

رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی

(مقاله پژوهشی)

ایرج شاکری نیا^۱

چکیده:

هدف: سالخورده‌گی مرحله‌ای از زندگی است که احتمال شیوع بیماری‌های جسمی را افزایش می‌دهد، به اذعان پژوهش‌ها، برخی از این بیماری‌ها مزمن می‌شوند و وضعیت روان‌شناختی سالمندان را نیز با خطر مواجه می‌کنند، از جمله نیازمندی‌های این بیماران علاوه بر حمایت‌های پزشکی، فراهم ساختن کمک‌ها و توجهات روان‌شناختی نظیر حمایت اجتماعی و امید است که معمولاً وابسته به زمینه‌های محیطی است.

روش بررسی: با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت روان از ۸۴ سالمند مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی (۵۰ نفر واجد همسر و ۳۴ نفر فاقد همسر با فاصله سنی ۶۹ تا ۸۸ سال) خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی، امید و سلامت عمومی را تکمیل کنند. به دلایل فرهنگی در این تحقیق، تنها سالمندان مرد مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام و آزمون t استیودنت برای گروه‌های مستقل با کمک نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی، امید و سلامت عمومی سالمندان، رابطه معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام نشان داد که متغیرهای امید و حمایت اجتماعی به ترتیب توانسته‌اند سلامت عمومی سالمندان مبتلا به دردهای مزمن را پیش‌بینی کنند ($P < 0/01$). همچنین مقایسه میانگین متغیرهای سه گانه تحقیق (حمایت اجتماعی، امید و سلامت عمومی) در سالمندان واجد همسر و فاقد همسر نشان داد که این دو گروه از لحاظ این متغیرها با یکدیگر تفاوت معنادار دارند ($P < 0/01$). سالمندان واجد همسر در هر سه متغیر در وضعیت مطلوب‌تر و مناسب‌تری به سر می‌برند.

بحث: هرچند کشور ما یکی از جوان‌ترین جمعیت را در اختیار دارد، به زودی دوره سالمندی را تجربه خواهد کرد و بسیار ضروری است که در برنامه‌ریزی‌های کلان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان توجه شود چرا که این موضوع می‌تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنان داشته باشد. با توجه به نتیجه تحقیق حاضر، افزایش حس امید و برقراری حمایت‌های اجتماعی می‌تواند به ارتقاء سلامت عمومی سالمندان مبتلا به دردهای مزمن منتهی شده، نهایتاً کیفیت زندگی مناسبی را برای آن‌ها فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، امید، سلامت عمومی، سالمندان، درد مزمن

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۳۱

۱- استادیار و عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

* آدرس نویسنده مسئول: بزرگراه خلیج فارس، دانشگاه گیلان، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

* تلفن: ۰۱۳۱۶۶۹۰۲۷۵

* رایانامه: irajeshakerinia@guilan.ac.ir

برسد (۱). براساس آمار موجود (۲) جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵ دارای ۲۵٪ زیر ۱۵ سال و ۷ بالای ۶۰ سال است که می‌تواند نشان دهنده گذار ساختمان سنی از جوانی به سالخورده‌گی باشد. طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۵ رشد جمعیت سالمندان ۷۰ سال و بالاتر، نسبت به سالمندان ۶۰ سال و بالاتر و رشد جمعیت سالمندان ۸۰ سال و بالاتر نسبت به سالمندان ۷۰ سال و بالاتر، بیش‌تر بوده است که نشان دهنده سالمند شدن جمعیت،

مقدمه

جمعیت جهان رو به پیر شدن است، آمارهای موجود نشان می‌دهند که جمعیت بالای ۶۰ سال جهان تقریباً با جمعیت کودکان زیر ۵ سال برابری می‌کند و پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان چند برابر کودکان زیر ۵ سال شود و در ۵۰ سال آینده جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر در جهان

به درد نیز، در دوره سالمندی است، شاید به این دلیل که با افزایش سن تحمل درد کاهش می‌یابد؛ در همین رابطه میرزمانی، حلیساز، سدیدی و صفری (۱۳۸۷) دریافتند سالمندان در مقایسه با جوانان به‌طور معناداری درد شدیدتری را تجربه می‌کنند و این موضوع باعث تداخل بیش‌تر درد در زندگی روزانه و حمایت و وابستگی به همسر یا فرد مهم زندگی آنان می‌شود (۱۲). کرم‌ر و اتکینسون^۴ (۱۹۸۱)، الگوی تأثیر شناخت‌ها بر رفتار مربوط به درد را توصیف می‌کند و بر انتظاراتی که بیماران درباره اعمال و باورهای که آنان درباره کنترل رویدادهای درد دارند، تأکید می‌کند (۱۳). بیماران با درد مزمن معمولاً افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی به خصوص خانواده، آشفتگی در خواب، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. بخش معناداری از جمعیت مبتلا به درد مزمن از افسردگی و ناسازگاری و استرس‌های اجتماعی و محیط خانوادگی رنج می‌برند (۱۴).

