

بررسی رابطه حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در

سالمندان بالاتر از ۶۰ سال

مهرگان کلمه‌ی^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).

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

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی، منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در سالمندان بالاتر از ۶۰ 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 منع 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. به عبارت دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهد شد؛ و بین منبع کنترل (درونی و بیرونی) با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد به عبارت دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (درونی و بیرونی) باشند از سلامت عمومی سالمندان 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. به عبارت دیگر، 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) ۴۱ 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.

محله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و ششم، مردادماه ۱۳۹۹

مقدمه

مطالعات و برآوردهای آماری نشان می‌دهند در قرن حاضر، جمعیت افراد سالمند به‌طور قابل ملاحظه‌ای در دنیا در حال افزایش است. طبق پیش‌بینی‌های انجام شده جمعیت سالمندان در سال ۱۴۰۴ شمسی به بیش از ۱/۲ میلیارد نفر خواهد رسید. پیش‌بینی می‌شود که جمعیت این دسته از گروه‌های سنی تا سال ۱۴۲۹ 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 ۱۴۳۴ 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 (رکوبی، ۱۳۸۴). 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 (زنده، ۱۳۹۶؛ ترجمه گنجی، ۱۳۸۴). آمار بهداشت جهانی نشان می‌دهد ۲۴-۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال تنها زندگی می‌کنند و عموماً بازنشسته شده‌اند که بازنشستگی اجباری می‌تواند احساسات منفی نسبت به موقعیت به وجود آورد و این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. با وجود اینکه 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 نه تنها موجب نامیدی، زوال روانی- اجتماعی، ناخوشی‌های جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آن‌ها در سرای سالمندان می‌شود بلکه خودکشی را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد (علی‌خانی، ۱۳۸۱).

رضایت از زندگی ارزیابی فرد را از جنبه‌های گوناگون زندگی‌اش توصیف می‌کند. بهیان‌دیگر، می‌توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (بی‌شاب و همکاران، ۱۳۸۵) بیان می‌کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند به وسیله‌ی 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 به عنوان منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی شود زیرا این منابع می‌تواند به آن‌ها دررسیدن به اهداف شخصی‌شان و برآورده کردن نیازهای اساسی جسمی و روان‌شناختی کمک کنند (وای یونگ کونگ، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی را به عنوان 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. به رغم بهبود شرایط زندگی در محل سکونت جدید سالمندانی که مجبور شده‌اند نقل مکان کنند نسبت به سالمندان دیگری که نقل مکان نکرده‌اند به بیماری قلبی و سکته مغزی بیشتری مبتلا شده‌اند و بیشتر به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند.

طبق نظر کامپیون^۱ (۱۹۸۳) قرار دادن سالمند در خانه‌های سالمندان یا مراکر نگهداری، مشکلات زیادی به دنبال می‌آورد. سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد گاهی از نظر جسمی، روانی عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این وابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد. سالمند بیش از پیش آسیب‌پذیر می‌شود چون قدرت چانه زدن او، مخصوصاً در کشورهای صنعتی به طور دائم پایین می‌آید، پیشرفت فناوری مهارت‌های او را که در گذشته آموخته است بی‌اعتبار می‌کند. حمایت اجتماعی^۲ مفهومی است که در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی^۳ و حمایت ابزاری^۴ است، فعالیت‌های پژوهشی مختلفی سودمندی این تمایز را نشان داده است (دوراک ایتوارت^۵، 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 مرگ و میر نوزادان، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی اجتماعی، سیاسی، پیشرفت فن‌آوری و بهبود وضعیت تغذیه جمعیت سالمندان روبه فروزی نهاده است. در اویل قرن بیستم امید به زندگی در جهان ۴۸ سال بود و تنها ۶۵ سال سن داشتند. در حالی که بر طبق برآورد و سازمان جهانی بهداشت، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال 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 ۶۰ سال سن داشته‌اند و سالمند محسوب می‌شوند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶). سازمان ملل متحد در گزارشی درباره جمعیت سالمند ایران پیش‌بینی کرده که در فاصله سال‌های بین ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به بیانه نسبی جمعیت کشور^۶ ۱۰ سال افزوده می‌شود.

