مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۳، فروردین ۱۳۹۳، ۱۲-۳

ارتباط حمایت اجتماعی با روحیه سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۱

غلامحسین ظریف‌نژاد[۱]، الهام صابری‌نوقابی[۲]، علی دلشاد نوقابی[۳]، هادی کوشیار[۴]

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۱۷ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۱/۶/۲۲ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۲/۴/۲۴ پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: تعداد و نسبت افراد سالخورده در تمام کشورها در حال افزایش است. دغدغه قرن حاضر زنده ماندن نیست، بلکه افزایش کیفیت زندگی و رفاه روانی است. مهمترین شاخص رفاه روانی در سالمندی روحیه می‌باشد. یکی از شاخص‌های مؤثر بر سازگاری با فرآیند پیر شدن و مشکلات و پیامدهای حاصل از سالمندی و استرس‌های آن و پیش بینی کننده میزان روحیه، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی با بهبود و توسعه مکانیسم‌های سازگاری و تطابق روانشناختی در ارتباط است. توجه به انواع حمایت اجتماعی و تقویت آن‌ها میتواند به عنوان یک سرمایه اجتماعی در راستای بهبود کیفیت زندگی و روحیه سالمندان مورد توجه قرار گیرد. این پژوهش به منظور تعیین رابطه حمایت اجتماعی با روحیه سالمندان شهر مشهد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۵۰ نفر سالمند شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته است. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، مقیاس حمایت اجتماعی Duke و مقیاس سنجش روحیه مرکز سالمند شناسی Philadelphia بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد از کل سالمندان مورد بررسی ۲۴۷ نفر (۷۰/۶۱٪) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی سالمندان ۵/۶۱±۶۶/۴۲ سال و میانگین نمره روحیه ۴/۵۸±۱۰/۱۹ بود. همچنین، نتایج نشان داد میانگین نمره حمایت خانوادگی (۲۱/۷۳±۴۷/۳۴) از حمایت غیر خانوادگی (۲۶/۷۴±۳۸/۵۸) بیشتر است. بین نمره ابعاد حمایت اجتماعی خانوادگی (r_s=۰/۳۹) و غیر خانوادگی (r_s=۰/۲۲) با نمره روحیه ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی عاملی مهم در ارتقای روحیه سالمندان بوده و نقش پیش بینی کننده‌ای در میزان روحیه سالمندان دارد.

واژه‌های کلیدی: سالمند، روحیه، حمایت اجتماعی

۱ مربی گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
تلفن: ۰۵۳۳-۷۲۲۰۱۱۵، دورنگار: ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵، پست الکترونیکی: saberi.e@gmu.ac.ir
۳ مربی گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۴ دکتری سالمند شناسی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

مقدمه

تعداد و نسبت افراد سالخورده در تمام کشورها اعم از پیشرفته و در حال توسعه در حال افزایش است. افزایش سالانه جمعیت در جهان ۱/۷٪ در سال است که این رشد برای جمعیت بالای ۶۰ سال تمام دنیا ۲/۵٪ در سال تخمین زده شده است. سازمان ملل در سال ۲۰۰۹ میلادی تعداد کل سالمندان جهان را حدود ۷۰۰ میلیون نفر عنوان کرده است. طبق گزارش این سازمان در همان سال در ایران در حدود ۵ میلیون نفر یعنی ۷٪ از کل جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دادند که این تعداد در سال ۲۰۵۰ میلادی به ۲۷ میلیون نفر، تقریباً ۲۸٪ از کل جمعیت کشور خواهد رسید [۱]. در واقع عمر طولانی، یکی از دستاوردهای مهم قرن بیست و یکم است که منجر به پیر شدن جمعیت جهان شده است.

