

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان

فاطمه خلیلی^۱، شیما سام^۲، غلامرضا شریفی‌راد^۳، اکبر حسن‌زاده^۴، منیره کاظمی^۵

چکیده

مقدمه: در قرن حاضر افزایش سریع تعداد سالمندان، وجود ناتوانی، کاهش استقلال و افزایش وابستگی در بسیاری از آنان، ضرورت توجه به مسأله حمایت اجتماعی را در این قشر افزایش داده است. حمایت اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت سالمندان تأثیر گذار است. یکی از ابعاد مهم سلامت که کمتر در این گروه مورد توجه قرار گرفته است، سلامت اجتماعی آنان می‌باشد. سلامت اجتماعی به میزانی از عملکرد، تطابق و سازگاری در زندگی اجتماعی اطلاق می‌شود. لذا هدف از انجام این مطالعه، تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده با وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان بود.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که بر روی ۲۳۰ سالمند ۶۰ سال به بالای شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده از سطح شهر انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده و مقیاس سلامت اجتماعی Keyes جمع‌آوری شد. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس‌ها در سه دسته خوب، متوسط و ضعیف (در طیف نمره ۱۰۰-۰) گزارش گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط آزمون‌های همبستگی Pearson، ANOVA، Spearman و آزمون Independent t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۷۰/۹ درصد افراد مورد مطالعه مرد و میانگین سنی آنان $71/1 \pm 67/46$ سال بود. میانگین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی سالمندان به ترتیب $28/8 \pm 71/16$ و $18/3 \pm 50/98$ به دست آمد. بین نمره حمایت اجتماعی درک شده با نمره سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/001$)، همچنین بین برخی از متغیرهای دموگرافیک افراد و نمرات حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی درک شده بر سلامت اجتماعی سالمندان و اهمیت این جنبه از سلامت، ضرورت توجه بیشتر به این موضوع در قشر آسیب‌پذیر سالمند احساس می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، سالمندان.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۹۰/۷/۲۰

دریافت مقاله: ۹۰/۴/۴

- ۱- کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
- ۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۴- مربی، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- کارشناس، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران

مقدمه

سالمندی از پدیده‌های مطرح سال‌های اخیر در عرصه بهداشت و سلامت جهانی می‌باشد (۱). هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود که این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در حدود ۴/۲ درصد است (۲). پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان جهان ۱/۵ بیلیون نفر در سال ۲۰۲۵ و به بیش از ۲ بیلیون نفر در سال ۲۰۵۰ برسد (۳). اجرای موفقیت آمیز برنامه تنظیم خانواده، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی- اجتماعی و در نهایت پیدایش تکنولوژی‌های جدید در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها موجب افزایش جمعیت افراد بالای ۶۰ سال شده است که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمند نامیده می‌شوند (۴). جمعیت سالمندان در ایران در سال ۱۳۸۶، ۴۵۶۲۰۰۰ نفر گزارش گردید که حدود ۵/۶ درصد از جمعیت ایران را تشکیل می‌داد (۵). در واقع ایران نیز از این تغییر جمعیتی بی‌نصیب نمانده است، به طوری که تخمین زده شده است که جمعیت سالمند کشور از ۷/۸ درصد هم اکنون، به ۲۸ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید.

با توجه به افزایش سریع تعداد سالمندان، مسأله بهداشت، سلامت و تأمین آسایش و رفاه آنان در جامعه هر روز ابعاد تازه و گسترده‌تری پیدا می‌کند (۶).

به دلیل این که در فرایند سالمندی، سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و در عمل توانایی‌های انسان کاهش می‌یابد، سالمندان دچار افزایش ناتوانی، کاهش استقلال و افزایش وابستگی به دیگران می‌شوند (۷). علاوه بر آن، اغلب مردان پیر به دلیل این که از کار خود بازنشسته شده‌اند و یا این که قدرت ارایه کار ندارند احساس از دست دادن مقام اجتماعی، نا امنی و تنهایی می‌کنند. آن‌ها این گونه تصور می‌کنند که کسی به آن‌ها نیاز ندارد و دیگران برایشان اهمیتی قایل نیستند. این در حالی است که برای افراد مسن این حس که دیگران هنوز به وجود آنان محتاجند بسیار با اهمیت است. احساس اهمیت و امنیت در این زمینه ممکن است به میزان زیادی ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی را در آنان کنترل کند (۸).

