

بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی از طرف (خانواده، دوستان و سایرین) بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانواده های شهرستان آمل

مهدی فضلی^۱، علیرضا کلدی^{۲*}، سیدمحمد سیدمیرزایی^۳

چکیده

مقدمه: آگاهی در مورد عواملی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تاثیر می گذارند، همزمان با مسن شدن جمعیت از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد و می تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد. یکی از این عوامل حمایت اجتماعی است. این مطالعه بر آن است تا ضمن تعیین وضعیت کیفیت زندگی سالمندان به بررسی نقش حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و سایرین در این زمینه بپردازد.

روش پژوهش: این مطالعه یک پژوهش مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش شبکه بهداشت ساکن در خانواده های شهرستان آمل در سال ۱۳۹۶ بود که با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و به شکل تصادفی صورت گرفت و از میان آن ها تعداد ۴۵۰ سالمند انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده ها در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه های کیفیت زندگی (SF-36) و حمایت اجتماعی فیلیپس بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های مرکزی و پراکندگی، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون دانکن استفاده شد.

یافته ها: میانگین کیفیت زندگی سالمندان در شهرستان آمل (۵۲/۰۷) در حد مطلوب می باشد. نزدیک به ۵۴ درصد سالمندان این شهرستان از حمایت اجتماعی در حد زیاد برخوردارند. بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی ($P < 0/001$) افراد مورد مطالعه تفاوت معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: سالمندان دارای سطوح بالاتر حمایت اجتماعی از کیفیت زندگی بهتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند، لذا حمایت اجتماعی باید به عنوان یک عامل اثر گذار بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه: حمایت اجتماعی، خانواده، سالمندان، کیفیت زندگی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۳

استناد: فضلی م، کلدی ع، سید میرزایی س. بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی از طرف (خانواده، دوستان و سایرین) بر کیفیت زندگی سالمندان ساکن در خانواده های شهرستان آمل، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۸؛ (۴): ۷۰-۵۶

^۱. جامعه شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران E-mail: mfazli81@yahoo.com

^{۲*}. نویسنده مسئول، استاد، گروه علوم اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

E-mail: arkaldi@yahoo.com

^۳. استاد، گروه علوم اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در می گیرد. در واقع یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می دهد (۱). جمعیت شناسان آغاز دوران پیری و سالخوردگی را سنین ۶۰ یا ۶۵ سالگی محسوب می کنند (۲). از اواخر قرن بیستم پیشرفت دانش پزشکی، کنترل بیماری های عفونی، خدمات بهداشتی و فناوری های درمانی و تشخیصی، بهبود تغذیه و تحولات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و رفاهی، افزایش امید به زندگی و جمعیت سالمندان را به دنبال داشته است (۳). سازمان ملل پیش بینی می کند که آمار سالمندی تا سال ۲۰۵۰ به رقم ۲ میلیارد نفر خواهد رسید (۴). در ایران نیز بر اساس آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵، از ۷۹۹۲۶۲۷۰ نفر جمعیت کل کشور، ۷۴۱۴۰۹۱ نفر (۹/۳ درصد) را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می دهند. پیش بینی می گردد جمعیت سالمند ایران تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید (۵).

هر چند مساله اصلی و عمده بهداشت در قرن گذشته، فقط در زنده ماندن بود؛ این امر، در سال های اخیر زندگی کردن با کیفیت برتر است (۶). امروزه در نتیجه افزایش طول عمر افراد، علاقه بین المللی به بهبود کیفیت زندگی در سالمندان ایجاد شده است. از این رو، بررسی کیفیت زندگی سالمندان به یک ضرورت تبدیل شده است. نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که تواما چندین بعد از سلامتی سنجیده شود می توان آن را کیفیت زندگی نامید. عده ای نیز بر این باورند که یک تعریف واحد که در تمام مراحل یک بیماری یا در جوامع مختلف کاربرد داشته باشد برای این مفهوم وجود ندارد. اغلب صاحب نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می گیرد. همچنین بسیاری از محققان کیفیت زندگی را به عنوان مفهوم چند بعدی که سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، وضعیت عملکردی و رضایت از کنترل و درمان بیماری را در برمی گیرد، توصیف می نمایند (۷). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است (۸).

جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آن ها می باشد و این مقوله از طریق سنجش کیفیت زندگی آنان ممکن می گردد (۹). از طرفی آگاهی در مورد عواملی که بر کیفیت زندگی در سنین سالمندی تاثیر می گذارند، از اهمیت والایی برخوردار می باشد که می تواند کمک بزرگی در ارتقاء کیفیت زندگی این قشر محسوب گردد (۱۰). در مطالعه فضلی و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۴۵۰ نفر از سالمندان شهرستان آمل با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، مردان نسبت به زنان از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۱). در مطالعه بابک و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۶۳۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، کیفیت زندگی نمونه ها در حد متوسط به دست آمد و بهترین نمره مربوط به کارکرد اجتماعی و سلامت روانی و بدترین نمره مربوط به ایفای نقش جسمی و سلامت عمومی بود (۱۲). در حالی که در مطالعه زحمتکشان و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۳۵۰ نفر از سالمندان شهر بوشهر با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، میانگین نمره کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه کمتر از ۵۰ می باشد (۱۳). یکی از عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال های اخیر توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است، حمایت اجتماعی می باشد. حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ و سلامتی افراد ایفا

می کند و در کاهش آثار منفی استرس هایی که به میزان بالا از محیط و جامعه تحمیل می شود، نقش دارد. همچنین، این عامل بر کیفیت زندگی اثر مستقیمی خواهد داشت و آسیب پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری های روانی و جسمانی کاهش می دهد (۱۴).

اصطلاح حمایت اجتماعی به صورت تخصصی از دهه ۱۹۷۰ وارد علوم اجتماعی و روانشناسی شد (۱۵). حمایت اجتماعی شامل مساعدت های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی که توسط دیگران تامین می شود تعریف شده است (۱۶). برخی از پژوهش گران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران مهم تعریف کرده اند (۱۷). کوب^۱ Cobb (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را به عنوان اطلاعاتی می داند که افراد را به باور کردن این مطلب می رساند که آن ها مورد علاقه اطرافیان بوده، دوست داشتنی، قابل احترام و ارزشمند هستند و همچنین از محبت، مساعدت و توجه اعضا خانواده، دوستان و سایر افراد برخوردارند (۱۸). منابع ارائه دهنده حمایت های اجتماعی می تواند شامل منابع حمایت های اجتماعی غیررسمی و منابع حمایت اجتماعی رسمی باشد. در منابع حمایت اجتماعی غیررسمی، حمایت های اجتماعی گسترده هستند و از منابعی چون خانواده، همسالان، دوستان، خویشاوندان و همکاران دریافت می شوند. اما منابع حمایت اجتماعی رسمی شامل برخی موسسات، منابع رسمی یا ارگان هایی می شود که شخص معمولاً به طور ارادی و از طریق عضویت گروهی به آن ها تعلق دارد. انواع بیمه ها و ضمانت های رسمی از جمله منابعی هستند که می توانند در زمان های بحرانی، فرد را از اضطراب محافظت کنند (۱۹). افراد جامعه برای دست یافتن به کیفیت زندگی و بر طرف کردن مسایل خود به ویژه در دوران پیری و سالخوردگی، به حمایت های رسمی و غیررسمی از سوی دولت و نهادهای اجتماعی و اطرافیان نیاز دارند (۲۰).

در مورد رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان، به دو مدل می توان استناد کرد: ۱- مدل اثر سپر مانند^۲ که اعتقاد دارد حمایت اجتماعی افراد را از تاثیرات منفی استرس محافظت می کند. این مدل اشاره می کند که حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت استرس سودمند است، چرا که مانع از نفوذ استرس بر فرد می شود. ۲-مدل تاثیر کلی^۳ است که اعلام می کند که بین حمایت اجتماعی و پیامدهای روانی- فیزیکی آن رابطه مستقیم وجود دارد؛ نه رابطه ای سپر مانند، به این معنا که حمایت اجتماعی صرف نظر از اینکه فرد تحت تاثیر استرس باشد یا نه باعث می شود تا فرد از تجارب منفی پرهیز کند از این رو اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (۲۱). هر دو مدل می تواند به تبیین رابطه حمایت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کمک کند، اما به نظر می رسد مدل دوم به لحاظ عمومیت، کارایی بیشتری در این زمینه دارد (۲۲). اونالان^۴ و همکاران در تحقیق خود بر روی ۹۱۷ سالمند ترکیه ای، در یافتند که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مثبتی دارد (۲۳). مطالعه آقاپاری هیر و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۳۵۰ نفر از سالمندان مناطق ده گانه تبریز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36، حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد و حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در ارتقا کیفیت زندگی سالمندان از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است (۲۴). در حالی که در مطالعه سیف زاده که بر روی سلامت ۳۱۲ نفر از سالمندان آذرشهر انجام شد بیانگر آن است که

1. Cobb
1. Model Buffering
2. Model Main Effects
3. Unalan

سالمندان دارای سطوح بالاتر حمایت اجتماعی از سلامت روانی و اجتماعی بهتری نسبت به سایر سالمندان برخوردارند ولی حمایت اجتماعی تأثیری در سلامت جسمانی سالمندان ندارد (۲۵).

