

بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی سالمندان شهر یاسوج

مهرداد کرمی^۱، اصغر محمدی^۲

^۱ دانشجوی مقطع دکتری جامعه شناسی دانشگاه آزاد دهقان

^۲ استادیار گروه جامعه شناسی دانشگاه آزاد دهقان

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان حمایت اجتماعی بر توانمندسازی سالمندان شهر یاسوج اجرا شده است. روش اجرای این پژوهش میدانی و تکنیک آن پیمایشی بوده و نمونه آماری تعداد ۳۸۴ نفر از سالمندان بوده که از طریق ابزار پرسشنامه به روش خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار سنجش پرسشنامه حاضر پرسشنامه توانمندسازی ۲۵ سوالی و پرسشنامه حمایت اجتماعی از سالمندان ۲۳ سوالی می باشد که در بین نمونه آماری توزیع گردید: یافته ها نشان داد: حمایت اجتماعی بر توانمندسازی سالمندان تاثیر دارد؛ و ضریب همبستگی چندگانه برابر با $(R=0/23)$ است. ضریب تعیین برابر با $(R^2=0/1)$ است؛ که نشان می دهد متغیر مستقل حمایت اجتماعی و توانمندسازی اجتماعی می تواند ۱۰ درصد از تغییرات بعد توانمندسازی اجتماعی را پیش بینی نماید. همچنین ضریب همبستگی حمایت اجتماعی بر توانمندسازی جسمی سالمندان نشان دادیم بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون میان حمایت اجتماعی بر توانمندسازی جسمی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد چون ضریب معناداری $0/002$ می باشد و از سطح معناداری $sig \leq 0/05$ بیشتر است پس فرضیه با 98% احتمال قابل قبول است. بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین توانمندسازی بر حسب عاملیت رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری $sig \leq 0/05$ قابل قبول است. لذا فرضیه فوق الذکر با قوت بالا مورد تأیید قرار می گیرد چون ضریب معناداری $0/001$ می باشد پس فرضیه با 99% احتمال قابل قبول است. بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی بر توانمندسازی اقتصادی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری $sig \leq 0/05$ قابل قبول است. پس فرضیه با 99% احتمال قابل قبول است.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی ساختاری، حمایت اجتماعی عملکردی، توانمندسازی اجتماعی، سالمندان.

مقدمه

براساس مطالعات زمینه ظهور مفهوم حمایت اجتماعی و مطرح شدن آن به عنوان متغیر اصلی در تحقیقات گوناگون مرتبط با سلامت سالمندان و میزان توانمندی آنان، نشان دهنده برداشتن گامی جدی در بررسی نقش عوامل اجتماعی بر توانمند سازی سالمندان می باشد. حمایت اجتماعی مفهومی با گستره ای بسیار وسیع بوده که می تواند کاربردهای زیادی در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی انسان داشته و باعث افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی او شود (سیف، ۱۳۸۹: ۴۱۴). حمایت اجتماعی به چند دلیل دارای اهمیت ویژه است؛ اول اینکه انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح می باشد. همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوند های اجتماعی در زندگی افراد شواهد محکمی برای تأیید این قضیه می باشند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی به عنوان یک ابزار مناسب و تقریباً در دسترس می تواند در برنامه های مداخله ای که برای افزایش سطح رفاه بخصوص رفاه روانی طراحی می شوند، کاربردهای زیادی داشته باشد (کریمی، ۱۳۸۷: ۵۱)

زندگی همانند جریان یک رودخانه است که در مسیر رشد از مبدأ حرکت تا مقصد سلسله مراحل و معابری را پشت سر می گذارد. انسان در سراسر عمر خود مراحل را طی می کند که این مراحل را دوران جنینی، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی و کهنسالی یا پیری تشکیل می دهد. هر یک از این مراحل و دوره های زندگی دارای ویژگی های خاص خود است و فردی که از یک مرحله به مرحله دیگر از زندگی وارد می شود با کوله باری از خاطرات از دوره گذشته و با امید فراوان جهت پیشرفت و ارتقاء به سطح بالاتر وارد دوره یا مرحله دیگر می شود. ابعاد زمانی حیات آدمی تفکیک ناپذیرند و دیروز آن تعیین کننده امروز و امروز آن تعیین کننده فردا است. هدفها و انتظارات که به طور عمده به فردا یا آینده مربوط می شوند طبعاً در امروز آن مؤثر هستند؛ بنابراین چگونگی بزرگسالی هر فرد از چگونگی کودکی و نوجوانی او متأثر خواهد شد و چگونگی میانسالی طبعاً تحت تأثیر چگونگی بزرگسالی او خواهد بود. پیری نیز از این قانون مستثنی نیست (احمدوند، ۱۳۸۹، ص ۳۱۰).

با رشد جمعیت سالخوردگان در کشورهای پیشرفته، پژوهش در امور پیری از نظر بالینی افزایش یافته است. در حال حاضر نسبت جمعیت افراد بالای سن ۶۰ به طور تقریبی ۲۵ درصد زنان و ۱۸ درصد مردان را تشکیل می دهد. یک زن ۶۰ ساله انتظار زندگی ۲۰ سال دیگر و یک مرد با همین سن انتظار زندگی ۱۵ سال دیگر را دارد (احمدوند، ۱۳۸۹، ص ۳۱۱).

در افراد پیر قدرت و توان جوانی کاهش می یابد و فعالیت کم می گردد. اغلب مردان پیر، از کار خود بازنشسته شده و یا اینکه از کار خود دست کشیده اند؛ بنابراین اکثراً احساس ناایمنی و تنهایی می کنند و می پندارند مقام اجتماعی خود را از دست داده اند. تصور پیران این است که وجودشان مثرم ثمر نیست و کسی به وجود آنها نیاز ندارد و برای آنان احترام قایل نیستند. موقعیت آنان مشابه موقعیت کودکی است که احساس می کند پدر و مادرش او را طرد کرده اند. زنان و به ویژه زنه های خانه دار از این جهت خوشبخت تر هستند، (ناطق پور، ۱۳۸۵) زیرا می توانند به کارهای منزل ادامه دهند و بیشتر اوقات نیز از نوه های خود نگهداری نمایند. شاید این امر یکی از دلایل طول عمر زنان باشد، زیرا فعالیت هایی که مورد علاقه آنان است در سنین ۶۰ تا ۷۰ سالگی خاتمه پیدا نمی کند. برای افراد مسن مهم است که احساس کنند دیگران هنوز هم به وجود آنان احتیاج دارند قادرند که به فعالیت روزانه خود در حدی که توان دارند بپردازند. اگر آنان تا این حد احساس اهمیت و ایمنی کنند به احتمال زیاد در معرض ابتلای به بیماریهای جسمی و روانی که در این سنین خیلی شایع است، قرار نخواهند گرفت (ساروخانی، ۱۳۸۰).

توانمند سازی سالمندان از جمله مولفه های مهم در ابعاد اجتماعی و انسانی توسعه پایدار می باشد. از آنجایی که توانمند سازی سالمندان یک پدیده اجتماعی است و پدیده های اجتماعی تک علتی نیستند لذا توانمند شدن سالمندان به عوامل درونی و بیرونی متعددی بستگی دارد. از طرفی عوامل درونی چون وضعیت جسمانی، روانی، وضعیت اقتصادی خانواده بر توانمندی فرد نقش تعیین کننده ای دارد. از طرف دیگر ساختار های موجود اجتماعی در این مورد می تواند نقش تعیین کننده ای داشته باشد. یکی از عواملی که می تواند در توانمندی افراد نقش داشته باشد، تاثیر حمایت اجتماعی بر توانمندی

آنان است از این رو در این مطالعه به تاثیر حمایت اجتماعی بر توانمند سازی سالمندان پرداخته شده است. حمایت اجتماعی با ابعاد حمایت عاطفی، حمایت خود ارزشمندی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت شبکه ای اجتماعی سنجیده می شود. (ساروخانی؛ ۱۳۸۹). چهار چوب نظری تحقیق بر اساس نظریه ساختار یابی گیدنز، نظریه حمایت اجتماعی سارسون و نظریه نیازهای اساسی مازلو شکل گرفته است. در این تحقیق به بررسی رابطه معنا دار یا غیر معنا دار بودن ابعاد حمایت اجتماعی با متغیر های توانمند سازی اقتصادی، توانمند سازی جسمی، توانمند سازی بر حسب عاملیت و توانمند سازی روانشناختی می پردازیم.

