

Social Support and Quality of Life of Elderly People admitted to Rehabilitation Centers

Samad Izadi¹,
Ali Khamehvar²,
Seyed Saied Aram²,
Ali Yazdanpanah Nozari³

¹ Associate Professor, Department of Education, Faculty of Humanity and Social Sciences, University of Mazandaran, Babolsar, Iran

² General Practitioner, Sari Department of Welfare, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nutrition & Sciences, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 24, 2012 ; Accepted July 24, 2013)

Abstract

Background and purpose: Recent rise in elderly population points to the need for social support, and focusing on these people's relationships and quality of life. Social support acts as a mechanism to tackle isolation and loneliness, and high level of quality of life results in more joy, satisfaction, healthy life, economic prosperity, educational opportunities and creativity. This study aimed at assessing the quality of life of the elderly attending rehabilitation centers considering demographic variables such as the elderly's marital status, sex, educational background and the type of rehabilitation center being admitted to.

Material & methods: This descriptive study was performed in 281 individuals referring to rehabilitation centers in Mazandaran province. A researcher made questionnaire was used to assess the status of social support and to investigate the elderly's quality of life the standardized questionnaire (SF-36) was used.

Results: The results indicate a significant difference between the mean scores of social support and its components and the mean score of the test. The overall qualities of life for elderly were higher than average. We also observed a significant correlation between social support and the elderly's marital status, educational background, and the type of rehabilitation center.

Conclusion: According to the services offered by studied rehabilitation centers the quality of life of elderly was in satisfactory condition. There was no significant difference between quality of life, marital status, and educational background. However, we found a significant relationship between the type of rehabilitation center and quality of life of elderly.

Keywords: Social support, quality of life, elderly, rehabilitation centers

بررسی وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان بخشی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی

صمد ایزدی^۱
علی خامه ور^۲
سید سعید آرام^۲
علی یزدان پناه نوذری^۳

چکیده

سابقه و هدف: روند افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر، ضرورت توجه به حمایت اجتماعی، نوع روابط و کیفیت زندگی آنان را گوشزد می‌نماید. حمایت اجتماعی به عنوان مکانیزمی جهت خروج از انزوا و احساس تنهایی و کیفیت زندگی به عنوان مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که شادی، رضایت و افتخار، سلامتی، موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و اخلاقی را برای سالمندان به همراه دارد. هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی میزان حمایت اجتماعی و وضعیت کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان بخشی روزانه با توجه به تأهل، جنسیت، مرکز توان بخشی مورد پذیرش و تحصیلات آنان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی جامعه آماری، سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان بخشی در استان مازندران بودند. ابزار سنجش حمایت اجتماعی، پرسشنامه محقق ساخته بوده که میانگین مقیاس آن ۳ می‌باشد. برای سنجش کیفیت زندگی، نیز از پرسشنامه استاندارد SF-36، استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج تحقیق بیانگر اختلاف معنی داری بین میانگین نمره حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن با میانگین نمره آزمون (نمره ۳) بوده و حمایت اجتماعی در میان سالمندان بالاتر از متوسط بود. هم‌چنین از نظر میزان برخورداری از حمایت اجتماعی بین سالمندان با توجه به تأهل، سطح تحصیلات، مرکز تحت پوشش اختلاف معنی دار وجود داشت. **استنتاج:** با توجه به خدمات ارائه شده در مراکز توان بخشی مذکور، به طور کلی کیفیت زندگی سالمندان، در حد مطلوبی بود و تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی سالمندان بر حسب تأهل و سطح تحصیلات وجود نداشت، ولی از نظر این که سالمندان از چه مرکزی باشند، تفاوت معنی دار مشاهده شد.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمندان، مراکز توان بخشی

مقدمه

یکی از مسائلی که با گذشت زمان در دوران سالمندی، انسان‌ها یکی از نیازهای حیاتی اوست. هر انسانی در اولین تجربه رابطه اجتماعی خود با دیگران، خانواده‌ای را تجربه می‌کند که در آن متولد شده، رشد یافته و سپس خانواده‌ای

یکی از مسائلی که با گذشت زمان در دوران سالمندی، تحت تأثیر قرار می‌گیرد، روابط اجتماعی است. انسان موجودی بالطبع اجتماعی است و دانش رابطه با سایر

s.izadi@umz.ac.irE-mail:

مؤلف مسئول: صمد ایزدی - پابلرس: پردیس، دانشگاه مازندران، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه علوم تربیتی

۱. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی و علوم اجتماعی، دانشگاه مازندران، پابلرس، ایران

۲. پزشک عمومی، اداره کل بهزیستی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه تغذیه و علوم پایه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۱۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۵/۲

را تشکیل می‌دهد. افراد با رسیدن به سنین سال خوردگی به احتمال زیاد با فوت برخی اعضای خانواده رو به رو می‌شوند و از این رو ممکن است در پذیرش مرگ نزدیکان دچار مشکلاتی شوند. ممکن است فرد از دست رفته، نزدیک‌ترین فرد سالمند یعنی همسرش باشد. عامل تأثیرگذار دیگر بر روابط اجتماعی سالمندان میزان دوری و نزدیکی با فرزندان است. با توجه به این که در این سنین فرزندان تشکیل خانواده داده و از والدین خویش جدا شده‌اند، به لحاظ روحی و روانی، می‌تواند پیامدهای منفی برای سالمندان در بر داشته باشد. مضاف بر این، سالمندان با بازنشسته شدن، زمینه رابطه اجتماعی با دیگران در محل کار را از دست می‌دهند (۱).

