





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت دریافت مدرک  
کارشناسی ارشد

**عنوان:**

بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روانشناختی در سالمندان مرد و زن  
مراجعه کننده به فرهنگسرای سالمند شهر تهران

**نگارنده:**

فاطمه صادقی

**استاد راهنما**

دکتر غنچه راهب

**استاد مشاور:**

دکتر مصطفی اقلیما

بهمن ماه ۸۹

۲۰۱-۷۰۰

**تقدیم به پدر و مادر مهربانم:**

**حامیان زندگی و تحصیلم**

**و با تشکر از همسر عزیزم**

## تشکر و قدردانی:

حامی هستی را سپاس می گذارم که توفیق انجام این پژوهش را فراهم ساخت تا بار دیگر در محضر استادان بر یادگیریهایم بیفزایم.

از استاد عالیقدر خانم دکتر راهب به خاطر زحمات ایشان و حوصله و عنایت فراوانی که در هدایت و راهنمایی این پژوهش مبذول داشته اند و با دقت نظر خاص خویش در تمامی مراحل کار هدایت منموده اند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

بر خود لازم می دانم تا سپاسگزاری خالصانه ام را از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر مصطفی اقلیما که همواره با د  
صدر و گشاده رویی حامی دانشجویان بوده اند، ابراز نمایم.

## چکیده:

**طرح مسئله:** هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روانشناختی در سالمندان زن و مرد فرهنگسرای سالمند شهر تهران بود.

**روش تحقیق:** این تحقیق از نوع همبستگی می باشد. آزمودنی های پژوهش ۲۰۵ نفر (۱۵۲ زن و ۵۳ مرد) از سالمندان مرد و زن فرهنگسرای شهر تهران می باشند که با روش نمونه گیری خوشه ای تک مرحله ای- تصادفی انتخاب شده اند. ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از: پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده فلمینگ، گچل و باوم و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف . داده های پژوهش به کمک آزمون آماری  $t$  و آزمون کای اسکوار و ضریب همبستگی در جدول دو بعدی تحلیل شده اند.

**یافته ها:** نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد شخصی در بین سالمندان رابطه مثبت معنادار وجود دارد و همچنین بین بهزیستی روانشناختی در زنان و مردان سالمند تفاوت معناداری وجود دارد ولی حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان و مردان سالمند تفاوت معناداری نداشته و همچنین بین حمایت اجتماعی ادراک شده و زندگی هدفمند رابطه معناداری وجود ندارد.

**نتایج:** بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روانشناختی رابطه معنی داری وجود دارد. تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر ابعاد بهزیستی روانشناختی نشان می دهد که تغییر سیاست گذاری ها با هدف ارتقاء کیفیت و کمیت شبکه های حمایتی بویژه برای گروه های آسیب پذیر می تواند باعث تقویت اثرات محافظتی حمایت اجتماعی و در نهایت بهزیستی روانشناختی گردد.

**کلید واژه ها:** حمایت اجتماعی ادراک شده- بهزیستی روانشناختی - سالمندان - پرسشنامه

## فهرست مطالب

عنوان

صفحه

### فصل اول: کلیات تحقیق

مقدمه.....	۱
بیان مساله.....	۳
اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۱۱
اهداف تحقیق.....	۱۴
فرضیات تحقیق.....	۱۵
تعریف مفاهیم.....	۱۵

### فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق

بخش اول: تاریخچه و مبانی نظری

تعاریف حمایت اجتماعی.....	۲۰
حمایت اجتماعی یک سازه تک بعدی یا چند بعدی.....	۲۰
حمایت اجتماعی ادراک شده.....	۲۱
انواع حمایت اجتماعی.....	۲۲
مبانی نظری تحقیق	
دیدگاه ها درباره حمایت اجتماعی.....	۲۳

