

رابطه بین حمایت روانی - اجتماعی فرزندان با سلامت روان سالمندان

بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۱، امیرحسین مجرد کاهانی^{*}، محمدرضا قنبری هاشم آبادی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین حمایت روانی - اجتماعی فرزندان با سلامت روان سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی حاضر، ۱۰۰ سالمند زن و مرد ساکن در سرای سالمندان و ساکن در منزل در شهر مشهد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ - ۲۸) مورد آزمون قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون Independent t استفاده شد.

یافته‌ها: بین میزان سلامت روانی سالمندان دارای حمایت و فاقد حمایت تفاوت معنی‌داری بود، بدین صورت که این میزان در سالمندان دارای حمایت روانی - اجتماعی بیشتر است ($P < ۰/۰۰۵$) و در زمینه تفاوت سلامت روانی بین زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: سالمندان فاقد حمایت‌های روانی - اجتماعی (آن‌هایی که در مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند) نسبت به سالمندان دارای حمایت‌های روانی - اجتماعی (آن‌هایی که به همراه خانواده خود زندگی می‌کنند) از علایم آسیب‌شناسی روانی بیشتری رنج می‌برند.

کلید واژه‌ها: سالمندان، حمایت روانی - اجتماعی، فرزندان، سلامت روان

ارجاع: قنبری هاشم‌آبادی بهرامعلی، مجرد کاهانی امیرحسین، قنبری هاشم‌آبادی محمدرضا. **رابطه بین حمایت روانی - اجتماعی فرزندان با سلامت روان سالمندان.** پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۱؛ ۸ (۶): ۱۱۳۱-۱۱۲۳.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۱۷

(Elderly) تقسیم می‌شوند. برآورد کنونی از جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در سطح جهان حدود ۶۰۰ میلیون نفر است که این میزان تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر نیز خواهد رسید. از طرفی حدود ۶۰ درصد از افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. این در حالی است که گذار جمعیتی در کشورهای توسعه یافته طی ۱۰۰ سال رخ داده است، ولی به دلایل متعددی این تغییرات در کشورهای در حال توسعه در عرض ۲۵ سال رخ خواهد داد. در نتیجه کشورهای فقیرتر زمان کمتری برای برنامه‌ریزی جهت سالمندی جمعیت خود

مقدمه

جمعیت جهان به سوی سالمندی پیش می‌رود و به همراه خود مسایل جدیدی را به وجود می‌آورد، از این رو بررسی مسایل سالمندان، از نظر بهداشت روان می‌تواند حایز اهمیت باشد. در بسیاری از کشورها، افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند شناخته می‌شوند. مطابق تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، سالمندان به سه گروه ۶۰ تا ۷۴ سال تحت عنوان سالمند جوان، ۷۵ تا ۹۰ سال سالمند و ۹۰ سال و بالاتر سالخورده

* کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: amirkahani@yahoo.com

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد بین‌الملل دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

دارند (۲، ۱).

در حال حاضر نرخ رشد جمعیت در کشور ما ۱/۶ درصد می‌باشد و این در حالی است که نرخ رشد جمعیت سالمندی ۲/۵ درصد است (۳). بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ایران در سال ۱۳۷۵، سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶ درصد از کل جمعیت را تشکیل داده‌اند که تا سال ۱۳۹۰ به حدود ۷/۳ درصد رسیده است و در حال حاضر بیش از ۵ میلیون نفر از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند و تخمین زده می‌شود که طی ۲۵ سال آینده این رقم به حدود ۱۰ درصد برسد (۴). با توجه به شعار سال ۲۰۱۲ سازمان بهداشت جهانی به نام سال سالمندی و سلامت، بنابراین کشور ما نیز در زمره کشورهای دارای جمعیت سالخورده قرار گرفته است؛ چرا که طبق تعریف سازمان ملل متحد اگر نسبت جمعیت سالمند در کشوری بیشتر از ۷ درصد باشد، آن کشور دارای جمعیت سالخورده است و این مهم با توجه به مشکلات گروه سنی و نیز روند روزافزون سرعت رشد آن، لزوم برنامه‌ریزی آینده‌نگر برای کنترل مسایل مربوط به این گروه از جمعیت را می‌طلبد.