ریاحی و همکاران (به نقل از سارافینو، ۱۹۹۴)، حمایت اجتماعی را میزان آرامش، احترام، کمک یا مراقبتی می‌دانند که فرد از سوی افراد یا گروه‌های مختلف، دریافت می‌کند (۱).

معمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۱)؛ به نقل از کو بزانسکی، برکمن و سیمین، ۲۰۰۰؛ روک و ایتورت، ۱۹۹۹) بیان می‌دارند که حمایت اجتماعی، تعهدات متقابلی را به وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته و با نتایج سلامتی ارتباط مستقیمی دارند. هم‌چنین اعضای خانواده همواره به عنوان مهم‌ترین منبع حمایت ابزاری (مثل: دادن پول، هدایا و خدمات) ظاهر می‌شوند. در حالی که دوستان چنین حمایتی را کم‌تر فراهم می‌کنند. در مقابل حمایت عاطفی هم از جانب اعضای خانواده و هم از طرف دوستان بروز می‌کند (۲). در رابطه با مسئولیت اولیه در قبال سالمندان، گزارشات در مطالعات گوناگون و در کشورهای مختلف یکسان نمی‌باشد به گونه‌ای که درصد عمده از افراد مسن متأهل که به مراقبت نیاز دارند، از سوی همراشان مراقبت دریافت می‌کنند. فرزندان بزرگ‌سال، معمولاً دومین گروهی هستند که در هنگام نیاز افراد مسن از آنان مراقبت می‌کنند (معمدی

شلمزاری و همکاران، به نقل از اشلی، ۱۹۹۷) (۲). سودمندی حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان نیز متفاوت است. مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند. هم‌چنین حمایت‌های اجتماعی برای سالمندانی که محدودیت‌های بیشتری در توانایی‌های بدنی نشان می‌دهند، مؤثرتر است. حمایت اجتماعی بر سالمندانی که سلامت ضعیف‌تری دارند، از تأثیر بیش‌تری برخوردار است و برای سالمندانی که از درآمد کمی برخوردار می‌باشند و در معرض عوامل تهدید کننده سلامتی هم‌چون شرایط خانوادگی نامناسب یا نا ایمن، جرایم همسایگان و تغذیه نامناسب هستند، حمایت اجتماعی می‌تواند اثر بخش‌تر و مفیدتر باشد (معمدی شلمزاری و همکاران به نقل از روبرت و هاوس ۱۹۹۶) (۲). در مقابل سالمندانی که درآمد مناسبی دارند، قادرند از عهده مراقبت از سلامت خود برآمده، کمک‌هایی را طراحی کرده، رژیم غذایی مناسبی داشته، مسافرت رفته، خود را سرگرم ساخته و همین‌طور می‌توانند، دیگران را برای انجام کارهای خانه شان، به کار گیرند. این ممکن است نتیجه تعامل بین حمایت اجتماعی و درآمد باشد. فقدان حمایت اجتماعی ممکن است به تأثیرات منفی سلامتی در بین افراد که درآمد کمی دارند منجر شود (۳).

Kubzansky و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان دادند که سودمندی حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت است، مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند، حمایت‌های اجتماعی برای سالمندانی که محدودیت‌های بیش‌تری در توانایی‌های بدنی نشان می‌دهند، مؤثرتر است (۴).

نتایج مطالعه‌ای که در آمریکا در خصوص کیفیت زندگی سالمندان انجام شد، نشان می‌دهد که سن بالا (بالای ۷۵ سال)، تحصیلات پایین، بی‌کاری و درآمد پایین خانوار، پیش‌بینی‌کننده‌هایی برای کیفیت زندگی ضعیف در سالمندان ساکن در جامعه بودند (۵). مطالعه دیگری در مورد کیفیت زندگی سالمندان تایوانی نشان

داد که زندگی بدون زوج (همسر) و وضعیت اقتصادی ضعیف، پیش بینی کننده اصلی کیفیت زندگی پایین می باشد (۶).

