



رابطه حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان

سید عنایت اله میری^۱

خالد اصلانی^۲

غلامرضا رجیبی^۳

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین میزان رابطه حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۲ انجام شده که جامعه آماری آن ۱۰۳۸۷ نفر، نمونه مورد بررسی ۲۲۰ نفر و به شیوه گلوله برفی انتخاب شد. **روش:** روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف، حمایت اجتماعی شربورن و استووات استفاده شد.

یافته: یافته‌های تحقیق نشان داد که، بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بین مؤلفه‌های حمایت ملموس، مهربانی، تعامل اجتماعی مثبت، با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بین مؤلفه‌های حمایت هیجانی و اطلاع‌رسانی با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان ارتباطی مشاهده نشد. همچنین تحلیل رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام نشان داد که حمایت اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. تحلیل رگرسیون چند متغیری به شیوه گام به گام در مورد مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نشان داد که مؤلفه‌ی حمایت ملموس، مهربانی، تعامل اجتماعی مثبت، بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، حمایت ملموس، مهربانی، تعامل اجتماعی مثبت، بهزیستی روان‌شناختی، سالمندان.

^۱ دانشگاه فرهنگیان، مرکز آموزش عالی امام جعفر صادق (ع) بهبهان. نویسنده‌ی مسئول: mmiry.s.a@gmail.com

^۲ استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز

^۳ دانشیار گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز



مقدمه

امروزه سالمندی^۱ یک بیماری محسوب نمی‌شود بلکه به عنوان گذر از مرحله ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می‌گردد. پیری واقعیتهای اجتناب ناپذیر است. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال آدمی است نه زمان تسلیم شدن، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت. پیامد جوامعی که شرایط زندگی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بهبود و طول عمر و امید به زندگی افزایش می‌یابند، پدیده سالمندی است. پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (سارویماکي و استنبوک هالت^۲، ۲۰۱۳).

یکی از مفاهیم مهم در بافت کیفیت زندگی و رویکرد روانشناسی مثبت، مفهوم بهزیستی روانشناختی^۳ می‌باشد. برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ داینر^۴ اصطلاح بهزیستی روانشناختی و ساختارهای مرتبط با آن را به صورت روشمند در حوزه روانشناسی بررسی کرد و آن را جایگزین و مترادف شادمانی قرار داد. داینر مطابق با دیدگاه سیکزنت میهالی^۵، در تعریف بهزیستی به تئوری فعالیت اشاره دارد و آن را همانند کارکردی از شخصیت و نگرش‌های کلی نسبت به محیط و شرایط می‌داند. بهزیستی روانشناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخوردارگی از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی. مؤلفه‌های شناختی و عاطفی بهزیستی، به همدیگر وابسته و میزان این همبستگی از ۰/۸ تا ۱ در نوسان است (اید و لارسون^۶، ۲۰۱۱). در همین رابطه تنهای رشوانلو (۱۳۸۹) در تحقیقی به این نتیجه دست یافت که؛ تنها گرمی مادر و پدر قادر به پیش بینی ابعاد بهزیستی روانشناختی و اجتماعی، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی دانشجویان هستند. دائمی و کیان پور (۱۳۹۰) نیز در تحقیقی نشان دادند که؛ رابطه خطی میان بهزیستی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی و شادکامی است به گونه‌ای که هر چقدر دانشجویان از بهزیستی روانشناختی و اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، شادکامی بیشتری را تجربه خواهند نمود. گالاکتی^۷ (۲۰۱۰) در بررسی پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس حمایت اجتماعی دریافت که حمایت اجتماعی ۴۳٪ واریانس بهزیستی روانشناختی را پیش بینی می‌کند.

