



دوره اول شماره ۱ تابستان ۱۳۹۵ شماره استاندارد بین المللی ۱-۷۳۰۱-۲۴۷۶

- ۱ مقایسه ی عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی در زنان و مردان سالمند شهر همدان ۱۳۹۳
لیلا جمشیدی، اصغر سیف
- ۱۱ تأثیر صدای سفید بر علائم حیاتی بیماران سالمند بستری در واحد مراقبت ویژه قلبی
پویا فرخ نژاد افشار، اعظم محمودی، امیرحسین عبدی
- ۱۹ مقایسه خود پنداره، رضایت از زندگی و امید در زنان سالمند خانه دار و بازنشسته
پروانه جهانگیرزاده، آناهیتا خدابخشی کولایی
- ۲۹ اثربخشی فعالیت فیزیکی گروهی بر کیفیت خواب و کیفیت زندگی سالمندان مرد آسایشگاه کهریزک
حسین بهرامی عین القاصی، آناهیتا خدابخشی کولایی، داود تقوایی
- ۴۰ رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی مطالعه موردی: آذرشهر
علی سیف زاده
- ۴۸ وضعیت ناتوانی در سالمندان روستایی ایلام
مصیب مظفری، ابراهیم سلیمی، محمدرضا بسطامی، میلاد اعظمی، میلاد برجی
- ۵۵ ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهرستان شاهرود
حسین باقری، مهدی صادقی، نیره اسماعیلی، زهرا نعیمی
- ۶۳ تبیین چالشهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به پارکینسون: نتیجه ای از یک مطالعه کیفی
محمدعلی سلیمانی، فریده باستانی، رضا نگارنده

به نام خداوند جان و خرد نشریه سالمندشناسی

دوره اول، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب: موسسه دانش بنیان نوآوران سلامت آریاپارس پژوه
- مدیر مسؤول: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: دکتر شیما نظری
- کارشناس نشریه: اکرم پورولی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۹۴/۶۰۵۷ مورخه ۱۳۹۴/۳/۲۵
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: ۲۴۷۶-۷۳۰۱ e-ISSN

دارای مجوز موافقت اصولی جهت کسب رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۷۰۴/۱۷۷۵ مورخه ۱۳۹۴/۱۲/۱۶

اعضای هیات تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل اله احمدی استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر منیره انوشه دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر علی حسام زاده استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر علی درویش پور کاخکی استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
- دکتر ناهید رژه دانشیار دانشگاه شاهد. تهران
- دکتر مریم روانی پور دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر حیدرعلی عابدی استاد دانشگاه آزاد واحد خوراسگان - اصفهان
- دکتر عباس عبادی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم عج
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر الهام نواب استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی دانشیار دانشگاه شاهد
- دکتر فریده یغمایی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: موسسه دانش بنیان نوآوران سلامت آریاپارس پژوه

• نشانی: تهران میدان توحید- دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@joge.ir

Website: http://joge.ir

رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی

مطالعه موردی: آذرشهر

*علی سیف زاده^۱

۱- کارشناسی ارشد جمعیت شناسی دانشگاه علامه طباطبایی و دانشجوی دکتری جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان، ایران
(نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: seyfzadehali@yahoo.com

نشریه سالمندشناسی شماره ۱ دوره ۱ تابستان ۱۳۹۵، ۴۷-۴۰

چکیده

مقدمه: روند رو به رشد پدیده سالمندی لزوم توجه به حمایت اجتماعی درک شده بعنوان عاملی موثر در ارتقا سلامت سالمندان را مطرح می سازد. هدف این تحقیق، بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندان شهر آذرشهر می باشد.

روش: مطالعه حاضر از نوع مقطعی توصیفی است که با مشارکت ۳۱۲ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر آذرشهر و با روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انجام گردید. برای سنجش سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، برای ارزیابی سلامت جسمانی از پرسشنامه سلامت عمومی و توانایی انجام فعالیتهای روزانه زندگی و برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز و برای ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون استفاده شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ در دو سطح توصیفی و تحلیلی با آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه انجام شد.