پناغی و همکاران (به نقل از ماتسو و همکاران، ۲۰۰۳؛ آکاماتسو و همکاران، ۲۰۰۵) معتقدند، عواملی مانند بهداشت و سلامت خانواده و روابط شخصی، عملکرد در نقش و فعالیت‌های تفریحی، شرایط مساعد در ابعاد جسمی روانی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی در کیفیت زندگی تأثیر گذارند (۷). هم چنین کیفیت زندگی خوب در سالمندی تحت تأثیر سه جنبه عدم وجود بیماری، سازگاری با زندگی و کفایت روحی و روانی است. از طرفی سلامت به عنوان مهم ترین عامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان است که با افزایش سن، کاهش می یابد، به این معنی که افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش تماس‌های اجتماعی که منجر به تنهایی و انزوا می شود. عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و کاهش استقلال فردی به دلیل ناتوانی‌های جسمی و روانی منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان می گردد (۸، ۹). لذا با توجه به افزایش امید به زندگی و طول عمر سالمندان، گسترش مراکز توان بخشی سالمندان تحت پوشش بهزیستی، انواع حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی آنان، با توجه به نقش متغیرهای جمعیت شناختی، از تأکیدات مهم و دغدغه‌های مسئولان بهزیستی، سیاستمداران، متخصصان امر بهداشت و پژوهشگران است. در همین رابطه هدف اصلی تحقیق، بررسی میزان حمایت اجتماعی و وضعیت کیفیت زندگی، در بین سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان بخشی روزانه با توجه به تأهل، جنسیت، مراکز توان بخشی و تحصیلات آنان می باشد.

بهزیستی استان مازندران به تعداد ۲۸۱ نفر می باشد. هم چنین به دلیل حجم محدود جامعه، حجم نمونه معادل جامعه آماری در نظر گرفته شده است. ابزار گردآوری اطلاعات دو پرسشنامه به شرح ذیل بود:

۱. برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان، از پرسشنامه استاندارد شده (SF-36) کیفیت زندگی استفاده شده است.

این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال می باشد که کیفیت زندگی سالمندان را در ۶ بعد؛ عملکرد ذهنی، عملکرد فعالیت‌های بدنی، سلامت جسمانی، مشکلات روحی، احساس عاطفی و عملکرد اجتماعی، مورد سنجش قرار می دهد. پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کراباخ، ۰/۸ گزارش شده است.

۲. ابزار سنجش حمایت اجتماعی پرسشنامه محقق ساخته‌ای است که با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی نوربک^۱ و مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس^۲ و هم چنین سیاست‌ها و اهداف سازمان بهزیستی کشور در راستای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان تهیه گردیده است. این پرسشنامه یک ابزار خود اجرایی است که دارای ۳۸ سوال می باشد و علاوه بر سوالات زمینه‌ای، مؤلفه‌های روابط اجتماعی، روابط کارکردی، همدلی خانواده، حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت مادی را مورد بررسی قرار می دهد.

جهت سنجش روایی پرسشنامه حمایت اجتماعی از نظرات کارشناسان مربوط استفاده شد و روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. به این ترتیب که کارشناسان به قضاوت و داوری درباره معرف بودن گویه‌ها پرسشنامه بر اساس اهداف تحقیق پرداختند. پایایی پرسشنامه مذکور، نیز با استفاده از ضریب آلفای

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر توصیفی از نوع زمینه یابی می باشد. جامعه آماری شامل افراد تحت پوشش ۶ مرکز توان بخشی سالمندان روزانه تحت پوشش اداره کل

1. Norbeck Social Support Questionnaire

2. Social Support Philips

۳. اهداف و سیاست‌های سازمان بهزیستی کشور در خصوص امور توان بخشی و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان (بالای ۶۰ سال) در کتابچه‌ای که با عنوان: آیین نامه و دستورالعمل‌های امور توان بخشی، توسط اداره کل روابط عمومی بهزیستی کشور در زمستان ۱۳۸۷ منتشر گردیده است، در اختیار مرکز توان بخشی روزانه سالمندان قرار گرفته است.

تحصیلات ابتدایی سواد داشتند و تنها ۱۲/۵ درصد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر بودند.

وضعیت مؤلفه های حمایت اجتماعی در سالمندان

با توجه به جدول شماره ۱، در خصوص میانگین نمره حمایت اجتماعی، به ترتیب مؤلفه های همدلی با میانگین ۴، حمایت ابزاری با ۳/۶۵، حمایت عاطفی با ۳/۶۳، حمایت مادی با ۳/۴۴، روابط اجتماعی با ۲/۵۹ و روابط کارکردی با ۲/۳۵، بیشترین و کمترین میانگین را در بین مؤلفه های حمایت اجتماعی به دست آورده اند و نمره کل حمایت اجتماعی نیز ۳/۳۱ بود.

