

The Relationship between Life Satisfaction with Social Support and Self-efficacy in Community-dwelling Elderly in Sari, Iran, 2012

Masoumeh Bagheri-Nesami¹,
Maryam Sohrabi²,
mohammad-Javad Ebrahimi³,
Jabbar Heidari-Fard⁴,
Javad Yanj³,
Samira Golchinmehr³

¹ Assistant Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² MSc in Intensive Care Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

³ BSc Student in Nursing, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Lecturer, Nasibeh Nursing and Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 9, 2013 ; Accepted May 19, 2013)

Abstract

Background and purpose: Population aging and advancing longevity is one of the achievements of the present century. Life satisfaction is considered as a typical sign of a successful adaptation to changes in various life situations. It seems that self-efficacy and social support may be associated with life satisfaction. There are limited publications in this field, so this study was done to investigate the relationship between life satisfactions, self-efficacy and social support in community-dwelling elderly in Sari, north of Iran.

Materials and methods: In this descriptive-analytic study 129 elderly who agreed to participate were randomly selected from 10 health centers in Sari. The samples who aged more than 60 years of old were included and exclusion criteria were having incurables disease such as cancer, dementia, and severe psychological diseases. The data was collected using demographic questionnaires, Ed Diener life satisfaction, social support and self-efficacy questionnaires. To analyze the data SPSS V. 16 was applied.

Results: The mean age of the elderly and life satisfaction were 67.86 ± 7.49 and 20.64 ± 8.36 , respectively. We observed a significant correlation between life satisfaction and demographic variables such as economic status ($P=0.002$) and home status ($P=0.01$). Total average of social support and self-efficacy were 25.08 ± 5.98 , 24.35 ± 7.55 , respectively. This study found a significant association between life satisfaction with social support ($r=0.44$, $P=0.001$) and self-efficacy ($r=0.49$, $P=0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, there is a direct relationship between life satisfaction, social support, and self-efficacy. Life satisfaction in elderly can be increased by strengthening the support, independence and dignity of older people, thereby improving their social support and self-efficacy conditions.

Keywords: Life satisfaction, social support, self-efficacy, community-dwelling elderly

بررسی رابطه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری در سال ۹۱

معصومه باقری نسامی^۱
مریم سهرابی^۲
محمدجواد ابراهیمی^۳
جبار حیدری فرد^۴
جواد ینج^۳
سمیرا گلچین مهر^۳

چکیده

سابقه و هدف: افزایش طول عمر و فزونی جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن حاضر است. رضایت از زندگی به عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری موفقیت آمیز فرد با تغییر در موقعیت‌های گوناگون زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی ارتباط داشته باشد. با توجه به مطالعات کم در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی رابطه رضایت از زندگی با خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در سالمندان ساکن منازل شهر ساری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی می‌باشد. از ۲۰ مرکز بهداشت شهرستان ساری ۱۰ مرکز بهداشت به صورت تصادفی انتخاب و از این مراکز ۱۲۹ سالمند با رضایت شخصی وارد مطالعه شدند. معیار ورود شامل سن بالای ۶۰ سال و معیار خروج شامل ابتلاء به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان، بیماری روانی شدید، ابتلا به زوال عقل، آلزایمر می‌باشد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چهار پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی، پرسشنامه حمایت اجتماعی و پرسشنامه رضایت از زندگی داینر بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و به کمک آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی)، آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس داده‌ها میانگین سنی سالمندان $67/86 \pm 7/49$ و میانگین رضایت از زندگی $20/64 \pm 8/36$ بود که با متغیرهای دموگرافیکی مانند وضعیت اقتصادی ($p=0/002$) و وضعیت منزل ($p=0/01$) ارتباط معنی‌دار داشت. میانگین حمایت اجتماعی کلی $25/08 \pm 5/98$ و میانگین خودکارآمدی $24/35 \pm 7/55$ به دست آمد و با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی ($p=0/001$, $r=0/44$) و خودکارآمدی ($p=0/001$, $r=0/49$) ارتباط معنی‌داری داشت.

استنتاج: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی رابطه مستقیم دارد. لذا از طریق تقویت حمایت، استقلال و حرمت‌گذاری به سالمندان و به تبع آن با بهبود وضعیت حمایت اجتماعی و خودکارآمدی می‌توان رضایت‌مندی سالمندان را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سالمند ساکن منزل

مقدمه

نزدیک با آن رو به رو خواهند شد (۱). سالمندی دوران حساسی از زندگی است و توجه به مسایل و نیازهای

سالخورده‌گی جمعیت، پدیده‌ای است که برخی از جوامع با آن رو به رو شده و برخی دیگر نیز در آینده

E-mail:Heydari347@yahoo.com

مؤلف مسئول: جبار حیدری فرد - ساری: خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه

۱. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. مربی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۲۰ تاریخ انجام اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۲/۲۹