یافته ها: وضعیت سلامت سالمندان در آذرشهر در حد متوسط (۵۳٫۵۳ درصد) می باشد. حدود ۴۷ درصد سالمندان این شهر از حمایت اجتماعی در حد زیاد برخوردارند. بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی ($p < 0.001$) و سلامت اجتماعی ($p = 0.002$) افراد مورد پژوهش رابطه معنی داری وجود داشت، در حالیکه بین حمایت اجتماعی و سلامت جسمانی ($p = 0.431$) رابطه معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری: سالمندان دارای سطوح بالاتر حمایت اجتماعی از سلامت روانی و اجتماعی بهتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند، در حالیکه حمایت اجتماعی تأثیری در سلامت جسمانی سالمندان ندارد.

کلید واژه ها: سلامت، سالمندی، حمایت اجتماعی درک شده.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۸

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
10.18869/acadpub.joge.1.1.56

مقدمه

حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در ارتقا سلامت، به خصوص سلامت دوران سالمندی دارند، زیرا حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک کننده بوده و تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. شواهد نشان می دهد سطوح بالای حمایت اجتماعی درک شده با پیامدهای سلامتی شامل احتمال کمتر ابتلا به بیماریهایی مانند بیماری قلبی - عروقی، سرطان و احتمال کمتر کاهش ظرفیت عملکردی در افراد مسن و کاهش بروز افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (۱،۲).

در واقع، حمایت اجتماعی یکی از مهمترین شکل های روابط اجتماعی است و برخورداری از آن و ادراک و تصور درباره آن، همچنین نیاز به آن با توجه به سن، جنس، شخصیت و حتی فرهنگ می تواند متفاوت باشد. از طرف دیگر در هر مرحله از زندگی نیز ممکن است جنبه هایی از حمایت، اهمیت پیدا کرده و نسبت به جنبه های دیگر آن اثرات بیشتری داشته باشد. در دوران نوزادی و کودکی، حمایت خانوادگی از اهمیت زیادی برخوردار بوده و در مقایسه با سایر منابع حمایتی، نقش مهمتری در حفظ امنیت جسمانی و روانی بازی می کند (۳). همراه با تحولات رشدی نیاز به حمایت اجتماعی نیز تحول پیدا می کند و به تدریج شکل های پیچیده تری به خود می گیرد ولی در هیچ برهه ای از زندگی این نیاز، اهمیت خود را از دست نمی دهد (۴).

پژوهشگران با استفاده از فرضیه دورکیم Durkheim کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند. استدلال آنها اینست که یگانگی اجتماعی ضعیف موجب شده تا افراد از حمایت اجتماعی بی بهره بوده و سلامتی شان به خطر افتد، بر عکس، سطوح بالای حمایت اجتماعی افراد را از بیماری در امان نگه می دارد (۵). محققان در مورد چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی درک شده بر روی سلامت دو نظریه ارائه کرده اند، فرضیه بافر-استرس Buffer- Stress و تاثیر مستقیم Direct effect.

بر اساس فرضیه بافر-استرس، حمایت اجتماعی درک شده بر سلامت فرد اثر می گذارد، زیرا از وی در برابر تاثیرات منفی استرس زیاد محافظت می کند. این نقش محافظتی تنها زمانی کارایی دارد که فرد به استرس شدید دچار شده باشد. بعنوان مثال در زمان بروز مشکلاتی مانند بحرانهای مالی، فرد با سطوح بالای حمایتی، ممکن است فکر کند یکی از کسانی که می شناسد بوسیله پول قرض دادن یا

راهنمایی های مالی، به او کمک خواهد کرد، در نتیجه چون احساس می کند که از عهده این بحران بر خواهد آمد، موقعیت را خیلی استرس زا ارزیابی نمی کند. از سوی دیگر حمایت می تواند واکنش فرد در برابر موقعیت استرس زا را تعدیل نماید. برای مثال، فرد با سطوح بالای حمایتی، ممکن است دوستی داشته باشد که راه حل مناسبی را برای مشکل او ارائه داده و او را متقاعد کند که مشکل خیلی هم مهم نیست. افراد با سطوح پایین حمایتی، بدلیل عدم بهره مندی از این مزیت، بیشتر تحت تاثیر اثرات منفی استرس قرار می گیرند.

