

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۸

مجله بهداشت و توسعه

سال سوم / شماره ۳ / پاییز ۱۳۹۳

حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهرستان کرمان

مریم صابری^۱، مهدی نصرت آبادی^۲

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر مفهوم سالمندی پویا، از سوی سازمان جهانی بهداشت مطرح گردیده است که در آن به کیفیت زندگی سالم و عوامل تعیین کننده و اثرگذار بر آن تأکید شده است. یکی از این تعیین کننده‌ها حمایت اجتماعی است که این مطالعه در نظر دارد به بررسی رابطه این دو مفهوم در سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان کرمان بپردازد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در بین نمونه ۱۰۰ نفری از سالمندان صورت گرفت. افراد با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای از مراکز نگهداری سالمندان انتخاب گردیدند. از دو پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان لیپاد و حمایت اجتماعی نوربک جهت اندازه گیری متغیرها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۷ آنالیز شدند.

نتایج: نتایج مطالعه حاکی از بالاتر بودن نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند در تمام ابعاد کیفیت زندگی بود و این در حالی بود که زنان سالمند در ابعاد حمایت اجتماعی نمرات بالاتری نسبت به مردان سالمند داشتند. به علاوه یافته‌ها نشان دادند که منابع حمایتی، با ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارند و حمایت ساختاری پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای کیفیت زندگی کل بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شود. سازمان بهزیستی به عنوان یکی از متولیان حمایت از سالمندان می‌تواند در بهبود تعاملات اجتماعی و در نهایت سطح کیفیت زندگی سالمندان نقش آفرینی کند.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمندی

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای جهانی است که در آینده نزدیک به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و رفاهی کشورهای در حال توسعه مطرح خواهد شد. در حال حاضر سالمندان (جمعیت ۶۰ سال و بالاتر)، بیشترین نرخ رشد جمعیتی را در دنیا در مقایسه با سایر گروه‌ها دارند. انتظار می‌رود براساس روند حاضر جمعیت سالمندان دنیا تا سال ۲۰۵۰ به سه برابر

سال ۲۰۰۰ افزایش یابد و به دو میلیارد سالمند برسد (۱). در ایران نیز سالخوردگی جمعیت فرآیندی اجتناب ناپذیر می‌باشد. بر اساس پیش‌بینی‌های جمعیتی در سال ۱۴۲۰ تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر به ۱۲ میلیون نفر افزایش می‌یابد و سهم جمعیت سالمند به حدود ۱۴ درصد می‌رسد (۲). پدیده سالمندی جمعیت یک واقعیت اجتناب ناپذیر است از این رو توجه به نیازهای خاص این دوره از

۱- مربی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشجوی دکترا، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشکده توانبخشی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول: مهدی نصرت آبادی
Email: nosrat.welfare@gmail.com

تلفن و فاکس: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۸

آدرس: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی

زندگی به ویژه مقوله سلامت سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سازمان جهانی بهداشت در این راستا برنامه «سالمندی و سلامت» را به اجرا گذاشته است که در آن بر «سالم پیر شدن» تأکید شده است که اجزای کلی این برنامه عبارتند از فراهم کردن و تقویت اطلاعات پایه، نشر و تبادل اطلاعات، حمایت، طراحی و سازماندهی برنامه‌های جامعه‌نگر و پژوهش، آموزش و توسعه سیاست‌ها؛ همچنین این سازمان برنامه‌ای را با تمرکز بر فرآیندهای توانمندسازی در سالمندان در سه حوزه افراد سالمند و توسعه، بهبود سالمندی و رفاه در سالمندان و اطمینان بخشی در ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی را مورد توجه قرار داده است (۳).

