانی سالمندان جامعه می‌شود. با توجه به اینکه انواع حمایت اجتماعی در افزایش سلامت روانی سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است، پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روانی در سالمندان مراکز جامع توانبخشی روزانه سالمندان استان تهران، می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع همبستگی و جامعه پژوهش آن را کلیه سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز جامع توانبخشی روزانه استان تهران در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند که ۱۴۷ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی انتخاب شدند. در این مطالعه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوریک و برای ارزیابی بهزیستی روانی از پرسشنامه و مقیاس سنجش روحیه فیلاولفیا استفاده گردید و داده‌ها به‌وسیله نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۴۷ سالمند شرکت کردند که ۸۰ نفر (۵۴/۴ درصد) از آنان مرد بودند. میانگین سنی پاسخ‌گویان در این پژوهش ۷۱/۹ سال (انحراف معیار ۵/۰۹) بود. براساس یافته‌ها، میانگین بهزیستی روانی (میانگین=۸/۶۵) (انحراف معیار ۲/۲۸) بود که نشان‌دهنده وضعیت متوسط بهزیستی روانی است. علاوه‌براین نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($P=0/002$) با بهزیستی روانی، رابطه معنادار و مثبت وجود دارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، حمایت اجتماعی با بهزیستی روانی رابطه مثبت دارد. بنابراین، افزایش حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند تأثیر مهمی بر بهزیستی روانی و عملکرد اجتماعی سالمندان داشته باشد. از سوی دیگر، افزایش حمایت‌های اجتماعی نیز می‌تواند باعث تقویت بهزیستی روانی سالمندان شود.

کلیدواژه‌ها:

سالمندی، حمایت اجتماعی، سالمند، بهزیستی روانی

مقدمه

نفر، در سن ۶۰ سال یا بالاتر بودند، اما پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۵، این رقم از مرز یک‌میلیارد و صد میلیون نفر تجاوز نماید [۲]. در ۴۰ سال آینده، جمعیت بالای ۶۵ سال دنیا دوبرابر خواهد شد که ۵۲٪ آن در کشورهای آسیایی و ۴۰٪ در کشورهای پیشرفته به سر خواهند برد [۳].

کشور ایران نیز به‌عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، از این قاعده مستثنی نیست؛ به‌طوری‌که روند پیرشدن در کشور از رشد جمعیت سالمندی حکایت دارد [۴]. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۶ میلیون (۸/۲ درصد) نفر از جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند. براساس برآوردهای بین‌المللی، جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ نسبت به دیگر

در یک‌صد سال اخیر، شناسایی و آگاهی بشر بر سازوکار بدن آدمی در عرصه علوم، جایگاه برجسته‌ای یافته است. پیامد این همه تلاش، بررسی و یافتن آن بوده که امروز می‌توانیم برای بهبود کمیت و کیفیت زندگی انسان‌ها، برنامه‌ریزی‌های ویژه‌ای داشته باشیم. کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، و آموزش و پرورش موجب افزایش نرخ امید به زندگی و طول عمر می‌شود و این موضوع از چنان اهمیتی برخوردار است که توجه‌نکردن به آن، جامعه انسانی را در آینده‌ای نزدیک در مقابل مسائل و مشکلات پیچیده و چه بسا حل‌نشده قرار می‌دهد [۱].

در سال ۲۰۰۴، ۵۵ درصد از جمعیت جهان، یعنی ۶۰۶ میلیون

* نویسنده مسئول:

دکتر مهشید فروغان

نشانی: تهران، اوین، خیابان دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران.

تلفن: ۲۲۸۰۰۰۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: m_foroughan@yahoo.com

و سلامت روان بالاتری داشتند [۱۴].

«سالاروند» و «عابدی» طی تحقیقی کیفی با عنوان «تجارب سالمندان از حمایت اجتماعی در سرای سالمندان» با روش پدیدارشناسی، با انجام چند مصاحبه عمیق با سالمندان طی دوره‌ای ۹ ماهه به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی، نقش مهمی در کنترل استرس ایفا می‌کند و اگر در این زمینه صدمه یا تزلزلی متوجه سالمند شود، وی در کنترل استرس و سازگاری با شرایط دشوار دچار مشکل می‌شود [۱۵].

«علی‌پور» و همکاران در تحقیق «نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان» به این نتیجه دست یافتند که حمایت عاطفی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی و انواع حمایت اجتماعی، بیشترین همبستگی را با بُعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند. بنابراین، توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سالمندان، از جمله حمایت‌های اجتماعی از اهمیت شایانی برخوردار است [۱۶].

