

تحلیل کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته شهر تهران

(با تاکید بر حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی)

دکتر مرضیه موسوی*

اقدس مصطفائی**

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۵

چکیده:

یکی از دوره‌های حساس و مهم در زندگی انسان‌ها دوره سالمندی است. توجه به مسائل این دوره از جمله موضوع کیفیت زندگی سالمندان و عوامل موثر بر آن نظیر حمایت‌های اجتماعی از اهمیت به سزایی برخوردار است چرا که این گروه جزء گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌باشند و به جهت ارتقا کیفیت زندگی‌شان می‌باید زیر پوشش انواع گوناگون حمایت‌های غیررسمی از سوی اعضای شبکه خود یا حمایت‌های رسمی از سوی نظام‌های تامین اجتماعی قرار داشته باشند. بر این اساس در این مطالعه با تعیین وضعیت موجود کیفیت زندگی در میان سالمندان بازنشسته شهر تهران درصدد هستیم تا نقش حمایت‌های رسمی و غیررسمی را در این زمینه بررسی نمائیم. حمایت اجتماعی غیررسمی در این بررسی در دو بُعد کارکردی و ساختاری و با استفاده از نظریات شبکه اجتماعی همچون نظریه لین، ولمن و گرانوتر و حمایت اجتماعی رسمی نیز با استفاده از نظریات رفاه و تامین اجتماعی بررسی شده است و کیفیت زندگی نیز در دو بُعد عینی و ذهنی و با استفاده از نظریات فرانس و زان، مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جمعیت آماری این پژوهش سالمندان ۶۰ سال و بالاتر مستمری‌بگیر صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی ساکن شهر تهران می‌باشد.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بین انواع حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد و بررسی ضرایب همبستگی حاکی از همبستگی بالای حمایت‌های اجتماعی اعم از رسمی و غیررسمی با بُعد ذهنی کیفیت زندگی است، روابط همبستگی میان ابعاد کارکردی حمایت‌های غیررسمی و بُعد ذهنی کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه قوی‌تر از سایر روابط می‌باشد. در تحلیل‌های چند متغیره رگرسیوني مکفی بودن حمایت‌های رسمی از ضریب بالاتری برخوردار بوده و حمایت‌های غیررسمی در بُعد کارکردی (ابزاری) و بُعد ساختاری (پیوندهای فردی و گروهی) در مراتب بعدی قرار داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی رسمی و حمایت اجتماعی غیررسمی، سالمندان.

طرح مساله

* moosavimar@gmail.com

** am60bjar@yahoo.com

*. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا

** . کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا

امروزه جمعیت سالمند و مسائل مربوط به آن از موضوعات مورد توجه در مطالعات اجتماعی است چرا که رشد سریع این گروه سنی در صورت عدم توجه و پیش بینی تمهیدات مناسب به معضلی جدی برای کشورها تبدیل می‌گردد.

بنابر گزارشات جهانی میزان رشد جمعیت سالمند به مراتب سریع‌تر از رشد کل جمعیت در جهان می‌باشد به طوری که هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می‌شود، ولی این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر ۲/۵ درصد است. بر اساس پیش بینی سازمان ملل متحد، نسبت جمعیت سالمند در جهان از حدود ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به حدود ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۷). این امر ساختار جمعیتی در کشورها را تغییر داده و کشورها را مواجه با پدیده سالمندی می‌نماید.

افزایش سالمندان با بالا رفتن امید به زندگی‌شان، توجه به کیفیت زندگی آنان را طلب می‌نماید. چالش اصلی کشورهای جهان در قرن ۲۰ «زنده ماندن» بود در حالی که چالش قرن حاضر «زندگی با کیفیت بهتر» می‌باشد. کیفیت زندگی از مباحثی است که در دهه‌های اخیر مورد توجه جوامع قرار گرفته، و ایران نیز در پی تغییرات جهانی از آن بی‌نصیب نمانده است. افراد جامعه برای دست یافتن به کیفیت زندگی و برطرف کردن مسائل خود به ویژه در دوران پیری و سالخوردگی نیاز به حمایت‌های رسمی و غیررسمی از سوی دولت و نهادهای اجتماعی و اطرافیان دارند. ایجاد رفاه و زندگی مطلوب از دیرباز دغدغه اصلی بشر بوده است که در جوامع سنتی حمایت اجتماعی در دوران پیری به ترتیب توسط فرزند، خویشاوندان، اعضای محله و شبکه‌های مذهبی صورت می‌پذیرفت و حال با گذشت زمان و با تغییر کارکرد خانواده در جوامع امروزی و تحول در نظام خانواده از حالت گسترده به خانواده هسته‌ای، اشتغال زنان و... منجر به تغییر الگوهای حمایتی گردیده و بخشی از حمایت‌هایی که در گذشته از سوی خانواده و خویشاوندان صورت می‌گرفت امروزه به نهادهای رسمی و تعریف شده منتقل شده است. به طوری که در بیشتر جوامع امروزی حمایت از سالمندان توسط مراقبت‌های بهداشتی دولتی و سازمان‌های بازنشستگی خصوصی ارائه می‌شود.

هدف کلی این مقاله آن است که وضعیت کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران را در ابعاد گوناگون بررسی نماید و همچنین تاثیر حمایت‌های اجتماعی در ابعاد رسمی و غیررسمی بر روی کیفیت زندگی ایشان مورد سنجش قرار دهد.

پیشینه تجربی

تحقیقات بسیاری در خصوص کیفیت زندگی و یا حمایت اجتماعی سالمندان انجام شده است که از جمله می‌توان به پژوهش مازپیازو و همکاران (۲۰۰۳) اشاره نمود که به بررسی کیفیت زندگی ۱۰۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال پرداخته‌اند که نتایج تحقیقات آنان نشان می‌دهد که زنان از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی، حمایت خانوادگی و اجتماعی و وضعیت سلامتی در سطحی پایین‌تر از مردان قرار داشتند، و افرادی که سن ۸۰ سال و بالاتر داشتند زمان بیشتری را در تنهایی سپری می‌کردند.

در مطالعه دیگری که توسط فلاویو و همکاران (۲۰۰۳) انجام شد نظر سالمندان را در مورد کیفیت زندگی مورد سوال قرار دادند. براساس نتایج به دست آمده، ۵۷ درصد از افراد مورد مطالعه کیفیت زندگی فعلی خود را مثبت و ۱۸ درصد آن را منفی ارزیابی کرده‌اند. کسانی که کیفیت زندگی خود را منفی ارزیابی کردند، مشکلات بیشتری از نظر سلامتی و اقتصادی داشتند. بیشترین مواردی که به عنوان عوامل مثبت تاثیرگذار در زندگی توسط افراد مورد مطالعه ذکر شده بود به ترتیب عبارتند از: سلامتی، داشتن ارتباطی خوب با خانواده و امنیت مالی. همچنین نگرش دو جنس در خصوص تاثیرگذاری عوامل مثبت متفاوت بوده است.