یکی از متغیرهای مرتبط با زندگی سالمندی، حمایت اجتماعی است. بررسی حمایت اجتماعی و تأثیر تعاملی آن با سازه‌های دیگر روان‌شناسی نظیر امیدواری، برای ارتقاء جنبه‌های روان‌شناختی انسان و برخورداری شدن از یک زندگی شاد و سعادتمند در سال‌های اخیر به شدت مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران قرار گرفته است. نیومن، استراک، رایت و رایس^۵ (۱۹۸۶)، بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر شکایات جسمانی افراد داشته، افراد دارای حمایت اجتماعی بالا حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار در مقابل بیماری کم‌تر آسیب‌پذیرند (۱۵)؛ برخی از بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که دردهای مزمن، ظرفیت حمایت اجتماعی اطرافیان بیمار را تحلیل می‌برد (۱۶). اشنایدر، هریس، اندرسون و هولران^۶ (۱۹۹۱)، امیدواری را «مجموعه شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدف‌مدار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است. بنابراین، مسیرهای تفکر و منابع تفکر عناصر زیربنایی امیدواری یا تفکر هدف‌مدار تلقی می‌شوند. «مسیرهای تفکر» انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال‌های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر هم عبارتند از افکاری که افراد درباره توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده

مخصوصاً سالمند شدن جمعیت سالمند می‌باشد. بنابراین بهتر است از فرآیند سالمندی صحبت به میان آید. فرآیند سالمندی عبارت از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های بدن از جمله قلب و عروق، تنفس، دستگاه ادراری تناسلی، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی بدن می‌باشد. در طول فرآیند سالمندی یک فرد بالغ سالم، به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های مختلف فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌شود (۳). این پدیده، خاص یک گروه مشخص نبوده، همه افراد آن را به مرور تجربه خواهند کرد (۴). آنچه مهم است این است که سالمندی، موجب کاهش تحرک، مراقبت ناکافی، درآمد کم و افزایش شیوع بیماری‌های جسمی و روانی است (۵)؛ به همین دلیل محققین (۶)، بیش از پیش به این باور رسیده‌اند که در این دوره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها، اهمیت فراوانی پیدا می‌کند. مشکلات و مسائل متعدد سالمندان موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۷).

از جمله مشکلات شایع دوره سالمندی بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن است، در این رابطه مطالعه باری^۱ (۲۰۰۰)، نشان داد که در حدود ۸٪ از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مثلاً رتاریت، فشار خون، بیماری‌های قلبی یا اختلال حسی مبتلا هستند (۸)؛ بررسی کانگر و مور^۲ (۲۰۰۲)، نیز نشان داد که سالمندان دچار اختلالات متعدد حسی از جمله بینایی، شنوایی و حس‌های دیگر می‌شوند که نتیجه آن محدود شدن موقعیت‌های اجتماعی و افزایش تدریجی وابستگی به دیگران و کاهش کیفیت زندگی است (۹). میتسون و مک کانل^۳ (۱۹۸۸)، معتقدند که این مشکلات منجر به کاهش تحمل محرک‌های ناخواسته، کاهش عملکرد در شرایط نامناسب محیطی، افسردگی، افزایش سطح استرس، واکنش‌های انطباقی ناسازگار، کاهش عزت نفس و حتی مرگ در سالمندان می‌شود (۱۰)، این مشکلات موجب می‌شود تا این قشر به‌طور گسترده متقاضی مراقبت‌های پرستاری و پزشکی باشند. درد پزشکی سالمندی، درد شایع‌ترین شکایت است، به عنوان مثال آمارها نشان می‌دهند که درد ناحیه پشت و کمر سالانه ۷ میلیون نفر را در ایالات متحده ناکارآمد می‌کند. همین آمار نشان می‌دهد که بیش از ۸ میلیون مراجعه به پزشکان ناشی از مشکلات مربوط به درد است (۱۱). شایع‌ترین سن ابتلاء

1. Barry

4. Kremer & Atkinson

2. Conger & Moore

5. Newman, Struck, Wright & Rice

3. Matteson & McConnell

6. Snyder, Harris, Anderson & Holleran

است ولی تنها محدود به آن نمی‌گردد (۲۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد پژوهش‌های انجام شده بر روی کیفیت زندگی و ابعاد متعدد آن مورد توجه محققان است به طوری که مقالات موجود تحت عنوان کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵ از ۲۱٪ به ۷۶٪ افزایش یافته است (۲۵).

