

بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال

دکتر عبدالله معتمدی شلمزاری،* دکتر جواد اژه‌ای**
دکتر پرویز آزاد فلاح،*** دکتر علیرضا کیامنش****

چکیده

مطالعه حاضر به بررسی نقش حمایت اجتماعی بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در بین سالمندان می‌پردازد. علاوه بر آن با توجه به تفکیکی که در پیشینه پژوهشی نسبت به انواع حمایت اجتماعی، در دو شکل حمایت عاطفی و حمایت ابزاری شده است، تأثیر این دو نوع حمایت اجتماعی بر زنان و مردان سالمند نیز بررسی می‌شود. برای اجرای این مطالعه ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر شهرکرد (افراد بالاتر از ۶۰ سال)، بطور تصادفی انتخاب و با توجه به هدف و فرضیات ارائه شده مورد آزمون قرار گرفتند. آزمونها عبارت بودند از: مقیاس رضایتمندی از زندگی از دینر و پاوت و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز، الگوی ایوارد و رُک. نتایج به دست آمده که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسن و رگرسیون چندگانه نشان داد، اولاً حمایت اجتماعی تأثیر معنی داری بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی سالمندان از

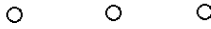
** استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

* دانشگاه تربیت مدرس

*** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس **** دانشیار دانشگاه تربیت معلم تهران

زندگی دارد. ثانیاً حمایت عاطفی نقش با اهمیت تری نسبت به حمایت ابزاری داشته و به ویژه نقش حمایت عاطفی بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی به طور معنی داری بیش از حمایت ابزاری بر زنان سالمند مؤثر است.

کلید واژه‌ها: سالمندان، حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، احساس تنهایی، سلامت عمومی، رضایتمندی از زندگی.



مقدمه

حمایت اجتماعی^۱ مفهومی است که در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی^۲ و حمایت ابزاری^۳ است. فعالیتهای پژوهشی مختلف سودمندی این تمایز را نشان داده است (روک و ایتوارت، ۱۹۹۹). حمایت عاطفی را می توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت با سالمند دانست و منظور از حمایت ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیتهای، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار سالمند قرار می‌گیرد.

بطور کلی حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، شامل احتمال کمتر وضعیت مرضی، بیماری قلبی عروقی، سرطان و همچنین احتمال کمتر کاهش کنشی در افراد مسن ارتباط دارد. این تأثیرات حفاظتی شبکه‌های اجتماعی ممکن است نتیجه چندین فرایند باشد. آنجر و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند:

«این نقش شامل دسترسی مثبت به اطلاعات درباره سلامتی و خدمات مراقبتی سلامتی (بلوم،^۴ ۱۹۹۰)، تشویق رفتارهای سالم (باوجرگ^۵ و همکاران، ۱۹۹۵؛ مرلمستین^۶، کوهن^۷، لیختنشتین^۸، کانمارک^۹ و بائر^{۱۰}، ۱۹۸۶)، تشویق به بهره‌گیری از مراقبت برای سلامتی (بلیکر^{۱۱}، لامرس^{۱۲}، لیندرس^{۱۳} و کروزن^{۱۴}، ۱۹۸۶)، تدارک کمکهای محسوس (نویس^{۱۵}، ۱۹۹۵)، است.»

کوبرانسکی، برکمن و سیمن (۲۰۰۰) می‌نویسند:

«حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته و اینها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیم دارند (برکمن^{۱۶} و برسلو^{۱۷}، ۱۹۸۳؛ برکمن و سیم^{۱۸}، ۱۹۷۹؛ هاوس^{۱۹}، لاندیس^{۲۰} و آمبرسن^{۲۱}، ۱۹۸۸؛ سیمن و همکاران، ۱۹۹۳). حمایت اجتماعی با کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روانشناختی رابطه دارد (بلیزر^{۲۲}

۱۹۸۳؛ کسلر^{۲۳} و مک‌لود^{۲۴} (۱۹۸۵)؛ و همچنین احتمال افزایش فعالیتهای فرد را که منجر به حفظ رفتارهای سلامتی می‌شود زیاد می‌کند» (ص. ۲۳۹).

روک و ایبورت (۱۹۹۹)، این سوال را مطرح کردند که آیا اعضاء خانواده بزرگسالان و دوستان حمایت اجتماعی، رفاقت و کنترل یکسانی را اعمال می‌کنند؟ آنها با مروری بر شواهد تجربی می‌نویسند:

«شواهد تجربی موجود حاکی از آن بوده که خویشاوندان و غیرخویشاوندان کنش متفاوتی را در زندگی سالمندان اعمال می‌کنند (انتونوسی^{۲۵} ۱۹۹۰). اعضاء خانواده همواره به عنوان مهمترین منبع حمایت ابزاری (مثل دادن پول، هدایا، خدمات)، ظاهر می‌شوند. در حالیکه دوستان کمتر چنین حمایتی را فراهم می‌سازند (کروهان^{۲۶} و انتونوسی ۱۹۸۹). در مقابل حمایت عاطفی هم از اعضا خانواده و هم از دوستان بروز می‌کند (فلتن^{۲۷} و بری^{۲۸} ۱۹۹۲). دوستان افراد مسن در قیاس با فرزندان یا دیگر خویشاوندان در فعالیتهای اجتماعی بیشتر با آنها همراهی دارند (کروهان و انتونوسی ۱۹۸۹). مطالعات محدودی درباره کنترل اجتماعی در شبکه‌های اجتماعی بزرگسالان صورت پذیرفته است؛ اما برخی شواهد حاکی از آنست که اعضاء خانواده نسبت به دوستان کنترل اجتماعی بیشتری اعمال می‌کنند (روک و همکاران ۱۹۹۰). بنابراین به نظر می‌رسد که وقتی سالمندان نیازی داشته باشند، از اعضاء خانواده انتظار حمایت اجتماعی دارند و ممکن است تلاشهای اعضاء فامیل را برای کنترل اجتماعی، تحمل کنند. در مقابل دوستان افراد مسن بطور معمول اشکال محدودتری از حمایت اجتماعی فراهم کرده و از آنها انتظار نمی‌رود که در تلاشهای کنترل اجتماعی مشارکت نمایند» (ص. ۲۰۱).