مطالعات نشان می‌دهند که سه عامل اساسی وضعیت سلامتی، وضعیت اقتصادی و حمایت اجتماعی بر سطح فعالیت‌های فرد سالمند تأثیر می‌گذارد (۹). از مسایل پیری اثرگذار بر سالمندان، حمایت محدود خانواده یا دوستان است. سالمند نیازمند است که با دیگران در تماس باشد تا در هنگام نیاز از آن‌ها کمک بخواهد و در واقع از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار باشد (۵). حمایت اجتماعی عبارتست از منابعی که به وسیله شبکه‌ای از افراد و گروه‌های اجتماعی فراهم می‌شود. از نظر روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ممکن است بسیار سودمند باشد به این دلیل که بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و افزایش مهارت‌های فردی مؤثر می‌باشد (۱۰). در واقع حمایت اجتماعی را می‌توان عاملی تأثیر گذار بر سلامت افراد دانست.

مطالعات گوناگونی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را به تأیید رسانده‌اند، به طوری که نشان داده شده است افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند وضعیت سلامت بهتری دارند (۱۱). برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، پژوهشگران این گونه مطرح کرده‌اند که حمایت اجتماعی هم چون سپری مانع نفوذ استرس در فرد می‌شود و سبب می‌گردد تا فرد هر چه بیشتر از تجارب منفی پرهیز کند (۱۲). در پژوهشی که در آن وضعیت استرس، حمایت اجتماعی و افسردگی در افراد ۶۰-۸۹ ساله مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد که استرس و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری با افسردگی دارند (۱۳).

برخلاف تأثیر مثبتی که محققین در زمینه حمایت اجتماعی ذکر کرده‌اند، توجه به درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارایه شده به بیمار می‌باشد (۱۴). درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد و دستیابی به سلامتی منجر شود که

زندگی تجربه نماید. بر طبق بررسی متون انجام شده در ایران، مطالعه‌ای وجود ندارد که ارتباط بین مقوله حمایت اجتماعی درک شده را با بعد سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار داده باشد. نظر به تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی بر سطح سلامت عمومی افراد سالمند، بررسی رابطه میان این دو از آن جهت می‌تواند ارزشمند باشد که اطلاعات مهمی در زمینه پاسخ به این سؤال فراهم خواهد آورد که آیا با وجود درک سالمندان از حمایت افراد جامعه، میزان و کیفیت روابط اجتماعی آنان در جامعه افزایش خواهد یافت؟ بنابراین هدف اصلی محققین از انجام مطالعه حاضر، تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد سلامت اجتماعی سالمندان می‌باشد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود و جامعه پژوهش ۲۳۰ نفر از سالمندان شهر اصفهان بودند. سطح برش، سن ۶۰ سال به بالا تعیین شده و روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. نمونه‌های مورد مطالعه از طریق یافتن سالمندان در مکان‌هایی چون خانه سالمندان، کانون بازنستگی، مراکز بهداشتی درمانی و پارک‌ها به دست آمد. داده‌ها توسط پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده (Multidimensional scale of perceived social support) و مقیاس سلامت اجتماعی Keyes جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes حاوی ۵ خرده مقیاس انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی است. هر گویه دارای ۵ امتیاز می‌باشد که هر پاسخ‌گو برای پاسخ‌گویی به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ را دریافت می‌نماید. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس‌ها که از ۱۰۰ می‌باشد، در سه مقیاس خوب، متوسط و ضعیف گزارش می‌گردد.

در ایران، جوشن‌لو و همکاران طی مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار

سلامت اجتماعی یکی از این ابعاد است (۱۵). بر طبق تعریف سلامت که در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان بهداشت جهانی عنوان گردید؛ سلامت اجتماعی یکی از سطوح سلامت کلی فرد بیان شده است (۱۶). سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، می‌باشد. سلامت اجتماعی دارای ۵ بعد انسجام اجتماعی (Social coherence)، پذیرش اجتماعی (Social acceptance)، مشارکت اجتماعی (Social contribution)، انطباق اجتماعی (Social integration) و شکوفایی اجتماعی (Social actualization) می‌باشد. انسجام اجتماعی یعنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در گروه‌های اجتماعی و پذیرش اجتماعی به این معنی است که فرد اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده است، درک کند و به دیگر افراد جامعه اطمینان داشته باشد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند؛ درحالی که انطباق اجتماعی به معنای درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی می‌باشد. در انتها شکوفایی اجتماعی این باور است که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود (۱۷). بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد. مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای سلامت اجتماعی همبستگی مثبتی با معیارهای سلامت روانی دارند (۱۸).