پدیده سالمندی با ورود به قرن ۲۱ نیازهای اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی همه کشورها را افزایش داده است؛ چرا که افراد سالمند در معرض خطر بسیاری از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها هستند. بیماری‌های قلبی-عروقی، استئوآرتریت، دیابت، فشار خون و بسیاری از بیماری‌های دیگر در سال‌های پایانی عمر افزایش می‌یابند. اختلالات روحی و روانی، نظیر زوال عقل (Dementia)، آلزایمر و افسردگی نیز در افراد سالمند شایع است (۵، ۶). بررسی همه‌گیرشناسی انجام شده در زمینه سلامت روان سالمندان در ایران محدود است. در مطالعه رهگذر و محمدی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در سالمندان به ترتیب ۲۲/۴ و ۲۳/۵ درصد گزارش شده است (۷). مطالعات متعددی در دنیا افسردگی را از علل ناتوانی در سنین بالا ذکر کرده‌اند و عواملی مانند از دست دادن همسر، زندگی تنها، عدم حمایت عاطفی و اجتماعی توسط خانواده و جامعه، زندگی تنها و طولانی مدت در منزل یا در مؤسسات ویژه بازنشستگی، را در

بروز افسردگی در سالمندان مؤثر دانسته‌اند (۸). بر اساس یافته‌های موجود و با توجه به بار جهانی بیماری‌های منتسب به اختلالات روانی که پیش‌بینی شده است، از ۱۰/۵ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۱۵ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت. سازمان جهانی بهداشت بهبود بخشیدن سلامت روان را از جمله اولویت‌های کشورهای با درآمد کم و متوسط معرفی کرده است (۹). فشار روانی در سالمندان، باعث افزایش هزینه‌های کشور از جمله دارودرمانی می‌شود (۱۰). همچنین تعدادی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که وجود حمایت اجتماعی اثر سودمندی بر سلامت جسمانی و روانی انسان دارد (۱۱-۱۳). کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردار هستند، فشار روانی کمتری احساس می‌کنند (۱۴-۱۶) و در هنگام افزایش فشار روانی، اشخاصی که از حمایت اجتماعی برخوردار هستند، کمتر افسرده می‌شوند. بنابراین، حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح رویدادهای فشارزای روانی، باعث کاهش تأثیر فشار روانی می‌شود (۱۷). تأثیر افزایش ارتباط اجتماعی در ارتقای بهداشت روانی سالمندان در پژوهش‌های گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۸-۲۰).

حمایت اجتماعی (Social support) مفهومی است که در پیشینه پژوهشی دارای دو شکل حمایت عاطفی (Emotional support) و حمایت ابزاری (Instrumental support) است. پژوهش‌های سودمند مختلفی این تمایز را نشان داده‌اند (۲۱). حمایت عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و بامحبت با سالمند دانست و منظور از حمایت ابزاری آرایه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار سالمند قرار می‌گیرد. به طور کلی حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، شامل احتمال کمتر وضعیت مرضی، بیماری قلبی-عروقی، سرطان و همچنین احتمال کمتر کاهش کنشی (Functional reduce) در افراد مسن ارتباط دارد (۲۲). حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته باشد و این‌ها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیمی

دارند (۲۴، ۲۳).