جسمی و روانی می‌شود (۱۲). با این که تحقیقات مختلف انجام شده و اهمیت این موضوع را بیان می‌کنند ولی هنوز ابهامات و سوالاتی در مورد اهمیت ارتباط حمایت اجتماعی با رضایت‌مندی وجود دارد. مانند این که حمایت کردن بیمار ممکن است استقلال وی را کاهش دهد (۱۳). البته استقلال دارای مفهومی چند بعدی است و شامل مضامینی مانند خود مدیریتی، سربرآوردن، استقلال مالی و زندگی مستقل در دوران سالمندی می‌باشد (۱۴). با توجه به صنعتی شدن جوامع امروزی و تغییر فرهنگ به طرف نگهداری افراد در سرای سالمندان و کم شدن میزان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند در میزان رضایت فرد از زندگی تأثیر بگذارد. در ایران مطالعاتی در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی انجام شده که هر کدام از آنان با توجه به فرهنگ‌های مختلف افراد اعداد متفاوتی به دست آوردند (۱۵، ۳). هم‌چنین در برخی از مطالعات خارجی میزان حمایت اجتماعی بالاتر از ایران گزارش شده است (۱۶، ۱۷).

از عوامل تأثیر گذار دیگر بر رضایت از زندگی خودکار آمدی^۳ است که در واقع باورهای خودکار آمدی تعیین می‌کنند که انسان‌ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند، هنگام برخورد با دشواری‌ها تا چه مدت مقاومت می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه نرمش پذیرند (۱۸، ۱۹). باور خودکار آمدی یک عامل حیاتی در موفقیت یا شکست در سراسر زندگی انسان محسوب می‌شود (۲۰، ۵). برای یک فرد سالمند هرچه استقلال و توانایی انجام کار بیش‌تر حفظ شود به دنبال آن احساس رضایت بیمار از زندگی بیش‌تر می‌شود و در صورت عدم برخورداری از خودکار آمدی، ناامیدی و پوچی بروز می‌کند (۱۵، ۲۱). در مطالعه بیان شده که خودکار آمدی سالمندی که در سرای سالمندان زندگی می‌کند کم‌تر از سالمند در منزل

این مرحله یک ضرورت اجتماعی است (۲). در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۰ حدود ۱۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۶ میلیون نفر خواهد رسید (۳). طبق آمار مذکور می‌توان گفت ایران در شرایط فعلی در حال گذر از جمعیت جوان به جمعیت میان‌سال است و به زودی به کشورهای با ترکیب جمعیتی پیر خواهد پیوست (۴). افرادی که در سنین کهنه‌ت و از کار افتادگی قرار می‌گیرند اکثراً مشکلات متعددی از قبیل تنهایی، بیماری جسمی، مشکلات اقتصادی و غیره را تجربه می‌کنند که این شرایط بر رضایت آن‌ها از زندگی تأثیر می‌گذارد. رضایت از زندگی^۱ به عنوان نشانه‌ای بارز از سازگاری بر ابعاد مختلف زندگی سالمندان است (۵) و در واقع بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (۶، ۷). رضایت از زندگی از عوامل مهم مطرح در رفاه فرد است و بررسی آن در سیستم‌های مراقبت بهداشتی به دلیل ارتباط تنگاتنگ بین سلامت جسم و روان و رضایت از زندگی، امری حیاتی محسوب می‌شود (۸). در واقع ارزیابی رضایت از زندگی در سالمندان اقدامی جهت ارزیابی اثربخشی ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به آن‌ها می‌باشد. عوامل بسیار زیادی مانند عوامل فردی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سلامت جسمانی بر میزان رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارند (۹).

از این جمله عوامل تأثیر گذار حمایت اجتماعی^۲ است که آن را به عنوان شبکه‌هایی از ارتباطات توصیف کردند که رفاقت، همکاری و تقویت احساسی را فراهم کرده و رفتارهای ارتقاء سلامتی را تسهیل می‌کند (۱۰). خانواده مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی و روابط بین فردی است (۱۱). آمار بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سالی که تنها زندگی می‌کنند، معمولاً بازنشسته شده‌اند و همین امر سبب بروز احساسات منفی نسبت به زندگی و بروز مشکلات

3. Self-efficacy

1. Life satisfaction
2. Social support

می‌باشد (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر نیز به این موضوع اشاره شده که ارتباط میان انجام فعالیت و خودکارآمدی و به دنبال آن استقلال و رضایت فرد بسیار ضعیف است (۲۳). این تناقضات سبب شد که در این مطالعه به بررسی ارتباط خودکارآمدی با رضایت از زندگی پرداخته شود.

