

مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده

دکتر غلامرضا پاشا[✉]، سحر صفرزاده^{**}، رؤیا مشاک^{***}

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌های شهر اهواز بود. نمونه شامل ۵۰ نفر از سالمندان ساکن خانه سالمندان (۲۵ زن و ۲۵ مرد) و ۵۰ نفر از سالمندان ساکن در خانواده‌ها (۲۵ زن و ۲۵ مرد) بود که به‌طور تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و با آزمون‌های سلامت عمومی (GHQ) و حمایت اجتماعی فیلیپس مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) در سطح معناداری $P < 0/0001$ استفاده شد و تفاوت در میانگین‌ها با استفاده از آزمون پیگیری توکی بررسی گردید. پس از مقایسه نمرات به وسیله نرم‌افزار SPSS نتایج نشان داد که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین برای آزمودن تفاوت بین زنان و مردان در دو گروه سالمندان از لحاظ دو متغیر نام برده شده از روش تحلیل واریانس عاملی (۲×۲) استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین زنان و مردان در هر دو گروه سالمندان، از نظر متغیرهای سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و حمایت اجتماعی وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت عمومی، حمایت اجتماعی، سالمند

^۱استادیار دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

^{**}مدرس دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

^{***}کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

[✉]نویسنده مسئول: اهواز - دانشگاه آزاد اسلامی - گروه روان‌شناسی (فرهنگ شهر)

تلفن: ۰۶۱۱-۳۳۴۸۳۲۰-۲۲

دورنما: ۰۶۱۱-۳۳۲۹۲۰۰

پست الکترونیک: golamrezapasha@yahoo.com

مقدمه

«والله خلقکم، ثم یتوفیکم و منکم من یردالی اذدل العمر» و خداوند شما بندگان را آفریده، سپس شما را می‌میراند و بعضی را به سن پیری و انحطاط می‌رساند (سوره مبارکه نحل، آیه ۷۰).

هم‌چنان که بارها تکرار و تأکید شده است آدمی مدام در حال تغییر است و هرگز حالت ایستا ندارد. با این تفاوت که در طول بخش اول زندگی تغییرات، تکاملی هستند که به رشد و نضج ساختار و کارکرد می‌انجامد، در بخش بعدی زندگی این تغییرات عمدتاً انحطاطی هستند که متضمن برگشت به مرحله اولیه زندگی می‌باشند؛ این دوران به دوران «سالخوردگی یا کهنسالی» معروف است (بختیاری و همکاران، ۱۳۸۳). کامینگ و هنری^۱ (۱۹۶۱) در نظریه خود به نام «دل‌کندن» بیان می‌دارند که، پیری عبارتست از عقب‌نشینی پیش‌رونده از نظر جسمی، روانی و اجتماعی. سالمندان از نظر جسمی فعالیت خود را کند و انرژی خود را پس‌انداز می‌کنند. نوگارتن و همکارانش^۲ (۱۹۶۴) در نظریه «فعالیت» بیان می‌کنند که در سالمندی، به استثنای تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی به‌وجود می‌آید، سالمندان به میانسالان شباهت دارند و همان نیازهای روانی و اجتماعی را احساس می‌کنند. براساس این دیدگاه، کاهش تعامل اجتماعی در دوران پیری به این علت است که اجتماع از سالمندان، برخلاف میل اکثر آن‌ها، دل می‌کند (وندر زندن^۳، ۱۹۹۶؛ ترجمه: گنجی، ۱۳۸۳). مگازینر و همکاران^۴ (۱۹۸۸) بیان می‌کنند که میزان درگیری یا دل‌کندن سالمند، بیشتر به چهره‌های زندگی گذشته، موقعیت اجتماعی - اقتصادی و به سلامتی مربوط است تا فرآیند اجتناب‌ناپذیر پیری. به عقیده بولینگ و براون^۵ (۱۹۹۱) اکثر سالمندانی که سلامت جسمی دارند سطح فعالیت خود را تا اندازه‌ای ثابت نگه می‌دارند. طبق عقیده کوربین و استرایوس^۶ (۱۹۸۸) و نیومن و همکاران^۷ (۱۹۹۰) به‌رغم بهبود شرایط زندگی در محل سکونت جدید سالمندانی که مجبور شده‌اند نقل مکان کنند نسبت به سالمندان دیگری که نقل مکان نکرده‌اند به بیماری قلبی و سکته مغزی بیشتری مبتلا شده‌اند و بیشتر به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند. طبق نظر کامپیون و همکاران^۸ (۱۹۸۳) و شیلدر^۹ (۱۹۸۸)، قرار دادن سالمند در خانه‌های سالمندان یا مراکز نگهداری، مشکلات زیادی به‌دنبال می‌آورد. سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد گاهی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این وابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد. به عقیده کونر و همکاران^{۱۰} (۱۹۷۹) اخلاق خوب، احساس سلامتی و رضایت از زندگی موجب می‌شود که کیفیت و معنای زندگی را مثبت ارزیابی کنیم. طبق نظریه تبادلات اجتماعی جیمز داوود^{۱۱} (۱۹۸۴)، ۱۹۸۰ و (۱۹۷۵)، سالمند بیش از پیش آسیب‌پذیر می‌شود چون قدرت چانه زدن او، مخصوصاً در کشورهای صنعتی به‌طور دائم پایین می‌آید، پیشرفت تکنولوژی مهارت‌های او را که در گذشته آموخته است بی‌اعتبار می‌کند. هم‌چنین طبق نظر لوونتال^{۱۲} (۱۹۶۴)، احساس تنهایی سالمند بر اثر درجه معینی