امروزه در نتیجه افزایش طول عمر افراد، علاقه‌ای بین المللی به بهبود کیفیت زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان ایجاد شده است. علاقه به کیفیت زندگی و حفظ استقلال سالمندان در بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نیز گسترش یافته است. زیرا این امر در راستای کاستن از هزینه‌های عمومی بازنشستگی، تدارک سلامت و رفاه اجتماعی، امید به زندگی بالاتر در جامعه و رسیدن به زندگی خوب می‌باشد. همچنین انتظار آینده‌ای با دوره‌هایی کوتاه از بیماری و معلولیت منجر به شکل‌گیری دیدگاه‌های مثبت‌تر از سالمندی سالم گشته است (۴).

کیفیت زندگی در علوم پزشکی غالباً تحت عنوان «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» معرفی می‌گردد که تعریف آن عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی خویش، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد

که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند (۵). بدیهی است چون هدف از زندگی سالمندان فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست بلکه نوع و کیفیت زندگی آن‌ها نیز مهم می‌باشد، از این رو جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد و این مقوله فقط از طریق سنجش کیفیت زندگی آنان ممکن می‌گردد (۶). از طرفی توجه به تمام ابعاد وجودی انسان، به ویژه سالمندان به عنوان یک قشر آسیب پذیر به منظور بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آنان مهم و ضروری است و به نظر می‌رسد یکی از عوامل تأثیرگذار بر بُعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان، مقوله حمایت اجتماعی باشد (۱).

منظور از حمایت اجتماعی کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود، از ویژگی‌های تعلق به شبکه ارتباطی، داشتن تعهدات متقابل نسبت به یکدیگر است که از عناصر حمایت اجتماعی محسوب می‌گردد (۷). تقسیم بندی‌های متفاوتی از انواع حمایت اجتماعی مطرح شده است، اما در یکی از عمده‌ترین تقسیم‌بندی‌ها، حمایت اجتماعی دو نوع کارکردی و ساختاری دارد: حمایت اجتماعی ساختاری، معمولاً به جنبه عینی حمایت و به ارتباطات اجتماعی اصلی و اولیه اشاره دارد (همانند عضویت در سازمان‌های رسمی و ایفای نقش در آن‌ها). اما حمایت اجتماعی کارکردی، همان جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی است که شامل کارکردهایی چون فراهم آوردن اطلاعات، محترم شمردن فرد، صمیمیت در ارتباطات، میزان دسترسی به حمایت و زمان دریافت حمایت است (۸).

سالمندانی که از حمایت‌های اجتماعی بیشتری برخوردارند از کیفیت زندگی و سلامت بالاتری نیز

برخوردارند (۹). مشارکت آن‌ها در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نماید که با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند. بر طبق مدل *Buffering*، حمایت اجتماعی به عنوان تعدیل کننده استرس عمل می‌کند، به عبارتی رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی به سطح استرس افراد بستگی دارد و حمایت اجتماعی به صورت مستقیم هیچ تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد. اما با تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن، به سلامتی افراد کمک می‌کند (۱۰).

شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامتی افراد بازی می‌کند و با کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. همچنین با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتر می‌شود (۱۱). Miller در تحقیق خود دریافت که حمایت‌های اجتماعی، سالمندان را در مقابل اثرات مضر استرس محافظت کرده و رفاه احساسی و جسمی آنان را ارتقاء می‌دهد (۱۲). همچنین مطالعه Gallagher و همکاران پیرامون درک سالمندان از حمایت اجتماعی نشان داد سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیر رسمی را دریافت می‌کنند، سلامت ذهنی و جسمی بهتری را نسبت به آن‌هایی که کمتر با دیگران سر و کار دارند، نشان داده‌اند (۱۳). از طرفی به نظر می‌رسد که افراد جوان و افراد سالمند وجوه متفاوتی از زندگی را برای ارزیابی کیفیت زندگی خود مهم

می‌دانند، افراد جوان بیشتر به ارتباط، شادی، کار و درآمد اهمیت می‌دهند در مقابل سالمندان بیشتر به وضعیت سلامت خود اهمیت می‌دهند (۴).