یکی از مفاهیم روانشناختی که اخیراً توسط دانشمندان علوم تربیتی مطرح گردیده است، حمایت اجتماعی^۸ می‌باشد. این موضوع نیز یکی از نیازهای اساسی افراد بشر در طول تاریخ بوده است. انسان‌های اولیه در اکثر دوران تاریخ خود احتمالاً در دسته‌ها و گروه‌های کوچک زندگی می‌کردند و به دنبال یافتن غذا بودند و در مواقعی در معرض خطر حمله موجودات درنده قرار می‌گرفتند. به عقیده بالبی (۱۹۶۹) در طول تاریخ بشری در صورت کمک اطرافیان، انسان‌ها به بهترین وجه قادر به رویارویی با بحران‌ها و روبرو شدن با خطرات بوده‌اند. بدین‌گونه در طبیعت ما نیاز به دلبستگی‌های نزدیک استقرار یافته است تا بتوانیم از حمایت خانواده و اطرافیان برخوردار گردیم. آنگونه که از تعاریف مختلف حمایت اجتماعی استنباط می‌شود، حمایت اجتماعی عبارت است از میزان ادراک فرد از این که مورد توجه و علاقه دیگران بوده، از دیدگاه آنان فردی ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل شود به او یاری می‌رسانند. حمایت اجتماعی شامل دو بعد اساسی است، یکی جنبه ذهنی که نشان دهنده تصورات و ادراکات فرد از حمایت‌های اطرافیان است، و دیگری جنبه واقعی (عینی) است که عبارتست از میزان مساعدت‌ها و کمک‌های واقعی ارائه شده به فرد. منابع

1- elderly

2- Sarvimaki & Stenbock-Hult

3- psychological well-being

4- Diener

5- Csikszentmihalyi

6- Eid & Larson

7- Galakte

8- social support



حمایت اجتماعی فراهم شده برای فرد نیز متنوع هستند. در این طیف گسترده، حمایت گروه‌هایی از قبیل خانواده، گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان، مغازه‌دار محله، معلمان، همکاران، و سایرین قرار دارند. برخی از این گروه‌ها به طور رسمی و برخی دیگر به صورت غیررسمی تأمین کننده حمایت اجتماعی برای فرد هستند. بنابراین منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند (آپلتون^۱، ۲۰۱۲). اصلانی (۱۳۹۱) در تحقیقی نتیجه گرفت که؛ امیدواری و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنی داری دارند اما بین خوش بینی و رضایت از زندگی رابطه ای بدست نیامد. از طرفی نتایج تحقیق مرادی (۱۳۹۰) نشان داد که؛ بعد هم‌نوایی در الگوی ارتباطات خانواده پیش بینی کننده مثبت و معنی دار مؤلفه‌های رشد شخصی و پذیرش خود بود. همچنین ایلهان^۲ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داد که، بین خوش بینی و حمایت اجتماعی در رضایت از زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه سالمندان شهرستان بهبهان می‌باشد. مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ جمعیت افراد بالای ۶۵ سال را ۵/۷۸ درصد کل جمعیت گزارش کرده است. با توجه به اینکه جمعیت شهرستان بهبهان در همین سال ۱۷۹۷۰۳ نفر گزارش شده است، جمعیت سالمندان این شهرستان ۱۰۳۸۷ نفر برآورد می‌شود. بر این اساس حجم نمونه پژوهش ۲۲۰ نفر بود. که به صورت هدفمند (گلوله برفی) انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۳ (۱۹۸۹) و مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استووات (۱۹۹۱) استفاده شده است.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: در پژوهش حاضر برای سنجش بهزیستی روانشناختی، از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده می‌شود. این مقیاس از ۵۴ سؤال در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) ساخته شده است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس بهزیستی روانشناختی به ترتیب ۸۴ و ۳۲۴ خواهد بود. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بالاتر در هر یک از خرده مقیاس است. ضریب پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ به وسیله ریف و کیس بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ توسط خدابخش و کیانی (۱۳۹۲) ۰/۸۵ به دست آمده است. زنجانی طیبی (۱۳۸۳) برای بررسی روایی محتوایی این پرسشنامه خرده مقیاس‌های آن را با هم همبسته نمود که ضرایب همبستگی به دست آمده بین خرده مقیاس‌های آن نشان دهنده روایی نسبتاً مطلوب این پرسشنامه می‌باشد. همه‌ی ضرایب همبستگی به دست آمده بین مقیاس‌های فرعی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار هستند. این نتایج نشان می‌دهند که پرسشنامه بهزیستی روانشناختی از روایی محتوایی لازم برخوردار است. در این تحقیق ضریب پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شده است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی: در پژوهش حاضر برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استووات (۱۹۹۱) استفاده می‌شود. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود را با هر یک از عبارات را