«نبوی» و همکاران در مطالعه خود با عنوان «بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان» که به صورت پژوهش توصیفی-تحلیلی در بین کلیه سالمندان شهر بجنورد در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت، به این نتیجه رسیدند که افزایش حمایت اجتماعی سالمندان می‌تواند تأثیر مهمی بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی آنان داشته باشد [۱۷]. همچنین، «توماس»^۱ در مطالعه خود نشان داد که دادن یا گرفتن حمایت اجتماعی، بر ارتقای سلامت در افراد سالمند تأثیرگذار است [۱۱]؛ از این رو، سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیررسمی دریافت می‌کنند، نسبت به آنهایی که کمتر با دیگران سروکار دارند، سلامت بهتری نشان داده‌اند [۲۷].

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با سلامت روحی-روانی افراد به‌ویژه در افراد مسن ارتباط دارد [۱۴]؛ بنابراین، بر خورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد باشد که احساس خودارزشمندی را در پی خواهد داشت [۷].

رایج‌ترین تعریف حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در مواقع موردنیاز، منابع حمایت را فراهم می‌کنند، تأکید دارد. علاوه بر این، تأمین حمایت‌های اطلاعاتی، آموزشی و ابزاری توسط جامعه نیز می‌تواند نقش مهمی بر احساس مثبت افراد نسبت به زندگی در دوره سالمندی داشته باشد که این امر بر رضایت‌مندی و سلامت تأثیرگذار است.

بهزیستی روانی، دارای سازه‌های هیجانی، تعادل بین عاطفه مثبت و منفی و سازه‌شناختی قضاوت درباره رضایت از زندگی است [۲۸]. بهزیستی روانی به ارزیابی افراد از خودشان در مورد ابعادی به هم وابسته مانند عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت کلی از

مناطق جهان، رشد سریع‌تری خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴، از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت [۵].

سازمان ملل متحد، کشورهایی را که نسبت جمعیت سالمند آنها ۷ درصد یا بیشتر است، جزو کشورهای دارای جمعیت سالخورده طبقه‌بندی می‌کند [۶]؛ از این رو، کشور ما نیز براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، با داشتن ۷/۲۷ درصد و براساس سرشماری سال ۹۰، با ۸/۲ درصد سالمند بالای ۶۰ سال کشوری سالمند به‌شمار می‌آید و برآوردهای جمعیتی حاکی از آن است که تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۱۰/۷ درصد خواهد رسید [۵]. این موضوع اهمیت قشر سالمندان در جامعه ما را بیش‌ازپیش مطرح و لزوم پژوهش در این زمینه را آشکار می‌سازد.

تحقیقاتی که در ایران در زمینه سالمندی انجام شده، بسیار محدود بوده و براساس آن، پیری در یک مفهوم تنگ‌تنگ از سلامت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته و در چارچوب محدود پزشکی محبوس شده است [۸]. با وجود رشد جمعیت سالمندان و تغییرات هرم جمعیتی کشور، هنوز روی نیازهای سالمندان در همه ابعاد آن، به‌عنوان گروهی آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است [۹].

حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی سالمندان دارد. یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت که به اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته، حمایت اجتماعی است. «فلمینگ» و «باوم» که از نظریه‌پردازان مطرح این دیدگاه هستند، معتقدند حمایت اجتماعی، ورود و جذب بیشتر افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی، خانوادگی و همسایگی سلامت را ارتقا می‌دهد [۱۰].

«دوارد دلبیو» و «گلوریا بک»^۱ در تحقیقی به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و مرگ‌ومیر در سالمندان دیابتی و تعیین اثرات حمایت اجتماعی در بقای آنها پرداختند. مدل رگرسیونی نشان داد که حمایت اجتماعی به‌طور معنی‌داری با میزان مرگ‌ومیر در ارتباط است [۱۲]. در تحقیق «چالز» و همکاران^۲ که روی سالمندان زن و مرد بالای ۶۰ سال در نپال انجام گرفت، نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با بهزیستی ذهنی و احساس تنهایی در ارتباط است [۱۳].

تحقیق «گراچا اسگلهادو»^۳ و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی روی سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان» که روی ۸۵ سالمند با دامنه سنی ۶۵-۹۸ سال صورت گرفت، نشان داد که ۷۵/۳ درصد از افرادی که حمایت اجتماعی بالایی را درک کرده بودند، سطح بهزیستی روان‌شناختی

1. Edward W

2. Chalise HN

3. Graça Esgalhado

4.Thomas

اجتماعی نوربک»^۵ بود و برای ارزیابی بهزیستی روانی از «پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی» و «مقیاس سنجش روحیه فیلادلفیا»^۶ استفاده شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده نوربک

پرسشنامه نوربک در مطالعه جلیلیان، روی سالمندان مورد استفاده قرار گرفته و ابزار مناسبی گزارش شده است. این ابزار، ابزاری خودارزایی است که حمایت‌های اجتماعی کارکردی، ساختاری، عاطفی، مادی (کمک) و فقدان کل را محاسبه می‌کند. علاوه بر موارد مذکور، این پرسشنامه داده‌های توصیفی درباره ارتباطات حمایتی را که فرد اخیراً (طی یک سال اخیر) به دلایل مختلفی از دست داده در اختیار ما قرار می‌دهد که از طریق آنها به راحتی می‌توانیم به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است، پی ببریم [۱۶].