با توجه به نقش کیفیت زندگی در سلامتی و احساس شادکامی سالمندان، در تحقیق حاضر پژوهشگر، سلامت عمومی را به عنوان ملاک کیفیت زندگی مورد توجه قرار داد (۲۶) و با در نظر گرفتن فرضیه‌های زیر به بررسی نقش حمایت اجتماعی و امید در سلامت عمومی سالمندان مرد مبتلا به آرتروز شهر رشت پرداخته است: حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان رابطه دارد. احساس امیدواری به زندگی با سلامت عمومی سالمندان رابطه دارد. سلامت عمومی سالمندان را می‌توان از روی متغیرهای حمایت اجتماعی و امیدواری پیش‌بینی کرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی تحلیلی می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه، عبارتند از کلیه سالمندان مرد شهر رشت که به دردهای جسمانی مزمن (آرتروز) مبتلا بوده، از طرف پزشک معالج، تجویز درمان با فیزیوتراپی را دریافت کرده بودند. مشارکت کنندگان در پژوهش حداقل سه سال از درد مزمن رنج می‌بردند و غیر آسایشگاهی بودند. همچنین همسران نیمی از این سالمندان در قید حیات نبودند. شیوه نمونه‌گیری، داوطلبانه بود؛ بدین ترتیب که در طول ماه‌های تابستان سال ۱۳۸۸، محقق روزهایی را جهت مراجعه به واحد درمان فیزیوتراپی بیمارستان‌ها انتخاب و در طول روز بیماران برای پژوهش گزینش می‌شدند، بدین ترتیب هنگامی که بیماران در انتظار نوبت دریافت دستگاه‌های فیزیوتراپی بودند محقق ضمن معرفی خود و جلب موافقت آن‌ها برای همکاری، نهایتاً ۸۸ بیمار (۳۸ بیمار فاقد همسر و ۵۰ بیمار واجد همسر) با کمک محقق با تکمیل پرسش‌نامه‌ها در تحقیق همکاری کامل انجام دادند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های استاندارد حمایت اجتماعی فیلیپس^۶ (SSP)، پرسش‌نامه سلامت عمومی^۷ GHQ و شاخص امید هرث^۸ استفاده شد.

تعریف کرده‌اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیر ممکن است (۱۷). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین بالا بودن میزان امیدواری افراد و موفقیت آن‌ها در فعالیت‌های ورزشی، بالا بودن میزان پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمی و روانی بهتر و بیش‌تر مؤثر بودن روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات، ارتباط وجود دارد (۱۸). همچنین نووتنی^۱ (۱۹۸۹)، دریافت امید، کیفیت اندازه‌پذیری است که می‌تواند در مرحله بررسی و شناخت فرآیند پرستاری استفاده شود و در پی آن مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد و بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد (۱۹). دوفالت^۲ (۱۹۸۵)، نیز نشان داد که عنصر امید نمادی از سلامت روحی مددجو است (۲۰).

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امیدواری، مسئله مهم‌تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی^۳ و عنصر کانونی آن یعنی سلامت روان^۴ مطرح شده است. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت‌های بین فرهنگ‌ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیر ممکن می‌نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است (۲۱)؛ بررسی سلامت روان ذهن صاحب‌نظران و محققان امور سالمندی را نیز به خود جلب نموده است (۲۲). از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را دربرمی‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۹). اندرو^۵ (۲۳)، معتقد است که در روند درمان و مراقبت از سالمندان همواره باید به عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آن‌ها توجه شود و راهکارهای مراقبتی، زمانی مفید و مؤثر خواهند شد که کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد. بنابراین کیفیت زندگی دارای مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می‌گردد این ابعاد شامل سلامتی

1. Nowotny
5. Andrew

2. Default
6. Social Support Philips

3. Quality of Life
7. General Health Questionnaire

4. Mental Health
8. Herth

مبنای مقیاس سه نقطه‌ای لیکرت از ۱ تا ۳، نمره‌گذاری شد که نمره ۱ = مخالفم، نمره ۲ = مطمئن نیستم و نمره ۳ = موافقم می‌باشد و مواد منفی به طور معکوس نمره‌گذاری گردید. نمره کل شامل ۱۲ تا ۳۶ امتیاز بوده و نمره بالاتر، سطح امید بالاتری را نشان می‌دهد. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش پورغزنین و غفاری (۱۳۸۴)، از طریق سنجش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد که مطلوب ارزیابی شد (۳۰).

لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی از چک لیستی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده شد که مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل و ... بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین برای تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها، رضایت کلیه نمونه‌های مورد مطالعه قبل از شرکت در بررسی، ضمن تشریح روند کامل تحقیق توسط پرسشگر گرفته شد.

یافته‌ها

این مطالعه با مشارکت ۸۴ نفر از سالمندان مرد با فاصله سنی ۶۹ تا ۸۸ سال مبتلا به دردهای مزمن جسمانی انجام شد. در جدول ۱ مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و امیدواری این سالمندان در پژوهش، با آزمون t برای دو گروه سالمندان واجد همسر و فاقد همسر ارائه شده است.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی فیلیپس دارای ۲۳ ماده است و حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صوت بلی و خیر بوده، نمره بالاتر به معنی ادراک حمایت اجتماعی بیش‌تر است. ضریب پایایی به دست آمده در تحقیق پاشا و دیگران (۲۷) (۱۳۸۶) با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف، به ترتیب برابر ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بوده که نشان می‌دهد پرسش‌نامه حاضر برای انجام پژوهش‌های روان‌شناختی از درجه مطلوبیت مناسبی برخوردار است. پرسش‌نامه سلامت عمومی برای اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات خفیف روانی به کار گرفته شد (۲۸)؛ از طرفی چون فرم اصلی پرسش‌نامه (۶۰ سؤالی) قادر نبود برخی از مطالعات در شرف انجام در زمینه بهداشت روانی با ویژگی‌های خاص را تحت پوشش قرار دهد، برحسب ضرورت و به تدریج نسخه‌های کوتاه‌تری در قالب‌های ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی طراحی و در مطالعات گوناگون مورد استفاده قرار گرفت. در ایران فرم ۱۲ سؤالی این پرسش‌نامه GHQ توسط عباد، حریرچی، شریعتی، موسوی گرمارودی، فتح و منتظری (۱۳۸۱)، ترجمه، اعتباریابی و پایایی سنجی شد. ثبات داخلی پرسش‌نامه (برای بررسی پایایی)، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که در نتیجه این ضریب، ۰/۸۷ محاسبه و مطلوب ارزیابی شد. همچنین به منظور تعیین حساسیت ویژگی و بهترین نقطه برش از منحنی ویژگی عملی گیرنده استفاده شد و در نتیجه بهترین نقطه برش در مورد پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی برابر ۳/۵ با حساسیت ۰/۸۷ و ویژگی ۰/۶۰ محاسبه شد (۲۹). شاخص امید «هرث» حاوی ۱۲ سؤال بوده، بر

جدول ۱- مقایسه میانگین‌های متغیرهای سه گانه براساس آزمون t برای گروه‌های مستقل

متغیر	وضعیت تأهل	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت عمومی	واجد همسر	۶/۶۸	۰/۲۳	-۱/۲۹	-۳/۸۱	۸۲	۰/۰۰۰۱
	فاقد همسر	۷/۹۶	۰/۲۲				
حمایت اجتماعی	واجد همسر	۱۵/۹۶	۰/۴۴	۳/۰۴	۴/۷۱	۸۲	۰/۰۰۰۱
	فاقد همسر	۱۲/۹۱	۰/۴۳				
امید	واجد همسر	۸/۰۲	۰/۲۰	۰/۹۶	۲/۹۹	۸۲	۰/۰۰۰۴
	فاقد همسر	۷/۰۵	۰/۲۳				

عمومی، حمایت اجتماعی و امید در سالمندان مبتلا به دردهای جسمانی مزمن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بین سالمندان مشارکت کننده در پژوهش از لحاظ سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و امیدواری تفاوت وجود دارد و این تفاوت‌ها نیز به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/01$). به منظور بررسی ارتباط سلامت

جدول ۲- رابطه سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و امیدواری در سالمندان مبتلا به دردهای جسمانی مزمن (n=۸۴)

