بررسی رابطه حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ۶۰ سال

مژگان کلهری[۱]، کیوان کاکابرایی[۲]

۱. گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و ششم، مردادماه ۱۳۹۹، صفحات ۴۲-۲۸

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی، منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ٦٠ سال ساکن در خانه‌های سالمندان در شهرستان کرمانشاه است. بدین منظور از میان جامعه آماری از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰ نفر انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روانی GHQ-28، پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک، پرسشنامه منبع کنترل راتر و پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS)، داده‌ها جمع‌آوری شدند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد؛ و بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد به‌عبارت‌دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد. همچنین حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی) واریانس سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. لذا با توجه به ضریب بتای مؤلفه حمایت اجتماعی بیشترین قدرت پیش‌بینی میزان سلامت عمومی سالمندان را دارد؛ و نیز بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با رضایت‌مندی از زندگی رابطه سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری برخوردار خواهند شد. همچنین حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی) ٤١ درصد واریانس رضایت‌مندی از زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند. لذا مؤلفه حمایت اجتماعی بیشترین قدرت پیش‌بینی میزان رضایت‌مندی از زندگی سالمندان و متغیر منبع کنترل بیرونی پیش‌بینی بعدی میزان رضایت‌مندی از زندگی سالمندان است.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، منبع کنترل، سلامت عمومی، رضایت‌مندی از زندگی، سالمندان.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

مقدمه

مطالعات و برآوردهای آماری نشان می‌دهند در قرن حاضر، جمعیت افراد سالمند به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در دنیا در حال افزایش است. طبق پیش‌بینی‌های انجام‌شده جمعیت سالمندان در سال ۱٤۰٤ شمسی به بیش از ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. پیش‌بینی می‌شود که جمعیت این دسته از گروهای سنی تا سال ۱٤۲۹ شمسی در سراسر دنیا سه برابر آن در سال ۱۳۷۹ شمسی شده و به حدود ۲ میلیارد نفر برسد (بتولی و سی سختی، ۱۳۹۵). همچنین پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱٤۳٤ شمسی جمعیت سالمندان ایران به ۲۸ میلیون نفر برسد (امینی، اینگمن و صحاف، ۲۰۱۳). فرایند سالمندی عبارت است از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های بدن سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌کند (رکویی، ۱۳۸٤). سالمندان در بیشتر موارد همچنان علاقه‌مند به ادامه‌ی فعالیت‌های پیشین خود هستند، ولی کاهش تعامل اجتماعی در دوران سالمندی به‌این‌علت است که اجتماع از سالمندان برخلاف میل بیشتر آن‌ها دل می‌کند (زندن، ۱۹۹٦؛ ترجمه گنجی، ۱۳۸٤). آمار بهداشت جهانی نشان می‌دهد۲٤–۲۸ درصد افراد بالای ٦۵ سال تنها زندگی می‌کنند و معمولاً بازنشسته شده‌اند که بازنشستگی اجباری می‌تواند احساسات منفی نسبت به موقعیت به وجود آورد و این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. باوجوداینکه دوران سالمندی بالقوه می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات برای سالمندان اعم از مرد و زن باشد، فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی، اجتماعی نقشی عمده در افسردگی سالمندان دارند و نه‌تنها موجب ناامیدی، زوال روانی– اجتماعی، ناخوشی‌های جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آن‌ها در سرای سالمندان می‌شود بلکه خودکشی را به میزان قابل‌ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد (علی‌خانی، ۱۳۸۱).

رضایت از زندگی ارزیابی فرد را از جنبه‌های گوناگون زندگی‌اش توصیف می‌کند. به‌بیان‌دیگر، می‌توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (بی شاپ و همکاران، ۱۳۸۵) بیان می‌کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند به‌وسیله‌ی دسترسی‌های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آن‌ها ایجاد شود و این منابع را همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی که سالمندان به آن متعلق هستند، تعریف کرده که می‌تواند به‌عنوان منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی شود زیرا این منابع می‌توانند به آن‌ها دررسیدن به اهداف شخصی‌شان و برآورده کردن نیازهای اساسی جسمی و روان‌شناختی کمک کنند (وای یونگ کونگ، ۲۰۰٤). حمایت اجتماعی را به‌عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف کرده که رفاقت و همکاری را فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی رفتارهای ارتقای سلامت را تسهیل کرده و بازخورد ارائه داده و فعالیت‌هایی را که منتهی به اهداف شخصی می‌شود را تشویق می‌کند. به‌رغم بهبود شرایط زندگی در محل سکونت جدید سالمندانی که مجبورشده‌اند نقل‌مکان کنند نسبت به سالمندان دیگری که نقل‌مکان نکرده‌اند به بیماری قلبی و سکته مغزی بیشتری مبتلا شده‌اند و بیشتر به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