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول شماره ۲، نتیجه آزمون t تک نمونه ای، بیانگر اختلاف معنی داری بین حمایت اجتماعی و مؤلفه های آن می باشد و می توان گفت بین میانگین نمره حمایت اجتماعی و مؤلفه های آن با میانگین آزمون (حد متوسط مقیاس به کار رفته) اختلاف معنی داری وجود دارد و بالاتر از متوسط می باشد، به طوری که روابط اجتماعی و روابط کارکردی به صورت معنی داری پایین تر از حد متوسط و همچنین

جدول شماره ۱: توصیف آماری مؤلفه های وضعیت حمایت

مؤلفه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
روابط اجتماعی	۲۸۱	۲/۵۹	۰/۴۱۸	۰/۰۲۵
روابط کارکردی	۲۸۱	۲/۳۵	۰/۲۵۹	۰/۰۱۵
همدلی	۲۸۱	۴	۰/۶۶۶	۰/۰۴۰
حمایت عاطفی	۲۸۱	۳/۶۳	۰/۸۴۰	۰/۰۵۰
حمایت ابزاری	۲۸۱	۳/۶۵	۰/۷۸۲	۰/۰۴۷
حمایت مادی	۲۸۱	۳/۴۴	۰/۸۳۱	۰/۰۵۰
حمایت اجتماعی (کلی)	۲۸۱	۳/۳۱	۰/۴۸۹	۰/۰۲۹

کرونباخ ۰/۷۹ برآورد گردید. داده های جمع آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS 18 وارد کامپیوتر شدند، برای برآورد وضعیت مؤلفه های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و همچنین جهت سنجش اثرگذاری مؤلفه های حمایت اجتماعی از آزمون T تک نمونه ای استفاده گردید و برای مشخص نمودن اختلاف بین مراکز توان بخشی روزانه سالمندان از آزمون تعقیبی دانکن و آزمون تحلیل واریانس و برای مقایسه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با توجه به جنسیت و تأهل، از آزمون T مستقل و برای مقایسه میانگین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در چند گروه مستقل (با توجه به تحصیلات و مراکز توان بخشی) از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است.

یافته ها

در تحقیق حاضر ۲۸۱ نفر سالمند از ۶ مرکز جامع توان بخشی شرکت داشتند که به ترتیب مراکز توان بخشی E با ۲۴/۶ درصد، مرکز C با ۱۷/۸ درصد، مرکز D با ۱۷/۱ درصد و F با ۱۶/۴ درصد، A با ۱۴/۹ درصد و B با ۹/۳ درصد، بیشترین و کمترین تعداد پاسخ گو را به خود اختصاص داده اند. از نظر جنسیت، ۶۴/۸ درصد از شرکت کنندگان زن و ۳۵/۲ درصد مرد و از نظر وضعیت تأهل، ۶۰/۹ درصد متأهل و ۳۸/۸ درصد نیز مجرد بودند. در خصوص تحصیلات سالمندان قریب به ۸۰ درصد از آنان بی سواد و یا در حد

جدول شماره ۲: آزمون t تک نمونه ای با عدد ۳ مربوط به حمایت اجتماعی و مؤلفه های آن

مؤلفه ها	t	درجه آزادی	معنی داری	اختلاف میانگین	حد پایین	حد بالا	95% Confidence Interval of the Difference
روابط اجتماعی	۱۶/۴۷۶	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۰/۴۶	۰/۳۶	
روابط کارکردی	۴۱/۸۱۵	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۴۷	۰/۶۸	۰/۶۲	
همدلی	۲۵/۲۵۰	۲۸۱	۰/۰۰۰	۱/۰۰۳	۰/۹۲	۱/۰۸	
حمایت عاطفی	۱۲/۵۶۳	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲۹	۰/۵۳	۰/۷۳	
حمایت ابزاری	۱۳/۹۴۴	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۶۵	۰/۵۶	۰/۷۴	
حمایت مادی	۸/۹۱۹	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۴۴۲	۰/۳۴	۰/۵۴	
حمایت اجتماعی (کلی)	۱۰/۷۶۹	۲۸۱	۰/۰۰۰	۰/۳۱۴	۰/۲۶	۰/۳۷	

روحي، سلامت جسمي و درد به صورت معني داري پايين تر از حد متوسط و هم چنين مؤلفه هاي احساس عاطفي و عملکرد اجتماعي به صورت معني داري بالاتر از حد متوسط مي باشند. به عبارت ديگر مي توان گفت كيفيت زندگي سالمندان با توجه به شيوه نمره گذاري (در اين ابزار افزايش نمره با بدتر شدن وضعيت كيفيت زندگي همراه است) در حد مطلوبي است.

وضعيت حمايت اجتماعي و كيفيت زندگي سالمندان با توجه به مرکز توان بخشي

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۵، نشان مي دهد بين مراکز توان بخشي اختلاف معني داري در حمايت اجتماعي سالمندان وجود دارد ($p < 0/001$).

هم چنين نتيجه آزمون تعقيبي دانکن در خصوص اختلاف بين مراکز در وضعيت حمايت اجتماعي و كيفيت زندگي نشان مي دهد که به ترتيب سالمندان مرکز F با نمره ۲/۴۱ در كيفيت زندگي و نمره ۳/۶۷ در حمايت اجتماعي نسبت به سالمندان ساير مراکز در وضعيت بهتر و سالمندان مرکز A، با نمره ۲/۸۱ در حمايت اجتماعي و نمره ۲/۷ در كيفيت زندگي در سطح آلفاي ۰/۰۵، از وضعيت بدتري برخوردار مي باشند.

