

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

فرهاد پهلوانزاده *

عذرا جاراللهی **

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۰

"سالمندان را احترام کنید تا در قیامت همشین من باشید."
حضرت رسول اکرم (ص)

چکیده

یکی از مشکلات عمده سالمندان در عصر حاضر، به سلامت روان این گروه مربوط می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان سالمندان ساکن در روستا است. در این پژوهش، منابع مرتبط، اعم از پژوهش‌ها و نظریه‌ها در سه گروه روانشناختی، جامعه‌شناختی و سالمندی مورد مطالعه قرار گرفت. چارچوب نظری، تلفیقی از نظریه‌های تولید اجتماعی بیماری روانی، پیری‌شناسی اجتماعی، نظریه‌های مرتبط با حمایت اجتماعی، نظریه کوکین و کوئن و نظریه فعالیت است و فرضیه‌ها بر این پایه تدوین شده‌اند. جامعه آماری پژوهش، همه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دهستان دشت از توابع مشکین‌شهر است که ۲۸۴ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. روش پژوهش، پیمایش بوده و اطلاعات لازم برای آزمون فرضیه‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده است. از لحاظ سلامت روان از کل ۳۷۵ نفر، ۶۲/۴ درصد در گروه سالم و ۳۷/۶ درصد در گروه ناسالم قرار گرفته‌اند. در این پژوهش، همه فرضیه‌های تحقیق مورد تأیید قرار گرفت و ارتباط سلامت روان سالمندان با متغیرهای حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی، وضعیت تأهل، حضور فرزندان در خانه و میزان فعالیت‌های روزمره تأیید شد. بر اساس تحلیل رگرسیون، وضعیت تأهل، قوی‌ترین متغیری است که سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و متغیرهای میزان فعالیت‌های روزمره و حضور فرزندان در خانه، رتبه‌های بعدی تبیین واریانس متغیر سلامت روان را به خود اختصاص می‌دهند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان سالمندان، سلامت روان روستاییان، سالمندان روستایی، حمایت خانوادگی، پایگاه

اقتصادی-اجتماعی، حضور فرزندان در خانه.

* کارشناس ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. F.pahlevanzadeh@yahoo.com

** دانشیار گروه برنامه‌ریزی اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. jarollahi2009@gmail.com

مقدمه

از آنجایی که هر آغازی، پایانی دارد، پیری نیز به تدریج فرا می‌رسد. پیری بیماری نیست، بلکه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در گذرگاه رشد طبیعی محسوب می‌شود و فرد باید آن را به‌عنوان دوره‌ای از زندگی بپذیرد و از طریق آشنایی با مشکلات این دوره، خود را برای مقابله با آنها آماده کند. جمعیت جهان به سرعت رو به "سالمندی" می‌رود و نسبت سالمندان در هر سرشماری، نسبت به سرشماری قبل افزایش می‌یابد. در حال حاضر، در همه جوامع، سالمندی به‌عنوان یک مسئله مهم جهانی مطرح است. کاهش میزان باروری و بالتبع افزایش طول عمر نقش عمده‌ای در افزایش درصد سالمندان داشته است. در سال ۲۰۰۰، یک‌پنجم جمعیت در کشورهای بیشتر توسعه‌یافته و هشت درصد جمعیت در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، ۶۰ ساله و بالاتر بودند و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰، یک نفر از هر سه نفر در کشورهای بیشتر توسعه‌یافته، و یک نفر از هر پنج نفر در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، ۶۰ ساله و بالاتر باشند (سازمان ملل، ۲۰۰۲: ۱۳). گرچه این افزایش از نظر فردی ممکن است قابل توجه باشد، ولی گاهی از لحاظ اجتماعی، موضوع به شکل دیگری مطرح می‌شود، زیرا با تغییری که در ترکیب جامعه پدید می‌آید، به تعداد بازنشستگان افزوده می‌گردد و این تغییر موجب می‌شود که طبقه تولیدکننده، بار بیشتری را - که مربوط به افزایش طبقه مصرف‌کننده است - تحمل کند. به‌ویژه، اگر همگام با افزایش تعداد سالمندان، میزان مولید کاهش یابد که ترکیب جامعه به‌طور ناموزونی تغییر خواهد کرد. البته باید توجه داشت که پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده است که اگر شرایط مناسب برای افراد مذکور فراهم شود، می‌توانند در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی، آثار سودمندی برای جامعه خود داشته باشند. این کار علاوه بر اینکه به برقراری تعادل اقتصادی جامعه کمک می‌کند، در تأمین سلامت روانی این طبقه نیز مؤثر است، زیرا احساس عدم نیازمندی و استقلال و سرگرم شدن به کاری مناسب، به میزان زیادی از ناراحتی‌های اجتماعی و روانی که معمولاً این گونه افراد دارند، می‌کاهد.

بیان مسئله

در طول قرن بیستم، انسان بیش از همه تاریخ بشریت، از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی دچار دگرگونی شد و در علم پزشکی بسیار پیشرفت کرد. تلاش برای صنعتی شدن،

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه که لازمه آن، قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته و در خصوص مقوله سلامت، ابعاد دیگری را مشخص کرده است که یکی از این ابعاد، سلامت روان افراد جامعه است. گرچه مقوله مذکور، جدید نیست، ولی به‌طور تخصصی، اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به شیوع بیماری‌های روانی در جامعه، تلاش به‌منظور اعتلای سلامت روانی افراد هر جامعه‌ای اهمیت بیشتری می‌یابد. سلامت جامعه به سلامت همه اعضای آن بستگی دارد، از جمله دسته‌های سنی مختلف که سالمندان نیز بخشی از آن هستند. این دوره از زندگی، مانند هر دوره دیگر، مسائل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی خاص خود را دارد. برای دستیابی به سالمندی "فعال و سالم"، باید به همه ابعاد بهداشت جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی توجه کرد و از آنجایی که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات دوران سالمندی، ناشی از "شیوه زندگی ناسالم" است، باید بنیان سلامت در این ابعاد را با بکارگیری شیوه صحیح و ارتقای کیفیت زندگی، از مراحل اولیه حیات پی‌ریزی کرد و شیوه "سالم پیر شدن" را برگزید و به موازات آن، با ایجاد زمینه مناسب برای مشارکت سالمندان در خانواده، جامعه و نیز فراهم کردن فضای مناسب حمایتی در همه جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی، روانی و بهداشتی در نیل به سالمندی سالم و زندگی موفق گام برداشت. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، حدود ۶۳/۶ درصد از سالمندان در شهرها و ۳۵/۴ درصد در روستاها ساکن هستند. جدول شماره (۱) نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۵، بیش از پنج میلیون نفر ۶۰ ساله و بیشتر بوده که ۷/۳ درصد از کل جمعیت کشور را شامل می‌شوند. در مناطق شهری، تعداد سالمندان از حدود ۲/۲۵ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵، به حدود ۳/۲۸ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است و به عبارت دیگر، طی دوره ده‌ساله، جمعیت سالمندان شهری حدود ۱/۵ برابر شده است. طی همین دوره، تعداد سالمندان مناطق روستایی با آهنگ رشد بسیار کندتری نسبت به نواحی شهری، از حدود ۱/۷۳ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به ۱/۸۴ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