سالمندی جمعیت یکی از افتخارات بشری و همچنین، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های ماست. در تمامی کشورهای توسعه یافته، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و کمک به مقوله سالمندی جهت حفظ سلامت و توجه به نیازها و فعالیت‌های آن‌ها، یک نیاز و ضرورت اجتماعی است [۲]. به موازات تلاش برای افزایش سال‌های عمر، بایستی به کیفیت، معنادار بودن و رفاه زندگی نیز توجه شود. در چارچوب استراتژی سالمندی پویا و موفق، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌هایی که رفاه روانی و اجتماعی را ارتقاء می‌دهد، از همان اهمیت برنامه‌های بهبود و ارتقاء سلامت جسمی برخوردار هستند [۳]. بیماری‌های قلبی عروقی، استئوآرتریت، دیابت، فشارخون و بسیاری از بیماری‌های دیگر در سال‌های پایانی عمر، افزایش می‌یابند. اختلالات روحی و روانی، نظیر دمانس و افسردگی نیز در افراد سالمند شایع است و دومین علت از دست دادن سال‌های زندگی با ناتوانی به شمار می‌آید [۵-۴]. اختلالات روانی با نشانه‌های جدی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی، ۱۵ تا ۲۵٪ از افراد بالای ۶۵ سال را مبتلا می‌سازد [۶]. افسردگی یکی از علل ناتوانی در سنین بالا است که عواملی نظیر از دست دادن همسر، زندگی به تنهایی و طولانی مدت در منزل یا در مؤسسات ویژه، بازنشستگی و عدم حمایت اجتماعی را در بروز آن و همچنین، روحیه سالمندان مؤثر دانسته‌اند [۷].

مهم‌ترین جنبه رفاه روانی، روحیه (Morale) می‌باشد. روحیه، نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییرات موقعیت‌های زندگی است و همچنین، دورنما و چشم انداز ذهنی فرد به زندگی می‌باشد. Lin می‌گوید: "روحیه خوب و مثبت نتیجه یک سازگاری و انطباق مؤثر است و سازگاری، تقلا و کشمکش بین تغییرات زندگی و تنها شدن و خوب زندگی کردن است"[۸]. روحیه، احساس و نظر کلی فرد درباره محیط و جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کند. روحیه به عنوان یک شاخص و تعیین کننده مفهوم رضایت از زندگی در مطالعات مختلف معرفی شده است. بررسی روحیه از این جهت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه مهم است که بر اساس تحقیقات متعدد، این مفهوم در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسم، روان و روحیه وجود دارد [۹-۸].

حمایت اجتماعی به عنوان یک متغیر مستقل و یک متغیر پیش‌بینی‌کننده برای تمام ابعاد سلامت و رفاه انسان، کیفیت زندگی، روحیه و رضایت از زندگی معرفی شده است [۱۰]. Cobb حمایت اجتماعی را تحت عنوان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

معرفتی بیان می‌کند که باعث می‌شود سالمند باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند و دارای شأن است و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد [۱۱]. حمایت اجتماعی با بهبود و توسعه مکانیسم‌های سازگاری و تطابق روانشناختی در ارتباط است و به سالمند کمک می‌کند که در شرایط استرس زا احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر کند [۱۲].

مرور شواهد نشان می‌دهد، خویشاوندان و غیر خویشاوندان، کنش متفاوتی را در زندگی سالمندان اعمال می‌کنند. اعضای خانواده همواره به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت ابزاری (پول، هدایا، خدمات) ظاهر می‌شوند، در حالی‌که دوستان، کمتر چنین حمایتی را فراهم می‌کنند. در مقابل، حمایت عاطفی هم از اعضاء خانواده و هم از دوستان بروز می‌کند. دوستان افراد مسن نسبت به فرزندان یا دیگر خویشاوندان، در فعالیت‌های اجتماعی بیشتر با آنان، همراهی می‌کنند [۱۳]. بر اساس مطالعه Ghodsi، بین میزان افسردگی با منابع ساختاری حمایت اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود داشته و میزان افسردگی در بین متأهلین، کمتر بوده است [۱۴]. مطالعه Bakhshani در بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی با افسردگی، نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی با افسردگی همبستگی منفی داشته و میانگین حمایت اجتماعی در افراد افسرده، به طور معناداری پایین‌تر از افراد غیر افسرده می‌باشد. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش تعدیل کنندگی در بروز یا تشدید افسردگی دارد [۱۵]. همچنین، بر اساس مطالعه Landman و همکارش ارتباط معناداری بین سطوح بالای اضطراب با میزان‌های پایین‌تر حمایت اجتماعی وجود دارد [۱۶]. مطالعه Hughes حاکی از آن است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر اضطراب همبستگی دارد و بیشترین تأثیر دین‌داری در کاهش اضطراب، از طریق حمایت اجتماعی صورت گرفته که نشان‌دهندهٔ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی است [۱۷].