- الف) دیدگاه روان پوشی..... ۲۳
- ب) دیدگاه یادگیری..... ۲۵
- ج) دیدگاه یادگیری اجتماعی-شناختی..... ۲۶
- د) دیدگاه پدیدار شناختی..... ۲۶
- و) دیدگاه شناختی..... ۲۷
- ه) دیدگاه تحولی..... ۲۷
- خلاصه دیدگاه ها درباره حمایت اجتماعی..... ۲۸
- بهبودی روان شناختی..... ۲۹
- تعاریف مختلف سلامت روانی..... ۳۰
- بهبودی روان شناختی از دیدگاه روان شناسی مثبت..... ۳۳
- مؤلفه های بهبودی روان شناختی..... ۳۶
- نظریات مربوط به بهبودی روان شناختی..... ۳۸
- الف) رویکرد خودمختاری..... ۳۸
- ب) رویکرد اهداف..... ۳۹
- ج) رویکرد شخصیت و خلق..... ۳۹
- د) رویکرد روانی..... ۳۹
- و) رویکرد سازگاری..... ۴۰
- ه) رویکرد تعادل پویا..... ۴۰
- تمایز بین رویکرد لذت گرا و رویکرد فضیلت گرا..... ۴۱

تعاريف سالمندی.....	۴۲
نظريات مطرح شده پيرامون سالمندی:.....	۴۴
الف) نظريه های زیست شناختی:.....	۴۴
۱- نظريه ایمنی.....	۴۴
۲- نظريه پير شدن سلولی.....	۴۵
۳- نظريه رادیکال آزاد.....	۴۶
ب) نظريه های روان شناختی.....	۴۶
ج) نظريه های جامعه شناختی:.....	۴۸
۱- نظريه عدم تعهد.....	۴۸
۲- نظريه فعالیت.....	۴۸
۳- نظريه استمرار.....	۴۹
۴- نظريه تعاملی.....	۴۹

بخش دوم: پيشينه مطالعاتی تحقيق:

تحقيقات داخلی.....	۵۱
تحقيقات خارجی.....	۵۵
مدل شماتیک تحقيق.....	۵۸

### فصل سوم: روش شناسی تحقيق

نوع مطالعه.....	۶۰
جامعه آماری.....	۶۰
روش نمونه گیری.....	۶۰



۶۰	.....	حجم نمونه
۶۰	.....	متغیرهای کنترل کننده
۶۱	.....	روایی و اعتبار پرسشنامه
۶۲	.....	روش جمع آوری اطلاعات
۶۳	.....	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۶۳	.....	روش اجرا
۶۴	.....	ملاحظات اخلاقی

### فصل چهارم: یافته های تحقیق

۶۶	.....	مقدمه
۶۶	.....	تجزیه و تحلیل داده ها

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۹۸	.....	مقدمه
۹۸	.....	خلاصه ی تحقیق
۹۹	.....	نتایج یافته های توصیفی
۱۰۰	.....	گزارش فرضیات تحقیق
۱۰۵	.....	تحلیلی بر یافته ها
۱۰۸	.....	محدودیت های پژوهش
۱۰۸	.....	پیشنهادات پژوهشی و کاربردی
۱۱۰	.....	منابع و ضمائم

## فهرست جداول

### عنوان

### صفحه

- جدول شماره (۱-۴) توزیع فراوانی و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب سن..... ۶۷
- جدول شماره (۲-۴) توزیع فراوانی و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب مدت ازدواج..... ۶۸
- جدول شماره (۳-۴) توزیع فراوانی و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت..... ۶۹
- جدول شماره (۴-۴) توزیع فراوانی و درصد فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل..... ۷۰
- جدول شماره (۵-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده " ۷۱.
- جدول شماره (۶-۴) توزیع فراوانی و درصد بر حسب میزان متغیر X "حمایت اجتماعی ادراک شده"..... ۷۳
- جدول شماره (۷-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر پذیرش خود »..... ۷۴
- جدول شماره (۸-۴) توزیع فراوانی و درصد بر حسب میزان متغیر Y1 "پذیرش خود"..... ۷۵
- جدول شماره (۹-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر روابط مثبت با دیگران »..... ۷۶
- جدول شماره (۱۰-۴) توزیع فراوانی و درصد بر حسب میزان " روابط مثبت با دیگران "..... ۷۷
- جدول شماره (۱۱-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر خودمختاری »..... ۷۸
- جدول شماره (۱۲-۴) توزیع فراوانی و درصد بر حسب میزان " خودمختاری "..... ۷۹
- جدول شماره (۱۳-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر تسلط بر محیط »..... ۸۰
- جدول شماره (۱۴-۴) توزیع فراوانی و درصد بر حسب میزان " تسلط بر محیط "..... ۸۱
- جدول شماره (۱۵-۴) توزیع درصد پاسخ ها بر حسب « سوالات مربوط به متغیر زندگی هدفمند »..... ۸۲

