



Research Article

The Study of the Association between Perceived Social Support and Social Health of the Elderly in Khorramabad City

Reza Hosseinabadi ¹, , Shoorangiz Biranvand ¹, Somayeh Mirzayee Sharifi ², Khatereh Anbari ³, Seyyed Hamid Nabavi ⁴, Tahereh Mansouri ^{5,*}, 

¹ Instructor, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

² Bachelor of Nursing, Shahid Rhaimi Hospital, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

³ Associate Professor, Faculty of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

⁴ Instructor Gerontological Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran

⁵ PhD Candidate, Department of Gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Tahereh Mansouri, PhD Candidate, Department of Gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: mansoori87@yahoo.com

DOI: [10.21859/nkjmd-110109](https://doi.org/10.21859/nkjmd-110109)

How to Cite this Article:

Hosseinabadi R, Biranvand S, Mirzayee Sharifi S, Anbari K, Nabavi SH, Mansouri T. The Study of the Association between Perceived Social Support and Social Health of the Elderly in Khorramabad City. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2019; **11**(1):65-72. DOI: 10.21859/nkjmd-110109

Received: 08 Aug 2018

Accepted: 03 Feb 2019

Keywords:

Elderly
Social Support
Social Well-being
Social Participation

Abstract

Introduction: Social support is one of the factors influencing social well-being and successful aging. This study was conducted to determine the association between social support and social well-being of elderly people in Khorramabad.

Methods: In this descriptive-correlational study, 462 community dwelling elderly people living in Khorramabad were selected from health centers using multistage random sampling. Perceived social support and social well-being were assessed using standard questionnaire through a face-to-face interview. The data were analyzed by the SPSS software version 20, using descriptive and analytical statistics including Pearson and Spearman correlation coefficient, chi-square and independent t-test.

Results: The findings showed that the older residents of the Khorramabad have relatively good social support and moderate social well-being. There was also a weak to moderate relationship between receiving social support of the family, friends and significant others with social well-being and its dimensions. But, there was no significant relationship between perceived social support and social solidarity. In addition, there was a significant relationship between age, education and living arrangements and some subscales of social support and social well-being.

Conclusions: The findings of this study indicate the relationship between social support and social well-being of the elderly. Enhancing family relationships, providing social participation conditions for the elderly at the national and local level are among the strategies for strengthening the social health of the elderly.



بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی سالمندان در شهر خرم آباد

رضا حسین آبادی^۱، شورانگیز بیرانوند^۱، سمیه میرزایی شریفی^۲، خاطره عنبری^۳، سیدحمید نبوی^۴، طاهره منصوری^{۵*}

^۱ مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
^۲ پرستار، بیمارستان شهید رحیمی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
^۴ مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
^۵ دانشجوی دکتری، گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: طاهره منصوری، دانشجوی دکتری، گروه سالمندی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: mansoori87@yahoo.com

DOI: 10.21859/nkjms-110109

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۷	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۴	مقدمه: حمایت اجتماعی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی و سالمندی موفق است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان ساکن شهر خرم آباد انجام گرفت.
واژگان کلیدی:	روش کار: در این مطالعه توصیفی همبستگی تعداد ۴۶۲ سالمند ۶۰ سال و بالاتر به روش تصادفی چند مرحله‌ای از سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت انتخاب شدند. وضعیت حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی آنان با استفاده از پرسشنامه و به روش مصاحبه حضوری بررسی گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های کای اسکوتر، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید.
سالمندان	یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد سالمندان ساکن شهر خرم آباد از حمایت اجتماعی نسبتاً خوب و سلامت اجتماعی متوسطی برخوردارند.
حمایت اجتماعی	بین حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی با سلامت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن ارتباط ضعیف تا متوسط وجود داشت. اما حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن با همبستگی اجتماعی ارتباط معنی‌داری نداشتند. علاوه‌براین بین سن، تحصیلات و ترتیب زندگی و برخی خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی ارتباط معنی‌دار وجود داشت.
سلامت اجتماعی	نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی اتخاذ سیاست‌های تقویت ارتباطات خانوادگی و فراهم نمودن شرایط مشارکت اجتماعی در سطح ملی و محلی از جمله راهکارهای تقویت سلامت اجتماعی سالمندان است.
مشارکت اجتماعی	

مقدمه

عاطفی افراد کمک می‌نماید. تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند [۵]. حمایت اجتماعی از موضوعات کلیدی و تاثیرگذار در سالمندی موفق است [۶]. شواهد نشان می‌دهد سطوح بالای حمایت اجتماعی درک شده با پیامدهای سلامتی شامل احتمال کمتر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، کاهش ظرفیت عملکردی در سنین سالمندی و کاهش بروز افسردگی و اضطراب ارتباط دارد [۵، ۷-۹]. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های اساسی سلامت از طریق تعدیل اثرات استرس و افسردگی تأثیر مثبتی بر بهزیستی [۱۰-۱۲]، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی دارد [۱۳]. مرور مطالعات نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۴]. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد مهم سلامت است [۱۵] و به معنی ارزیابی و شناخت فرد