از انزوای فعلی حاصل نمی‌شود بلکه بیشتر، انزوای قبلی فرد از نظر روابط اجتماعی است که احساس تنهایی به وجود می‌آورد. بیکن^{۱۳} (۱۹۸۱) و لارسون و همکاران^{۱۴} (۱۹۸۶) معتقدند که روابط سالمندان با دوستان گاهی مهم‌تر و پاداش دهنده‌تر از روابط آن‌ها با فرزندان است؛ در عین حال طبق نظر چارلین و فورستنبرگ^{۱۵} (۱۹۸۶) و سیسی‌رلی^{۱۶} (۱۹۸۱)، سالمندان به صمیمیت و استقلال خود خیلی اهمیت می‌دهند. طبق نظر کونیدیز و دیویس^{۱۷} (۱۹۹۰) نگهداری رابطه مفید و استوار، با سلامت روانی و روحیه بالای سالمندان بیش از میزان تعامل اجتماعی، رابطه نزدیک دارد. یک دوست صمیمی و محرم اسرار می‌تواند اثر فقدان‌های پیش‌رونده را در زمینه تعامل‌های اجتماعی و فقدان‌های همراه با بیوه‌گی و بازنشستگی را خنثی کند. اما طبق دیدگاه روانی - اجتماعی «اریکسون»، رایلی و فونر^{۱۸} (۱۹۶۸) بیان می‌کنند کسانی که در خانه خود یا پیش فرزندان خود زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان روزگار می‌گذرانند خویشتن‌پنداری مثبت‌تری دارند. برطبق نظریه «فقدان نقش‌ها» از اسمیت‌بلو^{۱۹} (۱۹۷۳)، بازنشستگی و بیوه‌گی به شرکت سالمند در ساخت‌های نهادی اصلی اجتماع (کار و خانواده) پایان می‌دهد، بنابراین موقعیت‌هایی که آن‌ها بتوانند خود را از نظر اجتماعی مفید نشان دهند، بسیار کم است. بنابر عقیده چاپل و بادگر^{۲۰} (۱۹۸۹)، کاستا و همکاران^{۲۱} (۱۹۸۰) و لیانگ و همکاران^{۲۲} (۱۹۸۰) و طبق نظر برخی پژوهشگران فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی نیست که موجب پذیرش پیری به شیوه مثبت می‌شود بلکه بیشتر، تجربه سازگاری درونی و ذهنی سالمند است. طبق گفته گلمن^{۲۳} (۱۹۹۰) و میوسن و همکاران^{۲۴} (۱۹۸۲)، تحقیقات طولی نشان می‌دهد کسانی که شادند، از نظر عاطفی ثبات دارند و در آغاز بزرگسالی خویشتن‌پنداری قوی دارند، به احتمال زیاد بعدها به اشخاص راضی‌تر و سازگارتری تبدیل می‌شوند. باس و فایر^{۲۵} (۱۹۷۷) بیان می‌کنند که ۹٪ کسانی که بیش از ۶۵ سال دارند در حالت انزوای اجتماعی به سر می‌برند و این حالت به آن‌ها اجازه نمی‌دهد که با دیگران ارتباط نزدیک و صمیمی داشته باشند. اما در این رابطه پژوهشگران تحقیقات بسیاری را انجام داده‌اند: کوکون و پولکین^{۲۶} (۲۰۰۱)، در تحقیق طولی که بین زنان ۸۹ ساله و مردان ۸۱ ساله انجام دادند، ثابت کردند که روان رنجورخویی ابتدایی منجر به تردید عاطفی بیشتر و برون‌گرایی، هم‌چنین منجر به تلاش بیشتر برای حمایت عاطفی - اجتماعی برای تنظیم عواطف می‌شود.

برک^{۲۷} (۲۰۰۱)؛ ترجمه سیدمحمدی، (۱۳۸۳) بیان می‌کند که بررسی‌های انجام شده در جوامع مسکونی گوناگون مخصوص سالخوردگان نشان می‌دهند که آن‌ها تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی این افراد دارند و به سالخوردگان کمک می‌کنند تا بر محدودیت‌های تحرک خود غلبه کرده و مشارکت اجتماعی بیشتری داشته باشند. با این حال، اجتماع سالخوردگان، تضمین‌کننده جامعه راحت و خشنودکننده نیست.

طبق تحقیقات کوئین و همکاران^{۲۸} (۱۹۹۹) افراد صد ساله‌ای که اضطراب و ترس کمتری دارند، از سلامت جسمانی و روانی بهتری برخوردارند. در تحقیقات کتل^{۲۹} (۱۹۹۸) زنان به‌رغم میزان بالاتر افسردگی و اقدامات خودکشی در سرتاسر عمرشان، در دوران پیری، ارتباط نزدیک‌تری با خانواده و دوستان دارند، بیشتر تمایل دارند در صدد کسب حمایت اجتماعی برآیند. اعتقاد مذهبی و حمایت اجتماعی زیاد از طریق خانواده عواملی هستند که به خیلی از آن‌ها اجازه نمی‌دهد که اقدام به این کار کنند.