- جدول شماره (۴-۱۶) توزیع فراوانی و درصد برحسب میزان " زندگی هدفمند "..... ۸۲
- جدول شماره (۴-۱۷) توزیع درصد پاسخ ها " بر حسب سوالات مربوط به متغیر رشد شخصی "..... ۸۴
- جدول شماره (۴-۱۸) توزیع فراوانی و درصد برحسب میزان " رشد شخصی "..... ۸۵
- جدول شماره (۴-۱۹) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پذیرش خود..... ۸۶
- جدول شماره (۴-۲۰) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و روابط مثبت با دیگران..... ۸۸
- جدول شماره (۴-۲۱) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودمختاری..... ۸۹
- جدول شماره (۴-۲۲) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و تسلط بر محیط..... ۹۱
- جدول شماره (۴-۲۳) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و زندگی هدفمند..... ۹۲
- جدول شماره (۴-۲۴) محاسبه رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رشد شخصی..... ۹۳
- جدول شماره (۴-۲۵) مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان و مردان سالمند..... ۹۵
- جدول شماره (۴-۲۶) مقایسه بهزیستی روانشناختی در زنان و مردان سالمند..... ۹۶

فصل اول:

کلیات تحقیق

## مقدمه:

با توجه به روند جاری تغییرات جمعیتی در کشور، پیش بینی شده است در حدود سال ۱۴۱۰ در کشورمان پدیده "انفجار سالمندی" رخ خواهد داد و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت (گروه مولفین، مجموعه مقالات سالمندی، چاپ اول: ۱۳۷۹)

رشد جمعیت افراد ۶۵ ساله و بالاتر بر بسیاری از مسایل جامعه تاثیر می گذارد و برنامه ریزان و افراد خانواده باید برای رفع نیازهای آنان آماده باشند. باید راهکاری برای رسیدگی به افرادی که انزوا و تنهایی را تجربه نموده یا با خطر رویارویی با آن مواجه اند، در نظر گرفت. زیرا انزوا و تنهایی کلید اصلی تشدید افسردگی در دوران سالمندی است. عامل افسردگی به نوبه خود، دلیل اصلی کاهش سلامتی و کیفیت عمر می باشد که بیش از افراد محجور، جمعیت سالمند را تحت تاثیر قرار می دهد (همشهری، چهارشنبه ۹ مهر ۱۳۸۲، سال یازدهم، ۳۱۸۲).

در حال حاضر همه کشورهای جهان سالمندی را بعنوان یک پدیده مهم اجتماعی می دانند و درصدد آن هستند که تلاش های پیگیر و مستمر در جهت برنامه های حمایت اجتماعی بمنظور رفع نیازهای طبیعی آنها مبذول دارند (مهديزادگان و باقريور، ۱۳۸۰).

حمایت اجتماعی به شیوه های گوناگونی تعریف شده است. کاپلان (۱۹۷۴)، به نقل از هوب فول و وکس (۱۹۹۳: ۶۸۶) حمایت اجتماعی را محصولی از فعالیتهای اجتماعی می داند که از خلال مشارکت در وظایف، دادن چیزهای ضروری و مساعدت شناختی و فراهم کردن آرامش عاطفی، احساس چیرگی شخص را ارتقاء می دهد (آخوندی: ۱۳۷۶). کوب<sup>۱</sup> (۱۹۷۶)، به نقل از بلوم و همکاران، (۱۹۹۰: ۶۳۵) یکی دیگر از نخستین نظریه پردازان حمایت اجتماعی است که این مفهوم را به عنوان اطلاعاتی تعریف کرده است که شخص را به این باور راهیابی می کند که مورد عشق و علاقه، تایید و ارزش قرار گرفته و متعلق به شبکه ای از ارتباطات و وظایف متقابل است (همان منبع).