فرضیه اصلی:

حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اجتماعی سالمندان تاثیر دارد.

های فرعی:

(۱) حمایت اجتماعی بر توانمند سازی روانشناختی سالمندان تاثیر دارد.

(۲) حمایت اجتماعی بر توانمند سازی جسمی سالمندان تاثیر دارد.

تعاریف سالمندی

سالمندی را بطور قراردادی مترادف با آغاز سن ۶۵ سالگی می دانند پیری عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان و ارگانیکسم بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید؛ و تغییراتی را در ساختمان و عمل اعضاء مختلف بدن بوجود می آورد که سفید شدن مو، چین و چروک پوست، ریزش مو، کاهش قدرت دید، نقصان شنوایی، خمیدگی، کندی در تحرک، کاهش قدرت عضلانی، اختلال و آشفتگی در حافظه و ادراک، اختلال در جهت یابی، کاهش ظرفیت و کار آیی ریه ها و سیستم قلبی و عروقی از آن جمله اند (موسوی، ۱۳۸۳ ص ۲۶).

بطور کلی سالمندی پدیده ای است که بوسیله تغییرات بیولوژی، فیزیولوژی، بیوشیمی و آناتومی در سلولهای بدن ایجاد می شود. این تغییرات به مرور زمان بر عملکرد سلولها اثر می گذارد. پیری یک سرایشی ساده ای نیست که همه با یک شتاب آن را به پائین طی کنند. بلکه پلکانی است با نرده های بی نظم که برخی از آن با سرعتی بیش از دیگران به پائین می آیند (احمدوند، ۱۳۸۹: ص ۱۱۶).

پیری معمولاً اصطلاحی است که به آخرین دوره زندگی اطلاق می شود؛ اما به دو دلیل عمده و محکم پیری را نمی توان درست و صحیح، معین و مشخص کرد زیرا:

۱- حادثه و جریان فعل و انفعال پیری، در میان افراد کاملاً متفاوت است. مثلاً یک شخص سالمند و سالخورده ممکن است جسمی قویتر و سالمتر از یک جوان، داشته باشد.

۲- در بعضی از جوامع ممکن است سن و سالی را پیر در نظر بگیرند که همان سن در جوامع دیگر، جوان، به حساب آید. بنابراین ورود به دوره پیری را تا اندازه های قانون معین می کند و با توجه به پراکندگی زیاد، سنی که در دوره مرسوم به پیری (یعنی دوره ای که ۳/۱ زندگی ما را تشکیل می دهند) جای می گیرند به راحتی می توان دو گروه اشخاص مسن را تشخیص داد:

۱- پیران جوان^۱

۲- پیران واقعی^۲

فارل (۲۰۱۰) و برونر و سودارت (۲۰۱۱) برای سن تقسیم بندی انجام داده اند که عبارت است از:

۱- پیران جوان ۷۴-۶۵ ساله

^۱ - Young old

^۲ - Actual old

۲- پیران میانسال^۱ ۷۵-۸۴ ساله

۳- پیران پیر^۲ ۸۵ ساله و بالاتر. (پاتنام، ۱۳۸۰)

مجله پزشکی و جامعه (۱۳۷۱) تقسیم بندی سنی افراد سالمند را بصورت زیر بیان کرده است:

۱- مسن ۶۴ - ۵۵ ساله

۲- پیر ۷۴-۶۵ ساله

۳- کهنسال ۸۴-۷۵ ساله

۴- فرتوت بیش از ۸۵ سال (پزشکی و جامعه، طب سالمندان).

برای تعیین سن سه ضابطه وجود دارد:

سن زمانی یا سن تقویمی که سن افراد را از بدو تولد تا زمان حال میسنجند و همان سن شناسنامه است. (برال، ۱۳۵۴)

مفهوم سالمندی فعال

مفهوم سالمندی فعال در اروپا نسبتاً جدید است و تنها در طول پنج سال گذشته (بیشتر به دلیل تلاش های سازمان جهانی بهداشت WHO) به طور گسترده رایج گردیده است. سابقه سالمندی فعال در کشور آمریکا طولانی تر است و به اوایل دهه ۱۹۶۰ باز می گردد، زمانی که عامل «سالمندی موفق» در زمان پیری حفظ الگوی فعال و ارزش های شاخص میانسالی بیان گردید. سالمندی موفق به معنای انکار آغاز دوران پیری و جایگزینی وابستگی ها، فعالیت ها و وظایف دوران میانسالی که گذشته است و شروع دوران جدیدی به منظور حفظ فعالیت ها و احساس رضایت از زندگی می باشد. فعالیت نظریه پردازان در این زمینه نشان داد که این یک تصور مایوس کننده از سالمندی است که برای مبحث فعلی مهم می باشد، اهداف آنها در واقع بسیار ایده آلیستی بوده و یک انتظار غیرواقعی را در خصوص افراد سالمند به منظور حفظ سطوح فعالیت آنها از دوره میانسالی تا سالمندی پدید می آورد. (برال ال میشار، ۱۳۶۵) تئوری فعالیت به دلیل عمومیت دادن روند سالمندی و در یک سطح قرار دادن افراد سالمند نیز مورد انتقاد قرار گرفت. با این وجود، ارتباط تجربی میان فعالیت و رفاه در دوران پیری که توسط این مکتب ایجاد گردید، امروزه یک واقعیت می باشد (کریمی، ۱۳۸۷، ص ۱).

مفهوم نوین سالمندی فعال

نظریه جدید در خصوص سالمندی فعال در دهه ۱۹۹۰ با توجه به اقدامات سازمان جهانی بهداشت (WHO) پدید آمد. تفکر و استدلال در پشت این مفهوم نوین به طور کامل در اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت بیان شده است، «سالها به زندگی افزوده شده اند، اکنون ما باید زندگی را به سالها بیفزاییم». این عبارت در واقع بر یک روش و شیوه کلی زندگی به منظور حفظ سلامت جسمانی و عقلانی افراد سالمند تأکید می نماید تا تنها سعی بر آن داشته باشد که آنها را به اشتغال بلندمدت ترغیب نماید؛ بنابراین، ماهیت نظریه نوین در خصوص سالمندی فعال، شامل عنصر اصلی سالمندی مؤثر به همراه تأکید قوی بر کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و عقلانی می باشد. به عنوان مثال به سالمندی فعال از نظر سلامت، خودکفایی و بهره وری افراد سالمند می توان اشاره نمود. (اسپنسن، ۱۳۸۰).

سالمندی نیرومند

سالمندی نیرومند که با اصلاحات مختلفی نظیر «سالمندی موفق»، «سالمندی بارآور» و «سرزندگی» از آن نام برده می شود، توجه روزافزون پژوهشگران سالمندشناسی را به سوی خود جلب کرده است. این پژوهشها سبب شده اند که توجه از صرف تفکیک سالمند بیمار از غیر بیمار فراتر رفته و به شناسایی سالمندانی که از سلامت بسیار بالا برخوردارند تسری یابد و اصطلاح سالمندی «موفق» در برابر سالمندی «عادی» مطرح شود. دوره سالمندی دیگر زمانی برای اضمحلال سلامتی یا کاهش منابع

¹ - meddle old

² - old old

که در آن فقدان این نقصان های زیانبار نهایت آرزوی فرد است، به شمار نمی آید. در واقع، اکنون ثابت شده است سالمندی که از هیچگونه بیماری شناخته شده یا اختلال شدید رنج نمی برند می توانند کارکرد خود را در سطوح گسترده ای حفظ کنند. برای مثال: سالمندانی که در رویدادهای ورزشی به رقابت می پردازند، مشاغل تمام وقت پرمسئولیت را عهده دار می شوند یا از تجربه خود در زمینه های سیاسی یا اجتماعی بهره می جویند، کاملاً با سالمندان دیگر که در بازنشستگی کامل به سر می برند و عمدتاً غیرفعال و بی تحرک اند، متفاوت اند. (رسولی، ۱۳۷۹) تأکید بر سالم پیر شدن با تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی به عنوان رفاه کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری، همخوانی دارد (رکر، پی کاک، ونگ به نقل از رایس، ترجمه فروغان، ۱۳۹۱، ص ۴۳۹).