لانگ و همکاران^{۳۰} (۱۹۹۸) بیان می‌کنند که طی پژوهش‌های طولی و مقطعی انجام شده حجم شبکه اجتماعی و مقدار تعامل اجتماعی، تقریباً در همه سالخوردگان کاهش می‌یابد. طبق تحقیقات جداگانه، لانگ و بالتس^{۳۱} (۱۹۹۷)، آدکینس، مارتین و پون^{۳۲} (۱۹۹۶) بیان داشتند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم‌آمیز با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سن پیری ارتباط دارد. کامرفورد و رزینکوف^{۳۳} (۱۹۹۶) و وین‌فیلد و همکاران^{۳۴} (۱۹۹۲) در تحقیقات جداگانه‌ای بیان داشتند که حمایت اجتماعی در افراد سالمند و جوان با احترام به خود، افسردگی، عزت‌نفس و آشفته‌گی‌های روانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در ارتباط است. در تحقیقات لانگ و کارستنسن^{۳۵} (۱۹۹۴) نشان داده شد که در سن پیری تماس با خانواده و دوستان قدیمی تا ۸۰ سالگی ادامه می‌یابد و به‌تدریج به نفع تعداد معدودی روابط بسیار صمیمانه کاهش می‌یابد. در مقابل تماس با آشنایان و تمایل به برقراری روابط اجتماعی جدید، از میانسالی تا اواخر بزرگسالی به شدت کاهش می‌یابد. طبق نظر هیدریچ و ریف^{۳۶} (۱۹۹۳)، سلامتی به سالخوردگان امکان می‌دهد تا در نقش‌های اجتماعی ارزشمند درگیر بمانند، به این شکل از انزوای اجتماعی پیشگیری می‌کنند و سلامت روانی را تقویت می‌نمایند.

نیکل کروس و آن ماتیوس^{۳۷} (۱۹۹۱؛ نقل از بختیاری و همکاران، ۱۳۸۳) و سالوکنکس و ماتیل^{۳۸} (۱۹۸۹؛ نقل از یارعلی، ۱۳۷۹) طی پژوهش‌های جداگانه‌ای دریافتند که رابطه پیچیده‌ای بین عوامل استرس‌زا و حمایت اجتماعی و روحیه افراد وجود دارد و اختلالات روانی و نشانه‌های افسردگی در افرادی که دارای ارتباطات زناشویی صمیمی هستند در حداقل بوده است. علاوه بر آن در زمان مجرد رفاقت‌های صمیمانه مهم‌ترین عامل پیشگیری از افسردگی به‌شمار می‌رود. در تحقیق فردریکسون و کارستنسن^{۳۹} (۱۹۹۰)، از جوانان و سالخوردگان خواستند شرکای اجتماعی خود را طبقه‌بندی کنند. مبنای طبقه‌بندی جوانان، کسب اطلاعات و تماس در آینده بود. در مقابل، سالخوردگان بر روابط خشنودکننده تأکید کردند.

ساراسون^{۴۱} (۱۹۸۸) بیان می‌کند شاید روابط حمایتی برای مردان بیشتر روابط دوستانه‌ای است که به آن‌ها امکان می‌دهد مشکلات خود را فراموش کنند، تا فرصت‌هایی برای اعتماد کردن. احتمالاً مبراز آشکار احترام و دلسوزی در روابط بین زنان رایج‌تر است تا در میان مردان.

نیومن^{۴۲} (۱۹۸۶؛ نقل از باوی، ۱۳۸۳) و ساراسون و همکاران (۱۹۸۵؛ نقل از فرجی، ۱۳۸۰) بیان می‌کنند که حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی داشته، افراد در حمایت اجتماعی بالا حتی در صورت تجربه حادثه ناگوار در مقابل بیماری کمتر آسیب‌پذیرند. آنتونوفسکی^{۴۳} (۱۹۷۹) و کب^{۴۴} (۱۹۷۶) و هم‌چنین کوپر و مارشال^{۴۵} (۱۹۷۸) در پژوهش‌های خود بیان می‌کنند گروه همکاران، گروه اجتماعی و پیوندهای اجتماعی گسترده‌تر شرایطی فراهم می‌کنند تا افراد نسبت به کسانی که از پشتیبانی اجتماعی کمتری برخوردارند بیشتر عمر کنند و کمتر گرفتار بیماری‌های ناشی از فشار روانی شوند.

در ایران تحقیقات بسیاری در این زمینه انجام شد از جمله: تحقیقی که توسط بختیاری و همکاران (۱۳۸۳) در زمینه افسردگی در سالمندان مرد و زن ساکن سرای سالمندان شهر اهواز شد، این نتایج بدست آمد که بین زنان و مردان از نظر افسردگی تفاوت وجود دارد. اصلانی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش خود به این نتایج دست یافت که بین سلامت روان و شکایات جسمانی، سوابق اجبار، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی) و از لحاظ حمایت اجتماعی است.