کیفیت زندگی سالمندان امر مهم و چالش برانگیزی است و باید با دقت و تامل بیشتری ابعاد مختلف آن را مورد بررسی قرار داد. اما آنچه که در پژوهش های قبلی به آن کمتر توجه شده است رابطه انواع حمایت های اجتماعی به تفکیک حمایت از طرف خانواده، دوستان و دیگران، بر کیفیت زندگی سالمندان است که در این پژوهش علاوه بر بررسی چگونگی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین سالمندان به چگونگی برخورداری سالمندان از انواع حمایت اجتماعی (حمایت از طرف خانواده، دوستان و دیگران) و تاثیر حمایت اجتماعی و انواع آن بر کیفیت زندگی سالمندان پرداخته شده است. لذا سوال اصلی پژوهش در این است که آیا حمایت اجتماعی و انواع آن بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر گذار می باشد؟ با انجام این تحقیق و شناخت از میزان نقش حمایت اجتماعی و انواع آن بر کیفیت زندگی سالمندان؛ امکان برنامه ریزی برای افزایش حمایت اجتماعی سالمندان به منظور افزایش کیفیت زندگی و تامین سلامت آن ها فراهم می گردد.

روش پژوهش:

این مطالعه، یک پژوهش مقطعی است. جامعه آماری در این پژوهش زنان و مردان سالمند بالای ۶۰ سال تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی ساکن در خانواده های شهرستان آمل در سال ۱۳۹۶ بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول نمونه گیری کوکران، برابر ۳۸۰ برآورد گردید. با این حال، جهت افزایش اعتبار داده های گردآوری شده و کاهش خطای نمونه گیری، تعداد ۴۵۰ نفر از سالمندان به عنوان نمونه نهایی تحقیق انتخاب گردیدند. به علت گستردگی جامعه مورد مطالعه از روش نمونه گیری خوشه ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از میان ۱۸ مرکز بهداشتی- درمانی در مناطق شهری، خوشه ها شامل ده مرکز بهداشتی - درمانی به شرح: ۱- دو مرکز واقع در ناحیه مرکزی ۲- دو مرکز در ناحیه شمال غربی ۳- دو مرکز در شمال شرقی ۴- دو مرکز در جنوب شرقی و ۵- دو مرکز در جنوب غربی شهر آمل به تصادف انتخاب و در مناطق روستایی شهرستان آمل بر اساس تقسیمات کشوری این شهرستان که دارای پنج بخش (مرکزی، دشت سر، دابو دشت، امام زاده عبدالله و بخش لاریجان) و ۲۸ مرکز بهداشتی - درمانی می باشد از هریک دو مرکز بهداشتی و درمانی؛ و از هر مرکز یک خانه بهداشت روستایی را بصورت تصادفی انتخاب کرده و سپس از بین ۴۲۵۹۹ نفر جمعیت سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی که ۲۴۶۱۸ نفر تحت پوشش مراکز شهری و ۱۷۹۸۱ نفر تحت پوشش مراکز روستایی بودند به نسبت جمعیت تحت پوشش، ۲۵۰ نفر از مراکز شهری و ۲۰۰ نفر از خانه های بهداشت روستایی با احتساب جنس و گروه های سنی، به روش تصادفی انتخاب شدند. شرایط شرکت در پژوهش برای نمونه ها، تمایل جهت ورود به مطالعه بود. برای جمع آوری داده های مربوط به کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس (SS-A) استفاده شد. پرسشگران که بهروزان مراکز بهداشتی- درمانی و خانه های بهداشت محل پژوهش بودند در یک جلسه توجیهی با موضوع، هدف و اهمیت تحقیق و شرایط شرکت کنندگان در پژوهش آشنا شدند و به آنها آموزش های لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه ها داده شد. تکمیل پرسشنامه در مراکز بهداشتی- درمانی و خانه های بهداشت محل پژوهش با دعوت بهروزان از سالمندان انتخاب شده در نمونه، به صورت حضوری انجام گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36¹: نسخه نهایی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در سال ۱۹۹۰ ارائه شده است و در حال حاضر به علت کوتاهی و جامع بودن از پر کاربردترین ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در دنیا است (۲۶). این پرسشنامه از هشت زیر مقیاس تشکیل شده است که چهار زیر مقیاس این پرسشنامه سلامت جسمانی و چهار زیر مقیاس آن سلامت روانی را اندازه گیری می کنند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می آید. برای به دست آوردن نمره هشت زیر مقیاس نمره سوالات مربوط به هر زیر مقیاس جمع زده می شود و سپس تقسیم بر تعداد سوالات می گردد. چنانچه معیار صفر تا ۱۰۰ را که مربوط به پرسشنامه حاضر می باشد در نظر بگیریم می توان میانگین ۵۰ با انحراف معیار ۱۰ را به عنوان شاخص هنجار جامعه و شاخص قابل قبول و منصفانه برای وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفت (۲۷). اسحاقی و همکاران در سال ۲۰۰۶ روایی و پایایی این پرسشنامه را برای سالمندان ایرانی به روش ثبات درونی بالای ۷۰ درصد و ضریب آلفای کرونباخ ۷۰ درصد گزارش نمودند (۱۱). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه فوق به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برآورد شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس (SS-A)^۲: پرسشنامه ارزیابی حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هلی، تامسون، ویلیامز و استوارت^۳ (۱۹۸۶) تهیه شده است (۲۸). ساختار نظری این مقیاس بر حمایت اجتماعی استوار است؛ و حمایت اجتماعی را می توان میزان برخورداری از محبت و مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف نمود. این مقیاس دارای ۲۳ ماده است که سه بخش خانواده، دوستان و سایرین را در بر می گیرد. از ۲۳ سوال این مقیاس، ۸ سوال به خرده مقیاس خانواده، ۷ سوال به خرده مقیاس دوستان و ۸ سوال به خرده مقیاس سایرین اختصاص یافته است. نحوه نمره گذاری نیز بدین شکل بود که هر گویه از کاملاً مخالف نمره ۱ و کاملاً موافق نمره ۴ دریافت می کرد و در برخی گویه ها نمره گذاری بر عکس بود. در این مقیاس با افزایش نمره افراد، نمره آن ها در عامل کلی حمایت اجتماعی افزایش نشان می دهد. علاوه بر این، از حاصل جمع نمره افراد در سوالات هر مقیاس، نمره کلی افراد در هر یک از زیر مقیاس های سه گانه به دست می آید. دامنه نمرات حاصل از این مقیاس، ۲۳ تا ۹۲ می باشد. امتیازات بین ۳۹ تا ۵۶ بیانگر حمایت اجتماعی پایین، امتیازات بین ۵۷ تا ۷۴ نشان دهنده حمایت اجتماعی متوسط و امتیازات بین ۷۵ تا ۹۲ دارای حمایت اجتماعی بالا در نظر گرفته شد. این آزمون را ابراهیمی قوام در سال ۱۳۷۰ به فارسی ترجمه کرده و روی ۳۰۰ آزمودنی اجرا نموده است. او آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ و پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش نمود (۲۹). اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و شاخص های مرکزی و پراکندگی، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون دانکن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