جدول (۱): تعداد جمعیت و درصد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر طی سال‌های ۸۵-۱۳۳۵

شرح تعداد	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
کل	۱۱۸۳۹۸۰	۱۶۳۸۰۴۲	۱۷۷۱۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۳۹۷۸۱۱۲۷	۵۱۲۱۰۴۳
شهری	۳۱۸۴۴۴	۵۹۸۱۳۴	۷۹۱۱۲۶	۱۳۸۱۳۶۱	۲۲۵۴۲۱۱	۳۲۸۰۹۳۷
روستایی	۹۶۳۵۴۲	۱۰۳۹۲۰۸	۹۷۹۴۸۸	۱۲۹۷۹۸۹	۱۷۲۳۹۱۶	۱۸۴۱۱۰۶
نسبت کل	۶/۲	۶/۵	۵/۲	۵/۴	۶/۶	۷/۳
شهری	۵/۳	۶/۱	۵/۱	۵/۲	۶/۱	۶/۸
روستایی	۷/۴	۶/۸	۵/۱	۵/۷	۷/۴	۸/۳

منبع: پردازش بر اساس داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۸۵-۱۳۳۵ (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۶)

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

آمارهای مربوط به جمعیت سالمندان در مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد نسبت جمعیت سالمندان در مناطق روستایی بیش از مناطق شهری است، در حالی که امید به زندگی در مناطق روستایی، معمولاً کمتر از مناطق شهری است. دلیل اصلی بالاتر بودن تعداد سالمندان در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، مهاجرت جمعیت روستایی به مناطق شهری است. این مهاجرت در بین جوانان، بسیار بیشتر از سالمندان است که موجب کاهش جمعیت جوانان و افزایش نسبت سالمندان مناطق روستایی می‌شود.

با توجه مطالب فوق و پژوهش‌های اولیه، می‌توان گفت که در مقایسه با شهرنشینان، بسیاری از ساکنان روستا در رده سنی سالمندان قرار دارند. علاوه بر این روستاییان (از همه گروه‌های سنی) به دلیل ویژگی‌های بازار کار در مناطق روستایی، کمتر تحت پوشش بیمه‌ها قرار می‌گیرند. در حالیکه یکی از وظایف اصلی وزارت رفاه در رابطه با روستاییان تأمین و افزایش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به آنها بوده است (طالب، بخشی زاده، ۱۳۸۹) همچنین درآمد زیر خط فقر، دستمزد کم و وضعیت شغلی، در مناطق روستایی متداول‌تر هستند. با توجه به این مسائل که از عوامل تهدیدکننده سلامت روانی هستند، بررسی سلامت روان سالمندان روستایی و عوامل خانوادگی مختلف مؤثر بر آن ضروری است.

جدول (۲): آمار جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال مرتبط با تحقیق

جمعیت منطقه	مرد و زن		مرد		زن	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کل کشور	۵۱۲۱۰۴۳	۷/۲۷ (نسبت به کل کشور)	۲۶۵۴۸۳۳	۵۱/۸۴	۲۴۶۶۲۱۰	۴۸/۱۶
استان اردبیل	۹۵۰۴۲	۷/۷۴ (نسبت به کل استان)	۴۹۴۳۴	۵۲	۴۵۶۰۸	۴۸
مشگین شهر	۱۳۰۱۹	۸/۱۷	۶۸۲۵	۵۲/۴۲	۶۱۹۴	۴۷/۵۸

منبع: پردازش سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵

با توجه به جدول شماره (۲)، سالمندان ۷/۲۷ درصد از جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند و این رقم برای استان اردبیل، ۷/۷۴ درصد است. نکته قابل توجه این است که رقم مذکور در خصوص مشگین شهر ۸/۱۷ درصد است، یعنی ۸/۱۷ درصد از جمعیت مشگین شهر، سالمندان بالاتر از ۶۰ سال هستند.

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به جدول شماره (۲)، ۷/۲۷ درصد از جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که حدود ۵۱ درصد آنها مرد و ۴۹ درصد نیز زن هستند. در استان اردبیل نیز سالمندان بالای ۶۰ سال، ۷/۷۴ درصد از کل جمعیت استان را تشکیل می‌دهند که ۵۲ درصد آنها مرد و ۴۸ درصد زن هستند. در جامعه مورد مطالعه از یک طرف به دلیل مهاجرت جوانان به شهرها و باتبع آن افزایش نسبت سالمندی و از طرف دیگر مشکلات اقتصاد معیشتی منطقه مشکلات مربوط به سالمندان بیشتر مشهود است.

در بیان ضرورت این مسئله، سووی جامعه‌شناس اروپایی می‌گوید: «یکی از پدیده‌های زمان ما که جای کمترین مقابله در آن وجود دارد، پیشرفت آن به طریق مطمئنی صورت می‌گیرد، به راحتی می‌توان وضع آن را در آینده پیش بینی کرد و شاید بیشترین عواقب را در خود پنهان دارد، امر سالمند شدن جمعیت است» (سووی^۱ به نقل از دیوار، ۱۳۶۵: ۲۷). از این رو، از لحاظ کاربردی اگر از امروز برنامه‌ریزی صحیح به منظور مراقبت و تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان روستایی پیش‌بینی و اجرا نشود، جامعه آتی با مشکلات زیادی در این زمینه مواجه خواهد شد. از لحاظ نظری نیز این تحقیق به غنای پژوهش‌های مرتبط با سالمندان روستایی و مسائل خاص آن که متمایز از مسائل سالمندان شهری هستند، می‌افزاید.

هدف تحقیق

شناخت مهمترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان روستاییان سالمند دهستان دشت.