جمعیت سالمندان بخصوص در جوامع رو به توسعه به سرعت رو به افزایش است [۱]. در ایران نیز بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ شاهد رشد جمعیت سالمندان در کشور هستیم [۲]. در گذشته با توجه به وضعیت اقتصادی و اجتماعی، افراد روابط بیشتری با هم داشتند و سالمندان از ارزش و احترام بیشتری برخوردار بودند [۳]. اما ساختار خانواده نسبت به قبل تغییر کرده است و خانواده‌ها بیشتر هسته‌ای شده‌اند. ظهور خانواده‌های هسته‌ای زندگی اجتماعی سالمندان را تحت تأثیر قرار داده است [۴]. این موضوع در کنار تغییر ساختار اقتصادی و اجتماعی، روابط سالمندان با دوستان، همسایگان و سایرین را تحت تأثیر قرار داده است. از سوی دیگر در سالمندی با از دست دادن ارتباطات اجتماعی، روابط فرد با دیگران کم می‌شود. کاهش روابط اجتماعی بر حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل ارتقا دهنده سلامت در دوران سالمندی تأثیر دارد [۳]. حمایت اجتماعی به تحقق نیازهای واقعی و

عشایر زیادی بصورت اجباری و یا اختیاری در آن اسکان داده شده‌اند. آمار دقیقی از جمعیت عشایری شهر در دسترس نیست. با این حال به نظر می‌رسد بیشتر جمعیت این شهر اصالت عشایری داشته باشند. بسیاری از سالمندان شهر خرم آباد هنوز به عشایر بودن خود افتخار می‌کنند و در مشارکت‌های سیاسی اجتماعی همچون انتخابات، طایفه‌گرایی نقش مهمی ایفا می‌نماید. به نظر می‌رسد جامعه سالمندان ساکن شهر خرم‌آباد به دلیل تفاوت‌های قومیتی و ترکیب جمعیتی شامل سالمندان اصیل شهری و سالمندان با پیشینه عشایری جمعیتی منحصر بفرد بوده و پرداختن به وضعیت سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی آنها جالب توجه می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان مقیم شهر خرم‌آباد صورت گرفت.

روش کار

در این مطالعه توصیفی همبستگی که در سال ۱۳۹۶ انجام شد، تعداد ۴۶۲ سالمند ساکن شهر خرم‌آباد به روش تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که ابتدا شهر خرم‌آباد بر اساس نقشه به ۵ منطقه (خوشه) شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم گردید. از بین پایگاه‌های هر منطقه، سه پایگاه بهداشتی درمانی و در مجموع از کل سطح شهر خرم‌آباد، ۱۵ پایگاه به روش غیر تصادفی انتخاب گردید. سپس در هر پایگاه، ابتدا جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر برآورد گردید و در نهایت متناسب با تعداد افراد سالمند تحت پوشش سهم هر پایگاه از حجم نمونه نهایی محاسبه و به روش تصادفی وارد مطالعه شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات انجام‌شده و در نظر گرفتن اثر طرح، ۴۶۰ نفر تعیین شد [۱۷]. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه متغیرهای جمعیت‌شناختی، پرسشنامه حمایت اجتماعی و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز بود. پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت زندگی و تعداد فرزندان بود. پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس بر اساس تعریف کوب از حمایت اجتماعی تهیه شده است. کوب حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت و مساعدت و نیز توجه اعضای خانواده و دوستان و سایر افراد تعریف کرده است [۱۱].

این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که سه حیطه خانواده، دوستان و آشنایان را در بر می‌گیرد. ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده، ۸ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده مقیاس آشنایان اختصاص یافته است. پاسخ سؤالات پرسشنامه بصورت لیکرت چهار درجه‌ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف ساخته شده است [۲۴]. ابراهیمی قوام در پژوهش خود سیستم دو درجه‌ای بلی، خیر را برای این مقیاس تهیه کرده و آلفای کورنباخ ۰/۹ را برای پرسشنامه گزارش کرده است [۲۵]. همچنین جهت سنجش سلامت اجتماعی پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز شامل ۲۰ سؤال در ۵ خرده مقیاس انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی است.

هر گویه دارای ۵ امتیاز است که پاسخ دهنده برای پاسخ گویی 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

از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، خویشان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست. 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) است. انسجام اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در گروه‌های اجتماعی و پذیرش اجتماعی به معنی این است که فرد اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی درک نموده و به افراد جامعه اطمینان داشته باشد. مشارکت اجتماعی باوری است که بر اساس آن فرد خود را عضو مهم اجتماع می‌داند و انطباق اجتماعی به معنای درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی است. شکوفایی اجتماعی نیز به این معنا است که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و اعضای اجتماع شناسایی می‌شود [۱۶]. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف در خانواده و اجتماع بروز دهد و با خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند در قالب هنجارهای اجتماعی موجود ارتباط برقرار نماید. سلامت اجتماعی در خانواده باعث می‌شود که افراد در جامعه دارای انگیزه و روحیه شاد باشند و در نهایت جامعه شاداب، پویا، در حال توسعه و پایدار باشد [۵].