در جدول ۱، درصد و چهارشاخص زندگی سالمندان در چهار کشور ارائه شده است. براساس اطلاعات ارائه شده در این جدول در حالیکه تنها ۳۱ درصد از جمعیت مکزیک افراد بالای ۶۵ سال هستند، در آمریکا ۱۱۳ درصد از جمعیت در سنین بالای ۶۵ سال هستند. همچنین براساس اطلاعات ارائه شده مسئولیت اولیه در قبال سالمندان در کشورهای مختلف متفاوت است. بنا بر نظر بیرن و شای (۱۹۹۰):

اکثریت افراد مسن هر مهماسات اقلیت ندارند، بلکه در خانواده‌ها هستند. جائیکه کمک‌کننده‌های اصلی اعضاء خانواده هستند (نولکر^{۲۹} و یاس^{۳۰} ۱۹۸۷). مراقبت‌کنندگان خانوادگی به عنوان قربانیان پنهان^{۳۱} تعریف شده‌اند (کروسمن^{۳۲}، لندن^{۳۳} و باری^{۳۴} ۱۹۸۱)؛

زریب^{۳۵}، اور^{۳۶} و زریب^{۳۷} (۱۹۸۵). آنها از مسولیت‌هایی که دارند مشقات ثانویه‌ای را متحمل می‌شوند.

جدول ۱- مراقبت از سالمندان: نظری مقایسه‌ای (مأخذ: جفتایی و اسدی، ۱۳۷۸)

ایالات متحده	سورگ	ایستات	مکزیک	کشور
۱۶/۳	۱۰	۹/۸	۳/۱	در سنه بالای ۶۵ سال (۱۹۸۰)
جامعه	جامعه	خانواده	خانواده	مسئولیت اولیه در قبال سالمندان
تقریباً همه	همه	اغلب	تأحدی	سالمندان تحت پوشش بیمه بازنشستگی عمومی
تأحدی	وسیع	محدود	کم	مسکن مناسب قابل دسترس برای سالمندان
قابل تحمل	قابل احترام	قابل احترام	قابل احترام	ارزش سالمند در جامعه

درصد عمده‌ای از افراد مسن متأهل که به مراقبت نیاز دارند از سوی همسرانشان مراقبت دریافت می‌کنند، فرزندان بزرگسال معمولاً دومین گروهی هستند که در هنگام نیاز افراد مسن از آنان مراقبت می‌کنند (اشلی، ۱۹۹۷a).

بطور کلی اگر فرد همسر نداشته باشد بیشترین اولویت در نگهداری در ابتدا به دختر بزرگسال فرد مسن اختصاص دارد (کانتور ۱۹۸۰؛ شاناس ۱۹۷۹). در مطالعه‌ای که بر روی سه نسل انجام شد نشان داده شد، ۱۸٪ مراقبان همسر، ۳۸٪ فرزندان بزرگ، ۳٪ نوادگان بزرگتر، ۴٪ برادر یا خواهر بزرگسال و ۶٪ دختر برادر یا خواهر یا پسر برادر یا خواهر بزرگسال بودند. بقیه ۳۱٪ شامل زنان و مردان مراقبی بودند که با همسرشان نسبتی داشتند - مادرزن یا مادرشوهر، پدرزن یا پدرشوهر، عمه همسر، خواهر همسر و غیره (پیرن و شای ۱۹۹۰).

نسبت والدینی که تحت مراقبت فرزندان بزرگسال قرار می‌گیرند با توجه به جنس فرزندان، سن والدین و وضعیت تأهل آنها متفاوت است. در مجموع حدود ۴۱٪ از مادران توسط دختران بزرگسال مراقبت شده و حدود ۲۰٪ از پدران توسط دختران و ۱۵٪ از آنها توسط پسران مراقبت می‌شوند. البته این اختلاف مادر-پدر با وضعیت سنی و تأهل آنها تعامل پیدا می‌کند. مردان سالمند حتی در سنین خیلی بالا تمایل دارند همسرانی داشته باشند تا از آنها مراقبت کنند. در حالیکه زنان سالمند چنین تمایلی را ندارند (اشلی ۱۹۹۷).

در تحقیقی که استون^{۳۸}، کافریت^{۳۹} و سنگل^{۴۰} (۱۹۸۷) به نقل از اشلی (۱۹۹۷)، بر روی نمونه‌ای از مراقبان انجام دادند، متوجه شدند که مراقبت دختران بزرگسال برای والدین مسن اغلب در

زمینه خرید و جابجایی (۹۱ درصد)، وظایف منزل (۸۷ درصد)، حمام کردن، لباس پوشیدن و غذا خوردن (۶۹ درصد)، امور مالی (۵۹ درصد)، اجرای دستورات دارویی (۵۷ درصد)، کمک در گردش (۴۴ درصد)، بوده است. پسران بزرگسالی که از والدین مراقبت می کنند احتمالاً بیش از دختران در زمینه جابجایی و کمک در تحرک، نقش دارند و در موارد دیگر نقش کمتری دارند. با وجود این حداقل نیمی از تمام پسرانی که نقش مراقبت را ایفاء می کنند تمامی این مراقبتها را ارائه می دهند.

در خانواده‌ها کسی که در دسترس تر باشد شانس بیشتری را برای مراقبت دارد. مطلب دیگر اینست که علاوه بر آنچه درباره تنها مراقب گفته شد، اعضاء دیگر خانواده‌ها نیز در مراقبت از افراد مسن نقش دارند. تست^{۴۱} و همکاران (۱۹۸۸)، متوجه شدند که قریب به سه چهارم از سالمندان از وجود بیش از یک مراقب خبر دادند. به علاوه وقتی که مراقب فرد مسن همسرش باشد، اغلب فرزند بزرگ نیز در مراقبت نقش دارد. حتی اگر نقش او تنها در حد حمایت عاطفی از والد مراقب باشد (فیتینگ^{۴۲} و همکاران ۱۹۸۶؛ میلر^{۴۳} ۱۹۸۷؛ به نقل از بیرن و شای ۱۹۹۰).

هامون^{۴۴} و بلیزنو^{۴۵} (۱۹۹۰؛ به نقل از اشلی، ۱۹۹۷)، ۱۴۴ و ولد مسن و فرزند بزرگسال را در ارتباط با درک متقابل از تکلیف فرزندی مطالعه کردند. بیش از ۹۵ درصد از والدین و فرزندان فکری کردند که فرزندان باید به والدینشان کمک کنند تا منابع در دسترس آنها را فهمیده، به آنها حمایت عاطفی ارائه داده و درباره موضوعات مهم صحبت نمایند. حدود ۸۶ درصد از والدین و فرزندان بزرگسال احساس می کردند که فرزندان بزرگسال باید به والدینشان توصیه داشته و سعی کنند در اوقات خاصی با هم باشند اما فرزندان بزرگسال بیشتر از والدین مسن فکری کردند که آنها باید خود را وقف نیازهای والدینشان کنند. برای مثال ۹۲ درصد از فرزندان با اینکه آنها باید هنگام بیماری مراقب والدینشان باشند موافق بودند، اما تنها ۶۴ درصد از والدین مسن چنین فکری داشتند. ۸۴ درصد از فرزندان فکری کردند که آنها باید در صورت نیاز کمک مالی ارائه دهند. در صورتیکه تنها ۴۱ درصد از والدین با این مطلب موافق بودند و ۶۱ درصد از فرزندان فکری کردند که آنها باید طرح کار خود را بگونه‌ای تنظیم کنند که بتوانند به آنها کمک کنند، درحالیکه تنها ۴۲ درصد از والدین اینگونه فکری داشتند.