پرسش‌های تحقیق

پرسش اصلی: مهمترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان سالمندان روستایی کدام هستند؟

پرسش‌های فرعی

- ۱- آیا بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت روان سالمندان روستایی ارتباط وجود دارد؟
- ۲- آیا بین حمایت خانوادگی و سلامت روان سالمندان روستایی ارتباط وجود دارد؟

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

- ۳- آیا بین وضعیت تأهل و سلامت روان سالمندان روستایی ارتباط وجود دارد؟
- ۴- آیا بین حضور فرزندان در خانه و سلامت روان سالمندان روستایی ارتباط وجود دارد؟
- ۵- آیا بین میزان فعالیت‌های روزمره سالمندان روستایی و سلامت روان آنان ارتباط وجود دارد؟

چارچوب نظری

مبانی نظری این تحقیق را سه دسته نظریه کلی، شامل نظریه‌های روانشناختی از قبیل دیدگاه‌های روانکاوی، رفتارگرایی، انسانگرایی، دیدگاه شناختی، دیدگاه اجتماعی، رویکرد تعاملی، نظریه فراخنای زندگی، سندرم آشیانه خالی و نوروز جمعه^۱ (رمضان‌زاده و عابدی‌نیا، ۱۳۸۳: ۲۸؛ شاملو، ۱۳۷۴: ۸۵؛ گنجی، ۱۳۷۸: ۲۳؛ ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۷: ۱۸۲؛ استون^۲، ۱۹۹۶: ۱۲؛ شولتز، ۱۳۷۸: ۲۲۳؛ سادوک و کاپلان، ۱۳۸۵: ۴۱۸-۴۱۶)، نظریه‌های جامعه‌شناختی از قبیل تئوری تولیداجتماعی بیماری روانی، حمایت اجتماعی و سلامت روان، نظریه ریموند کوکرین^۳، نظریه بروس کوئن^۴، پیری شناسی اجتماعی، دیدگاه کارکردگرایی و تضاد (هلمشاو و هیلر^۵، ۲۰۰۰: ۵۲؛ برنارد^۶، ۱۹۷۱: ۹۱؛ شریفیان، ۱۳۸۵: ۹۱-۹۲؛ کوکرین، ۱۳۷۶: ۲۱؛ کوئن، ۱۳۷۸: ۱۸۳؛ رابرتسون، ۱۳۷۴: ۳۰۴؛ کروندبلام^۷ و جولیان، ۱۹۹۲: ۳۱۳؛ کوزیر^۸، ۱۹۸۷: ۵۴۰) و نظریه‌های سالمندی از قبیل نظریه عدم تعهد، نظریه فعالیت، نظریه محیط اجتماعی، نظریه تداوم، اشخاص مسن به‌عنوان فرهنگ-فرعی و اشخاص مسن به‌عنوان گروه اقلیت (میشارا، رایدل، ۱۷۷: ۱۳۶۵؛ استورانت و واندن بوس، ۱۳۷۳: ۱۱۸) تشکیل می‌دهد. نظریه‌های روانشناختی، دیدگاه‌های روانشناسی سلامت روان و دیدگاه‌های روانشناسی سالمندی را شامل می‌شوند، نظریه‌های جامعه‌شناختی به دو قسمت، یعنی دیدگاه‌های جامعه‌شناسی سلامت روان و دیدگاه‌های جامعه‌شناسی سالمندی تقسیم شده‌اند و از نظریه‌های سالمندی نیز به‌طور جداگانه‌ای بحث شده است. نظریه‌های موجود در این زمینه، هر کدام بخشی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی

1 Nevrose du dimanche

2 Ston

3 Ramond Cochrane

4 Bruce Cohen

5 Holmshaw & Hillier

6 Bernard

7 Krondblam

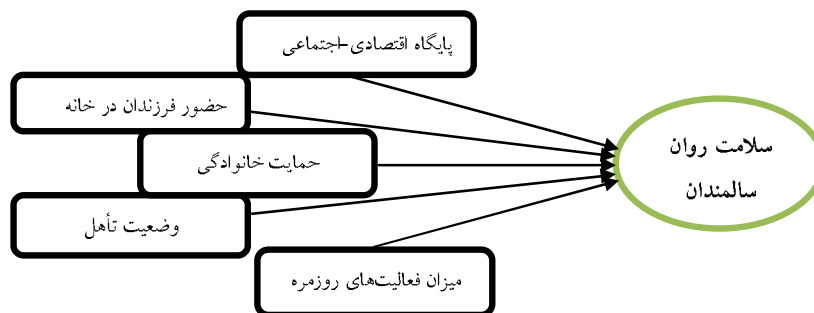
8 Kozier

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

سالمندان روستایی را توضیح می‌دهند، ولی با توجه به اینکه پژوهش حاضر بیشتر از جنبه جامعه‌شناختی، موضوع سلامت روان سالمندان روستایی را مورد بررسی قرار می‌دهد، از این رو، یک نظریه محوری از میان نظریه‌های مطرح شده در حیطه جامعه‌شناختی انتخاب شده و در راستای بررسی جامع موضوع، در حد امکان با نظریه‌های دیگر تلفیق گردیده است.

با توجه به نظریه «تولید اجتماعی بیماری روانی» که بیماری روانی را تولید اجتماعی می‌داند و وضعیت اجتماعی-اقتصادی نامطلوب آنها، نقش‌های اجتماعی، روابط در خانواده، میزان فعالیت‌های روزمره، سطح تحصیلات و درآمد پایین، قومیت، و غیره را عوامل مهم مؤثر بر بیماری روانی، می‌توان پی‌برد که بهداشت روانی و بیماری روانی، به‌طور گسترده‌ای نتیجه آثار اجتماعی است. از طرف دیگر، بر اساس نظریه «پیری‌شناسی اجتماعی» رابرتسون، می‌توان تأثیر عوامل اجتماعی بر سالمندان و به‌طور خاص بر سلامت روان آنها - که بعدی از پیری است - را استنباط کرد. در پژوهش حاضر، بر اساس نظریه تولید اجتماعی بیماری روانی و با توجه به وسعت عوامل اجتماعی تأثیرگذار برای بررسی دقیق‌تر، از بین عوامل اجتماعی، متغیرهایی انتخاب شد که در اغلب نظریه‌ها مورد توجه قرار گرفته‌اند و تأثیر آن بر سلامت روان سالمندان روستایی مورد آزمون قرار گرفت. در مدل زیر، متغیرهای مذکور بیان شده است:

نمودار (۱): مدل تحقیق



توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

روش تحقیق

پژوهش حاضر، با روش پیمایش انجام شده است. برای آزمون فرضیه‌ها نیز اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه، با مراجعه حضوری پژوهشگر به افراد نمونه جمع‌آوری شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و فنون آماری مقایسه درصدها، کندال و فی استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر، همه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر دهستان دشت هستند که تعداد آنها در سال ۱۳۸۵، برابر با ۱۰۸۴ نفر بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵). دهستان دشت، از توابع بخش مرکزی مشکین‌شهر است که ۱۸ روستا را شامل می‌شود.