فرضیه تاثیر مستقیم بیان می دارد که صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی درک شده در هر صورت برای سلامت مفید است. تاثیرات مستقیم ممکن است از چندین طریق اثر بگذارند. برای مثال افرادی که از حمایت های اجتماعی بسیاری برخوردارند، احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می کنند. نگرش مثبتی که چنین موقعیتی پدید می آورد، صرف نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد مثلاً به وسیله مقاوم ساختن او در برابر عفونت مفید باشد. بعضی شواهد، همچنین نشان دهنده آن است که میزان بالای حمایت اجتماعی، موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه های زندگی سالمتر می شود. برای مثال افراد برخوردار از حمایت اجتماعی درک شده بالا ممکن است احساس کنند چون دیگران به آنها اهمیت می دهند و به ایشان نیاز دارند، باید ورزش کنند، غذای خوب بخورند و مراقب خود باشند (۶).

مرور مطالعات نشان می دهد که در اکثر مطالعات بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روانی و اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. به این معنا که حمایت اجتماعی درک شده بر روی سلامت روحی، جسمی و اجتماعی سالمندان تاثیر دارد (۷) و سطوح بالای حمایت اجتماعی درک شده با میزان پایین تر اختلال روانی همراه است (۸). پژوهش وونگ و همکاران Wong (۲۰۱۴) تحت عنوان "تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی زنان سالمند" نشان می دهد که حمایت اجتماعی بر روی سلامت جسمی و روانی آنان تاثیر دارد (۹).

نتایج مطالعه شلمزاری (۱۳۸۱) نشان داد که بین انواع حمایت اجتماعی درک شده با سلامت عمومی سالمندان همبستگی وجود داشته و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیشتر از حمایت ابزاری می باشد (۱۰).

پژوهش ریاحی (۱۳۹۰) با هدف بررسی جامعه شناختی رابطه

۱- برای سنجش سلامت روانی سالمندان از پرسشنامه سلامت عمومی «گلدبرگ» (GHQ) بهره گرفته شده است. فرم اولیه این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سوال بوده و فرمهای کوتاهتر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ سوالی آن نیز تهیه شده که در این پژوهش از مقیاس ۱۲ سوالی استفاده شد. در ایران روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته و میزان ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ اعلام شده است (۱۶). در این پژوهش نیز مقدار آلفا آن ۰/۸۶ بود. برای محاسبه شاخص سلامت روانی افراد، ابتدا از طریق نمره دادن، متغیرها به صورت متغیر فاصله ای در آورده شد. به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت روانی از ۵ تا ۱ نمره داده شده است و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۱ تا ۵ نمره داده شده است و در مجموع نمره های داده شده با هم جمع شده و شاخص سلامت روانی محاسبه شده است (۱۷).

۲- برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز استفاده شد که دارای ۲۳ سوال با طیف لیکرت ۴ درجه ای از «همیشه» تا «هرگز» جهت سنجش سلامت اجتماعی می باشد. برای محاسبه شاخص سلامت اجتماعی افراد، ابتدا متغیرها به صورت متغیر فاصله ای در آورده شده، به این معنی که مثلاً برای گویه های (مثبت) سنجش سلامت اجتماعی از ۱ تا ۴ نمره داده و برای گویه های منفی نیز برعکس از ۴ تا ۱ نمره داده و در مجموع نمره ها با هم جمع شده و شاخص سلامت اجتماعی محاسبه شده است. در مطالعه حاضر مقدار آلفای این ابزار ۰/۷۶ بود.

۳- جهت ارزیابی میزان حمایت اجتماعی درک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (SSQ-Sarason) (۱۹۸۳) استفاده شد (۱۷). این پرسشنامه شامل ۲۷ قسمت و هر قسمت شامل ۲ سؤال می باشد. سؤال اول در هر قسمت مربوط به شرایط ویژه ای است که شرکت کننده باید نام افرادی را که احساس می کند در آن شرایط خاص می توانند به وی کمک کنند را بنویسد. سؤال دوم در رابطه با میزان رضایت مندی فرد از حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی این افراد در یک مقیاس لیکرت شش تایی از "خیلی ناراضی" تا "خیلی راضی" است. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۹ توسط ناصح و همکارانش به فارسی برگردانده شده و روایی سازه و ساختار عاملی پرسشنامه حکایت از روایی بالای آن دارد و میزان اعتبار آزمون را ۹۶ درصد محاسبه شده است (۱۸). در این تحقیق مقدار این ضریب ۰/۸۹ بود.