عوامل شخصیتی، ذهنی و فرهنگی با روحیه، ارتباط تنگاتنگی دارند. ارزیابی روحیه فرآیندی قضاوتی است که معیارهای قضاوت آن از خود شخص است. میزان روحیه بستگی به این دارد که فرد، شرایط خود را با استانداردهای خودش مقایسه کند [۱۸]. این مطالعه با هدف تعیین رابطه حمایت اجتماعی با روحیه سالمندان بازنشسته شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

جامعه این پژوهش مقطعی را تمام سالمندان بازنشسته شهر مشهد در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهد. با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه Cochran با p=۰/۲۵ (شیوع میزان روحیه پایین)، ضریب اطمینان ۹۵٪ و d=۰/۰۴۵ تعداد ۳۵۰ سالمند انتخاب شدند [۸]. روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول از دو طبقه سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان بازنشستگی تأمین اجتماعی از هر طبقه تعداد ۱۷۵ سالمند تعیین گردید. در مرحله بعد، نمونه‌گیری از هر طبقه به صورت تصادفی سیستماتیک با استفاده از سیستم ثبت رایانه‌ای مشخصات بازنشستگان انجام شد و سالمندان منتخب به صورت تلفنی با رضایت آگاهانه به سازمان دعوت شدند و پرسش‌نامه‌ها به روش مصاحبه تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن حداقل ۶۰ سال، نداشتن اختلال شناختی و روانی تشخیص داده شده، بستری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

نبودن در بیمارستان و عدم وجود استرس عمده در شش ماهه گذشته بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس سنجش روحیه مرکز سالمندشناسی فیلادلفیا (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) و مقیاس سنجش حمایت اجتماعی دوک (Duke Social Support Scale) بوده است.

فرم انتخاب واحدهای پژوهش و پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک با توجه به اهداف تحقیق تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس سنجش روحیه مرکز سالمندشناسی فیلادلفیا، روحیه را با ۱۷ سؤال در سه بعد بی‌قراری شامل ۶ سؤال، نارضایتی نسبت به تنهایی شامل ۶ سؤال و نگرش نسبت به پیری شامل ۵ سؤال، اندازه می‌گیرد. سؤالات به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شوند و دامنه نمرات آن ۱۷-۰ می‌باشد؛ به طوری که نمره ۱۷ نمایان‌گر بالاترین میزان روحیه و نمره ۰ نشانگر پایین‌ترین میزان روحیه می‌باشد. Lawton با تعداد ۲۰۰ سالمند، ضریب روایی آن را ۰/۷۴ اعلام کرد که با استفاده از فرمول Spearman–Brown تا ۰/۷۹ تصحیح شد که نشان‌دهنده روایی داخلی خوبی می‌باشد. همچنین، ضریب همبستگی داخلی را با استفاده از فرمول Kuder-Richardson ۰/۸۱ و پایایی آن را با روش آزمون مجدد در ۲۵ سالمند با فاصله ۳ ماه، ۰/۷۵گزارش کرد. Lawton بیان کرد که ابزارش دارای پایایی پیش‌بینی کننده است [۱۹]. مقیاس سنجش حمایت اجتماعی دوک دارای ۱۲ سؤال می‌باشد که ۶ سؤال حمایت خانوادگی و ۴ سؤال دیگر حمایت غیر خانوادگی را می‌سنجد و به صورت لیکرت ۳ نمره‌ای (۰ =هیچ میزان و یا چنین شخصی وجود ندارد، ۱ = کم، ۲ = زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دو سؤال آخر به صورت (بله) مساوی یک نمره و (خیر) برابر با صفر نمره‌گذاری می‌شود که وجود فرد حمایت‌کننده را در زندگی سالمند به طور مستقیم مورد سؤال قرار می‌دهد. مجموع نمرات در فرمول خاص خود برای حمایت اجتماعی کلی و همچنین، حمایت اجتماعی خانوادگی و یا غیر خانوادگی، نمره ۱۰۰-۰ را به دست می‌دهد؛ به طوری که نمره ۱۰۰ بیانگر بالاترین میزان نمره می‌باشد [۲۰]. Parkerson و همکارانش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را برای این پرسش نامه به دست آورد [۲۱]. در این پژوهش نیز اعتبار صوری و محتوا، با قرار دادن ابزارها در اختیار ۱۰ تن از اعضاء هیأت علمی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و ضریب پایایی آن‌ها نیز پس از انجام آزمون- بازآزمون (Test-Retest) در ۱۵ سالمند به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ به دست آمد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و آزمون آماری ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از نمونه‌های مورد پژوهش ۲۴۷ نفر (۷۰/۶۱٪) مرد و بقیه زن بودند. میانگین و دامنه سنی نمونه‌ها به ترتیب ۵/۶۱±۶۶/۴۲ سال و ۸۵-۶۰ سال بود. از لحاظ وضعیت تأهل بیشترین و کمترین درصد سالمندان را به ترتیب متأهل، ۲۷۷ نفر (۷۹/۱٪) و مجرد ۸ نفر (۲/۳٪) تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی واحدهای پژوهش (۱۱۲نفر) (۳۲٪) را سالمندان با تحصیلات ابتدایی تشکیل می‌دادند. همچنین، ۲۸۴ نفر (۸۱/۱٪) از سالمندان دارای خانه ملکی و بقیه، مستأجر بودند. از لحاظ میزان درآمد اکثر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