¹ - Appleton

² - İlhan

³ - Ryff



در یک مقیاس لیکرات ۵ درجه‌ای (هیچ وقت = ۱ امتیاز، به ندرت = ۲ امتیاز، گاهی اوقات = ۳ امتیاز، اغلب = ۴ امتیاز، همیشه = ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. مقیاس حمایت اجتماعی دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. شربورن و استووات (۱۹۹۱) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی مقیاس حمایت ملموس را ۰/۷۴، حمایت هیجانی، اطلاع رسانی و تعامل مثبت را ۰/۷۲، مهربانی را ۰/۷۶، و ضریب کل مقیاس را ۰/۷۸ محاسبه کرده است. در این تحقیق ضریب پایایی کل ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ همچنین ضریب پایایی مقیاس حمایت ملموس ۰/۸۱، حمایت هیجانی ۰/۸۸، اطلاع رسانی و تعامل مثبت ۰/۸۵ و مهربانی نیز ۰/۷۶ محاسبه شده است.

یافته‌های پژوهش

این یافته‌ها به صورت میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ی مربوط به متغیرهای تحقیق، در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، واریانس، حداقل و حداکثر نمره در متغیرهای تحقیق

| شاخص آماری متغیرها | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|--------------------|---------|--------------|------------|-------------|
| حمایت اجتماعی | ۸۱/۴۷۷ | ۲/۸۴۸ | ۷۴/۰۰ | ۸۸/۰۰ |
| حمایت ملموس | ۱۶/۹۳۱ | ۱/۸۹۶ | ۱۴/۰۰ | ۲۰/۰۰ |
| حمایت هیجانی | ۱۷/۱۷۲ | ۱/۶۹۵ | ۱۳/۰۰ | ۲۰/۰۰ |
| اطلاع رسانی | ۱۶/۸۶۳ | ۱/۵۷۵ | ۱۳/۰۰ | ۲۰/۰۰ |
| مهربانی | ۱۲/۸۳۱ | ۱/۲۰۲ | ۱۰/۰۰ | ۱۵/۰۰ |
| تعامل اجتماعی مثبت | ۱۷/۱۶۸ | ۱/۶۸۹ | ۱۳/۰۰ | ۲۰/۰۰ |
| بهبودی روانشناختی | ۲۶۶/۵۶۹ | ۶/۹۵۹ | ۲۴۹/۰۰ | ۲۸۴/۰۰ |

در جدول ۱، اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در قالب میانگین، انحراف معیار، حداقل نمره و حداکثر نمره آمده است. در همین رابطه یافته‌ها نشان می‌دهد که:

متغیر حمایت اجتماعی دارای میانگین ۸۱/۴۷۷، انحراف معیار ۲/۸۴۸، حداقل نمره ۷۴/۰۰ و حداکثر نمره ۸۸/۰۰ می‌باشد. متغیر حمایت ملموس دارای میانگین ۱۶/۹۳۱، انحراف معیار ۱/۸۹۶، حداقل نمره ۱۴/۰۰ و حداکثر نمره ۲۰/۰۰ می‌باشد. متغیر حمایت هیجانی دارای میانگین ۱۷/۱۷۲، انحراف معیار ۱/۶۹۵، حداقل نمره ۱۳/۰۰ و حداکثر نمره ۲۰/۰۰ می‌باشد. متغیر اطلاع رسانی دارای میانگین ۱۶/۸۶۳، انحراف معیار ۱/۵۷۵، حداقل نمره ۱۳/۰۰ و حداکثر نمره ۲۰/۰۰ می‌باشد. متغیر مهربانی دارای میانگین ۱۲/۸۳۱، انحراف معیار ۱/۲۰۲، حداقل نمره ۱۰/۰۰ و حداکثر نمره ۱۵/۰۰ می‌باشد. متغیر تعامل اجتماعی مثبت دارای میانگین ۱۷/۱۶۸، انحراف معیار ۱/۶۸۹، حداقل نمره ۱۳/۰۰ و حداکثر نمره ۲۰/۰۰ می‌باشد. همچنین متغیر بهبودی روانشناختی دارای میانگین ۲۶۶/۵۶۹، انحراف معیار ۶/۹۵۹، حداقل نمره ۲۴۹/۰۰ و حداکثر نمره ۲۸۴/۰۰ می‌باشد.



جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها

| (ضریب همبستگی) و سطح معنی داری | | | | | | | متغیرها |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------------|
| بهبودی روانشناختی | تعامل اجتماعی | مهربانی | اطلاع رسانی | حمایت هیجانی | حمایت ملموس | حمایت اجتماعی | |
| | | | | | | ۱ | حمایت اجتماعی |
| | | | | | ۱ | (۲۵۱) ۰/۰۰۰ | حمایت ملموس |
| | | | | ۱ | (۲۲۲) ۰/۰۰۱ | (۲۳۰) ۰/۰۰۱ | حمایت هیجانی |
| | | | ۱ | (۱۵۵) ۰/۰۲۱ | (۲۰۵) ۰/۰۰۲ | (۳۷۴) ۰/۰۰۰ | اطلاع رسانی |
| | | ۱ | (۱۳۰) ۱/۰۵۴ ۰ | (۱۶۲) ۰/۰۱۶ | (۱۹۱) ۰/۰۰۴ | (۳۱۳) ۰/۰۰۰ | مهربانی |
| | ۱ | (۰/۸۳) ۱/۲۲۲ ۰ | (۱۷۲) ۱/۰۱۱ ۰ | (۲۴۶) ۰/۰۰۰ | (۰۲۹) ۰/۶۶۷ | (۴۰۲) ۰/۰۰۰ | تعامل اجتماعی |
| ۱ | (۲۷۵) ۰/۰۰۰ | (۲۵۹) ۱/۰۰۰ ۰ | (۱۰۳) ۱/۱۲۹ ۰ | (۰۰۶) ۰/۹۲۵ | (۱۶۷) ۰/۰۱۳ | (۲۴۸) ۰/۰۰۰ | بهبودی روانشناختی |

در جدول ۲، نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش با متغیر بهبودی روانشناختی محاسبه و نمایش داده شده است. در همین رابطه یافته‌ها نشان می‌دهد که؛ بین حمایت اجتماعی با بهبودی روان شناختی سالمندان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. بین مؤلفه حمایت ملموس با بهبودی روانشناختی سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد. بین مؤلفه حمایت هیجانی با بهبودی روانشناختی سالمندان رابطه معنی داری وجود ندارد. بین مؤلفه اطلاع رسانی با بهبودی روانشناختی سالمندان رابطه معنی داری وجود ندارد. بین مؤلفه مهربانی با بهبودی روانشناختی سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد. بین مؤلفه تعامل اجتماعی مثبت با بهبودی روانشناختی سالمندان رابطه معنی داری وجود دارد.



