

تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۲

شهناز ریماز^۱، حسن غریب‌نواز^{۲*}، جمیله ابوالقاسمی^۳، شیرین سراجی^۴

^۱دکتری تخصصی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۲کارشناس ارشد، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۳دکتری تخصصی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

^۴کارشناس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۳/۱۴

چکیده

سابقه و هدف: از جمله مسائل مهم زندگی سالمندان کیفیت زندگی و عوامل مهم مؤثر بر آن همچون حمایت اجتماعی می‌باشد چرا که سالمندان از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه بوده و برای تأمین کیفیت زندگی باید زیر پوشش حمایت‌های گوناگون قرار بگیرند. هدف این مطالعه تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی می‌باشد که بر روی ۲۴۰ سالمند بالای ۶۰ سال ساکن در منطقه ۸ شهر تهران که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد و برای اندازه‌گیری حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوریک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-20 و آزمون‌های آماری من ویتنی و کروسکال وایس و آزمون همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی (از ۹۳ نمره) در سالمندان مرد ۶۸/۹ و در زنان ۶۷/۶ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=0/404$). متغیر تحصیلات بر کیفیت زندگی و نیز حمایت اجتماعی تأثیرگذار بوده که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P<0/05$). بین انواع حمایت اجتماعی با عملکرد فیزیکی، ذهنی، اجتماعی و رضایت از زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: انواع حمایت اجتماعی در مردان بیشتر از زنان است. اگرچه ارتباط بین ابعاد حمایت اجتماعی با نمره کلی کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نبوده اما ارتباط آماری معنی‌دار ابعاد حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی حاکی از تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی می‌باشد.

واژگان کلیدی: سالمندی، لیپاد، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی

مقدمه

است. سهم سالمندان جهان از ۹ درصد کل جمعیت در سال ۱۹۹۴ به ۱۲ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته و پیش‌بینی می‌شود تا ۲۱ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد (۱). در سال ۱۳۸۵ جمعیت بالای ۶۰ سال ایران ۷/۳ درصد کل

عواملی چون پیشرفت علم و فناوری، کنترل بیماری‌های عفونی و کاهش مرگ و میر نوزادان، تحولات سیاسی و اجتماعی و اقتصادی، بهبود تغذیه و غیره موجب افزایش امید به زندگی و در نتیجه افزایش جمعیت سالمندان شده

* نویسنده مسئول: حسن غریب‌نواز؛ تهران، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی.

تلفن: ۰۲۱-۸۸۵۱۴۰۹۴ ، ایمیل: hasangharibnavaz@yahoo.com

جمعیت شناختی (سن، جنس، نژاد، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل)، حمایت اجتماعی (امنیت مالی و شغل)، احساس وابستگی و غیره می‌توانند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (۱۲-۱۱).

می‌توان گفت حمایت اجتماعی یعنی میزان بهره‌مندی از توجه، محبت و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی که در اطراف شخص حضور دارند (۱۳). این نوع حمایت با کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه به دست می‌آید بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت داشته و می‌تواند از اثرات منفی رویدادهای استرس‌زا بر رفاه افراد جلوگیری کند (۱۴). به‌طوری‌که مقدار ناکافی آن حتی ممکن است اثرات منفی بر کیفیت زندگی افراد داشته باشد (۱۵). مطالعات متعدد نشان داده که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد. از جمله مطالعه Rambod در بیماران همودیالیزی (۱۶)، مطالعه Cheng و همکارانش (۱۷) در مبتلایان به سرطان سینه و مطالعه Burgoyne در بیماران مبتلا به HIV (۱۸). همچنین Bishop و همکارانش در مطالعه‌ای نشان دادند که حمایت اجتماعی اثرات مستقیمی بر کیفیت زندگی دارد، به نحوی که افرادی که حمایت اجتماعی قوی‌تری داشتند از سطح بالاتری از کیفیت زندگی برخوردار بودند (۱۹). مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهند که بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد (۲۰، ۵).