Kubzansky و همکاران نشان دادند که سودمندی حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت است، مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند. همچنین حمایت‌های اجتماعی برای سالمندانی که محدودیت‌های بیشتری در توانایی‌های بدنی نشان می‌دهند، مؤثرتر است (۲۵). مطالعات جدید نشان داده است که حمایت‌های خانوادگی در کاهش افسردگی و احتمال خودکشی سالمندان و آموزش خانواده و افزایش ارتباط اجتماعی در درمان افسردگی مؤثر بوده است (۲۶، ۲۷). از سوی دیگر یافته‌های گوناگونی گزارش داده‌اند، سالمندانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتر و اعتماد به نفس بالاتری دارند از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند و طول عمر بیشتری دارند (۲۸). بحث سلامت روان سالمندان به دلیل پرورش نسل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بنابراین در این پژوهش سعی شد تا سلامت روان سالمندان ساکن در خانه سالمندان مورد بررسی قرار گیرد و با سالمندانی که در کنار اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند مقایسه شود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی، از نوع ارتباطی و جامعه آماری این پژوهش شامل همه سالمندان ساکن در سرای سالمندان و سالمندان ساکن در منزل واقع در شهر مشهد بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۰ سالمند که ۵۰ نفر زن و مرد ساکن در سرای سالمندان و ۵۰ نفر ساکن در منزل بودند، انتخاب گردیدند. روش انتخاب سالمندان ساکن در منزل در محدوده نزدیک به سرای سالمندان مورد مطالعه نبود؛ چرا که ممکن بود به دلیل نزدیکی خانه سالمندان به این افراد توسط اعضای خانواده‌شان مورد حمایت بیشتری قرار گیرند، بنابراین با فاصله دورتری از مرکز سالمندان و همگی در یک منطقه شهری انتخاب گردیدند. جهت اجرای پژوهش ابتدا اهداف پژوهش حاضر برای گروه نمونه تشریح گردید و قبل از اجرای پرسش‌نامه‌ها به آنان گفته شد که همه اطلاعاتی که در اختیار آزمونگر قرار می‌دهند، جنبه محرمانه داشته و در اختیار

دیگران قرار داده نمی‌شود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: حداقل ۶۰ سال سن، تجربه حداقل یک سال سکونت در مرکز سالمندان، توانایی خواندن و نوشتن و داوطلب شرکت در پژوهش بود. ابتلا به بیماری‌های جسمی یا روان‌پزشکی شدید و عدم همکاری معیارهای خروج از مطالعه حاضر بود.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیرهای تحقیق از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) یا (General health questionnaire) که مربوط به متغیر سلامت روانی می‌باشد، استفاده شد. متغیر حمایت روانی-اجتماعی هم در این تحقیق شامل سالمندانی می‌شد که در منزل سکونت داشتند و توسط فرزندانشان مراقبت می‌شدند که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی از چک‌لیستی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده گردید و مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، جنس و وضعیت تأهل بود.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) که در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hiller طراحی و تدوین شده است، ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای دارد و چهار مؤلفه علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی را می‌سنجد. Goldberg و Black Well (به نقل از هومن) ضریب همبستگی نمرات این پرسش‌نامه را با نتیجه ارزیابی بالینی اختلال‌ها ۰/۸۰ و حساسیت و ویژگی این پرسش‌نامه را در بهترین نقطه برش به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کردند (۲۹). هومن مقادیر ضریب همبستگی دو متغیری بین نمرات ۷۰ آزمودنی متعلق به گروه نمونه را در مقیاس‌های علایم جسمانی GHQ و شکایات جسمانی SCL۹۰-R برابر با ۰/۶۵، در مقیاس‌های اضطراب و اختلال خواب GHQ و اضطراب SCL۹۰-R ۰/۶۹، در مقیاس‌های افسردگی GHQ و افسردگی SCL۹۰-R ۰/۷۱ و در کل مقیاس مذکور برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است. او همسانی درونی سؤال‌ها را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای مقیاس‌های علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، علایم کارکرد اجتماعی ۰/۷۹، علایم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است، ۰/۸۵ گزارش کرده است

استفاده گردید که در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون سلامت عمومی به تفکیک جنسیت

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
زن	۵۱	۲۴/۶۲	۱۴/۳۹
مرد	۴۹	۲۱/۳۶	۱۰/۶۹
مجموع	۱۰۰	۲۳/۰۳	۱۲/۷۶

جدول ۳. مقایسه سلامت عمومی در دو گروه

وضعیت حمایتی	میانگین	انحراف استاندارد	T	Df	سطح معنی داری
فاقد حمایت	۱۸/۷	۱۲/۰۶	-۲/۸۶۹	۹۸	۰/۰۰۵
دارای حمایت	۲۵/۹۱	۱۲/۴۸			

با توجه به نتایج جدول فوق که از آزمون Independent t به دست آمده است، می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان سلامت روانی سالمندان دارای حمایت و سالمندان فاقد حمایت تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بدین صورت که این میزان در سالمندان دارای حمایت بیشتر است. همچنین به منظور آزمون فرضیه‌ای که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری وجود دارد، از آزمون آماری Independent t استفاده گردید که در جدول ۴ ارایه شده است.