جدول (۳): آمار جمعیت سالمندان دهستان دشت به تفکیک ۱۸ آبادی

آبادی	مویل	ولی اباد/وله‌زیر	اقبلاغ	خرم‌باد	پریخان	بارزبل	دستگیر	نصیرآباد	قرمباغلاز
جمعیت سالمند	۶۴	۱۲	۷۹	۳۹	۱۸۲	۲۷	۱۱	۱۰۲	۳۷
آبادی	قره‌گل	قورت تپه	تینق	جبدرق	عربلو	دوستیگلو	ساری‌خانلو	صاحب دیوان	کوجنق
جمعیت سالمند	۱۳	۴۸	۴۲	۱۴۱	۳۲	۴۱	۲۶	۴۴	۱۱۴

منبع: سرشماری نفوس و مسکن، ۱۳۸۵.

روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری خوشه‌ای (دلور، ۱۳۸۰: ۱۲۵) است. در واقع، هدف نمونه‌گیری، استنباط ارزش‌های جمعیتی بر اساس مطالعه نمونه‌ای از آن است (سرابی، ۱۳۷۴: ۱۲۸). با استفاده از فرمول کوکران، ۳۷۵ نفر به‌عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. بعد از برآورد حجم نمونه، با توجه به نوع نمونه‌گیری در پژوهش حاضر (خوشه‌ای)، از بین هجده روستای دهستان دشت، پنج روستا به‌طور تصادفی ساده انتخاب شد و بقیه مراحل نمونه‌گیری در این روستاها انجام گردید. بدین ترتیب که بر اساس جمعیت هر روستا، تعدادی سالمند انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

در این قسمت، تعاریف نظری و عملیاتی متغیر وابسته و متغیرهای مستقل پژوهش بیان می‌شود.

تعریف نظری و عملیاتی متغیر وابسته (سلامت روان)

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن» (گنجی، ۱۳۸۴: ۹).

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

تعریف عملیاتی: برای سنجش سلامت روان از مقیاس ۲۸ سؤالی گلدبرگ^۱ با زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، علائم اضطراب، عملکرد اجتماعی و علائم افسردگی استفاده شده است.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای مستقل

در این بخش، تعریف نظری و عملیاتی متغیرهای مستقل به‌طور جداگانه بیان می‌شود.

- حمایت خانوادگی

به اعتقاد ساراسون^۲ و همکاران «حمایت عبارت است از وجود یا دسترسی به افرادی که می‌توان به آنها تکیه کرد. این افراد کسانی‌اند که از فرد مراقبت می‌کنند، برای او ارزش قایلند و او را دوست دارند» (شریفیان، ۱۳۸۵: ۱۴۷). با توجه به اینکه در این پژوهش، حمایت خانوادگی مورد توجه است، از این رو، در تعریف عملیاتی، متغیر حمایت خانوادگی با شاخص‌هایی مانند حمایت عاطفی، مالی، حمایت در مواقع بیماری و حمایت اطلاعاتی سنجیده شده است.

- حضور فرزندان در خانواده

منظور این است که آیا سالمند با فرزندان خود در یک مکان زندگی می‌کند یا خیر. به عبارت دیگر، آیا فرزندان سالمند هنوز در کنار وی هستند یا نه.

- پایگاه اقتصادی-اجتماعی

"پایگاه مجموعه حقوق و تکالیفی است که بیانگر موقعیت یک فرد در رابطه با دیگران است، اعم از اینکه این روابط افقی یا عمودی، مبتنی بر تساوی یا سلسله‌مراتب یا مرتبط با منافع، اعتبار اجتماعی و افتخار باشد" (محسنی، ۱۳۷۶: ۱۹۴).

در این پژوهش، برای اندازه‌گیری پایگاه اجتماعی با استفاده از شاخص اجتماعی-اقتصادی دانکن^۳، سه معرف میزان درآمد ماهیانه، میزان تحصیلات و نوع شغل مورد توجه قرار گرفته است.

- میزان فعالیت‌های روزمره

منظور از این متغیر، میزان فعالیت‌های روزمره و مسئولیت‌پذیری آنها در انجام برخی از کارهاست که با شاخص‌هایی از قبیل حضور در انجام امور خانه و فرزندان، همراهی در فعالیت‌های مشترک و مصاحبت با خانواده در طیف لیکرت اندازه‌گیری می‌شود.

1 Goldberg

2 Sarasson

3 donken

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

- تعریف نظری و عملیاتی وضعیت تأهل

"رابطه ساختاری با دو نقش متمایز بین مرد و زن که از طریق ازدواج حاصل می‌شود"

(ساروخانی، ۱۳۷۱: ۶۹).

اعتبار^۱ و روایی^۲ تحقیق

اعتبار محتوا^۳، اعتبار ملاک^۴ و اعتبار سازه^۵، از جمله روش‌های دستیابی به روایی و اعتبار ابزار هستند (سرمد و دیگران، ۱۳۷۶: ۱۷۳-۱۷۰).

اعتبار پرسشنامه حاضر از طریق اعتبار صوری محتوایی به دست آمده است، بدین صورت که نظر تعدادی از صاحب‌نظران علوم اجتماعی، روانشناسی و علوم تربیتی خواسته شد و اصلاحات لازم اعمال گردید.

برای سنجش روایی، از ضریب آلفای کرونباخ (همسازی درونی گویه‌ها) استفاده شد، به طوری که با تکمیل ۳۰ مورد از پرسشنامه‌ها توسط سالمندان روستایی مورد مطالعه، پایایی ابزارهای اندازه‌گیری به صورت زیر سنجیده شد و مورد قبول قرار گرفت.

با توجه به جدول شماره (۴)، همه متغیرها و کل پرسشنامه از ضریب روایی قابل قبول (بالاتر از

۰/۷) برخوردار بوده‌اند.

جدول (۴): ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای تحقیق و کل پرسشنامه

متغیرها	زیرمقیاس علائم جسمانی	زیرمقیاس علائم اضطراب	زیرمقیاس عملکرد اجتماعی	زیرمقیاس علائم افسردگی	کل مقیاس سلامت روان گلدبرگ	پایگاه اقتصادی اجتماعی	حمایت خانوادگی	میزان فعالیت‌های روزمره	کل پرسشنامه
ضریب آلفای کرونباخ	۰/۸۲۵۳	۰/۸۹۹۲	۰/۸۰۱۲	۰/۸۷۴۲	۰/۸۲۴۹	۰/۷۶۲۳	۰/۸۱۴۴	۰/۸۸۱۶	۰/۷۰۱۰

منبع: یافته‌های تحقیق

یافته‌های تحقیق

در این بخش، یافته‌های پژوهش با توجه به اهداف، مورد تحلیل قرار گرفته و برای حصول به

اهداف و بیان ویژگی‌های واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شده است.