پایایی و روایی این ابزار در ایران توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است که ضریب پایایی این ابزار به روش همسانی درونی بین ۰/۹۷۳-۰/۸۴۴ (برای خرده‌مقیاس‌ها) و ۰/۹۷۸ (برای متغیر اصلی) بوده است و در روش بازآزمایی، ضریب ۰/۹۵۵ به دست آمد که تمام این ضرایب در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بود [۱۸].

پرسشنامه سنجش روحیه فیلادلفیا

برای سنجش بهزیستی روان سالمندان، از پرسشنامه سنجش روحیه فیلادلفیا استفاده شد که از ابزارهای شناخته شده با کاربرد وسیع در سالمندان است که به دلیل وجود خرده‌مقیاس‌های بیانگر حالات و شرایط حالا و اینجای فرد و واکنش او در برابر پدیده سالمندی، می‌تواند موارد در معرض خطر را شناسایی کند و امکان مداخله زودرس را فراهم سازد. علاوه بر این، کوتاه بودن و آسانی کاربرد آن، از ویژگی‌هایی است که این مقیاس را از جهت عملی مقبول و قابل پذیرش می‌کند.

این مقیاس دارای ۱۷ سؤال و سه خرده‌مقیاس بی‌قراری، نگرش به پیری خود و نارضایتی از تنهایی است و به دو صورت مصاحبه و خوداجرا قابل استفاده است. سؤالات ۴-۷-۱۲-۱۳-۱۶-۱۷ در عامل ۱ با عنوان بی‌قراری، سؤالات ۱-۲-۳-۴-۸-۱۰ در عامل دوم با عنوان نگرش به پیری خود و سؤالات ۳-۵-۹-۱۱-۱۴-۱۵ در عامل سوم با عنوان نارضایتی از تنهایی دسته‌بندی می‌شود.

مقیاس سنجش روحیه فیلادلفیا در ایران توسط «شاکری» و همکاران اعتبارسنجی شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۲ و پایایی آن به روش بازآزمون ۰/۸۲۲ بوده و روایی آن به روش ملاکی مورد تأیید قرار گرفته و در تحلیل عامل نیز وجود سه خرده‌مقیاس مذکور در بالا دوباره تأیید شده است [۱۹].

زندگی که از نظر تجربی مستقل هستند، اشاره می‌کند. از نقطه نظر «دینر»، نظریه‌های روان‌شناختی بهزیستی روانی می‌توانند بر اساس اینکه بر اثرات بیرونی و موقعیتی یا بر اثرات صفات و فرایندهای درونی بر بهزیستی روانی تأکید می‌کنند، از یکدیگر متمایز شوند.

در نظریه‌های بیرونی و موقعیتی بهزیستی روانی، مجموعه لحظات خوشایند و ناخوشایند است. به عبارت دیگر، فرد شاد به نظر می‌رسد؛ زیرا او لحظات خوشایند بیشتری را تجربه می‌کند. از بسیاری جهات، پیامدهای روان‌شناختی عمومی از قبیل رضایت‌مندی از زندگی و سلامت عمومی (حالت کامل رفاه و بهزیستی تحت تأثیر همه جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی نه فقط نبود بیماری و علایم آن) ممکن است عمدتاً از عوامل محیطی ناشی شود [۲۹].

با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، هدف از این پژوهش بررسی رابطه بهزیستی ذهنی سالمندان مراکز روزانه توانبخشی با مؤلفه‌های مختلف حمایت‌های اجتماعی به منظور ارزیابی موارد ذکر شده در سالمندان مراکز توانبخشی روزانه تهران و استفاده از نتایج آن برای طراحی مداخلات مناسب، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب در امور مدیریتی و توانبخشی به منظور ارتقای رضایت از زندگی در سالمندان است.