با توجه به اهمیت موضوع رضایت‌مندی از زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان و از طرفی مطالعات اندکی که در این زمینه‌ها در ایران خصوصاً در مازندران انجام شده است، مطالعات گسترده‌تر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. به همین جهت این مطالعه با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با رضایت‌مندی از زندگی در سالمندان ساکن منازل شهر ساری انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در چارچوب مطالعه توصیفی تحلیلی انجام گرفت. از کل مراکز تحت پوشش شهر ساری (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) بصورت تصادفی ۱۰ مرکز انتخاب شد. بنا بر تعداد سالمندان هر مرکز (میانگین ۸۰ نفر سالمند که در لیست مراکز بهداشتی موجود بود) و با توجه به مطالعه‌ای مشابه در رشت که میانگین و انحراف معیار نمره رضایت از زندگی را $20/19 \pm 7/31$ اعلام کرده بود (۱۱) و با استفاده از فرمول

$$N = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times (7.31)^2}{(1.92)^2} = \frac{[2(1.9) + 2(1.9)]^2 \times s^2}{d^2} = 129$$

تعداد ۱۲۹ نفر سالمند با رضایت شخصی به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب و وارد مطالعه گشتند. معیار ورود شامل سن بالای ۶۰ سال (۲۵،۲۴) و معیار خروج ابتلاء به بیماری صعب‌العلاج مانند سرطان، بیماری روانی شدید، ابتلاء به زوال عقل، آلزایمر و ابتلاء به سایر بیماری‌های صعب‌العلاجی که شدیداً سالمند را وابسته به مراقبت می‌کند، بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل چهار پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، رضایت از زندگی،

حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک یک پرسشنامه خودساخته بوده که شامل مواردی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، شغل کنونی، وضعیت تأهل، داشتن منزل شخصی، مالکیت منزل، وجود بیماری مزمن، نحوه انجام فعالیت روزانه و انجام ورزش بود. پرسشنامه رضایت از زندگی که در این مطالعه به کار رفت بر اساس پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکارانش در سال ۱۹۸۵ بود که این مقیاس در ابتدای طراحی آن شامل ۴۸ گویه بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ گویه کاهش یافت. به خاطر شباهت معنایی بین ۱۰ گویه نسخه نهایی به ۵ گویه کاهش یافت. مقیاس پاسخ‌گویی به سوالات مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است (۲۶). امتیازبندی آن بین ۳۵-۵ می‌باشد (۱۵-۵ کم، ۲۶-۱۶ خوب، ۳۵-۲۷ زیاد). این مقیاس در کشورهای زیادی و به زبان‌های مختلفی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعه‌ای که معتمدی شلمزاری و همکارانش در سال ۱۳۸۱ با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر روی رضایت از زندگی، احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان بالاتر از ۶۰ سال کار کرده بودند، روایی و پایایی ابزار داینر مورد بررسی قرار گرفت که در مطالعه آن‌ها ضریب آلفا کرونباخ $0/84$ به دست آمد (۲۴). هم‌چنین در مطالعه‌ای دیگر که شیخی و همکارانش جهت روایی و پایایی این ابزار انجام دادند، بازآزمایی $0/77$ را کسب کرده است (۷). در مطالعه حاضر نیز ضریب آزمون همبستگی درون طبقه‌ای^۱ برابر $0/98$ به دست آمد ($p=0/001$ ، $ICC=0/98$).

پرسشنامه حمایت اجتماعی^۲ که در این مطالعه به کار گرفته شده بر اساس پرسشنامه حمایت اجتماعی بود که اولین بار در سال ۱۹۸۸ طراحی و مورد استفاده قرار گرفت (۲۷) و سپس در سال ۱۹۹۲ نیز در مطالعه‌ای دیگر

1. ICC: Inter Class Correlation

2. Multi-Dimensional Support Scale (MDSS)

دست آمد. امتیازات آن بین ۴۰-۱۰ می‌باشد (۲۰-۱۰ ضعیف، ۳۰-۲۱ متوسط و ۴۰-۳۱ خوب). در مطالعه حاضر ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برابر ۰/۹۴ برآورد شد ($p=0/0001$). بعد از مراجعه به درب منازل سالمندان و بیان اهداف مطالعه و اخذ رضایت کتبی از آنان جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها به کمک محقق تکمیل شد و سپس داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه شماره ۱۶ و به کمک آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی)، آزمون‌های کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها

محدوده سنی ۱۲۹ سالمندان بین ۹۲-۶۰ سال با میانگین سنی $67/86 \pm 7/49$ بود که در جدول شماره ۱ فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و همچنین ارتباط آن‌ها با رضایت از زندگی ارائه شد (جدول شماره ۱). از میان ۱۲۹ سالمند ۸۴/۵ درصد آنان حداقل مبتلا به یکی از بیماری‌های مزمن بودند. ۷۰/۵ درصد آنان فعالیت روزانه خود را به طور کاملاً مستقل انجام می‌دادند و ۶۴/۳ درصد آنان هیچ فعالیت ورزشی انجام نمی‌دادند. ۸۰/۶ درصد سالمندان منزل شخصی داشتند. از میان آن‌ها ۳۷/۲ درصد با همسر، ۱۰/۱ درصد با فرزند، ۲۵/۶ درصد تنها، ۲۷/۱ درصد با فرزند و همسر زندگی می‌کردند. منظور از وضعیت اشتغال، اشتغال فعلی سالمند می‌باشد که در حال حاضر ۳۷/۲ درصد بی‌کار بودند و از کل ۱۲۹ سالمند ۳۲/۶ درصد در گذشته شغل دولتی داشتند. از میان متغیرهای دموگرافیک وضعیت اقتصادی ($\chi^2=16/69$ ، $p=0/002$) و وضعیت مالکیت منزل ($\chi^2=11/59$ ، $p=0/01$) با رضایت از زندگی با استفاده از آزمون کای دو ارتباط معنی‌دار داشتند. با آزمون کای دو بین رضایت از زندگی با ابتلاء به بیماری‌های مزمن ($p=0/12$)، انجام فعالیت‌های روزانه به طور مستقل ($p=0/08$) و انجام ورزش روزانه ($p=0/44$) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