جدول ۴. مقایسه سلامت عمومی در دو جنس

جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	t	Df	سطح معنی داری
زن	۲۴/۶۲	۱۴/۳۹	۱/۲۸۱	۹۸	۰/۲۰۳
مرد	۲۱/۳۶	۱۰/۶۹			

با توجه به نتایج جدول فوق که از آزمون Independent t به دست آمد، می‌توان نتیجه گرفت که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر به منظور مقایسه میزان سلامت روانی در سالمندان دارای حمایت و فاقد حمایت انجام شد که با توجه

(۲۹). روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که بر اساس مقیاس لیکرت از گزینه «الف تا د» نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. در این پرسش‌نامه نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است (۳۰). برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. در محاسبات آماری از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. نتایج نمرات پرسش‌نامه سلامت عمومی به وسیله آزمون آماری Independent t انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ نفر سالمند حاضر در این تحقیق، ۶۰ نفر دارای حمایت و ۴۰ نفر فاقد حمایت بودند که ۵۱ نفر را زن و ۴۹ نفر را مردان سالمند تشکیل می‌دادند. در مورد متغیر وضعیت تحصیلی، ۱۸ درصد زیر دیپلم، ۳۶ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس، ۴ درصد فوق لیسانس و ۲ درصد دکتری داشتند. همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، میانگین نمرات سلامت عمومی به تفکیک وضعیت حمایتی ارایه شده است؛ به طوری که میانگین نمرات سلامت عمومی برای افراد دارای حمایت از افراد فاقد حمایت بیشتر می‌باشد و در جدول ۲ نتایج توصیفی آزمون سلامت روانی به تفکیک جنسیت آورده شده است؛ به طوری که میانگین نمرات سلامت عمومی برای زنان بیشتر از مردان می‌باشد.

جدول ۱. نتایج آزمون سلامت عمومی به تفکیک وضعیت حمایتی

وضعیت حمایتی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
فاقد حمایت	۴۰	۱۸/۷۰	۱۲/۰۶
دارای حمایت	۶۰	۲۵/۹۱	۱۲/۴۸
مجموع	۱۰۰	۲۳/۰۳	۱۲/۷۶

به منظور آزمون این فرضیه که بین میزان سلامت روانی سالمندان دارای حمایت و سالمندان فاقد حمایت تفاوت معنی‌داری وجود دارد، از آزمون مقایسه Independent t

دارند بیشتر قادر هستند که فعالیت‌های روزانه زندگی را اجرا نموده و مجبور نیستند که بر پیامدهای عاطفی بیماری‌های حاد و محدودیت‌های کنشی غلبه کنند. بنابراین سپر تأثیرات حمایت اجتماعی ممکن است به ویژه برای سالمندانی که نقایص کنشی بدنی دارند و کسانی که برای پیامدهای روان‌شناختی و محدودیت‌های بدنی‌شان احتیاج به غلبه دارند، مؤثرتر باشد. ترکیب کنش بدنی ضعیف و حمایت اجتماعی کم به طور خاص پیامدهای مضر بر سلامتی دارد. همچنین حمایت اجتماعی ممکن است برای سالمندانی که درآمد کمتر دارند، مفیدتر باشد. افرادی که درآمد کم دارند احتمال دارد که بیشتر در معرض عوامل تهدید کننده سلامتی مانند شرایط خانوادگی نامناسب یا ناامن، جرایم همسایگان و تغذیه نامناسب قرار داشته باشند (۴۱).