کوبزاسکی، برکمن و سیمن (۲۰۰۰)، نشان دادند که سودمندی حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت است؛ و مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی بهره‌مندی شوند. همچنین

حمایتهای اجتماعی برای سالمندانی که محدودیتهای بیشتری در تواناییهای بدنی نشان می‌دهند، مؤثرتر است.

حمایت اجتماعی ممکن است تأثیرات بیشتری بر سالمندانی که سلامت ضعیف‌تری دارند داشته باشد. حمایت و کمکی که اعضاء شبکه‌های اجتماعی فراهم می‌سازند، ممکن است برای سالمندانی که سطح پائین‌تری از واکنش بدنی دارند با ارزش‌تر باشد، زیرا این افراد به کمک بیشتری نیازمندند. سالمندانی که سطح بالاتری از کنش بدنی دارند بیشتر قادرند که فعالیتهای روزانه زندگی را اجرا نموده و مجبور نیستند که بر پیامدهای عاطفی بیماریهای حاد و محدودیتهای کنشی غلبه کنند. بنابراین سهر تأثیرات حمایت اجتماعی ممکن است به ویژه برای سالمندانی که نقایص کنش بدنی دارند و کسانی که برای پیامدهای روانشناختی و محدودیتهای بدنی‌شان احتیاج به غلبه دارند مؤثرتر باشد. ترکیب کنش بدنی ضعیف و حمایت اجتماعی کم به‌طور خاص پیامدهای مضری بر سلامتی دارد.

همچنین حمایت اجتماعی ممکن است برای سالمندانی که درآمد کم دارند مفیدتر باشد. افرادی که درآمد کم دارند احتمالاً بیشتر در معرض عوامل تهدیدکننده سلامتی همچون شرایط خانوادگی نامناسب یا نایمن، جرائم همسایگان و تغذیه نامناسب قرار دارند (روبرت^{۴۶} و هاوس^{۴۷}، ۱۹۹۶؛ به نقل از اشلی، ۱۹۹۷). این افراد ممکن است نیاز بیشتری برای حمایت اجتماعی داشته و وقتی حمایت اجتماعی مناسب را از دست‌دهند، بیشتر رنج ببرند. در مقابل سالمندانی که درآمد مناسبی دارند قادرند از عهده مراقبت از سلامتی خود برآمده، کمکهایی را طراحی کرده، رژیم غذایی مناسبی داشته، مسافرت رفته، خود را سرگرم ساخته و همینطور می‌توانند دیگران را برای انجام کارهای خانه‌شان بکارگیرند. بنابراین افراد مسن با درآمد مناسب می‌توانند فقدان حمایت اجتماعی را با بکارگیری دیگران برای کمک در کار خانه یا با مسافرت رفتن برای دیدار با بستگان یا دوستانی که در فاصله دور هستند، جبران نمایند. این ممکن است نتیجه تعامل بین حمایت اجتماعی و درآمد باشد. فقدان حمایت اجتماعی ممکن است به تأثیرات منفی سلامتی در بین افرادی که درآمد کم دارند منجر شود (آنجر و همکاران، ۱۹۹۹).

هدف پژوهش حاضر شناسایی نقش حمایت‌های اجتماعی بر سلامت عمومی، رضایتمندی از زندگی و کیفیت احساس تنهایی در بین سالمندان بوده است.

با توجه به هدف فوق و با در نظر گرفتن سوابق پژوهشی در قلمرو موضوع مورد بررسی،

می توان سوال کرد که آیا سالمندانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردار و رضایتمندی بیشتری از زندگی داشته و همچنین کمتر احساس تنهایی می کنند؟ ثانیاً آیا حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری بر احساس تنهایی، افزایش سطح سلامت و رضایتمندی از زندگی سالمندان مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری تحقیق حاضر عبارتست از کلیه سالمندان شهر شهرکرد که این تعداد بر اساس سرشماری سراسری سال ۱۳۷۵ معادل ۵۱۲۰ نفر بوده است. با توجه به اینکه تحقیق از نوع پیمایشی است و در تحقیقات پیمایشی از این قبیل با نمونه های حدود ۲۰۰ نفر می توان اطلاعات مورد نیاز را به نحوی به دست آورد که نمونه انتخاب شده معرف جامعه اصلی باشد (تاجداری، ۱۳۶۲، ص. ۷۴)، لذا نمونه ای به حجم تقریبی ۲۰۰ نفر مورد مطالعه قرار می گیرد.

نمونه گیری تحقیق حاضر به شکل تصادفی خوشه ای چند مرحله ای اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

- برای سنجش رضایتمندی از زندگی از مقیاس رضایتمندی از زندگی^{۴۸}، که توسط دینر و پاوت (۱۹۹۳)، ارائه گردید، استفاده شده است. برای اندازه گیری اعتبار^{۴۹} این مقیاس ضریب همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ^{۵۰} محاسبه شد. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس رضایتمندی از زندگی در یک گروه ۳۰ نفره از سالمندان که برای تنظیم مقیاسهای پژوهش تحت مطالعه قرار گرفتند معادل ۰/۸۴ بود. میانگین نمرات مقیاس رضایتمندی این گروه معادل ۴۳/۲۳ و انحراف استاندارد آن ۲۴/۷ و خطای اندازه گیری میانگین ۳۲/۱ بود. برای تعیین روایی^{۵۱} این مقیاس، متن ترجمه شده مقیاس به دو تن از اساتید زبان انگلیسی داده شد تا به انگلیسی برگردانند، با تطبیق متن انگلیسی با متن اصلی روایی صوری مقیاس تعیین شد.
- برای سنجش سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی^{۵۲} (گلدبرگ؛ ویلیامز ۱۹۸۸)، نمونه ۱۲ سؤالی استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-12)، علاوه بر دارا بودن قابلیت های آماری لازم (مانند روایی و اعتبار)، در مجموعه مقیاسهای اندازه گیری ویژگیهای

روانشناختی سالمندان به عنوان ابزار مناسب گروه‌های سنی بالا معرفی شده است (بورنز^{۵۳}، لاولر^{۵۴} و کرایگ^{۵۵} ۱۹۹۹). این پرسشنامه با توجه به حساسیت^{۵۶} و جنبه اختصاصی بودن آن^{۵۷} عملکرد مناسبی دارد (به عنوان مثال برای GHQ-12، ۸۹ درصد حساسیت و ۸۰ درصد اختصاصی بودن، گزارش شده است).