اصلاح و متکامل‌تر شد (۲۸) و در مطالعات مختلف به کار گرفته شد (۲۹). از این ابزار در گروه‌های سنی مختلف از جمله سالمندان به کار گرفته شده است (۳۰). گویه‌های این ابزار شامل حمایت اطلاعاتی، عملکردی و احساسی می‌باشد. این ابزار دارای دو بخش با مقوله‌های خانواده و دوستان و کادر پزشکی بوده است و قسمت اول ۶ گویه و قسمت دوم ۵ گویه دارد. هر گویه دارای سه گزینه می‌باشد. در بعد خانواده و دوستان امتیازات آن از ۱۸-۶ می‌باشد (۹-۶ ناکافی، ۱۳-۱۰ خوب، ۱۸-۱۴ زیاد). این ابزار در سال ۲۰۰۶ به عنوان تکلیف درسی دانشجویان روان‌شناسی بر روی ۳۱۴ سالمند با سن متوسط ۷۱/۶ سال صورت گرفت که در آن آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شد (۳۰) و در مطالعه حاضر نیز پایایی آن با روش ضریب همبستگی درون طبقه‌ای (ICC) برابر ۰/۹۴ برآورد شد ($p=0/0001$). در بعد کادر بهداشت و درمان بازه امتیازات آن ۱۵-۵ بود (۸-۵ ناکافی، ۱۲-۹ خوب، ۱۵-۱۳ زیاد) و نیز آلفای کرونباخ برای این بعد در مطالعه ای ۰/۸۸ گزارش شد (۳۰). در این پژوهش نیز ضریب آزمون همبستگی درون طبقه‌ای این بعد برابر ۰/۹۴ برآورد شد ($p=0/0001$). پرسشنامه خودکارآمدی که در این مطالعه به کار گرفته شد بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی می‌باشد و برای دو دهه است که کاربرد بین‌المللی دارد.

این پرسشنامه در دهه ۱۹۷۹ توسط شوارز و همکارش^۱ ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده و به کار رفته است (۲۲). این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال ۱۹۹۶ به فارسی ترجمه شده و در ایران نیز در مطالعات مختلفی هنجاریابی و اعتبار سنجی شده بود که ضریب آلفا کرونباخ در مطالعه معینی ۰/۸۱ (۳۱) و در مطالعه رجیبی ۰/۸۲ (۱۸) به

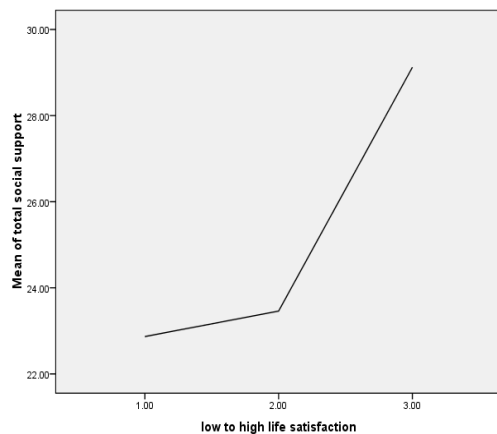
1. Schowars and et al

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک و ارتباط آن با رضایت از زندگی در سالمندان ساکن منازل شهر ساری ۱۳۹۱

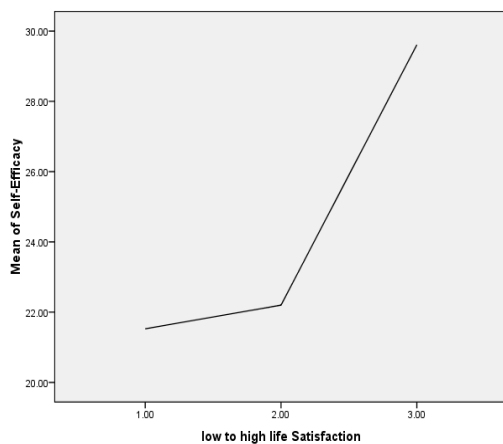
متغیرهای دموگرافیک	تعداد (درصد)	آزمون آماری (کای دو)	سطح معنی داری
جنسیت			
زن	۷۸ (۶۰/۵)	$\chi^2=0.115$	۰/۹۲
مرد	۵۱ (۳۹/۵)		
وضعیت تحصیلات			
بی سواد	۶۳ (۴۸/۸)	$\chi^2=5.79$	۰/۴۴
دیپلم	۵۸ (۴۵)		
دانشگاهی	۸ (۶/۲)		
وضعیت اشتغال فعلی			
بیکار	۴۸ (۳۷/۲)	$\chi^2=9.1$	۰/۱۶
آزاد	۸ (۶/۲)		
خانه دار	۷۳ (۵۶/۶)		
وضعیت اقتصادی			
بالا	۳ (۲/۳)	$\chi^2=16.69$	۰/۰۰۲
متوسط	۵۸ (۴۵)		
پایین	۶۸ (۵۲/۷)		
وضعیت تاهل			
متاهل	۸۲ (۶۳/۸)	$\chi^2=2.04$	۰/۷۲
مجرد	۰ (۰)		
مطلقه	۲ (۱/۶)		
بیوه	۴۵ (۳۴/۹)		
تعداد فرزند			
زیر ۴	۶۶ (۵۱/۱)	$\chi^2=1.96$	۰/۰۹
بالای ۴	۶۳ (۴۸/۹)		
وضعیت مالکیت منزل			
مستاجر	۲۵ (۱۹/۴)	$\chi^2=11.59$	۰/۰۰۳
مالک	۱۰۴ (۸۰/۶)		

