

رابطه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی ادراک شده با رضایت از زندگی در سالمندان

زینب فردی نژاد^۱

دکتر حسن احدی^۲

چکیده

پژوهش حاضر، به منظور تعیین رابطه بین سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با رضایت مندی از زندگی در سالمندان انجام شد. جامعه آماری کلیه سالمندان ۶۰ سال به بالا در سرای سالمندان شهر تهران بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای تک مرحله‌ای ۲۳۰ سالمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که از این تعداد ۱۳۸ نفر زن و ۹۲ نفر مرد بودند. روش تحقیق همبستگی بود. با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)، حمایت اجتماعی (MOS) و رضایت از زندگی سالمندی (LSI) داده‌ها جمع آوری شدند بوسیله روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین مدت اقامت در سرای سالمندان و سلامت عمومی کلی و خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، افسردگی شدید و رضایتمندی از زندگی در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. مؤلفه‌های اختلال در عملکرد اجتماعی

۱ - نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران E-mail:

fardinejad@gmail.com

۲ - استاد گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

و افسردگی شدید و تعامل اجتماعی به طور معناداری رضایت از زندگی را پیش بینی می‌کنند. نتایج این پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که مؤلفه‌های سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بخشی از تغییرات رضایت مندی از زندگی را در سالمندان تبیین می‌کند. افزون بر این می‌توان نتیجه گرفت که مدت اقامت سالمندان در سرای سالمندان بخشی از تغییرات در سطح سلامت عمومی و رضایت مندی از زندگی آنان را تبیین می‌کند. به طور کلی مؤلفه‌های سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و مدت اقامت سالمندان در سرای سالمندان از طریق متاثر ساختن متغیرهای واسطه‌ای احساس تنهایی، توانایی تسلط بر زندگی، استقلال، قدرت تصمیم‌گیری، مدیریت خود، روابط اجتماعی و احساس ارزشمندی رضایتمندی سالمندان را تبیین می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، سلامت عمومی، حمایت اجتماعی، رضایت مندی از زندگی، سرای

سالمندان

مقدمه

در سال‌های اخیر دوره سالمندی به عنوان یک موضوع اساسی آن قدر افکار متخصصان را در جهان به خود معطوف ساخته است که سال ۱۹۹۹ به عنوان سال جهانی سالمندان نام گرفت. علی‌رغم این که توجه به مسائل و مشکلات سالمندان در حوزه پزشکی قدمتی طولانی دارد اما رشد فزاینده جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر، زمینه نگرش‌های چندجانبه‌ای مانند نگرش‌های اجتماعی و روان‌شناختی را فراهم کرده است. در واقع در کنار نگرش زیست‌شناختی، به فرآیند پیری و بررسی شخصیت سالمندان بر حسب تغییرات درونی آنها می‌توان با توجه به نحوه تعامل با جهان خارج، از رویکرد رفتاری- اجتماعی به فرآیند پیری تغییر نگرش داد (معتمدی، ۱۳۸۴). آنچه که امروزه پژوهشگران به دنبال آن هستند، تنها طولانی‌تر کردن زندگی انسان‌ها نیست، بلکه بیشتر هدف این است که سال‌های پایانی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد (نیلسون و پارکر، ۲۰۰۴).

پیری مرحله‌ای است که در آن جنبه‌های منفی و مثبت زندگی در کنار هم قرار می‌گیرند. رضایت از زندگی سالمندان به عوامل گوناگون شخصی و اجتماعی بستگی دارد و تا حد زیادی شاخص سلامت جسمانی و روانی و کیفیت زندگی آنان می‌باشد. بهبود مشکلات مربوط به بیماری‌ها و ناراحتی‌های جسمانی و روانی سالمندان از جمله مسایلی است که از بروز نگرانی‌ها و مشکلات روانی آنان پیشگیری می‌کند و با تقویت رضایت از زندگی می‌توان جنبه‌های مثبت و خوشایند زندگی در دوران سالمندی را افزایش داد. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت و