روش

طرح تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای (پس‌روپدادی) می‌باشد. بدین ترتیب که دو گروه از سالمندان ساکن در خانه سالمندان و ساکن در خانواده‌ها از نظر متغیرهای سلامت عمومی و حمایت اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفتند که کلیه آزمودنی‌ها با سنین حداقل ۶۵ سال و حداکثر ۹۲ سال بودند.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در خانه سالمندان و کلیه زنان و مردان سالمند ساکن در خانواده‌های شهر اهواز می‌باشند که در سال ۸۵ - ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه این تحقیق شامل ۱۰۰ نفر سالمند ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌های شهر اهواز می‌باشند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در گروه سالمندان نزد خانواده‌ها: ابتدا شهر را به چهار منطقه تقسیم و سپس دو منطقه

انتخاب شد، که از سالمندان حاضر در اماکن عمومی، بازارها، پارک‌ها، مساجد و مغازه‌ها و منازل شخصی (در بخش‌هایی از آن نواحی) که در خانواده خود زندگی می‌کردند، ۵۰ نفر (۲۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد) به صورت تصادفی انتخاب و از آن‌ها آزمون به عمل آمد. برای نمونه‌گیری از سالمندان ساکن در خانه سالمندان نیز، از بین ۴ خانه سالمندان واقع در شهر اهواز، دو خانه سالمندان و از بین افراد مقیم در آن مکان‌ها ۵۰ نفر (۲۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد) به روش تصادفی انتخاب شدند. قابل ذکر است که آزمودنی‌ها از اقشار، مشاغل و طبقات اجتماعی مختلف در جامعه بودند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سنجش سلامت عمومی گلبِگ^{۴۶} (GHQ - 28): در این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی گلبِگ و هیلیر^{۴۷} (۱۹۷۹) که حاوی ۲۸ پرسش و چهار خرده‌مقیاس: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی می‌باشد، استفاده شد. مطالعات مختلف نشانگر پایایی بالای پرسشنامه سلامت عمومی است. چونگ و اسپرز^{۴۸} (۱۹۹۴) ضرایب پایایی کلی این پرسشنامه را ۰/۵۵ و ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌ها را بدین ترتیب ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ گزارش کرده‌اند. پالانگ در کشور ما (۱۳۷۵) در اعتباریابی این پرسشنامه روی ۶۱۹ نفر از ساکنان بالاتر از ۱۵ سال شهر کاشان حساسیت، ویژگی، کارایی و میزان اشتباه طبقه‌بندی در گروه مردان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۱۹ و برای زنان به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۴، ۰/۶۴ را گزارش کرد (نقل از یادآوری، ۱۳۸۳). اما در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه سلامت عمومی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۸۹ می‌باشد (جدول شماره ۱ را ملاحظه نمایید).

جدول ۱: ضرایب پایایی مقیاس سلامت عمومی در پژوهش حاضر

ضرایب پایایی		شاخص آماری
تنصیف	آلفای کرونباخ	
۰/۵۷	۰/۸۰	پرسشنامه‌ها
۰/۷۸	۰/۸۰	نشانگان جسمانی
۰/۷۸	۰/۸۰	اضطراب
۰/۹۲	۰/۸۵	اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۹۰	۰/۸۷	افسردگی
۰/۸۹	۰/۹۵	کل سلامت عمومی

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود ضرایب پایایی پرسشنامه بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۵ نوسان دارد که به‌طور کلی پایایی مطلوب پرسشنامه را نشان می‌دهد.

مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس^{۴۹}: این مقیاس دارای ۲۳ ماده و ۳ خرده‌مقیاس خانواده، دوستان و سایرین می‌باشد. ناخداناک (۱۳۷۷) ضرایب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، تنصیف ۰/۵۵ و گاتمن ۰/۸۴ محاسبه نموده است. در نمونه دانشجویان ایرانی ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۴، ۰/۵۴ است. ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰/۷۰ است (نقل از باوی، ۱۳۸۳). اما در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۲ می‌باشد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه حمایت اجتماعی است (جدول شماره ۲ را ملاحظه نمایید).

جدول ۲: ضرایب پایایی مقیاس حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر

ضرایب پایایی		شاخص آماری
تنصیف	آلفای کرونباخ	
۰/۸۲	۰/۸۴	پرسشنامه‌ها حمایت اجتماعی

یافته‌ها

یافته‌های تحقیق در دو بخش ارائه شده‌اند: یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به پژوهش. یافته‌های توصیفی: این یافته‌ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و حمایت اجتماعی سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان در خانواده‌ها

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری	متغیر
					گروه	
۵۰	۶۳	۱۷	۱۱/۹۶	۴۴/۱۴	سالمندان خانه سالمندی	سلامت عمومی
۵۰	۳۷	۴	۷/۳۵	۱۵/۵۸	سالمندان نزد خانواده	
۵۰	۱۹	۱	۴/۲۵	۹/۲۴	سالمندان خانه سالمندی	نشانه‌های جسمانی
۵۰	۱۱	۱	۲/۶۶	۴/۱۸	سالمندان نزد خانواده	
۵۰	۲۰	۱	۳/۸۱	۱۰/۹۴	سالمندان خانه سالمندی	اضطراب
۵۰	۱۷	۰	۲/۵۰	۴/۰۲	سالمندان نزد خانواده	

ادامه جدول ۳

۵۰	۲۰	۷	۳/۷۱	۱۳/۳۲	سالمندان خانه سالمندی	اختلال در کارکرد اجتماعی
۵۰	۱۵	۱	۲/۷۹	۶/۱۸	سالمندان نزد خانواده	افسردگی
۵۰	۲۰	۳	۴/۰۷	۱۰/۶۴	سالمندان خانه سالمندی	حمایت اجتماعی
۵۰	۸	۰	۱/۷۱	۱/۲۰	سالمندان نزد خانواده	
۵۰	۲۱	۵	۳/۹۹	۱۱/۵۶	سالمندان خانه سالمندی	
۵۰	۲۲	۱۲	۲/۲۶	۱۸/۱۴	سالمندان نزد خانواده	