جدول شماره ۲: میانگین و فراوانی نسبی طبقات خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان ساکن منازل شهر ساری ۱۳۹۱

حیطه ها	درصد	انحراف معیار \pm میانگین
خودکارآمدی	ضعیف	۳۲/۶
	متوسط	۴۸/۸
	خوب	۱۸/۶
بعد خانواده و دوستان	ناکافی	۱۳/۲
	خوب	۳۱/۸
	زیاد	۵۵
حمایت اجتماعی	بعد کادر درمانی	۱۴/۷
	خوب	۴۱/۱
	زیاد	۴۴/۲
کلی	خوب	۱۵/۵
	خوب	۳۳/۳
	زیاد	۵۱/۲
رضایت از زندگی	کم	۲۹/۵
	خوب	۱۳/۸
	زیاد	۳۱/۸



نمودار شماره ۱: رابطه بین حمایت اجتماعی کلی و رضایت از زندگی در سالمندان



نمودار شماره ۲: رابطه بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در سالمندان

میان حمایت اجتماعی در بعد خانواده و دوستان ($p=0/001$, $t=0/33$)، بعد کادر درمانی ($p=0/001$, $t=0/44$) و حمایت اجتماعی کلی ($p=0/001$, $t=0/44$) با رضایت از زندگی با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری مشاهده شد. بین رضایت از زندگی و خودکارآمدی با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/001$, $t=0/49$). درصد این متغیرها در جداول شماره ۲ ارائه شده است. نمودار شماره ۱ و ۲ نیز ارتباط میان خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی سالمندان را نشان می دهند. میانگین رضایت از زندگی سالمندان $20/64 \pm 8/36$ بود. میانگین حمایت اجتماعی کلی $25/08 \pm 5/98$ به دست آمد که این میانگین در بعد حمایت خانواده و دوستان $13/58 \pm 3/55$ و در بعد کادر بهداشت و درمان $11/49 \pm 3/31$ بود. میانگین خودکارآمدی سالمندان $24/35 \pm 7/55$ بود (جدول شماره ۲).

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه بیش تر افراد رضایت از زندگی در طبقه زیاد را کسب کردند. میانگین نمره رضایت مندی که سالمندان این مطالعه کسب کردند تقریباً مشابه با مطالعه‌ای است که در رشت (میانگین نمره رضایت از زندگی $7/31 \pm 20/19$) انجام شده است (۱۱). علت این تشابه می‌تواند مربوط به بافت محل زندگی سالمندان گیلان و مازندران باشد که از نظر فرهنگی و اجتماعی دارای شباهت هستند و این بافت فرهنگی می‌تواند به عنوان عامل مهم تأثیر گذار بر رضایت از زندگی باشد (۳۲).

از میان متغیرهای دموگرافیک سنجیده شده تنها وضعیت اقتصادی و وضعیت داشتن منزل با رضایت از زندگی از نظر آماری ارتباط معنی داری پیدا کردند. در مطالعه حاضر بیش تر افراد این مطالعه وضعیت اقتصادی پایینی داشتند. بر اساس نتایج سایر مطالعات، هرچقدر اوضاع اقتصادی سالمندان بهتر باشد به دلیل کاهش فشار بار مالی، میزان رضایت مندی آن‌ها از زندگی افزایش می‌یابد. سالخورده‌گانی که هزینه زندگی آنان بر عهده خودشان است، نسبت به سایر سالخورده‌گان از سلامت روانی و نیز رضایت بیش تری برخوردارند. داشتن وضع اقتصادی بهتر سبب می‌شود تا سالمندان در اداره امور زندگی خود توانا تر باشند و همین امر در حفظ استقلال آنان و به دنبال آن احساس رضایت از زندگی تأثیر گذار باشد (۳۳، ۱۵).