1. Short Form Survey Instrument (SF-36)
1. Social Support Appraisals (SS-A)
2. Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams & Stewart

یافته ها:

جدول شماره ۱- توصیف ویژگیهای جمعیت شناختی با وضعیت حمایت اجتماعی سالمندان شرکت کننده در مطالعه

Table 1 - Description of demographic characteristics with the status of social support of the elderly participating in the study

متغیرها	حمایت اجتماعی	تعداد	درصد
جنس	مرد	۶	۲/۵
	کم	۸۸	۳۶/۴
	متوسط	۱۴۸	۶۱/۲
زن	مرد	۶	۲/۹
	کم	۱۰۸	۵۱/۹
	متوسط	۹۴	۴۵/۲
وضعیت تاهل	دارای همسر	۷	۲/۲
	کم	۱۲۲	۳۷/۸
	متوسط	۱۹۴	۶۰/۱
بی همسر	کم	۵	۳/۹
	متوسط	۷۴	۵۸/۳
	زیاد	۴۸	۳۷/۸
محل سکونت	شهر	۱۰	۴/۰
	کم	۱۰۸	۴۳/۲
	متوسط	۱۳۲	۵۲/۸
روستا	کم	۲	۱/۰
	متوسط	۸۸	۴۴/۰
	زیاد	۱۱۰	۵۵/۰

بر اساس نتایج جدول شماره ۱، مردان سالمند نسبت به زنان، افراد دارای همسر نسبت به سالمندان بی همسر و سالمندان روستایی نسبت به شهرنشینان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند.

جدول شماره ۲- توصیف نمرات کل و ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی ۴۵۰ نفر از سالمندان شرکت کننده در مطالعه

Table 2 - Description of total scores and eight dimensions of quality of life of 450 elderly participants in the study

ابعاد	نمره (میانگین \pm انحراف معیار)
عملکرد جسمی*	۵۵/۳۱ \pm ۰/۲/۱
اختلاف نقش بخاطر سلامت جسمی*	۴۵/۴۳ \pm ۷۸/۱
اختلاف نقش بخاطر سلامت هیجانی**	۴۱/۴۴ \pm ۷۹/۴
انرژی / خستگی***	۵۰/۲۰ \pm ۲۸/۷
بهبودی هیجانی**	۶۳/۱۹ \pm ۲۱/۱
کارکرد اجتماعی**	۵۹/۲۷ \pm ۹۷/۱
درد*	۵۶/۲۸ \pm ۶۸/۳
سلامت عمومی*	۴۵/۲۱ \pm ۱۵/۶
مجموع ابعاد جسمانی	۵۰/۲۶ \pm ۸۷/۴
مجموع ابعاد روانشناختی	۵۴/۲۱ \pm ۴۶/۱
کل	۵۲/۲۲ \pm ۰/۷/۷

