

تأثیر حمایت‌های اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی

سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله اجتماعی: مطالعه

صندوق تأمین اجتماعی و صندوق صنعت نفت

مجید کوشی^۱، علی اصغر سعیدی^۲، شیوا پروائی هرهدشت^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

چکیده

سالمندی مرحله‌ای از زندگی و حاصل روابط بین نسلی و از این نظر منحصر به جوامع انسانی است. بنابراین، هرگونه خللی در روابط بین نسلی می‌تواند زندگی انسان در این مرحله را با آسیب‌هایی همراه کند. واکنش جامعه، متخصصان و سیاست‌گذاران به این پدیده جمعی، واقعی، مرتبط با ارزش‌ها، کثیرالابعاد و بین‌رشته‌ای آن را به عنوان یک مسئله اجتماعی مطرح کرده است. کیفیت زندگی یکی از این ابعاد مهم در زندگی سالمندان است که این مقاله تلاش می‌کند به شناختی درباره عوامل مؤثر بر آن دست یابد و در این مسیر بر تأثیر شبکه‌های حمایت اجتماعی غیررسمی تأکید دارد. مدل نظری به کاررفته در این مقاله با استفاده از چند نظریه اجتماعی در حوزه مطالعات سالمندی و کیفیت زندگی ساخته شده است. روش پژوهش کمی، میدانی و پنهانگر است. طرح نمونه‌ای به شیوه تصادفی سهمیه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر در سال ۱۳۹۱ در شهر تهران اجرا شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که عوامل مجموعه حمایت‌های اجتماعی فقط تا آنجا قدرت زیادی در تبیین کیفیت زندگی دارند که از مجموعه عوامل اجتماعی جدا باشند. اما مناسبات اجتماعی اعم از پیوندهای اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های جمعی مستقل از حمایت اجتماعی توانایی بالایی در تبیین نشان می‌دهند. این موضوع بیان‌کننده اصالت چنین تأثیری است و نشان می‌دهد که متغیرهای حمایت اجتماعی مستقل از مناسبات اجتماعی قادر به تبیین کیفیت زندگی سالمندان نیست. از طرف دیگر حمایت ابزاری برعکس حمایت عاطفی اثر مثبتی بر کیفیت زندگی سالمندان ندارد. یعنی سالمندانی که حمایت ابزاری بیشتری دریافت می‌کنند کیفیت زندگی بالاتری ندارند.

کلیدواژگان

حمایت‌های اجتماعی غیررسمی، سالمندان، صندوق تأمین اجتماعی، صندوق صنعت نفت، کیفیت زندگی.

۱. نویسنده مسئول، استادیار دانشگاه تهران، گروه جمعیت‌شناسی kooshesh@ut.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه تهران، گروه تعاون saeidi@ut.ac.ir

۳. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه تهران shiva.parvaii@ut.ac.ir

مقدمه

در طول نیم قرن گذشته، با رشد بهداشت، تغذیه و سطح رفاه، امید زندگی کشور ما فزونی یافته، به طوری که امید زندگی در بدو تولد^۱ از کمتر از ۴۰ سال در سال ۱۳۳۵ تا بیش از ۷۰ سال در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است (میرزایی، ۱۳۸۶). به موازات تأثیرات چنین بهبودی در طول عمر نسل های ایرانی، جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر که در سال ۱۳۳۵ به حدود ۱/۶ میلیون نفر می رسید، براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ به بیش از ۶/۱ میلیون نفر افزایش یافت. سهم این گروه از جمعیت در ترکیب سنی نیز در طول این سال ها تغییر کرده است. با وجود افزایش سریعی که در سال های اخیر در جمعیت این گروه سنی رخ داده است، افزایش نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در این تغییرات چندان چشمگیر نبوده است و سهم جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر که طبق سرشماری سال ۱۳۳۵ حدود ۶/۲ درصد بود، در سال ۱۳۹۰ به ۸/۳ درصد از کل جمعیت کشور رسید. روند تغییرات جمعیت سالمندان کشور در ۵ دهه گذشته نشان می دهد که افزایش تعداد سالمندان در اثر افزایش شانس زنده ماندن، پدیده ای که در جمعیت شناسی سالخوردگی فردی نامیده می شود، به طور محسوس تر در دهه های اخیر رخ داده است. به طوری که این گروه از جمعیت در دو دهه اخیر با نرخ رشدهای انفجاری مواجه شده است. این رشد انفجاری در جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه ای که سالمندان در آن زندگی می کنند، در حال تبدیل شدن به یک چالش مهم است و به مسئله ای تبدیل می شود که ابعاد جمعیتی، اقتصادی، پزشکی، اجتماعی، روان شناختی، فرهنگی و خانوادگی مهمی در بر دارد.

از آنجایی که پدیده سالمندی در تمامی جنبه های زندگی جوامع بشری از جمله طبیف گسترده ای از ساختارهای سنی، ارزش ها و معیارها و ایجاد سازمان های اجتماعی تحولات قابل ملاحظه ای به وجود می آورد، مقابله با چالش های فرا راه این پدیده و اتخاذ سیاست های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، اجتماعی و روانی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرفی نیز زندگی جدید و تغییر ساختار خانواده و جامعه سبب شده است نگهداری سالمندان در خانواده بسیار دشوار باشد. ضمن اینکه سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که در آن از یک سو منابع تأمین نیازها کاهش می یابد و از سوی دیگر وسعت و نوع نیازها و مسائل مترتب بر آن تغییر می کند. مطالعه و ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان در چنین دوره حساسی از ضروریات مطالعات سالمندی در ایران است. این پژوهش تلاش می کند با

1. Life expectancy at birth

مطالعه تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به شناخت کم و کیف آن و عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان کمک کند.

توجه به کیفیت زندگی سالمندان، هموارسازی مسیر تحقق سالمندی موفق و سالم پیرشدن است. درواقع سالمندی موفق تنها با افزوده شدن بر طول عمر انسان تحقق نمی‌یابد، بلکه زندگی طولانی‌تر همراه با سعادت و سلامت و برخورداری از رفاه و آسایش است که مشکلات این دوره از زندگی را برای سالمندان تقلیل می‌دهد. به‌طور خلاصه، این مهم محقق نخواهد شد جز با حفظ و حتی ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کشور. در سوی منفی پیوستار کیفیت زندگی، سالمندی بخشی از سال‌های طولانی‌شده عمر خواهد بود که طی آن سالمندان در معرض تهدیداتی نظیر ابتلا به بیماری‌های مزمن، تنهایی، انزوا، برخورداری نبودن از حمایت‌های اجتماعی و بسیاری مشکلات دیگر بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی و نارسایی‌های شدید جسمی و روانی، در موارد زیاد استقلال فردی سالمندان از دست می‌رود و قدرت مقابله و مواجهه با دشواری‌ها و رویدادهای معمول از آن‌ها سلب می‌شود. این عوامل می‌تواند به افت کیفیت زندگی سالمندان منجر شود (میرزایی و کاوه فیروز، ۱۳۸۸). شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت جامعه، نقش مهمی در سلامت و درنهایت کیفیت زندگی افراد یک جامعه ایفا می‌کند (برومت و دیگران، ۱۹۹۸؛ اولوند، دامسگارد و هلستین، ۲۰۰۵؛ به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۹). افراد جامعه برای دست‌یافتن به کیفیت زندگی بالا و برطرف کردن مسائل خود به‌ویژه در دوران پیری و سالی‌خوردگی نیاز به حمایت‌های رسمی و غیررسمی از سوی دولت و نهادهای اجتماعی و اطرافیان دارند.