جدول ۳. ضرایب تأثیر رگرسیون به شیوه گام به گام متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک

| مدل | متغیرهای پیش بین | R | R ² | خطای استاندارد | ضریب F | β | T | P |
|------------|------------------|-------|----------------|----------------|--------|---------|-------|-------|
| گام به گام | حمایت اجتماعی | ۰/۲۴۸ | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۲۳ | ۱۴/۲۷۳ | ۰/۲۴۸ | ۳/۷۷۸ | ۰/۰۰۰ |

همان گونه که جدول ۳ نشان می دهد سطح معنی داری محاسبه شده در خصوص متغیر پیش بین حمایت اجتماعی کوچکتر از ۰/۰۵ است. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی، بهزیستی روانشناختی سالمندان را پیش بینی می کند و حدود ۶ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی سالمندان را تبیین می کند.

جدول ۴. ضرایب تأثیر رگرسیون به شیوه گام به گام متغیرهای پیش بین بر متغیر ملاک

| مدل | متغیرهای پیش بین | R | R ² | خطای استاندارد | ضریب F | β | T | P |
|------------|--------------------|-------|----------------|----------------|--------|---------|-------|-------|
| گام به گام | حمایت ملموس | ۰/۱۶۷ | ۰/۰۲۸ | ۰/۰۳۵ | ۶/۲۳۳ | ۰/۱۶۷ | ۲/۴۹۷ | ۰/۰۱۳ |
| | مهربانی | ۰/۲۵۹ | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۵۴ | ۱۵/۶۴۵ | ۰/۲۵۹ | ۳/۹۵۵ | ۰/۰۰۰ |
| | تعامل اجتماعی مثبت | ۰/۲۷۵ | ۰/۰۷۶ | ۰/۰۳۸ | ۱۷/۸۵۱ | ۰/۲۷۵ | ۴/۲۲۵ | ۰/۰۰۰ |

همان گونه که جدول ۴ نشان می دهد سطح معنی داری محاسبه شده در خصوص متغیرهای پیش بین حمایت ملموس، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت کوچکتر از ۰/۰۵ است. به عبارت دیگر حمایت ملموس، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت، بهزیستی روانشناختی سالمندان را پیش بینی می کنند و در مجموع حدود ۸ درصد واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین می کنند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به داده های بدست آمده از جدول ماتریس همبستگی بین حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی سالمندان رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که با افزایش حمایت اجتماعی، بهزیستی روانشناختی سالمندان به نسبت پایینی افزایش می یابد. این یافته با نتیجه پژوهش رشوانلو (۱۳۸۹)؛ اصلانی (۱۳۹۱)؛ مرادی (۱۳۹۰)؛ دائمی کیان پور (۱۳۹۰)؛ ایلهان (۲۰۱۱) و گالاکتی (۲۰۱۰) همخوانی دارد. حوزه مطالعات حمایت اجتماعی، زمینه انجام پژوهش های متعددی را ایجاد کرد. با این حال، بخش عمده مطالعات، پیرامون ارتباط حمایت اجتماعی با بیماری و سلامتی انجام گرفته است. این ارتباط شامل علت شناسی بیماری و مرگ و میر، کارکرد سیستم ایمنی بدن، بیماری های مختلف جسمانی و روانی، بهبود از بیماری، تأثیرات درمانی و پیشگیرانه، بوده اند (قدسی، ۱۳۸۲). به عنوان مثال، مطالعه آلامدا کانتی (۲۰۰۰)؛ به نقل از قدسی، (۱۳۸۲) در کالیفرنیا نشان داد که در شرایط جسمی مشابه، اشخاصی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، در طول سال های بعد از یک عارضه قلبی، خطر مرگ آنان را نصف دیگران که چنین منابع حمایتی نداشتند، تهدید می کرد (آدام و هرتسلیک، ۲۰۰۹)؛ به نقل از قدسی، (۱۳۸۲). هم