جدول ۱: درصد افراد بالای ۶۵ سال در پاره ای کشورها در فاصله ۱۹۸۰ و پیش بینی ۲۰۲۵

کشور	درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر	
	۱۹۸۰	۲۰۲۵
آلمان	۱۵/۵	۲۳/۶
ژاپن	۹/۰	۲۱/۲
سوئد	۱۶/۴	۲۱/۵
انگلستان	۱۴/۸	۱۸/۵

تعریف مفهومی حمایت اجتماعی:

حمایت اجتماعی اغلب به طور معمول به اعمال انجام شده برای یک فرد آشفته به وسیله افراد عمده از قبیل اعضای خانواده و دوستان، همکاران، خویشاوندان و همسایگان اطلاق می شود. این اعمال معمولاً به کمک ابزاری^۱، کمک اجتماعی-هیجانی^۲ و کمک اطلاعاتی^۳ را شامل می شود (هاس و همکاران^۴، ۱۹۸۱).

۱- کمک ابزاری: به اعمال یا مواد فراهم شده بوسیله دیگران اطلاق می گردد که فرد را برای انجام مسئولیت های مربوط به نقش معمولی قادر می سازد (پاتنام، رابرت، ۱۳۸۰).

۲- کمک اجتماعی - هیجانی: به تأثیرات فرد یا تظاهرات عشق، گریه کردن، اعتماد دادن، همدردی و احساس تعلق به گروه اطلاق می گردد (بک^۵، ۱۹۷۶، هاس، ۱۹۸۱).

۳- کمک اطلاعاتی: به ارتباط فکری یا آشکار کردن واقعیت برای مشکلات موجود از قبیل نصیحت و توصیه؛ پسخوراند شخصی و اطلاعاتی اطلاق می گردد که ممکن است شرایط زندگی فرد را آسان تر سازد (هاس، ۱۹۸۱).

لنیدزی^۶، (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را اینگونه توصیف کرده است:

حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کنند. حمایت دیگران، تأمین کننده خدمات و اطلاعات عینی است که^۷ احساس مراقبت شدن، مورد حمایت واقع شدن، احترام داشتن، ارزشمند بودن را برای فرد فراهم می سازد. (فوکویاما، ۱۳۷۹) فرد احساس می کند که در بخش قابل توجهی از مراودات اجتماعی قرار داشته و در یک تعهد دوجانبه شریک است. حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می گردد و در همه این موارد به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد را می دهد (مازلو، ۱۹۵۴).

¹-Instrumental Aid

²-Social Emotional Aid

³-Informational Aid

⁴-House. et al

⁵-Back, A.T

⁶-Leniedzy

⁷-Mazlow

حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن را به وجود می‌آورد که در آن احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است (موس^۱، ۱۹۷۴).

انواع حمایت اجتماعی:

پژوهشگران حمایت اجتماعی را به دو نوع اساسی تقسیم نموده‌اند:

۱- حمایت اجتماعی ساختاری ۲- حمایت اجتماعی کارکردی

حمایت اجتماعی ساختاری

معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت اشاره دارد و به عنوان ارتباطات اساسی و اولیه تعریف می‌گردد (برکمن و همکاران، ۱۹۸۵).

وضعیت زناشویی، عضویت در سازمان‌های رسمی، نقش‌ها و دلبستگی‌ها و سایر ویژگی‌های شبکه ارتباطی مانند تعداد افراد و همخوانی پیوندها از نشانه‌های اجتماعی ساختاری هستند (موسوی، ۱۳۸۴).

حمایت اجتماعی کارکردی

جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که تا حدود زیادی مربوط به پاسخ در مقابل فشار محرک است، حمایت اجتماعی کارکردی، شامل کارکردهایی چون حمایت اطلاعاتی، ابزاری و محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات اجتماعی و میزان استرس و زمان دریافت حمایت اجتماعی می‌باشد (کوهن و سیمی^۲، ۱۹۸۷).

اگر بخواهیم دو نوع حمایت اجتماعی کارکردی و حمایت اجتماعی ساختاری را با هم مقایسه کنیم، حمایت اجتماعی ساختاری دارای اثرات اساسی است و حمایت اجتماعی کارکردی بیشتر توأم با تعاملات بوده و دارای اثرات محافظتی است. بررسی‌های متعدد نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی کارکردی، همبستگی بسیار زیادی با شدت اختلالات دارد (شوماکر و باونل^۳، ۱۹۸۴).

در مطالعه‌ای که هاپریش^۴ (۱۹۸۳) و ویلوکس^۵ (۱۹۸۱)، بر روی زنانی که استرس عمده اصلی زندگی مانند از دست دادن همسر، طلاق و اخراج از مدرسه را تجربه کردند، کسانی که با اعضای شبکه ارتباطی‌شان به ویژه دوستان صمیمی و اعضای خانواده ارتباط ناچیزی داشتند، در مقیاس خود رتبه‌دهی دارای ناسازگاری ضعیفی بودند و میزان خلق و حرمت آن‌ها بر اساس رتبه مصاحبه‌کنندگان، پایین رتبه‌بندی شد.

هاس (۱۹۸۱) نظرات پژوهشگران قبلی را هماهنگ کرد و به چهار نوع حمایت اساسی دست یافت:

۱- حمایت هیجانی (اعمال احترام آمیز)

۲- حمایت ارزیابی‌کننده (پس‌خوراند درباره رفتار و دیدگاه فرد)

۳- حمایت اطلاعاتی (نصیحت و جمع‌آوری اطلاعات مؤثر در حل مسئله)

۴- حمایت ابزاری (یاری و مساعدت آشکار)

منابع حمایت اجتماعی:

حمایت اجتماعی دامنه بسیار گسترده دارد. در نظریه دلبستگی جان بالبی^۶ (۱۹۷۳)، اعضاء خانواده و دوستان به عنوان منابع اصلی حمایت اجتماعی معرفی شده‌اند و از نظر هندرسون سایر افراد به عنوان منابع مهم حمایت تلقی می‌شوند (هلد و همکاران^۱، ۱۹۸۳).

¹-Moss

²-Kahin & Syme

³-Bownell & Shoemaker

⁴-Hirsch

⁵-Wilosox

⁶-Bolby, John

درمانگران و مشاوران و همچنین عضویت در کلیسا که اعضاء به طور غیررسمی همدیگر را مورد مساعدت و یاری قرار می دهند نیز جزء منابع حمایت اجتماعی محسوب می شوند (همان، ۱۹۸۳).

کارکردهای حفظ سلامت اجتماعی:

برطبق اکثر الگوهای حمایتی، کارکرد کلی حمایت اجتماعی سبب افزایش سلامت روان شناختی و جسمانی فرد دریافت کننده حمایت می گردد؛ که بطور خلاصه سه مدل ارائه می گردد.

۱- **مدل ارضاء نیازهای پیوند طلبانه:** بر طبق نظر (کسل و همکاران^۲، ۱۹۷۶) حمایت اجتماعی موجب تشفی نیازهای پیوند طلبانه می گردد.

