

بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان

سید عبدالحسین نبوی^۱، دکتر کریم رضادوست^۲، زهرا بهرامی نژاد^۳

چکیده: این مقاله به بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان شهر دزفول می‌پردازد. برای رسیدن به اهداف پژوهش از نظریه‌های تئوری شبکه، نظریه انسجام اجتماعی دورکهایم و مدل تاثیر مستقیم در قالب مدل برکمن-سیم استفاده شد. این تحقیق با روش پیمایشی و با کمک ابزار پرسش‌نامه در بین افراد 60 سال و بالاتر شهر دزفول در بهار 87 صورت گرفته است. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده و اطلاعات به صورت مراجعه به درب منازل افراد جمع‌آوری شد. نتایج رابطه مستقیم و مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی را نشان داد. نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره نیز نشان دهنده این است که متغیرهای شبکه اجتماع شخصی، حمایت عاطفی و پیوند قوی در بین متغیرهای شش‌گانه حمایت اجتماعی دارای بالاترین تاثیر بوده و 36 درصد از واریانس مربوط به سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته را پیش‌بینی نموده‌اند.

مفاهیم کلیدی: حمایت اجتماعی، سالمندان، سلامت عمومی.

مقدمه

افراد سالمند از نظر وضعیت سلامتی همواره جزء افراد آسیب‌پذیر جامعه بوده‌اند. از سوی دیگر افراد با ورود به دوران سالمندی با کاهش روابط اجتماعی مواجه می‌شوند. این دو موضوع یعنی سلامت و کاهش روابط اجتماعی را اپیدمیولوژیست‌ها مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهش‌گران با ارائه نظریه حمایت اجتماعی به بررسی تاثیر روابط اجتماعی بر سلامت افراد می‌پردازند. نتیجه مطالعات آن‌ها نشان داد که بین داشتن روابط اجتماعی و نداشتن آن تفاوت زیادی وجود دارد. مطالعه برکمن و سیم (1979) به‌عنوان مطالعه‌ای که سر‌آغازی برای مطالعات جدید پس از مطالعه کلاسیک دورکهایم در مورد پدیده خودکشی در حوزه تحقیقات اجتماعی-پزشکی بود، نشان داد که در ایالت آلامادا کالیفرنیا سالمندانی که دارای روابط قوی‌تری با اعضای شبکه اجتماع شخصی خود بودند در دوران 9 سال مطالعه، با وجود داشتن عارضه قلبی، یک سوم کم‌تر از دیگر افراد در معرض عوامل خطرزا که منجر به سکته قلبی می‌شد، قرار داشتند. در اغلب کشورهای که با پدیده سالمندی مواجه شده‌اند با الگو قرار دادن این بررسی، مطالعات گسترده‌ای در این زمینه انجام داده‌اند. این مطالعات، پیوندهای پیچیده و مبهم بین ویژگی‌های اجتماعی فرد و وضع سلامتی او را به شکل یک جریان تحقیقی تازه در آورد که به گفته مارک رنو (1994) شناخت توصیفی رابطه‌ها را دیگر کافی نمی‌دانست و سعی داشت با دقت بیشتر راه‌هایی را بی‌یابد که نشان دهد امر اجتماعی با امر زیستی دست‌به‌دست هم می‌دهند و بیماری را به وجود می‌آورند (آدام و کلودین، 1385: 70). مطالعه پیش‌رو نیز یکی از مطالعاتی است که با الگو قرار دادن مطالعات قبلی به بررسی تاثیر حمایت اجتماعی در سلامت عمومی سالمندان 60 ساله و بالاتر شهر دزفول

1. دانشیار دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز

2. استادیار دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز

2. کارشناسی ارشد دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی

می‌پردازد. ضمن این که با توجه به فقر مطالعاتی در ایران می‌تواند یک پژوهش پیش‌گام در این عرصه نیز باشد. از سوی دیگر می‌توان گفت توانمندسازی سالمندان از نظر سلامت عمومی می‌تواند پیامدهای مثبت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای جامعه داشته باشد و وضعیتی را برای پیران ما ایجاد نماید که متخصصان امر سالمندی از آن به‌عنوان "سالمندی مثبت" یاد می‌کنند.

پیشینه تجربی تحقیق

در خصوص رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی در جهان و ایران مطالعاتی صورت گرفته است که در بخش زیر به برخی از این مطالعات می‌پردازیم:

در ایران معتمدی شلمزاری و همکارانش (1381) مطالعه خود را تحت عنوان "بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان" در شهرکرد انجام داده‌اند. آن‌ها در مطالعه خود در پی پاسخ دادن به این پرسش بودند که آیا سالمندانی که از حمایت اجتماعی بیش‌تری برخوردار هستند از سلامت عمومی بیش‌تری برخوردارند، رضایت‌مندی بیش‌تری از زندگی داشته و هم‌چنین احساس تنهایی کم‌تری می‌کنند؟ یافته‌های آزمون که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به‌دست آمده بود نشان می‌داد که اولاً حمایت اجتماعی تأثیر معناداری بر احساس تنهایی و سلامت عمومی و رضایت‌مندی سالمندان از زندگی دارد. ثانیاً حمایت عاطفی نقش بااهمیت‌تری نسبت به حمایت ابزاری داشته است و این نقش به ویژه در میان زنان نسبت به مردان نمود بیش‌تری داشته است. در حالی که میزان همبستگی حمایت ابزاری با رضایت‌مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی برای زنان معنی‌دار نبوده است. نتایج مربوط به تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون نشان داد که رابطه سلامت عمومی با حمایت اجتماعی از سطح معناداری برخوردار بوده است ($P = <0/0$). در این پژوهش بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی نیز رابطه از سطح معناداری برخوردار بوده است ($r = .342$). اما بین حمایت ابزاری و سلامت عمومی رابطه معناداری مشاهده نمی‌شود (معتمدی شلمزاری و دیگران، 1381).

صادقی و همکارانش (1378) در تحقیقی با عنوان "تأثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان کانادایی" به بررسی نقش روابط اجتماعی بر روی سلامت سالمندان پرداختند. آزمودنی‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از فهرست افراد سه سرای سالمندان در شهر ولیفیلد در ایالت کبک و تعدادی از طریق فهرست مراجعات فردی انتخاب شدند. این پژوهش دو فرضیه را مورد آزمون قرار داد: اگر سالمندان از حمایت اجتماعی برخوردار نبوده و یا از حمایت اجتماعی در دسترس خود رضایت‌مندی نداشته باشند، علائم افسردگی در آن‌ها ظاهر خواهد شد. اگر حمایت اجتماعی از سالمندان افزایش یابد، فشار روانی کاهش می‌یابد و برعکس اگر حمایت اجتماعی از سالمندان کاهش یابد، فشار روانی افزایش می‌یابد. نتایج به‌دست آمده نشان می‌داد که بین وضعیت فشار روانی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P < .1$). علاوه بر این، در هنگام فشار روانی دسترسی به حمایت اجتماعی به‌طور اعم ($P < .1$) و رضایت‌مندی از حمایت خانواده به‌طور اخص ($P < .1$) با افسردگی

رابطه معنادار و معکوس دارد. ضرایب همبستگی پیرسون نشان می‌داد که اولاً بین منابع مختلف دسترسی به حمایت اجتماعی و نیز رضایت‌مندی از این حمایت همبستگی‌های مثبت و قوی وجود دارد. ثانیاً نتایج نشان می‌داد که بین دسترسی کلی به حمایت اجتماعی و نیز رضایت‌مندی کلی از حمایت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. ثالثاً رضایت‌مندی از حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم اما معکوس بر افسردگی دارد ($r = -.27$ و $P < .1$) که این موضوع البته به نحو معنادار ($r = -.23$ و $P < .5$) نیز در ارتباط با رضایت‌مندی از حمایت خانواده است. نتایج هم‌چنین نشان می‌داد که رابطه بین دسترسی به حمایت اجتماعی و وضعیت فشار روانی ($r = .29$ و $P < .1$) و نیز بین رضایت‌مندی از حمایت اجتماعی و وضعیت فشار روانی ($r = -.36$ و $P < .1$) از نوع مستقیم اما معکوس است. دو منبع حمایت اجتماعی خانواده ($r = .25$ و $P < .5$) و همتایان ($r = -.30$ و $P < .5$) این همبستگی را نشان می‌دهد. هم‌چنین نتایج که به وضوح نشان می‌داد که رضایت‌مندی از حمایت اجتماعی، نقش اصلی در پیش‌گیری از افسردگی دارد که این ارتباط منتج از الگوی تأثیر مستقیم است. نکته مهم در این پژوهش این بود که از آن‌جا که بیش از نیمی از آزمودنی‌ها متاهل بودند، حضور همین نوع از منبع حمایت بر میزان رضایت‌مندی از حمایت اجتماعی موثر بود (صادقی و دیگران، 1378).

"شبکه‌های اجتماعی، مقاومت میزبان و مرگ و میر" عنوان پژوهشی است که توسط برکمن و سیم (1979) در آلامادای کالیفرنیا¹ در یک دوره 9 ساله انجام شد. این پژوهش در مورد افرادی که دچار بیماری‌های قلبی و عروقی بودند، فراوانی پنج منبع حمایتی (ازدواج، خانواده، دوستان، فرایض دینی و تعلق به گروه‌های دیگر) را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که در شرایط جسمانی مشابه، اشخاصی که از پشتوانه‌های اجتماعی برخوردار بودند در طول سال‌های بعد از یک عارضه قلبی، تهدید خطر مرگ در آنان به نصف دیگران تقلیل می‌یافت و افرادی که کم‌ترین ارتباطات اجتماعی را داشتند، مرگ و میر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب دو تا سه برابر بیش‌تر از افرادی بود که بیش‌ترین روابط را دارا بودند. همین تحقیق نشان داد که جدایی و شکست در ارتباطات اجتماعی در این 9 سال بین افراد مزبور ریسک‌پذیری مرگ و میر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب را افزایش داده است (شوارترز و دیگران، 2003).

بری و همکارانش (2006) تحقیقی را با عنوان "حمایت اجتماعی و تغییر در سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی 6 ماه پس از عمل پیوند مجرای فرعی شریان اکلیلی قلب" بر روی بیماران قلبی در آمریکا انجام دادند. در این پژوهش دو بعد حمایت اجتماعی، یعنی، حمایت ابزاری و حمایت عاطفی در نظر گرفته شد. مدل پژوهش بری و همکارانش مدل حائل (فرضیه تأثیر غیر مستقیم) است و فرضیه آن‌ها عبارت بود از این‌که سطوح بالایی از هر دو نوع حمایت عاطفی و ابزاری تغییرات مثبتی را در بیماران از نظر جسمی و روحی پیش‌بینی می‌کند. نتایج آزمون‌ها نشان داد که حمایت عاطفی دریافتی برای مردان در سطح

¹ به دلیل در دسترس نبودن اصل مقاله، نتایج این پژوهش از دیگر منابع شوارترز و دیگران (2003) آورده شده است. این پژوهش به دلیل اهمیت داشتن به عنوان نقطه شروع تحقیقات نوین در رابطه بین روابط اجتماعی و سلامت به عنوان "پژوهش کلاسیک" از آن یاد می‌شود. و اغلب در تمام پژوهش‌های مرتبط از آن یاد می‌شود. چنانچه مدل کار اکثریت پژوهش‌ها، مدل بکارگرفته در همین پژوهش می‌باشد.

