

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و مذهبی درک شده با وضعیت سلامت زنان و مردان سالمند

جواد هارونی^۱، اکبر حسن‌زاده^۲، آرش سلحشوری^۳، فاطمه پورحاجی^۴، فیروزه مصطفوی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سالمندی دوران حساسی از زندگی بوده و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله، یک ضرورت اجتماعی است. دستیابی به سلامت سالمندان و پیشگیری از بروز و ابتلای آنان به بیمارهای مزمن و کاهش شیوع بیماری‌ها در آنان، اولین گام شناسایی وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در هرجامعه بوده و یکی از عوامل تاثیرگذار بر این مسأله، حمایت اجتماعی و مذهبی می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر حمایت اجتماعی و حمایت مذهبی درک شده بر وضعیت سلامت سالمندان انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش توصیفی تحلیلی روی ۱۲۰ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر انجام شد. شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده، از مراکز بهداشتی درمانی شهر سی سخت استان کهگیلویه و بویراحمد بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای سه بخشی بوده که بخش اول مربوط به حمایت اجتماعی درک شده، بخش دوم حمایت مذهبی درک شده و در بخش سوم برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت سالمندان از پرسشنامه ۱۲ SF استفاده گردید. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی به تایید رسیده است. داده‌ها از طریق مصاحبه ساختارمند (حضور و تلفنی) با سالمندان، جمع‌آوری گردیده و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶/۵ و آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین حمایت مذهبی و حمایت اجتماعی درک شده با وضعیت سلامت سالمندان مورد مطالعه، ارتباط معنی‌دار آماری بود ($t = 1/378$) و ($P < 0/05$). آزمون تی مستقل نشان داد بین جنس و وضعیت سلامت تفاوت معنادار وجود داشت به گونه‌ای که زنان نسبت به مردان از وضعیت سلامت پایین‌تری برخوردار بودند ($P < 0/05$). همچنین زنان سالمند نسبت به مردان از حمایت مذهبی ($P < 0/05$) و حمایت اجتماعی درک شده ($P < 0/05$) پایین‌تری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اهمیت حمایت اجتماعی و مذهبی را در سلامت سالمندان مورد تایید قرار می‌دهد لذا لازم است حمایت مذهبی درک شده و حمایت اجتماعی درک شده به عنوان یک تأمین کننده قوی در وضعیت سلامت در طراحی مداخلات ارتقا سلامت سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، زنان، حمایت اجتماعی، حمایت مذهبی

ارجاع: هارونی جواد، حسن‌زاده اکبر، سلحشوری آرش، پورحاجی فاطمه، مصطفوی فیروزه. بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و مذهبی درک شده با وضعیت سلامت زنان و مردان سالمند. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹(۱۱): ۱۲۳۰-۱۲۳۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. مربی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. استادیار، سلامت اجتماعی، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir

مقدمه

سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد (۱). این درحالی است که سالم پیر شدن حق همه افراد بشر است و این امر بر اهمیت پدیده سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید. هر ساله ۱/۷٪ به جمعیت جهان افزوده می‌شود ولی این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، ۲/۵٪ است (۲). در حال حاضر در حدود دو سوم جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه از قبیل ایران زندگی می‌کنند (۳). طبق گزارش سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۷، ایران در این راه نسبت به کشورهایی مثل چین و کره، متاخر محسوب می‌شوند اما به سرعت به سمت سالخوردگی پیش می‌رود (۴). از آنجایی که جمعیت سالمندی با توجه به پیشرفت‌های همه جانبه افزایش یافته و اگر چه این موضوع به عنوان موفقیت در سیستم بهداشتی در کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر قلمداد می‌شود، اما از طرف دیگر دغدغه اصلی در حال حاضر، افزایش عمر نمی‌باشد. بلکه برخورداری از یک وضعیت سلامت ایده آل و با کیفیت است. یکی از عواملی که به نظر می‌رسد بر سلامت سالمندان اثرگذار باشد حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی، به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است که نقش آن به عنوان فرآیند ضربه‌گیر استرس مطرح شده و سودمندی روانشناختی آن ممکن است ناشی از اثر بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب موثر، احساس عزت نفس و مهارت‌های فردی باشد (۵).

