

## بررسی احساس منزلت اجتماعی سالمندان:

### مقایسه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری شهر مشهد با سالمندان غیرمقیم

مجید فولادیان<sup>۱</sup>، آرمین امیر<sup>۲</sup>، زینب السادات فاطمی امین<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۱۶

#### چکیده

هرم سنی جمعیت در ایران روندی معکوس دارد؛ به طوری که در سال‌های آینده جمعیت ایران به سالمندی متمایل خواهد شد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی وضعیت منزلت اجتماعی سالمندان و مقایسه‌ای میزان آن در دو گروه از سالمندان، یعنی سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری سالمندان در شهر مشهد است. فرضیه اصلی تحقیق عبارت بود از اینکه بین گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان و گروه سالمندان غیرمقیم در این مراکز، از نظر احساس منزلت اجتماعی تفاوت وجود دارد. برای بررسی و ارزیابی این فرضیه از «روش علی-مقایسه‌ای» استفاده شد. ابتدا با ۲۷۶ فرد مقیم در مراکز نگهداری سالمندان شهر مشهد که توانایی پاسخ‌گویی به سؤال‌ها را داشتند مصاحبه شد و پرسش‌نامه تحقیق تکمیل شد. سپس، براساس ویژگی‌های زمینه‌ای آن گروه از جمله سن، جنس، شغل و ...، گروه هم‌تا با تعداد نمونه ۲۸۳ نفر از بین شهروندان مشهدی غیرمقیم در مراکز نگهداری سالمندان با همان پرسش‌نامه بررسی شدند و تحلیل مسیر انجام شد. دیگر سازه‌های این تحقیق عبارت بودند از: احساس عزت‌نفس، احساس ناامیدی، احساس خوشبختی و رضایت از خدمات مراکز نگهداری. نتایج پژوهش نشان داد که احساس منزلت اجتماعی به‌عنوان شاخص سنجش سلامت اجتماعی سالمندان تحت تأثیر سه شاخص سلامت روانی آنان یعنی احساس تنهایی، احساس عزت‌نفس و احساس خوشبختی است. بر مبنای نتایج پژوهش، رضایت از خدمات مرکز متغیری است که بر احساس منزلت اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، اثرگذاری بیشتری دارد. در مورد سالمندان غیرمقیم، بیشترین اثر به احساس ناامیدی مربوط است. احساس ناامیدی به‌طور مستقیم تأثیر زیادی بر سایر متغیرهای مورد بررسی می‌گذارد و از طریق آن‌ها متغیر احساس منزلت اجتماعی را تحت شعاع می‌گذارد. در نتیجه‌گیری این پژوهش باید گفت که احساس منزلت اجتماعی سالمندانی که در مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند، به‌طور معناداری کمتر از سالمندانی است که در کنار شهروندان دیگر ادامه حیات می‌دهند. از طرفی، رضایت از خدمات مرکز نقش مهمی در احساس منزلت اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری دارد.

**واژگان کلیدی:** احساس منزلت اجتماعی، احساس خوشبختی، احساس عزت‌نفس، احساس ناامیدی، رضایت از مراکز نگهداری سالمندان.

۱ استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول)؛ پست الکترونیکی: fouladiyan@um.ac.ir  
۲ استادیار مطالعات فرهنگی، دانشگاه علامه طباطبائی؛ پست الکترونیکی: armin.amir@atu.ac.ir  
۳ دکتری جامعه‌شناسی توسعه اقتصادی دانشگاه فردوسی مشهد؛ پست الکترونیکی: z.fatemiain@mail.um.ac.ir

## مقدمه و بیان مسئله

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که فرد سالمند مشکلات متعدد جسمی و روانی دارد. در این دوره فرد به دلیل از دست دادن توانمندی‌های عمومی، نقش‌های اجتماعی محول شده به وی و به تبع آن بازنشستگی، با کاهش درخور ملاحظه پایگاه اجتماعی-اقتصادی‌اش مواجه می‌شود. فرایند زیستی و اجتماعی سالمندی موجب بروز اختلال و نارسایی‌هایی می‌شود که تأثیر این نارسایی‌ها بر بعد اجتماعی زندگی سالمندان بارزتر است. در چنین شرایطی، سالمندان منزلت اجتماعی گذشته خویش را از دست می‌دهند و به نوعی از جامعه طرد و به حاشیه رانده می‌شوند. کاهش منزلت و جایگاه اجتماعی سالمندان در عصر جدید، پیامدهای منفی روانی بسیاری در آن‌ها بر جای می‌گذارد و این پیامدها به‌خصوص در میان سالمندانی بیشتر دیده می‌شود که در مراکز نگهداری سالمندان اقامت دارند. از آنجاکه این سالمندان از حمایت‌های اجتماعی اعضای خانواده بهره‌مند نیستند و جایگاه اجتماعی پیشین خود را نیز از دست داده‌اند، آسیب‌های روانی و اجتماعی بیشتری نسبت به سایر سالمندان متحمل می‌شوند.

سالمندی جمعیت هر جامعه‌ای فرایند شناخته شده‌ای به‌عنوان پیامد «انتقال جمعیت‌شناختی» است که در آن باروری و مرگ‌ومیر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش پیدا می‌کند. براساس تعریف سازمان ملل متحد (۲۰۱۵)، کشوری دارای جمعیت سالخورده محسوب می‌شود که بیشتر از ۷ درصد از جمعیت آن را سالمندان تشکیل دهند. جمعیت جهان به دلیل افزایش تعداد و نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر، به سرعت درحال سالمندشدن است. تعداد سالمندان از ۱۳۰ میلیون نفر در سال ۱۹۵۰ به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ رسیده است؛ یعنی در طی این مدت از ۴ درصد به ۱۰ درصد افزایش یافته است (اگورا و جاکولویچ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸) و طبق پیش‌بینی سازمان ملل متحد (۲۰۱۵)، در سال ۲۰۵۰ سهم سالمندان جهان به ۲۱/۸ درصد از کل جمعیت خواهد رسید. امروزه، حدود دوسوم از افراد سالمند در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۷۵ درصد خواهد رسید.

سالمندی جمعیت پدیده‌ای محدود به یک کشور یا منطقه نیست؛ بلکه پدیده‌ای جهانی است و ایران نیز از این روند بی‌نصیب نمانده است. شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که روند سالمندشدن جمعیت در کشور ما نیز درحال گسترش است. سازمان ملل متحد در گزارش خود درباره جمعیت سالمندان ایران (۲۰۱۵) پیش‌بینی کرده است که در فاصله بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشورمان ۱۰ سال افزوده خواهد شد؛ همان‌طور که براساس آمارهای جمعیتی در سال ۱۳۹۵، سالمندان با جمعیت ۷۴۱۴۰۹۱ نفر، ۹/۲۷ درصد از کل جمعیت را تشکیل دادند. پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان

کشور تا سال ۱۴۰۰، به ۱۰/۷ درصد و تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴ درصد از کل جمعیت یعنی ۲۵۹۱۲۰۰۰ نفر برسد (راسل و اردلان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ صادقی، ۲۰۱۲).