همان طور که ذکر شد، فرضیه دیگر این پژوهش از این قرار بود که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به آزمون این فرضیه، این نتیجه به دست آمد که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پاشا و همکاران (۴۲)، نجفی (۴۳) و Kubzansky و همکاران (۲۵) همخوان ندارد. یکی از دلایلی که می‌توان برای این مغایرت عنوان کرد شاید عدم انتخاب نمونه در سطح وسیع‌تر از جامعه آماری این پژوهش باشد. در بررسی متون تفاوت‌های جنسیتی در حمایت‌های اجتماعی سالمندان، نتایج گوناگونی گزارش شده است که شاید یکی از علل آن، تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف مانند ایرانی بودن جامعه، تعداد فرزندان، دختر یا پسر بودن آن‌ها و ... نیز مورد توجه قرار نگرفته است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان اشاره کرد که سالمندان فاقد حمایت‌های اجتماعی (آن‌هایی که در مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند) نسبت به سالمندان دارای حمایت اجتماعی (آن‌هایی که به همراه خانواده خود زندگی می‌کنند) از علائم آسیب‌شناسی روانی بیشتری رنج می‌برند. این تفاوت را

به نتایج این پژوهش بین میزان سلامت روانی سالمندان دارای حمایت و فاقد حمایت تفاوت معنی‌داری می‌باشد، بدین صورت که این میزان در سالمندان دارای حمایت بیشتر است و این یافته پژوهشی با نتایج پژوهش‌های قلی زاده و شیرانی (۳۱)، یزدخواستی (۳۲)، Okabayashi (۳۳)، Muramatsu (۳۴) و Shawler (۳۵) که همگی به اهمیت حمایت‌های اجتماعی در رابطه با سلامت روانی سالمندان اشاره کرده‌اند، همخوانی دارد. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی تا حدی بتواند از افسردگی سالمندان جلوگیری نماید. هر چه زنان و مردان سالمند از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، احتمال بیشتری برای افسرده شدن آن‌ها وجود دارد (۳۶). Berkman معتقد است که حمایت در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود که حسی از صمیمیت را ایجاد کند و این از طریق حمایت عاطفی حاصل می‌شود. بنابراین منظور از حمایت عاطفی، برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است (۳۳). گفته شده است که تدارک حمایت عاطفی برای افزایش حس عزت نفس و کنترل (۳۷) و تأثیر بر عملکرد عصبی - هورمونی و سیستم ایمنی (۲۴، ۲۲) است.

بنا بر عقیده علیخانی، احساس رضایت و نیز ارزشمند بودن زمانی به وجود می‌آید که سالخورده‌گان دارای مشارکت اجتماعی باشند و نیازهای اجتماعی آنان به بهترین شکل برآورده گردد (۳۸). مروری بر پیشینه پژوهشی، این نکته را برجسته می‌سازد که حمایت اجتماعی دارای فواید روان‌شناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی و روانی اجتماعی مواجه می‌شوند. شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت اجتماع نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفا می‌کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود (۴۰، ۳۹).

حمایت اجتماعی ممکن است تأثیرات بیشتری بر سالمندانی که سلامت ضعیف‌تری دارند داشته باشد. حمایت و کمکی که اعضای شبکه‌های اجتماعی فراهم می‌سازند ممکن است برای سالمندانی که سطح پایین‌تری از واکنش بدنی دارند با ارزش‌تر باشد؛ چرا که این افراد به کمک بیشتری نیازمند هستند. سالمندانی که سطح بالاتری از کنش بدنی

بنابراین فعالیت سازمان‌های مردم نهاد (NGO) یا (Nongovernmental organization) در زمینه پیشگیری و کمک به سالمندان ضروری به نظر می‌رسد. در سیستم ارایه خدمات به سالمندان، باید آن‌ها را به صورت داوطلب در نظر گرفت. همچنین پیشنهاد می‌شود ساز و کارهایی برای تقویت فرهنگ زندگی سالمند همراه با خانواده مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه می‌توان از ظرفیت‌های دینی و ملی که به نگهداری و پاسداشت سالمندان در خانواده تأکید دارند، بهره گرفت. از آن‌جا که سالمندان مقیم مراکز نگهداری اغلب افرادی هستند که همسرانشان فوت کرده یا از آن‌ها جدا زندگی می‌کنند، اثر این عامل می‌تواند بر کاهش سلامت عمومی و زیر مقیاس‌های آن در جامعه سالمندان ساکن در سرای سالمندان تأثیرگذار باشد، که این مسأله از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه خانواده‌ها و سالمندانی که در این پژوهش به ما یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌توان به حضور این افراد در محیط‌های عاری از تعاملات اجتماعی صمیمانه نسبت داد. از سوی دیگر سالمندانی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند نه تنها از تعاملات اجتماعی صمیمانه برخوردار هستند، بلکه از طرف اعضای خانواده و فرزندان حمایت‌های جسمانی و روانی متعددی را دریافت می‌کنند. این حمایت‌های اجتماعی بر عملکرد جسمانی و روانی این سالمندان تأثیرات مطلوب گذاشته و به دنبال آن سلامت روانی آن‌ها را افزایش می‌دهد. بنابراین ضروری است که اهمیت بیشتری به ارایه حمایت‌های اجتماعی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری سالمندان داده شود. استرس و افسردگی از جمله عوارضی است که در دوران سالمندی از شیوع بیشتری برخوردار است و با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندی در جهان و همچنین در کشورمان، لزوم توجه به عوامل مؤثر بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است. در این مطالعه نیز بر اهمیت حمایت روانی- اجتماعی به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده سلامت روان سالمندان تأکید شده است. با توجه به این‌که جامعه ایران رو به سالمندی است،