حمایت اجتماعی، نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می‌کند و در کاهش آثار منفی استرس‌هایی که به میزان بالا از محیط و جامعه کسب می‌شود نقش دارد همچنین این عامل بر کیفیت زندگی اثر مستقیم خواهد داشت و آسیب‌پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری‌های روانی و

جسمانی کاهش می‌دهد (۶). یکی دیگر از عواملی که روی وضعیت سلامت سالمندان می‌تواند موثر باشد، اعتقادات مذهبی، معنویت و حمایت دینی درک شده از رفتارهای ارتقا سلامت است. Pender، اعتقادات دینی را به عنوان یک متغیر موثر بر حمایت اجتماعی، با رفتارهای ارتقادهنده سلامت، مرتبط می‌داند (۷).

مذهب، به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های اختصاص یافته و تعمیم‌یافته می‌باشد که به عنوان یکی از موثرترین تکیه گاه‌های روانی به شماره می‌رود که قادر است، معنای زندگی را در لحظه لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایطی خاص، نیز فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (۸). نوع فرهنگ و نیز مسؤولیت‌های خاص مردان و زنان در جامعه ما، باعث تاثیرپذیری متفاوت دو جنس از متغیرهای موثر بر رفتارهای ارتقا سلامت و نهایتاً وضعیت سلامت آنها می‌گردد.

نظر به اینکه تاکنون در این زمینه تحقیقی صورت نگرفته است مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر حمایت اجتماعی و حمایت مذهبی درک شده بر وضعیت سلامت زنان و مردان سالمند شهر سی سخت انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۱۲۰ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر انجام شد. شیوه نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده از مراکز بهداشتی درمانی شهر سی سخت استان کهگیلویه و بویراحمد بود. به طوری که از بین پرونده‌های خانوار دارای سالمند بالای ۶۵ سال موجود در مرکز بهداشت، نمونه‌ها به شیوه تصادفی ساده انتخاب گردیدند. میزان حجم نمونه با استفاده از برآورد ضریب همبستگی بین نمره وضعیت سلامت و نمره رفتارهای ارتقادهنده که حداقل ۲۵٪ و با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۰/۸۴، با استفاده از فرمول زیر به دست آمد.

$$n = \frac{(Z1 + Z2)^2 (1 - r^2)}{r^2}$$

برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت سالمندان از پرسشنامه ۱۲ سؤالی SF ۱۲ استفاده گردید. در این پرسشنامه بعد سلامت جسمی توسط سؤال بررسی شد که ۴ سؤال با مقیاس لیکرت ۳ و ۵ گزینه‌ای و ۲ سؤال شامل گزینه بلی و خیر بودند. بعد سلامت روانی نیز شامل ۶ سؤال که ۴ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ و ۶ گزینه‌ای و ۲ سؤال شامل گزینه‌های بلی/خیر بود. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران به تایید رسیده است به طوری که ضریب آلفا کرونباخ بعد جسمانی ۰/۷۳٪ و بعد سلامت روانی ۰/۷۲٪ محاسبه گردید (۱۱). داده‌ها به صورت مصاحبه ساختارمند (حضوری و تلفنی) با سالمندان جمع‌آوری گردیده و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری تی‌مستقل آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۴۹/۲٪ افراد مورد پژوهش زن و ۵۰/۸٪ مرد بودند. میانگین سنی این افراد ۷۳/۱±۶/۹ بود. سایر نتایج در جدول ۱ آمده است.

میانگین نمره وضعیت سلامت ۵۱/۷۵، حمایت اجتماعی درک شده ۷۴/۲۰ و حمایت مذهبی درک شده ۲۱/۹۵ به دست آمد لازم به ذکر است که میانگین نمره‌ها از ۱۰۰ محاسبه شده است.

جدول ۲ میانگین نمره متغیرهای مورد بررسی به تفکیک جنس را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین وضعیت سلامت و جنس رابطه معنی‌داری وجود دارد به نحوی که زنان نسبت به مردان از وضعیت سلامت پایین‌تری برخوردار بودند.