افزایش روزافزون جمعیت سالمندان یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات در حوزه سلامت و کیفیت زندگی است. تغییرات اساسی در ساختار زندگی فردی و اجتماعی در دوران سالمندی و فقدان برنامه‌ریزی برای این مرحله از عمر، سالمندان و جامعه را با وضعیت کم‌ویش مسئله‌سازی مواجه کرده است. درک و شناخت همه‌جانبه سلامت ایجاب می‌کند که همه نظام‌ها و ساختارهایی که وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی را در کنترل و تسلط خود دارند، محتوای فعالیت‌های خود را در خصوص آثاری که بر سلامت و رفاه فرد و جامعه دارند، در نظر بگیرند (سیار و باباخانیان، ۱۳۹۵: ۱۱۲۹)؛ زیرا، امروزه سالمندی رویدادی مثبت در زندگی به شمار می‌رود که بایستی با «سلامت اجتماعی»<sup>۲</sup> همراه باشد. سلامت اجتماعی که به موضوع روز برای تحلیل مسائل و مشکلات همه اقشار اجتماع، در سطوح و ابعاد گوناگون تبدیل شده است، مدتی است که در زمینه پژوهش‌های سالمندی نیز جای خود را به‌خوبی باز کرده است و از آن با عنوان «سالمندی فعال»<sup>۳</sup> یا «سالمندی موفق» نام می‌برند. گفتمان این رویکرد به سالمندی، دربرگیرنده پیام‌های متعددی درباره استقلال سالمندان، مسئولیت شخصی برای سلامت، سبک زندگی و فعالیت جسمی است<sup>۴</sup> (اوقنه<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). کشور ما یکی از پیشگامان سلامت در حوزه جسمانی انسان‌هاست، اما به جنبه اجتماعی سلامت آن‌ها چندان توجه نشده است؛ به‌طوری‌که این بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد اجتماعی و روانی به‌خصوص در گروه سنی سالمندان می‌شود

### 1. Rassel & Ardalán

۲. به مفهوم سلامت اجتماعی در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت توجهی ویژه شده است؛ بلک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آن‌ها این مفهوم را با درجه عملکرد اعضا مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را به وجود آوردند. آن‌ها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان و عملکرد فرد در جامعه برسند. استدلال آن‌ها این بود که سلامت فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است؛ براین اساس، سلامت اجتماعی هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی که در کیفیت سلامت تمام افراد دارد، سلامت اجتماعی را این‌گونه تعریف کرده است: ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه (کیز، ۱۹۹۸) که بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت است.

### 3. active aging

۴. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲) «سالمندی فعال» را فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت به‌منظور بهبود کیفیت زندگی افراد در دوران سالمندی تعریف کرده است؛ البته «سالمندی فعال» مفهومی چندبعدی است که پژوهشگران آن را هم در سطح علم سالمندشناسی و هم در سطح سیاست‌گذاری بررسی کرده‌اند (دونر و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیری و همکاران، ۲۰۱۲). نکته مهم این است که برای درک سالمندی فعال در هر دو سطح سالمندشناسی و سیاست‌گذاری، به اندیشیدن و تأمل کردن در بافت فرهنگی و اجتماعی هر جامعه نیاز است و درک‌کردن دقیق این مفهوم می‌تواند در هر دو سطح یادشده، سمت‌وسویی غیرواقعی به پژوهش‌ها و تأکیدهای سیاست‌ها و اقدامات سازمان‌های تصمیم‌ساز ملی بدهد.

### 5. Oghene

(شیخی، ۱۳۸۹): از همین روست که بررسی میزان آسیب‌های اجتماعی-روانی وارد شده به سالمندان و یافتن راهکارهای مناسب برای کاهش این آسیب‌ها اهمیت فراوانی دارد.

هم‌زمان با تغییرات نرخ رشد، تحول و کاهش جمعیت در استان‌ها و شهرستان‌های کشور، استان خراسان رضوی نیز مشابه با چنین روندی را پشت سر گذاشته است. در آخرین سرشماری کشور، متوسط نرخ رشد جمعیت سالانه در استان‌ها طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۵ به میزان ۱/۲ درصد کاهش یافته است. مقایسه نمودار هرم سنی جمعیت حاکی از آن است که جمعیت گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر، در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۹۰ افزایش داشته است؛ به عبارت دیگر، در این دوره پنج‌ساله سهم گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر بیشتر شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). طبق آخرین سرشماری مرکز آمار ایران، ۹/۲۸ درصد از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند. رئیس اداره سالمندان وزارت بهداشت با اشاره به اینکه جمعیت این گروه سنی تا اواخر سال ۱۳۹۸ به ۱۰ درصد رسیده است، بیان کرد که در ۲۵ سال آینده این تعداد به ۳۰ درصد از کل جمعیت کشور خواهد رسید (شتی، ۱۳۹۸).

استان خراسان رضوی با جمعیت ۶۴۳۴۵۰۱ نفر در سال ۱۳۹۵، بعد از استان تهران بیشترین سهم را از جمعیت کل کشور (۸/۰۵ درصد) دارد و به همان نسبت تعداد جمعیت گروه سنی سالمند نیز زیاد است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). به گزارش معاون توان‌بخشی سازمان بهزیستی (۱۳۹۵)، حدود ۸/۲ درصد از جمعیت استان خراسان رضوی را سالمندان به خود اختصاص داده‌اند؛ این در حالی است که در سال ۱۳۹۷، نرخ سالمندی در استان خراسان رضوی ۹/۵ درصد گزارش شده است (فیروزی، ۱۳۹۷). آمارهای گزارش شده حاکی از رشد روزافزون جمعیت سالمند در استان خراسان رضوی و به‌خصوص در شهر مشهد است که لزوم توجه بیشتر محققان و صاحب‌نظران در حوزه مطالعات سالمندی را به جمعیت سالمند طلب می‌کند.

هرم سنی جمعیت در ایران روندی معکوس دارد؛ به طوری که در سال‌های آینده جمعیت ایران به سالمندی متمایل خواهد شد. به دلیل اینکه سالمندان جایگاه اجتماعی گذشته خود را از دست داده‌اند، پژوهش‌هایی کافی در حوزه مطالعات اجتماعی و به‌ویژه در زمینه سلامت اجتماعی آن‌ها انجام نشده است؛ بنابراین، در این پژوهش به دنبال شناسایی وضعیت سالمندان در اثر ازدست‌دادن منزلت اجتماعی‌شان و بررسی مقایسه‌ای میزان آن در دو گروه از سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری سالمندان در شهر مشهد هستیم.

## ادبیات نظری

سالمندی با دگرگونی‌های عمیق فیزیولوژیک، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی همراه است (قربان‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱) و مطالعات در زمینه سالمندی بر پایه سه رویکرد نظری مرتبط با هم، انجام می‌شوند: رویکرد فیزیکی، رویکرد روان‌شناختی و رویکرد جامعه‌شناختی. براساس رویکرد اول، سالخوردگی نتیجه فرایند زیستی-پزشکی است که در هر شرایطی برای انسان ایجاد خواهد شد. تاکنون هیچ‌یک از نظریه‌های بیولوژیک شامل تمام واقعیت‌های موجود نبوده‌اند. ساخت و ترکیب ژنتیکی سلول عاملی است که به میزان زیادی در سالخوردگی دخالت دارد و کیفیت آن در موجودات گوناگون، متفاوت است.

در رویکرد روان‌شناختی، به پدیده سالمندی به‌طور ویژه از منظر روان‌شناسی اجتماعی توجه شده است. ضعف قوای روحی و روانی از جمله علائم و عوارض دوران سالمندی است که به مسائل و مشکلات روحی و روانی مانند افسردگی، اضطراب و ... برای سالمندان منجر می‌شود. شاید هیچ مرحله‌ای از زندگی وجود نداشته باشد که آن‌چنان پر از افسانه‌هایی همانند مرحله سالمندی باشد. کلیشه‌های عادی سن پیری بیانگر این هستند که سالمندی یعنی ضعف، بیماری، غمگینی، تنهایی و ترس از بزه‌دیدگی. چنین نتیجه غم‌انگیزی نشانه‌ای از کاهش منزلت اجتماعی، خودپنداره منفی و سالمندی زیستی زودرس است (اسماعیلی شیرازی، ۱۳۷۹). مسائل خاص دوران سالمندی همچون مشکلات مربوط به هوش و حافظه، بی‌خوابی، بازنشستگی، ازدست‌دادن همسر و فرزندان، تغییر مکان زندگی و سکونت در آسایشگاه، تنهایی و ترس از مرگ، معمولاً سلامت روان و سلامت عاطفی را کاهش می‌دهند (محسنی، ۱۳۷۲؛ باند<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). در رویکرد روان‌شناختی، ارتقای امید به زندگی سالمندان در مرحله اول سلامت روانی<sup>۲</sup> آنان قرار دارد (برک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ کاسلاس-گرو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). از آنجا که سلامت روان سالمندان تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد، به سه شاخص مهم سلامت روان می‌پردازیم که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و بسیاری از روان‌شناسان در حوزه مطالعات سالمندان نیز به آن‌ها توجه می‌کنند. این سه شاخص عبارت‌اند از:

۱- احساس خوشبختی<sup>۵</sup>: یکی از شاخص‌های سلامت روانی «احساس خوشبختی» است که از ارزشیابی شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان ناشی می‌شود. مؤلفه شناختی همان رضایت از زندگی است و مؤلفه عاطفی به معنای لذت است (کوهن و هربرت<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶) احساس خوشبختی به‌صورت احساس مثبت

1. Bond
2. mental health
3. Berk
4. Casellas-Grau
5. happiness
6. Cohen & Herbert

فرد به خویشتن و زندگی شخصی‌اش تعریف می‌شود (بوهنگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) و یکی از هیجان‌های مثبت است که در مقابل هیجان‌های منفی مانند افسردگی، اضطراب و یأس قرار دارد و همچنین، به حالتی دلالت می‌کند که مطبوع و دلپذیر است و از تجربه خشنودی از زندگی نشئت می‌گیرد (نصوحی و همکاران، ۱۳۸۳؛ عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعات نشان می‌دهند که احساس خوشبختی از پیامدهای عزت‌نفس بالاست و ارتباط تنگاتنگی بین خوشبختی و عزت‌نفس در سالمندان وجود دارد (براندن<sup>۲</sup>، ۱۳۸۲؛ مایرز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲؛ لیوبومرسکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ سوتهم<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)؛

۲- احساس عزت‌نفس: یکی دیگر از ویژگی‌های روان‌شناختی که بسیاری از شرایط سالمندان در آن خلاصه می‌شود، «عزت‌نفس» است که نقش مهمی در سلامت روان این گروه سنی دارد. منشأ پیدایش عزت‌نفس نگرش فرد به خویشتن است که این نگرش در سایه ارتباط فرد با دیگران، به‌ویژه با افراد مهم در زندگی او به وجود می‌آید (براندن، ۱۳۸۲؛ سوتهم و همکاران، ۲۰۰۹)؛

۳- احساس ناامیدی: یکی از شایع‌ترین اختلال‌های دوران سالمندی «احساس ناامیدی» است. نداشتن احساس لذت‌بردن، احساس بی‌ارزش بودن، نداشتن توانایی برای انجام کار، احساس نداشتن محبوبیت و احساس تنهایی از نشانه‌های احساس ناامیدی در میان سالمندان به شمار می‌آیند. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه ارتباط احساس تنهایی و ناامیدی با سلامت اجتماعی سالمندان نشان می‌دهند که ناامیدی در اثر کمبود روابط اجتماعی ایجاد می‌شود و بر جنبه‌های گوناگون زندگی اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد (آشر و پاکوت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳؛ ماسی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوچکی و همکاران، ۱۳۹۱).

در رویکرد جامعه‌شناختی به مطالعات در زمینه سالمندی، مطالعه جنبه اجتماعی سالمندی به ماهیت جامعه‌ای که سالمندی در آن روی می‌دهد، تأثیری که جامعه بر سالمندی افراد می‌گذرد و نیز آثاری که سالمندی افراد بر جامعه دارد، مربوط می‌شود. همچنین، جنبه اجتماعی سالمندی شامل تعاملات میان نهادهای اجتماعی گوناگون جامعه مانند اقتصاد یا بهداشت در جهت رفع نیازهای جمعیت سالمند می‌شود (کلدی، ۱۳۸۳: ۵). جامعه‌شناسی سالمندان یکی از حوزه‌های تخصصی جامعه‌شناسی است که به مطالعه علمی همه جنبه‌های جامعه سالمندان می‌پردازد. این حوزه از سایر حوزه‌های تخصصی در علوم انسانی اجتماعی مانند رفاه اجتماعی، سیاست اجتماعی و خدمات انسانی و همچنین علوم دیگر مانند

1. Böhnke
2. Branden
3. Myers
4. Lybmirsky
5. Sutham
6. self-steem
7. Asher & Paquette
8. Masi

زیست‌شناسی، پزشکی، روان‌شناسی، کاردرمانی، اقتصاد و مددکاری اجتماعی بهره می‌گیرد. از جمله شاخص‌های اجتماعی سالمندی که محققان اجتماعی به آن توجه کرده‌اند، «منزلت» و «منزلت اجتماعی» است.<sup>۱</sup> منزلت اجتماعی کیفیتی است که حوزه‌هایی از خود محترم‌شمردن، استقلال، عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، تمامیت و کمال، امانت و حریم شخصی در سالمندان را در برمی‌گیرد که به‌طور مستقیم دیگران در ارتقای منزلت اجتماعی یا آسیب‌رساندن به آن نقش دارند (جاکوبسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ اندربرگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در رویکرد جامعه‌شناختی به مطالعات درباره سالمندی، منزلت اجتماعی همان جایگاهی است که فرد از منظر جامعه و خودش در میان سلسله‌مراتب اجتماعی به خود تخصیص می‌دهد؛ به بیانی دیگر، منزلت اجتماعی سالمندان همان شأن، حیثیت و اعتبار اجتماعی ناشی از سبک و شیوه زندگی سالمندان محسوب می‌شود (بیرو<sup>۴</sup>، ۱۳۷۴؛ کلدی، ۱۳۸۳؛ ملک، ۱۳۸۷؛ رفیع‌پور، ۱۳۸۹؛ شیخی، ۱۳۸۹).

## روش تحقیق

فرضیه اصلی تحقیق حاضر این است که گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان و گروه سالمندان غیرمقیم در این مراکز، از حیث احساس منزلت اجتماعی، احساس عزت‌نفس، احساس ناامیدی و احساس خوشبختی باهم تفاوت معنادار دارند. براساس ماهیت فرضیه یادشده، تفاوت بین دو این گروه سالمندان از نظر احساس منزلت اجتماعی را با روش علی-مقایسه‌ای بررسی و ارزیابی کرده‌ایم.<sup>۵</sup> روش علی-مقایسه‌ای از جمله روش‌های پس‌رویدادی است و معمولاً در تحقیقاتی استفاده می‌شود که در آن‌ها پژوهشگر با تمرکز بر متغیر وابسته به بررسی علل احتمالی وقوع آن می‌پردازد و هدف اصلی،

۱. مفهوم منزلت تجربه‌ای ذهنی و اخلاقی است که هر انسان به واسطه انسان بودن داراست؛ کیفیت پیچیده ذهنی و پویاست (گالاگر و همکاران، ۲۰۰۸). منزلت توانایی در زمینه احساس مهم بودن و ارزشمندی است که در رابطه با دیگران شکل می‌گیرد و روابط با دیگران می‌تواند آن را تهدید کند یا ارتقا دهد (تاد و همکاران، ۲۰۱۱). دو نوع منزلت در رابطه با سالمندان مطرح است: الف- منزلت انسانی یا مطلق: از آنجاکه انسان تصویر خداست، این نوع منزلت حق انسان است که تمام انسان‌ها مستقل از جنس، نژاد، سن و مذهب ارزش و حق یکسانی دارند. این منزلت تغییر نکردنی است و در فلسفه خداشناسی و قانون ریشه دارد و به دلیل وجود خصوصیتی چون مسئولیت، تکلم، منطق، عشق و اخلاق در انسان ایجاد می‌شود (راندرز، ۲۰۰۳؛ اندربرگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ جاکوبسون، ۲۰۰۹). ب- منزلت اجتماعی، نسبی یا مکانی: منزلت اجتماعی انعکاسی از منزلت انسانی است، ولی از فرهنگ و بطن جامعه نشئت می‌گیرد و در رابطه با دیگران تغییر و تحول می‌یابد؛ بنابراین، سطح آموزش، پیش‌زمینه‌ها و شبکه‌های اجتماعی در آن تعیین‌کننده هستند و به تعاملات وابسته است. (جاکوبسون، ۲۰۰۷؛ آندرنو، ۲۰۱۱). منزلت اجتماعی شامل دو دامنه است: یکی، منزلت رابطه‌ای<sup>۱</sup> یا بیرونی یا منزلت شایستگی و ارتقا است که به موقعیت فرد در اجتماع وابسته است و شامل منزلت اجتماعی، مالکیت‌ها، درآمدها و سطح تحصیلات است (لام، ۲۰۰۷؛ وولهد و همکاران، ۲۰۱۰). دیگری، خودمنزلی<sup>۱</sup> یا درونی یا اخلاقی است که خودمنزلی به عملکرد و نگرش دیگران به فرد وابسته است (آندرنو، ۲۰۱۱).