● برای سنجش حمایت اجتماعی از الگوی روک و ای‌تارت (۱۹۹۹)، استفاده شد. ایندو شش سؤال برای سنجش حمایت اجتماعی طراحی کردند که از این شش سؤال سه سؤال برای سنجش حمایت عاطفی و سه سؤال برای سنجش حمایت ابزاری مورد استفاده قرار می‌گرفت. و در نهایت احساس تنهایی نیز با استفاده از یک سؤال مستقیم سنجیده می‌شد. با این سؤال از سالمندان پرسیده می‌شد: چقدر احساس تنهایی می‌کنید؟ و آنها به گزینه‌های هرگز، بندرت، بعضی اوقات و تقریباً همیشه پاسخ می‌دادند.

طرح پژوهش و روش تحلیل داده‌ها

طرح تحقیق حاضر یک طرح همبستگی است. طرح همبستگی ساختار طرحی است که به بررسی ارتباط بین متغیرهای مختلف می‌پردازد. برای تحلیل داده‌های به دست آمده، از آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون^{۵۷} و رگرسیون چندگانه^{۵۸} استفاده شده است.

نتایج

به منظور بررسی سئوالات اساسی که در این مطالعه مطرح بود، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی این سؤال که: آیا سالمندانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند، رضایتمندی بیشتری از زندگی داشته و همچنین احساس تنهایی کمتری می‌کنند؟ اطلاعات جمع‌آوری شده در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲- میزان همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با متغیرهای دیگر در زنان و مردان سالمند

انواع حمایت اجتماعی	رضایتمندی از زندگی	سلامت عمومی	احساس تنهایی
حمایت اجتماعی	۰/۲۷۲*	۰/۳۲۲*	-۰/۳۲۸*
حمایت اجتماعی عاطفی	۰/۲۵۴*	۰/۳۴۰*	-۰/۳۶۰*
حمایت اجتماعی ابزاری	۰/۲۱۷*	۰/۲۴۸*	-۰/۲۳۴*

* p < ۰/۰۱

اطلاعات مندرج در جدول ۲ حاکی از وجود همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی است. تمامی ضرایب همبستگی به دست آمده معنی دار هستند ($p < 0/01$). علاوه بر این رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و احساس تنهایی منفی است. منفی بودن این رابطه دقیقاً مورد انتظار بوده است؛ و این به معنای آن است که سالمندانی بیشتر احساس تنهایی می‌کنند که از حمایت اجتماعی پایین تری برخوردارند. همچنین اطلاعات ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان همبستگی بین حمایت عاطفی با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی تا حدودی بیش از میزان همبستگی بین حمایت ابزاری با این سه متغیر است (هرچند میزان همبستگی در تمامی موارد در سطح $0/01$ معنی دار بوده است). این مطلب تاحدی می‌تواند مبین نقش با اهمیت تری باشد که حمایت عاطفی ایفا می‌نماید.

جدول ۳- میزان همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با متغیرهای دیگر به تفکیک زنان و مردان سالمندان

انواع حمایت اجتماعی	جنس	رضایتمندی از زندگی	سلامت عمومی	احساس تنهایی
حمایت اجتماعی	مردان	۰/۲۶۶**	۰/۴۱۹**	-۰/۳۸۸**
	زنان	۰/۲۵۸*	۰/۲۳۲*	-۰/۲۸۲*
حمایت اجتماعی عاطفی	مردان	۰/۲۳۹*	-۰/۳۶۷**	-۰/۴۲۲**
	زنان	۰/۲۵۳*	۰/۲۹۷**	-۰/۲۷۷**
حمایت اجتماعی ابزاری	مردان	۰/۲۳۱*	-۰/۳۷۹**	-۰/۲۴۰**
	زنان	۰/۱۸۲	۰/۰۸۲	-۰/۲۰۲

** $p < 0/05$ * $p < 0/01$

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که هرچند حمایت اجتماعی به‌طور کلی بر رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی مؤثر است، اما تأثیر حمایت اجتماعی عاطفی و حمایت اجتماعی ابزاری بر زنان و مردان سالمند متفاوت است. اطلاعات ارائه شده در جدول حاکی از آن است که حمایت عاطفی هم برای مردان و هم برای زنان مؤثر بوده است (البته تاحدی تأثیر حمایت اجتماعی برای مردان بهتر از زنان بوده است). در حالیکه میزان همبستگی حمایت ابزاری با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی برای زنان معنی دار نبوده است.

در جدول ۴ ابتدا نتایج تحلیل واریانس مربوط به محاسبه رگرسیون احساس تنهایی با

متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و سایر متغیرهای دموگرافیک نمونه آماری ارائه شده است و سپس نتایج تحلیل رگرسیون آمده است. براساس نتایج تحلیل واریانس میزان F محاسبه شده معنی دار است ($p < 0/01$). همچنین $R^2 = 0/51$ است و این بدان معناست که متغیرهایی که در مدل استفاده شده‌اند توانسته‌اند ۵۱٪ از واریانس مربوط به احساس تنهایی را تبیین نمایند.

قبلاً گفته شد که بین حمایت عاطفی و حمایت ابزاری با احساس تنهایی همبستگی وجود دارد. میزان این همبستگی برای حمایت عاطفی و احساس تنهایی معادل $0/36$ - و برای حمایت ابزاری و احساس تنهایی معادل $0/234$ - گزارش شد، که هر دو همبستگی معنی دار بودند (جدول ۲ را ببینید). اکنون در جدول ۴ بین احساس تنهایی و حمایت عاطفی و حمایت ابزاری به همراه سایر متغیرهای دموگرافیک نمونه آماری، رگرسیون چندگانه محاسبه شده است. همچنانکه در جدول مشاهده می‌شود حمایت عاطفی در این مدل نیز تأثیر معنی داری بر احساس تنهایی داشته است اما تأثیر حمایت ابزاری بر احساس تنهایی در این مدل معنی دار نبوده است. از متغیرهای دیگری که با احساس تنهایی رابطه معنی داری داشته‌اند می‌توان به وضعیت تأهل و سلامتی عمومی اشاره کرد.

