

(مقاله پژوهشی)

سالمندان و حمایت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی: مطالعه موردی در کرمان

سعیده گروسی^{۱*}، حسین صافی‌زاده^۲، فاطمه صمدیان^۳

چکیده

زمینه و هدف: با بهبود وضعیت اقتصادی و بهداشتی، جمعیت سالمندان در حال افزایش است. باید در نظر داشته باشیم که فقط افزایش طول عمر نشانه توسعه نیست؛ بلکه در این میان کیفیت زندگی از اهمیت شایانی برخوردار است. کیفیت زندگی سالمندان متأثر از عوامل متعددی است که یکی از مهم‌ترین آنها حمایت اجتماعی از سالمند است. تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که با افزایش حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی هم بهبود می‌یابد. هدف از انجام این پژوهش، دستیابی به رابطه بین حمایت اجتماعی دریافتی سالمندان و کیفیت زندگی ایشان است.

روش بررسی: این پژوهش به صورت پیمایشی در بین نمونه‌ای ۳۸۳ نفری از سالمندان زن و مرد ساکن شهر کرمان انجام شده است. ابزار پژوهش پرسش‌نامه همراه با مصاحبه بود که برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه SF36 و برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته استفاده شد.

یافته‌ها: مهم‌ترین حمایت‌کنندگان ایشان در درجه اول همسر، سپس فرزند پسر و در درجه سوم فرزند دختر بوده است. میانگین نمره بعد جسمانی کیفیت زندگی بیش از میانگین نمره بعد روانی بوده است. نتایج نشان داد که حمایت عاطفی، مالی، خدماتی، مشورتی و اطلاعاتی و سن از مهم‌ترین متغیرهایی بودند که با هر دو بعد کیفیت زندگی، ارتباط معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش با افزایش انواع حمایت اجتماعی خصوصاً حمایت عاطفی می‌توان کمک زیادی به بهبود کیفیت زندگی سالمندان کرد. البته سالمندان به دلیل شرایط ویژه اقتصادی و جسمانی، همزمان با حمایت عاطفی به حمایت خدماتی و مالی هم نیاز دارند.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، حمایت اقتصادی - اجتماعی، سالمند، کرمان.

۱- استادیار جامعه‌شناسی.

۲- استادیار گروه پزشکی اجتماعی.

۳- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی.

۳۰۱- گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران.

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.

* نویسنده مسؤل:

سعیده گروسی؛ گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۳۳۴۰۱۳۶۷

Email:saidehgarousi@gmail.com

مقدمه

بررسی کیفیت زندگی سالمندان به یک ضرورت تبدیل می-شود. کیفیت زندگی به عنوان درک افراد از موفقیتشان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که آنها در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌ها تعریف می‌شود. این مفهوم شامل سلامت فیزیکی شخص، وضع روانشناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و باورهای شخص است (۳).

یکی از راه‌های ارتقای سلامت و نهایتاً بالا بردن کیفیت زندگی، بهبود بخشیدن مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی است. نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد این است که سلامت جسمانی و روانی سالمندان به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی آنها از یک طرف از طریق مراقبت‌های بهداشتی- درمانی و سیاست‌های پیشگیرانه امکانپذیر است.

در این خصوص می‌توان به دو مدل استناد کرد: ۱- مدل سپر مانند (Buffering Model) که اعتقاد دارد حمایت اجتماعی افراد را از تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کند. این مدل اشاره می‌کند که حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت استرس سودمند است، چون مانع از نفوذ استرس بر فرد می‌شود. ۲- مدل تأثیر کلی (Model Main Effects) است که اعلام می‌کند که بین حمایت اجتماعی و پیامدهای روانی- فیزیکی آن رابطه‌ای مستقیم وجود دارد؛ نه رابطه‌ای سپر مانند، به این معنا که حمایت اجتماعی صرف‌نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس باشد یا نه باعث می‌شود تا فرد از تجارب منفی پرهیز کند از این رو اثرات سودمندی بر سلامتی دارد (۴ و ۵).

تحقیقات انجام‌شده حاکی از آن است که هر دو مدل دارای تأثیرات مثبت از نظر درصد بیماران (بیمارگونگی، مرگ‌اندیشی و بیماری روانی) است (۶ و ۷). هر دو مدل می-تواند به تبیین رابطه حمایت اجتماعی و ارتقای کیفیت سلامتی سالمندان کمک کند، اما به نظر می‌رسد مدل دوم به لحاظ عمومیت، کارایی بیشتری در این زمینه دارد. راتوس