2. Jacobson

3. Anderberg

4. Birou

۵. این پژوهش در سال ۱۳۹۷ انجام شده است.

پی بردن به تغییرات متغیر مستقل از طریق تغییرات متغیر وابسته است (سرمد و همکاران، ۱۳۷۹). طرح اصلی زیربنایی پژوهش های علی-مقایسه‌ای مشابه طرح‌های آزمایشی است و حداقل در آن دو گروه مقایسه می‌شوند. در این نوع از تحقیقات، محقق پس از مقایسه دو گروه، علل احتمالی تأثیرگذار بر متغیر وابسته را بررسی می‌کند. در پژوهش حاضر، سالمندان ساکن در شهر مشهد بر حسب متغیر وابسته (احساس منزلت اجتماعی) در قالب دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری سالمندان گروه-بندی و سپس، مقایسه شدند. گفتنی است داده‌ها به شیوه پیمایش پرسش‌نامه‌ای از جامعه مطالعه‌شده به دست آمده‌اند.

در تحقیقات علی-مقایسه‌ای امکان اعمال کنترل‌هایی که در تحقیقات آزمایشی وجود دارد، فراهم نیست، اما می‌توان با شیوه‌هایی کنترل‌هایی را اعمال کرد. این شیوه‌ها عبارت‌اند از: الف- هم‌سازی، ب- استفاده از تحلیل کوواریانس، ج- ایجاد گروه‌های همگن و د- استفاده از متغیرهای مزاحم به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده. در این میان، شیوه هم‌سازی عملی‌ترین شیوه کنترل در تحقیقات علی-مقایسه‌ای است. در هم‌سازی فرض بر این است که عوامل مرتبط با متغیر تابع شناخته شده است. در تحقیقات آزمایشی، هم‌سازی قبل از دستکاری متغیر مستقل صورت می‌گیرد و تشکیل گروه‌های آزمودنی‌های هم‌تا آسان‌تر است. به هر روی، چه در تحقیقات علی-مقایسه‌ای و چه در تحقیقات آزمایشی، اگر عضوی در یک زوج هم‌تاسازی از تحقیق کنار رود، به‌ناچار باید عضو دیگر را کنار گذاشت و در نتیجه، از تعداد نمونه‌ها کاسته می‌شود. بدیهی است که هم‌سازی باید از جامعه‌ای واحد صورت گیرد؛ زیرا، در غیر این صورت مشکل رگرسیون به‌طرف میانگین جامعه وجود دارد. در این تحقیق، برای هم‌سازی دو گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری و سالمندان غیرمقیم در این مراکز، از چند متغیر مانند سن، جنس، توانایی انجام کارهای روزانه، جنسیت فرزندان و وضعیت تأهل استفاده شده است.

### جامعه آماری و حجم نمونه

نمونه‌های تحقیق حاضر براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شده‌اند که عبارت‌اند از: ۱- داشتن سن ۶۵ تا ۸۵ سال، ۲- داشتن ملیت ایرانی و صحبت کردن به زبان فارسی، ۳- داشتن اقامت بیش از دو هفته در یکی از مراکز نگهداری از سالمندان، ۴- توانایی پاسخ‌گویی به سؤال‌ها، ۵- مصرف نکردن داروهای مؤثر در سطح هوشیاری و تفکر، ۶- نداشتن بیماری‌های تأییدشده حاد جسمی یا روانی؛ مانند اختلال‌های رفتاری شدید ناشی از زوال مغز و حافظه یا روان‌پریشی حاد و نیز اختلال‌های شناختی مداخله‌گر در روند اجرای تحقیق. شایان ذکر است تشخیص اینکه سالمندان مطالعه‌شده بیماری‌ها و



اختلال‌های یادشده را نداشته‌اند، براساس نظر پزشک آسایشگاه و پرونده پزشکی موجود فرد سالمند یا نظر مسئول آسایشگاه یا مراقبان ارشد بوده است.

جدول شماره ۱: نام مراکز نگهداری سالمندان و ظرفیت مراکز به تفکیک جنسیت

ردیف	نام مرکز	ظرفیت کل	زن	مرد	ردیف	نام مرکز	ظرفیت کل	زن	مرد
۱	بهار	۵۰	۲۸	۲۱	۱۱	آشیان مهر	۴۰	۱۸	۱۰
۲	گلستان	۴۰	۲۷	-	۱۲	ماندگاران طیب	۲۱	۱۳	۷
۳	امداد	۳۰	۸	۶	۱۳	سلامتی	۱۰۰	۴۴	۲۳
۴	امام رضا (ع)	۶۵	۵۰	۹	۱۴	توس	۲۰۲	۴۲	۲۱
۵	پاسارگاد	۳۷	۱۸	۱۶	۱۵	فرزانگان	۵۰	۱۹	۲۵
۶	صفا	۴۰	۲۶	۱۲	۱۶	پارسیان	۴۰	۲۰	۱۳
۷	مهرورزان	۲۵	۲۱	-	۱۷	باران	۴۵	۱۲	۲۴
۸	ایران	۳۵	۱۶	۶	۱۸	پردیس توس	۲۵	۱۵	۶
۹	پروین	۴۰	۲۲	۱۱	۱۹	ایثار	۲۰	۹	۳
۱۰	بصیرت	۴۰	۱۲	۲۲	۲۰	نیایش نیکان	۳۰	۶	۱۳

از بین تعداد سالمندانی که براساس جدول (۱) در مراکز نگهداری می‌شدند، در این پژوهش با ۲۷۶ نفر از سالمندان مقیم در مراکز نگهداری که با توجه به معیارهای ورود یادشده توانایی پاسخ‌گویی به سؤال‌های پرسش‌نامه را داشتند، مصاحبه کردیم و بدین ترتیب، پرسش‌نامه تحقیق تکمیل شد. سپس، براساس ویژگی‌های زمینه‌ای آن‌ها از جمله سن، جنس، شغل و ...، گروه هم‌تا با تعداد نمونه ۲۸۳ نفر از اماکن عمومی شهر مشهد (همچون پارک‌ها و بازارها) انتخاب و سپس بررسی شدند.

## یافته‌ها

### بافت نمونه

براساس یافته‌های پژوهش، میانگین سن سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان برابر با ۶۹/۶۱ سال (با انحراف معیار ۸/۰۹۱ سال) است و میانگین سن سالمندان غیرمقیم در این مراکز برابر با ۷۲/۰۸ (با انحراف معیار ۱۰/۹۵۵ سال) است.

حدود نیمی از پاسخ‌گویان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، یک تا سه فرزند داشته‌اند. میانگین تعداد فرزندان در این نمونه ۳/۷۵ نفر است. همچنین، تعداد فرزندان دختر به‌طور متوسط کمتر از فرزندان پسر بوده است. براساس یافته‌ها، در تمام ابعاد، سالمندان غیرمقیم نسبت به سالمندان مقیم نگرش مثبت-

تری به فرزندانشان داشته‌اند؛ باین حال، بیش از ۷۰ درصد از سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، رابطه خود با فرزندانشان را صمیمی و بسیار صمیمی توصیف کرده‌اند؛ درحالی‌که درمورد گروه غیرمقیم در این مراکز نگهداری، این رقم بیش از ۸۰ درصد است.

نیمی از سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، پیش از این با همسر یا فرزندان خود و حدود ۴۰ درصد از آن‌ها به‌تنهایی زندگی می‌کرده‌اند؛ درحالی‌که بیش از ۸۰ درصد از سالمندان غیرمقیم در این مراکز، با افرادی از خانواده خود و تنها حدود ۱۷ درصد به‌تنهایی زندگی می‌کرده‌اند. در میان سالمندانی که پیش از این در خانه اجاره‌ای زندگی می‌کرده‌اند، ۵۲ درصد از آن‌ها به‌تنهایی در آن خانه ساکن بوده‌اند که این موضوع می‌تواند در انگیزه سالمند برای مراجعه به مرکز نگهداری اثرگذار باشد.