---

<sup>1</sup> Cobb

ساراسون و ساراسون<sup>۲</sup> (۱۳۷۳:۶۲۸) دو تن از برجسته ترین پژوهشگران معاصر، حمایت اجتماعی را چنین تعریف کرده اند: این احساس که دیگران آدم را دوست دارند و برای او ارزش قائلند و آماده اند در صورت لزوم به او کمک کنند و پشتیبان عاطفی او باشند (همان منبع).

حمایت اجتماعی ادراک شده را کاترونا و همکاران (۱۹۹۰، به نقل از باربی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۳:۳۱) چنین تعریف کرده اند: حمایت اجتماعی ادراک شده به این حقیقت باز می گردد که اگر کسی نیازی داشته باشد در خانواده، دوستان و وابستگان فرد، حد اقل یک شخص یا بیشتر در دسترس خواهد بود (همان منبع).

این مولفه از سازه حمایت اجتماعی نه بعنوان یک ملاک مهم بلکه بعنوان اساس و یا حتی تنها ملاک اساسی (ساراسون و همکاران، ۱۹۸۷، به نقل از لیپین و اسکوارزر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰:۱۶۷) شناخته شده و بخوبی به اثبات رسیده است (اریلی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵:۳۷).

جو و فوکادا<sup>۶</sup> (۱۹۹۵:۴۰) در این ارتباط بیان می دارد «غالب پژوهش ها در این زمینه نشان می دهد که حمایت ادراک شده، سلامتی جسمی و سلامتی روانی یا سازگاری را افزایش می دهد. برخی از مطالعات اثری را نشان نمی دهد ولی هیچ پژوهشی اثر منفی برای حمایت ادراک شده را نشان نمی دهد (جو و فوکادا، ۱۹۹۵:۴۰).

روانشناسان با دیدگاه شناختی تاکید کرده اند که ادراکهای حمایت به این دلیل مهمند که مردم از اینکه چگونه دنیایشان را تفسیر می کنند اثر می پذیرند و نه آنکه دنیایشان چگونه استدر نتیجه، یک عمل مهربانانه ممکن است این چنین تعبیر نشده و یک عمل خائنانه ممکن است سودمند تلقی شود، آشکارا زمانی که ادراکها تا این درجه از واقعیت فاصله می گیرند، ادراکها اهمیت و آفری می یابند (هلر و همکاران، ۱۹۸۳، به نقل از هوب فول و همکاران، ۱۹۹۳:۶۸۷).

تحقیقات بسیاری نشان از آن دارند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و روانی هدایت می کند (رابرتز و گاتلیب<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷).

---

<sup>2</sup> Sarason

<sup>3</sup> Barbee, A.P

<sup>4</sup> Schwarzer, R., Leppn, A

<sup>5</sup> Oreilly, B.K

<sup>6</sup> Fukada, Jou, H.Y

<sup>7</sup> Roberts JE, Gotlib L.H

سلامت یک مفهوم چند بعدی است. اما پژوهشگران حوزه بهداشت روانی بطور عمده تاکید بر جنبه های منفی آن داشته اند. امروزه تمایل به مطالعه جنبه های مثبت بهداشت روانی به موازات قسمت های منفی آن در حال افزایش است. بیشتر این پژوهش ها از متون روان شناختی بهزیستی نشات می گیرد.

از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۵) دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت گرایی و فضیلت گرایی. دسته ای بهزیستی را با خوشی لذت گرایانه یا شاد کامی برابر می دانند، این رویکرد رویکرد لذت گرا نامیده می شود. دیدگاه غالب روان شناسان لذت گرا آن است که بهزیستی برابر با شاد کامی شخصی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. با این حال جمع کثیری از روان شناسان در ازای برابر دانستن بهزیستی با شاد کامی و لذت، آن را با فضیلت برابر می دانند. نظریات فضیلت گرا بر این باورند که ارضای امیال به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه بهزیستی نمی تواند صرفا به معنای تجربه لذت باشد. میتوان بهزیستی روان شناختی و اجتماعی را جز این دسته دانست. بهزیستی روانی نشانگر چالش هایی است که فرد در تلاش برای انجام امور زندگی و تحقق استعدادهای منحصر به فرد خود با آن مواجه می شود (آخوندی: ۱۳۷۶). ریف و کیز (۱۹۹۵) مولفه های سازنده بهزیستی روانشناختی را در بر گیرنده شش عامل دانسته اند: خود مختاری، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود.