حمایت اجتماعی می تواند نیاز به تماس و معاشرت با دیگران را برطرف سازد و همین امر موجب از بین رفتن اثرات مخرب انزوا و تنها ماندن می شود. از طریق حمایت، افراد می توانند به احساس تعلق دست یابند و همین امر موجب ارضاء نیازهای پیوند طلبانه می گردد.

۲- **افزایش حرمت نفس:** کارکرد حمایتی هویت خود، اشاره به عنوان کلی آنچه که فرد پیرامون خود آموخته است دارد، قادر است خود را موجودی ارزشمند و با کفایت قلمداد کند (گاتلیب^۳، ۱۹۸۳). منابع مربوط به کارکرد حرمت نفس شامل اطمینان و تصدیق، ارزشمندی، تأیید، تحسین و ابراز احترام به فرد دریافت کننده است. تمام کارکردهای حمایت مربوط به ماهیت پدیدار حفظ سلامتی است که در صورت عدم حضور استرس ها مؤثر است. (ناطق پور، ۱۳۸۵)

۳- **حفظ و افزایش هویت خود:** حمایت همچنین با هویت خود فرد دریافت کننده پیوند دارد. موس، (۱۹۸۲) اظهار می کند که دو خود ترکیبی از مجموعه هویت ها متمایز است. او پیشنهاد می کند که از طریق تعامل با دیگران شخصیت افراد تحول یابد و ما محتاج حداقل آگاهی از خود اجتماعی خویش می باشیم. بر طبق نظریه مقایسه های اجتماعی فستینگر^۴ (۱۹۵۴) افراد نظام باورهایشان را از طریق مقایسه عقاید، باورها و بازخوردهای دیگران مورد ارزیابی قرار می دهد و به آن وضوح می بخشد. کارکردهای حمایتی خود شامل پسخوراندنهای مربوط به ابعاد خود، الگوهای رفتاری مناسب در موقعیت های مهم و استرس زا می گردد. هویت خود منفی، بدین معنی است که هرچند فرد مساعدت دیگران را می پذیرد، نیازهای خود را تشخیص می دهد، اما هنوز احساس بدی نسبت به خود دارد و خود را وابسته و محتاج تلقی می کند. (مثنوی، ۱۳۸۱)

دیدگاه نظریه پردازان تحولی پیرامون حمایت اجتماعی:

یکی از مفاهیمی که مازلو به عنوان یک نیاز اساسی برای رشد فرد، ضروری می داند، حمایت اجتماعی است. مازلو مشاهده نمود که اکثر افراد نوروتیک که برای روان درمانی مراجعه می کنند دارای سطوحی از حس فقدان امنیت، تعلق خاطر، عشق، توجه و حرمت نفس هستند و بین آنها رابطه تنگاتنگی وجود دارد و همین امر موجب پویایی و تعامل فرد و نیز منجر به خود شکوفایی فرد می گردد (برهن و فیلیس، ۱۹۸۷).

حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت و پذیرش خود، احساس مورد محبت و عشق بودن می گردد و همه اینها فرصت های لازم را برای رشد و تحول فراهم می آورد. (کلمن، ۱۳۸۷)

نظریه های زیست شناختی^۵

محققان و پژوهشگران علوم زیست شناسی و پزشکی، بر این باورند که سالمندی از دیدگاه زیست شناسی عبارتست از: گونه ای متداول از محو تدریجی جسمی در ساختار و فعالیت که در اثر سالخوردگی و گذر عمر برای موجود زنده پس از تکامل رخ می دهد؛ و این دگرگونی های نابود کننده همگام با گذشت سن و سال تمام دستگاه های فیزیولوژی، حرکتی، گردشی، گوارشی،

^۱-Held. et al

^۲-Cassel, et al

^۳-Gottlieb

^۴-Festinger, L.

^۵-Biological theory

تناسلی، غددی، عصبی و فکری را شامل می‌شود؛ و برخی دیگر از محققان زیست‌شناسی سالمند را چنین تعریف نموده‌اند: (شریف، ۱۳۸۴)

«سالمند به فردی اطلاق می‌گردد که بیش از شصت سال سن داشته و به علت پیامدها و عوارض ناشی از کهولت سن و تغییرات فیزیولوژیکی که در بدن وی در اثر افزایش سن به وجود می‌آید نیاز به مراقبت و توانبخشی دارد و از نظر سنی به سه گروه سالمند جوان (۷۰-۶۰ سال)، سالمند میانسال (۸۰-۷۱ سال) و سالمند پیر (۸۱ به بالاتر) تقسیم می‌گردند».

نظریه ایمنی:^۱

نظریه ایمنی، معتقد است که سیستم ایمنی، با خارج ساختن عوامل خارجی و یا تخریب آنها، بدن را محافظت میکند. عوامل خارجی شامل ویروسها، باکتریها، قارچها و احتمالاً سلولهای بدن خود فرد که تغییرات نئوپلاستیک^۲ پیدا کرده اند، میباشد. ارگانهای عمدهای که در سیستم ایمنی نقش دارند، عبارتند از:

مغز استخوان، تیموس، طحال و غدد لنفاوی، بعد از سن جوانی بتدریج واکنشهای ایمنی کاهش یافته و وزن غده تیموس کاهش مییابد و توانایی آن، در تغییر می‌کند و تأثیر، T تولید سلولهای مشاهده T سالمندی بیشتر در سلولهای می‌شود و بالا رفتن سن، سلولهای مغز استخوان نیز توانایی خود را از دست می‌دهند و به دنبال این کاهش در اعمال طبیعی، میزان عفونت و سرطان افزایش می‌یابد. بر اساس این نظریه، دستگاه ایمنی بدن، بعضی از قسمتهای سالم بدن را از بین میبرد و بنظر می‌رسد که سیستم دفاعی بدن، بر علیه خود بپا خواسته و به قسمتهایی از بدن، حمله می‌کند. گویی این قسمتها مهاجمان خارجی می‌باشند. (آلن بیرو، ۱۳۶۷)

نظریه پیر شدن سلولی:^۳

در نظریه پیر شدن سلولی اعتقاد بر این است که تغییرات RNA و DNA از علل سالمندی است. به این صورت که تغییرات سلولها، موجب تغییراتی در عملکرد اعضاء DNA می‌گردد. با توجه به این امر که DNA مسئول بعضی از فرآیندهای متابولیسمی مثل متابولیسم سلولهاست، لذا هر نوع فقدان اطلاعات، یا کد گذاری غلط سلولها که در نتیجه نقص در ملکول DNA پیش بیاید موجب مرگ سلولها می‌شود. علاوه بر این، تجمع مواد زائد در سلول و کاهش میزان اکسیداسیون سلولی نیز، موجب از بین رفتن کنش سلول و مرگ آن میشود و هر چه مواد زائد در سلول بیشتر جمع می‌شوند، فرآیند ضایعه سریعتر می‌شود. (شیارا، بریان؛ ورایدل؛ روبرت؛ ۲۰۰۳)

نظریه های اجتماعی پیری^۴

نظریه های اجتماعی پیری، در مورد تغییرات فعالیت اجتماعی سالخوردگان، توجیهاتی را در اختیار می‌گذارند. دو دیدگاه قدیمی نظریه ی کنار گیری و نظریه ی فعالیت - کاهش اجتماعی را به صورت متضاد تغییر می‌کنند. رویکردهای جدیدتر - نظریه ی تداوم و نظریه ی گزینش اجتماعی - هیجانی - دامنه ی وسیعی از فعالیت ها - دامنه وسیعی از یافته ها را توجیه می‌کنند (موسوی، ۱۳۸۱: ۴۱).

پیشینه تحقیق

تحقیقات داخلی:

درویش پورکاخکی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان طراحی ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان نشان دادند سالمندی با اثر بر همه ابعاد زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمند را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

^۱ -Safety theory

^۲ - Neoplastic

^۳ -Theory of cellular aging

^۴ -Theories of inheritance

به منظور ارزیابی این اثرات، پژوهش حاضر با هدف طراحی ابزار اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان صورت گرفته است. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که ابزار طراحی شده، دارای اعتبار و پایایی جهت اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان می باشد.

