فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی ۳، زمستان ۱۴۰۱، صفحات۳۶-۹

مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت سلامتی سالمندان و رابطهٔ آن با خودمراقبتی و حمایت اجتماعی (نمونهٔ مورد مطالعه سالمندان شهر یاسوج)

آرمان حیدری[۱]؛ سیروس احمدی[۲]؛ طاهره مؤمنی منش[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۵

چکیده

مسألهٔ سلامت عمومی سالمندان در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی از مهم‌ترین آثار سالمندی است. پژوهش حاضر رابطهٔ سلامت عمومی سالمندان با متغیرهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی را در بین ۲۵۹ نفر از سالمندان شهر یاسوج بررسی کرده است. روش پژوهش کمی-پیمایشی و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه بوده است. روش نمونه‌گیری، طبقه‌ای تصادفی متناسب با حجم بوده است. بر اساس نتایج پژوهش، میانگین سلامت ادراک شدهٔ سالمندان در ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بالاتر از میانگین بوده است. متغیرهای رفتار مراقبتی و حمایت رسمی، تأثیرگذارترین متغیرهای بعد سلامت جسمانی؛ متغیرهای حمایت غیررسمی، حمایت رسمی، رفتار مراقبتی، زنان و میزان رابطه با خویشاوندان، تأثیرگذارترین متغیرها در بعد سلامت روانی و متغیرهای حمایت غیررسمی، رفتار مراقبتی، حمایت رسمی و میزان رابطهٔ اجتماعی با خویشاوندان، تأثیرگذراترین متغیرها در بعد سلامت اجتماعی سالمندان بوده‌اند. از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش، همبستگی منفی و معنی‌دارِ حمایت رسمی با همهٔ ابعاد سلامت؛ همچنین، همبستگی منفی و معنی‌دارِ میزان رابطهٔ با خویشاوندان با احساس سلامت اجتماعی است. در کل می توان گفت نوعِ تأثیر انواع حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان نسبی و متأثر از زمینه و زمانه‌های تاریخی-اجتماعی متغیر است.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی؛ رابطهٔ اجتماعی؛ سالمندان؛ سلامت عمومی.

[۱]. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران (نویسندهٔ مسؤول). armanhedari90@gmail.com

[۲]. استاد گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. sahmadi@yu.ac.ir

[۳]. دانش آموختهٔ کارشناسی‌ارشد رشتهٔ جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران. Tmomenimanesh1@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

مقدمه و طرح مساله

سازمان بهداشت جهانی، عمر طولانی را همانند سلامت، مسکن، رفاه اجتماعی، درآمد، آموزش، ایاب و ذهاب، تفریح، سرگرمی و اشتغال به‌عنوان یکی از شاخص‌های توسعهٔ اجتماعی در نظر می‌گیرد. نتیجهٔ گریزناپذیر طول عمر، سالمندی است که پیامدهای فردی، اجتماعی و جامعوی خاص خود را دارد. سالمندی، به‌عنوان یک مفهوم، نمایان‌گر بخش پایانی چرخهٔ حیات انسان است و مقطع سنی بالاتر از ٦٥ سال اشاره دارد. افراد سالمند قابلیت‌های تجدید قوای محدودی دارند و بیش از دیگر بزرگسالان در معرض بیماری، سندرم‌ها و کسالت هستند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، طی ۳۰ سال آینده، سالمندان حدود ۲۰درصد از جمعیت جهان را تشکیل خواهند داد و تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر می‌رسد. یعنی به ازای هر پنج نفر جمعیت دنیا، یک نفر سالمند خواهد بود . بنابراین می‌توان گفت جمعیت جهان، رو به سالمندی می‌رود و این روند در آینده، سریع‌تر از قبل خواهد بود. نسبت جمعیت سالمند جهان، یعنی جمعیت٦٥ ساله و بیش‌تر، در سال ۲۰۲۰، ۹/۳ درصد بود که با فرض ثبات باروری در مقدار کنونی خود، برآورد می‌شود این نسبت متوسط در سال ۲۰۵۰ بیش از دو برابر و به مقدار ۲۲/۸ درصد برسد (زنجانی، فتحی و نوراللهی، ۱۳۹۵: ۵۰). البته نسبت جمعیت سالمندی در همهٔ نقاط جهان و مناطق مختلف یک کشور، یکسان نیست. برای مثال، بر اساس برآورد بخش جمعیت‌شناسی سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۲۰، نسبت جمعیت ٦٥ سال و بیش‌تر در کشورهای پیشرفته ۱۷/٦ درصد و برای سایر کشورها ٦/۳ درصد برآورد شده است. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰، نسبت جمعیت سالمند در کشورهای توسعه‌یافته ۳۳/٤ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۱۹/۵درصد و در کشورهایی که حداقل توسعه‌یافتگی را دارند ۹/۵ درصد باشد. به هر حال، در مجموع، تعداد روزافزونی از کشورها سالمند شدن جمعیت را تجربه می‌کنند. تا آنجا که می‌توان گفت بر اساس پیش‌بینی سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۵۰ سهم جمعیت ٦۰ ساله و بیش‌تر ٤۲ کشور جهان بیش‌تر از سهمی خواهد شد که اکنون ژاپن به‌عنوان سالخورده‌ترین کشور دارد(سهم ۳٤/۳درصد (سازمان ملل متحد[1]، ۲۰۱۱).

در ایران، روند تغییرات جمعیتی حاکی از آن است که در بین گروه‌های سنی مختلف بیشترین نرخ رشد مربوط به سالمندان است. آخرین سرشماری سال ۱۳۹۵ در کشور نشان داد از جمعیت ۷۹ میلیون نفری، حدود ٤ میلیون و دویست و پنجاه هزار نفر، سالمند بالای ٦٥ سال هستند (سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۵). برآورد سازمان ملل حاکی از آن است که جمعیت سالخوردگان

[1]. United Nations

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

ایران در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر افزایش می‌یابد بنابراین افزایش جمعیت سالمندی ایران از سال ۱٤۱۵ به بعد نمایان می‌شود(قهفرخی، ۱۲:۱٤۰۰). همچنین تخمین زده می‌شود، در سال ۱٤۳۰ از هر چهار ایرانی یک نفر سالمند خواهد بود(عالمی، بی نا، ۱۳۹۹). چنین تغییرات جمعیت‌شناختی بی‌سابقه بوده و به‌طور بالقوه تأثیرات وارونه‌ای بر رشد و بهزیستی جمعیت سالمندان دارد.

بالارفتن و کهولت سن، بر تمام جنبه‌های فیزیولوژیک، مرفولوژیک، روانی، شناختی و اجتماعی‌اقتصادی فرد سالمند، اثر می‌گذارد. برای مثال، مطالعات جهانی، بیانگر افزایش روزافزون بیماری‌ها در میان جمعیت سالمند جوامع مختلف است. گفته می‌شود در حال حاضر ۳٦ میلیون نفر سالمند مبتلا به آلزایمر و ٤/۳ میلیون نفر مبتلا به پارکینسون، در سراسر جهان زندگی می‌کنند. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که آمار مبتلایان به آلزایمر تا سال ۲۰۵۰ به ۱۱۵ میلیون نفر و مبتلایان به پارکینسون به ۹ میلیون نفر افزایش یابد. آلزایمر و پارکینسون از جمله مهم‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی دورهٔ سالمندی است که به گفتهٔ متخصصان، با توجه به سیر افزایش جمعیت سالمند در ایران، در صورت نبود اقدامات پیشگیرانهٔ لازم در سال‌های آتی شیوع بالایی می‌یابد (خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران: ۱۳۹٤).

از این‌رو، هر چند سن، به‌طور خودکار به معنای سلامت بیمار یا ناتوانی وی نیست، اما با افزایش سن، خطر بیماری و ناتوانی هر دو افزایش می‌یابد. طبق گزارش مرکز آمار کشور، نرخ رشد جمعیت سالمند کشور، در سال ۱۳۹۸، ٦۲/۳ درصد یعنی تقریبا سه برابر رشد کلی جمعیت است. برآورد می‌شود طی دو الی سه دههٔ اخیر، رشد کلی جمعیت در ایران ۲٤/۱ درصد بوده، درحالی‌که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱٤۰۰ سهم سالمندی جمعیت از مرز ۱۰ درصد، در سال ۱٤۲۰، از مرز ۱۹/٤ درصد و در سال ۱٤۳۰، از مرز ۲٦/۱ درصد، یعنی بیش از یک‌چهارم جمعیت کشور، عبور کند(فروغان، ۱٤۰۱). چنین رشد جمعیت سالمندی، قطعا عوارض و آثار متنوع خود از جمله بیماری‌ها و مخاطرهٔ سلامت عمومی سالمندان را به همراه خواهد داشت.