سالمند شدن جمعیت فرآیندی کاملا طبیعی است و نمی توان آن را متوقف یا معکوس کرد، اما می توان با سیاستگذاری های صحیح آثار این فرایند را کنترل کرد که یکی از سیاستگذاری های مناسب در این زمینه، می تواند توجه به برنامه های حمایت اجتماعی مورد و بالطبع بهزیستی روان شناختی باشد.

## بیان مساله:

امروزه در تمام جوامع، « سالمندی به عنوان یک مسئله مهم در آستانه ورود به قرن ۲۱ مطرح است. کاهش میزان باروری نقش عمده ای در افزایش درصد سالمندان داشته است. درصد جمعیت سالمندان تقریبا در همه کشورها بطور منظم رو به افزایش است. در سال ۲۰۰۰، یک پنجم جمعیت در کشورهای بیشتر توسعه یافته و هشت درصد جمعیت در کشورهای کمتر توسعه یافته ۶۰ ساله و بالاتر بودند و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۵۰، یک نفر از هر ۳ نفر در کشورهای بیشتر توسعه یافته، و یک نفر از هر پنج نفر در کشورهای کمتر توسعه یافته ۶۰ ساله و بالاتر خواهند بود (سازمان ملل، ۲۰۰۲، ص ۱۳).

مسائل سالمندان و اتخاذ سیاست‌گذاریه‌های صحیح در مورد آنها در حال حاضر به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است. سیاستها و برنامه‌ها باید فراتر از مسکن و بهداشت باشند و فرصت شرکت سالمندان در عرصه‌های مختلف توسعه اقتصادی و اجتماعی را فراهم آورند. سالمند شدن جمعیت فرایندی کاملاً طبیعی است و نمی‌توان آن را متوقف یا معکوس کرد بلکه می‌توان با سیاست‌گذاریه‌های صحیح آثار این فرایند را کنترل نمود.

جمعیت جهان بسرعت در حال سالمند شدن است. هم تعداد و هم نسبت افراد ۶۵ ساله و بالاتر در حال افزایش هستند. اگر چه این تعداد و نسبت در مناطق مختلف جهان متفاوت می‌باشد. تعداد سالمندان از سال ۱۹۵۰ به بعد سه برابر افزایش یافته است، تقریباً از ۱۳۰ میلیون نفر به ۴۱۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ رسیده است. نسبت سالمندان در طول همین مدت از ۴ درصد به ۷ درصد افزایش یافته است (وایت، ۲۰۰۴ : ۴)<sup>۸</sup>. از سال ۱۹۵۰ به بعد میانه سنی جمعیت در کشورهای توسعه یافته، آمریکای شمالی، ژاپن، اروپا و استرالیا از ۲۹ سال به ۳۷ سال افزایش یافته است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۵۰ به ۴۵ سال برسد، در مقابل میانه سنی در کشورهای در حال توسعه، آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین ۲۴ سال بوده است. اما به هر حال کاهش سریع در میزان باروری و افزایش امید به زندگی در این مناطق بطور اجتناب ناپذیری منجر به سالمند شدن سریع جمعیت خواهد شد، با میانه سنی پیش بینی شده ۳۶ سال برای سال ۲۰۵۰ (بونگارت، ۲۰۰۴ : ۱)<sup>۹</sup> مسئله سالمندی جمعیت جهان که به دلایل مختلف از جمله کاهش میزان مولید، پیشرفت‌های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی در سطح جهانی مطرح شده است، پدیده نسبتاً نوینی است. از آنجائیکه این پدیده در کلیه جنبه‌های زندگی جوامع بشری، از جمله طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه‌ای بوجود می‌آورد، لذا مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب در جهت ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار بوده و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است. پدیده سالخوردگی جمعیت، هم‌زاد با تحول جمعیت است و به موازات کاهش سطح باروری و افزایش امید به زندگی شکل می‌گیرد و به مسئله‌ای چند وجهی تبدیل می‌شود که ابعاد اقتصادی، پزشکی، اجتماعی، روانشناختی، فرهنگی و خانوادگی دارد. افتراق و تضاد نسل‌ها را بوجود می‌آورد و در شرایطی که در کانون‌های