($p=/.0001$) و برای افراد متاهل در سطح ($p=/.0002$) معنادار بود. به علاوه، عملکرد فیزیکی با حمایت عاطفی رابطه ای در سطح ($p</.0001$) داشته است. حمایت ابزاری برای مردان در سطح معناداری ($p=/.002$) و این معناداری برای افراد متاهل در سطح ($p=/.0001$) بود. رابطه بین حمایت ابزاری و عملکرد فیزیکی نیز در سطح معناداری ($p=/.002$) و سلامت روانی در سطح ($p=/.006$) بود (بری و دیگران، 2006).

"شبکه‌های اجتماعی و سلامتی خود ارزیابی شده افراد بالای 65 سال در جامعه دو زبانه فرانسوی کانادا" نیز عنوان تحقیقی است که زونزونگیو و همکاران (2004) انجام دادند. متغیرهای این پژوهش پیوستگی اجتماعی، شبکه اجتماعی (دوستان، خانواده و فرزندان) و حمایت اجتماعی بود. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که بین وضعیت سلامتی و شبکه‌های اجتماعی همبستگی وجود دارد و وضعیت سلامتی خودارزیابی شده زمانی که افراد سطوح بالایی از انسجام اجتماعی و شبکه قوی از دوستان را دارا بودند بهتر گزارش شد. به علاوه، بین شبکه‌های خانواده و فرزندان همبستگی مثبتی با وضعیت خوب سلامتی وجود داشت. بنابراین وجود شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتر از سوی فرزندان با سلامتی بهتر همبستگی دارد (زونزونگیو و دیگران، 2004).

چنان‌که از تحقیقات مورد بحث برمی‌آید، موضوع حمایت اجتماعی و تاثیر آن بر سلامت در بعد وسیعی در تمامی جوامع مورد پژوهش مشاهده شده است. همه تحقیقات مورد مطالعه از تاثیر مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت افراد سالمند حکایت دارد. همچنین این تحقیقات تایید می‌کنند که حمایت اجتماعی در بعد ساختاری و عملکردی خود با سلامت رابطه مثبت دارد. اما آنچه اکثر این تحقیقات از آن غافل شده‌اند بررسی همزمان این دو بعد است. به گونه ای که گاه تنها به بررسی مثلا حمایت عاطفی به عنوان یکی از متغیرهای بعد کارکردی حمایت اجتماعی اکتفا شده است. به همین دلیل تحقیق پیش‌رو علاوه بر استفاده از تحقیقات موجود و طراحی فرضیه های خود بر اساس رویکردهای نظری آنان، سعی کرده است مدل خود را به گونه ای از کار برکمن - سیم (1979) اخذ نماید که دو بعد ساختاری و کارکردی حمایت اجتماعی به کار گرفته شوند و رابطه آنها در کلیت خود با سلامت عمومی مورد سنجش واقع شود تا علاوه بر نگاه به پیشینه نظری و تجربی تحقیقات موجود، راه‌گشای تحقیقات پیش‌رو نیز باشد.

مبانی نظری تحقیق

سلامت از نظر متخصصان تنها یک امر زیستی - پزشکی نیست و عوامل گوناگونی بر آن تاثیر دارند و تعامل بین این عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت افراد خواهد بود. یکی از اساسی‌ترین این عوامل، عوامل اجتماعی است که با وضعیت سلامت افراد و به ویژه افراد سالمند ارتباطی تنگاتنگ دارد. با قرار داشتن افراد سالمند در معرض آسیب‌های جدی در ارتباط با وضعیت سلامتی‌شان بین داشتن و نداشتن روابط اجتماعی تفاوت عمده وجود دارد و این موضوع عاملی تعیین کننده است. فکر تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت انسان، فکری قدیمی است. از قرن 19 میلادی، متخصصان بهداشت کم و زیادی

میزان مرگ و میر گروه‌های اجتماعی را نشان داده اند و در پی براهینی برای تحلیل اجتماعی آن بودند. توجه به شرایط محیط زندگی و آنچه که در اجتماع می‌گذشت (فقر، آب آلوده، خطرات حرفه ای...) با کشفیات پاستور کم‌تر شده بود. نظریه "سبب‌شناسی ویژه" پاستور که علت هر بیماری را نتیجه عمل یک میکروب می‌دانست توجه به دلایل اجتماعی را منحرف می‌کرد (آدام و کلودین، همان: 68). بعد از پاستور و تئوری میکروارگانیزم او، اپیدمیولوژیست‌ها¹ با این استدلال که میکروارگانیزم برای فعال شدن نیاز به محیط مناسب و میزبان مناسب دارند، الگوی تحلیل خود را از بیماری به عامل، میزبان و محیط ارائه نمودند (پوررضا و خبیری نعمتی، 1385). اما امروزه تحلیل بیماری‌ها به این سه عامل محدود نمی‌شود و شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی تحت عنوان "تعیین کننده های اجتماعی سلامت" یا عوامل موثر بر سلامت درگستره و کیفیت سلامت و بیماری بعد پرننگ‌تری پیدا کرده است. این نگرش به بیماری و سلامت در دوره‌ای ظهور کرده است که صاحب‌نظران علوم سلامت از آن به‌عنوان دوره "انتقال اپیدمیولوژیک"² یاد می‌کنند. بیماری‌های مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماری‌های مزمنی هستند که پیش‌گیری و درمان نهایی آن‌ها به متغیرهای متعدد رفتاری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است. بسیاری از بیماری‌های این دوره با بیماری‌های سالمندان انطباق دارند (پوررضا و خبیری نعمتی، 1385). جامعه‌شناسان پزشکی و سلامتی در تحلیل پدیده مذکور، نظریه حمایت اجتماعی را ارائه کرده‌اند. این نظریه، از نظریه مشهور دورکهایم گرفته شده است. بنا بر نظریه دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به‌خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به‌خاطر دیگران به‌خطر اندازد. برکمن و سیم (1979) برکمن (1984) و سیم (1979) به‌عنوان نظریه‌پردازان ایده تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیانش بیش‌تر باشد، حمایت اجتماعی بیش‌تری از او صورت می‌گیرد و به‌همین دلیل فرد کم‌تر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. این اندیشمندان بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تماس‌های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های مورد بحث و میزان دینداری فرد تاکید دارند. اندازه‌گیری همین متغیرها تحت عنوان شاخص اندازه‌گیری شبکه برکمن-سیم مشهور شد و پژوهش‌گران زیادی در پژوهش‌های خود از آن استفاده کردند؛ آن‌ها استدلال می‌کنند که هرچه شبکه اجتماعی فرد بهتر باشد، او کم‌تر در معرض بیماری قرار می‌گیرد (برکمن و سیم، 1979؛ برکمن، 1984؛ سیم، 1979؛ به نقل از عباداللهی، 1381). هم‌چنین نوع ادراک فرد از تماس‌ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او نسبت به خود و سلامتی اش دارد. این پژوهش‌گران برای تبیین چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت از دو مدل استفاده می‌کنند. مدل تاثیر مستقیم³ (کلی) و مدل تاثیر غیر مستقیم یا فرضیه حائل⁴ در برابر استرس. بر پایه مدل تاثیر مستقیم، حمایت اجتماعی صرف‌نظر از این که فرد تحت استرس باشد یا نه، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (علی-پور، 1383؛ شواتزر و دیگران، 2003؛ میازاکی و دیگران، 2005) و نداشتن حمایت اجتماعی دارای

¹.Epidemiologists

². Transition Epidemiologic

³. Direct effect model or Main effect model

⁴.Undirect effect model or Buffering hypothesis

پیامدهای منفی بر سلامتی افراد است. فرضیه اصلی این مدل عنوان می‌کند که هرچه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد به همان میزان وی از سلامتی بیش‌تری برخوردار خواهد بود، در نتیجه سلامتی و تندرستی فرد متأثر از میزان برخورداری وی از حمایت اجتماعی است (فلمینگ و بوم، 1987 به نقل از قدسی، 146). مدل تاثیر غیرمستقیم یا ضربه‌گیر نیز عنوان می‌کند حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت روانی موثر است. طبق این مدل، حمایت اجتماعی، افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند حفظ می‌کند (علی پور، 1383؛ صادقی و دیگران، 1378؛ شوارترز و دیگران، 2003). دو مدل تاثیر مستقیم و تاثیر غیر مستقیم بر پایه مطالعه دورکهایم در مورد خودکشی و نظریه های انسجام اجتماعی او و نیز تئوری شبکه اجتماعی شکل گرفته اند.

از نظر دورکهایم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است، مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را با جامعه مربوط می‌کند. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه قضیه خودکشی است. از نظر دورکهایم تفاوت‌های حاصل در میزان خودکشی با میزان انسجام اجتماعی منطبق است. میزان‌های بالای خودکشی در میان گروه‌هایی یافت می‌شود که از نظر اجتماعی منزوی‌اند و بر عکس، میزان‌های پایین خودکشی بیان‌گر گروه‌هایی از افراد است که پیوندهای قوی اجتماعی دارند. قضیه اصلی که دورکهایم در ارتباط با دو نوع کلی خودکشی مطرح می‌کند عبارت است از میزان خودکشی به نسبت معکوس با درجه همبستگی گروه‌های اجتماعی که فرد جزئی از آن است تغییر می‌کند (چلبی، 1385:67). لذا هرچه افراد از گروه‌های اجتماعی جدا شوند و پیوندها یا مشارکت‌شان در آن‌ها کم و ضعیف شود امکان وقوع خودکشی در بین این افراد بیش‌تر می‌شود. به عبارتی شدت و ضعف انسجام اجتماعی (میزان مشارکت در اجتماعات) و تنظیم اجتماعی (میزان فشار، کنترل و هدایت شونده‌گی اجتماعات بر فرد) بر نحوه خودکشی اثر می‌گذارد. مطالعات زیادی میزان انسجام اجتماعی با تصور خودکشی در افراد را در چارچوب تئوری دورکهایم مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مطالعات انسجام اجتماعی میزانی گرفته می‌شود که افراد به خانواده و اجتماع پیوند دارند و به آن‌ها نزدیک هستند. در این گونه مطالعات این میزان از پیوند و نزدیکی به‌عنوان حمایت اجتماعی به حساب می‌آید. یافته‌های مطالعات یاد شده نشان می‌دهد که هرچه افراد از خانواده و اجتماع حمایت اجتماعی بیش‌تری دریافت کرده باشند، تصور خودکشی کم‌تری را تجربه می‌کنند (لین و پیک، 1999؛ برکمن، 1995، به نقل از دنو و همکاران، 1999؛ برکمن و دیگران، 2000). به‌علاوه در این پژوهش‌ها، انسجام اجتماعی به ساختار و کمیت روابط اجتماعی مانند اندازه و تراکم شبکه‌ها و فراوانی تعامل توجه دارد.