همچنین در مورد متغیرهای حمایت اجتماعی درک شده و حمایت مذهبی درک شده در ارتباط با جنس، رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. به طوری که مردان سالمند نسبت به زنان سالمند به طور معنی‌داری حمایت اجتماعی و مذهبی درک شده بیشتری را گزارش نمودند

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از جلب رضایت و اعتماد سالمندان، اقدام به مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها انجام شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌ای سه بخشی بود. بخش اول مربوط به حمایت اجتماعی درک شده County و همکاران بود که توسط هاشم محمدی و همکاران روایی و پایایی آن محاسبه شده است (۹). در این ابزار حمایت اجتماعی شامل ۳ منبع مجزا: خانواده، دوست، و فرد مهم دیگری برای شخص می‌باشد. هر سه منبع هر کدام ۴ آیتم را به خود اختصاص داده‌اند. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال با طیف لیکرت (کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می‌باشد. کسب نمره بالاتر، به معنای کسب حمایت بیشتر از سوی دوستان، خانواده و سایر افراد مهم بود. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه County و همکاران ۰/۹۱٪، و در مطالعه هاشم محمدی و همکاران ۰/۷۳٪ به دست آمد (۹).

بخش دوم شامل پرسشنامه حمایت مذهبی درک شده بود. این ابزار از دو قسمت تشکیل شده است، در قسمت اول، سالمند به این سؤال باز پاسخ می‌داد که "به نظر شما در دین اسلام انجام چه رفتارهایی مورد توجه و تاکید قرار گرفته که تاثیر زیادی بر روی حفظ و یا ارتقا سلامتی ما دارد؟" به عبارتی قرآن و یا روایاتی که از پیامبر و ائمه معصوم (ع) نقل شده، شامل چه رفتارهایی است که برای سلامتی ما مفید می‌باشد؟" برای این سؤال ۱۵ گزینه در نظر گرفته شده بود که چنانچه سالمند هر یک را نام می‌برد به عنوان پاسخ صحیح در پرسشنامه ثبت می‌گردید. در قسمت دوم ۲۰ پرسش از احادیث و روایاتی که در رابطه با مسایل مختلف بهداشتی وجود دارد از سالمند سوال می‌شد در صورتی که پاسخ سؤال صحیح بود ۲ امتیاز و در صورتی که پاسخ تا حدودی صحیح بود ۱ امتیاز دریافت می‌کرد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه مروتی و همکاران سنجیده شده است به طوری که ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده جهت این پرسشنامه ۰/۷۵٪ بود (۱۰).

ارتباط معنی‌داری دارد ($P < .0/05$) (جدول ۳). به طوری که میانگین نمره کسب شده متغیرهای ذکر شده توسط سالمندانی که با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کنند، بهتر از سایر سالمندان بوده است.

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره وضعیت سلامت سالمندان، حمایت اجتماعی درک شده، حمایت مذهبی درک شده در سالمندان دارای همسر، به طور معنی‌داری بهتر از سالمندانی که همسرشان فوت کرده، می‌باشد ($P < .0/05$).

یافته‌ها نشان داد، بین سن و وضعیت سلامت ($r = -.32$)، افزایش سن وضعیت سلامت سالمندان کاهش می‌یابد. اما بین سن و حمایت اجتماعی درک شده و حمایت مذهبی درک شده ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

نتایج نشان داد بین سطح تحصیلات و حمایت اجتماعی درک شده ($r = .19$) و ($P = .03$) و حمایت مذهبی درک شده ($r = .37$) و ($P = .001$) رابطه معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایش سطح تحصیلات حمایت اجتماعی درک شده و حمایت مذهبی درک شده افزایش یافته است اما بین سطح تحصیلات و وضعیت سلامت سالمندان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > .0/05$). میانگین نمره وضعیت سلامت سالمندان، حمایت مذهبی درک شده با وضعیت زندگی سالمند

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان

فراوانی		تعداد کل = ۱۲۰	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان
درصد	تعداد		
۷۸/۳	۹۴	بی سواد	میزان تحصیلات
۲۱/۷	۲۶	باسواد	
۶۵/۸	۷۹	متاهل	وضعیت تاهل
۳۴/۲	۴۱	همسر فوت شده	
۶۲/۵	۷۵	با همسر و فرزندان	وضعیت زندگی
۲۳/۳	۲۸	با فرزندان	
۰/۸	۱	با اقوام	
۱۳/۳	۱۶	تنها	