ارسطو و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی و برخی عوامل موثر بر آن در سالمندان دیابتی مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران نشان دادند بررسی مسایل سالمندی مانند سایر دوره های زندگی اهمیت زیادی دارد. وجود بیماری های مزمن می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر بسیاری داشته باشد. از جمله ی این بیماری ها دیابت است که بر جنبه های جسمی، روحی و اجتماعی فرد تاثیر می گذارد. نتیجه گیری: با توجه روند رو به رشد جمعیت سالمندان و دیابت در آن ها و اهمیت جنبه های گوناگون کیفیت زندگی، برنامه ریزی برای بهبود وضعیت محیطی، اجتماعی و روانی این افراد، جدا از مشکلات جسمی آن ها امری ضروری می باشد.

تحقیقات خارجی:

هایتنی و استریک لند^۱ (۱۹۹۸) در تحقیقی که بر روی ۷۸ دانش آموز که والدین آنها از هم جدا شده بودند و ۹۴ دانش آموز که والدین آنها با هم زندگی می کردند نشان داد که دانش آموزانی که با اختلاف طولانی و تضادی بین والدین بزرگ شده بودند و یا از طرف والدین طرد و رها شده بودند، در روابط محبت آمیز از دیگران حسادت و ترس داشتند؛ و این دانش آموزان در انجام فعالیتهای اجتماعی دچار اضطراب، اختلال در انجام تکالیف و دچار افسردگی بودند (هایتنی و استریک لند، ۱۹۹۸: ص ۵۳).

در پژوهشی که کروک و راسکین^۲ (۱۹۸۱) بر روی ۷۱۴ بزرگسال که به خاطر افسردگی بستری شده بودند، معلوم گردید که این بیماران والدین خود را متخاصم، بی اعتنا و طرد کننده ارزیابی کردند. همچنین مطالعه ای (برس) درباره ۳۸ نفر از کسانی که ۱۶ تا ۲۸ سال سن داشتند و بین هفته سوم تا سال سوم زندگی خود را در پرورشگاه به سر برده بودند و کمتر مورد محبت مادر قرار گرفتند نشان داد ۴ نفر از آنها دچار جنون، ۲۱ نفر دارای اختلال منش، ۴ نفر دارای تاخیر رشد عقلی و ۲ نفر دچار امراض عصبی بودند و تنها ۷ نفر از آنها سازش شخصیت رضایتمندی داشتند.

لوی^۳ (۱۹۴۳) در تحقیقی بر روی مادران لوس کننده، (مادرانی که به کوچکترین خواسته طفل خود پاسخ مثبت می دهد و هیچگونه محرومیت و کنترلی را برای فرزند خود قایل نیستند و در حد افراط به آنها توجه می کنند) و ارتباط آنها با فرزندان نشان انجام دادند، نتیجه گرفت: کودکانی که مادر لوس کننده دارند، افرادی پرخاشگر، عصبانی و پرتوقع هستند. این کودکان نمی توانند دوستی پیدا کنند و دوستی آنها با دیگران استمرار ندارد.

در تحقیق دیگری که ساندچر و دیاز^۴ (۱۹۹۶) در مورد رابطه ی محبت، صمیمیت، با خشنودی و رضایت مندی زوجهای متأهل رابطه ی مثبت وجود داشته و دارای سلامت روان بالاتری هستند. (سانچر و دیاز، ۱۹۹۶: ۱۱۰)

نیومن^۵ (۱۳۸۲)، بر اساس تحقیق میزلیبر و همکارانش^۶ (۱۹۸۶)، در پژوهشی با عنوان تاثیر کاهش حمایت اجتماعی بر افسردگی سالمندان به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی اثرات مستقیمی بر میزان افسردگی و شکایات جسمانی سالمندان می گذارد.

¹ Haitne & astrek lend

² Krok & raskin

³ levi

⁴ Sandchez & diaz

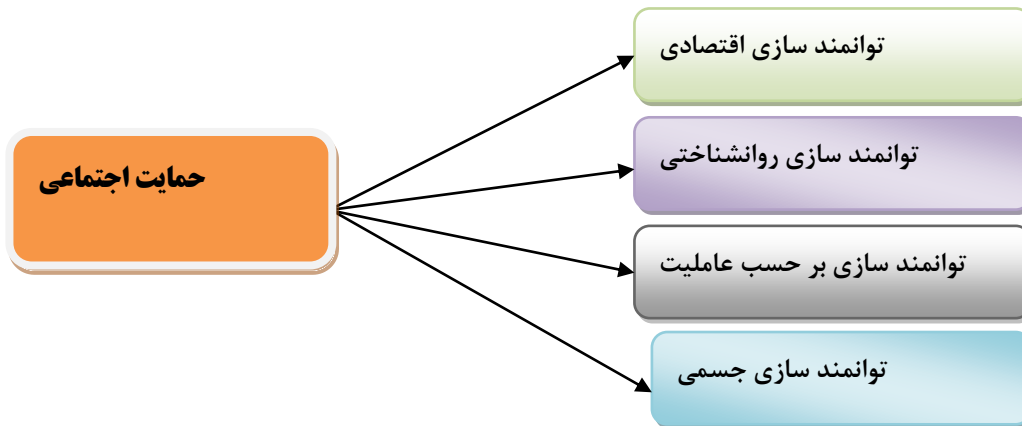
⁵-Newman

⁶-Mislalayer et al

لارکو، هرس و فرنچ^۱ (۱۳۸۲)، در بازنگری گسترده‌ای از مطالعات مربوط به حمایت اجتماعی به ویژه مطالعات انجام شده توسط لاروک و جونز (۱۸۷۸)، به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی در مقابل ابتلاء به بیماری‌های روانی و جسمانی از قبیل اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و بیماری‌های روان‌تنی در مواجهه با فشار روانی به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند. لوینسون و همکاران^۲ (۱۹۸۲)، در تحلیل علل افسردگی بر عامل تقویت و رفتارهای صمیمانه، بر اختلالات روان‌شناختی پرداختند، آنان دریافتند که اختلالات روانی و نشانه‌های افسردگی در افرادی که دارای ارتباطات زناشویی صمیمی هستند در حداقل بوده است.

بوتون^۳ (۱۹۸۸)، در تحلیل یافته‌هایش به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی اهمیت بالقوه‌ای در جلوگیری از آسیب‌پذیری اجتماعی و وابستگی به دیگران دارد. کسل^۴ (۱۹۷۴)، معتقد بود که از هم‌گسیختگی پیوندهای اجتماعی تحت شرایط استرس‌آمیز صورت می‌پذیرد و احتمال بیدار شدن را افزایش می‌دهد. او بر اساس یافته‌های خود پیشنهاد کرد که به منظور حفظ سلامتی می‌بایست عوامل از بین برنده حمایت اجتماعی را رفع کرد تا منابع استرس‌آمیز که فرد در محیط خود با آن مواجه است، کاهش یابد.

مدل تحقیق



شکل ۱: مدل تحقیق

روش پژوهش:

این مطالعه به شیوه پیمایشی انجام گرفته است «تحقیق پیمایشی روشی است برای گردآوری داده‌ها که در آن از گروه‌های معینی از افراد خواسته می‌شود به تعدادی پرسش مشخص (که برای همه افراد یکسان است) پاسخ دهند» (بیکر، ترجمه ناییب، ۱۳۷۷: ۱۹۶)

جامعه آماری:

جامعه: شامل گروهی از افراد است که در یک یا چند صفت مشترک هستند و این صفات مورد توجه محقق است. جامعه ممکن است شامل تمام افراد از یک گروه و یا عده محدود تری از همان گروه باشند. در این پژوهش جامعه آماری، شامل سالمندان ۶۰ تا ۶۵ سال شهر یاسوج در سال ۱۳۹۶ می‌باشد که تعداد دقیق آنها در دسترس نمی‌باشد.