یافته‌های مربوط به پژوهش: در این پژوهش به منظور پی بردن به احتمال وجود تفاوت معنی‌دار در هر یک از متغیرهای مورد مطالعه یعنی سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در بین سالمندان ساکن خانواده‌ها و سالمندان ساکن خانه سالمندان به انجام تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا^۵) اقدام گردید. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و حمایت اجتماعی سالمندان در آزمون لامبدای ویلکز^{۵۱} با درجه آزادی (df=۲) و سطح معنی‌داری (P=۰/۰۰۰۱) نشان داده شده است. بین دو گروه مذکور حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای موجود در تحقیق تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵: تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) سلامت عمومی و حمایت اجتماعی سالمندان نزد خانواده و سالمندان خانه سالمندان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (p)
سلامت عمومی	۲۰۱۹۲/۴۱	۱	۲۰۱۹۲/۴۱	۲۱۱/۶۹	۰/۰۰۰۱
حمایت اجتماعی	۱۳۲۴/۹۶	۱	۱۳۲۴/۹۶	۱۲۵/۶۹	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود، بین سالمندان خانه سالمندی و سالمندان نزد خانواده از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین سالمندان خانه‌های سالمندی (۴۴/۱۴)، نسبت به میانگین سالمندان نزد خانواده (۱۵/۵۸)، سالمندان خانه‌های سالمندی از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. لازم به توضیح است که بالا بودن نمره سلامت عمومی سالمندان خانه سالمندی نسبت به سالمندان نزد خانواده با توجه به نحوه نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی بیانگر سلامت عمومی پایین سالمندان خانه سالمندی می‌باشد.

هم‌چنین بین سالمندان خانه سالمندی و سالمندان نزد خانواده از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین

سالمندان خانه سالمندی (۱۱/۵۶)، نسبت به میانگین سالمندان نزد خانواده (۱۸/۱۴)، سالمندان نزد خانواده از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر روی چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی سالمندان نزد خانواده و سالمندان خانه‌های سالمندی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (p)
عامل گروه‌ها	۲۴۱/۶۲	۳	۸۰/۵۴	۱۲/۵۱	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۸۹۳/۹۶	۲۹۴	۶/۴۴	—	—

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است نسبت F تعامل (عامل گروه‌ها) برابر با ۱۲/۵۱ ($P=۰/۰۰۰۱$) می‌باشد که این نسبت معنی‌دار است. این بدان معناست که حداقل بین دو خرده‌مقیاس از چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی در ارتباط با یک یا هر دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت مشخص شدن تفاوت‌ها، از روش پیگیری توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون پی‌گیری توکی دو گروه (سالمندان خانه سالمندی و سالمندان نزد خانواده) در چهار خرده‌مقیاس سلامت عمومی

سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	میانگین		خرده‌مقیاس
		سالمندان نزد خانواده	سالمندان خانه سالمندی	
۰/۰۰۰۱	۵/۰۶	۴/۱۸	۹/۲۴	نشانیگان جسمانی
۰/۰۰۰۱	۶/۹۲	۴/۰۲	۱۰/۹۴	اضطراب
۰/۰۰۰۱	۷/۱۴	۶/۱۸	۱۳/۳۲	اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۹/۴۴	۱/۲۰	۱۰/۶۴	افسردگی

همان‌طور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود بین سالمندان نزد خانواده و سالمندان خانه‌های سالمندی از لحاظ نشانیگان جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. البته این تفاوت به نفع گروه سالمندان نزد خانواده می‌باشد. بنابراین وجود تفاوت معنادار در دو گروه از نظر خرده‌مقیاس‌ها در فرضیه اول تأیید می‌گردد. لازم به توضیح است که بالا بودن نمره خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی سالمندان خانه سالمندی نسبت به سالمندان نزد

خانواده با توجه به نحوه نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی، بیانگر سلامت عمومی پایین سالمندان خانه سالمندی می‌باشد.

در این تحقیق دو گروه سالمندان از نظر جنسیت نیز با در نظر گرفتن دو متغیر «سلامت عمومی و حمایت اجتماعی» مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج را در جدول زیر ملاحظه می‌کنید.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس عاملی (۲*۲) متغیر سلامت عمومی براساس گروه (سالمندان خانه سالمندی و سالمندان نزد خانواده) و جنسیت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (p)
گروه	۲۰۳۹۱/۸۴	۱	۲۰۳۹۱/۸۴	۲۰۶/۹۱	۰/۰۰۰۱
جنسیت	۱۴۴/۰۰	۱	۱۴۴/۰۰	۱/۴۶	۰/۲۳۰
گروه * جنسیت	۴۹/۰۰	۱	۴۹/۰۰	۰/۴۹۷	۰/۴۸۲
خطا	۹۴۶۱/۲۰	۹۶	۹۸/۵۵	--	--
کل	۱۱۹۲۰۸/۰۰	۱۰۰	--	--	--