تئوری انسجام اجتماعی دورکهایم با شکل‌گیری تئوری‌هایی که میزان جایگیری در ساختارهای اجتماع را با مزایای حمایتی آن‌ها در ارتباط قرار می‌دهند دنبال شده است. تئوری شبکه¹ از این نوع تئوری‌ها است. تفاوت اصلی تئوری دورکهایم با تئوری شبکه در واحد تحلیل آن‌هاست. در تئوری دورکهایم تحلیل در سطح کلان است و با میزان‌های اجتماعی مشخص می‌شود ولی در تئوری شبکه توجه معطوف به روابط اجتماعی، پیوندهای اجتماعی و شبکه پیوندهاست. در این تئوری به جای پرداختن به جامعه و

¹. Network theory

ساختارهای آن به صورت یک کل انتزاعی به عرصه‌های چندگانه اجتماعی که افراد در آن درگیر هستند، پرداخته می‌شود. افراد با مشارکت در این عرصه‌های چندگانه به جامعه وصل می‌شوند (چلبی، همان). در واقع بخش‌های انتزاعی جامعه - مذهب، خانواده، اقتصاد- عرصه‌های عملکرد شبکه‌های شخصی هستند. شبکه‌های اجتماعی موضوعی اساسی برای انسجام و حمایت اجتماعی هستند زیرا شبکه‌های اجتماعی تعدادی از مردم یا امکان ایجاد حمایت از افراد پیرامون هستند. پسکوسولیدو و جورجیانا (1989) نظریه خودکشی دورکهایم را براساس نظریه تحلیل شبکه تحت عنوان "نظریه خودکشی شبکه" تدوین کرده‌اند. آن‌ها می‌نویسند که نظریه شبکه امکان تفکیک تحلیلی بین ساخت پیوندها و کارکردهای آن‌ها را فراهم می‌کند. یک کارکرد بالقوه شبکه‌های اجتماعی انسجام یا استعداد فراهم کردن حمایت عاطفی و اجتماعی است (چلبی، همان: 68). تئوری شبکه با نشان دادن حوزه‌ها و عرصه‌های درگیری متعدد اجتماعی بین جایگیری افراد در آن‌ها (جایگیری ساختاری) و کارکردهایی که این نوع جایگیری‌ها دارند تفاوت قائل می‌شود به نحوی که به لحاظ تحلیلی امکان تمایز بین ساختار پیوندهای حاصل از این عرصه‌ها و کارکردشان را می‌دهد. از میان نظریه‌های توضیح داده شده در بخش نظریه‌ها برای پژوهش حاضر از دو نظریه انسجام اجتماعی و شبکه اجتماعی در قالب مدل برکمن و سیم (1979) و برکمن و دیگران (2000) با توجه مدل تاثیر مستقیم برای بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی استفاده شده است. دو نظریه یاد شده چگونگی درگیری افراد در اجتماعات و شبکه‌های اجتماع شخصی را توضیح می‌دهند. افراد جزئی از جامعه هستند که از تماس با دیگران تشکیل شده است این ارتباطات و تماس‌ها محیط ساختاری را تشکیل می‌دهند و شبکه شخصی افراد را می‌سازند که منجر به فراهم نمودن حمایت کارکردی برای افراد می‌شوند. شبکه‌های شخصی ترکیبی از همه آن‌ها (دیگران) با یک شخص (خود) است که در مرکز روابط قرار دارد. یک قسمت مهم از این شبکه شخصی شامل دیگرانی است که حمایت اجتماعی را به وجود می‌آورند و حمایت اجتماعی نیز با استرس، رفاه روانی و عاطفی، رفاه جسمانی، سلامتی و طول عمر افراد رابطه دارد (توئیس، 1982، 1983، 1982، آبس¹، 1982، ساراسون و ساراسون، 1985؛ هاوس و دیگران، 1988، لین و انسل²، 1989؛ ویپل و بویمن³، 1992 به نقل از آگنیسنس و دیگران، 2006). محققان همچنین دریافتند که حمایت اجتماعی و شبکه‌های شخصی در کل با متغیرهای دیگری مانند ویژگی‌های شخصی (ساراسون و دیگران، 1983؛ به نقل از آگنیسنس، 2006) و روش زندگی و اجتماع (آگنیسنس، 2006) ارتباط دارد. این حمایت به طور مستقیم و غیرمستقیم بسته به وجود یا عدم وجود وضعیت استرسی در افراد بر سلامت آن‌ها تاثیر می‌گذارد که به دلیل آن که فرض بنیادی پژوهش ما بر این است که حمایت اجتماعی به طور مستقیم بر سلامت عمومی افراد تاثیر می‌گذارد از مدل تاثیر مستقیم استفاده می‌شود.

¹. Abbs

². Ensel

³. Veiel & Baumann

فرضیه‌های تحقیق

در پژوهش حاضر حمایت اجتماعی دارای دو دسته عناصر ساختاری (عضویت در اجتماعات، شبکه های اجتماع شخصی و پیوندهای قوی) و عناصر کارکردی (حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی) است و مدل تحلیلی نیز بر همین اساس ترسیم شده است. بر اساس نظریه شبکه فرض بر این است که عناصر ساختاری به عنوان بستر ایجاد عناصر کارکردی حمایت اجتماعی عمل می‌کنند و بر این اساس فرضیات زیر تدوین شده است:

1- بین عضویت گروهی و ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان عضویت افراد در گروه های اجتماعی بالاتر باشد افراد حمایت بالاتری را در بعد کارکردی دریافت می‌کنند.

2- بین شبکه اجتماع شخصی و ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد. یعنی هرچه فرد از شبکه اجتماع شخصی با میزان تراکم بالاتری برخوردار باشد حمایت بالاتری را در بعد کارکردی از این شبکه دریافت می‌کنند.

3- بین داشتن پیوند قوی و ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد. یعنی هرچه فرد از پیوند قوی تری با اعضای شبکه اجتماعی خود برخوردار باشد؛ حمایت بالاتری را در بعد کارکردی از این شبکه دریافت می‌کند.

بر اساس نظریه انسجام اجتماعی دورکهایم در مورد خودکشی میان ساختار حمایت اجتماعی و سلامت رابطه وجود دارد و نظریه شبکه نیز عنوان می‌کند هرچه فرد روابط قوی تری با افراد شبکه اجتماعی خود داشته باشد از سلامت بهتری برخوردار خواهد بود؛ بر این اساس فرضیات زیر طراحی شده است:

4- بین عضویت گروهی و سلامت عمومی فرد رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان عضویت افراد در گروه های اجتماعی بالاتر باشد افراد از سلامت عمومی بهتری برخوردار هستند.

5- بین شبکه اجتماع شخصی و سلامت عمومی رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد شبکه اجتماع شخصی با میزان تراکم بالاتری را داشته باشد از سلامت عمومی بهتری برخوردار هستند.

6- بین داشتن پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماع شخصی و سلامت عمومی افراد رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد از پیوند قوی تری با اعضای شبکه اجتماعی اش برخوردار باشد؛ از سلامت عمومی بهتری برخوردار هستند.

از سوی دیگر بر اساس مفروضات نظریه های یاد شده هرچه فرد از شبکه اجتماعی خود حمایت کارکردی (حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی) بیشتری دریافت کند در وضعیت سلامت بهتری بسر خواهد برد. در پژوهش حاضر فرضیه‌های هفتم تا نهم این مدعا را به آزمون می‌برند:

7- بین حمایت ابزاری و سلامت عمومی رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد حمایت ابزاری بیشتری دریافت نماید از سلامت عمومی بهتری برخوردار خواهد بود.

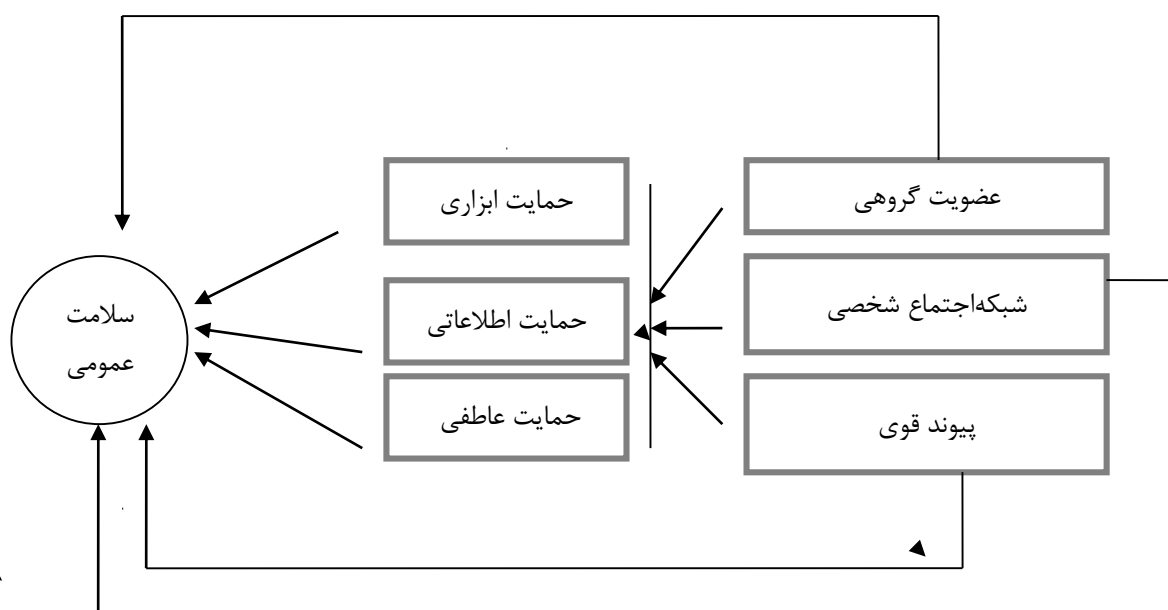
8- بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد حمایت عاطفی بیشتری دریافت نماید از سلامت عمومی بهتری برخوردار خواهد بود.

9- بین حمایت اطلاعاتی و سلامت عمومی رابطه مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه فرد حمایت اطلاعاتی بیشتری دریافت نماید از سلامت عمومی بهتری برخوردار خواهد بود.