بورگلین و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای به بررسی تجربه کیفیت زندگی در بین سالمندان از طریق روش پدیدارشناختی و مصاحبه کیفی پرداخته‌اند. در این تحقیق نتایج نشان داده است که تصویر از خود و برخورداری از جایگاه مهم و با ارزش، بر کیفیت زندگی سالمندان تاثیر دارد.

در میان مطالعات داخلی نیز، نجاتی و عشایری (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، به تعیین ابعاد هشتمگانه کیفیت زندگی سالمندان و بررسی نیازهای رفاهی، بهداشتی و درمانی آنان پرداخته‌اند. نتایج مطالعات ایشان نشان دهنده آن است که کیفیت زندگی مردان به طور کلی از زنان بالاتر است.

سالاروند و عابدی (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای با عنوان تجارب سالمندان از حمایت اجتماعی، به بررسی کیفیت زندگی در سرای سالمندان پرداخته‌اند. یافته‌های این دو محقق نشان داده است که کارکنان، سایر مقیمان و خانواده اهمیت بسزایی در زندگی سالمند داشته و شبکه حمایت اجتماعی را برای سالمندان فراهم می‌آورند. رفعتی (۱۳۸۲) مطالعه‌ای بر روی عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه سالمندان کهریزک انجام داده که نتایج یافته‌هایش نشان می‌دهد که افزایش تحصیلات بر ارتقا سلامت عمومی و روحی سالمندان موثر بوده است. سالمندانی که در آسایشگاه کار می‌کردند، نسبت به کسانی که در این مکان کار نمی‌کردند در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی وضعیت بهتری داشتند و همچنین سالمندانی که حقوق بازنشستگی دریافت می‌کردند از سلامت عمومی بهتری نسبت به سایرین برخوردار بودند.

ذکریایی سراجی (۱۳۸۶) در پژوهشی حمایت‌های اجتماعی و تفاوت‌های جنسیتی در سالمندان و تاثیر کمیت و کیفیت این روابط و حمایت‌های متقابل بر نحوه نگرش آنان را بررسی نموده است. نتایج این پژوهش نشان دهنده آن است که زنان نسبت به مردان حمایت‌های بیشتر و متنوع‌تری از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. در زمینه ارائه حمایت، مردان بیشتر حمایت مالی و اطلاع‌رسانی و زنان انواع دیگر حمایت از جمله حمایت عاطفی و خدمات را عرضه داشته‌اند.

هر چند در خصوص سالمندی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی تحقیقاتی انجام شده است ولیکن در هیچکدام از تحقیقات مطرح شده، ابعاد حمایت اجتماعی (رسمی و غیررسمی) به عنوان متغیر مستقل مورد تاکید نگرفته و همچنین کیفیت زندگی در دو بُعد ذهنی و عینی مورد کنکاش قرار نگرفته است. از سویی نیز در مطالعات پیشین، جامعه آماری سالمندان دو سازمان رسمی که متولی حمایت از سالمندان پس از دوران بازنشستگی است مورد توجه محققین نبوده است.

چارچوب نظری

کیفیت زندگی تحت تأثیر شرایط زمانی، مکانی، ارزش‌ها، تصورات و ادراکات افراد می‌باشد و دارای ابعاد و شاخص‌های گوناگونی است که در این پژوهش در دو بُعد ذهنی (ارزیابی توسط خود فرد) و عینی (قابل مشاهده) و با استفاده از نظریه فرانس و زان مورد سنجش قرار گرفته است.

فرانس^۱ (۱۹۹۸) با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در ارتباط با کیفیت زندگی به لحاظ مفهومی کاربرد این اصطلاح را در شش حوزه: ۱- زندگی عادی، ۲- مطلوبیت اجتماعی، ۳- رضایت از زندگی، ۴- شادکامی، ۵- دستیابی به اهداف شخصی و ۶- استعدادهای ذاتی شناسایی و دسته‌بندی می‌کند. (Fransé, 1998: 20)

به اعتقاد زان^۲ کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، عوامل بهداشتی و عملکرد اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی است. مطابق با مدل او کیفیت زندگی تحت تأثیر زمینه‌های شخصی، سلامت، عوامل اقتصادی-اجتماعی، فرهنگ، محیط و سن قرار دارد. به اعتقاد وی مفهوم درک شده از کیفیت زندگی در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط او ایجاد می‌شود (آقاملایی، ۱۳۸۴: ۷۴).

همچنین در این پژوهش انواع حمایت اجتماعی در دو بُعد رسمی و غیررسمی مورد بررسی قرار گرفته است. بُعد رسمی شامل حمایت‌هایی است که از طرف دولت به شهروندان ارائه می‌شود مانند: انواع خدمات بیمه و بُعد غیررسمی شامل انواع حمایت‌هایی که فرد از طرف اطرافیان خود یعنی خانواده، دوستان، همکاران، اقوام و خویشاوندان دریافت می‌نماید می‌باشد. در رابطه با حمایت اجتماعی غیررسمی نظریات لین^۳، ولمن^۴، و گرانووتر^۵ انتخاب شده است که با توجه به نظریات آنها حمایت اجتماعی به انواع ساختاری و کارکردی تقسیم شده است. بُعد ساختاری حمایت اجتماعی به عضویت در گروه‌های رسمی و غیررسمی و ایفای نقش در آنها و تعداد پیوندهای فردی اشاره دارد که منابع حمایتی و فراوانی تماس، زیر مجموعه پیوندهای فردی محسوب می‌شود. منابع ارائه دهنده حمایت‌های اجتماعی می‌توانند گسترده باشند و محیط خانواده، گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان و همکاران و ... را شامل شوند. یعنی همه افرادی که می‌توانند فرد را به گونه‌ای یاری رسانند، به عنوان منابع حمایت اجتماعی وی مطرح هستند.

بُعد کارکردی حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری (حمایت کالاها و خدماتی مانند: کمک‌های مادی یا کمک در کارخانه)، عاطفی (پشتیبانی و حمایت روانی مانند: ترغیب، تسلی عاطفی و صمیمیت) و اطلاعاتی (اطلاع-رسانی و راهنمایی مانند: توصیه در مورد این که برای کمک به کجا و چه کسی مراجعه کند) می‌شود.

¹. France

². Zhan

³. Leen

⁴. Wellman & Ferank

⁵. Granovetter

در حمایت اجتماعی رسمی که از نظریات مرتبط با تأمین اجتماعی استفاده شده است برخوردار از خدمات دولتی (اقداماتی که افراد یک جامعه را با هدف حمایت درآمدی و بهداشتی - درمانی زیر پوشش قرار می‌دهد) مورد توجه قرار گرفته است که این نوع حمایت اجتماعی از طریق بیمه‌های اجتماعی یا تأمین اجتماعی نسبت به طبقه خاص یا تمام طبقات اجتماع صورت می‌گیرند.

در بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی از مدل تأثیر مستقیم و یا تأثیر عمده و مدل تعداد حمایت‌کننده‌های در دسترس پیرامون حمایت اجتماعی استفاده شده که براساس این مدل اثرات مثبت حمایت اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی گشته و رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی خطی است.

جهت بررسی تاثیر متغیرهای زمینه‌ای بر متغیر وابسته - کیفیت زندگی - از تئوری‌های کناره‌گیری استفاده شده است. بر اساس تئوری‌های کناره‌گیری هنگامی که افراد پا به سن می‌گذارند، هنجارهای اجتماعی غالب، آنها را ترغیب می‌کنند که از شبکه‌هایشان کناره‌گیری کنند. افراد بازنشسته در دوران بازنشستگی از بخش قابل توجهی از شبکه‌های مرتبط با حوزه کاری‌شان از جمله همکاران جدا شده و بدین لحاظ بخشی از روابطشان را از دست می‌دهند. با کاهش توانایی‌های جسمی - زیستی، افراد پا به سن گذاشته روابطشان با دیگران محدود می‌شود.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های تحقیق با توجه به نظریه‌های اشاره شده بدین شرح می‌باشند:

الف) بین بُعد کارکردی حمایت اجتماعی غیر رسمی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

ب) بین بعد ساختاری حمایت اجتماعی غیر رسمی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

ج) بین حمایت اجتماعی غیر رسمی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

د) بین حمایت رسمی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

ه) بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

و) بین متغیرهای زمینه‌ای - سن، جنس، تحصیلات، منابع درآمدی و وضعیت تاهل - با حمایت اجتماعی رابطه وجود دارد.

ز) بین متغیرهای زمینه‌ای - سن، جنس، تحصیلات، منابع درآمدی و وضعیت تاهل - با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

۱) نوع روش تحقیق و سطح تحلیل: این پژوهش از نوع پیمایش است و از تکنیک پرسشنامه با دو هدف

توصیف و تبیین استفاده شده است. واحد تحلیل، فرد پاسخگو است، بدین ترتیب سطح تحلیل خرد می‌باشد.

۲) جامعه آماری و حجم نمونه: جمعیت آماری این پژوهش، سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ساکن شهر تهران

هستند، در این پژوهش سالمندانی انتخاب شده‌اند که از مستمری‌بگیران صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران می‌باشند.

حجم نمونه این تحقیق با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر برآورد شده است.

۳) شیوه نمونه‌گیری: در این تحقیق با توجه به حجم زیاد جامعه آماری و نوع روش تحقیق، از شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای یا تلفیقی استفاده شده است. در این روش ابتدا مناطق ۲۲ گانه شهر تهران براساس مطالعات انجام شده قبلی و مصاحبه با استادان و نیز در نظر گرفتن موقعیت مکانی در سه بخش مناطق ۱ تا ۵ در گروه ۱، مناطق ۶ تا ۱۴ در گروه ۲ و مناطق ۱۵ تا ۲۲ در گروه ۳ طبقه‌بندی شدند، سپس از بین هر خوشه یک منطقه به تصادف انتخاب شد که مناطق انتخاب شده شامل منطقه ۳ از گروه یک، منطقه ۷ از گروه دو و منطقه ۱۶ از گروه سه می‌باشند.

۴) اعتبار و روایی ابزار سنجش: برای حصول اطمینان از اعتبار و روایی، در ابتدا پرسشنامه مقدماتی مورد آزمون قرار گرفت و پرسشنامه نهایی با لحاظ اعتبار محتوایی و اعتبار صوری و در زمینه روایی و پایایی^۶ با استفاده از آماره آلفا کرونباخ^۷ تنظیم گردید. نتایج روایی متغیرها در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۱- ضریب روایی (آلفای کرونباخ) متغیرها

| شاخص | ابعاد | متغیرها | ضریب پایایی پرسشنامه نهایی | |
|---------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|------|
| کیفیت زندگی | بُعد عینی کیفیت زندگی | عملکرد و امنیت اقتصادی | ۰/۷۳ | |
| | | سلامت جسمی | ۰/۶۳ | |
| | بُعد ذهنی کیفیت زندگی | احساس بهزیستی | ۰/۸۲ | |
| | | احساس رضایت از زندگی | ۰/۶۶ | |
| حمایت اجتماعی | بُعد کارکردی حمایت غیررسمی | حمایت اطلاعاتی | ۰/۸۲ | |
| | | حمایت ابزاری | ۰/۸۲۱ | |
| | | حمایت عاطفی | ۰/۸۴۲ | |
| | بُعد ساختاری حمایت غیررسمی | عضویت در گروه‌ها | ۰/۶۷ | |
| | | تعداد پیوندهای فردی | ۰/۷۲۵ | |
| | حمایت رسمی | حمایت رسمی | مکفی بودن حمایت‌های رسمی | ۰/۶۸ |
| | | | دسترسی به حمایت‌های رسمی | ۰/۶۵ |
| | | | | |

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

حمایت اجتماعی غیررسمی: حمایت واقعی عبارت است از نوع و فراوانی تعاملات حمایتی خاص (لین و همکاران، ۲۰۰۰؛ قدسی، ۱۳۸۲؛ ۱۸۸) که فرد در روابط اجتماعی در قالب آن‌ها کمک‌های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را از دیگران دریافت می‌کند (هلگسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ علی پور، ۱۳۸۸: ۲۷).

حمایت اجتماعی غیر رسمی در دو بُعد ساختی و کارکردی مورد بررسی قرار گرفته است.

۶ . Reliability

۷ . Cronbach Alpha method

بُعد کارکردی حمایت اجتماعی غیررسمی: حمایت‌های دریافتی از اعضای شبکه در قالب سه نوع حمایت مالی، عاطفی و اطلاعاتی مورد سوال قرار گرفته اند که هر نوع حمایت در سطح سنجش ترتیبی و در قالب طیف ۶ قسمتی از اصلاً تا خیلی زیاد سنجیده شده است. منظور از حمایت اطلاعاتی دادن و گرفتن مشاوره، نصیحت، اطلاعات و آموزش در مورد کارها، مشکلات و مسائل مهم زندگی است. حمایت ابزاری با نشانگرهای کمک کردن در امور منزل، اسباب کشی، مسائل اداری، مشکلات مالی و بیماری مورد سنجش قرار گرفته است و حمایت عاطفی نیز با نشانگرهای ابراز عشق و علاقه، گوش دادن به درد دل‌ها، تسلی دادن و... مورد پرسش قرار گرفته است.