حمایت اجتماعی با سلامت روان نشان داد که حمایت اجتماعی و جنسیت اثرات مستقیمی بر سلامت روان داشته، در حالیکه طبقه اجتماعی و دین داری از طریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، اثرات غیرمستقیمی بر سلامت روان گذاشته اند (۱۱).

پژوهش نبوی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان نشان دهنده وضعیت مناسب سلامت روان آنان بوده و خرده مقیاس عملکرد اجتماعی سلامت روان، رابطه مثبت و معناداری با حمایت اجتماعی کل و سه خرده مقیاس دیگر آن یعنی حمایت کارکردی، عاطفی و مادی داشت (۱۲).

از آنجایی که کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده، پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان حائز اهمیت بوده و می تواند اثرات مستقیمی بر روی سلامت آنها داشته باشد (۱۳). از سوی دیگر همانگونه که در بالا اشاره شد، تحقیقات متعدد نشان داده اند که روابط اجتماعی خوب باعث ارتقاء وضعیت سلامت فرد شده و فقدان آن وضعیت سلامت فرد را به صورت معنی داری تحت تأثیر قرار می دهد (۱۴). لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان در سالمندان شهر آذرشهر انجام پذیرفت.

روش مطالعه

جامعه آماری این پژوهش مقطعی توصیفی کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر شهر آذرشهر^۱ (۱۵) بودند که طبق اعلام شبکه بهداشت و درمان شهر آذرشهر ۲۰۵۵ نفر می باشند. با استفاده از فرمول دو مرحله ای کوکران حجم نمونه ۳۱۲ نفر برآورد و از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای (متناسب) برای جمع آوری نمونه استفاده شد. گردآوری اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ برای سنجش سلامت روانی General Health Questionnaire، پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز Keyes جهت بررسی سلامت اجتماعی، پرسشنامه سلامت عمومی و توانایی انجام فعالیتهای روزانه زندگی برای ارزیابی سلامت جسمانی و پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون برای سنجش حمایت اجتماعی درک شده سالمندان انجام گردید. اطلاعات پرسشنامه ها به شرح ذیل می باشد:

۱- آذرشهر یکی از شهرهای استان آذربایجان شرقی و مرکز شهرستان آذرشهر است. براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰ جمعیت این شهر ۳۹۹۱۸ نفر برآورد شده است.

صورت تصادفی (جدول اعداد تصادفی) انتخاب شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از توضیح اهداف پژوهش به سالمندان و کسب رضایت آگاهانه، به آنان در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و به این منظور پرسشنامه ها بدون نام تکمیل گردید و آن دسته از سالمندانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، از مطالعه خارج شدند

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای توصیف یافته های تحقیق از جداول یک بعدی استفاده و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته ها

از ۳۱۲ سالمند مورد مطالعه، ۱۶۱ نفر (۵۱٫۶ درصد) مرد و بقیه زن بودند. ۴۴٫۲ درصد آنان سالمند جوان (۶۵-۶۹ سال)، ۴۰٫۳ درصد سالخورده (۷۰-۷۹ سال) و بقیه (۱۵٫۵ درصد) کهنسال (۸۰ سال و بالاتر) بودند (میانگین سنی ۷۱٫۷ سال و انحراف معیار ۲٫۴۶). ۸۱٫۸ درصد پاسخگویان دارای همسر و ۶۳٫۸ درصد آنان بی سواد بودند.

۴- برای بررسی سلامت جسمانی سالمندان نیز از هفت سوال مربوط به بخش سلامت جسمانی پرسشنامه گلدبرگ (مقیاس ۲۸ سوالی) و پرسشنامه توانایی انجام فعالیتهای روزانه زندگی (Activities of Daily Living (ADL) استفاده شد. این ابزار، شاخصی کلیدی برای سنجش مراقبتهای طولانی مدت است که میزان وابستگی یا توانایی عملکردی سالمند در انجام یکی یا انواع بیشتری از فعالیتهای روزمره زندگی و یا میزان مستقل بودن سالمند در انجام کارهای منزل، بدون کمک دیگران و یا نیاز سالمند به کمک یا نظارت دیگران در خصوص مراقبتهای شخصی را ارزیابی می کند (۱۹) ضریب آلفای پرسشنامه (ADL) اولین بار در ایران ۰٫۸۳ محاسبه گردیده و در این تحقیق ۰٫۸۵ بود.