جدول ۴- تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین احساس تنهایی با متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و سایر متغیرهای دموگرافیک نمونه آماری

متغیرهای آماری	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	سائگی مجذورات	میزان F	منطق معنی داری	رگرسیون چندگانه	ضریب تعیین (R^2)	خطای استاندارد
رگرسیون	۸	۱۲۱/۷۹	۱۵/۲۲	۱۸/۸۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵	۰/۵۱۱	۰/۸۹۹	
باقیمانده	۱۲۲	۱۱۶/۳۳	۰/۸۱						

متغیرها	B	SEB	BETA	T	Stg T
حمایت عاطفی	-۰/۲۳۲	۰/۰۸۳	-۰/۲۱۰	-۲/۸۰	۰/۰۰۶
حمایت ابزاری	۰/۱۷۲	۰/۱۱۰	-۰/۱۲۱	۱/۵۷	۰/۱۱۹
جنس	-۰/۰۹۳	۰/۲۱۶	-۰/۰۳۵	-۰/۴۳۲	۰/۶۶۶
تحصیلات	-۰/۰۵۲	۰/۱۲۴	-۰/۰۲۹	-۰/۴۲۱	۰/۶۷۵
درآمد	-۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	-۰/۱۰۸	-۱/۶۴	۰/۱۰۲
وضعیت تأهل	۰/۹۴۱	۰/۴۱۹	۰/۳۰۳	۲/۲۹	۰/۰۰۰
سن	۰/۱۱۷	۰/۰۸۸	۰/۰۸۲	۱/۳۳	۰/۱۸۶
سلامت عمومی	۰/۰۷۲	۰/۰۱۲	۰/۴۲۵	۶/۰۹	۰/۰۰۰
مدل	۰/۵۸۱	۰/۸۱۴		۰/۷۱۶	۰/۲۷۵

در جدول ۵ نتایج مربوط به تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون سلامت عمومی با حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و سایر ویژگیهای نمونه آماری ارائه شده است. اطلاعات ارائه شده نشان می دهد، میزان F محاسبه شده معنی دار است ($p < 0/01$). همچنین براساس ضریب تعیین محاسبه شده حدود ۵۳/۵٪ از واریانس مربوط به سلامت عمومی با متغیرهایی که در مدل ارائه شده است توضیح داده می شود.

جدول ۵- تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین سلامت عمومی با حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و سایر ویژگیهای نمونه آماری

شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	میزان F	سطح معنی داری	رگرسیون چندگانه	ضریب تعیین (R^2)	خطای استاندارد
رگرسیون	۹	۲۴۶۰/۲۹	۲۹۵/۵۹	۱۸/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۷۳۲	۰/۵۳۵	۵/۲۰
باقیمانده	۱۲۳	۳۸۶۶/۸۱	۳۱/۰۴					

شاخصها	B	SEB	BETA	T	Sig T
حمایت عاطفی	-۱/۲۲۱	۰/۲۷۶	-۰/۱۸۶	-۲/۵۶۴	۰/۰۱۱
حمایت ابزاری	-۰/۱۵۸	۰/۶۵۰	-۰/۰۱۹	-۰/۲۴۲	۰/۸۰۸
جنس	-۳/۰۶۸	۱/۲۲۵	-۰/۱۹۳	-۲/۵۰۵	۰/۰۱۳
تحصیلات	-۰/۶۹۸	۰/۷۱۷	-۰/۰۶۶	-۰/۹۷۳	۰/۳۳۲
وضعیت تأهل	-۰/۱۳۵	۱/۲۷۳	-۰/۰۰۷	-۰/۱۰۶	۰/۹۱۵
رضایتمندی از زندگی	-۰/۲۳۳	۰/۰۶۴	-۰/۲۳۷	۶/۷۷۳	۰/۰۰۰
سن	۱/۲۶۱	۰/۵۱۶	-۰/۱۴۹	۲/۴۴۱	۰/۰۱۶
درآمد	-۰/۰۱۲	۰/۰۱۱	-۰/۰۶۵	-۱/۰۰۴	۰/۳۱۷
مدل	۲۰/۸۰۸	۴/۸۲۷		۲/۲۹۳	۰/۰۰۰

به علاوه جدول ۵ میزان همبستگی بین متغیرهایی چون حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و سایر ویژگیهای نمونه پژوهش را نشان می دهد. در این جدول رابطه بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی معنی دار نشان داده شده است؛ اما بین حمایت ابزاری و سلامت عمومی رابطه معنی داری مشاهده نمی شود. بنابراین در اینجانب اطلاعات تحلیل شده حاکی از اهمیت بیشتر حمایت عاطفی برای سالمندان است. به نحوی که این نوع حمایت در افزایش سطح سلامت سالمندان مؤثر

واقع شده است. اطلاعات ارائه شده دیگر در این جدول حاکی از تأثیر معنی دار جنسیت، رضایتمندی از زندگی و سن بر سلامت عمومی است.

در جدول ۶ نیز نتایج رگرسیون بین رضایتمندی از زندگی با حمایت عاطفی، ابزاری و سایر ویژگیهای نمونه آماری منعکس شده است. در این جدول نتایج مربوط به تحلیل واریانس حاکی از معنی دار بودن میزان F است ($p < 0/01$) و میزان ضریب تعیین نیز $0/49$ می باشد.

جدول ۶- تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین رضایتمندی از زندگی با حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و

سایر ویژگیهای نمونه آماری

شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	میزان F	سطح معنی داری	رگرسیون چندگانه	ضریب تعیین R^2	خطای استاندارد
رگرسیون	۱۰	۲۱۷۳/۸۶	۲۱۷/۳۸	۱۳/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۷۰۰	۰/۲۹۰	۵/۵۳
باقیمانده	۱۲۲	۴۳۳۷/۳۷	۳۰/۵۴					

