

نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان

فردین علی‌پور*، حمیرا سجادی**، آمنه فروزان***، اکبر بیگلریان****

طرح مسأله: سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است. توجه به نیازها و مسایل آن از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. یکی از حوزه‌های نیازمند توجه بیشتر در زندگی سالمندان، کیفیت زندگی آنان و عوامل موثر بر آن می‌باشد. کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تأکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی است. این مطالعه بر آن است تا ضمن تعیین وضعیت کیفیت زندگی سالمندان به بررسی نقش حمایت‌های اجتماعی در این زمینه بپردازد. روش: این تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای می‌باشد که اطلاعات آن با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مخصوص سالمندان (لیپاد) و پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک (NSSQ) در یک نمونه ۱۰۰ نفری از سالمندان منطقه ۲ تهران جمع‌آوری شده است و برای تحلیل داده‌ها از آزمونهای رگرسیون و ضریب همبستگی استفاده شده است.

یافته‌ها: نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند در دامنه ۷۲ - ۲۸ با میانگین $61/45$ ($SD = 13/83$) و نمرات کیفیت زندگی زنان سالمند در دامنه ۷۰ - ۲۷ با میانگین $51/76$ ($SD = 12/50$) قرار دارند. همچنین با استفاده از آزمون همبستگی مشخص شد که بین انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری، کارکردی، مادی) و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). با انجام تحلیل رگرسیون چندگانه و وارد شدن انواع حمایت‌های اجتماعی به مدل، مشخص شد که حمایت‌های عاطفی و ساختاری بیش‌بینی‌کننده‌های معنادار کیفیت زندگی سالمندان می‌باشند.

نتایج: حمایت عاطفی، بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان داشت و انواع حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند. بنابراین توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در سالمندان، از جمله حمایت‌های اجتماعی از اهمیت شایانی برخوردار است.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سالمندان، پرسشنامه لیپاد، پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک

تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۹

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۳

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی. < barbodaliipour@gmail.com >

** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دکتری آمار حیاتی

مقدمه

امروزه در جوامع در حال توسعه، با پیشرفت دانش پزشکی، کنترل بیماری‌های عفونی، کاهش مرگ و میر نوزادان، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، رفاهی، پیشرفت فناوری، و بهبود وضعیت تغذیه، امید به زندگی و جمعیت سالمندان رو به فزونی نهاده است. در اوایل قرن بیستم امید به زندگی در بدو تولد در جهان، ۴۸ سال بود و فقط ۴ درصد از مردم بالای ۶۰ سال سن داشتند (کلدی، ۱۳۸۴). در حالی که بر اساس برآورد و اعلام سازمان جهانی بهداشت، پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، امید به زندگی به ۷۷ سال برسد و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۲۰ درصد از جمعیت جهان را شامل شود که حدود ۷۰ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (خزایی، ۱۳۸۱).

کشور ما نیز به عنوان یک کشور در حال گذار، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست و پس از گذر از تغییرات همه‌گیرشناختی بیماری‌ها، می‌باید خود را برای مدیریت جمعیت سالمند آماده نماید. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵ حدود ۷/۳ جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن داشته‌اند و سالمند محسوب می‌شوند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد این میزان تا سال ۲۰۵۰ از مرز ۲۰ درصد عبور نماید (راسل، ۱۳۸۶). سازمان ملل متحد در گزارشی درباره جمعیت سالمند ایران پیش بینی کرده است که در فاصله بین سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود (UN, 2007).

عارضه سالمندی و فرایند زیستی و اجتماعی آن به‌طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالمند می‌شود که تأثیر این نارسائیه‌ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان، بارزتر می‌باشد. به‌طوری‌که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تأثیر بسزایی در سلامت به‌صورت عام و کیفیت زندگی به‌طور خاص دارد.

از سوی دیگر افزایش جمعیت سالمند با هزینه‌های متعددی همراه است که یکی از عمده ترین این هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان می‌باشد. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر این واقعیت تاکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخشها و شکلهای مختلف، روند تصاعدی خواهد داشت (Jenson, 2007; Dausch, 2003; Hertz man, 1985).

هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی (طول عمر) در آنان باشد بلکه امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد (توکلی، ۱۳۸۲). یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به دست آورده است، حمایت اجتماعی^۱ می‌باشد. کوب با تعریف حمایت اجتماعی تحت عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه دیگران می‌باشد، عنصری ارزشمند و دارای شأن می‌باشد و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، اظهار می‌دارد که افزایش روز افزون تعداد مقالات چاپ شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن، حاکی از دست یافتن به این مهم است که عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی که در زندگی انسان دارند، توجه فزاینده‌ای را به دست آورده‌اند (Cobb, 1976).