عملکرد بهتر سالمندان که جنبه اجتماعی، روان شناختی و رفتاری داشته، بالقوه قابل تغییرند. این نتایج همچنین نشان داد که موفقیت در دوره سالمندی تحت تأثیر عوامل تغییرناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست، بلکه بیشتر عواملی مانند سطح فعالیت بدنی فرد و سلامت جسمانی، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمندان تأثیر دارد (سیمون و آدلر، ۲۰۰۲). وضعیت سلامت عمومی یکی از عوامل تأثیرگذار در میزان رضایت از زندگی در افراد سالمند می‌باشد. یعنی شخصی که از سلامت بالاتری برخوردار است، رضایت از زندگی نیز در او افزایش می‌یابد. بنابراین میزان برخورداری از سلامتی، عامل مؤثری در رضایت افراد سالمند می‌باشد (کیوت، ۲۰۰۳). کوواردو کرچوف (۲۰۰۲) و استرازدین و بروم (۲۰۰۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سلامت جسمانی مناسب، توانایی فعالیت بدون کمک دیگران، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و درآمد مناسب از جمله عواملی هستند که در دوره سالمندی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شوند.

نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند در ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مستعدتر هستند. تأثیر افزایش روابط اجتماعی در ارتقاء سلامت روانی سالمندان در پژوهش‌های گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج این مطالعات نشان داد که حمایت‌های خانوادگی در کاهش افسردگی و احتمال خودکشی سالمندان مؤثر است (راسل، ۲۰۰۵؛ کیلمان، ۲۰۱۲). لویی (۲۰۰۷) در پژوهشی به این نتیجه رسید که افراد سالمند دارای بیماری‌های قلبی- عروقی اگر با همسر و خانواده خودش زندگی کند و از نظر اقتصادی نیز شرایط نسبتاً خوبی را داشته باشد دارای رضایت مندی بیشتری از زندگی می‌باشد زیرا حمایت اجتماعی بیشتری را از طرف خانواده خود دریافت می‌کند که می‌تواند به بهبود وی کمک کند. خسروی (۱۳۷۸) معتقد است که حمایت اجتماعی دارای دو شکل حمایت عاطفی (Emotional support) و ابزاری (Instrumental support) می‌باشد. حمایت عاطفی ایجاد نوعی رابطه صمیمی و محبت آمیز با سالمندان است. و حمایت ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها و ارائه سایر کمک‌هایی است که یک سالمند نیاز دارد. افراد سالمند همانند اشخاص جوان به حمایت اجتماعی نیاز دارند. در صورت برآورده نشدن این نیاز، فرد دچار اختلال شده و با مشکلات متعددی مواجه خواهد شد. برای مثال زنان بیوه‌ای که تنها زندگی می‌کردند، این احساس را داشتند که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نیستند و در مقایسه با دیگران در معرض ابتلا به بیماری و مشکلات سلامتی قرار دارند. افراد سالمند مراقبت‌های حمایتی را بیشتر از اعضای خانواده دریافت می‌کنند و کمتر از سایر منابع حمایتی بهره‌مند هستند (رامبد، ۱۳۸۹).

متخصصان معتقدند، که سالمندان حتی الامکان باید در منزل و در کنار خانواده هایشان زندگی کنند زیرا زندگی در کنار خانواده می‌تواند، از نظر ایجاد استقلال، امنیت و آرامش خاطر برای فرد سالمند مفید باشد (بیتزان، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که زندگی با فرزندان تأثیر مثبتی بر رضایت از زندگی سالمندان می‌گذارد. در واقع سالمندان از طریق زندگی با خانواده می‌توانند حمایت عاطفی و ابزاری لازم را دریافت کنند که این امر سبب می‌شود تا رضایت از زندگی در آنان افزایش یابد. نتیجه این پژوهش نشان داد که به احتمال زیاد مدت زمان اقامت سالمندان با میزان رضایت و سلامتی آنان ارتباط دارد (چن، ۲۰۰۲). در واقع سالمندانی که در فعالیت‌های داوطلبانه شرکت نمی‌کنند دارای فرصت‌های کمتری برای ایجاد و گسترش شبکه‌های اجتماعی خودشان هستند که این امر سبب می‌شود رضایت از زندگی در آنها کاهش یابد (راسل، ۲۰۰۵). بنابراین با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی و سلامتی در زندگی سالمندان، در پژوهش حاضر به بررسی این سؤال پژوهشی پرداخته شد که آیا بین سلامت عمومی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی در سالمندان رابطه وجود دارد؟