از دیگر متغیرهای دموگرافیک معنی دار با رضایت از زندگی در مطالعه حاضر داشتن منزل شخصی بود که بیش تر افراد مطالعه حاضر منزل شخصی با مالکیت خود داشتند. سالمندان دارای منازل شخصی رضایت بیش تری نسبت به سالمندان دارای منازل استیجاری از زندگی دارند و شاید دلیل این امر آن باشد که سالمندانی که مالک منزل خویش هستند احساس امنیت بیش تری به جهت داشتن سرپناهی دائم دارند (۱۵). خانه با خاطرات همراه آن، احساس امنیت، کنترل و هویت

شخصی را ایجاد می‌کند و نبود آن سبب بروز احساسات منفی در سالمند می‌شود و زمانی که سالمند به جای سرای سالمندان در منزل خود سکونت داشته باشد احساس ارزشمندی بیش تری دارد (۳۴). یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد بیش تر افراد مطالعه حاضر حمایت اجتماعی در طبقه زیاد را کسب کردند. نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعاتی که در این زمینه در ایران انجام شده مشابهت داشته و هرچه وضعیت حمایت از بیمار چه مادی و چه معنوی و چه اجتماعی بیش تر باشد رضایت سالمند از زندگی اش بیشتر می‌شود (۱۵). همچنین با تحقیقی که در نیویورک به بررسی ارتباط میان حمایت اجتماعی و احساس تندرستی پرداخته مشابهت دارد و هرچه حمایت اجتماعی بیش تر باشد به دنبال آن فرد احساس خوب بودن بیش تری داشته و لذت فرد و رضایت وی از زندگی بیشتر می‌شود (۱۷). سالمندانی که حمایت عاطفی بیش تری از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کنند احساس تنهایی کم تری دارند و یافته‌های مطالعه‌ای در این زمینه نشان می‌دهد که گسترش شبکه اجتماعی موجب کم شدن احساس تنهایی آنان می‌شود (۳۷-۳۵). احساس تنهایی با مشکلات روانی اجتماعی نظیر عزت نفس و شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف، مسائل روانی نظیر اضطراب و افسردگی و بروز مشکلات جسمانی همراه است (۳۷-۳۹). سالمندانی که در کنار خانواده‌های خود زندگی می‌کنند، به دلیل وجود شبکه‌های اجتماعی غنی تر و حفظ ارتباطات اجتماعی احساس رضایت مندی بیش تری در مقایسه با سالمندان ساکن در سرای سالمندان می‌کنند (۴۰). هم چنین نتایج مطالعات مؤید این امر است افراد مسنی که قادر باشند شبکه‌های ارتباطی شان را در طول دوره زندگی حفظ کنند، احساسی از کنترل زندگی و اعتماد به نفس در آن‌ها شکل می‌گیرد به نحوی که آن‌ها را قادر می‌کند مشاجرات اجتماعی، تنهایی یا جدایی از بستگان و دوستان را تحمل کنند (۴۱).

در مطالعه حاضر بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی نیز ارتباط معنی داری مشاهده شد که در مطالعه سایر محققین نیز همین امر حاصل شده است. همبستگی بین عوامل خانوادگی و دوستان با میزان رضایت در دوران سالمندی ارتباط دارد که این امر به خاطر این است که خانواده مهم ترین تکیه گاه افراد است که افراد برای دوران پیری بدان چشم امید دوخته اند و اگر در دوران کهنسالی به طور صحیحی این امر برقرار شود در رضایت مندی سالمند نقش به سزایی دارد (۴۲،۱۵).

در مطالعه کنونی بیش تر سالمندان خودکارآمدی متوسطی داشتند و از نظر آماری نیز میان خودکارآمدی با رضایت از زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت. میانگین نمره خودکارآمدی در این مطالعه بیش تر از مطالعه ای مشابه در تهران است که بر روی ۱۰۰ سالمند در مرکز سالمندان انجام شد (میانگین نمره خودکارآمدی $21/44 \pm 3/83$). این امر می تواند به خاطر مکان زندگی افراد و نحوه برخورد متفاوت با سالمندان در این دو شهر باشد (۲۲). هر چه میزان استقلال سالمند در انجام کارهای شخصی بیش تر باشد به دنبال آن رضایت بیش تری از زندگی حاصل می شود. نداشتن حق اختیار در انجام امور و وابستگی به دیگران سبب کاهش استقلال، خودکارآمدی، نارضایتی و افسردگی در فرد سالمند می شود (۴۳،۱۵). قرار دادن سالمند در سرای سالمندان به راحتی سبب وابستگی جسمی، عاطفی و اقتصادی می شود (۲۲). لذا با کاهش خودکارآمدی رضایت از زندگی سالمند نیز کاهش می یابد. به بیانی دیگر طبق نتایج سایر مطالعات به نظر می رسد هر چقدر سالمندان در رابطه با امور شخصی خود از استقلال عمل بیش تری برخوردار باشند، رضایت مندی آن ها از زندگی افزایش می یابد (۴۴،۱۵). علاوه بر این، رابطه مثبت خودکارآمدی و عملکردهای فیزیکی طی مطالعات مختلف مشخص گردید؛ به طوری که سالمندانی که تحت برنامه ارتقای خودکارآمدی قرار گرفته بودند، عملکرد فیزیکی بهتر

و رضایت بیش تری از زندگی داشتند. تأمین استقلال سالمندان در زندگی نیز از آن جا که حس اعتماد به نفس را در سالمندان تقویت نموده، امید به زندگی را در آنان بارور می سازد و احتمالاً موجب تضعیف احساس ناکامی و افسردگی و ایجاد احساس رضایت در آنان می شود. البته نیاز به استقلال در سالمندان به معنای طرد آن ها و در انزوا قرار دادن ایشان از جامعه نیست و ارائه این گونه حمایت ها هیچ گونه منافاتی با ارضای حس استقلال طلبی ایشان ندارد (۴۵،۱۵).