پیرامون کیفیت زندگی در سالمندان و ارتباط آن با عوامل مختلف اجتماعی مطالعات گوناگونی صورت گرفته و هر کدام به شیوه‌ای این موضوع را مورد بررسی قرار داده‌اند (۱۶-۱۴). اما مطالعه‌ای که به بررسی کیفیت زندگی در سالمندان تحت پوشش یکی از نهادهای حمایتی کشور یعنی سازمان بهزیستی پرداخت، انجام نگرفته است. در کشور ما سازمان بهزیستی و نیز شورای عالی سالمندان که در این سازمان وجود دارد، نقش مهمی در توسعه رفاه و کیفیت زندگی سالمندان بر عهده دارد. این سازمان با اقدامات خود در بخش‌های اجتماعی، پیشگیری و توانبخشی سالمندان کشور را مورد حمایت قرار می‌دهد و از این راه سعی در حفظ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی سالمندان دارد. بنابراین لزوم توجه به عوامل اجتماعی (همانند حمایت اجتماعی) بر وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در سازمان بهزیستی احساس می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با حمایت اجتماعی در سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است و جامعه پژوهش در این مطالعه سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان کرمان می‌باشد. با توجه به تعداد متفاوت سالمندان در مراکز نگهداری در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است. بر این اساس سالمندان از مراکز

نگهداری تحت نظارت بهزیستی شهرستان کرمان انتخاب شدند. با سطح معناداری (۹۵ درصد) و نیز انحراف معیار کیفیت زندگی در مطالعات پیشین که ۱۸/۲ بود (۱۶)، و دقت ۴ در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از فرمول‌های حجم نمونه حداقل ۸۰ نفر محاسبه شد و نهایتاً ۱۰۰ نفر برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورودی افراد به این مطالعه شامل داشتن توانایی برای انجام مصاحبه و داشتن سن بالای ۶۰ سال بود و در صورت عدم توانایی در برقراری ارتباط فرد از مطالعه خارج و سالمندی دیگر جایگزین می‌شد. همه سالمندان می‌بایستی تحت پوشش بهزیستی شهرستان کرمان بودند.

لازم به ذکر است که سالمندان با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شده بودند. حفظ اطلاعات افراد و پاسخ‌های آن‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده در این مطالعه رعایت گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه و چک لیست بود. در این مطالعه از دو پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان Lipad و حمایت اجتماعی Norbeck جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی سالمندان استفاده شد. پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان لپیاد در مطالعه حسام زاده و همکاران مناسب نشان داده شده است (۱۷) و مطالعه جلیلیان و همکاران اعتبار و پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی Norbeck را در جامعه ایرانی مناسب گزارش نموده است. به گونه‌ای که ضریب پایایی آن به روش همسانی درونی بین ۰/۹۷ - ۰/۸۴ و روایی این ابزار نیز به روش روایی ملاکی همزمان بین ۰/۶۴ - ۰/۲۲ گزارش شده است (۱۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی لپیاد دارای ۳۱ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بُعد عملکرد جسمی (۵ سؤال)، مراقبت از خود (۶ سؤال)، افسردگی و اضطراب (۴ سؤال)، عملکرد ذهنی (۵ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۳ سؤال)، عملکرد جنسی (۲ سؤال) و رضایت از زندگی (۶ سؤال) بررسی می‌کند. هر پرسش بر اساس طیف لیکرت دارای ۴ گزینه می‌باشد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک نیز علاوه بر سنجش حمایت اجتماعی کارکردی (حمایت عاطفی و حمایت مادی) و ساختاری شامل اندازه شبکه (Size of Network)، ثبات ارتباطات (Stability of Relationships) و میزان بسامد تماس‌ها (Frequency of Contact) داده‌های توصیفی با ارزشی راجع به ارتباطات حمایتی که فرد در یک سال اخیر به دلایل مختلفی از دست داده در اختیار قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها می‌توان به راحتی به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است، پی برد (۱۸). همچنین در این تحقیق از چک لیستی که نمایانگرهایی چون وضعیت متغیرهای زمینه‌ای و متغیرهای اقتصادی اجتماعی را می‌سنجید، استفاده شد.