روش

جامعه آماری و روش نمونه گیری: جامعه آماری کلیه سالمندان ساکن در مراکز نگهداری سالمندان در شهر تهران بودند که بر اساس سالنامه آماری بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۸۹، جمعیت آنان ۴۵۳۳ نفر بود. بر اساس جدول کرسی-مورگان در ابتدای پژوهش حدود ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش برگزیده شد که از این تعداد با احتساب ریزش به دلایلی از جمله: بیماری، ناشنوایی کامل، دمانس، به سر بردن در مرخصی، فوت و ... تعداد ۲۳۰ نفر (۱۳۸ نفر زن و ۹۲ نفر مرد) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد. در این پژوهش از روش نمونه برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده گردید به این منظور از بین مراکز بهزیستی در شهر تهران سه خوشه (تهران، شمیرانات و شهری) انتخاب گردید و سپس از بین هر یک از خوشه‌ها به شیوه تصادفی از مجموع ۱۳ آسایشگاه سالمندان (تهران ۵ آسایشگاه سالمندان، شمیرانات ۷ آسایشگاه سالمندان و شهری آسایشگاه کهریزک)، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. بر اساس جدول مورگان حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. ولی پس از اجرای پرسشنامه و کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش حجم نمونه به ۲۳۰ نفر (۱۳۸ زن و ۹۲ مرد) کاهش یافت.

روش پژوهش: روش تحقیق همبستگی بود. پژوهشگر پس از حضور در بین سالمندان توضیحاتی کلی و ضروری را در مورد نحوه پرکردن پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن، ایجاد اعتماد لازم در آزمودنی‌ها و واقع بینانه بودن در پاسخ دادن به سئوالات ارائه نمود. پرسشنامه سلامت عمومی

(GHQ)(general health questionnaire)، مقیاس حمایت اجتماعی (Social support (MOS)، (scale) و شاخص رضایت از زندگی (LSI) (life satisfaction index)) به آزمودنی‌ها داده شد و از آنها خواسته شد که با دقت و صادقانه به سئوال‌ها پاسخ دهند بدین صورت اطلاعات و داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

- پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان‌پریشی تدوین گردید. در ایران فرم‌های ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه بر روی گروه‌هایی از بزرگسالان، کارمندان دولتی، دانشجویان و دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان اجرا شد. گلدبرگ همبستگی نمرات GHQ و نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات را ۰.۸۰٪ گزارش نمود. در ایران در پژوهشی جعفری (۱۳۸۶) پایایی این آزمون را در زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰.۸۴٪، ۰.۹۱٪، ۰.۸۸٪، ۰.۶۲٪ بدست آورد. همچنین در این پژوهش روایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرانباخ ۰.۸۳٪ محاسبه گردید. فرم ۲۸ ماده‌ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارتند از: علایم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید.