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی بر حسب جنس

نتیجه آزمون T	جمع		مرد		زن		جنس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P = .000$	۱۷/۴۳	۵۱/۷۳	۱۸/۹۲	۵۷/۴۷	۱۳/۵۲	۴۵/۸۳	Sf12 وضعیت سلامت سالمندان
$P = .007$	۱۳/۸۴	۷۴/۲۰	۱۲/۷۳	۷۷/۵۵	۱۴/۱۹	۷۰/۷۳	حمایت اجتماعی درک شده
$P = .001$	۱۸/۰۷	۲۱/۹۵	۲۰/۳۶	۲۷/۰۴	۱۳/۶۳	۱۶/۶۹	حمایت مذهبی درک شده

جدول ۳: ماتریس ضریب همبستگی وضعیت سلامت با متغیرهای مورد بررسی

متغیر	وضعیت سلامت	همبستگی
حمایت اجتماعی درک شده	سطح معنی داری	۰/۳۱۷
حمایت مذهبی درک شده	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۱۶۳
** معنی داری در سطح ۰/۰۱	۰/۰۰۵	

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر حمایت اجتماعی و حمایت مذهبی درک شده بر وضعیت سلامت سالمندان انجام شد. نمره کلی وضعیت سلامت درک شده سالمندان این مطالعه ۵۱/۷ بود با توجه به اینکه این نمره در محدوده قابل قبول صفر تا ۱۰۰ قرار دارد می توان نتیجه گرفت که این نمره از سطح پایینی برخوردار است. از طرفی مقایسه وضعیت سلامت مردان و زنان این مطالعه نشان داد که زنان نسبت به مردان از وضعیت سلامت پایینتری برخوردار هستند. نتایج مطالعه Johanson و Wolinsky (۱۲) و مطالعه مروتی و همکاران (۱۳) بیانگر ارتباط معنی دار بین جنس و وضعیت سلامت می باشد. به طوری که مردان نسبت به زنان از وضعیت سلامت بهتری برخوردار بودند. نتایج این مطالعه نیز تایید کننده این مسئله می باشد. Orfila و همکاران در مطالعه ای در اسپانیا تفاوت کیفیت زندگی در زنان و مردان سالمند را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتیجه این تحقیق کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت و این در ارتباط با وجود ناتوانی و بیماری های مزمن در زنان بوده است (۱۴).

در مطالعه Dunlop و همکاران عنوان شد که زنان طول عمر بیشتری دارند و مدت بیشتری را با ناتوانی و بیماری های مزمن به سر می برند (۱۵). Leveille و همکاران نیز موید این مطلب است (۱۶).

گشتاسبی و همکاران، در مطالعه خود گزارش کردند که افراد دارای تحصیلات بالاتر نسبت به افراد با تحصیلات کمتر، از سطح سلامتی بالاتری برخوردارند (۱۷). نتایج این مطالعه نیز موید این موضوع می باشد، زیرا زنان این مطالعه از تحصیلات

پایین تری برخوردار بوده و نسبت به مردان از سطح سلامت پایین تر برخوردار بودند.

در مورد نمره حمایت اجتماعی درک شده سالمندان، نتایج بیانگر سطح بالای میانگین نمره این متغیر (۷۴/۲) نسبت به محدوده قابل اکتساب می باشد.