از آن جایی که کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده است، در نظر گرفتن و پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان بسیار حایز اهمیت است و می‌تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنان داشته باشد. همان طور که عنوان شد، حمایت اجتماعی در بالا بردن سطح سلامت افراد جامعه به خصوص سالمندان می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. از طرف دیگر داشتن سلامت اجتماعی در افراد سالمند به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش احساس رضایت از زندگی در اجتماع شود و در نتیجه فرد سالمند سطح کیفیت بالاتری را در

بودند. میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان مورد مطالعه به ترتیب $7/13 \pm 67/46$ سال بود. سالمندان گروه سنی ۶۵-۶۰ سال نسبت به بقیه بیشترین فراوانی (۵۰/۴ درصد) را به خود اختصاص دادند و کمترین فراوانی (۶/۱ درصد) مربوط به گروه سنی بالای ۸۰ سال بود. در حدود ۲۹/۵ درصد افراد مورد مطالعه به دلایلی از قبیل فوت شدن، بدون همسر زندگی می‌کردند. از لحاظ سطح تحصیلات بیشتر افراد مورد مطالعه (۳۰/۴ درصد) دارای مدرک دانشگاهی بودند. این در حالی بود که ۱۶/۵ درصد افراد مورد مطالعه بی‌سواد بودند. از نظر وضعیت اقتصادی اکثر سالمندان (۶۶/۶ درصد) از سطح درآمد متوسط رو به بالا (بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان در ماه) برخوردار بودند. ۸۶/۹ درصد نمونه‌ها از بیمه خدمات درمانی استفاده می‌کردند. میانگین تعداد سال‌هایی که از بازنشستگی افراد مورد مطالعه می‌گذشت، تقریباً ۱۳ سال بود. ۱۹/۹ درصد نمونه‌ها در یکی از انجمن‌های فرهنگی، ادبی، هنری و ... عضویت داشتند. نزدیک به یک پنجم آنان (۲۰/۹ درصد) اظهار داشتند که به دلیل بیماری فعالیت روزانه‌شان محدود شده است؛ به طوری که به کمک اطرافیان نیازمندند. یافته‌ها در زمینه وضعیت سکونت آنان نشان داد که ۷۱/۵ درصد از نمونه‌ها دارای منزل شخصی، ۱۱/۴ درصد در منزل استیجاری و بقیه در خانه سالمندان اقامت داشتند.

همان‌طور که عنوان گردید مقیاس حمایت اجتماعی درک شده دارای سه زیرمقیاس و سلامت اجتماعی شامل پنج زیرمقیاس می‌باشد که نمرات آن‌ها به شکل درصد گزارش گردید. میانگین و انحراف معیار هر کدام از آن‌ها در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره کل حمایت اجتماعی درک شده سالمندان $28/86 \pm 71/16$ بوده است که زیرمقیاس حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده از میان سایر زیرمقیاس‌ها بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است. میانگین نمره کل سلامت اجتماعی سالمندان $18/33 \pm 50/98$ بوده است که زیرمقیاس انطباق اجتماعی در بین بقیه زیرمقیاس‌ها بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است.

پرسش‌نامه سلامت جامع Keyes مشتمل بر سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت عاطفی را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استاندارد نمودند. در این مطالعه مقدار χ^2 برای زیرمقیاس‌های این مقیاس ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ درصد گزارش گردید (۱۹). در مطالعه ما با توجه به بررسی مقدماتی که جهت تعیین روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۱۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان انجام شد، ضریب χ^2 برای این مقیاس ۰/۷۳ محاسبه گردید.

ابزار دیگر مقیاس چند بعدی، حمایت اجتماعی ادراک شده بود که در سال ۱۹۸۸ توسط Zimet و همکاران ساخته شد. این مقیاس درک افراد را از حمایت اجتماعی دریافت شده توسط سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌سنجد (۲۰). درجه موافقت افراد با استفاده از مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً موافق (نمره ۷) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) اندازه‌گیری گردید. سرانجام نمره نهایی کسب شده از این مقیاس از ۱۰۰، در سه مقیاس خوب و متوسط و ضعیف گزارش گردید. پایایی و روایی این ابزار در مطالعات مشخص مورد تأیید قرار گرفته بود. در مطالعه ما با توجه به بررسی مقدماتی که جهت تعیین روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۱۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان انجام شد ضریب χ^2 برای این مقیاس ۰/۷۱ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه‌ها توسط خود فرد سالمند پاسخ داده شد مگر این که وی بی‌سواد یا کم‌سواد بوده و قادر به پر کردن آن نبوده باشد که در این صورت پرسش‌نامه توسط پرسش‌گران آموزش‌دیده با روش مصاحبه تکمیل گردید. سپس داده‌های جمع‌آوری شده توسط SPSS_{۱۷} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون ANOVA Independent t و ضریب همبستگی Pearson و Spearman در سطح معنی‌دار ۵ درصد استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها نشان داد که بیشتر افراد مورد مطالعه (۷۰/۹ درصد معادل ۱۶۳ نفر) مرد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاس و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی

انحراف معیار	میانگین	مقیاس و خرده مقیاس‌ها
۳/۰۵	۷۸/۲۰	حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده
۳/۶۷	۶۰/۹۴	حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان
۳۵/۲۶	۷۲/۰۰	حمایت اجتماعی درک شده از طرف افراد مهم زندگی
۲۸/۸۶	۷۱/۱۶	نمره کل حمایت اجتماعی درک شده
۲۱/۹۰	۴۲/۷۵	انسجام اجتماعی
۲/۷۸	۶۸/۴۲	انطباق اجتماعی
۲۷/۱۴	۴۸/۸۰	پذیرش اجتماعی
۳۴/۰۵	۴۶/۴۱	مشارکت اجتماعی
۳۴/۸۵	۵۴/۹۴	شکوفایی اجتماعی
۱۸/۳۳	۵۰/۹۸	نمره کل سلامت اجتماعی

آزمون ضریب همبستگی Spearman نشان داد که میانگین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با متغیرهای سطح تحصیلات و سطح درآمد ارتباطی معنی دار داشت ($P < ۰/۰۱$). همچنین آزمون ANOVA و Independent.t نشان دادند سلامت اجتماعی با هیچ کدام از متغیرهای جنسیت، زندگی با همسر، عضویت در انجمن‌ها، داشتن بیماری و داشتن بیمه از نظر آماری ارتباط معنی‌داری ندارد. تنها با متغیر وضعیت سکونت ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$). بین حس انسجام اجتماعی با متغیرهای جنسیت، وضعیت سکونت، زندگی با همسر و داشتن بیمه ارتباط معنی‌دار یافت شد ($P < ۰/۰۵$). بین حس پذیرش اجتماعی با متغیر زندگی با همسر ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵$). بین حس انطباق اجتماعی با متغیر وضعیت سکونت رابطه معنی‌دار وجود داشت ($P < ۰/۰۵$).

همچنین بین زیر مقیاس مشارکت اجتماعی با متغیرهای جنسیت، وضعیت سکونت، داشتن بیماری همراه، دارا بودن بیمه درمانی و عضویت در انجمن‌ها ارتباط معنی‌دار یافت شد ($P < ۰/۰۵$). آزمون ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین سن با زیر مقیاس مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد ($r = ۰/۲۵۳$, $P = ۰/۰۰۱$). بین سن و نمره کلی سلامت اجتماعی نیز رابطه معنی‌دار معکوس مشاهده گردید ($r = ۰/۲۳۱$, $P < ۰/۰۱$). آزمون ضریب همبستگی Spearman نشان داد که بین میانگین نمره کلی سلامت اجتماعی با متغیرهای سطح تحصیلات و سطح درآمد ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). همچنین بین میانگین نمره انسجام اجتماعی با سطح تحصیلات ($P < ۰/۰۵$) و میانگین نمره مشارکت اجتماعی با متغیرهای سطح تحصیلات و درآمد رابطه معنی‌دار مشاهده گردید ($P < ۰/۰۱$).

در زمینه ارتباط بین متغیرهای حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان آزمون Pearson نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین این دو متغیر وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بین زیر مقیاس‌های آنان نیز ارتباط معنی‌دار یافت شد. به طوری که داده‌ها نشان دادند که بیشتر زیر

در زمینه ارتباط دو متغیر اصلی مطالعه با متغیرهای دموگرافیک شایان ذکر است که آزمون‌های ANOVA و Independent.t نشان دادند که بین نمره کل حمایت اجتماعی درک شده با متغیرهای وضعیت سکونت، زندگی با همسر، داشتن بیماری همراه و بیمه ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$). در حالی که بین حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده با متغیرهای جنسیت، زندگی با همسر، وضعیت سکونت و داشتن بیمه ارتباط معنی‌داری یافت گردید ($P < ۰/۰۱$). بین حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان با متغیرهای جنسیت، زندگی با همسر، وضعیت سکونت، داشتن بیماری همراه، عضویت در انجمن‌ها و دارا بودن بیمه ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۱$). بین حمایت اجتماعی درک شده از طرف افراد مهم در زندگی با متغیرهای جنسیت، زندگی با همسر، وضعیت سکونت، داشتن بیماری و داشتن بیمه ارتباط معنی‌داری یافت گردید ($P < ۰/۰۱$). آزمون ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین میانگین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با متغیرهای سن و تعداد سال‌های بازنشستگی ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری وجود ندارد.