همان‌گونه که ذکر گردید، سالمندی و فرآیند زیستی و اجتماعی آن به‌طور طبیعی موجب اختلال و نارسایی‌هایی می‌شود که تأثیر این نارسایی‌ها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان بارزتر می‌باشد و این بعد نیز تأثیر بسزایی در سلامت و به‌ویژه کیفیت زندگی دارد (۵). بنابراین جهت شناسایی زوایای پنهان مسئله، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ بر روی سالمندان بالای

جمعیت (۵۱۲۱۰۴۳ نفر) بوده که این رقم در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد از کل جمعیت (۶۱۵۹۶۷۶ نفر) رسیده است (۲). سازمان ملل متحد در گزارش خود درباره جمعیت سالمندان ایران پیش‌بینی کرده است که در فاصله بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده شود (۳).

دوره سالمندی یکی از دوره‌های مهم و حساس زندگی انسان است. از جمله مسائل مهم زندگی در این دوره کیفیت زندگی و عوامل مهم مؤثر بر آن همچون حمایت اجتماعی می‌باشد، چرا که سالمندان از گروه‌های آسیب پذیر جامعه بوده و برای تأمین کیفیت زندگی باید زیرپوشش حمایت‌های گوناگون قرار بگیرند. این مرحله از زندگی، پدیده‌ای طبیعی است که تغییرات فیزیولوژیک و طبیعی بدن بر کیفیت زندگی فرد اثرگذار هستند (۴). این دوره از زندگی مسائل و مشکلات خاص خود را دارد و محدود شدن شبکه ارتباطی شخص برآیند همین عوامل است. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی تأثیر بسزایی در سلامت به‌صورت کلی و کیفیت زندگی به‌طور خاص و ویژه دارد (۵).

کیفیت زندگی یک قضاوت جهت‌دار ذهنی و مفهومی از وضعیت زندگی یک شخص یا رضایت فرد از زندگی‌اش بوده (۶) و یک مفهوم چندبعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد (۷). این بعد از زندگی که جزء ذهنی بهزیستی بشمار می‌آید (۸)، در سالمندان به معنای تأکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی به منظور ایجاد زندگی مولد برای آنان است (۹). کیفیت زندگی از مسائلی است که در دهه‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته و یکی از شاخص‌هایی است که برای تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود آن مورد سنجش قرار می‌گیرد (۱۰).

یکی از راه‌های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت‌های اجتماعی و رفاهی می‌باشد (۹). افراد جامعه برای به دست آوردن کیفیت زندگی و رفع مسائل خود به ویژه در دوران پیری نیاز به حمایت‌های گوناگون از جمله حمایت اجتماعی دارند. عوامل مختلفی چون ویژگی‌های

پاسخ داشته و پاسخ‌ها از صفر (ضعیف حالت) تا سه (خیلی خوب) امتیازدهی شده و بالاترین امتیاز این پرسشنامه ۹۳ می‌باشد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک (Nor Beck Social Support Questionnaire)؛ این پرسشنامه ابزاری است که حمایت‌های اجتماعی عملکردی، ساختاری، عاطفی و فقدان کل را محاسبه می‌کند. علاوه بر این موارد، این پرسشنامه داده‌های توصیفی راجع به ارتباطات حمایتی را که فرد اخیراً (یک سال اخیر) به دلایل مختلفی از دست داده، در اختیار قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها به راحتی می‌توان به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است پی برد (۲۳). این پرسشنامه ۹ سؤال دارد که هر سؤال برای ۲۴ نفر در نظر گرفته شده و به پاسخ هر فردی که در شبکه اجتماعی او وجود دارد از صفر تا ۴ نمره دهی می‌شود (صفر = اصلاً و ۴ = بسیار زیاد). حداقل نمره برای هر سؤال صفر و حداکثر آن ۹۶ می‌باشد و در نهایت از ۸ سؤال اول سه مقیاس حمایت ساختاری، حمایت عملکردی و حمایت عاطفی استخراج می‌شود و سؤال نهم مربوطه به فقدان کل می‌باشد (۲۴). مقیاس پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک به دلیل ارائه دامنه وسیعی از مفاهیم (از ساده تا پیچیده) و روش سنجش مناسب نسبت به سایر ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی ارجح تر می‌باشد. پایایی و روایی این ابزار در ایران توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفت و به عنوان یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در سالمندان نیز توصیه شده است (۲۵). پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها وارد کامپیوتر شده و توسط نرم‌افزار SPSS (version 20, Inc., Chicago, USA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. طبق فرضیات مطالعه و با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیرها از آزمون‌های آماری من ویتنی، کروسکال والیس و آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معنی‌داری برای همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