حفظ سلامت روان افراد سالمند اهمیت فراوان دارد و سلامت روان پایین می‌تواند ناتوانی را در سالمندان شتاب بخشد (وازیلیادیز^۷ 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 و حتی فرهنگ‌های مختلف دارد. در بسیاری از مطالعات سن و جنس از جمله عوامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت روان و شرایط نامطلوب وضعیت تأهل و سطح تحصیلات باعث وضعیت روانی نامطلوب بهویژه در سالمندان می‌شود (اورب^۸، 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

خود از حمایت‌های شبکه ارتباطی شان برخوردار می‌شوند. نتایج تحقیق راشدی (۱۳۹۲) تحت عنوان بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمدنان 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 تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به عنوان ابزاری مناسب در دسترس همچون سرمایه اجتماعی و مشارکت اجتماعی نقش قابل توجهی بر سلامت روانی سالمدنان 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 (۱۳۸۶) تحت عنوان مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمدنان ساکن خانه سالمدنان و سالمدنان 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 سالمدنان 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 سالمدنان در حد متوسط بوده و همچنین رابطه بین جنس، وضع تأهل، سن حمایت اجتماعی پایه‌ی اقتصادی اجتماعی و سلامت در کهن‌سالی اثبات شده است. معتمدی شلمزاری و فلاحتی، کیامنش (۱۳۸۴) در پژوهشی به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی و سلامت عمومی و احساس تنها بیان داشته است و نتایج پژوهش‌هایی 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 داده است که حمایت اجتماعی تأثیری معنادار بر احساس تنها بیان داشته است. صفری شالی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داد که احساس امنیت با رضایت از زندگی همبستگی قوی بوده و هر دو از شاخص‌های کلیدی رفاه اجتماعی محسوب می‌شوند. همچنین لانگ و بالتیس (۱۹۷۷) ادکینس مارتین و پون (۱۹۶۶) 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 سالمدنان بالاتر از ۶۰ سال رابطه وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی و شیوه اجرای آن همبستگی است که با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در سالمدنان بالاتر از ۶۰ سال در شهر کرمانشاه انجام شد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه سالمدنان بالاتر از ۶۰ سال، ساکن خانه‌های سالمدنان شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ است. نمونه پژوهش حاضر تعداد ۵۰ از سالمدنان بالاتر از ۶۰ سال ساکن در خانه‌های سالمدنان شهر کرمانشاه است. در پژوهش حاضر با استفاده از جدول مورگان تعداد

نمونه موردنظر انتخاب شده 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. سالمدان موردنظر پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محترمانه 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 به دست آمده توسط نرم‌افزار spss از نظر آمار توصیفی و استنباطی موردنرسی قرار گرفت و در قسمت آمار توصیفی از شاخص‌های مانند فراوانی، میانگین‌ها و در قسمت آمار استنباطی از روش همبستگی پرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت روانی GHQ28: پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندي مبتنی بر رو خود گزارش دهی است که در مجموعه بالينی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبگ، ۱۹۷۲). در این پرسشنامه به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده در عین حال این نکته آشکارشده که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان به وسیله محاسبه‌های استاندارد شده روان‌پزشکی تشخیص داد، اما پایین‌تر از سطح معینی، احتمال قرار گرفتن اختلال در سطح زیرآستانه و عدم تشخیص آن وجود دارد. (گلدبگ، بلاک ول، ۱۹۷۰؛ وینک و همکاران ۱۹۷۷؛ به نقل از دادستان، ۱۳۷۷). پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد تشکیل شده است بدین ترتیب می‌توان بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندازند تمایز 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 روابی پرسشنامه GHQ در نقاط مختلف دنیا به انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه این پژوهش‌ها فراتحلیلی شده و نتایج نشان دادن، متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ28 برابر با ۰/۸۴ 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 ۱۳۷۴ حساسیت این آزمون را ۰/۸۶ 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 با فاصله ۷ تا ۱۰ روز روی گروهی ۰/۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورد شده است که در سطح خطای یک‌هزار معتبر است (پالاهنگ، ۱۳۷۴). یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خردۀ آزمون‌ها را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ 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

پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است برای تعیین روایی از روش‌های مختلفی استفاده شده است، چنان (۱۹۸۵) و کی یس (۱۹۸۴) ثبات درونی آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و و گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) و راینسون 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 خرد آزمون‌ها ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. ضریب اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ با ۰/۸۸ به دست آمده است. همچنین اعتبار آزمون ۰/۷۶ الی ۰/۷۹ و اعتبار دونیمه کردن ۰/۸۳ و پایایی و بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است (رجی، ۱۳۸۴). روایی سازه در پژوهش بهمنی و عسگری (۱۳۸۵) چهار عامل به روش تحلیل عاملی تاییدی استخراج شده و این چهار عامل ۶۹/۵۵ 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 می‌کند. نتیجه تحقیق بشارت (۱۳۸۸) نشان می‌دهد که آزمون از روایی تفکیکی به منظور جداسازی افراد در دوامتداد بهنجار و نابهنجار تمایز ایجاد می‌کند برخوردار است. برای بررسی روایی ملاکی از همبستگی نمره‌های آزمون با تشخیص بر اساس مصاحبه بالینی روان پژوهش است و ضریب همبستگی ۰/۷۸ به دست آمد؛ بنابراین می‌توان گفت که این آزمون با قدرت بالایی توان پیش‌بینی و تشخیص افراد بیمار از سالم را دارد (ابراهیمی، ۱۳۸۶). 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 می‌رود این آزمون تفاوت‌های فردی را در زمینه اسناد و تجارب ادراکی-شخصی آشکار می‌کند که شامل ۲۹ ماده و هر ماده دو جزء می‌باشد که ۲۳ ماده آن بصورت انتخابی-اجباری و ۶ ماده بصورت خشی هستند؛ و هر یک از سوالات یک نمره تعلق می‌گیرد. اولین کوشش برای سنجش تفاوت‌های فردی، در انتظار تعیین یافته یا اعتقاد به منبع کنترل بیرونی‌عنوان یک متغیر رفتاری توسعه فاریس (۱۹۹۱) در مطالعه‌ای با عنوان اثرات شناس و مهارت در تحقق امور شروع شد. فاریس مقیاس لیکرت را با ۱۳ ماده مربوط به گرایشهای بیرونی و ۱۳ ماده را در مقابل آن به عنوان کنترل درونی قرارداد. میزان فوق در مطالعات اولیه برای سنجش دو بعد کنترل تهیه شد و شواهد قابل قبولی بدست آمد. بیانگرد، (۱۳۷۰) کار فاریس توسط جیمز (۱۹۹۵) دنبال شد وی نسخه لیکرت را با ۲۶ سؤال به اضافه سؤالات خشی بر اساس سؤالاتی که در مطالعه فاریس بیشترین موفقیت را داشتند، قرارداد. جیمز موفق شد همبستگی ضعیف ولی معنادار بین آزمون خود و موفقیت رفتار در شرایط شناس و مهارت، پیداکند (بیانگرد، ۱۳۷۰). فرانکلین (۱۹۹۶) بر روی نمرات ۱۰۰۰ نفر دانش‌آموز دیپرستانی 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 پایایی آزمون منبع کنترل را تبه روش کودر ریچاردسون ۰/۷۶ به دست آمده است متوسط ضرایب پایایی مقیاس منبع کنترل درونی-بیرونی راتر که با روش‌های تنصیف و کودر ریچاردسون محاسبه شده، در بسیاری از پژوهش‌ها بیشتر از ۰/۷۰ بوده است (بیانگرد، ۱۳۷۰). غضنفری (۱۳۷۱) مقدار ضریب پایایی آزمون منبع کنترل درونی-بیرونی را در نمونه‌های ایرانی ۰/۷۰ 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