### احساس منزلت اجتماعی

این سازه از سلامت اجتماعی سالمندان با هشت گویه سنجیده شده است. این هشت گویه در کنار هم سازه‌ای پایا را تشکیل می‌دهند؛ به‌نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر با ۰/۸۵۲ است. در نمودار (۱) میانگین گویه‌های تشکیل‌دهنده سازه احساس منزلت اجتماعی به تفکیک دو گروه سالمندان بررسی شده آمده است. همان‌طور که در این نمودار مشاهده می‌شود، بیشترین تفاوت بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، در گویه «بودن یا نبودن در منزل برای دیگر اعضای خانواده چقدر اهمیت دارد؟» است. بعد از این گویه، بیشترین تفاوت بین دو گروه سالمندان در گویه «تا چه حد در خانه احساس تنهایی می‌کردید» است. در تمامی گویه‌های سازنده سازه احساس منزلت اجتماعی به جز یک مورد، نمره‌های میانگین گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان از نمره‌های میانگین گروه سالمندان غیرمقیم کمتر است. همچنین، این استثنا در مورد پرسش «به نظر شما چقدر افراد جامعه به سالمندان احترام می‌گذارند؟» وجود دارد. گروه مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان این ذهنیت را دارند که افراد جامعه احترام بیشتری برای سالمندان قائل هستند.

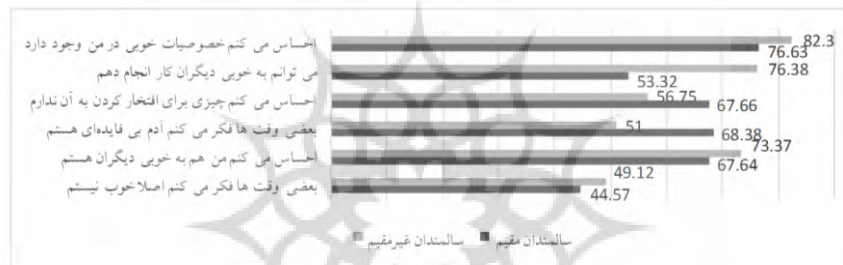


نمودار شماره ۱: توصیف گویه‌های سازه احساس منزلت اجتماعی در دو گروه سالمندان مقیم و

غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

## احساس عزت نفس

سازه عزت نفس از شش گویه تشکیل شده است که هر کدام در مقیاسی چهاردرجه‌ای سنجیده شده‌اند. لازم است ذکر شود که میزان پایایی این سازه بر مبنای ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵۷ برآورد شده است. در نمودار (۲) نمره‌های سالمندان گروه‌های مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، به تفکیک گویه‌های سازه احساس عزت نفس مقایسه شده است. براساس نتایج، کمترین اختلاف بین پاسخ‌ها به گویه «بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم اصلاً خوب نیستم» و «احساس می‌کنم خصوصیات خوبی در من وجود دارد» مربوط است. همچنین، بیشترین تفاوت بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم به گویه‌های «می‌توانم به خوبی دیگران کار انجام دهم» و «بعضی وقت‌ها فکر می‌کنم اصلاً خوب نیستم» مربوط می‌شود.

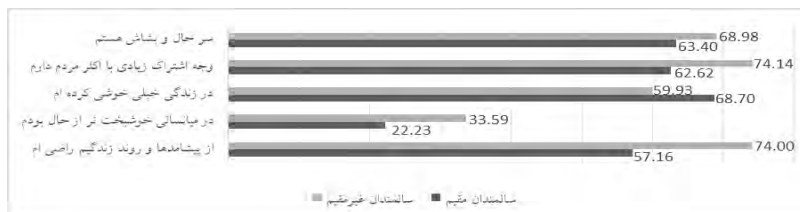


نمودار شماره ۲: توصیف گویه‌های سازه احساس عزت نفس در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در

مراکز نگهداری از سالمندان

## احساس خوشبختی

سازه احساس خوشبختی از مجموع پنج گویه محاسبه شده است. این گویه‌ها به سنجش رضایت سالمندان از وضعیت فعلی و روند زندگی در مقایسه با دیگران و دوره‌های دیگر عمر می‌پردازند. پایایی این مقیاس (با حذف یکی از گویه‌ها) برابر با ۰/۶۸۴ است. در این سازه نیز مانند دو سازه قبل، نمره سالمندان غیرمقیم بیشتر از نمره سالمندان مقیم برآورد شده است. از میان گویه‌های تشکیل دهنده سازه احساس خوشبختی، بیشترین تفاوت دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، به گویه «رضایت از روند و پیشامدهای زندگی» و کمترین تفاوت نیز به گویه «سرحال و بشاش هستم» مربوط است. در نمودار (۳)، تفاوت بین دو گروه به تفکیک گویه‌های سازه احساس خوشبختی مشاهده می‌شود.



نمودار شماره ۳: توصیف گویه‌های سازه احساس خوشبختی در دو گروه مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

### احساس ناامیدی

احساس ناامیدی نیز مانند احساس خوشبختی با پنج گویه سنجیده شده است که گویه‌های سازه احساس ناامیدی استانداردسازی و همسوسازی شدند و مجموع آن‌ها با یکدیگر سازه احساس ناامیدی را تشکیل داده است. سوپیه این سازه به منظور یکسان شدن با سایر سازه‌ها معکوس شده است؛ یعنی نمره بیشتر در آن بیانگر احساس ناامیدی کمتر است. در نمودار (۴) تفاوت بین دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، در گویه‌های احساس ناامیدی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، گروه‌های سالمند مقیم و غیرمقیم با فاصله اندکی از یکدیگر قرار گرفته‌اند.



نمودار شماره ۴: توصیف گویه‌های سازه احساس ناامیدی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

در ادامه به ارائه یافته‌های تحلیلی تحقیق، یعنی تشریح تفاوت‌ها و روابط موجود میان مفاهیم سنجیده‌شده در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان می‌پردازیم. بدین‌منظور، با توجه به سطح سنجش متغیرهای تحقیق و نیز طبیعی نبودن توزیع آن‌ها، از آزمون‌ها و آماره‌های ناپارامتری استفاده شده است.

در جدول (۲) توزیع رتبه میانگین احساس منزلت اجتماعی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان گزارش شده است. براساس داده‌های درج‌شده در این جدول، رتبه میانگین احساس منزلت اجتماعی در گروه سالمندان غیرمقیم از گروه سالمندان مقیم بیشتر است. میانگین احساس منزلت اجتماعی در گروه سالمندان مقیم برابر با  $203/8$  و در گروه سالمندان غیرمقیم برابر با  $284/96$  است. با توجه به سطح معناداری آماره یومان ویتنی ( $0/000$ )، تفاوت مشاهده‌شده معتبر است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری را دارد.

جدول شماره ۲: سنجش تفاوت میانگین میزان احساس منزلت اجتماعی در دو گروه سالمندان

مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

متغیر	گروه	رتبه میانگین	میانگین	یومان ویتنی	معناداری
احساس منزلت اجتماعی	سالمندان مقیم	$203/8$	۵۸	۲۰۳۶۰	۰/۰۰۰
	سالمندان غیرمقیم	$284/96$	۷۰/۶۷		

در جدول (۳) توزیع رتبه میانگین احساس عزت نفس در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان نشان داده شده است. براساس داده‌های درج‌شده در این جدول، رتبه میانگین احساس عزت نفس در سالمندان غیرمقیم از سالمندان مقیم بیشتر است. میانگین احساس عزت نفس در گروه سالمندان مقیم برابر با  $205/76$  و در گروه سالمندان غیرمقیم برابر با  $294/32$  است. با توجه به سطح معناداری آماره یومان ویتنی ( $0/000$ )، تفاوت مشاهده‌شده معتبر است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری را دارد.

جدول شماره ۳: سنجش تفاوت میانگین میزان احساس عزت نفس در دو گروه

سالمندان مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

متغیر	گروه	رتبه میانگین	میانگین	یومان ویتنی	معناداری
احساس عزت نفس	سالمندان مقیم	$205/76$	۵۸/۳۱	۲۰۵۲۹	۰/۰۰۰
	سالمندان غیرمقیم	$294/32$	۶۹/۵۶		

براساس داده‌های درج‌شده در جدول (۴)، رتبه میانگین احساس خوشبختی در گروه سالمندان غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان از گروه سالمندان مقیم در این مراکز، بیشتر است. میانگین احساس

خوشبختی در گروه سالمندان مقیم برابر با ۲۲۲/۰۵ و در گروه غیرمقیم برابر با ۲۷۹/۷۴ است. با توجه به سطح معناداری آماره یومان ویتنی (۰/۰۰۰)، تفاوت مشاهده شده معتبر است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری را دارد.