روش مطالعه

این مطالعه مقطعی، از نوع همبستگی است و نمونه آماری آن را کلیه سالمندان مراجعه کننده به مراکز جامع توانبخشی روزانه استان تهران در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهد. این جامعه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای-تصادفی با معیارهای ورود ذیل انتخاب شدند: ۱. افراد سالمند، ۶۰ سال و بالاتر سن داشته باشند؛ ۲. برای مشارکت در پژوهش رضایت داشته باشند؛ ۳. توانایی برقراری ارتباط در حد پاسخ به سؤالات پرسشنامه را داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل این موارد بود: ۱. افراد سالمند مبتلا به اختلال شناختی در حد متوسط تا شدید باشند (با استفاده از اطلاعات و پرونده آنها در مراکز و همچنین مصاحبه اولیه تعیین می‌شود)؛ ۲. به اختلالات شناخته شده روانی که باعث مخدوش شدن پاسخ‌ها می‌شود، مبتلا باشند (با استفاده از اطلاعات و پرونده آنها در مراکز و نیز مصاحبه اولیه تعیین می‌شود)؛ ۳. از ادامه مشارکت در پژوهش انصراف دهند.

تعداد مراکز در استان تهران ۶ مرکز است که ابتدا دو مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند و اندازه نمونه با استفاده از فرمول ذیل و اطلاعات مطالعه مقدماتی و با احتمال خطای نوع اول (α) ۰/۰۵ و توان آزمون ($1-\beta$) ۰/۸۰ حداقل، ۱۴۷ نفر تعیین شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، «پرسشنامه حمایت

5. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)

6. Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

وضعیت بهزیستی روانی سالمندان در عامل بی‌قراری (از) حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۶) به‌دست آمد که در سطح پایینی است. همچنین مؤلفه نگرش به پیری خود با ۵ سؤال در پرسشنامه سنجش روحیه فیلادلفیا اندازه‌گیری شده بود که نمره‌ها بین ۵-۰ در نوسان بود و همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، میانگین وضعیت بهزیستی روانی سالمندان در عامل نگرش به پیری خود ۳/۵۱ (از حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۵) به‌دست آمد که در سطح متوسط رو به بالایی است و نوع نگرش مثبت سالمند به پیری خودش را نشان می‌دهد.

مؤلفه نارضایتی سالمند از تنهایی نیز با ۵ سؤال در پرسشنامه سنجش روحیه فیلادلفیا اندازه‌گیری شده بود که نمره‌ها بین ۵-۰ در نوسان بود و همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد، میانگین وضعیت بهزیستی روانی سالمندان در عامل نارضایتی از تنهایی ۲/۴۷ (از حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۵) به‌دست آمد که در سطح متوسطی است و میزان نارضایتی سالمند از تنهایی را متوسط نشان می‌دهد.

همچنین آمارهای توصیفی درباره حمایت اجتماعی بدین شرح است: میانگین حمایت اجتماعی ساختاری ۳۶/۰۴ است و حداقل آماره ۲۴ و حداکثر ۴۶ بوده است. میانگین تعداد افراد شبکه ۶/۹ نفر، میانگین مدت ارتباط ۱۵/۲۸ و بسامد ارتباط ۱۳/۸۸ است. انحراف معیار نیز برای هر کدام از متغیرهای تعداد افراد شبکه ۲/۴۸، مدت زمان ارتباط ۲/۳۸، بسامد تماس ۳/۴۶ و حمایت ساختاری ۴/۹۸ است.

میانگین حمایت اجتماعی کارکردی ۶۹/۷۹ است و حداقل آماره ۴۸ و حداکثر ۹۳ بوده است. میانگین حمایت عاطفی ۵۱/۱۷ و میانگین حمایت مادی، ۱۸/۶۳ است. انحراف معیار نیز برای هر کدام از متغیرهای حمایت عاطفی ۸/۰۳، حمایت مادی ۴/۸۶ و حمایت کارکردی ۹/۸۶ است. تعداد افرادی که حذف ارتباط را گزارش نموده‌اند، ۷۲ نفر معادل ۴۹ درصد از پاسخگویان بوده‌اند.

پرسشنامه توسط پژوهشگر برای سالمندان خوانده و پاسخ‌ها عیناً علامت‌گذاری می‌شد و همه افراد مورد مطالعه به پرسشنامه پاسخ می‌دادند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی میانگین، حداقل، حداکثر، واریانس، انحراف معیار، جداول و نمودارهای مختلف به‌کار رفت و از آمار استنباطی نیز برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌منظور پاسخ به پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. علاوه‌براین، برای بررسی توزیع طبیعی بودن متغیرها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی ارتباط متغیرهای اصلی پژوهش، با توجه به توزیع داده‌ها (طبیعی بودن یا نبودن آنها) آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، کای اسکوتر و تی مستقل مورد استفاده قرار گرفت.