متغیر	سلامت عمومی	حمایت اجتماعی	امیدواری
سلامت عمومی	۱	-۰/۶۷۷**	-۰/۸۳۹**
حمایت اجتماعی	-۰/۶۷۷**	۱	۰/۶۵۰**
امیدواری	-۰/۸۳۹**	۰/۶۵۰**	۱

** همبستگی در سطح $P < 0/01$ معنادار است.

دارد؛ برای پیش‌بینی اثرگذاری حمایت سازمانی و امید بر سلامت روانی سالمندان از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

داده‌های جدول ۲ نیز نشان می‌دهد که رابطه متغیرهای تحقیق در سطح آلفای $P < 0/01$ معنادار است لذا می‌توان گفت که سلامت عمومی سالمندان از حمایت اجتماعی و امید اثرپذیری

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام و ضرایب سلامت عمومی برحسب متغیرهای وارد شده و شاخص‌های معناداری

مدل	B ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد Beta	t	سطح معناداری	R	R ²
۱	عدد ثابت	۱۴/۱۵۶		۲۷/۸۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۰/۷۰۴
	امید	-۰/۹۱۱	۰/۵۰۷	-۱۳/۹۶۵	۰/۰۰۰۱		
	عدد ثابت	۱۴/۶۱۹	۰/۵۰۸	۲۸/۷۹۳	۰/۰۰۰۱		
۲	امید	-۰/۷۵۰	۰/۰۸۲	-۹/۱۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۷	۰/۷۳۴
	حمایت اجتماعی	-۰/۱۱۵	۰/۰۳۸	-۳/۰۲۲	۰/۰۰۰۱		
	عدد ثابت	۱۴/۱۵۶	۰/۵۰۷	۲۷/۸۹۶	۰/۰۰۰۱		

جدول ۴- تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون متغیرهای مورد بررسی تحقیق

مدل	SS	درجه آزادی	MS	F	سطح معناداری
۱	رگرسیون	۱	۱۵۷/۳۸۸		
	باقی مانده	۸۲	۰/۸۰۷	۱۹۵/۰۳۵	۰/۰۰۰۱
	کل	۸۳			
۲	رگرسیون	۲	۸۲/۰۴۷		
	باقی مانده	۸۱	۰/۷۳۴	۱۱۱/۷۵۷	۰/۰۰۰۱
	کل	۸۳			

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای امید و حمایت اجتماعی (به عنوان متغیرهای پیش‌بین) توانسته‌اند سلامت عمومی سالمندان مشارکت کننده در پژوهش را پیش‌بینی کنند،

۱- متغیر پیش‌بین: (عدد ثابت) امید
 ۲- متغیر پیش‌بین: (عدد ثابت) امید، حمایت اجتماعی
 متغیر وابسته: سلامت روان

ساکن در منطقه ۲ شهرداری تهران در سال ۱۳۸۸، علی‌پور (۳۴)، دریافت که بهره‌گیری از حمایت اجتماعی مثبت به ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان منتهی می‌شود.

نتیجه تحقیق جاری نشان می‌دهد که هر چند حمایت اجتماعی عنصر مهمی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان است، امید بیش‌تر از حمایت اجتماعی توانسته سلامت عمومی آن‌ها را پیش‌بینی کند، این نتیجه‌گیری در راستای پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه روان‌شناسی است که نشان می‌دهد امیدواری می‌تواند به پرورش و ایجاد سلامتی روانی کمک زیادی بنماید (۳۵). به عنوان مثال زیکا و چمبرلین^۳ (۱۹۹۸)، نشان داده‌اند افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردارند، تعهد بیش‌تری به انجام فعالیت‌هایی داشتند که به بهداشت و سلامتی بیش‌تر منجر می‌شوند (۳۶). همچنین بزرگسالانی که از درجات بالای امیدواری بهره می‌برند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند به آن‌ها تکیه نمایند، می‌نگرند (۳۵)؛ همچنین این افراد از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌هایی که ممکن است در زندگی‌شان با آن‌ها روبرو شوند، سازگار شوند، شادی بالاتری تجربه می‌نمایند و از زندگی‌شان رضایت بیش‌تری دارند (۳۷). آن‌ها همچنین می‌توانند این گفتمان درونی را در خود رشد دهند که من می‌توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم آن‌ها بیش‌تر موفقیت‌هایشان را می‌بینند تا شکست‌هایشان را (۲۰۳۶). کلدی (۱۳۸۱)، معتقد است که با افزایش تعداد سالمندان، مسائل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی و بهداشتی - درمانی آنان نیز افزایش می‌یابد (۳۸). افراد سالمند با چالش‌های ویژه‌ای از قبیل افزایش مشکلات مزمن، کاهش منابع مالی و کاهش توانایی‌های عملکردی مواجهند بنابراین جای تعجب نیست که آن‌ها جهت مستقل ماندن به سطوح فزاینده‌ای از حمایت نیازمندند (۳۹).