و ... عضویت داشتند از کسانی که در این انجمن‌ها و تشکل‌ها عضویت نداشتند بیشتر بود. از بین زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی درک شده تنها حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان با عضویت در انجمن‌ها ارتباط معنی‌دار داشت که این امر می‌تواند تأکیدی بر این مسأله باشد که عضویت و شرکت در تشکل‌ها و انجمن‌ها خود می‌تواند زمینه را برای ایجاد ارتباطات دوستانه فراهم نماید و به دنبال آن سبب شود تا سالمندان مورد مطالعه درک بیشتری از نقش حمایت‌کنندگی دوستی‌های به وجود آمده داشته باشند.

از لحاظ ارتباط این متغیر با وضعیت داشتن بیماری همراه، افرادی که اظهار داشتند بیماری زمینه‌ای دارند که فعالیت روزانه‌شان را محدود می‌کند نسبت به افراد سالم میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده کمتری داشتند. وجود این مسأله شاید به این امر مربوط باشد که افراد بیمار نیاز به حمایت را در خود بیش از پیش احساس می‌کنند به ویژه اگر این بیمار در سنین سالمندی نیز باشد. با محدودیت‌های گوناگونی که به این دلایل برای فرد ایجاد می‌شود ممکن است علاوه بر افزایش نیاز، سطح توقعات فرد نیز بسیار بالا رفته و در نتیجه درک وی از میزان حمایتی که دریافت می‌دارد پایین بیاید. در مطالعه Barry و همکاران نیز میزان حمایت درک شده در گروه بیمار کمتر بوده است (۲۱).

کسانی که بیمه درمانی داشتند از درک حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، به نظر می‌رسد که وجود بیمه درمانی خود یک منبع حمایتی مضاعف برای فرد و خانواده‌اش فراهم می‌آورد و از فشار وارده مالی کم می‌کند و در نتیجه توقع فرد سالمند را پایین‌تر آورده و میزان درک وی را از حمایت اطرافیانش بالا می‌برد. همان‌گونه که در نتایج ذکر شد در زمینه نوع سکونت، کمترین میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده مربوط به سالمندانی بوده است که در خانه سالمندان سکونت داشتند و این مسأله در همه ابعاد حمایت اجتماعی درک شده نیز مشاهده گردید. باتوجه به کاهش ارتباط فرزندان با والدین پس از گزاردن آنان در خانه سالمندان، کم شدن درک از حمایت اجتماعی در سالمند

مقیاس‌های حمایت اجتماعی درک شده با تمام زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار مثبتی داشتند ($P < 0/05$). تنها بین مواردی از قبیل حمایت اجتماعی درک شده از طرف خانواده با بعد خودشکوفایی اجتماعی، حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان با ابعاد انسجام و انطباق اجتماعی و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با پذیرش اجتماعی از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

بحث

همان‌گونه که در مقدمه اشاره شد حمایت اجتماعی را می‌توان عاملی تأثیرگذار بر سلامت افراد دانست. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان بوده است. نتایج نشان داد که بیشتر سالمندان از نظر درک از حمایت اجتماعی در دسته متوسط قرار دارند و این در حالی است که در جامعه ما از لحاظ حمایتی هنوز روابط نزدیک و پیوندهای قوی خانوادگی وجود دارد و انتظار می‌رود میزان درک از حمایت اجتماعی سطح بالا و بیش از این میزان باشد. از لحاظ ارتباط این متغیر با جنسیت، مشاهده گردید که میانگین حمایت اجتماعی درک شده در همه ابعاد خانواده، افراد مهم و دوستان در زنان کمتر از مردان بوده است. این یافته با نتایج مطالعه Barry و همکاران همخوانی دارد (۲۱). در مطالعه‌ای که توسط Chan و Cheng انجام شد نیز زنان نسبت به مردان حمایت دوستانشان را بیشتر از سایر حمایت‌ها ذکر نمودند (۲۲). از لحاظ ارتباط این متغیر با وضعیت تأهل، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده در همه ابعاد در سالمندانی که با همسرانشان زندگی می‌کردند بالاتر از سالمندانی بود که به دلایلی از قبیل فوت همسر تنها زندگی می‌کردند. این یافته بیانگر نقش بسزای همسران در ایجاد جو حمایتی به خصوص در دوران سالمندی می‌باشد. مطالعه Barry و همکاران نیز این موضوع را تأیید می‌کند (۲۱). از لحاظ ارتباط این متغیر با عضویت در انجمن‌ها، حمایت اجتماعی درک شده کسانی که در انجمن‌های فرهنگی و ادبی

طبیعی می‌باشد. اما با وجود سالمندانی که دارای شرایط یکسان هستند و در خانه سالمندان کنار هم زندگی می‌کنند انتظار می‌رفت که حداقل میزان بالایی از حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان در این گروه یافت شود که به نظر می‌رسد با کمبود ارتباطات خانوادگی که در جامعه ما بیشترین تأثیر را بر فرد دارد، ارتباطات بین فردی دیگر نیز تحت الشعاع قرار می‌گیرند.