با توجه به مباحث نظری ارائه شده در بالا و فرضیات مطرح شده مدل تحلیلی تحقیق در زیر رسم شده است:

ابعاد کارکردی

ابعاد ساختاری



روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق کمی و از نوع تحقیقات پیمایشی است که در سال 1387 خورشیدی در شهر دزفول صورت گرفته است. هدف اصلی تحقیق شناخت تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان است و برای گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جمعیت آماری کلیه افراد 60 سال و بالاتر شهر دزفول را شامل بود. بر طبق آمار بدست آمده از سوی مرکز آمار ایران جمعیت شهر دزفول در سرشماری آبان ماه سال 1385 خورشیدی "507,228" نفر می‌باشد و با توجه به همین داده‌ها سی امین شهر پر جمعیت کشور به شمار می‌آید که از این میزان تعداد "716,17" نفر معادل 7/75 درصد را افراد 60 سال و بالاتر تشکیل می‌دهند. از کل جمعیت سالمند تعداد "9691" نفر آن‌ها معادل "54/70" درصد را مردان و "8025" نفر معادل 45/30 درصد را زنان تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای است. در این روش انتخاب خوشه‌ها به اهداف پژوهش و منابع در دسترس برای مطالعه بستگی دارد. می‌توان خانواده‌ها، بلوک‌ها، مدارس، بخش‌ها و شهرها را به‌عنوان

خوشه‌ها در نظر گرفت. در این پژوهش بلوک‌ها بر اساس نقشه شهری به‌عنوان خوشه در نظر گرفته شده است. در روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ابتدا خوشه‌ها، را گزینش می‌کنیم و سپس واحدهای نمونه‌گیری را از بین خوشه‌ها، گزینش می‌کنیم. بسته به موضوع پژوهش، همه واحدهای نمونه‌گیری داخل خوشه‌ها را می‌توان برای نمونه گزینش کرد یا از بین خوشه‌ها به‌صورت تصادفی یا با استفاده از فرایند نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده گزینش نمود (فرانکفورد - ناچمیاس، 1381: 271). در پژوهش حاضر در مرحله اول انتخاب بر این اساس آگار می‌شد که پرسش‌گر به‌ضلع جنوبی بلوک مراجعه و اولین خانه را انتخاب و در صورت وجود سالمند پرسش‌نامه پر می‌شد. انتخاب پاسخ‌گویان بعدی با معیار قرار دادن خانه اول و با فاصله 3 یا 4 خانه (بر حسب حجم و تعداد خانه) از یک‌دیگر صورت می‌پذیرفت. زمانی که بعضی افراد به علت کهولت سن، بیماری، عدم تمایل شخصی یا خانوادگی و یا هر دلیل دیگر حاضر به همکاری نمی‌شدند افرادی از همان بلوک جاگزین می‌شد. پرسش‌نامه برای تمامی افراد خوانده شد و پرسش‌گر آن را پر می‌کرد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران، استفاده شده است که با جایگزین نمودن اعداد در فرمول یاد شده، جمعیت نمونه مطالعه حاضر 300 نفر تعیین شد.

روایی و پایایی متغیرهای تحقیق

با توجه به اهمیت حصول اطمینان از وسیله جمع‌آوری اطلاعات که در این تحقیق پرسش‌نامه می‌باشد، از «روایی محتوا»ی پرسش‌نامه اطمینان حاصل شده است. روایی محتوا بدین معناست که ابزار اندازه‌گیری، کلیه خصوصیات مفهومی را که شما می‌خواهید اندازه بگیرید، در بر دارد (فرانکفورد؛ ناچمیاس، همان: 236). در این تحقیق، برای حصول روایی قابل قبول، طی جلسات متعدد با کمک استاد راهنما به انتخاب معتبرترین شاخص‌های گردآوری شده از بین شاخص‌های موجود در پرسش‌نامه‌های آزمون شده قبلی، اقدام نمودیم. جهت اطمینان بیشتر، این شاخص‌ها در اختیار داوران صاحب‌نظر قرار گرفت که پس از تایید اعتبار محتوایی آنها بکار گرفته شدند.

به‌طورکلی، منظور از پایایی، حصول نتایج مشابه در تکرار اعمال قبلی است (ساروخانی، 1380: 146). برای تعیین پایایی ابزارهای اندازه‌گیری، بهترین روش به‌دست آوردن آن، آلفای کرانباخ می‌باشد. این روش برای محاسبه همابستگی درونی ابزار اندازه‌گیری خصوصاً پرسش‌نامه مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ضریب از عمومی‌ترین ضرایبی است که توسط پژوهش‌گران علوم اجتماعی برای سنجش پایایی ابزارهای مختلف جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (قاسمی، 1384: 157). در این تحقیق نیز، برای این منظور از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است و پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی صورت اولیه پرسش‌نامه، مطالعه‌ای مقدماتی انجام گرفت که هدف آن تعیین میزان پایایی پرسش‌نامه تحقیق بود. این مطالعه مقدماتی روی یک نمونه 30 نفری از سالمندان شهر دزفول به اجرا در آمد و بعد از استخراج، نمرات مربوط به هر پرسش‌نامه و وارد نمودن آن‌ها در درنرم افزار 5 / 11 - spss؛ آلفای کرونباخ برای متغیر حمایت اجتماعی (91/،) و برای متغیر سلامت عمومی (90/،) به دست آمد.

در قسمت تفسیر یافته‌ها علاوه بر آمار توصیفی از آمار استنباطی نیز استفاده شده است که در این قسمت برای به‌دست آوردن رابطه بین متغیرها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، T-Test و تحلیل رگرسیونی سو جسته ایم.

تعریف مفاهیم و عملیاتی کردن متغیرها

در این مطالعه متغیر حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل و سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است.

حمایت اجتماعی : لینزی (1988) حمایت اجتماعی، را قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگرانی که منابعی را در هنگام نیاز فراهم می‌کنند، تعریف کرده است. (به نقل از فتحی، 25:1376). در نظر نیز سارافینو (2000) نیز حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (به نقل از علی‌پور: 1383). لوچر (2005) حمایت اجتماعی را پیوند افراد با یکدیگر و فراوانی تماس با دیگران می‌داند. مولاسیوتیس و همکاران (1997) حمایت اجتماعی را به‌عنوان مبادله بین حداقل دو فرد به منظور ارتقا سلامتی گیرنده حمایت تعریف می‌کنند؛ از نظر آن‌ها حمایت اجتماعی را می‌توان به لحاظ ساختاری (وضع تاهل، اندازه شبکه حمایتی و فراوانی تعاملات اجتماعی) و یا به لحاظ کارکردی (ارائه حمایت عاطفی، عینی و اطلاعاتی) در نظر گرفت. کوب (1976) حمایت اجتماعی را مجموعه اطلاعاتی تعریف می‌کند که شخص را به این اعتقاد می‌رساند که در یک شبکه ارتباطی مورد توجه و علاقه دیگران است و از سوی آن‌ها با ارزش و محترم شمرده می‌شود و در نتیجه چنین باوری این احساس به فرد دست می‌دهد که به آن شبکه ارتباطی متعلق است. هاوس (1981) نیز حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات و اظهار نظر و ارزیابی دیگران را در برمی‌گیرد. شافر، کوبن و لازروس (1981) با تاکید بر ادراکات ذهنی فرد، حمایت اجتماعی را عبارت از ارزشیابی‌های او از این‌که تا چه حد یک تعامل یا الگوی تعاملات یا روابط برای وی سودمند است، می‌دانند. هلر (1986) نیز این مفهوم را فعالیتی اجتماعی می‌داند که از طریق آن حرمت ذات فرد در یک رابطه بین شخصی تقویت شده و فرد از طریق کمک‌هایی که از دیگران دریافت می‌کند (عاطفی، شناختی و ابزاری) در برابر فشار روانی محافظت می‌شود (به نقل از رستگار خالد، 1384: 136-137). از نظر توییتس (1985) نیز حمایت اجتماعی اساساً اشاره دارد به تماس‌های اجتماعی با دیگران که موجب مبادله حمایت عاطفی _ روانی، اطلاعاتی و ابزاری می‌شود. بنابراین حمایت اجتماعی توضیحی چند بعدی دارد (هاوس، 1981؛ توییتس، 1982؛ وان درپل، 1993؛ به نقل از آگنیسیس، 2006). در یک جمع‌بندی حمایت اجتماعی در این پژوهش مطابق با همه تعاریفی که به نقل از پژوهش‌گران مختلف از این مفهوم داده‌اند و در تعریف هاوس و کان (1985) به ساده‌ترین صورت بیان شده است، مورد توجه است. در این تعریف "حمایت اجتماعی به

کمکی که دیگران مهم فراهم می‌آورند" گفته می‌شود. در این پژوهش حمایت اجتماعی هم‌چنین دارای دو بعد ساختاری و کارکردی در نظر گرفته شده است.

بعد ساختاری حمایت اجتماعی: مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت اشاره دارد و به‌عنوان وجود ارتباطات اساسی و اولیه تعریف می‌گردد (برکمن، 1985 به نقل از گانستر و ویکتور، 1988). وضعیت زناشویی، عضویت در سازمان‌ها، نقش‌ها، دلبستگی‌ها و سایر ویژگی‌های شبکه ارتباطی مانند تعداد افراد و همخوانی پیوندها از نشانه‌های حمایت اجتماعی ساختاری هستند (برکمن و هال به نقل از گانستر و ویکتور، 1988). ابعاد ساختاری حمایت اجتماعی بر اساس مدل برکمن سه بعد عضویت در اجتماعات¹، شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی را در برمی‌گیرد.

عضویت در اجتماعات به بررسی عضویت افراد در انجمن‌ها و گروه‌های داوطلبانه می‌پردازد و شاخص اندازه‌گیری این متغیر در مدل برکمن بر همین اساس است. در مطالعه حاضر نیز متغیر عضویت در اجتماعات با تعداد عضویت‌هایی که فرد در گروه‌های اجتماعی مانند دسته‌های مذهبی، انجمن مرتبط با شغل و کار مثل انجمن صنفی و حرفه، گروه مدنی، گروه محله، گروه هم سابقه و گروه فامیلی دارد، که با 6 گویه سنجش می‌شود. نمره این متغیر از جمع تعداد عضویت‌های فرد به دست می‌آید.

- گروه مرتبط با مسجد یا دسته‌های مذهبی مثل هیئت امنای مسجد، هیئت‌های مذهبی و گروه و قرائت قرآن.
- انجمن مرتبط با شغل و کار مثل انجمن صنفی و حرفه (مثل کانون بازنشستگان).
- گروه مدنی مثل انجمن اولیاء و مربیان (برای افراد دارای فرزند زیر 18 سال). گروه خیریه یا گروه امدادی.
- گروه محله مثل گروه‌های دوستی در محله.
- گروه هم سابقه مثل افراد هم مدرسه‌ای، هم دانشگاهی یا هم سربازی.
- گروه فامیلی مثل افراد فامیلی که به شکل یک گروه به‌طور مداوم، و مشترک مهمانی می‌دهند، مسافرت می‌روند و سایر فعالیت‌های مشترک انجام می‌دهند.