پرسشنامه حمایت اجتماعی: مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) در سال ۱۹۹۱ توسط شربورن و استوارت به منظور استفاده در زمینه یابی پیامدهای پزشکی ساخته شد. این آزمون میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌های این آزمون عبارتند از: حمایت ملموس، حمایت هیجانی، اطلاع‌رسانی، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت. در پژوهش نظری (۱۳۹۱) روایی زیرمقیاس‌های این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ در دامنه‌ای از ۰.۷۴٪ تا ۰.۹۳٪ و پایایی این پرسشنامه ۰.۷۶٪ محاسبه گردید. پرسشنامه رضایت از زندگی در سالمندان: شاخص رضایت از زندگی سالمندان (LSI) به منظور ارزیابی کلی احساس بهزیستی سالمندان و تشخیص سالخوردگی موفقیت‌آمیز در سال ۱۹۶۱ توسط نوگارتن و هوایرست ساخته شد. این پرسشنامه بر مبنای پنج مؤلفه رضایت از زندگی ساخته شده است که این پنج مؤلفه عبارتند از: میل به زندگی، ثبات قدم و شکیبایی، همخوانی میان آرزوها و اهداف تحقق‌یافته، خودانگاره مثبت و چگونگی خلق. ضریب پایایی این آزمون نیز در تحقیق معتمدی (۱۳۸۴) به این صورت گزارش شده است ۰.۷۹٪، ۰.۸۰٪، ۰.۷۰٪، ۰.۷۶٪، ۰.۹۰٪ و روایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرانباخ ۰.۷۸٪ به دست آمد.

یافته ها

شاخص‌های توصیفی برای زیر مقیاس‌های متغیرهای پژوهش محاسبه شد که خلاصه نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و رضایت از زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	۴/۲۲	۳/۰۶
اضطراب و اختلال خواب	۵/۰۶	۳/۶۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۸/۹۲	۳/۰۲
افسردگی شدید	۳/۶۹	۳/۸۳
سلامت عمومی کلی	۲۱/۹۰	۱۰/۶۸
رضایت از زندگی	۱۷/۰۹	۸/۰۸

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و رضایت از زندگی را نشان می‌دهد. همان طوری که در جدول بالا نشان داده شده است سلامت عمومی سالمندان در زیرمقیاس‌های "اختلال در عملکرد اجتماعی و اضطراب و اختلال خواب" به ترتیب پایین ترین میزان را دارد. در ادامه برای آزمون فرضیه پژوهشی اول، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری به روش Enter محاسبه شد که در جداول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج همبستگی پیرسون بین سلامت عمومی و رضایت از زندگی

متغیر	۲	۱
سلامت عمومی	-۰/۵۶*	۱
رضایت از زندگی	۱	-۰/۵۶*

* معناداری در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

فرضیه پژوهشی اول: بین سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در سالمندان رابطه وجود دارد.

بر اساس مندرجات جدول ۲ فرضیه پژوهشی اول مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت عمومی و رضایت از زندگی رابطه معنادار $P < ۰/۰۰۱$ ، $r = -۰/۵۶$ وجود دارد. در

ادامه برای تعیین پیش‌بینی متغیر رضایت از زندگی از روی خرده مقیاس‌های سلامت عمومی از رگرسیون چند متغیری به روش Enter استفاده شده است. به این منظور، ضرایب رگرسیون خرده مقیاس‌ها محاسبه شد که خلاصه نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رضایت زندگی توسط خرده مقیاس‌های سلامت عمومی

متغیر	زیرمقیاس‌ها	ضریب بتا	t	سطح معناداری
سلامت عمومی	علائم جسمانی	۰/۰۰۵	۰/۰۷۰	۰/۹۴۴
	اضطراب و اختلال خواب	-۰/۰۸۴	-۱/۱۰	۰/۲۷۳
	اختلال در عملکرد اجتماعی	-۰/۳۴	-۵/۶۴	۰/۰۰۱
	افسردگی شدید	-۰/۳۱	-۴/۷۰	۰/۰۰۱

همان طوری که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نشان می‌دهد زیرمقیاس‌های "اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید" دارای ضریب رگرسیون معناداری هستند. بنابراین در مدل پیش بینی رضایت از زندگی سالمندان، خرده مقیاس‌های اختلال در عملکرد اجتماعی (-۰/۳۴) و افسردگی شدید (-۰/۳۱) دارای ضرایب پیش بینی معناداری هستند.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی

متغیر	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	حمایت ملموس	۱۴/۴۷	۲/۹۱
	حمایت هیجانی	۱۰/۴۴	۳/۳۴
	اطلاع رسانی	۱۰/۶۰	۳/۳۹
	مهربانی	۷/۶۷	۲/۷۵
	تعامل اجتماعی	۹/۸۷	۳/۱۹
	مجموع	۵۳/۰۷	۱۳/۶۱

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را نشان می‌دهد. برای آزمون فرضیه پژوهشی دوم، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری به روش Enter آورده شده است.