با این حال و علی‌رغم استفاده مداوم از متغیر حمایت اجتماعی توسط پژوهشگران و متخصصان، فقدان شفافیت مفهوم هنوز پابرجاست (Hupcey, 1998; McHaffie, 1992) که به طور خاص علت آن به محدود بودن شواهد تجربی در این خصوص و اینکه مفهوم حمایت اجتماعی به راحتی با سازه‌های دیگری از جمله مراقبت^۲ اشتباه می‌شود، برمی‌گردد (Coffman, 1999; Swanson, 1991). هر چند شواهد مربوط به اثرات حفاظتی حمایت اجتماعی بر روی پیامدهای بهداشتی در حال افزایش است با این حال سؤال مهمی که هنوز به‌طور واضح پاسخ داده نشده است، مسیرها و سازوکارهای با آن است (Walter & Ginsburg, Blumstein & Modan, 2002).

1- social support

2- caring

چارچوب نظری

نظریات متعددی در مورد رابطه بین روابط اجتماعی و سلامت مطرح شده است. نظریه‌های اولیه در این زمینه مدیون جامعه‌شناسان و روانپزشکانی چون امیل دورکیم و جان بالبی^۱ می‌باشد. موج اصلی گسترش این مفاهیم توسط انسان‌شناسانی چون الیزابت بوت (Elizabeth Bott) و جان بارنز^۲ و جامعه‌شناسان کمی‌نگر همچون کلود فیشر^۳ و ادوارد لاومان^۴ به وقوع پیوست. این اقدامات به همراه کارهای همه‌گیرشناسانی همچون جان کاسل^۵ و سیدنی کوب^۶ به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات مربوط به حمایت‌های اجتماعی و سلامت بنیان نهاده شد (Berkman, 2000).

امیل دورکیم جامعه‌شناس فرانسوی اواخر قرن نوزدهم و از بنیانگذاران علم جامعه‌شناسی، با بررسی علمی خودکشی اهمیت پیوندهای نزدیک اجتماعی را مطرح نمود. تحلیل عالمانه دورکیم درباره خودکشی و نحوه برخورد او با این مسأله چیزی فراتر از توصیف و تحلیل خودکشی و میزان آن در جامعه بود. دورکیم معتقد بود که انسان بر حسب طبیعتش نیازمند تعلق به دیگر انسانها و این احساس است که این تعلق به آنها، او را به اهدافش نزدیک‌تر می‌کند. حال اگر جامعه نتواند امیال و خواسته‌های افراد را به نحو مطلوب و به مقدار متعادل تنظیم کند یا میان افراد و گروه‌های اجتماعی پیوند مناسب و متوازن برقرار کند، انحرافات اجتماعی از قبیل خودکشی پدیدار می‌شوند. وی خودکشی را نه یک تراژدی شخصی در زندگی افراد، بلکه بازتاب شرایط جامعه به عنوان یک کل می‌دانست و به این نتیجه رسید که میزان خودکشی با درجه همبستگی گروه‌های اجتماعی که افراد جزئی از آن هستند، رابطه معکوسی دارد (Berkman, 2000).

1- John Bowlby

4- Edward Laumann

2- John Barnes

5- John Cassel

3- Claude Fischer

6- Sidney Cobb

از جان بالبی به عنوان یکی از برترین روانپزشکان قرن بیستم یاد نموده اند. وی بین سالهای ۱۹۶۴ تا ۱۹۷۹ سه مفهوم عمده دلبستگی^۱ (۱۹۷۳)، جدایی (۱۹۶۹) و فقدان (۱۹۸۰) را مطرح کرد. بالبی برای اولین بار نظریه دلبستگی و چگونگی ارتباط آن با تکامل دوران کودکی و بزرگسالی را مطرح نمود (Berkman, 2000). به نظر وی منشأ بسیاری از مطالعات در خصوص حمایت اجتماعی، تحقیقات مربوط به پیوند و جدایی در سالهای نخستین زندگی می‌باشد. به بیان دیگر مطالعات در مورد اثرات از دست دادن روابط بین فردی، تحقیق در خصوص نقش حمایت اجتماعی را مطرح نموده است (منتظری، ۱۳۸۷: ۱۹۰).

شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت جامعه، نقش مهمی در سلامت و در نهایت کیفیت زندگی^۲ افراد یک جامعه ایفاء می‌کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود (Avlund, Damsgaard & Holstein 1998; Brummet, et al 2005). درباره تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی دو نوع فرایند مورد توجه پژوهشگران می‌باشد:

مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر عمده^۳

مطابق با این مدل، اثرات مثبت حمایت اجتماعی یا عدم انزوای اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود و رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی خطی می‌باشد (Helgeson, 2003). فلمینگ و باوم که از نظریه پردازان مطرح این دیدگاه می‌باشند معتقدند افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند از کیفیت زندگی و سلامت بالاتری برخوردار می‌باشند. (Fleming & Baum, 1986). درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نماید که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (منتظری، ۱۳۸۷). بر طبق مطالعات متأثر از این مدل، افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده اند و

1- attachment

2- quality of life

3- main effect Model

عمدتاً سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی دارا هستند (Thoits, 1983).

مدل حمایت اجتماعی به عنوان تعدیل کننده فشار روانی

بر طبق این مدل، رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی به سطح فشار روانی افراد بستگی دارد و حمایت اجتماعی به صورت مستقیم هیچ تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد اما با تعدیل آثار فشار روانی حاد و مزمن، به سلامتی افراد کمک می‌کند (Alloway & Bebbington, 1987; Helgeson, 2003). به عبارت دیگر اگر فشار روانی وجود نداشته باشد و یا سطح آن پایین باشد، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباطی ندارد ولی تحت شرایط فشارزا، حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ یا تعدیل کننده در مقابل اثرات زیان‌آور عامل فشار عمل می‌کند. حمایت اجتماعی ممکن است توانایی افراد را برای مقابله با عوامل آن فشار از طریق رساندن حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی تقویت کند و این بهبود ممکن است منجر به علائم و بیماری‌های روانشناختی و جسمی کمتری شود (Hogan, Linden & Najarian, 2002).

روش‌شناسی تحقیق

نوع مطالعه

این تحقیق از نوع علی - مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در ناحیه ۲۲ منطقه ۲ شهرداری تهران می‌باشد که شامل سالمندان ساکن در ۷ حوزه و ۶۰ بلوک این ناحیه می‌باشد. از جمعیت ۱۳۷۵۶ نفری این ناحیه، ۱۱۴۰ نفر را سالمندان مرد و ۹۸۴ نفر را سالمندان زن تشکیل می‌دهند. اطلاعات سالمندان مذکور از طریق بانک اطلاعات پایگاه تحقیقات جمعیتی شهرداری منطقه ۲، وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در اختیار تیم پژوهشی قرار گرفت. با توجه به حوزه و بلوک‌بندی صورت گرفته توسط مرکز آمار و شهرداری منطقه ۲ در ابتدا از نمونه‌گیری طبقه‌بندی استفاده شد به طوری که حوزه‌ها به عنوان طبقات نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند. در ادامه

از طریق نمونه‌گیری تصادفی در داخل طبقات بلوک‌ها تعیین گردید و به کمک بانک اطلاعاتی موجود نشانی سالمندان تعیین و با مراجعه به آن‌ها مورد نظر به جمع‌آوری داده‌ها پرداخته شد. حجم نمونه با استفاده از فرمولهای حجم نمونه و با احتساب ریزش ۱۰ درصد ۱۰۰ نفر انتخاب شد.

ابزارهای تحقیق

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و چک لیست می‌باشد. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سالمندان^۱ و برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک^۲ استفاده شد. لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی از چک لیستی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده گردید که مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن و نوع بیمه بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد در سال ۱۹۹۸ توسط دیگو و همکاران تهیه و در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلسینکی در فنلاند مورد پژوهش قرار گرفت و به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروههای سالمند و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشد (Bailey, 2003). این پرسشنامه در ایران نیز توسط دوامی و حسام زاده ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن نیز مورد تایید قرار گرفته است (آلفای کرونباخ = ۰/۸۷۴) (سجادی، ۱۳۸۵). این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال می‌باشد که کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بعد عملکرد جسمی (۵ سوال)، مراقبت از خود (۶ سوال)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال) و رضایت از زندگی (۶ سوال) بررسی می‌کند.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک استفاده شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود اجرایی است که حمایت‌های اجتماعی کارکردی، ساختاری، عاطفی، مادی (کمک) و فقدان کل را محاسبه می‌کند. علاوه بر موارد فوق این

1- Lipad

2- NSSQ

پرسشنامه داده‌های توصیفی راجع به ارتباطات حمایتی را که فرد اخیراً (یک سال اخیر) به دلایل مختلفی از دست داده در اختیار ما قرار می‌دهد که از طریق آنها به راحتی می‌توانیم به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است پی ببریم (Norbeck et al., 1981; 1983 & Snow-Spracklin, 1998). مقیاس NSSQ نسبت به سایر ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی ارجح است برای اینکه دامنه وسیعی از سازه‌ها، مفاهیم (از ساده تا پیچیده) و همچنین انواع کارکردی و ساختاری حمایت اجتماعی را دربر می‌گیرد و به خوبی آنها را می‌سنجد و یک ابزار عمومی برای سنجش حمایت اجتماعی می‌باشد (جلیلیان، ۱۳۸۷).