یافته های این بررسی نشان دهنده رابطه معنی دار حمایت اجتماعی و جنس است (جدول ۱) به طوری که حمایت اجتماعی درک شده در مردان سالمند، بیشتر از زنان سالمند می باشد. مطالعه براتی و همکاران، نیز نشان داد حمایت اجتماعی درک شده زنان نسبت به مردان از سطح پایین برخوردار است (۱۸). در مطالعه Johanson &

Wolinsky نیز عنوان شده که زنان سالمند دارای تعداد بیماری های بیشتری بوده و از سطح سلامتی پایین تری برخوردارند (۱۹). این امر کاملاً منطقی است که با توجه به اینکه در جوامع، مردان مسؤلیت خانواده را بر عهده دارند لذا کسب درآمد و رفع مایحتاج باعث ارتباط بیشتر مردان با اجتماع می گردد. حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناسی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند (۵). در پژوهش هایی نیز بین حمایت اجتماعی بالا و ابتلا به افسردگی ارتباط معکوس مشاهده شده است (۲۰، ۲۱). مطالعه پژوهشگران دانشکده بهداشت عمومی بوستون نشان داد، عدم فعالیت اجتماعی به عنوان خطر برای کاهش عملکرد ذهنی در سالمندان، محسوب می گردد (۲۲).

در مورد حمایت مذهبی درک شده نیز محدوده قابل قبول ۰ تا ۱۰۰ بود که آزمودنی های مورد مطالعه میانگین نمره ۲۱/۹ را کسب نمودند. در مطالعه مروتی و همکاران در محدوده نمره قابل اکتساب ۰ تا ۵۵ میانگین نمره کسب شده ۱۶/۲ بود. با

ارتقا سلامتی که در دین اسلام توصیه شده است نیز مورد توجه قرار گیرد تا از این طریق بتوان وضعیت سلامت سالمندان را ارتقاء داد.

نتیجه گیری

به طور کلی بسیاری از عوامل اجتماعی، فرهنگی، زیست محیطی و اقتصادی وضعیت سلامت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از طرفی زنان نسبت به مردان به دلایل فیزیولوژیک همانند دوران بارداری، شیردهی و نیز یائسگی شانس بیشتری برای ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی‌ها دارند لذا رویکردی مبتنی بر شواهد جهت مدیریت مسایل مرتبط با سلامت سالمندی بانوان، کنترل بیماری‌های قابل انتقال و نیز بیماری‌های غیر قابل انتقال در آنها احساس می‌شود و توجه همه جانبه به وضعیت سلامت زنان سالمند از ضروریات نظام سلامت هر کشور می‌بایست تلقی گردد. از نکات برجسته در مطالعه حاضر، استفاده از سازه‌های حمایت اجتماعی و مذهبی درک شده بود که بر پایه و بنیاد مطالعه کیفی از قبیل بحث گروهی استوار است. از نظر کاربرد نتایج حاصل از مطالعه حاضر دارای کاربردهای پژوهشی، بالینی و مدیریتی است به گونه‌ای که از نظر پژوهشی، پایه‌ای برای پژوهش‌های آینده در زمینه تغییر رفتار سلامت ایجاد می‌نماید. در مدیریت دوران سالمندی و در تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی توسط کارکنان بهداشتی شاغل در واحدهای ارایه‌دهنده خدمات به زنان از نظر بالینی کاربرد و مدیران حوزه سلامت می‌توانند در سیاست‌گذاری‌های خود در مدیریت بیماری‌ها و اقتصاد سلامت مورد توجه قرار دهند.

همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند در برنامه‌های آموزشی به ویژه آموزش سایر مسایل دوران سالمندی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر آن با توجه به این که حمایت اجتماعی و مذهبی درک شده مفاهیمی هستند که قدمت زیادی ندارند و با توجه به نقش کلیدی آنها در سلامت جامعه و از آنجایی که در مطالعات اندکی از مفاهیم مذکور استفاده شده است، لذا می‌تواند در مطالعات دیگر توسعه داده شود و مورد کاربرد قرار گیرد.

وجود بالا بودن نسبی میانگین نمره حمایت مذهبی درک شده در مطالعه مروتی و همکاران نسبت به مطالعه ما، اما در هر دو مطالعه سطح متغیر مورد بررسی بسیار پایین بود. این بدین معنی که سالمندان در هر دو مطالعه درک بالایی از سفارشات دینی که دین اسلام در مورد رفتارهای ارتقا سلامت فرموده است نداشتند.

یافته‌های مطالعه مسعود حاجی زاده با عنوان رابطه عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان نشان داد که میزان عمل به باورهای دینی در مردان بیشتر از زنان بوده است (۲۳).