از جمع جبری پاسخ‌های هر بُعد از کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی نمره آن ابعاد و در نهایت نمره کلی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی محاسبه می‌شود و تفاسیر نمرات براساس کمتر یا بیشتر بودن نمره از میانگین نمرات صورت می‌گیرد (۱۷، ۱۹).

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و با محاسبه آماره‌های توصیفی و آزمون‌های آماری چون t مستقل، ضریب همبستگی، آنالیز واریانس و رگرسیون صورت پذیرفت.

نتایج

از ۱۰۰ نفر از سالمندان تحقیق ۶۴ نفر را مردان تشکیل می‌دادند، همچنین از مجموع کل واحدهای پژوهش ۷۰ درصد از سالمندان متأهل و ۳۰ درصد همسر فوت کرده بودند. سالمندان مطالعه دارای میانگین سنی $70/01 \pm 7/8$ سال بودند. همچنین در این مطالعه ۳۵ نفر (یا درصد) از سالمندان بی‌سواد، ۲۰ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۳ نفر دارای تحصیلات سیکل یا دیپلم و ۳۲ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی و ۹۵ درصد سالمندان صاحب مسکن شخصی بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در کل شرکت کنندگان این مطالعه $90/3 \pm 17/1$ بود. همچنین

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مردان $94/1 \pm 16/05$ و در زنان $82/7 \pm 16/8$ بود. همان‌طور که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود میانگین کیفیت زندگی به طور معنی‌داری در مردان بالاتر از زنان و در متأهلین بالاتر از سالمندان همسر فوت کرده بود. در ضمن با این که میانگین نمرات کیفیت زندگی در سالمندان دارای مسکن استیجاری بالاتر از سالمندان دارای مسکن شخصی بود، اما این رابطه از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۱: نتایج مقایسه کیفیت زندگی کل سالمندان به تفکیک متغیرهای زمینه‌ای

متغیرهای زمینه‌ای	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد یا درصد	معنی داری
جنسیت	مرد	۶۴	۰/۰۰۱
	زن	۳۶	
تأهل	متأهل	۷۰	۰/۰۲
	همسر فوت کرده	۳۰	
وضعیت مسکن	شخصی	۹۵	۰/۷
	استیجاری	۵	

جدول شماره ۲ به مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند می‌پردازد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در تمامی ابعاد میانگین کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان بوده و به جزء در بُعد جنسی و رضایت از زندگی

معنادار بود. در تمامی ابعاد حمایت اجتماعی میانگین نمرات زنان بالاتر از مردان بوده است اما این تفاوت تنها در بُعد مادی معنادار بود.

جدول ۲: نتایج مقایسه ابعاد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند

جنسیت	ابعاد	مرد		زن	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	جسمانی	۱۴	۳/۸۰	۱۲/۴۰	۳/۴۰
	مراقبت از خود	۲۱/۰۷	۳/۶۰	۱۸/۴۰	۳/۴۰
	اضطراب و افسردگی	۱۲/۷۰	۳/۴۰	۱۰/۹۰	۳/۵۰
	اجتماعی	۹/۵۰	۱/۹۰	۸/۸۰	۱/۵۰
	روانی	۱۶/۳۰	۳/۵۰	۱۴/۸۰	۳/۷۰
	جنسی	۲/۳۰	۰/۷۶	۲/۱۰	۰/۴۶
	رضایت از زندگی	۱۷/۰۶	۴/۷۰	۱۵/۰۵	۶/۴۰
حمایت اجتماعی	عاطفی	۷۲/۶۰	۳۶/۲۰	۸۱/۱۰	۲۳/۹۰
	کارکردی	۵۲/۶۰	۳۶/۲۰	۸۱/۱۰	۲۲/۲۰
	مادی	۱۰۷/۵۰	۴۴/۴۰	۱۲۲/۶۰	۳۷/۰۳
	ساختاری	۵۲/۰۳	۱۸/۵۰	۵۸/۰۲	۲۲/۹۰
معنی داری					

تمام ابعاد کیفیت زندگی رابطه معناداری داشتند و نیز رابطه حمایت ساختاری با ابعاد اجتماعی، اضطراب و افسردگی و رضایت از زندگی معنادار بود. همچنین انواع حمایت اجتماعی با بعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی رابطه منفی و معناداری داشتند.