* زیر مقیاس سلامت جسمی

** زیر مقیاس سلامت روانی

در این مطالعه، بالاترین میانگین نمره مربوط به زیر مقیاس بهزیستی هیجانی بوده و پایین ترین آن، به بعد اختلاف نقش بخاطر سلامت هیجانی اختصاص یافته است. میانگین نمره مجموع اجزاء بعد روانشناختی از میانگین نمره مجموع اجزاء بعد جسمانی بالاتر می باشد. میانگین نمره کلی ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی $۵۲/۰۷ \pm ۲۲/۷$ بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳- توصیف و مقایسه نمره کلی کیفیت زندگی سالمندان با حمایت اجتماعی و ابعاد آن

Table 3 - Description and comparison of the overall quality of life of the elderly with social support and its dimensions

نمره کلی کیفیت زندگی (میانگین \pm انحراف معیار)	فراوانی	سطوح	حمایت اجتماعی و ابعاد آن sig F
30.7 ± 57.2^b	۴	کم	حمایت اجتماعی از طرف خانواده
۸/۳۷۱	۷۶	متوسط	۰/۰۰۰
53.23 ± 95.1^a	۳۷۳	زیاد	
43.23 ± 31.9^b	۲۷	کم	حمایت اجتماعی از طرف دوستان
۶/۰۴۳	۲۳۰	متوسط	۰/۰۰۰
55.24 ± 94.4^a	۱۹۳	زیاد	
37.21 ± 14.2^b	۲۱	کم	حمایت اجتماعی از طرف سایرین
۸/۴۹۴	۲۲۲	متوسط	۰/۰۰۰
55.23 ± 79.0^a	۲۰۷	زیاد	
32.16 ± 0.14^b	۱۲	کم	حمایت اجتماعی (کلی)
48.21 ± 0.61^a	۱۹۶	متوسط	
56.23 ± 31.2^a	۲۴۲	زیاد	۰/۰۰۰ ۱۲/۵۴۷

نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که بین کیفیت زندگی سالمندان بر حسب سه سطح برخورداری از حمایت اجتماعی و ابعاد آن (حمایت از طرف خانواده، دوستان و سایرین) تفاوت معنی داری وجود دارد (Sig=۰/۰۰۰) و با افزایش سطوح حمایت اجتماعی، بر میزان کیفیت زندگی سالمندان نیز افزوده شده و کیفیت زندگی سالمندان با حمایت اجتماعی بیشتر از سایر افراد بهتر می باشد. اما خروجی F محل تفاوت را نشان نمی دهد. لذا برای پیدا کردن محل تفاوت از آزمون دانکن استفاده شده است. نتایج نشان می دهد که بین کیفیت زندگی سالمندانی که از طرف خانواده و دوستان در سطح کم و متوسط حمایت می شوند تفاوت معنی داری وجود ندارد. در مقابل کیفیت زندگی سالمندانی که از طرف خانواده و دوستان در سطح کم و زیاد حمایت می شوند تفاوت معنی داری وجود دارد. بین کیفیت زندگی سالمندانی که از طرف سایرین در کم و بالا حمایت می شوند تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین بین کیفیت زندگی سالمندانی که از حمایت اجتماعی در سطح متوسط و زیاد برخوردارند تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول شماره ۴- توصیف و مقایسه نمره زیر مقیاس های (سلامت جسمی و روانی) کیفیت زندگی سالمندان با حمایت اجتماعی

Table 4 - Description and comparison of sub-scores (physical and mental health) quality of life of the elderly with social support

F	نمره زیر مقیاس های کیفیت زندگی (میانگین ± انحراف معیار)	فروانی	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی sig
	۳۳/۱۵ ± ۳۹/۷ ^b	۱۲	کم	مجموع ابعاد جسمانی
۱۷/۲۰۹	۵۰/۱۹ ± ۰۵/۰ ^a	۱۹۶	متوسط	۰/۰۰۰
	۵۹/۲۱ ± ۰۸/۶ ^a	۲۴۲	زیاد	
	۳۱/۱۸ ± ۲۹/۶ ^b	۱۲	کم	مجموع ابعاد روانشناختی
	۴۷/۲۵ ± ۰۵/۲ ^a	۱۹۶	متوسط	۰/۰۰۰
	۵۴/۲۶ ± ۹۴/۸ ^a	۲۴۲	زیاد	۸/۵۲۳

نتایج تحلیل واریانس نشان می دهد که بین زیر مقیاس های (جسمانی و روانی) کیفیت زندگی سالمندان و سه سطح برخورداری از حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد (sig=۰/۰۰۰) و با افزایش سطوح حمایت اجتماعی، بر میزان ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی سالمندان نیز افزوده می شود. اما خروجی F محل تفاوت را نشان نمی دهد. لذا برای پیدا کردن محل تفاوت از آزمون دانکن استفاده شده است. نتایج نشان می دهد که بین زیر مقیاس (سلامت جسمی و روانی) کیفیت زندگی سالمندان و حمایت اجتماعی در سطوح متوسط و زیاد تفاوت معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و سایرین بر کیفیت زندگی ساکن در خانواده انجام شده است. یافته های توصیفی نشان داد که میانگین نمره کلی وضعیت کیفیت زندگی در این تحقیق ۵۲/۰۷ و در محدوده قابل قبول متوسطی در یک مقیاس صفر تا ۱۰۰ قرار دارد. بهترین وضعیت مربوط به بهزیستی هیجانی و بدترین وضعیت مربوط به اختلاف نقش بخاطر سلامت هیجانی بوده است. در مطالعه بابک و همکاران که بر روی کیفیت زندگی ۶۳۷ نفر از سالمندان شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه SF-36 انجام گرفت، کیفیت زندگی نمونه ها در حد متوسط به دست آمد (۱۲). و این در