جدول ۵: نتایج همبستگی حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی

متغیر	۲	۱
حمایت اجتماعی	۰/۳۸*	۱
رضایت از زندگی	۱	۰/۳۸*

* معناداری در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه)

فرضیه پژوهشی دوم: بین حمایت اجتماعی و رضایت مندی از زندگی در سالمندان رابطه وجود دارد.

بر اساس مندرجات جدول ۵ فرضیه پژوهشی دوم مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی رابطه معنادار $P < 0/001$ ، $r = 0/38$ وجود دارد. در ادامه برای تعیین پیش‌بینی متغیر رضایت از زندگی از روی خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی از رگرسیون چند متغیری به روش Enter استفاده شده است. به این منظور ضرایب رگرسیون خرده مقیاس‌ها محاسبه شد که خلاصه نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رضایت از زندگی توسط خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی

متغیر	زیرمقیاس‌ها	بتا	t	سطح معناداری
حمایت	ملموس	۰/۱۳۹	۱/۷۹	۰/۷۴
اجتماعی	هیجانی	-۰/۱۰۷	-۱/۰۰	۰/۳۱۹
	اطلاع رسانی	-۰/۲۱۳	-۱/۷۹	۰/۰۷۳
	مهربانی	۰/۱۷۶	۱/۵۰	۰/۱۳۳
	تعامل اجتماعی	۰/۴۵۹	۳/۵۹	۰/۰۰۱

همان طوری که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۶ نشان می‌دهد زیرمقیاس‌های "تعامل اجتماعی" دارای ضریب رگرسیون معناداری است. بنابراین در مدل پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان، خرده مقیاس تعامل اجتماعی (۰/۴۵۹) دارای ضریب پیش‌بینی معناداری می‌باشد. علاوه بر این مدت اقامت در سرای سالمندان هم مورد بررسی قرار گرفت که ماتریس همبستگی آن با سلامت عمومی و رضایت از زندگی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: ماتریس همبستگی مدت اقامت در سرای سالمندان و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و

رضایت از زندگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- علائم جسمانی	۱						
۲- اضطراب و اختلال خواب	۰/۶۲**	۱					
۳- عملکرد اجتماعی	۰/۴۲**	۰/۴۴**	۱				
۴- افسردگی	۰/۴۱**	۰/۵۷**	۰/۴۲**	۱			
۵- سلامت عمومی کلی	۰/۷۶**	۰/۸۵**	۰/۷۰**	۰/۷۹**	۱		
۶- رضایت از زندگی	-۰/۳۲**	-۰/۴۱**	-۰/۵۱**	-۰/۵۰**	-۰/۵۶**	۱	
۷- مدت اقامت	۰/۱۷**	۰/۰۸۲	۰/۰۴۵	۰/۱۹**	۰/۱۶*	-۰/۲۱**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ ، * معنادار در سطح ۰/۰۵

با توجه به مبانی نظری موجود فرضیه سوم هم با عنوان "بین مدت اقامت در سرای سالمندان با سلامت عمومی و رضایت از زندگی رابطه وجود دارد" مطرح شد.