یافته‌های معتمدی و همکاران نشان داد که گرایش‌های مذهبی نقش معنی‌داری در سالمندی موفق دارند (۲۴).

یافته‌ها مطالعه Leveille نیز نشان می‌دهد که پذیرش مذهب همراه است با سلامتی بیشتر و بیماری کمتر و به عبارتی با افزایش سطح اعتقادات مذهبی، سلامتی فرد نیز افزایش می‌یابد (۲۵).

در مطالعه دیگری با عنوان دین و مرگ و میر در بین سالمندان ساکن در جامعه بیان می‌شود که افرادی که در مراسم مذهبی حاضر می‌شوند، از مرگ و میر کمتر و سلامتی بهتری نسبت به افرادی که در این مراسم حاضر نمی‌شوند برخوردارند (۱).

همانگونه که نتایج این بررسی نشان داد زنان سالمند جامعه نسبت به مردان از حمایت اجتماعی و مذهبی پایین‌تری برخوردار بودند که وضعیت سلامت آنها را نیز تحت تأثیر قرار داده است. بر اساس نتایج این مطالعه و مطالعات دیگری (۲۶-۲۷) حمایت اجتماعی بر وضعیت‌های سلامت و انجام رفتارهای ارتقا سلامت موثر است. لذا پیشنهاد می‌گردد با ایجاد زمینه‌های مناسب مشارکت سالمندان، به خصوص زنان سالمند در خانواده و جامعه و فراهم نمودن فضای مناسب حمایتی در جهت نیل به سالمندی سالم گام برداشته شود. از طرف دیگر حمایت مذهبی درک شده به عنوان یک تأمین کننده حمایت اجتماعی بر روی رفتارهای ارتقای سلامت موثر است لذا پیشنهاد می‌گردد در آموزش‌های این گروه، رفتارهای

که می‌توانست در دقت آنها در پاسخگویی تاثیر بگذارد که در این مطالعه سعی گردید با انجام مصاحبه ساختارمند این مسأله مرتفع گردد.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن آن می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی به صورت مداخله‌ای در این زمینه طراحی و اجرا گردد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه شرایط روانی و عاطفی و همچنین سطح سواد (سالمدان) بود

References

1. Vahdaninia MS, Goshtasbi A, Goshtasb A, Montazeri A., Maftoun F. health-related quality of life in the elderly: a population study. Payesh 2005;4(2): 113-120.[Persian]
2. Tajvar M. Elderly Health and overview of various aspects of their lives. Tehran: Future Generation: 2003.[In Persian]
3. 60 percent of elderly people are living in developing countries.2012. Fars News Agency. Available at: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=13911201001155>. Accessed Sep 17, 2013
4. United Nations. World Population Ageing 2007. Department of Economic and Social Affairs Population Division. Available at: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>
5. Rathus SA. Psychology.8th Ed. London: Thomason; 2007.
6. Oritt EJ, Paul SC, Behrman JA. The perceived support network inventory. Am J community psychol 1985; (325):565-582
7. Pender N J, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion In Nursing Practice.6th Ed. CT.USA: Appleton-Century-Crofts;2010
8. Harooni J. The study of relationship between health status and factors influencing health promotion behaviors using the Pender Health Promotion Model among the elderly in Dena. [MSc Thesis]. Iran, Isfahan , School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, 2012 [In Persian]
9. Mohammad H. Evaluation of Pender health promotion model to predictive quality of life in adolescent girls. [PhD thesis]. Iran, Tehran, Tehran University of Medical Sciences,2009 [In Persian]
10. MorovatiSharifabad MA, Ghofranipour F, BabaeiRouchi Gh, HeidarNia AR. Perceived religious support of health-promoting behaviors and status do these behavior in adults aged 65 and older in the city of Yazd. Yazd University of Medical Sciences and Health Services 2004; 12(1):23-29.[In Persian]
11. Montazeri A,Vahdaninia M , Mousavi SJ,Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internalconsistency and construct validity. BMC public health 2009; 9(1):341.
12. Johanson RJ. Wolinsky FD. The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. Journal of Health and Social Behavior 1993; 34(2): 105-21.
13. Sharif AbadM A. Optimization of health promotion model and evaluation of applying with adult health education theory in the elderly promoting behaviors change in city of Yazd. [PhD thesis]. Tehran, Iran, Tarbiat Modarres University, 2006. [In Persian].
14. Orfila F, Ferre M ,Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. Social Science and Medicine 2006; 9(63):2367-80.
15. Dunlop D. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. American journal of publice Health 1997;87(3):378-83