همان‌طور که در جدول شماره ۸ نشان داده شده است، F مشاهده شده گروه برابر با ۲۰۶/۹۱ است که در سطح $P=۰/۰۰۰۱$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته حاکی از آن است که بین دو گروه سالمندان از لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین F مشاهده شده جنسیت برابر با ۱/۴۶ است که معنی‌دار نیست. این یافته حاکی از آن است که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس عاملی (۲*۲) متغیر حمایت اجتماعی براساس گروه (سالمندان خانه سالمندی و سالمندان نزد خانواده) و جنسیت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)
گروه جنسیت	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۰/۱۱۹	۰/۷۳۱
گروه	۱۶۹۷/۴۴	۱	۱۶۹۷/۴۴	۱۴۰/۴۸	۰/۰۰۰۱
کل	۸۵۸۰/۰۰	۱۰۰	--	--	--
خطا	۱۱۶۰/۰۰	۹۶	۱۲/۰۸	--	--
جنسیت	۵/۷۶	۱	۵/۷۶	۰/۴۷۷	۰/۴۹۲

همان‌طور که در جدول شماره ۹ نشان داده شده است F مشاهده شده گروه برابر با $۱۴۰/۴۸$ است که در سطح $P=۰/۰۰۰۱$ معنی‌دار می‌باشد. این یافته حاکی از آن است که بین این دو گروه سالمندان از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین F مشاهده شده جنسیت برابر با $۰/۴۷۷$ است که معنی‌دار نیست. این یافته حاکی از آن است که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از لحاظ سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن یعنی «نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی» تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتایج بدین صورت تبیین می‌شود که با توجه به عقیده کوربین و استرایوس (۱۹۸۸) و نیومن و همکاران (۱۹۹۰)، بیماری‌های جسمانی از قبیل بیماری‌های قلبی، سکنه مغزی در سالمندان ساکن خانه سالمندان بیشتر دیده می‌شود. همچنین طبق نظر کامپیون و همکاران (۱۹۸۳) و شیلد (۱۹۸۸)، سالمند وقتی در خانه سالمندان قرار می‌گیرد گاهی از نظر جسمی، روانی، عاطفی و اقتصادی وابسته می‌شود و این وابستگی در بقیه عمر ادامه می‌یابد. همچنین طبق تحقیقات بختیاری و همکاران (۱۳۸۳) بین زنان و مردان سرای سالمندان از نظر افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد، که این نتایج با پژوهش ما همخوانی دارند. اما در دیدگاه برک (۲۰۰۱)، جوامع مسکونی مخصوص سالخورده‌گان تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد سالخورده داشته، باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود که این دیدگاه با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی ندارند. اما کامینگ و هنری (۱۹۶۰) در نظریه خود به نام «دل‌کندن» بیان می‌دارند که سالمندی، عقب‌نشینی پیشرونده‌ای از نظر جسمی، روانی و اجتماعی است و بولینگ و براون (۱۹۹۱) نیز در دیدگاه خود بیان می‌کنند اکثر سالمندانی که (در خانواده) سلامت جسمانی دارند فعالیت خود را ثابت نگه می‌دارند. همچنین کونر و همکاران (۱۹۷۹) احساس سلامتی و رضایت از زندگی را باعث ارزیابی مثبت از زندگی می‌دانند و طبق نظر گلن (۱۹۹۰) و میوسن و همکاران (۱۹۸۲) افرادی که از نظر عاطفی باثبات‌اند و خویشتن‌پنداری قوی دارند، در آینده (میان‌سالی) به اشخاصی راضی‌تر و سازگارتر تبدیل می‌شوند. در نظریه «فقدان نقش» اسمیت‌بلو (۱۹۷۳)، بازنشستگی و بیوه‌گی به شرکت سالمند در ساختارهای نهادی اصلی اجتماعی (یعنی؛ کار و خانواده) پایان می‌دهد. همچنین طبق دیدگاه کوئین و همکاران (۱۹۹۹)، افراد سالمندی که اضطراب کمتری دارند، سلامت روانی و جسمانی بهتری دارند. در دیدگاهی که توسط هیدریچ و ریف (۱۹۹۳) ولانگ و بالتس (۱۹۹۷) و آدکینس، مارتین و پون (۱۹۹۶) و نیز اصلانی و همکاران (۱۳۸۲) بیان شد، بین سلامت روان در سالمندان زن و مرد سطح شهر با پیشگیری از انزوای اجتماعی، افزایش

روحیه و شخصیت مردم‌آمیز، سلامت جسمانی و روانی، افسردگی، اضطراب، حساسیت در روابط بین فردی، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد که این نتایج حاصله با نتایج بدست آمده در این پژوهش همخوانی دارد.