1 Validity
2 Reliability
3 Content Validity
4 Criterion Validity
5 Construct Validity

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

نتایج توصیفی

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که دامنه سن سالمندان مورد مطالعه از ۶۰ سال تا ۸۰ سال و میانگین سنی آنها ۶۷/۷۹ سال است که از بین آنها ۴۹/۱ درصد متأهل و ۵۰/۹ درصد همسرشان فوت نموده است. مدرک تحصیلی اکثریت سالمندان مورد مطالعه (۶۳/۵ درصد) ابتدایی بوده است، ۳۲ درصد آنان نیز بیسواد بوده‌اند و ۴/۵ درصد باقیمانده راهنمایی هستند. از لحاظ اشتغال ۷۱ درصد سالمندان شاغل در کشاورزی و دامپروری هستند و ۲۹ درصد غیر شاغل بوده‌اند. از لحاظ شاخص درآمد دامنه‌ای از ۳۰۰ هزار تومان تا ۹۰۰ هزار تومان را شاهد بوده‌ایم که میانگین درآمد ۵۳۶/۱۳۳ تومان بوده است. از لحاظ پایگاه اقتصادی اجتماعی، ۴۶/۹ درصد سالمندان در سطح پایین، ۳۸/۷ درصد در سطح متوسط و ۱۴/۴ درصد در سطح بالای پایگاه اقتصادی اجتماعی بوده‌اند. براساس هدف کلی پژوهش مبنی بر تعیین وضعیت سلامت روان سالمندان روستایی در چهار بعد مقیاس علائم جسمانی، مقیاس اضطراب، مقیاس عملکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی، یافته‌ها نشان می‌دهند که در مقیاس علائم جسمانی میانگین ۵/۳۰، در مقیاس اضطراب میانگین ۴/۵۲، در مقیاس عملکرد اجتماعی میانگین ۹/۳۰ و در مقیاس علائم افسردگی میانگین ۴/۶۵ توسط سالمندان بدست آمده است. بر اساس تقسیم بندی متداول مقیاس سلامت روان گلدبرگ، نمره میانگین ۲۳/۷۹ برای سلامت روان سالمندان بدست آمده است و ۶۲/۴ درصد افراد مورد مطالعه از سلامت روان بالا و ۳۷/۶ درصد از سلامت روان پایین برخوردار بوده‌اند.

آزمون فرضیه‌ها

بررسی ارتباط حمایت خانوادگی با سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به اینکه هر دو متغیر در سطح ترتیبی اندازه‌گیری شده، از آماره همبستگی برای متغیرهای در سطح ترتیبی یعنی ضریب کندال c استفاده شده است. جدول‌های زیر نحوه ارتباط دو متغیر، آماره‌های مربوطه و نتیجه آزمون فرضیه را نشان می‌دهند.

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

جدول (۵): رابطه حمایت خانوادگی با سلامت روان سالمندان روستایی

جمع کل	حمایت خانوادگی			وضعیت سلامت روان	
	بالا	متوسط	پایین	فراوانی	بالا
۲۳۴	۶۲	۱۳۷	۳۵	فراوانی	بالا
۶۲/۴	۸۴/۹	۷۲/۱	۳۱/۲	درصد	
۱۴۱	۱۱	۵۳	۷۷	فراوانی	پایین
۳۷/۶	۱۵/۱	۲۷/۹	۶۸/۸	درصد	
۳۷۵	۷۳	۱۹۰	۱۱۲	فراوانی	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد ستونی	

Sig = ۰/۰۰۰ Kendall's tau-c = -۰/۴۱۲

بر اساس جدول شماره (۵)، ۳۱/۲ درصد از سالمندان روستایی که از حمایت خانوادگی کم و ۸۴/۹ درصد از افرادی که از حمایت خانوادگی زیاد برخوردار بوده‌اند، در گروه افراد با سلامت روان بالا قرار دارند و ۶۸/۸ درصد از سالمندان روستایی با حمایت خانوادگی کم و ۱۵/۱ درصد از سالمندان روستایی که از حمایت خانوادگی زیاد برخوردار بوده‌اند، در گروه افراد با سلامت روان پایین قرار دارند. از این رو، تفاوت بین آنها محسوس است.

با توجه به مقدار ضریب تائیل c کندال (۰/۴۲۳-) و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۰) نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان حمایت خانوادگی سالمندان روستایی و سلامت روان آنها، ارتباط معنی‌دار و معکوس (با توجه به علامت آماره) وجود دارد. یعنی سالمندان روستایی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردار بوده‌اند، در مقیاس سلامت روان گلدبرگ، نمره کمی کسب کرده و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار بوده‌اند.

بررسی ارتباط پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به اینکه هر دو متغیر در سطح ترتیبی سنجیده شده‌اند، از آماره همبستگی برای متغیرهای در سطح ترتیبی یعنی ضریب کندال c استفاده شده است. جدول‌های زیر نحوه ارتباط دو متغیر، آماره‌های مربوطه و نتیجه آزمون فرضیه را نشان می‌دهند.

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

جدول شماره (۶). رابطه پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت روان سالمندان روستایی

جمع کل	پایگاه اقتصادی اجتماعی			وضعیت سلامت روان	
	بالا	متوسط	پایین	بالا	پایین
۲۳۴	۵۴	۱۱۲	۶۸	فراوانی	
۶۲/۴	۱۰۰	۷۷/۲	۳۸/۶	درصد	
۱۴۱	۰	۳۳	۱۰۸	فراوانی	
۳۷/۶	۰	۲۲/۸	۶۱/۴	درصد	
۳۷۵	۵۴	۱۴۵	۱۷۶	فراوانی	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصدستونی	

Sig = ۰/۰۰۰ Kendall's tau-c = -۰/۴۹۷

بر اساس جدول شماره (۶)، ۳۸/۶ درصد از سالمندان روستایی که از پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین و ۱۰۰ درصد از افرادی که از پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا برخوردار بوده‌اند، در گروه افراد با سلامت روان بالا قرار دارند و ۶۱/۴ درصد از سالمندان روستایی با پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین و صفر درصد از سالمندان روستایی که از پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالا برخوردار بوده‌اند نیز در گروه افراد با سلامت پایین قرار دارند، از این رو، تفاوت بین آنها محسوس است. با توجه به مقدار ضریب تائیل c کندال (-۰/۴۹۷) و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۰) نتیجه گرفته می‌شود که بین پایگاه اقتصادی اجتماعی سالمندان روستایی و سلامت روان آنها، ارتباط معنی‌دار و معکوس (با توجه به علامت آماره) وجود دارد. یعنی سالمندان روستایی که از پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، در مقیاس سلامت روان گلدبرگ، نمره کمتری کسب کرده و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار بوده‌اند.