وضعيت حمايت اجتماعي و كيفيت زندگي سالمندان با توجه به جنسيت

براساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۶، در خصوص مقايسه حمايت اجتماعي و كيفيت زندگي سالمندان زن و مرد، اختلاف معني داري بين سالمندان زن و مرد وجود ندارد.

مؤلفه هاي همدلي، حمايت عاطفي، حمايت ابزاري، حمايت مادي و حمايت اجتماعي (كلي) به صورت معني داري بالاتر از حد متوسط بود.

بررسي وضعيت مؤلفه هاي كيفيت زندگي در سالمندان (در اين ابزار افزايش نمره با بدتر شدن وضعيت كيفيت زندگي همراه است).

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳، بيانگر آن است که از بين مؤلفه هاي كيفيت زندگي، ميانگين عملکرد ذهني برابر با ۲/۹۳، عملکرد بدني برابر با ۲/۲۶، مشکلات روحي برابر با ۱/۷، سلامت جسمي برابر با ۱/۶، درد برابر ۲/۴۶، احساس عاطفي برابر ۳/۸۶، عملکرد اجتماعي برابر با ۳/۶۵ و نمره كيفيت زندگي برابر ۲/۴۹ مي باشد.

جدول شماره ۳: توصيف آماری كيفيت زندگي و مؤلفه هاي آن

مؤلفه ها	تعداد	ميانگين	انحراف استاندارد	خطاي استاندارد ميانگين
عملکرد ذهني	۲۸۱	۲/۹۳	۰/۹۷	۰/۰۵
عملکرد بدني	۲۸۱	۲/۲۶	۰/۶۱	۰/۰۳
مشكلات روحي	۲۸۱	۱/۷	۰/۳۰	۰/۰۱
سلامت جسمي	۲۸۱	۱/۶	۰/۴۰	۰/۰۲
درد	۲۸۱	۲/۴۶	۰/۹۹	۰/۰۵
احساس عاطفي	۲۸۱	۳/۸۶	۰/۶۰	۰/۰۳
عملکرد اجتماعي	۲۸۱	۳/۳۶	۰/۵۴	۰/۰۳
كيفيت زندگي (كلي)	۲۸۱	۲/۴۹	۰/۲۴	۰/۰۱

با توجه به جدول شماره ۴، مي توان گفت بين ميانگين نمره كيفيت زندگي و مؤلفه هاي عملکرد بدني، مشکلات روحي، سلامت جسمي، درد، احساس عاطفي و عملکرد اجتماعي با ميانگين آزمون (حد متوسط مقياس به کار رفته) اختلاف معني داري وجود دارد، به طوري که كيفيت زندگي و مؤلفه هاي عملکرد بدني، مشکلات

جدول شماره ۴: آزمون t تک نمونه اي با عدد ۳ مربوط به كيفيت زندگي و مؤلفه هاي آن

مؤلفه ها	t	درجه آزادي	معني داري	اختلاف ميانگين	حد پايين	حد بالا
عملکرد ذهني	۱/۱۳۵	۲۸۰	۰/۲۵۷	۰/۰۶	۰/۱۸	۰/۰۴
عملکرد بدني	۲۰/۰۱۴	۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۷۳	۰/۸	۰/۶۶
مشكلات روحي	۷۰/۷۹۷	۲۸۰	۰/۰۰۰	۱/۲۹	۱/۳۲	۱/۲۵
سلامت جسمي	۵۷/۶۷۰	۲۸۰	۰/۰۰۰	۱/۳۹	۱/۴۴	۱/۳۴
درد	۹/۰۳۰	۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۰/۶۵	۰/۴۱
احساس عاطفي	۲۳/۸۹۴	۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۰/۷۹	۰/۹۲
عملکرد اجتماعي	۱۱/۲۷۸	۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۳۶	۰/۳۰	۰/۴۲
كيفيت زندگي (كلي)	۳۵/۴۶۷	۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۰	۰/۵۳	۰/۴۸

جدول شماره ۵: آزمون تحلیل واریانس حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با توجه به مراکز توان بخشی

وضعیت	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری
حمایت اجتماعی					
بین گروهی	۱۹/۹۳۲	۵	۳/۹۸۶	۲۳/۳۴۵	۰/۰۰۰
درون گروهی	۴۶/۹۵۹	۲۷۵	۰/۱۷۱		
مجموع	۶۶/۸۹۰	۲۸۰			
کیفیت زندگی					
بین گروهی	۲/۳۹۷	۵	۰/۴۷۹	۹/۵۰۷	۰/۰۰۰
درون گروهی	۱۳/۸۶۸	۲۷۵	۰/۰۵		
مجموع	۱۶/۲۶۵	۲۸۰			

وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان با توجه به تأهل

با توجه اطلاعات مندرج در جدول شماره ۷ اختلاف معنی داری بین حمایت اجتماعی سالمندان متأهل و مجرد وجود دارد. به طوری که سالمندان متأهل به طور معنی داری دارای حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان مجرد می باشند، ولی از نظر کیفیت زندگی بین سالمندان متأهل و مجرد، اختلاف معنی داری وجود ندارد.

وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان با توجه به تحصیلات

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۸ بین سالمندان با تحصیلات مختلف در متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد، اما در متغیر کیفیت زندگی سالمندان، اختلاف معنی داری وجود

ندارد. هم چنین نتایج آزمون تعقیبی دانکن نشان داد که سالمندان بی سواد با نمره ۳/۳۷ دارای بالاترین حمایت اجتماعی و سالمندان دارای تحصیلات دیپلم با نمره ۲/۹۴ در سطح آلفای ۰/۰۵، دارای پایین ترین نمره حمایت اجتماعی می باشند.

جدول شماره ۸: آزمون تحلیل واریانس حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان با توجه به تحصیلات

وضعیت	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری
حمایت اجتماعی					
بین گروهی	۴/۵۵۵	۴	۱/۱۳۹	۵/۰۴۳	۰/۰۰۱
درون گروهی	۶۲/۳۳۵	۲۷۶	۰/۲۲۶		
مجموع	۶۶/۸۹	۲۸۰			
کیفیت زندگی					
بین گروهی	۰/۱۰۵	۴	۰/۰۲۶	۰/۴۴۶	۰/۷۷۵
درون گروهی	۱۶/۱۶	۲۷۶	۰/۰۵۹		
مجموع	۱۶/۲۶۵	۲۸۰			

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی در میان سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان بخشی روزانه در سطح استان مازندران بالاتر از متوسط است و با توجه به متغیر سطح تحصیلات و مرکز تحت پوشش، بین سالمندان از نظر میزان برخورداری از حمایت اجتماعی اختلاف معنی دار وجود دارد. به این ترتیب که مراکز A، B، C، D، E، F، به ترتیب از بیش ترین و

جدول شماره ۶: آزمون t مستقل برای حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با توجه به جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	t	درجه آزادی	معنی داری
حمایت اجتماعی	زن	۱۸۲	۳/۲۹	۰/۴۹	۰/۰۳	۱/۰۲۷	۲۷۹	۰/۳۰۵
	مرد	۹۹	۳/۳۵	۰/۴۸	۰/۰۴			
کیفیت زندگی	زن	۱۸۲	۲/۴۷	۰/۲۶	۰/۰۱	۰/۹۹۳	۲۷۹	۰/۳۲۲
	مرد	۹۹	۲/۵	۰/۱۹	۰/۰۱			

جدول شماره ۷: آزمون t مستقل برای حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی با توجه به تأهل

متغیر	وضعیت تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین	t	درجه آزادی	معنی داری
حمایت اجتماعی	متاهل	۱۸۲	۳/۳۶	۰/۴۵	۰/۰۳	۲/۰۳۹	۲۷۸	۰/۰۴۲
	مجرد	۹۹	۳/۲۴	۰/۵۳	۰/۰۵			
کیفیت زندگی	متاهل	۱۸۲	۲/۴۷	۰/۲۳	۰/۰۱	۰/۹۸۷	۲۷۸	۰/۳۲۴
	مجرد	۹۹	۲/۵۰	۰/۲۴	۰/۰۲			

کم‌ترین میزان حمایت اجتماعی برخوردار بوده‌اند و سالمندان بیسواد دارای بالاترین حمایت اجتماعی و سالمندان دارای تحصیلات دیپلم، دارای پایین‌ترین نمره حمایت اجتماعی می‌باشند. اما میزان حمایت اجتماعی با توجه به جنسیت، بیانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین سالمندان زن و مرد است. بنابراین همان‌گونه که ریاحی و همکاران (به نقل از سارافینو ۱۹۹۴) بیان می‌نمایند، برخورداری هرچه بیش‌تر سالمندان از حمایت اجتماعی، در میزان آرامش، ارتباط با اقوام، بستگان و خانواده، اعتماد به نفس، اطمینان خاطر، تعلق داشتن و مورد محبت قرار گرفتن آنان کاملاً تأثیرگذار است، چرا که عدم برخورداری از حمایت اجتماعی و کاهش استقلال فردی به دلیل ناتوانی‌های جسمی و روانی، منجر به افت کیفیت زندگی سالمندان می‌گردد (۱). نتایج تحقیق در وضعیت حمایت اجتماعی سالمندان با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی، با نتایج تحقیق پناغی و همکاران (۷)؛ علی‌پور و همکاران (۱۰)؛ Marmot و همکاران (۱۱)؛ معتمدی شلمزاری و همکاران (۲)؛ برکمن (۱۲)؛ پاشا و همکاران (۱۳)؛ هم‌خوانی دارد. در تفسیر تفاوت مراکز در وضعیت اجتماعی سالمندان، می‌توان ادعان داشت که بخشی از دلایل اختلاف، بین مراکز مذکور، به عواملی از قبیل ترکیب سالمندان مراکز فوق از نظر جنسیت، تأهل و تحصیلات مربوط می‌باشد. هم‌چنین یک نتیجه جالب توجه از آزمون تعقیبی دانکن این است که سالمندان بیسواد دارای بالاترین حمایت اجتماعی و سالمندان دارای تحصیلات دیپلم، دارای پایین‌ترین نمره حمایت اجتماعی می‌باشند. لذا گروه پژوهش با تدقین بیش‌تر، به این نتیجه رسید که نزدیک به نیمی از سالمندان (۱۳۴ نفر از ۲۸۱ نفر)، بی‌سواد بوده‌اند و به لحاظ آماری ترکیب جمعیت بین سالمندان از نظر سطح سواد، تجانس و همگنی برقرار نبوده است، لذا نمی‌توان با قاطعیت نتیجه تحقیق در این بخش را تعمیم داد. ضمناً نتیجه تحقیق در خصوص میزان حمایت اجتماعی با توجه به جنسیت - که بیانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار

بین حمایت اجتماعی سالمندان زن و مرد بود- با نتایج تحقیق Unger و همکاران، هم‌خوانی ندارد، آنان نتیجه گرفتند که تأثیرات حمایت اجتماعی در دو جنس متفاوت می‌باشد (۳). تأثیرات حمایت اجتماعی برای زنان قوی‌تر است. زنان برای عضویت در شبکه‌های اجتماعی، آمادگی بیش‌تری دارند و از طریق آن حمایت عاطفی و ابزاری مناسبی را در وقت مناسب کسب می‌نمایند، در مقابل مردان ممکن است از بیان تقاضای اجتماعی اکراه داشته باشند. در متغیر کیفیت زندگی نتیجه تجزیه و تحلیل اطلاعات و آزمون آماری حاکی از آن است که کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی در حد مطلوبی است، این یافته با نتایج مطالعه پناغی و همکاران (۷)؛ آلبو کردی و همکاران (۱۴)؛ بذرافشان و همکاران (۹)؛ حبیبی سولا و همکاران (۸)، هم‌خوانی دارد. در مطالعه بذرافشان و همکاران که بر روی زنان سالمند عضو کانون جهاندیدگان شیراز انجام داد، ۵۸ درصد از کیفیت زندگی خوب و خیلی خوب برخوردار بودند (۹). در مطالعه حبیبی سولا و همکاران (۸) که بر روی سالمندان بالای ۶۰ سال غرب تهران انجام داد، نزدیک به نیمی از جمعیت مورد مطالعه و در تحیق آلبو کردی و همکاران (۱۴)، نیز ۵۸ درصد از سالمندان شاهین شهر از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند. هم‌چنین نتایج تحقیق در کیفیت زندگی سالمندان با توجه به غالب متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه تحقیق، بر خلاف نتایج به دست آمده در خصوص وضعیت حمایت اجتماعی سالمندان می‌باشد. به این ترتیب که بین سالمندان زن و مرد و متأهل و مجرد، از نظر کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج تحقیق بذرافشان و همکاران (۹)، هم‌خوانی دارد. آنان در تحقیق خود بر روی زنان سالمند عضو کانون جهان‌دیدگان شیراز به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی جامعه مورد مطالعه با متغیرهای جامعه‌شناختی تحقیق از قبیل؛ سن، جنس، میزان درآمد، وضعیت تأهل و تحصیلات، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد، اما یافته

ایجاد جو مساعد و تشویق کننده حمایت‌های اقتصادی برای پس‌انداز زمان سال خوردگی، ایجاد سیستم یارانه‌ای برای سالمندانی که از هیچ نوع مستمری و درآمدی برخوردار نیستند، تشکیل باشگاه‌های سالمندان به صورت روزانه با هدف پرکردن اوقات فراغت و بهره‌گیری از تجارب آنان به عنوان ذخایر ارزشمند حرفه‌ای، علمی، فرهنگی، اجتماعی و معنوی و در آخر آگاه‌سازی سالمند و افراد خانواده آنان در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها و مخاطرات اجتماعی با توجه به آسیب‌پذیر بودن سالمندان در مقابل بیماری‌ها و خطرات بهداشتی، پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به شیوه پاسخ‌دهی سالمندان به ابزار تحقیق اشاره نمود که ممکن است سوالات پرسشنامه‌ها به ویژه پرسشنامه حمایت اجتماعی که با یک رویکرد جامعه‌شناختی تنظیم گردیده است؛ را به خوبی متوجه نشده باشند. هم‌چنین محدود بودن جامعه آماری تحقیق به سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان‌بخشی روزانه، که امکان تعمیم نتایج تحقیق به سایر سالمندان محدود می‌کند.

سپاسگزاری

در پایان از سالمندان تحت پوشش مراکز توان‌بخشی که در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری داشته‌اند و از مدیران مراکز توان‌بخشی سالمندان، کارشناسان فنی مراکز مذکور و حوزه معاونت توان‌بخشی اداره کل بهزیستی مازندران که نقش ارزنده‌ای در هماهنگی با مراکز داشته‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

تحقیق حاضر با نتایج تحقیق علی پور و همکاران (۱۵) که بیانگر تفاوت معنی‌دار بین کیفیت زندگی و تأهل بود، هم‌خوانی ندارد. به نظر می‌رسد که یکی از دلایل عمده این یافته، عدم تجانس و همگنی و غیرهمسان بودن نمونه‌ها از نظر تعداد در دو گروه متاهلین و مجردین می‌باشد. به علاوه نتیجه تجزیه و تحلیل آزمون تحلیل واریانس کیفیت زندگی با توجه به تحصیلات، بیان‌گر آن است که بین سالمندان با تحصیلات مختلف در کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج تحقیق بذرافشان و همکاران (۹)؛ هم‌خوانی دارد. ولی با تحقیق علی‌پور و همکاران (۱۵)، Assantachai و Maranetra (۵)، هم‌خوانی ندارد. علی‌پور و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افراد با تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۵). هم‌چنین Assantachai و Maranetra نیز در مطالعه بر روی سالمندان آمریکا، به این نتیجه رسیدند که تحصیلات پایین، پیش‌بینی کننده برای کیفیت زندگی ضعیف در سالمندان ساکن در جامعه آمریکا بود (۵). هم‌چنین نتایج آزمون تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی دانکن بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار بین مراکز از نظر میزان کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به این مراکز است، که می‌توان به دلایلی از قبیل عدم همسانی نمونه‌ها از نظر تعداد و یا عواملی از قبیل میزان درآمد و دارایی‌های افراد و وضعیت حقوق و بازنشستگی آنان مربوط دانست. لذا با توجه به نتایج تحقیق، تلاش همه جانبه در راستای اعتلای موقعیت اجتماعی سالمندان در خانواده و جامعه و تقویت مبانی نظام خانواده بر اساس ارزش‌های فرهنگی و اسلامی حمایت از سالمندان،

References

- Riahi M, Aliverdina A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. *Social Welfare* 2011; 10(39): 85-121 (Persian).
- Motamedi Shalamzari A, Ezhehei J, Azad Falah P, Kiamanesh AR. The role of social support on life satisfaction, general well-being, and sense of loneliness among the elderly. *Journal of Psychology* 2002; 6(2 (22)): 115-133.

-
3. Unger JB, Mcavay G. Bruce ML, Berkman L. Seeman T. Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: Macarthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(5): s245-251.
 4. Kubzansky LD, Berkman LF, Seeman TE. Social conditions and Distress in Elderly Persons: Finding from the Macarthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55(4): 238-246.
 5. Assantachai P. Maranetra N. Nation wide survey of the health status and quality of life of elderly Thais attending clubs for the elderly. *J Med Assoc Thai* 2003; 86(10): 938-946.
 6. Tsai SY, Chi LY, Leels, Choup. Health-related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan, *J foremos Med Assoc* 2004; 103(3): 196-204.
 7. Panaghi L, Abarashy Z, Mansouri N, Dehghani M. Demographic characteristics associated with quality of life in elderly in Tehran. *Journal of Salmand* 2009; 4(12): 77-87 (Persian).
 8. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of Life and Status of Physical Functioning among Elderly People in West Region of tehran: Across-Sectionalsurvey *IJN* 2008; 21(53): 29-39 (Persian).
 9. Bazrafshan MR, Husseini MA, Rahgozar M, Sadatmadah B. Quality of life in elderly women club Jhandydgan in Shiraz city, *Journal of Salmand* 2008; 3(7): 41-33 (Persian).
 10. Alipour F, Sajjadi H, Frouzan A, Biglarian A. The role of social support in elderly quality of life. *Social Welfare* 2009; 9(33): 147-165 (Persian).
 11. Marmot M, Wilkinson R, Montazeri A. The social component of health, Tehran: Jihad University Press; 1999 (Persian).
 12. Berkman Lf. The role of social relation in heath promotion. *Psychosom Med* 1995; 57: 245-254.
 13. Pasha GR, Safarzadeh S, Mashak, R. Compared to general health and social support among elderly nursing home residents, and those living in families. *Journal of Family Research* 2007; 3(9): 503-517 (Persian).
 14. Albouvkordy M, Ramzani MA, Arizi F. Quality of life in elderly People in 2004. *The Medical Journal* 2006; 5(4): 701-707 (Persian).
 15. Alipour F, Sajjadi H, Frouzan A, Biglarian A, Jalilian A. Quality of life in elderly in District 2 of Tehran. *Journal of Salmand* 2008; 3(9 & 10): 83-75 (Persian).