جدول شماره ۳ به بررسی ارتباط کیفیت زندگی کل و ابعاد آن با انواع حمایت‌های اجتماعی می‌پردازد که حاکی از همبستگی مثبت و معنادار بین انواع حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کل است. همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که حمایت‌های عاطفی، مادی و کارکردی با

جدول ۳: ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن با ابعاد حمایت اجتماعی

کیفیت زندگی کل	کیفیت زندگی جسمی	کیفیت زندگی ذهنی	اجتماعی	جنسی	مراقبت از خود	اضطراب و افسردگی	رضایت از زندگی	حمایت اجتماعی	
								ضریب همبستگی	معنی داری
۰/۲۶	۰/۲۶	۰/۲۴	۰/۳۶	۰/۱۸	۰/۳۶	-۰/۲۷	۰/۳۶	ضریب همبستگی	حمایت عاطفی
۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۰۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	معنی داری	
۰/۲۵	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۳۴	۰/۲۵	۰/۲۶	-۰/۱۸	۰/۳۴	ضریب همبستگی	حمایت مادی
۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۲	۰/۰۰۱	معنی داری	
۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۲۳	۰/۳	۰/۱۱	۰/۲۶	-۰/۱۸	۰/۲۶	ضریب همبستگی	حمایت کارکردی
۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۷	۰/۰۳	۰/۰۰۱	معنی داری	
۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۳۸	۰/۰۹	۰/۱۶	-۰/۱۵	۰/۲۵	ضریب همبستگی	حمایت ساختاری
۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۱	معنی داری	

داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با استفاده از روش پسرو (Backward) معناداری تک‌تک متغیرهای مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون بیانگر آن است که دو متغیر حمایت عاطفی ($\beta=0/21$ و $P=0/001$) و ساختاری ($\beta=0/88$ و $P=0/001$) در مدل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی سالمندان می‌باشند و با توجه به این نتایج حمایت ساختاری بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان دارد.

بحث

نتایج این مطالعه حکایت از بالاتر بودن نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند در تمام ابعاد کیفیت زندگی داشت که این امر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر مردان در ابعاد مختلف آن نسبت به زنان تحت پوشش بهزیستی کرمان می‌باشد. نتایج یافته‌های ما در راستای تأیید نتایج مطالعاتی است که در این زمینه صورت گرفته است (۲۰-۲۲). البته برخی مطالعات فقط در ابعاد جسمانی و عملکرد اجتماعی اختلاف معنادار آماری مشاهده نموده‌اند (۱۵،۲۳). در این مطالعه در تمامی ابعاد میانگین نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند بالاتر از زنان سالمند بود که این مسئله با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه قابل تبیین می‌باشد. شاید بتوان اظهار داشت که زنان ممکن است به علت مسائل فرهنگی و محدودیت‌های اجتماعی در حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی چون جسمانی، روانی و اجتماعی دچار کاستی‌ها و فشارهایی باشند که بر کیفیت زندگی کلی آن‌ها اثرگذار باشد.

در مورد رابطه بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل

سالمندان نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی کل در سالمندان متأهل بالاتر از گروه فوت همسر بود و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. De Belvis و همکاران نیز در تحقیق خود دریافتند که ازدواج کردن به عنوان مؤلفه‌ای مهم در ارتقاء سطوح جسمی و روانی کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته می‌شود (۲۴). به نظر می‌رسد وجود شبکه ارتباطی با همسر به عنوان عنصری حمایتی از نظر عاطفی و ابزاری می‌تواند روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سالمندان همسر دار اثرات مثبتی داشته باشد. مطالعات عابدی (۶) و محقق (۲۱) نیز بر نقش مثبت تأهل در کیفیت زندگی افراد تأکید نموده‌اند، ولی این رابطه در مطالعه Gallegos-Carrillo مورد تأیید قرار نگرفته است (۲۵).