همانطور که در جدول ۷ نشان داده شده است همبستگی بین مدت اقامت و سلامت عمومی ($r = 0.16, P < 0.05$) معنادار است. این همبستگی بین مدت اقامت در سرای سالمندان و خرده مقیاس‌های علائم جسمانی ($r = 0.17, P < 0.001$) و افسردگی ($r = 0.19, P < 0.001$) نیز معنادار بود. همبستگی سایر خرده مقیاس‌ها با مدت اقامت معنادار نیستند. همچنین همبستگی بین مدت اقامت و رضایت از زندگی ($r = -0.21, P < 0.001$) نیز به صورت منفی معنادار بود؛ به این معنی که ارتباط معناداری بین افزایش مدت اقامت در سرای سالمندان و رضایت از زندگی پایین تر وجود داشت.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش و با عنایت به تأیید فرضیه پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت عمومی و رضایت مندی از زندگی در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. از بین مؤلفه‌های سلامت عمومی تنها بین دو مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید با رضایت مندی از زندگی رابطه معناداری به صورت منفی وجود داشت. بدین صورت که هر اندازه نمره فرد در دو مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید بالاتر باشد، رضایت از زندگی در فرد کمتر است. اما بین مؤلفه‌های اضطراب و اختلال خواب، علائم جسمانی و رضایت مندی از زندگی رابطه معناداری وجود نداشت. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های کیوت (۲۰۰۳)، کووارد و کرچوف (۲۰۰۲) و ماددو، پرونز و هارتمن همسو می‌باشند. نتایج این مطالعات نشان دادند که سالمندان دارای مشکلات جسمانی و روانی، رضایتمندی از زندگی در آنها کاهش می‌یابد. همچنین در این پژوهش‌ها، سلامت عمومی مؤثرترین عامل در رضایتمندی از زندگی شناخته شده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که نبود سلامتی برای افراد سالمند به عنوان بزرگترین تهدیدکننده خوشبختی در نظر گرفته می‌شود حتی بزرگ تر و ترسناک تر از مرگ. آنچه که مسلم است فرد سالمند انتظار دارد تا آخر عمر، سال‌های زندگی خود را در آرامش و رضایت خاطر بگذراند و شاید بتوان گفت داشتن سلامتی اولین و مهم ترین عامل مؤثر در رضایت مندی سالمندان از زندگی خود است. افزون بر این ابعاد سلامت عمومی مقوله هایی هستند که بیشتر جنبه‌های زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از این رو در این پژوهش که ابعاد جسمانی، عاصفی و رفتاری سلامت مورد بررسی قرار گرفته است مقوله هایی هستند که رضایت از زندگی را در ابعاد عاطفی، ارتباطی، جنبه‌های حرکتی و فعالیت جسمانی و رفتاری تحت تاثیر قرار می‌دهد.

در مورد نتایجی که در این پژوهش در خصوص سلامت عمومی سالمندان بدست آمد می‌توان این نکته را مطرح نمود که چون این افراد سال‌های آخر عمر خودشان را سپری می‌کنند حالت‌های