از بین ۲۴۰ سالمند شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۲۷ نفر (۵۲/۹ درصد) را مردان و ۱۱۳ نفر (۴۷/۱ درصد) را زنان

۶۰ سال منطقه ۸ شهر تهران در ۱۳ محله و ۱۰۴ بلوک انجام شد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید. بدین منظور، هر محله به بلوک‌های مشخص شده توسط شهرداری منطقه تقسیم شد و با مراجعه به اماکن عمومی (مساجد، پارک‌ها، مکان‌های ورزشی و مراکز خرید) و مسکونی از هر بلوک به طور سیستماتیک و با توجه به تراکم بلوک بین ۱ تا ۳ سالمند انتخاب و در صورت ابراز تمایل وارد مطالعه شدند. با توجه به اینکه تقریباً ۸ درصد جمعیت این منطقه را سالمندان تشکیل می‌دادند و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد و اعمال ضریب خوشه، حجم نمونه ۲۴۰ نفر برآورد شده بود. شرکت‌کنندگان پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های کتبی بود که از طریق مصاحبه سه پرسشگر آموزش‌دیده با سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه جمع‌آوری گردید. پرسشنامه‌ها شامل سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و غیره) و پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی نوربک و کیفیت زندگی مخصوص سالمندان بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد؛ این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط De Leo و همکاران تهیه شد و به عنوان ابزار بین‌المللی برای همه گروه‌های سالمند در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشد (۲۱). این پرسشنامه در ایران نیز ترجمه و هنجاریابی شده است و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲). پرسشنامه لیپاد دارای ۳۱ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بعد عملکرد فیزیکی (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. پرسش‌های این پرسشنامه به صورت مقیاس لیکرت امتیازبندی می‌شوند. بدین صورت که هر پرسش چهار

استفاده از آزمون آماری من ویتنی (جدول شماره ۲) نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد فیزیکی و جنسی در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان است و در مقابل میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان زن به‌طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان مرد می‌باشد ($P < 0/001$). همچنین در بررسی ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی با جنسیت مشخص گردید که سالمندان مرد به‌طور معنی‌داری از حمایت بیشتری برخوردارند ($P < 0/001$).

ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۳ ارائه داده شده است. طبق یافته‌ها، نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که سن با عملکرد جنسی ($P = 0/003$) و مراقبت از خود ($P = 0/006$) همبستگی معنی‌دار دارد. نتایج آزمون کروسکال والیس نیز نشان داد که سطح تحصیلات با همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌جز افسردگی و اضطراب ارتباط معنی‌داری دارد، همچنین بین همه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات نیز ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. وضعیت تأهل نیز با مؤلفه‌های عملکرد فیزیکی ($P < 0/001$)، عملکرد جنسی ($P < 0/001$)، مراقبت از خود ($P = 0/005$) و نمره کل کیفیت زندگی ($P = 0/034$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت.