برای جمع آوری داده ها، دو نفر از پرسشگران آموزش دیده شبکه بهداشت و درمان شهر آذرشهر، در جلسه توجیهی شرکت نموده و سپس دستورالعمل و راهنمای نحوه تکمیل پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت. پرسشگران بر اساس دستورالعمل و به صورت تصادفی به پاسخگویان مراجعه و به روش مصاحبه حضوری پاسخها را دریافت و پرسشنامه را تکمیل کردند. به این صورت که لیست سالمندان همراه با آدرس و شماره تماس آنها تهیه گردید و سپس تعداد نمونه لازم بر اساس تعداد جمعیت در هر منطقه بهداشتی (در مجموع ۹ منطقه) و به

جدول ۱: بررسی مشخصات جمعیت شناختی، میزان برخورداری از حمایت اجتماعی درک شده و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی) سالمندان آذرشهر

متغیر		تعداد ^۱	درصد	متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۶۱	۵۱٫۶	حمایت اجتماعی درک شده	کم	۵۲	۱۷٫۲
	زن	۱۵۱	۴۸٫۴		متوسط	۱۱۰	۳۴٫۴
وضع تاهل	دارای همسر	۲۵۲	۸۱٫۸	سلامت جسمانی	زیاد	۱۴۰	۴۴٫۴
	بدون همسر	۵۶	۱۸٫۲		دارد	۱۴۵	۴۶٫۶
سن	سالمند جوان (۶۵-۶۹ سال) سالخورده (۷۰-۷۹ سال) کهنسال (۸۰ سال و بالاتر)	۱۳۷	۴۴٫۲	ندارد	۱۶۷	۵۳٫۴	
		۱۲۵	۴۰٫۳	سلامت اجتماعی	دارد	۱۷۶	۵۶٫۵
		۴۸	۱۵٫۵		ندارد	۱۳۶	۴۳٫۵
تحصیلات	بی سواد ابتدایی، راهنمایی و سیکل دیپلم و بالاتر	۱۹۹	۶۳٫۸	سلامت روانی	دارد	۱۷۹	۵۷٫۵
		۱۰۱	۳۲٫۳		ندارد	۱۳۳	۴۲٫۵
		۱۲	۳٫۹	سلامت کلی	دارد	۱۶۷	۵۳٫۵۳
				ندارد	۱۴۵	۴۶٫۴۷	

۲- جمع کل حجم نمونه پژوهش ۳۱۲ نفر می باشد و در مواردی که پاسخگویان به سوالی پاسخ نداده اند، تعداد پاسخها از تعداد پاسخگویان کمتر شده (مانند شاخص حمایت اجتماعی درک شده که تعداد حجم نمونه برای آن ۳۰۲ نفر شده و ۱۰ نفر به پرسشهای مربوط به این شاخص پاسخ نداده اند)، لذا برای بیان یکسان و قابلیت مقایسه تمام متغیرها از درصد معتبر استفاده شده است. همین موارد در مورد جدول شماره ۲ نیز صادق است.

بررسی وضعیت پاسخگویان درباره حمایت اجتماعی درک شده نشان می دهد که حدود ۴۷ درصد سالمندان شهر آذرشهر از حمایت اجتماعی درک شده در حد زیاد و حدود ۳۶ درصد سالمندان در حد متوسط و حدود ۱۷ درصد در حد کم برخوردارند.

مطابق جدول ۴۶,۶ درصد پاسخگویان از سلامت جسمانی، ۵۶,۵ درصد از سلامت اجتماعی و ۵۷,۵ درصد از سلامت روانی برخوردارند و به طور کلی نشان می دهد که وضعیت سلامت سالمندان در این شهر در حد متوسط (۵۳,۵۳ درصد) می باشد.

جدول ۲: بررسی رابطه بین میزان برخورداری سالمندان آذرشهر از حمایت اجتماعی درک شده و سلامت (جسمانی، اجتماعی و روانی)