^۱- Larco "Hese and French

^۱-Lewinsohn. et al.

^۲-Bottom

^۳-Cassel

نمونه آماری و روش نمونه گیری:

نمونه پژوهش، عبارتست از یک گروه منتخب از جامعه ی پژوهش و یا جمعیت کل و یا نمایش یک مورد کوچکتر از یک جمع بزرگتر در این پژوهش، از روش خوشه ای، نمونه ها انتخاب و مورد پرسشگری قرار گرفتند.
ابزار گرد آوری داده ها:

در این پژوهش دو مورد پرسشنامه وجود دارد: پرسشنامه توانمند سازی ۲۵ سوالی، پرسشنامه حمایت اجتماعی از سالمندان ۲۳ سوالی می باشد.

جدول ۲: ضریب آلفای کرونباخ به ازای پرسشنامه های توانمند سازی و حمایت اجتماعی از سالمندان

آلفای کرونباخ به ازای توانمند سازی	آلفای کرونباخ به ازای حمایت اجتماعی از سالمندان
۰/۷۸۴	۰/۸۸۷

شیوه تجزیه و تحلیل داده ها

پس از تکمیل فرم ها اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم افزار SPSS تحلیل شد و از کلیه متغیرهای وارد شده آمار توصیفی و همچنین آمار استنباطی گرفته شد و رد یا تایید فرضیات جهت پی بردن به سطح رابطه و همبستگی میان متغیرها مشخص شدند. در پژوهش حاضر، دو دسته آزمون توصیفی (شامل فراوانی، درصد و انحراف معیار داده ها) و آزمون استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون، آزمون خی دو فریدمن با هدف بررسی فرضیات انجام گردید.

جدول ۳: جنسیت پاسخگویان

شاخص ها	فراوانی	درصد
مرد	۲۰۶	۵۳/۶۴٪
زن	۱۶۶	۴۳/۲۳٪
پاسخ نداده	۱۲	۳/۱۳٪
جمع	۳۸۴	۱۰۰

بر اساس یافته ها ۵۳/۶۴٪ مرد و ۴۳/۲۳٪ زن می باشد. همچنین ۳/۱۳٪ جنسیت خود را اعلام نکرده اند.

جدول ۴: میزان سن پاسخگویان

شاخص ها	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
۶۰ تا ۶۵ سال	۲۱۵	۵۵/۹۸٪	۵۵/۹۸
۶۶ تا ۷۰ سال	۱۱۶	۳۰/۲٪	۸۶/۱۸
بالای ۷۱ سال به بالا	۲۱	۵/۴۶٪	۹۱/۶۴
بی جواب	۳۲	۸/۳۶٪	۱۰۰٪
کل	۳۸۴	۱۰۰٪	

یافته های تحقیق حاکی از این است که ۵۵/۹۸٪ بین ۶۱ تا ۶۵ سال، ۳۰/۶۵٪ بین ۶۶ تا ۷۰ سال، ۵/۴۶٪ بالای ۷۱ سال به بالا سن داشته اند همچنین ۸/۳۶٪ آزمونی ها سن خود را گزارش نکرده اند.

جدول ۵: توزیع فراوانی میزان دریافتی درآمد ماهیانه

درصد	فراوانی	شاخص ها
۲۲/۶۵٪	۸۷	کمتر یک میلیون
۸/۸۵٪	۳۴	۱ تا ۱.۵ میلیون
۳۰/۹۸٪	۱۱۹	۱.۵ تا ۲ میلیون
۲۹/۴۲٪	۱۱۳	۲ میلیون تومان و بیشتر
۸/۱٪	۳۱	بی جواب
۱۰۰٪	۳۸۴	کل

جدول فوق وضعیت میزان درآمد ماهیانه پاسخگویان را نشان می‌دهد به طوری که ۲۲/۶۵٪ بین کمتر یک میلیون درآمد داشته اند، ۸/۸۵٪ بین ۱ تا ۱.۵ میلیون تومان، ۳۰/۹۸٪ بین ۱.۵ تا ۲ میلیون تومان، ۲۹/۴۲٪ بیشتر از ۲ میلیون تومان و بیشتر تومان درآمد داشته اند و همچنین ۸/۱٪ پاسخ نداده اند. فرضیه اصلی: حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اجتماعی سالمندان تاثیر دارد.

جدول ۶: تبیین حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اجتماعی سالمندان

Sig	t	Beta	B	Sig	مقدار F	ضریب تعیین	ضریب همبستگی	شاخص ها
۰/۰۰۰	۱۴/۴	-	۲/۶					مقدار ثابت
۰/۰۰۲	۳/۲	۰/۱۶	۰/۲۲	۰/۰۰۰	۱۰/۸	۰/۱	۰/۲۳	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۳	۳	۰/۱۵	۰/۱۴					توانمند سازی اجتماعی

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد ضریب همبستگی چندگانه برابر با $R=0/23$ است. ضریب تعیین برابر با $R^2=0/1$ است؛ که نشان می‌دهد متغیر مستقل حمایت اجتماعی و توانمند سازی اجتماعی می‌تواند ۱۰ درصد از تغییرات بعد توانمند سازی اجتماعی را پیش‌بینی نماید. بر اساس ضرایب بتای استاندارد شده، متغیر مستقل حمایت اجتماعی با بتای $Beta=0/16$ و توانمند سازی اجتماعی با بتای $Beta=0/15$ به ترتیب بیشترین سهم را در تبیین بعد توانمند سازی اجتماعی دارند. فرضیه های فرعی:

فرضیه اول: حمایت اجتماعی بر توانمند سازی روانشناختی سالمندان تاثیر دارد.

جدول ۷: ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی بر توانمند سازی روانشناختی سالمندان

متغیر ها	میانگین	انحراف معیار	همبستگی پیرسون	آماره همبستگی
توانمند سازی روانشناختی	۲.۳۶	۰/۳۱۹	ضریب همبستگی	۰/۵۱۳
حمایت اجتماعی	۳.۲۷۴۱	۰/۶۶۲۵	معناداری	۰/۰۰۳

بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی بر توانمند سازی روانشناختی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری ≤ 05 قابل قبول است. لذا فرضیه فوق‌الذکر با قوت بالا مورد تأیید قرار می‌گیرد. چون ضریب معناداری $0/003$ می‌باشد و از سطح معناداری ≤ 05 بیشتر است پس فرضیه با 97% احتمال قابل قبول است.

فرضیه دوم: حمایت اجتماعی بر توانمند سازی جسمی سالمندان تاثیر دارد.

جدول ۸: ضریب همبستگی حمایت اجتماعی بر توانمند سازی جسمی سالمندان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	همبستگی پیرسون	آماره همبستگی
توانمند سازی جسمی سالمندان	۲.۱۱	۱.۰۷۴	ضریب همبستگی	۰/۷۱۵
حمایت اجتماعی	۳.۲۷۴۱	۰/۶۶۲۵	معناداری	۰/۰۰۲

بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون میان حمایت اجتماعی بر توانمند سازی جسمی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری ≤ 05 قابل قبول است. لذا فرضیه فوق‌الذکر با قوت بالا مورد تأیید قرار می‌گیرد چون ضریب معناداری $0/002$ می‌باشد و از سطح معناداری ≤ 05 بیشتر است پس فرضیه با 98% احتمال قابل قبول است.

فرضیه سوم: حمایت اجتماعی بر توانمند سازی بر حسب عاملیت سالمندان تاثیر دارد.