از آنجا که گذشت عمر را نمی‌توان متوقف کرد سالمندی یک فرایند زیستی است که همه موجودات زنده از جمله انسان را در برمی‌گیرد. افزایش امید به زندگی یکی از دستاوردهای مهم بشر در طول قرن بیستم بوده است. جمعیت جهان با سرعتی بالا رو به سالخوردگی است و رأس هرم سنی در اکثر کشورها رو به وسیع‌تر شدن گذاشته است. بر اساس تقسیم‌بندی سازمان جهانی بهداشت افراد ۶۰ ساله و بالاتر سالمند محسوب می‌شوند. سالمندان را در سه گروه می‌توان مشاهده کرد: افراد ۶۹ تا ۶۰ ساله که سالمند محسوب می‌شوند؛ افراد ۷۹ تا ۷۰ ساله که سالمند سالخورده محسوب می‌شوند و افراد ۸۰ ساله و بالاتر که سالخورده‌تر محسوب می‌شوند. طبق پیش‌بینی سازمان ملل متحد نسبت جمعیت سالمند از ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به ۲۱/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (۱). جمعیت سالمندان ایران از ۳/۹ درصد در سال ۱۳۳۵ با افزایش نزدیک به دو برابر به ۷/۹ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. همچنین تعداد مطلق جمعیت سالمندان طی نیم قرن اخیر نزدیک به هفت برابر افزایش یافته است و از ۷۵۱۶۰۷ به ۵۱۲۱۰۴۳ نفر رسیده است. به گزارش سازمان ملل متحد تعداد سالمندان ایرانی در سال ۲۰۵۰ به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر یعنی ۲۶ درصد کل جمعیت خواهد رسید (۲). شواهد نشان می‌دهد که نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر ایران از سال ۱۳۴۹ تا ۱۴۱۹ کمتر از جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان، آسیا، گروه کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای کمتر توسعه‌یافته می‌باشد، اما از سال ۱۴۱۹ این نسبت در مقایسه با کل جهان و آسیا افزایش خواهد یافت (۱). بر اساس اطلاعات مذکور به نظر می‌رسد ایران در شرایط فعلی در حال گذار از جوانی به میانسالی است و در آینده نزدیک ترکیب جمعیت به سالخوردگی نزدیک می‌شود. اگر چالش اصلی در قرن بیستم فقط زنده ماندن بوده، اما مسأله اصلی قرن جدید زندگی کردن با کیفیتی بهتر است. از این رو

فقدان حمایت همسر را جبران کند. لیبرمن معتقد است که برای والدینی که بچه‌هایشان آنها را ترک کرده‌اند استرس از طریق حمایت همسر کاهش می‌یابد (۱۰).

روک معتقد است که سه جنبه از حمایت اجتماعی وجود دارد که ممکن است رفتار و سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. اولین مورد ویژگی‌های شبکه اجتماعی که شخص به آنها تعلق دارد که پیوندی را با یک شبکه از روابط یکپارچه فراهم می‌کند. این بعد ساختاری شامل پایگاه‌های روابط شخص، اندازه شبکه روابط، دوستان صمیمی در دسترس و فراوانی تماس‌ها است. دومین جنبه از حمایت اجتماعی، محتوای روابط اجتماعی است. این جنبه به کارکردهای حمایت اجتماعی شامل ابعاد حمایت عاطفی مثل عشق و همدلی. حمایت مصاحبتی و مشورتی مثل تفکر و احساس، حمایت اطلاعاتی مثل حل مشکل و جمع‌آوری اطلاعات و حمایت ابزاری مثل خدمات و کمک‌ها و کنترل اجتماعی اشاره دارد. جنبه سوم، حمایت اجتماعی ارزیابی شبکه اجتماعی است که این جنبه شامل اندازه‌گیری کمیت و کیفیت حمایت و همچنین رضایت از روابط اجتماعی است (۱۱).

جانویس و همکارانش در تحقیقی با عنوان تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت و کارکرد زنان سالمند دارای بیماری قلبی به این نتیجه رسیدند که حمایت اطلاعاتی، عاطفی، کنش متقابل اجتماعی مثبت، حمایت پرعاطفه، حمایت ملموس، تعداد دوستان نزدیک و خویشاوندان و وضعیت تأهل رابطه معناداری با سلامت زنان سالمند دارد (۱۲). کیم معتقد است که پیامدهای مثبت رابطه اجتماعی می‌تواند با جنبه‌های منفی روابط اجتماعی مثل کژ کارکردهای حمایت اجتماعی، معکوس یا خنثی شود. اگرچه رابطه حمایت اجتماعی با سلامت ذهنی و روانی مورد تأیید است (۱۳).

نتایج برخی تحقیقات در ایران که در مورد کیفیت زندگی سالمندان انجام شده است نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان خصوصاً زنان از وضعیت مطلوبی

معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از ۵ طریق تعدیل و تضعیف می‌کند: ۱- توجه عاطفی: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن؛ ۲- یاری رساندن: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می‌انجامد؛ ۳- اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد. ۴- ارزیابی: ارائه پس‌خوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد منجر به تصحیح عملکرد می‌شود. ۵- جامعه‌پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال دارد.

کامینک و هنری (۱۹۶۱) در نظریه خود به نام "دل‌کندن" بیان می‌دارند که «پیری عبارت است از عقب‌نشینی پیش‌رونده از نظر جسمی، روانی اجتماعی. سالمندان از نظر جسمی فعالیت خود را کند و انرژی خود را پس‌انداز می‌کنند. بر اساس این دیدگاه کاهش تعامل اجتماعی در دوران پیری به این علت است که اجتماع از سالمندان برخلاف میل اکثر آنها دل می‌کند (۸) که این امر ممکن است به کاهش کیفیت زندگی سالمندان منجر شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نقش واسطه‌ای بر فرآیند فشار روانی دارد. افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند از آثار بیماری ناشی از داغ‌دیدگی، کمتر رنج می‌برند (۹). توتیس معتقد است که حمایت اجتماعی وقتی که حمایت از طرف افرادی که دارای ارزش‌ها و ویژگی‌های مشترک با فرد هستند، یا دارای استرس‌های مشابه با فرد هستند دریافت شود مؤثرتر است. یکی از منابع حمایتی که دارای ارزش‌ها و ویژگی‌های مشترک هستند و استرس‌های مشابهی را تجربه می‌کنند همسران هستند که با فرد دارای وابستگی و ارتباط متقابل هستند (۵).