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی متأثر از روابط بین‌فردی و حمایت اجتماعی است [۱۷]. حمایت اجتماعی درک شده به عوامل شخصیتی، محیطی و فرهنگی وابستگی زیادی دارد و از این طریق می‌تواند بر سلامت اجتماعی تأثیر داشته باشد [۱۸]. حمایت اجتماعی دوجانبه است و به معنی تبادلاتی است که بین افراد رخ می‌دهد. هنجارهای هدایت‌کننده این تبادلات به عنوان جنبه مهمی از ارتباطات عاطفی به مقدار زیادی تحت تأثیر فرهنگ‌های مختلف قرار می‌گیرد و دلیل آن تفاوت سطح مورد تأیید وابستگی فردی در فرهنگ‌های مختلف است [۱۹، ۲۰]. مثلاً در فرهنگ‌های غربی سالمندان ترجیح می‌دهند ارائه‌کننده حمایت باشند در حالیکه در فرهنگ‌های شرقی سالمندان می‌خواهند دریافت‌کننده حمایت از سوی دیگران، بخصوص فرزندان باشند [۲۱]. افراد برخاسته از زمینه‌های فرهنگی مختلف در عین داشتن شبکه حمایتی مشابه، ممکن است بطور متفاوتی از حمایت اجتماعی تأثیر بپذیرند و برای جلب حمایت رفتارهای متفاوتی از خود نشان دهند و انتظاراتشان از حمایت دریافت شده و میزان فایده درک شده از آن متفاوت باشد [۲۲].

اگرچه مطالعاتی در خصوص سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی در شهرهای مختلف کشور انجام گرفته است و رابطه معنی دار این دو متغیر را گزارش کرده‌اند با این حال نتایج این مطالعات کامل نیست. در این مطالعات وضعیت کلی سلامت اجتماعی چندان واضح بیان نشده و به قدرت رابطه نیز پرداخته نشده است. تنها در مطالعه زاهدی‌اصل مقدار رابطه گزارش شده‌است [۱۷، ۲۳]. علاوه بر این، تنوع فرهنگی در کشور ایران زیاد است و اقوام مختلف کرد، لر، بلوچ، عرب و غیره با فرهنگ‌هایی متفاوت در مناطق مختلف کشور زندگی می‌کنند و تفاوت‌های فرهنگی یکی از عوامل مهمی است که ضرورت انجام پژوهش در این زمینه را مشخص می‌سازد. خرم‌آباد یکی از شهرهایی است که

یافته‌ها

نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک نشان داد که ۵۰/۲٪ (۲۳۲ نفر) از نمونه‌ها مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سنی نمونه‌های مورد پژوهش $67/9 \pm 7/34$ بود. حداقل سن نمونه‌های پژوهش ۶۰ و حداکثر ۹۳ سال بود. اکثر نمونه‌ها در گروه سنی ۶۰-۶۹ بودند. (جدول ۱) میانگین تعداد فرزندان $5/62 \pm 2/52$ و حداکثر تعداد فرزندان ۱۵ بود. میانگین تعداد فرزندان پسر $2/7 \pm 1/56$ و میانگین تعداد فرزندان دختر سالمندان شرکت کننده در پژوهش $2/9 \pm 1/93$ بود. نتایج یافته‌ها نشان داد که سالمندان شهر خرم‌آباد از نظر سلامت اجتماعی وضعیت متوسط ($62/7 \pm 10/78$) و از نظر نمره حمایت اجتماعی درک شده وضعیت نسبتاً خوبی ($17/87 \pm 4/41$) دارند. نتایج بررسی ارتباط خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن حاکی از ارتباط معنی‌دار حمایت خانواده با همه خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی به جز همبستگی اجتماعی بود و ضریب همبستگی بین انسجام اجتماعی، سلامت اجتماعی و حمایت خانواده بیشتر از سایر خرده‌مقیاس‌ها بود. بررسی سایر خرده‌مقیاس‌ها نیز نشان داد که انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی ارتباط قوی‌تری با حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن دارند و خرده‌مقیاس همبستگی اجتماعی با نمره کل حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۲).