حالی است که در مطالعه زحمتکشان و همکاران بر روی کیفیت زندگی ۳۵۰ نفر از سالمندان شهر بوشهر با استفاده از پرسشنامه SF-36، میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه‌ها کم‌تر از ۵۰ می‌باشد (۱۳). که این تفاوت، می‌تواند مربوط به مکان انجام مطالعه باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر سالمندان شرکت کننده از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند. در مطالعه ایزدی و همکاران که جهت بررسی وضعیت حمایت اجتماعی ۲۸۱ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز توان بخشی روزانه در استان مازندران با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی محقق ساخته انجام گرفت، حمایت اجتماعی نمونه‌ها در حد بالاتر از متوسط بود (۳۰). و این در حالی است که در مطالعه زحمتکشان و همکاران بر روی حمایت اجتماعی ۳۵۰ نفر از سالمندان شهر تبریز با استفاده از پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (Mspss) که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است میانگین نمره حمایت اجتماعی نمونه‌ها در سطح متوسط می‌باشد (۲۴). یکی از نتایج قابل توجه تحقیق، دریافت مقادیر بالاتری از حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده در مقایسه با دوستان و سایرین است. مطالعه امامی نایینی و همکاران بر روی حمایت اجتماعی ادراک شده ۵۸۰ نفر از سالمندان در شهر تهران با استفاده از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده انجام گرفت، میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده از خانواده نسبت به دو بعد دیگر (دوستان و افراد خاص) بیشتر است (۵). حمایت از طرف خانواده یکی از مهم ترین منابع حمایت اجتماعی سالمندان در شهرستان آمل است به طوری که تقریباً ۸۳ درصد از سالمندان در حد زیاد از حمایت خانواده برخوردارند که این میزان تقریباً دو برابر حمایت از طرف دوستان و سایرین می‌باشد. به نظر می‌رسد فضای صمیمی خانواده در جامعه مورد بررسی بخصوص در مناطق روستایی هنوز هم منبع ارزشمندی برای حمایت اجتماعی محسوب می‌گردد.

نتایج حاکی از آن است که حمایت های اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شود. افرادی که از نظر حمایت اجتماعی در سطح بالاتری بودند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. یافته های تحقیق حاضر نشان داد که سلامت روانی و سلامت جسمانی سالمندان با افزایش تصور آنان از میزان حمایت های دریافتی از سوی خانواده، دوستان و سایرین وضعیت مطلوب تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان و سلامت جسم آن ها به خطر می‌افتد. حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد به لحاظ روانی احساس بهتری داشته باشد و حتی آلام جسمانی را بهتر تحمل نماید و درک مثبت تری از کیفیت زندگی و سلامت خود به دست آورد. این یافته ها تایید کننده نظر فلمینگ و باوم^۱ از نظریه پردازان مدل تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی است. ایشان بر این ایده تاکید می‌ورزند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و سلامت، یک رابطه مستقیم خطی وجود دارد (۳۱). همچنین در مطالعات مشابه نیز این رابطه به دست آمده است (۱، ۹، ۲۱، ۲۲، ۳۳، ۳۲). بر اساس مطالعه باباپور و همکاران جهت بررسی حمایت اجتماعی و احساس رضایت مندی که بر روی ۱۵۰ نفر از سالمندان ساکن در آسایشگاه های شهر تهران با استفاده از پرسشنامه فیلیپس انجام گرفت، دریافت حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و آشنایان می‌تواند میزان رضایت مندی از زندگی در میان سالمندان ساکن آسایشگاه را ارتقاء بخشد (۳۴). در مطالعات گلنگهر و لاندریگان^۲ هم نشان داده است که سالمندانی که به شبکه های اجتماعی فعال متصل می‌شوند و حمایت اجتماعی غیر رسمی را دریافت می‌کنند، سلامت ذهنی و جسمی بهتری نسبت به آنهایی که کمتر با دیگران در ارتباط هستند، دارند و همچنین حمایت اجتماعی غیررسمی عامل مهمی در سالمندی موفقیت آمیز به شمار می‌آید.