16. Leveille SG. Aging Successfully until death in old age :opportunities for active life expectancy. *American journal of Epidemiology* 1999; 149(7):645-54.
17. Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdaninia MS, Rahimi foroushani A , Mohammad K. Evaluation of Tehran population of their health status based on gender, education and residential area: a population- based study. *PAYESH* 2003;2(3):183-9 [in Persian]
18. Barati M., Fathi Y, Jalilian F, Atarzadeh N. Evaluation of perceived social support among women women referring mammography clinics in Hamadan, *Regional Conference on Women's Health* (2011). Available at: [http:// www. civilica. com/Paper-REGIONALWOMANHEALTH01-REGIONALWOMANHEALTH01_031.html](http://www.civilica.com/Paper-REGIONALWOMANHEALTH01-REGIONALWOMANHEALTH01_031.html)
19. Johanson R J. & Wolinsky F D. The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Prceived Health. *Journal of Health and Social Bhavior.*1993; 34: 105-121
20. Davis MH, Morris MM, Kraus LA. Relationship Specific and global Perception of social support : Association with well – being and attachment . *J Pers Soc Psychol* 1998;74(2):468-81.
21. Cornwel B .The dynamic Properties of Social Support : Decay , growth ,Staticiy , and Their effects on adolescent depression. *Soc forcs* 2003: 81(3): 953 –78
22. Lee TW, K IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dweling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(3):293-300
23. HadjizAdehMeimandi M, Barghamadi M. The study of the relationship between religious beliefs performance and life satisfaction among the elderly. *Iranian Journal of Ageing* 2010 ;5(15):87-94.[in Persian].
24. Moatamedi A, Ejei J, Azadfallah P, Kyamanesh A. The Relationship between Religious Tendency and Successful Aging. *cpap* 2005; 1 (10):43-56. [In Persian].
25. Levin JS. Religion in aging and Health. *Theoretical fundation and Methodological frontiers.* SAGE Focus Editions. Eastern Virginia Medical School: SAGE Publications, Inc;1994
26. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams LB. Social support and health-promotion lifestyle of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 2000.
27. Angela J Gillis RN. Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*1993;18(3):345-53

Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men

Javad Harooni¹, Akbar Hassanzadeh², Arash Salahshoori³, Fatemeh Poorhaji⁴,
Firoozeh Mostafavi⁵

Original Article

Abstract

Background: Social capital as norms of community system causes promoting level of community participation. Different factors influencing level of perceived social capital. This study aimed at assessing relationship between perceived social capital and related factors in employees of Ray District Health Center.

Methods: This cross sectional study conducted in 2012. The sample size was 140 staffs and data collected through stratified sampling method. The instrument of this study consisted of two part; demographic information (6 items) and social capital instrument Bullen (36 items). The data analyzed using SPSS version 18 with using T-Test, Pearson correlation and ANOVA tests.

Findings: The total mean of perceived social capital among participants was 47.82 ± 14.37 . Domains of social capital showed a significant association with age, gender, marital status and economic status ($P < 0.05$). Moreover, there was no association between domains of social capital and level of education, employment status and workplace.

Conclusion: According to the findings, strengthening social capital in a community will lead to social activities improvement among staff, also equal distribution of resources and facilities welfare should be considered.

Keywords: Perceived social capital, employee, Ray District Health Center

Citation: Harooni J, Hassanzadeh A, Salahshoori A, Poorhaji F, Mostafavi F. **Investigation impact of perceived social and religious support on health status of the elderly Women and Men.** J Health Syst Res 2013; 9(11): 1230-1238

Received date: 13/02/2013

Accept date: 25/08/2013

1. PhD Candidate, Health Education and Promotion, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran
2. Lecturer, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc student of Health Education, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. MSc students of Health education and health promotion, Student Research Committee, Health Department of health and management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mostafavi@hlth.mui.ac.ir