طبق نظر کامپیون[1] (۱۹۸۳) قرار دادن سالمند در خانه‌های سالمندان یا مراکز نگهداری، مشکلات زیادی به دنبال می‌آورد .سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد گاهی ازنظر جسمی، روانی عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این و ابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد. سالمند بیش‌ازپیش آسیب‌پذیر می‌شود چون قدرت چانه زدن او، مخصوصاً در کشورهای صنعتی به‌طور دائم پایین می‌آید، پیشرفت فنّاوری مهارت‌های او ر ا که درگذشته آموخته است بی‌اعتبار می‌کند. حمایت اجتماعی[2] مفهومی است که در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی[3] و حمایت ابزاری[4] است، فعالیت‌های پژوهشی مختلفی سودمندی این تمایز را نشان داده است (دوراک ایتوارت[5]، ۱۹۹۹). حمایت عاطفی را می‌توان نوعی رابطه صمیمی و بامحبت با سالمندان دانست و حمایت ابزاری ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و سایر کمک‌ها که در اختیار سالمندان قرار می‌گیرد را شامل می‌شود. امروزه در جوامع با پیشرفت دانش پزشکی، کنترل بیماری‌های عفونی، کاهش مرگ‌ومیر نوزادان، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی اجتماعی، سیاسی، پیشرفت فن‌آوری و بهبود وضعیت تغذیه جمعیت سالمندان روبه فزونی نهاده است. در اویل قرن بیستم امید به زندگی در جهان ٤٨ سال بود و تنها ٤ درصد مردم بالای ٦٥ سال سن داشتند. درحالی‌که بر طبق برآورد و سازمان جهانی بهداشت، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ٦٥ سال ۲۰ درصد از جمعیت جهان را شامل شود. کشور ما نیز در حال گذر از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست و پس از گذر از تغییرات همه‌گیر شناختی بیماری‌ها می‌باید خود را برای مدیریت جمعیت سالمند آماده سازد بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ حدود ۷/۳ درصد جمعیت کشور بالای ٦۰ سال سن داشته‌اند و سالمند محسوب می‌شوند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸٦). سازمان ملل متحد در گزارشی درباره‌ی جمعیت سالمند ایران پیش‌بینی کرده که در فاصله سال‌های بین ۱۳۸۵ تا ۱٤۰۵ به بیانه نسبی جمعیت کشور[6] ۱۰ سال افزوده می‌شود.

حفظ سلامت روان افراد سالمند اهمیت فراوان دارد و سلامت روان پایین می‌تواند ناتوانی را در سالمندان شتاب بخشد (وازیلیادیز[7] و همکاران، ۲۰۱۳). سلامت روان یک شاخص مهم در وضعیت سلامت افراد سالمندان می‌باشد و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفقیت‌آمیز و رضایت‌مندی از زندگی در بین سالمندان جوامع وحتی فرهنگ‌های مختلف دارد. در بسیاری از مطالعات سن و جنس ازجمله عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت روان و شرایط نامطلوب وضعیت تأهل و سطح تحصیلات باعث وضعیت روانی نامطلوب به‌ویژه در سالمندان می‌شود (اورب[8]، ۲۰۰۲).

یافته‌های نبوی و همکاران (۱۳۹۳) تحت عنوان بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان سالمندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. با افزایش عملکرد اجتماعی در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی افراد قابلیت‌های خود را افزایش داده و ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی

1. Campion
2. Social Protection
3. Emotional Support
4. Instrumental Support
5. Dorak Ituorat
6. UN
7. Vasiliadis
8. Orb

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

خود از حمایت‌های شبکه ارتباطی‌شان برخوردار می‌شوند. نتایج تحقیق راشدی (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان میانگین سلامت روان نشان‌دهنده‌ی وضعیت مناسب سلامت روان در آنان و خرده مقیاس عملکرد اجتماعی سلامت روان نیز رابطه مثبت و معناداری با حمایت اجتماعی کل و سه خرده مقیاس آن یعنی حمایت کارکردی، عاطفی، مادی دارد. مطالعه رشیدی، غریب و یزدانی (۱۳۹۰) نشان داده‌اند که توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به‌عنوان ابزاری مناسب در دسترس همچون سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نقش قابل‌توجهی بر سلامت روانی سالمندان دارد. پژوهش‌های متعددی ثابت کرده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهش پاشا و همکاران (۱۳۸٦) تحت عنوان مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده نشان داد از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی افسردگی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارند و از نظر تفاوت در جنسیت سالمندان تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج پژوهش سیف زاده (۱۳۸۷) تحت عنوان مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی در کهن‌سالی نشان داد که وضعیت سلامت روانی سالمندان در حد متوسط بوده و همچنین رابطه بین جنس، وضع تأهل، سن حمایت اجتماعی پایه‌ی اقتصادی اجتماعی و سلامت در کهن‌سالی اثبات‌شده است. معتمدی شلمزاری و فلاحی، کیامنش (۱۳۸٤) در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی و سلامت عمومی و احساس تنهایی در سالمندان پرداخته است و نتایج پژوهش‌هایش نشان داده است که بین انواع حمایت اجتماعی با سلامت عمومی رابطه وجود دارد و میزان همبستگی بعد حمایت عاطفی بیش از حمایت ابزاری می‌باشد. همچنین پژوهش‌های معتمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۲) نشان دادند که حمایت اجتماعی تأثیری معنادار بر احساس تنهایی، سلامت عمومی، شادی وافسردگی و رضایتمندی سالمندان از زندگی دارد. صفری شالی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داد که احساس امنیت با رضایت از زندگی دارای همبستگی قوی بوده و هر دو از شاخص‌های کلیدی رفاه اجتماعی محسوب می‌شوند. همچنین لانگ و بالتیس (۱۹۷۷) ادکینس مارتین وپون (۱۹٦٦) بیان داشته اند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم آینده با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط وجود دارد.