از یافته‌های دیگر تحقیق این است که سالمندان واجد همسر در متغیرهای سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و امید با سالمندان فاقد همسر تفاوت معنادار دارند؛ سالمندان واجد همسر در هر سه متغیر در وضعیت مطلوب‌تر و مناسب‌تری به سر می‌برند بدین معنی که سلامت عمومی بهتر، حمایت اجتماعی بالاتر و امید بیش‌تری دارند. نتیجه حاضر نیز با تحقیقات زیادی (۴۰ و ۴۱ و ۴۲) همخوانی دارد. در کشورهای توسعه یافته به

به طوری که در گام اول و دوم به ترتیب ۰/۷۰۴ و ۰/۷۳۴ سلامت عمومی سالمندان توسط متغیرهای فوق قابل تبیین است. نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون که با میزان F به دست آمده در گام‌های اول و دوم به ترتیب ۱۹۵/۰۳۵ و ۱۱۱/۷۵۷، در سطح $P < 0/01$ ، معنادار بوده، نشان دهنده اعتبار کافی این تحلیل است؛ به گونه‌ای که در مجموع قادر است ۷۳٪ واریانس مربوط به سلامت روانی سالمندان را تبیین کند. با توجه به جدول ۴، براساس ضریب بتا، سهم هریک از متغیرهای مذکور در معادله رگرسیون برای پیش‌بینی نمره رضایت بیماران از فرآیند درمان به شرح زیر است:

(حمایت اجتماعی) ۰/۱۱۵ - (امید) ۰/۷۵۰ - (عدد ثابت)

۱۴/۱۵۶ = سلامت عمومی

معادله فوق نشان می‌دهد که بین ترکیب متغیرهای تحقیق و سلامت عمومی رابطه وجود دارد.

بحث

با توجه به ارتقاء استانداردهای بهداشتی و سلامتی تعداد زیادی از افراد جامعه دوره سالمندی را تجربه می‌کنند در عین حال آنچه دانش امروزی به آن توجه می‌کند تنها طولانی کردن دوران زندگی نیست، بلکه بایستی توجه و تلاش شود تا سال‌های اضافی عمر انسان سالمند در کمال آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری شود. در این رابطه شناخت نیازهای جسمانی و روان‌شناختی سالمندان برای فراهم‌سازی زمینه زندگی آرام و مطمئن از اهمیت فراوانی برخوردار است؛ برای دستیابی به این مهم همکاری و مساعدت علوم مختلف لازم است در راستای همین نظر پژوهش جاری برای نشان دادن رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی انجام شد که نتایج ذیل حاصل این بررسی است:

نتیجه تحقیق نشان داد که بین حمایت اجتماعی، امید و سلامت عمومی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. این نتیجه‌گیری با تحقیقات اوون^۱ (۳۱)، وانگ، کو و مائو^۲ (۳۲) و هرت^۳ (۳۳)، همسویی دارد مطالعات آن‌ها نشان داد که بین میزان امید و حمایت اجتماعی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. همچنین در بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان

باشند، لذا پیشنهاد این تحقیق این است که در مراقبت از این دسته از سالمندان باید به مؤلفه‌های اجتماعی توجه بیشتری مبذول داشت و مراقبت‌های دقیق‌تری ارائه داد. نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد این است که به دلیل وجود برخی محدودیت‌ها، در این تحقیق، متغیرهایی نظیر سطح درآمد، تحصیلات، سابقه اشتغال و نظایر این‌ها مورد بررسی قرار نگرفتند، مطمئناً بررسی آن‌ها می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر وضعیت عمومی سالمندان کمک کند. آمارهای موجود نشان می‌دهند که غلبه ترکیب جمعیت یک شور در حال حاضر با نسل جوان است لیکن در آینده‌ای نه چندان دور جوانان کنونی وارد دوران پیری می‌شوند و کشور ما نیز مانند بسیاری از کشورهای دیگر تجربه سالمندی را آغاز خواهد کرد بنابراین بسیار ضروری است که در تحقیقات آتی به این متغیرها و موضوعات نیز پرداخته شده، برنامه‌ریزی‌های کلان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به نحوی تدوین شود که به نیازمندی‌های سالمندان به خصوص سالمندان بیمار توجه شود؛ در همین ارتباط در نظر گرفتن و پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان مهم است و می‌تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنان داشته باشد. تأسیس مراکز ارائه خدمات پیشگیری، درمانی، و مطالعه روان‌شناختی دوره‌ای سالمندان، رسیدگی هر چه بیشتر به وضعیت معیشتی و درآمدی سالمندان و خارج نمودن آن‌ها از تنهایی از طریق آموزش اطرافیان می‌تواند کمک‌های مؤثری در این زمینه باشد.