هریس و بارن در تحقیقاتشان به این نتیجه رسیدند که روابط حمایتی بی‌واسطه اعضای خانواده مثلاً مادر نمی‌تواند

سال ۱۳۸۸ در شهر کرمان زندگی می‌کردند. بر اساس جدول نمونه‌گیری لین از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر از ساکنان محلات مرکزی، جنوبی و شمالی شهر (از هر منطقه، ۱۰ بلوک به تصادف انتخاب شد) انتخاب شد. پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص و مخدوش اطلاعات، ۳۸۳ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش اتفاقی انجام شد. در ساعات مختلف روز پرسشگران آموزش‌دیده به بلوک‌های منتخب مراجعه و با سالمندان مصاحبه کردند. شروط ورود سالمندان به تحقیق و تکمیل پرسش‌نامه عبارت بود از: شرط سن، نداشتن بیماری مزمن، نداشتن نقایص جسمانی آشکار مانند نابینایی، فلج، توانایی جسمانی و روانی پاسخگویی به سؤالات. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه به‌همراه مصاحبه استفاده شد؛ به این ترتیب که پس از توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد، پرسش‌نامه توسط پرسشگر تکمیل می‌گردید. برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 استفاده شد که در زبان فارسی نیز استاندارد شده است. این پرسش‌نامه حاوی ۳۶ سؤال است که حیطه‌های مختلف سلامتی فرد را ارزیابی می‌کند. به‌طور کلی، حیطه‌های هشتگانه (عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش روانی و سلامت روان) را می‌توان در دو بعد کلی کیفیت زندگی یعنی بعد روانی و بعد جسمانی جای داد. فرد در هر یک از حیطه‌ها نمره بین صفر تا صد اخذ می‌کند که هر چه این نمره به صد نزدیکتر باشد نشان‌دهنده وضعیت بهتر کیفیت زندگی است (۱۹). علاوه بر این از پرسش‌نامه محقق‌ساخته برای بررسی وضعیت حمایت اجتماعی سالمندان استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل سه بخش بود. بخش اول پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی بود که گستره شبکه اجتماعی فرد و ویژگی‌های ساختاری این شبکه از جمله نسبت اعضا، مدت زمان آشنایی، تعداد تماس‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌داد. بخش

برخوردار نیست. آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند که تقریباً ۴۰ درصد سالمندان شاهین‌شهر کیفیت زندگی متوسط یا پایین‌تر از آن دارند (۱۴). احمدی و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهشی توصیفی که بر روی سالمندان شهر زاهدان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی نمونه مورد بررسی پایین است (۱۵). نجاتی و عشایری (۱۳۸۷) به تعیین ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی سالمندان شهرستان کاشان دست زده‌اند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که به‌طور کلی با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافته است (۱۶).

علی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که با افزایش حمایت عاطفی و ساختاری، کیفیت زندگی سالمندان نیز افزایش می‌یابد (۱۷). تحقیقی که توسط سالاروند و همکارانش (۱۳۸۶) انجام شد نشان داد که از دیدگاه سالمندان ساکن در خانه سالمندان، سه عنصر مهم، شامل کارکنان، سایر مقیمان و خانواده اهمیتی بسزایی در زندگی سالمندان داشته و شبکه حمایت اجتماعی را برای سالمندان فراهم می‌کردند. (۱۸). با توجه به تحقیقات اندکی که در ایران در خصوص دو مقوله کیفیت زندگی سالمندان و حمایت اجتماعی از ایشان انجام شده است، می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی سالمندان امر مهم و چالش‌برانگیزی است که باید با دقت و تأمل بیشتری از ابعاد مختلفی آن را مورد بررسی قرار داد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی چگونگی کیفیت زندگی ابعاد مختلف آن در بین سالمندان شهر کرمان، چگونگی برخورداری ایشان از انواع حمایت اجتماعی و انواع آن (حمایت عاطفی، مالی و...) و تأثیر انواع حمایت اجتماعی بر چگونگی کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد.

روش بررسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر، روش پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق، کلیه افراد ۶۵ ساله و بالاتر بود که در

۷۱/۵ درصد در زمان تحقیق متأهل بودند، (در اینجا لازم به توضیح است که بر اساس مندرجات جدول ۳۳۶ نفر به نوعی با همسر یا فرزندان یا هردوی آنها زندگی می‌کرده‌اند؛ در حالی که ۲۷۲ نفر خود را متأهل معرفی کرده‌اند. این اختلاف ناشی از این است که برخی از پاسخگویان که به علت طلاق یا فوت همسر، بدون همسر بوده‌اند متأهل محسوب نشده‌اند)، بیشتر افراد بازنشسته (۴۳/۹ درصد) یا خانه‌دار (۳۲/۴ درصد) بودند. در بررسی میزان تحصیلات، ۴۱ درصد پاسخگویان بی‌سواد بودند یا تحصیلاتی در حد خواندن و نوشتن داشتند و ۳۰/۳ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم و دیپلم داشته‌اند. از نظر تعداد فرزند بیشترین نسبت متعلق به سالمندانی بود که ۳ فرزند داشتند (درصد ۲۱/۴) و این در حالی است که ۶۵ درصد ایشان چهار فرزند یا بیشتر داشتند. کمترین تعداد فرزند مربوط به کسانی بود که هیچ فرزندی نداشتند (۲/۱ درصد) و بیشترین تعداد فرزند نیز ده فرزند بود (۱/۹ درصد). اکثر پاسخگویان (۴۲ درصد) در خانه خود و با همسر زندگی می‌کنند. ۴۰ درصد پاسخگویان به نوعی از خدمات حمایتی سازمان‌های حمایت‌کننده استفاده می‌کردند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول یک آمده است.