این ضریب حدود ۷۰٪ 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 حمایت‌های کارکردی، ساختاری، عاطفی و مادی داده‌های 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 سالمدنان ایرانی توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب پایایی آن به روش همسانی درونی بین ۰/۸۴۴ تا ۰/۹۷۳ و روایی آن با روایی ملکی همزمان بین ۰/۲۲۲ تا ۰/۶۲۴ گزارش شده است. علاوه بر این یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در بین سالمدنان است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS): پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری رضایت از زندگی مقیاس SWLS است برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از زندگی که بطور نظری بر اساس مقایس شرایط زندگی با استاندارهای از پیش تعیین شده پیش‌بینی می‌شود، طراحی شده است. مقیاس رضایت از زندگی جنبه مثبت تجارت افراد را به جای تمکن بر هیجانات منفی اندازه می‌گیرد این مقیاس در ابتدا شامل ۴۸ سوال بود که بعد از تحلیل عاملی به ده سال کاهش یافت و با خاطر شباهت معنایی بین ده سوال نسخه نهایی آن به پنج سوال کاهش یافته مقیاس پاسخگویی به سوالات مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است. این مقیاس در کشورهای زیادی به زبان‌های مختلفی ترجمه شده است. ضرایب هماهنگی درونی مقیاس بطور هماهنگی بین ۰/۸۹ تا ۰/۸۹ گزارش شده است و از آنجایی که رضایت از زندگی یک سازه‌ی 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 دوماً ۰/۸۴ گزارش شده است (داینر، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

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

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت اجتماعی	۵۰	۴۸/۲۳	۱۰/۶۲
سلامت عمومی	۵۰	۲۲/۹۰	۴/۱۱
منبع کنترل درونی	۵۰	۱۷/۱۱	۳/۶۹
منبع کنترل بیرونی	۵۰	۲۵/۴۳	۶/۸۱
رضایت‌مندی از زندگی	۵۰	۲۱/۶۴	۴/۲۸

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات حمایت اجتماعی، منبع کنترل (دروني 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 معنی داری	۰,۰۰
	تعداد	۵۰

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p<0/01$). به عبارت دیگر، هراندازه حمایت اجتماعی سالمندان بیشتر باشد از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهد شد.

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

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

همانطور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین منبع کنترل (دروني و بیرونی) با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p<0/01$). به عبارت دیگر، هراندازه سالمندان دارای منبع کنترل (دروني و بیرونی) باشند از سلامت عمومی بیشتری برخوردار خواهند شد.

جدول ۴. جدول مربوط به پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و منبع کنترل (دروني و بیرونی)

متغیرهای پیش‌بینی	F	P	R	R^2	β	T	P
حمایت اجتماعی	۱۵/۵۸	۰/۰۰	۰/۵۸	۰/۳۴	۰/۲۱	۴/۱۸	۰/۰۰
منبع کنترل درونی					۰/۰۸	۱/۶۹	۰/۰۷
منبع کنترل بیرونی					۰/۰۶	۱/۰۶	۰/۰۹

همانطور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود مقدار رگرسیون ($R = 0.58$) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و منبع کنترل (دروني و بيرونني) ۳۴ درصد واريانس سلامت عمومي سالمدان را پيش‌بياني می‌كند و F درسطح ۱٪ معنی دار است. لذا با توجه به ضریب بتای مولفه حمایت اجتماعی ($\beta = 0.21$) بيشترین قدرت پيش‌بياني ميزان سلامت عمومي سالمدان را دارد.