سالمندان (۶۷/۱٪) یعنی ۲۳۵ نفر، درآمد زیر ۶۰۰ هزار تومان در ماه داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۱

متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۲۴۷	۷۰/۶
	زن	۱۰۳	۲۹/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۲/۲
	متأهل	۲۷۷	۷۹/۲
	جدا شده	۹	۲/۶
	بیوه	۵۶	۱۶
نوع مسکن	استیجاری	۶۶	۱۸/۹
	ملکی	۲۸۴	۸۱/۱
میزان درآمد	زیر ۶۰۰ هزار تومان	۲۳۵	۶۷/۱
	۸۰۰-۶۰۰ هزار تومان	۷۲	۲۰/۶
	۸۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان	۱۸	۵/۱
	بیش از یک میلیون تومان	۲۵	۷/۲
نوع بیمه	تأمین اجتماعی	۲۵۰	۷۰
	خدمات درمانی	۱۰۰	۳۰
سطح تحصیلات	بیسواد	۶۷	۱۹/۱
	خواندن و نوشتن	۲۲	۶/۳
	ابتدایی	۱۱۲	۳۲
	سیکل	۱۸	۵/۱
	دیپلم	۶۱	۱۷/۴
	فوق دیپلم	۳۸	۱۰/۹
	لیسانس و بالاتر	۳۲	۹/۱

میانگین نمرات روحیه در کل سالمندان مورد بررسی ۱۰/۱۹±۴/۵۸، میانگین نمره حمایت اجتماعی کلی ۴۷/۶۶±۲۲/۱۶ و میانگین نمره حمایت خانوادگی (۴۷/۳۴±۲۱/۷۳) از حمایت غیر خانوادگی (۳۸/۵۸±۲۶/۷۴) بیشتر بود.

بر اساس جدول ۲، تفاوت معناداری بین واحدهای پژوهش از نظر روحیه و حمایت اجتماعی کلی، حمایت اجتماعی خانوادگی و حمایت اجتماعی غیر خانوادگی وجود دارد که جهت تعیین ارتباط آن‌ها با یکدیگر، از آزمون ضریب همبستگی Spearman استفاده گردید،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

جدول ۲- همبستگی بین روحیه و حمایت اجتماعی سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۱

متغیر		r_s	مقدار p
حمایت اجتماعی خانوادگی	زن	۰/۳۹	<۰/۰۰۱
	مرد	۰/۳۷	<۰/۰۰۱
	کل	۰/۳۹	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی غیر خانوادگی	زن	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
	مرد	۰/۲۸	<۰/۰۰۱
	کل	۰/۲۲	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی کلی	زن	۰/۳۶	<۰/۰۰۱
	مرد	۰/۳۵	<۰/۰۰۱
	کل	۰/۳۶	<۰/۰۰۱

نوع آزمون: ضریب همبستگی اسپیرمن

نتایج آزمون ضریب همبستگی Spearman نشان داد بین نمره حمایت اجتماعی کلی با نمره روحیه، ارتباط معناداری وجود دارد (r_s=۰/۳۶، p<۰/۰۰۱).