References

1. Khoshbin S, Eshrati B, Farahani AA, Ghosi A, Motlagh ME. Report of Elderly Health Survey. Tehran, Iran: Ministry of Health; 2002. [In Persian].
2. Khoshbin S, Rahimi AD, Navaeyan N. Iran's population prediction 2000-2050. 1st ed. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. [In Persian].
3. Hatami H. Textbook of Public Health. 1st ed. Tehran, Iran: Arjmand Publication; 2004. [In Persian].
4. Statistical Center of Iran. The detailed results of the General Population and Housing census [Online]. 2011; Available from: URL: at <http://www.amar.org.ir/>
5. Kinsella KG, Velkoff VA, United States. Bureau of the Census. An Aging World: 2001. Washington, DC: U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, U.S. Census Bureau; 2001.
6. Van der Weyden MB. The burden of disease and injury in Australia: time for action. Med J Aust 1999; 171 (11-12): 581-2.
7. Rahgozar, M, Mohammadi, M. Feelings of depression, anxiety and worry in elderly. Journal of Hakim; 2000, 2: 103-113. [In Persian].
8. Malakooti SK, Mirabzadeh A, Fatolahi P, Salavati M, Kahaei Sh, Afkham Ebrahimi A, et al. Validity, reliability and factor analysis of General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in Iranian elderly. Salmand Iran J Ageing 2006; 1(1): 11-21. [In Persian].
9. Martin P, Vikram P, Shekhar S, Mario M, Joanna M. No health without mental health. The Lancet 2007; 370: 19.
10. Gottlieb GL. Cost implications of depression in older adults. International Journal of Geriatric Psychiatry 1988; 3(3): 191-200.
11. Theorell T. Selected illnesses and somatic factors in relation to two psychosocial stress indices - a prospective study on middle-aged construction building workers. J Psychosom Res 1976; 20(1): 7-20.
12. Fondacaro MR, Moos RH. Social support and coping: a longitudinal analysis. Am J Community Psychol 1987; 15(5): 653-73.