چنین یک مطالعه کلی به شکل فراتحلیل، نشان داد که میزان حمایت اجتماعی، بر سلامتی جسمی افراد تأثیر مثبت داشته است (اسمیت و مک کی، ۱۹۹۵؛ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲). حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات آسیب‌زای محرک‌های استرس‌زا بر سیستم ایمنی بدن را کاهش دهد (ولمن و گولیا، ۱۹۹۹؛ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲). بدین معنی، کسانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، سیستم ایمنی بدن‌شان نیز قوی‌تر بوده و در نتیجه دیرتر بیمار شده و در صورت ابتلا به بیماری، زودتر بهبود می‌یابند (علی پور، ۱۳۸۵). به علاوه، شواهد قوی و ثابت پژوهشی وجود دارد که انزوای اجتماعی یا فقدان حمایت اجتماعی یک عامل خطر مستقل برای بیماری کرونر قلبی است (بونکر و همکاران، ۲۰۰۳؛ اریکسن، ۱۹۹۴؛ روزانسکی و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از علی پور، ۱۳۸۵). در مجموع، پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که مهم‌ترین انواع اختلالات جسمی و فیزیولوژیکی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی عبارتند از: سردردهای عصبی و تنشی (میگرن)، ناراحتی‌های گوارشی، از بین رفتن اشتها، افزایش فعالیت کورتکس غده آدرنال، افزایش سطح کلسترول و اوره خون، بالا رفتن فشار خون، ناراحتی‌های قلبی عروقی و افزایش احتمال مرگ و میر. (شفیعی قهفرخی، ۱۳۷۳). علاوه بر سلامت جسمی، اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تأثیر آشکار حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامتی و آسایش روانی را تأیید نموده‌اند (کورنمان و همکاران، ۲۰۰۳). بخش اعظم این تلاش‌های پژوهشی، بر این فرض متمرکز شده‌اند که سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی، خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. هندرسون (۱۹۹۲؛ به نقل از علی پور، ۱۳۸۵) با انجام یک فراتحلیل، به این نتیجه رسید که علی‌رغم به کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی، در تمام پژوهش‌های انجام شده، نتایج ثابتی راجع به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش ابتلای به افسردگی، مشاهده شده است (ترنر و ترنر، ۱۹۹۹؛ به نقل از علی پور، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند (لاندمن پیتز و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین، بین میزان افسردگی با منابع ساختاری حمایت اجتماعی (عضویت گروهی، اندازه شبکه، و پیوند قوی) رابطه معناداری وجود داشته و میزان افسردگی در گروه‌های کوچک‌تر، شبکه‌های بزرگتر، و در بین متأهلین، کم‌تر بوده است (قدسی، ۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی، نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی با نرخ افسردگی، همبستگی منفی داشته و میانگین حمایت اجتماعی در افراد افسرده، به طور معناداری پایین‌تر از افراد غیرافسرده می‌باشد. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کنندگی در بروز یا تشدید افسردگی دارد (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که از دیدگاه روان‌شناختی فردی سالم که از آسایش روانی برخوردار می‌باشد و زندگی بدون تنش را تجربه می‌کند در موارد بحران و رویدادهای خطرناک ارتباط مفیدتری با اطرافیان داشته، از کمک و حمایت‌های آن‌ها استقبال کرده و این گونه حمایت‌های آن‌ها را نیز بیشتر درک خواهد نمود. حمایت اجتماعی دارای فواید روان‌شناختی و جسمانی برای افرادی است که، با رویدادهای فشارزای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند. همچنین به عنوان یک منبع ارزان قیمت اقتصادی و با اهمیت اجتماعی در جهت مقابله با مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد چشمگیری نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفا می‌کند چرا که انزوای اجتماعی، به بیماری جسمی و روانی منجر می‌شود.