شبکه‌های اجتماع شخصی ترکیب، ساختار و محتوای پیوند با دوستان، خویشاوندان، همسایگان و آشنایان را در هر کجا که باشند در نظر می‌گیرد (ولمن و گولیا، 1999). اندازه (تعداد افراد شبکه)، تراکم (نشان دهنده نسبت روابط موجود به روابط ممکن شخص با دیگران است)، محدودیت (درجه‌ای از تعریفی که پایه‌ای است برای ساختار هر گروه مانند گروه کاری، خویشاوندی و همسایگی)، همانندی (وجود افرادی در شبکه که به هم شبیه هستند)، چندگانگی پیوندها (وجود تعدادی از انواع مراوده یا حمایت جاری در میان مجموعه پیوندها که هم سطح یا متقابل هستند)، تداوم (مدت زمانی که افراد همدیگر را می‌شناسند) و عمل متقابل (وجود مبادله یا مراوده میان افراد) شاخص‌هایی هستند که در مدل برکمن برای سنجش شبکه اجتماعی می‌توان بکار برد، اما در عمل اغلب محققان دو شاخص اندازه و تراکم شبکه را مورد استفاده قرار می‌دهند (برکمن و همکاران؛ 2000). پاسخ‌گویان در پژوهش هیرسچ² (1979، 1980) با عنوان رابطه بین شبکه رسمی (تراکم به‌عنوان شاخص) و نتایج سلامتی (در بعد سلامت روانی)، دیگران مهم یعنی آن‌هایی که هر دو هفته یک‌بار با آن‌ها در ارتباط بودند تا بیست

¹. Communities

². Hirsch

نفر را لیست کردند و در آن به خویشاوندان و دوستانشان اشاره کردند. تراکم هم‌چنین از تقسیم تعداد پیوندهای فعال در میان افراد شبکه بر پیوندهای بالقوه به‌دست می‌آید (به نقل از برکمن و دیگران، همان). در پژوهش حاضر از میان شاخص‌های سنجش شبکه اجتماع شخصی از شاخص تراکم شبکه استفاده می‌شود. نمره تراکم شبکه اجتماع شخصی بر اساس فرمول زیر به‌دست می‌آید:

پیوندهای موجود / پیوندهای فعال = تراکم شبکه . دامنه تغییر نمره در این فرمول بین صفر تا یک است. افراد با بالاترین میزان تراکم شبکه‌ای نمره یک و افراد دارای پایین‌ترین میزان تراکم شبکه‌ای، نمره صفر دریافت می‌کنند.

- درکل ، چند نفر از خویشاوندان (خودتان و همسرتان) وجود دارد که شما با آنها رابطه نزدیک دارید؟ (پیوند موجود)

- چه تعداد از این خویشاوندان را در کم‌تر از یک‌ماه یک‌بار می‌بینید یا تماس تلفنی دارید؟ (پیوند فعال)

- در کل چند دوست نزدیک دارید؟ (پیوند موجود)

- چه تعداد از این دوستان را در کم‌تر از یک‌ماه یک‌بار می‌بینید یا تماس تلفنی دارید؟ (پیوند فعال)

- در کل با چند نفر از افراد انجمن یا گروه‌هایی که عضو آن هستید ارتباط دارید؟ (پیوند موجود)

- چه تعداد از این افراد را در کم‌تر از یک‌ماه یک‌بار می‌بینید یا تماس تلفنی دارید؟ (پیوند فعال)

پیوند قوی: پیوند قوی سومین بعد از ابعاد ساختاری حمایت اجتماعی و یکی از مهم‌ترین مفاهیم تحلیل در شبکه اجتماع شخصی است. از نظر مفهومی به میزان شدتی که در ارتباط فرد با دیگران مهم وجود دارد، گفته می‌شود. میزان شدت را محققان با توجه به چهار شاخص نزدیکی، دوام و فراوانی، وسعت و اعتماد متقابل که از ویژگی‌های یک پیوند قوی هستند، تعریف می‌کنند (گرانووتر، 1974 به نقل از پتروسکی¹ و دیگران، 2006). در تحقیقات برای سنجش مفهوم پیوند قوی می‌توان ترکیبی از چهار شاخص یاد شده و یا بعضی از آنها و یا به تنهایی از یکی از آنها استفاده کرد. در پژوهش حاضر برای سنجش این مفهوم از شاخص فراوانی تماس در قالب 7 گویه استفاده شده است که نمره آن از جمع تعداد تماس‌های ماهانه فرد با دیگران مهم به‌دست می‌آید.

- در طی یک ماه چند بار با دخترتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با پسرتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با خواهرتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با برادرتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با خویشاوندتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با دوستتان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

- در طی یک ماه چند بار با عضو هم‌انجمنی یا هم‌گروهی‌تان تماس دارید؟ (تماس رودررو یا تلفنی)

بعد کارکردی حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی کارکردی² جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد. اغلب پژوهش‌گران برای حمایت اجتماعی کارکردی سه بعد ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی در نظر گرفته‌اند (لوچر و دیگران، 2005؛ ویس، 1974 به نقل از برکمن، 2000). در پژوهش

¹. Petrczi

⁵. Funactional social support

حاضر نیز با استفاده از نظریات یاد شده، سه بعد عملکردی (کارکردی) حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی ملاک عمل قرار گرفته و مورد سنجش واقع می‌شوند.

حمایت اجتماعی عاطفی عبارت است از دسترسی فرد به حمایت روانی زمانی که بدان نیاز دارد (صادقی و همکاران، 2000)، مانند دریافت اطمینان خاطر (شوارتزر و دیگران، 2003)، ایجاد نوعی رابطه صمیمی همراه با محبت (معمدی شلمزاری و همکاران، 1381)، دوست داشتن و مراقبت کردن (برکمن و همکاران، 2000). در مطالعه پیش‌رو برای سنجش حمایت عاطفی از سه گویه استفاده شده است.

- زمانی که نیاز به ابراز عشق و محبت داشتید، کسی به شما این احساس را ابراز نموده است؟
- زمانی که نیاز به یک هم صحبت داشتید، کسی با شما هم صحبت می‌شد؟
- زمانی که در مورد مسائل شخصی‌تان نگرانی و دلوپسی داشتید آیا کسی به شما دلداری می‌داد؟

حمایت اجتماعی ابزاری عبارت است از دسترسی به منابع مالی و خدماتی (صادقی و همکاران، 2000) زمانی که فرد بدان‌ها نیاز دارد، هم‌چنین به دریافت کمک مالی و کاری از دیگران گفته می‌شود (هاوس، 1981 به نقل از برکمن و دیگران، 2000). در مطالعه پیش‌رو برای سنجش حمایت ابزاری از سه گویه استفاده شده است.

- زمانی که در انجام کارهای منزل (تعمیر وسایل کوچک، غذا درست کردن) نیاز به کمک داشتید، کسی وجود داشت که به شما کمک کند؟
- زمانی که بیمار بودید یا وقت لازم را نداشتید کسی بود که خرید وسایل مورد نیاز یا پرداخت فیش‌های (آب، برق، تلفن، گاز) یا کارهایی مانند این‌ها را برای شما انجام دهد؟
- زمانی که توانایی مالی نداشتید کسی وجود داشت که نیازهای مالی شما را رفع نماید؟ (قرض بدهد یا بدون توقع بازگشت کمکش، کمک کند یا مثلاً به جای شما چک بدهد یا ضامن شود)؟

حمایت اجتماعی اطلاعاتی عبارت است از دسترسی به اطلاعات زمانی که فرد به آن‌ها نیاز دارد (صادقی و همکاران، 2000)، مانند دریافت مشاوره و راهنمایی (شوارتزر و دیگران، 2003). برای سنجش حمایت اطلاعاتی از دو گویه استفاده شده است.

- زمانی که به یک پزشک خوب نیاز داشتید یا برای یک امر شغلی یا خانوادگی نیاز به راهنمایی داشتید کسی به شما کمک کرده است؟
- زمانی که در وضعیت بحرانی گرفتار می‌شدید کسی وجود داشت که برای تصمیم‌گیری به شما کمک کند؟

نمره هریک از این سه نوع حمایت کارکردی از جمع حمایت دریافتی از پنج منبع حمایتی (همسر، فرزندان هم‌خانه، فرزندان جدا از محل زندگی، دوستان و خویشاوندان) به دست می‌آید.

سلامت عمومی (متغیر وابسته): بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی¹ به برخورداری از رفاه کامل جسمی، روحی، معنوی، رضایت‌مندی اجتماعی و نه تنها نبودن نقص عضو یا بیماری گفته می‌شود (WHO).

¹. Public health

شیوه عملیاتی نمودن سلامت عمومی

همانگونه که در تعریف مفهومی سلامت عمومی در بالا آمده است، سلامت عمومی دارای سه بعد است که در پژوهش حاضر نیز این سه بعد تحت عنوان عملکرد جسمانی، عملکرد روانی-ذهنی (اضطراب، افسردگی) و عملکرد اجتماعی عملیاتی می‌شود و برای سنجش آن از فرم 28 سوالی نسخه دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران استفاده شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q) آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به منظور بررسی اختلالات غیر روان گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته کننده در زندگی استفاده شود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان برای سرنوشت کردن افراد در شرایط حاد استفاده نمود. پرسش‌نامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ (1972) تنظیم شد (تقوی، 1382). پرسش‌نامه اصلی دارای 60 سوال است. اما فرم‌های کوتاه شده 30 سوالی، 28 سوالی و 12 سوالی در مطالعات مختلف استفاده شده است. پرسش‌نامه با سوال‌های مربوط به علایم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سوال‌هایی که بیش‌تر علایم روان‌پزشکی را مطرح می‌کنند ارائه می‌شود. محققان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی با توجه به پژوهش خود در شهر تهران نتیجه گرفتند که نوع ایرانی فرم 28 سوالی G.H.Q از پایایی و روایی مناسبی برای مطالعات غربالگری و بالینی به‌ویژه در مناطق شهری برخوردار است (ملکوتی و همکاران، همان) و ما نیز در تحقیق خود برای به سنجش بردن مفهوم سلامت عمومی از این نسخه سود جستیم. تمام گویه‌های پرسش‌نامه دارای چهار گزینه هستند و در پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری (0، 1، 2، 3) استفاده شده و لذا دریافت نمره بالاتر بیان‌گر سلامت عمومی بهتر فرد است.

بعد روانی و ذهنی (افسردگی و اضطراب) : سلامت روانی و ذهنی به توانایی پاسخ‌گویی به تجربیات گوناگون با انعطاف پذیری و داشتن هدف مشخص و به‌عبارتی یعنی توانایی فکر کردن به‌طور شفاف گفته می‌شود (کرد زنگنه، همان). برای سنجش این بعد از سلامت عمومی 18 گویه (8 پرسش در خصوص افسردگی، 10 گویه در خصوص اضطراب) گویه به‌کار گرفته شده است.

گویه های سنجش اضطراب:

- از یک ماه گذشته تا به امروز درمورد سلامتی خود چه احساس داشته‌اید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز شب‌ها وسط خواب بیدار می‌شوید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دایماً تحت فشار هستید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده‌اید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده‌ای هراسان یا وحشت‌زده شده‌اید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمام مدت عصبانی هستید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که برای انجام کارهایتان بیش از حد معمول وقت صرف نمایید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده که بخواهید به زندگی‌تان خاتمه دهید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟

گویه های سنجش افسردگی:

- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملاً نا امید کننده است؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می شدید؟

بعد عملکرد جسمانی : بعد جسمانی موثر بودن و کارایی بدن انسان را در نظر دارد؛ به عبارت دیگر ثبات فیزیکی که به معنای عملکرد کامل بدن است (کرد زنگنه: 1385، 20). برای سنجش این بعد از سلامت عمومی 6 پرسش به کار گرفته شده است.

- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را سرگرم و مشغول نگه دارید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به طور کلی احساس کرده اید که کارها را به خوبی انجام می دهید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده دارید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیت های روزمره زندگی لذت ببرید؟

بعد اجتماعی: بعد اجتماعی سلامت عمومی به هماهنگی و کنش متقابل بین فرد با افراد دیگر و جهانی که در آن زندگی می کند، توجه دارد (کرد زنگنه، همان). برای سنجش این بعد از سلامت عمومی 4 پرسش به کار گرفته شده است.

- آیا از یک ماه گذشته تا کنون احساس کرده اید به داروی تقویتی نیاز دارید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا کنون احساس سردرد داشته اید؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا این که فشاری به سرتان وارد می شود؟
- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ یا سرد می شود؟

متغیرهای جمعیت شناختی

در پژوهش حاضر سن، وضعیت تاهل، جنسیت و پایگاه اجتماعی به عنوان متغیرهای جمعیت شناختی مورد سنجش قرار گرفته اند. پایگاه اجتماعی به موقعیت و اعتبار فرد در جامعه، با توجه به موقعیت مالی و موقعیت اجتماعی وی گفته می شود. از نظر آلن بیرو نیز جایی که یک فرد خاص در نظامی مخصوص و در زمانی معین اشغال می کند، پایگاه او در برابر این نظام خوانده می شود (بیرو، 1375: 381) در این پژوهش پایگاه اجتماعی فرد در دو بعد ذهنی و عینی مورد سنجش قرار گرفته است. بعد عینی پایگاه اجتماعی وضعیت موجود و واقعی فرد را می سنجد. در مطالعه پیش رو برای سنجش پایگاه اجتماعی شاخص میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت مسکن، وضعیت اشتغال و نوع شغل مورد پرسش قرار گرفته است. برای به دست آوردن نمره پایگاه اجتماعی به هر یک از پرسش ها (میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، عنوان دقیق شغل، درآمد خانواده و وضعیت مسکن) یک نمره جداگانه داده شد و از جمع این نمره ها، نمره پایگاه در بعد عینی به دست آمد. بعد ذهنی موقعیت اجتماعی فرد با توجه به تصویر ذهنی

است که از خود دارد. در مطالعاتی که پایگاه اجتماعی را در کار خود مورد استفاده قرار داده اند برای سنجش بعد ذهنی^۱ آن به یک پرسش اکتفا کرده اند. این پژوهشگران از افراد مورد مطالعه خود پرسیده‌اند "اگر مردم را به سه طبقه اقتصادی "بالا"، "متوسط" و "پایین" تقسیم بندی کنیم، شما خود را در کدام گروه قرار می‌دهید". به نظر می‌رسد پرسش مذکور از عمق کافی برای سنجش مفهوم مورد نظر برخوردار نیست. با توجه به این واقعیت در مطالعه حاضر سعی شد از پرسش‌هایی که با عمق بیشتر تصور فرد از وضعیت خودش را می‌سنجد این بعد عملیاتی شود:

- فکر می‌کنید در آمد شما به چه میزان برای هزینه زندگی‌تان کفایت می‌کند؟
- اگر شما مالک مسکن هستید، قیمت مسکن خود را چگونه ارزش گذاری می‌کنید؟
- اگر با سواد هستید، فکر می‌کنید مردم جامعه سطح تحصیلات شما را چگونه ارزش گذاری می‌کند؟
- اگر شما شاغل هستید، فکر می‌کنید جامعه فعالیت شغلی شما را چگونه ارزش گذاری می‌کند؟
- اگر شما مالک مسکن نیستید، توانایی مالی خود را برای خرید مسکن در چه حد می‌دانید؟

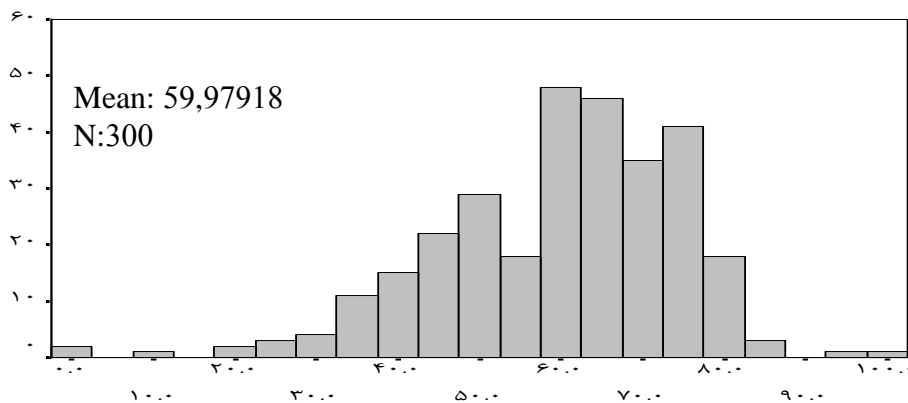
یافته های تحقیق

یافته های توصیفی

در این تحقیق، میانگین سنی افراد 72.5 سال، حداقل سن 60 و حداکثر آن 86 است. 47.33 درصد زن و 52.66 درصد نیز مرد بوده اند. از نظر میزان تحصیلات 48 درصد بی‌سواد، 6.3 درصد در حد خواندن و نوشتن، 22 درصد ابتدایی، 7 درصد راهنمایی، 13 درصد دیپلم، 2.3 درصد فوق دیپلم و 1.3 درصد نیز مدرک لیسانس و بالاتر داشتند. از نظر وضعیت تاهل 30 درصد بیوه (بدون همسر) و 70 درصد متاهل (دارای همسر) بودند. بیشترین فراوانی از نظر جنسیتی در گروه بیوه شده‌ها مربوط به زنان می‌شد که علت تفاوت به احتمال به شانس بالاتر مردان برای ازدواج مجدد برمی‌گشت. از نظر اشتغال 46 درصد بی‌کار، 32 درصد شاغل، 16.3 درصد بازنشسته و 5.7 درصد نیز از کارافتاده هستند. از نظر وضعیت درآمد میانگین درآمد افراد 417.404 هزار تومان می‌باشد. درآمد مردان عمدتاً از حقوق بازنشستگی، مستمری، سود پس‌انداز، اشتغال کنونی - عمدتاً شغل آزاد - و زنان اغلب از حقوق بازنشستگی و مستمری شوهرانشان به دست می‌آمد.

یافته‌ها براساس وضعیت پاسخ‌گویان از نظر سلامت عمومی نشان می‌داد که میانگین سلامت عمومی 59.97918، انحراف استاندارد 14.9791 و واریانس آن 224.3759 می‌باشد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره 84 بوده است. یافته‌ها همچنین نشان داد که میانگین سلامت عمومی برای مردان 62.9012 و برای زنان 56.3507 است.

² . به دلیل این‌که بعد ذهنی در مطالعات اندکی مورد مطالعه و سنجش قرار گرفته است، به نظر می‌رسید در این‌جا نیاز به توضیح بیشتری وجود داشت. بعد ذهنی در مطالعه حاضر توسط آقای دکتر سید عبدالحسین نبوی عملیاتی شده است.



توزیع فراوانی افراد براساس وضعیت سلامت عمومی

آزمون فرضیه های تحقیق

جدول (1) نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «عضویت در اجتماعات» شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی به عنوان سه بعد ساختاری حمایت اجتماعی با حمایت کارکردی را نشان می دهد با توجه به این جدول بین دو متغیر عضویت در اجتماعات و حمایت کارکردی رابطه معنی داری وجود ندارد. ضریب همبستگی به دست آمده (0/108) و سطح معنی داری آن (0/161) است که نشان دهنده عدم رابطه بین این دو متغیر می باشد و لذا این فرضیه رد می شود. در خصوص رابطه بین شبکه اجتماع شخصی و حمایت کارکردی با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده (0/29) و سطح معناداری بین این دو متغیر (0/000) نتایج حاکی از این است که بین دو متغیر رابطه معنادار و مثبت وجود دارد و فرضیه مذکور تایید می شود. بررسی جدول یاد شده هم چنین نشان می دهد که بین متغیر پیوند قوی و حمایت کارکردی با توجه به ضریب همبستگی (0/385) و سطح معناداری (0/000) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و فرضیه یاد شده تایید می شود.

جدول (1): نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی» با «حمایت کارکردی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
عضویت در اجتماعات	0/108	0/161
شبکه اجتماع شخصی	0/289	0/000
پیوند قوی	0/385	0/000

جدول شماره (2) نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سه متغیر «عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی» با سلامت عمومی را نشان می دهد. پیش فرض اولیه ما این بود که افرادی در اجتماعات (گروه ها و انجمن های داوطلبانه مانند گروه های دوستی و فامیلی، خیریه) عضویت داشته دارند به احتمال از سلامت عمومی بالاتری نسبت به افرادی که هیچ گونه عضویت یا عضویت پایین داشته-

اند، برخوردار هستند؛ اما، نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین این دو متغیر (0/001) و سطح معناداری آن (0/856) است و این نتایج نشان دهنده آن بود که این فرضیه رد می‌شود. در خصوص رابطه مابین شبکه اجتماع شخصی و سلامت عمومی نیز پیش فرض اولیه ما این بود که افرادی که دارای تراکم بالاتری در شبکه اجتماع شخصی خود هستند به احتمال از سلامت عمومی بالاتری نسبت به افرادی که فاقد این تراکم شبکه ای هستند، برخوردار خواهند بود. نتایج ضریب همبستگی (0/364) و سطح معناداری (0/000) به دست آمده برای رابطه بین دو متغیر نشان داد که این نتایج نشان دهنده وجود رابطه مستقیم و مثبت بین دو متغیر است و تایید کننده فرضیه تحقیق است. هم‌چنین برای رابطه بین متغیر پیوند قوی و سلامت عمومی ما این پیش فرض اولیه را مطرح کردیم که افراد دارای پیوند قوی تر با افراد شبکه اجتماع شخصی خود به احتمال دارای سلامت عمومی بالاتری نسبت به افراد فاقد چنین پیوندی می‌باشند. نتایج آزمون ضریب همبستگی را در سطح (0/483) با سطح معناداری (0/000) را نشان می‌داد که این موضوع پیش فرض اولیه مطالعه را مورد تایید قرار داده و تاکید می‌کند که متغیر پیوند قوی با سلامت عمومی دارای رابطه مستقیم و مثبت است.