<sup>۸</sup> Waite, L

<sup>۹</sup> Bongaarts, J



خانوادگی متشکل از زن و همسر و فرزندان، کسی فرصت و امکانی برای محافظت از آنها و تامین نیازهای ضروریشان ندارد راه حل مناسب و کارسازی نیز در اختیارشان نیست. نه خانه های سالمندی نه توسعه ای حمایت های اجتماعی و نه ایجاد مراکز گذران روزانه ی عمر، قادر به رفع این معضل اجتماعی نیستند ( زنجانی، ۱۳۸۰). از آنجائیکه سالخوردگی فراگردی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاست های توسعه اجتماعی - اقتصادی باشد و با مساعی زیاد در کلیه سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد. شیوه برخورد با این مسئله نیز باید جامع و توسعه ای بوده و همه جنبه های حیاتی را که تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان می باشد، از جمله مشارکت آنان در امر توسعه را شامل گردد. برخی از جنبه های حیاتی این فراگرد عبارتند از: امنیت اقتصادی و مالی سالمندان، حفظ سلامتی و آموزش مداوم و این ملاحظات چارچوب کلی را برای اقدام دولتها در مسئله سالمندان فراهم می نماید (ضیایی، ۱۳۷۵: ۱۹).

بنابراین باید بپذیریم که اکثر کشورهای در حال توسعه و همین طور کشورهای پیشرفته صنعتی ناچار خواهند شد اولویت بیشتری را به طرح ریزی خدمات بهداشتی و اجتماعی سالمندان بدهند زیرا شمار جمعیت سالمندان در ۵۰ سال گذشته سه برابر شده است و در ۵۰ سال آینده نیز سه برابر خواهد شد. در سال ۱۹۵۰، ۲۰۵ میلیون نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در سرتاسر جهان وجود داشت، در آن زمان تنها سه کشور بیش از ۱۰ میلیون جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر داشتند: چین با ۴۲ میلیون نفر، هند و آمریکا با ۲۰ میلیون نفر، ۵۰ سال بعد شمار افراد ۶۰ ساله و بالاتر سه برابر شد و به ۶۰۶ میلیون نفر رسید. در نیمه اول قرن حاضر نیز، پیش بینی می شود که جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در جهان در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد. جمعیت سالمندان نسبت به کل جمعیت از رشد سریعتری برخوردار است. در دوره زمانی ۱۹۵۵-۱۹۵۰، متوسط میزان افزایش جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر اندکی بیشتر از میزان رشد کل جمعیت بوده است. اما اخیرا میزان رشد جمعیت سالمندان (۱.۹) درصد، بطور قابل ملاحظه ای بیشتر از میزان رشد کل جمعیت: ۱/۲ درصد می باشد. پیش بینی سازمان ملل برای دوره زمانی ۲۰۳۰-۲۰۲۵ نشان می دهد که جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در این دوره دارای میزان رشد ۳.۵ برابر بیشتر از میزان رشد کل جمعیت خواهد بود (۲/۸ درصد در مقابل ۰/۸ درصد) (سازمان ملل، ۲۰۰۲: ۱۱).

مناطق بسیاری از جهان تحت تاثیر این دگرذیسی و تغییر ساختار سنی هستند. بیش از ۱۸ درصد ایتالیاییها ۶۵ ساله و بیشتر هستند، سوئد، بلژیک، یونان و ژاپن اندکی جوانتر هستند. اروپا بالاترین نسبت سالمندان را دارد و برای چندین دهه جزو سالمندترین مناطق باقی خواهد ماند. سرعت کاهش باروری در آسیا، آمریکای لاتین و

کارائیب و تقریباً آفریقای شمال شرقی و همچنین افزایش امید به زندگی در این مناطق، نسبت‌های سالمندی این مناطق را تا سال ۲۰۵۰ بیش از سه برابر خواهد کرد ( وایت، ۲۰۰۴: ۴).

در ایران نیز با ظاهر شدن آثار کنترل جمعیت از سال ۱۳۷۰ به بعد بتدریج از نسبت افراد کمتر از ۱۵ سال کاسته و بر نسبت افراد میانسال (۶۴-۱۵ سال) افزوده شده است. استمرار این وضع در آینده می‌تواند ترکیب سنی جمعیت را تغییر داده و به نحو محسوسی از نسبت افراد زیر ۱۵ سال بکاهد و جمعیت را بسوی سالخوردگی سوق دهد (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۸: ۵۷).