در نظام رفاهی مدرن بازنشستگی مرحله‌ای از زندگی فرد است که به سبب بهبود و توسعه بهداشت طولانی‌تر از گذشته شده است. از یک‌سو نظام‌های رفاهی مدرن جایگزین نظام‌های سنتی و یا غیررسمی گذشته شده و از طرفی نظام‌های مدرن در پی احیای مجدد این منابع غیررسمی هستند تا بتوانند کمبود منابع مالی حمایت از سالمندان بازنشسته را جاییگزین کنند. به‌علاوه در برخی از کشورها از جمله کشور ما هنوز امکان تقویت حمایت‌های اجتماعی غیررسمی وجود دارد. برخورداری از شبکه‌های اجتماعی به لحاظ کمیت و کیفیت، موجب تقویت خودپنداره و عزت نفس فرد بازنشسته می‌شود و به او این قدرت را می‌دهد که توانایی‌هایش را بشناسد و بر نیازهای خود فائق آید. همچنین مانع از طرد اجتماعی و به حاشیه و انزوا کشیده شدن آن‌ها در زندگی اجتماعی خواهد بود. حمایت‌هایی که بازنشستگان از طریق عضویت در شبکه‌های اجتماعی و برقراری ارتباط با افراد دریافت می‌کنند، در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها بسیار اثرگذار است. چراکه آنان می‌توانند بسیاری از مسائل و مشکلاتی را که به تنهایی قادر به حل آن نیستند، با کمک شبکه‌ها و حمایت‌های

دریافتی از آن‌ها برطرف کنند. شبکه‌های حمایت اجتماعی غیررسمی در قالب شبکه خویشاوندی، شبکه‌های دوستی، شبکه همسایگی و گاهی در شکل انجمن‌ها، هیئت‌ها، سازمان‌ها و کلوپ‌ها ظاهر می‌شوند و در بهبود کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته تأثیرگذار هستند چراکه فرد در جریان این روابط و پیوندها، منابعی را به دست می‌آورد که سرمایه اجتماعی فرد را ارتقا می‌دهد، موجب رضایت از زندگی در این دوران می‌شود، منزلت و پایگاه اجتماعی فرد سالمند بازنشسته را حفظ می‌کند و در نهایت کیفیت زندگی مناسبی برای فرد فراهم می‌شود.

برخی پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت‌شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران تعریف کرده‌اند (کب^۱، ۱۹۷۶؛ جنتری و کوباسا، ۱۹۸۴؛ والسطن، الاجنا دولیس و دولیس، ۱۹۸۳؛ ویلیز، ۱۹۸۴؛ سارافینو^۲، ۱۹۹۸). درواقع حمایت اجتماعی دربرگیرنده منافع ناشی از نوع به‌خصوصی از روابط اجتماعی همچون رابطه زناشویی، دوستی، عضویت سازمانی و... است. منظور از حمایت اجتماعی کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود (هلگسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). منابع ارائه‌دهنده حمایت‌های اجتماعی می‌تواند شامل منابع حمایت‌های اجتماعی غیررسمی و منابع حمایت اجتماعی رسمی باشد. در منابع حمایت اجتماعی غیررسمی، حمایت‌های اجتماعی گسترده هستند و از منابعی چون خانواده، همسالان، دوستان، خویشاوندان و همکاران دریافت می‌شوند. اما منابع حمایت اجتماعی رسمی شامل برخی مؤسسات، منابع رسمی یا ارگان‌هایی می‌شود که شخص معمولاً به‌طور ارادی و از طریق عضویت گروهی به آن‌ها تعلق دارد. انواع بیمه‌ها و ضمانت‌های رسمی ازجمله منابعی هستند که می‌توانند در زمان‌های بحرانی فرد را از اضطراب محافظت کنند (مصطفائی، ۱۳۸۹: ۴۸). تقسیم‌بندی شبکه حمایت اجتماعی به دو دسته حمایت اجتماعی رسمی و حمایت اجتماعی غیررسمی، مبتنی بر منابع یا عناصر شبکه نیز است. «سیستم حمایت غیررسمی از حمایت رسمی یا سازمانی به واسطه ماهیت فردگرایانه و غیرارادی آن و این واقعیت که اعضای این شبکه از میان خویشاوندان، دوستان و همسایگان انتخاب می‌شوند، متمایز می‌شود» (کانتور^۴، ۱۹۷۹: ۴۴۷).

لین و دیگران^۵ (۲۰۰۰) نیز حمایت اجتماعی را از دو جنبه متمایز جایگاه‌های ساختاری

-
1. Cob
 2. Sarafino
 3. Helgsun
 4. Cantor
 5. Lin & at all. Lin and others

حمایت و کارکردهای حمایتی در نظر می‌گیرند. حمایت اجتماعی در جنبه جایگاه‌های ساختاری به عنوان منابع حمایتی، شبکه‌های حمایتی یا ساختارهای حمایتی به حساب می‌آیند. در واقع بعد اول بر روی جنبه ساختاری حمایت اجتماعی توجه دارد. این دیدگاه حمایت را به عنوان منابعی که به وسیله دیگران فراهم می‌شود، در نظر می‌گیرد. از جمله این افراد می‌توان به اعضای خانواده، خویشاوندان، دوستان، همسایگان، آشنایان و... اشاره کرد (مصطفائی، ۱۳۸۹: ۴۱-۴۲). در واقع می‌توان گفت «منظور از حمایت اجتماعی، کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود» (هلگسون، ۲۰۰۳؛ علی‌پور، ۱۳۸۸: ۲۷). به عبارتی جنبه ساختاری حمایت اجتماعی به میزان ادراک فرد از حمایت خانواده، دوستان و اطرافیان اطلاق می‌شود. جنبه دوم به عنوان فرآیندهای حمایتی یا کارکردهای حمایتی در نظر گرفته می‌شود. در این جنبه حمایت اجتماعی به عنوان فرایند بسیج منابع اجتماعی در زمان نیاز مفهوم‌سازی می‌شود. از نظر لین، حمایت‌های ابزاری و عاطفی به عنوان ابعاد کارکردی حمایت اجتماعی تلقی می‌شود. این نگاه، حمایت را به عنوان فرایند احساسی-ادراکی و برحسب ادراکات ذهنی و به نحو کیفی تعریف می‌کند (مصطفائی، ۱۳۸۹: ۴۱-۴۲). جنبه‌های کارکردی حمایت شامل نوع حمایت‌هایی می‌شود که از طرف گروه‌های مختلف شبکه‌های اجتماعی ارائه می‌شود. برخی پژوهشگران جنبه‌های کارکردی حمایت را به اشکال ابزاری شامل انواع عملی یا ملموس حمایت، مثل کمک در مراقبت فردی، در امور روزمره خانوار و کمک مالی، و حمایت عاطفی که به تبادل صمیمیت، اعتماد و اطمینان به دیگران اطلاق می‌شود، طبقه‌بندی کرده‌اند (چن و سیلورستین، ۲۰۰۰؛ آلن و دیگران، ۲۰۰۰؛ پیترز و دیگران، ۱۹۸۴؛ توماکا، تامپسون و پالاسیوس، ۲۰۰۶؛ اسلندر و لیتوین، ۱۹۹۱؛ لی و دیگران، ۲۰۰۴). در پژوهش‌های دیگر حمایت اطلاعاتی و همراهی اجتماعی به طبقات حمایت اجتماعی افزوده شده است (کوششی، ۱۳۸۷: ۳۶).

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی^۱ بر آن است که تنها داشتن حمایت اجتماعی برای سلامت مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی تأثیر منفی در سلامتی دارد. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایتی فراهم می‌کند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (منتظری، ۱۳۸۷). مطالعاتی که بر تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی تأکید می‌کنند بر این باورند که افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً از سلامت روانی و کیفیت زندگی بهتری نسبت به

1. The direct impact of social support

افرادی که فاقد چنین شبکه‌های حمایتی هستند، برخوردارند (اس چیفر و دیگران^۱، ۱۹۸۱؛ شفر و همکاران^۲، ۱۹۸۱؛ فلمینگ و بلوم^۳، ۱۹۸۶؛ تویس^۴، ۱۹۸۳؛ ویر و دونالد^۵، ۱۹۸۱؛ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲: ۱۴۶؛ راضی، ۱۳۸۶: ۷۲ و علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸). «مطابق با مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، تأثیرات مثبت حمایت اجتماعی یا نبود حمایت ناشی از انزوای اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود و رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه‌ای خطی است» (هلگسون^۶، ۲۰۰۳؛ به نقل از علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸).