سلامت	حمایت اجتماعی درک شده	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری
روانی	کم	۴۶	۳۲,۳۹	۲,۷۶	۱۴,۰۵۵	۰/۰۰۰
	متوسط	۱۱۲	۳۲,۷۴	۲,۴۴		
	زیاد	۱۴۶	۳۴,۸۷	۴,۳۳		
اجتماعی	کم	۴۴	۳۲,۳۷	۵,۱۰	۶,۶۴۲	۰/۰۰۲
	متوسط	۱۱۰	۳۳,۱۵	۴,۷۶		
	زیاد	۱۳۶	۳۴,۴۸	۴,۶۶		
جسمانی	کم	۴۴	۳۲,۸۸	۴,۳۳	۰,۸۴۴	۰/۴۳۱
	متوسط	۱۰۶	۳۳,۵۰	۴,۶۴		
	زیاد	۱۴۴	۳۳,۶۲	۳,۹۱		
کلی (جسمانی، اجتماعی و روانی)	کم	۴۲	۳۲,۶۶	۹,۰۶	۱۱,۳۰۲	۰/۰۰۰
	متوسط	۱۰۰	۳۲,۹۸	۷,۵۱		
	زیاد	۱۳۰	۳۴,۳۶	۹,۸۵		

براساس یافته های نبوی و دیگران (۱۲) افزایش حمایت اجتماعی درک شده سالمندان می تواند تاثیر مهمی بر سلامت و عملکرد اجتماعی سالمندان داشته باشد. مطالعه علی پور (۲) نیز نشان داده افرادی که از حمایت اجتماعی درک شده بالاتری برخوردارند، وضعیت سلامت بهتری دارند.

یافته های تحقیق بیانگر آن است که بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته های پژوهش نبوی و همکاران (۱۲) مبنی بر وجود ارتباط مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان در سالمندان مطابقت دارد. می توان گفت که حمایت اجتماعی درک شده با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی شده و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می رساند و علاوه بر آن تعهدات متقابلی را به وجود می آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن کرده که با نتایج سلامتی ارتباط مستقیمی دارد. در تحقیق مذهب دار (۲۰) فرضیه احتمال وجود رابطه بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفته است. نتایج تحقیق جرج George (۱۹۸۹) نیز نشان می دهد که سطوح بالای حمایت اجتماعی درک شده با میزان پایین تر اختلال روانی همراه است (۸).

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین سلامت روانی و اجتماعی سالمندان بر حسب میزان برخورداری آنان از حمایت اجتماعی درک شده تفاوت معنی داری وجود دارد ($sig=0/000$) و با افزایش سطوح حمایت اجتماعی درک شده، بر میزان سلامت روانی و اجتماعی سالمندان نیز افزوده شده و سلامت سالمندان با حمایت اجتماعی بیشتر از سایر افراد بهتر می باشد. درحالیکه بین حمایت اجتماعی درک شده سالمندان و سلامت جسمانی آنها رابطه معنی داری وجود ندارد ($sig=0/431$).

بحث

این مطالعه به بررسی رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندان شهر آذرشهر پرداخت. نتایج نشان داد که حدود ۴۷ درصد سالمندان شهر آذرشهر از حمایت اجتماعی درک شده در حد زیاد، حدود ۳۶ درصد در حد متوسط و حدود ۱۷ درصد در حد کم برخوردارند. سالمندان دارای حمایت اجتماعی درک شده متوسط بیش از سایر سالمندان وضع سلامتی خود را خوب ارزیابی کردند ($p=0.004$). مطالعات نشان می دهند که میزان بالای حمایت اجتماعی درک شده، موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه های زندگی سالمتر مانند ورزش کردن، تغذیه سالمتر و مراقبت از خود و نهایتاً ادراک مثبت آنها نسبت به وضعیت سلامتی شان می شود (۶).

دیده به زبان آذری و ترکی خوانده و سپس پاسخ آنها به فارسی در پرسشنامه نوشته شد. ضعف جسمانی سالمندان و خستگی زود هنگام آنها از دیگر محدودیتهای این پژوهش بود، که سعی شد ضمن فراهم کردن شرایط محیطی مناسب، در حین تکمیل پرسشنامه ها برای سالمندان زمانهای استراحت در نظر گرفته شود. همچنین ضعف شنوایی سالمندان باعث شد که گاهی چندین بار سوالات توضیح داده شود تا سالمندان قادر به پاسخگویی باشند. محدودیت دیگر تحقیق، مربوط به پرسشنامه های به کار گرفته شده است که اختصاصا برای سالمندان طراحی نشده، این امر لزوم طراحی ابزارهای مناسب و اختصاصی جهت سالمندان را مطرح می سازد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده با عنوان «مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در کهنسالی» به راهنمایی جناب آقای دکتر حسن سرایی و مشاورت سر کارخانم دکتر شیرین احمدنیا و آقای دکتر کورش مهرتاش می باشد. بر خود لازم می دانم از هر سه بزرگوار به خاطر راهنمایی ها و کمکهای بی دریغ شان کمال قدردانی و تشکر را داشته باشم.