بنابراین بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه که به نظر ناکافی می‌رسد، لذا در این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال هستیم که آیا بین حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ٦۰ سال رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرای آن همبستگی است که باهدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ٦۰ سال در شهر کرمانشاه انجام شد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان بالاتر از ٦۰ سال، ساکن خانه‌های سالمندان شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹٤ است. نمونه پژوهش حاضر تعداد ۵۰ از سالمندان بالاتر از ٦۰ سال ساکن در خانه‌های سالمندان شهر کرمانشاه است. در پژوهش حاضر با استفاده از جدول مورگان تعداد

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

نمونه موردنظر انتخاب‌شده و از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. پس از تنظیم پرسشنامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌های پژوهش قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و دلیل انتخاب این موضوع به پرستاران ارائه شد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرآیند پاسخگویی به سوالات با مشکلی مواجه شدند یا نقطه‌ی ابهامی برای آن‌ها به وجود آمد از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. سالمندان موردنظر پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. درنهایت پس از تکمیل پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان که به شکل انفرادی بود پرسشنامه‌های پژوهش جمع‌آوری گردید. در پژوهش حاضر داده‌های به‌دست‌آمده توسط نرم‌افزار spss از نظر آمار توصیفی و استنباطی موردبررسی قرار گرفت و در قسمت آمار توصیفی از شاخص‌های مانند فراوانی، میانگین‌ها و در قسمت آمار استنباطی از روش همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روانی GHQ28: پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر رو خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲). در این پرسشنامه به دو طبقه اصلی از پدیده ها توجه می‌شود ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده درعین‌حال این نکته آشکارشده که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان به‌وسیله محاسبه‌های استاندارد شده روان‌پزشکی تشخیص داد، اما پایین‌تر از سطح معینی، احتمال قرار گرفتن اختلال در سطح زیرآستانه و عدم‌تشخیص آن وجود دارد. (گلدبرگ، بلاک ول،۱۹۷۰؛ وینک و همکاران ۱۹۷۷؛ به نقل از دادستان، ۱۳۷۷). پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد تشکیل‌شده است بدین ترتیب می‌توان بیماران روانی را به‌عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندارند متمایز کند؛ بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (دادستان ۱۳۷۷). تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده بود. به‌منظور برآورد اعتبار پرسشنامه این پژوهش‌ها فراتحلیلی شده و نتایج نشان دادند، متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ28 برابر با ۰/۸٤ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۸ و متوسط ویژگی‌های آن برابر ۰/۸۲ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ است (ویلیام و گلبرگ ۱۹۸۷). یعقوبی نیز در سال ۱۳۷٤ حساسیت این آزمون را ۸٦ /۰ و ویژگی‌های آن ۰/۸۲ گزارش کرده است. پژوهش بهمنی و عسگری در سال ۱۳۸۵ ساختار چهار عاملی آن را از طریق تحلیل عاملی تأییدی بررسی و تائید نموده است. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی با روش بازآزمایی بافاصله ۷ تا۱۰ روز روی گروهی ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده است که در سطح خطای یک‌هزارم معنادار است (پالاهنگ، ۱۳۷٤). یعقوبی (۱۳۷٤) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی آلفای کرونباخ برای مقیاس علائم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی وخیم ۰/۹۱ و کل

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست‌آمده است برای تعیین روایی از روش‌های مختلفی استفاده‌شده است، چان (۱۹۸۵) و کی یس (۱۹۸٤) ثبات درونی آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و وگلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ۰/۹۳و رابینسون و پرایس (۱۹۸۲) اعتبار آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله هشت ماه ۰/۹۰ ذکر نموده‌اند. اعتبار آزمون برای کل آن ۰/۹۱ و برای خرده آزمون‌ها ۷۸٪ تا ۸۲٪ گزارش‌شده است. ضریب اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ با ۸۸٪ به‌دست‌آمده است. همچنین اعتبار آزمون ۰/٦۷ الی ۰/۷٦ و اعتبار دونیمه کردن ۰/۸۳ و پایایی و بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش‌شده است (رجبی، ۱۳۸٤). روایی سازه در پژوهش بهمنی و عسگری (۱۳۸۵) چهار عامل به روش تحلیل عاملی تاییدی استخراج شده و این چهار عامل ٦۹/۵۵ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. این آزمون از طریق اجرای همزمان آزمون سلامت عمومی با عوامل بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی و معناداری ۰/۸۷- نشان داد این نتیجه روایی همزمان آزمون را تایید می کند. نتیجه تحقیق بشارت (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که آزمون از روایی تفکیکی به منظور جداسازی افراد در دوامتداد بهنجار و نابهنجار تمایزایجاد می‌کند برخورداراست. برای بررسی روایی ملاکی ازهمبستگی نمره های آزمون با تشخیص بر اساس مصاحبه بالینی روان پزشک استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۷۸ به دست آمد؛ بنابراین می توان گفت که این آزمون با قدرت بالایی توان پیش‌بینی و تشخیص افراد بیمار از سالم را دارد (ابراهیمی، ۱۳۸٦). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پرسشنامه منبع کنترل درونی-بیرونی راتر: برای ارزیابی منبع کنترل و سنجش ادراکات فرد از منبع کنترل به کار می رود این آزمون تفاوت های فردی را در زمینه اسناد و تجارب ادراکی-شخصی آشکار می کند که شامل ۲۹ ماده و هر ماده دو جزء می باشد که ۲۳ ماده آن بصورت انتخابی-اجباری و ٦ ماده بصورت خنثی هستند؛ و هر یک از سوالات یک نمره تعلق می گیرد. اولین کوشش برای سنجش تفاوتهای فردی، در انتظار تعمیم یافته یا اعتقاد به منبع کنترل بیرونیبه‌عنوان یک متغیر رفتاری توسط فاریس (۱۹۹۱) در مطالعه ای با عنوان اثرات شانس و مهارت در تحقق امور شروع شد. فاریس مقیاس لیکرت را با ۱۳ ماده مربوط به گرایشهای بیرونی و۱۳ ماده را در مقابل آن به‌عنوان کنترل درونی قرارداد. میزان فوق در مطالعات اولیه برای سنجش دو بعد کنترل تهیه شد وشواهد قابل قبولی بدست آمد. بیابانگرد، (۱۳۷۰) کار فاریس توسط جیمز (۱۹۹۵) دنبال شد وی نسخه لیکرت را با۲٦ سؤال به اضافه سؤالات خنثی بر اساس سؤالاتی که در مطالعه فاریس بیشترین موفقیت را داشتند، قرارداد .جیمزموفق شد همبستگی ضعیف ولی معنادار بین آزمون خود و موفقیت رفتار درشرایط شانس و مهارت، پیداکند (بیابانگرد، ۱۳۷۰). فرانکلین (۱۹۹٦) بر روی نمرات ۱۰۰۰ نفر دانش‌آموزدبیرستانی تحلیل عاملی انجام داد و دریافت که همه سؤالات همبستگی معناداری با عامل کلی شخص دارد و این عامل شخصی را، حدود ۵۳ درصد از کل واریانس بدست آورد. مسد (۱۳۷۳) ضریب پایائی آزمون منبع کنترل راتربه روش کودر ریچاردسون ۷٦٪ به دست آمده است متوسط ضرایب پایائی مقیاس منبع کنترل درونی -بیرونی راتر که با روشهای تنصیف و کودرریچاردسون محاسبه شده، در بسیاری از پژوهش ها بیشتر از۷۰٪ بوده است (بیابانگرد، ۱۳۷۰). غضنفری (۱۳۷۱) مقدار ضریب پایایی آزمون منبع کنترل درونی -بیرونی را در نمونه‌های ایرانی۷۰٪ بدست آورده است. او در این باره میگوید : ضریب پایایی مقیاس منبع کنترل درونی -بیرونی راتر در نمونه‌های ایرانی، نیز با روش کودر ریچاردسون محاسبه شده و متوسط

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

این ضریب حدود۷۰٪ می‌باشد. روایی آزمون با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه راتر مورد تأیید می‌باشد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک (NSSQ): ابزاری است که علاوه بر سنجش حمایت های کارکردی، ساختاری، عاطفی و مادی داده های توصیفی راجع به ارتباطات حمایتی که فرد در طی یکسال اخیر از دست داده است در اختیار ما قرار می‌دهد روایی و پایایی این پرسشنامه در بین سالمندان ایرانی توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب پایایی آن به روش همسانی درونی بین ۰/۸٤٤ تا ۰/۹۷۳ و روایی آن با روایی ملاکی همزمان بین ۰/۲۲۲ تا ۰/٦۲٤ گزارش شده است. علاوه بر این یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در بین سالمندان است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS): پرکاربردترین ابزار اندازه گیری رضایت از زندگی مقیاس SWLS است برای اندازه گیری قضاوت کلی فرد از زندگی که بطور نظری بر اساس مقایس شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین شده پیش‌بینی می‌شود، طراحی شده است. مقیاس رضایت از زندگی جنبه مثبت تجارب افراد را به جای تمرکز بر هیجانات منفی اندازه می گیرد این مقیاس در ابتدا شامل ٤۸ سوال بود که بعد از تحلیل عاملی به ده سال کاهش یافت و بخاطر شباهت معنایی بین ده سوال نسخه نهایی آن به پنج سوال کاهش یافته مقیاس پاسخگویی به سوالات مقیاس لیکرت هفت درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. این مقیاس در کشورهای زیادی به زبان های مختلفی ترجمه شده است. ضرایب هماهنگی درونی مقیاس بطور هماهنگی بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است و از آنجایی که رضایت از زندگی یک سازه ی نسبتاً پایدار روانشناختی است یعنی میزان آن در واکنش به رویدادهای زندگی ممکن است تغییر کند ضرایب بازآزمایی مقیاس بر حسب فاصله زمانی دو اجرای آزمون متفاوت گزارش شده است پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی دوما ۰/۸٤ گزارش شده است (داینر، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸٤ به دست آمد.

یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت اجتماعی	۵۰	٤۸/۲۳	۱۰/٦۲
سلامت عمومی	۵۰	۲۲/۹۰	٤/۱۱
منبع کنترل درونی	۵۰	۱۷/۱۱	۳/٦۹
منبع کنترل بیرونی	۵۰	۲۵/٤۳	٦/۸۱
رضایت‌مندی از زندگی	۵۰	۲۱/٦٤	٤/۲۸

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

جدول شماره۱ شاخص‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات حمایت اجتماعی، منبع کنترل (درونی و بیرونی)، سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی سالمندان را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان

متغیرها	آماره	سلامت عمومی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۵۳**
	سطح معنی‌داری	۰,۰۰
	تعداد	۵۰

همانطور که جدول شماره۲ نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p<0/01$). به‌عبارت‌دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد.

جدول ۳. ضریب همبستگی بین منبع کنترل با سلامت عمومی رابطه سالمندان

متغیرها	آماره	منبع کنترل	
		درونی	بیرونی
سلامت عمومی	ضریب همبستگی	۰/۲۹**	۰/۳۲**
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۳	۰/۰۰۰
	تعداد	۵۰	۵۰

همانطور که جدول شماره۳ نشان می‌دهد که بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با سلامت عمومی رابطه سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p<0/01$). به‌عبارت‌دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد.

جدول ٤. جدول مربوط به پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی)

متغیرهای پیش‌بینی	F	P	R	R^2	β	T	P
حمایت اجتماعی	۱۵/۵۸	۰/۰۰	۰/۵۸	۰/۳٤	۰/۲۱	٤/۱۸	۰/۰۰
منبع کنترل درونی					۰/۰۸	۱/٦۹	۰/۰۷
منبع کنترل بیرونی					۰/۰٦	۱/۵٦	۰/۰۹

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

همانطور که در جدول شماره ٤ ملاحظه می‌شود مقدار رگرسیون ($R = ۰/۵۸$) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی) ٣٤ درصد واریانس سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند و F درسطح ١٪ معنی دار است. لذا با توجه به ضریب بتای مولفه حمایت اجتماعی (۰/۲۱) بیشترین قدرت پیش‌بینی میزان سلامت عمومی سالمندان را دارد.

جدول ٥. ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با رضایت‌مندی از زندگی سالمندان

متغیرها	آماره	رضایت‌مندی از زندگی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/٦٣**
	سطح معنی داری	۰,۰۰
	تعداد	٥۰

همانطور که جدول شماره٥ نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با رضایت‌مندی از زندگی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد($p<0/01$). به‌عبارت‌دیگر، هر اندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری هم برخوردار خواهند شد.

جدول ٦. ضریب همبستگی بین منبع کنترل با رضایت‌مندی از زندگی رابطه سالمندان

متغیرها	آماره	منبع کنترل	
		درونی	بیرونی
سلامت عمومی	ضریب همبستگی	۰/۳٥**	۰/٤٦**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	تعداد	٥۰	٥۰

همانطور که جدول شماره٦ نشان می‌دهد که بین منبع کنترل(درونی و بیرونی) با رضایت‌مندی از زندگی رابطه سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد($p<0/01$). به‌عبارت‌دیگر، هر اندازه سالمندان دارای منبع کنترل(درونی و بیرونی) باشند از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری برخوردارخواهند شد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی، منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ٦۰ سال شهر کرمانشاه است. نتایج نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد. همان‌گونه که در مقدمه اشاره شد حمایت اجتماعی را می‌توان عاملی تأثیرگذار بر سلامت افراد دانست وآن گونه که در نتایج آمده رابطه مثبت و معناداری بین این دو مؤلفه وجود دارد.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

ازلحاظ ارتباط این متغیر با وضعیت داشتن بیماری، افرادی که اظهار داشتند بیماری زمینه‌ای دارند که فعالیت روزانه‌شان را محدود می‌کند نسبت به افراد سالم میانگین نمره حمایت اجتماعی کمتری داشتند. وجود این مسئله شاید به این امر مربوط باشد که افراد بیمار نیاز به حمایت را در خود بیش‌ازپیش احساس می‌کنند به‌ویژه اگر این بیمار در سنین سالمندی نیز باشد. با محدودیت‌های گوناگونی که به این دلایل برای فرد ایجاد می‌شود ممکن است علاوه برافزایش نیاز، سطح توقعات فرد نیز بسیار بالا رفته و درنتیجه درک وی از میزان حمایتی که دریافت می‌دارد پایین بیاید. سالمندانی که در خانه سالمندان سکونت دارند با توجه به کاهش ارتباط فرزندان با والدین پس از گزاردن آنان در خانه سالمندان، کم شدن درک از حمایت اجتماعی در سالمند طبیعی می‌باشد؛ اما باوجود سالمندانی که دارای شرایط یکسان هستند و در خانه سالمندان کنار هم زندگی می‌کنند انتظار می‌رود که حداقل میزان بالایی از حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان در این گروه یافت شود که به نظر می‌رسد با کمبود ارتباطات خانوادگی که در جامعه ما بیشترین تأثیر را بر فرد دارد، ارتباطات بین فردی دیگر نیز تحت‌الشعاع قرار می‌گیرند. درمجموع با توجه به تأثیرگذاری مقوله حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان و اهمیت این جنبه از سلامت، ضرورت توجه بیشتر به این موضوع در قشر آسیب‌پذیر سالمند احساس می‌گردد؛ که با نتایج پژوهش نبوی و همکاران (۱۳۹۳)، راشدی (۱۳۹۲) و قدسی (۱۳۹۲) همسو می‌باشد.

همچنین جداول نتایج داده‌ها نشان می‌دهد که بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با سلامت عمومی رابطه سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد. زندگی در خانه سالمندان شرایط و محیطی را فراهم می‌آورد که فرد را به سمت و سویی سوق می‌دهد که خودش را کمتر کنترل‌کننده و صاحب‌اختیار بر احوالات خود می‌داند و به سمت این عقیده که همه‌چیز از بیرون بر آن‌ها تحمیل می‌شود و نقشی در تغییر و تسلط بر امور و احوالات خود ندارند و بر کنترل بیرونی معتقد هستند؛ و معمولاً خودشان را قادر به اداره کامل و بی‌عیب و نقص خویش نمی‌دانند درواقع این افراد فکر می‌کنند که کنترلی بر زندگی خود و وقایع زندگی خود ندارند؛ و فرد دیگری از بیرون باید آن‌ها را کنترل کند و معمولاً این منبع کنترل بیرونی را مسئولین سرای سالمندان می‌دانند. و تنها تا زمانی که تحت نظر هستند برنامه‌های محوله را اجرا می‌کنند و به‌محض عدم مراقبت و توجه قادر به اداره خویش نیستند و قویاً معتقدند که بر زندگی روزمره خویش کنترلی ندارند و نقشی در بهبود و ارتقاء سلامت خویش ندارند. در مقابل افرادی که کنترل درونی را باور دارند خود را مسئول مستقیم اداره زندگی خود می‌دانند و برای حفظ سلامت خویش تلاش می‌کنند و منتظر ابلاغ دستور یا اجرای برنامه از سوی مسئولین و مراقبین خود نمی‌مانند.

از طرف دیگر مقدار رگرسیون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی) ۳٤ درصد واریانس سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند و F در سطح ۱٪ معنی‌دار است. لذا با توجه به ضریب بتای مؤلفه حمایت اجتماعی بیشترین قدرت پیش‌بینی میزان سلامت عمومی سالمندان را دارد. در تبیین رابطه بین منبع کنترل درونی و سلامت روانی می‌توان گفت که افراد دارای کنترل درونی احتمال بیشتری دارد که جنبه‌های مواظبت از سلامتی همانند مراقبت از جسم و ورزش و انجام آزمایش‌های پیشگیری‌کننده مانند مراجعه منظم به پزشک و... را رعایت کنند. بخش زیادی از این رفتارها ناشی از اطلاعات افراد دارای کنترل درونی درباره چنین مواردی است چون افراد دارای منبع کنترل درونی با تلاش برای جستجوی اطلاعاتی که آن‌ها را قادر می‌سازد

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

کنترل بیشتری بر محیط خود داشته باشد، مشخص می‌شوند؛ و از نظر بهداشت روانی، به‌طورکلی مشخص‌شده که درونی‌ها سازگاری بهتری دارند و نسبت به بیرونی‌ها کمتر نگران می‌شوند و افراد دارای منبع کنترل درونی و سلامت عمومی بیشتر و اختلال‌های روانی کمتری و سلامت جسمانی بیشتری نسبت به افرادی دارند که کنترل بیرونی دارند. همچنین سالمندانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند احساس اضطراب و افسردگی کمتری دارند که نشان می‌دهد و از سلامت عمومی بیشتری برخوردار است حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب و کم‌هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت عمومی در سالمندان به کار رود. شاید بتوان به نقش ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی به‌عنوان عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد اشاره نمود که متعاقب آن، افزایش احساس خود ارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی و بیماری‌های جسمی را در پی خواهد داشت.

بر اساس آنچه تاکنون عنوان شد می‌توانیم نتیجه بگیریم دارا بودن یکسری فاکتورها و عوامل مانند نحوه برداشت افراد از میزان کنترلی که بر اتفاقات پیرامون خوددارند و یا میزان سلامت عمومی افراد، می‌تواند در سپری کردن دوران سالمندی سالم و بدون بحران کمک‌کننده باشد. نتایج با نتایج پژوهش‌های پاشا و همکاران (۱۳۸٦) و سیف زاده (۱۳۸۷) همسویی نشان می‌دهد.

همچنین بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین حمایت اجتماعی با رضایت‌مندی از زندگی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری هم برخوردار خواهند شد. حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده، می‌تواند موجب رضایتمندی از زندگی شود؛ و اینکه دریافت مقادیر بالاتری از حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده و دوستان یا دیگران بااحساس رضایت فرد از زندگی رابطه مستقیم دارد وقتی‌که سالمند از سوی خانواده و بخصوص فرزندان خویش حمایتی را دریافت نمی‌نماید و برای ادامه زندگی به خانه سالمندان سپرده می‌شود و سالمند خود را از نیروی حمایت‌کننده اقوام و دوستان و بخصوص فرزندان خود محروم می‌بیند قطعاً از شرایطی که در آن قرارگرفته ابراز رضایت نمی‌کند زیرا ورود به سالمندی خود به وجود آورنده نیازهای جدیدی است که بی‌شک یکی از مهم‌ترین آن‌ها موردحمایت قرار گرفتن از سوی دوستان، خانواده است. در همین هنگام با سپرده شدن به خانه سالمندان رشته این حمایت احساس شده و دریافت شده قطع خواهد شد و سالمند با ابراز و احساس نارضایتی از شرایط به وجود آمده نمی‌تواند زندگی رضایت‌مندی داشته باشد؛ که با نتایج پژوهش معتمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۲)، معتمدی شلمزاری، فلاحی، کیامنش (۱۳۸٤)، صفری شالی (۱۳۸۹)، لانگ و بالتیس[1] (۱۹۷۷) و ادکینس مارتین وپون[2] (۱۹٦٦) همسویی نشان داد.

از تحلیل نتایج چنین به دست آمد که بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با رضایت‌مندی از زندگی رابطه سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری برخوردار خواهند شد. همان‌گونه که گفته شد اینکه شخص تا چه حد بر زندگی و اتفاقات پیش‌آمده در آن احساس تسلط دارد میزان بیرونی یا درونی بودن کنترل او را نشان می‌دهد افرادی که به کنترل درونی گرایش دارند خود را نقش اول زندگی خویش

1. lang& baltes
2. Adkins, martin& poon

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

می‌دانند و در تصمیماتی که می‌گیرند و مسئولیت‌هایی که بر عهده‌دارند فعالانه تأثیرگذار هستند و پیامدهای آن را چه خوب و چه بد می‌پذیرند و این احساس کنترل نقش مهمی در رضایت از زندگی‌شان دارد. سالمندانی که در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند به خاطر برنامه‌های از پیش تعیین‌شده و محدودیت‌های ایجادشده به‌واسطه زندگی در خانه سالمندان این احساس کنترل به‌شدت تحت تأثیر قرارگرفته و باعث عدم رضایت از زندگی در سالمندان می‌شود.

همانطور که ملاحظه می‌شود مقدار رگرسیون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و منبع کنترل (درونی و بیرونی) واریانس رضایت‌مندی از زندگی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند و F در سطح ۱٪ معنی‌دار است. لذا با توجه به ضریب بتای مؤلفه حمایت اجتماعی بیشترین قدرت پیش‌بینی میزان رضایت‌مندی از زندگی سالمندان و متغیر منبع کنترل بیرونی با ضریب بتای پیش‌بینی بعدی میزان رضایت‌مندی از زندگی سالمندان است. با افزایش حمایت اجتماعی، افراد در قالب پیوندهای اجتماعی موجود در تعاملات اجتماعی، قابلیت‌های خود را افزایش داده و ضمن به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی شبکه ارتباطی‌شان برخوردار می‌شوند. حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح از رویدادها و تعهدات متقابلی را به وجودمی‌آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمند بودن داشته و به این باور می‌رسد که می‌تواند شخصاً بر رویدادهای زندگی خویش کنترل داشته باشد. رضایت از زندگی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افراد هنگامی رضایت از زندگی بالایی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی‌شان با معیارهایی که برای خودتعیین‌کرده‌اند همخوانی داشته باشد و هر چه این افراد به پایان زندگیشان نزدیک‌تر شوند، احساس ناکامی و شکست بیشتری کرده و بیشتر در غم و اندوه فرو می‌روند و فرد به‌سوی افسردگی سوق می‌یابد و از زندگی خود رضایت کمتری خواهد داشت دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و جامعه باعث افزایش میزان رضایت از زندگی در سالمندان می‌شود تأمین بودن از نظر مالی و دریافت توجه و محبت از سوی اطرافیان افزایش رضایت از زندگی را در ابعاد گوناگون آن در پی دارد؛ و نیز سالمندانی که به کنترل درونی گرایش دارند رضایت بیشتری دارند نسبت به کسانی که احساس می‌کنند در اداره و کنترل امور خود نقشی ندارند و از خدمات و توجهی که دریافت می‌دارند نیز ابراز رضایت نمی‌کنند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به نحوه نمونه‌گیری و حجم پایین نمونه‌های موردمطالعه و نیز اینکه این پژوهش تنها در میان سالمندان ساکن در خانه سالمندان شهرستان کرمانشاه انجام‌گرفته است، همکاری نکردن برخی سالمندان در تکمیل پرسشنامه‌ها، قادر نبودن تعدادی دیگر از این افراد در ارائه اطلاعات به دلیل بیماری‌های جسمی و روانی و در نظر نگرفتن جنسیت سالمندان در نظر گرفت. لذا در تعمیم آن به سایر موارد مشابه باید بااحتیاط عمل شود. ازآنجاکه آمار جامعه سالمندان جامعه روبه افزایش است، پیشنهاد می‌شود نهادهای ذی‌ربط مانند صداوسیما، شبکه‌های بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی و بهزیستی تمهیدات لازم برای اطلاع‌رسانی و تولید برنامه‌های آموزشی جهت فرهنگ‌سازی و ارتقاء دانسته‌های افراد جامعه و آماده‌سازی افراد برای ورود بدون چالش به دوره سالمندی را به عمل‌آورند تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روان به طراحی سیاست‌های عملی‌ای بپردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی و کاهش فشارهای روانی و ارتقاء سلامت روان منجر گردد. همچنین، ضروری است تا توجهی ویژه به موضوع سلامت روان در بین سالمندان مبذول گردد تا به منابع ارزشمندی نظیر عزت‌نفس، دانش و آگاهی و مهارت‌های زندگی مجهز گردند که بتواند به بهبود و یا ارتقاء سلامت روان آنان کمک نماید.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

منابع

- بهمنی، بهمن و عسگری، علی (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش گروهی برنامه‌ی غنی‌سازی زناشویی و برافزایش رضامندی زنان متاهل. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۲۰ (۸)، ۱۰-۱.
- پاشا، غلامرضا؛ صفرزاده سحر و مشاک، رویا (۱۳۸٦). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده، فصلنامه خانواده پژوهش، سال سوم، شماره۹، ۵۱۹-۵۰٤.
- زندن (۱۹۹٦). روانشناسی رشد، ترجمه: حمزه گنجی (۱۳۸٤)، انتشارات ارسباران: تهران.
- صفری شالی، رضا (۱۳۸۹). میزان اعتماد اجتماعی و عوامل موثر برآن، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- علیخانی، ویرا (۱۳۸۱). پیری از دیدگاههای مختلف، انجمن اولیاء و مربیان، چاپ اول، تهران.
- قدسی، محمد علی (۱۳۹۲). بررسی جامعه شناختی افسردگی و حمایت اجتماعی، پایان نامه رشته جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژه ای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸٤). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ٦۰ سال. مجله یروانشناسی شماره ۲۲، ۱۳۳-۱۱۵.
- نبوی، سید حمید؛ علیپور، فردین؛ حجازی، علی؛ ربانی، زهرا و راشدی، وحید (۱۳۹۳). بررسی رابطه ی حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان دانشکده ی پژشکی دانشگاه علوم پژشکی مشهد، ۷، ۸٤٦-۸٤۱.
- Amini, R., Ingman, S. R., Sahaf, R. (2013). Aging in Iran: past, present and future. The Journalof Aging in Emerging Economies, 4(1), 17–34.
- Bi shop, A. J., Martin, P. (2006). Happiness and congruencein older adalhood. A Structural model of life satisfaction. Aging and mental Helth, 10,445-453.
- Blazer, D.J. (2000). Mood disorder: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA.
- Campion, E. W., Bang, A. & May, M. I. (1983). Why acute-care hospitals mustundertake long-term care. New England Journal of Medicine, 308, 71-75.
- Diener, E. E., Sun, M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (2008). Subjective wellbeing: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125, 276-302.
- Diener, E. (1985)."Subjective well-being". Psychological Bulletin, 95, 542-575.
- Ebrahimi, S., (2007). The role of social support in retention social and mental health education: monthly educational ministry of teaching and education, 12, No.1, fall. [Persian].
- Roukoei. L., Kimiagar, M., Ghafarpour, M. (2006).Old age nutrition inTehran on 1997. Tehran: Ashena Press: (persian)
- Vasiliadis, H.M., Dionne, P.A., Préville, M., Gentil, L., Berbiche, D., Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depressionand anxiety in elderly living in the community. Am. J. Geriat. Psychiatry, 21(6), 536–548.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

- Wai-yung Kwong, E., yui - Huen Kwan, A. (2004). Stress management methods of the community- Dwelling Elderly in hong kong: implications for tailoring a stress reduction program. Journal Geriatiric Nurs, 25(2), 102-106.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]

Study of the relationship between social support and control source with general health and life satisfaction in the elderly over 60 years old

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between social support, control source with general health and life satisfaction in the elderly over 60 years old living in nursing homes in Kermanshah. To this end, a population of 50 was selected through a placement method. Using GHQ-28 mental health questionnaires, Nurbank's social support questionnaire, Rutter's control source inventory and Life satisfaction questionnaire (SWLS), aggregate data Were introduced. According to the results, there is a positive and significant relationship between social support and general health of the elderly. In other words, the higher the social support of the elderly, the more general health will be. There is a positive and significant relationship between the control source (internal and external) and the general health of the elderly. In other words, as many elderly as the source of control (internal and external), they will have more general health. Also, social support and control source (internal and external) predict the variance of general health of the elderly. Therefore, according to the beta coefficient of social support component, the most predictive power is the general health of the elderly. Also, there is a positive and significant relationship between the source of control (internal and external) with life satisfaction. In other words, as much as the elderly have a source of control (internal and external), they will enjoy a greater life satisfaction. Also, social support and control source (internal and external) predict 41% of the variance in satisfaction of elderly life. Therefore, social support component is the most predictive power of life satisfaction of elderly people, and the variable of external control source is the second predictor of life satisfaction of elderly people.

Key words: *social support, control source, general health, life satisfaction, elderly people*

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-17]