بُعد ساختاری حمایت اجتماعی: در این بُعد عضویت در گروه و تعداد پیوندهای فردی مطرح می‌شود که منظور از عضویت در گروه‌ها عضویت فرد به طور رسمی و غیررسمی در گروه‌ها و انجمن‌ها است که در سطح سنجش اسمی مورد سوال قرار گرفته است و منظور از تعداد پیوندهای فردی، فراوانی تماس افراد و منابع حمایتی به عنوان مولفه‌های این شاخص مطرح هستند. منظور از فراوانی تماس دفعات ارتباطی است که افراد با هریک از اعضای شبکه خود دارند و این که هرچند وقت یکبار با آنها در تماس و ارتباط هستند. این متغیر با سطح سنجش ترتیبی از عدم ارتباط تا تماس روزانه طبقه بندی گردید. منظور از منابع حمایتی تعداد منابع حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری می‌باشد که از سوی اعضای شبکه تامین می‌شود که این متغیر نیز در سطح سنجش اسمی مورد سنجش قرار گرفته است.

حمایت اجتماعی رسمی: حمایت اجتماعی رسمی عبارت است از اقدامات دولتی^۸ با هدف حمایت درآمدی از افراد یک جامعه. (معینی، ۱۳۸۱). بُعد رسمی حمایت اجتماعی به وسیله دو مولفه دسترسی افراد به خدمات حمایت‌های رسمی و مکفی بودن این خدمات مورد سنجش قرار گرفته است.

کیفیت زندگی: کیفیت زندگی بر اساس تعریف زان (۱۹۹۲)، (آقاملابی، ۱۳۸۴: ۷۴)، شامل مؤلفه‌هایی چون رضایت از زندگی، تصور از خود، عوامل بهداشتی و عملکرد اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. بنابراین شاخص‌های مورد سنجش در این باره عبارتند از: وضعیت رضایت از زندگی در حیطه‌های گوناگون، احساس بهزیستی، عملکرد و سلامت جسمی و عملکرد و امنیت اقتصادی. در این تحقیق کیفیت زندگی در دو بُعد عینی و ذهنی بررسی شده است.

بُعد ذهنی کیفیت زندگی: این بُعد با مفاهیمی چون احساس بهزیستی و رضایت از زندگی سنجیده شده است. احساس بهزیستی در دو مؤلفه فردی و خانوادگی ساخته شده است.

احساس رضایت از زندگی از طریق سنجش رضایت از خدمات نهادهای دولتی و روابط بین شخصی ساخته شده است. احساس رضایت از روابط بین شخصی مولفه دیگری از بُعد رضایت از زندگی می‌باشد. این متغیرها با سطح سنجش ترتیبی از اصلاً تا خیلی زیاد طبقه بندی شدند.

⁸ . Public Measures

بُعد عینی کیفیت زندگی: بُعد عینی با دو بُعد سلامت و امنیت اقتصادی ساخته شده است. سلامت فردی با دو بخش، سلامت جسمی و بیماری سنجیده شده است. این متغیرها با سطح سنجش ترتیبی از اصلاً تا خیلی زیاد طبقه بندی شدند.

یافته‌های تحقیق

تحقیق حاضر شامل ۲۶ درصد زن و ۷۴ درصد مرد می‌باشد که از این تعداد حدود ۶۰/۴ درصد در گروه سنی ۷۰-۶۰ سال (سال‌مندان جوان)، ۳۰/۴ درصد در گروه سنی ۸۰-۷۰ سال (سال‌مندان میانسال) و ۹/۲ درصد از ۸۰ سال به بالا (کهنسالان) هستند. همچنین ۱ درصد از جمعیت پاسخگو مجرد، ۷۱/۶ درصد متأهل، ۲۴/۵ درصد همسر فوت شده و ۲/۹ مطلقه هستند. در مورد متغیر تحصیلات ۱۲/۸ درصد افراد مورد مطالعه بی‌سواد، ۲۹/۴ درصد ابتدایی، ۱۳/۸ درصد سیکل، ۲۲/۴ درصد دیپلم و ۲۱/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند که از این تعداد ۴۷/۷ درصد مستمری بگیران سازمان صندوق بازنشستگی کشوری و ۵۲/۳ درصد مستمری بگیران تأمین اجتماعی می‌باشند. در این پژوهش، برای بررسی کیفیت زندگی سالمندان ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن مطابق جدول شماره ۲ مورد محاسبه قرار گرفت که یافته‌ها نشان داد میانگین نمره هر یک از این ابعاد و مقیاس ترکیبی کیفیت زندگی، در حد متوسط قرار دارد (۴/۸۸) (در مقیاس ۱۰-۰). در مقایسه میان دو بُعد عینی و ذهنی کیفیت زندگی، میانگین بُعد عینی بالاتر از بُعد ذهنی بوده است. همچنین با توجه به انحراف معیار می‌توان گفت که انحراف معیار کیفیت زندگی عینی کمتر از کیفیت زندگی ذهنی بوده و به عبارتی میزان پراکندگی داده‌ها در کیفیت زندگی عینی کمتر و تجانس بیشتر می‌باشد.

جدول ۲- توزیع میانگین نمره‌ی متغیرهای کیفیت زندگی در سالمندان

| ابعاد | میانگین | انحراف معیار |
|------------------------|---------|--------------|
| عملکرد و امنیت اقتصادی | ۴/۳۲ | ۱/۹۲۲ |
| سلامت جسمی | ۵/۴۴ | ۱/۹۶۸ |
| کیفیت زندگی عینی | ۵/۵۲ | ۱/۵۹۹ |
| احساس بهزیستی | ۵/۲۸ | ۲/۰۳۰ |
| احساس رضایت از زندگی | ۴/۹۷ | ۱/۷۵ |
| کیفیت زندگی ذهنی | ۴/۷۹ | ۱/۶۷۸ |
| کیفیت زندگی کل | ۴/۸۸ | ۱/۴۷ |

^۹- رتبه و تعداد گویه‌های مرتبط با مقیاس‌ها یکسان نیستند بنابراین گویه‌های مختلف، وزن‌های متفاوتی را در نمره‌ی مقیاس کسب می‌کنند. در اینجا مسئله‌ای که وجود دارد معنای نمرات یا پاسخ‌های خاص گویه‌ها و اختلاف مقیاس‌ها است. در نتیجه با توجه به اینکه تعداد طبقات هر یک از مقیاس‌ها متفاوت است، برای تعدیل گویه‌های مختلف، نمرات استاندارد می‌شود، بدین منظور برای توصیف اطلاعات و آمارهای چند متغیره، تمامی متغیرها در مقیاس صفر تا ده استاندارد شده‌اند.

از دیگر متغیرهای مورد سنجش در این پژوهش حمایت اجتماعی است. آماره‌های توصیفی ابعاد حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی کل نشان می‌دهد که به طور میانگین تمام انواع حمایت‌ها در بین افراد مورد مطالعه در سطح متوسطی است. چنانچه در جدول شماره ۳ نشان داده شده میانگین حمایت اجتماعی غیررسمی بالاتر از حمایت اجتماعی رسمی و حمایت اجتماعی کل می‌باشد. میانگین حمایت غیررسمی که از ترکیب گویه‌های دو بُعد کارکردی و ساختاری به دست آمده است با ۵/۰۳ (براساس مقیاس ۰ تا ۱۰) نشان داده شده است که بیانگر آن است که سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط از این نوع حمایت برخوردار بوده‌اند.

جدول ۳- توزیع میانگین نمره‌ی متغیرهای حمایت اجتماعی در سالمندان

| انحراف معیار | میانگین | ابعاد |
|--------------|---------|---------------------------|
| ۲/۴۰۵ | ۳/۷۸ | حمایت اطلاعاتی |
| ۲/۳۱۰ | ۴/۰۶ | حمایت ابزاری |
| ۲/۴۱۱ | ۴/۲۳ | حمایت عاطفی |
| ۲/۰۲۱ | ۴/۰۳ | بعد کارکردی حمایت غیررسمی |
| ۲/۰۹۵ | ۵/۳۲ | پیوندهای فردی |
| ۲/۰۱۷ | ۲/۷۱ | عضویت در گروه‌ها |
| ۱/۵۷۳ | ۴/۴ | بعد ساختاری حمایت غیررسمی |
| ۱/۷۰۴ | ۵/۰۳ | حمایت غیررسمی |
| ۱/۹۶۹ | ۴/۳ | مکفی بودن خدمات |
| ۲/۲۱۹ | ۴/۱۱ | دسترسی به خدمات |
| ۲/۰۵۷ | ۴/۴۴ | حمایت اجتماعی رسمی |
| ۱/۶۸۴ | ۴/۷۰ | حمایت اجتماعی کل |

در این قسمت رابطه میان متغیرها بررسی شده و برای آزمون فرضیات از ضرایب همبستگی دو متغیره و چند متغیره استفاده شده است.

ابعاد حمایت غیررسمی و کیفیت زندگی

جدول ۴- رابطه بین ابعاد حمایت غیررسمی و کیفیت زندگی

| کیفیت زندگی | کیفیت زندگی ذهنی | کیفیت زندگی عینی | شاخص |
|-------------|------------------|------------------|------------------|
| ۰/۳۲۶** | ۰/۳۴۰** | ۰/۱۶۲** | حمایت ابزاری |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۲ | |
| ۰/۲۷۰** | ۰/۴۰۳** | ۰/۰۰۶ | حمایت عاطفی |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۱۳ | |
| ۰/۲۸۱** | ۰/۴۱۶** | ۰/۰۱۲ | حمایت اطلاعاتی |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۸۱۵ | |
| ۰/۳۴۴** | ۰/۴۵۵** | ۰/۰۶۹ | حمایت کارکردی |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۱۸۰ | |
| ۰/۳۲۵** | ۰/۳۸۹** | ۰/۱۰۲* | پیوندهای فردی |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۴۸ | |
| ۰/۲۳۵** | ۰/۳۶۱** | ۰/۰۱۹ | عضویت در گروه ها |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۲۰ | |
| ۰/۳۵۳** | ۰/۴۸۲** | ۰/۰۴۳ | حمایت ساختاری |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۰۵ | |

** در سطح معناداری یک هزارم رابطه وجود دارد.

* در سطح معناداری یک صدم رابطه وجود دارد.

همان طور که داده‌ها نشان می‌دهند میان ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی غیررسمی با کیفیت زندگی، رابطه متوسط و مستقیمی وجود دارد. به عبارتی هر چه میزان این نوع از حمایت‌ها افزایش یابد، کیفیت زندگی بیشتر نمایان می‌شود. در میان سه مولفه بُعد کارکردی حمایت اجتماعی غیررسمی، ضریب همبستگی پیرسون حمایت ابزاری بیش از دو مولفه دیگر می‌باشد. همچنین در میان سه مولفه یاد شده، تنها میان حمایت ابزاری با کیفیت زندگی عینی سالمندان رابطه وجود دارد و میزان دریافت حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی بر کیفیت زندگی عینی آنان تأثیری ندارد.

همچنین میان بُعد ساختاری حمایت غیررسمی با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد، ولی هنگامی که رابطه بُعد ساختاری حمایت تنها با بُعد عینی کیفیت زندگی بررسی شد، رابطه‌ای مشاهده نگردید. در واقع هر چقدر افراد در گروه‌های بیشتری عضو باشند و با افراد بیشتری در تماس باشند و شبکه‌های اجتماعی‌شان بیشتر باشد و حمایت‌های بیشتری دریافت نمایند در میزان کیفیت زندگی‌شان بخصوص در بُعد ذهنی‌شان که شامل احساس رضایت از زندگی و احساس بهزیستی می‌باشد تأثیر افزایشی دیده می‌شود.

حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی

جدول ۵- رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی

| کیفیت زندگی | کیفیت زندگی ذهنی | کیفیت زندگی عینی | شاخص |
|-------------|------------------|------------------|------|
|-------------|------------------|------------------|------|

| | | | |
|---------|---------|---------|-------------------|
| ۰/۴۵۱** | ۰/۶۰۶** | ۰/۱۴۷ | حمایت اجتماعی غیر |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۷۵ | |
| ۰/۳۲۳** | ۰/۳۵۲** | ۰/۱۲۵* | حمایت رسمی |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۱۵ | |
| ۰/۴۷۱** | ۰/۵۷۹** | ۰/۱۲۶** | حمایت اجتماعی کل |
| ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۰۰۱ | |

میان حمایت اجتماعی کل با کیفیت زندگی کل رابطه نسبتاً قوی و مستقیم ($r=0/471$) وجود دارد و رابطه حمایت اجتماعی کل با بُعد ذهنی کیفیت زندگی قوی تر می باشد. در واقع با افزایش حمایت چه در بُعد غیررسمی آن که شامل کارکردی (حمایت های عاطفی، ابزاری؛ اطلاعاتی) و ساختاری (شبکه و فراوانی تماس) می باشد و چه در بُعد رسمی آن که دربرگیرنده حمایت های نهادهای دولتی و خدمات رسانی در قالب بیمه ها و تسهیلات می باشد، بر کیفیت زندگی عینی (امنیت اقتصادی و سلامت) و کیفیت زندگی ذهنی (احساس رضایت از زندگی و احساس بهزیستی) افراد تأثیر افزایشی و مثبتی دیده می شود. به عبارتی افراد از لحاظ حمایت های کارکردی و ساختاری پشتیبانی بیشتری شوند احساس امنیت بیشتر می کنند و رضایت از زندگی شان افزایش می یابد و در پی آن کیفیت زندگی شان هم افزایش می یابد. چنانچه در بالا مشاهده گردید ابعاد حمایت اجتماعی غیررسمی با بُعد عینی کیفیت زندگی رابطه معناداری نداشته لذا هنگامی که حمایت اجتماعی غیررسمی تنها با بُعد عینی کیفیت زندگی در رابطه قرار گرفت رابطه ای مشاهده نگردید.

در بُعد دیگر حمایت اجتماعی، میان حمایت رسمی با کیفیت زندگی رابطه متوسط و مستقیم ($r=0/323$) نشان داده شد. در واقع هر چقدر افراد از نهادهای دولتی و رسمی حمایت بیشتری دریافت کنند بر میزان کیفیت زندگی آنها چه به لحاظ عینی که شامل امنیت اقتصادی و سلامت می باشد و چه کیفیت زندگی ذهنی که شامل احساس بهزیستی و احساس رضایت از خدمات می باشد، تأثیر افزایشی دیده می شود.

متغیرهای زمینه ای و حمایت اجتماعی: براساس یافته ها میزان دریافت و دسترسی به حمایت اجتماعی در بین گروه ۶۰ تا ۷۰ سال بیشتر از گروه های سنی بالاتر می باشد. همچنین متاهلین نسبت به غیرمتاهلین (همسرفوت شده، مجرد، مطلقه) از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار می باشند و هر چه منابع درآمدی افراد بیشتر باشد نسبت به افرادی که فاقد منابع درآمدی دیگری بجز مستمری خود می باشند، حمایت بالاتری دریافت می نمایند. میزان تحصیلات افراد در دریافت حمایت اجتماعی موثر می باشد، به طوری که هر چه تحصیلات افراد افزایش یابد میزان دریافت حمایت های اجتماعی شان نیز افزایش می یابد. در این پژوهش رابطه ای میان جنسیت و حمایت اجتماعی در جمعیت مورد بررسی دیده نشد.

متغیرهای زمینه ای و کیفیت زندگی: براساس یافته ها کیفیت زندگی در بین گروه ۶۰ تا ۷۰ سال بیشتر از گروه های سنی بالاتر می باشد. همچنین متاهلین نسبت به غیرمتاهلین (همسرفوت شده، مجرد، مطلقه) از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و هر چه منابع درآمدی (سود سهام، سود سرمایه گذاری، اجاره و...) افراد بیشتر

باشد نسبت به افرادی که فاقد منابع درآمدی دیگری بجز مستمری‌شان هستند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند. در این پژوهش رابطه‌ای میان جنسیت، تحصیلات و کیفیت زندگی در جمعیت مورد بررسی دیده نشد.

همبستگی چند متغیره

تحلیل رگرسیون این امکان را برای محقق فراهم می‌کند تا تغییرات متغیر وابسته را از طریق متغیرهای مستقل به طور همزمان پیش بینی نموده و مشارکت نسبی هر یک از متغیرهای مستقل را در تبیین متغیر وابسته تعیین نماید. در این تحقیق برای انجام رگرسیون از سه مدل استفاده شده است که در مدل سوم، تمامی متغیرها با یکدیگر به علاوه متغیرهای زمینه‌ای با روش Enter وارد رگرسیون شده و به روش خطی رگرسیون نتایج زیر به دست آمد.

جدول ۶- ضرایب متغیرهای مستقل وارد شده در معادله رگرسیون (مدل سوم)

| متغیرها | وزن بتا (Beta) | آزمون F | سطح معناداری (Sig) |
|---|----------------|---------|--------------------|
| سن | ۰/۱۶۸ | ۳/۵۹ | ۰/۰۰۰ |
| جنس | -۰/۱۳۱ | -۲/۷۴ | ۰/۰۰۶ |
| میزان تحصیلات | -۰/۰۴۴ | -۰/۹۴۵ | ۰/۳۴۶ |
| وضعیت تأهل | -۰/۰۱۹ | -۰/۳۹۹ | ۰/۶۹۰ |
| وضعیت مسکن | ۰/۱۶۷ | ۳/۹۰۳ | ۰/۰۰۰ |
| میزان در آمد | ۰/۱۸۶ | ۴/۰۷ | ۰/۰۰۰ |
| عضویت در گروه‌ها | ۰/۱۶۳ | ۳/۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| روابط پیوند فردی | ۰/۲۱۹ | ۴/۶۳ | ۰/۰۰۰ |
| حمایت غیر رسمی ابزاری | ۰/۱۹۲ | ۳/۳۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| حمایت غیر رسمی اطلاعاتی | -۰/۰۲۸ | -۰/۴۴۳ | ۰/۶۵۸ |
| حمایت غیر رسمی عاطفی | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۵۲ | ۰/۹۵۸ |
| مکفی بودن خدمات و حمایت‌های رسمی | ۰/۳۴۶ | ۷/۲ | ۰/۰۰۰ |
| دسترسی به خدمات و حمایت‌های رسمی | ۰/۰۶۷ | ۱/۵۰ | ۰/۱۳۵ |
| <p>۰/۷۴۹ = مقدار ثابت چندگانه ۲/۰۰۴ = انحراف از معیار برآورد ۰/۰۰۰ = سطح معناداری شده</p> <p>۰/۶۲۴ = ضریب همبستگی ۰/۳۹۰ = ضریب تعیین ۰/۳۶۸ = ضریب تعیین تعدیل</p> | | | |

با توجه به جدول بالا، ۳۹ درصد از کل تغییرات متغیر کیفیت زندگی توسط متغیرهای فوق در معادله نشان داده شده است و این بدان معنی است که ۰/۳۹ از کل واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط متغیرهای فوق سنجیده شده است و بقیه تغییرات به متغیرهایی مربوط است که در این بررسی در نظر گرفته نشده‌اند. در معادله زیر ضرایب تاثیر هر

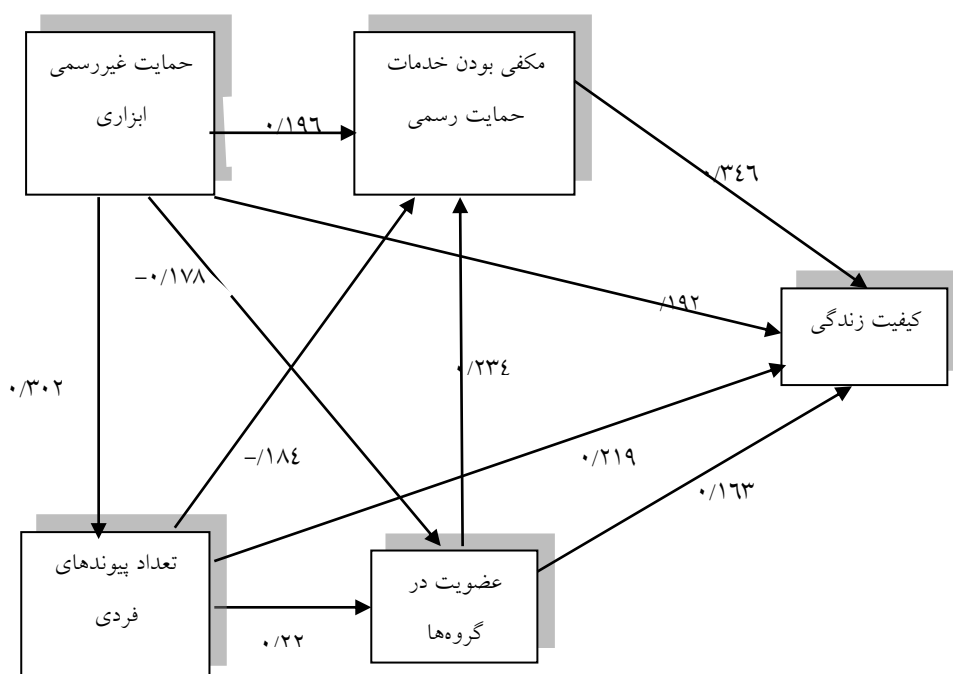
کدام از متغیرهای مستقلی که رابطه معناداری با کیفیت زندگی داشته اند به ترتیب از قوی به ضعیف گزارش شده است.

$$\text{کیفیت زندگی} = ۰/۳۴۶ (\text{مکفی بودن خدمات}) + ۰/۲۱۹ (\text{پیوندهای فردی}) + ۰/۱۹۲ (\text{حمایت ابزاری}) + ۰/۱۸۶ (\text{درآمد}) + ۰/۱۶۸ (\text{سن}) + ۰/۱۶۷ (\text{وضعیت مسکن}) + ۰/۱۶۳ (\text{عضویت در گروه ها}) - ۰/۱۳۱ (\text{جنسیت})$$

همانطور که از معادله فوق پیداست هر چقدر که افراد حمایت بیشتری دریافت نمایند کیفیت زندگی شان بالاتر خواهد بود. نتایج تحلیل رگرسیونی بیانگر آن است که در تبیین کیفیت زندگی، مکفی بودن خدمات حمایت رسمی بیشترین تأثیر را دارد. در این معادله رابطه جنسیت با کیفیت زندگی منفی بوده و نشانگر این است که میزان کیفیت زندگی مردان نسبت به زنان کمتر بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده نمودار تحلیل مسیر را ترسیم نموده تا به اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل و وابسته پی ببریم. مدل زیر مسیر کیفیت زندگی را نشان می دهد.

مدل ۱- مدل علی مسیر کیفیت زندگی



جدول ۷- محاسبه اثرات مستقیم و غیر مستقیم

| متغیر | اثر مستقیم | اثر غیر مستقیم | اثر کل |
|----------------------------|------------|----------------|----------|
| مکفی بودن خدمات حمایت رسمی | ۰/۳۴۶ | - | ۰/۳۴۶ |
| عضویت در گروه ها | ۰/۱۶۳ | ۰/۰۸۰۹۶۴ | ۰/۲۴۳۹ |
| تعداد پیوندهای فردی | ۰/۲۱۹ | -۰/۰۲۷۸۰۴ | ۰/۱۹۱۱۹۶ |
| حمایت غیررسمی ابزاری | ۰/۱۹۲ | ۰/۰۴۹۶۳۱ | ۰/۲۴۱۶۳۱ |

جدول و مدل فوق گویای آن است که متغیر مکفی بودن خدمات حمایت رسمی دارای بیشترین اثر کلی بوده و در تبیین واریانس کیفیت زندگی دارای بیشترین قدرت می باشد. بنابراین می توان گفت که با افزایش مکفی بودن خدمات حمایت رسمی، میزان کیفیت زندگی هم افزایش می یابد. این متغیر دارای بیشترین تأثیر افزایشی است.

همچنین روابط پیوند فردی دارای کم‌ترین اثر کلی می‌باشد. این امر نشان می‌دهد که این متغیر در بین متغیرهای وارد شده به مدل رگرسیون از اهمیت چندانی برخوردار نیست و قدرت تبیین‌کنندگی کمتری نسبت به متغیرهای دیگر دارد. همچنین داده‌های مدل نشان می‌دهند که متغیرهای عضویت در گروه‌ها و حمایت غیررسمی‌ابزاری هم دارای تأثیر افزایشی می‌باشد، یعنی هر چه میزان این متغیر بیشتر شود کیفیت زندگی هم افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

در پژوهش حاضر حمایت‌های اجتماعی در دو بُعد رسمی (حمایت‌هایی که از سوی دولت به سالمندان ارائه می‌شود) و غیررسمی (حمایت‌هایی که از سوی شبکه روابط و اطرافیان فراهم می‌شود) و کیفیت زندگی هم در دو بُعد ذهنی (احساس بهزیستی و رضایت از زندگی) و عینی (عملکرد و امنیت اقتصادی و سلامت جسمی) مورد بررسی قرار گرفته است.

تحلیل آماری یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی غیر رسمی با کیفیت زندگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد رابطه معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چقدر سالمندان از حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی بالاتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود، به طوری که هر چقدر افراد از لحاظ حمایت‌های کارکردی و ساختاری پشتیبانی بیشتری شوند احساس امنیت بیشتری می‌کنند و رضایت از زندگی‌شان افزایش می‌یابد و در نهایت کیفیت زندگی‌شان هم افزایش پیدا می‌کند. همچنین ضریب همبستگی بین دو متغیر در حد متوسط نشان داده شد ($r=0/451$). در این میان از بین سه مولفه حمایت کارکردی (ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی) بیشترین ضریب همبستگی مربوط به حمایت ابزاری با $0/326$ می‌باشد و از میان دو مولفه حمایت ساختاری (عضویت در گروه‌ها و تعداد پیوندهای فردی) و کارکردی بیشترین ضریب همبستگی مربوط به حمایت ساختاری با ضریب همبستگی $0/353$ می‌باشد. این نتیجه همسو با نظریه گرانووتر است چرا که از نظر وی هرچه فراوانی تماس و پیوندها قوی‌تر باشد، افراد از شبکه خود، حمایت‌های بیشتری دریافت می‌دارند که این امر در نتیجه منجر به افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود.

درباره رابطه بین حمایت رسمی با کیفیت زندگی نتایج نشان می‌دهد که بین این دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر هر چقدر میزان حمایت رسمی بیشتر شود، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. ضریب همبستگی بین دو متغیر یاد شده $0/323$ می‌باشد که بیانگر رابطه متوسط میان دو متغیر است به عبارتی هر چقدر افراد از نهادهای دولتی و رسمی حمایت بیشتری دریافت کنند بر میزان کیفیت زندگی آنها چه به لحاظ عینی (شامل عملکرد و امنیت اقتصادی و سلامت جسمی) و چه به لحاظ ذهنی (شامل احساس بهزیستی و احساس رضایت از خدمات) تأثیر افزایشی می‌گذارد. هر چند شدت رابطه حمایت غیررسمی و کیفیت زندگی نسبت به شدت رابطه حمایت رسمی و کیفیت زندگی بیشتر می‌باشد، این شدت بیانگر میزان اهمیت این حمایت در بین سالمندان است. نتایج بیانگر آن است که از میان ابعاد کیفیت زندگی تنها میان بُعد ذهنی آن با حمایت غیررسمی رابطه وجود دارد. و حال آنکه در سنجش همبستگی میان حمایت رسمی با کیفیت زندگی، هم بُعد ذهنی و هم بُعد عینی آن

دارای رابطه معناداری بوده است و شدت همبستگی میان حمایت رسمی با بُعد ذهنی کیفیت زندگی بیشتر از بُعد عینی آن می‌باشد.

نکته قابل تأمل در یافته‌ها آن است که همبستگی میان متغیرهای حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی در بُعد ذهنی کیفیت زندگی بیش از بُعد عینی آن می‌باشد.

در میان متغیرهای زمینه‌ای نتایج نشان دهنده آن است که بین جنسیت و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد. ولیکن میان وضعیت تأهل و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. یعنی با توجه به وضعیت تأهل افراد میزان کیفیت زندگی آنان متفاوت بوده است. در واقع کسانی که دارای همسر می‌باشند نسبت به کسانی که همسرشان فوت شده است - چه از لحاظ عینی و چه از لحاظ ذهنی - از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. بین وضعیت مسکن و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. میانگین کیفیت زندگی افرادی که دارای مسکن شخصی می‌باشند بیشتر از افرادی است که دارای مسکن استیجاری هستند. در واقع می‌توان گفت افرادی که دارای مسکن شخصی می‌باشند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. بین وضعیت تحصیلات و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی سالمندانی که تحصیلات بالاتری دارند از حمایت بیشتری هم برخوردارند.

بین سه گروه سنی، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی دارای تفاوت معناداری می‌باشد. در واقع می‌توان گفت که از نظر کیفیت زندگی میان سالمندان ۶۰-۷۰ ساله و سالمندان ۸۰-۷۰ سال تفاوت چندانی وجود ندارد در حالی که کیفیت زندگی گروه ۶۰-۷۰ سال بیشتر از سالمندان ۸۰ ساله به بالا می‌باشد. نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در سطح داخلی و خارجی نیز این رابطه را نشان داده است. با توجه به تئوری کناره‌گیری، افراد با ورود به سنین سالمندی و از دست دادن روابط با اعضای متفاوت شبکه اجتماعی‌شان، از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار می‌شوند. این کاهش حمایت اجتماعی در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود به این ترتیب اهمیت و ضرورت حمایت‌های رسمی در همراهی با حمایت‌های غیررسمی نمایان می‌گردد. از این رو در مطالعه حاضر نیز در نتایج تحلیل مسیر با توجه به اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها، متغیر مکفی بودن خدمات به عنوان یکی از ابعاد حمایت اجتماعی رسمی بیشترین اثر (۰/۳۴۹) افزایشی را روی کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل مسیر پژوهش حاضر نشان می‌دهد مجموع اثرات سه مولفه متغیر حمایت غیررسمی (عضویت در گروه‌ها، حمایت ابزاری و پیوندهای فردی) که در مدل وارد شده‌اند، از تنها مولفه‌ی حمایت رسمی (مکفی بودن خدمات) بیشتر می‌باشد. در مجموع یافته‌های به دست آمده گویای آن است که تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر روی کیفیت زندگی سالمندان از حمایت رسمی بیشتر می‌باشد هر چند که لزوم همراهی حمایت‌های رسمی با غیررسمی در افزایش کیفیت زندگی پیش از این مورد تأکید بوده است.

منابع

- آقاملائی، تیمور. (۱۳۴۸). اصول و کلیات خدمات بهداشتی براساس منابع جدید قابل استفاده برای رشته‌ها

پزشکی، تهران: اندیشه رفیع.

- رفعتی، نرگس. (۱۳۸۲)، بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر در آسایشگاه خیریه سالمندی کهریزک تهران، پایان نامه دکتری تخصصی بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی.

- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۶۸)، کندوکاوها و پنداشته‌ها، تهران: شرکت سهامی انتشار.

- ذکریایی سراجی، فاطمه. (۱۳۸۶)، نگاهی جامعه شناختی به تفاوت‌های جنسیتی در سالمندی با تاکید بر شبکه روابط و حمایت‌های اجتماعی (مطالعه موردی شهر تهران)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد دانشگاه الزهرا.

- شیخی، محمدتقی. (۱۳۸۹)، جامعه شناسی سالمند، تهران: نشر حریر.

- طالب، مهدی. (۱۳۸۱)، تأمین اجتماعی، مشهد: دانشگاه امام رضا(ع)، چاپ ششم.

- علی پور، فردین. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲)، بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی. پایان نامه دکتری جامعه شناسی دانشگاه تربیت مدرس.

- کلدی، علیرضا. (۱۳۸۲)، جامعه شناسی سالمندان، تهران: علیرضا کلدی..

- محسنی تبریزی، علیرضا، همایون پور، هرمز (۱۳۷۹)، بررسی وضعیت سالمندان در ایران، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم.

- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۵)، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، تهران: مرکز آمار ایران.

- معینی، محمدرضا. (۱۳۸۱)، «مدیریت ریسک اجتماعی؛ رویکرد جدید بانک جهانی به مساله حمایت اجتماعی»، فصلنامه مجلس و پژوهش، سال هشتم، شماره ۳۳.

- میجلی، جیمز. (۱۳۷۸)، رفاه اجتماعی در جهان، مترجم: محمدتقی جغتایی، تهران: ناشر دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، چاپ اول.

- نجاتی، وحید، عشایری، حسن. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان»، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱.

- Bastani, S.(2001). "Middle class community in Tehran: Social network, Social support and marital relationships", **Ph.D Thesis** , University of Toronto, Canada.
- Borglin, Gunilla et al. (2005). " The experience of quality of life among older people" , **Journal of Aging Study**, Vol 19.
- Ferrance,C: Powers, M.(1985)."**Quality of Life Index** : Development and Propertied. Adv Nursci". Vol(8): Pp:15-24.
- Flavio MF Xavier, Marcos PT Ferranz, Norton Marc, et al. (2003). **Elderly peoples definition of quality of quality of life**. Rev. Bras. Psiauiatr. Vol. 25, No.1, Sao Paulo, Mar.

- Granovetter, Mark (1982). **The strength of weak ties: A Network theory revisited.** In Peter V. Marsden and Nad Lin (Eds), Social structure and network analysis, London: sage Publication.
- Litwin, Howard. Landau, Ruth (2000)." Social network type and social support among the old-old". **Journal of aging Studies**, Vol 14, No 2, Pp:213-228
- M Azpiazu Garrido, Acruz Jentofot, JR Villagrasa Ferrer, et al. (2003). **Quality of life in noninstitutionalized persons older than 65 years in two health care districts in Madrid.** Domingo 30 Marzo, Vol. 31, No. 51.
- United Nations Population Division. (2007). "**World Population Ageing 2007**", New York.
- Wellman, Barry (1992). "**Which types of ties and networks provide what kinds of socialsupport?**",Advanced in Group Processes,Vol 9.