

DOI: 10.30495/jss.2021.1926066.1317

Research Paper

Examining the effect of sociological factors on social welfare of the elderly in Rasht

Nader Jahandaray

Ph. D. student of Sociology, Dehaghan branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

Naser Hejazi

Assistant professor of sociology department, Dehaghan branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran (Responsible author). E- mail: hejazi@dehaghan.ac.ir

Mansour Haghghatian

Assistant professor of sociology department, Dehaghan branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

Nowadays the process of aging is increasing in the world and also in Iran. Therefore, care methods and meeting various needs of the elderly are of great importance. The present research tried to identify and explain the sociological factors influencing the elderly care in Rasht. It was a survey, and a questionnaire was used to collect data having a good validity and reliability (0.78). The statistical population included all the elderly of Rasht. According to Cochran, 384 people were chosen as the sample with error level of 5%. The one stage cluster and random samplings were used to specify the regions and choose the elderly, respectively. In data analysis the descriptive statistics and multi-variable regression were used. The underlying conditions and its components- programming the elderly affairs (+0.261), social-therapeutic support (+0.199), experience of care methods (+0.241), professional support of the elderly (+0.247) were effective on his social welfare. Thus, programming the elderly affairs (+0.261) had the most powerful effect. The conditions of interferer and its components -training the elderly (+0.165), respecting him (+0.190), his effective behavior toward his children (+0.939), visiting children and others (+0.143), and proper therapeutic personnel (+0.163), were effective on his social welfare.

Conflict of interest:

ACCORDING TO THE AUTHORS. THE ARTICLE DID NOT HAVE ANY CONFLICT OF INTEREST.

Key words: *The elderly, Social Welfare, Causal Conditions, Interferer Conditions, Underlying Conditions.*

بررسی تأثیر عوامل جامعه‌شناختی بهزیستی اجتماعی سالمندان در شهرستان رشت^۱

نادر جهان آرای^۲

ناصر حجازی^۳

منصور حقیقتیان^۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۴۰۰/۲/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۲۴

چکیده

امروزه روند سالمند شدن جمعیت در جهان و از جمله در ایران رو به فزونی است. بر همین اساس شیوه‌های مراقبت و تامین نیازمندی‌های متنوع سالمندان از اهمیت به سزائی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تبیین عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر بهزیستی اجتماعی سالمندان در شهرستان رشت انجام شد.

روش تحقیق در این پژوهش پیمایشی، ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه که از روایی و پایایی (۰/۷۸) خوبی برخوردار بود و جامعه آماری کلیه سالمندان شهر رشت می‌باشد که براساس فرمول کوکران در سطح خطای ۵٪ تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک مرحله‌ای برای تعیین مناطق و سپس از روش تصادفی در دسترس برای انتخاب سالمندان استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است.

شرایط زمینه‌ای و مولفه‌های آن شامل برنامه‌ریزی امور سالمند با ضریب رگرسیونی $+۰.۲۶۱$ ، حمایت اجتماعی - درمانی $+۰.۱۹۹$ ، تجربه شیوه‌های مراقبت $+۰.۲۴۱$ و پشتیبانی تخصصی از سالمند $+۰.۲۴۷$ در بهزیستی اجتماعی سالمندان مؤثر می‌باشد. بنابراین از بین ۴ مولفه شرایط زمینه‌ای برنامه‌ریزی امور سالمند با ضریب رگرسیونی $+۰.۲۶۱$ قوی‌ترین تأثیر بر بهزیستی اجتماعی سالمند را دارد.

شرایط مداخله‌گر و مولفه‌های آن شامل: آموزش سالمند با ضریب رگرسیونی $+۰.۱۶۵$ ، احترام به سالمند $+۰.۱۹۰$ ، ارتباطات مؤثر با فرزندان $+۰.۹۳۹$ ، دیدار با فرزندان و سایرین $+۰.۱۴۳$ و کادر درمانی مناسب $+۰.۱۶۳$ در بهزیستی اجتماعی سالمندان مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: سالمند، بهزیستی اجتماعی، شرایط علی، شرایط مداخله‌گر، شرایط زمینه‌ای.

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری، نادر جهان آرای با عنوان «بررسی تأثیر عوامل جامعه‌شناختی بر بهزیستی اجتماعی شهرستان رشت» به راهنمایی ناصر حجازی و مشاوره منصور حقیقتیان در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان انجام گرفته است.

۲. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان - ایران.

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان - ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: hejazi@dehaghan.ac.ir

۴. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان - ایران.

مقدمه و بیان مسأله

افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن جاری بوده و به طور کلی گزارشات ارائه شده مبین افزایش جمعیت سالمندان در جهان می‌باشد که ناشی از تحولات علمی و پزشکی و تکنولوژیکی و غیره می‌باشد و این افزایش نسبت سالمندان در جامعه نیاز به برنامه‌ریزی‌های مختلف در کلیه جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و پزشکی و بهداشتی را می‌طلبد. هم‌چنین، با توجه به کم‌رنگ شدن حمایت از سالمندان در خانواده‌ها، تنهایی سالمندان، عدم شرکت در کلاس‌های مراقبت‌های سالمندان، عدم دسترسی سالمندان برای انجام آزمایشات دوره‌ای و پاراکلینیک، کمبود نیرو برای مراقبت از سالمندان، بیمه نبودن همه سالمندان، عدم مراجعه سالمندان به مراکز دولتی با توجه به داشتن بیمه‌های متعدد، همکاری ناکافی بخش خصوصی از جمله مشکلات حوزه سالمندی می‌باشد.

آمارها نشان می‌دهد که جمعیت سالمند بالای ۶۰ سال در ایران تا ۲۰ سال آینده ۴۰۲ برابر شود و به ۱۷ میلیون نفر برسد. این در حالیست که کشور هیچ وقت با چنین حجم عظیمی از جمعیت سالمند روبرو نبوده و تجربه برخورد با این تعداد را نداشته است، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی و رفاهی به این عده کار آسانی نخواهد بود، به ویژه آن که می‌دانیم با افزایش سن بر میزان بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده‌ای چون آرتروز، سکته‌های مغزی و بیماری‌های مزمن که نیازمند مراقبت‌های خاص و مستمر هستند افزوده می‌شود. ضرورت توجه به نیازهای این گروه از مردمان کشور بیش از یک دهه است که بر دولتمردان و سیاست‌گذاران ما آشکار شده است. نکته مهم این است که این قشر بیش از پیش نیازمند حمایت‌های خانوادگی، مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی- درمانی و مراقبت و نگهداری خوب هستند. نگهداری و حمایت خوب از این سالمندان دارای ابعاد مختلفی است؛ در بُعد اخلاقی، عمدتاً برخورد اکثر جوامع با سالمندان منصفانه نیست و غالباً به آن‌ها به دیده قشر مصرف کننده، غیر فعال و بی‌حاصل نگریسته می‌شود. از آن جا که احترام به سالمندان در اسلام سفارش شده است، رسیدگی به امور سالمندان یکی از تکالیف مذهبی و اخلاقی هر مسلمانی خواهد بود. در بُعد قانونی، اصل ۲۹ قانون اساسی، برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، بی‌سرپرستی، بدسرپرستی و خدمات بهداشتی درمانی را از حقوق مسلم آحاد مردم دانسته و دولت را مکلف کرده است که از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردمی در تحقق این اصل اهتمام کند.

با توجه به این که جمعیت سالمندان استان گیلان به خصوص رشت اخیراً رشد چشمگیری داشته، از نظر جمعیت سالمند در کشور رتبه اول را دارد مطالعه در مورد شیوه نگهداشت و رضایت از این شیوه‌های نگهداشت خالی از اهمیت نبوده و نیست. استان گیلان با ۱۲ درصد جمعیت سالمند، رتبه نخست کشور را دارد و میانگین نسبت جمعیت سالمند در کشور بیش از ۹ درصد است. بیش از ۱۰ هزار سالمند در گیلان تحت پوشش بهزیستی هستند که اغلب بالای ۶۰ سال هستند. ۱۵۰۰ سالمند نیز در ۱۳ مراکز شبانه‌روزی

و حدود ۷۰ سالمند در ۳ مرکز روزانه نگهداری می‌شوند. در این رابطه سازمان بهزیستی استان به ازای هر سالمند ۶۴۰ هزار تومان یارانه پرداخت می‌کند و هر خانواده نیز برای نگهداشت سالمندان ۴۰۰ هزار تومان پرداخت می‌کند. تعداد سالمندان زن از مردان در این استان بیشتر است. مطابق آمارها و اقدامات بهزیستی استان گیلان، بهزیستی به سالمندانی که زمین‌گیر و خانه‌نشین شده‌اند، خدمات مراقبتی و توانبخشی در منزل ارائه می‌کند. بر اساس آمار این نهاد ۳۰ سالمند نیز از طریق ویزیت در منزل در گیلان تحت پوشش هستند. اما طبیعی است که بسیاری از سالمندان به این امکانات و مراقبت‌ها به ویژه در روستاها دسترسی چندانی ندارند یا اساساً چون تنها زندگی می‌کنند حمایت خاصی را دریافت نمی‌کنند. بنابراین بررسی بهزیستی اجتماعی، شیوه‌های حمایتی و مراقبتی و عوامل تاثیرگذار در این زمینه حائز اهمیت است چرا که بر کاهش هزینه‌های سازمان‌هایی نظیر بهزیستی که به علت عدم حمایت‌های خانوادگی از سالمندان افزوده می‌شود تاثیرگذار است. مطالعه پیش رو نیز یکی از مطالعاتی است که با الگو قرار دادن مطالعات قبلی به بررسی تأثیر عوامل جامعه‌شناختی در بهزیستی اجتماعی سالمندان شهرستان رشت می‌پردازد. ضمن این که با توجه به فقر مطالعاتی در ایران می‌تواند یک پژوهش پیشگام در این عرصه نیز باشد. لازم به توضیح است که در شیوه‌خانه سالمندان، سالمند به طور شبانه‌روز به دور از خانواده خود در اختیار نهادهای دولتی و خصوصی قرار می‌گیرد تا از آن‌ها نگهداری شود. و در شیوه‌نگهداشت مهد سالمندان، سالمندان در اوقاتی از روز در اختیار نهادها و موسساتی به نام مهد سالمندان قرار می‌گیرد و بخشی از زمان خود را با همالان خود می‌گذرانند و شب‌ها در پیش خانواده خود یعنی فرزندان زندگی می‌کنند که به نظر می‌رسد هم سالمندان و هم اطرافیان او از این مؤسسات یعنی مهد سالمندان رضایت بیشتری دارند. در این پژوهش درصدد آن خواهیم بود که سالمندان از کدام شیوه‌نگهداشت رضایت بیشتری دارند؟ و کدام عوامل جامعه‌شناختی در این شیوه‌های نگهداشت موثرند؟

فرضیه‌های تحقیق

۱. بررسی تفاوت بهزیستی اجتماعی سالمند برحسب جنسیت.
۲. بررسی تفاوت بهزیستی اجتماعی سالمند برحسب سن.
۳. بررسی تفاوت بهزیستی اجتماعی سالمند برحسب تحصیلات.
۴. بررسی تفاوت بهزیستی اجتماعی سالمند برحسب درآمد.
۵. بررسی تاثیر شرایط علی و ابعاد آن بر بهزیستی اجتماعی سالمندان.
۶. بررسی تاثیر شرایط زمینه‌ای و ابعاد آن بر بهزیستی اجتماعی سالمندان.
۷. بررسی تاثیر شرایط مداخله‌گر و ابعاد آن بر بهزیستی اجتماعی سالمندان.