پایایی و روایی این ابزار در ایران توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است که ضریب پایایی این ابزار به روش همسانی درونی بین ۰/۸۴۴ تا ۰/۹۷۳ ($p < ۰/۰۰۱$) بود و روایی این ابزار به روش روایی ملاکی همزمان بین ۰/۲۲۲ تا ۰/۶۲۴ ($p < ۰/۰۰۱$) گزارش شده است (جلیلیان، ۱۳۸۷). این ابزار به عنوان یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در سالمندان نیز توصیه شده است (Kimberly & McClane, 2006). سالمندان در رد یا قبول شرکت در پژوهش آزاد بودند، قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها هدف مطالعه برای تک تک افراد شرکت کننده توضیح داده و از ایشان برای انجام مطالعه و استفاده از اطلاعات فردی اجازه گرفته می‌شد.

یافته‌های تحقیق

از ۱۰۰ نفر سالمند حاضر در این تحقیق ۷۰ نفر را مردان و ۳۰ نفر را زنان سالمند تشکیل می‌دادند. اکثریت شرکت کنندگان (۶۱ درصد) در دامنه سنی ۷۰-۶۰ سال بودند: میانگین سنی برای مردان حدود ۷۰ سال و برای زنان حدود ۶۹ سال بود. مقدار انحراف معیار برای سن مردان ۷/۲۸ و برای زنان ۶/۳۶ بود. در مورد متغیر سواد ۱۹ نفر افراد مورد مطالعه بی‌سواد، ۳۸ نفر ابتدایی و ۲۲ نفر سیکل و دیپلم و ۲۱ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۵۷ درصد افراد از بیمه تامین اجتماعی، ۲۴ درصد از بیمه خدمات درمانی استفاده می‌کردند، و منبع درآمد ۵۶ درصد افراد مستمری بازنشستگی بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تاهل واحدهای مورد پژوهش به تفکیک جنسیت

وضعیت تاهل	جنسیت	مرد	زن	جمع
متاهل		۵۸	۲۰	۷۸
همسر فوت کرده		۱۲	۸	۲۰
متارکه یا مطلقه		-----	۲	۲

برای انجام تحلیل، ابتدا میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن به تفکیک جنسیت مطابق جدول شماره ۲ مورد محاسبه قرار گرفت که میانگین کیفیت زندگی کل برای مردان ۶۱/۴۵ (با دامنه ۲۸-۸۷) و برای زنان ۵۱/۷۶ (با دامنه ۲۷-۷۰) بود.

جدول ۲: توزیع مقایسه‌ای نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن به تفکیک جنسیت

مقدار احتمال	زن (n=۳۰)		مرد (n=۷۰)		
	میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی	
۰/۰۰۱	۵۱/۷۶ (۱۲/۵۰)	۶۱/۴۵ (۱۳/۸۳)	۶۱/۴۵ (۱۳/۸۳)	۶۱/۴۵ (۱۳/۸۳)	کیفیت زندگی کل
۰/۰۱۲	۶/۸ (۲/۳۴)	۸/۴۰ (۳/۰۳)	۸/۴۰ (۳/۰۳)	۸/۴۰ (۳/۰۳)	فیزیکی
۰/۰۳۹	۸/۸۳ (۲/۵۷)	۱۰/۱۱ (۲/۹۰)	۱۰/۱۱ (۲/۹۰)	۱۰/۱۱ (۲/۹۰)	ذهنی
۰/۴۶۶	۵/۶۶ (۱/۹۱)	۵/۹۷ (۱/۹۰)	۵/۹۷ (۱/۹۰)	۵/۹۷ (۱/۹۰)	اجتماعی
۰/۰۰۱	۱/۱۰ (۱/۳۴)	۲/۸۸ (۱/۳۴)	۲/۸۸ (۱/۳۴)	۲/۸۸ (۱/۳۴)	جنسی
۰/۰۰۸	۱۴/۱۶ (۲/۶۱)	۱۵/۵۷ (۲/۲۵)	۱۵/۵۷ (۲/۲۵)	۱۵/۵۷ (۲/۲۵)	مراقبت از خود
۰/۰۰۱	۶/۰ (۲/۶۵)	۸/۱۱ (۲/۸۸)	۸/۱۱ (۲/۸۸)	۸/۱۱ (۲/۸۸)	اضطراب و افسردگی
۰/۰۷۳	۹/۲۰ (۳/۰۱)	۱۰/۴۰ (۳/۰۴)	۱۰/۴۰ (۳/۰۴)	۱۰/۴۰ (۳/۰۴)	رضایت از زندگی