جدول شماره ۴: سنجش تفاوت میزان احساس خوشبختی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در

مراکز نگهداری از سالمندان

متغیر	گروه	رتبه میانگین	میانگین	یومان ویتنی	معناداری
احساس خوشبختی	سالمندان مقیم	۲۲۲/۰۵	۵۴/۸۳	۲۴۴۰۸	۰/۰۰۰
	سالمندان غیرمقیم	۲۷۹/۷۴	۶۲/۲		

در جدول (۵) مشاهده می‌شود که میانگین احساس ناامیدی در گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان برابر با ۲۱۳/۹۸ و در گروه سالمندان غیرمقیم در این مراکز برابر با ۲۸۶/۹۷ است. با توجه به سطح معناداری آماره یومان ویتنی (۰/۰۰۰)، تفاوت مشاهده شده معتبر است و قابلیت تعمیم به جامعه آماری را دارد؛ بنابراین، براساس جدول (۶)، رتبه میانگین احساس ناامیدی در گروه سالمندان غیرمقیم از گروه سالمندان مقیم بیشتر است.

جدول شماره ۵: تفاوت میانگین میزان احساس ناامیدی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم در

مراکز نگهداری از سالمندان

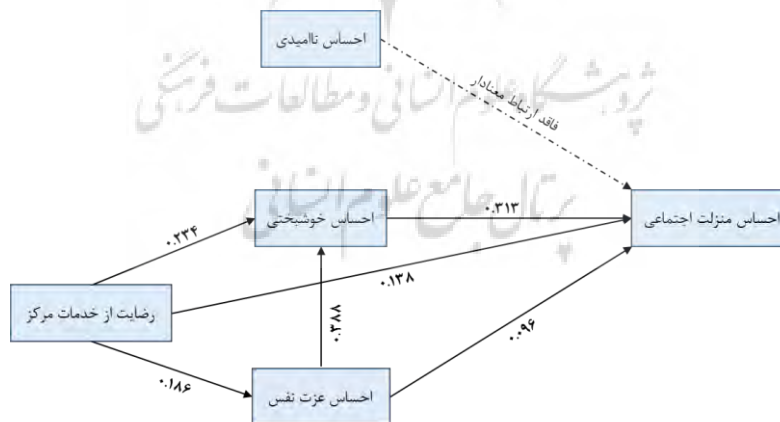
متغیر	گروه	رتبه میانگین	میانگین	یومان ویتنی	معناداری
احساس ناامیدی	سالمندان مقیم	۲۱۳/۹۸	۴۶/۳	۲۲۴۸۵/۵	۰/۰۰۰
	سالمندان غیرمقیم	۲۸۶/۹۷	۵۵/۷۸		

اکنون اگر «احساس منزلت اجتماعی» را متغیر وابسته فرض کنیم و بخواهیم تأثیر سایر متغیرهای موردبررسی را بر آن بسنجیم، با استفاده از تحلیل رگرسیونی و در نظر گرفتن ضرایب تأثیر استاندارد شده، جدول (۶) به دست خواهد آمد. نتایج تأثیر ضرایب رگرسیونی احساس منزلت اجتماعی بر متغیرهای مستقل یعنی احساس عزت نفس، احساس خوشبختی، احساس ناامیدی و رضایت از مرکز، در جدول (۶) گزارش شده است.

جدول شماره ۶: تأثیر ضرایب رگرسیونی احساس منزلت اجتماعی بر متغیرهای مستقل

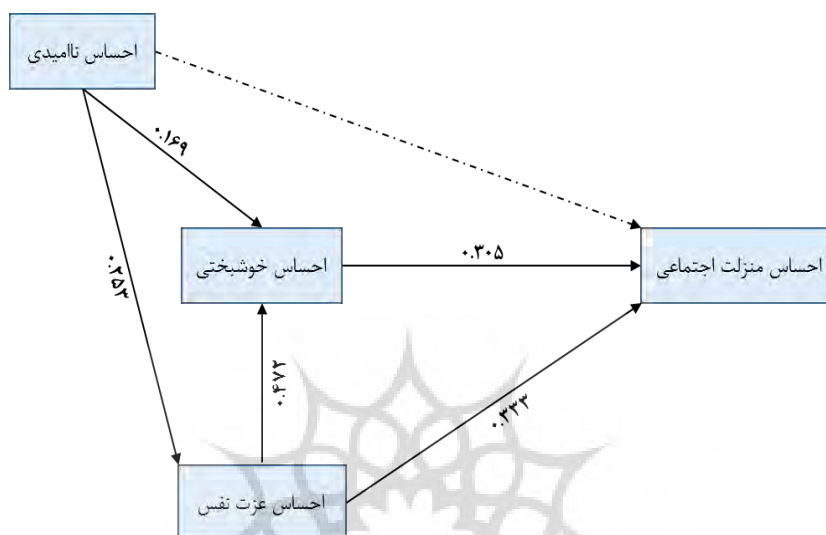
سطح معناداری	t	ضرایب غیراستاندارد		متغیرهای مستقل
		Beta	خطای استاندارد	
۰/۰۲	۱/۲۸۲	۰/۰۹۶	۰/۱۰۵	احساس عزت نفس
۰/۰۰۰	۴/۴۵۱	۰/۳۱۳	۰/۰۹۹	احساس خوشبختی
۰/۹۹۸	-۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۱۰۲	احساس ناامیدی
۰/۰۴۱	۲۰/۵۲	۰/۱۳۸	۰/۰۸۸	رضایت از مرکز
۰/۴۴				ضریب همبستگی چندگانه (R)
۰/۱۹۳				ضریب تعیین (R <sup>۲</sup> )
۰/۱۷۹				ضریب تعیین تعدیل شده (Adj.R <sup>۲</sup> )

همان‌طور که مشخص است، حدود ۱۸ درصد از واریانس میزان احساس منزلت اجتماعی تحت تأثیر واریانس متغیرهای مستقل قابل تبیین است. در این بین، احساس خوشبختی از بیشترین تأثیر بر احساس منزلت برخوردار است و احساس ناامیدی تأثیری بر احساس منزلت اجتماعی ندارد. لازم است یادآوری شود که احساس ناامیدی متغیر معکوس شده است؛ یعنی نمره کمتر به معنی احساس ناامیدی بیشتر است. در نمودارهای (۵) و (۶) ضرایب تأثیر هر یک از متغیرها و تأثیری که در تبیین واریانس متغیر وابسته (احساس منزلت اجتماعی) دارند، به ترتیب در گروه سالمندان مقیم و گروه سالمندان غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان نشان داده شده است.