یافته های تحقیق نشان می دهد که سالمندان دارای حمایت اجتماعی درک شده بالاتر، از سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند. یافته های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حسینی حاجی بکنده و همکاران (۲۱) و وثوقی و همکاران (۲۲) و صالح و زاهدی اصل (۲۳) همخوانی دارد که هر سه تاکید دارند که حمایت اجتماعی درک شده بر سلامت اجتماعی اثر مثبتی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که بین حمایت اجتماعی درک شده سالمندان و سلامت جسمانی آنها رابطه معنی داری وجود ندارد که علت آن می تواند ناشی از پایین بودن وضعیت سلامت جسمانی سالمندان شهر آذرشهر نسبت به سلامت روانی و اجتماعی آنها باشد. این یافته با نتایج تحقیق حسینی و همکاران (۷) مطابقت ندارد، زیرا آنها معتقدند که حمایت اجتماعی درک شده بر روی هر سه بعد سلامت (روحي، جسمی و اجتماعی) سالمندان تاثیر دارد. یافته های متاجی و همکاران (۲۴) نیز نشانگر آن است که حمایت اجتماعی درک شده از مهمترین عوامل پیش بینی کننده سلامت جسمی و روانی در افراد می باشد.

از محدودیتهای تحقیق می توان به پایین بودن سطح تحصیلات پاسخگویان اشاره کرد، به طوری که برای سالمندان بی سواد و کم سواد، سوالات پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش

References

1. Niknami, M. S. Social determinants of health. Publication: vefagh.2007.
2. Alipour, F. Sajjadi, H. Forozan, A. Biglariyan, A. Role of social support in quality of life in elderly. Journal of Social Welfare. 2010; 9 (33).
3. Abolqasemi, A, Taghipoor, M, Narimani, M. Its personality type D, compassion and social support in coronary heart disease. Journal of Health Psychology 2012; 3 (1), 1-13.
4. Mazlumi S, Saeeidi M, Vahedian M, Jalalpour Z, Kiani M. The effect burnout on social support and self-esteem in health care workers in Yazd city. tkj. 2013; 5 (1) :46-56.
5. Armstrong, D. medical sociology. Translation: M. tavakol. Tehran: Institute of Scientific Publications; 1993: 91-92. [Persian]
6. Sarafynd, A. Health Psychology. Translation of a group of translators (under the goddess mirzaee). Tehran; 2002: 185-186. [Persian]
7. Hosseini zare S M, Movahed E, Pourreza A, Rahimi Foroshani A. The effect of social support on the health of the elderly in Tehran. jhosp. 2015; 13 (4) :115-121
8. Pierovi, H., et al .The relationship between social support and mental health in students of Tehran University. Journal of Preventive Medicine 2010; 69 (2).
9. Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? J Aging Health 2014; 26(4):663-

678.

10. Shalamzari A, Ezhey J, Fallah P, Kiamanesh A. The role of social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years old. *J Psychol* 2002; 6 (2):115-133.

11. Riahi M E, Aliverdina A, Pourhossein Z. Relationship between Social Support and Mental Health. *Social Welfare*. 2011; 10 (39) :85-121.

12. Nabavi, H, Alipur, F, Hejaz, AS, Rabbani, O, Rashad, w. Relationship between social support and mental health in older adults. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*: 2014; 57 (7). 841-846.

13. Khalili, F, ssam, SH, Sharifirad, G. Check the status of perceived social support in elderly of Isfahan. *Journal of Research in the health system*. 2011; 1218.

14. Farzadi H, Birask B, Goya M M. Psycho-Social Aspects and Coping Methods in two Groups of Patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *IJPCP*. 1998; 4 (2) :56-65.

15. Statistical Center of Iran. Restructuring and population estimation city of East Azarbaijan. 2011.

16. Seyfzadeh A. characteristics of the economic, social& demographic and mental health in old age (the city of Azarshahr). *Journal of Population*; 2008)63&64 127:162 [Persian]

17. seyfzadeh A. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City. *jgn*. 2015; 1 (4) :95-106.