در رابطه با چگونگی سطح انواع حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند تحت پوشش بهزیستی شهر کرمان نتایج حاکی از آن بود که در تمامی انواع حمایت اجتماعی میانگین نمرات زنان سالمند بالاتر از مردان سالمند می‌باشد که گسترده و عمیق‌تر بودن منابع حمایتی پیرامون آن‌ها را نشان می‌دهد. Antonucci و همکاران در مطالعه خود در مورد رابطه تفاوت‌های جنسیتی و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده گزارش نموده‌اند که در سرتاسر زندگی زنان نسبت به مردان دوستان صمیمی بیشتری دارند (۲۶). همچنین در مطالعه Cheng و همکاران میزان حمایت اجتماعی در نمونه زنان بیشتر از مردان گزارش شد (۲۷). در برخی دیگر از مطالعات نتایج معکوسی گزارش شده است، به طوری که میزان حمایت‌های ساختاری و کارکردی را در مردان بالاتر گزارش نموده‌اند (۲۸،۲۹). یک مطالعه برای تعیین تفاوت‌های جنسیتی در ساختار حمایت اجتماعی

درک شده نشان داد که این نوع از حمایت برای زنان در یک عامل کلی (حمایت اجتماعی درک شده) تبیین می‌شود. اما در مردان این متغیر در دو عامل (حمایت عاطفی درک شده و حمایت ابزاری درک شده) تبیین می‌گردد. به نظر می‌رسد این تفاوت‌های جنسیتی در انواع حمایت‌های اجتماعی ناشی از نحوه تجارب اجتماعی شدن زنان و نقش اجتماعی مرتبط با نوع جنسی آن‌ها باشد (۳۰).

نتایج حاکی از آن است که حمایت‌های اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شود. در این تحقیق حمایت اجتماعی مادی، عاطفی و کارکردی و ساختاری در تحلیل همبستگی با کیفیت زندگی کل رابطه معناداری داشتند، به علاوه این منابع حمایتی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط داشتند. با استفاده از مدل رگرسیون، حمایت ساختاری پیش بینی کننده معناداری برای کیفیت زندگی کل بود. بُعد ساختاری حمایت اجتماعی به عضویت در گروه‌های رسمی و غیر رسمی و ایفای نقش در آن‌ها و تعداد پیوندهای فردی اشاره دارد که منابع حمایتی و فراوانی تماس زیر مجموعه آن می‌باشد. یکی از مفاهیم اصلی در حمایت اجتماعی بحث اندازه شبکه‌های اجتماعی و روابط و تعاملات مثبت بین فرد و محیط اطرافش می‌باشد. این نتیجه همسو با نظریه Granovetter است. زیرا از نظر او هر چه فراوانی تماس و پیوندها قوی‌تر باشد، افراد از شبکه خود حمایت‌های بیشتری دریافت می‌دارند که این امر در نتیجه منجر به افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۳۱).

در مطالعات قدسی وجود شبکه اجتماعی (از منابع ساختاری حمایت اجتماعی) تأثیر معکوس و معناداری بر بُعد روانی سلامت سالمندان (افسردگی)

داشت (۳۲). در مطالعه حاضر هم همه ابعاد حمایت اجتماعی (از جمله بعد ساختاری) با بُعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی رابطه معنادار و معکوسی داشتند. بدین معنا که سالمندانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند، احساس اضطراب و افسردگی کمتری دارند که نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک ابزار مناسب و کم هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان به کار رود.