هم‌چنین نتیجه حاصل مربوط به تفاوت بین سالمندان زن و مرد ساکن خانواده‌ها از لحاظ حمایت اجتماعی (حمایت از طریق خانواده، دوستان و دیگران) مورد تأیید قرار گرفت. یعنی بین این دو گروه سالمندان از نظر این متغیر تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج بدین صورت تبیین می‌شود که طبق دیدگاه «روانی - اجتماعی» اریکسون، رایلی و فونر (۱۹۶۸) بیان می‌کنند کسانی که در خانه خود زندگی می‌کنند در مقایسه با افرادی که در خانه سالمندان روزگار می‌گذرانند خوشتر پنداری مثبت‌تری دارند. هم‌چنین طبق نظریات چاپل و بادگر (۱۹۸۹) و کاستا و همکاران (۱۹۸۱) و لیانگ و همکاران (۱۹۸۰)، تجربه سازگاری درونی و ذهنی سالمند است که موجب پذیرش مثبت پیری می‌شود و نیز بر طبق عقیده لوونتال (۱۹۶۴)، انزوای قبلی باعث احساس تنهایی در سنین پیری می‌شود. نوگارتن و همکاران (۱۹۶۴) در نظریه «فعالیت» و هم‌چنین مگازینر و همکاران (۱۹۸۸) بیان می‌کنند که میزان انزوای سالمندان به دلیل دل‌کندن اجتماع از آن‌هاست. اما به عقیده بیکن (۱۹۸۱) و لارسون و همکاران (۱۹۸۶) و فورستنبرگ (۱۹۸۶) و سیسی رلی (۱۹۸۱) و هم‌چنین کونیدیز و دیویس (۱۹۹۰) روابط صمیمی با دوستان با سلامت روان و روحیه بالای سالمندان در ارتباط است. البته در عین حال سالمندان به صمیمیت و استقلال خود خیلی اهمیت می‌دهند. طی تحقیقاتی که توسط کوکونن و پولکنین (۲۰۰۱) صورت گرفت بیان شد که روان رنجورخویی ابتدایی منجر به تردید عاطفی بیشتر و برونگرایی منجر به تلاش بیشتر برای تکیه بر حمایت عاطفی - اجتماعی می‌شود. در راستای دیدگاه‌های باس و فایر (۱۹۷۷) و نیکل کروس (۱۹۹۱) و سالوکنس و ماتیلا (۱۹۸۹) و نظریه کتل (۱۹۹۸) و لانگ و همکاران (۱۹۹۸) بیان می‌شود که حمایت اجتماعی و روابط صمیمانه با انزوای اجتماعی، عوامل استرس‌زا و روحیه افراد، اختلالات روانی و نشانه‌های افسردگی و ارتباطات زناشویی صمیمی، میزان اقدام به خودکشی و مقدار تعامل اجتماعی در ارتباط است. در تحقیقات لانگ و کارستنسن (۱۹۹۴) و فردریکسون و کارستنسن (۱۹۹۰)، ساراسون (۱۹۸۸)، آنتونوفسکی (۱۹۷۹) و کب (۱۹۷۶)، کوپر و مارشال (۱۹۷۸)، بین حمایت اجتماعی و تماس با خانواده و دوستان و همکاران و شرکای اجتماعی و نیز پیوندهای اجتماعی گسترده (ازدواج، داشتن دوستان و وابستگان نزدیک، عضویت در انجمن‌ها و...) و شدت فشار روانی و جسمی ارتباط وجود دارد. هم‌چنین نیومن (۱۹۸۶) و ساراسون و همکاران (۱۹۸۵) عقیده دارند که حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب و شکایت جسمانی و مقاومت در مقابل بیماری ارتباط دارد، که این نتایج با نتایج بدست آمده در تحقیق حاضر همخوانی دارد.

یادداشت‌ها

1. Cuming & Henry
2. Neugarten
3. Zanden; Vender
4. Magaziner et al
5. Boling & Brown
6. Corbin & Strauss
7. Newman et al
8. Compion et al
9. Shield
10. Conner et al
11. Dowd; James
12. Lowenthal
13. Beckman
14. Larson et al
15. Cherlin & Furstenberg
16. Cicirelli
17. Connidis & Davies
18. Riley & Foner
19. Smith – Blau
20. Chappell & Badger
21. Costa et al
22. Liang et al
23. Goleman
24. Mussen et al
25. Buss & Ffeier
26. Kokkonen & Pulkkinen
27. Berk
28. Quinn & et al
29. Kettl
30. Lang & et al
31. Lang & Baltes
32. Adkins & Martin & Poon
33. Commerford & Rezinkoff
34. Winefeild & et al
35. Lang & Carstensen
36. Heidrich & Ryff
37. Kraus & Mathews
38. Salocnks & Matila
39. Frederickson & Carstensen
40. Salocnks & Matila
41. Sarason
42. Newman
43. Antonovsky
44. Cobb
45. Cooper & Marshal
46. General Health Questionnaire Golberg
47. Heiliur
48. Cheung & Spears
49. Social Support Philips
50. MANOVA
51. Wilk's Lambada

منابع

- اصلانی، ش؛ برون، ل؛ بیلی تونه، ن؛ همتیان چهلرده چریکی، س. (۱۳۸۲). بررسی و مقایسه سلامت روان زنان و مردان سالمند ساکن شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- باوی، س. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین خود بیماری‌انگاری و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- بختیاری، س؛ قادری کیا، م؛ یوسفی قندعلی، آ. کردزنگنه (۱۳۸۳). مقایسه افسردگی در سالمندان مرد و زن ساکن سرای سالمندان شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- برک، ل.ا. (۱۳۸۳). روان‌شناسی رشد: از نوجوانی تا پایان زندگی (ترجمه: یحیی سیدمحمدی)، (جلد دوم). چاپ دوم، تهران: انتشارات ارسباران.
- فرجی، م. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با عزت‌نفس، اضطراب و افسردگی در دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- قرآن مجید، سوره مبارکه نحل، آیه ۷۰.
- ملک‌زاده، م. (۱۳۸۳). مقایسه سلامت عمومی، عزت‌نفس، حمایت‌های اجتماعی در بین بیماران خودسوز و غیر خودسوز بستری در بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه در سال (۱۳۸۳-۱۳۸۲). پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.