متغیرها	B	SEB	BETA	T	Sig T
حمایت عاطفی	-۰/۳۵۳	۰/۵۱۵	-۰/۰۵۳	-۰/۶۸۶	۰/۲۹۴
حمایت ابزاری	-۰/۴۲۴	۰/۶۸۸	-۰/۰۵۰	-۰/۶۱۶	۰/۵۳۹
جنس	۱/۶۸۸	۱/۳۶۷	۰/۱۰۵	۱/۲۳۵	۰/۲۱۹
تحصیلات	-۰/۳۹۷	۰/۷۶۸	-۰/۰۳۷	-۰/۵۱۷	۰/۶۰۶
وضعیت تأهل	-۰/۶۹۳	۱/۴۱۶	-۰/۰۳۷	-۰/۲۹۰	۰/۶۲۵
هزینه های زندگی	۰/۶۶۸	۰/۲۶۹	۰/۱۵۹	۲/۴۸۵	۰/۰۱۴
سن	-۰/۳۶۰	۰/۰۷۲	-۰/۳۲۴	-۵/۰۲۵	۰/۰۰۰
ازدواج مجدد	-۲/۸۱۱	۱/۲۷۲	-۰/۱۴۱	-۲/۲۱۰	۰/۰۲۹
درآمد	-۱/۷۶۸	۰/۷۰۸	-۰/۱۷۴	-۲/۴۹۷	۰/۰۱۴
سلامت عمومی	۰/۵۲۹	۰/۰۷۲	۰/۵۲۳	۷/۲۸۵	۰/۰۰۰
مدل	۵۲/۲۲۴	۶/۸۴۲		۶/۶۱۰	۰/۰۰۰

همچنین نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که هیچیک از دو متغیر حمایت عاطفی و حمایت ابزاری در یک مدل همبستگی چندمتغیره با رضایتمندی از زندگی، همبستگی معنی داری ندارند. قبلاً بر اساس محاسبه همبستگی پیرسون، همبستگی بین حمایت عاطفی و رضایتمندی از زندگی معادل $0/254$ و همبستگی بین حمایت ابزاری و رضایتمندی از زندگی معادل $0/217$ گزارش شده بود؛ هرچند این مقادیر از لحاظ آماری معنی دار بودند، همبستگی آنها در حدی

نبوده است که معنی داری آنها در مدل رگرسیون چندمتغیره نیز منعکس شود.

بحث و نتیجه گیری

پرلموتر و هال (۱۹۹۲)، معتقدند افراد مسنی که قادر باشند شبکه‌های ارتباطی‌شان را در طول دوره زندگی حفظ کنند، احساسی از کنترل زندگی و اعتماد به نفس در آنها شکل می‌گیرد به نحوی که آنها قادرند مشاجرات اجتماعی، تنهایی یا جدایی از دوستان و بستگان را تحمل کنند. در یک مطالعه نشان داده شد این شکل از اطمینان خاطر می‌توانست سطوح حمایت اجتماعی افراد مسن را در سنین بعد پیش‌بینی نماید، درحالی‌که برای فقدان آن اطمینان، افسردگی پیش‌بینی می‌شد.

نتایج موجود در جدول ۲، حاکی از وجود همبستگی بین حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی است. وجود همبستگی مثبت بین حمایت اجتماعی و رضایتمندی از زندگی ($r = 0.277$) و همچنین بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی ($r = 0.342$) بدان معناست که هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد سطح سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی افزایش می‌یابد. و از سوی دیگر وجود همبستگی منفی بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی ($r = -0.348$) مبین آنست که با افزایش حمایت اجتماعی احساس تنهایی در سالمندان کاهش می‌یابد. منفی بودن این رابطه دقیقاً مورد انتظار بوده است؛ و به عبارت دیگر این رابطه به معنای آن است که سالمندانی بیشتر احساس تنهایی می‌کنند که از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند.

همچنانکه قبلاً نیز گفته شد، حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، شامل احتمال کمتر وضعیت مرضی، بیماری قلبی عروقی، سرطان و همچنین احتمال کمتر کاهش کنشی در افراد مسن ارتباط دارد. این تأثیرات حفاظتی شبکه‌های اجتماعی ممکن است نتیجه چندین فرایند باشد (آنجر و همکاران، ۱۹۹۹).

طی تحقیقی که با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت حمایت اجتماعی و سطح سلامت سالمندان اجرا شد، فرض شده بود افراد مسنی که از حمایت اجتماعی با کیفیت تری برخوردار بودند، دارای سطح سلامت عملکردی و سلامت روانی بالاتری هستند. سلامت عملکردی به عنوان توانایی فرد در اجرای فعالیتهای روزانه زندگی و سلامت روانی به عنوان نحوه احساس

افراد نسبت به خودشان تعریف شده بود. نمونه شامل ۲۵ آزمودنی در دامنه سنی ۶۰ تا ۸۴ سال با میانگین ۷۴ سال بود. با تمام آزمودنیها مصاحبه‌ها شد. ارتباط بین کیفیت حمایت اجتماعی و سطح سلامت افراد مسن در این مطالعه نشان داده نشد اما بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در مردان رابطه وجود داشت. همچنین برای آزمودنیهای بالای ۸۰ سال بین سلامت عملکردی و سلامت روانی رابطه وجود داشت (بک، راولینس و ویلیامز، ۱۹۸۸).

به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی تا حدی بتواند از افسردگی سالمندان جلوگیری نماید. هرچه زنان و مردان سالمند از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، احتمال بیشتری برای افسرده شدن آنها وجود دارد (هولاهان و هولاهان ۱۹۸۷). همچنانکه گفته شد، پرلموتر و هال (۱۹۹۲)، معتقدند افراد مسنی که قادر باشند شبکه‌های ارتباطی شان را در طول دوره زندگی حفظ کنند، احساسی از کنترل زندگی و اعتماد به نفس در آنها شکل می‌گیرد به نحوی که آنها قادرند مشاجرات اجتماعی، تنهایی یا جدایی از دوستان و بستگان را تحمل کنند. در یک مطالعه نشان داده شد این شکل از اطمینان خاطر می‌توانست سطوح حمایت اجتماعی افراد مسن را در سنین بعد پیش‌بینی نماید، درحالیکه برای فقدان آن اطمینان، افسردگی پیش‌بینی می‌شد و نهایت آنکه در ۸۱ مطالعه‌ای که توسط آچینو^۶ و همکاران (۱۹۹۶)؛ به نقل از اورارد و همکاران، (۲۰۰۰)، مرورش ارتباط بین حمایت اجتماعی و تأثیرات مثبت آن بر نظام قلبی و عروقی، هورمونی و ایمنی بدن مشاهده شد.

نتایج مربوط به جدول ۳ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی هم برای مردان و هم برای زنان مؤثر بوده است (البته تا حدی تأثیر حمایت اجتماعی برای مردان بهتر از زنان بوده است). اما تأثیر حمایت اجتماعی عاطفی و حمایت اجتماعی ابزاری بر زنان و مردان سالمند متفاوت است. اطلاعات ارائه شده در جدول حاکی از آن است که میزان همبستگی حمایت ابزاری با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی برای زنان معنی‌دار نبوده است. و این بدان معناست که زنان از حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری سود می‌برند.