جدول ۵. ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی سالمدان

متغيرها	آماره	رضایتمندی از زندگی
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی	۰/۶۳**
	سطح معنی داری	۰،۰
	تعداد	۵۰

همانطور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی سالمدان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر، هر اندازه حمایت اجتماعی سالمدان بيشتر باشد از رضایتمندی از زندگی بيشتری هم برخوردار خواهد شد.

جدول ۶. ضریب همبستگی بین منبع کنترل با رضایتمندی از زندگی رابطه سالمدان

متغيرها	آماره	منبع کنترل
درونی	درونی	بيرونني
ضریب همبستگی	۰/۳۵**	۰/۴۶**
سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد	۵۰	۵۰

همانطور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که بین منبع کنترل (دروني و بيرونني) با رضایتمندی از زندگی رابطه سالمدان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر، هر اندازه سالمدان دارای منبع کنترل (دروني و بيرونني) باشند از رضایتمندی از زندگی بيشتری برخوردار خواهند شد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی، منبع کنترل با سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی در سالمدان بالاتر از ۶۰ سال شهر کرمانشاه است. نتایج نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمدان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه حمایت اجتماعی سالمدان بيشتر باشد از سلامت عمومی بيشتری برخوردار خواهد شد. همان‌گونه که در مقدمه اشاره شد حمایت اجتماعی را می‌توان عاملی تأثیرگذار بر سلامت افراد دانست و آن‌گونه که در نتایج آمده رابطه مثبت و معناداری بین این دو مؤلفه وجود دارد.

از لحاظ 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 بیش از پیش 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 بر افزایش 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 با وجود 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 یافته شود که به نظر می‌رسد با کمبود ارتباطات خانوادگی که در جامعه ما بیشترین تأثیر را بر فرد دارد، ارتباطات بین فردی دیگر نیز تحت الشاعع 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 (۱۳۹۲)، 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. به عبارت دیگر، هر اندازه 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 کنترل کننده و صاحب اختیار 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 واقعی 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 به محض 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) ۳۴ درصد واریانس سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند و F در سطح ۱٪ معنی دار 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 پیشگیری کننده 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

کترل بیشتری بر محیط خود داشته باشد، مشخص می‌شوند؛ و از نظر بهداشت روانی، به‌طورکلی مشخص شده که درونی‌ها سازگاری بهتری دارند و نسبت به بیرونی‌ها کمتر نگران می‌شوند و افراد دارای منبع کترل درونی و سلامت عمومی بیشتر و اختلال‌های روانی کمتری و سلامت جسمانی بیشتری نسبت به افرادی دارند که کترل بیرونی دارند. همچنین سالمدنانی 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 به عنوان یک ابزار مناسب و کم‌هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش سلامت عمومی در سالمدنان به کار رود. شاید بتوان به نقش ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی به عنوان 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 کترلی که بر اتفاقات پیرامون خوددارند و یا میزان سلامت عمومی افراد، می‌تواند در سپری کردن دوران سالمدنی سالم و بدون بحران کمک‌کننده باشد. نتایج با نتایج پژوهش‌های پاشا و همکاران (۱۳۸۶) و سیف‌زاده (۱۳۸۷) همسوی نشان می‌دهد. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده بین حمایت اجتماعی با رضایت‌مندی از زندگی سالمدنان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه حمایت اجتماعی سالمدنان بیشتر باشد از رضایت‌مندی از زندگی بیشتری هم برخوردار خواهد 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 بالاحساس رضایت فرد از زندگی رابطه مستقیم دارد وقتی که سالمدن از سوی خانواده و بخصوص فرزندان خویش حمایتی را دریافت نماید و برای ادامه زندگی به خانه سالمدنان سپرده می‌شود و سالمدن 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 سالمدنی خود به وجود آورنده نیازهای جدیدی است که بی‌شک یکی از مهم‌ترین آن‌ها مورد حمایت قرار گرفتن از سوی دوستان، خانواده است. در همین هنگام با سپرده شدن به خانه سالمدنان رشته این حمایت احساس شده و دریافت شده قطع خواهد شد و سالمدن 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، فلاحتی، کیامنش (۱۳۸۴)، صفری شالی (۱۳۸۹) و بالتیس^۱ (۱۹۷۷) و ادکینس مارتین و پون^۲ (۱۹۶۶) همسوی نشان داد.