به منظور بررسی رابطه بین انواع حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی ابتدا با استفاده از آزمون همبستگی معنادار بودن این روابط مورد بررسی قرار گرفت. از بین انواع حمایت اجتماعی یعنی حمایت عاطفی، حمایت ساختاری، حمایت کارکردی، فقدان کل و کمک مادی) بعد فقدان کل که به بررسی تعداد افرادی می‌پردازد که فرد طی یک‌سال گذشته از دست داده بود به علت اینکه اکثر پاسخگویان کسی را از دست نداده بودند از مطالعه حذف شد. نتایج تحلیل ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در جدول ۳ ارائه گردیده است. که حاکی از وجود همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کل می‌باشد ($P < 0/05$). علاوه بر این رابطه بین انواع حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که رابطه بین حمایت عاطفی با تمام ابعاد کیفیت زندگی بجز بعد عملکرد جنسی معنادار می‌باشد. رابطه حمایت مادی و کارکردی نیز با تمام ابعاد معنادار بدست آمد. همچنین رابطه بین حمایت ساختاری با ابعاد اجتماعی، اضطراب و افسردگی، رضایت از زندگی معنادار بود. در مورد رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و بعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی، تمام روابط معنادار و منفی است. مقدار همبستگی بین حمایت عاطفی با اکثر ابعاد کیفیت زندگی بیشتر از مقدار همبستگی بین سایر انواع حمایت‌های اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد (همبستگی در بیشتر موارد در سطح $0/05$ معنادار بوده است).

جدول ۳۴: ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن با انواع حمایت اجتماعی

رضایت از زندگی	اضطراب و افسردگی	مراقبت از خود	جنسی	اجتماعی	ذهنی	جسمی	کیفیت زندگی کل	کیفیت زندگی حمایت اجتماعی	
								ضریب همبستگی	مقدار احتمال
۰/۳۶	-۰/۲۷	۰/۲۶	۰/۱۸	۰/۴۶	۰/۲۴	۰/۲۶	۰/۳۵	ضریب همبستگی	حمایت عاطفی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۹	/۰۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	مقدار احتمال	
۰/۳۴	-۰/۱۸	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۴۴	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۳۴	ضریب همبستگی	حمایت مادی
۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۷	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴	۰/۰۱۱	۰/۰۰۱	مقدار احتمال	
۰/۳۶	-۰/۱۸	۰/۲۶	۰/۱۱	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۲۱	۰/۳۵	ضریب همبستگی	حمایت کارکردی
۰/۰۰۱	۰/۰۲۵	۰/۰۰۷	۰/۰۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۸	/۰۰۱	مقدار احتمال	
۰/۲۵	-۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۲۲	ضریب همبستگی	حمایت ساختاری
۰/۰۱۰	۰/۰۳۸	۰/۱۱	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸	۰/۱۰۷	۰/۰۲۶	مقدار احتمال	

برای تحلیل رگرسیون چندگانه، ابتدا با استفاده از جدول تحلیل پراکنش (آنالیز واریانس) یک طرفه معنی داری کل مدل رگرسیون مورد آزمون قرار گرفت و مطابق جدول ۴ تأیید شد.

جدول شماره ۴: تحلیل پراکنش بین انواع حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
رگرسیون	۴۳۲۶/۶۱۴	۲	۲۱۶۳/۳۰۷	۱۲/۹۲۵	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۶۰۶۸/۰۱۳	۹۶	۱۶۷/۳۷۵		

سپس با استفاده از روش عقب رو^۱، معناداری تک تک متغیرهای مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون بیانگر آن است که دو متغیر حمایت عاطفی و ساختاری در مدل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی سالمندان می‌باشند (جدول شماره ۶).

یعنی مدل رگرسیونی با معادله زیر تبیین گردید:

حمایت ساختاری $0/88 +$ حمایت عاطفی $1/18 +$ کیفیت زندگی کل
 حمایت عاطفی و حمایت ساختاری با کیفیت زندگی رابطه خطی دارند. همچنین با توجه به معادله بالا حمایت عاطفی بیشترین رابطه را با کیفیت زندگی دارد.