در مجموع در مطالعه حاضر میانگین نمره رضایت از زندگی به صورت زیاد گزارش شد و با متغیرهای زمینه ای (وضعیت اقتصادی و داشتن منزل شخصی با مالکیت اختصاصی)، حمایت اجتماعی در هر دو بعد و خودکارآمدی ارتباط مستقیم داشت. در این مطالعه بیش تر سالمندان خودکارآمدی متوسط و حمایت اجتماعی زیاد را گزارش کردند. با توجه به نتایج حاصله افزایش رضایت مندی سالمندان می تواند با تقویت حمایت های اجتماعی، افزایش استقلال آنان، حرمت گذاری در سطح خانواده ایجاد شود. بسیاری از سالمندان در مراجعات مکرر در منازل شخصی خود حضور نداشتند و محقق مجبور بود تا بر اساس لیست و آدرس موجود در مراکز بهداشتی شهری به اولین منزل سالمند بعد از این فرد در لیست مربوطه مراجعه کند که جز محدودیت ها یا عبارتی صعوبت مطالعه حاضر بود. همچنین در این مطالعه ارتباط رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی صرفاً در بیماران سالمندی که مبتلا به بیماری صعب العلاج مانند سرطان و ... نبودند، صورت گرفت. از محدودیت های دیگر استفاده از پرسشنامه عمومی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این مطالعه بود که اختصاصاً برای سنین سالمندی نبود. در رابطه با پیشنهادات جهت مطالعات بعدی بهتر است در راستای طراحی و توسعه ابزارهای متکامل تر رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی که مختص سالمندان است، مطالعات بیش تری انجام شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل یک طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره ۱۰۹ مورخ ۹۱/۵/۱۱ می باشد. از معاونت محترم

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت حمایت مالی این طرح تقدیر و تشکر می شود. همچنین بدین وسیله از همه سالمندانی که در این مطالعه شرکت داشتند سپاسگزاری می شود.

References

1. Majd M, Delavar B. Health program for elder. Tehran: Ministry of health and medical education; 2002 (Persian).
2. Masoudi R, Soleimani MA, Qorbani A, Hashemini MA, pour Dehkordi AH, Bahrami N. The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people. JQUMS 2010; 14(1): 57-64 (Persian).
3. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. Quality of life in elderly region 2 Tehran. Iranian Journal of Ageing 2008; 3(9): 75-83 (Persian).
4. Sharifzadeh G, Moudi M, Akhbari H. Investigating health status of older people supported by Imam Khomeini. (Salmand) Iranian Journal of Ageing 2010; 5(17): 52-60 (Persian).
5. Chang SH, Crogan NL, Wung SF. The self-care self-Efficacy Enhancement program for Chinese nursing home elders. Geriatr Nurs 2007; 28(1): 31-36.
6. BiShop A, Martin P, Poon L. Happiness and congruence in older adulthood: a Structural model of life satisfaction. Aging Ment Health 2006; 10(5): 445-453.
7. Sheikhi M, Houman HA, Ahadi H, Sepah-Mansour M. Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale. Thought and Behavior in Clinical Psychology 2010; 5(19): 15-25 (Persian).
8. Melendez JC, Tomas JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and Physical Dimensions Explaining Life Satisfaction among the elderly: a Structural Model Examination. Arch Gerontol Geriatr 2009; 48(3): 291-295.
9. Subasi F, Hayran O. Evaluation Of Life Satisfaction Index of the elderly People living In nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 2005; 41(1): 23-29.
10. Kwong WY, Kwan YH. Stress- Management methods of the community-Dwelling Elderly in long kong. J Geriatr Nurs 2004; 25(2): 102-106.
11. Niknamy M, Namjoo A, Baghaee M, Roshan Z. Survey the Relationship between Life Satisfaction and Health Behaviors in Elderly People Referring to Active Retire mental Centers. J Guilan Univ Med Sci 2010; 19(73): 46-54 (Persian).
12. Hoseini M, Rezaee A, Kheikhosravi-baeigzade Z. Comprasion between social support and life satisfaction with depression and welfare in male and femal elderly. Journal of The Women's Studies Research Society 2012; 2(4): 143-161 (Persian).
13. Bernard M, Phillipson C, Phillips J, Ogg J. Continuity and Change in the Family and Community Life of Older People. J Appl Gerontol 2001; 20(3): 259-278.
14. Darvishpour Kakhaki A, Abed Saeedi ZH, Delavar A, Saeed Alzakerin M. Autonomy in the elderly: A phenomenological study. Hakim Res J 2010; 12(4): 1-10 (Persian).

15. Gholizade A, Shiravani E. The relationship between demographic factors, economic, social and family with life satisfaction of the elderly in Esfahan. *Applied Sociology* 2010; 21(37): 69-82 (Persian).
16. Su D, Wu XN, Zhang YX, Li HP, Wang WL, Zhang JP, et al. Depression and social support between China' rural and urban empty-nest elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(3): 564-569.
17. Kim J, Nesselroade J. Relationships among social support, self-concept, and wellbeing of older adults: A study of process using dynamic factor models. *Int J Behav Dev* 2003; 27(1): 49-65.
18. Rajabi GR. Reliability and Validity of the General Self-Efficacy Beliefs Scale (GSE-10) Comparing the Psychology Students of Shahid Chamrin University and Azad University of Marvdasht. *New Thought Educate* 2006; 2(1): 111-122 (Persian).
19. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. The effects of family-based Interventions on Empowerment of the elders. *J Educ Health Promot* 2013; 2: 24-30 (Persian).
20. Lev E, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Sch Inq Nurs Pract* 2001; 15(3): 277-294.
21. AP Singh, Shukla A, Singh PA. Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. *Delhi Psychiatry Journal* 2010; 13(2): 314-321.
22. Toriki Y, Hajikazemi E, Bastani F, Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24(73): 55-62 (Persian).
23. Prodaniuk TR, Plotnikoff RC, Spence JC, Wilson PM. The influence of self-efficacy and outcome expectations on the relationship between perceived environment and physical activity in the workplace. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2004; 1(1): 1-11.
24. Motamedi shalmzari A, Ejee J, Azad fallah P, Kiamanesh A. The effect of social support on life satisfaction, general health and loneliness in elderly aged 60 and over. *Journal of psychology* 2002; 6(2): 115-133 (Persian).
25. Khalili F, Sam SH, Shariferad GH, Hassanzadeh A, Kazemi M. The Relationship between Perceived Social Support and Social Health of Elderly. *Journal of Health System Research* 2011; 7(6): 1-9 (Persian).
26. Gouveia V, Milfont TL, Fonseca P, Coelho J. Life Satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Soc Indic Res* 2009; 90: 267-277.
27. Neuling SJ, Winefield HR. social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med* 1988; 27(4): 385-392.
28. Winefield HR, Coventry BJ, Lewis M, Harvey E. Attitudes of breast cancer patients toward support group. *Journal of Psychosocial Oncology* 2003; 21(2): 39-54.
29. Avery J, Nyhof-Young J. Like a Cleansing fire: Exploring the impact of short-term support groups for women with breast cancer. *Journal of Psychological Oncology* 2003; 21(1): 27-51.
30. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M. social support and psychological well-being in young adults: the multi-dimensional

- support scale. *J Pers Assess* 1992; 58(1): 198-210.
31. Winefield H, Black A, Chur-Hansen A. Health Effects of Ownership of and attachment to companion Animals in an Older Population. *Int J Behav Med* 2008;15(4): 303-310.
 32. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdipour H. Perceived stress, self efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. *Soc Behav Personal* 2008; 36(2): 257-266.
 33. Ramachandran R, Radhika R. Socioeconomic Status and Life Satisfaction in Cross-Cultural Perspective: The Elderly in Japan and India. *International Journal of Humanities and Social Science* 2012; 2(16): 285-297.
 34. Harley K, Eskenazi B. Time in the United States, social support and health behaviors during pregnancy among women of Mexican descent. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 3048-3061.
 35. Salarvand SH, Abedi HA. The Elders' Experiences of Social Support in Nursing Home: A Qualitative Study. *Iran Journal of Nursing* 2008; 20(52): 39-50 (Persian).
 36. Ekwall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *J Adv Nurs* 2005; 49(1): 23-32.
 37. Hojjati H, Koochaki G, Sanagoo A. The Relationship between Loneliness and Life Satisfaction of the Elderly in Gorgan and Gonbad Cities. *Journal of Research Deleopment in Nursing and Midwifery* 2012; 9(1): 61-68 (Persian).
 38. Bagheri-Nesami M. Exploration of Elderly Women Lived Experiences about Psychological- Emotional Changes: a Qualitative Study. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 21(1): 203-216 (Persian).
 39. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A Literature view. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(6): 695-718.
 40. Liu LJ, Guo Q. Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Qual Life Res* 2007; 16(8): 1275-1280.
 41. Mokhtari F, Ghasemi N. Comparison of Elderlys Quality of life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Iranian Journal of Ageing* 2011; 5(18): 53-63 (Persian).
 42. Perlmutter M, Hall E. *Adult development and aging*. 2nd ed. New York: John Willey; 1992.
 43. Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol* 1988; 61(1): 17-36.
 44. Fagerström C, Borg C, Balducci C, Burholt V, Wenger C, Ferring D, et al. Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six European countries. *Appl Res Qual Life* 2007; 2: 33-50.
 45. Morris K, McAuley E, Motl RW. Neighborhood satisfaction, functional limitations, and self-efficacy influences on physical activity in older women. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5(13): 1-8.
 46. Lee LL, Arthur A, Avis M. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(11): 1690-1699.