استان کهگیلویه و بویراحمد و مرکز آن شهر یاسوج، به عنوان محل انجام پژوهش، همانند سایر نقاط جهان و کشور با مسألهٔ افزایش سالمندان و پدیدهٔ سالمندی جمعیت روبه روست. بر اساس آمارها، درصد جمعیت سالمند بالای ٦۵ سال استان، از کل جمعیت از ۲/۷ درصد در سال ۱۳۵۵ به ٤/٦ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است (سالنامه آماری، ۱۳۹۵). با این‌وجود، در کل استان، بر اساس گزارش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد (۱۳۹۸)، تنها دو باب، خانهٔ سالمندان شبانه‌روزی و دو مرکز ویزیت در منزل، برای سالمندان وجود دارد که جواب‌گوی جمعیت سالمند استان نیستند. آنچه اهمیت پرداختن به مسائل سالمندی را دو چندان می‌سازد، این

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

نکته است که بر خلاف گذشته که سالمندان تا آخرین روز حیات خود در جمع خانواده‌ها و فامیل و مورد تکریم آنها بودند؛ امروزه، در کنار پیامدهای فیزیولوژیک ناشی از بالارفتن سن، شهرنشینی و تغییرات شیوهٔ زندگی، سالمندان را با خطر تنهایی، افسردگی، بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و ... مواجه ساخته است (دهکردی و سلیمی، ۱۳۹۸: ۲۵). هر چند پدیدهٔ سالمندی می‌تواند از منظرها ونقطه‌نظرات گوناگونی مورد بررسی و تحلیل قرار گیرد؛ از نظر جامعه‌شناختی، فاکتورهای اجتماعی مرتبط با بحث سلامت عمومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

بدون شک، یکی از مهم‌ترین، شناخته‌شده‌ترین و تأثیرگذارترین فاکتورهای اجتماعی مرتبط با بحث سلامت عمومیِ سالمندان، کمیت و کیفیت روابط اجتماعی است. کمیت و کیفیت روابط اجتماعی با عناوین و اصطلاحات مختلفی مانند سرمایهٔ اجتماعی، شبکهٔ اجتماعی و حمایت اجتماعی، بیانگر اهمیت این روابط برای نگه‌داشت و ارتقای سلامت عمومی سالمندان است. مطالعات متعددی مانند بزرگ پوری(۱۳۹۹)، حاجبی و فریدنیا(۱۳۹۹)، ریاحی، علی‌وردی‌نیا و پورحسین(۱۳۹۹)، چند مورد از مطالعات متعدد و متکثری هستند که بیانگر تأثیر مثبت روابط اجتماعی بر سلامت سالمندان هستند. آنچه اهمیت بررسی رابطهٔ روابط اجتماعی با سلامت عمومی در شهر یاسوج را دو چندان می‌سازد، سنت دیرینهٔ روابط خویشاوندی و انسجام اجتماعی در دورهٔ جوانی و میانسالیِ سالمندان کنونی استان بوده است که امروزه با فراگیرشدن فرهنگ، باورها و ارزش‌های مدرن، دچار سستی و نقصان گردیده و این سالمندان را با وضعیتی کاملا جدید و نوپا مواجه کرده است. در چنین وضعیتی، همچنان‌که گفته شد از یک طرف، امکانات زیرساختاری برای رفع نیازهای سالمندان این استان وجود ندارد؛ از طرف دیگر، سپردن سالمندان، به خانهٔ سالمندان برای دیگر افراد خانواده با بارِ ارزشی منفی و نوعی داغ اجتماعی همراه خواهد بود. با این شرایط و تفاصیل، هدف مقالهٔ حاضر بررسی وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر یاسوج و رابطهٔ آن با برخی متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار مهم مانند کمیت و کیفیت روابط اجتماعی است.

پیشینهٔ تجربی تحقیق

در خصوص سلامت سالمندان مطالعات داخلی و خارجی متعددی صورت گرفته که در اینجا به برخی از مهم‌ترین و مرتبط‌ترین آنها اشاره می‌شود. شاهرودی و همکاران (۱۴۰۰) با روش کمی از طریقِ بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان شهر خاش، پی بردند بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی و همچنین زیرمقیاس‌های افسردگی، علایم

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

جسمانی و علایم اضطراب و اختلال خواب، رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد. در تحقیقی دیگر، خداپرست و همکاران (۱٤۰۰) با بررسی همبستگی سلامت اجتماعی و سلامت عمومی با شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال در لاهیجان، پی بردند، بین سلامت اجتماعی و سلامت عمومی و شاخص‌های کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد.

جنتی و همکاران (۱٤۰۰) با بررسی وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر اردکان و ارتباط آن با آلودگی صوتی-ترافیکی محل سکونت آن‌ها نشان دادند آزردگی صوتی، تأثیر معنی‌داری بر "علائم اضطرابی و اختلال خواب" و "علائم افسردگی" مرتبط با سلامت عمومی سالمندان دارد. احمدی و همکاران (۱۳۹٦) در پژوهشی به عنوان «مقایسهٔ کیفیت زندگی سالمندان فعال و غیرفعال با تاکید بر فعالیت‌های بدنی» زنان بالای ٦۰ سال شهرستان بندر گز، نشان دادند پرداختن به فعالیت‌های بدنی منظم می‌تواند بر بهبود وضعیت کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد.

علاوه بر پژوهش‌های داخلی مرتبط، پژوهش‌های خارجی متعددی هم، به وضعیت سلامت سالمندان پرداخته‌اند که در اینجا به تعدادی از مرتبط‌ترین آنها اشاره می‌شود. بر اساس تحقیق کمیس[1] و دیگران (۱۹۹۹) در هلند، از ۷۷ قربانی سالمند، ۵۳ درصد خشونت کلامی مزمن، ۱۱/۷ درصد، خشونت فیزیکی و ۲۹/۹ درصد، بدرفتاری مالی را گزارش دادند و ۵/۲ درصد قربانیان بیشتر از یک نوع بدرفتاری سالمندی بودند. در خصوص حمایت اجتماعی، قربانیان بدرفتاری با سالمندان، نمره کمتری در مقیاس حمایت اجتماعی داشتند، آنها حمایت عاطفی بالقوهٔ کمتری را گزارش کردند و همچنین گزارش دادند دوستان خوب محدودتری از غیرقربانیان داشتند. برای قربانیان، همه متغیرهای حمایت اجتماعی، رابطه‌ای منفی با استرس روانشناختی داشتند که نشان می‌دهد قربانیان بدرفتاری بزرگسالی که حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند، سطوح بالاتری از استرس روانشاختی را گزارش می‌کنند.

لوچسی[2] و همکاران (۲۰۱۸) با بررسی «عوامل مرتبط با خوشحالی در افراد مسن ساکن یک اجتماع»، در سائوپائولوی برزیل، پی بردند عوامل روانشناختی و سن، بر میزان شادکامی در افراد مسن که در جامعه زندگی می‌کنند، تاثیر می‌گذارند. متغیر رضایت از زندگی تأثیر معناداری بر افسردگی و فوبیای اجتماعی داشت.

بر اساس مطالعهٔ کوگا[3] و دیگران (۲۰۱۹) در خصوص شیوع رفتارهای سالمندآزاری در بین سالمندان ژاپن، شیوع سالمند آزاری در بین افراد نمونه ۱۲/۳ درصد بود (۱۱/۱ درصد برای مردان

1. Comijs et al
2. Luchesi
3. Koga et al

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

و ۱۳/۳ درصد برای زنان). در کل نمونه، سوءرفتارهای فیزیکی، روانشناختی و مالی گزارش شده، به ترتیب، ۱/۲٦، ۱۱/۱۲، و ۱/٤٥ درصد بودند. بر اساس یافته‌ها، هر چند نسبت افزایش یافته‌ای از کسانی که سوءرفتار را تجربه می‌کنند، زن بودند، اما زندگی در کنار اعضای خانواده و سلامتی ضعیفِ خود گزارشی[1] با داشتن افسردگی ملایم یا شدید همبسته بودند. همچنین اعتماد درون اجتماعی کاهش دهندهٔ مخاطرهٔ سوء رفتار بود.

مطالعهٔ بهاندری و پاسوان[2](۲۰۲۱) پیرامون "رفتارهای سبک زندگی و پیامدهای سلامت روان سالمندان: اصلاح اثرات اجتماعی-اقتصادی و سلامت جسمانی" نشان داد اضطراب و افسردگی در میان سالمندانی که سبک زندگی ناسالم مانند کم‌تحرکی، سیگار کشیدن منظم، انزوای اجتماعی و روابط خانوادگی ضعیف دارند، شایع‌تر است. مطالعهٔ عاشیفه[3](۲۰۲۱) پیرامون "وضعیت سلامت اجتماعی جمعیت سالمند روستایی در هند" نشان داد، سالمندان برای زندگی مستقل به برخی نیازها و توانایی‌های اولیه، مانند توانایی درگیرشدن در فعالیت‌های اجتماعی و انجام مسؤولیت‌های شخصی و خانگی، در زندگی روزمره نیاز دارند.

مطالعهٔ الکساندرا[4]و همکاران (۲۰۱۸) پیرامون «شیوع، گزارش و درمان اضطراب در میان سالخوردگان در خانه‌های سالمندان و دیگر مکان‌های نگهداری آنان» در ملبورن استرالیا، نشان داد شیوع کلی اضطراب شدید و اضطراب خفیف، به ترتیب، ۱۹/٤ و ۱۱/۷ درصد بوده است. اضطراب عمومی، بیشترین بیماری در انواع اضطراب‌های فراگیر بود و در بین اضطراب‌های غیر فراگیر، نیز انزواطلبی، شایع‌ترین نوع بیماری بود.

مطالعات پیشین، تأثیر فاکتورهای متفاوتی مانند کم‌تحرکی، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی و... بر سلامت عمومی سالمندان را نشان داده‌اند. اما اکثر این مطالعات از منظر روانشناختی و با تمرکز بر بعد افسردگی و اضطراب، تنها بعد روانی زندگی سالمندان را مورد توجه قرار داده و به سایر ابعاد سلامت عمومی مانند سلامت جسمی و اجتماعی آنان توجه چندانی ننموده‌اند. به‌علاوه، آنها بر اساس منطقِ یا این / یا آنِ دیدگاه‌های دیگر یا فردمحور، سلامتِ سالمندان را بر اساس متغیرهایِ دیگرانِ محور (مانند حمایت یا مزاحمت اطرافیان)یا فردمحور(مانندرفتارهای مراقبتیِ خودِ فرد)، تبیین کرده‌اند. در این تحقیق به تأثیر هر دو دسته

1. Self- reported
2 .Bhandari & Paswan
3. Ashifa
4.Alexandra

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

متغیرهای دیگران‌محور مانند حمایت اجتماعی و فردمحور مانند خودمراقبتی بر ابعاد سه گانهٔ جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت سالمندان پرداخته شده است.