جدول شماره ۶: رگرسیون بین کیفیت زندگی کل با انواع حمایت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	کیفیت زندگی کل
حمایت عاطفی	ضریب β	۱/۱۸
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱
حمایت ساختاری	ضریب β	۰/۸۸
	مقدار احتمال	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی مادی، عاطفی، کارکردی و ساختاری در تحلیل همبستگی با کیفیت زندگی کل رابطه معناداری داشتند و با استفاده از مدل رگرسیون، حمایت عاطفی و ساختاری پیش بینی کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی کل بودند. در بررسی رابطه بین متغیر جنسیت و کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات متفاوت نتایج گوناگونی گزارش شده است: در برخی مطالعات در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی

1- backward

مردان بالاتر از زنان بوده است (خالصی، ۱۳۸۶. عابدی، ۱۳۸۷. محقق، ۱۳۸۶. آلبوکردی، ۱۳۸۵) و در برخی مطالعات فقط در ابعاد جسمانی و عملکرد اجتماعی اختلاف معنادار آماری مشاهده شده است (وحدانی نیا، ۱۳۸۵. آهنگری، ۱۳۸۶). با این حال برخی نیز تفاوت معناداری بین دو جنس نیافته‌اند (Assantachai, 2003. Tsai SY, 2004. Lehman, 1993). در این مطالعه در تمامی ابعاد میانگین نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند بالاتر از زنان سالمند بود که با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه قابل تبیین می‌باشد. و لزوم توجه بیشتر به زنان جامعه در این دوران خصوصاً فراهم کردن امکانات و تسهیلات بیشتر در زمینه جسمی در دوران سالمندی را متذکر می‌شود.

برکمن معتقد است که حمایت اجتماعی در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود که حسی از صمیمیت را ایجاد نماید و این حس صمیمیت از طریق حمایت عاطفی حاصل می‌شود. بنابراین منظور از حمایت عاطفی برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است در حالی که منظور از حمایت ابزاری کمک به فرد در راستای برآورده کردن احتیاجات و نیازمندیهایش می‌باشد (Berkman, 1995). تدارک حمایت عاطفی برای تسهیل مقابله با تنیدگی، افزایش حس عزت نفس و کنترل (Krause, 1994) و تأثیر بر کنش عصبی هورمونی و دستگاه ایمنی (Seeman et al, 1998) است. نتایج بدست آمده در این تحقیق با سوابق پژوهشی مطابقت دارد به طوری که حمایت عاطفی، به‌طور معناداری موثرتر از سایر انواع حمایت اجتماعی بود که شاید به دلیل نیاز بیشتر سالمندان به کمک دیگران در مواقعی است که با مشکلات حاد و استرس‌زا مواجه می‌شوند. نتایج مطالعه زمان زاده و همکاران نیز حاکی از نقش تعیین کننده حمایت عاطفی در کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌باشد (زمان زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

حمایت اجتماعی تا حدی می‌تواند از افسردگی سالمندان جلوگیری نماید. هر چه سالمندان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، احتمال بیشتری برای افسردگی آنها وجود دارد (Holahan, 1987). در مطالعه‌ای که مک‌کی و همکارانش در سال ۲۰۰۱ پیرامون ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی در جمعیت با مذاهب گوناگون انجام

دادند به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با افسردگی همبستگی معکوس و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. نتایج مطالعه بخشانی و همکاران نیز نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی همبستگی منفی وجود دارد (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۱). لی، کریتندن و یو حمایت اجتماعی و افسردگی را در بین مهاجران سالمند کره‌ای در آمریکا مورد بررسی قرار داده‌اند. این مطالعه اثرات جنبه‌های کمی، ساختاری و کارکردی روابط اجتماعی بر سطح نشانه‌های افسردگی مهاجران سالمند کره‌ای را با در نظر گرفتن سطح فرهنگ‌پذیری و فشار روانی آنها بررسی و رابطه معکوس و معنادار حمایت اجتماعی با افسردگی را ذکر کرده‌اند (Lee, et al, 1996).

در این مطالعه نیز رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و بعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی تمام روابط معنادار و منفی می‌باشند که منفی بودن این روابط دقیقاً مورد انتظار بوده است؛ سالمندانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند احساس اضطراب و افسردگی کمتری دارند که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک ابزار مناسب و کم هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان به کار رود. شاید بتوان به نقش ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش دهنده برای افراد اشاره نمود که متعاقب آن، افزایش احساس خودارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت.