نسبت کشورهای در حال توسعه بیش‌ترین سالمندان جدا از فرزندان‌شان زندگی می‌کنند (۴۳) که این نیز به طور مستقیم بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر دارد (۴۴). در همین رابطه رایلی و فونز^۱ (۱۹۸۶) نشان داده‌اند کسانی که در خانه خود یا پیش فرزندان خود زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، به دلیل دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، خود پنداره مثبت‌تری نیز دارند (۴۴). روزنبرگ و اوریت^۲ (۲۰۰۱)، در همین رابطه دریافتند که سالمندان متأهل نسبت به افراد بیوه کم‌تر در بیمارستان بستری می‌شوند (۴۳). پژوهش آکمن، از دمیر و سزر^۳ (۴۵) و وانگ، کو و مائو (۴۶)، نشان داد که بیماران متأهل سطح امید بالاتری دارند و ارتباط منفی معناداری بین میزان امید با طول مدت بیماری به دست آمد (۴۷) و (۴۸). نهایتاً به عقیده روخا^۴ ارتقای امید راهی مؤثر برای بهبود مقابله با بیماری و افزایش اقدامات خود مراقبتی است (۴۹).

نتیجه‌گیری

سؤال اصلی این تحقیق این است که عوامل دست‌اندرکار در سلامت عمومی سالمندان مبتلا به بیماران دردهای مزمن کدام است؟ با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای مورد بررسی در تحقیق جاری با سلامت عمومی سالمندان مبتلا به دردهای مزمن رابطه دارد. تحلیل احتمالی این است که درد مزمن موجب می‌شود تا سالمندان در زندگی روزانه وابستگی بیش‌تری به دیگران پیدا کرده، طالب حمایت اجتماعی بیش‌تری

REFERENCES

منابع

1. Osuli P. Iranian elderly narrative statistics. *Montly Health* 2005;139:13.
2. Mirzaee M, Shams Ghahfarrokhi M. Epidemiology of Iranian older people based on census 1335-1385. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2007;2(5):326-331.
3. Rokooei L, Ghaffar Pourkimyagar. *Aging power in Tehran in 1376*. Tehran: Ashena publication; 2006.
4. Ebersol P, Hess P. *Toward healthy aging, human needs and nursing responses*. St. Louis: The CV Mosby Company; 1990.
5. Canbaz S, Sunter AT, Dabak S, Peksen Y. The prevalence of chronic disease and quality of life in elderly people in Samsun. *Turk J med Sci*. 2003;33(5):335-340.
6. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea. *International Journal of Nursing Studies* 2005;49(2):129-137.
7. Felker B, Katon W, Hedrick SC, Rasmussen J, McKnight K, McDonnell MB, et al. The association between depressive symptoms and health status in patients with chronic pulmonary disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Mar-Apr; 23(2):56-61.
8. Barry PP. An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(1):8-10.
9. Salar A, Faghihzadeh S, Ahmadi F. Quality of life of living in Zahedan. *Hayat* 2004;10(22):67-63.
10. Matteson MA, McConnell ES. *Gerontological nursing*. Philadelphia: Saunders; 1988.
11. Nikkhou MR, Avadis Yans H. [American Psychiatric Association, trans]. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Tehran: Sokhan Publications; 1995.
12. Myrzmany M, Hellisaz MTS, Ahmad & Safari, Akbar. The impact of pain on different aspects of life among older people with chronic pain. *Salmand Iranian Journal of Ageing* 2008;3(7):48-57.
13. Kremer E, Atkinson JH. Pain measurement: construct validity of the affective dimensions of the McGill Pain Questionnaire with chronic benign pain patients. *Pain* 1981;11(1):93-110.
14. Gasma A. Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain? *Pain* 1990;42,(2):183-195.
15. Newmann SJ, Struck R, Wright P, Rice MM. Overwhelming olds: care giving and the risk of institutionalization. *Journal of Gerontology* 1990;45(4):173-183.
16. Mirzamani SM, Sadidi A, Sahrai J, Besharat MA. Anxiety and depression in patients with lower back pain. *Psychological Reports* 2005;96(3 Pt 1):553-8.
17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The wills and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;60:570-585.
18. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry* 2002;13(4):249-275.
19. Nowotny M. Assessment of hope in patients with cancer, development of an instrument. *Oncology Nursing Forum* 1989;16(1):57-61.
20. Dufault K. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* 1985;2(2):379-391.
21. Safari S, Fattah Zadeh AA. *World health report: Great Avicenna Cultural Institute*. Ministry of Health and Medical Education; 2003.
22. Ahmadi F, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Life Issues* 2004;10(3):61-67.
23. Ghasemi S, Moussaoui NS. *Health guide for seniors*. Tehran: Topped Library Publications; 2000.
24. Oliver JP, Huxley P, Bridges K. *Quality of life and mental health services*. London: Routledge; 1997.
25. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrol Dial Transplant*. 1998;13 (1):65-9.
26. Sajjadi H, Byglryan, A. Quality of life of elderly women Kahrizak nursing home. *Quarterly Monitoring* 2006;5(2):108-105.
27. Pasha GR, Safar Zadeh, Sahar & Mshak, Roya. Compared to public health and social support among elderly nursing home residents and elderly people living in the family. *Journal of family diffuse* 2007;3(9):503-517.
28. Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press; 1972.
29. Ebadi M, Hryrchy AM, Shariati M, Mousavi G, Gholam Reza Fateh A, Montazeri A. Translated to determine the reliability and validity 12 question General Health Questionnaire (GHQ). *Quarterly monitoring* 2002;1(3):39-46.