همچنین، آزمون ضریب همبستگی Spearman نشان داد که بین نمره حمایت اجتماعی خانوادگی با نمره روحیه ارتباط معناداری وجود دارد (r_s=۰/۳۹، p<۰/۰۰۱). بین نمره حمایت اجتماعی غیر خانوادگی نیز با نمره روحیه ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت (r_s=۰/۲۲، p<۰/۰۰۱). نمرات ضریب همبستگی بیانگر این می‌باشد که ارتباط حمایت خانوادگی با روحیه، قوی‌تر از ارتباط حمایت غیر خانوادگی با روحیه می‌باشد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد بین حمایت اجتماعی کلی با روحیه رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی، میزان روحیه سالمندان نیز افزایش پیدا می‌کند. بدین معنا که سالمندانی که حمایت اجتماعی به نسبت بالایی دریافت می‌دارند، روحیه بالاتری نیز دارند. این یافته با اکثر قریب به اتفاق پژوهش‌ها از قبیل Yoo [۱۲]، Alipoor [۲۲] و Bakhshani [۱۵] همخوانی دارد. یکی از عوامل بسیار مهم برای ایجاد حس رفاه و خوب بودن از نظر روانی در سالمندان، داشتن شخصی است که سالمند بتواند به او تکیه و اعتماد کند، با او در غم و شادی‌ها سهیم باشد و در زمان مشکلات به او مراجعه کند. حمایت اجتماعی با بهبود و توسعه سازگاری و تطابق روانشناختی در ارتباط است، حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا، احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر کنند. کسانی که روابط اجتماعی خود را ناکافی می‌دانند بیشتر در خطر بروز نشانه‌های اختلالات روانی هستند [۲۱-۱۶].

حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی به وجود می‌آورد و احساسی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن را دارد و همه این‌ها با نتایج سلامت مثبت ارتباط دارد. حمایت اجتماعی با کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روانشناختی رابطه دارد. یکی از شاخص‌های مؤثر بر سازگاری با فرآیند پیر شدن و مشکلات و عوارض دوره سالمندی، حمایت اجتماعی است [۱۱].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

یافته دیگر این پژوهش مبنی بر این است که میانگین نمرات حمایت خانوادگی بیشتر از میانگین نمرات حمایت غیر خانوادگی بوده است همچنین، همبستگی حمایت اجتماعی خانوادگی با روحیه بیش از همبستگی حمایت غیر خانوادگی با میزان روحیه سالمندان می‌باشد به طوری که حمایت از سوی اعضای خانواده و وابستگان سببی، تأثیر بیشتری در بهبود و ارتقاء روحیه داشته و حمایت از سوی منابع غیر خانوادگی همانند دوستان و همکاران، تأثیر کمتری روی روحیه سالمند داشته است. این مطالعه با پژوهش Litwin [۲۳] و Kim [۲۴] همخوانی نداشت، درحالی که با نتایج Alipoor [۲۲] هم راستا می‌باشد. Litwin پژوهشی با هدف تعیین رابطه نوع شبکه حمایتی با روحیه سالمندان انجام داده و این طور نتیجه‌گیری نموده است که سالمندانی که شبکه حمایتی خانوادگی دارند به نسبت آنان که شبکه حمایتی دوستانه یا شبکه اجتماعی متنوع دارند، میزان روحیه پایین‌تری دارند [۲۳]. همچنین، Kim ابراز کرده است که سالمندانی که با همسر و یا فرزندانشان زندگی می‌کنند و آنان تنها منبع حمایتیشان می‌باشند به نسبت سالمندانی که تبادل اجتماعی با دوستان و افراد غیر خانواده دارند، روحیه پایین‌تری دارند [۲۴]. Mikaela و همکاران معتقدند که "فاصله فیزیکی بین والدین و فرزندان اگرچه باعث کاهش تعاملات چهره به چهره، کاهش مراقبت‌های جسمی و کاهش کمک به سالمند در کارهای خانه و فعالیت‌های روزانه وی می‌شود، اما نمی‌توان با این افزایش فاصله، حمایت‌های عاطفی را نادیده گرفت. بلکه این شرایط باعث افزایش حمایت‌های عاطفی- روانی، حمایت‌های مالی، هدیه، توصیه و سفارشات و همچنین، افزایش تعلق خاطر می‌شود" [۲۵]. در منابع مختلف، تأیید شده که مهم‌ترین منبع حمایت سالمندان، خانواده می‌باشد. برخوردار شدن از حمایت خانوادگی، عاملی مهم برای فراهم شدن تجربه‌های خوشایند و لذت بخش و پاداش دهنده، به شمار می‌رود. Scott و همکارش بیان می‌دارند وقتی که خانواده، سالمند را مورد حمایت خود قرار می‌دهد، باعث ایجاد حس خود ارزشمندی و تعلق خاطر می‌شود و این تعلق خاطر است که او را در زندگی هدفمند می‌سازد و به اهدافش نزدیک‌تر می‌سازد. از اثرات برخورداری از حمایت‌های خانواده، ارتقاء سلامت روان و کاهش افسردگی می‌باشد [۲۶].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم همکاری تمامی بازنشستگان محترم جهت مراجعه به سازمان بازنشستگی اشاره نمود. از طرفی دیگر با توجه به ضیق وقت و مسایل اخلاقی، امکان حضور در درب منازل سالمندان وجود نداشت. همچنین، مفاهیم روحیه و حمایت اجتماعی، مفاهیمی ذهنی می‌باشند که برای سنجش آن‌ها می‌بایست به قضاوت و خود ارزیابی واحدهای پژوهش، اعتماد نمود.

نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی به عنوان یک مؤلفه اثرگذار بر سلامت روانی و روحیه سالمندان میتواند منبعی ارزان قیمت و به عنوان یک سرمایه اجتماعی در راستای پویایی و بهبود کیفیت زندگی و روحیه سالمندان مورد توجه قرار گیرد. همچنین، با توجه به این که حمایت‌های خانوادگی تأثیر بیشتری بر روی روحیه و رفاه روانی سالمندان دارد، بایستی ضمن توجه خانواده‌ها به‌این امر، حمایت‌های دولتی و غیر دولتی به سمت خانواده‌های دارای سالمند سوق داده شود تا هرچه بیشتر سالمندان تحت حمایت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

خانواده که تأثیرگذارترین منبع حمایتی می‌باشد، قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به واسطه حمایت‌های مالی ایشان تشکر می‌نماییم.

همچنین، از پرسنل محترم سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی در مشهد و سالمندان بازنشسته محترم این دو سازمان جهت هماهنگی و همکاریشان تشکر به عمل می‌آید.

References

[1] United Nations. World Population Ageing. 2009; pp: 8-9.

[2] Minichiello V, Coulson I. Contemporary issues in gerontology: Promoting Positive Ageing: Routledge. 2006; pp: 123-4.

[3] Fry PS. Predictors of Health-Related Quality of Life Perspectives, Self-Esteem, and Life Satisfactions of Older Adults Following Spousal Loss: An 18-Month Follow-Up Study of Widows and Widowers. *Gerontologist* 2001; 41: 787-8.

[4] Kinsella K, Velkoff VA. US Census Bureau, Series P95/01-1, An Aging World: 2001. Washington DC,US Government Printing Office. 2001; pp: 231-3.

[5] Van Der Weyden M. The burden of disease and injury in Australia: time for action. *Med J Australia* 1999; 171: 581-2.

[6] NavabiNejhad SH. Psychological methods of promoting mental health in elderly. The Firstconference of Elderly in Iran. Tehran; 2000; p: 140. [Farsi]

[7] Malakooti K. Validity, reliability and factor analysis of General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in Iranian elderly. *Iranian J Ageing* 2006; 1: 11-21. [Farsi]

[8] Lin LC, Ou M, Wu SC. Factors influencing morale among the elderly in long term care. *Kaohsiung J Med Sci* 1998; 14(6): 357-66.

[9] American Psychiatric Association. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth edition, Text revision. Washington DC. (2005); pp: 235-8.

[10] Suquisawa H. Difference in impact of social support on morale and medical utilization between elderly with low activity of daily and elderly with high activity of daily living. *Nihon Koshu* 1993; 40(3): 171-80.