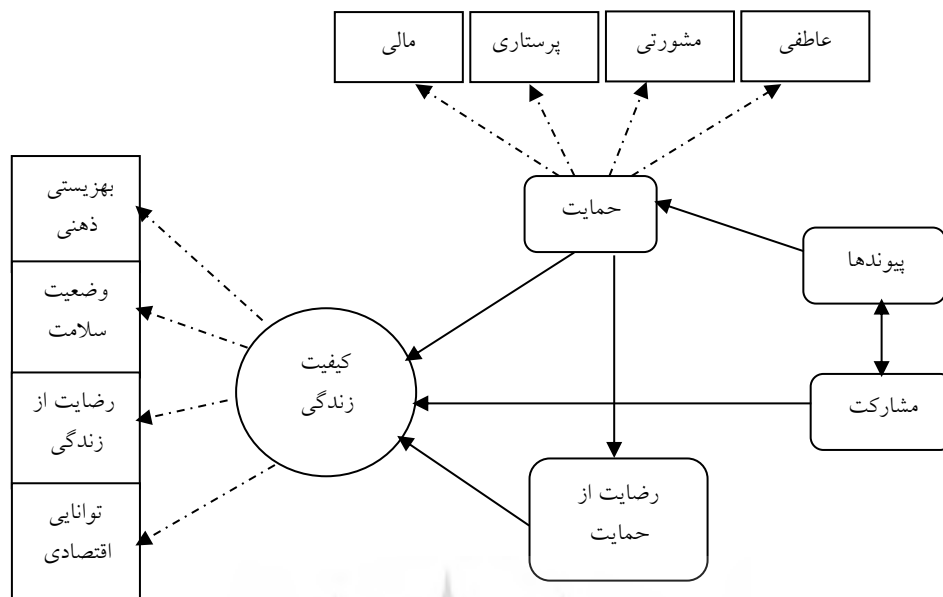
براساس نظریه گرانووتر هرچه فراوانی تماس و پیوندها قوی‌تر باشد، افراد از شبکه خود حمایت‌های بیشتری دریافت می‌دارند که در نتیجه منجر به کیفیت زندگی بالاتری می‌شود. گرانووتر شبکه‌های اجتماعی را براساس نوع روابط به دو صورت تقسیم‌بندی کرده است. پیوندهای ضعیف شامل کسانی می‌شود که فرد به ندرت با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند و سطح صمیمیت و میزان تعامل در روابط بین آن‌ها کم است. پیوندهای قوی شامل خویشاوندان، همسایگان و همکاران می‌شود که فرد غالباً آن‌ها را می‌بیند و به‌طور مداوم با آن‌ها در ارتباط است (کراول، ۲۰۰۴؛ به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۷۹). نظریه پیوندهای ضعیف گرانووتر یکی از تئوری‌هایی است که خواهان افزایش روابط شبکه‌ای است. از نظر گرانووتر پیوندهای ضعیف به‌عنوان پلی عمل می‌کند که می‌تواند افراد را به منابع زیادی متصل کند و به‌صورت واسطه می‌تواند موقعیت‌ها را شناسایی کنند. تأکید گرانووتر در بررسی پیوندهای ضعیف و قوی روی فرم و شکل روابط کنشگران است. از نظر وی پیوند، به ترکیبی از مدت زمان برقراری این پیوندها، و شدت و قوت عاطفی ارتباط، صمیمیت و نزدیکی و همچنین میزان کمک‌ها و حمایت‌های دو طرف بستگی دارد. به‌منظور تعیین ترکیب شبکه و استفاده از پیوندها در شبکه اجتماعی تقسیم‌بندی‌های گوناگونی از پیوندها و قدرت پیوندها شده است (گرانووتر، ۱۹۷۳: ۲۰۳). براساس نظریه بیکر توسعه شبکه‌های اجتماعی بر افزایش مشارکت، خوشبختی، رشد و بالندگی، رضایت از زندگی و زندگی هدفدار و در نهایت کیفیت زندگی تأثیر دارد (بیکر، ۱۳۸۲: ۳۰-۳۱ به نقل از زبردست، ۱۳۹۰: ۲۳-۲۷). ولمن نیز درباره حمایتی‌بودن روابط دو نکته مطرح کرده است: یکی شدت رابطه و دیگری فراوانی تماس. هرچه روابط قوی‌تر باشد،

1. Schyfer and others
2. Sheffer et al.
3. Fleming and Baum
4. Thoits
5. Veer and Donald
6. Helgeson

احساس صمیمیت همراه با تعهد و مسئولیت به رفع نیاز و حمایت کردن بیشتر است (بومپس^۱، ۱۹۹۰؛ کانیدیس^۲، ۱۹۸۹؛ ولمان و فرانک^۳، ۲۰۰۰).

گارسا و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی در اسپانیا نشان داده‌اند که درصد زیادی از جمعیت سالمندان اسپانیا اشخاص ازدواج کرده هستند و به‌تنهایی زندگی نمی‌کنند و خانواده‌هایشان را نیز مکرر ملاقات می‌کنند. این یافته‌ها نتایج پژوهش‌های محلی را نیز تأیید می‌کند و گویای این واقعیت است که در اسپانیا ارتباطات اجتماعی مکرر و ملاقات مکرر خانواده و دوستان هنوز سبک غالب زندگی است. همچنین کیفیت زندگی در میان سالمندانی که ارتباطات اجتماعی کمتری دارند (با دوستان و خانواده)، پایین‌تر است. پژوهش فیلیپس و همکارانش (۲۰۰۷) در هنگ‌کنگ نشان می‌دهد که هم ابعاد عینی و هم ابعاد ذهنی حمایت غیررسمی (مخصوصاً رضایت از حمایت دریافت‌شده از اعضای خانواده) مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های بهزیستی روانی هستند. بنابراین تأثیرات اندازه شبکه اجتماعی بر بهزیستی روانی اشخاص سالمندی که تنها زندگی می‌کردند، نسبت به آن‌هایی که با همسر یا خویشاوندان خود زندگی می‌کردند، بسیار قوی بوده است. یافته‌های پژوهشی کیم و همکارانش (۲۰۰۰) درباره تأثیر حمایت ادراک‌شده و دریافت‌شده بر کیفیت زندگی سالمندان کره‌ای نشان می‌دهد که پاسخگویان شبکه‌های حمایتی خانواده‌محور دارند و همبستگی بسیار مهمی بین حمایت اجتماعی و عملکرد جسمانی و بین حمایت اجتماعی و سن وجود داشته است. رابطه بین حمایت ادراک‌شده و شاخص کیفیت زندگی نسبت به حمایت دریافت‌شده قوی‌تر بوده است. مطالعات معدودی در ایران بر رابطه بین حمایت غیررسمی و کیفیت زندگی متمرکز بوده است. کوششی (۱۳۸۷) در مطالعه شبکه‌های حمایت اجتماعی سالمندان تهرانی نشان داد که اثر حمایت‌های عاطفی بر سلامت روانی سالمندان مثبت و برعکس حمایت‌های ابزاری خصوصاً حمایت مالی منفی است. نتایج پژوهش علی‌پور (۱۳۸۸) در همین جمعیت آماری بر رابطه مستقیم و معنادار بین انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری، کارکردی و مادی) و کیفیت زندگی تأکید کرده است. بر این اساس حمایت عاطفی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان داشته و انواع حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی داشته است.

-
1. Kanydys
 2. Bumps
 3. Welman and frank



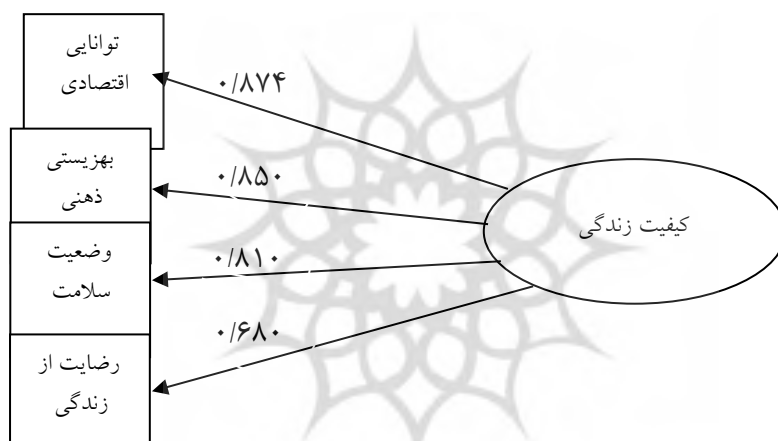
شکل ۱. مدل مفهومی- نظری عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان

روش پژوهش

این پژوهش با رویکردی کمی، پژوهشی است پیمایشی یا پنهانگر که از روش متعارف اندازه گیری در علوم اجتماعی (یعنی تدوین پرسش ها) استفاده کرده و اطلاعات را با استفاده از پرسشنامه گردآوری کرده است. جمعیت آماری بازنشستگان ۶۰ سال و بالاتر دو صندوق تأمین اجتماعی و صنعت نفت را شامل می شود. براساس آمار بازنشستگان این دو صندوق برحسب جنس و گروه های سنی (۶۰ - ۷۴ ساله و ۷۵ ساله و بیشتر) در تهران (در سال ۱۳۹۰) کل سالمندان بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی، ۱۵۶۶۵۹ نفر و کل سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت، ۱۰۹۵۰ نفر بوده است. با شیوه نمونه گیری تصادفی سهمیه ای حجم نمونه شامل ۳۰۰ سالمند با سهمی برابر از دو صندوق اشاره شده انتخاب شده است. تکنیک جمع آوری اطلاعات، مصاحبه تلفنی است. دلیل انجام مصاحبه تلفنی، ناتوانی سالمندان از پاسخگویی حضوری و دسترسی نداشتن به آنان بوده است.