متغیرهای تحقیق و تعریف مفاهیم

سالمند: به کلیه افرادی که وارد سن ۶۵ سالگی شده‌اند سالمند می‌گویند (۱).
نگهداشت سالمند: به شیوه‌های مراقبت‌های لازم از سالمندان از طرف خانواده، نظام بهداشتی، خانه-های سالمندان نگهداشت سالمند گویند (۱).

خانه سالمندان: خانه سالمندان محلی است که از افراد سالخورده نگهداری می‌شود. خانه سالمندان آن طور که به نظر می‌رسد مکان نامناسبی برای سالمندان نخواهد بود. خانه سالمندان مرکزی است که در آن جا نگهداران و پزشکان شبانه‌روز سالمند را تحت نظر دارند و در صورت بروز هر گونه مشکل جدی با فوریت‌های پزشکی بهترین خدمات را به سالمند بیمار می‌رسانند (۱۱).

مهد سالمندان: مهد سالمندان یا مراکز روزانه سالمندان مراکزی هستند که افراد مسن می‌توانند ساعاتی از روز را در خانه‌هایی سپری کنند که از آن به عنوان مهد نام می‌برند. هدف نهایی و عالی مراکز روزانه سالمندان، تمرکز بر توان‌مندسازی سالمندان در زندگی با تکیه بر دانش، مهارت‌ها و توانایی‌های آنان و پیشگیری از افت توانایی‌ها و آسایشگاهی شدن سالمندان به وسیله ارائه خدمات مراقبتی و تقویت وظیفه و حس خودمراقبتی و تشویق سالمند به حضور در اجتماع است (۷).

شرایط علی مؤثر بر شیوه نگهداشت سالمندان: مجموعه‌ای از علل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی که در یک مقطعی بر شیوه‌های مراقبت، حمایت و رسیدگی به سالمندان تأثیرگذار است (۷).

شرایط زمینه‌ای مؤثر بر شیوه نگهداشت سالمندان: به مجموعه‌ای از بسترها، زمینه‌های مساعدی که بر شیوه مراقبت، نگهداری و حمایت از سالمندان تأثیرگذار است گویند (۷).

شرایط مداخله‌گر مؤثر بر شیوه نگهداشت سالمندان: به مجموعه‌ای از شرایط تسهیلگر یا مانع به وجود آورنده یک پدیده را شرایط مداخله‌گر گویند که در پژوهش حاضر به مجموعه‌ای از شرایط فرهنگی-اجتماعی که تسهیل کننده شیوه‌های مراقبت از سالمندان است به عنوان شرایط واسطه‌ای گفته می‌شود (۷).

تاریخچه نگهداری و مراقبت از سالمندان در ایران

به طور رسمی تاریخچه نگهداری و مراقبت از سالمندان در ایران همیشه در اختیار خانواده‌ها بود اما اولین خانه سالمندان توسط آرسن میناسیان در رشت صورت گرفت. میناسیان مؤسس داروخانه کارون از بنیان‌گذاران اصلی آسایشگاه معلولین و سالمندان رشت بود که توانست با یاری سایر نیکوکاران اولین خانه سالمندان در ایران را تأسیس کند. بعد از وی در سال ۱۳۵۱ محمدرضا حکیم‌زاده اولین آسایشگاه سالمندان ایران "کهریزک" را بنا گذاشت. از او به عنوان پدر آسایشگاه‌های معلولان و سالمندان ایران نام می‌برند. زمانی که حکیم‌زاده از فرانسه به ایران بازگشت از نخستین کارهایش، ساخت اولین آسایشگاه سالمندان ایران، نه در تهران بلکه در رشت بود. او با کمک آرسن میناسیان، یک نیکوکار مسیحی، این

سازمان خیریه را بنا کرد و در همین دوران به ریاست بیمارستان فیروزآبادی در شهر ری منصوب شد (۱۶).

جمعیت بالای ۶۰ سال از سال ۲۰۱۷ به این سو به ۹۶۲ میلیون نفر رسیده که این معادل ۱۳ درصد جمعیت جهان است. این در حالیست که این رقم در سال ۱۹۸۰ به ۳۸۲ میلیون نفر می‌رسید و در سال ۲۰۱۷ حدود دو برابر افزایش یافته است. حدود دو سوم جمعیت بالای ۶۰ سال در کشورهای حال توسعه زندگی می‌کنند. در سال ۲۰۱۷ از هر ۸ نفر یک نفر بالای ۶۰ سال اعلام شد که این میزان در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت و از هر ۵ نفر یک نفر بالای ۶۰ سال خواهد بود.

مبانی نظری تحقیق

نظریه‌های زیست‌شناختی

تئوری‌های زیست‌شناختی سالمندی را به عنوان یک فرآیند غیرارادی که در تمام سلول‌ها و بافت‌های بدن اتفاق می‌افتد تعریف می‌نماید. سایر تئوری‌های زیست‌شناختی سالمندی را نتیجه اثر متقابل محیط می‌دانند. تئوری‌های زیست‌شناختی سالمندی عبارتند از: تئوری ژنتیک، تئوری رادیکال‌های آزاد، نظریه پیرشدن سلولی (اثر متقابل)، نظریه ایمنی‌شناسی و نظریه فرسودگی. تئوری ژنتیک^۱: تئوری ژنتیک بر این عقیده می‌باشد که پایان یک برنامه ژنتیکی تعیین‌کننده متوسط عمر افراد می‌باشد. نظریه پیر شدن سلولی (اثر متقابل) در نظریه پیر شدن سلولی اعتقاد بر این است که تغییرات DNA و RNA از علل سالمندی هستند. به این صورت که تغییرات سلول‌ها، موجب تغییراتی در عملکرد اعضا می‌گردد (۱۳).

نظریه‌های روان‌شناختی

نظریات روان‌شناختی در جستجوی آنند تا روند پیری را توصیف کنند و رفتارهایی که در این دوره مشخص می‌شود را توجیه نمایند. بزرگ‌ترین نظریه‌پرداز مراحل زندگی، اریک اریکسون عقیده دارد که نظم ظهور مراحل زندگی، اگرچه لحظه شروع و پایان آن برحسب افراد، متغیر است اما برای همه یکسان است (۱۳). اریکسون در یافته است دوره انتهایی زندگی، زمانی است که افراد در آن موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ارزیابی و به دنبال مفهومی برای زندگی خود می‌باشند. وی بر بهره‌گیری از کمالات، به جای نومیدی، تأکید داشته و معتقد است که اگر پیران بتوانند مفهومی برای زندگی خود بیابند و بپذیرند که دوران آنان گذشته است، می‌توانند با احساس کمال به پشت سر و به زندگی خود نگاه کنند. پیرانی که، زندگی خود را دوره‌های سراسر بطالت دانسته که هیچ مفهومی برای‌شان نداشته، ممکن است امید خود را

^۱. Genetic Theory

از دست بدهند و سفر حیات خود را با احساس پوچی پایان دهند و دیگران را تحقیر کنند و در نهایت ناامید شوند (۱۷).

نظریه‌های جامعه‌شناختی

این نظریه‌ها شامل ۴ دسته می‌باشند که عبارتند: ۱. نظریه عدم تعهد^۱، ۲. نظریه فعالیت^۲، ۳. نظریه استمرار^۳ و ۴. نظریه تعاملی^۴. نظریه عدم تعهد توسط کامینگز و هنری تکوین یافته و جزء اولین و بحث برانگیزترین نظریه‌های جامعه‌شناختی در مورد پیری می‌باشد. براساس این نظریه، فرد در سال‌های میانی عمر، فناپذیری و مرگ خود را یاد می‌کند و تدریجاً برخوردهای خود را با اجتماع و دیگران کاهش داده و همزمان جامعه نیز، متقابلاً فرد را از خود جدا می‌سازد. اشخاص می‌توانند با فراغت از قید و بندهایی که فرد را به جامعه پیوند می‌داده از این فرصت استفاده نموده و از سنین سالمندی خود لذت ببرند. عدم تعهد فرض اصلی این نظریه است؛ در این تئوری فرض شده است که پیران، از کار همیشگی که در طول سنین میانسالی عمر، انجام می‌داده‌اند جدا شده و وقت خود را صرف فعالیت‌های شخصی و مربوط به خود کرده‌اند. مکانیسم‌های دفاعی درون‌گرایی و درون‌گزینی به فرد اجازه می‌دهد تا تعادل جدیدی را برقرار ساخته و با تغییرات متعدد سالمندی، سازگاری یابد. علاوه بر این جدا شدن سالمند از جامعه، یک حالت جدایی دو طرفه، ایجاد می‌کند (۱۰).

نظریه فعالیت، مخالف نظریه عدم تعهد، می‌باشد و توسط هوپگ هرست بیان شده است. وی عقیده دارد «فعالیت سلامت را در پیری افزایش می‌دهد»، بنابراین بزرگسالانی که فعال می‌مانند در فعالیت‌های تشویق شده و جایگاه‌ها، روابط، سرگرمی‌ها و علایق جدیدی را به دست می‌آورند و با احساس رضایت و آرامش، پیر می‌شوند. زندگی رضایت‌آمیز در سالمندی شامل شیوه تأمین زندگی فعال در میانسالی می‌باشد. یک بزرگسال نمونه، بزرگسالی است فعال، ارتباطات اجتماعی خود را، حفظ کرده و با فعالیت‌های جمعی، مسافرت‌ها و داشتن سرگرمی‌ها مشغول است. بنا بر نظریه فعالیت، پیری موفقیت‌آمیز ایجاب می‌کند که نقش‌های تازه‌ای کشف شود و یا برای حفظ نقش‌های قدیم، وسایل تازه‌ای به وجود آید و برای آن که این آرمان تحقق یابد، لازم است که در آینده ارزش سن را باز شناسیم و سالمندان را عهده‌دار نقش‌های جدیدی کنیم. نقش‌هایی که از نظر اجتماعی ارزشمند است. نقش‌های جدید، باید با نوعی درآمد همراه باشد. به خاطر ضرورت اقتصادی و برای این که در جامعه کار با دستمزد ارجحیت دارد که کار داوطلبانه فاقد آن است (۸).

¹. Disengagement theory

². Activity theory

³. Continuity theory

⁴. Interaction theory

نظریه استمرار توسط نوگارتن ارائه و پیشنهاد شده است. وی عقیده دارد که شخصیت افراد، با افزایش سن، تغییر نمی‌کند و رفتار آنان بیشتر قابل پیش‌بینی می‌گردد. آن‌ها در عادات، پای‌بندی‌ها، ارزش‌ها و به خصوص در راهی که با توجه به موقعیت اجتماعی خود بر گزیده‌اند، تداوم و استمرار را حفظ می‌کنند بنابراین با آگاهی به این عوامل می‌توان پیش‌بینی کرد که آنان چگونه پیر می‌شوند (۱۸). شخصیت و وضعیت زندگی، فاکتورهای مهمی، برای سازگاری افراد سالمند، هستند و عواملی که در سازگاری افراد سالمند، نقش دارند شامل روش‌های سازگاری که قبلاً آموخته‌اند، هم‌چنین توانایی آن‌ها در ادامه نقش‌ها و فعالیت‌های قبلی می‌باشد. سازگاری و انطباق موفقیت‌آمیز با سالمندی، بستگی به توانایی شخص، در تداوم الگوهای زندگی، در طول مدت زندگی دارد. شخصی که در سنین جوانی سازگاری خوبی داشته باشد آن را در سنین بعدی نیز ادامه خواهد داد (۱۸). نظریه تعاملی این نظریه توسط اسپنس ارائه شده، وی تغییرات سنی را منتج از واکنش میان خصوصیات هر فرد، شرایط اجتماعی وی و سابقه نحوه واکنش‌های فرد در برابر اجتماع، می‌داند. تأکید این نظریه بر وظایف و نقش‌هایی است که فرد در طول زندگی خود به عهده داشته است. معمولاً افراد سعی دارند که نقش و وظیفه خود را اصلاح و متعادل نموده و از نقشی به نقش دیگر بروند و الگویی مرکب از نقش‌های متفاوت را به خود گیرند. اما با افزایش سن وظایف مهم آن‌ها خاتمه یافته و به انتخاب خود به وظایف جدیدی می‌پردازند (۱۸).