در ایران، احتمال کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر به سال‌های بلافاصله بعد از جنگ جهانی دوم برمی‌گردد. چه در این سال‌هاست که انجام واکسیناسیون‌ها در سطح گسترده و توجه به بهداشت کودکان در مدارس مطرح و به طور فزاینده اقداماتی در این موارد صورت می‌گیرد. و در همین سال‌ها بود که کوشش‌های سازمان یافته به منظور ریشه‌کن کردن و درمان پاره‌ای از بیماری‌ها بخصوص مالاریا وسل انجام می‌پذیرد. اولین برآوردهایی که در ارتباط با سطح مرگ و میر از طریق ساختن جدول بقا و بر اساس آن محاسبه امید به زندگی صورت گرفته، بر مبنای سرشماری‌های عمومی که اولین آن در سال ۱۳۳۵ انجام گرفته بوده است. بر اساس این برآوردها امید به زندگی در بدو تولد در ایران از ۳۷.۵ سال در سال ۱۳۳۵ به ۴۷.۵ سال در سال ۱۳۴۵ و ۵۷.۵ سال در سال ۱۳۵۵ و حدود ۶۰ سال در سال ۱۳۶۵ افزایش یافته است (همان: ۵۷).

در ایران هم اکنون ۴/۵ میلیون نفر سالمند زندگی می‌کنند که ۵۴ درصد آنان را مردان و ۴۶ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند که ۹۲ درصد آنها در کانونهای خانوادگی زندگی می‌کنند. پیش‌بینی می‌شود که طی سال‌های آینده جمعیت سالمندان رشد بیشتر داشته باشد و تا ۵۰ سال دیگر ۲۲ درصد جمعیت کشور سالمند بالای ۶۰ سال باشند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که روند پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز مانند سایر کشورهای جهان سیر صعودی دارد. آمارهای سرشماری سال ۱۳۷۵ گویای این واقعیت است که در ایران ۴ میلیون ۱۰۹ هزار نفر بالای ۶۰ سال زندگی می‌کنند که ۶.۶ درصد جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند. این میزان نسبت به سرشماری سال ۱۳۵۵ دو برابر شده است (تاجور، ۱۳۸۲: ۲۴).

ایران در سال ۱۳۸۵ دارای ۷/۲۷ درصد جمعیت سالمندی بالای ۶۰ سال است. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

پیش‌بینی می‌شود که در فاصله ۲۰ ساله ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور، ۱۰ سال افزوده

شود. (نوروزی، ۱۳۸۸: ۴). همانگونه که ملاحظه می‌گردد در کشور ایران نیز کاهش موالید و افزایش امید به زندگی مشابه سایر مناطق جهان باعث شده که ایران نیز با پدیده سالمندی مواجه گردد.

نقش و اهمیت سالمندان در جوامع مختلف متفاوت است. بنظر می‌رسد در جوامع سنتی، سالمند تا زمانی احترام دارد که از نظر قوای ذهنی و جسمی قادر به مشارکت در امور فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باشد. در جوامع پیشرفته مفهوم پیری عمدتاً با بیماری، بی مصرف بودن و وابستگی مترادف می‌شود. نظریه پردازان در این جوامع معتقدند که عمر زیاد پس از بازنشستگی، وظایف و هزینه‌های سنگین دولت در مراقبت از سالمندان، خارج بودن این گروه از عرصه تولید و تعداد روزافزون آنان در کنار ارزش والای فعالیت‌های اقتصادی و پول در این جوامع، از جمله شاخصها و عواملی هستند که سالخوردگان را کم اهمیت می‌نماید (کلدی و دیگران، ۱۳۸۳: ۲۷۳).