مهم ترین متغیرهایی که در این مطالعه تحلیل شده اند، شامل کیفیت زندگی، مشارکت در فعالیت های جمعی، پیوندهای اجتماعی، حمایت و رضایت از حمایت دریافت شده، است. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که شامل رضایت از زندگی در جنبه های مختلف، احساس بهتر بودن از لحاظ روانی، عوامل بهداشتی، و عملکرد اقتصادی و اجتماعی است.

کیفیت زندگی شاخص‌ها و مؤلفه‌های مختلفی دارد، بنابراین در چارچوب مفهومی این پژوهش برخی از مؤلفه‌های فرانس (۱۹۹۶) استفاده شده است. مؤلفه‌های به‌کاررفته از فهرست فرانس در این پژوهش عبارت‌اند از: ۱. زندگی عادی: توان تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامت؛ ۲. رضایت از زندگی: ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود؛ و ۳. بهزیستی ذهنی (فرانس، ۱۹۹۶؛ به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۸: ۸). شکل ۲ نتیجه تحلیل عاملی کیفیت زندگی که با چهار مؤلفه ساخته شده است، را نشان می‌دهد. ارقام نشان‌داده‌شده بر روی خطوط پیوسته بار عاملی هر مؤلفه در تعریف مفهوم کیفیت زندگی و ضرایب معنادار و قابل قبولی است. هر کدام از مؤلفه‌های اصلی با پیوستاری متشکل از چند گویه اندازه‌گیری شده است. توانایی اقتصادی در اصل با ۸ گویه یا عبارت و با آلفای کرونباخ (ضریب پایایی) حدود ۰/۸۹۶، بهزیستی ذهنی با ۴ عبارت و آلفای ۰/۸۲۱، وضعیت سلامت با ۴ گویه با ضریب پایایی ۰/۸۲۰ و رضایت از زندگی با ۶ گویه و آلفای کرونباخ ۰/۷۰۹ اندازه‌گیری شده‌اند.



شکل ۲. مدل اندازه‌گیری متغیر کیفیت زندگی

منابع حمایت اجتماعی غیررسمی، متنوع و شامل اعضای خانواده، گروه همسالان، دوستان، خویشاوندان و همکاران و... می‌شوند. حمایت اجتماعی در شبکه‌های اجتماعی غیررسمی مبتنی بر روابط اجتماعی بین فردی و هنجارهای اجتماعی و تعهداتی است که در پی این روابط به وجود می‌آید. شبکه‌های حمایت اجتماعی غیررسمی در پژوهش حاضر محدود به شبکه خویشاوندی است. همچنین حمایت اجتماعی غیررسمی مشتمل بر ابعادی است که در این پژوهش به دو بعد ابزاری و عاطفی تقسیم شده‌اند. حمایت‌های دریافتی در بعد ابزاری و به حمایت‌های حمل‌ونقل، خرید روزانه و امور روزمره زندگی، پرستاری به هنگام بیماری و

مالی به هنگام نیاز مجموعاً ۵ گویه، و در بعد عاطفی به حمایت‌های همدردی و آرامش حاصل از روابط حمایتی، و مشورتی مجموعاً با ۱۰ گویه اطلاق شده است. هر گویه در سطح اسمی (کمک دریافت کرده است و کمک دریافت نکرده است) اندازه‌گیری و سپس به متغیر فاصله‌ای یعنی شمار حمایت‌هایی که از سالمند شده، تبدیل شده است. ارزیابی کفایت حمایت اجتماعی نیز به عنوان مقیاسی برای سنجش رضایت سالمندان از حمایت دریافت‌شده با یک گویه به کار رفته و میزان رضایت سالمند از حمایت دریافت‌شده را اندازه‌گیری کرده است.

پیوندها با این پرسش که ارتباط شما (دفعات تماس) با افراد زیر چقدر است؟ سنجیده شده است. این افراد شامل فرزند، برادر، خواهر، خویشاوندان نسبی (مثل برادرزاده، خواهرزاده و...)، خویشاوندان سببی (مثل خواهرزن، برادرزن و...)، دوستان نزدیک، همسایگان، همکاران، آشنایان است. پاسخ به این پرسش به نحوی بیان‌کننده میزان صمیمیت سالمند با اعضای اشاره‌شده و شامل دفعات تماس (روزانه، هفتگی، ماهانه، چند بار در سال، سالانه و ارتباط نداشتن) است.

مشارکت به عضویت و شرکت در فعالیت‌های جمعی در شبکه‌های اجتماعی شامل گروه‌های اولیه و ثانویه اطلاق شده و با این پرسش که «در هر یک از گروه‌های زیر تا چه حد مشارکت دارید؟» اندازه‌گیری شده است. این گروه‌ها شامل اجتماعات در مسجد یا دسته‌ها و مناسبت‌های مذهبی، انجمن صنفی یا کانون بازنشستگی، گروه‌های تفریحی یا ورزشی، گروه مدنی مثل انجمن خیریه، گروه محله مثل گروه‌های دوستی در محله و پارک‌ها، عضویت در گروه هم‌سابقه مثل گروه افرادی که قبلاً هم مدرسه‌ای، هم دانشگاهی، هم سربازی یا همکار بوده‌اند، گروه فامیلی مثل افراد فامیلی که به شکل یک گروه به طور مداوم، دوره‌ای و مشترک مهمانی می‌دهند، مسافرت می‌روند، سفرهای گروهی با دوستان و همکاران قدیمی، عضویت در گروه‌های هنری-ادبی مثل انجمن‌های شعر، موسیقی و عضویت در فرهنگسراها، خانه‌های سلامت است.

یافته‌ها

سوی برخی روابط بین نمره کیفیت زندگی و عوامل اجتماعی-اقتصادی، چارچوب نظری مطرح‌شده در این مقاله اثر متغیرهایی را بر کیفیت زندگی سالمندان مفروض پنداشته که می‌توان در دو دسته حمایت اجتماعی غیررسمی و مناسبات اجتماعی طبقه‌بندی کرد. گرچه نمی‌توان این دو دسته را مستقل از هم در نظر گرفت، اما سوابق پژوهشی تلاش کرده‌اند اثر متغیرهای هر گروه را بر کیفیت زندگی سالمندان اصیل و پایدار نشان دهند. با وجود این، تحلیل چنین روابطی نیازمند موشکافی و دقت بیشتر در آزمون‌ها و رصدکردن این روابط در

جزئیات است. پیش از این کار، نگاهی به برخی آماره‌های توصیفی، که زوایایی مهم از وضعیت کیفیت زندگی سالمندان در نمونه مطالعه‌شده را نمایان می‌کند، ضروری به نظر می‌آید. کیفیت زندگی سالمندان با مقیاس‌های سنجش شرح داده‌شده در بالا، متغیری فاصله‌ای فرض شده و برای تحلیل آن از شاخص‌های گرایش مرکز و پراکندگی به شرح جدول ۱ استفاده شده است. همان‌طور که در این جدول ملاحظه می‌شود، مقایسه میانگین نمره‌های کیفیت زندگی سالمندان دو صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی و صنعت نفت، نشان می‌دهد که نمره‌های کیفیت زندگی سالمندان تأمین اجتماعی پایین‌تر از نمره سالمندان صندوق نفت است. بر این اساس با تبدیل این نمره به مقیاس ۱۰۰، نمره کیفیت زندگی سالمندان صندوق تأمین اجتماعی حدود ۶۲ و نمره صندوق صنعت نفت حدود ۷۱ به دست آمد. آزمون تجزیه واریانس این تفاوت گویای این است که بیشینه نمره کیفیت زندگی سالمندان صندوق صنعت نفت در سطح چشمگیری معنادار و مهم است.

جدول ۱. میانگین نمره کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در سالمندان تهران، ۱۳۹۱

صندوق بازنشستگی	نمونه (n)	میانگین (Mean)	انحراف معیار (Std Deviation)	چولگی (Skewness)	کشیدگی (Kurtosis)
تأمین اجتماعی	۱۵۰	۶۲/۰	۱۱/۵	-۰/۱۶۱	-۰/۵۱۶
نفت	۱۵۰	۷۰/۷	۱۲/۷	-۰/۴۷۹	۰/۲۷۱
کل	۳۰۰	۶۶/۴	۱۲/۸	-۰/۱۹۴	۰/۲۸۴
مقدار آماره F	۳۸/۵	سطح معناداری	کمتر از ۰/۰۱		

افزون بر تفاوت مهم گفته‌شده در بالا، دو شاخص آماری دیگر می‌تواند جنبه‌های مهم دیگری از تفاوت سالمندان دو صندوق را بازگو کند. قبل از هر چیز باید اشاره کرد که ضریب پراکندگی پیرسون (نسبت انحراف معیار به میانگین نمره‌ها در هر دو گروه حدود ۰/۱۸) نشان می‌دهد که به‌رغم تفاوت مهم میانگین کیفیت زندگی دو گروه مورد بحث، پراکندگی نمره‌های کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته در این دو صندوق متفاوت نیست. اما ضریب چولگی نمره کیفیت زندگی سالمندان نشان می‌دهد که توزیع این نمره‌ها در بازنشستگان صندوق تأمین اجتماعی بیشتر از توزیع نمره‌های بازنشستگان صندوق صنعت نفت به توزیع متقارن نزدیک است، اگرچه تفاوت هر دو توزیع با توزیع متقارن قابل چشم‌پوشی است. ضریب کشیدگی هم در هر دو گروه نزدیکی کشیدگی توزیع نمره‌های کیفیت زندگی سالمندان به توزیع نرمال را

نشان می‌دهد، اما مقایسه این ضریب گویای کشیدگی بیشتر توزیع نمره‌های سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت است و نشان می‌دهد که نسبت بیشتری از این سالمندان در انحرافات کوچک‌تر پیرامون میانگین نمره کیفیت زندگی، که برای افراد این گروه بالاتر بود، قرار دارند. به بیان دیگر نمره کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت بالاتر و تفاوت سالمندان از این نظر کمتر از بازنشستگان تأمین اجتماعی است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت سالمندان بازنشسته دو صندوق منحصر به نمره کیفیت زندگی نیست، بلکه لااقل در سه مورد از ویژگی‌های مطالعه‌شده تفاوت میانگین بین این دو نمونه قابل‌بحث و مهم است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، این سه مورد شامل نمره‌های مشارکت، پیوندهای اجتماعی و حمایت عاطفی است. در هر سه مورد میانگین نمره سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت بیشتر از سالمندان بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی است. اهمیت آماری این تفاوت به‌خوبی در جدول ۲ مشاهده می‌شود. نکته حائز اهمیت در این مورد این است که حتی نمره متغیر حمایت عاطفی دریافت‌شده سالمندان صندوق صنعت نفت بیشتر از این نمره برای صندوق تأمین اجتماعی است. این در حالی است که حمایت ابزاری دریافت‌شده و رضایت سالمندان از حمایت دریافت‌شده دو گروه سالمندان صندوق صنعت نفت و صندوق تأمین اجتماعی متفاوت نیست. درواقع هر دو گروه به میزانی مشابه حمایت ابزاری دریافت کرده و به میزانی مشابه از حمایت دریافت‌شده رضایت داشته‌اند.

مشارکت بالاتر سالمندان صندوق صنعت نفت عمدتاً ناشی از فرصت‌های بیشتر آنان برای درگیری در روابط اجتماعی بیشتر در گروه‌های ثانویه و تشکلهای و مؤسسات و متعاقب آن پیوندهای قوی‌تری است که بین آنها و اعضای شبکه‌های اجتماعی مختلف به‌وجود آمده است و چون منابع حمایت عاطفی متنوع و توزیع‌شده است و محدود به شبکه خویشاوندی نیست، بنابراین، حمایت عاطفی دریافت‌شده توسط این گروه نیز نسبت به سالمندان صندوق تأمین اجتماعی بیشتر است. درحالی‌که به‌دلیل اهمیت میزان صمیمیت در دریافت حمایت ابزاری، این نوع حمایت بیشتر از طریق خویشاوندان نزدیک ارائه شده و بنابراین، در بستر اجتماعی جامعه ایران، تفاوت مهمی در دریافت حمایت ابزاری به‌هنگام نیاز سالمندان بین گروه‌های مختلف دیده نمی‌شود.

جدول ۲. میانگین نمره شاخص‌های مناسبات و حمایت اجتماعی در سالمندان تهران، ۱۳۹۱

متغیر	نمونه	آماره توصیفی	انحراف معیار	مقدار F	سطح معناداری
مشارکت	تأمین اجتماعی	۱۷/۳	۷/۲	۷/۴	۰/۰۰۷
	نفت	۱۹/۸	۸/۶		
	کل	۱۸/۵	۸/۰		
پیوندهای اجتماعی	تأمین اجتماعی	۱۲/۴	۳/۴	۸/۵	۰/۰۰۴
	نفت	۱۳/۶	۴/۱		
	کل	۱۳/۰	۳/۸		
رضایت از حمایت	تأمین اجتماعی	۹/۰	۲/۸	۱/۳	۰/۲۵
	نفت	۸/۶	۲/۸		
	کل	۸/۸	۲/۸		
حمایت ابزاری	تأمین اجتماعی	۳/۲	۱/۵	۰/۳	۰/۶۱۱
	نفت	۳/۳	۲/۳		
	کل	۳/۳	۱/۹		
حمایت عاطفی	تأمین اجتماعی	۹/۸	۵/۴	۱۱/۵	۰/۰۰۱
	نفت	۱۲/۱	۶/۰		
	کل	۱۰/۹	۵/۸		

میزان همبستگی دوتایی بین کیفیت زندگی و متغیرهای مناسبات و حمایت اجتماعی در جدول ۳ آمده است. این ضرایب نشان می‌دهد که بدون در نظر گرفتن اشتراک واریانس متغیرهای مستقل و نمره کیفیت زندگی سالمندان، مشارکت در فعالیت‌های جمعی بیشترین همبستگی مستقیم را با کیفیت زندگی سالمندان دارد. یعنی سالمندانی که بیشتر در فعالیت‌های جمعیتی در گروه‌های اولیه و ثانویه عضویت و شرکت دارند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. بعد از این عامل، پیوندهای اجتماعی با اعضای شبکه‌های اجتماعی در جای دوم قرار گرفته است و مناسبات اجتماعی بیشتر کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. در کنار این دو، ارزیابی مثبت و رضایت بیشتر سالمندان از حمایت دریافت‌شده نیز کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. با این وجود همین رابطه ساده و جداگانه بین کیفیت زندگی و رضایت از حمایت، رابطه‌ای ضعیف است و درجه اعتبار همبستگی آن با نمره کیفیت زندگی وقتی معلوم می‌شود که کنترل آماری دقیق‌تری بر روابط ساده (آمده در جدول ۳) انجام شود. ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل مفروض در چارچوب نظری پژوهش، نشان می‌دهد که به‌ویژه بین حمایت ابزاری و رضایت از حمایت دریافت‌شده همبستگی مستقیم و چشمگیری وجود دارد. این

رابطه می‌تواند تا حدود زیادی بر اثر علی رابطه بین کیفیت زندگی سالمندان و رضایت از حمایت دریافت‌شده اثرگذار باشد. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، اثر مستقیم و مثبت حمایت عاطفی دریافت‌شده بر ارزیابی از حمایت دریافت‌شده نیز میزان قابل‌توجهی است. به همین ترتیب همبستگی بین حمایت ابزاری و عاطفی دریافت‌شده به میزان ۰/۲۸۳ قابل بحث و بااهمیت است. بنابراین و با توجه به اهمیت آماری، همبستگی درونی متغیرهای حمایت اجتماعی (البته بدون در نظر گرفتن تأثیرات تعاملی این متغیرها)، بر یافته‌های مطالعات پیشین تأکید می‌کند.

جدول ۳. ضرایب همبستگی دو متغیری بین متغیرهای اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان تهران، ۱۳۹۱

کیفیت زندگی	مشارکت	پیوندها	رضایت از حمایت	حمایت ابزاری
مشارکت	۰/۴۷۸***	۱		
پیوندهای اجتماعی	۰/۲۷۰***	۰/۲۵۵***	۱	
رضایت از حمایت	۰/۱۵۳***	۰/۱۹۶***	۰/۳۴۶***	۱
حمایت ابزاری	-۰/۰۷	-۰/۰۱۶	۰/۲۳۴***	۰/۴۲۹***
حمایت عاطفی	۰/۱۱۰	۰/۱۷۰***	۰/۲۵۶***	۰/۳۳۲***

*** فرض صفر در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ رد می‌شود.

در دسته دوم متغیرها رابطه جداگانه و دوتایی بین دو متغیر از مناسبات اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های جمعی و پیوندهای اجتماعی، حدود ۰/۲۵۵ و ضریب بااهمیتی است. این رابطه نشان می‌دهد سالمندانی که پیوندهای اجتماعی قوی‌تر و صمیمانه‌تری با اعضای شبکه‌های اجتماعی دارند، بیشتر در فعالیت‌های جمعی و گروهی اولیه و ثانویه مشارکت می‌کنند. اما رابطه‌های دوتایی بین متغیرهای مناسبات اجتماعی و حمایت اجتماعی دریافت‌شده نشان از این دارد که پیوندهای فردی سالمندان بازنشسته با اعضای شبکه اجتماعی بیشتر از مشارکت در فعالیت‌های جمعی با متغیرهای حمایت اجتماعی همبسته است. جدول ۳ نشان می‌دهد که ضریب پیرسون برای بیان اثر مشارکت بر حمایت عاطفی و رضایت از حمایت دریافت‌شده ضعیف‌تر و با حمایت ابزاری دریافت‌شده فاقد رابطه است.

نتیجه‌گیری از روابط بحث‌شده در بالا تنها زمانی ارزش و اعتبار علمی دارد که این روابط در چارچوب نظری طرح‌شده، پایدار باشند. هدف بحث در ادامه آزمون چنین ثباتی است. برای انجام این کار از رگرسیون خطی استفاده شده است و برای سهولت کشف معنی و دقت

بیشتر در جزئیات، متغیرهای مستقل در ۵ مدل و به ترتیب اهمیت نظری وارد تحلیل رگرسیونی شده‌اند.

در مدل اول، فرض بر این است که حمایت عاطفی دریافت‌شده مستقل از همهٔ دیگر متغیرها قادر به بیان بخش مهمی از تغییرات نمرهٔ کیفیت زندگی است. پیش از تعامل با هر عامل دیگری، اثر مستقیم این متغیر بر کیفیت زندگی فاقد ارزش آماری است، هرچند با مفروضات چارچوب نظری مطابقت دارد. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، ضریب تعیین نمرهٔ کیفیت زندگی با حضور فقط این متغیر در معادله حدود یک درصد و رقم ناچیزی است. در مدل دوم تحلیل رگرسیونی حمایت ابزاری دریافت‌شده به متغیر حمایت عاطفی افزوده شده که با ورود آن اثر مستقیم حمایت عاطفی بر کیفیت زندگی تشدید می‌شود؛ ضمن اینکه ارزش آماری رابطهٔ خودحمایت ابزاری پایین‌تر می‌آید. اهمیت یافتن و ارزش آماری اثر حمایت عاطفی (با ورود حمایت ابزاری)، بیان‌کنندهٔ این مهم است که در معادله‌ای با حضور فقط این دو متغیر از مجموعه متغیرهای حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی تعیین‌کننده‌تر از حمایت ابزاری است. مدل دوم، اگرچه ارزش تبیینی (ضریب تعیین حدود ۰/۰۲ یا ۲ درصد) چندان بالایی ندارد، اما نشان می‌دهد که صمیمیت زمینه‌ساز حمایت عاطفی حداقل از طریق تأثیر بر بهزیستی ذهنی، کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

با ورود رضایت از حمایت دریافت‌شده، همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، حمایت عاطفی ارزش آماری رابطهٔ خود با کیفیت زندگی را از دست داده و برعکس اثر حمایت ابزاری بر نمرهٔ کیفیت زندگی با اهمیت‌تر می‌شود. این روابط از این روی بر هم می‌خورد که رابطهٔ مفروض برای حمایت و رضایت از حمایت دریافت‌شده بر بعد ابزاری آن حاکم است نه بعد عاطفی. با اینکه روابط عاطفی و نزدیک برای حمایت ابزاری از سالمندان ضروری است، ارزیابی سالمندان از حمایت عموماً متوجه حمایت ابزاری دریافت‌شده، است. مدل سوم در جدول ۴ با سه متغیر حمایت اجتماعی کمتر از ۵ درصد از تغییرات نمرهٔ کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته تعیین می‌شود و رضایت از حمایت به‌تنهایی ۰/۰۳ یا ۳ درصد به قابلیت مدل می‌افزاید. ساختار علی در این مدل سوم به متغیرهای حمایت اجتماعی محدود شده و از میان این سه، متغیرهای حمایت ابزاری و رضایت از حمایت اهمیت آماری قابل‌قبولی دارند. اما نکتهٔ بحث‌برانگیز اثر منفی حمایت ابزاری بر نمرهٔ کیفیت زندگی سالمندان است. مقدار بتای این تأثیر به میزان ۰/۱۸۳- بیان‌کنندهٔ این است که سالمندانی که حمایت ابزاری بیشتری دریافت کرده‌اند، نمرهٔ کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. با این حال با کنار هم قرار گرفتن اثر حمایت ابزاری و رضایت از حمایت، این تأثیر مثبت خواهد بود. به عبارت دیگر حمایت ابزاری بیشتر فقط زمانی می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را بهبود ببخشد که در

سالمندان رضایت بیشتری ایجاد کند اما مستقل از رضایت نمره کیفیت زندگی سالمندان را کاهش می دهد.

جدول ۴. شاخص های تحلیل رگرسیونی اثر متغیرهای مناسبات و حمایت اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان تهران، ۱۳۹۱

مدل	متغیر مستقل در معادله	ضرایب غیراستاندارد رگرسیونی مقدار B اشتباه استاندارد	ضریب استاندارد (Beta)	سطح معناداری	ضریب تعیین R^2 تغییر R^2
۱	مقدار ثابت	۰/۰۰۰	۰/۰۵۷	۱	۰/۰۱۲
	حمایت عاطفی	۰/۱۱۰	۰/۰۵۸	۰/۱۱	(۰/۰۱۲)
۲	مقدار ثابت	۰/۰۰۰	۰/۰۵۷	۱	۰/۰۲۳
	حمایت عاطفی	۰/۱۴۱	۰/۰۶	۰/۱۴۱	(۰/۰۱۱)
	حمایت ابزاری	-۰/۱۱۰	۰/۰۶	-۰/۱۱	
	مقدار ثابت	-۰/۶۲۶	۰/۲۱	۰/۰۳	۰/۰۵۴
۳	حمایت عاطفی	۰/۰۹۵	۰/۰۶۱	۰/۰۹۵	(۰/۰۳۱)
	حمایت ابزاری	-۰/۱۸۳	۰/۰۶۳	-۰/۱۸۳	۰/۰۰۴
	رضایت از حمایت دریافت شده	۰/۰۷۱	۰/۰۲۳	۰/۲	۰/۰۰۲
	مقدار ثابت	-۰/۴۱۴	۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۱۱۰
	حمایت عاطفی	۰/۰۵۸	۰/۰۶	۰/۰۵۸	(۰/۰۵۱)
	حمایت ابزاری	-۰/۲۰۳	۰/۰۶۲	-۰/۲۰۳	۰/۰۰۱
۴	رضایت از حمایت دریافت شده	۰/۰۴۷	۰/۰۲۳	۰/۱۳۲	۰/۰۴۲
	پیوندهای اجتماعی	۰/۲۵۷	۰/۰۵۹	۰/۲۵۷	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	-۱/۱۷۲	۰/۲۱۴	۰/۰۰۰	۰/۲۶۶
	حمایت عاطفی	۰/۰۱۲	۰/۰۵۵	۰/۰۱۲	(۰/۱۵۶)
	حمایت ابزاری	-۰/۱۳۵	۰/۰۵۷	-۰/۱۳۵	۰/۰۱۹
۵	رضایت از حمایت دریافت شده	۰/۰۲۴	۰/۰۲۱	۰/۰۶۶	۰/۲۶۶
	پیوندهای اجتماعی	۰/۱۶۹	۰/۰۵۵	۰/۱۶۹	۰/۰۰۲
	مشارکت	۰/۰۵۲	۰/۰۰۷	۰/۴۱۸	۰/۰۰۰

در مدل چهارم از تحلیل رگرسیونی کیفیت زندگی سالمندان، متغیر جدید یکی از متغیرهای مناسبات اجتماعی، پیوندهای اجتماعی، است. با وارد شدن این متغیر به معادله رگرسیونی ۰/۰۵ (یا ۵ واحد در مقیاس درصد) به ضریب تعیین نمره کیفیت زندگی افزوده شده و این ضریب به ۰/۱۱ افزایش می‌یابد. با این ارزش آماری، می‌توان گفت که پیوندهای اجتماعی صمیمی‌تر مستقل از متغیرهای حمایت اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان را بهبود می‌بخشد. نکته مهم در این مورد این است که با ورود این متغیر ارزش آماری اثر متغیرهای حمایت اجتماعی غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان کمتر شده است. به‌طوری‌که اثر حمایت عاطفی دریافت‌شده بر نمره کیفیت زندگی ضعیف و از نظر آماری غیرمعنادار می‌شود. در مدل آخر یا پنجم، آخرین متغیری که براساس چارچوب نظری با کیفیت زندگی سالمندان همبسته فرض شده، عضویت و مشارکت سالمندان در فعالیتهای جمعی است. ورود این متغیر حدود ۰/۱۶ یا ۱۶ درصد به توانایی مدل برای تبیین نمره کیفیت زندگی سالمندان اضافه می‌کند و ضریب تعیین کل مدل را به ۰/۲۷ یا ۲۷ درصد افزایش می‌دهد. بر این اساس دو متغیر از متغیرهای حمایت اجتماعی غیررسمی با اضافه شدن مشارکت در فعالیت‌های جمعی سالمندان، رابطه کاذبی را با نمره کیفیت زندگی نشان می‌دهند. تنها متغیر از این مجموعه، حمایت ابزاری دریافت‌شده، است که در این مدل نیز همچنان اثر منفی بر نمره کیفیت زندگی دارد. مهم‌ترین متغیر در معادله نهایی، مشارکت و پس از آن پیوندهای اجتماعی و حمایت ابزاری دریافت‌شده، است. صرف‌نظر از حمایت عاطفی دریافت‌شده و رضایت از حمایت دریافت‌شده، رابطه متغیرهای مهم در این مدل نشان می‌دهد که سالمندانی که حمایت ابزاری کمتری دریافت کرده‌اند، اگر پیوندهای صمیمی‌تری با اعضای شبکه‌های اجتماعی داشته باشند و بیشتر در فعالیتهای جمعی شرکت کنند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار خواهند بود.

نتیجه‌گیری

مقایسه بازنشستگان دو صندوق از نظر کیفیت زندگی و عوامل تعیین‌کننده آن نشان می‌دهد که میزان برخورداری و سطح متفاوت رفاه بازنشستگان تا چه اندازه بر عوامل افزایش‌دهنده کیفیت زندگی بازنشستگان سالمند مؤثر است. به‌طوری‌که یافته‌ها نشان داده است که وضعیت سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت حتی در بهره‌مندی از روابط اجتماعی غیررسمی بهتر از سالمندان صندوق تأمین اجتماعی است. با این وجود احتمالاً تفاوت سالمندان در برخی ویژگی‌های مهمی که به آنان توانایی‌ها و مهارت‌های اجتماعی می‌بخشد، می‌تواند بخشی از تفاوت‌های بازنشستگان دو صندوق را از نظر کیفیت زندگی توضیح دهد. اما گمان غالب

عموماً متوجه این رابطه است که افرادی که در سطوح رفاه پایین تری قرار دارند، حمایت اجتماعی غیررسمی بیشتری دریافت می کنند و سطح درآمد و رفاه سالمندانی که بازنشسته صندوق صنعت نفت هستند بالاتر از بازنشستگان تأمین اجتماعی است.

نتایج پژوهش به طور خلاصه نشان می دهد که در انواع و اشکال متعدد خود در فضای مفهومی- نظری حمایت اجتماعی می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان اثر بگذارد. خارج از این بستر و خصوصاً وقتی عوامل اصلی شکل دهنده این شرایط در کنار عوامل حمایتی قرار گیرند، احتمال زیادی وجود دارد که رابطه این متغیرها با کیفیت زندگی رنگ ببازد. نکته درخور توجه اینکه در مجموع عوامل حمایتی از نظر تئوریک مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان، اثر هر نوع از حمایت اجتماعی غیررسمی بسته به شرایط و بستر اجتماعی متفاوت خواهد بود. پیداست وقتی سالمندان حسب نیاز خود کمک ابزاری دریافت می کنند، این حمایت ممکن است بر برخی ابعاد ذهنی و حتی عینی کیفیت زندگی اثر منفی داشته باشد. یافته های این پژوهش نشان می دهد که دریافت حمایت ابزاری می تواند به کاهش کیفیت زندگی سالمندان دو صندوق صنعت نفت و تأمین اجتماعی منجر شود. کوششی (۱۳۸۷) نیز نتیجه مشابهی از رابطه بین حمایت ابزاری و وضعیت سلامت سالمندان تهرانی به دست آورده است.

اگر حمایت اجتماعی غیررسمی را منافع حاصل از پیوندهای اجتماعی و درگیری در روابط اجتماعی تعریف کنیم، مسلماً وقتی خود این متغیرها به عنوان تعیین کننده کیفیت زندگی به تحلیل یافته ها وارد شود، اثر حمایت خصوصاً حمایت عاطفی بی معنا خواهد بود. این روابط از تحلیل یافته های پژوهش حاضر به دست آمده است و آشکارا مدل شرح داده شده در چارچوب نظری مبنی بر اثر مستقیم حمایت اجتماعی غیررسمی را تأیید نمی کند. این یافته با نتایج به دست آمده از پژوهش های برخی پژوهشگران از جمله اس چیفر و دیگران (۱۹۸۱)، شفر و همکاران (۱۹۸۱)، فلمینگ و باوم (۱۹۸۶)، و فیلیپس و همکاران (۲۰۰۷) همسو نیست. به همین شکل نتایج این پژوهش یافته های پژوهش علی پور (۱۳۸۸) که بر رابطه حمایت ساختاری و کیفیت زندگی سالمندان ثابت شده است و می توان به اهمیت شبکه ها و ارتباطات اجتماعی و حضور در انجمن ها به عنوان عاملی برای افزایش عزت نفس سالمندان اشاره کرد.

همچنین رابطه مفروض در مدل نظری این پژوهش که از نظریه گوانووتر استخراج شده و در آن پیوندهای اجتماعی از طریق افزایش حمایت غیررسمی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مثبت دارد نیز تأیید نشد. براساس نتایج به دست آمده از این پژوهش پیوندهای اجتماعی به واسطه افزایش حمایت غیررسمی از سالمندان اثر مهم و معناداری بر کیفیت زندگی آنان نمی گذارد، بلکه خود به طور مستقیم چنین تأثیری دارد. یعنی پیوندهای اجتماعی بیشتر مستقل از رابطه ای که با حمایت اجتماعی غیررسمی دارد، می تواند کیفیت زندگی سالمندان را افزایش

دهد. به همین ترتیب مناسبات اجتماعی و منافع حاصل از عضویت و مشارکت در فعالیت‌های جمعی مستقیماً قادر به تغییر در نمره کیفیت زندگی و افزایش نسبی این شاخص است. درواقع پژوهش حاضر بر اصالت رابطه بین عوامل مورد توجه از مجموعه متغیرهای مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان تأکید می‌کند.

جزئیات بیشتر تحلیل رگرسیونی و مقایسه سالمندان بازنشسته دو صندوق نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی پیوندهای اجتماعی آنان با اعضای شبکه‌های اجتماعی است، درحالی‌که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته صندوق صنعت نفت مشارکت آنان در فعالیت‌های جمعی است و چنانچه یافته‌های تحلیل تفاوت میانگین مشارکت سالمندان دو صندوق که بیان‌کننده شکاف زیاد این دو گروه بود را یادآور شویم، ملاحظه خواهد شد که به‌ویژه شبکه‌های رسمی که تحت حمایت تشکلهای سازمان‌یافته سیستم‌های بازنشستگی قرار دارد تا چه اندازه می‌تواند بر زندگی و کیفیت آن در میان سالمندان اثرگذار باشد.

همان‌طور که نتایج حاصل از آزمون فرضیه پژوهش نشان داد، متغیر عضویت گروهی و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بسزایی دارد. در پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده نیز فرضیاتی مشابه این فرضیه تأیید شده بود. برای مثال جیمز مورتیمر و دیگران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین سطوح فعالیت اجتماعی و میزان رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند ارتباط وجود دارد. مطالعه یوری یانگ و همکارانش درباره نقش شبکه‌های اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارتباطش با رضایت از زندگی نیز این نتیجه را تأیید می‌کنند. همچنین پیتز رابینز هم فعالیت‌های خلاق و فعالیت‌های اجتماعی، و حضور در انجمن‌هایی که بر خدمات داوطلبانه سالمندان متکی است، را از عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی سالمندان می‌داند. در پژوهش مارتینز (۲۰۱۰) نیز همبستگی آماری مهمی نیز بین شرکت‌کنندگان در فعالیت‌های مذهبی و کیفیت زندگی وجود دارد. در مطالعات ایرانی نیز فرضیه رابطه بین دسترسی به شبکه‌های اجتماعی و میزان رضایت از زندگی در بین سالمندان در پژوهش زبردست نیز تأیید شده است. نتایج پژوهش سعیدی (۱۳۸۸) نیز نشان داد که سالمندان تمایل رو به افزایشی را به فراغت‌های جمعی بیرون از خانه مانند شرکت در مراسم و فعالیت‌های خیریه‌ای دارند. به همین ترتیب نتایج این پژوهش یافته‌های پژوهش علی‌پور (۱۳۸۸) که بر رابطه حمایت ساختاری و کیفیت زندگی سالمندان تأکید کرده همسو است و می‌توان به اهمیت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی و حضور در انجمن‌ها به‌عنوان عاملی برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان اشاره کرد.

در میان نظریات سالمندی نیز نظریه فعالیت و نظریه نقش نیز این امر را تأیید کرده است. نظریه فعالیت معتقد است فعالیت در دوران بازنشستگی و سالمندی (چه فعالیت‌های کاری و شغلی، فعالیت‌های اقتصادی و چه فعالیت‌های اجتماعی) سلامت را افزایش می‌دهد. طبق این نظریه ارتباطی خطی بین سطوح فعالیت و رضایت از زندگی وجود دارد. نظریه نقش نیز معتقد است وجود نقش‌های متعدد نیز در دوران سالمندی کیفیت زندگی فرد را بالا می‌برد. همچنین فقدان نقش‌های اجتماعی در دوران پیری، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد. درواقع فعالیت سالمندان و بر عهده گرفتن نقش‌هایی توسط آنان در جامعه موجب جبران کناره‌گیری آن‌ها از فضای شغلی می‌شود. بیکر نیز اظهار کرده بود که توسعه شبکه‌های اجتماعی بر خوشبختی، رشد و بالندگی، رضایت از زندگی و زندگی هدف‌دار و در نهایت کیفیت زندگی تأثیر دارد. به بیان بیکر، مهم‌ترین هدف ایجاد شبکه‌های اجتماعی، افزایش مشارکت فرد در ارتباط با دیگران و انجام وظیفه‌ای در مقابل زندگی است. به عبارت دیگر هر چه افراد بیشتر مشارکت اجتماعی خود را در قالب الگوی روابط شبکه‌ای بسط و گسترش دهند، از طریق مشارکت در روابط معنادار و فعال با دیگران از زندگی لذت بیشتری خواهند برد و این امر بر کیفیت زندگی فرد سالمند تأثیر دارد.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت با توجه به روند افزایش جمعیت سالمندان، هرچند صندوق‌های بازنشستگی مطالعه‌شده باید حمایت‌های اجتماعی رسمی خود را از سالمندان بازنشسته افزایش دهند و حمایت‌هایی ارائه دهند که به کیفیت زندگی سالمندان منجر شود، اما نباید از نقش حمایت‌های اجتماعی غیررسمی غفلت کرد. چراکه با افزایش جمعیت سالمندان در دهه‌های آتی، در آینده‌ای نه‌چندان دور صندوق‌های بازنشستگی با فشار اقتصادی و مسائل مالی مواجه می‌شوند و حتی ممکن است دچار عدم کارایی و اثربخشی شوند، بنابراین، ضرورت توجه به حمایت‌های اجتماعی غیررسمی بسیار احساس می‌شود. حمایت‌های اجتماعی غیررسمی منبع بسیار ارزشمند و در بیشتر مواقع کم‌هزینه یا رایگان است که نقش زیادی در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان دارد. شبکه‌های حمایت اجتماعی با توجه به حمایت‌هایی که برای سالمندان فراهم می‌کند، اعم از حمایت‌های عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و مشورتی و پرستاری بسیار می‌توانند در کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشند.

منابع

۱. بوند، جان و کورنر، لین (۱۳۸۹). «کیفیت زندگی و سالمندان»، ترجمه حسین محقق‌کی‌کمال، چاپ اول، تهران: دانژه.

۲. حاتمی، پریسا (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
۳. رایبیز، پیتر، (۱۳۸۵)، سالمندی و اضطراب، ترجمه رشاد مردوخی، نشر نی.
۴. راضی، اشرف (۱۳۸۶). پایان‌نامه بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی جوانان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه تهران)، گرایش پژوهش، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۵. زبردست، یلدا (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین عضویت در شبکه‌های اجتماعی و میزان رضایت از زندگی در میان سالمندان (مطالعه موردی شهرستان جهرم)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۶. علی‌پور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه و بیگلریان، اکبر (۱۳۸۷). «نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان»، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۳، ۱۴۷-۱۶۵.
۷. غفاری، غلامرضا و امیدی (۱۳۸۷). کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱، صص ۹ تا ۳۳.
۸. قدسی، علی محمد (۱۳۸۲). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس.
۹. کوششی، مجید (۱۳۸۷). شبکه حمایت خانوادگی، ترتیبات زندگی و سلامت سالخوردگان در بستر گذار جمعیتی، رساله درجه دکتری، رشته جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۱۰. مصطفائی، اقدس (۱۳۸۹). حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بررسی حمایت‌های اجتماعی رسمی و غیررسمی بین سالمندان بازنشسته شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پژوهش علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا (س).
۱۱. میرزایی، محمد و کاوه فیروز، زینب (۱۳۸۸). «کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تأکید بر جنس»، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال چهارم، شماره ۸، صص ۱۴۸-۱۲۳.
۱۲. میرزایی، محمد و شمس قهفرخی، مهری (۱۳۸۶). «جمعیت‌شناسی سالمندی در ایران براساس سرشماری سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۵»، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره پنجم، پاییز ۱۳۸۶، صص ۳۲۶-۳۳۱.
13. Cantor, M. (1979). «Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system». Research on Aging, 1, 434-463.
14. Felming, R. & Boum, Andrew. (1986). «Social Support and Stress: The buffering effects of Friendship». Friendship and Social integration New York. Springer Verlage.
15. Ferrans, C.E. (1996). Development of a conceptual model of Quality of life, Scholarly inquiry of nursing Practice, Vol, 10, PP. 243-304.
16. Garcia E. J.R. Banegas A. graciani & P. Regadera (2004). « Social network and health related quality of life in older adults. A Population-based study in Spain». Springer 14: 511-520.
17. Kim H K; Hisata, M; Kai, I; K Lee, S (2000). « Social support exchange and quality of life among the Korean elderly», Journal of crosscultural gerontology, Volume: 15, Issue: 4, Pages: 331-347

18. Martinez, Nelly M (2010). The influence of formal and informal support the quality of life of individual with a severe mental illness, A thesis Presented to the School of Social Work California State University, Long Beach.
19. Philips, David R ; Siu, Olig ; Kevin, Anthony Go.Y.hm &.cheng, H.C(2007). « informal social support and older persons Psychological Well-being in hong- kong», Journal of Springer Science + Business Media, LLC.
20. Wellman, B., Frank, k.(2000). Network capital in a multi-level word: Getting Support from Personal Communities in social capital: Theory and research. Edited by Lin, N.et.al., shicago: Aldine De Gruyter.
21. Yuri yang, James A. Mortimor, et. Al (2004) The Role of social Engagement in Life satisfaction: its significance among older individuals with Disease and Disubility, Published by sage.