مبانی نظری تحقیق

هر یک از رهیافت‌های نظری گوناگون، فاکتورهای اجتماعی–اقتصادی متعددی مانند سن، جنس، طبقهٔ اجتماعی، رفتارهای فردی خودمراقبتی، تعیین‌کننده‌های محیطی، تغذیه و.... را به عنوان عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت عمومی معرفی می‌کنند. معیارهای مختلفی برای دسته‌بندی نظریه‌ها وجود دارد، در اینجا، متناسب با هدف تحقیق، می‌توان با کمکِ معیارِ میزان و سهمِ جایگاه و نقشِ خودِ فرد سالمند یا دیگران در تأمین سلامتی وی، به دو رهیافت خودمراقبتی فردی[1] و دیگران محوری[2] سلامت اشاره کرد. از منظرِ دیدگاه خودمراقبتی فردی، بیشتر به رفتار و کردارهای گذشته و کنونیِ روتین فرد سالمند توجه می‌شود که می‌توانند به صورت ایجابی موجب ارتقای سلامتی وی شوند، مانند ورزش، تغذیه مناسب، چکاپ به موقع؛ یا در مقابل، به صورت سلبی، رفتارها و کردارهایی که، سلامت عمومی فرد سالمند را با خطر مواجه نمایند مانند مصرف مواد مخدر، مصرف چربی زیاد و.... در مجموع، چنین رفتارهایی به عنوان "رفتارهای فردی سلامت‌محور[3]" شناخته می‌شوند. این رفتارها، شامل فعالیت‌های ارتقادهندهٔ سلامت از طریقِ جلوگیری یا کنترل مسائل مربوط به سلامتی، کاهش دادن ناتوانی‌ها، پایین آوردن هزینه‌های سلامتی و افزایش درکِ بهزیستی[4] سالمندان هستند. کانونِ برنامهٔ مردم سالم[5] ۲۰۱۰ برای سالمندان، افزایش کیفیت و سال‌های زندگی از طریق تغییر رفتارهای پرخطر به رفتارهای سالم به منظورِ تقلیلِ نابرابری‌های سلامتی است. از این منظر، ارتقای سلامت شامل رفتارهای خاص برای تسهیل سلامتی و بهزیستی یک فرد به صورت روزانه است. نظریهٔ خودمراقبتی پیشنهاد می‌کند که افراد مستقل و مسؤولِ خودمراقبتی‌شان هستند و به یک عادت نظام‌مند و آگاهانهٔ فعالیت‌هایی اشاره دارد که افراد از طرفِ خودشان برای تداوم زندگی، ارتقای سلامت و افزایش بهزیستی‌شان آغاز، اجرا و تنظیم می‌کنند. فعالیت‌های خاص ارتقادهندهٔ سلامتی مثل ورزش منظم، اجتناب از سیگار کشیدن، تعدیل مصرف الکل، خوابیدن ۷ تا ۸ ساعت در شب، حفظ وزن بدنی مطلوب، مراعات کردارهای ایمن، پی‌گیری بررسی‌های پزشکی و دندانپزشکی سالیانه، آزمایش‌های ماهیانه

[1] . Individual self- care
[2] . other- oriented
[3] .individual health- oriented behaviors
[4] .well- being
[5] .Healthy People

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

تشخیص سرطان و تمرین تکنیک‌های مدیریت استرس است(Pender, 1996 cited in Scott and Jacks, 2000)

در برابر رویکرد خود مراقبتی، رویکرد دیگران‌مراقبتی[1] قرار دارد که بیشتر بر نقش دیگران در تأمین سلامت عمومی تمرکز دارد. به‌صورت ناقص و با چشم‌پوشی از مقداری تفاوت مضمونی، می‌توان این رویکرد را "رویکرد اجتماعی-محیطی[2] " نامید که بیش‌تر بر تأثیر شرایط اجتماعی و محیطی، نهادهای رسمی مانند دولت[3] و سازمان‌های غیررسمی مربوطه مانند سازمان-های مرتبط با بهداشت و تندرستی و شرایط اجتماعی و اقتصادی بر سلامت و تندرستی تاکید دارند (مسعودنیا، ۱۳۹۶: ۹۸). بعلاوه، مطالعات و شواهد اپیدمیولوژیک فراوانی در خصوص رابطهٔ حمایت اجتماعی و برآیندهای سلامتی وجود دارد. بدین ترتیب که اشخاصی با سطوح بالای حمایت اجتماعی، در مقایسه با آنانی که از سطوح پایین‌تری از حمایت برخوردارند، نرخ-های مرگ و میر پایین‌تر، بیماری‌های قلبی کمتر و استفاده کمتری از مراقبت‌های سلامتی دارند (رومانو و همکاران[4]، ۱۹۹۱). حمایت اجتماعی، به‌طور گسترده، به‌عنوان وجود یا در دسترس-بودگی مردمی تعریف می‌شود که شخص می‌تواند به آنها اتکا کند؛ مردمی این امکان را فراهم می‌کنند که شخص بداند که او تحت مراقبت است، از سوی آنها ارزشمند دانسته می‌شود و مورد عشق و محبت آنان است. در مقابل، فقدان حمایت اجتماعی به طور معنی‌داری با ناخوشی ، افزایش مرگ و میر با بالا رفتن تمایل به خودکشی همبسته است. به‌علاوه، فقدان حمایت اجتماعی ممکن است بیشتر بیانگر آسیب‌پذیری و وابستگی باشد، که ممکن است بیانگر شرایطی باشد که به شدت به مخاطرهٔ افزایشی سوءرفتار با سالمندان کمک می‌کند (دونگ و سیمون[5]، ۲۰۰۸).

هر چند بر اساس شواهد علمی، حمایت اجتماعی دیگران، تأثیر مستقیمی بر سلامت افراد دارد؛ اما شفاف‌سازی و تصریح این "دیگران" برای اهداف علمی و سیاست‌گذاری، ضروری است. به زبان ساده باید پرسید کدام دیگران؟ زیرا حداقل، دامنهٔ دیگران از افراد نزدیک خانواده تا سازمان‌های دولتی و سازمان‌های مردم نهاد در عرصهٔ جهانی را شامل می‌شود. به‌علاوه، تصریح مکانیسمِ اثرگذاری حمایت اجتماعی بر سلامت هم مهم و حیاتی است. زیرا اثر حمایت اجتماعی

---

1. others, provision approach
2 .Socio- environmental approaches

[3] نقش سازمان‌های دولتی می‌تواند به‌صورت تأمین و ارائهٔ خدمات بهداشتی به‌صورت مستقیم و کنترل رفتارها و محیط اجتماعی پرمخاطره، برای سلامت عمومی به صورت غیر مستقیم باشد.

4 .Romano et al
5 . Dong and Simon

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

می‌تواند به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. درخصوص افراد یا کارگزارانِ تأمین‌کنندهٔ حمایت حداقل، به‌صورت کلی، می‌توان دو دسته حمایت‌های غیررسمی شامل افراد خانواده، خویشاوندان نزدیک، آشنایان و همکاران و حمایت رسمی نهادهای دولتیِ متولی و مسؤول مانند بهزیستی و کمیته امداد را از هم، تفکیک و بررسی نمود. درخصوص مکانیسمِ نحوهٔ تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت، نیز اندیشمندان دو نوع اثرِ مستقیم و غیرمستقیم را از هم تفکیک نموده‌اند. به‌صورت مستقیم، حمایت اجتماعی ممکن است اثرات سودمند را تاحدی از طریق پروراندن تغییراتی در رفتارهای مرتبط با سلامت، مانند سیگار کشیدن، وارد نماید. به‌صورت غیر مستقیم، مدافعان فرضیهٔ ضربه‌گیر[1]استدلال می‌کنند که حمایت اجتماعی با تعدیل کردنِ اثر زیان‌بخشِ حوادث استرس‌زا و عمل کردن به مثابهٔ "مساعدت مدیریت[2] " بر سلامت اثر می‌گذارد (رومانو و همکاران[3]، ۱۹۹۱). البته مدل اثر مستقیم و مدل ضربه‌گیر استرس به‌صورت متقابل، انحصاری نیستند؛ یک مدل ضربه‌گیر تغییر یافته می‌تواند شامل اثرات مستقیم و ضربه‌گیر باشند(Comijs et al, 1999). در این تحقیق، بیشتر اثرات مستقیم حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی مورد توجه و ارزیابی قرار گرفته‌اند.

علاوه بر کارگزار حمایت اجتماعی، مصادیق حمایت اجتماعی، در زمینه‌ها و زمانه‌های مختلف متنوع و متفاوت است. دانگ و سیمون (۲۰۰۸) سنجه‌های حمایت اجتماعی را شامل ۷ مورد زیر می‌دانند: ۱) آیا کسی در دسترس شما قرار دارد که هنگامی‌که نیاز به صحبت کردن دارید بتوانید روی آن حساب باز کند؟ ۲) آیا کسی را دارید که در خصوص یک مسأله، راهنمایی خوبی به شما عرضه کند؟ ۳) آیا کسی را دارید که بتواند به شما عشق و احساس بورزد؟ ٤) آیا کسی را دارید که بتواند در امور روزمره و خانگی به شما کمک کند؟ ٥) آیا کسی را دارید که بتوانید روی حمایت عاطفی او حساب کنید؟ ٦) آیا شما به اندازهٔ کافی با کسی که احساس نزدیکی می کنید، کسی که به آن اعتماد و اطمینان دارید، به اندازهٔ دلخواه‌تان تماس دارید؟ ۷) آیا شما به تازگی با یک همدم[4] زندگی کرده‌اید؟ (دونگ و سیمون[5]، ۲۰۰۸) در جاهای دیگر، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل ازعلی پور، ۱۳۸۵: ۱۳٤).

---

1. buffering
2. coping assistance
3. Romano et al
4. partner
5. Dong and Simon

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

در کل، حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی که به‌عنوان سرمایهٔ اجتماعی ساختاری هم مشهور هستند، ... به هنجارها، شبکه‌ها و روابطی اشاره دارد که تسهیل‌کنندهٔ کنش‌ها در اجتماع هستند و می‌توانند به مثابهٔ سرمایهٔ اجتماعی ساختاری و شناختی طبقه‌بندی شوند. سرمایهٔ اجتماعی ساختاری، بازتاب‌دهندهٔ ماهیت عینی رفتار اجتماعی، مانند حمایت اجتماعی است. سرمایهٔ اجتماعی شناختی، بیانگر ارزیابیِ ذهنی از روابط اجتماعی یک فرد است که درگیری اجتماعی[1] در اجتماع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (koga et al, 2019). البته، به جز معیارهای عینی و ذهنی سرمایهٔ اجتماعی، چنین سرمایه‌ای را می‌توان در سه سطح خرد، میانه و کلان و در ابعاد متعدد و چندگانهٔ عاطفی، مالی، ابزاری و... تحلیل و ارزیابی نمود.

در سطح خرد، سرمایهٔ اجتماعی، به روابط فردی و شبکه‌های ارتباطی بین افراد و هنجارها و ارزشهای غیررسمی حاکم بر آنها اشاره دارد. در این سطح، شدت و کیفیت روابط و تعاملات بین افراد و گروهها، احساس تعهد و اعتماد دوجانبه به هنجارها و ارزشهای مشترک، در کانون توجه است. وضعیتی که پاتنام[2] به‌عنوان "مجموعه ارتباطات افقی بین افراد و شبکه اشتغالات مدنی" از آن یاد می‌کند. در سطح میانی، نظریه‌پردازانی چون کلمن[3] سرمایهٔ اجتماعی را بیانگر دو شاخصِ نوعی جنبه‌هایی از ساخت اجتماعی و کنشهای خاص کنشگران حقیقی یا حقوقی در درون ساختار اجتماعی می‌دانند. در این سطح، علاوه بر ارتباطات افقی، ارتباطات عمودی هم مد نظر قرار می‌گیرد. در نهایت، در سطح کلان، اندیشمندانی چون نورث[4]، سرمایهٔ اجتماعی را شامل روابط قراردادی و روابط ساختاری نهادهای کلان، اعم از دولت، حکومت سیاسی و نظامهای حقوقی و قضایی و روابط و ساختارهای رسمی مانند قوانین و مقررات و چهارچوب‌های حقوقی، حکومت سیاسی، سطح مشارکت و ... می‌داند (بهزاد، ۱۳۸۱: ۴۳-۴۵).

با این شرح مختصر و با ملاحظهٔ هر دو رهیافت خودمراقبتی و اجتماعی-محیطی و حمایت اجتماعی به‌طور خاص، جایگاه سالمندان در چرخهٔ زندگی خانوادگی و مهم‌تر از همه با توجه به بافت نسبتاً سنتی حاکم بر جامعهٔ مورد بررسی و کمبود امکانات ساختاری-مراقبتی مرتبط با سالمندان، در این مقاله به رابطهٔ دو سازهٔ فعالیت‌های سلبی و ایجابیِ خودمراقبتی و حمایت اجتماعیِ متصور از شبکهٔ خانواده و خویشاوندی و دریافت حمایت از نهادهای رسمی با احساس

1 .Social engagement
2.Putnam
3.Coleman
4.North

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

سلامت عمومی سالمندان پرداخته خواهد شد. بنابراین فرضیه‌های اساسی تحقیق عبارتند از این که:

- بین میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و میزان احساس سلامت عمومی آنان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد.
- بین میزان برخورداری سالمندان از حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی و میزان احساس سلامت عمومی آنان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر کمی و پیمایشی، از نوع پژوهش‌های مقطعی بوده است. جامعهٔ آماری مورد مطالعه، سالمندان ٦٥ سال به بالای ساکن شهر یاسوج بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد آن‌ها ۲۹۵۱ نفر بوده است (درگاه ملی آمار، ۱۳۹۵). تعداد نمونهٔ مورد بررسی از طریق جدول تعیین حجم نمونه مورگان، با سطح اطمینان۹۵ درصد و خطای نمونه‌گیری ۵ درصد، ۳٤۰ نفر تعیین شد. روش مورد استفاده، برای دستیابی به پاسخگویان، روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی متناسب با حجم بوده است. بدین ترتیب که شهر یاسوج بر اساس شاخص‌های اقتصادی- اجتماعی در دو منطقهٔ کلی در نظر گرفته شد، سپس در هر منطقه، بلوک‌هایی به صورت تصادفی و بر اساس منطق زوج و فرد بودن کوچه، به‌عنوان ناحیهٔ پرسشگری انتخاب شدند. در هر ناحیه نیز، زنان و مردان بالای ٦٥ سال به‌صورت نسبتاً مساوی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. البته از آنجا که بیشتر افراد نمونه، بیسواد بودند، سؤالات پرسشنامه برای آنان به گویش محلی لُری خوانده شد و پاسخ‌های آنها وارد پاسخ‌های از قبل تنظیم‌شدهٔ پرسشنامه شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، با نادیده گرفتن و حذف پرسشنامه‌های مخدوش، آماره‌های مربوط به۲۵۹ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اعتبار[1] پژوهش به شیوهٔ اعتبار سازه، همچنین اعتبار صوری ارزیابی شد. بدین ترتیب که ابتدا با مراجعه به مطالعات نظری و تجربی پیشین، گویه‌های مربوطه استخراج و متناسب با سطح سنی و ویژگی فرهنگی-اجتماعی پاسخگویان، تنظیم شد و در مرحلهٔ نهایی پس از تأئید نظر و اعمال پیشنهادات اساتید راهنما و مشاور، پرسشنامهٔ نهایی آماده شد. برای محاسبهٔ پایایی ابزار سنجش، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب مربوط به همبستگی درونی گویه‌ها در جدول شمارهٔ ۱ آمده است. ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های همهٔ متغیرهادر سطح قابل‌قبولی بوده است. متغیرهای مستقل و وابستهٔ پژوهش

1 .Validity
2.cockerham

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

به ترتیب، رفتارهای خودمراقبتی، روابط و حمایت اجتماعی و سلامت عمومی خودگزارشی پاسخگویان بوده‌اند که در زیر به شرح آنها پرداخته می‌شود.

رفتارهای سلامت‌محور: رفتارهای سلامت‌محور، بیانگر نوعی سبک زندگی است که در رفتارهای روزانه نمود می‌یابد. جوهرهٔ تعریف رفتارهای سلامت محور، انسجام در پایبندی به مجموعه‌ای از رفتارهای مربوط به بهداشت سلامتی و پرهیز از بعضی رفتارهای دیگر است. در حیطهٔ پزشکی، استفاده از موادی نظیر الکل، سیگار یا انواع خاصی از غذاهای تهدیدکنندهٔ سلامتی محسوب می‌شوند. در مقابل، انجام مستمر فعالیت‌های ورزشی و بهره‌گیری از خدمات پزشکی از شاخص‌های مهم سبک زندگی سالم به شمار می‌روند. کاکرهام[1] تصمیم‌گیری درباره مصرف غذا، ورزش کردن، مراعات بهداشت فردی، مقابله با استرس، استفاده از سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، مسواک زدن و انجام معاینه‌های دوره‌ای پزشکی را از شاخص‌های رفتارهای سلامت‌محور می‌داند (زارع و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۳۰). پرسشنامهٔ سبک زندگی شخصی[2] (PLQ) فراوانی را می‌سنجد که افراد در فعالیت‌های ارتقادهندهٔ سلامت مشارکت می‌کنند. این پرسشنامه، یک مقیاس ۲٤ گویه‌ای با طیف لیکرت ٤ نقطه‌ای است که بر اساس نظریهٔ خودمراقبتی اُرم[3] طراحی شده و فعالیت‌های خاصی را شرح می‌دهد که از طریق ٦ خرده‌مقیاس ورزش، تغذیه، استراحت[4]، مصرف مواد و ایمنی، در راستای ارتقا یا حفظ سلامتی هستند (اسکات و جک،۲۰۰۰). بر اساس این مقیاس، در این مقاله، سنجش رفتارهای سلامت‌محور پاسخگویان بر اساس میزان رعایت و پایبندی آنان به ۱۳ گونه فعالیتِ از نظر معیار سلامتی مفید یا مضر، به‌صورت خودگزارشی ارزیابی شد. برای مثال میزان کشیدن سیگار، قلیان، چربی، خوردن سبزیجات، ورزش و استراحت.

رابطهٔ اجتماعی: رابطهٔ اجتماعی، سلسله حرکات بارزی است که انسان برای دستیابی به هدفی نسبتاً انسانی دیگر انجام می‌دهد. افراد به برقراری رابطهٔ اجتماعی نیاز ذاتی دارند و به همین دلیل موقعیت‌هایی فراهم می‌آورند تا بتوانند رابطهٔ اجتماعی را تجربه کنند. رابطهٔ اجتماعی با اهداف مختلف صورت می‌گیرد؛ یا عاطفی است که شامل دوستی، خویشاوندی و وروابط همسایگی است؛ یا عقلانی است که در جست‌وجوی به حداکثر رساندن شانس افراد در رسیدن به هدف است؛ یا بر مبنای ارزش است که هدفی را بدون توجه به اهداف ممکن و هزینهٔ آن دنبال

[2]The Personal Lifestyle Questionnaire
[3] .Orem
[4]. relaxation

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

می‌کند؛ یا سنتی است که بر مبنای سنت‌ها و اعتقادات شکل می‌گیرد و علت دوام و استمرار آن وجههٔ سنتی و اعتقادی آن است (طالبی، ۱۳۸۳: ۱۶۲). در این تحقیق، روابط اجتماعی افراد بر اساس دو شاخص کمیت و کیفیت روابط اجتماعی ارزیابی شد. کمیت یعنی میزان روابط و مراودات پاسخگو با افراد خانواده، خویشاوندان، همسایگان و دوستانش چقدر است. سنجش میزان روابط از طریق گویه‌ها با پاسخ‌هایی در دامنهٔ گزینه‌های از اصلا تا خیلی زیاد ارزیابی شد. کیفیت رابطهٔ اجتماعی بر اساس متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارزیابی شد که در زیر به آن اشاره می‌شود.

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی می‌تواند در سطوح و انواع متعدد و توسط خویشاوندان نزدیک یا نهادهای ذی‌ربط و داوطلبانه صورت گیرد. حمایت اجتماعی دارای دو بعد عینی و ذهنی است. در این تحقیق بیشتر بعد ذهنی حمایت، مورد توجه بوده است که به مثابهٔ نوعی سرمایهٔ اجتماعی شناختی، بیانگر ارزیابی ذهنی از روابط اجتماعی یک فرد است که درگیری اجتماعی وی در اجتماع را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Coga et al, 2019). در کل، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (سارافینو، به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۵: ۱۳٤). حمایت اجتماعی باعث می‌شود افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران هستند و این‌که به شبکه‌ای با تعهدات دوسویه تعلق دارند (کوب[1]، ۱۹۷٦). ارزیابی حمایت اجتماعی در این تحقیق به‌صورت ارزیابی سالمندان از میزان حمایتِ ادراک شدهٔ خود از سوی خویشاوندان نزدیک و دور و میزان کمک دریافت‌شده از سازمان‌های مرتبط مانند کمیتهٔ امداد و بهزیستی ارزیابی شد که به اختصار در تحلیل‌های آماری به‌عنوان دو گونهٔ حمایت غیررسمی و حمایت رسمی نام‌گذاری و تحلیل شده‌اند.

سلامت عمومی: اساسنامهٔ سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی را عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد می‌داند؛ سه جنبه‌ای که که خودشان با یکدیگر تأثیر متقابل و پویا دارند (گزارش سازمان بهداشت جهانی[2]،۲۰۰۱). متأثر از تعریف سازمان بهداشت جهانی، در این تحقیق، سلامت عمومی در سه بعد مجزای سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی و مجموع این سه بعد ذیل عنوانِ سلامت عمومی کلی سنجش، ارزیابی و تحلیل شده است.

بعد جسمانی، طبق تعریف وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا، سلامت جسمی، سلامت در کارکردهای بدن و حالت بهینهٔ عملکرد هر یاخته یا اندام بدن، در هماهنگی کامل با

[1]. Cobb
[2] . World Health organization Report

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

بقیهٔ اعضا است (کییز[1] و لی[2] و شاپیرو[3]، ۲۰۰۴). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی، عبارت است از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و غیره (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۱ به نقل از حدادی کوهار و همکاران، ۷۲: ۱۳۸۵) در این تحقیق سلامت روانی، به معنای احساس آرامش، خوش‌بینی و نداشتن اضطراب تعریف شده است. سلامت اجتماعی، نیز به تصوری که افراد دربارهٔ خودشان، تعاملات و ارتباطات اجتماعی‌شان، سودمندی، نقش اجتماعی و سودمند بودن در اجتماع دارند (لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰)تعریف شده است. در این تحقیق، سلامت اجتماعی بر اساس میزان ادراک سالمندان نسبت به رعایت احترام‌شان در جامعه و تصورشان از احترام یا بی‌حرمتی آنان در محیط پیرامونی ارزیابی شده است. سلامت عمومی هم شامل تجمیع نمرات مربوط به گویه‌هایِ هر سه بعد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی پاسخگویان بوده است.

جدول شمارهٔ یک- متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق به همراه ابعاد، تعداد و ضرایب آلفای کرونباخ

متغیر مستقل و وابسته تحقیق		ابعاد	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ
رفتارهای خود مراقبتی		تغذیه مناسب	٤	/٧٤
		سرزندگی بدنی	٣	/٦١
		دارو درمانی خودسرانه	٣	/٥٥
حمایت اجتماعی	کیفیت	حمایت غیررسمی (خویشاوندان)	٤	/٧١
		دریافت حمایت رسمی	٣	/٥١
	کمّیت	میزان رابطهٔ اجتماعی با اطرافیان	٦	/٧٣
سلامت عمومی		سلامت روانی	٩	/٧٥
		سلامت اجتماعی	٤	/٦٧
		سلامت جسمانی	٢	/٥٠
		سلامت کلی	١٥	/٨١

ویژگی‌های پاسخگویان تحقیق

بر اساس داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها، از کل ۲۵۹ نفر پاسخگو، ٥٤/٨ درصد مرد و ٤٥/٢ درصد زن بوده‌اند. از نظر تحصیلی، بیشترین درصد از افراد (٦٥/٦ درصد) بی‌سواد بوده‌اند.

[1] .Keyes
[2]. Lee
[3] . Shapiro

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

۲٤/۷ درصد از آنان مدرک ابتدایی تا سیکل، ۵/٤ درصد دیپلم و ٤/۲ کاردانی به بالاتر داشته‌اند. از نظر وضعیت اشتغال، بیشترین تعداد (۱۰۹ نفر) و درصد از افراد (٤۲/۸ درصد) حقوق‌بگیر سازمان‌های حمایتی بوده‌اند. در مرتبهٔ دوم، زنان خانه‌دار با ۱۹/۷ درصد،و در رتبهٔ سوم بازنشستگان با ۱٦/٦ درصد قرار داشته‌اند. ۱۲/۷ درصد از دیگر پاسخگویانِ سالمند بیکار و از کار افتاده و ۸/۱ درصد شاغل بوده‌اند[۱]. از نظر وضع تأهل، ۷٤/۹ درصد از پاسخگویان متأهل، ۲٤ درصد بیوه و ۰۸/. درصد مطلقه بوده‌اند.

از نظر وضعیت سلامت پاسخگویان، تحلیل توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد نمرهٔ میانگین سلامت پاسخگویان در تمام ابعاد سلامت، بالاتر از مقدار میانگین مربوط به هر یک از ابعاد است. در خصوص نحوهٔ توزیع پاسخگویان بر اساس میزان سلامت آنان، می‌توان گفت ۲۲/٤ درصد از پاسخگویان از سلامت جسمانی پایین، ۱۳/۵ درصد از سلامت روانی پایین، ۱٤/۷ درصد از سلامت اجتماعی پایین و ۱٤/۷ درصد از سلامت عمومی پایین برخوردار بوده‌اند. با مقایسهٔ درصدهای مربوط به مقوله‌های سطوح پایین، متوسط و بالا می‌توان گفت بیشترین درصد پایین مربوط به بعد جسمانی سلامت است که نشان می‌دهد درصد بیشتری از پاسخگویان در این بعد، در مقایسه با سایر ابعاد، احساس می‌کنند از سلامت کمتری برخوردارند.

جدول شمارهٔ دو- توزیع درصدی پاسخگویان به تفکیک وضعیت سلامت در ابعاد چهارگانه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و عمومی

متغیرها		مقدار میانگین	خطای استاندارد	پایین	متوسط	بالا
ابعاد سلامت	جسمانی	.٦/۰۲	۱/۷٤	۲۲/٤	۵۸/۳	۱۸/۹
	روانی	۲۷/۹۳	۵/۲۵	۱۳/۵	۷۰/۷	۱۵/۸
	اجتماعی	۱٤/٤۹	۲/۷۱	۱٤/۷۰	٦۹/۵	۱۵/٤
	عمومی	٤۸/٤۲	۷/۹۷	۱٤/۷	٦۷/٦	۱۷
تعداد نمونه= ۲۵۹ نفر						

[۱]. ۲ نفر (۰۸/. درصد) شغل خود را بیان نکرده بودند.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

آمارهای استنباطی

اولین آزمون آماری به مقایسهٔ جنسیتی سلامت زنان و مردان پاسخگو در ابعاد چهارگانهٔ سلامت مربوط است. بر اساس مقادیر میانگین مربوطه و با توجه به سطح معناداری می‌توان گفت ادراک زنان و مردان از سلامت‌شان در هیچ یک از ابعاد چهارگانه، تفاوت معناداری ندارد، هر چند بیشترین تفاوت جنسیتی مربوط به بعد اجتماعی سلامت است که سلامت اجتماعی ادراک شدهٔ مردان بالاتر از سلامت اجتماعی زنان بوده است.

جدول شمارهٔ سه- مقایسهٔ جنسیتی وضعیت سلامت زنان و مردان در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و کلی بر اساس آزمون t مستقل

ابعاد سلامت	جنس	فراوانی	میانگین نمره	خطای استاندارد	مقدار t	سطح معنی داری
جسمانی	مردان	۱٤۲	٦/۰۷	۱/۸۹	/٤۹	/٦۲
	زنان	۱۱٦	٥/۹٥	۱/٥٤		
روانی	مردان	۱٤۲	۲۷/٤٥	٤/۹۹	-۱/٥۸	/۱۱
	زنان	۱۱۷	۲۸/٤۹	٥/٥۲		
اجتماعی	مردان	۱٤۲	۱٤/۷٥	۲/٥٤	۱/٦۷	/۰۹
	زنان	۱۱٦	۱٤/۱۷	۲/۸۸		
عمومی	مردان	۱٤۲	٤۸/۳۱	۷/۸٥	-/۲٥	/۸۰
	زنان	۱۱٦	٤۸/٥٦	۸/۱٥		

آماره‌های جدول ٤ نتایج آزمون همبستگی متغیرهای مستقل با سطح سنجش فاصله‌ای تحقیق و ابعاد چهارگانهٔ سلامت است. بر اساس مقادیر و جهات همبستگی متغیرها، می‌توان گفت رابطهٔ سن با سلامت جسمانی، مثبت و معنادار و با ابعاد سلامت اجتماعی و کلی سلامت، منفی و معنادار بوده است. متغیر رفتار مراقبتی، بالاترین مقدار همبستگی مثبت را با سلامت اجتماعی داشته است (/٤۹). همبستگی این متغیر با همهٔ دیگر ابعاد سلامت نیز مثبت و معنادار بوده است؛ اما همبستگی آن با میزان رابطهٔ اجتماعی و برخورداری از حمایت رسمی، منفی و معنادار بوده است. نکتهٔ مهم و قابل توجه این است که همبستگی متغیر حمایت رسمی با همهٔ ابعاد سلامت و حمایت غیر رسمی، منفی و معنادار بوده؛ اما همبستگی آن با متغیر میزان رابطه با خویشاوندان مثبت و معنادار بوده است. همبستگی متغیر حمایت غیر رسمی با همهٔ ابعاد سلامت مثبت و معنی‌دار بوده است. دیگر نکتهٔ مهم و قابل تأمل، همبستگی منفیِ و معنی‌دارِ (/۱۳-) میزان رابطه

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

با خویشاوندان با احساس سلامت اجتماعی است. در بین متغیرهای مستقل تحقیق، سلامت جسمانی بالاترین همبستگی را با رفتار مراقبتی؛ سلامت روان،ی بالاترین همبستگی را با حمایت غیررسمی و سلامت اجتماعی و سلامت عمومی، بالاترین همبستگی را با حمایت غیر رسمی داشته‌اند. از نظر میزان همبستگی خودِ ابعاد سلامتی با یکدیگر می‌توان گفت سلامت جسمانی، بالاترین همبستگی مثبت و معنادار را با سلامت روانی (۵۳/.)؛ سلامت اجتماعی، بالاترین همبستگی را با سلامت روانی (۴۳/.) و سلامت عمومی، بالاترین همبستگی را با بعد سلامت روانی (۹۲/.) داشته است.

جدول شمارهٔ چهار- نتیجهٔ آزمون همبستگی متغیرهای مستقل با ابعاد چهارگانه متغیر سلامت

	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹
سن	۱	-/۱٤*	/۱۳*	-/۱۰	/۰۲	/۱٦*	-/۰٥	-/۱۰	-/۱۰
رفتار		۱	-/۲۳**	/٥۷**	-/۲۷**	/۳۳**	/۳٥**	/٤۹**	/٤۷**
حمایت رسمی			۱	-/٤۰**	/۱۷**	-/۲۳**	-/۳۲**	-/۳٥**	-/۳۸**
حمایت غیررسمی				۱	-/۲٥**	/۲۹**	/۳۸**	/٦۳**	/٥۲**
میزان رابطه					۱	-/۰۳	-/۰۳	-/۱۳**	-/۰۷
سلامت						۱	/٥۳**	/۳۷**	/٦۹**
سلامت روانی							۱	/٤۳**	/۹۲**
سلامت اجتماعی								۱	/۷۱**
سلامت کلی									۱

**در سطح ۹۹ درصد و بالاتر معنی‌دار است. *در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است.

برای برآورد تأثیر همزمان و مستقلِ متغیرهای مستقل بر ابعاد چهارگانهٔ سلامت و تعیین تأثیرگذارترین متغیرها، از آزمون رگرسیون چندگانه به شیوهٔ گام‌به‌گام استفاده شد. در ضمن برای انجام آزمون رگرسیون چندگانه، علاوه بر متغیرهای سن، رفتار مراقبتی، حمایت اجتماعی رسمی، حمایت غیر رسمی و میزان رابطه با خویشاوندان، همهٔ متغیرهای اسمی و ترتیبی تحقیق مانند

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

جنس، اشتغال و تحصیلات، بعد از تصنعی کردن[1] آنها وارد معادلهٔ رگرسیون شدند (جداول ۵ و ٦). نتایج آزمون‌ها در دو جدول مجزا، ابعاد سلامت جسمانی و روانی (جدول ۵) و ابعاد اجتماعی و عمومی سلامت (جدول ٦) آورده شده‌اند. بر اساس داده‌های جدول ۵، از مجموع متغیرهای وارد شده به معادلهٔ رگرسیون احساس سلامت جسمانی، تنها دو متغیر رفتار مراقبتی و حمایت رسمی به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار معنادار در معادله باقی مانده‌اند. بر اساس ضرایب مربوطه می-توان گفت، تأثیرگذارترین متغیر بر سلامت جسمانی افراد رفتار مراقبتی بوده است که توانسته ۱۰ درصد از واریانس سلامت جسمانی افراد را تبیین نماید. تأثیر متغیر حمایت رسمی بر سلامت جسمانی افراد منفی بوده است. در مجموع، دو متغیر با هم توانسته‌اند ۱۲ درصد از واریانس سلامت جسمانی ادراک‌شدهٔ پاسخگویان را تبیین کنند.

در خصوص بعد سلامت روانی و متغیرهای تأثیرگذار بر آن می‌توان گفت متغیرهای حمایت غیر رسمی، حمایت رسمی، رفتار مراقبتی، زنان و میزان رابطه با خویشاوندان، به‌عنوان متغیرهای تأثیرگذار معنادار باقی مانده در مدل، با هم توانسته‌اند ۲۱ درصد از واریانس این بعد از سلامت را تبیین کنند. بر اساس ضرایب بتای[2] متغیرهای مختلف می‌توان گفت متغیر حمایت رسمی با بتای ۲۳/.- تأثیرگذارترین متغیر در معادله بوده است و متغیرهای حمایت غیررسمی و رفتار مراقبتی، به ترتیب، متغیرهای دوم و سوم تأثیرگذار بوده‌اند. بر اساس مقدار بتای زنان می‌توان گفت زنان تقریبا ۱ و نیم برابر (۱/٤۰) مردان از نظر روانی احساس سلامت می‌کنند.

جدول شمارهٔ پنج - نتایج ضرایب آزمون رگرسیون چندمتغیره به شیوهٔ گام به گام برای ابعاد سلامت جسمانی و روانی

ابعاد سلامت	متغیرهای مستقل	ضریب b	ضریب بتا[1]	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تبیین استاندارد	مقدار تی[2]	سطح معنی داری
جسمانی	رفتار مراقبتی	۰٦/.	۲۸/.	۳۲/.	۱۰/.	٤/٦٦	۰۰۰/.
	حمایت رسمی	-۱۱/.	-۱۷/.	۳٦/.	۱۲/.	۲/۸۱	۰۰۵/.
ضریب ثابت= ۲/۷۲ مقدار اف[3]= ۱۸/۷۰ سطح معنی داری ۰۰۰/.							

[1] .dummy
[2].Beta Coefficient

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

روانی	حمایت غیر رسمی	./۳۱	./۲۰	./۳٦	./۱۳	۲/۸۰	./۰۰٦
	حمایت رسمی	-./٤٤	-./۲۳	./٤۱	./۱٦	-۳/۷۰	./۰۰۰
	رفتار مراقبتی	./۱٤	./۲۰	./٤٥	./۱۹	۲/۹٤	./۰۰٤
	زنان	۱/٤۰	./۱۳	./٤٦	./۲۰	۲/۳٥	./۰۱
	میزان رابطه	./۱۰	./۱۲	./٤۷	./۲۱	۲	./۰٥
ضریب ثابت= ۱٤/۲۱ مقدار اف = ۱٤/٤۳ سطح معنی داری = ۰۰۰/.							

جدول ٦- نتایج ضرایب آزمون رگرسیون چندمتغیره به شیوهٔ گام به گام برای ابعاد سلامت اجتماعی و عمومی پاسخگویان بوده است. بر اساس نتایج آزمون، متغیرهای حمایت غیر رسمی، رفتار مراقبتی، حمایت رسمی و میزان رابطهٔ اجتماعی با خویشاوندان، به‌ترتیب، اثرگذارترین متغیرها بر سلامت اجتماعی پاسخگویان بوده‌اند. تأثیر متغیر حمایت رسمی بر بعد سلامت اجتماعی بیش از ۲ برابر تأثیر متغیر رفتار مراقبتی و بیش از ۳ و ٤ برابر متغیرهای حمایت رسمی و میزان مراوده با خویشاوندان بوده است. اما نکتهٔ جالب توجه این‌که تأثیر حمایت رسمی بر سلامت اجتماعی منفی بوده است. در مجموع، همهٔ متغیرها با هم توانسته‌اند ٤٤ درصد از واریانس سلامت اجتماعی پاسخگویان را تبیین کنند.

آخرین آزمون به ارزیابی تأثیر متغیرهای مستقل بر میزان سلامت عمومی پاسخگویان، مربوط است. نتایج آزمون نشان می‌دهد متغیرهای حمایت غیر رسمی، رفتار خود مراقبتی، حمایت رسمی و میزان مراوده با خویشاوندان، به‌ترتیب، تأثیرگذارترین متغیرهای معنادار بر سلامت عمومی پاسخگویان بوده‌اند. بر اساس جهت تأثیر متغیرها می‌توان گفت با افزایش حمایت غیررسمی، افزایش پایبندی به رفتارهای مراقبتی و میزان مراوده با خویشاوندان، سلامت عمومی ادراک شدهٔ سالمندان افزایش می‌یابد؛ در مقابل، با افزایش میزان کمک هزینه‌ها و دریافت خدمات از نهادهای حمایتی رسمی، سلامت عمومی پاسخگویان کاهش پیدا می‌کند. در مجموع، چند متغیر مذکور معنی‌دار بالا با هم توانسته‌اند ۳٦ درصد از واریانس سلامت عمومی پاسخگویان را تبیین کنند.

[1] .Beta cofficient
[2] .T value
[3] .F value

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

جدول شمارهٔ شش- نتایج ضرایب آزمون رگرسیون چندمتغیره به شیوهٔ گام به گام برای ابعاد سلامت اجتماعی و عمومی

ابعاد سلامت	متغیرهای مستقل	ضریب b	ضریب بتا[1]	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تبیین استاندارد	مقدار تی[2]	سطح معنی داری
اجتماعی	حمایت غیر رسمی	./۳۷	./۴۷	./۶۳	./۳۹	۷/۶۲	./۰۰۰
	رفتار مراقبتی	./۰۸	./۲۲	./۶۵	./۴۱	۳/۷۹	./۰۰۰
	حمایت رسمی	-./۱۳	-./۱۳	./۶۵	./۴۲	-۲/۴۸	./۰۱
	میزان رابطه	./۰۴	./۱۰	./۶۶	./۴۴	۱/۹۸	./۰۵
ضریب ثابت= ۳/۷۸ مقدار اف[3]= ۴۸/۰۵ سطح معنی داری ۰۰۰/.							
عمومی	حمایت غیر رسمی	./۶۸	./۳۰	./۵۲	./۲۶	۴/۶۱	./۰۰۰
	رفتار مراقبتی	./۲۹	./۲۸	./۵۶	./۳۱	۴/۵۸	./۰۰۰
	حمایت رسمی	-./۶۸	-./۲۳	./۵۹	./۳۴	-۴/۱۴	./۰۰۰
	میزان رابطه	./۱۷	./۱۳	./۶۱	./۳۶	۲/۵۴	./۰۱
ضریب ثابت= ۱۹/۷۱ مقدار اف = ۳۶/۰۴ سطح معنی داری = ۰۰۰/.							

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد بر اساس آمار، ارقام و شواهد جمعیت‌شناختی، جمعیت سالمندی جهان، ایران و شهر یاسوج، به‌عنوان شهر مورد مطالعه در این پژوهش، روزبه‌روز افزایش می‌یابد. سالمندی که فراتر از اثرات بیولوژیک، پیامدها واثرات فردی، اجتماعی و جامعه‌ای خاص خود را

[1] .Beta coefficient
[2]. T value
[3]F value

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

دارد. بدون شک، یکی از مهم‌ترین و مشهودترین آثار سالمندی، سلامتی در وجوه چندگانهٔ جسمانی، روانی و اجتماعی آن است. از منظر جامعه‌شناختی، سلامتی، متأثر از ویژگی های فردی، روابط اجتماعی و شرایط اقتصادی–محیطی محل سکونت افراد است. در مجموع، بر اساس معیار میزان توجه به نقش و تأثیر خود فرد یا دیگران در سلامت می‌توان به تمایز دو رهیافت خودمراقبتی و دیگران‌مراقبتی اشاره کرد. این مقاله، با توجه به نقش و اهمیتی که خودِ افراد و دیگران پیرامون‌شان در سلامت سالمندان ایفا می کند، به بررسی رابطهٔ میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی دیگران با سلامت سالمندان شهر یاسوج پرداخت.

بر اساس نتایج تحقیق، میانگین سلامت ادراک‌شدهٔ سالمندان مورد نظر، در هر سه بُعد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی، بالاتر از میانگین مورد انتظار بوده است. در مجموع، ۲۲/٤ درصد از پاسخگویان از سلامت جسمانی پایین، ۱۳/۵ درصد از سلامت روانی پایین، ۱٤/۷ درصد از سلامت اجتماعی پایین و ۱٤/۷ درصد از سلامت عمومی پایین برخوردار بوده‌اند. اگر مبنای قضاوت در خصوص کم‌ترین سلامت ادراک‌شدهٔ پاسخگویان را درصد اختصاص یافته به طبقهٔ پایین در نظر بگیریم، بیشترین درصد پایین، مربوط به بُعد جسمانی سلامت بوده است که نشان می‌دهد درصد بیشتری از پاسخگویان در این بُعد، از سلامت کمتری برخوردارند. شاید این موضوع، به کهولت سنی و یا مرئی، محسوس و مشهود بودن عوارض جسمانی سالمندی مانند ناتوانی فیزیکی، ناتوانی انجام کارها و ... مربوط باشد. بر اساس میزان همبستگی میانِ ابعاد چندگانهٔ سلامتی، ضرایب همبستگی، نشان می‌دهد که ضریب همبستگی سلامت جسمانی با سلامت روانی (۵۳/.)، همبستگی سلامت اجتماعی با سلامت روانی (٤۳/.)؛ و همبستگی سلامت عمومی با سلامت روانی (۹۲/.) بوده است. شاید بتوان گفت سلامت روانی سالمندان، بیشترین تأثیر را در میزان سلامت عمومی پاسخگویان داشته است. در بین متغیرهای مستقل تحقیق، سلامت جسمانی بالاترین همبستگی را با رفتار مراقبتی؛ سلامت روانی بالاترین همبستگی را با حمایت غیررسمی و سلامت اجتماعی و سلامت عمومی، بالاترین همبستگی را با حمایت غیررسمی داشته‌اند. این نتیجه با یافته‌های تحقیق شاهرودی و همکاران (۱٤۰۰) در خصوص رابطهٔ مثبتِ حمایت اجتماعی و سلامت عمومی همخوانی دارد. با این تفاوت که در مطالعهٔ مزبور، رسمی یا غیررسمی بودنِ حمایت اجتماعی مشخص نشده است. این تفکیک، از این نظر اهمیت دارد که بر اساس نتایج این تحقیق، همبستگی متغیر حمایت رسمی با همهٔ ابعاد سلامت و حمایت غیررسمی منفی و معنادار بوده است که نکته‌ای مهم و قابل توجه و تبیین آن مستلزم تحقیق و بررسی بیشتر است. در مقابل، همبستگی متغیر حمایت غیررسمی با همهٔ ابعاد سلامت مثبت و معنیادار بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات خداپرست و همکاران (۱٤۰۰)، کمیس و همکاران

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

(۱۹۹۰) و کوگا و همکاران (۲۰۱۹) همانند است که بر اساس یافته‌های آنان بین سلامت اجتماعی، حمایت و رفتار افراد نزدیک و زندگی با اعضای خانواده و اعتماد با سلامت عمومی و روانشناختی سالمندان، رابطهٔ مثبتی وجود دارد. اما در خصوص رابطهٔ حمایت غیررسمی و سلامت، از نکات مهم و قابل تأمل این تحقیق، همبستگی منفیِ و معنادارِ (۱۳/.-) میزان رابطه با خویشاوندان با احساس سلامت اجتماعی است. بر این اساس می‌توان گفت هر نوع رابطه‌ای نمی‌تواند زمینهٔ افزایش سلامتی ادراک شدهٔ افراد، حداقل در همهٔ ابعاد آن، را فراهم نماید. چه بسا بسیاری از روابط اجتماعی در سالمندان، این احساس را ایجاد کند که دیگرانی که با آنها رابطه دارند، آن میزان از روابط گرم و عاطفی را که با دیگر افراد برای مثال جوانان، همسالان و ... برقرار می‌کنند، از آنها دریغ می‌کنند و این خود به شکل‌گیری نوعی "احساس محرومیت نسبی" در روابط اجتماعی گرم و نهایتاً کاهش احساس سلامت اجتماعی آنان شود.

در خصوص متغیرهای مستقلِ تأثیر گذار بر ابعاد سلامت، نتایج رگرسیون نشان می‌دهد متغیر رفتار مراقبتی، بالاترین مقدار همبستگی مثبت را با سلامت اجتماعی داشته است (۴۹/.). همبستگی این متغیر با همهٔ دیگر ابعاد سلامت نیز مثبت و معنادار بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات احمدی و همکاران (۱۳۹۶) و بهاندری و پاسوان (۲۰۲۱) همانند است که بر اساس آنها نیز بین فعالیت‌های بدنی منظم و رفتارهای سبک زندگی با سلامت سالمندان، رابطهٔ مثبتی وجود دارد. اما متفاوت از تحقیقات پیشین، همبستگی رفتار خودمراقبتی با دو متغیرِ میزان رابطهٔ اجتماعی و برخورداری از حمایت رسمی، منفی و معنادار بوده که تبیین آن مستلزم تحقیق و تدقیق بیشتر است. در اینجا به نظر می‌رسد تأثیر مثبتِ رفتارهای خود مراقبتی در راستای افزایش کمّی روابط با خویشاوندان یا دریافتِ بیشتر خدمات رسمی دولتی نیست. به عبارتی دیگر، به نظر می‌رسد افراد خودمراقب، در جهت‌گیری‌شان، مستقل از خویشاوندان و اتکای به خدمات نهادهای دولتی عمل می‌کنند.

در خصوص متغیرهای تبیین کنندهٔ ابعاد سلامتِ سالمندان، می‌توان گفت میزان و الگویِ تأثیرِ متغیرهای مستقل بر همهٔ ابعاد سلامت سالمندان یکسان نیست. در بعد سلامت جسمانی، از تمام متغیرهای معادله، تنها دو متغیر رفتار مراقبتی و حمایت رسمی، تأثیرگذارترین متغیرهای معنادار بوده‌اند. تأثیرگذارترین متغیر بر سلامت جسمانی افراد، رفتار مراقبتی بوده و تأثیر متغیر حمایت رسمی بر سلامت جسمانی افراد، منفی بوده است. در بعد سلامت روانی، تأثیرگذراترین متغیرها، به ترتیب، حمایت غیر رسمی، حمایت رسمی، رفتار مراقبتی، زنان و میزان رابطه با خویشاوندان بوده‌اند که با هم توانسته‌اند ۲۱ درصد از واریانس این بُعد از سلامت را تبیین کنند. تأثیر حمایت رسمی، به‌عنوان تأثیرگذارترین متغیر، بر این بُعد از سلامت سالمندان، منفی بوده

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

است (بتای ۲۳/.-). این یافته می‌تواند بیانگر اهمیت تفکیک کارگزارانِ حمایت اجتماعی در سطوح سه گانهٔ خرد، میانه و کلان باشد که الزاماً نمی‌توانند اثرات همانندی بر سلامت روانی افراد داشته باشند. بر این اساس می‌توان گفت تأمین نهاده‌های دولتی و دریافت خدمات نهادهای رسمی و حکومتی در هر شرایط و زمینه‌ای، موجب افزایش سلامت روانی سالمندان نمی‌شود. نکتهٔ مهم دیگر در بُعد سلامت روانی این است که بر اساس مقدار بتای مربوطه، احساس سلامت روانی زنان تقریبا ۱ و نیم برابر(۱/٤۰) مردان است.

در بعد سلامت اجتماعی، متغیرهای حمایت غیر رسمی، رفتار مراقبتی، حمایت رسمی و میزان رابطهٔ اجتماعی با خویشاوندان، به‌ترتیب، اثرگذارترین متغیرها بر سلامت اجتماعی پاسخگویان بوده‌اند. نکتهٔ جالب توجه این‌که با وجودی که تأثیر متغیر حمایت رسمی بر بعد سلامت اجتماعی، بیش از ۲ برابر تأثیر متغیر رفتار مراقبتی و بیش از ۳ و ٤ برابر متغیرهای حمایت رسمی و میزان مراوده با خویشاوندان بوده؛ تأثیر این متغیر، بر سلامت اجتماعی منفی بوده است. در مجموع، همهٔ متغیرها با هم توانسته‌اند ٤٤ درصد از واریانس این بۀعد از سلامت پاسخگویان را تبیین کنند. در خصوص سلامت عمومی پاسخگویان، بر اساس نتایج آزمون رگرسیون، متغیرهای حمایت غیر رسمی، رفتار خودمراقبتی، حمایت رسمی و میزان مراوده با خویشاوندان، به‌ترتیب، تأثیرگذارترین متغیرها بوده‌اند. بر اساس ضرایب بتای مربوط به متغیرها می‌توان گفت با افزایش حمایت غیر رسمی، افزایش پایبندی به رفتارهای مراقبتی و میزان مراوده با خویشاوندان، سلامت عمومی ادراک شدهٔ سالمندان افزایش می‌یابد؛ در مقابل، با افزایش میزان برخورداری از کمک هزینه‌ها و دریافت خدمات از نهادهای حمایتی رسمی، سلامت عمومی پاسخگویان کاهش پیدا می‌کند.