ضعیف گزارش می‌گردد. در ایران، خلیلی و همکاران در مطالعه خود روایی و پایایی این پرسشنامه را مناسب گزارش نمودند [۱۶، ۱۷]. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه و توسط پرسشگر آموزش دیده تکمیل گردید. بدین صورت که پرسشگر با مراجعه به مراکز بهداشتی منتخب تعداد نمونه لازم و واجد شرایط را از بین سالمندان مراجعه کننده به این مراکز انتخاب کرد و سپس در محیطی مناسب و آرام و با در نظر گرفتن شرایط سالمند اقدام به تکمیل پرسشنامه نمود. شرایط ورود به مطالعه سن ۶۰ سال و بالاتر، توانایی برقراری ارتباط و نداشتن مشکلات شناختی بود که با استفاده از آزمون کوتاه شده شناختی (AMT: Abbreviated Mental Test Score) افرادی که مشکوک به داشتن مشکل شناختی بودند از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه کوتاه شده شناختی شامل ۱۰ سؤال برای بررسی وضعیت شناختی سالمندان است و حداکثر نمره آزمون نیز ۱۰ می‌باشد.

کسب نمره ۷ و بالاتر از این پرسشنامه به منزله نداشتن مشکل شناختی است. فروغان و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹ گزارش نموده‌اند [۲۶]. از همه نمونه‌ها رضایت شفاهی جهت مشارکت در مطالعه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات‌شان محرمانه خواهد ماند. در نهایت داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون‌های کای‌اسکویر، T مستقل، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد (%)	حمایت دوستان	حمایت خانواده	حمایت افراد مهم زندگی	حمایت کل	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی
سن		F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)
۶۰-۶۹	۲۹۷(۶۴/۳)	۱/۳۰۵	۳/۹۹	۰/۳۶۴	۰/۷۰۳	۰/۹۵۵	۰/۵۴۶	۱/۷۱	۱/۱۱	۴/۸۴	۱/۰۳
۷۰-۷۹	۱۱۸(۲۵/۵)										
۸۰-۸۹	۴۱(۸/۹)										
>۹۰	۵(۱/۱)										
تحصیلات		F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)
بی سواد	۲۱۷(۴۷)	۰/۹۸	۲/۱۶	۰/۶۶۵	۱/۳۴	۱/۰۰	۰/۶۸۵	۳/۴۵	۲/۲۰	۲/۳۹	۴/۴۸
دیپلم و پایین‌تر	۱۳۹(۳۰/۱)										
دیپلم دانشگاهی	۵۰(۱۰/۸)										
	۵۵(۱۱/۹)										
ترتیب زندگی		F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)	F(sig)
تنها	۳۸(۸/۲)	۱/۰۴	۷/۴۸	۳/۱۲	۳/۴۳	۲/۸۲	۰/۰۰۴	۲/۹۹	۱/۱۶	۳/۱۶	۶/۵۸
با همسر و فرزند	۳۰۲(۶۵/۴)										
با فرزند و فامیل	۱۱۹(۲۵/۸)										

بین دو جنس وجود داشت بدین صورت که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده از افراد مهم زندگی در زنان سالمند بیشتر از مردان است، درحالی‌که مردان سالمند مشارکت اجتماعی بیشتری دارند ($P < 0/05$).

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک توسط آزمون‌های تی مستقل و آنوا نشان داد که از نظر حمایت اجتماعی افراد مهم زندگی ($P = 0/04$ ، $t = -2/03$) و مشارکت اجتماعی ($P = 0/01$ ، $t = 2/54$) تفاوت معنی‌داری

از نظر سایر خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود نداشت ($P>0/05$) (جدول ۳). از نظر وضعیت تأهل با توجه به تعداد کم افراد مجرد و مطلقه مقایسه بین دو گروه سالمندان متأهل و بیوه صورت گرفت و نتایج نشان داد که از نظر حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت ($P>0/05$). لازم به ذکر است که معنی‌داری تفاوت حمایت دریافتی از خانواده ($P=0/052$) و نمره کل حمایت اجتماعی ($P=0/061$) در دو گروه سالمندان بیوه و متأهل نزدیک به مرز بود. اما نمره مشارکت اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی بصورت معنی‌داری در سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان بیوه بود ($P=0/001$). نتایج آزمون آنوا نیز نشان داد که بین سن و حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده ارتباط معنی‌داری وجود دارد و میزان حمایت اجتماعی دریافتی از خانواده در سالمندان ۶۰-۶۹ سال بیشتر از سالمندان ۷۰-۷۹ سال است ($P=0/01$) اما از نظر میزان سلامت اجتماعی تفاوتی در چهار گروه سنی وجود نداشت ($P>0/05$). بررسی ارتباط میزان

تحصیلات با حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز نشان داد که نمره انسجام اجتماعی و نمره کل سلامت اجتماعی بطور معنی‌داری در افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر است ($P=0/004$). کمترین میزان نمره این دو متغیر مربوط به سالمندان بیسواد و بیشترین نمره مربوط به سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین نتایج تحلیل داده‌ها حاکی از ارتباط ترتیب زندگی و دریافت حمایت اجتماعی بود و سالمندانی که با همسر و یا با فرزندان و فامیل زندگی می‌کردند به ترتیب بیشترین حمایت را از خانواده دریافت نموده بودند، درحالی‌که سالمندان تنها، از نظر حمایت اجتماعی خانواده نمره کمتری دریافت نمودند. از نظر دریافت حمایت از افراد مهم زندگی اگرچه آزمون آنوا تفاوت معنی‌داری از نظر ترتیب زندگی نشان داد با این حال نتایج آزمون تعقیبی این تفاوت معنی‌دار نبود. از نظر خرده‌مقیاس‌های سلامت اجتماعی نیز تفاوت معنی‌داری از نظر مشارکت اجتماعی وجود داشت و سالمندانی که با همسر خود زندگی می‌کردند به طور معنی‌داری نمره مشارکت اجتماعی بیشتری داشتند.