تشکیل می‌دهند. تقریباً نیمی از سالمندان (۵۰/۴ درصد) در گروه سنی ۶۵-۶۰ سال بودند و میانگین سنی مردان $71/02 \pm 8/64$ و در زنان $64/73 \pm 5/27$ بوده که این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بوده است ($P < 0/001$). میانگین درآمد سالمندان در کل $4500000 (\pm 4495436)$ ریال در ماه بوده است. سایر اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۱۲۷	۵۲/۹
زن	۱۱۳	۴۷/۱
سطح		
بی‌سواد	۴۳	۱۸/۱
تحصیلات		
ابتدائی	۷۳	۳۰/۵
راهنمایی	۵۵	۲۲/۳
دیپلم	۴۸	۲۰/۲
دانشگاهی	۲۱	۸/۹
وضعیت		
مجرد	۸	۳/۳
تأهل		
متأهل	۱۷۵	۷۲/۹
همسر مرده	۵۶	۲۳/۴
مطلقه	۱	۰/۴
مالکیت		
شخصی	۱۶۴	۶۸/۸
منزل		
اجاره‌ای	۳۵	۱۶/۳
منزل اقوام	۲۵	۸/۳
سازمانی	۱	۰/۳
سایر	۱۵	۶/۳

مقایسه کیفیت زندگی در بین زنان و مردان سالمند با

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه بر اساس جنسیت

سطح معنی‌داری	زنان (n=۱۱۳)		مردان (n=۱۲۷)		مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	۲/۳	۱۰/۳	۲/۸	۱۲/۲	عملکرد فیزیکی
0/628	۲/۴	۱۲/۲	۲/۸	۱۲/۱	عملکرد ذهنی
0/001	۱/۶	۷/۱	۱/۶	۶/۴	عملکرد اجتماعی
<0/001	۱/۲	۱/۳	۱/۳	۲/۰	عملکرد جنسی
0/118	۲/۳	۱۵/۶	۳/۴	۱۴/۲	مراقبت از خود
0/830	۳/۳	۱۰/۱	۲/۵	۱۰/۱	اضطراب و افسردگی
<0/001	۲/۸	۱۱/۱	۳/۳	۹/۶	رضایت از زندگی
0/404	۱۰/۳	۶۷/۶	۱۲/۳	۶۸/۹	کیفیت زندگی کل
<0/001	۲۵/۵	۳۰/۸	۲۷/۲	۴۷/۰	حمایت عاطفی
<0/001	۱۹/۴	۲۴/۲	۱۸/۳	۳۳/۴	حمایت ساختاری
<0/001	۳۸/۱	۴۶/۱	۴۱/۱	۷۱/۱	حمایت عملکردی

جدول شماره ۳. ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

وضعیت تأهل	سطح تحصیلات		سن	مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی	
	سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری		سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری
<۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	۰/۸۳۴	عملکرد فیزیکی	کیفیت زندگی	
۰/۲۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	عملکرد ذهنی		
۰/۶۷۳	۰/۰۰۵	۰/۴۶۸	عملکرد اجتماعی		
<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	عملکرد جنسی		
۰/۰۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۰۶	مراقبت از خود		
۰/۴۲۶	۰/۷۶۲	۰/۳۴۸	اضطراب و افسردگی		
۰/۸۸۷	۰/۰۱۵	۰/۰۷۷	رضایت از زندگی		
۰/۰۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۴	کیفیت زندگی کل		
۰/۱۵۰	۰/۰۱۹	۰/۱۲۹	حمایت عاطفی	حمایت اجتماعی	
۰/۱۵۸	۰/۰۱۰	۰/۱۱۴	حمایت عملکردی		
۰/۰۹۶	۰/۰۲۲	۰/۵۹۶	حمایت ساختاری		

ساختاری و حمایت عملکردی ارتباط معنی‌داری دارند. تنها بین مؤلفه رضایت از زندگی با حمایت ساختاری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/124$). (جدول شماره ۴).

بررسی همبستگی اسپیرمن بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی نشان داد که از بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی، عملکرد فیزیکی، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی با مؤلفه‌های حمایت عاطفی، حمایت

جدول شماره ۴. همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی

ابعاد حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی کل	عملکرد فیزیکی	مراقبت از خود	افسردگی و اضطراب	عملکرد ذهنی	عملکرد اجتماعی	عملکرد جنسی	رضایت از زندگی
حمایت عاطفی	۰/۴۴۲	۰/۰۰۹	۰/۵۰۱	۰/۷۰۱	۰/۰۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۵	۰/۰۲۵
حمایت ساختاری	۰/۴۶۹	۰/۰۲۴	۰/۴۷۰	۰/۳۴۹	۰/۰۲۰	۰/۰۰۲	۰/۳۳۵	۰/۱۲۴
حمایت عملکردی	۰/۴۵۲	۰/۰۰۸	۰/۵۴۲	۰/۸۳۱	۰/۰۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	۰/۰۲۳

بحث

در مطالعه گروسی و همکاران ارتباطی بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی در سالمندان گزارش نشده بود (۲۹). در بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات و مؤلفه‌های مختلف کیفیت زندگی مشخص گردید که تحصیلات تأثیر مثبتی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز اضطراب و افسردگی دارد. باین حال، نتایج مطالعه Hampton حاکی از آن بود که تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی پائین تری را به همراه دارد و همچنین سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری با رضایتمندی از زندگی نداشته است (۳۰). با توجه به نتایج این مطالعه و همچنین مطالعات دیگری که در جمعیت‌های مشابه صورت پذیرفته می‌توان گفت که افزایش میزان

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران انجام پذیرفت. در این مطالعه سطح تحصیلات با نمره کل کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری داشت به نحوی که سالمندان با تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در همین راستا، نتایج مطالعه علی پور و همکاران نشان داد که تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۲۶). همچنین در مطالعه حبیبی و همکاران (۲۷) و Lee و همکاران (۲۸) نیز دست آوردهای مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر گزارش شده بود، ولیکن

کمتر می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۳۳، ۳۱، ۹، ۵). با این حال در مطالعه قاسمی و همکاران ارتباط آماری معنی‌داری بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سن گزارش نشده است (۳۴). به نظر می‌رسد با توجه به تغییرات فیزیولوژیک و جسمی که در اثر افزایش سن در افراد ایجاد می‌شوند، کاهش عملکرد جنسی در هر دو جنس امری عادی است. کاهش توانایی جسمی سالمندان موجب می‌گردد که آن‌ها توانایی انجام بسیاری از فعالیت‌های روزانه خود را نداشته باشند که با افزایش سن این ناتوانی‌ها بیشتر نیز می‌شوند. در چنین شرایطی وجود همراهانی چون فرزندان و دوستان علاوه بر تأمین کمک‌های لازم جهت انجام فعالیت‌های روزانه می‌تواند بر کیفیت زندگی سالمند نیز تأثیر بسزایی داشته باشد.

در مطالعه حاضر میانگین نمرات همه ابعاد حمایت اجتماعی به‌طور معنی‌داری در مردان بیشتر از زنان می‌باشد، در حالی که در مطالعه علی پور و همکاران نمرات حمایت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۲۶). به نظر می‌رسد تفاوت در نسبت‌های جنسی این دو مطالعه می‌تواند علت تفاوت در نتایج حاصله باشد.

دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. برخلاف این نتایج، در مطالعه حیدرزاده و همکاران بین کیفیت زندگی و ابعاد عملکردی و ساختاری حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی‌داری گزارش شده بود (۳۵). همچنین در مطالعه Helgeson نیز ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین کیفیت زندگی و حمایت عملکردی مشاهده شده بود (۳۶). نتایج مطالعه زمان زاده و همکاران نیز نشان داد که حمایت عاطفی در کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۳۷). همچنین گروسی و همکارانش دریافتند که بین تمام ابعاد حمایت اجتماعی دریافت شده توسط سالمندان با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که با افزایش سطح حمایت اجتماعی در ابعاد مالی، خدماتی، مشورتی و عاطفی کیفیت زندگی سالمندان به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد.

تحصیلات بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر مثبتی داشته که این تأثیر ممکن است مستقیم و یا غیرمستقیم و از طریق تأثیر بر سایر مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی باشد. در بررسی ارتباط بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی مشخص گردید که متأهلین از وضعیت کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و همچنین کیفیت زندگی در سالمندان مجرد بیشتر از سالمندانی که همسران خود را از دست داده‌اند، می‌باشد و کیفیت زندگی در این گروه نیز از سالمندانی که از همسران خود جدا شده‌اند بیشتر است. این یافته با نتایج مطالعه علی پور و همکاران همخوانی دارد (۲۶). همان‌طور که نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهند زندگی مشترک در کنار همسر تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی سالمندان دارد و تغییر در وضعیت تأهل می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در این افراد شود، به‌ویژه اگر این تغییر در اثر جدا شدن از همسر ایجاد گردد. در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و نمره کل کیفیت زندگی مشاهده نشد که این یافته با نتایج مطالعه Spangler همخوانی دارد (۳۱). در حالی که در مطالعه علی پور و همکاران (۲۶) و بذرافشان و همکاران (۳۲) در تمام ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود داشته و کیفیت زندگی در مردان بالاتر گزارش شده است. در مطالعه حاضر میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد فیزیکی و جنسی در مردان بیشتر از زنان و در مقابل میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی در سالمندان زن بیشتر از سالمندان مرد می‌باشد. با این حال نتایج مطالعات مشابه حاکی از آن است که نمرات تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان بوده است (۳۳، ۲۹). به نظر می‌رسد علت این اختلاف در نسبت شرکت‌کنندگان در مطالعه باشد، به‌طوری که در مطالعه حاضر ۵۳ درصد شرکت‌کنندگان را مردان تشکیل می‌دادند در حالی که در مطالعات مذکور نزدیک به ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان در مطالعه سالمندان مرد بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سن در سالمندان عملکرد جنسی کاهش یافته و مراقبت از خود

سالمندان در نظر گرفته شده بود.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌دار ابعاد حمایت اجتماعی با برخی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی از جمله عملکرد فیزیکی، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی حاکی از تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی است. همچنین افزایش سطح تحصیلات در افراد می‌تواند تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی آن‌ها به‌ویژه در دوران سالمندی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر حاصل بخشی از پژوهش نویسنندگان اول و مسئول با کد ۹۰-۰۳-۶۲-۱۵۴۷۳ در دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که با حمایت مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه و پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر اجرا شده است. بدین وسیله از مسئولین محترم این مراکز و نیز از سالمندان شرکت‌کننده، شهردار محترم منطقه ۸، سرکار خانم مریم دستورپور، سرکار خانم سمیرا وصالی و سایر دوستان و عزیزانی که ما را در اجرای هرچه بهتر این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. World Population Prospects, the 2015 Revision. Population Division Web Site; 2015 [Cited 10 August, 2015]; Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
2. Iranian Statistic Center. Selected Findings of National Population and Housing Census 2011. Iranian Statistic Center Web Site; 2015 [Cited 10 August 2015]; Available from: <http://www.amar.org.ir/Portals/1/Iran/data.pdf>
3. World Population Aging 2007. Population Division Web Site; 2015 [Cited 5 August, 2015]; Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulation-AgeingReport2007.pdf>
4. Zahmatkeshan N, Bagherzadeh R, Akaberian S, Yazdankhah MR, Mirzaei K, Yazdanpanah S, and et al. [Assessing Quality Of Life and related factors in Bushehrs elders-1387-8]. *J Fasa Univ Med Sci*.2012; 2(1):53-8. (Persian)
5. Alipoor F, Sajadi H, Foroozan A, Beiglarian A. [The role of social support in elderly quality on life].

(۲۹). حیدرزاده و همکارانش نیز نشان دادند که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و بعد حمایت اطلاعاتی ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی دارند (۳۵). همچنین در سایر مطالعات نیز افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کرده بودند (۳۰، ۱۵). اگرچه در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین حمایت‌های اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی یافت نشد، اما یافته‌ها نشان می‌دهند که بین مؤلفه‌های مختلف کیفیت زندگی و ابعاد حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری دیده می‌شود. در این زمینه انجام مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر در جمعیتی مشابه با جمعیت مطالعه حاضر جهت روشن نمودن زوایای پنهان مسئله در آینده پیشنهاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن، بستگی داشتن پاسخ سالمندان به زمان و مکان مصاحبه و حالات اخلاقی سالمندان در زمان پاسخ‌دهی به سؤالات اشاره نمود. بنابراین جهت مرتفع نمودن این محدودیت‌ها، سعی محققان بر آن بود که مصاحبه‌ها در فضایی مناسب مثل پارک‌ها و فضاهای سبز انجام شود و همچنین زمان کافی جهت پاسخ‌دهی به سؤالات برای

Social Welfare Quarterly.2009; 8(33):147-65. (Persian)

6. Stanford ER, Fong C, Deborah LT. Assessing changes in life skills and quality of life resulting from rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*.2003; 69(3):4-9.
7. Nabaiee B, Safizadeh H, Halaji Z. [A study concerning quality of life among patients with Psoriasis compared with general population]. *Iranian Journal of Dermatology*.2002; 5(19):15-21. (Persian)
8. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 23rd. India: Bhanot publisher; 2015, pp:14-43.
9. 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)]. *Journal of Health Administration*.2007; 10(27):49-56. (Persian)
10. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life

- (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.*2000; **53**(1):1-12.
11. Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents—a questionnaire survey in Bergen, Norway. *Int J Nurs Stud.*2009; **46**(1):65-75.
 12. Mizuno M, Kakuta M, Inoue Y. The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncol Nurs Forum.*2009; **36**(3):144-52.
 13. Alipour F, Sajjadi H, Foroozan A, Beiglarian A. [Quality of life in Tehran district 2 elders]. *Salmand.*2008; **3**(3&4):75-83. (Persian)
 14. Charyton C, Elliott JO, Lu B, Moore JL. The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy Behav.*2009; **16**(4):640-5.
 15. Ke X, Liu C, Li N. Social support and quality of life: a cross-sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake. *BMC Public Health.*2010; **10**(1):573.
 16. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh.*2010; **42**(3): 242-9.
 17. Cheng H, Sit JW, Chan CW, So WK, Choi KC, Cheng KK. Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: findings from a mixed methods study. *Eur J Oncol Nurs.*2013; **17**(6): 788-96.
 18. Burgoyne R, Renwick R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Soc Sci Med.*2004; **58**(7):1353-66.
 19. Bishop M, Feist-price S. Quality of life assessment in the rehabilitation counseling relationship: Strategies and measures. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling.*2002; **33**(1):35-41.
 20. Moosavi M, Mostafaiee A. [Analyzing Life Quality of Retired Elderly in Tehran (Focusing on formal and informal social support)]. *Social Development & Welfare Planing.*2011; **3**(7):137-63. (Persian)
 21. De Leo D, Diekstra RF, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, and et al. LEIPAD , An internationally applicable instrument to access quality of life in elderly. *Behav Med.*1998; **24**(1):17-27.
 22. Sajadi H, Biglarian A. [Quality of life among elderly women in Kahrizak charity Foundation, Tehran, Iran]. *Payesh.*2007; **6**(2):105-8. (Persian)
 23. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: normative data and validity testing. *Nurs Res.*1983; **23**(1):4-9.
 24. Norbeck JS. Scoring instructions for the Norbeck social support questionnaire. USA: University of California; 1995.
 25. Jalilian A. Validity and reliability of Social Support Persian version Questionnaire NORBECK in the student of university of social welfare & rehabilitation Tehran [MSc Thesis]. Tehran: Social Welfare & Rehabilitation University; 2008. (Persian)
 26. Alipour F, Sajjadi H, Foroozan A, Nabavi H, Khedmati E. [The role of social support in the anxiety and depression of elderly]. *Salmand.*2009; **4**(1):53-61. (Persian)
 27. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaei M, Haghani H. [Health promoting behaviors and its related factors in elderly]. *Iran Journal of Nursing.*2006; **19**(47):35-48. (Persian)
 28. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviours and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.*2006; **43**(3):293-300.
 29. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. [The study of relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman]. *Jundishapur Scientific Medical Journal.*2012; **11**(3):303-15. (Persian)
 30. Hampton NZ. Social support and quality of life among elderly Chinese Americans/ Immigration with disabilities: an exploratory study. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling.*2004; **35**(2):17-24.
 31. Spangler SL. The relationship between quality of life and social support among adolescent survivors of childhood cancers [PhD Thesis]. USA: Pepperdine University; 2009.
 32. Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Maddah B. [Quality of elderly's life in Shiraz, Jahandidegan club]. *Salmand.*2008; **3**(1):33-41. (Persian)
 33. Khalesi M. Comparison of quality of life, educated and non-educated women employed in Qom [MSc thesis]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. (Persian)
 34. Ghasemi H, Harirchi M, Masnavi A, Rahgozar M, Akbarian M. [Comparing the quality of life between seniors living in families and institutionalized in nursing home]. *Social Welfare Quarterly.*2010; **10**(39):177-200. (Persian)
 35. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghamranian A, Kolahdouzpour J, Yousef I. [Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people]. *Holistic Nursing and Midwifery Journal.*2013; **23**(1):13-21. (Persian)
 36. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res.*2003; **12**(1): 25-31.
 37. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Lakdziji S. [Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina Educational hospitals of Tabriz University of Medical Sciences]. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.*2007; **29**(3): 49-54. (Persian)

*Research Article***The Relationship of Different Dimensions of Social Support with Older Adults' Quality of Life in the 8th District of Tehran in 2013**Shahnaz Rimaz (PhD)¹, Hasan Gharibnavaz (MSc)^{2*}, Jamileh Abolghasemi (PhD)¹, Shirin Seraji (BSc)²¹ Department of Epidemiology, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.² Deputy of Chancellor for Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 14 May. 2015

Accepted 12 Sep. 2015

Abstract

Background and Objectives: Older adults' quality of life and factors affecting it such as social support are a major concern because they are among vulnerable groups and should receive different supports to ensure their quality of life. This study aimed to determine the relationship between social support and quality of life in the older adults living in the 8th district of Tehran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 240 older adults living in the 8th district of Tehran. Participants were selected via cluster sampling method. We used LEIPAD quality of life questionnaire to measure the quality of life and Norbeck Social Support Questionnaire to evaluate social support. Data were analyzed in SPSS-20 using Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test and Spearman's correlation.

Results: The mean score of quality life was 68.9 of 93 in men and 97.6 of 93 in women and this difference was not statistically significant ($P=0.404$). Education level had a significant effect on both quality of life and social support ($P<0.05$). Furthermore, there was a significant relationship between social support and some dimensions of the quality of life, e.g. physical, social and cognitive function ($P<0.05$).

Conclusions: Different dimensions of social support were higher in men than in women. Although the relationship between dimensions of social support on the overall quality of life score was not statistically significant, the significant relationship between dimensions of social support and dimensions of quality of life show that social support can impact quality of life.

Keywords: Aged; Leipad; Quality of Life; Social Support

Corresponding Author: Hasan Gharibnavaz, Deputy of Chancellor for Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: hasangharibnavaz@yahoo.com, Tel: +9821-88514094

Please cite this article as: Rimaz Sh, Gharibnavaz H, Abolghasemi J, Seraji Sh. [The Relationship of Different Dimensions of Social Support with Older Adults' Quality of Life in the 8th District of Tehran in 2013]. *Journal of Education and Community Health*.2015; 2(1):29-37.