نمودار شماره ۵: ضرایب تأثیر متغیرهای مستقل بر احساس منزلت اجتماعی در گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

همان‌طور که مشاهده می‌شود، در گروه سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، رضایت از خدمات مرکز متغیری است که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر احساس منزلت اجتماعی آن‌ها اثرگذاری بیشتری دارد.<sup>۱</sup>



نمودار شماره ۶: ضرایب تأثیر متغیرهای مستقل بر احساس منزلت اجتماعی در گروه سالمندان غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان

در گروه سالمندان غیرمقیم، احساس ناامیدی بیشترین تأثیر را بر احساس منزلت اجتماعی دارد. هیچ ارتباط مستقیمی بین احساس منزلت اجتماعی سالمندان غیرمقیم و احساس ناامیدی وجود ندارد، اما احساس ناامیدی به‌طور مستقیم تأثیر زیادی بر احساس خوشبختی و احساس عزت‌نفس دارد و از طریق آن‌ها بر متغیر احساس منزلت اجتماعی تأثیر می‌گذارد. نتایج حاصل از تحلیل مسیر عبارت‌اند از:

- هرچه سالمند بیشتر احساس خوشبختی کند، احتمالاً بیشتر احساس منزلت اجتماعی خواهد داشت؛
- هرچه عزت‌نفس سالمند بیشتر باشد، احتمالاً احساس منزلت اجتماعی و احساس خوشبختی بیشتری خواهد داشت؛

۱. در این بخش، در کنار متغیرهای مستقل احساس ناامیدی، احساس خوشبختی و احساس عزت‌نفس، متغیر رضایت از خدمات مرکز نیز به‌دلیل نقشی که در تبیین متغیر وابسته احساس منزلت اجتماعی و اثرگذاری زیاد بر آن در گروه سالمندان مقیم داشت، وارد تحلیل مسیر شد. میزان رضایت سالمندان مقیم از مرکز نگهداری خود با ۱۹ پارامتر سنجیده شده است. این پارامترها به‌صورت ۱۹ گویه در مقیاس شبه‌لیکرت طراحی شده‌اند و همان‌طور که گفته شد، تنها از سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان پرسیده شده‌اند. گویه‌های این بخش را می‌توان به لحاظ موضوعی در سه دسته قرار داد: رضایت از کارکنان و نیروی انسانی مرکز، رضایت از خدمات مرکز و رضایت کلی از برآورده شدن توقع‌ها و انتظارات. محاسبه آلفای کرونباخ برای تأیید همه گویه‌های رضایت از مرکز، آماره بسیار بالایی برابر با  $0.958$  را نشان داده است.



- میزان رضایت سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از خدمات مرکز، بیش از همه بر احساس خوشبختی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و همچنین، میزان رضایت سالمندان مقیم از خدمات مرکز، از این طریق و نیز از راه‌های مستقیم و غیرمستقیم دیگر (اثر گذاشتن بر احساس عزت‌نفس سالمند)، احساس منزلت اجتماعی سالمندان مقیم را افزایش می‌دهد؛

- در گروه سالمندان غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، احساس ناامیدی کمتر از طریق اثرگذاری بر احساس خوشبختی و احساس عزت‌نفس آن‌ها، احتمالاً به افزایش احساس منزلت اجتماعی در این گروه از سالمندان منجر می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در بین سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، احساس طردشدگی و تنهایی و احساس ناامیدی موضوعات مهمی هستند که به حمایت اجتماعی نیاز دارند. این احساسات منفی با یکدیگر هم‌پوشانی دارند و می‌توانند در تشدید همدیگر نقش داشته باشند. یکی از مقوله‌هایی که آسیب‌های اجتماعی-روانی جدی سالمندان را به همراه دارد، از دست رفتن منزلت اجتماعی آن‌هاست. سالمندان به دلیل از دست دادن توانمندی‌های جسمی و ذهنی خود و از دست دادن نقش‌های اجتماعی محول شده به آن‌ها، منزلت اجتماعی گذشته‌خویش را از دست می‌دهند و به نوعی از جامعه طرد و به حاشیه رانده می‌شوند و همین موضوع سالمندان را با بحران‌های روانی و اجتماعی مواجه می‌کند؛ بر این اساس، بررسی آسیب‌های روانی و اجتماعی وارد شده به سالمندان و ارائه راهکارهایی برای کاهش آن‌ها، گامی اساسی در جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌آید. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی وضعیت سالمندان در اثر از دست دادن منزلت اجتماعی‌شان و بررسی میزان آن در سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان شهر مشهد و مقایسه با سالمندان غیرمقیم بود؛ یعنی آن‌هایی که در منزل ساکن بودند.

بر اساس نتایج، سالمندان غیرمقیم بیشتر گرایش دارند موقعیت خود و سایر افراد خانواده خود را موقعیتی مساوی به تصویر بکشند؛ در حالی که سالمندان مقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، تقریباً با فاصله یکسان این ذهنیت را دارند که نسبت به سایر افراد خانواده خود در موقعیت پایین‌تری قرار دارند. در مجموع، با تکیه بر تصویر ذهنی سالمندان در مورد روابط بین فردی و اجتماعی میان خود و دیگران، می‌توان چنین استنباط کرد که سالمندان مقیم در مراکز نگهداری سالمندان، احساس منزلت اجتماعی کمتری دارند؛ هرچند با توجه به نتایج این پژوهش، در مورد هر دو گروه سالمندان منزلت اجتماعی را نمی‌توان پایین ارزیابی کرد. افزون بر این، سالمندان مقیم بسیار کمتر از سالمندان غیرمقیم این اعتماد را به خود دارند که به انجام دادن کاری مانند دیگران قادر هستند. حدود ۵۰ درصد از سالمندان مقیم احساس بی‌فایده-

گی می‌کنند؛ درحالی که این رقم برای گروه غیرمقیم از ۳۰ درصد کمتر است. احساس عزت‌نفس در میان گروه مقیم حدود ۱۰ درصد از گروه غیرمقیم کمتر است. احساس خوشبختی دو گروه مقیم و غیرمقیم در مراکز نگهداری از سالمندان، به ترتیب متوسط و متوسط رو به بالا است و با تفاوت معنادار اندکی، گروه غیرمقیم بیش از گروه مقیم احساس خوشبختی می‌کند.

در این پژوهش، احساس منزلت اجتماعی به‌عنوان شاخص سنجش سلامت اجتماعی سالمندان تحت تأثیر سه شاخص سلامت روانی آنان، یعنی احساس تنهایی، احساس عزت‌نفس و احساس خوشبختی است. بر مبنای نتایج این پژوهش، رضایت از خدمات مرکز متغیری است که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر احساس منزلت اجتماعی سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، اثرگذاری بیشتری دارد؛ به‌طوری که احترام مسئولان مرکز به سالمندان، پاسخ‌گویی دقیق کارکنان مرکز به سؤال‌های آن‌ها و برآورده شدن توقعات سالمندان از مرکز، باعث افزایش احساس منزلت در سالمندان شده‌اند. میزان نظارت رئیس مرکز بر عملکرد کارکنان و رضایت از دکوراسیون داخلی مرکز نیز بر افزایش احساس عزت‌نفس سالمندان مؤثر است. همچنین، تمیزبودن سالن‌ها و اتاق‌ها بر کاهش احساس ناامیدی سالمندان مقیم در مراکز، مؤثر است. در گروه سالمندان غیرمقیم، متغیری که بیشترین تأثیر را بر احساس منزلت اجتماعی آنان دارد، احساس ناامیدی است. ارتباط مستقیمی بین این دو متغیر، یعنی احساس منزلت اجتماعی و احساس ناامیدی وجود ندارد، اما احساس ناامیدی به‌صورت مستقیم تأثیر زیادی بر سایر متغیرهای بررسی شده می‌گذارد و از طریق آن متغیرها، بر احساس منزلت اجتماعی تأثیر می‌گذارد.

اقامت در مراکز نگهداری سالمندان و نیز شرایط محیطی آن، باعث کاهش احساس منزلت اجتماعی سالمندان می‌شود؛ درحالی که احساس منزلت اجتماعی سالمندانی که در شرایط اجتماعی طبیعی جامعه قرار دارند، به‌طور معناداری بیشتر است. براساس نتایج پژوهش، میزان تمام سازه‌های بررسی شده در بین سالمندان مقیم در مراکز نگهداری، به‌طور معناداری کمتر از سالمندان غیرمقیم است؛ بنابراین، مراکز نگهداری از سالمندان باید با استفاده از شیوه‌های گوناگون به انجام‌دادن کارها و درپیش‌گرفتن سیاست‌هایی برای بهبود وضعیت این سازه‌های روانی-اجتماعی در میان سالمندان اقدام کنند تا بدین ترتیب، احساس منزلت اجتماعی آن‌ها افزایش یابد و به‌دنبال آن، کیفیت زندگی‌شان بهبود یابد.