اجرای این تحقیق با محدودیت‌هایی روبرو شد که ضمن تأکید و توجه به آن در تحقیقات بعدی، در زیر به شرح آن اشاره می‌شود: تفاوت‌های جنسیتی در این پژوهش لحاظ نشده است، محدود بودن قلمرو پژوهش به شهر بهبهان که تعمیم یافته‌ها می‌بایست با احتیاط صورت گیرد و در آخر، این پژوهش فقط بر روی سالمندان انجام شده و قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی نمی‌باشد. پیشنهادات پژوهشی و کاربردی این تحقیق از این قرارند: شناسایی نیازهای سالمندان و ارائه راهکارهای کاربردی برای کاهش آن، تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، آموزش‌های لازم برای اعضای خانواده‌ای که دارای



سالمند هستند داده شود تا بتوانند حمایت‌های همه جانبه را از سالمندان داشته باشند. همچنین دانش و آگاهی های لازم برای مربیان و کارکنان مراکز نگهداری سالمندان بایستی داده شود تا آنان بر اساس آخرین یافته‌های موجود با سالمندان برخورد نمایند.

منابع فارسی

- اصلانی، خالد؛ فرهادی مطلق، لیلا و جلالوند، مصطفی (۱۳۹۱). *رابطه حمایت اجتماعی، امیدواری و خوشبینی با رضایت از زندگی*. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بخشانی، نورمحمد و همکاران (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی با افسردگی. *مجله اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره دوم، صص ۴۹-۵۵*.
- تنهای رشوانلو، فرهاد و حاجی زاده نداف، پروانه (۱۳۸۹). *بهبودی روانشناختی و اجتماعی، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی دانشجویان؛ نقش حمایت از خودمختاری و گرمی والدین*. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته زیست‌شناسی دانشگاه پیام نور مشهد.
- خدابخش، م و کیانی، ف (۱۳۹۲). بررسی قدرت پیش بینی کنندگی دلبستگی شغلی توسط حمایت ادراک شده از سرپرست و همکار. *فصلنامه پژوهشی بهداشت و ایمنی کار*. ۳ (۳): ۶۷-۷۸.
- دائمی، فاطمه و کیانپور، سعید (۱۳۹۰). *بهبودی روانشناختی و اجتماعی و میزان شادکامی در دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی.
- زنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۳). *ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان شناختی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی. دانشگاه تهران.
- شفیعی قهفرخی، فرخ (۱۳۷۳). *حمایت اجتماعی و بهداشت روانی*. *مجله بهداشت جهان، سال هشتم، شماره اول، صص ۱۶-۱۴*.
- علی پور، احمد (۱۳۸۵). *ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم؛ بررسی مدل تأثیر کلی*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۲، دوره دوره ۱۲، صص ۱۳۹-۱۳۴*.
- قدسی، علی محمد (۱۳۸۲). *بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی*. پایان نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مرادی، مرتضی و سلیمانی خشاب، عباسعلی (۱۳۹۰). *رابطه الگوهای ارتباطات خانواده، حمایت اجتماعی و جنسیت با برخی از مؤلفه های بهزیستی روانشناختی*. پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه شیراز.

منابع انگلیسی

- Appleton, P. R., Hall, H. K., & Hill, A. P. (2012). *Social Support - definition and Scope*. Retrieved from: [http:// www.euphix.org](http://www.euphix.org).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. I: Attachment. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.



- Cornman, Jennifer. C. et al., (2003). Social Ties and Perceived Support. *Journal of Aging & Health, 15*(4). pp: 616-44.
- Eid, J. & Larson, Y. (2011). The Relationship between Attachment, Love Styles, and Marital Quality in a Sample of Married Member of Day Saints. *Journal Family Therapy, 2011; 6*(3):78-97.
- Galakte, H. (2010). Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual differences, 42*, 1444-1452.
- Landman, P., Karlien, M. C. et al., (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine, 60*, pp 2549-59.
- Ilhan, B. (2011). The assessment of subjective well-being (issues vanished by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences, 36*, 1225-1232.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Sarvimaki, K., & Stenbock Hult, T. (2013). The prevalence of depression among the elderly in Sepang, Selangor. *MedJ Malaysia, 2013; 59* (1):45-49.
- Sherbourne, R., & Stewar, Y. (1991). The Relationship Between Different Work-related Sources of Social Support and Burnout among Registered and Assistant Nurses in Sweden: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies. 44*(5): 758-769.