نظریه مبادله را در سال ۱۹۸۰ جیمز داود^۱ جامعه‌شناس آمریکایی به عنوان یک نظریه سوم در مقابل دو نظریه پیشین ارائه کرد. وی تلاش کرد به سوالی پاسخ بدهد که توسط نظریه‌های دیگر بدون جواب مانده بود و آن سؤال این بود که چرا سالمندان دارای تعامل یا روابط متقابل اجتماعی ضعیف‌تر و کمتری هستند. به اعتقاد «داود» این‌ها تنها عوامل مؤثر نیستند و از این رو وی نظریه مبادله را که مدت‌ها پیش توسط «جورج هومنز»^۲ مطرح شده بود برای توجیه پرسش فوق به کار گرفت. نظریه مبادله این گونه استدلال می‌کند که روابط و عمل متقابل اجتماعی میان افراد وقتی به گونه‌ای مطرح می‌شود که تمامی شرکت‌کنندگان در آن احساس کنند که از روابط میان خود سود می‌برند (۹).

طبق نظریه کناره‌گیری، هنگام انتظار مرگ، بین سالخوردگان و جامعه، کناره‌گیری دوسویه روی می‌دهد. سالخوردگان سطح فعالیت خود را کاهش می‌دهند و کمتر تعامل می‌کنند و بیشتر دلمشغولی زندگی درونی خود می‌شوند. در عین حال، جامعه سالخوردگان را از قید مسئولیت‌های شغلی و خانوادگی رها می‌سازد. نتیجه آن برای هر دو طرف مفید در نظر گرفته شده است. برای سالخوردگان یک زندگی توأم با آرامش تأمین می‌شود و وقتی که آن‌ها کناره‌گیری کرده باشند، مرگ‌شان برای جامعه کمتر مخرب خواهد بود. اما واقعیت آن است که تغییر فعالیت‌های اجتماعی سالخوردگان به مراتب پیچیده‌تر از آن چه که نظریه کناره‌گیری مطرح می‌کند، رخ می‌دهد (۹).

^۱. James Dowd

^۲. George Homans

یکی از قدیمی‌ترین نظریه‌های پیری‌شناسی اجتماعی که مربوط به دهه ۱۹۴۰ است، نظریه نقش است. افراد در طول زندگی نقش‌های مختلفی را بر عهده می‌گیرند که اغلب این نقش‌ها متوالی و برخی نیز شبیه همدیگرند. نظریه نقش موقعیت سالمندان را بر حسب سازگاری با نقش‌های با ارزش اجتماعی تبیین می‌کند. در جامعه‌ای که کار در آن دارای ارزش اساسی است بازنشستگی اغلب به از دست دادن منزلت اجتماعی تلقی می‌شود. سازگاری موفقیت‌آمیز با بازنشستگی با بر عهده گرفتن نقش‌های جدید و کیفیت گذراندن اوقات فراغت وابسته است و بر نیاز برای انعطاف و انطباق نقش تأکید شده است. بنابراین ایجاد امکان‌هایی برای پذیرفتن نقش‌های جدید و شغل‌هایی متناسب با توانایی‌های سالمندان می‌تواند راهگشا باشد (۲۲).

در پژوهش حاضر سه دسته نظریه‌های مرتبط با سالمندی مرور شدند که شامل نظریه‌های زیست-شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است. مبنای نظری پژوهش حاضر مبتنی بر نظریات جامعه-شناختی نظریه فعالیت و نظریه نقش است. مطابق نظریه فعالیت سالمندان، سالمندانی که در فعالیت‌های مختلف شرکت می‌کنند؛ روابط اجتماعی، سرگرمی‌ها، علایق جدیدی پیدا می‌کنند که این روابط اجتماعی جدید منتهی به تشکیل سرمایه اجتماعی دوره سالمندی می‌شود، همین سرمایه اجتماعی بر حمایت اجتماعی و مراقبت از وی تأثیر مثبت دارد. در این نظریه حرکت سالمند به سمت فعالیت‌های جدید عامل اصلی پیدایش روابط اجتماعی جدید است. می‌توان گفت در پژوهش حاضر، سالمندانی که نقش‌های جدیدی در خانه، خانه سالمندان و مهد سالمندان می‌گیرند روابط اجتماعی جدیدی تشکیل می‌دهند که بر مراقبت از آن‌ها تأثیر مثبت دارد و این روابط جدید می‌تواند خلاء مراقبت فرزندان را تا حدودی کاهش دهد. مطابق نظری نقش نیز که توسط اسپنس ارائه شد؛ سالمندان به علت تغییر نقش‌های خود در دوره سالمندی؛ نقش‌های جدیدی را می‌پذیرند که این نقش‌ها بر روابط اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار است. الگوهای نقشی جدید سالمندان بر اساس شرایط اجتماعی و نحوه واکنش‌های فرد در برابر اجتماعی است. مطابق این نظریه و منطبق با رویکرد پژوهش حاضر باید گفت سالمندانی که در خانه، خانه سالمندان یا مهد سالمندان هستند بعد از بازنشستگی یا ورود به دوره سالمندی با نقش‌های جدیدی مواجه می‌شوند که این نقش‌های جدید انتظارات و ارتباطات جدیدی را برای آن‌ها فراهم می‌آورد؛ سالمندانی که به طور سازگار و فعال این نقش‌ها را می‌پذیرند می‌توانند از حمایت اجتماعی بهتری نیز برخوردار شوند. در جدول زیر خلاصه از تحقیقات پیشین آورده شده است.

جدول شماره (۱): خلاصه پیشینه تحقیق داخلی و خارجی

ردیف	پژوهشگر	عنوان	نتیجه
۱	سلمان نژاد (۱۳۹۸)	بررسی تأثیر برنامه مراقبت سالمند از سالمند بر رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان و بار مراقبتی مراقبین آسایشگاه سالمندان قدس	برنامه مراقبت سالمند از سالمند تأثیر مثبت بر سالمندان و مراقبین دارد.
۲	زرگر و همکاران (۱۳۹۷)	حمایت اجتماعی در دوران سالمندی و عوامل مرتبط با آن در ایران بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت (مطالعه مروری سیستماتیک)	عوامل زمینه‌ای بیشترین تأثیر را بر حمایت اجتماعی سالمندان می‌گذارد.
۳	آوازه و همکاران (۱۳۹۷)	مراقبت از خود و ارتباط آن با برخی عوامل دموگرافیک در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی اردبیل در سال ۱۳۹۷	۱۹۱ نفر (۸۶٪) از سالمندان توان خودمراقبتی نامطلوب داشتند و تنها ۳۱ نفر (۱۴٪) آن‌ها از توان خودمراقبتی مطلوبی برخوردارند.
۴	زارع فتح‌آباد (۱۳۹۶)	مطالعه تجارب زیسته پرستاران، بیماران سالمند و همراهان بیمار در مراقبت از سالمندان (مورد مطالعه: بیمارستان‌های شهدا، شهید مدنی و امام رضا تبریز)	حمایت همکاران، سرمایه اجتماعی بین پرستار- سالمند، سلامت روانی سالمند، دستمزد کافی پرستار از مهم‌ترین تجارب پرستار در مراقبت از سالمند بوده است.
۵	احمدی (۱۳۹۶)	بررسی سرمایه اجتماعی و ارتباط آن با سبک زندگی سالمندان شهر ارومیه در سال ۱۳۹۶	بین سرمایه اجتماعی و سبک زندگی رابطه معنادار وجود دارد.
۶	عاشوری (۱۳۹۵)	بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌روی روان‌شناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سالمند	سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌روی روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشتند.
۷	ابوزاده گنای و همکاران (۱۳۹۵)	فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی سالمندان و رابطه آن با برخی عوامل	بین میزان فشار مراقبتی با مدت ابتلا به بیماری سالمند، شغل مراقب، وضعیت اقتصادی مراقب، نسبت فرد مراقب یا سالمند، طول مدت مراقبت مراقب و وضعیت همزیستی با سالمند، ارتباط معنادار وجود دارد.
۸	پورهادی (۱۳۹۵)	طراحی مدل مراقبت از سالمندان ایرانی ساکن جامعه	بر هم خوردن روال معمول زندگی متأثر از عوامل متعدد از جمله وضعیت جسمی و روانی سالمند و مراقبین، عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، شیوه زندگی افراد است. نحوه مواجهه افراد با سالمندی و ناتوانی و وابستگی در این دوران نقش مهمی در فرایند مراقبت از آنان دارد.
۹	فرهادی و همکاران (۱۳۹۵)	مفهوم ارزیابی مراقبت در مراقبان خانوادگی سالمندان (مقاله مروری)	ادراک مراقبان از مراقبت می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار گیرد و همین ارزیابی ذهنی سبب می‌شود که با وجود استرس‌زا بودن شرایط مراقبت، همه افراد درک یکسانی از شرایط محیط نداشته باشند و برخی تجربیات مثبتی در این شرایط داشته باشند و برخی دیگر استرس را بیشتر از آن چه وجود دارد درک نمایند که باعث ایجاد پیامدهای منفی برای سلامتی و رفاه مراقب می‌شود.
۱۰	تاج مزینانی و لاریجانی (۱۳۹۴)	بررسی عوامل تأثیرگذار بر مظلومیت اجتماعی سالمندان (شهر ورامین)	جنسیت، سرمایه فرهنگی، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و جهت‌گیری ارزشی با مظلومیت اجتماعی رابطه دارند.
۱۱	بهباد و همکاران (۱۳۹۴)	تأثیر برنامه توان‌مندسازی مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) بر خودکارآمدی در رفتارهای خود مراقبتی در سالمندان مبتلا به پر فشاری خون	برنامه توان‌مندسازی (کارگاه آموزشی خود مراقبتی) مبتنی بر پیگیری تلفنی (تله نرسینگ) در ارتقاء خود کارآمدی در رفتارهای خود مراقبتی سالمندان مبتلا به پر فشاری خون مؤثر بوده است.
۱۲	ادیب حاج باقری و همکاران (۱۳۹۴)	آگاهی پرستاران از مسائل اخلاقی و حقوقی مراقبت از بیماران سالمند	تفاوت معناداری بین دانش پرستاران در زمینه مسائل اخلاقی و حقوقی مراقبت از سالمندان با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد و داشتن یا نداشتن سابقه آموزش در حیطه مراقبت از سالمندان دیده شد.
۱۳	مزارعی (۱۳۹۳)	انسجام خانواده و سپردن سالمند به سرای سالمندان	بین انسجام خانواده و سپردن سالمند به سرای سالمندان تفاوت معنادار وجود داشته و خانواده‌هایی که از سالمندان خود در منزل نگهداری می‌کنند دارای سطح انسجام بالاتری نسبت به خانواده‌هایی که سالمندان خود را به سرای سالمندان می‌سپارند هستند.

۱۴	آزادبخت و همکاران (۱۳۹۳)	رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در سالمندان: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی	جنسیت، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و سن به طور معناداری با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط داشتند.
۱۵	علی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)	سلامت جسمانی و عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران- تحت پوشش منطقه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	سلامت جسمانی سالمندان (توانایی انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و عملکرد فیزیکی) با متغیرهای سن، جنس، تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، منبع درآمد، وضعیت بیمه، وضعیت مسکن و همراهانی که با سالمند زندگی می‌کنند ارتباط معنی‌داری نشان داد.
۱۶	حفاری و همکاران (۱۳۹۲)	تأثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان	آموزش مدیریت استرس به صورت معنی‌داری باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در ابعاد (محدودیت‌های ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) می‌شود.
۱۷	مداحی (۱۳۹۲)	ارزیابی تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد، سال ۹۲-۱۳۹۱	در هر ۲ روش آموزشی کیفیت زندگی سالمندان پس از مداخله نسبت به قبل از آن به مقدار چشمگیری افزایش داشته است.
۱۸	پولادی و همکاران (۱۳۹۲)	عوامل محدود کننده خانواده در مراقبت از سالمند: یک تحلیل درونمایه‌ای	وضعیت جسمانی نامناسب، اختلالات رفتاری، نارسایی دانش، تجربه ناکافی، مشکلات اقتصادی، مشکلات محیط فیزیکی، مشغله زیاد، نارسایی حمایت بستگان و دوستان و نارسایی حمایت‌های رسمی به عنوان عوامل محدود کننده خانواده استخراج شد.
۱۹	سلطانی (۱۳۹۱)	تعیین کننده‌های اجتماعی و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی	سبک زندگی سلامت محور سالمندان بر حسب نوع شغل، تحصیلات، سن، میزان دین‌داری و رضایت از زندگی متفاوت است و سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی و سرمایه فرهنگی سالمندان با سبک زندگی سلامت محور ارتباط معنی‌داری دارند.
۲۰	محمدی و همکاران (۱۳۸۷)	عوامل تسهیلگر و ممانعت کننده فرایند مراقبت سالمندان آسیب‌پذیر در خانواده: مطالعه کیفی	تقویت و جلب مشارکت خانوادگی، آموزش، تأمین امکانات، تدوین سیاست-های کلان بهداشتی و رفاهی برای حمایت مراقب و سالمند سبب موفقیت بیشتر مراقبین در ارائه مراقبت می‌گردد.
۲۱	محمدی و همکاران (۱۳۸۶)	عوامل تسهیلگر و بازدارنده مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب‌پذیر در منزل: تجربه زنان مراقب	آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی‌های فردی مراقب و سالمند، تجربه بار مراقبتی، سابقه ارتباطی مؤثر بین مراقبت و سالمند، شبکه حمایتی خانوادگی، مشارکت خانوادگی، سیستم حمایتی رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستم‌های بهداشتی و مراقبتی رسمی ویژه سالمندان طبقه‌بندی شدند که هر یک حسب ماهیت سبب تسهیل و یا ممانعت در فرایند مراقبت خانوادگی می‌شدند.
۲۲	هلاسنی و لی (۲۰۲۰)	سرمایه گذاری در سرمایه‌های اجتماعی توسط افراد مسن در کره	سرمایه جسمی و انسانی مکمل سرمایه اجتماعی است و موجب بهبود در مراقبت از سالمندان می‌شود.
۲۳	هیو و همکاران (۲۰۲۰)	نقش مسکن مناسب، ثروت مالی و رفاه اجتماعی در رفتارهای مراقبتی خانوارهای مسن	مسکن مناسب تأثیر محدودی بر رفتارهای مراقبتی خانوارهای مسن شهری دارد اما تأثیرات مثبت آن بر میزان مراقبتی خانوارهای سالمند روستایی زیاد می‌باشد. ثروت مالی و مستمری ممکن است بخشی از نابرابری مصرف ناشی از درآمد سالانه خانواده را جبران کند. افزایش حقوق بازنشستگی بیشتر به مصرف خدمات پزشکی و درمانی برای خانواده‌های فقیر کمک می‌کند.
۲۴	کلیسپارسی و همکاران (۲۰۱۹)	عوامل مؤثر بر وضعیت سلامتی سالمندان که برنامه خود مراقبتی دریافت می‌کنند.	در برنامه خودمراقبتی آموزش‌های ارائه شده به سالمندان اثربخش بوده است.
۲۵	چوی و همکاران (۲۰۱۸)	تأثیر شبکه‌های اجتماعی سالمندان بر انتخاب مسکن در کره	شبکه اجتماعی سالمندان عامل مهمی است که بر زندگی مستقل و تحرک مسکونی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. شبکه اجتماعی سالمندان عامل مهمی است که بر زندگی مستقل و تحرک مسکونی آن‌ها تأثیر می‌گذارد.
۲۶	پنگ و لین (۲۰۱۸)	سرمایه اجتماعی و استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه در بین سالمندان تحت بیمه درمانی ملی تایوان	ارتباط بین سرمایه اجتماعی و انواع مختلف مراقبت‌های پیشگیرانه می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در هنگام اتخاذ سیاست برای ارتقاء استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه در نظر گرفته شود.
۲۷	ساراین و همکاران (۲۰۱۸)	یک سیستم هوشمند برای مراقبت از سالمندان با	استفاده از سیستم فناوری هوشمند اینترنت اشیا و موبایل بر مراقبت از

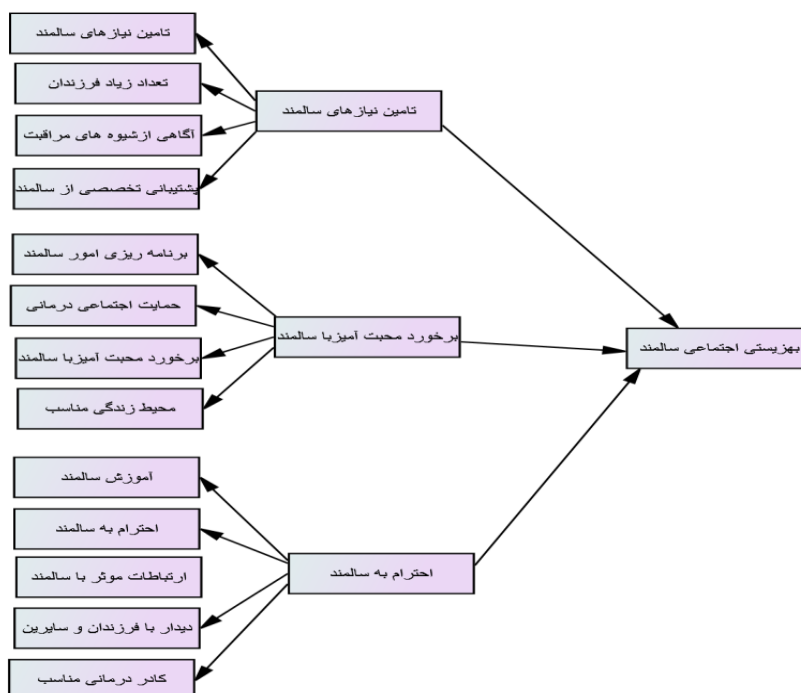
استفاده از فناوری‌های اینترنت اشیا و موبایل	سالمندان تأثیر مثبت دارد.
فیبو و همکاران (۲۰۱۷)	عوامل مرتبط با نیازهای مراقبت طولانی مدت افراد مسن: یک مطالعه موردی با استفاده از نسخه گسترده مدل اندرسون در چین
۲۸	افراد مسن خانواده خود را برای مراقبت‌های طولانی مدت انتخاب می‌کنند. بنابراین خانواده سالمند در مراقبت سالمند نقش ویژه‌ای دارد.
تیسیم و همکاران (۲۰۱۶)	روشی برای برآورد میزان مشارکت مراقبت از سالمندان
۲۹	کمترین میزان مراقبت در بین مردان ۱۶/۸ درصد و بیشترین میزان در بین زنان ۱۸/۸ درصد است، در حالی که برای کل جمعیت در سن بالای ۵۰ سال، میزان مراقبت ۱۸/۲ درصد است.
میزوچی (۲۰۱۶)	سرمایه اجتماعی و خودداری از مراقبت‌های پزشکی در میان سالمندان ژاپن
۳۰	سرمایه اجتماعی بر مراقبت از سالمندان تأثیر مثبت دارد. اما خودداری از مراقبت‌های پزشکی تأثیر منفی بر روی سالمندان دارد.
شارونی و همکاران (۲۰۱۵)	فعالیت‌های حمایتی و خودمراقبتی در میان سالمندان مبتلا به دیابت در کلاتان
۳۱	بین افزایش حمایت اجتماعی و کاهش فعالیت خودمراقبتی رابطه معنادار منفی وجود داشت.
آبویی و همکاران (۲۰۱۳)	تقاضای سالمندان برای مراقبت و حمایت در خانواده: شواهدی از یک استراتژی مداخله اجتماعی
۳۲	تعامل بین سالمندان و طرح بیمه خدمات درمانی کشور بستر جدیدی از رابطه بین سالمندان و مراقبان اصلی آن‌ها ایجاد کرده است. در نتیجه، این باعث ایجاد تعادل بین تقاضای سالمندان برای حمایت و پشتیبانی شده است که توسط مراقبان اولیه آن‌ها در دسترس است.
دیپلورس- اندرون و همکاران (۲۰۱۲)	عدالت اجتماعی، نابرابری‌های بهداشتی و فرهنگ در مراقبت از سالمندان
۳۳	عوامل فرهنگی نقش مهمی در غربالگری، تشخیص و دسترسی به مراقبت‌های پزشکی دارند و غالباً مانعی برای حمایت و برابری برای جوامع اقلیت هستند.
سیلجاندر (۲۰۱۱)	عوامل اقتصادی و تقاضای مراقبت رسمی و غیررسمی توسط افراد سالم‌خورده
۳۴	مراقبت‌های غیررسمی از سالمندان دارای هزینه پائین‌تر و احساس حمایت خانوادگی خوبی هستند در حالی که مراقبت‌های رسمی به علت تحمیل هزینه زیاد به کادر بهداشتی بر روند بهبود سالمندان چندان اثربخش نیست. هر چه قدر سالمندان قدرت پرداخت بیشتری داشته باشند مراقبت‌های رسمی بهتری صورت می‌گیرد.

در بررسی نتایج پیشینه‌های داخلی و خارجی یافته‌های متنوعی وجود دارد که ابعاد مختلفی از شیوه‌های نگهداری سالمندان، عوامل موثر بر آن و پیامدهای آن را بیان می‌کند. نتایج پیشینه‌های نشان می‌دهد ارائه آموزش‌های خود مراقبتی از سالمندان بر کیفیت زندگی و کاهش بار هزینه‌های نگهداری از سالمندان موثر است. همچنین عواملی نظیر حمایت اجتماعی خانوادگی و دوستان و آشنایان و مراقبت آن‌ها از سالمندان تأثیر مثبتی بر سلامت روانی و اجتماعی و جسمی سالمندان دارد. متغیرهایی نظیر سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های ورزشی، فعالیت‌های اوقات فراغت بر بهبود شیوه‌های نگهداشت سالمندان تأثیر مثبت دارد. همچنین نتایج دیگر نشان داد مراقبینی که مراقبت را همراه با استرس و فشار ادراک می‌کنند بر شیوه نگهداشت سالمندان تأثیر منفی می‌گذارند. وجود پایگاه اقتصادی- اجتماعی، سرمایه فرهنگی، اطلاعات و دانش مراقبت در بین اعضای خانواده و سالمندان بر شیوه‌های مراقبت و بهبود آن‌ها تأثیر مثبت دارد. وضعیت جسمانی نامناسب، اختلالات رفتاری، نارسایی دانش، تجربه ناکافی، مشکلات اقتصادی، مشکلات محیط فیزیکی، مشغله زیاد، نارسایی حمایت بستگان و دوستان و نارسایی حمایت‌های رسمی بر شیوه‌های نگهداشت و مراقبت سالمندان تأثیر منفی دارد. آگاهی از نحوه مراقبت، ویژگی‌های فردی مراقب و سالمند، تجربه بار مراقبتی، سابقه ارتباطی مؤثر بین مراقبت و سالمند، شبکه حمایتی خانوادگی، مشارکت خانوادگی، سیستم حمایتی رسمی، زمینه مراقبت در منزل و سیستم‌های بهداشتی و

مراقبتی رسمی ویژه سالمندان بر شیوه‌های نگهداشت و مراقبت از سالمندان تأثیر مثبت دارد. سرمایه اجتماعی، حمایت خانوادگی، نزدیکی محل سکونت فرزندان، آموزش‌های خود مراقبتی و تعداد فرزندان از عوامل مؤثر بر نیازهای مراقبتی سالمندان می‌باشند. در پژوهش حاضر علاوه بر مشابهت با نتایج پیشینه‌های ذکر شده تفاوت‌هایی نیز با آن‌ها وجود دارد. در پژوهش حاضر شیوه‌های مراقبت و نگهداشت سالمندان در خانواده، خانه سالمندان و مهد سالمندان مورد نظر است که در اغلب پژوهش‌ها تنها بر یک جنبه از این شیوه‌ها تأکید شده است بنابراین پژوهش حاضر از لحاظ بررسی شیوه‌های نگهداشت سالمندان دارای نوعی جامعیت است. در پژوهش حاضر در قالب روش گراند تئوری؛ شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط واسطه‌ای یا مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای مؤثر بر شیوه‌های نگهداشت سالمندان مدنظر بوده است که در اغلب پیشینه‌ها بیشتر بر روی چندین علت محدود متمرکز شده بودند که از این نظر پژوهش حاضر به علت کنکاشی عمیق در ابعاد موضوع دارای جامعیت در علت‌شناسی موضوع است.

مدل نظری

بر اساس ادبیات و پیشینه‌ها و فرضیات مدل طراحی شده که در شکل (۱) آمده است:



شکل شماره (۱): مدل طراحی شده بر اساس فرضیه‌ها

روش پژوهش

پژوهش انجام یافته بر اساس هدف از نوع کاربردی است و به لحاظ ماهیت از نوع توصیفی می‌باشد و برای سنجش رابطه بین متغیرها و گردآوری اطلاعات مورد نیاز و به منظور بررسی فرضیات تحقیق از پرسشنامه محقق ساخته با اقتباس از پرسشنامه‌های تحقیقات دیگر مورد استفاده شده که هریک از پرسشنامه‌ها از پایایی لازم برخوردار بوده است. همان طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود کلیه متغیرهای تحقیق از پایایی لازم برخوردارند چرا که مقدار الفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۷ می‌باشد.

جدول شماره (۲): مربوط به پایایی متغیرهای مورد استفاده

متغیر	تعدادگویه	پایایی	ابعاد	تعدادگویه	پایایی
شرایط علی	۱۲	۰/۷۸	تامین نیازهای سالمند	۳	۰/۷۴
			تعداد زیاد فرزندان	۳	۰/۷۳
			آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت	۳	۰/۷۹
			پشتیبانی تخصصی از سالمند	۳	۰/۸۷
شرایط زمینه‌ای	۱۲	۰/۸۱	برنامه‌ریزی امور سالمند	۳	۰/۸۱
			حمایت اجتماعی درمانی	۳	۰/۷۳
			برخورد محبت‌آمیز با سالمند	۳	۰/۸۳
			محیط زندگی مناسب	۳	۰/۸۴
شرایط مداخله‌گر	۱۵	۰/۸۳	آموزش سالمند	۳	۰/۸۴
			احترام به سالمند	۳	۰/۸۹
			ارتباطات موثر با سالمند	۳	۰/۹۱
			دیدار با فرزندان و سایرین	۳	۰/۸۱
			کادر درمانی مناسب	۳	۰/۷۲
بهبودی اجتماعی سالمند	۶	۰/۷۹	---	---	--

جامعه آماری مورد مطالعه کلیه سالمندان شهر رشت می‌باشند. علت انتخاب این گروه این است که ببینیم چه قدر عوامل شناسایی شده در مرحله اول از منظر سالمندان دارای اعتبار و اهمیت است چرا که این گروه، گروه ذی‌نفع اصلی در تحقیق هستند و بر اساس آمار مأخوذه از سازمان برنامه و بودجه استان گیلان مجموعاً شهر رشت دارای جمعیت ۹۵۶,۹۷۱ هستند که از این تعداد ۱۰۵,۲۶۶ افراد بالای ۶۰ سال در این شهرستان سکونت دارند. بر اساس فرمول کوکران در سطح خطای ۵٪ تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بود. متغیرهای مستقل تحقیق عبارتند از: عوامل جامعه‌شناختی (شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر) و متغیر وابسته بهبودی اجتماعی می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

از نظر جنسیت ۶۰.۷ درصد از پاسخگویان معادل ۲۳۳ نفر مرد و ۳۹.۳ درصد معادل ۱۵۱ نفر زن هستند از نظر وضعیت سنی ۳۱/۵ درصد (۱۲۱ نفر) در محدوده سنی ۶۶-۷۰ سال و ۲۷.۹ درصد (۱۰۷ نفر) در محدوده سنی ۷۱-۷۵ سال و ۲۰.۶ درصد (۷۹ نفر) ۶۵-۶۱ ساله و ۱۳.۵ درصد (۵۲ نفر) بالای ۷۶ سال و در نهایت ۶.۵ درصد (۲۵ نفر) ۶۰ ساله می‌باشند و از نظر مدرک تحصیلی پاسخگویان دارای مدرک کاردانی با ۲۷.۳ درصد (۱۰۵ نفر)، مدرک کارشناسی با ۲۵.۵ درصد (۹۸ نفر) و در نهایت مدرک دیپلم با ۲۳.۲ درصد (۸۹ نفر) به عنوان سه گروه تحصیلاتی با بیشترین فراوانی بودند. دارندگان مدرک کارشناسی ارشد با ۱۱.۲ درصد (۴۳ نفر)، زیر دیپلم با ۹.۱ درصد (۳۵ نفر) و دکتری نیز با ۳.۶ درصد (۱۴ نفر) در رده‌های بعدی قرار دارند.

همچنین از نظر درآمد، دارندگان درآمد ۳/۱-۳/۵ میلیون تومان با ۳۰.۷ درصد (۱۱۸ نفر) بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده‌اند. دارندگان درآمد ۳/۶-۴ میلیون تومان نیز با ۲۲.۱ درصد (۸۵ نفر)، ۲/۵-۳ میلیون تومان با ۲۰.۳ درصد (۷۸ نفر)، دارندگان درآمد ۴/۱-۴/۵ میلیون تومان نیز با ۱۹ درصد (۷۳ نفر) و بیش از ۵ میلیون تومان با ۷.۸ درصد (۳۰ نفر) در آخر به لحاظ تعداد قرار دارند.

توصیف متغیرهای پژوهش: در جدول شماره (۳) شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش آورده شده است. میانگین شرایط علی ۴۷/۷ و در سطح زیاد ارزیابی شده است. همچنین میانگین میزان شرایط زمینه‌ای ۴۷/۵۷ و در سطح زیاد، میانگین میزان شرایط مداخله‌گر ۵۹/۶۳ در سطح زیاد و میانگین میزان شرایط اجتماعی سالمند ۴۴/۸۹ و در سطح زیاد، ارزیابی شده است.

جدول شماره (۳): شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش

متغیر	نوع متغیر	تعداد گویه	میانگین متوسط	میانگین به دست آمده	سطح اندازه-گیری شده	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
تامین نیازهای سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۷۰	زیاد	۲.۲۸	۴	۱۵
تعداد زیاد فرزندان	مستقل	۳	۹	۱۲.۳۱	زیاد	۲.۱۵	۳	۱۵
آگاهی از شیوه‌های مراقبت	مستقل	۳	۹	۱۱.۸۶	زیاد	۲.۳۲	۳	۱۵
پشتیبانی تخصصی از سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۸۲	زیاد	۲.۵۱	۴	۱۵
شرایط علی	مستقل	۱۲	۳۶	۴۷.۷۰	زیاد	۸.۱	۲۴	۶۰
برنامه ریزی امور سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۹۵	زیاد	۲.۳۳	۵	۱۵
حمایت اجتماعی-درمانی	مستقل	۳	۹	۱۱.۹۱	زیاد	۲.۲۸	۵	۱۵
برخورد محبت‌آمیز با سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۸۵	زیاد	۲.۴۳	۳	۱۵
محیط زندگی مناسب	مستقل	۳	۹	۱۱.۸۴	زیاد	۲.۵۵	۴	۱۵
شرایط زمینه‌ای	مستقل	۱۲	۳۶	۴۷.۵۷	زیاد	۸.۷	۲۲	۶۰
آموزش سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۷۳	زیاد	۲.۲۷	۴	۱۵

احترام به سالمند	مستقل	۳	۹	۱۲.۳۳	زیاد	۲.۱۵	۳	۱۵
ارتباطات موثر با سالمند	مستقل	۳	۹	۱۱.۹۱	زیاد	۲.۳۳	۳	۱۵
دیدار با فرزندان و سایرین	مستقل	۳	۹	۱۱.۷۲	زیاد	۲.۳۰	۴	۱۵
کادر درمانی مناسب	مستقل	۳	۹	۱۱.۹۲	زیاد	۲.۳۳	۴	۱۵
شرایط مداخله‌گر	مستقل	۱۵	۴۵	۵۹.۶۲	زیاد	۸.۰۲	۳۰	۷۵
بهبودی اجتماعی سالمند	وابسته	۱۲	۱۸	۲۰.۸۹	زیاد	۷.۳۲	۲۰	۶۰

- بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب جنسیت متفاوت است.

با توجه به وجهی بودن جنسیت از آزمون پارامتری تی دو نمونه مستقل برای آزمون فرضیه اول استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر با ۰.۴۰۹ است که بیشتر از ۰.۰۵ است و مقدار تی نیز کمتر از ۱.۹۶ است. بنابراین تفاوت تأیید نمی‌شود؛ به عبارت بهتر بین جنسیت در بهزیستی اجتماعی سالمند تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول شماره (۴): نتایج آزمون تی دو نمونه مستقل پیرامون تأثیر جنسیت بر بهزیستی اجتماعی سالمند

متغیر	میانگین مردان	میانگین زنان	تفاوت میانگین‌ها	مقدار تی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
بهبودی اجتماعی	۴۴/۱۲	۴۴/۶۶	۰/۵۲	۰.۸۲۶	۳۸۲	۰.۴۰۹

- بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب سن متفاوت است.

به منظور بررسی تأثیر سن بر بهزیستی اجتماعی سالمند از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد سطح معنی‌داری بهزیستی اجتماعی سالمند بیشتر از ۰.۰۵ است (sig=0.491)، بنابراین بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات سنی معنی‌دار نیست و تفاوتی بین طبقات سنی در بهزیستی اجتماعی سالمند وجود ندارد (f=0.854).

جدول شماره (۵): آزمون تحلیل واریانس بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات سنی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۱۲۸.۵۲۶	۴	۳۲.۱۳۱	۰.۸۵۴	۰.۴۹۱
درون گروهی	۱۴۲۵۲.۲۶۳	۳۷۹	۳۷.۶۰۵		
جمع	۱۴۳۸۰.۷۸۹	۳۸۳			

- بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب تحصیلات متفاوت است.

به منظور بررسی تأثیر تحصیلات بر بهزیستی اجتماعی سالمند از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری بهزیستی اجتماعی سالمند در بین طبقات تحصیلی بیشتر از ۰.۰۵ است

(sig=0.306)، بنابراین بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات تحصیلی معنی‌دار نیست و تفاوتی بین طبقات تحصیلی در بهزیستی اجتماعی سالمند وجود ندارد ($f=1.205$).

جدول شماره (۶): آزمون تحلیل واریانس بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات تحصیلی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۲۲۵.۶۲۰	۵	۴۵.۱۲۴	۱.۲۰۵	۰.۳۰۶
درون گروهی	۱۴۱۵۵.۱۶۹	۳۷۸	۳۷.۴۴۸		
جمع	۱۴۳۸۰.۷۸۹	۳۸۳			

- بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب درآمد متفاوت است. به منظور بررسی تأثیر سن بر بهزیستی اجتماعی سالمند از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد سطح معنی‌داری بهزیستی اجتماعی سالمند بیشتر از ۰.۰۵ است ($\text{sig}=0.850$)، بنابراین بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات درآمدی معنی‌دار نیست و تفاوتی بین طبقات درآمدی در بهزیستی اجتماعی سالمند وجود ندارد ($f=0.341$).

جدول شماره (۷): آزمون تحلیل واریانس بهزیستی اجتماعی سالمند بر حسب طبقات درآمدی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۴۴.۱۱۹	۴	۱۱.۰۳۰	۰.۳۴۱	۰.۸۵۰
درون گروهی	۱۲۲۴۴.۲۵۴	۳۷۹	۳۲.۳۰۷		
جمع	۱۲۲۸۸.۳۷۲	۳۸۳			

- شرایط علی و ابعاد آن بر بهزیستی اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است. در پژوهش حاضر شرایط علی دارای ۴ مولفه؛ تامین نیازهای سالمند، تعداد زیاد فرزندان، آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت و پشتیبانی تخصصی از سالمند است. با استفاده از رگرسیون چندمتغیره و روش همزمان اثرات تمامی مولفه‌ها بر بهزیستی اجتماعی سالمند مورد سنجش قرار گرفت.

جدول شماره (۸): نتایج ضریب همبستگی بین شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل رگرسیون چند متغیره	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	تخمین خطای استاندارد
رابطه شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند	۰.۶۸۷	۰.۴۷۲	۰.۴۴۲	۰.۳۸

دقت در نتایج فرضیه اول نشان می‌دهد سطح معنی‌داری مطلوب ($\text{sig}=0.000$) و ضریب همبستگی نیز مثبت است ($r=0.687$)، بنابراین بین شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند رابطه مثبت وجود دارد. همچنین شرایط علی توانسته ۴۷.۲ درصد از تغییرات بهزیستی اجتماعی سالمند را تبیین نماید.

جدول شماره (۹): آزمون تحلیل واریانس بین شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل	-	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
تأثیر شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند	بین‌گروهی	۲۰۱۸.۳	۴	۵۰۴.۵۷	۳۴۷۰.۶۶	۰.۰۰۰
	درون‌گروهی	۵۵.۱	۳۷۹	۰.۱۴۵		
	جمع	۲۰۷۳.۴	۳۸۳	--		

همچنین، آزمون تحلیل واریانس نیز نشان داد که مقدار ($F=3470.66$) در سطح خطای ۰.۰۵ معنی‌دار است که نشان می‌دهد متغیر مستقل از قدرت تبیین بالایی برخوردار است و قادر است به خوبی تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید.

جدول شماره (۱۰): نتایج تحلیل رگرسیون تأثیر ابعاد شرایط علی بر بهزیستی اجتماعی سالمند به ترتیب اثر

مدل	ضرایب غیراستاندارد			مقدار تی	سطح معنی‌داری
	خطای استاندارد	بتای غیراستاندارد	بتا		
مقدار ثابت (عرض از مبدا)	۰.۱۲۰	۰.۱۳۲	--	۴.۱۰۱	۰.۰۰۰
تامین نیازهای سالمند	۰.۰۱۲	۰.۳۱۲	۰.۳۱۲	۲.۹۹۷	۰.۰۰۰
تعداد زیاد فرزندان	۰.۰۱۵	۰.۲۳۸	۰.۲۳۵	۲.۵۵۷	۰.۰۰۰
پشتیبانی تخصصی از سالمند	۰.۰۱۴	۰.۲۲۰	۰.۲۲۲	۴.۵۰۷	۰.۰۰۰
آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت	۰.۰۱۵	۰.۹۸۴	۰.۱۸۴	۶۶۸۹۷	۰.۰۰۰

نتایج حاصل از معادله رگرسیونی نیز نشان داد سطح معنی‌داری برای ۴ مولفه شرایط علی مطلوب ($\text{sig}=0.000$) است. در همین رابطه ضریب رگرسیون تامین نیازهای سالمند $+0.312$ است ($\beta=0.312$)، ضریب رگرسیون تعداد زیاد فرزندان $+0.235$ است ($\beta=0.235$)، ضریب رگرسیون آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت $+0.184$ است ($\beta=0.184$)، و ضریب رگرسیون پشتیبانی تخصصی از سالمند $+0.222$ است ($\beta=0.222$) است. بنابراین ۴ مولفه تامین نیازهای سالمند، تعداد زیاد فرزندان، آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت و پشتیبانی تخصصی از سالمند دارای تأثیر مثبت بر بهزیستی اجتماعی سالمند هستند. و تامین نیازهای سالمند با ضریب رگرسیون 0.312 قوی‌ترین تأثیر بر بهزیستی اجتماعی سالمند را دارد. - شرایط زمینه‌ای و ابعاد آن بر بهزیستی اجتماعی سالمندان تأثیرگذار است.

در پژوهش حاضر شرایط زمینه‌ای دارای ۴ مولفه؛ برنامه‌ریزی امور سالمند، حمایت اجتماعی - درمانی، برخورد محبت‌آمیز با سالمند و محیط زندگی مناسب است. با استفاده از رگرسیون چندمتغیره و روش اینتر تمامی مولفه‌ها تأثیرشان همزمان بر بهزیستی اجتماعی سالمند مورد سنجش قرار گرفت.

جدول شماره (۱۱): نتایج ضریب همبستگی بین شرایط علی و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل رگرسیون چند متغیره	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	تخمین خطای استاندارد
رابطه شرایط زمینه ای و بهزیستی اجتماعی سالمند	۰.۵۶۸	۰.۳۲۲	۰.۳۰۲	۱.۴۹

دقت در نتایج فرضیه دوم نشان می‌دهد سطح معنی‌داری مطلوب ($\text{sig}=0.000$) و ضریب همبستگی نیز مثبت است ($r=0.568$) بنابراین بین ایط زمینه‌ای و بهزیستی اجتماعی سالمند رابطه مثبت وجود دارد. همچنین شرایط زمینه‌ای توانسته ۳۰.۲ درصد از تغییرات بهزیستی اجتماعی سالمند را تبیین نماید.

جدول شماره (۱۲): آزمون تحلیل واریانس بین شرایط زمینه‌ای و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل	-	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
تأثیر شرایط علی و	بین‌گروهی	۱۲۲۳.۲۹	۴	۳۰۵۸۲	۱۳۶.۳۴	۰.۰۰۰
بهزیستی اجتماعی سالمند	درون‌گروهی	۸۵۰.۱۱	۳۷۹	۲.۲۴		
	جمع	۲۰۷۳.۴	۳۸۳	--		

همچنین، آزمون تحلیل واریانس نیز نشان داد که مقدار ($F=136.34$) در سطح خطای ۰.۰۵ معنی‌دار است که نشان می‌دهد متغیر مستقل از قدرت تبیین بالایی برخوردار است و قادر است به خوبی تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید.

جدول شماره (۱۳): نتایج تحلیل رگرسیون تأثیر شرایط زمینه‌ای بر بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار تی	سطح معنی‌داری
	خطای استاندارد	بتای غیراستاندارد			
مقدار ثابت (عرض از مبدا)	۰.۴۳۰	۲.۱۹۵	—	۵.۱۱۱	۰.۰۰۰
برنامه ریزی امور سالمند	۰.۰۵۶	۰.۲۶	۰.۲۶۱	۴.۶۰۲	۰.۰۰۰
محیط زندگی مناسب	۰.۰۵۵	۰.۲۲۵	۰.۲۴۷	۴.۰۵۹	۰.۰۰۰
برخورد محبت‌آمیز با سالمند	۰.۰۶۲	۰.۲۳۰	۰.۲۴۱	۳.۶۹۲	۰.۰۰۰
حمایت اجتماعی-درمانی	۰.۰۷۰	۰.۱۰۱	۰.۱۹۹	۲.۴۴۰	۰.۰۰۰

نتایج حاصل از معادله رگرسیونی نیز نشان داد سطح معنی‌داری برای ۴ مولفه شرایط زمینه‌ای مطلوب ($\text{sig}=0.000$) است. در همین رابطه ضریب رگرسیون برنامه‌ریزی امور سالمند $+0.261$ است

($\beta=0.261$)، ضریب رگرسیون حمایت اجتماعی- درمانی $+0.199$ است ($\beta=0.199$)، ضریب رگرسیون آگاهی و تجربه شیوه‌های مراقبت $+0.241$ است ($\beta=0.241$)، و ضریب رگرسیون پشتیبانی تخصصی از سالمند $+0.247$ است ($\beta=0.247$) است. بنابراین ۴ مولفه برنامه‌ریزی امور سالمند، حمایت اجتماعی- درمانی، برخورد محبت‌آمیز با سالمند و محیط زندگی مناسب دارای تاثیر مثبت بر بهزیستی اجتماعی سالمند هستند. و برنامه‌ریزی امور سالمند با ضریب رگرسیون $+0.261$ قوی‌ترین تاثیر بر بهزیستی اجتماعی سالمند را دارد.

- شرایط مداخله‌گر بر بهزیستی اجتماعی سالمندان تاثیرگذار است.

در پژوهش حاضر شرایط مداخله‌گر دارای ۵ مولفه؛ آموزش سالمند، احترام به سالمند، ارتباطات موثر با سالمند، دیدار با فرزندان و سایرین و کادر درمانی مناسب است. با استفاده از رگرسیون چندمتغیره و روش اینتر تمامی مولفه‌ها تاثیرشان همزمان بر بهزیستی اجتماعی سالمند مورد سنجش قرار گرفت.

جدول شماره (۱۴): نتایج ضریب همبستگی بین شرایط مداخله‌گر و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل رگرسیون چند متغیره	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	تخمین خطای استاندارد
رابطه شرایط زمینه ای و بهزیستی اجتماعی سالمند	۰.۴۴۸	۰.۲۰۲	۰.۲	۰.۳۱۹

دقت در نتایج فرضیه هفتم نشان می‌دهد سطح معنی‌داری مطلوب ($\text{sig}=0.000$) و ضریب همبستگی نیز مثبت است ($r=0.448$)، بنابراین بین شرایط مداخله‌گر و بهزیستی اجتماعی سالمند رابطه مثبت وجود دارد. هم‌چنین شرایط مداخله‌گر توانسته ۲۰ درصد از تغییرات بهزیستی اجتماعی سالمند را تبیین نماید.

جدول شماره (۱۵): آزمون تحلیل واریانس بین شرایط مداخله‌گر و بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل	-	جمع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
تأثیر شرایط علی و	بین‌گروهی	۲۰۳۴.۹۱	۵	۴۰۶.۹۸	۳۹۹۶.۹۳	۰.۰۰۰
بهزیستی اجتماعی سالمند	درون‌گروهی	۳۸.۴۹	۳۷۸	۰.۱۰۲		
	جمع	۲۰۷۳.۴	۳۸۳	--		

هم‌چنین، آزمون تحلیل واریانس نیز نشان داد که مقدار ($F=3996.93$) در سطح خطای 0.05 معنی- دار است که نشان می‌دهد متغیر مستقل از قدرت تبیین بالایی برخوردار است و قادر است به خوبی تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید.

جدول شماره (۱۶): نتایج تحلیل رگرسیون تأثیر شرایط مداخله‌گر بر بهزیستی اجتماعی سالمند

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		مقدار تی	سطح معنی‌داری
	خطای استاندارد	بتای غیراستاندارد	بتا	خطای استاندارد		
مقدار ثابت (عرض از مبدا)	۰.۲۷۹	۰.۱۰۳	—	—	۲.۷۰۲	۰.۰۰۰
ارتباطات موثر با سالمند	۰.۹۳۷	۰.۰۱۱	۰.۳۳۹	۰.۳۳۹	۸۲.۹۰۵	۰.۰۰۰
احترام به سالمند	۰.۱۹۷	۰.۰۱۸	۰.۱۹۰	۰.۱۹۰	۵.۵۳۰	۰.۰۰۰
آموزش سالمند	۰.۱۶۹	۰.۰۱۹	۰.۱۶۵	۰.۱۶۵	۸.۷۷۶	۰.۰۰۰
کادر درمانی مناسب	۰.۱۶۳	۰.۰۱۸	۰.۱۶۳	۰.۱۶۳	۹.۰۶۴	۰.۰۰۰
دیدار با فرزندان و سایرین	۰.۱۴۴	۰.۰۱۸	۰.۱۴۳	۰.۱۴۳	۷.۸۸۵	۰.۰۰۰

نتایج حاصل از معادله رگرسیونی نیز نشان داد سطح معنی‌داری برای ۵ مولفه شرایط مداخله‌گر مطلوب ($\text{sig}=0.000$) است. در همین رابطه ضریب رگرسیون آموزش سالمند $+0.165$ است ($\beta=0.165$)، ضریب رگرسیون احترام به سالمند $+0.190$ است ($\beta=0.190$)، ضریب رگرسیون ارتباطات موثر با فرزندان $+0.939$ است ($\beta=0.339$)، و ضریب رگرسیون دیدار با فرزندان و سایرین $+0.143$ است ($\beta=0.247$) و ضریب رگرسیون کادر درمانی مناسب $+0.163$ است ($\beta=0.163$). بنابراین ۵ مولفه آموزش سالمند، احترام به سالمند، ارتباطات موثر با سالمند، دیدار با فرزندان و سایرین و کادر درمانی مناسب دارای تأثیر مثبت بر بهزیستی اجتماعی سالمند هستند و ارتباطات موثر با سالمند با ضریب رگرسیونی استاندارد $+0.339$ قوی‌ترین تأثیر بر بهزیستی اجتماعی سالمند را دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با شرایط زمینه‌ای باید گفت که در این زمینه برنامه‌ریزی امور سالمند، حمایت اجتماعی-درمانی، برخورد محبت‌آمیز با سالمند، محیط زندگی مناسب بوده است و بنابراین در این زمینه‌ها و بسترها بهزیستی اجتماعی سالمند ارتقاء می‌یابد. این یافته همسو با یافته‌های سلمان‌نژاد (۱۳۹۸)، است که نشان داد؛ برنامه مراقبت سالمند از سالمند تأثیر مثبت بر سالمندان و مراقبین دارد. همچنین با یافته‌های تحقیق زرگر و همکاران (۱۳۹۷)، نیز همسو است که نشان دادند؛ عوامل زمینه‌ای بیشترین تأثیر را بر حمایت اجتماعی سالمندان می‌گذارد. همچنین با یافته‌های پژوهش زارع فتح‌آباد (۱۳۹۶)، و عاشوری (۱۳۹۵)، همسو است که نشان دادند؛ سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت‌رویی روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشتند. با یافته‌های پژوهش هیو و همکاران (۲۰۲۰)، نیز همسو بود که نشان دادند؛ مسکن مناسب بر ارتقای کیفیت زندگی سالمند تأثیر مثبت دارد. با یافته‌های پژوهش‌های چوی و همکاران (۷)، پنگ و لین (۲۰۱۸)، و ماریانی و همکاران (۲۰۱۸)، همسو است که نشان دادند؛ شبکه‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی حمایت اجتماعی قابل توجهی برای بهبود مراقبت

سالمندان فراهم می‌آورد. هم‌چنین با یافته‌های پژوهش سیلجان‌دیر(۲۲)، و ماسوی(۱۱)، همسو است که نشان دادند؛ مراقبت‌های غیررسمی از سالمندان دارای هزینه پائین‌تر و احساس حمایت خانوادگی خوبی هستند و حمایت نزدیکان جایگزین مناسبی برای مراقبت‌های خانوادگی است. باید دقت کرد تمامی برنامه‌ریزی‌ها باید بتواند نیازهای سالمندان را تامین نماید و بتواند سالمند را توانمند سازد. به نظر می‌رسد در جامعه آماری مورد تحقیق به زعم تاثیرات شناخته شده عوامل زمینه‌ای بر بهزیستی سالمندان چندان توانمندسازی سالمندان و تجهیز آن‌ها به مهارت‌های ادراکی، اجتماعی، ارتباطی و حتی فناوری مورد توجه نیست. بسیاری از سالمندان به علت نداشتن حمایت‌های درمانی و نبود منبع درآمد کافی عملاً در فشارهای معیشتی و نبود درمان کافی درگیر هستند، از دیگر سو برخی از این سالمندان حتی محیط زندگی مناسبی نیز ندارد، به طوری که به علت نوع شغل یا تعداد زیاد فرزندان اغلب در خانه‌هایی با مساحت کم زندگی می‌کنند که در بلندمدت موجب افسردگی و عدم ارتباط آن‌ها می‌شود. افراد با ورود به دوران سالمندی با کاهش میزان روابط اجتماعی مواجه می‌شوند. فقدان یا ضعف حمایت‌های اجتماعی از سالمندان چه از سوی خانواده‌ها و چه از سوی متولیان امور اجتماعی و بهداشتی جامعه، باعث می‌شود که به سالمندان به نوعی باقیمانده زندگی خود را در انتظار پایان آن بنشینند. وجود حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد باور کند مورد احترام دیگران و عنصری ارزشمند و دارای شأن است و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد. در مدل سپر مانند، حمایت اجتماعی افراد را از تاثیرات منفی استرس محافظت می‌کند، این مدل از حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت استرس سودمند است چون مانع از نفوذ استرس در فرد می‌شود. شبکه اجتماعی که شخص به آن‌ها تعلق دارد پیوندهایی از روابط یکپارچه را فراهم می‌کند، حمایت‌هایی مانند حمایت عاطفی نظیر عشق، همدلی، مصاحبت و مشورت، حمایت اطلاعاتی مانند حل مشکل، جمع‌آوری اطلاعات و حمایت ابزاری مانند خدمات و کنترل اجتماعی در کیفیت زندگی سالمند موثر است.

در این رابطه می‌توان از نظریه همبستگی اجتماعی دورکیم کمک گرفت؛ بنا بر نظریه دورکهایم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. برکمن و سیم(۱۹۷۹)، نیز معتقدند هر چه یگانگی فرد با اطرافیان بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. این اندیشمندان بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تماس‌های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های مورد بحث و میزان دین‌داری فرد تاکید دارند. در واقع حمایت اجتماعی برای سالمند می‌تواند حمایت عاطفی نیز به همراه داشته باشد، فرزندان یا همسایگان یا آشنایانی که به طور منظم از سالمند بازدید می‌کنند می‌توانند بهتر به سالمند نیز خدمات درمانی ارائه دهند. این نوع حمایت‌های اجتماعی باعث می‌شود ارتباطات سالمند با دنیای خارج گسترش یابد و سالمند

در برخی از موارد به علت توجهاتی که به وی می‌شود با پیشنهاداتی برای زندگی در یک محیط بازتر نیز مواجه شود در سالمندان مورد مطالعه اساساً زمینه اصلی بهزیستی اجتماعی نیز محیط مناسب زندگی بود به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی در این زمینه بیشتر باید توسط فرزندان و اطرفیان سالمند صورت گیرد. در ارتباط با شرایط مداخله‌گر نیز نه تنها کارشناسان بلکه خود سالمندان نیز بر موضوع آموزش تأکید فراوان داشتند؛ آموزش سالمندان به ویژه سالمندان مورد تحقیق می‌تواند قابلیت‌ها و توانمندی‌های مختلف ذهنی، جسمی و مهارتی آن‌ها را ارتقاء دهد. در واقع آموزش سالمند به همراه احترام به سالمند، ارتباطات موثر با سالمند، دیدار با فرزندان و سایرین، کادر درمانی مناسب مقولات اصلی مداخله‌گر در زمینه بهزیستی اجتماعی سالمند بودند. این یافته همسو با یافته‌های پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۵)، است که نتیجه گرفتند؛ آموزش خود مراقبتی و مدیریت استرس بر کیفیت زندگی سالمندان دیابتی تأثیر دارد و آموزش خود مراقبتی در افزایش کیفیت زندگی موثرتر از آموزش مدیریت استرس است. به نظر می‌رسد این موضوع چندان مورد توجه نشده است که آموزش می‌تواند بسیاری از هزینه‌های سالمندان در حوزه پزشکی را کاهش دهد یا اساساً با روش سنتی بیشتر مراقبت و درمان در اولویت است تا آموزش و پیشگیری؛ چرا که برخی از کادرهای درمان یا فرزندان میزان یادگیری در سالمندان را کم می‌دانند، بنابراین به این موضوع توجهی نمی‌کنند. آموزش مراقبت فردی برای سلامت دوران پیری را باید در میانسالی شروع کرد. آموزش‌های سالمندی می‌تواند به ویژه در خانه‌های سالمندان شامل آموزش کارهای عادی روزانه باشد؛ مثلاً برای خواب و بیداری، خوردن، ورزش و سرگرمی خود برنامه زمانی معین داشته باشند. این برنامه حتی در روزهای تعطیل آخر هفته نیز باید انجام شود زیرا به هم خوردن برنامه‌ریزی در آخر هفته سبب خواهد شد تطبیق دوباره آن مشکل شود. باید فعالیت بدنی منظمی سالمندان داشته باشند. یا بهداشت فردی بیشتر رعایت شود؛ رعایت بهداشت فردی در سن پیری بسیار مهم است. مثلاً آموزش بهداشت دهان و دندان برای سالمندان مهم است، بنابراین در جامعه آماری مورد تحقیق آموزش نقش مهمی در بهزیستی اجتماعی سالمندان دارد و به ویژه می‌تواند فرایندهای ارتباطی و اجتماعی سالمندان را بهبود بخشد.