بررسی ارتباط وضعیت تأهل با سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به اینکه متغیر وضعیت تأهل در سطح اسمی و متغیر سلامت روان در سطح ترتیبی سنجیده شده‌اند، در پژوهش حاضر، از آماره فی (Φ) استفاده شده است. جدول‌های زیر، نحوه ارتباط دو متغیر، آماره مربوطه و نتیجه آزمون فرضیه را نشان می‌دهند. در ضمن، سؤال وضعیت تأهل در پرسشنامه با چهار گزینه مطرح شده بود، ولی با توجه به اینکه در میان پاسخگویان، مطلقه و مجرد قطعی وجود نداشت، بدیهی است که این گزینه‌ها در جدول حذف شده‌اند.

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

جدول (۷): رابطه وضعیت تأهل با سلامت روان سالمندان روستایی

جمع کل	وضعیت تأهل		وضعیت سلامت روان	
	همسر فوت شده	متأهل	بالا	پایین
۲۳۴	۶۱	۱۷۳	فراوانی	
۶۲/۴	۳۱/۹	۹۴	درصد	
۱۴۱	۱۳۰	۱۱	فراوانی	
۳۷/۶	۶۸/۱	۶	درصد	
۳۷۵	۱۹۱	۱۸۴	فراوانی	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصدستونی	

Sig = ۰/۰۰۰

$\Phi = ۰/۶۴۱$

طبق جدول شماره (۷)، ۹۴ درصد از سالمندان روستایی، متأهل و ۳۱/۹ درصد از افراد همسر فوت شده، در گروه افراد با سلامت روان بالا قرار دارند و ۶ درصد از سالمندان روستایی نیز متأهل و ۶۸/۱ درصد از سالمندان روستایی که همسرشان فوت شده است، در گروه افراد با سلامت روان پایین قرار دارند. از این رو، تفاوت بین آنها محسوس است. با توجه به مقدار فی به دست آمده (۰/۶۴۱) و سطح معنی داری آن (۰/۰۰۰) نتیجه گرفته می شود که بین وضعیت تأهل سالمندان روستایی و سلامت روان آنها ارتباط معنی داری وجود دارد. سالمندان روستایی که با همسر زندگی می کنند، از لحاظ سلامت روان از وضعیت مطلوب تری برخوردار هستند.

بررسی ارتباط حضور فرزندان در خانه با سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به اینکه متغیر حضور فرزندان در خانه، در سطح اسمی و متغیر سلامت روان در سطح ترتیبی سنجیده شده اند، از آماره فی (Φ) استفاده شده است. جدول های زیر نحوه ارتباط دو متغیر، آماره مربوطه و نتیجه آزمون فرضیه را نشان می دهند.

جدول (۸): رابطه حضور فرزندان در خانه با سلامت روان سالمندان روستایی

جمع کل	حضور فرزندان		وضعیت سلامت روان	
	خیر	بلی	بالا	پایین
۲۳۴	۸۷	۱۴۷	فراوانی	
۶۲/۴	۴۹/۴	۷۳/۹	درصد	
۱۴۱	۸۹	۵۲	فراوانی	
۳۷/۶	۵۰/۶	۲۶/۱	درصد	
۳۷۵	۱۷۶	۱۹۹	فراوانی	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصدستونی	

Sig = ۰/۰۰۰

$\Phi = ۰/۲۵۲$

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

بر اساس جدول شماره (۸)، ۷۳/۹ درصد از سالمندان روستایی که با فرزندان خود زندگی می‌کنند و ۴۹/۴ درصد از سالمندان روستایی که جدا از فرزندان خود زندگی می‌کنند، در گروه افراد با سلامت روان بالا قرار دارند و ۲۶/۱ درصد از سالمندان روستایی که با فرزندان خود زندگی می‌کنند و ۵۰/۶ درصد از سالمندان روستایی که جدا از فرزندان خود زندگی می‌کنند نیز در گروه افراد با سلامت روان پایین قرار دارند. از این رو، تفاوت بین آنها محسوس است.

با توجه به مقدار فی به دست آمده (۰/۲۵۲) و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۰) نتیجه گرفته می‌شود که بین حضور فرزندان در خانه سالمندان روستایی و سلامت روان آنها ارتباط معنی‌داری وجود دارد. سالمندان روستایی که با فرزندان خود زندگی می‌کنند، از لحاظ سلامت روان از وضعیت مطلوب‌تری برخوردارند.

بررسی ارتباط میزان فعالیت‌های روزمره با سلامت روان سالمندان روستایی

با توجه به اینکه هر دو متغیر در سطح ترتیبی سنجیده شده‌اند، از آماره همبستگی برای متغیرهای در سطح ترتیبی یعنی ضریب کندال c استفاده شده است. جدول‌های زیر، نحوه ارتباط دو متغیر، آماره‌های مربوطه و نتیجه آزمون فرضیه را نشان می‌دهند.

جدول (۹): رابطه میزان فعالیت‌های روزمره سالمندان با سلامت روان آنان

جمع کل	میزان فعالیت‌های روزمره			وضعیت سلامت روان	
	بالا	متوسط	پایین	بالا	پایین
۲۳۴	۵۵	۱۳۵	۴۴	فراوانی	جمع کل
۶۲/۴	۱۰۰	۷۷/۱	۳۰/۳	درصد	
۱۴۱	۰	۴۰	۱۰۱	فراوانی	جمع کل
۳۷/۶	۰	۲۲/۹	۶۹/۷	درصد	
۳۷۵	۵۵	۱۷۵	۱۴۵	فراوانی	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصدستونی	

$$Sig = 0/000 \quad Kendall's \tau-c = -0/558$$

بر اساس جدول شماره (۹)، ۳۰/۳ درصد از سالمندان روستایی با مشارکت پایین در فعالیت‌های روزمره و ۱۰۰ درصد از سالمندان روستایی با مشارکت بالا در فعالیت‌های روزمره، در گروه افراد با

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

سلامت روان بالا قرار دارند و ۶۹/۷ درصد از سالمندان روستایی با مشارکت پایین در فعالیت‌های روزمره و صفر درصد از سالمندان روستایی با مشارکت بالا در فعالیت‌های روزمره نیز در گروه افراد با سلامت روان پایین قرار دارند. از این‌رو، تفاوت بین آنها محسوس است.