در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه‌ماندن اطلاعات رعایت شد و هدف از انجام پژوهش برای تک‌تک افراد مورد پژوهش توضیح داده و از ایشان برای انجام مطالعه و استفاده از اطلاعاتشان اجازه گرفته شد. به افراد مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری‌شده از آنها بدون ذکر نام است و به صورت محرمانه تا پایان مطالعه باقی می‌ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۴۷ سالمند شرکت کردند که ۸۰ نفر (۵۴/۴ درصد) از آنان مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی پاسخگویان در این پژوهش ۷۱/۹ سال (انحراف معیار ۵/۰۹) بود. دیگر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است. براساس یافته‌ها، میانگین بهزیستی روانی (میانگین = ۸/۶۵) (انحراف معیار ۲/۲۸) بود (جدول شماره ۲).

مؤلفه بی‌قراری با ۶ سؤال در پرسشنامه سنجش روحیه فیلادلفیا اندازه‌گیری شده بود که نمره‌ها بین ۶-۰ در نوسان بود و همان‌طور که نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت تأهل و سطح تحصیلات.

متغیر	فراوانی	درصد
وضع تأهل	مجرد	۵/۵۸
	متاهل	۴۱/۵
سطح تحصیلات	ابتدایی و پایین‌تر	۴۴/۹
	سوم راهنمایی (سیکل)	۳۷/۴
	دیپلم	۱۶/۳
	فوق‌دیپلم و بالاتر	۱/۴

N=۱۴۷

جدول ۲. آماره‌های توصیفی مربوط به وضعیت بهزیستی روانی سالمندان و ابعاد آن.

شاخص متغیر	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	دامنه تغییرات	حداقل آماره	حداکثر آماره	تعداد
بی‌قراری	۲/۶۷	۲	۲	۱/۰۹	۵	۱	۶	۱۴۷
نگرش به پیری خود	۳/۵۱	۴	۵	۱/۴۲	۵	۰	۵	۱۴۷
نارضایتی از تنهایی	۲/۴۷	۲	۲	۱/۲۳	۵	۰	۵	۱۴۷
بهزیستی روانی	۸/۶۵	۹	۱۰	۲/۲۸	۱۲	۲	۱۴	۱۴۷

سالمند

جدول ۳. آزمون همبستگی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روانی در سالمندان.

مؤلفه‌ها	ضریب همبستگی	ابعاد بهزیستی روانی		
		بی‌قراری	نگرش به پیری خود	نارضایتی از تنهایی
حمایت ساختاری	شدت	۰/۰۳۶	۰/۲۳۰**	۰/۱۵۰
	معنی‌داری	۰/۶۷۶	۰/۰۰۷	۰/۰۷۹
	تعداد	۱۴۷	۱۴۷	۱۴۷
ابعاد حمایت اجتماعی درک شده	شدت	۰/۲۸۶**	۰/۴۶۰**	۰/۲۵۱**
	معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰۰۰/۰	۰/۰۴
	تعداد	۱۴۷	۱۴۷	۱۴۷
نبود حمایت اجتماعی	شدت	۰/۰۰۶	۰/۰۸۷	۰/۱۴۳
	معنی‌داری	۰/۹۴۰	۰/۳۰۸	۰/۰۹۵
	تعداد	۱۴۷	۱۴۷	۱۴۷
حمایت اجتماعی درک شده	شدت	۰/۲۸۰**	۰/۰۱۶	۰/۲۷۳
	معنی‌داری	۰/۰۰۲	۰/۸۶۳	۰/۰۰۲
	تعداد	۱۴۷	۱۴۷	۱۴۷

سالمند

پیری خود و بهزیستی روانی، رابطه معنی‌دار و مستقیمی وجود دارد. بین حمایت اجتماعی کارکردی با بی‌قراری و بهزیستی روانی رابطه معنی‌دار و مستقیم ولی بین حمایت اجتماعی کارکردی و نگرش به پیری خود و نارضایتی از تنهایی، رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. بین نبود حمایت اجتماعی با بی‌قراری، نگرش به پیری خود و نارضایتی از تنهایی و بهزیستی روانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. درنهایت، اینکه حمایت اجتماعی ادراک شده با بی‌قراری، نارضایتی از تنهایی و بهزیستی روانی رابطه معنی‌دار و مستقیمی دارد.

براساس دیگر نتایج پژوهش، میانگین بهزیستی روانی در زنان و مردان سالمند تفاوت دارد. میانگین بهزیستی روانی در مردان

۷۲ نفر نبود حمایت اجتماعی ادراک شده را گزارش داده‌اند که بیشترین تعداد افراد حذف شده از شبکه اجتماعی افراد، ۳۰ نفر و کمترین تعداد ۵ نفر بوده است.