افرادی که از سطح تحصیلات و درآمد بیشتری برخوردار بودند دارای نمره بالاتر حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان و افراد مهم زندگی بودند. این یافته با نتایج به دست آمده از مطالعات آکوپکیان و همکاران (۲۳) و Harley و Eskenazi (۲۴) همخوانی دارد. افراد دارای تحصیلات بالا و شاید درآمد بالا ممکن است ارتباطات بین فردی بیشتری داشته باشند و امکان حضور این افراد در مجامع و تشکل‌های گوناگون بیشتر و در نتیجه فرصت بیشتری برای یافتن دوستانی که بتوانند از حمایتشان برخوردار گردند، خواهند داشت. همچنین درآمد بالا می‌تواند یک منبع بزرگ حمایتی را برای افراد فراهم آورد. در زمینه وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان می‌توان ذکر نمود که بیش از نیمی از سالمندان اصفهانی در دسته متوسط رو به بالا قرار دارند و این یافته نشانگر تطابق و رضایت به نسبت خوب سالمندان مورد مطالعه از زندگی و محیط اجتماعی‌شان می‌باشد.

همان طور که عنوان شد در میان تمام زیر مقیاس‌های این متغیر، بیشترین میزان، به زیر مقیاس انطباق اجتماعی اختصاص دارد. انطباق اجتماعی به درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی مربوط می‌شود. از لحاظ ارتباط این متغیر با جنسیت افراد سالمند، زیر مقیاس‌های سلامت، انسجام، شکوفایی و مشارکت اجتماعی با جنسیت افراد ارتباط داشتند. به این صورت که در مردان بیشتر از زنان بود. این یافته با مطالعه عبداللهی و محمدپور (۲۵)، وحدانی نیا و همکاران (۲۶) و Shapiro و Keyes (۲۷) همخوانی داشت. دلیل این یافته به دست آمده را می‌توان به شرایط فرهنگی کشورمان مربوط دانست که در آن زنان به خصوص

اقتضای سالمند در اجتماع مشارکت فعال کمتری دارند. در کشورمان زنان نسبت به مردان از فعالیت‌ها و روابط بین فردی اجتماعی کمتری برخوردار بوده و هم چون گذشته ترجیح می‌دهند که تا حد توان در منزل وظایف خانه‌داری را به انجام برسانند. از لحاظ ارتباط بین این متغیر با وضعیت تأهل، تنها بعد پذیرش اجتماعی با وضعیت تأهل ارتباط داشت. به این معنی که سالمندانی که با همسر زندگی می‌کردند از پذیرش اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. از آن جایی که پذیرش اجتماعی به قبول اجتماع و افراد شامل در آن بر می‌گردد، می‌توان این طور استنباط کرد که سالمندانی که همسر خود را در کنارشان دارند، احساس می‌کنند در روابط بین فردی خود در اجتماع مشکل کمتری دارند و افراد محیط اجتماعی اطراف خود را بهتر می‌پذیرند. این یافته با مطالعه وحدانی نیا و همکاران (۲۶) و Shapiro و Keyes (۲۷) همخوانی دارد. وضعیت سلامت اجتماعی افراد دارای بیمه درمانی در همه ابعاد بهتر از آن‌هایی بود که بیمه درمانی نداشتند. اما این ارتباط تنها در زیر مقیاس مشارکت اجتماعی با این متغیر از لحاظ آماری معنی‌دار دیده شد. این یافته را می‌توان به این مسأله مربوط دانست که زمانی که افراد سالمند از مزایای بیمه‌های درمانی مورد نیاز خود که جامعه در سنین سالمندی در اختیار آنان قرار می‌دهد بهره‌مند می‌شوند به این باور و اعتقاد می‌رسند که برای جامعه و اجتماع پیرامون خود مهم هستند و در نتیجه خود را عضو حیاتی جامعه خواهند دانست.