جدول ۹: ضریب همبستگی حمایت اجتماعی بر توانمند سازی بر حسب عاملیت سالمندان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	همبستگی پیرسون	آماره همبستگی
توانمند سازی بر حسب عاملیت	۴.۰۱۳	۰/۵۴۶۴	ضریب همبستگی	۰/۶۱۳
حمایت اجتماعی	۳.۲۷۴۱	۰/۶۶۲۵	معناداری	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین توانمند سازی بر حسب عاملیت رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری ≤ 05 قابل قبول است. لذا فرضیه فوق‌الذکر با قوت بالا مورد تأیید قرار می‌گیرد چون ضریب معناداری $0/001$ می‌باشد و از سطح معناداری ≤ 05 بیشتر است پس فرضیه با 99% احتمال قابل قبول است.

فرضیه چهارم: حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اقتصادی سالمندان تاثیر دارد.

جدول ۱۰: ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اقتصادی سالمندان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	همبستگی پیرسون	آماره همبستگی
توانمند سازی اقتصادی	۴.۱۴۷۴	۰/۵۲۵۰۱	ضریب همبستگی	۰/۵۰۹
حمایت اجتماعی	۳.۲۷۴۱	۰/۶۶۲۵	معناداری	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج حاصله از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین حمایت اجتماعی بر توانمند سازی اقتصادی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد زیرا سطح معناداری $sig \leq .05$ قابل قبول است. لذا فرضیه فوق‌الذکر با قوت بالا مورد تأیید قرار می‌گیرد چون ضریب معناداری $0/001$ می‌باشد و از سطح معناداری $sig \leq .05$ بیشتر است پس فرضیه با 99% احتمال قابل قبول است.

آزمون رتبه بندی فریدمن

آزمون فریدمن از نوع آزمون‌های ناپارامتریک است که در بخش آمار توصیفی، متغیرهای مستقل فاصله‌ای یا نسبی را بدون در نظر گرفتن چگونگی روابط آنها با متغیر وابسته در مقایسه با همدیگر رتبه بندی و معنی دار بودن تفاوت رتبه میانگین آنها را آزمون می‌کند.

جدول ۱۱: رتبه بندی مولفه های موثر بر توانمند سازی سالمندان

ابعاد و شاخص‌ها	df	مقدار خی دو	میانگین رتبه	رتبه	سطح معنی داری
توانمند سازی روانشناختی	۲	۱۵/۶۲۸	۴/۲۸	۴	۰/۰۰۰
توانمند سازی جسمی سالمندان			۲/۸۴	۲	
توانمند سازی بر حسب عاملیت			۳/۱۱	۳	
توانمند سازی اقتصادی			۱/۲۹	۱	

داده های حاصل از آزمون فریدمن در جهت رتبه بندی مولفه های شناسایی و رتبه بندی توانمند سازی سالمندان نشان می‌دهد که با توجه سطح معنی داری این آزمون که برابر با $(0/000)$ بوده و کمتر از $0/01$ است، لذا می‌توان گفت که بین رتبه میانگین عوامل مذکور تفاوت معنی داری در سطح 99% اطمینان وجود دارد. همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود بعد توانمند سازی اقتصادی با میانگین $1/29$ بیشترین رتبه و توانمند سازی جسمی سالمندان با میانگین $2/84$ ، توانمند سازی بر حسب عاملیت با میانگین $3/11$ و بعد توانمند سازی روانشناختی نیز با میانگین $4/28$ به ترتیب اولویت در رده های بعدی قرار می‌گیرند.

نتیجه گیری

بحران سالمندی، واقعیتی است که تا دو دهه دیگر جامعه ما را گرفتار خواهد کرد در هر خانواده ای سالمند وجود دارد. افرادی که روزگاری جوان و سر حال بوده اند و امروز با گذشت زمان، یک سالمند محسوب می‌شوند. هرچند سالمندی فرآیند مداومی در زندگی انسان است، ولی اینکه دقیقا از چه سنی آغاز می‌شود و چه وقت می‌توان فردی را سالخورده تلقی نمود دقیقا مشخص نیست. چرا که هرکس ممکن است در سن خاصی پیر شود، به طوری که برخی افراد در سنین نسبتا جوانی پیر می‌شوند.

شوند و بعضی تا دیر زمانی جوان می مانند. در برخی کشورها افراد تا سنین خیلی بالا یعنی صد سال و یا بیشتر عمر می کنند. در اغلب جوامع شهری، مرز قراردادی ۶۰ سال سن، یعنی زمانی که فرد از خدمت باز نشسته می شود، آغاز سالمندی را نشان می دهد. به همین دلیل افراد ۶۰ ساله و بالاتر به عنوان سالمندان یک کشور شناخته می شوند. اگر چه در بعضی منابع دیگر، ۶۵ سالگی به عنوان مرز مشخص کننده در نظر گرفته شده است. منظور از سرمایه اجتماعی «شبکه ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد با گروه ها، سازمانها و نهادهای اجتماعی است که قرین همبستگی و انسجام اجتماعی و برخورداری افراد و گروه ها از حمایت اجتماعی و انرژی لازم برای تسهیل کنش ها در جهت تحقق اهداف فردی و جمعی می باشند» توانمند سازی سالمندان از جمله مولفه های مهم در ابعاد اجتماعی و انسانی توسعه پایدار می باشد. از آنجایی که توانمند سازی سالمندان یک پدیده اجتماعی است و پدیده های اجتماعی تک علتی نیستند لذا توانمند شدن سالمندان به عوامل درونی و بیرونی متعددی بستگی دارد. از طرفی عوامل درونی چون وضعیت جسمانی، روانی، وضعیت اقتصادی خانواده بر توانمندی فرد نقش تعیین کننده ای دارد. از طرف دیگر ساختارهای موجود اجتماعی در این مورد می تواند نقش تعیین کننده ای داشته باشد. یکی از عواملی که می تواند در توانمندی افراد نقش داشته باشد، تاثیر سرمایه اجتماعی بر توانمندی آنان است ازین رو در این مطالعه به تاثیر سرمایه اجتماعی بر توانمند سازی سالمندان پرداخته شده است. سرمایه اجتماعی با ابعاد مشارکت اجتماعی، تنوع معاشرت ها و دوستی ها، احترام به سنتها و آداب رسوم و پیوندهای اجتماعی سنجیده می شود. چهار چوب نظری تحقیق بر اساس نظریه ساختاریابی گیدنز، نظریه سرمایه اجتماعی سارسون و نظریه سرمایه اجتماعی بوردیو شکل گرفته است. در این تحقیق به بررسی رابطه معنا دار یا غیر معنا دار بودن ابعاد سرمایه اجتماعی با متغیرهای توانمند سازی اقتصادی، توانمند سازی جسمی، توانمند سازی بر حسب عاملیت و توانمند سازی روانشناختی می پردازیم. با توجه به اینکه سالمندان قشری آسیب پذیر بوده و حمایت اجتماعی از آنان حائز اهمیت فراوان می باشد لیکن توجه به این مساله از جمله ضروریات زندگی بشری می باشد.