میانگین میزان نبود حمایت اجتماعی در این افراد ۲/۲۷ نفر و کمترین مقدار گزارش شده حمایت اجتماعی از دست رفته صفر (اصلاً)، حداقل آماره ۴۸ و بیشترین مقدار ۴ (خیلی زیاد) بوده است. در نمره کلی نبود حمایت اجتماعی ادراک شده، میانگین ۱۸/۸۷ بوده و حداقل آماره ۵ و حداکثر ۳۰ بوده است.

همان‌طور که نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، بین حمایت ساختاری با نگرش به

روابط سودمند را به عنوان روابط نزدیک و با اعتماد مشخص می کند. به نظر «کوهن» و «ویلز» حتی ادراک اینکه افرادی در شرایط استرس آمیز، فرد را مساعدت و حمایت می کنند بر حالات روان شناختی اثرات مثبتی می تواند بگذارد. این مطالعه تأیید کرده است که حمایت اجتماعی بر حالات روان شناختی تأثیر مثبت دارد و به دلیل اینکه حالات روان شناختی می تواند بر روحیات و رضایت فرد تأثیر گذارد؛ از این رو، این نتیجه با مطالعه حاضر همسو است و هر دو تأیید می کند که حمایت اجتماعی تأثیرات مثبتی بر افراد دارد [۲۱].

«لائگ» و همکاران^۸ بیان داشتند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم آمیز، با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد. داشتن تماس اجتماعی می تواند شخص را به این باور برساند که مورد عشق و علاقه و تأیید و ارزش قرار گرفته و متعلق به شبکه ای از ارتباطات و وظایف متقابل است. به عبارت دیگر با دریافت حمایت اجتماعی، منابع روان شناختی محسوسی برای افراد فراهم می شود تا بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند. در نتیجه می توان مطالعه مذکور را نیز همسو با تحقیق حاضر دانست [۲۲].

در مطالعه «یارچسکی»، «اسکلونو» و «ماهون»^۹ تحلیل نتایج همبستگی نشان داد که بین حمایت اجتماعی و بهزیستی کلی، ارتباط مثبت و معنی دار وجود دارد. در اینجا می توان گفت با توجه به اینکه انسان موجودی اجتماعی و در همه سنین وابسته به اطرافیان است، در نتیجه حمایت اجتماعی می تواند بر تمام جنبه های روانی-اجتماعی آدمی تأثیر گذار باشد. بنابراین، همسویی پژوهش یارچسکی، اسکلونو، ماهون با پژوهش حاضر را می توان توجیه کرد [۲۳].

در مطالعه «چالز»^{۱۰} و همکاران نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با بهزیستی ذهنی و احساس تنهایی در ارتباط است. با توجه به اینکه در بیشتر جوامع، سالمندی با ضعف نیروی جسمی و فکری و ناکارآمدی اجتماعی و تنهایی همراه است و این موارد هم در جامعه ایران و هم در جوامع دیگر (نیپال) قابل مشاهده است؛ بنابراین حمایت اجتماعی برای همه سالمندانی که با موارد مذکور روبه رو هستند، می تواند به بهبود شرایط روانی-اجتماعی آنها کمک نماید. از این رو، می توان همسویی نتایج چالز و همکاران را با نتایج پژوهش حاضر توجیه کرد. با توجه به اینکه مطالعه مذکور، در جامعه ای متفاوت از جامعه تحقیق حاضر انجام شده است، در این قیاس باید با احتیاط عمل شود.

«گراچا اسگلهادو» و همکاران در مطالعه شان به این نتیجه رسیدند که ۷۵/۳ درصد از افراد که حمایت اجتماعی بالایی را

سالمند ۹/۵۴ و بیشتر از زنان با میانگین بهزیستی روانی ۷/۶۲ است که بیانگر همین تفاوت معنی دار است. همچنین میانگین بهزیستی روانی در سالمندان مجرد و متأهل متفاوت است.

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، میانگین بهزیستی روانی در سالمندان مجرد ۸/۳۸ و سالمندان متأهل ۹/۰۷ است که تفاوت معنی دار را نشان می دهد و میانگین بهزیستی روانی در سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان مجرد است. بر اساس نتایج آزمون توکی، میزان بهزیستی روانی سالمندان با میزان تحصیلات ابتدایی، بیشتر از میزان بهزیستی روانی سالمندان با سطوح تحصیلی دیگر و میزان بهزیستی روانی سالمندان با میزان تحصیلات بالاتر از دیپلم، پایین تر از میزان بهزیستی روانی سالمندان با سطوح تحصیلی دیگر است. این تفاوت در سطح احتمال $\text{Sig} = 0/05$ معنی دار است.