همسو با نتایج پژوهش حاضر و دیگر محققان و صاحب‌نظران در حوزه مطالعاتی سالمندان، اتخاذ سیاست‌های اجتماعی خاص با هدف حفظ و ارتقای منزلت اجتماعی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد؛ در غیر این صورت، این پدیده به‌عنوان یک مسئله اجتماعی در جامعه نمود پیدا می‌کند. حمایت‌های اجتماعی از سالمندان که به‌طور عمده نقش درخور توجهی در عملکرد روانی و اجتماعی آنان دارند، باید از سیاست‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی تفکیک‌ناشدنی باشند و همه جنبه‌های حیاتی سالمندان را که

تعیین‌کننده کیفیت زندگی آن‌ها هستند، در نظر داشته باشند (شیخی، ۱۳۸۹؛ سیفالله و علیزاده، ۱۳۹۲؛ نبوی و همکاران، ۱۳۹۳؛ امانی، ۱۳۹۴؛ سیار و باباخانیان، ۱۳۹۵).

## منابع

- 0 ابادری، یوسف؛ چاوشیان، حسن (۱۳۸۱). از طبقه تا سبک زندگی. *فصلنامه علمی- پژوهشی نامه علوم اجتماعی*، ۱۰(۲۰): ۳-۲۷.
- 0 امانی، رزیتا (۱۳۹۴). شادکامی در دوران سالمندی: نقش عزت‌نفس. *مجله روان‌شناسی پی‌ری*، ۲(۱): ۷۳-۸۰.
- 0 انوری، حسن (۱۳۸۲). فرهنگ فشرده سخن. تهران: انتشارات سخن.
- 0 اسکینر، بی. اف (۱۳۸۰). *فراسوی آزادی و شأن*. ترجمه: علی‌اکبر سیف. تهران: انتشارات رشد.
- 0 اسماعیلی شیرازی، مرضیه (۱۳۷۹). *روان‌شناسی اجتماعی و سالمندی*. تهران: انتشارات تخت جمشید.
- 0 براندن، ناتانیل (۱۳۸۲). *قدرت عزت‌نفس*. ترجمه: مینا اعطامی. تهران: انتشارات پیوند.
- 0 بیرو، آلن (۱۳۷۴). *فرهنگ علوم اجتماعی*. ترجمه: باقر ساروخانی. تهران: انتشارات کیهان.
- 0 رفیع‌پور، فرامرز (۱۳۸۹). *آناتومی جامعه*. تهران: نشر سهامی انتشار.
- 0 ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۷۸). *مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر*. *فصلنامه سالمندان*، ۳(۹ و ۱۰): ۱۰-۲۱.
- 0 مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). *سالنامه آماری کشور*. تهران: دفتر ریاست روابط عمومی و همکاری‌های بین‌الملل.
- 0 سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۷۹). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.
- 0 سیفالله، فرزانه؛ علیزاده، سمیه (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان. *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی*، ۲(۱): ۱۸۳-۲۰۸.
- 0 شتی، محسن (۱۳۹۸). ۱۰ درصد جمعیت کشور سالمند هستند. همایش مدیران سلامت جمعیت، خانواده و مدارس دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مشهد. بازیابی از <https://www.isna.ir/service/province/khorasan>
- 0 شیخی، محمدتقی (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی سالمندی*. تهران: انتشارات حریر.
- 0 عباس‌زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ کوهی، کمال؛ علیپور، پروین (۱۳۹۱). انواع سرمایه‌ها، حلقه مفقوده در تبیین شادکامی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۳(۵۱): ۱۲۵-۲۴۴.
- 0 قربان‌پور، مسعود؛ اسماعیلی، علی (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹: ۵۳-۶۸.
- 0 کلدی، علیرضا (۱۳۸۳). *جامعه‌شناسی سالمندان*. تهران: نشر کلدی.
- 0 کوچکی، گلناز؛ حجتی، حمید؛ ثناگو، اکرم (۱۳۹۱). ارتباط احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۹(۱): ۶۱-۶۸.
- 0 محسنی، منوچهر (۱۳۷۲). *جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت*. تهران: انتشارات طهوری.

۰ ملک، حسن (۱۳۷۴). جامعه‌شناسی قشرها و نابرابری‌های اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

- ۰ Anderberg, P.; Lepp, M.; Berglund, A. L., Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 59(6), 635-643.
- ۰ Andorno, R. (2011). The dual role of human dignity in bioethics. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 16(4): 967-973.
- ۰ Asher, S. R.; Paquette J. A. (2003) Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3): 75-78.
- ۰ Berk, L. E. (2007). *Development through the life span* (4th ed.). Tehran: Arasbaran Publication.
- ۰ Böhnke, P. (2005). *First European quality of life survey: Life satisfaction, happiness and sense of belonging*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities. Retrieved from <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2005/quality-of-life/first-european-quality-of-life-survey-life-satisfaction-happiness-and-sense-of-belonging>
- ۰ Bond, J.; Colemean, P.; Peace, Sh. (1994). *Aging in Society* (2nd ed.). London: SAGE.
- ۰ Casellas-Grau A.; Font A.; Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1): 9-19.
- ۰ Cohen, S.; Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Review of Psychology*, 47: 113-142.
- ۰ Donder, L.; Dury, S.; De Witte, N.; Smetcoren, A. S.; Buffle, T.; Verte, D. (2012). Exploring social participation in Belgium participation rates, individual profiles of participants and thresholds to participate. *Proceedings of the 21 Nordic Congress of Gerontology: Dilemmas in Aging Societies*, Denmark, Copenhagen
- ۰ Gallagher, A.; Li, S.; Wainwright, P.; Jones, R.; Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people: A review of the theoretical and empirical literature. *Bio Medical Center Nursing*, 7(11): doi: 10.1186/1472-6955-7-11
- ۰ Hirai, H.; Kondo, K.; Kawachi, I. (2012). Social determinants of active aging: Differences in morality and the loss of healthy life between different income levels among older Japanese in the AGES cohort study. *Current Gerontology and Geriatric Research*, doi: 10.1155/2012/701583
- ۰ Jacobson, N. (2007). Dignity and health: A review. *Social Science Medicine*, 64(2): 292-302.
- ۰ Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: A grounded theory study. *Bio Medical Center International Health and Human Rights*, 9(1): 32-37.
- ۰ Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Sociology Psychology*, 61(2): 121-140.
- ۰ Lam, K. (2007). Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *Palliative Medicine*, 30(8): 1-6.
- ۰ Lybmirsky, S.; Tkach, C.; Dimatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78: 363-404.

- 0 Masi, C. M.; Chen, H. Y.; Hawkey, L. C.; Cacioppo, J. T. (2010). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3): 219–266
- 0 Myers, D. G. (2002). *Exploring psychology* (3rd ed.). New York: Worth Publishers.
- 0 Sutham, N.; Chutigai, T.; Chokchai, M.; Phitaya, C. (2009). Factors influencing life happiness among elderly female in Rayong province, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 7: 8-12.
- 0 Oghene, O. P. (2013). *Understanding the meanings created around the aging body and sports by masters athletes through media data* nnpublished master's hles.s.. International University of Sudbury, Sudbury.
- 0 Ogura, S.; Jakovljevic, M. M. (2018). Editorial: Global population aging - Health care, social and economic consequences. *Frontiers in Public Health*, 6: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00335>
- 0 Randeres, L.; Mattiasson, A. C. (2003). Autonomy and integrity: Upholding older adult patient's dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1): 63-71.
- 0 Rasel, M.; Ardalan, A. (2007). The future of ageing and its health care costs: A warning for health system. *Yektaweb Journals*, 2(2): 300-305.
- 0 Sadeghi, R. (2012). *Dynamics trend of Iran's population: Past, present and future*. Tehran: Iran Institute of Statistic.
- 0 Sutham, N.; Chutigai, T.; Chokchai, M.; Phitaya, C. (2009). Factors influencing life happiness among elderly female in Rayong province, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 7: 8-12.
- 0 Tadd, W.; Hillman, A.; Calnan, S.; Calnan, M.; Bayer, T.; Read, S. (2011). *Dignity in practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts*. London: Blackwell Publishing Ltd.
- 0 Woolhead, G.; Calnan, M.; Dieppe, P.; Tadd, W. (2010). Dignity in older age: What do older people in the United Kingdom think? *Age and Ageing*, 33(2): 165-70.
- 0 World Health Organization (WHO). (2011). *10 facts on ageing and the life course*. Retrieved from [https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/en/](https://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/)
- 0 World Population Aging 2007. (2015). *Population division web site*. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulation-AgeingReport2007.pdf>
- 0 World Population Prospects, the 2015 Revision. (2015). *Population division web site*. Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>