در حالیکه سالمندی همواره با مفاهیم برکت، تجربه و دانایی مترادف بوده و آن را یک دستاورد می‌دانند، اما واقعیت این است که روی دیگر سکه که مسائل و مشکلات دوران سالمندی است، همیشه و در همه اعصار و در همه جوامع وجود داشته و دارد. اساساً کهولت به علت فرسایش طبیعی اندام‌ها باعث بروز و پیدایش ضعف در قوای جسمانی و دماغی می‌گردد که بعضاً موجب از کار افتادگی و خانه نشینی فرد سالمند می‌گردد. بدیهی است در این دوران احساس تامین نیازهای مادی و معنوی به اوج می‌رسد. نگرانی از آینده، فقدان امکانات مالی، ترس از انزوا و تنهایی، نزدیک شدن به پایان عمر... همه و همه مجموعه‌ای از عواملی هستند که اگر با ضعف در قوای جسمانی همراه گردند، ما حاصل آن مسا له سالمندان را مطرح می‌سازد.

اصولاً سالمندان با مشخصات فوق اگر از خانواده و محیطی با جو مهر آمیز و وابستگی‌های عاطفی برخوردار نباشند، قادر به ادامه حیات نخواهند بود (کریمی، ۱۳۸۲: ۲۰۷). بنابراین این نکته لزوم توجه به حمایت اجتماعی را در سالمندان یادآور می‌شود.

یکی از مفاهیم روانشناختی که اخیراً توسط دانشمندان علوم تربیتی مطرح گردیده است حمایت اجتماعی می‌باشد و یکی از پیش بینی کننده‌های بهزیستی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. این موضوع یکی از نیازهای اساسی افراد بشر در طول تاریخ بوده است. آنگونه که از تعاریف مختلف حمایت اجتماعی

استنباط می شود حمایت اجتماعی عبارت است از میزان ادراک فرد از اینکه مورد توجه و علاقه دیگران بوده، از دیدگاه آنان فردی ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل شود به او یاری می رسانند. بنا به تعریف، حمایت اجتماعی شامل دو بعد اساسی است یکی جنبه ذهنی که نشان دهنده ادراکات و تصورات فرد از حمایت‌های اطرافیان است و دیگری جنبه واقعی (عینی) است که عبارت است از میزان مساعدتها و کمک‌های واقعی ارائه شده به فرد (بیابانگرد: ۱۳۷۳).

حمایت اجتماعی یکی از مهمترین شکل‌های روابط اجتماعی است و برخورداری از آن وادراک و تصور آن وهمچنین نیاز به آن باتوجه به سن، جنس، شخصیت و حتی فرهنگ می تواند متفاوت باشد. محققان معتقدند که حمایت اجتماعی تاثیر سودمندی بر سلامت جسمی، روانی، کارآمدی، خلاقیت و کفایت افراد دارد و مردم را در برابر اثرات ناگوار بحران‌های زندگی محافظت می کند. یافته‌های متعدد نشان می دهد کسی که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار است، بهتر می تواند با مواردی چون بیماری و حتی نزدیک شدن به مرگ کنار آید. حمایت اجتماعی دارای فواید روان شناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی و روانی-اجتماعی مواجه اند. حمایت اجتماعی بعنوان عاملی در جهت کاهش درماندگی روان شناختی به هنگام تجربه رویداد فشارزا شناخته شده و ممکن است بویژه در کاهش درماندگی افراد آسیب پذیر (از قبیل افراد مسن، افرادی که اخیراً از همسر خود جدا شده اند، قربانیان حوادث شدید و مهارناپذیر زندگی) سودمند واقع شود. بعلاوه حمایت اجتماعی در کاهش احتمال ابتلا به بیماری یا تسریع بهبود پس از بیماری موثر است و خطر مرگ و میر ناشی از بیماریهای شدید را کاهش می دهد و همچنین میزان مرگ و میر در افرادی که حمایت اجتماعی کمی و کیفی در یافت می کنند، کم است (تیلور ۱۹۹۵).

بسیاری معتقدند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و روانی هدایت می کند (رابرتز، گاتلیب، ۱۹۹۷)<sup>۱۰</sup>

همانگونه که در مقدمه بیان شد سلامت یک مفهوم چند بعدی است. اما پژوهشگران حوزه بهداشت روانی بطور عمده تاکید بر جنبه های منفی آن داشته اند و جنبه مثبت سلامت روان (بهبودی روانشناختی) که برگرفته از روانشناسی مثبت است کمتر مورد توجه قرار گرفته است.