بحث

بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی در سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد؛ همان طور که در تحقیق صادقی و همکاران نتایج مشابه ای یافت شد و ارتباط بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی مورد تأیید قرار گرفت. در اینجا به نظر می رسد چون جامعه آماری هر دو مطالعه، سالمندان شهر تهران بودند (در زمان و مکان جدا و پرسشنامه متفاوت)؛ بنابراین نتایج مشابه دوراز انتظار نیست. در این باره «کوهن»^۷ و همکارانش معتقدند حمایت اجتماعی، یک کمک دوجانبه است که موجب تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می گردد و تمام اینها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می دهد. همچنین «باریرا» و «کامینز» می گویند افرادی که حمایت کننده های بیشتری دارند، از سلامت بهتری برخوردار هستند [۲۵].

«علی پور» و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط مثبت و معناداری دارد. در اینجا با توجه به اینکه بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی به یکدیگر نزدیک هستند و هر دو در یک مقوله قرار می گیرند؛ بنابراین، حمایت اجتماعی می تواند بر هر دو تأثیر داشته باشد که در این مورد هر دو مطالعه این تأثیر را تأیید کرده اند (هر دو مطالعه با زمان و مکان متفاوت، در شهر تهران صورت گرفته اند) [۱۰].

«برهم» در مدل صمیمیت پیرامون حمایت اجتماعی معتقد است اشخاصی که روابط صمیمانه ای با اطرافیان خود دارند، از نظر سلامت در سطح بالاتری قرار دارند. پژوهش های متعدد نشان می دهد که داشتن پیوندهای نزدیک و اطمینان بخش با دیگران در جلوگیری از اقدام به خودکشی و بیماری های روانی از جمله افسردگی، عامل تعیین کننده ای است [۲۶]. الگوی صمیمیت،

8. Long

9. Yurichsky

10. Chalise

7. Cohen

اقتصادی-اجتماعی سالمندان توجه نمایند تا از زوال بیشتر سلامت جسمی و روانی آنان جلوگیری شود.

جامعه آماری این پژوهش محدود به سالمندان مراکز توانبخشی روزانه تهران است که در تعمیم آن به سالمندان دیگر مناطق کشور باید احتیاط کرد. پیشنهاد می شود که مطالعات مداخله ای جامعه آماری گسترده تر که می تواند نتایج مناسبی در کسب اطلاعات و رسیدن به راه حل های مناسب برای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب های سالمندی به دست دهد و به روش های بهتر کردن بهزیستی روانی سالمندان کمک کند، انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه در مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت توانبخشی است. از کلیه سالمندانی که در بهرمرسیدن این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، تشکر و سپاس به عمل می آید.

منابع

- [1] Hasanpoor Dehkordi A, Masoudi R, Naderipoor A. Kalthori. [The effect of exercise on quality of life of elderly in Shahrekord (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 6(1):444-37.
- [2] Mohtasham Amiri F, Farazmand E, Toloi H. [Causes of patients hospitalization in Guilan University hospitals (Persian)]. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2002; 11(42):28-32.
- [3] World Health Organization. Ageing and life course. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/ageing/en>.
- [4] Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH. [Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home (Persian)]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2013; 5(2):351-356.
- [5] Mirzaei M, Shams Ghahfarokhi M. [Demographic characteristics of the elderly population in Iran according to the census 1976-2006 (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(5):326-331.
- [6] Mahdavi SQ. Iran elders and Ageing: Ageing sociological analysis with an emphasis on social welfare services for Iran Ageing. Proceedings of the elderly (Social and environmental issues in Ageing, Volume II). Tehran: Publication of Nikookar Women; 2000, pp. 211-226.
- [7] Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. Iranian Rehabilitation Journal. 2014; 12(19):9-13.
- [8] Moradi SH. Study of the relationship between social participation and quality of life of Ageing centers of Tehran (Persian) [MS Thesis]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2012.

درک کرده بودند، از سطح بهزیستی روان شناختی و سلامت روان بالاتری برخوردار بودند [۱۴]. با توجه به موارد بالا نتایج تحقیق حاضر با نظریات و مطالعات گذشته همخوانی دارد و در این مطالعه تأیید می شود که حمایت اجتماعی از سالمندان با بهزیستی روانی آنان رابطه دارد.

علی پور و همکاران در مطالعه خود با عنوان «نقش حمایت های اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی سالمندان» به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب رابطه معکوس دارد. با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب می تواند در بهزیستی روانی تأثیر داشته باشند؛ بنابراین، نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر همسو است. البته در اینجا با توجه به اینکه هر دو مطالعه در یک جامعه انجام شده است؛ بنابراین همسویی قابل انتظار است [۸]. از آنجاکه این پژوهش روی سالمندان مراکز توانبخشی روزانه تهران انجام گرفته است، به طور کلی در تعمیم آن به سالمندان باید احتیاط کرد. همچنین، این پژوهش در شهر تهران صورت گرفته است که با توجه به تفاوت های فرهنگی در ایران، قابل تعمیم به مناطق دیگر کشور نیست.