30. Pvrghznyn T, Ghaffari F. Relationship of hope and self esteem in kidney transplant recipient hospital comrade Imam Reza (AS) in Mashhad, 1381-82. *Journal of Medical Sciences and Health Services-Health Shahihd Sadoughi* 2005;13(1):57-61.
31. Owen D. Nurses' perspectives on the meaning of hope in patients with cancer. *Oncology-Nursing-Forum* 1989;16(1):75-79.
32. Hwang R, Ku N, Mao H. Hope and related factors of breast cancer women. *Nursing- Research- Chine* 1996;4(1):35-46.
33. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15(11):1250-1259.
34. Alipur F. Investigate the relationship between social support and quality of life of elderly residents in the area of Tehran 2 [MA thesis] Tehran: The University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009.
35. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry* 2002;13(4):249-275.
36. Zika S, Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology* 1992;83(Pt 1):133-145.
37. King A. Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology* 2006;90(1):179-196.
38. Kaldi AR. Nursing, rehabilitation and welfare of the elderly. *National Congress of Nursing and Rehabilitation*; 2002; Tehran, Iran.
39. Johnson RA, Tripp-Reimer T. Aging, ethnicity, social support: a review-part 1. *J Gerontol Nurs.* 2001;27(6):15-21.
40. Lang FR, Carstensen LL. Close emotional relationships in late life: further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging* 1994;9(2):315-324.
41. Fredrickson BL, Carstensen LL. Relationship classification using grade of membership analysis: a typology of sibling relationships in later life. *Journal of Gerontology* 1990;45(2):43-S51.
42. Antonovsky A. Health, stress and coping [Internet]. 1979. Available from: <http://www.womenrc.com/index.php?sid=497164&lang=fa&action=article&cat=36&id=227&artlang=fa>.
43. Rosenberg M, Everitt J. Planning for aging populations: inside or outside the walls. *Prog Plann.* 2001;56(3):119-168.
44. Riley MW, Foner A. *Aging and society: an inventory of research findings*. New York: Russel Sage Foundation; 1968.
45. Akman B, Ozdemir Fn, Sezer S. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant proc.* 2004;36(1):111-113.
46. Hwang R, Ku N, Mao H. Hope and related factors of breast cancer women. *Nursing- Research-Chine* 1996;4(1):35-46.
47. Owen D. Nurses' perspectives on the meaning of hope in patients with cancer. *Oncology-Nursing-Forum* 1989;16(1):75-79.
48. Herth K. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing* 1990;15(11):1250-1259.
49. Rocha CE, Poli de Figueiredo D, Saitovitch D. Depressive symptoms and kidney Transplant out come. *Transplantation proceedings* 2001;33(7-8):3424.