با توجه به مقدار ضریب تای c کندال (۰/۵۵۸-) و سطح معنی‌داری آن (۰/۰۰۰) نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان فعالیت‌های روزمره سالمندان روستایی و سلامت روان آنها ارتباط معنی‌دار و معکوس (با توجه به علامت آماره) وجود دارد. یعنی سالمندان روستایی که از میزان فعالیت‌های روزمره بیشتری برخوردار بوده‌اند، در مقیاس سلامت روان گلدبرگ نمره کمتر کسب کرده و در نتیجه از سلامت روانی بیشتری نیز برخوردار بوده‌اند.

تحلیل رگرسیون چندمتغیری

بر اساس آزمون رگرسیون چندمتغیره و مطابق با جدول زیر، در تبیین سلامت روان سالمندان روستایی، از مجموع متغیرهای موجود در فرضیه‌ها ملاحظه می‌شود که ضریب همبستگی چندگانه (R) برابر با ۰/۷۴۹ و ضریب تعیین (R^2)، ۰/۵۶۲ و مقدار ضریب تعیین خالص، ۰/۵۵۵ به دست آمده است. یعنی بر اساس متغیرهای مستقل مدل، می‌توان حدود ۵۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت روان سالمندان روستایی را پیش‌بینی کرد.

جدول (۱۰): آماره‌های رگرسیونی و برازش مدل رگرسیونی

شاخص‌های آماری مدل ۱	ضریب همبستگی چندگانه R	ضریب تعیین R^2	ضریب تعیین خالص
مقادیر	۰/۷۴۹	۰/۵۶۲	۰/۵۵۵

بر طبق ضرایب بتای استاندارد شده متغیرهای مستقل، ملاحظه می‌شود که وضعیت تأهل فرد سالمند با بتای ۰/۴۶۳، میزان فعالیت‌های روزمره با بتای ۰/۲۴۶- و حضور فرزندان در خانه با بتای ۰/۱۱۰، به ترتیب بیشترین سهم را در تبیین متغیر وابسته سلامت روان سالمندان روستایی دارند که ارتباط متغیرهای مستقل و وابسته، طبق تحلیل واریانس معادله رگرسیون خطی است ($F=78/95$ ، $p=0/000$).

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

مدل رگرسیونی در معادله زیر و بر اساس ضرایب بتای استاندارد شده مدل سلامت روان برآزش شده است.

$$\text{سلامت روان} = (\text{حضور فرزندان}) + 0/110 + (\text{میزان فعالیت‌های روزمره}) - 0/246 - (\text{وضعیت تأهل}) + 0/463 + (\text{مقدار ثابت}) : 0/457 = \text{سلامت روان}$$

جدول (۱۱): ضرایب بتاهای متغیرهای مستقل مؤثر بر سلامت روان سالمندان روستایی

Sig.	مقدار t	ضرایب استاندارد نشده			متغیرها
		ضرایب استاندارد شده	Std. Error	B	
0/067	1/839		0/248	0/457	مقدار ثابت
0/906	-0/118	-0/006	0/036	-0/004	پایگاه اقتصادی اجتماعی
0/000	-5/287	-0/246	0/033	-0/172	فعالیت‌های روزمره
0/000	7/7	0/463	0/058	0/448	وضعیت تأهل
0/404	-0/836	-0/039	0/032	-0/027	حمایت خانوادگی
0/006	2/743	0/110	0/039	0/106	حضور فرزندان
متغیر وابسته: سلامت روان سالمندان روستایی					

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، بین میزان برخورداری از حمایت خانوادگی سالمندان روستایی و سلامت روان آنها، ارتباط معنی‌دار وجود دارد. یعنی سالمندان روستایی که از حمایت خانوادگی زیادتری برخوردار بوده‌اند، سلامت روانی بیشتری نیز داشته‌اند. بدین ترتیب، با توجه به چارچوب نظری، نظریه تولید اجتماعی بیماری روانی به‌عنوان نظریه مبنایی این پژوهش و نیز دیدگاه اجتماعی از جمله نظریه‌های روان‌شناختی مورد استفاده برای این فرضیه مورد تأیید قرار می‌گیرد. در خصوص فرضیه پایگاه اقتصادی اجتماعی با توجه به بررسی‌ها، سالمندان با پایگاه اقتصادی-اجتماعی بالاتر، از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند که بدین ترتیب، می‌توان گفت نظریه‌های کوکرین، کوئن، روانکاوی، رفتارگرایی و فرضیه علیت اجتماعی مبنی بر ارتباط پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت روان تأیید شده است.

سالمندان روستایی که با همسرشان زندگی می‌کنند، از لحاظ سلامت روان، از وضعیت مطلوب‌تری برخوردارند که این رابطه، نظریه روانکاوی را تأیید می‌کند که در مورد فرضیه تأثیر وضعیت تأهل بیان شده است.

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

طبق نتایج بررسی‌ها، سالمندانی که با فرزندان خود زندگی می‌کردند، از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند. در مورد این فرضیه، از دیدگاه روانکاوی استفاده شده است که طبق نتایج به دست آمده، مورد تأیید است. همچنین سالمندانی که میزان مشارکت آنها در فعالیت‌های روزمره زیاده‌تر است، از سلامت روان بیشتری برخوردار هستند. بدین ترتیب، نظریه فعالیت که از جمله نظریه‌های سالمندی است، دیدگاه رفتارگرایی و فرضیه انباشت هویتی تأیید می‌شوند.

بر اساس آزمون رگرسیون چندمتغیره در تبیین سلامت روان سالمندان روستایی، ملاحظه می‌شود که ضریب همبستگی چندگانه، $0/749$ و ضریب تعیین $0/562$ و ضریب تعیین خالص $0/555$ به دست آمده است. یعنی متغیرهای مستقل مدل، می‌توانند حدود ۵۶ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت روان سالمندان روستایی را پیش‌بینی کنند.

بر طبق ضرایب بنای استاندارد شده متغیرهای مستقل، ملاحظه می‌شود که وضعیت تأهل فرد سالمند با بنای $0/463$ ، میزان مشارکت در فعالیت‌های روزمره با بنای $0/246$ - و حضور فرزندان در خانه با بنای $0/110$ ، به ترتیب بیشترین سهم را در تبیین متغیر وابسته سلامت روان سالمندان روستایی دارند.

پیشنهادات

- با توجه به نقش و اهمیت ویژه خانواده در حفاظت و حمایت از سالمندان، طبق نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود به‌منظور تقویت نهاد خانواده و اعتلای هر چه بیشتر مقام سالمند، برنامه‌ها و آموزش‌های رسمی و غیررسمی توسط سازمان بهزیستی و نهادهای حمایتی ذیربط به‌منظور آشنایی هر چه بیشتر افراد جامعه و اعضای خانواده‌ها با موقعیت سالمندی ارائه شود و بر اساس شناخت نیازها، حقوق، آسیب‌ها و خطراتی که سالمندان با آن مواجه هستند، حمایت خانوادگی برنامه‌ریزی شده‌ای از آنها انجام شود.