13. Waltz M, Badura B, Pfaff H, Schott T. Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Soc Sci Med* 1988; 27(2): 149-58.
14. Scocco P, Meneghel G, Caon F, Dello BM, De LD. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(4): 210-8.
15. Giordano JA. Effective communication and counseling with older adults. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 51(4): 315-24.
16. Taylor SE. *Introduction to Health Psychology*. New York, NY: McGraw-Hill; 1995.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins; 1998.
18. Levy MT. Psychiatric assessment of elderly patients in the home: a survey of 176 cases. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33(1): 9-12.
19. Dhar HL. Primitive society, health & elderly. *Indian J Med Sci* 2000; 54(3): 98-101.
20. Tullmann DF, Dracup K. Creating a healing environment for elders. *AACN Clin Issues* 2000; 11(1): 34-50.
21. ROOK KS, ITUARTE PH. Social control, social support, and companionship in older adults' family relationships and friendships. *Personal Relationships* 1999; 6(2): 199-211.
22. Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman L, Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(5): S245-S251.
23. Berkman LF. The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 1995; 57(3): 245-54.
24. Seeman TE, Nancy A. Older Americans: Who Will They Be? *National Forum* 1998; 78(2).
25. Kubzansky LD, Berkman LF, Seeman TE. Social conditions and distress in elderly persons: findings from the MacArthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(4): 238-46.
26. Helena SK. Life stress in various domains and perceived effectiveness of social support. *Polish Psychological Bulletin* 1991; 22(3): 151-61.
27. Giordano JA. Effective communication and counseling with older adults. *Int J Aging Hum Dev* 2000; 51(4): 315-24.
28. Pulska T, Pahkala K, Laippala P, Kivela SL. Depressive symptoms predicting six-year mortality in depressed elderly finns. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15(10): 940-6.
29. Houman HA. *Standardization of General Health Questionnaire [Project]*. Tehran, Iran: Tarbiyat Moallem University; 1998.
30. Fathi Ashtiani A. *Psychological tests (personality and mental health evaluations)*. Tehran, Iran: Beasat Publication; 2008. p. 311-2. [In Persian].
31. Gholizadeh A, Shirani E. The Relation between Personal, Family, Social and Economic Factors with the Rate of Life Satisfaction of Aged people of Isfahan. *Journal of Applied Sociology the University of Isfahan* 2010; 21(1): 69-82. [In Persian].
32. Yazd-khasti F. A Study on Cognitive and Depressive Disorders in the Elderly and Their Correlation with Each Other. *Adv Cogn Sci* 2010; 11(4): 12-7. [In Persian].
33. Okabayashi H, Liang J, Krause N, Akiyama H, Sugisawa H. Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Soc Sci Med* 2004; 59(11): 2259-70.
34. Muramatsu N, Yin H, Hedeker D. Functional declines, social support, and mental health in the elderly: does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Soc Sci Med* 2010; 70(7): 1050-8.
35. Shawler C. Assessing and maintaining mental health in elderly individuals. *Nurs Clin North Am* 2010; 45(4): 635-50, vii.
36. Holahan CK, Holahan CJ. Self-efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis. *J Gerontol* 1987; 42(1): 65-8.
37. Krause N. Stress and the devaluation of highly salient roles in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(2): S99-108.
38. Alikhani V. *Aging from different perspectives*. Tehran, Iran: Parents & instructors Association; 2002. [In Persian].
39. Avlund K, Damsgaard MT, Holstein BE. Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc Sci Med* 1998; 47(5): 635-43.
40. Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE, et al. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 40-5.
41. Atchely RC. The subjective importance of being religious and it's effect on health and moral 14 years later. *Journal of Aging Studies* 1997; 11(2): 131-41.

42. Pasha A, Safarzadeh S, Mashagh R. Comparison of public health and social support between elderly living in nursing home and elderly living with families in Ahwaz. Proceedings of the 2nd Congress of Pathology in Iranian families; 2006 May 15-18; Tehran, Iran; 2006. [In Persian].
43. Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23(3): 279-90.

Archive of SID

The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial well being

Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi¹, Amir Hossein Mojarrad Kahani*,
Mohammad Reza Ghanbari Hashem Abadi²

Abstract

Original Article

Introduction: The present study was designed to investigate the relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial Well being.

Materials and Methods: In this descriptive study, hundred elderly men and women residing in nursing homes and living at home in city of Mashhad were recruited through convenience sampling. They were asked to respond to General Health Questionnaire (GHQ-28). T-test was used for statistical analyses.

Results: This study showed that there is a significant difference between the rates of mental health in people with their family member support and psychosocial well being and no support. It can be concluded that this rate is prominently higher in elderly people with psychosocial and family support ($P < 0.005$). No difference was found in mental health between elderly men and women ($P > 0.005$).

Conclusion: These findings indicated that elderly people without psychosocial and family support (those who resided in nursing homes) suffered from more psychological pathology symptoms than those who lived with their families with appropriate environment.

Keywords: Elderly, Psychosocial support, Children, Mental health

Citation: Ghanbari Hashem Abadi BA, Mojarrad Kahani AM, Ghanbari Hashem Abadi MR. **The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial well being.** J Res Rehabil Sci 2013; 8(6): 1123-31.

Received date: 07/07/2012

Accept date: 02/02/2013

* Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email: amirkahani@yahoo.com

1- Associate Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2- MSc Student, Department of Clinical Psychology, International Branch of Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran