

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان

(مطالعه موردی: سالمندان شهر کوهدشت)

محمد زاهدی اصل* ، علی اصغر درویشی فرد**

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۳۱

چکیده

مقاله حاضر، پژوهشی است در زمینه بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی که با هدف بررسی و شناخت مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت و با روش پیمایش انجام شده است. این بررسی مطالعه‌ای تبیینی است که جامعه آماری آن کل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر کوهدشت در سال ۱۳۸۵ که حدوداً ۵۵۰۸ نفر سالمند را تشکیل می‌دهند، است و از آن میان تعداد ۳۵۹ نفر از طریق فرمول کوکران مشخص و با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت سنجش میزان سلامت اجتماعی و متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار به ترتیب از

* استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، (نویسنده مسئول).

پرسشنامه استاندارد کبیز و پرسشنامه محقق‌ساخته که اعتبار و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت، استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت پاسخگویان از میزان سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند. همچنین میان پایگاه اجتماعی، حمایت اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی با میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد، ولی میان اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد.

مفاهیم کلیدی: سلامت اجتماعی، سالمندان، مهارت‌های ارتباطی، اوقات فراغت، پایگاه اجتماعی، حمایت اجتماعی

مسئله پژوهش

امروزه سلامت به‌مثابه یک پدیده چندبعدی و چندلایه در زمره حقوق اولیه انسانی قرار دارد. سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. در این حالت سلامت در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای منحصراً زیستی برای ارائه تعریفی جامع از سلامت کفایت نخواهند کرد. با توجه به مطالب ذکرشده در ابتدا تصور دانشمندان این بود که سلامت تنها بعد جسمی را دربرمی‌گیرد اما به تدریج مشخص شد که باید به بعد روانی و اجتماعی سلامت هم توجه داشت. اگر جامعه‌ای سالم نباشد، انسان‌های سالمی نخواهد داشت و بدون توجه به سلامت اجتماعی، توجه به صرف سلامت جسمی و روانی به‌تنهایی نمی‌تواند راه‌گشا باشد (نوربالا، ۱۳۸۲: ۳۸).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ در ژنو تعریفی را از سلامتی ارائه داده است که هنوز هم می‌تواند در نظریه‌های مربوط به سلامت با الگوهای کلیت از آن نام برد، به این صورت که «سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۳

نه تنها بیمار یا معلول نبودن» (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳). در این تعریف برای اولین بار در جهان، سلامت اجتماعی در کنار سلامت روانی و فیزیکی قرار گرفته است. در تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت کامل به معنای توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی است.

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسان دارد و پوشش فراگیر آن در سطح جامعه می تواند موجب توسعه اجتماعی شود. در جهان توسعه یافته و در حال توسعه، افراد عمر طولانی دارند و افزایش طول عمر در سطح جوامع هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می آید و هم چالش فراروی این جوامع است. پایین بودن میزان باروری و درعین حال افزایش امید به زندگی به پیر شدن نسبی جوامع در سراسر دنیا منجر شده است. جمعیت سالمندان در کشورمان رو به افزایش است. طبق گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵، تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران حدود ۵/۱ میلیون نفر بود که این میزان در حدود ۷/۳ درصد جمعیت کشور را تشکیل می دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

در کشور ما با وجود کاستی های موجود در حوزه سلامت به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی قشرهای مختلف جامعه از جمله سالمندان گام هایی برداشته شده است، اما آنچه نبود آن در همه عرصه های کشور محسوس است، بی توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت سالمندان به عنوان یک قشر آسیب پذیر است. در ارتباط با طرح موضوع به این نکته باید توجه کرد که سالمندان، با توجه به رویدادهایی مانند پایان دوران اشتغال و بازنشستگی، احساس تنهایی، طردشدگی و همچنین فشار روانی ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی منجر می شود، در معرض خطرات فزاینده ای قرار دارند. بی توجهی به جنبه های اجتماعی سلامت سالمندان در عصر ارتباطات و جهانی سازی، موجب افزایش آسیب پذیری این قشر از افراد جامعه در ابعاد، جسمی، روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات و

دیگر آسیب‌های اجتماعی می‌شود. توجه به ابعاد اجتماعی سلامت سالمندان کمک خواهد کرد تا این قشر از نظر اجتماعی جامعه سالمی را شکل دهند. بی‌شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی سالمندان در هر جامعه، کاهش بار بیماری‌های جسمانی و روانی را به دنبال خواهد داشت.

سلامت اجتماعی مفهوم وسیع‌تری از سلامت است که دربرگیرنده ابعاد اجتماعی، بهزیستی فردی (فراتر از سلامت جسمی و روانی) و مؤلفه پیامدهای وضعیت سلامتی است. وقتی بعد اجتماعی بررسی می‌شود، شواهدی قوی مبنی بر اهمیت تأثیر محیط اجتماعی بر سلامت و بهزیستی عاطفه وجود دارد. همان‌طور که حمایت اجتماعی (مانند حمایت خانواده، دوستان، امنیت مالی) یک مفهوم کلیدی در نظریه و تحقیقات سلامت اجتماعی است، توجه به اجزای حمایت اجتماعی برای سلامت روانی و اجتماعی نیز مهم است. حمایت اجتماعی عاملی است که موجب احساس امنیت و خودارزشمندی در فرد می‌شود و در نتیجه امکان رشد و خودشکوفایی را برای فرد فراهم می‌آورد. تأمین حمایت اجتماعی، در رشد شخصیت، سلامت جسمانی و روانی فرد آثار پیشگیرانه و درمانی دارد. «حمایت اجتماعی علی‌رغم مواجه نشدن با یک موقعیت استرس‌زا در تقویت سلامت روانی و جسمانی، نقش مستقیمی دارد. این امر دلایلی دارد، از جمله اینکه حمایت اجتماعی روابط اجتماعی مهمی را دربرمی‌گیرد و انزوا را کاهش می‌دهد. افرادی که دوستان صمیمی در زندگی دارند، رضایت خاطرشان از زندگی خیلی بالاست. درواقع آنها احساس ارزشمندی می‌کنند» (میر سمیعی، ۱۳۸۵: ۵۰ و ۵۱). اگرچه همواره تأمین سلامت و گسترش رفاه اجتماعی عادلانه مورد تأکید است، به‌نظر می‌رسد در زمینه نیل به سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در میان افراد متعلق به پایگاه‌های مختلف اجتماعی، تفاوت‌هایی وجود داشته باشد. یکی دیگر از متغیرهای پژوهش توجه به این موضوع را مدنظر قرار می‌دهد. شغل، درآمد و تحصیلات سه مؤلفه‌ای هستند که در این پژوهش برای سنجش پایگاه اجتماعی مورد

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۵

استفاده قرار گرفته است. انسان موجودی است که برای رفع نیازهای عاطفی، اجتماعی و زیستی خود به تعامل با دیگران محتاج است. ناتوانی در برقراری ارتباط و محبت ورزیدن باعث می‌شود که زندگی بی‌رنگ شده و رفته‌رفته، گرمی، معناداری و روابط اجتماعی از آن رخت بندد. اوئن هارجی^۱ مهارت‌های ارتباطی را مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند، بهم مرتبط و متناسب با وضعیتی که آموختنی بوده و تحت کنترل فردی باشد، می‌داند. شنایدر و همکاران، مهارت‌های ارتباطی را وسیله ارتباط فرد و محیط تعریف می‌کنند و معتقدند که این وسیله برای شروع و ادامه ارتباط سالم و سازنده با همسالان به‌عنوان بخش مهمی از سلامت روانی، مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهارت‌های ارتباطی دیگر متغیر مستقلی است که با توجه به اهمیت و توانایی آن در حل مسائل بین‌فردی و ارتقای سازگاری اجتماعی و بهبود سلامت اجتماعی، در این پژوهش مطرح می‌شود. اوقات فراغت فرصت مناسبی است که بزرگسالان و جوانان می‌توانند در آن نواقص و کمبودهای جریان اجتماعی شدن خود را جبران کنند. بنابراین اوقات فراغت به‌مثابه یکی از زیرشاخه‌ها و بسترهای اجتماعی می‌تواند عامل مؤثری در بهبود روابط فرد با افراد جامعه بوده و سلامت اجتماعی او را فراهم کند. ازاین‌رو سلامت اجتماعی افراد می‌تواند از طریق بهبود وضعیت اوقات فراغت و بهره‌وری بهتر از آن ارتقا یابد. مسئله‌ای که در پژوهش حاضر دنبال می‌شود، بررسی رابطه میان میزان حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و اوقات فراغت با میزان سلامت اجتماعی در سالمندان شهر کوهدشت است. با ذکر این مقدمه، سؤال اصلی پژوهش به شرح زیر است:

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت

کدامند؟

پیشینه پژوهش

در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی» در سال ۲۰۰۴ بر روی نمونه وسیعی از جمعیت امریکا، کیز و شاپیرو^۱ نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. به‌طورکلی هر چقدر که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان نسبت به مردان به‌طور فزاینده‌ای سطح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان‌ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشتند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کمترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. همچنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در جوان‌ترها و افراد با جایگاه پایین به خود اختصاص می‌داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد. در مجموع داده‌ها نشان داد که اکثریت جمعیت بزرگسال امریکا به‌استثنای ۱۶ درصد که سطوح بالایی در هیچ‌یک از ابعاد گزارش نکردند و ۱۰ درصد از افراد که در سه بعد ضعیف عمل کردند، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردارند (keyes، به‌نقل از امینی، ۱۳۹۰: ۴۴). پل در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ای برای بررسی رابطه بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان انجام داد. نمونه‌های این مطالعه افراد مبتلا به سرطان بین سنین ۳۵ تا ۸۰ ساله بودند. تجزیه و تحلیل آماری

1. Keyes and Shapiro

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۷

نشان داد که سلامت معنوی در رتبه دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی این افراد رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنها نداشت (paul, به نقل از تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۰). مریم کنگرلو در سال ۱۳۸۷ با بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی، به سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد پرداخت. نتایج در این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده محل تحصیل آنها و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معناداری وجود داشت؛ به این صورت که دانشجویان شاهد که سهمیه‌داشته‌شان را پنهان می‌کنند، از سلامت اجتماعی پایین برخوردارند. همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهل‌شان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و نوع جنسیت آنها، تفاوت معناداری وجود ندارد (کنگرلو، ۱۳۸۷). هادی تباردرزی در سال ۱۳۸۶ با «بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی»، به سنجش سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی پرداخت. دانشجویان مورد مطالعه در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد با نمونه‌ای شامل ۹۴ دانشجوی دختر و ۷۴ دانشجوی پسر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درکل سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با توجه به نمرات کسب‌شده متوسط بوده و در این بین نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد از دانشجویان مقطع کارشناسی، دانشجویان متأهل از دانشجویان مجرد، دانشجویان شاغل از دانشجویان غیرشاغل و دانشجویان پسر از دانشجویان دختر بالاتر بود. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای رشته تحصیلی دانشجویان، تحصیلات والدین، سن دانشجو، وضعیت سکونت و مذهب دانشجویان ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد. در بین رشته‌های مختلف دانشگاه، رشته روان‌شناسی بالینی و رشته

گفتاردرمانی به‌ترتیب دارای بیشترین و کمترین امتیاز سلامت اجتماعی بودند (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۹۷). سید فاطمه حسینی در سال ۱۳۸۷ با انجام پژوهشی با عنوان «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن» در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی پرداخت و تأثیر چهار متغیر اوقات فراغت، پایگاه اجتماعی، میزان مهارت‌های ارتباطی و باورهای مذهبی را بر سلامت اجتماعی دانشجویان مورد سنجش قرار داد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط است. همچنین بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی پاسخگویان با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد (حسینی، ۱۳۸۷: ۹۴). خانم مرضیه آدینان (۹۰-۹۱) به بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک پرداخت. این مطالعه بر روی ۱۰۰ نفر از سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن در شهر تهران (کهریزک) اجرا و از روش سرشماری استفاده شده است. اطلاعات از طریق پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز به‌دست آمده و این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی بوده است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ضریب همبستگی متغیرهای مستقل نظیر حمایت خانوادگی ۳۲۲٪، پایگاه اجتماعی - اقتصادی ۳۰۲٪، رضایت از زندگی ۲۱۶٪، توانایی عملکردها ۳۵۳٪ است. در نتیجه می‌توان گفت که بین متغیرهای مستقل (حمایت خانوادگی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی، رضایت از زندگی، توانایی عملکردها و کارکردهای سالمندان) در دوران قبل از سالمندی آنها و میزان سلامت اجتماعی‌شان رابطه معناداری وجود دارد (آدینان، ۱۳۹۱).

چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری پژوهش مورد نظر به‌صورت ترکیبی انتخاب شده و سعی بر اعمال کردن نظریاتی است که بتوانند سطوح و جنبه‌های گوناگون هریک از متغیرهای مستقل

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۹

و وابسته را پوشش دهند. در رابطه با متغیر وابسته پژوهش یعنی سلامت اجتماعی، نظریه کبیز در نظر گرفته شده است. کبیز معتقد است سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی خود خوب عمل می‌کنند.

تحت تأثیر مدل سلامت اجتماعی کبیز، ۵ بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی پیشنهاد شده است که عبارتند از: پذیرش اجتماعی (دیدگاه مطلوب نسبت به دیگران)، مشارکت اجتماعی (باوری که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند)، شکوفایی اجتماعی (ارزیابی توانمندی‌های بالقوه اجتماع به صورت کلی)، انسجام اجتماعی (ارزیابی کیفیت روابط فرد در جامعه و گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد)، انطباق اجتماعی (تصور کردن اجتماع به صورت قابل درک و قابل پیش‌بینی).

- در ارتباط با متغیرهای مستقل پژوهش به شرح زیر مرتبط‌ترین نظریه‌ها به کار گرفته شده است. براساس دیدگاه‌های ادینگتون و دومازدیه، اوقات فراغت کارکردهای گوناگونی دارد که به کسب سلامت روانی - اجتماعی فرد منجر شده و در مجموع ارتقای سلامت در افراد را به دنبال دارد (اسدی، ۱۳۵۲: ۴۴). همچنین بر طبق نظریه رشد، فعالیت‌های فراغتی نه تنها باعث ارتقا قابلیت‌های فردی و جسمی می‌شود، بلکه رشد و تعالی اجتماعی را نیز به دنبال دارد. براین اساس فرضیه اول تحقیق به بررسی رابطه میان اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت می‌پردازد.

- شبکه اجتماعی از یک طرف به لحاظ پیوندها و روابطی که در عرصه‌های چندگانه افراد را به هم متصل می‌کند، با نظریه انسجام اجتماعی هماهنگ است و از طرف دیگر به لحاظ منابعی که در طی این پیوندها منتقل می‌شود، به نظریه‌های حمایت اجتماعی مربوط می‌شود. اکثر طبقه‌بندی‌های ارائه شده از شبکه‌های اجتماعی فردی، آن را به دو نوع شبکه رسمی و غیررسمی تقسیم کرده‌اند:

الف) شبکه‌های اجتماعی رسمی: در اینجا اساساً مراقبین حرفه‌ای مثل پرستاران و پزشکان حمایت‌های رسمی را ارائه می‌دهند که بیشتر شامل حمایت اطلاعاتی و عملی مفید و استاندارد برای حل مشکل یا بیماری است.

ب) حمایت اجتماعی غیر رسمی: این نوع از حمایت بیشتر روی روابط با والدین، خویشان و دوستان تأکید دارد و ارزش و اهمیت فرد را بیان می‌کند.

کان^۱ حمایت اجتماعی را به‌عنوان حمایت مالی، عاطفی، اطلاعاتی و ارزیابی تأمین‌شده از سوی شبکه اجتماعی تعریف کرده است که افراد آن را دریافت می‌کنند و این حمایت باید به‌صورت دوسویه در شبکه اجتماعی‌شان برقرار باشد. در مجموع، بر طبق دیدگاه برکمن، از طریق فرصت‌هایی که به‌واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی، شغلی، خانوادگی و والدینی را ایفا می‌کند و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد (خیرالله‌پور، ۱۳۸۳: ۱۱). با توجه به اهمیت شبکه‌های اجتماعی در تقویت میزان سلامت اجتماعی، فرضیه دوم پژوهش به این صورت مطرح می‌شود که احتمالاً میان حمایت اجتماعی افراد و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

- بر طبق دیدگاه رز و وو، افراد تحصیل‌کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامتی روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل این را که چرا تحصیلات با سلامتی جسمی، اجتماعی و روانی رابطه تنگاتنگی دارد، در سه مقوله مطرح می‌کنند:

۱. شرایط اقتصادی و کاری؛

۲. منابع روانی - اجتماعی؛

۳. سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی.

بر طبق دیدگاه آنها، نابرابری‌هایی که مبتنی بر سطح تحصیلات در جوامع به وجود می‌آید، باعث تفاوت در موقعیت افراد موجود در جامعه و به تبع تفاوت در دسترسی آنها به منابع و امکانات می‌شود و در نتیجه همین موضوع سطح سلامتی افراد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (خیرالله‌پور، ۱۳۸۳: ۸۵). براین اساس فرضیه سوم پژوهش یعنی احتمال وجود رابطه میان پایگاه اجتماعی - اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت مطرح می‌شود.

- شنایدر و همکاران، مهارت‌های ارتباطی را یک ابزار مهم برای ارتباط بین انسان و محیط می‌دانند و معتقدند که این ابزار به‌عنوان بخش مهمی از سلامت افراد، برای ارتباط سالم و مثبت با دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این راستا، سه سبک ارتباطی مطرح شده است که سنجش آنها، سطح سلامت اجتماعی افراد را بیان می‌کند و به شرح زیر است:

۱. سبک ارتباطی منفعلانه یا ابراز وجود نکردن؛

۲. سبک ارتباطی جرئت‌مندانه یا ابراز وجود؛

۳. سبک ارتباطی پرخاشگرانه.

براین اساس آخرین فرضیه پژوهش شامل احتمال وجود رابطه میان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت مطرح می‌شود.

روش پژوهش

روش پژوهش در این مقاله تبیینی و از نوع پیمایش است و جامعه آماری آن همه سالمندان ۶۰ سال و بالاتر شهر کوهدشت هستند که تعداد آنها در سال ۱۳۸۵ برابر با ۵۵۰۸ نفر بوده و روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری دردسترس است. در این روش افرادی مورد مطالعه قرار می‌گیرند که دردسترس هستند و پرسشگر در چارچوب تعداد و حجم نمونه در مکان‌های خاصی حضور یافته و با افراد مورد نظر

مصاحبه می‌کند و با هر کسی که مایل به پاسخگویی است مصاحبه می‌شود. در پژوهش حاضر با توجه به امکان حضور سالمندان، مکان‌هایی نظیر پارک‌ها، خیابان‌ها، بیمارستان‌ها، مساجد و سازمان بازنشستگی شهرستان برای دسترسی به سالمندان انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه در این پژوهش از فرمول کوکران استفاده شده است. این محاسبه با سطح خطای ۵ درصد صورت گرفته است و براین اساس تعداد ۳۵۹ سالمند به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. در ارتباط با روایی (اعتبار) ابزار گویه‌های مناسب از پژوهش‌های پیشین که زیر نظر اساتید مجرب استفاده شده‌اند، استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. سپس پرسشنامه تدوین شده برای تأیید روایی صورتی در اختیار اساتید راهنما و مشاور قرار گرفت و پس از اجرای آن به‌صورت پایلوت و تأیید استاد محترم از آن استفاده شد. در این پژوهش برای سنجش میزان پایایی متغیرهای اصلی پژوهش در پرسشنامه محقق‌ساخته، بعد از تهیه و تأیید پرسشنامه و انجام دادن pretest (پرسشنامه) از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای متغیر مهارت‌های ارتباطی ۰/۷۹۱۹ و برای متغیر حمایت اجتماعی ۰/۷۲۷۰ و در واقع بالاتر از ۰/۷ بود که گویای پایایی متغیرهای اصلی پژوهش است. کیز در مطالعات خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های انسجام، پذیرش، مشارکت، شکوفایی و انطباق اجتماعی به‌ترتیب ۸۱، ۷۷، ۶۹، ۸۰ و ۷۵ درصد و ضریب آلفای کل آزمون را ۸۰ درصد گزارش کرده است. همچنین فارسی‌نژاد در سال ۱۳۸۴ پرسشنامه مزبور را هنجاریابی کرده و با استفاده از تحلیل عاملی مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی را ۷۸ درصد محاسبه کرد و آن را در شرایط فرهنگی، اجتماعی جامعه ایران مورد استفاده قرار داد. این ابعاد شامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۴۸).

یافته‌های پژوهش

نتایج نشان می‌دهد که میانگین سنی سالمندان ۶۸، میانه ۶۷ و مد برابر با ۶۱ است. بر طبق نتایج به‌دست‌آمده ۴۹/۶ درصد از پاسخگویان را زنان و ۵۰/۴ درصد از پاسخگویان را مردان تشکیل می‌دهد. از نظر میزان تحصیلات، ۵۵/۴ درصد از پاسخگویان، یعنی بالاتر از نیمی از آنها، بدون مدرک بوده‌اند. ۵۳/۴ درصد از پاسخگویان زیر ۵۰۰ هزار تومان درآمد داشته‌اند، ۴۳/۴ درصد از ۵۰۰ تا یک میلیون تومان و حدوداً ۳/۲ درصد بالای یک میلیون تومان درآمد داشته‌اند. برای سنجش میزان سلامت اجتماعی سالمندان شهر کوهدشت از پرسشنامه استاندارد کیز شامل ۳۳ گویه در ۵ بعد، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی استفاده و میزان سلامت اجتماعی جمعیت مورد مطالعه در هریک از ابعاد به شرح زیر معلوم شد:

جدول ۱- ابعاد میزان سلامت اجتماعی

سطوح اعلام شده از سوی پاسخگویان و درصد آنها (به ترتیب امتیاز)				
پایین	بالا	متوسط	سطح	انسجام اجتماعی
			درصد	
۲۴/۶	۴/۲۷	۰/۴۸		
پایین	بالا	متوسط	سطح	پذیرش اجتماعی
			درصد	
۱۵/۴	۲۴/۹	۸/۵۹		
پایین	بالا	متوسط	سطح	مشارکت اجتماعی
			درصد	
۲۰/۹	۳۲/۷	۴/۴۶		
پایین	بالا	متوسط	سطح	انطباق اجتماعی
			درصد	
۱۷/۵	۳۳/۷	۷/۴۸		
پایین	بالا	متوسط	سطح	شکوفایی اجتماعی
			درصد	
۲۵/۶	۳۰/۴	۰/۴۴		

در رابطه با آزمون فرضیه‌ها جداول چهارگانه زیر طراحی شده است که به اختصار مورد بحث قرار می‌گیرد.

فرضیه اول: بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۲- توزیع جمعیت مورد مشاهده برحسب میزان سلامت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی

جمع	پایگاه اجتماعی - اقتصادی افراد			میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی
	بالا	متوسط	پایین	
۱۰۹	۱۲	۵۳	۴۴	پایین
%۳۱/۱	%۲۷/۹	%۲۷/۶	%۳۷/۹	
۱۴۰	۱۶	۷۷	۴۷	متوسط
%۳۹/۹	%۳۷/۲	%۴۰/۱	%۴۰/۵	
۱۰۲	۱۵	۶۲	۲۵	بالا
%۲۹/۱	%۳۴/۹	%۳۲/۳	%۲۱/۶	
۳۵۱	۴۳	۱۹۲	۱۱۶	جمع
%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	

مقایسه درصد‌های ستونی به صورت افقی نشان‌دهنده تفاوت بالا است، احتمالاً رابطه معناداری وجود دارد. براساس جدول، ۳۷/۹ درصد از افرادی که از پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین برخوردار بودند به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح پایینی بودند و ۳۴/۹ درصد از افرادی که دارای پایگاه اقتصادی -

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۱۵

اجتماعی بالایی بودند، از نظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح بالایی بودند. ارقام فوق حاکی از وجود ارتباط بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی است و لذا برای حصول اطمینان از چنین رابطه‌ای از آزمون گاما استفاده شد. با توجه به جدول فوق و براساس آزمون گامای به‌دست‌آمده ($\text{Gamma}=0/180$) با قبول خطای کمتر از $0/05$ ($\text{sig}=0/021$) و درجه اطمینان بیش از $0/95$ می‌توان گفت بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

فرضیه دوم: بین میزان مهارت های ارتباطی افراد و میزان برخورداری آن ها از سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۳- توزیع جمعیت مورد مشاهده برحسب میزان سلامت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی

جمع	میزان مهارت‌های ارتباطی افراد			میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی
	بالا	متوسط	پایین	
۱۰۸	۲۴	۴۹	۳۵	پایین
%۳۰/۵	%۲۱/۶	%۲۹/۰	%۴۷/۳	
۱۴۳	۳۹	۷۴	۳۰	متوسط
%۴۰/۴	%۳۵/۱	%۴۳/۸	%۴۰/۵	
۱۰۳	۴۸	۴۶	۹	بالا
%۲۹/۱	%۴۳/۲	%۲۷/۲	%۱۲/۲	
۳۵۴	۱۱۱	۱۶۹	۷۴	جمع
%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	

مقایسه درصدهای ستونی به صورت افقی نشان‌دهنده تفاوت بالا است، احتمالاً رابطه معناداری وجود دارد. در توصیف این جدول باید اظهار داشت، بیشترین نسبت افراد دارای مهارت ارتباطی متوسطی بودند؛ براساس جدول، ۴۷/۳ درصد از افرادی که مهارت ارتباطی پایینی داشتند، از نظر میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح پایینی بودند و ۴۳/۲ درصد از افرادی که دارای مهارت ارتباطی بالایی بودند به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح بالایی بودند. ارقام جدول ۳ حاکی از وجود ارتباط بین سن افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی است، بنابراین برای حصول اطمینان از چنین رابطه‌ای از آزمون گاما استفاده شد. با توجه به جدول ۳ و براساس آزمون گامای به دست آمده ($\text{Gamma}=0/354$) با قبول خطای کمتر از ۰/۰۱ ($\text{sig}=0/000$) و درجه اطمینان بیش از ۰/۹۹ می‌توان گفت بین میزان مهارت ارتباطی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

فرضیه سوم: بین وضعیت حمایت اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴- توزیع جمعیت مورد مشاهده برحسب میزان سلامت اجتماعی و وضعیت حمایت اجتماعی

جمع	میزان حمایت اجتماعی		
	بالا	متوسط	پایین
۱۰۸	۴۵	۳۹	۲۴
۳۰/۸٪	۲۹/۰٪	۲۵/۸٪	۵۳/۳٪
۱۴۰	۴۸	۷۶	۱۶
۳۹/۹٪	۳۱/۰٪	۵۰/۳٪	۳۵/۶٪

عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی ... ۱۷

۱۰۳	۶۲	۳۶	۵	بالا
٪۲۹/۳	٪۴۰/۰	٪۲۳/۸	٪۱۱/۱	
۳۵۱	۱۵۵	۱۵۱	۴۵	جمع
٪۱۰۰/۰	٪۱۰۰/۰	٪۱۰۰/۰	٪۱۰۰/۰	

مقایسه درصدهای ستونی به صورت افقی نشان‌دهنده تفاوت بالا است، احتمالاً رابطه معناداری وجود دارد. در توصیف این جدول باید اظهار داشت که بیشترین نسبت افراد دارای حمایت اجتماعی بالایی بودند. براساس جدول، ۵۳/۳ درصد از افرادی که از حمایت اجتماعی پایین برخوردار بودند، به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح پایینی بودند و ۴۰ درصد از افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالایی بودند به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح بالایی بودند. ارقام فوق حاکی از وجود ارتباط بین وضعیت حمایت اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی است، بنابراین برای حصول اطمینان از چنین رابطه‌ای از آزمون گاما استفاده شد.

با توجه به جدول ۴ و براساس آزمون گامای به دست آمده ($\text{Gamma} = ۰/۲۶۹$) با قبول خطای کمتر از ۰/۰۱ ($\text{sig} = ۰/۰۰۰$) و درجه اطمینان بیش از ۰/۹۹ می‌توان گفت بین میزان حمایت اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

فرضیه چهارم: بین چگونگی گذران اوقات فراغت افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۵- توزیع جمعیت مورد مشاهده برحسب میزان سلامت اجتماعی و چگونگی گذران اوقات فراغت

جمع	اوقات فراغت خود را بیشتر به کدام یک از امور زیر اختصاص می‌دهید؟ به ترتیب اولویت سه مورد را انتخاب کنید.						چگونگی گذران اوقات فراغت میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی
	فعالیت‌های ورزشی	فعالیت‌های مذهبی	مطالعه	همراهی با دوستان	همراهی با خانواده	شنیداری و دیداری استفاده از وسایل	
۱۰۹	۵	۷۴	۱۵	۲	۵	۸	پایین
%۳۰/۶	%۵۰/۰	%۲۷/۳	%۳۶/۶	%۵۰/۰	%۲۹/۴	%۶۱/۵	
۱۴۴	۴	۱۱۱	۱۹	۱	۷	۲	متوسط
%۴۰/۴	%۴۰/۰	%۴۱/۰	%۴۶/۳	%۲۵/۰	%۴۱/۲	%۱۵/۴	
۱۰۳	۱	۸۶	۷	۱	۵	۳	بالا
%۲۸/۹	%۱۰/۰	%۳۱/۷	%۱۷/۱	%۲۵/۰	%۲۹/۴	%۲۳/۱	
۳۵۶	۱۰	۲۷۱	۴۱	۴	۱۷	۱۳	جمع
%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	

مقایسه درصدهای ستونی به صورت افقی نشان‌دهنده تفاوت پایین است، احتمالاً رابطه معناداری وجود ندارد. در توصیف این جدول باید اظهار داشت، بیشترین نسبت افراد در اوقات فراغت، نوع گذران همراهی با خانواده را انتخاب می‌کنند، براساس

جدول ۶۱/۵ درصد از افرادی که به ورزش می‌پردازند، ۵۰ درصد از افرادی که به مطالعه می‌پردازند و ۵۰ درصد از افرادی که از وسایل شنیداری و دیداری استفاده می‌کنند، به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح پایینی بودند و ۳۱/۷ درصد از افرادی که به همراهی با خانواده می‌پردازند و ۲۵ درصد از افرادی که به مطالعه می‌پردازند، به لحاظ میزان برخورداری از سلامت اجتماعی در سطح بالایی بودند. ارقام فوق حاکی از نبودن ارتباط بین چگونگی گذران اوقات فراغت افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی است، بنابراین برای حصول اطمینان از چنین رابطه‌ای از آزمون کاسکوئر استفاده شد. براساس نتایج جدول ۵، مقدار آزمون خی دو برابر با ۱۴/۰۰۴ است و با توجه به درجه آزادی $d.f=10$ ، با قبول خطای بیش از ۰/۰۵ (Sig= ۰/۱۷۳) و درجه اطمینان کمتر از ۰/۹۵ می‌توان گفت بین چگونگی گذران اوقات فراغت افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، پذیرفته و نمی‌توانیم رد کنیم.

نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی تابعی از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و... است و فرد سالمند پس از ورود به دنیای سالمندی با فضای جدیدی روبه‌رو می‌شود که با وضعیت قبلی آن متفاوت است و در طی دوران سالمندی با مسائل و مشکلاتی روبه‌رو خواهد شد که هرکدام می‌تواند به سلامت اجتماعی آنها خدشه وارد کند. مسئله‌ای که در پژوهش حاضر دنبال شد، بررسی رابطه میان میزان حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و اوقات فراغت با میزان سلامت اجتماعی در سالمندان شهر کوهدشت بود. در ارتباط با میزان سلامت اجتماعی سالمندان، یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی سالمندان در سطح متوسط است.

فرضیه اول پژوهش یعنی احتمال وجود رابطه بین سطح پایگاه اقتصادی - اجتماعی سالمندان و میزان سلامت اجتماعی آنها براساس نتایج به‌دست‌آمده و همچنین با اجرای آزمون گامای به‌دست‌آمده ($\text{Gamma} = 0/180$) با قبول خطای کمتر از $0/05$ ($\text{Sig} = 0/021$) و درجه اطمینان بیش از $0/95$ پذیرفته شد و براین اساس می‌توان گفت بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

این نتیجه تأییدکننده چارچوب نظری پژوهش است. رز و وو مطرح می‌کنند که افراد تحصیل‌کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد، از لحاظ سلامتی روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل اینکه چرا تحصیلات با سلامتی جسمی، اجتماعی و روانی رابطه تنگاتنگی دارد، در سه مقوله مطرح می‌کنند:

۱. شرایط اقتصادی و کاری؛

۲. منابع روانی - اجتماعی؛

۳. سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی.

بر طبق دیدگاه آنها، نابرابری‌هایی که مبتنی بر سطح تحصیلات در جوامع به‌وجود می‌آید، باعث تفاوت در موقعیت افراد موجود در جامعه و به‌تبع تفاوت در دسترسی آنها به منابع و امکانات می‌شود و در نتیجه همین موضوع سطح سلامتی افراد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. می‌توان اظهار داشت که سلامتی فرد به‌عنوان یک موضوع مهم و اساسی تابعی از عوامل اقتصادی - اجتماعی بوده و افرادی که از پایگاه بهتری برخوردارند در واقع از منابع و امکانات مطلوب‌تری برخوردارند و این موضوع بر سلامت اجتماعی آنها در جهت مثبت تاثیرگذار خواهد بود.

فرضیه دوم پژوهش یعنی احتمال وجود رابطه بین میزان مهارت‌های ارتباطی سالمندان و میزان سلامت اجتماعی آنها براساس نتایج به‌دست‌آمده و همچنین با اجرای آزمون گامای به‌دست‌آمده ($\text{Gamma} = 0/353$) با قبول خطای کمتر از $0/01$

($\text{sig}=0/000$) و درجه اطمینان بیش از $0/99$ پذیرفته شد و براین اساس می‌توان گفت بین میزان مهارت ارتباطی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

این یافته نظریه‌های موجود درباره ارتباط مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی در چارچوب نظری را تأیید می‌کند. شنایدر و همکاران، مهارت‌های ارتباطی را به‌عنوان یک ابزار مهم برای ارتباط بین انسان و محیط می‌دانند و معتقدند که این ابزار به‌عنوان بخش مهمی از سلامت افراد، برای ارتباط سالم و مثبت با دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این راستا، سه سبک ارتباطی مطرح شده است که سنجش آنها، سطح سلامت اجتماعی افراد را بیان می‌کند و به شرح زیر است:

۱. سبک ارتباطی منفعلانه یا عدم ابراز وجود؛

۲. سبک ارتباطی جرئت‌مندانه یا ابراز وجود؛

۳. سبک ارتباطی پرخاشگرانه.

در واقع بر طبق نتایج به‌دست‌آمده و با استناد به نظریه‌های مهارت‌های ارتباطی، می‌توان گفت که ارتباط بین فردی مثبت برای سلامت افراد امری ضروری است. داشتن عملکرد مؤثر افراد در اجتماع منوط به داشتن مهارت‌های ارتباطی مناسب است. به‌اختصار می‌توان گفت که اتخاذ سبک‌های ارتباطی متناسب با موقعیت‌های پیش‌رومی تواند در تقویت میزان سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد.

فرضیه سوم پژوهش یعنی احتمال وجود رابطه بین حمایت اجتماعی سالمندان و میزان سلامت اجتماعی آنها براساس نتایج به‌دست‌آمده و همچنین با اجرای آزمون‌های آزمون گامای به‌دست‌آمده ($\text{Gamma}=0/269$) با قبول خطای کمتر از $0/01$ ($\text{sig}=0/000$) و درجه اطمینان بیش از $0/99$ پذیرفته شد و براین اساس می‌توان گفت بین میزان حمایت اجتماعی افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه

معناداری وجود دارد و H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، نمی‌پذیریم و رد می‌کنیم.

این یافته نظریه‌های موجود درباره ارتباط حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی در چارچوب نظری را تأیید می‌کند. بر طبق دیدگاه برکمن از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی، شغلی، خانوادگی و والدینی را ایفا می‌کند و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد.

در واقع بر طبق نتایج به دست آمده و با استناد به نظریه‌های شبکه اجتماعی می‌توان اظهار داشت که شبکه اجتماعی افراد می‌تواند حمایت‌هایی نظیر حمایت‌های مادی، عاطفی و اطلاعاتی را در اختیار افراد قرار دهد تا در هنگام بروز تنش و موقعیت‌های استرس‌زا و یا دیگر مواقع لازم بتوانند از این منابع حمایتی استفاده کنند. این حمایت‌ها به افراد کمک می‌کند که از منظر جدیدی به مسائل و موقعیت‌های پیش رو نگاه کرده و آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برسانند و به تبع این موضوع در تقویت سلامت اجتماعی آنها تأثیرگذار خواهد بود.

فرضیه چهارم پژوهش که بیانگر وجود رابطه میان چگونگی گذران اوقات فراغت سالمندان و میزان سلامت اجتماعی آنهاست رد شده و معلوم شد که میان این دو متغیر رابطه معنادار وجود ندارد. در واقع براساس نتایج به دست آمده و همچنین با اجرای آزمون مقدار آزمون خی دو برابر با $14/004$ است و با توجه به درجه آزادی $d.f=10$ ، با قبول خطای بیش از $0/05$ ($sig=0/173$) و درجه اطمینان کمتر از $0/95$ می‌توان گفت بین چگونگی گذران اوقات فراغت افراد و میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد، یعنی H_0 فرضیه خنثی را که نشانگر نبودن رابطه است، پذیرفته و نمی‌توانیم رد کنیم.

این یافته با نظریه‌های موجود درباره ارتباط اوقات فراغت و میزان سلامت

اجتماعی در چارچوب نظری پژوهش همسو نیست. براساس دیدگاه‌های ادینگتون و دومازیدیر، اوقات فراغت کارکردهای گوناگونی دارد که به کسب سلامت روانی - اجتماعی فرد منجر شده و در مجموع ارتقای سلامت کلی در افراد را به دنبال دارد. هم چنین بر طبق نظریه رشد، فعالیت‌های فراغتی نه تنها باعث ارتقای قابلیت‌های فردی و جسمی می‌شود، بلکه رشد و تعالی اجتماعی را نیز به دنبال دارد.

در مجموع باید گفت که میان عوامل اجتماعی بررسی شده در پژوهش (حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و مهارت‌های ارتباطی) و میزان سلامت اجتماعی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد و صرفاً معنادار بودن متغیر اوقات فراغت رد شد. از این رو می‌توان گفت که ضریب متغیرهای اجتماعی بررسی شده در پژوهش، متغیری از افزایش میزان سلامت اجتماعی سالمندان خواهد بود.

منابع

- آدینان، مرضیه. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در کهریزک، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی*، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- امینی، منصور. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی: مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- اسدی، علی. (۱۳۵۲)، «اوقات فراغت دیدگاه‌ها و تعاریف آن». *سمینار ملی رفاه اجتماعی*، کمیته گذران اوقات فراغت، سازمان ملی جوانان.
- تبارزدی، هادی. (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. گروه آموزشی رفاه.

- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی»، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- خیرالله‌پور، اکبر. (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی؛ مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشکده ادبیات و علوم انسانی. گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۹۱)، **نظریه‌های مددکاری اجتماعی**، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سید جلال (۱۳۸۴)، «شاخص‌های سلامت اجتماعی». **مجله علمی آموزشی اطلاعات**، ۲۰۷.
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبائی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- میر سمیعی، مرضیه. (۱۳۸۵)، بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبائی، **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمدی، کاظم؛ و باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۸)، «بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران»، **مجله حکیم**. (۲) ۴
- Keyes, C. M.; Shapiro, A. (2004). "social well-being in u.s: A descriptive Epidemiology". In orvill Brim. Carol D. Ryff & Ronal C. Kessler (Eds). **Healthing Are You?** A national study of well being of Midlife. university of Chicago press.