

February-March 2022, Volume 16, Issue 6

The Relationship between Social Support and General Health of the Elderly in Khash City, 1399

Shahroudi S¹, Rashki ghalenow H^{2*}, Izadirad H³, Siyasar A⁴, Dastras M⁵

1- Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2- Ms, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

3- Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Zahedan of University Medical Science, Zahedan, Iran.

4- Student, Department of Puplic Health, Student Research Committee, Khash Health High Education Complex, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

5- Ms, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Corresponding author: Rashki ghalenow H, Ms, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Email: rashkihossein11@gmail.com

Received: 5 April 2021

Accepted: 11 Nov 2021

Abstract

Introduction: The increase in the number of elderly people has led to new issues such as social protection related to them. Because the disabilities of elderly people become more common with age and their dependencies sometimes become inevitable. In this situation, the role of social support in maintaining and improving the health of the elderly becomes important.

Methods: The present study is a cross-sectional descriptive-analytical study. The sampling method was based on a multi-stage method. In the first stage, comprehensive urban health service centers were considered as sampling clusters. Then, 3 centers (clusters) with the largest population were selected. In the second stage, in each center, by easy sampling method, the elderly were selected and entered into the study considering the inclusion criteria. Data were collected using the General Health Questionnaire (GHQ) and the Family Scale Social Support Questionnaire. Data analysis was performed with SPSS 21.

Results: The mean general health score of the elderly was $05/13 \pm 28/30$. The results of test analysis showed the relationship between social support and general health ($\rho = -0.32$, $p < 0.001$) as well as subscales of depression, physical symptoms and symptoms of anxiety and sleep disorders ($p < 0.001$), which indicates a correlation between social support and general health of the elderly.

Conclusions: Considering the significant relationship between social support and general health of the elderly, It is necessary to pay special attention to this issue in the policies and plans of the responsible organization and consider the necessary measures to improve and enhance social support for the elderly.

Keywords: Social Support, Public Health, Elderly.

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان شهر خاش، سال ۱۳۹۹

سمیه شاهرودی^۱، حسین راشکی قلعه نو^{۲*}، حسین ایزدی راد^۳، عاطفه سیاسر^۴، مجید دسترس^۵

- ۱- گروه امار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۲- کارشناسی ارشد، گروه سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۳- استادیار، مرکز ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۴- دانشجو، گروه بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، مجتمع آموزش عالی سلامت خاش، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۵- کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

نویسنده مسئول: حسین راشکی، کارشناسی ارشد، گروه سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
ایمیل: rashkihossein11@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۶

چکیده

مقدمه: افزایش شمار سالمندان موجب توجه به موضوعات جدیدی مثل حمایت اجتماعی در ارتباط با آنها شده است. از آنجا که ناتوانی‌های دوره سالمندی با افزایش سن شایعتر می‌شود و وابستگی گاه اجتناب ناپذیر می‌گردد. در این شرایط نقش حمایت اجتماعی در حفظ و بهبود سلامت سالمندان پررنگ می‌گردد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی مقطعی می‌باشد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر روش چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان خوشه‌های نمونه‌گیری در نظر گرفته شد. سپس ۳ مرکز (خوشه) که بیشترین جمعیت تحت پوشش را داشتند انتخاب شدند. در مرحله دوم در هر مرکز به شیوه نمونه‌گیری آسان، سالمندان انتخاب و با در نظر گرفتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. گردآوری اطلاعات بوسیله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده انجام شد. آنالیز داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت عمومی سالمندان $30/28 \pm 13/05$ بود. نتایج تحلیل آزمون‌ها ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی و همچنین زیر مقیاس‌های افسردگی، علایم جسمانی و علایم اضطراب و اختلال خواب را نشان داد که حاکی از وجود همبستگی بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمند می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نظر به وجود رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان، ضروری است که در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سازمان‌های متولی، به این امر توجه ویژه‌ای شود و تدابیر لازم برای بهبود و ارتقای حمایت اجتماعی از سالمندان اندیشیده شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، سلامت عمومی، سالمند.

مقدمه

شرایط دریافت حقوق بازنشستگی را پیدا می‌کند، به عنوان شروع سالمندی در نظر می‌گیرند (۲). هر ساله به طور متوسط ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود، این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است (۳). که این خود حاصل پیشرفت دانش پزشکی، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی-اجتماعی و بهبود شرایط بهداشتی، تعدیه و افزایش میزان امید به زندگی در جوامع است (۴). جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر در جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر است، که این آمار تا سال ۲۰۲۵ دو برابر می‌شود و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید (۵).

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمند در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی و انزوا و عدم حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد و در موارد زیادی استقلال فردی شخص نیز تهدید می‌شود (۱). از نظر سنی نقطه برشی یکسانی جهت تعریف و تعیین سن سالمندی وجود ندارد. سازمان بهداشت جهانی سن ۶۰ سالگی را برای تعریف سالمندی در نظر گرفته است. در کشورهای توسعه یافته سن ۶۵ سالگی و در کشور ما ایران سن ۶۰ سالگی، که در آن فرد

بر اساس سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰، در ایران جمعیت سالمندان بیشتر از ۶۰ سال حدود ۸/۲۳ درصد جمعیت کل کشور بوده است که این میزان در سال ۱۳۹۵ طبق آخرین آمار رسمی، حدود ۹/۳ درصد گزارش شده است، پیش بینی می‌شود این جمعیت تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵ میلیون نفر، حدود ۲۱/۷ درصد، جمعیت برسد که روندی سریع‌تر از گروه‌های جمعیتی دیگر خواهد داشت (۵،۶). شاخص‌های آماری کشور ایران نشان‌دهنده این است که روند پیر شدن جمعیت در کشور ایران نیز آغاز شده است (۷). باوجود اینکه سالمندی می‌تواند موفقیت بهداشتی برای یک جامعه محسوب شود، اما نبود برنامه‌ریزی مناسب برای پیشگیری از مشکلات پیش روی سالمندان، به ایجاد چالشی بزرگ در جامعه منجر خواهد شد (۸). اولین گام برای برنامه‌ریزی مناسب جهت ارتقای سلامت، شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت سالمندان است، تا بتوان با ارائه‌ی مدلی جهت پیش‌بینی سلامت روانی و جسمی آنان و همچنین شناسایی سالمندان در معرض آسیب، از آسیب‌پذیر شدن سالمندان پیشگیری کرد (۹). همزمان با سالمندی جمعیت، نیازهای اختصاصی سالمندان، اعم از پزشکی، روانشناختی و توانبخشی افزایش می‌یابد (۱۰). افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران، اهمیت قشر سالمند را مطرح و لزوم پژوهش در این زمینه را نشان می‌دهد به خصوص اینکه، تحقیقاتی که در زمینه سالمندی در ایران انجام شده براساس ویژگی‌های فرهنگی و بوم‌شناختی، نمی‌باشد و سالمندی غالباً در مفهوم سلامت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته است و با وجود تغییرات هرم جمعیتی کشور، بر رویتمایابی ابعاد نیاز سالمند، متمرکز نشده است (۱۰، ۱۱). از جمله مسائلی که در سنین سالمندی بر زندگی افراد سالمند تأثیر گذار است، میزان حمایت خانواده یا دوستان از آنها است، سالمند نیاز به دیگران دارد تا در مواقع ضروری و احتیاج از آنها یاری بخواهد. این حمایت از طرف اعضای خانواده بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی سالمندان دارد (۹). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد چهارگانه سلامت نقش بسزایی در کیفیت زندگی افراد سالمند دارد و به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد (۱۱). این در حالیست که در شکل خانواده‌های امروزی فرزندان اغلب خود را ملزم به برآوردن نیازهای والدین پیرشان به لحاظ حمایت مالی، خدمات بهداشتی یا مسکن نمی‌دانند و این اعتقاد که «فرزندان بهترین تکیه گاه سالمندان هستند» درحال کمرنگ شدن است (۹). مطالعات نشان می‌دهد حمایت اجتماعی، تأثیر مثبتی بر ارتقای سلامت جسمی افراد دارد (۱۲). نتایج یک مطالعه آینده‌گر با دوره ده ساله در هلند نشان داد که برخورداری از حمایت اجتماعی و چگونگی آن بر سلامت جسم، روان و سبک

زندگی سالم افراد تأثیرگذار است (۱۳). منظور از حمایت اجتماعی کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی نسبت به فرد فراهم می‌شود. منابع حمایتی موجب می‌شود تا فرد احساس مراقبت، عزت نفس، مورد علاقه بودن، رضایت از زندگی و ارزشمند بودن داشته باشد (۱۴). هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطوح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. بر اساس مطالعات انجام شده حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت افراد جامعه دارد و نبود آن ممکن است به بروز انزوای اجتماعی و حتی مرگ منجر شود (۱۵) روابط و پیوندهای اجتماعی عامل ارتباطات عاطفی بین افراد بوده و باعث احساس امنیت بیشتر می‌شود و از این طریق سلامت آنان در ابعاد جسمی و روانی ارتقاء می‌یابد، این مساله مخصوصاً در سالمندان که دارای شرایط جسمی و روانی خاص هستند از اهمیت بیشتری برخوردار است (۴). در این راستا مطالعات بسیاری بر تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان اشاره دارد. مطالعه‌ای با هدف بررسی حمایت اجتماعی بر سلامت سالمندان هفت کشور اروپایی نشان داد که سطح بالای حمایت اجتماعی یک عامل محافظت کننده در برابر آسیب پذیری سالمندان و بهبود سلامت جسم و روان آنان است (۱۸). حال آنکه مطالعه‌ی انجام شده بر روی سالمندان ساکن شهر گناباد در سال ۱۳۹۴ نشان داد که اکثر سالمندان از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند و ارتباط مثبت و معنی‌داری بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی سالمندان مورد مطالعه مشاهده شد (۱۹). نتایج مدل‌سازی مشاهدات یک مطالعه در سرای سالمندان همدان نیز مؤید این مطلب بود که متغیر حمایت اجتماعی به صورت معنی‌داری و با بالاترین ضریب، تغییرات سلامت عمومی سالمندان را پیش‌بینی می‌کند (۹). از آنجایی که کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده، پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان حائز اهمیت بوده و می‌تواند اثرات مستقیمی بر روی سلامت آنها داشته باشد (۲۰). از سوی دیگر همانگونه که در مقاله فوق‌اشاره شد، تحقیقات متعدد نشان داده که روابط اجتماعی خوب باعث ارتقاء سلامت فرد شده و فقدان آن وضعیت سلامت فرد را به صورت معنی‌داری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱). لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان شهر خاش که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه در جامعه مورد پژوهش انجام نشده، صورت پذیرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی-مقطعی بود. جامعه‌ی

سمیه شاهرودی و همکاران

توجه به مطالعه مشابه (۲۰) ۰,۳۹ در نظر گرفته شد. در نهایت حجم نمونه با در نظر گرفتن اثر طرح ۱,۳ حدود ۳۰۰ نفر تعیین شد.

$$n_0 = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{\omega} \right)^2 + 3$$

پروسیداندو و کینیت هلر در سال ۱۹۸۳ ارائه شده است (۲۴). این ابزار شامل ۲۰ سؤال با گزینه های بله، خیر و نمی دانم است. دامنه نمره کل سئوالات بین صفر تا ۴۰ است و نمره بالاتر به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ دهندگان است. روائی و پایایی این ابزار با استفاده از روش همزمان و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ بررسی و تایید شده است (۲۵). پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین ذی ربط، محقق به مراکز جامع سلامت منتخب مراجعه و از سالمندانی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل می آورد. قبل از تکمیل پرسشنامه، پژوهشگر به زبان ساده ضمن معرفی خود، اهداف پژوهش را برای سالمند توضیح و به سالمندان عزیز این اطمینان را می داد که اطلاعات کاملاً محرمانه و بدون ذکر نام ثبت خواهد شد پس از آن و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، فرم رضایت نامه کتبی توسط ایشان امضا می شد. سالمندانی که تمایل داشتند پرسشنامه ها را به روش خود گزارش دهی تکمیل کنند پرسشنامه ها در اختیار آنان قرار می گرفت. البته برای نداشتن خطاهای بینایی هنگام خواندن سئوالات، پرسشنامه خوانا و با اندازه فونت بزرگ طراحی شده بود. سالمندانی که به علل مختلف مانند بی سوادی یا ناتوانی، قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند، سئوالات به روش مصاحبه تکمیل شد. بعد از جمع آوری اطلاعات، از نرم افزار SPSS نسخه 21 (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) برای آنالیز مشاهدات استفاده شد. نرمال بودن توزیع مشاهدات کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل مشاهدات از آزمون همبستگی اسپیرمن، آزمون من-ویننی یو و آزمون کروسکال-والیس استفاده شد. همچنین $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. طرح پژوهشی حاضر در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بررسی و با شناسه اخلاق IR.ZAUMS.REC.1399.300 مصوب گردید.

یافته ها

در مطالعه حاضر ۳۰۰ نفر سالمند شرکت داشتند که ۱۳۹ نفر

آماري شامل کلیه ی سالمندانی است که در سال ۱۳۹۸ در شهر خاش زندگی می کردند. برای محاسبه حجم نمونه، از رابطه زیر استفاده شد که در آن مقدار خطای نوع اول (α) و نوع دوم (β) به ترتیب ۰/۰۵ و ۰/۲ و مقدار r (ضریب همبستگی پیرسون) با

$$\omega = \frac{1}{2} \times \log\left(\frac{1+r}{1-r}\right)$$

روش نمونه گیری مبتنی بر روش چند مرحله ای بود. در مرحله اول مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان خوشه های نمونه گیری در نظر گرفته شد. سپس سه مرکز (خوشه) که بیشترین جمعیت تحت پوشش را داشتند انتخاب شدند. در مرحله دوم در هر مرکز به شیوه نمونه گیری در دسترس سالمندان انتخاب و با در نظر گرفتن معیارهای ورود، وارد مطالعه می شدند.

معیارهای ورود به مطالعه برای سالمندان شامل داشتن تابعیت ایرانی، محل زندگی شهر خاش، حداقل سن ۶۰ سال، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، توانایی درک زبان و گفتار فارسی و توانایی پاسخگویی به سئوالات به لحاظ جسمانی و روانی بود همچنین عدم تمایل سالمند برای تکمیل سئوالات پرسشنامه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزار مطالعه جهت جمع آوری داده ها، پرسش نامه ای سه بخشی متشکل از «سئوالات دموگرافیک، پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسش نامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده» بود که سئوالات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، قومیت، وضعیت اشتغال، بیماری زمینه ایو وضعیت همزیستی بودند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۲۸ سئوالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) است که دارای ۴ زیر مقیاس و هر زیر مقیاس ۷ سئوال دارد. سئوالات ۱ تا ۷ مربوط به زیر مقیاس علائم جسمانی، ۸ تا ۱۴ زیر مقیاس علائم اضطراب و اختلال خواب، ۱۵ تا ۲۱ زیر مقیاس کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی است. سئوالات پرسشنامه از طیف لیکرت ۴ درجه ای برخوردار هستند که نمره گذاری آن بین صفر تا سه است و کسب نمره بالاتر نشان دهنده ی کم بودن سلامت عمومی است. نقطه برش پرسشنامه سلامت عمومی امتیاز ۲۳ است که بر اساس آن سالمندان به دو دسته ی سالم (امتیاز کمتر از ۲۳) و مشکوک به اختلالات روانی (امتیاز ۲۴ و بالاتر) طبقه بندی شدند (۲۱، ۲۲). روائی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه نائینیان و همکاران در ایران بررسی و تایید شده است (۲۳).

پرسشنامه حمایت اجتماعی مقیاس خانواده، توسط مری

نشریه پژوهش پرستاری، دوره ۱۶، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۴۰۰

۴۶/۳ درصد) زن و ۱۶۱ نفر (۵۳/۷ درصد) مرد بودند. میانگین سن سالمندان $67/99 \pm 5/82$ با حداقل سن ۶۰ و حداکثر ۷۹ سال مشاهده شد که از این بین ۱۸۱ نفر (۶۰/۳ درصد) با همسر، ۶۹ نفر (۲۳ درصد) با فرزند، ۱۰ نفر (۳/۳ درصد) با یکی از اقوام یا دوستان و ۴۰ نفر (۱۳/۳ درصد) به تنهایی زندگی می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان مطالعه (n=300)

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۳۹	۴۶/۳
	مرد	۱۶۱	۵۳/۷
قومیت	بلوچ	۲۲۵	۷۵
	فارس	۵۱	۱۷
	سایر اقوام (کرد، لرو...)	۲۴	۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۹۹	۶۶/۳
	همسر فوت شده	۸۵	۲۸/۳
	جدا شده	۱۶	۵/۳
	بی سواد	۱۰۲	۳۴
سطح تحصیلات	ابتدایی (خواندن و نوشتن)	۱۰۵	۳۵
	دیپلم	۴۹	۱۶/۳
	دانشگاهی	۴۴	۱۴/۷
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۵۳	۵۱
	آزاد	۸۵	۲۸/۳
	بازنشسته	۶۲	۲۰/۷
بیماری زمینه ای	دارد (بیماری قلبی، فشار خون، دیابت و...)	۱۷۷	۵۹
	ندارد	۱۲۳	۴۱
وضعیت همزیستی	زندگی با همسر	۱۸۱	۶۰/۳
	زندگی با فرزند	۶۹	۲۳
	زندگی با اقوام یا دوستان	۱۰	۳/۳
	تنها	۴۰	۱۳/۳

عمومی، مشخص شد $69/7$ درصد سالمندان سالم و $30/3$ درصد مشکوک به اختلالات روانی بودند. همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره حمایت اجتماعی سالمندان $27/74 \pm 7/98$ با حداقل صفر و حداکثر ۴۰ می‌باشد (جدول ۲).

براساس یافته‌ها میانگین نمره کل سلامت عمومی سالمندان بود که بیشترین نمره در بین زیر مقیاس‌ها، مربوط به زیر مقیاس علائم جسمانی با میانگین $9/7 \pm 4/22$ بود (جدول ۲) همچنین با در نظر گرفتن نقطه برش ۲۳ مربوط به نمرات سلامت

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در سالمندان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ابعاد سلامت عمومی	علائم جسمانی	۹/۷۱
	علائم اضطراب و اختلال خواب	۸/۸۲
	کارکرد اجتماعی	۷/۳۳
	افسردگی	۴/۵۳
نمره کل سلامت عمومی	۳۰/۳۸	۱۳/۰۵
حمایت اجتماعی مقیاس خانواده	۲۷/۷۴	۷/۹۸

سمیه شاهرودی و همکاران

($p < 0.05$) (جدول ۳).

در مطالعه حاضر، میزان حمایت اجتماعی در سالمندان مرد بیشتر از سالمندان زن مشاهده شد که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0.02$). میزان حمایت اجتماعی در سالمندان با قومیت فارس بیشتر از سایر اقوام گزارش شد که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0.04$). تفاوت مشاهده شده برای میزان حمایت اجتماعی براساس متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال و وضعیت همزیستی بر اساس آزمون کروسکال - والیس نیز معنی دار بود ($p < 0.05$) (جدول ۳).

یافته ها نشان داد، هرچند میانگین نمره کل سلامت عمومی در سالمندان زن، بیشتر از سالمندان مرد است اما اختلاف مشاهده شده، با استفاده از آزمون من - ویتنی یو، معنی دار نبود ($p = 0.15$). نمره کل سلامت عمومی در سالمندان با بیماری زمینه ای، بیشتر از سالمندان بدون بیماری زمینه ای، مشاهده شد که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.001$). همچنین نتایج آزمون کروسکال - والیس نشان داد که تفاوت مشاهده شده برای نمره کل سلامت عمومی، بر اساس متغیرهای قومیت، وضعیت تأهل و وضعیت همزیستی سالمندان معنی دار است.

جدول ۳: مقایسه نمره سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار سلامت عمومی	سطح معنی داری	میانگین \pm انحراف معیار حمایت اجتماعی	سطح معنی داری
جنسیت	زن مرد	۳۱/۴۶ \pm ۱۱/۹۹ ۲۹/۴۴ \pm ۱۳/۸۸	۰/۱۵	۲۶/۶۸ \pm ۸/۰۱ ۲۸/۶۴ \pm ۷/۸۸
قومیت	بلوچ فارس سایر اقوام (کرد، لر و...)	۳۰/۳۲ \pm ۱۳/۴۵ ۲۸/۴۱ \pm ۱۲/۶۵ ۳۵/۰۸ \pm ۸/۶۱	۰/۰۱**	۲۸/۰۶ \pm ۸/۳۴ ۲۷/۶۴ \pm ۷/۰۲ ۲۴/۹۱ \pm ۵/۸۷
سطح تحصیلات	بی سواد ابتدایی (خواندن و نوشتن) دیپلم دانشگاهی	۳۱/۴۷ \pm ۱۳/۳۹ ۳۱/۷۸ \pm ۱۳/۳۹ ۲۷/۰۶ \pm ۱۴/۴۹ ۲۸/۲۰ \pm ۱۲/۱۱	۰/۰۶	۲۶/۵۳ \pm ۹/۰۷ ۲۶/۸۵ \pm ۷/۷۰ ۳۰/۶۵ \pm ۶/۶۰ ۲۹/۳۸ \pm ۶/۳۳
تأهل	متأهل همسر فوت شده جدا شده	۲۹/۰۱ \pm ۱۲/۸۹ ۳۳/۰۹ \pm ۱۳/۰۰ ۳۳/۰۰ \pm ۱۳/۵۳	۰/۰۴**	۲۸/۷۹ \pm ۷/۷۹ ۲۵/۶۰ \pm ۸/۳۸ ۲۵/۸۷ \pm ۵/۶۰
وضعیت اشتغال	بیکار آزاد بازنشسته	۳۱/۹۸ \pm ۱۲/۸۴ ۲۷/۷۴ \pm ۱۴/۸۸ ۳۰/۰۴ \pm ۱۰/۱۷	۰/۰۹	۲۶/۱۲ \pm ۸/۴۴ ۲۹/۳۲ \pm ۷/۲۷ ۲۹/۵۳ \pm ۷/۰۱
بیماری زمینه‌ای	دارد ندارد زندگی با همسر	۲۷/۳۶ \pm ۱۳/۱۱ ۳۴/۷۱ \pm ۱۱/۷۳ ۲۸/۶۶ \pm ۱۲/۷۱	* $P < 0.001$	۲۸/۴۶ \pm ۷/۴۹ ۲۶/۶۸ \pm ۸/۵۸ ۲۹/۱۴ \pm ۷/۷۲
وضعیت همزیستی	زندگی با فرزند زندگی با اقوام یا دوستان تنها	۳۱/۸۸ \pm ۱۳/۱۶ ۳۴/۵۰ \pm ۷/۳۶ ۳۴/۵۲ \pm ۱۴/۳۷	۰/۰۳۹**	۲۶/۳۴ \pm ۷/۳۴ ۲۸/۸۰ \pm ۷/۱۶ ۲۳/۴۳ \pm ۸/۷۹

*آزمون من ویتنی - یو در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

**آزمون کروسکال - والیس در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

و علائم اضطراب و اختلال خواب ارتباط معنی دار وجود دارد و ($p < 0.001$) که از این بین شدت ارتباط بین حمایت اجتماعی و زیر مقیاس افسردگی بالاتر از سایر زیر مقیاس ها بود ($\rho = -$) (جدول ۴). 0.33

مندرجات (جدول ۴) نشان می دهد بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان، ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد ($\rho = -0.32$, $p < 0.001$) همچنین بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و زیرمقیاس های سلامت عمومی نشان داد که بین حمایت اجتماعی و زیر مقیاس های افسردگی، علائم جسمانی

جدول ۴: ماتریس ضریب همبستگی اسپیرمن (rho) بین ابعاد سلامت عمومی و حمایت اجتماعی سالمندان

متغیر	علایم جسمانی	علایم اضطراب و اختلال خواب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی	حمایت اجتماعی
علایم جسمانی	۱					
علایم اضطراب و اختلال خواب	rho=۰.۵۶ *P<۰.۰۰۱	۱				
کارکرد اجتماعی	rho=۰.۳۴ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۴۰ *P<۰.۰۰۱	۱			
افسردگی	rho=۰.۳۰ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۳۳ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۰۸ P=۰.۱۲	۱		
سلامت عمومی	rho=۰.۷۷ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۸۱ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۶۲ *P<۰.۰۰۱	rho=۰.۵۷ *P<۰.۰۰۱	۱	
حمایت اجتماعی	rho=-۰.۲۸ *P<۰.۰۰۱	rho=-۰.۲۵ *P<۰.۰۰۱	rho=-۰.۱۰ P=۰.۰۸	rho=-۰.۳۳ *P<۰.۰۰۱	rho=-۰.۳۲ *P<۰.۰۰۱	۱

*ضریب همبستگی در سطح 0/05 معنی دار است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان شهر خاش انجام شده است. بر اساس فرض این پژوهش، بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد. مطالعه ریاحی و همکاران نشان داد، حمایت اجتماعی و ابعاد آن دارای ارتباط معنی داری با سلامت روانی در سالمندان است (۲۶)، پور شریفی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که رابطه معنی داری بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان وجود دارد و حمایت اجتماعی نقش عمده ای در سلامت عمومی سالمندان دارد (۲۷). سیف زاده نیز در مطالعه خود نشان داد که سلامت عمومی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردار هستند، بیش از سایر سالمندان است (۲۸). در تبیین یافته های حاضر می توان گفت حمایت اجتماعی از یک سو، ملزومات عاطفی و احساسی برای بهزیستی را فراهم می سازد و از سوی دیگر، امکانات مقابله با تنیدگی ها و کنترل آنها را فراهم می کند. بنابراین، حمایت اجتماعی ارتباط قویا ابعاد سلامت عمومی دارد. همچنین حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح از رویدادهای استرس زا، باعث کاهش تأثیر فشار روانی گشته و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می رساند و علاوه بر آن تعهدات متقابلی را به وجود می آورد که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته و اینها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیمی دارد (۳۰). همچنین مقایسه وضعیت سلامت زنان و مردان نشان داد که در مطالعه حاضر، میانگین کل سلامت عمومی زنان سالمند بالاتر از مردان سالمند بود که لزوم توجه بیشتر به زنان جامعه در این دوران به خصوص فراهم کردن امکانات و تسهیلات بیشتر را می توان متذکر شد. در بررسی رابطه بین متغیر جنسیت و سلامت عمومی

سالمندان هیچ تفاوت معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد، که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه (Kuhirunyaratn (۳۱) و امان زاده و همکاران همسو است (۳۲). اما برخی از مطالعات، میانگین کل سلامت عمومی مردان را بالاتر از زنان گزارش کردند (۳۰، ۳۳). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات ذکر شده در میانگین نمرات همخوانی نداشت. نکته قابل ملاحظه این است که نتایج گوناگونی در رابطه با تفاوت جنسیتی در سلامت عمومی سالمندان، گزارش شده است. که شاید یکی از علل آن، تفاوت های فرهنگی موجود در جوامع مختلف است. در تبیین این یافته می توان گفت علل بیولوژیکی شناختی، بروز برخی افسردگی ها به دلیل هورمون های زنانه، بروز برخی اختلالات روانی به دلیل بلوغ جسمی و جنسی، پایین تر بودن سن بلوغ، بارداری، زایمان و شیردهی و در مجموع تجربه استرس بیشتر باعث می شود زنان بیش از مردان انواع اختلالات روانی را تجربه کنند. نتایج تحقیق هم چنین نشان می داد که بین مردان و زنان به لحاظ دریافت حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد و مردان حمایت اجتماعی بیش تری را نسبت به زنان از شبکه اجتماع شخصی خود دریافت می کنند، که نتایج این مطالعه با مطالعات نبوی (۳۴)، باوزین (۳۰) و سیف زاده و همکاران همسو است (۲۸) هم چنین وضعیت تاهل نیز روی سلامت و مرگ و میر به خصوص در سنین سالخوردگی تأثیر می گذارد. (۲۹). یافته های پژوهش نشان می دهد که سالمندانی که همسر خود را از دست داده اند سلامت عمومی کمتری نسبت به سالمندانی که از همسرشان جدا شده اند دارند. شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در عدم سازگاری سالخوردگان موثرتر از تمام عوامل دیگر باشد. مطالعات نشان داده اند که حتی اگر فردی همسرش را دوست نداشته باشد، مرگ همسر برای وی در حکم ضربه روانی است، زیرا بلافاصله فرد همسر از دست داده، نقش همسر بودن خود را از

تنها زندگی می‌کنند، دارند (۳۶). یافته‌های مطالعه حاضر به این دلیل می‌تواند باشد که خانواده مهم‌ترین منبع حمایتی و روابط بین فردی است که می‌تواند با ارائه حمایت کافی موجب کنترل و کاهش استرس و اضطراب در سالمندان شود. همچنین وجود اطرافیان می‌تواند با ایجاد صمیمیت و امنیت باعث احساس رضایت از زندگی گردد (۳۷). نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان وجود دارد. لذا ضروری است که در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سازمان‌های متولی به این امر توجه ویژه‌ای شود و تدابیر لازم برای بهبود و ارتقای حمایت اجتماعی از سالمندان اندیشیده شود.

References

1. Sharghi A, SalehiKousalari F. Relationship Between Cognitive Factors and Social Indicators in Designing the Healing Spaces for Old-Age People. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (3): 346-359. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.346>
2. Sahebdel H, khoshkonesh A, pourebrahim T. Effects of Group Reality Therapy on the Mental Health of Elderly Residing at Iran's ShahidHasheminejad Nursing Home. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7 (1) :16-24.
3. S K, R M, F A. The effect of activity and spiritual health based self-care program on hypertension among the Kahrizak elderly people in the Alborz province. *joge*. 2018; 3 (1) :27-34. <https://doi.org/10.29252/joge.3.1.27>
4. Shoja M, Rimaz SH, Asadi-Lari M, Seyedabbasbagheriyazdi, govhariMR. Mental health of older people and social capital. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2013; 12(4):345-353.
5. AhmadiA, SahafR, RashediV, AkbariKamraniAA, Shati M, Delbari A. Relationship Between Oral Health and Demographic Characteristics in Retired Elderly People in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13 (4) :452-463. <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.4.452>
6. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of Psychological Well-Being of the Elderly Based on the Power of Stress Management and Social Support. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13 (1) :98-109. <https://doi.org/10.21859/sija.13.1.98>
7. Poordad S, Momeni K, karami J. Death Anxiety and Its Relationship With Social Support and Gratitude in Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14 (1) :26-39
8. Papi S, Karimi Z, GhaedAminiHarooni G, Nazarpour A, Shahry P. Determining the

دست می‌دهد. او دیگر محرم راز، همدم و هم صحبت خود را در کنار خویش نمی‌بیند و تنها می‌شود. به نظر برخی از روان‌شناسان سالخورده‌گانی که همسر خود را از دست داده‌اند، بیشتر گرفتار اختلالات روانی و جسمانی می‌شوند. (۳۵). نتایج مطالعه حاضر نشان داد سالمندانی که در کنار خانواده‌های خود زندگی می‌کنند، نسبت به سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند از سلامت عمومی بهتر و حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. مختاری (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود نشان داد که سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند به دلیل وجود شبکه‌های اجتماعی غنی‌تر و حفظ ارتباطات اجتماعی احساس رضایتمندی بیشتری در مقایسه با سالمندانی که

- Prevalence of Sleep Disorder and Its Predictors Among Elderly Residents of Nursing Homes of Ahvaz City in 2017 . *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13 (5) :576-587 <https://doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.576>
9. Poorsharifi H, FarahmandSabet M. The Relationship Between Social Support and Sleep Quality with General Health in Residing Nursing House Elderly. *Journal of Aging Psychology*. 2015; 1(1):31-39.
 10. Zamani N. The Relationship between General Health and Cognitive Status in the Elderly of Hamadan in 2019. *Journal of Gerontology(joge)*. 2019; 3 (3): 20-28. <https://doi.org/10.29252/joge.3.4.3>
 11. Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being in Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10 (3) :110-119
 12. Molnar DS, Sadava SW, Flett GL, Colautti J. Perfectionism and health: A mediational analysis of the roles of stress, social support and health-related behaviours. *Psychol Health*. 2012; 27(7); 846-864. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630466>
 13. Croezen SI,1 H Susan J Picavet,2 AnnemienHaveman-Nies, corresponding author1,3 WM Monique Verschuren, CPGM de Groot LI, van't Veer1 P. *BMC Public Health*. 2012; 12:65, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-65>
 14. Latifi Z, Kiani M, Yousefi Z. The Structural Equation Modeling of the Older People's Life Expectancy Based On the Anxiety Sensitivity, Social Support, and Pain Perception .*Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14 (2) :188-199
 15. Emaminaeini M, Bakhtiyari M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. [Depression and Perceived Social Support in the Elderly

- (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(2):192-207. <https://doi.org/10.21859/sija-1202192>
16. Stephens Ch, Alpass F, Towers A, Stevenson B. The Effects of Types of Social Networks, perceived Social Support, and Loneliness on the Health of Older People: Accounting for the Social Context. Journal of Aging and Health. 2011; 23(6):887-911. <https://doi.org/10.1177/0898264311400189>
 17. Sadeh Moghaddam L, Delshad Novbaghi A, Farhadi A, Nazari SH, Eshghizadeh M, Chopan Vafa F, Niazi Ivvari M. Life Satisfaction in older adults: Role of Perceived Social Support. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 22(6):1043-1051.
 18. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study: Azarshahr. joge. 2016; 1 (1) :40-47 <https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.1.56>
 19. Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A. Effects of Social Support and Self-Efficacy on Maternal Prenatal Cares Among the First-Time Pregnant Women, Iranshahr, Iran. J Fam Reprod Health 2017; 11(2): 67-73.
 20. Hosseini M, Dakhteh Hrooni M, Yaghmaeif, Alavimajd H. Correlation between social support and elderly health in selected areas of Tehran. Advances in nursing and midwifery. 2011; 21(73):25-30
 21. ghanbarimoghadam a, mohammadishahbolaghi f, dalvandi a, hoseinzade s. relationship between lifestyle and general health among elderly people in tehran. salmand: iranian journal of ageing. 2015; 10 (3) :90-99
 22. Fardi Nejad Z, Ahadi H. The relationship of general health and perceived social support with life satisfaction in elderly people. Journur of behavioral sciences. 2013; 5(15):87-10.
 23. Naeinian M R, nikazin A, Shairi M R. Factor structure, Validity, and Reliability of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Iranian Adolescents. CPAP. 2014; 2 (10) :159-172.
 24. Procidano M. E. Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies, American Journal of Community Psychology 1983; 11: 1-24 <https://doi.org/10.1007/BF00898416>
 25. Fardin M A, Shirazi M. Comparing Social Support in Adolescents Interested in Different Types of Computer Games. Iran J Health Educ Health Promot. 2016; 4 (1) :65-73 <https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.65>
 26. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Soc Welfare Quarterly 2011; 10(39):85-121
 27. Poorsharifi, H., Farahmand Sabet, M. The Relationship Between Social Support and Sleep Quality with General Health in Residing Nursing House Elderly. Aging Psychology, 2015; 1(1): 31-39.
 28. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study: Azarshahr. joge. 2016; 1 (1) :40-47 <https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.1.56>
 29. seyfzadeh A. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors: a Case Study of Azarshahr City. jgn. 2015; 1 (4) :95-106.
 30. bavazin F, Sepahvandi M A. THE STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG ELDERLY PEOPLE IN CITY OF KHORRAMABAD IN 2017. Nurs Midwifery J. 2018; 15 (12) :931-938.
 31. kuhirunyaratn P, Pongpanich S, Somrongthong R, Love EJ, Chapman RS. Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2007; 38(5): 936-46
 32. amanzadeh V, Heidarzadeh M, Ashvandi KH, Lak Dizji S. The relationship between perceived social support and quality of life of Diabetic patients. Med J Tabriz Univ Med Sci 2007; 29(1): 49-54.
 33. Khalesi M. A comparative study of life quality of unemployed highly educated and non-educated women in Qom. (Dissertation). Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008.
 34. Nabavi, S., Karim-dost, R., Bahranejad, Z. The effect of social support on general health. Iranian Journal of Sociology, 2010; 10(4): 1-27.
 35. Mirzaee M. [Population and development, with an emphasis on Iran]. Tehran Population Studies and Research in Asia and the Pacific. 2005; 50 (Persian)
 36. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderly's Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. Iranian journal of ageing. 2010; 5(18):53-63. [Persian]
 37. hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. The Relationship between Loneliness and Life Satisfaction of the Elderly in Gorgan and Gonbad Cities. J Res Dev Nurs Midw. 2012; 9 (1) :61-68.