جدول ۲: ضرایب همبستگی نمرات حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها

شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	سلامت اجتماعی
ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی
حمایت خانواده	**۰/۱۸۱	-۰/۰۰۷	**۰/۳۳۳	**۰/۱۹۰	**۰/۳۰۳
حمایت افراد مهم زندگی	**۰/۲۰۸	۰/۰۷۸	**۰/۳۵۳	**۰/۳۳۵	**۰/۳۶۹
حمایت دوستان	**۰/۱۸۷	۰/۰۰۱	**۰/۳۴۹	**۰/۳۵۶	**۰/۳۴۱
نمره کل حمایت اجتماعی	**۰/۲۱۹	۰/۰۲۳	**۰/۳۹۶	**۰/۳۶۵	**۰/۴۳۰

جدول ۳: مقایسه نمرات سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی سالمندان مرد و زن

متغیر	Mean (SD)	جنس	t	P-Value
مرد				
زن				
Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
حمایت دوستان	۵/۲۶(۱/۸۷)	۵/۲۶(۱/۸۸)	۰/۱۲	۰/۹۹۱
حمایت خانواده	۶/۵۲(۱/۵۶)	۶/۴۰(۱/۴۸)	-۱/۰۸	۰/۲۴۸
حمایت افراد مهم زندگی	۶/۱۷(۱/۷۴)	۶/۳۳(۱/۸۳)	-۲/۰۳	*۰/۰۴۲
حمایت اجتماعی کل	۱۷/۸۷(۴/۴۱)	۱۸/۰۳(۴/۴۰)	-۰/۷۷	۰/۴۳۸
شکوفایی اجتماعی	۱۴/۸۷(۲/۱۳)	۱۴/۸۲(۲/۶۲)	۰/۴۳	۰/۶۶۷
همبستگی اجتماعی	۸/۳۳(۲/۳۵)	۸/۲۲(۲/۳۸)	۰/۹۷	۰/۳۲۸
انسجام اجتماعی	۱۱/۶۶(۲/۴۲)	۱۱/۷۱(۲/۲۴)	-۰/۴۳	۰/۶۶۸
پذیرش اجتماعی	۱۳/۶۳(۳/۳۴)	۱۳/۵۴(۳/۴۱)	۰/۵۸	۰/۵۶۱
مشارکت اجتماعی	۱۵/۵۷(۵/۳۷)	۱۶/۹۳(۴/۹۳)	۲/۴۸	*۰/۰۱۰
سلامت اجتماعی	۶۲/۷(۱۰/۷۸)	۶۲/۰۶(۱۰/۹۷)	۱/۴۱	۰/۱۵۸

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان انجام پذیرفت. نتایج نشان داد سالمندان ساکن شهر خرم‌آباد از نظر سلامت اجتماعی وضعیت متوسط و از نظر حمایت اجتماعی وضعیت نسبتاً خوبی دارند. به نظر می‌رسد در جامعه شهری خرم‌آباد در مقایسه با شهرهای توسعه یافته کشور، هنوز روابط نزدیک و پیوندهای قوی خانوادگی وجود دارد و سطح حمایت اجتماعی مشاهده شده در این مطالعه دور از انتظار نبود. خلیلی و همکاران حمایت اجتماعی در سالمندان شهر اصفهان را در حد متوسط گزارش نمودند [۱۷]. نتایج بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و جنس حاکی از ارتباط

معنی‌دار جنس و دریافت حمایت از افراد مهم زندگی بود و زنان سالمند از این گروه حمایت بیشتری دریافت می‌کردند. نتایج مطالعه خلیلی و همکاران و بری و همکاران حاکی از دریافت کمتر حمایت اجتماعی در همه ابعاد خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی توسط زنان سالمند بود. به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی توجیه‌کننده تفاوت یافته‌های مطالعه در این خصوص باشد [۱۷، ۲۷]. در این مطالعه بین سالمندان متأهل و بیوه تفاوت معنی‌داری از نظر حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی وجود نداشت. این نتایج با یافته‌های خلیلی و همکاران و مطالعه بری هم خوانی ندارد