1. Fleming & Baum
2. Gallagher & Iondrigan

رود که این حمایت به طور سنتی به عنوان حمایت از طرف خانواده، دوستان و آشنایان در نظر گرفته شده است (۳۵). بر اساس نظریه مازلو^۱، انسان ها به تعلق داشتن و پذیرفته شدن از سوی اطرفیان احتیاج دارند. افراد همچنین نیاز دارند که دیگران آن ها را دوست داشته باشند و در نبود چنین پذیرفته شدنی احتمال دارد که در معرض احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی یا افسردگی و دیگر مشکلات عاطفی قرار گیرند (۳۶).

از جمله مهم ترین محدودیت های این تحقیق ویژگی های خاص جامعه آماری بوده بدین معنی که سالمندان به دلیل شرایط فیزیکی خاص ناشی از پدیده پیری، مانند کم شنوایی، کم توانی جسمانی، کم حوصلگی و خستگی زود هنگام، پرسشگران را در گردآوری اطلاعات با مشکلاتی روبرو می کردند و برای کسب اطلاعات در برخی موارد زمان زیادی صرف مصاحبه می گردید. پژوهش حاضر فقط محدود به سالمندان شهرستان آمل می باشد. بنابراین تعمیم آن به سالمندان سایر شهرستان ها و جوامع دیگر با مشکل مواجه است. پیشنهاد می شود پژوهش هایی مشابه با این طرح پژوهشی در سایر شهرستان ها و نقاط دیگر کشور نیز صورت گیرد و همچنین پیشنهاد می گردد کیفیت زندگی سالمندان را با متغیرهای دیگری مانند مشارکت اجتماعی، امیدواری به زندگی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی، ورزش، عوامل جمعیت شناختی و نظایر آن، مورد سنجش و آزمون قرار گیرد. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر، کیفیت زندگی سالمندان در شهرستان آمل اندکی بیشتر از حد متوسط بود، لذا شناخت عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مطلوب بسیار ضروری است تا بتوان بر اساس آن برنامه ریزی مناسبی برای این گروه سنی انجام داد. از سوی دیگر، همانگونه که در نتایج تحقیق مشاهده شد بیشترین بار حمایتی از سالمندان به عهده خانواده است. با توجه به پیچیدگی های جامعه امروز و سبک زندگی نوین توصیه می شود به گونه ای برنامه ریزی شود که سایر اعضای شبکه اجتماعی خصوصا سازمان های حمایتی و سازمان های مردم نهاد، بخشی از وظیفه حمایت را در کنار خانواده به عهده بگیرند. با آگاهی دادن به خانواده ها در درجه اول و سپس به سایر اعضای شبکه اجتماعی سالمندان می توان از آنها انتظار داشت که بتوانند گامی مهم در راه سلامت و زندگی با کیفیت تر سالمندان بردارند. در آخر به این نکته اشاره می کنم که یافته های این پژوهش برای برنامه ریزان بهداشتی قابل استفاده است. همچنین ممکن است برای آموزش دانشجویان و اهداف پژوهشی مفید باشد.

سپاسگزاری:

این مطالعه از رساله دکتری تخصصی استخراج شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز بهداشت شهرستان آمل، پرسنل مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت منتخب و کلیه سالمندان شرکت کننده در مطالعه که در اجرای این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر می گردد. این طرح با کد اخلاق IR MAZUMS. REC.96.d101 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران تأیید شده است.

منابع:

1. Hosseini A. Mjdy A. Hassani GH. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. *Journal of Gerontology (joge)*, 2016;1(2): 10-18. (Persian).
2. Mellor D. Russo S. McCabe MP, et al. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: implementation and qualitative evaluation. *J Gerontol Nurs*. 2008; 34(9): 9: 8-15.
3. Najafi M. Baseri A. Relationship of Perceived Social Support and Self-actualization with Life Expectancy in the Elderly in Tehran. *J Educ Community Health*. 2018; 1(4): 56-64. (Persian).
4. World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/en/htm>. (Accessed 20 Jun. 2011).
5. Emaminaeini M. Bakhtiyar M. Hatami H, et al. Depression and Perceived Social Support in the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 2017; 1(12): 192-207. (Persian).
6. Abdollahi F. Mohammadpour RA. Health Related Quality of life among the Elderly Living in Nursing Home and Homes. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2013; 23(104): 20-25. (Persian).
7. Ritsner, Michael S. Comparison of instruments for measuring the quality-of-life impairment syndrome in severe mental disorders In: Ritsner MS, Awad AG. (eds) *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders*. Dordrecht, Springer, 2007
8. Nejat S. Quality of Life and its Measurement. *IRJE*, 2008; 4(2): 57-62. (Persian).
9. Saber M & Nosratabadi M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *Journal of Health & Development*, 2014; 3(3): 189-199. (Persian).
10. Lee TW. Ko S. Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 2006; 43(3): 293-300.
11. Fazli M. Kaldi AR, Seyedmirzaye SM. Quality of Life and Related Demographic Factors among Elderly in Amol, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2019; 29(178): 64-74. (Persian).