برخی محققان رابطه مثبتی بین حمایت ساختاری و کیفیت زندگی یافته‌اند (Helgeson, 2003. Blazer, 1982; Yasuda e al, 1997). برخی دیگر از محققان چنین رابطه‌ای را نیافته‌اند (Hanson et al, 1989) حتی برخی رابطه منفی را گزارش کرده‌اند (Lund & Holstein, 2000). همچنین ولمن در تحقیق خود در سال ۱۹۹۹ در مورد عوامل موثر بر انواع حمایت‌های اجتماعی در سالمندان بر نقش کلیدی حمایت‌های ساختاری تأکید کرده است (Wellman, 1999: 24-25). نتایج این مطالعه، معناداری رابطه حمایت ساختاری با کیفیت زندگی را هم از طریق همبستگی و هم از طریق رگرسیون مورد تأیید قرار داده است که شاید بتوان به اهمیت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی و حضور

در انجمن‌ها به عنوان عاملی برای افزایش عزت نفس سالمندان اشاره نمود. مقدار همبستگی بین حمایت عاطفی با اکثر ابعاد کیفیت زندگی بیشتر از مقدار همبستگی بین سایر انواع حمایت‌های اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد این مطلب تا حدی می‌تواند مبین نقش با اهمیت تری باشد که حمایت عاطفی ایفا می‌نماید.

همه انواع حمایت اجتماعی، بیشترین همبستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند که خود حاکی از تأثیرات بارز عوامل اجتماعی بر سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان می‌باشد. در مورد تعمیم این نتایج با توجه به تفاوت‌هایی که بین مناطق مختلف شهر تهران وجود دارد در مورد تعمیم نتایج بایستی با احتیاط برخورد نمود.

به هر حال نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که توجه به انواع حمایت‌های اجتماعی در قشر سالمند جامعه می‌تواند به عنوان یکی از منابع ارزان قیمت اقتصادی و به عنوان یک منبع تولید کننده سرمایه اجتماعی در راستای پویایی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیت‌های این طرح می‌توان به عدم همکاری برخی از سالمندان برای تکمیل پرسشنامه‌ها بخصوص در مورد حیطه عملکرد جنسی بدلیل بار فرهنگی آن، اشاره نمود و در مورد پرسشنامه نوربک با وجود مزایای خاص آن، می‌توان به سخت و وقت گیر بودن تکمیل آن اشاره نمود.

تقدیر و تشکر

در پایان لازم است از همکاری صمیمانه خانم دکتر شیرازی خواه سرپرست محترم پایگاه تحقیقات جمعیت منطقه ۲ شهرداری تهران و تمامی سالمندانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داشته باشیم.

- آلبوکردی، مصطفی؛ رضایی، محمد آرش. (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر در سال ۱۳۸۳، *مجله علمی پزشکی*، دوره ۵، شماره ۴.
- آهنگری، مهناز؛ کمالی، محمد؛ ارجمند، منوچهر. (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانونهای فرهنگسرای سالمند شهر تهران، *فصلنامه سالمندی*، شماره ۳.
- بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز. (۱۳۸۲)، ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی با افسردگی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره صص ۳۴-۴۹-۵۵.
- توکلی قوچانی؛ محمد رضا؛ آرمان، حمید. (۱۳۸۲)، *سالمندی پویا*، ویرایش اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- سجادی، حمیرا؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۵)، کیفیت زندگی سالمندان کهریزک، *فصلنامه پایش*.
- جلیلیان، علی؛ رفیعی، حسن. (۱۳۸۷)، *بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی ابزار حمایت اجتماعی نوربک*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خالصی، محمد. (۱۳۸۶)، *بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان غیرشاغل دارای تحصیلات عالی و فاقد تحصیلات عالی شهر قم*، پایان نامه کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خزایی، کامیاب. (۱۳۸۱)، *روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان*، بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، تهران، انتشارات کتاب آشنا، صص ۳۳۳.
- راسل، مهدی و همکاران. (۱۳۸۶)، *آینده سالمندی و هزینه‌های خدمات سلامت، فصلنامه سالمندی*، شماره چهارم.
- زمان زاده، وحید و همکاران. (۱۳۸۶)، *ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی*، *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۲۹، شماره صص ۴۹-۵۴.
- عابدی، حیدرعلی. (۱۳۷۸)، *بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان در منزل و مقیم در سرای سالمندان شهر اصفهان*، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طرح تحقیقاتی.
- کلادی، علیرضا. (۱۳۸۴)، *بررسی رابطه دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی سالمندان با سلامت عمومی آنان در شهر تهران*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، صص ۵۵.

- محقق، حسین. (۱۳۸۶)، مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمري بگير سازمانهای تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۶)، نتایج عمومی سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵.
- منتظری، علی. (۱۳۸۷)، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، صص ۱۸۹-۲۱۲.
- وحدانی نیا، مریم؛ گشتاسبی، آزیتا؛ منتظری، علی. بررسی تأثیر مشخصات جمعیتی بر کیفیت زندگی دوران سالمندی. ارائه شده در همایش سراسری سالمندی و پزشکی سالمندان، اصفهان، خلاصه مقالات ص ۸۴.