پیشنهادات کاربردی

- ۱- فرهنگ سازی در جامعه به خصوص در مراکز سالمندی در جهت شناساندن اهمیت پژوهش و نقش آن در ارتقاء سطح کیفیت زندگی فردی و اجتماعی به منظور جلب همکاری بیشتر آزمودنی ها.
- ۲- لازم است با توجه به تأثیرات مذهب نگرش مذهب درونی و حتی بیرونی بر سلامت روان سالمندان و افسردگی آنان پژوهشهای مداخله ای طراحی و انجام پذیرد.
- ۳- توصیه می شود جهت انتخاب آموزه های دینی مطابق با نیازهای روانی- اجتماعی سنین سالمندی همکاری بین بخشی حوزه و دانشگاه در این زمینه انجام پذیرد و کتابچه های آموزشی جهت سالمندان، کارکنان مرتبط با سالمندان و خانواده سالمند طراحی و تدوین گردد.
- ۴- توصیه می شود مراکز سالمندی برنامه های آموزشی دینی مطابق با نیازهای سنین سالمندی طراحی و اجرا نمایند.
- ۵- به دلیل نیازهای عاطفی هیجانی سالمندان مراکز سالمندی جهت تخلیه هیجانی و ارتباط انسانی تأسیس مراکز مشاوره ویژه سالمندان پیشنهاد می گردد.
- ۶- جهت ارزیابی سلامت روان سنین سالمندی لازم است پرسشنامه ای ویژه تدوین و هنجاریابی شود.
- ۷- پیشنهاد می شود اعضای خانواده در جهت حفظ سلامت روانی سالمندان شرایطی را فراهم آورند که به دور از زور و اجبار با رفتارهای متعارف استقلال سالمندان را حفظ نموده و در کنار آن با هدایت صحیح و روشنگری آنان را هدایت نمایند.
- ۸- پیشنهاد می شود اعضای خانواده با اجازه دادن به سالمندان برای بیان احساسات، ایده ها و نظریات خود در جهت نزدیکی عاطفی و آگاهی از شرایط آنان زمینه برقراری روابط صمیمانه را فراهم آورند.
- ۹- پیشنهاد می شود با اعضای خانواده با تقویت حس مسئولیت پذیری و درک موقعیتهای متقابل سالمندان بستری فراهم گردد که کانون خانواده ای گرم توأم با سلامت روانی برای آنان مهیا گردد.

منابع

۱. احمد وند محمد علی (۱۳۸۹). کمیته ی ملی رفاه سالمندان؛ آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
۲. اسپنسن، الکساندر (۱۳۸۰). ترجمه هاشم غفاری. سیر کهولت در انسان، تهران: انتشارات دانشگاه بهزیستی سیاری، (۱۳۷۸). سخنرانی در همایش یک روزه بهداشت سالمندان روز سالمند. روزنامه اطلاعات فروردین ماه، شماره ۲۱۵۹۲ ص ۳.
۳. آلن بیرو. (۱۳۶۷) علوم اجتماعی، ترجمه باقر ساروخانی؛ انتشارات کیهان.
۴. برال ال میشارا اوربرت جی. (۱۳۶۵) روانشناسی پیری؛ ترجمه ی حمزه ی گنجی؛ تهران؛ اطلاعات.
۵. برال، موسی؛ (۱۳۵۴) بهداشت سالمندان، انتشارات دانشگاه تهران.
۶. پاننام، رابرت، (۱۳۸۰) دموکراسی و سنت های مدنی، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: دفتر مطالعات و تحقیقات سیاسی وزارت کشور.
۷. ساروخانی؛ باقر (۱۳۸۹). دایره المعارف علوم اجتماعی توسی؛ انتشارات شبا ویز. دوجلد.
۸. ساروخانی باقر (۱۳۸۰) مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده / انتشارات سروش.
۹. ساروخانی، باقر، (۱۳۸۳) روش های تحقیق در علوم اجتماعی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، چاپ دوم.
۱۰. سرمد، زهره و دیگران، (۱۳۸۴) پژوهش در علوم رفتاری، تهران: انتشارات سروش.
۱۱. سیف؛ سوسن؛ (۱۳۸۹) تئوری رشد در خانواده. دانشگاه الزهرا.
۱۲. شریف، رضا. (۱۳۸۴) پیری و اختلالات جنسی در نزد مردان. دانشگاه تهران.
۱۳. فوکویاما، فرانسیس، (۱۳۷۹) پایان نظم، سرمایه اجتماعی و حفظ آن، ترجمه غلام عباس توسلی، تهران: جامعه ایران.
۱۴. کریمی، محمود (۱۳۸۷) سالمندی در ممالک مختلف جهان / تهران / سازمان بهزیستی کشور.
۱۵. کلمن، جیمز، (۱۳۸۷) بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
۱۶. مثنوی؛ عطای الله؛ (۱۳۸۱) طرح بررسی علل سپردن سالمندان به آسایشگاه های سالمندی؛ دانشگاه علوم پزشکی.
۱۷. موسوی، مرضیه، مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید، نشریه علمی - پژوهشی، شماره ۲۶، (۱۳۸۴)
۱۸. موسوی، فخرالسادات / بررسی وضعیت اجتماعی و اقتصادی سالمندان معلولین مرد آسایشگاه تفت / دانشگاه یزد ۱۳۸۳.
۱۹. ناطق پور، محمدجواد، (۱۳۸۵)، شکل گیری سرمایه اجتماعی و فرا تحلیل عوامل مؤثر بر آن، نامه علوم اجتماعی، نشریه علمی - پژوهشی، شماره ۲۸.
20. Erikson. ghi, (1963). Mental Health of The Elderly. WWW.Psych.org-public info – elderly cfm Riles /elderly. htm.
21. Berhen philips, A.T. (1987). Cognitive Theory and the emotional disorder. New York: International Universities Press.
22. Cohen, Blazer; Kujler & simi, Liags(1995). Religious Coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical Patints. Psychosomatics, 36,369-75.
23. Rolinse and tams, (1979). A factor analytic investigation of home bound elderly individuals concerns about death and dying and their Coping responses. Journal of clinical Psychology, 16, 737-48.
24. Gatlib H.I. and Sadock"s B.J. (1983). Synopsis of Pschiatry. USA:Williams and Wilkins.

25. Kesel et all, Lyons, Lavson & Strain(1990). Religians belief depression, and ambulation Status in elderly woman with broken hips. American Jaurnal of pschiatry, 147, 758- 66.
26. Hyerish, W.P. and Beck, A.T. (1983). Cognitive Theory and therapy. In, E.E.Beckman and W.R. Leber.Hand book of Depression.usa: The Guilford press.
27. Shomator, bavnel. M.E.P. (1984). Helplessness: On depression, development, and death. San Fransisco: Freeman.
28. Berkman et all, David; sue, D. AND sue,S. (1985). Understanding abnormal behavior. USA: Houghton Mifflin Company.
29. Mouse Hsu, (1974). Religion and mental Health: An Interview with Dr. Harold Koenig. www. Aging / Vertices / wint 95 / Religion – mental health.htm.
30. masloe, (1954). Men Ageing and Health: Achieving health across The Life span. World Health organization.

Investigating the Effect of Social Support on the Empowerment of Elderly People in Yasuj City

Mehrdad Karami¹, Asghar Mohammadi²

1. *Ph.D. Candidate of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch*
2. *Assistant Professor of Sociology, Islamic Azad University, Dehaghan Branch*

Abstract

The present study aims to determine the extent to which social support affects the social empowerment elderly people in Yasuj city. This is field research in terms of method and has used the survey technique. A total of 384 elderly people were selected through a questionnaire and the multi-stage cluster sampling method and were evaluated. The measurement instrument used in this research is the 25-item questionnaire of empowerment, and the 23-item questionnaire of social support for elderly people, which were distributed among the statistical sample. The findings showed that social support has an impact on the social empowerment of elderly people in Yasuj City. The correlation coefficient is equal to ($R = 0.23$) and the coefficient of determination coefficient is equal to ($R^2 = 1/0$), indicating that the independent variable of social protection and social empowerment can predict 10% of the changes in the social empowerment dimension. Moreover, the correlation coefficient also shows the impact of social support on physical empowerment of elderly people. The results of the Pearson correlation coefficient show that there is a significant association between social support and physical empowerment of elderly people, since the level of significance is 0.002, which is greater than the significance level of $\text{sig} \leq 0/05$, so the hypothesis is accepted with a probability of 98%. The results of the Pearson correlation coefficient test show that here is a significant relationship between empowerment and functionality, because the level of significance of $\text{sig} \leq 0/05$ is acceptable. Therefore, the above hypothesis is confirmed because the level of significance is 0.001, so the hypothesis is accepted with 99% probability. According to the results of the Pearson correlation coefficient test, there is a significant relationship between social support and social empowerment of elderly people, because the level of significance of $\text{sig} \leq 0/05$ is acceptable. Therefore, the hypothesis is acceptable with 99% probability.

Keywords: social support, structural social support, functional social support, social empowerment, elderly people.