18. Sahraian K, Jafarzadeh F, Poursamar S. The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women, according to factor infertility. 2015; 12 (12) :1104-1109 [Persian]

19. Arshinji M. Physical health status of elderly in different aged groups and association with socioeconomic components in Tehran province: Public health school -Tehran University of medical & health sciences; 2010.

20. Mazhabdar H, Hoseini M, Zahediasl M. Investigating the Social factors associated with the mental health of the Faculty of Social Sciences students of Allameh Tabatabai University in 2010-2011. *Pajouhan Scientific Journal*. 2014; 12 (2) :55-63.

21. Haji Hosseini Bkndh, A, Taghipoor, M. The effect of social support on social health of women heads of household. *Journal of Social Research*: 2010; 3 (7).139-158.

22. Vosoughi, M., Mahdavi, S, Rahmani Khalili, A. Examine the collective impact of social capital, social vitality and social protection of public health. *Quarterly social issues*: 2013; 4 (2).235-236.

23. Saleh S. Zahedi Asl M.. Correlation of Social Support with Social Health of Psychiatry Veterans Wives. *Iran J War Public Health*. 2014; 6 (5) :201-206.

24. Taghdisi M H, Shidfar F, Mahmood Reza G. The relationship between perceived social support and obesity preventive eating behavior in women of Urmia City in 2012. *RJMS*. 2014.

The relationship between perceived social support and health in the elderly adults

Case study: Azarshahr

*Seyfzadeh A¹

1- Master of Demographic Allameh Tabatabaei University and PhD Student of Sociology, Social Problems, Islamic Azad University Dehaghan, Dehaghan, Iran (**Correspondence author**)

E-mail: seyfzadehali@yahoo.com

Abstract

Introduction: The growing trend of the aging phenomenon introduce the necessity of attention to perceived social support as an effective factor in promoting older adults health. The aim of the study was to investigate the relationship between perceived social support and health in the elderly in Azarshahr.

Method: The current study is a cross-sectional and descriptive study which was conducted by participation of 312 older adults who aged 65 years and above from Azarshahr city using stratified random sampling method. The Goldberg General Health Questionnaire was used to evaluate the mental health, the General Health Questionnaire to assess general health and ability to perform activities of daily living, the Keyes Social Health Questionnaire to measure social health and the Sarason's Social Support Questionnaire to assess perceived social support. One-dimensional tables and independent t test and ANOVA were used to describe and analysis of the data by SPSS software version 14.

Results: The health status of the elderly in the Azarshahr is on moderate level (53.53%). Approximately 47 percent of them had a high level of perceived social support. There is a significant relationship between perceived social support and mental ($p < 0.001$) and social health of older adults ($p = 0.002$), while there is no significant relationship between perceived social support and physical health of them ($p = 0.431$).

Conclusion: Elderly people with high level of perceived social support have better mental and social health than others. But perceived social support does not have any effect on physical health.

Key words: Health, Elderly, Perceived Social support.

Received: 16 April 2016

Accepted: 25 June 2016

Access this article online



Website:
www.joge.ir

DOI:
10.18869/acadpub.joge.1.1.56



JOGE

Journal of Gerontology

Vol.1 No.1 Summer 2016 - ISSN: 2476-7301

- Comparison of cardiovascular diseases risk factors in male and female older adults of Hamadan City, 2014 10**
Jamshidi L, Seif A
- The effect of white noise on the vital signs of elderly patients admitted to the cardiac care unit 18**
Farokhnezhad Afshar P, Mahmoudi A, Abdi A
- The relationship between self-concept, life satisfaction and hope among retired and housewife older adults' women 28**
JahangiriZadeh P, Khodabakhshi Koolae A
- Efficacy of group physical activity on sleep quality and quality of life among older adults in Kahrizak nursing home 39**
Bahrami Einolgasi H, Khodabakhshi koolae A, Taghvae D
- The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study: Azarshahr 47**
Seyfzadeh A
- Disability status in the rural older adults in Ilam 54**
Mozafari M, Salimi E, Bastami MR, Azami M, Borji M
- Relationship between spiritual health and depression and quality of sleep in the older adults in Shahroud 62**
Bagheri H, Sadeghi M, Esmaeili N, Naeimi Z
- Exploraing of challenges of self-care in people with Parkinson's disease: Resulting from qualitative research study 78**
Soleimani MA, Bastani F, Negarandeh R