12. Babak A. Daneshpajunejad P. Davari S, et al. Quality of Life among the Elderly under the Protection of Health and Treatment Centers in Isfahan Provance, Iran, and its Relationship with Depression and Body Mass Index. *J Isfahan Med Sch*, 2016; 34(393): 885-892 (Persian).
13. Zahmatkeshan N. Bagherzadeh R. Akaberian S, et al. Assessing Quality Of Life and Related Factors in Bushehr's Elderly People. *J Fasa Univ Med Sci*, 2012;2(1): 53-58. (Persian).
14. Oritt EJ. Paul SC. Behrman JA. The perceived support network inventory. *Am J Community Psychol*, 1985; 13(5): 565-82.
15. Brownell A. Shumaker SA. Social support: An introduction to a complex phenomenon. *J Soc Issues*, 1984; 40(4): 1-9.
16. Gerard JM. Landry L. Roe JG. Grandparents raising grandchildren: the role of social support in coping with caregiving challenges. *Int J Aging Hum Dev*, 2006; 62(4): 4:359-83.
17. Sarafino E. *Health Psychology*, 7rd ed, NewYork. John Wiley & Sons, 2014
18. Abazari f. Lakzaei H. Jahani Y, et al. The Survey of relationship between social support with mental health of students in kerman medical university. *Journal of Medicine and Cultivation*, 2015; 24(2): 18-9. (Persian).
19. Koshesi M. Saeedi AA. Paravai Hara Dasht S. The impact of informal social support on retirees' quality of life as a social issue. *Iranian Journal of Social Issues*, 2013; 4(1): 109- 130. (Persian).
20. Mousavi M & Mostafaei A. Analysis of the Quality of Life of Retired Elderly in Tehran (with Emphasis on Formal and Informal Social Support). *Welfare Planning and Social Development Quarterly*, 2011; 2(7): 137-163. (Persian).
21. Moradi A. A Meta-Analysis of Researches on the Relationship between Social Support and Quality of Life in Iranian Elders. *J Health Syst Res*, 2017, vol 12, No, 4: 406-413. (Persian).
22. Garousi S. Safizadeh H. Samadian F. The Study of Relationship between Social Support and Quality of Life among Elderly People in Kerman. *Jundishapur Sci Med J*, 2012; 1(3): 303-315. (Persian).
23. Unalan D. Gocer S. Basturk M, et al. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *Eur Geriatr Med*, 2015; 6(4): 319-324.
24. Aghayari hir T. ghasemzade D. Ebrahimi Orang A. A study of relationship between social support and health-related quality of life among elderly people in Tabriz. *joge*, 2017; 2(1): 20-28. (Persian).

25. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults Case study. Azarshahr. Journal of Gerontology (joge), 2016; 1(1): 40-47. (Persian).
26. Mohammadianna M. Foroughan M. Rasafiani M, et al. Evaluation of Visual Function and its Correlation with Quality of Life in Elderly as Service Users of Bushehr State Clinics. Salmand: Iranian Journal of Ageing, 2012; 7(27): 16-26 (Persian).
27. Ahmadi F. Salar A. Faghihzadeh S. Survey of quality of life of elderly people in Zahedan. Life magazine, 2004; 10(22): 61- 67. (Persian).
28. Haghshenas I. The mediating role of social support in predicting general health based on emotional control in mothers of children with cancer. Contemporary Psychology, 2017; 12(1): 85-98. (Persian).
29. Alipour A. The Relationship between Social Support and Immunity Indicators in Healthy Individuals: A Study of the General Impact Model. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2006; 12(2): 134-139. (Persian).
30. Izadi S. Khomehvar A. Aram SS, et al. Social Support and Quality of Life of Elderly People admitted to Rehabilitation Centers. J Mazand Univ Med Sci, 2013; 23(105): 105: 101-109. (Persian).
31. Alipour F. Sajjadi H. Forouzan A, et al. The role of social support in the quality of life of the elderly. Social Welfare Quarterly, 2009; 9(33): 147- 165. (Persian).
32. Hosseiniesar M. Zanjani H. Seyed Mirzaie SM, et al. Study of Quality of Life of the Elders in Gilan and Its Effective Factors. Journal of Iranian Social Development Studies, 2018; 10(1): 75-88. (Persian).
33. Naseh L & Heidari M. Relationship Between General Self-Efficacy and Quality of Life Among Elderly Living in Chaharmahal Bakhtiari Nursing Homes. Salmand: Iranian Journal of Ageing, 2015; 10(1): 62-71. (Persian).
34. Babapour M, Raheb G, Eghlima M. The Relationship between Social Support and Life Satisfaction among Elderly Nursing Home Residents in Tehran. S A L M A N D, 2014; 9(1): 6-12. (Persian).
35. Gallanger LP. Truglio-londrigan M. Community support, older Adult's perceptions. Clin Nurse Res, 2004; 13(1): 3-23.
36. Yazdanpour F & Sam Aram E. Factors Related to Quality of Life (Elderly City of Khomein). Journal of Welfare Planning and Social Development, 2011; 3(6):45- 63. (Persian).