[۱۷، ۲۸]. در مطالعه این دو محقق تفاوت حمایت اجتماعی دریافت شده از خانواده، افراد مهم زندگی و دوستان و همینطور نمره کل حمایت اجتماعی بصورت معنی‌داری در سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان بیوه بود. مرور نتایج مربوط به ترتیب زندگی و حمایت اجتماعی در این مطالعه نشان داد، سالمندانی که با همسر و فرزندان و یا فامیل و فرزندان زندگی می‌کنند حمایت بیشتری از سوی خانواده دریافت می‌کنند. با توجه به فرهنگ مردم لرستان و همین‌طور میانگین بالای تعداد فرزندان خانواده در این مطالعه به نظر می‌رسد فرزندان یکی از منابع مهم حمایت از سالمندان بیوه باشند. یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش بالاتر بودن مشارکت اجتماعی مردان نسبت به زنان سالمند بود. این نتایج با یافته‌های مطالعات انجام شده توسط شاپیرو و کییز مطابقت دارد [۱۶، ۲۷]. در مطالعه طولی جیوراز و همکاران مشارکت اجتماعی مردان سالمند کمتر از زنان بود [۲۹]. دلیل این یافته تا حدودی به وضعیت فرهنگی کشورمان مربوط است که در آن بخصوص زنان سالمند مشارکت کمتری در جامعه داشته و همچون گذشته ترجیح می‌دهند در خانه بمانند و خانه‌داری کنند. بخشی دیگر از مشارکت اجتماعی پایین‌تر زنان سالمند در مقایسه با مردان مربوط به دوران قبل از سالمندی است که زنان بطور کلی مشارکت اجتماعی پایین‌تری نسبت به مردان دارند [۳۰]. بر اساس نظریه تداوم افراد یک الگوی ثابت رفتار را به موازات افزایش سن، حفظ می‌کنند و شخصیت اصلی، نگرش‌ها و رفتارها در طول دوره زندگی، ثابت باقی می‌ماند. افراد با افزایش سن، بیشتر و بیشتر شبیه آن چیزی می‌شوند که در جوانی بودند از این رو افرادی که اغلب غیرفعال و غیراجتماعی بوده‌اند، تمایلی به فعال بودن در دوران سالمندی ندارند [۳۱]. طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان، تحصیلات پایین‌تر، درآمد کمتر و فقر بیشتر زنان سالمند، نگاه منفی جامعه و توانایی کمتر برای دفاع از حقوق انسانی و اجتماعی خود از جمله عوامل مؤثر در مشارکت اجتماعی کمتر زنان سالمند است [۳۰].

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد سالمندان متأهل مشارکت اجتماعی بیشتری دارند. در اغلب مطالعات انجام شده در داخل کشور سالمندان متأهل از نظر مشارکت اجتماعی وضعیت بهتری دارند. اما در مطالعات خارج کشور از جمله مطالعه لی و همکاران و سیر و همکاران سالمندان متأهل میزان مشارکت اجتماعی کمتری داشتند [۳۲، ۳۳]. یکی از دلایل این تفاوت امکان برخورداری بیشتر سالمندان ایرانی از شبکه حمایتی شامل فرزندان، بستگان و دوستان می‌باشد که خود باعث برخورداری از حمایت عاطفی و حس تعلق در آن‌ها می‌گردد [۳۴]. در این مطالعه سلامت اجتماعی افراد با تحصیلات بالاتر بطور معنی‌داری بیشتر از افراد با تحصیلات پایین‌تر بود. این نتایج با یافته‌های خلیلی و همکاران و وحدانی‌نیا و همکاران مطابقت دارد. تحصیلات نقش مهمی در تعلق پذیری به اجتماع دارد. افراد باسواد خود را عضو حیاتی و با ارزش جامعه دانسته و سعی می‌کنند مدام کیفیت روابط بین‌فردی خود در گروه‌های اجتماعی که در آن عضویت دارند را مورد ارزیابی قرار داده و بهبود بخشند [۱۷]. یافته‌های یک مطالعه طولی برخی از عوامل مربوط به مشارکت کم سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی را فقر، تحصیلات پایین، و از دست دادن همسر عنوان کرده است، که با نتایج ما در این مطالعه مطابقت دارد [۲۹]. یکی از نتایج دیگر این مطالعه ارتباط معنی‌دار حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی

و سلامت اجتماعی بود. به نظر می‌رسد خانواده و دوستان نزدیک هنوز نقش محوری در حمایت از اعضای خود داشته و اعضای خانواده منبع اصلی حمایت اجتماعی هستند. یافته‌های نتایج تحقیقات ونجر و جروم، هم راستا با یافته‌های ماست [۳۵]. بر اساس تئوری انتخاب اجتماعی-عاطفی در دوران سالمندی افراد با هدف ارتقای سلامت عاطفی روابط و شبکه اجتماعی خود را باز تعریف نموده و از ارتباطات حاشیه‌ای پرهیز می‌نمایند. لذا تعاملات سالمندان بیشتر متوجه افراد خانواده و دوستان نزدیکی است که حمایت عاطفی از سالمند به عمل می‌آورند [۳۶، ۳۷]. نتایج ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در این مطالعه حاکی از ارتباط متوسط بین این دو متغیر بود. یافته‌های مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز حاکی از ارتباط این دو متغیر است. مطالعه زاهدی اصل و درویشی فرد مقدار رابطه ۰/۲۶۹ گزارش کرده‌اند [۲۳]. اما خلیلی و سیف زاده تنها معنا دار بودن رابطه را گزارش نموده‌اند. همچنین یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که سالمندان شهر خرم‌آباد از نظر وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان نسبت به مطالعه خلیلی وضعیت بهتری دارند [۵، ۱۷]. وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان در این مطالعه با سلامت اجتماعی سالمندان کلانشهر تهران در مطالعه سیر و باباخانیان تطابق دارد. سیر و باباخانیان نمره سلامت اجتماعی سالمندان شهر تهران را ۶۲/۸ گزارش نمودند [۳۸]. در این مطالعه همبستگی اجتماعی ارتباط معنی‌داری با حمایت اجتماعی از خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی نداشت. همبستگی اجتماعی به عنوان الگوهای تعامل اجتماعی با ساکنین محله و فرایندهای مرتبط با دستیابی به ارزش‌های مشترک تعریف شده است، طوری که فرد احساس کند جزیی از جامعه است [۳۹، ۴۰]. دلیل معنی دار نشدن رابطه ممکن است تأثیر پذیری همبستگی اجتماعی از محیط اجتماعی محل زندگی فرد و تعامل با هم محله‌ای‌ها باشد تا افراد خانواده و نزدیکان سالمند [۴۱].

نتایج این پژوهش در کل حاکی از ارتباط معنی‌دار حمایت اجتماعی درک شده و سلامت اجتماعی سالمندان بود. عضویت در شبکه‌های اجتماعی زمینه مشارکت در رویدادهای اجتماعی و ایفای نقش‌های اجتماعی، شغلی، خانوادگی و والدینی را برای فرد فراهم نموده و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد. در واقع بر طبق نتایج به دست آمده و با استناد به نظریه‌های شبکه اجتماعی می‌توان اظهار داشت که شبکه اجتماعی افراد می‌تواند حمایت‌هایی نظیر حمایت‌های مادی، عاطفی و اطلاعاتی را در اختیار افراد قرار داده تا در هنگام بروز تنش و موقعیتهای استرس‌زا و یا دیگر مواقع لازم بتوانند از این منابع حمایتی استفاده نموده. و آسیب‌های ناشی از موقعیتهای پیش رو در زندگی را به حداقل برسانند. بر این اساس شبکه‌های اجتماعی در تقویت سلامت اجتماعی افراد تاثیرگذار هستند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم دسترسی به همه سالمندان ساکن شهر خرم‌آباد بود، این مطالعه در مراکز جامع سلامت شهر خرم‌آباد انجام شد و از آنجا که انتخاب نمونه‌ها بصورت تصادفی از بین پرونده‌های موجود انجام پذیرفت، سالمندانی بودند که پس از تماس تلفنی مراجعه نمودند و به دلیل محدودیت در منابع مالی و انسانی امکان مراجعه به درب منزل آنها وجود نداشت. همچنین سالمندانی که

سیاسگزاری

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری بابت حمایت مالی طرح (LUMS.REC.1394.68) و نیز کلیه عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند خصوصاً سالمندان شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

وجود ندارد.