[11] Cobb S. Social support as a mediator of life stress. *Psychometrics Med* 1976; 38: 300-14.

[12] Yoo YG. Perceived social support and morale of the elderly staying at home. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34(2): 297-306.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

[13] Stephens MA, Bernstein MA. Social support and well-being among residents of planned housing. *Gerontologist* 2000; 24: 144-8.

[14] Ghodsi AM. Sociological assessment of relationship between Social support and depression [Thesis]. Tehran; Sociology College of Tarbiat Modarres University. 2002; pp: 31-7. [Farsi]

[15] Bakhshani NM. Relation of perceived Social support and stressful events of life with depression. *J Psy Clin* 2005; 2(9): 49-55. [Farsi]

[16] Landman P, Karlien MC. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine 2005*; 60: 2549-59.

[17] Hughes E. Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients, *Annual Behavior Medicine 2*004; 28(3): 179-85.

[18] Loke SC. Assessment of factors influencing morale in the elderly. *Poles one* 2011; 6(1): 17-29.

[19] Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol* 1975; 30: 85-9.

[20] Duke University. DUSOCS Form A (self-administered) Department of Community and Family Medicine, *Duke Univ Med Center* 1986; pp: 1-5.

[21] Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. Validation of the Duke Social Support and Stress Scale. *Fam Med* 1991; 23: 357-60.

[22] Alipoor A. The relationship between Social support and immunological index in healthy persons. *J Psy Cli* 2007; 2(12): 134-9. [Farsi]

[23] Litwin H. social network type and morale in old age. *Gerontologist* 2001; 41(4): 516-24.

[24] Kim H. Social support exchange and quality of life among the korean elderly. *J Cross-Cultural Gerontol* 2000; 15: 327-10.

[25] Mikaela B, Bonsdorff V, Seitsamo J, Ilmarinen J, Nygard C-H, Bonsdorff ME, et al. Work ability in midlife as a predictor of mortality and disability in later life: a 28-year prospective follow-up study. *CMAJ* 2011; 183(4): 125-39.

[26] Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. *J Affect Dis* 2010; 125: 207-12.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]

The Relationship between Social Support and Morale of Elderly People in Mashhad in 2012

G. Zarifnejad[1], E. Saberi Noghabi[2], A. Delshad Noghabi[3], H. Koshyar[4]

Received: 07/08/2012 Sent for Revision: 11/09/2012 Received Revised Manuscript: 15/06/2013 Accepted: 20/07/2013

Background and Objective: The number and proportion of elderly people are increasing in the world. The present century is not concerned with survival, but the increase in the quality of life and psychological well-being of people. The most important indicator of psychological well-being in the old age is the morale. One of the parameters affecting compatibility with the aging process and problems resulting from aging and its stresses and the predictor of morale rate is social support. Social support is related with improvement and development of psychological adjustment and compliance mechanisms. Considering the types of social support and strengthening them as social capital can improve the quality of life and morale of elderly. The aim of this study was to determine the relationship between social supports with morale of elderly people of Mashhad.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 350 elderly people in 2012. Research tools included of personal information, Duke social support scale and Philadelphia elderly center morale scale. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation coefficient.

Results: The results showed that 247 (70.61%) of the elderly were male and the rest were female. The average of their age was 66.42±5.61 years. Average of morale score was 10.19±4.58. The results also showed that the mean score of family support 47.34±21.73) was higher than non-family support (38.58±26.74). A significant correlation was found between the scores of family social support (r_s= 0.39) and non-family social support (r_s= 0.22) with morale scores ($p<0.001$).

Conclusion: Social support is an important factor in improving elderly morale and has a prediction role in morale rate.

Key words: Elderly, Morale, Social Support

Funding: This research was funded by Mashhad University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Mashhad University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. The Relationship between Social Support and Morale of Elderly People in Mashhad in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2014; 13(1): 3-12. [Farsi]

1- MSc, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2- Academic Member, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran (Corresponding Author): Tel: (0533)7220115, Fax: (0533) 7229025 , E-mail: saberi.e@gmu.ac.ir
3- MSc, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
4- PhD in Gerontoligy, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-07]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1393.13.1.2.3]