از تحلیل نتایج چنین به دست آمد که بین منبع کترل (دروندی و بیرونی) با رضایت‌مندی از زندگی رابطه سالمدنان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، هر اندازه سالمدنان دارای منبع کترل (دروندی 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 کترل او را نشان می‌دهد افرادی که به کترل درونی گرایش دارند خود را نقش اول زندگی خویش

1. lang& baltes

2. Adkins, martin& poon

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 تعیین شده و محدودیت‌های ایجادشده به واسطه زندگی در خانه سالمندان این احساس کنترل به شدت تحت تأثیر قرار گرفته و باعث عدم رضایت از زندگی در سالمندان می‌شود.

همانطور که ملاحظه می‌شود مقدار رگرسیون نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی و منبع کنترل (دروني 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 وجود می‌آورد 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 این گونه تبیین کرد که افراد هنگامی رضایت از زندگی بالایی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگی‌شان با معیارهایی که برای خود تعیین کرده‌اند 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 به سوی افسردگی سوق می‌باشد 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 انجام گرفته 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 باحتیاط عمل شود. از آنجاکه آمار جامعه سالمندان جامعه رویه افزایش است، پیشنهاد می‌شود نهادهای ذی‌ربط مانند صداوسیما، شبکه‌های بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی و بهریستی 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 عمل آورند تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روان به طراحی سیاست‌های عملی ای پردازنند 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 مبدول گردد تا به منابع ارزشمندی نظیر عزت‌نفس، دانش و آگاهی و مهارت‌های زندگی مجهز گردد که بتواند به بهبود و یا ارتقاء سلامت روان آنان کمک نماید.

منابع

- بهمنی، بهمن و عسگری، علی (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش گروهی برنامه‌ی غنی‌سازی زناشویی و برآفرایش رضامندی زنان متأهل. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*. ۲۰(۸)، ۱-۱۰.
- پاشا، غلامرضا؛ صفرزاده سحر و مشاک، رویا (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده، *فصلنامه خانواده پژوهش*، سال سوم، شماره ۹، ۵۰۴-۵۱۹.
- زندن (۱۹۹۶). *روان‌شناسی رشد، ترجمه: حمزه گنجی* (۱۳۸۴)، انتشارات ارسباران: تهران.
- صفری شالی، رضا (۱۳۸۹). *میزان اعتماد اجتماعی و عوامل موثر بر آن، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی*.
- علیخانی، ویرا (۱۳۸۱). *پیری از دیدگاههای مختلف، انجمن اولیاء و مریبان، 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؛ اژه‌ای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸۴). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنها بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. *مجله یروانشناسی شماره ۲۲، ۱۳۳-۱۱۵*.
- نبوی، سید حمید؛ علیپور، فردین؛ حجازی، علی؛ رباني، زهرا و راشدی، وحید (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان دانشکده‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پژوهشی مشهد، ۷، ۸۴۶-۸۴۱.
- Amini, R., Ingman, S. R., Sahaf, R. (2013). Aging in Iran: past, present and future. *The Journal of Aging in Emerging Economies*, 4(1), 17-34.
- Bishop, A. J., Martin, P. (2006). Happiness and congruence in older adulthood. A Structural model of life satisfaction. *Aging and mental Health*, 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 must undertake long-term care. *New England Journal of Medicine*, 308, 71-75.
- Diener, E. E., Sun, M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (2008). Subjective well-being: 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 in Tehran 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 depression and anxiety in elderly living in the community. *Am. J. Geriat. Psychiatry*, 21(6), 536-548.

- 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 Geriatric Nurs, 25(2), 102-106.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

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