ارتباط موثر با سالمند و نیز احترام به سالمند نیز از دیگر شرایط مداخله‌گر است؛ سالمندان در شرایطی قرار می‌گیرند که احساس تنهایی می‌کنند؛ محبت احترام و سر زدن زود به زود به سالمند می‌تواند احساس ارزشمند بودن در آن‌ها را تقویت نماید و این موضوع باعث می‌شود در شرایط روحی بهتر قرار گیرند. بسیاری از زمینه‌های آسیب‌زای مراقبت دوران سالمندی از عدم توجه و ارتباطات مبتنی بر احترام و محبت نشان می‌گیرد، این موضوع باعث می‌شود سطح ارتباطات اجتماعی سالمندان کم شده و به تدریج در قالب افرادی منزوی و گوشه‌گیر زندگی کنند. همان طور که در شرایط مداخله‌گر نیز اشاره شد دیدار سالمندان با فرزندان و اطرفیان نقش مهمی در بهزیستی و شادابی آن‌ها دارد؛ اما باید دقت کرد که شیوه رفتار با والدین در سن پیری و ارتباط فرزندان با آن‌ها تا حد زیادی به شرایط خانوادگی سال‌های قبل و

حتی تا دوران کودکی بر می‌گردد. در مواردی که فرزندان همیشه از محبت پدر و مادر برخوردار بوده‌اند و احساس خلا عاطفی نمی‌کنند، خود را مدیون آن‌ها دانسته و با مهربانی و احساس قدرشناسی سعی می‌کنند تا هر کاری که از دست‌شان بر می‌آید، برای آن‌ها انجام دهند. اما در خانواده‌هایی که فرزندان همیشه از بدرفتاری‌های جسمی و روحی رنج برده‌اند و در جو خانه فقط تنبیه، سرزنش، ناراحتی و بی‌توجهی حاکم بوده است، وابستگی عاطفی چندان قوی با والدین ندارند و یا این که خیلی کم به آن‌ها ابراز محبت می‌کنند. به عبارت بهتر، آن‌ها نمی‌توانند عشق و علاقه‌ای را که دریافت نکرده‌اند، تقدیم کنند و در واقع قادر به انجام آن نیستند، چون هیچ وقت، چیزی در این زمینه یاد نگرفته‌اند. این گروه از فرزندان از طرف دیگر از نوعی فشار اجتماعی شدید نیز رنج می‌برند که باید والدین را دوست داشت و به کارهای آن‌ها رسیدگی کرد، صرف نظر از این که نوع رفتار آن‌ها چگونه بوده است. به نظر می‌رسد بسیاری از سالمندان در دوران جوانی با عدم رفتار درست نوعی بی‌اعتمادی بین خود و فرزندان به وجود آورده‌اند که این بی‌اعتمادی در دوران پیری نیز گریبانگیر آن‌ها شده است.

پیشنهادها

- با توجه به نقش آموزش در بهزیستی اجتماعی سالمندان، پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری سالمندان آموزش‌های حضوری و با ارائه فیلم جهت توان‌مندسازی سالمندان ارائه شود.
- با توجه به نقش آگاهی از شیوه‌های مراقبت سالمندان در بهزیستی اجتماعی سالمندان، پیشنهاد می‌شود در مراکز نگهداری سالمندان یا از طرف شهرداری در پارک‌ها بروشور رایگان در ارتباط به شیوه‌های نگهداری سالمندان و نیازهای سالمندان اطلاع‌رسانی شود؛ به ویژه با توزیع بروشور در بین خانواده‌هایی که دارای سالمند هستند.
- با توجه به این یافته که تجربه‌های شیوه‌های مراقبت از سالمند بر بهزیستی اجتماعی سالمندان تاثیر مثبت دارد پیشنهاد می‌شود اعضای خانواده‌هایی که دارای سالمند هستند مثلاً پسران یا عروسان یا دختران و همسران آن‌ها در کلاس‌های نگهداری سالمندان در بهزیستی شرکت نمایند.
- با توجه به نقش پشتیبانی تخصصی از سالمند در بهزیستی سالمند پیشنهاد می‌شود یک مرکز تخصصی آنلاین با حضور پرستاران سالمند در شهرستان یا در مراکز نگهداری سالمندان تشکیل شود تا اطلاعات لازم در زمینه نگهداری سالمندان ارائه شود.
- پیشنهاد می‌شود شهرداری شهر رشت با همکاری مراکز درمانی برخی از خدمات درمانی را برای سالمندان رایگان نماید یا بر اساس حمایت شهرداری و ارائه کارت درمانی خاص مدیریت شهری در این زمینه قدم‌های جدی بردارد.
- با توجه به نقش سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بهزیستی سالمندان پیشنهاد می‌شود بین خانواده‌های دارای سالمند در یک محله یک همگروهی، انجمن یا صندوق برای همکاری مادی، تفریحی

برای کمک به ارتقای مراقبت‌های سالمندان راه‌اندازی شود؛ مثلاً با راه‌اندازی صندوق کمک به سالمندان و با استخدام پرستاران از سالمندان آن‌ها به طور منظم آزمایش یا مراقبت‌های دوره‌ای صورت گیرد.

- با توجه به نقش ارتباطات موثر در بهزیستی اجتماعی سالمند، پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها هر هفته به طور منظم ۲-۳ بار به سالمندان سر بزنند یا برنامه نگهداری سالمندان به صورت چرخشی (نگهداری موقت) بین خود را به اجرا بگذارند.

- با توجه به نقش غنی‌سازی امکانات نگهداری سالمندان، پیشنهاد می‌شود شهرداری رشت با اختصاص دادن بخشی از منابع به اجرا و برگزاری برنامه‌های شاد ویژه مخصوص برای سالمندان قدمی مهم در راستای تفریح سالمندان بردارد.

تعارض منافع

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.»

منابع

1. Ahmadi, Sh., Jalalian, H., R. Identification and assessment of required services of elderly from the viewpoint of urban managers, and public and its effect on their hope for life, (Case study: Kermanshah City), MA thesis, Islamic Azad University- Herra branch.
2. Ahmadi, Zahra. (2017). Evaluating social capital and its relationship to life style of elderly in Urmia City in 2017. MA thesis.
3. Ashoori, Jamal. (2016). Investigating the role of social capital, social support, and psychological hardness in predicting life quality of elderly women. Quarterly of Geriatric nursing. 2, (4). P.p: 70-81.
4. Azadbakht, M. Gharmaroodi, G. R., Taheri Tanjani, P., Sahaf, R., Shojaei zadeh, D. and Gheysvandi, E. (2014). Selfcare behaviors improving health and its related factors in elderly. The use of sanitary belief model. Education and society health publication.
5. Bargi Irani, Ziba, Vahidi, Z., Lotfi, B. (2019). Comparing the effect of teaching self-care and stress management on life quality and nutritional problems of diabetic elderly, 3rd national gathering of psychology, Education and life style. Qazvin. Payam-e-Noor university of Qazvin Province.
6. Behzad, Y., Bastani, F. and Haghani, H. (2015). The effect of tele pursuit based reinforcement program (tele nursing) on efficacy in self-care behaviors in elderly suffering from high blood pressure. Nursing and midwifery of Orumieh publication.
7. Choi, Yeol, Yeon-Hwa Kwon, Jeongseob Kim. (2018). The effect of the social networks of the elderly on housing choice in Korea. Habitat International. 74, P.p: 1-8.
8. Fu, Y., Guo, Y., Bai, X. (2017). Factors associated with older people's long-term care needs: a case study adopting the expanded version of the Anderson Model in China. BMC Geriatr 17, 38. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0436-1>.
9. Hasson, H., Blomberg, S., & Duner, A. (2012). Fidelity and moderating factors in complex interventions: a case study of a continuum of care program for frail elderly people in health and social care. Implementation Science: IS, 7, 23 – 23.
10. Hong Hu, Jiangang Xu, Xiang Zhang. (2020). The role of housing wealth, financial wealth, and social welfare in elderly households' consumption behaviors in China, Cities. 96.
11. Masuy, A. (2011). How does elderly family care evolve over time? An analysis of the care provided to the elderly by their spouse and children in the Panel Study of Belgian Households 1992-2002.
12. Mazarei, S., M. (2014). Family Cohesion and referring elderly to nursing home. MA thesis. Social sciences course. Allame Tabatabaee University, Faculty of social sciences.
13. Mizuochi, M. (2016). Social capital and refraining from medical care among elderly people in Japan. BMC Health Services Research, 16.
14. Mohammadian, H., Koosheshi, M. Torkashvand, M., Rashvand, M. (2013). The comparative study of the social-cultural and economic characteristics of provinces with emphasis on population indexes. Tehran: Civil Registration Organization.
15. Mokhtari, F. Ghasemi, N. (2010). Comparing life quality and mental health in resident/non-resident nursing home. Elderly magazine of Iran. 5th year, No: 18
16. Mousavi Vadeghani, S., A. (1999). Ageing beyond religious and cultural viewpoints and social values. The set of elderly papers, volume 2. Tehran benefactor women group.

17. Nissim, B. D., Daphna, H., Ruth, K., Ariela, L., & Aviad, T. S. (2016). A Method for Estimating the Participation Rate of Elder Care. *Theoretical Economics Letters*, 06, P.p: 474-479.
18. Oeseburg, B., Hilberts, R., & Roodbol, P. F. (2015). Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. *Nurse education today*, 35 10, e32-5.
19. Phili, Sara, Torabi, Zahra. (2017). The effective factors on increasing life quality in daily elderly care centers. 7, p: 99.
20. Pourhadi, Samaneh. (2016). Designing model of caring Iranian elderly settling in the society. MA thesis. Elderly Science Course. The university of welfare and rehabilitation science. Faculty of rehabilitation science.
21. Salimi, A., A. (2015). Evaluating the effect of self-care educational program on in improving the life quality of elderly supported by health centers of Zanjan City, social education and health magazine.
22. Siljander, Eero. (2011). The Economic and Socio-Economic Risk and Demand Factors of LTC; Demand of Formal and Informal Care by Elderly People - A Critical Appraisal of the Research Literature. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1875676> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1875676>.
23. Soltani, M. R. (2012). Capital and Social determinants of health based life style of Tehran's elderly. MA thesis. Social sciences Course. Kharazmi university, Faculty of social and human sciences.
24. Taj mazinani, A. A., Larijani, M. (2015). Investigating the factors influencing social rejection of elderly (Varamin City) practical sociology (Research magazine of human sciences, Isfahan university), Volume 3, p: 59.