- Alloway, R. Bebbington, p. (1987). **The buffer theory of social support: A review of literature.** 91-108.
- Avund, k. Damsgaard, M. T. & Holstien.B.F. (1998). Social relation and mortality: An eleven year follow up study of 70 year old man and women in Denmark. **Social science and Medicine.** 47.635-643.
- Assantachai, P., & Maranetra, N. Nationwide survey of the health status and quality of life of elderly Thais attending clubs for the elderly. **Journal of Thai Medical Association**, (2003). 86, 938-946
- Bailey C. 2003 **Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus.** Wilder Research center, February
- Berkman.Lisa.F. (2000). **Social epidemiology.** Oxford university press. 118-137.
- Berkman, L.F. (1995).The role of social relation in heath promotion. **Psychosomatic Medicine**, 57, 245-254.
- Blazer, D.G.(1982). Social support and mortality in an elderly community population. **American journal of epidemiology.**
- Brummet, B.H; Mark, D.B; Siegler, I.C.(2005): **percieved social support as a predictor of mortality in coronary Patients.**
- Carson, V. B. (2000). **Mental health nursing**, Philadelphia: W.B. Saunders .Co
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38, 300-314
- Coffman, S., & Ray, M.A. (1999). Mutual Intentionality: A

- theory of support processes in pregnant African American women. **Qualitative Health Research**, 9, 479-492.
- Dausch, J. G., " Aging issues moving mainstream ", **J .Am. Diet. Assoc**, 2003,vol. 103, nom 6.
- Fleming, R. & Baum, Andrew. (1986). **Social support and stress: The buffering effects of friendship. Friendship and social integration**. New York: Springer verlag.
- Hanson. B. S. Isacsson, S. janson. L. (1989). Social network and Social support influencr mortality in elderly man. **American journal of epidemiology**.130;100-111.
- Hertz man, C. & Hayes, m. (1985).," will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? "**Can. J. public Health**, vol 76.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life, **Quality of Life Research** 12, 25-31.
- Hogan, B.E ; Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they work? **Clinical Psychology Review**, 22, 381-440.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., & Brennan, P.L. 1997. Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. **Journal of Personality and Social Psychology** 72 (4): 918-928.
- Hupcey, J.E., (1998). Clarifying the Social Support theory-research linkage. **Journal of Advanced Nursing**, 27.1231-1241.
- Jenson, J. health care spending and the aging of population, 2007, CRS report for congress.
- Kimberly s. McClane. (2006). **Screening instruments for use in a complete geriatric assessment**.
- Krause N. (1994). Stress and the devaluation of highly salient in late life. **Journal of gerontology**: 54B(2).99-108
- Lee, m. s, Crittenden, s. Yu, E.(1996). Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. **International journal of aging and human development**, 42(4), 313-327.
- Lehman A. the well-being of chronic mental patients, **Arch. Gen.psychiatry**. 1993;vol.40,pp: 373-396.
- Lund, H. Modvig, J. & Holstien.B.E.(2000).Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. **European journal of epidemiology**.16.1087-1097.
- McHaffie, H.E.(1992). Social Support in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 17, 279-287.

- McKee, M.D; Cunningham, M., Jankowsk, K.R.B., Zayas, L. (2001). Health-Related Functional Status in Prenancy: Relationship to Depression and Social Support in Multi-Ethnic Population. **Journal of Obstetrics & Gynecology**, 97(6), 988-993.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1983). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. **Nursing Research**, 32, 4-9.
- Snow-Spracklin. E. G. (1998). **Caregivers' Perception of Health, Burden, Social Support, and Care Receiver Problems**. A thesis to the School of Graduate Studies for the degree of Master of Nursing. Newfoundland. Mernorial University of Newfoundland.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle ranged theory of caring. **Nursing Research**, 40, 161-166.
- Seeman, T.E.& Adler, N.(1998).Older Americans: Who will they be? **National forum**. 78(2).
- Tsai SY, chi LY, lee LS, CHOU p. Health related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. **Journal of formos medicine association** 2004; 45: 750-56
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of health and social behaviors**. 23. 34-48
- United Nations Population Division.(2007), **World Population Aging** 2007, New York.
- Wellman, B. 1999. **The network community: an introduction** pp;1-48
- Walter- Ginsburg. A; Blumstien.T & Modan, B. (2002). Social factors and mortality in elderly peoples. **Journal of Gerontology: social sciences**.
- Yasuda, N. Zimmerman, S.I.Hawkes, W.fredman. (1997). Relation of social network characteristics in an urban community.**American journal of epidemiology**.