آنجر و همکاران (۱۹۹۹)، معتقدند تأثیرات حمایت اجتماعی در دو جنس متفاوت است. خیلی از زنان سالمند ممکن است بخش مهمی از زندگی شان را به مراقبت کردن و گسترش دوستیهایشان پرداخته و بنابراین ممکن است به شبکه‌های حمایت اجتماعی بیشتر عادت کرده و تقاضای کمک داشته باشند. در مقابل خیلی از مردان سالمند ممکن است بخش مهمی از

زندگی‌شان را وقف پیشرفت شغلی کرده و بنابراین آنها شبکه‌های اجتماعی یا مهارت‌های مرتبط با حمایت‌های اجتماعی را حفظ نمایند. این تفاوت‌های جنسی در شبکه‌های اجتماعی می‌تواند دو وضعیت مختلف را برای تأثیرات حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان پیش‌بینی کند. اول آنکه چون زنان در استفاده از حمایت اجتماعی ماهرتر هستند، تأثیرات حمایت اجتماعی برای زنان قویتر است. زنان برای عضویت در شبکه‌های اجتماعی آمادگی بیشتری دارند تا از این طریق حمایت عاطفی و ابزاری مناسبی را در وقت مناسب کسب نمایند. در مقابل مردان ممکن است از بیان تقاضای حمایت اکراه داشته باشند، یا آنکه آنها این حمایت را با مهارت کمتری جستجو نمایند. این باعث می‌شود که پیش‌بینی شود، حمایت اجتماعی برای زنان تأثیرات قویتری دارد زیرا زنان هم قادر به کسب آن و هم قادر به استفاده مؤثرتر از آن هستند.

در مقابل حمایت اجتماعی ممکن است برای مردان مؤثرتر باشد. زیرا خیلی از مردان به نظم و ترتیب دادن به حمایت اجتماعی وقتی نیازمند آن هستند، عادت ندارند. مردانی که سطح پایینی از حمایت اجتماعی دارند ممکن است به‌طور خاص منزوی شوند؛ و در وضعیتی قرارگیرند که بیشتر در معرض خطر نتایج منفی سلامتی باشند. اما زنان با حمایت اجتماعی کم ممکن است قادر باشند با ایجاد تماس‌های اجتماعی جدید یا تقویت ضعف‌های خود انزوای اجتماعی را جبران کنند. این سناریو می‌تواند پیش‌بینی کند که حمایت اجتماعی برای مردان مؤثرتر است زیرا یک تفاوت کلی در سلامتی، بین افراد با حمایت اجتماعی پائین و بالا، در بین مردان نسبت به زنان وجود دارد. نتایج مطالعه حاضر نیز تاحدی با این تحلیل اخیر همخوانی دارد.

اشلی (۱۹۹۷)، با یک جمع‌بندی از تحقیقات انجام شده در این زمینه، معتقد است:

«در مجموع برخی مطالعات تأثیرات حمایت اجتماعی را بر سلامتی زنان مؤثرتر یافته‌اند (تاور و کاسل^{۶۲} ۱۹۹۶)؛ و برخی دیگر تأثیرات سودمندتری را برای مردان یافته‌اند (بارر^{۶۳} ۱۹۹۴؛ هاوس^{۶۴} رویترز^{۶۵} و متزنر^{۶۶}، ۱۹۸۲؛ آمبرسون^{۶۷} ورتمن^{۶۸} وکسلر^{۶۹} ۱۹۹۲)؛ و برخی نیز به تفاوت‌های جنسی نرسیده‌اند (برکمن^{۷۰} و سیم^{۷۱} ۱۹۷۹؛ آمبرسون ۱۹۹۶). به علاوه بیشتر تحقیقات مربوط به تأثیر تفاوت‌های جنسی بر حمایت اجتماعی، بر وضعیت مرضی یا نگرانی روانشناختی متمرکز بوده است. در مطالعات اندکی از وضعیت کنشی به عنوان یک متغیر برون داد استفاده شده است.

در مطالعه حاضر نشان داده شد که حمایت عاطفی به طور معنادار، مؤثرتر از حمایت ابزاری بر سلامت روانی، رضایتمندی از زندگی و احساس تنهایی زنان سالمند مؤثر بوده است. بنابراین ضمن آنکه همگام با این تحقیقات (بارر، ۱۹۹۴؛ هاوس، رویینزو متزنر، ۱۹۸۲؛ آمبرسن، ورتمن و کسلر، ۱۹۹۲)، می پذیریم تأثیر حمایت اجتماعی تاحدی بر مردان بیش از زنان است، به تفاوت تأثیر حمایت های عاطفی و ابزاری در دو جنس توجه می کنیم.

نتایجی که از تحلیل اطلاعات جدولهای ۴، ۵ و ۶ بدست آمده پاسخ این سؤال را که: آیا حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری بر احساس تنهایی، افزایش سطح سلامت و رضایتمندی از زندگی سالمندان مؤثر است؟ در دو مورد تأیید کرد. با استفاده از نتایج تحلیلی که از اجرای آزمون همبستگی چندگانه بر روی سه متغیر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی، به دست آمد نشان داده شد که حمایت عاطفی تأثیر معنی داری در احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان دارد اما تأثیر آن بر رضایتمندی از زندگی معنی دار نبود. در حالیکه حمایت ابزاری بر هیچ یک از این سه متغیر تأثیر معنی داری نداشت.

برکن (۱۹۹۵)، معتقد است که حمایت در صورتی باعث افزایش سلامتی می شود که حسی از صمیمیت را ایجاد کند؛ و این از طریق حمایت عاطفی حاصل می شود. بنابراین منظور از حمایت عاطفی برقراری ارتباط محبت آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است. در حالیکه منظور از حمایت ابزاری کمک به فرد در راستای برآورده کردن احتیاجات و نیازمندیهایش می باشد. برخی از محققان معتقدند حمایت ابزاری می تواند باعث افزایش ناتوانی و حالت مرضی در سالمندان شود (اورارد و همکاران، ۲۰۰۰).

گفته شده است که تدارک حمایت عاطفی برای تسهیل مقابله با تنیدگی زندگی (تویس، ۱۹۹۵)، افزایش حس عزت نفس و کنترل (کراوس و براوسکی-کلارک، ۱۹۹۴)، و تأثیر بر کنش عصبی هورمونی و سیستم ایمنی (سیمان و همکاران، ۱۹۹۶؛ آچینو و همکاران، ۱۹۹۶)، است (آنجر و همکاران، ۱۹۹۹).

بنابراین نتایج به دست آمده در این قسمت نیز با سوابق پژوهشی مطابقت دارد. عدم تأثیر معنی دار انواع حمایت اجتماعی بر رضایتمندی از زندگی می تواند به سطح توقع سالمندان برگردد. در حالیکه حمایت های اجتماعی، به ویژه حمایت عاطفی سالمندان را از احساس تنهایی فاصله داده و سطح سلامت عمومی آنها را افزایش می دهد، احتمالاً این حد از حمایت در

حدی نیست که باعث افزایش رضایتمندی سالمندان شود، و همچنانکه گفته شد این امر می تواند به سطح توقع سالمندان مربوط بوده یا آنکه دلایل دیگری داشته که در تحقیقات آتی می تواند بررسی شود.



یادداشت‌ها

- | | |
|-------------------------|--|
| 1- Social support | 2- Emotional support |
| 3- Instrumental support | 4- Bloom, J. R. |
| 5- Bovbjerg, V. E. | 6- Mermelstein, R. |
| 7- Cohen, S. | 8- Lichtenstein, E. |
| 9- Kanmark, T. | 10- Baer, J. S. |
| 11- Bleeker, J. K. | 12- Lamers, M. L. |
| 13- Leenders, I. M. | 14- Kruyssen, D. C. |
| 15- Thoits, P. A. | 16- Berdman, L. F. |
| 17- Breslow, L. | 18- Syme, S. L. |
| 19- Jouse, J. S. | 20- Landis, K. R. |
| 21- Umberson, D. | 22- Blazer, D. |
| 23- Kessler, R. C. | 24- McLeid, J. D. |
| 25- Antonucci, T. C. | 26- Crohan, S. |
| 27- Felton, B. J. | 28- Berry, C. A. |
| 29- Noelker, L. S. | 30- Bass, D. M. |
| 31- Hidden victims | 32- Crossman, L. |
| 33- London, C. | 34- Barry, C. |
| 35- Zarit, S. H. | 36- Orr, N. K. |
| 37- Zarit, J. M. | 38- Stone, R. |
| 39- Cafferata, G. L. | 40- Sangl, J. |
| 41- Tennstedt, S. L. | 42- Fitting, M. |
| 43- Miller, B. | 44- Hamon, R. R. |
| 45- Blieszner, R. | 46- Robert, S. |
| 47- House, J. S. | 48- Life Satisfaction Scale |
| 49- Reliability | 50- Cronbach's Alpha |
| 51- Validity | 52- General Health Questionnaire (GHQ) |
| 53- Burns, A. | 54- Lawlor, B. |

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 55- Craig, S. | 56- Sensitivity |
| 57- Specificity | 58- Pearsons Correlation |
| 59- Multiple Regression | 60- Uchino, B. N. |
| 61- Tower, R. B. | 62- Kasel, S. V. |
| 63- Barer, B. M. | 64- House, J. |
| 65- Robbins, C. | 66- Metzner, H. |
| 67- Umberson, D. | 68- Wortman, C. B. |
| 69- Kessler, R. C. | 70- Berkman, L. F. |
| 71- Syme, S. L. | |

منابع:

- تاجداری، پرویز (۱۳۶۲). آماری نمونه‌ای کاربردی. انتشارات آنا.
- جفتایی، محمدتقی؛ اسدی، محمدحسین (۱۳۷۸). وضعیت موجود سالمندان و ضرورت توجه به نیازهای آنان. مجله پژوهشی حکم. شماره اول. دوره دوم.
- Atchley, R. C. (1997a). *Social Force and Aging*. An introduction to social gerontology (eghith Edition). Wadsworth Publishing Company. A Division of Thomson International Publishing Inc. USA.
- Atchely R. C. (1997b). The subjective importance of being religious and it's effect on health and moral 14 years later. *Journal of Aging Studies*, 11 (2): 131-141.
- Baires, J. (1999). *Elderhostel Participation and it's Relationship to Life Satisfaction Among the Elderly*. University of Puget Sound.
- Beck, C. K.; Rawlins, R. P. & Williams, S. R. (1988). *Mental Health - Psychiatric Nursing : A Holistic life Cycle Approach*(second edition). The C. V. Mosby Company St. Louies. Washington D.C. P. 842.
- Bengtson, V. ; Schaie, W. ; Henricks, J. ; Achenbaum, A. ; O'Rand, A. Campbell, R. ; Cristofalo, V. ; Finch, C. ; Baltes, P. ; Gubrium, J. ; Quadagno, J. Marshall, V. & White, Riley M. (1997). *Theories of Aging*. Cincinna Convention Center. Room. South 236.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Birren, E. & Schaie, K. W. (1999). *Handbook of the Psychology of Aging*. Third Edition. California: Academic Press Inc. Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Diener, Ed. & Pavot, (1993). Review satisfaction with life scale: a measurement of life satisfaction for research with older. *Psychological Assessment*. 5, 164-172.
- Everard, K. M. ; Lach, H. W. ; Fisher, E. B. & Baum M. C. (2000). Relationship of Activity and

- Social Support to the Function Health of Older Adults. *Journal of Gerontology, Social Science*. 55 B: No 40.
- Goldberg, D. P. & Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Holahan, C. K. & Holahan, C. J.(1987). Self-Efficacy, Social support and Depression in Aging: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology*. 42, (1): 65-68.
- Krause N. (1994). Stress and the devaluation of highly salient in late life. *Journal of Gerontology: 54B* (2). 99-108.
- Kubzansky, L. D. ; Berkman, L. F. & Seeman, T. E. (2000). Social Conditions and Distress in Elderly Persons: Finding from the MacArthur studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B(4): 238-246.
- Perlmutter, M. & Hall E. (1992). *Adult Development and Aging*. (second edition). NewYork: John Willey & Sons, Inc.
- Rook, K. S. (1994). *Assessing the health-related dimensions of older adult's social relationships*. In: M. P. Lawton & J. A. Teresi(Eds.), Annual review of gerontology and geriatrics, NewYork; Springer. (Vol. 14. pp. 145-181)
- Rook, K. S. & Ituarte, P. H. G. (1999). Social control , social support and companionship in older adult's family relationships and friendships. *Personal Relationsips*, 6. USA, P.199-211.
- Seeman, T. E. & Adler, N. (1998). Older Americans: Who will they be? *National Forum*. 78 (2).
- Unger, J. B. ; McAvay, G. Bruce, M. L. ; Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons; McArthur studies of successful aging. *The Journals of Gerontology*, 54B (5).