References

- Shrestha LB. Population aging in developing countries. Health Aff (Millwood). 2000;19(3):204-12. [pmid: 10812800](#)
- Statistical Centre of Iran. [Abstract the results of general census of population and housing]. Iran: Statistical Centre of Iran, 2017.
- Farzaneh S, Alizadeh S. Investigating social determinants of social health of Babols older adults. J Sociocult Change. 2013;2(1):183-202.
- Sheykhi M. Social Security and the Elderly People's Pathology in Tehran: A Sociological Study. Iran J Aging 2008;2(4):454-61.
- Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study: Azarshahr. J Gerontol. 2016;1(1):40-7.
- Howie LO, Troutman-Jordan M, Newman AM. Social support and successful aging in assisted living residents. Educ Gerontol. 2014;40(1):61-70.
- Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. Relationship between social support and subjective well-being in older adults. Iran J Ageing. 2015;10(3):110-9.
- Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rashedi V. Relationship between social support and mental health in older adults. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2014;57(7):841-6.
- Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani AA. Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran. Arch Rehabil. 2013;14(2):110-5.
- Rashedi V. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. J North Khorasan Univ Med Sci. 2013;5(2):351-6.
- Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-14. [pmid: 981490](#)
- Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. Br J Med Psychol. 1988;61 (Pt 1)(1):17-36. [pmid: 3282536](#)
- Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. J Counsel Psychol. 1996;43(4):480.
- Movahed E, Pourreza A, Rahimi Foroshani A. The effect of social support on the health of the elderly in Tehran. J Hosp. 2015;13(4):115-21.
- Organization WH. A State of Complete Physical Mental and Social Well-Being and Not Merely the Absence of Disease or Infirmary. Geneva: WHO; 2006.
- Keyes CLM. Social well-being. Social psychology quarterly. 1998;121-40.
- Khalili F, Sam S, Shariferad G, Hassanzadeh A, Kazemi M. The relationship between perceived social support and social health of elderly. J Health Syst Res. 2012;7(6):1216-25.
- Gottlieb BH, Bergen AE. Social support concepts and measures. J Psychosom Res. 2010;69(5):511-20. [doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.001 pmid: 20955871](#)
- Kitayama S, Uskul AK. Culture, mind, and the brain: current evidence and future directions. Annu Rev Psychol. 2011;62:419-49. [doi: 10.1146/annurev-psych-120709-145357 pmid: 21126182](#)
- Markus HR, Kitayama S. Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution. Perspect Psychol Sci. 2010;5(4):420-30. [doi: 10.1177/1745691610375557 pmid: 26162188](#)
- Mollenkopf H, Walker A. Quality of life in old age: Springer; 2007.
- Taylor SE, Welch WT, Kim HS, Sherman DK. Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. Psychol Sci. 2007;18(9):831-7. [doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x pmid: 17760781](#)
- Zahediasl M, Darvishifard AA. Social Factors Influencing The Social Health of The Elderly in Kouhdasht. Soc Dev Welfare Plan. 2016;7(6):9-32.
- Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. Am J Commun Psychol. 1986;14(2):195-218.
- Ebrahimi Ghavam S. examining validity of three concepts of locus of control, self-esteem and social support, educational psychology Islamic Azad University; 1992.
- Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. Psychogeriatrics. 2017;17(6):460-5. [doi: 10.1111/psyg.12276 pmid: 28589659](#)
- Shapiro A, Keyes CLM. Marital status and social well-being: Are the married always better off? Soc Indic Res. 2008;88(2):329-46.
- 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. [doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.080 pmid: 16439272](#)
- Jivraj S, Nazroo J, Barnes M. Change in social detachment in older age in England. Dynam Ageing. 2012:48.
- Kakhki Darvishpoor A, Saeedi Abed Z, Abbaszadeh A. Social participation, barriers, and related factors in older people in Tehran. J Health Promot Manage. 2014;3(4):70-3.
- Agahi N, Ahacic K, Parker MG. Continuity of leisure participation from middle age to old age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2006;61(6):S340-6. [doi: 10.1093/geronb/61.6.s340 pmid: 17114314](#)
- Lee HY, Jang S-N, Lee S, Cho S-I, Park E-O. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2008;45(7):1042-54.
- Sirven N, Debrand T. Social participation and healthy ageing: an international comparison using SHARE data. Soc Sci Med. 2008;67(12):2017-26. [doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.056 pmid: 18973973](#)
- Khademi MJ, Rashedi V, Sajadi S, Moradi Gheshlaghi S. Anxiety and loneliness in the Iranian older adults. Int J Psychol Behav Sci. 2015;5(2):49-52.
- Wenger GC, Jerrome D. Change and stability in confidant relationships: Findings from the Bangor Longitudinal Study of Ageing. J Aging Stud. 1999;13(3):269-94.
- Luong G, Charles ST, Fingerma KL. Better With Age: Social Relationships Across Adulthood. J Soc Pers Relat. 2011;28(1):9-23. [doi: 10.1177/0265407510391362 pmid: 22389547](#)
- Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. Am Psychol. 1999;54(3):165-81. [pmid: 10199217](#)

به هر دلیلی فاقد پرونده در مراکز بهداشتی بودند امکان ورود به مطالعه را نداشتند.

نتیجه گیری

با توجه به ارتباط عوامل اجتماعی و حمایت اجتماعی تقویت ارتباطات خانوادگی و فراهم نمودن شرایط زندگی بهتر و امکان مشارکت اجتماعی سالمندان از جمله راهکارهای تقویت سلامت اجتماعی سالمندان بر اساس یافته‌های این مطالعه است.

38. Sayar S, Babakhanian M. Comparing the social health status among the older people living at home and those living in old people's home. *J Isfahan Med Sch*. 2016;1128-33.
39. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? *Soc Sci Med*. 2006;62(1):165-75. doi: [10.1016/j.socscimed.2005.05.020](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.020) pmid: [15992978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15992978/)
40. Fone D, Dunstan F, Lloyd K, Williams G, Watkins J, Palmer S. Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):338-45. doi: [10.1093/ije/dym004](https://doi.org/10.1093/ije/dym004) pmid: [17329315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17329315/)
41. Van Dijk HM, Cramm JM, Nieboer AP. Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: the role of individual and neighbourhood characteristics. *Int J Ageing Later Life*. 2014;8(2):9-31.