جدول (2): همبستگی بین متغیرهای متغیرهای «عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی» با «سلامت عمومی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
عضویت در اجتماعات	0/001	0/856
شبکه اجتماع شخصی	0/364	0/000
پیوند قوی	0/483	0/000

جدول شماره (3) نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون را در خصوص رابطه بین حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی با سلامت عمومی نشان می‌دهد. ضریب همبستگی به دست آمده برای حمایت ابزاری و سلامت عمومی مقدار (0/179) با سطح معناداری (0/002) است. نتایج به دست آمده بیان گر آن است بین دو متغیر حمایت ابزاری و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. هم‌چنین ضریب به دست آمده برای ارتباط میان حمایت اطلاعاتی با سلامت عمومی مقدار (0/278) با سطح معناداری (0/000) را نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده بیان گر آن است بین دو متغیر حمایت اطلاعاتی و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. ضریب همبستگی به دست آمده برای ارتباط مابین حمایت عاطفی با سلامت عمومی نیز مقدار (0/446) و سطح معناداری (0/000) را نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده بیان گر آن است بین دو متغیر حمایت عاطفی و سلامت عمومی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد.

جدول (3): همبستگی بین متغیرهای «حمایت کارکردی» و «سلامت عمومی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
حمایت ابزاری	0/179	0/002
حمایت اطلاعاتی	0/278	0/000
حمایت عاطفی	0/446	0/000

آزمون متغیر وابسته (سلامت عمومی) با متغیرهای جمعیت شناختی (سن - تاهل)

- ارتباط بین جنس و سلامت عمومی

از آنجا که متغیر جنس اسمی و متغیر سلامت عمومی به صورت فاصله‌ای می‌باشد، مناسب‌ترین آزمون برای بررسی رابطه میان این دو متغیر آزمون T-Test با دو نمونه مستقل می‌باشد. لذا در این پژوهش نیز برای بررسی تفاوت میانگین زنان و مردان در برخورداری از سلامت عمومی، از آزمون T مستقل استفاده نمودیم. همان‌گونه که در جدول شماره (4) نیز مشاهده می‌شود T به دست آمده در واریانس‌های برابر، $T = 2/839$ محاسبه گردیده است. و از آنجائی که سطح معنی‌داری به دست آمده با سطح معنی‌داری مورد نظر، ($\alpha = 0/05$) برابر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های پژوهش حاضر، بین متغیر جنس و سلامت عمومی رابطه معنی‌دار و مثبت را نشان می‌دهند.

جدول (4): نتایج آزمون T، رابطه بین متغیر وضعیت جنس با متغیر سلامت عمومی

جنس	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T مقدار	سطح معناداری
زن	142	56.3507	4/378	2/839	0/005
مرد	158	62.9012	5/475		

رابطه بین وضعیت تاهل با سلامت عمومی

با توجه به اینکه پاسخگویان در دو طبقه مجرد و متأهل طبقه بندی شده اند و این متغیر یک متغیر اسمی مقوله ای است و متغیر سلامت عمومی به صورت فاصله‌ای سنجیده شده است، بهترین شاخص آماری برای آزمون این فرضیه، مقایسه میانگین‌های این دو متغیر و آزمون t می‌باشد. همان‌گونه که در جدول شماره (5) نیز مشاهده می‌شود مقدار T به دست آمده در واریانس‌های برابر، $T = 2/307$ محاسبه گردیده است و از آنجائی که سطح معنی‌داری T از سطح معنی‌داری مورد نظر، ($\alpha = 0/05$) کمتر است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های پژوهش حاضر، بین متغیر وضعیت تاهل و سلامت عمومی رابطه معنی‌دار و مثبت را نشان می‌دهند.

جدول (5): نتایج آزمون T، رابطه بین متغیر تاهل با متغیر سلامت عمومی

وضعیت تاهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T مقدار	سطح معناداری
دارای همسر	210	63.2476	4/478	2/307	0/000
بدون همسر	90	52.0488	3/234		

جدول (6) نشان دهنده رابطه بین پایگاه اجتماعی در دو بعد عینی و ذهنی با سلامت عمومی است. برای سنجش رابطه بین متغیر در هر دو بعد با سلامت عمومی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده کردیم. در بعد عینی ضریب همبستگی به دست آمده (0/316) با سطح معناداری (0/000) است. در بعد ذهنی نیز ضریب همبستگی به دست آمده (0/365) با سطح معناداری (0/000) است. بنابراین براساس سطح معناداری به دست آمده فرضیه صفر به معنای عدم رابطه بین متغیر پایگاه اجتماعی در دو بعد عینی و ذهنی آن با سلامت عمومی رد می شود و فرضیه محقق یعنی فرض وجود رابطه معنادار و مثبت بین این دو متغیر تایید می شود.

جدول (6): نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای «طبقه اجتماعی عینی و ذهنی» و «سلامت عمومی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
پایگاه اجتماعی - اقتصادی عینی	0/316	0/000
پایگاه اجتماعی - اقتصادی ذهنی	0/365	0/000

ضرایب همبستگی تفکیکی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

برای روشن شدن این نکته که آیا در روابط دیده شده میان متغیرهای مستقل و متغیر وابسته، همان روابط مورد نظر است، لازم است تا جهت خالص سازی رابطه یک متغیر مستقل و متغیر وابسته دیگر متغیرهای مستقل ثابت نگه داشته شدند و از آنجایی که این تحقیق از نوع تحقیق‌های بعد از واقعه (شبه آزمایشی) است، از کنترل آماری استفاده می‌شود. ضریب همبستگی تفکیکی بین متغیر عضویت در اجتماعات و سلامت عمومی از $r=0/011$ با کنترل دو بعد دیگر ابعاد ساختار حمایت اجتماعی یعنی شبکه اجتماعی شخصی و پیوند قوی به $r=0/023$ با سطح معنی داری 0/968 رسید. بنابراین ضریب همبستگی پیرسون، زمانی که اثر متغیرهای مستقل دیگر بر روی عضویت در اجتماعات کنترل می‌شود، همچنان معنی دار نمی‌باشد.

همبستگی تفکیکی بین متغیر شبکه اجتماع شخصی و سلامت عمومی از $r=0/364$ با کنترل متغیر عضویت در اجتماعات و پیوند قوی به $r=0/250$ با سطح معنی داری $0/000$ رسید. هنگامی هر یک از این دو متغیر را جداگانه کنترل بگیریم؛ با کنترل متغیر عضویت در اجتماعات تغییری در ضریب همبستگی بین شبکه اجتماع شخصی و سلامت عمومی دیده نمی‌شود؛ اما هنگامی که پیوند قوی را کنترل بگیریم ضریب همبستگی به $r=0/250$ با سطح معنی داری $0/000$ می‌رسد که نشان دهنده حضور موثر متغیر پیوند قوی در رابطه بین دو متغیر شبکه اجتماع شخصی با سلامت عمومی است.

همبستگی تفکیکی بین متغیر پیوند قوی و سلامت عمومی از $r=0/488$ با کنترل دو متغیر عضویت در اجتماعات و شبکه اجتماع شخصی به $0/421$ با سطح معنی داری $0/000$ می‌رسد. این بدان معنی است، که رابطه متغیر پیوند قوی و سلامت عمومی با کنترل دو متغیر دیگر در میزان همبستگی آن با سلامت عمومی تغییر اندکی (0.6 واحد) ایجاد شده و در همان سطح معنی داری $0/000$ باقی می‌ماند.

همبستگی تفکیکی بین متغیر حمایت ابزاری و سلامت عمومی از $r=0/179$ با کنترل دو حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی به $r=0/029$ با سطح معنی داری $0/629$ می‌رسد. این بدان معنی است، که رابطه متغیر حمایت ابزاری با سلامت عمومی زمانی که دو متغیر حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی کنترل می‌شوند معنی دار نیست. در این میان حمایت عاطفی بیش‌ترین تاثیر را دارد؛ به طوری که با کنترل این متغیر به تنهایی ضریب همبستگی بین حمایت ابزاری و سلامت از $0/179$ به $0/056$ با سطح معنی داری $0/334$ می‌رسد؛ اما با کنترل حمایت اطلاعاتی به تنهایی کاهش اندکی داشته و به $0/121$ با سطح معنی داری $0/037$ می‌رسد و رابطه دو متغیر حمایت ابزاری و سلامت عمومی همچنان معنی دار باقی می‌ماند.

همبستگی تفکیکی بین متغیر حمایت اطلاعاتی و سلامت عمومی از $r=0/278$ با کنترل دو متغیر حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی به $r=0/106$ با سطح معنی داری $0/080$ تقلیل می‌یابد؛ این بدان معنی است، که رابطه متغیر حمایت اطلاعاتی با سلامت عمومی زمانی که دو متغیر حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی کنترل می‌شوند معنی دار نیست. در این جا نیز حمایت عاطفی بیش‌ترین تاثیر را دارد؛ به طوری که با کنترل این متغیر به تنهایی ضریب همبستگی از $0/278$ به $0/112$ با سطح معنی داری $0/053$ می‌رسد اما کنترل حمایت ابزاری به تنهایی به $0/221$ با سطح معنی داری $0/000$ تقلیل می‌یابد.

همبستگی تفکیکی بین متغیر حمایت عاطفی و سلامت عمومی از $0/446$ با کنترل دو حمایت اجتماعی ابزاری و حمایت اطلاعاتی به $0/431$ با سطح معنی داری $0/000$ تقلیل می‌یابد؛ این بدان معنی است، که رابطه متغیر حمایت اجتماعی عاطفی با کنترل دو متغیر حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی علاوه بر آن که در سطح معنی داری $0/000$ باقی می‌ماند، تنها $0/015$ واحد تغییر می‌کند.

یافته ها و تحلیل های رگرسیون چند متغیره

در آزمون رگرسیون چند متغیره جهت پیش بینی تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت عمومي سالمندان، متغيرهایی شش گانه حمايت اجتماعي به عنوان متغیر مستقل و سلامت عمومي به عنوان متغیر وابسته به روش گام به گام وارد معادله شدند. به طور کلی از شش متغیر فقط سه متغیر وارد معادل، و بقیه از معادله حذف شدند. متغیرها طی سه مرحله وارد معادله شدند. همان طور که جدول (7) نشان می دهد، اولین متغیری که وارد معادله شده، حمايت عاطفي است. در مرحله دوم، پیوند قوی و در مرحله سوم شبکه اجتماع شخصی وارد معادله شده است.

بررسی نتایج به دست آمده، در مرحله سوم جدول بیان گر آن است که معادله پیش بینی میزان تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت عمومي می تواند 0/360 از واریانس مربوط به سلامت عمومي را پیش بینی نماید که این مطلب را R2 در مرحله سوم به ما نشان می دهد. مقدار R یا همبستگی بین مقادیری که به وسیله معادله پیش بینی می شود، 0/59 است. به عبارت دیگر، 0/59 مقادیری که پیش بینی می شود با مقادیر واقعی یکسان هستند.