اضطرابی که بیشتر ناشی از نگرانی‌های مربوط به آینده می‌باشد در آنان شکل نمی‌گیرد. همچنین چون افراد سالمند بیشتر درگیر افکار و خاطرات خوشایند یا ناخوشایند مربوط به گذشته هستند و چون شرایط گذشته را برای خودشان دست‌نیافتنی می‌بینند و حتی ممکن است اهداف و آرزوهایی داشته باشند که نتوانسته باشند آنها را برآورده سازند، لذا چنین شرایطی در دوره سالمندی ممکن است آنان را با حالت‌های افسردگی مواجهه کند. افزون بر این افراد سالمندی که در سرای سالمندان زندگی می‌کنند خواه ناخواه عملکرد اجتماعی شان را در چارچوب روابط بین فردی، نقش‌های اجتماعی و روابط خانوادگی و خویشاوندی از دست می‌دهند. بنابراین چون شرایط زندگی افراد سالمند نمی‌تواند مؤلفه‌های سلامت عمومی (روابط اجتماعی، تفریحات و نیازهای عاطفی) افراد را تأمین نماید منطقی به نظر می‌رسد که سالمندان ساکن در سرای سالمندان دچار اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شوند. و از آن جایی که رضایت از زندگی ریشه در میزان ارضاء نیازهای اجتماعی، عاطفی و روانی دارد، عملکرد اجتماعی و افسردگی در سالمندان بخشی از رضایت از زندگی را تبیین می‌کند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه بدست آمده در این فرضیه با نتایج پژوهش‌های لویی (۲۰۰۷)، راسل (۲۰۰۵)، چن (۲۰۰۲) و سام (۱۳۸۱) مطابقت داد. که در تبیین می‌توان گفت که چون حمایت اجتماعی به صورت حمایت‌کننده‌ای ایمن در مقابل آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده عمل می‌کند به افراد سالمند اعتماد به نفس و امنیت می‌دهد تا مهارت مقابله با مسائل و مشکلات خاص دوره سالمندی را کسب کنند و روزهای پایانی در زندگی خود را با رضایتمندی بیشتری سپری کند. عدم رابطه معنی‌دار انواع حمایت اجتماعی بر رضایتمندی از زندگی می‌تواند به سطح توقع سالمندان برگردد. احتمال دارد این اندازه از حمایت در اندازه‌ای نباشد که باعث افزایش رضایتمندی سالمندان شود، و هم‌چنانکه گفته شد این امر می‌تواند به سطح توقع سالمندان مربوط بوده یا آنکه دلایل دیگری داشته که در تحقیقات آتی می‌تواند بررسی شود.

در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که فعالیت در دوران سالمندی همبستگی مثبتی با رضایت از زندگی دارد و سالمندانی که دارای نقش‌های اجتماعی هستند بیشتر احساس رضایت خاطر دارند اما سالمندان ساکن در سرای سالمندان توانایی تسلط بر زندگی، استقلال، قدرت تصمیم‌گیری و مدیریت خود را از دست می‌دهند. در این شرایط آنها خود را ناتوان، منفعل و کاملاً وابسته ارزیابی نموده و به پوچی رسیده و احساس نارضایتی در آنها بیشتر می‌شود. علاوه بر این تحقیقات نشان داده بین فراوانی تماس‌های اجتماعی و رضایت‌مندی از زندگی رابطه وجود دارد اما سالمندان ساکن در سرای سالمندان روابط اجتماعی خود را از دست داده و دچار انزوای اجتماعی می‌گردند و احساس می‌کنند که از خانه و

خانواده خود طرد شده و مورد بی مهری قرار گرفته اند و نسبت به محیط خود احساس ناراضی می کنند.

در همین راستا راسل (۲۰۰۵) گزارش کرد که احساس تنهایی در بین سالمندان ساکن خانه سالمندان بیشتر از سالمندانی است که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند و همچنین احساس تنهایی با تضعیف وضعیت سلامتی افراد از طریق تأثیر بر روی سیستم ایمنی، بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر منفی دارد.

همچنین به عنوان یک یافته جانبی، رابطه بین مدت اقامت در سرای سالمندان با سلامت عمومی و رضایت از زندگی سالمندان مورد مطالعه قرار گرفت. که نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین مدت اقامت در سرای سالمندان و رضایتمندی از زندگی در سالمندان به صورت منفی و معکوس رابطه معناداری وجود دارد یعنی هرچه مدت اقامت در سرای سالمندان بیشتر باشد میزان رضایت از زندگی در سالمندان کمتر است. این نتیجه با نتایج پژوهش های راسل (۲۰۰۵) مطابقت دارد. نتایج پژوهش راسل (۲۰۰۵) نشان داد بین مدت اقامت در سرای سالمندان و سلامت عمومی در سالمندان رابطه معناداری وجود دارد و همچنین سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری کمتر از سالمندان ساکن در خانه بود.