نتیجه گیری نهایی

نتیجه کلی که از این تحقیق می توان به دست آورد، این است که علاوه بر مراقبت از وضعیت روحی روانی سالمندان (به دلیل به خطر انداختن ارتباطات و حمایت های اجتماعی سالمندان)، باید دامنه حمایت اجتماعی را ارتقا داد؛ زیرا ممکن است در افزایش میزان رضایت مندی و در نتیجه ارتقای بهزیستی روان شناختی نقش مهمی داشته باشد.

زندگی سالم، از یک سو محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب های فردی و از سوی دیگر، محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد است. مهارت های اجتماعی و عضویت در شبکه های اجتماعی، رفتارهایی است که فرد را قادر به تعامل مؤثر می نماید و سلامت رفتاری و اجتماعی افراد را نشان می دهد [۲۰].

از یک سو، وجود همبستگی معنی دار تأیید شده بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانی در دریافت کنندگان خدمت از مراکز توانبخشی روزانه سالمندان در این مطالعه و از سوی دیگر، رابطه تأیید شده بهزیستی روانی و حمایت اجتماعی با بیماری زایی و مرگ و میر در سالمندان، بر ضرورت مداخلات زودرس با هدف تقویت شبکه اجتماعی سالمندان به منظور پیشگیری یا کاهش اثرات آسیب روانی به سالمندان و ارتقای سلامت روان سالمندان نیازمند توانبخشی تأکید دارد.

بر این اساس، با توجه به نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته به دست اندر کاران، خانواده ها و مسئولین پیشنهاد می گردد برای بهبود وضعیت سالمندان، به ویژه سالمندان آسیب پذیر، به تقویت شبکه های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی، ارتباطات و پایگاه

- [26] Babapoor M, Raheb G, Eghlima M. The Relationship between social support and quality of life in ageing. 2014; 9(1):6-12.
- [27] Gallagher LP, Truglio-londrigan M. Community support, older Adult's perceptions. *Journal of Clinical Nursing Research*. 2004; 13(1):3-23.
- [28] Linley PA, Maltby J, Wood AM, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47(8):878-884.
- [29] Ruiz P, Kaplan B, Sadock A. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry [N. Poor Afkari, Persian trans]. Tehran: Shahrak Publication; 2003.
- [9] Herawi-Karimoi M. [Expressed views about the feeling lonely Iran Ageing: A phenomenological qualitative research (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2006; 2(4):111-123.
- [10] Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. [The role of social support in the anxiety and depression of elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4(11):53-61
- [11] Thomas PA. Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *Journal of Gerontology*. 2009; 65(3):351-57.
- [12] Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Beckles G. Social support and mortality among older persons with diabetes. *Diabetes Educator*. 2007; 33(2):273-81.
- [13] Chalise HN, Kai I, Saito T. Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *International Journal of Ageing and Human Development*. 2010; 71(2):115-38.
- [14] Esgalhado MG, Reis M, Pereira H, Afonso RM. Influence of social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2010; 1(1):267-78.
- [15] Salarvand SH, Abedi HA. [The experience of powerlessness in elderly residents of nursing homes (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 20(50):61-69.
- [16] Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A. [The role of social support on quality of life of elderly (Persian)]. *Social Welfare Quarterly*. 2009; 9(3):147-65.
- [17] Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabani Z, Rashedi V. [Relationship between social support and mental health in older adults (Persian)]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014; 57(7):841-46.
- [18] Jalilian A, Rafiey H. [Reliability and validity of the Persian version of Norbeck social support questionnaire (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008.
- [19] Shakeri F, Froghan M, Farzad W. Psychometric properties the Philadelphia Iran Ageing Morale Scale of. *Journal of psychometrics*. 2014; 1(3):87-105.
- [20] Abdollahtabar Darzi H, Mohagheghi Kamal H. [Social health: An introduction to theoretical concepts, dimensions and indicators (Persian)]. Tehran: Sokhanvaran Publication; 2012.
- [21] Cohen SH. Social relationships and health. *American Psychologist*. 2004; 59(8):676-684.
- [22] Long FR, Baltes MM. Being with people and being alone in later life: Costs and benefits for everyday functioning. *International Journal of Behavioral Development*. 1997; 21(4):729-749.
- [23] Commford MC, Rezinkoff M. Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. *Journal of Psychology*. 1990; 130(1):35-50.
- [24] Dadkhah A. [Countries America and Japan and provide service system elderly aged care indicators for strategic planning in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3(4):324-45.
- [25] Sadeghi F. [Survey of relation between perceived social support and psychological well-being in old men and old women (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011.