۵۰/۷ درصد پاسخگویان اظهار داشته‌اند که مهم‌ترین حامی آنها در حال حاضر همسرشان است که با توجه به یافته‌های مندرج در جدول بالا این اظهار تأیید می‌شود ۴۰/۷ درصد پاسخگویان اظهار داشته‌اند که طی یک سال گذشته حداقل یکی از عزیزان خود را از دست داده‌اند و فقط ۳۳/۹ درصد آنها معتقد بوده‌اند در فقدان عزیزان، حمایت مناسبی از اطرافیان دریافت داشته‌اند.

مشاهده نتایج حمایت سالمندان در حیطه‌های مورد بررسی حاکی از آن است که بیشترین حمایتی که فرد از اطرافیان خود دریافت کرده است مربوط به حیطه‌های عاطفی و روانی بوده است (جدول ۲). با توجه به اینکه نمرات کیفیت زندگی، ابعاد و حیطه‌های آن از صفر تا صد

دوم پرسش‌نامه شامل سؤالاتی بود که بعد کارکردی شبکه اجتماعی سالمندان را مورد بررسی قرار می‌داد و شامل سؤالاتی در خصوص حمایت عاطفی (۵ سؤال)، خدماتی (۵ سؤال)، مالی (۵ سؤال) و مصاحبتی و مشورتی (۵ سؤال) بود. این سؤالات در قالب طیف لیکرت طراحی شده و نمراتی بین ۱ (هرگز) و ۵ (همیشه) به آنها اختصاص می‌یافت. بخش سوم پرسش‌نامه شامل سؤالات دموگرافیک بود. برای سنجش اعتبار در پرسش‌نامه مربوط به حمایت اجتماعی از روش اعتبار صوری استفاده شده است. در اعتبار صوری بعد از تدوین پرسش‌نامه آن را در اختیار متخصصان و اساتید قرار داد و نظرات آنها جمع‌آوری گردید، سپس با توجه به نظر آنها اصلاحات لازم انجام شد. همچنین برای سنجش پایایی گویه‌های مربوط به حمایت اجتماعی از روش سازگاری درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای حمایت عاطفی ۰/۷۰، حمایت مالی، ۰/۶۹، حمایت خدماتی، ۰/۷۵، حمایت مصاحبتی، ۰/۷۵، به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش منتظری و همکاران برای تمام حیطه‌های کیفیت زندگی به جز حیطه شادابی و نشاط، بالای ۰/۷۰ گزارش شده است (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است و با توجه به اهداف و فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی (توزیع نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری مناسب مانند ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج پژوهش ۵۰/۱ درصد پاسخگویان مرد و ۴۹/۹ درصد آنها زن بودند. میانگین سن پاسخگویان ۶۷/۰۹ سال، با انحراف معیار ۵/۴۱ بود و نیمی از شرکت‌کنندگان ۶۶ سال و کمتر داشتند.

علی‌رغم نتایج همبستگی متغیر حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی و ابعاد آن برای اطمینان بیشتر از نتایج تحلیل رگرسیون نیز استفاده شد که در جداول ۴ و ۵ منعکس شده است.

برای بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر ابعاد کیفیت زندگی به‌طور همزمان از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. روش مورد استفاده روش (Stepwise) می‌باشد که طی آن همه متغیرهای مستقل پژوهش یک به یک وارد معادله می‌گردند. متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت مالی، حمایت خدماتی، حمایت مشورتی و اطلاعاتی و دفعات ملاقات با اعضای شبکه وارد معادله شدند. نتایج تحلیل رگرسیونی که در جدول چهار منعکس شده است نشان می‌دهد که ۰/۰۷۱ از تغییرات جزء روانی کیفیت زندگی سالمندان توسط متغیرهای حمایت عاطفی، دفعات ملاقات، حمایت خدماتی و حمایت مشورتی و اطلاعاتی تبیین می‌شود و بقیه تغییرات وابسته به عوامل دیگر است. از سوی دیگر با هر واحد تغییر در حمایت عاطفی اعضا می‌توان پیش‌بینی کرد که تقریباً ۰/۱۷۷ واحد تغییر در بعد روانی کیفیت زندگی رخ می‌دهد (جدول ۴). بزرگتر بودن ضریب همبستگی ساده برخی از متغیرها از ضریب همبستگی در رگرسیون به جرم متفاوت نمونه در رگرسیون و ضرایب ساده مربوط است.

پس از استفاده از رگرسیون چندمتغیره برای بررسی تأثیر همزمان متغیرها بر کیفیت زندگی سالمندان مشخص شد که ۰/۰۶۳ از تغییرات کیفیت زندگی سالمندان توسط متغیرهای حمایت عاطفی، دفعات ملاقات، حمایت خدماتی و حمایت مشورتی و اطلاعاتی تبیین می‌شود (جدول ۵).

می‌تواند متغیر باشد. هرچه هر یک از این نمرات به صد نزدیکتر باشند، نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد در آن حیطه، بعد یا نمره کلی کیفیت زندگی است. حیطه سلامت عمومی (۳۹/۸۴) و شادابی و نشاط (۳۶/۳۵) کمترین میانگین نمره را دارند و حتی از پنجاه درصد نمره هم پایین‌تر هستند. بالاترین امتیاز در حیطه‌های کیفیت زندگی ۶۱/۱۵ بوده و مربوط به حیطه عملکرد جسمانی می‌باشد (جدول ۲). با طبقه‌بندی حیطه‌های کیفیت زندگی در دو بخش جسمانی و روانی، میانگین امتیاز سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه، در بعد جسمانی (۴۹/۰۱±۱۰/۱۹۰) به دست آمده است؛ در حالی که میانگین امتیاز بعد روانی کمتر می‌باشد (۴۲/۸۳±۱۱/۸۴). بررسی میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی نیز نشان‌دهنده آن است که این ابعاد هم کمتر از پنجاه درصد نمره کلی را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین با نگاه به حداکثر نمره دریافتی پاسخگویان در این ابعاد هم مشخص می‌شود که در این نمونه، حداکثر نمره تقریباً سه چهارم حداکثر نمره واقعی می‌باشد. به‌طور کلی، کیفیت زندگی و کلیه حیطه‌های آن در جمعیت مورد مطالعه از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست.

نتایج آزمون پیرسون حکایت از وجود رابطه معنادار بین کلیه ابعاد حمایت اجتماعی دریافت‌شده توسط سالمندان با دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی دارد؛ به‌گونه‌ای که با افزایش سطح حمایت در ابعاد مالی، خدماتی، مشورتی و عاطفی به‌طور معناداری کیفیت زندگی سالمندان نیز در هر دو بعد بهبود می‌یابد ($P < 0/01$)؛ در حالی که با افزایش سن، بعد جسمانی و بعد روانی کیفیت زندگی به‌طور معناداری کاهش می‌یابد ($P < 0/01$) (جدول ۳).

جدول 1: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ویژگی‌های زمینه‌ای

تعداد	درصد	
		جنس
۱۹۲	۵۰/۱	مرد
۱۹۱	۴۹/۹	زن
		وضعیت تأهل
۱۰۹	۲۸/۵	مجرد (هرگز ازدواج نکرده، مطلقه، همسر فوت شده)
۲۷۴	۷۱/۵	متأهل
		وضعیت فعالیت اقتصادی
۳۹	۱۰/۲	شاغل
۱۶۸	۴۳/۹	بازنشسته
۱۲۴	۳۲/۴	خانه دار
۱۵	۳/۹	بیکار
۳۷	۹/۷	از کار افتاده
		میزان تحصیلات
۸۸	۲۳	بی سواد
۶۹	۱۸	خواندن و نوشتن
۱۱۶	۳۰	مدرسه تا دیپلم
۱۱۰	۲۸	دانشگاهی
		شیوه زندگی
۱۱۱	۲۹	با همسر و فرزندان در خانه خود
۱۶۱	۴۲	با همسر در خانه خود
۵۷	۱۴۰/۹	در خانه فرزندان
۳۸	۹/۹	تنها در خانه خود
۲	۰/۵	در خانه بستگان
۷	۱/۸	با فرزندان در خانه خود
۷	۱/۸	محل نگهداری سالمندان

جدول 2: میانگین و انحراف معیار انواع حمایت و حیطه‌های کیفیت زندگی

میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	انواع حمایت
۹/۳۳	۲/۲۲۴	۲	۱۵	حمایت مالی
۱۰/۷۹	۲/۲۷	۴	۱۵	حمایت مشورتی و اطلاعاتی
۱۰/۰۵	۲/۰۰۷	۴	۱۵	حمایت خدماتی
۱۲/۳۵	۲/۴۵	۴	۱۵	حمایت عاطفی
حیطه های کیفیت زندگی				
۶۱/۱۵	۲۷/۰۶	۰	۱۰۰	عملکرد جسمانی
۴۴/۶۱	۲۲/۹۸	۰	۱۰۰	محدودیت نقش به لت مشکلات جسمی
۵۰/۱۴	۲۵/۳۶	۰	۱۰۰	درد جسمانی
۳۹/۸۴	۱۸/۲۴	۶/۲۵	۹۳/۷۵	سلامت عمومی
۳۶/۳۵	۱۵/۴۳	۰	۷۵	شادابی و نشاط
۴۷/۲۷	۹/۶۳	۰	۸۷/۵۰	عملکرد اجتماعی
۴۰/۳۶	۲۳/۲۵	۰	۱۰۰	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
۴۷/۶۳	۱۴/۷۷	۴	۸۰	سلامت روانی
۴۹/۰۱	۱۰/۹۰	۲۱/۶۳	۷۴/۵۶	بعد جسمانی کیفیت زندگی
۴۲/۸۳	۱۱/۸۱	۱۲/۴۶	۷۶/۸۸	بعد روانی کیفیت زندگی
۴۷/۳۱	۱/۰۰۸	۲۴/۹۸	۷۴/۶۹	کیفیت زندگی

جدول 3: همبستگی میان ابعاد حمایت دریافت شده و سن با بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی سالمندان

بعد جسمانی کیفیت زندگی *	بعد روانی کیفیت زندگی *	
۰/۲۲۱	۰/۲۶۲	حمایت مالی
۰/۱۷۳	۰/۲۹۹	حمایت خدماتی
۰/۳۶۸	۰/۳۹۴	حمایت مشورتی و اطلاعاتی
۰/۳۱۹	۰/۴۰۴	حمایت عاطفی
۰/۳۶۴	- ۰/۴۲۲	سن

* P < ۰/۰۱

جدول 4: مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده بعد روانی کیفیت زندگی بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره

متغیر وارد شده	B	Beta	T	سطح معناداری
اول حمایت عاطفی اعضای شبکه	۱/۰۷۷	۰/۱۷۷	۲/۶۱	۰/۰۰۹
دوم دفعات ملاقات با اعضای شبکه اجتماعی	۰/۳۸۸	۰/۱۷۶	۲/۹۹	۰/۰۰۳
سوم حمایت خدماتی اعضای شبکه	۰/۸۰۵	۰/۱۱۸	۲/۰۰۳	۰/۰۴۶
چهارم حمایت مشورتی و اطلاعاتی اعضای شبکه	۰/۸۴۴	۰/۱۴۵	۲/۱۳۸	۰/۰۳۳

R= ۰/۲۶۷ R2= ۰/۰۷۱ F=۴/۲۹۶ $\alpha=۵۱/۲۲$ sig=۰/۰۰۱

جدول 5: مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده کیفیت زندگی بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره

متغیر وارد شده	B	Beta	T	سطح معناداری
اول حمایت عاطفی اعضای شبکه	۰/۸۳۹	۰/۱۶۳	۲/۳۸	۰/۰۱۸
دوم دفعات ملاقات با اعضای شبکه اجتماعی	۰/۲۹۹	۰/۱۶۰	۲/۶۸	۰/۰۰۸
سوم حمایت خدماتی اعضای شبکه	۰/۷۷۴	۰/۱۳۴	۲/۲۵۱	۰/۰۲۵
چهارم حمایت مشورتی و اطلاعاتی اعضای شبکه	۰/۶۵۹	۰/۱۳۴	۱/۹۶۰	۰/۰۵

R=۰/۲۵۱ R2=۰/۰۶۳ F=۳/۱۰۸ $\alpha=۵۱/۳۴$ sig= ۰/۰۰۶

بحث

نمونه‌ای از جوامع با روابط گرم می‌باشد. از سوی دیگر، محدودیت‌های ناشی از زندگی پر مشغله در شهرهای امروزی و محدودیت‌های ناشی از شرایط اقتصادی، اعضای شبکه را در ارائه حمایت خدماتی و مالی محدود می‌نماید. البته نباید از نظر دور داشت که احتمالاً پاسخگویان به دلایل مختلف از جمله احساس بی‌نیازی، احساس اعتماد به نفس یا حتی شرم و خجالت، خواهان دریافت حمایت‌های خدماتی و مالی از دیگران نبوده‌اند.

یافته‌های جدول ۳ نشان داد که بین سن و ابعاد روانی و جسمانی کیفیت زندگی، رابطه معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). همان‌گونه که انتظار می‌رود با بالا رفتن سن، کیفیت زندگی در هر دو بعد کاهش می‌یابد. آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی در میان سالمندان شاهین شهر به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۴) و بذرافشان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش مشابهی در شهر شیراز به این نتیجه رسیدند که با افزایش سن افراد، کیفیت زندگی کلی و ابعاد

کیفیت زندگی کلی سالمندان این شهر در سطح نسبتاً پایینی قرار داشت ($۱۰/۰۸ \pm ۴۷/۳۱$). در حالی که در مطالعه آلبوکردی و همکاران (۱۳۸۵) کیفیت زندگی سالمندان در شاهین شهر کل نمره ۲۲ ± ۶۰ را به خود اختصاص داده بود (۱۴). مهم ترین حامی افراد مورد مطالعه در درجه اول همسر و پس از آن پسر و دخترشان بوده‌اند (به ترتیب ۲۷/۹ درصد و ۱۵/۷ درصد موارد). تحقیقات پیشین نیز نشان می‌دهد که همسران به علت منافع مشترک زیادی که با یکدیگر دارند؛ از جمله فرزندان، روابط جنسی، منافع مالی و عشق و علاقه بیش از سایر اعضای شبکه اجتماعی از یکدیگر حمایت و پشتیبانی می‌کنند (۲۰). از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که بیشترین حمایت‌های دریافتی به ترتیب عبارتند از حمایت عاطفی، مشورتی و اطلاعاتی، خدماتی و مالی. به این ترتیب سالمندان حمایت‌های غیرمادی را بیش از حمایت‌های مادی دریافت نموده‌اند. به نظر می‌رسد یکی از دلایل این امر وجود پیوندهای عاطفی قوی بین اعضای خانواده در ایران به عنوان

احساس اعتماد به نفس را در فرد فراهم می‌نماید (۲۶). بنابراین چندان دور از انتظار نیست که این بعد از حمایت اجتماعی ارتباط قوی‌تری با ابعاد کیفیت زندگی دارد، همان‌طور که نقش تعیین‌کننده‌تری هم در تغییرات بعد روانی کیفیت زندگی و هم در کیفیت زندگی کلی دارد (جداول ۳ و ۴ و ۵). این یافته مؤید یافته (۱۷) می‌باشد. به نظر می‌رسد سالمندان امروزه دارای منزلت کمتری هستند؛ چرا که رفتارهای سستی آنان به عللی نظیر کاهش اهمیت زمین و ملک به‌عنوان ابزار تولید، افزایش سطح تولیدات جامعه و سرعت سرسام‌آور تحولات اجتماعی قدر و منزلت خود را از دست داده است. در جوامع معاصر که از نظر فن‌آوری بسیار پیشرفته‌اند و تغییرات سریعی در آن رخ می‌دهد، انباشتگی تجربه و دانش پیران، عاملی برای ارزشمند و مهم بودن آنها محسوب نمی‌گردد و چه بسا دانستی‌های آنها چیزی کهنه و از مد افتاده تلقی شود (۲۷) که این امر باعث می‌شود که رابطه اجتماعی سالمندان با جامعه کاهش پیدا کند و در نتیجه آنها از جامعه منزوی شوند. لذا هر نوع تلاشی در جهت حمایت‌های مثبت از سالمندان و افزایش روابط اجتماعی با ایشان می‌تواند کیفیت زندگی سالمند را در کنار افزونی سال‌های عمر ارتقا دهد.

با تأکید بر یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که حمایت‌های غیرمادی که عملاً باری بر دوش اقتصاد خانواده‌ها تلقی نمی‌شود می‌تواند نقش بسیار مهمی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. لذا می‌توان با آگاهی دادن به خانواده‌ها در درجه اول و سپس به سایر اعضای شبکه اجتماعی سالمندان از آنها انتظار داشت که با تأمین عاطفی و مشورتی سالمندان بتوانند گامی مهم در راه سلامت و زندگی با کیفیت‌تر سالمندان بردارند.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان در شهر کرمان به‌طور کلی و در دو بعد جسمانی و روانی در

آن کاهش می‌یابد (۲۱) که بخشی از آن ناشی از محدودیت‌های جسمانی دوران سالمندی و بخشی ناشی از شرایط عاطفی و روانی فرد در زندگی می‌باشد.

این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بر حسب میزان تحصیلات در بین سالمندان مورد مطالعه، تفاوت معناداری ندارد؛ در حالی که تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که با بالا رفتن سطح تحصیلات کیفیت زندگی هم بهبود می‌یابد (۲۲ و ۲۳).

همه ابعاد حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی چه در بعد جسمانی و چه در بعد روانی رابطه معناداری داشت (جدول ۳). حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد به لحاظ روانی احساس بهتری داشته باشد و حتی آلام جسمانی را بهتر تحمل نماید و درک مثبت‌تری از سلامت خود به‌دست آورد. این یافته‌ها تأییدکننده نظر فلمینگ و باوم از نظریه-پردازان مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی است. ایشان بر این ایده تأکید می‌ورزند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و سلامت، یک رابطه مستقیم خطی وجود دارد (۱۷). با در نظر گرفتن نتایج فوق می‌توان گفت تفاوت‌های فردی مانند نوع شغل یا میزان تحصیلات، عوامل مؤثری در تعیین میزان کیفیت زندگی سالمندان تلقی نمی‌شود، لذا نمی‌توان برای برنامه‌ریزی یا سیاستگذاری تأکید زیادی بر آن داشت؛ در حالی که متغیر اجتماعی حمایت اعضای شبکه در شکل‌های مختلف، رابطه مثبت معناداری با کیفیت زندگی دارد، لذا می‌توان به‌عنوان عامل مهمی در برنامه-ریزی‌های مربوط به سالمندان در ایران بر روی آن تأکید ویژه داشت (۲۴ و ۲۵) همچنان‌که این جدول نشان می‌دهد حمایت عاطفی و حمایت مشورتی و اطلاعاتی که ماهیتی گفتگو محور و نه چندان وابسته به منابع مادی دارند هم با بعد جسمانی و هم با بعد روانی کیفیت زندگی ارتباطی شدیدتری دارند. حمایت عاطفی از یکسو ملزومات عاطفی و احساسی برای بهزیستی را فراهم می‌سازد (۱۷) و از سوی دیگر، امکانات مقابله با تنیدگی‌ها، کنترل آنها و تشدید

زن) است. با توجه به پیچیدگی‌های جامعه امروز و سبک زندگی نوین توصیه می‌شود به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شود که سایر اعضای شبکه اجتماعی خصوصاً سازمان‌های حمایتی و سازمان‌های مردم‌نهاد، بخشی از وظیفه حمایت را در کنار خانواده به‌عهده بگیرند.

قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی و گروه پژوهشی زنان و خانواده دانشگاه شهید باهنر که از این پژوهش (با شماره ۲۶۱/۱۳۸۷/م) حمایت مالی به‌عمل آورده است تشکر و قدردانی می‌شود

سطح مطلوبی نبود (میانگین نمره این سه مقوله کمتر از پنجاه بود)، لذا با توجه به افزایش مستمر نسبت جمعیت سالمندان در ایران، شناخت عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مطلوب بسیار ضروری است تا بتوان بر اساس آن برنامه‌ریزی مناسبی برای این گروه سنی انجام داد. با توجه به نتایج تحقیق، حمایت عاطفی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی داشت، اما باید توجه داشت که سالمندان با توجه به وضعیت اجتماعی، اقتصادی و جسمانی خود شدیداً به حمایت‌های خدماتی و مالی و مشورتی هم احتیاج دارند. بنابراین اعضای شبکه اجتماعی باید در کنار تأمین عاطفی سالمندان به سایر نیازهای ایشان هم توجه نمایند. از سوی دیگر، همان‌گونه که مشاهده شد بیشترین بار حمایتی از سالمندان به عهده خانواده و خصوصاً همسر است که معمولاً همسر یا حتی بزرگتر از سالمند (خصوصاً سالمند

منابع

- 1-Mirzaee M, Shamshegha Farokhi M. [Demography of aged people in Iran on the public census of people and residence (1956-2006)]. *Salmand (Iranian Journal of Aging)* 2007;2(5):326-31. [In Persian]
- 2-Statistical center of Iran. [The detailed account results of public census of people and residence in Iran 2006]. Tehran: Statistical center of Iran; 2006. [In Persian]
- 3-Yen CF, Kuo CY, Tsai PT, Ko CH, Yen JY, Chen TT. Correlations of quality of life with adverse effects of medication, social support, course of illness, psychopathology, and demographic characteristics in patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2007;24(8):563-70.
- 4-Aneshensel CS, Stone JD. Stress and depression: a test of the buffering model of social support. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39(12):1392-6.
- 5-Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *J Health Soc Behav* 1982;23(2):145-59.
- 6-Cohen S. psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health psychol* 1988;7(3):269-97.
- 7-Wright KB, Bell SB. Health-related Support Groups on the internet: Linking Empirical Findings to Social Support and Computer-mediated Communication Theory. *J Health psychol* 2003;8(1):39-54.
- 8-Pasha GH.R, Safarzadeh S, Mashak R. [General health and social support in two groups of elders living in nursing homes and with families]. *Journal of Family Research* 2007;3(9):503-17. [In Persian]
- 9-Pourmohammad Rezaei Tajrishi M, Mirzamani Bafghi SM. [The relationship among brain/behavioral systems, social support and depression]. *Social Welfare* 2007;7(26):223-45.[In Persian]
- 10-Vangelisti A. Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 2009;26(1):39-51.
- 11-VonDras D, Madey SF. The attainment of important health goals throughout adulthood: an integration of the theory of planned behavior and aspects of social support. *Int J Aging Hum Dev* 2004;59(3):205-34.
- 12-Janevic MR, Janz NK, Dodge JA, Wang Y, Lin X, Clark NM. Longitudinal effects of social support on the health and functioning of older women with heart disease. *Int J Aging Hum Dev* 2004;59(2):158-75.

- 13-Kim JE, Nesselroade JR. Relationships among social support, self-concept, and wellbeing of older adults: a study of process using dynamic factor models. *Int J Behav Dev* 2003;27(1):49-65.
- 14-Albou Kordi M, Ramezani MA, Arizi F. [A study on quality of life among elderly Shahinshahr area of Isfahan province in year 2004]. *Sci Med J* 2007;5(4):701-7. [In Persian]
- 15-Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. *Hayat* 2004;10(3):61-7. [In Persian]
- 16-Nejati V, Ashayeri H. [Health related quality of life in the elderly in Kashan]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008;14(1):56-61. [In Persian]
- 17-Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A. [The role of social support in elderly quality of life]. *Social Welfare* 2009;9(33):147-65. [In Persian]
- 18-Salarvand Sh, Abedi H, Hosseini HA, Salehi Sh, Keivanara M. [The emotional experience of elderly people regarding the process of residency in nursing home]. *Iranian Journal of nursing* 2007;20(49):61-71. [In Persian]
- 19-Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual life Res* 2005;14(3):875-82.
- 20-Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafiee F, Hoseini F. [Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients]. *Feyz* 2008;12(2):17-25. [In Persian]
- 21-Bazrafshan MR, Hosseini MA, Rahgozar M, Maddah B. [Quality of life in elderly women Jahandidegan daily association members in Shiraz city 1386]. *Salmad (Iranian Journal of Aging)* 2008;3(7):33-41. [In Persian]
- 22-Habibi Soula 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. [In Persian]
- 23-Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(3):293-300.
- 24-Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress?. A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosom Res* 2003;55(5):453-60.
- 25-Campbell HS, Phaneuf MR, Deane K. Cancer peer support programs- do they work? *Patient Educ Couns* 2004;55(1):3-15.
- 26-Krause N. Stress and the devaluation of highly salient roles in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54(2):S99-108.
- 27-Riahi ME. [Comparative study of the position and statues of elderly in the past and contemporary societies]. *Salmad (Iranian Journal of Aging)* 2008;3(9-10):7-18. [In Persian]

The Study of Relationship between Social Support and Quality of Life among Elderly People in Kerman

Saideh Garousi^{1*}, Hossein Safizadeh², Fatemeh Samadian³

1-Assistant Professor of Sociology.

2-Assistant Professor of Social Medicine.

3- M.Sc. of Sociology.

1,3-Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Iran.

2-Department of Community Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

*Corresponding author:
Saideh Garousi; Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Iran.
Tel: +989133401367
Email:saidehgarousi@gmail.com

Abstract

Background and Objective: As the economic and health status are improving, elderly population are increasing. But, it is clear that increased longevity is not *per se* is sign of development, quality of life is more important. Quality of life of elderly people is influenced by several factors, one of the most important is social support. Previous researches showed that along with increase in social support, elderly people's quality of life is improved. The aim of this research is finding the relationship between social support and quality of life of the elderly in the city Kerman, Iran.

Subjects and Methods: This survey was performed among 383 elderly men and women living in the city of Kerman. The research tool was a questionnaire with interview; SF36 questionnaire was used for scaling quality of life and a researcher made questionnaire for measuring social support.

Results: The most important supporters were, in the first degree, was wife/husband followed by then son and, in third degree, daughter. Mean score of physical quality of life was more than average mental health score. The results showed that emotional support, financial services, advisory and information, and age are all the components of quality of life.

Conclusion: According to these findings, increase in the types of social support, especially emotional support, can be of a great help for improvement in the quality of life for seniors. Of course, elderly people need economic and other supportive services in addition to emotional support.

Keywords: Quality of life, Social support, Serve support, Emotional support, Economic support, Consult and Information support Elderly, Kerman.

► Please cite this paper as:

Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The Study of Relationship between Social Support and Quality of Life among Elderly People in Kerman. *Jundishapur Sci Med J.* 2012;11(3):303-315

Received: Aug 7, 2011

Revised: Jan 25, 2012

Accepted: Feb 27, 2012