بطور کلی چون سالمندانی که به خانه سالمندان سپرده می شوند به نوعی اعضای خانواده در رسیدگی به آنها ناتوانند و نمی توانند برای نگهداری و مراقبت از آنها وقت کافی اختصاص دهند لذا این گونه خانواده ها تصمیم می گیرند که سالمند را به خانه سالمند بفرستند. در چنین شرایطی پس سپردن سالمندان به خانه سالمندان، اعضای خانواده نمی توانند به آنان رسیدگی کنند و به آنان سر بزنند. این جاست که معمولاً سالمندان احساس تنهایی را تجربه می کنند. در اثر تنهایی طولانی خُلق شان پایین می آید. در نتیجه حالت های افسردگی در آنها بوجود می آید. براساس نتایج بدست آمده در این پژوهش پیشنهاد می شود که افراد سالمند به جای اینکه به طور دائم به خانه های سلامت سپرده شوند به صورت دوره ای، تنوعی و تحت شرایطی خاص به خانه های سلامت سپرده شوند. همچنین در تصمیم گیری مهم خانوادگی از افراد دعوت شود و از آنان نظرخواهی به عمل آید. همچنین با توجه به این که پژوهشگر نتوانست عواملی مانند سطح تحصیلات، تخصص و عوامل خانوادگی سالمندان را هم مطالعه کند، پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی نقش متغیرهای سطح تحصیلات و مسایل خانوادگی سالمندان مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

الف) فارسی

۱. احدی، حسن و جمهری، فرهاد. (۱۳۸۵). روان شناسی رشد؛ نوجوانی و بزرگسالی. تهران، بنیاد.
۲. جعفری، اصغر؛ صدری، جمشید، و فتحی اقدام، قربان. (۱۳۸۶). رابطه کارآیی خانواده و دینداری با سلامت روان در نانشجویان. مجله تازه‌های مشاوره.
۳. خسروی ندا. (۱۳۷۸). بررسی جامعه شناختی تأثیر حمایت‌های اجتماعی و رفاهی بر سلامت روان سالمندان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی دانشگاه آزاد واحد تهران شمال.
۴. رامبد، معصومه و رفیعی، فروغ و ساریان حسن آبادی، محمد تقی. (۱۳۸۹). حمایت اجتماعی. تهران، خسروی.
۵. سیام، شهره. (۱۳۸۱). آسایشگاه‌های سالمندان، بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران، کتاب آشنا.
۶. معتمدی، عبدالله. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق، ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۰، ۴۳-۵۰.
۷. نظری، ثریا. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با احساس تنهایی در نوجوانان ساکن در مراکز نگهداری بهزیستی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، پایان نامه کارشناسی ارشد.

ب) انگلیسی

1. Bitzan, J. E., & Kruzich, J. M. (2007). *Interpersonal relationships nursing home*. Residents the Erotological society of America.
2. Chen, C. N. (2002). *Aging and life satisfaction*. *Social Indicators Research*, 54(1).
3. Coward, M. D. & Kerchoff, N. (2002). *Relationships of Demographic Variables and Mental health Indices to Satisfaction and Functioning*. Technical Memo (NIH Grant). Survey Research Center.

4. Kilmann, P. (2012). Personality and Interpersonal Characteristics within Distressed Marriages. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 20(2) 131-139.
5. Kivett, V. S. (2003) "The importance of race to life situation of rule elderly". *The Black Scholar* 13.
6. Lui, S. J. (2007). *Suffers from chronic illness old person's life manner and the life degree of satisfaction*. *Nursing Research*, 7 (4).
7. Madeddu, F., Prunas, A. & Hartmann, D. (2009). Personality Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 80, 261-267.
8. Nilsson, J. Parker, M.G., Kabir Z. N. (2004) .Assessing Health- Related Quality Of Life among Older People in Rural Bangladesh. *Journal of Trans Cultural Nursing*.
9. Russell, D. W. (2005). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4).
10. Seeman, T. E. & Adler, N. (2000). *Older Americans Who will they be?* *National Forum* 78(2), 22-35.
11. Strazdin, L., & Broom, D. (2008). The mental health costs and benefits of giving social support . *International Journal of Stress Management*, 14 (4), 370-385.