سازمان بهزیستی اقدامات متعددی در رابطه با وضعیت رفاهی سالمندان از جمله برنامه‌های فرهنگی-اجتماعی، مستمری‌های سالمندان نیازمند و خدمات نگهداری سالمندان معلول در خانه‌های سالمند را انجام می‌دهد. لذا بایستی این اقدامات به شکلی جهت‌دهی شود که اثرگذاری آن‌ها بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سالمندان مشهود باشد و از طرف دیگر بر منابع حمایتی و ارتباطی که در قالب اقدامات سازمان به سالمندان ارایه می‌شود با دیدی عمیق‌تر نگرینسته شود، زیرا این مطالعه و سایر مطالعات نشان داده که این منابع حمایت اجتماعی در ارتقاء سطح رفاه و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر است.

عمده محدودیت در انجام این تحقیق دشواری مصاحبه با سالمندان با توجه به وضعیت جسمانی و روانی آن‌ها بود که شرایط را تا حدودی سخت می‌نمود و برای کسب اطلاعات روان در برخی موارد زمان زیادی صرف مصاحبه و کسب اطلاعات می‌گردید.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان اظهار داشت که

شبکه‌هایی از تعاملات می‌تواند در سلامت و به طور کلی کیفیت زندگی آن‌ها اثرگذار باشد. از این رو کارکرد سازمان بهزیستی به عنوان یکی از متولیان امور سالمندان در بهبود حمایت‌های رسمی و غیر رسمی از سالمندان و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی این قشر از جامعه از اهمیت اساسی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی بوده که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان صورت گرفته است، لذا نویسندگان مقاله مراتب تشکر خود را از این معاونت، سازمان بهزیستی شهرستان کرمان و نیز کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، اعلام می‌دارند.

تعلق به یک شبکه اجتماعی و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد سالمند احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش کنند که این امر می‌تواند تأثیر حفاظتی قوی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها داشته باشد و نیز سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردد. به خصوص در سالمندان تحت پوشش بهزیستی وجود این ارتباطات و شبکه‌های تعاملاتی عنصری تعیین کننده است. زیرا این گروه از سالمندان بنا به موقعیت خاص اجتماعی و اقتصادی و ناگواری‌های متعدد از نوعی از فعالیت‌های اجتماعی که در سالمندان عادی صورت می‌گیرد، باز مانده‌اند. لذا علاوه بر نیازمندی این گروه به حمایت‌های کارکردی در قالب حمایت عاطفی و مادی، وسعت روابط اجتماعی، احساس تعلق به گروه و وجود

References

1. World Health Organization (WHO). 10 facts on ageing and the life course; [Online cited, Jun 20, 2011]; Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/htm>
2. Sadeghi R. Dynamics trend of Iran's population: Past, Present and future. 1th ed. Iran institute of statistic: Tehran, Iran; 2012. Persian.
3. World Health Organization (WHO). Global health expectancy research among older people. Aging and health technical report series: Kobe center; 2002.
4. Bowling A. Ageing well: quality of life in old age. New York. 1th ed. McGraw Hill House; 2005.
5. Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. Nurs Sci Q. 2007 Jun; 20(1):9-13.
6. Abedi HA. Comparison between Isfahan elderly quality of life residing at home and Nursing home. [Research design]. Isfahan University of Medical Science; 1998. Persian.
7. Helgeson VS. Social support and quality of life. Qual Life Res. 2003;12:25-31.
8. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM. Measuring the functional components of social support. The Hague, Holland: Springer Netherlands; 1985.
9. Fleming R, Baum A. Social support and stress: the buffering effects of friendship. 4th ed. New York: Springer; 1986.
10. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? Clin Psychol Rev. 2002 Apr;22(3):383-442.
11. Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. J Adv Nurs 1993; 18(2): 203-10.
12. Miller CA. Nursing for wellness in older adults theory and practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
13. Gallagher LP, Truglio Londrigan M. Community support: older adults' perceptions. Clin Nurs Res. 2004 Feb;13(1):3-23.
14. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The study of relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman. J Jondi Shapoor Univ Med Sci. 2011;11(3):304-15.
15. Hasani F, Kamali M, Fahimi M. Factor's affecting elderly quality of life in the residential homes of Tehran (2009). J Birjand Univ Med Sci. 2012;18(4):320-8.
16. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. Social Welfare Q. 2009;9(33):147-65. Persian.
17. Hesamzadeh A, Maddah S, Mohammadi F, Akbarfahimi M, Davatgaran K. Comparison of elderly quality of life living at homes and in private or public nursing homes in Tehran city.