- برای حفظ آرامش روانی سالمندان حتماً لازم است که برنامه‌ریزی دقیقی با همکاری ارگان‌های دولتی و هماهنگی خانواده‌ها برای پُر کردن اوقات فراغت -که بیشتر در سالمندان زیاد است- آنها انجام شود، مانند برگزاری جشنواره‌های متعدد ویژه سالمندان در سطح مناطق، تورهای مسافرتی سالمندی، برگزاری مراسم مذهبی متنوع و مداوم با برنامه منظم.

- از دیگر راهکارها در ارتباط با وضعیت اقتصادی اجتماعی، کمک به بنیه اقتصادی خانواده‌ها، به‌ویژه خانواده‌های دارای سالمند روستایی توسط سازمان تأمین اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی (ره) از

بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی

طریق برنامه‌های تأمین و خدمات اجتماعی، مانند پرداخت کمک‌هزینه‌های سالمندی، بیمه‌های اجتماعی و ارائه خدمات ویژه سالمندان به‌طور رایگان به خانواده‌های مذکور است.

- فعال و سهم کردن سالمندان در برنامه‌ریزی امور مربوط به خود و تشویق به مشارکت در فعالیت‌های مختلف، راهکاری دیگر است. برای اینکه خانواده‌ها احساس فعال بودن و مفید بودن را در اعضای سالمند خود زنده نگه دارند و مانع از رکود و تضعیف روابط مبتنی بر نقش در خانواده گردند، پیشنهاد می‌شود نقش‌های متناسب با توانایی و شرایط سالمندان را به خود آنها واگذار کنند. این نقش‌ها می‌تواند کمک در خرید منزل، نگهداری اطفال و مشارکت در نظافت منزل در حد امکان و مانند اینها باشد.

- آموزش مراقبت‌های بهداشتی سالمندان به خانواده‌ها و نیز آموزش افراد سالمند در آستانه سالمندی و خانواده‌های آنها به‌منظور آشنایی با ویژگی‌ها و مسائل خاص این دوران از طریق خانه‌های بهداشت روستا و مراکز سازمان بهزیستی.

- استفاده از تبلیغات در رسانه‌های گروهی به‌منظور مراقبت از سالمندان.

در نهایت، پیشنهادهایی برای رسانه‌های عمومی ارائه می‌شود که در این زمینه، مسئولیت سنگینی بر عهده دارند. این پیشنهادها عبارت‌اند از: تهیه برنامه‌های آموزشی با پیام ضرورت حفظ احترام به سالمندان؛ پخش برنامه‌های فرهنگی در ارتباط با سالمندی و تصویرسازی این دوره به‌عنوان مرحله‌ای از زندگی؛ فرهنگ‌سازی نگهداری از سالمندان در خانه‌های سالمندی؛ تبلیغ به‌منظور از بین بردن نگاه جنسیتی به سالمندان.

البته بعید نیست که همه سازمان‌ها، نهادها و ارگان‌ها برای نیل به این اهداف باید با یکدیگر همکاری لازم را داشته باشند.

منابع و مأخذ

- استورانت، مارتا و واندنبوس، گری آر (۱۳۷۳). *روانشناسی سالمندی*. ترجمه سیامک خداجیمی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- دلاور، علی (۱۳۸۰). *مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- دوبوار، سیمون (۱۳۶۵). *کهنسالی*. ترجمه محمدعلی طوسی. تهران: انتشارات شباویز.
- رابرتسون، یان (۱۳۷۴). *درآمدی بر جامعه*. ترجمه حسین بهروان. مشهد: آستان قدس رضوی.
- رمضان‌زاده، فاطمه و عابدی نیا، نسرين (۱۳۸۳). *اضطراب و افسردگی در ناباروری*. تهران: انتشارات علوم پزشکی تهران.

توسعه روستایی، دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۰

- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و کاپلان، هرولد (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران: شهر آب.
- ساراسون، ایروین. جی و ساراسون، باربارا. آر (۱۳۷۷). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
- سرای، حسن (۱۳۷۴). مقدمه‌ای بر نمونه‌گیری در تحقیق. تهران: انتشارات سمت.
- سرمه، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۷۶). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه.
- شاملو، سعید (۱۳۷۴). مکتب‌ها و نظریه‌ها در روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.
- شریفیان، اکبر (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی (رساله دکتری جامعه‌شناسی). دانشگاه علامه طباطبایی.
- شولتز، دوان (۱۳۷۸). نظریه شخصیت. ترجمه یوسف کریمی، تهران: انتشارات ارسباران، چاپ اول.
- طالب، مهدی؛ بخشی زاده، حسن (۱۳۸۹). سازمان‌های متولی توسعه روستایی در ایران. انتشارات پیوند مهر.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷۶). مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. تهران: رشد.
- کوئن، بروس (۱۳۷۸). درآمدی بر جامعه‌شناسی. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: فرهنگ معاصر.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: نشر ارسباران.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). مقدمات جامعه‌شناسی. تهران: نشر آگه.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن.
- میرزایی، محمد و شمس قهفرخی، مهری (۱۳۸۶). جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۸۵-۱۳۳۵. سالمند. سال ۲. شماره ۵. ۳۲۷.
- میشارا، بریان ال و رایدل، روبرت جی (۱۳۶۵). روانشناسی پیری. ترجمه حمزه گنجی و همکاران. تهران: مؤسسه اطلاعات.

- Bernard, J. (1971). *Women and the public interest*. Chicago: Aldine.
- Holmshaw, Y. & Hillier, S. (2000). *Women and mental health*. Routledge
- Kozier B (1987). *Fundamental Of Nursing Concepts And Procedures*. California Addison Wesleyco. P. 54
- Kronblam, W. & Julian, J. (1992). *An aging society in social problems*. Newjersy prenticehal.
- Ston, R. (1996). *Theories of aging*. University of Puyet Sound, WA, Gerontology manual.
- United Nations (2000). *World population prospect*. (1). P.p 1-45
- United Nations (2002). *World population aging*. New York. Retrieved. P.p. 1-45

تقدیر و تشکر: نگارنده از تمام اهالی دهستان دشت بالاخص خانواده محترم یوسفی جاوید و حسنی که در مراحل پژوهش و تدوین مقاله اینجانب را یاری نموده‌اند، کمال سپاس و قدردانی را دارد.