در نهایت می‌توان گفت هر چند سلامت پدیده‌ای چند وجهی و چند بعدی است اما همهٔ ابعاد و وجوه آن، تحت تدثیر متغیرهای یکسانی قرار ندارند. برای مثال، قدرت تبیین و پیش‌بینی مدل نظری و متغیرهای مورد استفاده در این تحقیق، مناسبت بیشتری برای تبیین بعد سلامت اجتماعی داشته‌اند تا سلامت جسمانی. همچنین، تأثیر انواع فاکتورهای خودمراقبتی و دیگرانْ بنیاد، بر همهٔ ابعاد سلامت، یکسان نیست. برای مثال، می‌توان گفت رفتارهای خودمراقبتی در بُعد سلامت جسمانی، تأثیرگذارترین هستند؛ در مقایسه، شبکه‌های حمایتی غیررسمی، اثر بیشتری در افزایش و تأمین سلامت اجتماعی و روانی سالمندان ایفا می‌کنند. بنابراین توجه و تفکیک ابعاد چندگانهٔ سلامت در زمان انجام پژوهش‌های علمی و سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، امری ضروری و لازم است. درنهایت اینکه، چه بسا تأثیر شاخص‌های سرمایهٔ اجتماعی در سطوح سه گانهٔ خرد، میانه و کلان بر سلامت کلی سالمندان یا هر یک از ابعاد مجزای آن همانند نباشد، بنابراین

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

استفاده از اصطلاحات کلیت‌بخش و فراگیر برای تبیین نظری، عملیاتی کردن و سنجش رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی با سلامت سالمندان، می‌تواند گمراه‌کننده بوده و موجب غفلت از بخش زیادی از واقعیت‌های سلامت سالمندان در زندگی روزمرهٔ آنها باشد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

منابع

۱. احمدی، مجتبی؛ نودهی، محمدعلی؛ اسماعیلی، محسن و علی صدرالهی (۱۳۹٦) «مقایسهٔ کیفیت زندگی زنان سالمند فعال و غیر فعال با تاکید بر فعالیت‌های بدنی»، **سالمند**، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۳، ۲۷۵-۲٦۲.

۲. بزرگ‌پوری، مروارید (۱۳۹۹) «بررسی رابطهٔ حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با سلامت روان دانشجویان، **سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی**، شادگان.

۳. بهزاد، داوود (۱۳۸۱) «سرمایهٔ اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان»، رفاه اجتماعی، دورهٔ ۲، شمارهٔ ٦، ۵۳-٤۳.

٤. جنتی، احسان؛ مروتی شریف آباد، محمدعلی؛ جعفری ندوشن، رضا؛ زارع سخوبدی، محمدجواد و سارا جام برسنگ (۱٤۰۰) «بررسی وضعیت سلامت عمومی سالمندان شهر اردکان و ارتباط آن با آلودگی صوتی ترافیکی محل سکونت آن‌ها»، **دوماه‌نامهٔ علمی-پژوهشی طلوع بهداشت یزد**، دورهٔ۲۰، شمارهٔ٤: ٦۲-۵۲.

۵. حاجبی، احمد و پیمان فریدنیا (۱۳۹۹) «ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر»، **طب جنوب**، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۱: ۷٤-٦۷.

٦. حدادی کوهسار، علی اکبر؛ روشن چسلی، رسول و علی اصغر اصغرنژاد فرید (۱۳۸۵) «مقایسهٔ هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان با روابط عاطفی آنان در خانواده»، **فصل‌نامهٔ علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز**، دورهٔ ۱، شمارهٔ ٤: ۸۷-٦۹.

۷. خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹٤) «سیر صعودی آمار سالمندی ایرانیان و چشم انداز شیوع آلزایمر و پارکینسون»، **خبرگزاری جمهوری اسلامی**، ۱۸ دی ماه ۱۳۹٤، کد خبر: ۸۱۹۱۱۸٤۹.

۸. خداپرست، سیاوش؛ بخشعلی‌پور، وحید و سروش مطلق‌زاده (۱٤۰۰) «بررسی همبستگی بین سلامت اجتماعی و سلامت عمومی با شاخص‌های کیفیت زندگی سالمندان غیرفعال»، **سالمندشناسی**، جلد۷، شمارهٔ ۱: ۲۸-۱۷.

۹. بلالی دهکردی، نجمه و حسین سلیمی بجستانی (۱۳۹۸) «نقش بخشش و جنسیت در پیش‌بینی‌پذیری سلامت روان سالمندان شهرستان شهرکرد»، **رویش روانشناسی**، شمارهٔ ۳۷: ۲۰۰-۱۹۳.

۱۰. ریاحی، محمداسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر و سیده زینب پورحسین (۱۳۸۹) «بررسی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت روان»، **رفاه اجتماعی**، جلد۱۰، شمارهٔ ۳۹: ۱۲۱-۸۵.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

۱۱. زارع، بیژن؛ کاوه فیروز، زینب و محمدرسول سلطانی (۱۳۹۳) «عوامل جمعیتی-اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت‌محور سالمند تهرانی»، **مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران**، ٤(۱): ۱٤٤-۱۱۹.

۱۲. زنجانی، حبیب‌الله؛ فتحی، الهام و طه نورالهی (۱۳۹۵) **جمعیت‌شناسی ایران: ساختار و توزیع جمعیت**، جلد یک، تهران: مرکز آمار ایران.

۱۳. سالنامه آماری کشور (۱۳۹۵) تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز آمار ایران.

۱٤. عالمی، بی نا (۱۳۹۹) « میزگرد سالمندی جمعیت ایران، پیامدها و تبعات آن»، **سرویس کیهان**، مهر ۱۳۹۹، کد خبر ۲۰۰۷۲۰.

۱۵. شاهرودی، سمیه؛ راشکی قلعه نو، حسین؛ ایزدی راد، حسین؛ سیاسر، عاطفه و مجید دسترس (۱٤۰۰) «بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان شهر خاش سال۱۳۹۹»، **پژوهش‌های پرستاری ایران**، جلد۱٦، شمارهٔ ٦: ٦٤-۷۲.

۱٦. فروغان، مهشید (۱٤۰۱) «آخرین آمار جمعیت سالمندان کشور، چالش‌ها و توصیه‌های متخصصان حوزهٔ سالمندشناسی»، **مرکز تحقیقات سالمندی**، ۱۰/۲۱/ ۱٤۰۱، کد خبر ۱۷٤۲٤.

۱۷. طالبی، ژاله (۱۳۸۳) «روابط اجتماعی در فضای شهری»، **نامهٔ علوم اجتماعی**، شمارهٔ ۲۲: ۱٦۱-۱۸۰.

۱۸. علی‌پور، احمد (۱۳۸۵) «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی»، **روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۲: ۱۳۹-۱۳٤.

۱۹. مدنی قهفرخی، سعید (۱٤۰۰) **گزارش وضعیت سالمندی در ایران ۱۳۹۸-۱۳۸۸**، چاپ اول، تهران: گوتنبرگ.

۲۰. مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹٦) **جامعه شناسی پزشکی**، تهران: دانشگاه تهران.

21. Alexandra S. Creighton, Tanya E. Davison, David W. Kissane(2018) «The prevalence, reporting, and treatment of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities**», Journal of affective disorders**, (17): 1-14.

22. Ashifa, K. M.(2021) «Social Health Status of Rural Elderly Population In India», **Nat. Volatiles&Essent.Oils**, 8(5):5405- 5410.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

23. Bhandari, P. & Paswan B. (2021) «Lifestyle Behaviours and Mental Health Outcomes of Elderly: Modification of Socio-Economic and Physical Health Effects», **Ageing International** volume 46:35–69.

24. Cobb, S. (1976) «Social support as a moderatorof life stress», **Sychosomatic medicine**, 38: 300-314.

25. Comijs, H.C.; Brenda W. J. H Penninx; Kees P.M. Knipscheer and Willem V. T.(1999) «Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping», **Journal of Gerontology: Psychological Sciencces**, Vol. 54 b, No. 4: 240- 245.

26. Dong, X. and Simon, M.A.(2008) «Is greater social support a protective factor against elder mistreatment», **Gerontology**, 54: 381-388.

27. Keyes, corey lee. M and shapiro adam (2004) «Social well-being in the united states: A Desscriptive epidemiology», in **How Healthy Are We?** Vol. 61,n. 2 pp 350-372.

28. Koga,CH.; Hanazato, M.; Tsuji, T. ; Suzuki, N. and Kondo, K(2019) « Elder abuse and social capital in older adults: The Japan gerontological evaluation study», **Gerontology**, 66: 149- 159.

29. Leach, B.J.(2003) «**Exercise level and age as related to self-perceived physical health, mental health and social health in older adults**», Ph.D. diss., university of san Diego.

30. Luchesi, bruna moretti.; De Oliveira, Nathalia Alves; Daiene De Morais; Rebeca, Mandes De Paula Pessoa; Sofia Cristin I. Pavarini, Marcos Hortes N. Chagas (2018) «Factors associated with happiness in the elderly persons living in the community», **sciencedirect**, 74: 83-87

31. Romano., patricks s;. Bloom, j, and syme, s.l(1991) «Smoking, sochal support, and hassles in an urban african- American community», **American journal of public health**, 81(11), 1415-1422.

32. Sarafino, E.p.(2002**) Health psychology**(4th ed.), Newyork: John wiley and sons,inc.

33. Scott, L. D. and Jacks, L.L.(2000) «Promoting healthy lifestyles in urban and rural elders», **online Journal of Rural Nursing and Health Care**, 1(2), 74- 100.

34. Seraji,maryam,Davoud shojaeizadeh. Farideh(2017) «**Quality of life of the elderly residing in zahedan(south east of iran)», Iranian rehabilitation journal1**5(3), 215-220.

35. United Nations, Department of Economic Affairs, Population Division (2011) **World Population Ageing 2011**, New York: United Nations.

36. Winter, I. (2000) «Towards A Theorized Understanding of Family Life and Social Capital Working Paper 21», **Australian Institute of Family Studies**. pp:1-15.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]

37. World Health organization Report (2001) **Mental Health: New understanding**, New hope. Geneva, switzerland: World Health organization .

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-20]