- Salmand Iran J Ageing. 2010;4(14):66-76.
18. Norbeck, JS, Lindsey AM, Carrieri VL. Further development of the Norbeck social support questionnaire: normative data and validity testing. *Nurs Res J*. 1983 Jan–Feb;32(1):4-9.
19. Jalilian A, Rafiey H. Evaluation of reliability and validity of the persian version of Norbeck's social support tool [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. Persian.
20. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Arch Gerontol & Geriatr*. 2009 Mar–Apr;48(2):127-31.
21. Mohaqeqi Kamal H, Sajadi H, Zare H, Beiglarian A. Elderly quality of life: a comparison between pensioners of social security organization and national retirement fund (Qom County, 2006). *J Health Adm*. 2007;10(27):49-56.
22. Albou Kordi M, Ramazani MA, Arizi FA. Study the quality of life among elderly in Shahinshahr in 2004. *Sci Med* 2006; 5(4): 701-7.
23. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. A study of quality of life among older people with hypertension and low back pain. *Salmand Iran J Ageing*. 2008;2(3):182-9.
24. De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A, Ricciardi W, Rosano A. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*. 2008 Aug;122(8):784-93.
25. Gallegos-Carrillo K, Mudgal J, Sanchez Garcia S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmeron J, et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. *Salud Publica Mex*. 2009;51(1):6-13.
26. Antonucci TC, Akiyama H. An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*. 1987; 17(11-12):737-49.
27. Cheng ST, Chan AC. Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life? *Soc Sci Med*. 2006 Jul;63(1):118-22.
28. Schulz U, Schwarzer R. Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *J Soc Clin Psychol*. 2004; 23(5):716-32.
29. Kirschbaum C, Klauer T, Filipp S-H, Hellhammer DH. Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective response to acute psychological stress. *Psychosom Med*. 1995 Jan–Feb;57(1):23-31.
30. Matud MP, Ibanez I, Bethencourt JM, Marrero R, Carballeira M. Structural gender differences in perceived social support. *Pers Individ Differ*. 2003 Nov; 35(8):1919-29.
31. Granovetter M. The strength of weak ties: A network theory revisited. In Peter V. Marsden and Nad Lin, *Social structure and network analysis*. 2 ed. London: Sage Publication; 1982.
32. Qodsi A. Sociological survey of relation between social support and depression [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2002. Persian.

Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city

Maryam Saber^{1,2}, Mehdi Nosratabadi³

Abstract

Background: The concept of active aging is suggested by the World Health Organization in which emphasizes on healthy quality of life and its determinants. Social support is one of these determinants, therefore this study intends to investigate the relation of these two concepts among elderly people covered by Kerman welfare organization.

Methods: This cross sectional study was performed with 100 elderly people. Two questionnaires named Lipad's elderly quality of life and Norbeck's social support were employed for measuring variables. Data were analyzed by SPSS 17 software.

Results: The findings of the current study revealed the higher quality of life scores in all aspects of quality of life in elderly males, while females' scores in social support were higher than males. The results showed that various types of social support are associated with quality of life. Furthermore structural support was a stronger predictor for total quality of life.

Conclusion: This study showed that social support can be regarded as one of the main social determinants affecting quality of life among elderly people. The welfare organization as one of the trustees for supporting the elderly can play an important role in promoting social relations and improving quality of life among old people.

Keywords: Social support, Quality of life, Active aging

1- Lecturer, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- PhD Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD Student, Department of Social Welfare Management, Faculty of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mehdi Nosratabadi

Email: nosrat.welfare@gmail.com

Address: Department of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

Tel/Fax: 021-22180048