وند زدن، ج. (۱۳۸۳). روان‌شناسی رشد (ترجمه: حمزه گنجی). تهران: انتشارات بعثت.
 یادآوری، م. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و عزت‌نفس و خودابرازی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
 یارعلی، خ. (۱۳۷۹). رابطه ساده و چندگانه سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی - جسمانی دبیران زن شهرستان شوشتر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.

- Adkins, C., Martin, P. & Poon, L. W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians, and sexagenarians. *Psychology and Aging, 11*, 408-416.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beckman, L. J. (1981). Effects of social interaction and children's relative inputs on older woman's psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 1075-1086.
- Blau, Z. S. (1973). *Old age in a changing society*. New York: New View Points.
- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social networks health and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology, 46*, 20-32.
- Campion, E. W., Bang, A. & May, M. I. (1983). Why acute-care hospitals must undertake long-term care. *New England Journal of Medicine, 308*, 71-75.
- Chappell, N. L. & Badger, M. (1989). Social isolation and well-being. *Journal of Gerontology, 44*, 169-176.
- Cherlin, A. J. & Furstenberg, F. F. (1986). *The new American grandparent: A place in the family, a life apart*. New York: Basic Books.
- Cicirelli, V. G. (1981). *Helping elderly parents: The role of adult children*. Boston: Auburn House.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Commerford, M. C. & Rezinkoff, M. (1990). Relationship of religion and perceived social support to self-esteem and depression in nursing home residents. *Journal of psychology, 130*(1), 35-50.
- Conner, K. A., Powers, E. A. & Bultena, G. L. (1979). Social interaction and life satisfaction: An empirical assessment of late-life patterns. *Journal of Gerontology, 34*, 116-121.
- Connidis, I. A., & Davies, L. (1990). Confidants and companions in later life: The place of family and friends. *Journal of Gerontology, 45*, 141-149.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness as home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. & Norris, A. H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of Gerontology, 36*, 78-85.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic books.
- Dowd, J. J. (1975). Aging as exchange: A preface to theory. *Journal of Gerontology, 30*, 584-594.
- Dowd, J. J. (1980). Exchange rates and old people. *Journal of Gerontology, 35*, 596-602.
- Dowd, J. J. (1984). Beneficence and the aged. *Journal of Gerontology, 39*, 102-108.

- Fredrickson, B. L., & Carstensen, L. L. (1990). Relationship classification using grade of membership analysis: A typology of sibling relationships in later life. *Journal of Gerontology, 45*, 43-S51.
- Goleman, D. (1990, January 16). Men at 65: New finding on well-being. *New York Times*, 19-23.
- Heidrich, S. M., & Ryff, C. D. (1993). Physical and mental health in later life: The self system as mediator. *Psychology and Aging, 8*, 327-338.
- Kettl, P. (1998). Alaska native suicide: lessons for elder suicide. *International Psychogeriatrics, 10*, 205-211.
- Kokkonen, M., & Pulkkinen, L. (2001). *Extraversion and neuroticism as antecedents of emotion regulation and deregulation in adulthood*. New York, Basic books.
- Lang, F. R., & Baltes, M. M. (1997). Being with people and being alone in later life: Costs and benefits for everyday functioning. *International Journal of Behavioral Development, 21*, 729-749.
- Lang, F. R. & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9*, 315-324.
- Liang, J., Dvorking, L., Kahana, E., & Mazian, F. (1980). Social integration and morale: A reexamination. *Journal of Gerontology, 35*, 746-757.
- Lowenthal, M. F. (1964). Social isolation and mental illness in old age. *American Sociological Review, 29*, P.54-70.
- Magaziner, J., Cadigan, D. A., Hebel, J. R., & Parry, R. E. (1988). Health and living arrangements among older women: Does living alone increase the risk of illness. *Journal of Gerontology, 43*, 127-133.
- Mussen, P. H., Honzik, M. P. & Eichorn, D. H. (1982). Early adult antecedents of life satisfaction at age 70. *Journal of Gerontology, 37*, 316-322.
- Newman, S. J., Struck, R., Wright, P. & Rice, M. M. (1990). Overwhelming olds: Care giving and the risk of institutionalization. *Journal of Gerontology, 45*, 173-183.
- Perkins, H. W. (1991). Religious commitment, yuppie values, and well-being in post-collegiate life. *Review of Religious Research, 32*, 244-251.
- Quinn, M. E., Johnson, M. A., Poon, L. W., & Martin, P. (1999). Psychosocial correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 151-171.
- Riley, M. W., & Foner, A. (1968). *Aging and society: An inventory of research findings*. New York: Russel Sage Foundation.
- Sarason, I. (1988). Social support, personality and health. In M. P. Janiss (Ed.), *Individual Differences, Stress and Health Psychology, 25*, p:109-127.
- Shield, R. R. (1988). *Uneasy endings: Daily life in an American nursing home*. Ithaca (NY): Cornell University.
- Winefield, H. R., Winefield, A., & Tiggemen, M. (1992). Social support and psychological wellbeing in young adults, the Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment, 58*(1). 193-210.