جدول (7) : نتایج حاصله از رگرسیون چند متغیره پیش بینی میزان تاثیر حمايت اجتماعي بر سلامت عمومي به روش گام به گام

مرحله	متغیر وارد شده	R	2R	مقدار افزوده شده به R2	کمیت	سطح داری	معنی
اول	حمايت عاطفي	0/488	0/239	-	93.36	0/000	
دوم	پیوند قوی	0/574	0/329	.09	72.90	0/000	
سوم	شبکه اجتماع شخصی	0/597	0/360	.04	54.65	0/000	

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی و شناخت نقش حمايت اجتماعي بر سلامت عمومي سالمندان بر اساس نظریه- های انسجام اجتماعي و تئوری شبکه و نیز مدل تاثیر مستقیم در چارچوب مدل برکمن- سیم بود. نتایج به دست آمده نشان داد که حمايت اجتماعي نقش مستقیم و مثبتی بر میزان برخورداری از سلامت عمومي افراد سالمند داشته است. افرادی که از نظر بار تراکمی در شبکه اجتماع شخصی خود در سطح بالاتری بودند از سلامت عمومي بالاتری برخوردار بودند. همچنین افرادی که از فراوانی تماس بالاتری با اعضاء شبکه اجتماع شخصی خود داشتند از سلامت عمومي بالاتری نسبت به افراد با فراوانی تماس کم تر، برخوردار بودند. اما، فرضیه ارتباط میان عضویت در اجتماعات با سلامت عمومي تایید نشد. این فرضیه گرچه از مهم ترین فرضیه های مطرح شده در مدل برکمن - سیم و نیز تحقیقات خارج از ایران است؛ به نظر می رسد تایید نشدن آن در مطالعه حاضر امری منطقی به نظر می رسد؛ زیرا جامعه مورد مطالعه از نظر شکل گیری انجمن های داوطلبانه در سطح پایینی قرار دارد و انجمن های تشکیل شده به صنف های محدود شغلی با وظایف خاص در حیطه کاری محدود می شود.

در خصوص رابطه بین حمايت ابزاری، عاطفي و اطلاعاتی - به عنوان عوامل کارکردی حمايت اجتماعي - با سلامت عمومي، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین این متغیرها با سلامت عمومي رابطه

معنادار و مثبت وجود دارد. در این میان حمایت عاطفی ضریب همبستگی قوی‌تری را نسبت به دو متغیر حمایت ابزاری و عاطفی نشان می‌داد و این امر تایید کننده نتایج ارائه شده در پیشینه تجربی است.

نتایج تحقیق هم‌چنین نشان می‌داد که بین مردان و زنان به لحاظ دریافت حمایت اجتماعی تفاوت وجود دارد و مردان حمایت اجتماعی بیش‌تری را نسبت به زنان از شبکه اجتماع شخصی خود دریافت می‌کنند، هم‌چنین مردان در مقایسه با زنان میزان بالاتری از حمایت عاطفی را از همسرشان دریافت می‌کنند. علاوه بر این مردان نسبت به زنان با افراد شبکه اجتماع شخصی ارتباط قوی‌تری نیز دارند. علاوه بر جنسیت، وضعیت تاهل نیز در میزان برخورداری از حمایت اجتماعی تاثیرگذار بوده است. متاهلین نسبت به غیر متاهلین حمایت اجتماعی بیش‌تری را دریافت می‌کنند و نسبت به آنان پیوند قوی‌تری را نیز با اعضای شبکه اجتماع شخصی خود دارند. در همین راستا نتایج نشان داد که مردان متاهل نسبت به زنان متاهل حمایت اجتماعی بالاتری از همسرانشان دریافت کرده اند.

آزمون تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که متغیرهای حمایت عاطفی، پیوند قوی و شبکه اجتماع شخصی به ترتیب بیش‌ترین تاثیر را بر سلامت عمومی سالمندان داشته‌اند و این سه متغیر 36 درصد از تغییرات مربوط به سلامت عمومی افراد سالمند را تبیین می‌کنند.

پیشنهاد‌های تحقیق

با توجه به یافته‌های این پژوهش برای برخورداری افراد سالمند از وضعیت سلامت عمومی مطلوب مهم-ترین پیشنهادها عبارتند از:

آگاه سازی خانواده‌ها و دیگر افراد درگیر در شبکه اجتماع شخصی افراد سالمند به لزوم داشتن پیوندهای عاطفی قوی‌تر با سالمندان. آگاه سازی افراد سالمند به لزوم تشکیل انجمن‌ها و موسسات داوطلبانه که بتواند نیازهای عاطفی و دیگر نیازهای آنان را برآورده نماید. آگاه سازی نهادها و موسسات متولی امور سالمندان مانند کمیسیون جمعیت سلامت و سالمندی وزارت بهداشت، آموزش و درمان پزشکی، کانون-های بازنشستگی و ... به توجه بیش‌تر به نیازهای اجتماعی افراد سالمند جهت بالا بردن سلامت عمومی سالمندان و توانمند سازی سالمندان در جهت داشتن دوران سالمندی پر بار و مثبت. آگاه سازی نهادهای تحقیقاتی جهت تحقیق در زمینه سالمندی و لزوم توجه آن به انجام پژوهش‌هایی با محوریت روابط اجتماعی .

منابع:

آدام، فلیپ؛ هرتسلیک، کلودین (1385) جامعه شناسی بیماری و پزشکی، برگردان لورانس- دنیا کتبی، نشر نی، تهران.
پوررضا، ابوقاسم؛ خبیری نعمتی، رقیه؛ (1385) "اقتصاد بهداشت سالمندی، سالمند، مجله سالمندی ایران"، فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سال اول، شماره دوم،
تقوی، محمدرضا (1382)، بررسی روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی، مجله روان شناسی و علوم تربیتی، شماره بیستم.

چلبی، مسعود (1385) تحلیل اجتماعی در فضای کنش، چاپ اول، نشر نی، تهران
رستگار خالد، امیر (1384) گسترش نقش زنان در جهت حمایت های شغلی - خانوادگی، مجله جامعه شناسی ایران، دوره ششم، شماره چهارم، صص 136-137
ساروخانی، باقر (1380). روش های تحقیق در علوم اجتماعی، جلد دوم: بینش ها و فنون، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی .

صادقی، محمدرضا؛ کاستنگه، سوزان؛ رجوعی مریم (1378) تاثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان، نشریه پژوهش های روان شناختی، دوره 5، شماره 3 و 2، صص 8-5.

عبادالهی، حمید، حمایت اجتماعی و خانواده، نشریه، مشاور خانواده 1381، شماره 21، صص 4-3.

علی پور، احمد (1383) "ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی تاثیر مدل کلی"، مجله روان شناسی، سال چهارم، شماره 15.

فتحی، بهروز (1376) "ساخت و اعتبار یابی مقیاس حمایت اجتماعی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی و تیپ شخصیتی A در رابطه بین عوامل فشارزای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر چمران اهواز"، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه چمران.

فرانکفورد، چاوا؛ ناچمیاس، دیوید (1381) روش های پژوهش در علوم اجتماعی، ترجمه فاضل لاریجانی و رضا فاضلی تهران، انتشارات سروش

قاسمی، وحید (1384). ضریب آلفای کرباخ و ویژگی های آن با تاکید بر کاربرد در پژوهش های اجتماعی، مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان (علوم انسانی)، جلد نوزدهم، شماره 2

قدسی، علی محمد (1382)، بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه مقطع دکتری دانشگاه تربیت مدرس تهران.

کردزنگنه، جعفر (1385)، کیفیت زندگی سالمند ان مرتبط با سلامت آنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران،

گیدنز، آنتونی (1381) جامعه شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشر نی.

معمودی شلمزاری، عبدالله؛ اژه‌ای، پرویز؛ فلاح، جواد؛ کیامنش، علیرضا(1381)، "بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از 60 سال شهرکرد" مجله روان-شناسی، شماره 22، صص 18-20

ملکوتی، سیدکاظم؛ میراب زاده، آرش؛ فتح الهی، پریدخت؛ صلواتی، مژده؛ کهالی، شمس الدین؛ افخم ابراهیمی، عزیزه؛ زندی، طاهر(1385)، "بررسی اعتبار، روایی، تحلیل عاملی مقیاس سلامت عمومی فرم 28 سوالی در سالمندان ایرانی سالمند"، مجله سالمندی ایران، سال اول، شماره یکم، صص.

نازکتبار، حسین؛ نوروزی گودرزی، مهدی(1385)"سالمندی و گسست نسل ها"، مجموعه مقالات اولین همایش منطقه-ای سالمندی و سلامت، انتشارات دانشگاه آزاد واحد بابل.

Agneessens, F;Waege, Jean;Lievens, John(2006) Diversity in social support by role relations: A typology. *Social network*, 28,427-441

Barry, Lisa C. ؛ Kasl ,Stanislav V؛ Lichtman,Judith؛ Viola, Vaccarino؛ . Krumholz ,Harlan .M (2006) Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting *Journal of Psychosomatic Research* 60 185– 193

Berekman, Lisa;Glass, Thomas;Brissette,Ian؛ Seeman, Teresa(2000) Form social integration to health: Durkheim the new millennium. *Social Science & Medicine* 51, 843- 857

Due, Pernille؛ Holstein, Bjørn؛ Lund, Rikke؛ Modvig, Jens؛ Avlund, Kirsten؛ (1999) Social relations: network, support and relational strain *Social Science & Medicine* 48 661±673

Ganster, David؛ Victor, Burt(1988) the impact of social support on mental and physical health. *British Journal psychology*. 61,17- 36

Locher.J,Ritchie.C,Roth.D,Sawyer.P,Bodner.E,Allman.R(2005)Social isolation,support,and capital and nutritional risk in an older sample :ethnic and gender differences. *Social science medicine*,60 ,747-761

Miyazaki,T؛ Ishakawa,T, Nakata,N؛ Sakurai(2005),T؛Association between perceived social support an Th 1 dominance.*Biological Psychology*, 70 ,30-37

Peek,M. Kristen ؛ Lin, Nan Age differences in the effects of network composition on psychological distress(1999) *Social Science & Medicine* 49 621±636

Petrózi, Andrea؛ Nepusz ,Tamas؛ Bazs , Fülp (2007) Measuring tie-strength in virtual social networks <http://www.insna.org/Connections-27>, 39-52

Schwarzer,Ralf;Knoll,Nina؛Rieckmann,nina(2003)social support. (to appear in:Kaptein, A & Weinman,j) introduction to health psychology.Oxford, England;Blackwell.

Wellman, Barry & Gulia ,Milena(1999) Where Does Social Support Come From?The Social Network Basis of Interpersonal Resources for Coping With Stress .National Institute of Mental Health, Centre for Urban and Community Studies, University of Toront.

Zunzunegui, M.V; Konle, A.; Johri, M.; Bleland, F; Wolfson, C.; Bergman H. (2004)
Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community
dwelling populations over 65 . Social Science & Medicine 58. 2069–2081

سید عبدالحسین نبوی، دانشیار دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز
است (نویسنده مسئول).

کریم رضادوست، استادیار دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز است.
زهرا بهرامی نژاد، کارشناس ارشد دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی است.