از لحاظ ارتباط متغیر سلامت اجتماعی با وضعیت سکونت افراد سالمند کمترین میانگین نمره سلامت اجتماعی مربوط به سالمندانی بود که در خانه سالمندان سکونت داشتند. این یافته مطالعه ما با مطالعه پاشا و همکاران نیز همخوانی دارد (۲۸). این تفاوت آشکار از لحاظ آماری در زیر مقیاس‌های انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی دیده شد. وجه مشترک همه این زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی در این است که فرد خود را عضوی از اجتماع پیرامون خود بداند. طبیعی است که این حس در افراد مقیم خانه سالمندان

با سلامت اجتماعی بهتر فرد همراه است (۲۷). از نتایج به دست آمده می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که درک از حمایت اجتماعی بیشتر سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط است و این درحالی است که در جامعه ما از لحاظ حمایتی هنوز روابط نزدیک و پیوندهای قوی خانوادگی وجود دارد و انتظار می‌رود میزان درک از حمایت اجتماعی سطح بالا و بیش از این میزان باشد. در این راستا اجرای راه‌کارهایی جهت افزایش حمایت اجتماعی سالمندان و به دنبال آن سلامت اجتماعی‌شان حایز اهمیت است. در مجموع با توجه به تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی درک شده بر سلامت اجتماعی سالمندان و اهمیت این جنبه از سلامت، ضرورت توجه بیشتر به این موضوع در قشر آسیب‌پذیر سالمند احساس می‌گردد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، نحوه نمونه‌گیری و حجم پایین نمونه‌های مورد مطالعه می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی جامع در سطح وسیع‌تر با شیوه نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در این زمینه برای قشر سالمند طراحی شود. علاوه بر آن پیشنهاد می‌شود تا مطالعاتی در جهت شناسایی دیگر عوامل تأثیرگذار بر ابعاد مختلف سلامت این گروه نیز انجام شود.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه افرادی که در این طرح شرکت کردند و ما را در اجرای آن یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

نسبت به دیگر سالمندان اجتماع کمتر وجود دارد و این افراد بیشتر احساس می‌کنند که اجتماع نسبت به آنان بی‌توجه است و ارزشی برای وجود آنان به عنوان عضوی از جامعه قایل نیست. از لحاظ ارتباط این متغیر با سن افراد سالمند نتایج حاکی از این بود که افزایش سن افراد با کاهش نمره سلامت اجتماعی همراه بوده است. این موضوع از لحاظ آماری تنها در زیر مقیاس مشارکت اجتماعی دیده شد. این یافته با مطالعه Shapiro و Keyes نیز همخوانی دارد (۲۷). توجیه این مسأله منطقی به نظر می‌رسد که سالمندان جوان‌تر نسبت به افراد سالمندی که سالخورده‌تر و در نتیجه مستعد از کار افتادگی بیشتری می‌باشند میزان مشارکت بالاتر و فعال‌تری در اجتماع خواهند داشت.

از لحاظ ارتباط بین متغیر سلامت اجتماعی با سطح تحصیلات و درآمد افراد سالمند نتایج نشان داد که بین زیر مقیاس انسجام اجتماعی با سطح تحصیلات و زیر مقیاس مشارکت اجتماعی با سطح تحصیلات و درآمد سالمندان رابطه وجود دارد. این یافته با مطالعه وحدانی نیا و همکاران همخوانی دارد (۲۶). این مسأله را می‌توان به این امر مربوط دانست که در افراد تحصیل کرده حس تعلق بیشتری نسبت به اجتماع وجود دارد. به نظر می‌رسد این افراد خود را عضو حیاتی و با ارزش جامعه دانسته و سعی می‌کنند مدام کیفیت روابط بین فردی خود را در گروه‌های اجتماعی که در آن عضویت دارند مورد ارزیابی قرار دهند و بهبود بخشند. در مطالعه Shapiro و Keyes عنوان شده است که شرایط اجتماعی- اقتصادی بالا

References

1. Mohammadi F, Dabbaghi F, Nikravesh M. Facilitator and Barriers Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: Qualitative study. *Iran Journal of Nursing* 2008; 21(55): 55-65. [In Persian].
2. Blackburn JA, Dulmus CN. *Handbook of gerontology: evidence-based approaches to theory, practice, and policy*. New Jersey: John Wiley and Sons; 2007. p. 3.
3. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. *Feyz* 2009; 13(3): 225-34. [In Persian].
4. Malek Afzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly. *Hakim Research Journal* 2007; 9(4): 1-6. [In Persian].
5. Salarvand SH, Abedi H. The Elders' Experiences of Social Support in Nursing Home: A Qualitative Study. *Iran Journal of Nursing* 2008; 20(52): 39-51. [In Persian].

6. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. Health Promoting Behaviors and its Related Factors in Elderly. *Iran Journal of Nursing* 2006; 19(47): 35-48. [In Persian].
7. Melzer D, McWilliams B, Brayne C, Johnson T, Bond J. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 1999; 318(7191): 1108-11.
8. Rajabli F, Latifi M. A comparative study between elderly living in nursing homes and elderly living in homes mental health in the cities of Gorgan and Bostak [MSc Thesis]. Zahedan: University Sistan and Baluchestan; 2008 [In Persian].
9. Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R. Survey of health, social and economic conditions of the elderly and their leisure time. *Koomesh* 2002; 4(2): 129-36. [In Persian].
10. Lepore SJ, Evans GW, Schneider ML. Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(6): 899-909.
11. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res* 2004; 13(1): 161-70.
12. Ali Pour A. The relationship of social support with immune parameters in healthy individuals: Assessment of the main effect model. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology* 2006; 12(2): 134-9. [In Persian].
13. Bakhshani NM, Birashk B, Atef Vahid MK, Bolhari J. Correlation of social support and negative life events with depression. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology* 2003; 9(2): 49-55. [In Persian].
14. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol* 1996; 15(2): 135-48.
15. Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C). *Res Nurs Health* 2004; 27(2): 135-43.
16. Mashhad University of Medical Sciences. Social factors and Decisive role in mental health [Online]. 2010 Oct 14 [cited 2011 May 20]; Available from: URL: http://www.mums.ac.ir/mhn/fa/G_SREE,0102/
17. Keyes CL, Shapiro A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. A national study of well-being at midlife. In: Brim OG, Ryff CD, Kessler RC, Editors. *How healthy are we? : a national study of well-being at midlife*. Chicago: University of Chicago Press; 2004. p. 350-72.
18. Kermanshah University of Medical Sciences. Spiritual health, Lost health dimension [Online]. 2010 [cited 2010 Apr 25]; Available from: URL: www.kums.ac.ir/newsdetail-720-fa.html.
19. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the factor structure of the keyes comprehensive scale of well-being. *Developmental Psychology* 2006; 3(9): 35-52. [In Persian].
20. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1990; 55(3-4): 610-7.
21. Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V, Krumholz HM. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *J Psychosom Res* 2006; 60(2): 185-93.
22. Cheng ST, Chan AC. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Pers Individ Differ* 2004; 37: 1359-69.
23. Akouchekian SH, Roohafza HR, Hasan Zadeh A, Mohammad Sharifi H. Relation between Social Support and Coping with Stress in Nurses in Psychiatric Ward. *Journal Of Guilan University Of Medical Sciences* 2009; 18(69): 41-6. [In Persian].
24. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 3048-61.
25. Abdollahi F, Mohammadpor A. Quality of life of elderly residents in home and nursing home in the city of Sari. *Proceedings of the 2nd Nationwide Congress on Pathology of Family in Iran*; 2006 May 15-18; Tehran, Iran; 2006. [In Persian].
26. Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study. *Payesh* 2005; 4(2): 113-20. [In Persian].
27. Shapiro A, Keyes CL. Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research*, 2008; 88(2): 329-46.
28. Pasha G, Safarzadeh S, Mashak R. Comparison of general health and social support among elderly sited in family. *Journal of Family Research* 2007; 3(9): 503-17. [In Persian].

The Relationship between Perceived Social Support and Social Health of Elderly

**Fatemeh Khalili¹, Shima Sam², Gholamreza Sharifirad³,
Akbar Hassanzadeh⁴, Monireh Kazemi⁵**

Abstract

Background: During recent years the rapid increase in the senior population, their disabilities, reduced independence, and increased dependence have drawn more attention toward issues related to social support in this group. Social support impacts different dimensions of health of the senior population. Meanwhile, one of the important aspects of health which is less considered in this group is social well-being. Social well-being is described as the degree of functioning, adjusting, and adapting to social aspects of life. This study aimed to determine the association between perceived social support and social health among Isfahan's elderly population.

Methods: This descriptive-analytical, cross sectional study was conducted among 230 elderly people aged 60 and over. The study subjects were chosen from urban elderly people by simple randomized sampling. Data were gathered by a questionnaire consisting of demographic characteristics, multidimensional scale of perceived social support (MPSS) and Keyes's scale of social health. Finally, the final score of these scales was reported in three categories including good, moderate and poor (Scores were in the range of 0 to 100). Data were analyzed using correlation statistics, ANOVA and independent t-test.

Findings: Findings showed that 70.09% of participants were male. Their average age was $67/46 \pm 7/1$. The mean score of perceived social support and social health were $71/16 \pm 28/8$ and $50/98 \pm 18/3$ respectively. A significant correlation was found between perceived social support and social health ($P < 0.01$). Furthermore, a significant correlation was found between subscales of perceived social support and social health, and demographic characteristics ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the impact of perceived social support on elderly people's social well-being and the importance of this dimension of health; It is essential to consider this issue among older people as a vulnerable group.

Key words: Social Support, Social Health, Elderly People

1- MSc, Department of Health Education and Health Promotion, Health School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir

4- Lecture, Food Security Research Center, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5- BSc, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran