

Research Paper**Social Integration and Health-Related Quality of Life of Elderly Referred to a Health Center in Sabzevar**Mojtaba Laal Ahangar¹, *Homeira Sajjadi², Ahmad Ali Akbari Kamrani³

1. Department of Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Welfare Management Research Centre, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Geriatrics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Citation: Laal Ahangar M, Sajjadi H, Akbari Kamrani AA. [Social Integration and Health-Related Quality of Life of Elderly Referred to a Health Center in Sabzevar (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 10(2):114-121.

Received: 02 Jan. 2015

Accepted: 16 Apr. 2015

ABSTRACT

Objectives Old age is a period of life in which elderly are exposed to potential threat. These factors lead to decreased quality of life in elderly. Social interaction is of the factors affecting the quality of life and health in the elderly. We aimed to assess the relationship between social integration and health-related quality of life in seniors in Sabzevar city.

Methods & Materials This descriptive study was performed on 135 elderly referred to a health center city in Sabzevar using the proportional sampling method. Data collection tools included health-related quality of life questionnaire (SF-36) and a researcher made questionnaire regarding the participants' social integration and demographic information. Data were analyzed by descriptive statistics, and Pearson's correlation, T, Mann-Whitney and ANOVA tests.

Results The mean±SD score for social integration in the elderly was 30.6±9.5 (33.26±9.4 in men and 27.46±9.6 in women) which was average. The mean±SD health-related quality of life scores in physical and mental health domains were 10.87±2.65 and 11.41±2.96, respectively. There was a significant positive correlation between social integration and health-related quality of life ($r=0.73$, $P<0.001$). Also there was a significant correlation between social integration and age ($r=-0.3$, $P=0.001$), marital status ($P<0.001$), employment ($P<0.001$), sex ($P<0.001$), and education level ($r=0.4$, $P=0.003$).

Conclusion Policy makers can plan interventions in the field of social integration to improve the quality of life in the elderly.

Keywords:Social integration,
Health-related quality of life, Elderly*** Corresponding Author:**

Homeira Sajjadi, PhD

Address: Social Welfare Management Research Centre, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180048

E-mail: safaneh_s@yahoo.com

یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۰

مجتبی لعل آهنگر^{۱*}، حمیرا سجادی^۲، احمد علی اکبری کامرانی^۳

۱- گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ دی ۱۳۹۳
تاریخ پذیرش: ۲۷ فروردین ۱۳۹۴

اهداف: سالمندی دورهای از زندگی است که عوامل بسیاری، کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار می دهد. از جمله موارد موثر بر کیفیت زندگی و سلامت سالمندان، تعاملات اجتماعی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهرستان سبزوار، انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۳۵ سالمند مراجعه کننده به دو مرکز اصلی درمانی شهرستان سبزوار (واسعی-امداد) به روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم، انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-۳۶ پرسش نامه محقق ساخته یکپارچگی اجتماعی و فرم اطلاعات دموگرافیک بود. اطلاعات کسب شده با استفاده از روش های آماری توصیفی و همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون تی، من ویتنی و آنالیز واریانس، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین نمره یکپارچگی اجتماعی در کل سالمندان $30/6 \pm 9/5$ و در سطح متوسط بود و در مردان و زنان سالمند به ترتیب $33/26 \pm 9/4$ و $27/46 \pm 9/6$ بود. نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد سلامت جسمی $10/87 \pm 2/65$ و در بعد سلامت روانی $11/14 \pm 2/96$ بود. بین یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، همبستگی مستقیم مثبت و معناداری وجود داشت ($r=0/73$ ، $P<0/001$). بین سن ($r=-0/3$ ، $P=0/001$)، وضعیت تاهل ($P<0/001$)، اشتغال ($P<0/001$)، جنسیت ($P<0/001$) و سطح تحصیلات ($r=0/4$ ، $P=0/003$) با یکپارچگی اجتماعی، رابطه معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به رابطه بین یکپارچگی اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، سیاست گذاران حوزه سلامت، می توانند با انجام مداخلاتی در زمینه یکپارچگی اجتماعی، موجب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان شوند.

کلیدواژه ها:

یکپارچگی اجتماعی،
کیفیت زندگی مرتبط با
سلامت، سالمند

مقدمه

افزایش رو به رشد جمعیت سالمندان در جهان پدیده ای است که از آن به عنوان «خاکستری شدن جمعیت» یا «سالمندی اجباری» نام برده می شود [۱]. پیر شدن جمعیت، فرآیندی است که در آن افراد ۶۵ سال و بیشتر، رفته رفته بخش قابل توجهی از جمعیت را تشکیل می دهند [۲]. سازمان ملل در سال ۲۰۰۶ تعداد کل سالمندان جهان را ۶۸۷ میلیون و ۹۲۳ هزار نفر برآورد کرد که این رقم در سال ۲۰۵۰ به یک میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید [۴]. براساس نتایج سرشماری سال ۹۰ در حال حاضر ۸/۲ درصد کل جمعیت را سالمندان تشکیل می دهند که از میان آن ها، ۴/۲ درصد مرد و ۴/۱۷ درصد زن هستند [۶]. برآورد شده است که در سال ۱۴۰۰، بیش از ۱۰ درصد از جمعیت

کشور، بالای ۶۰ سال سن داشته باشند و این به معنای افزایش گسترده جمعیت سالمندی در کشور خواهد بود [۷].

اگرچه افزایش جمعیت سالمندان، بیانگر موفقیت نظام سلامت در ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی است، اما می تواند بیانگر جمعیت بالایی از سالمندان که دارای مسایل و مشکلات مختلف اجتماعی، اقتصادی، روانشناختی، فیزیولوژیکی و پاتولوژیکی هستند نیز باشد [۸-۱۰]. با پیر شدن جمعیت، خطر زندگی با بیماری های مزمن افزایش می یابد؛ این بیماری ها مشکلات طبی، روانی و اجتماعی فراوانی را به دنبال خواهند داشت که این خود باعث محدودیت فعالیت جسمانی افراد سالمند و کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود [۱۱].

کیفیت زندگی، هدف غایی در ارائه خدمات مختلف اجتماعی و

* نویسنده مسئول:

دکتر حمیرا سجادی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه رفاه اجتماعی.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۰۴۸

پست الکترونیکی: safaneh_s@yahoo.com

و کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۲۸]. اگر چه عمده تحقیقات انجام شده بر آثار مثبت روابط اجتماعی بر سلامت تاکید می‌کنند، ولی افرادی همانند نظریه پردازان تبادل اجتماعی^۲ این نظر را دارند که روابط اجتماعی، هزینه‌هایی نیز در بر دارد؛ داشتن ارتباطات و تعلقات اجتماعی، منبعی برای ایجاد تقاضاهای درخواست‌ها، کشمکش، احساس شرمندگی، حسادت و ناامیدی است [۲۹].

اکثر مطالعاتی که در داخل کشور در زمینه سالمندی انجام شده است، بسیار محدود و در قالب مفهوم سلامت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفته و در چارچوب محدود پزشکی محبوس شده است [۳۰]. با توجه به افزایش جمعیت سالمندی در کشور و عدم وجود مطالعه‌ای مشابه در ایران، بر آن شدیم مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در شهر سبزوار در سال ۱۳۹۰ انجام دهیم.

روش مطالعه

این مطالعه توصیفی تحلیلی با هدف بررسی رابطه بین یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، بر روی ۱۳۵ سالمند بالای ۶۵ سال مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی وسیعی و امداد شهرستان سبزوار انجام شد.

برای تعیین حجم نمونه، ابتدا کل آمار مراجعین به دو مرکز درمانی سبزوار در سالهای ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به تفکیک سه رده سنی ۷۴-۶۵، ۸۴-۷۵ و بالای ۸۵ سال، به دست آمد. سپس براساس حجم افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در هر رده سنی و جدول مورگان، تعداد نمونه مورد نظر از هر رده سنی انتخاب شد. دلیل انتخاب این مراکز، مراجعه سالمندان از قشرهای مختلف جامعه بود.

پژوهشگر با ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و هماهنگی لازم با مسئولین مراکز درمانی، اقدام به نمونه‌گیری نمود. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای متناسب با حجم و به صورت در دسترس از بین سالمندانی که جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی منتخب مراجعه می‌کردند و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۵ سال و داشتن رضایت برای انجام پژوهش بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم توانایی سالمندان به پاسخ‌گویی به سئوالات بود (معلولان ذهنی، سالمندان با سطح هوشیاری پایین، سالمندان با مشکلات شناختی جدی). برای حفظ موازین اخلاقی از نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه، رضایت کتبی گرفته شد و به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش محرمانه بوده و در صورت نیاز در

رفاهی به گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی است و فراتر از عملکرد و توانایی سازمان و یا نهاد خاصی است [۱۳، ۱۲]. کیفیت زندگی مفهومی است چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان که ضمن وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و به تصورات و ادراک فرد از موقعیت زندگی بستگی دارد [۱۴].

سلامتی از ابعاد اصلی کیفیت زندگی است. از آنجایی که در نظام سلامت نمی‌توان به طور کامل پدیده کیفیت زندگی را مورد توجه قرار داد، لذا مفهوم سلامتی را در ارتباط با کیفیت زندگی در قالب مفهوم «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» که آرمان و شاخص نوین ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبتی به گروه‌های مختلف جمعیتی به ویژه سالمندان است، مورد مطالعه قرار می‌دهند [۱۵، ۱۶]. شرکت سالمندان در فعالیت‌های معنادار همانند شرکت در کلاس‌های مختلف، یکی از عناصر کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی و به دنبال آن کاهش معلولیت‌های دوران سالمندی است [۱۴]. دانشمندان علوم اجتماعی در مورد تاثیر بسزای سالمندی بر افراد، خانواده‌ها و جوامع، بحث‌هایی را با توجه به مفهوم یکپارچگی اجتماعی^۱ مطرح کرده‌اند. در سال ۱۹۹۵ انجمن تحقیقاتی توسعه اجتماعی سازمان ملل سه هدف اصلی خود را «کاهش فقر، کاهش بیکاری و افزایش یکپارچگی اجتماعی» قرار داده است [۱۷].

روسو در کتاب کلاسیک سالمندی خود اشاره می‌کند: «مهم‌ترین مشکلات افراد سالمند ذاتا اجتماعی است و موضوع اساسی آن یکپارچگی اجتماعی است» [۱۸]. یکپارچگی اجتماعی سنگ بنای اصلی در مفهوم چند بعدی آسایش و تندرستی است [۱۹] و از لحاظ عملیاتی به عنوان تعداد نقش‌هایی است که فرد در بستر اجتماعی خود بر عهده می‌گیرد [۲۰]. همچنین یکپارچگی اجتماعی را می‌توان حسی که یک شخص از تعلق به یک گروه یا جمع اجتماعی به واسطه سهیم شدن در هنجارها، ارزش‌ها، انتقادات و غیره تجربه می‌کند، دانست [۲۱]. نتایج مطالعات انجام شده، آثار یکپارچگی اجتماعی بر زندگی افراد را دسترسی به منابع مختلف، تسهیل ارتباط با گروه و طبقه‌های اجتماعی مختلف، ایجاد هدفی بالاتر از اهداف فردی و احساس مورد پذیرش واقع شدن یا تشویق به انجام فعالیت‌های بهداشتی نشان داده است [۲۱-۱۸].

کوهن و بریست مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه یکپارچگی اجتماعی و سلامت بر روی ۲۷۶ فرد میانسال انجام دادند؛ نتایج این مطالعه نشان داد با افزایش یکپارچگی اجتماعی میزان سلامت و مقاومت فرد نسبت به بیماری افزایش می‌یابد [۲۶]. استفان در مطالعه خود گزارش کرد یکپارچگی اجتماعی بالاتر با سطح بیشتری از سلامت روان همراه است [۲۷]. مطالعه وار نیز نشان داد افرادی که یکپارچگی اجتماعی بالایی دارند، از روند بهبود بیماری

2. Social exchange

1. Social integration

اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل ۳ پرسش‌نامه است. ۱. پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک که شامل فرم انتخاب واحد پژوهش و مشخصات فردی واحدهای پژوهش است. ۲. پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-۳۶ که یک پرسش‌نامه چندمنظوره ۳۶ گویه‌ای با ۸ خرده مقیاس عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی است؛ منظور از سلامت در این پژوهش نمره‌ای است که فرد از دو سنجه خلاصه از سلامت جسمی و سلامت روانی شامل خلاصه مولفه جسمی (PCS) و خلاصه مولفه روانی (MCS) به دست می‌آورد. امتیازبندی سوالات براساس سیستم امتیازدهی RAND از صفر تا صد است و با جمع امتیازات مخصوص هر خرده مقیاس و تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سوالات همان خرده مقیاس، نمره به دست می‌آید که نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تر است و در نهایت امتیازات این هشت خرده مقیاس به دو مولفه جسمی و روانی خلاصه می‌شود [۳۱، ۳۲]. این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران، ترجمه و هنجاریابی شده است؛ مقدار آلفای کرونباخ آن از حداقل ضرایب پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردار است [۳۲].

۳. پرسش‌نامه محقق ساخته یکپارچگی اجتماعی نیز دارای ۱۳ سوال ۵ گزینه‌ای است که پاسخ‌ها، به صورت اصلا، کم، تا حدی، زیاد، خیلی زیاد بیان می‌شوند و براساس طیف لیکرت از (۴-۰) نمره‌بندی می‌شوند. نمره (۱۳-۰) یکپارچگی پایین، (۳۴-۱۴) یکپارچگی متوسط و (۵۲-۳۵) یکپارچگی بالا را نشان می‌دهد. در مرحله اول مفهوم یکپارچگی اجتماعی با مطالعه مقالات و کتب متعدد تعریف شد که در نهایت با نظر ۸ نفر از اساتید هیات علمی جامعه‌شناسی و سالمندشناسی و اساتید راهنما و مشاور و تعداد ۳۵ نفر از سالمندان بازنشسته، از بین تعاریف انتخاب شده بهترین تعریف انتخاب شد. در مرحله دوم با مرور کتب و مقالات متعدد، مخزن سوالات، طراحی شد که در ابتدا تعداد سوالات ۴۵ سوال بود ولی سپس با نظر اساتید جامعه‌شناسی و ۳۵ نفر از بازنشستگان دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، تعداد ۱۳ سوال از بین این سوالات، استخراج شد.

جهت تعیین روایی محتوا، ابزار سنجش در اختیار ده نفر از اعضای هیات علمی و متخصصین جامعه‌شناسی و سالمندی قرار گرفت. به منظور تعیین روایی سازه از تکنیک گروه‌های شناخته شده استفاده شد؛ برای این منظور مقایسه بین گروه‌هایی که از لحاظ پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)، افسرده به حساب می‌آیند، صورت گرفت و با این فرضیه که آن‌ها از لحاظ یکپارچگی اجتماعی از سطح پایین‌تری برخوردارند، نتایج گروه‌های شناخته شده نشان‌دهنده اختلاف معنی‌داری از لحاظ سطح یکپارچگی اجتماعی در میان سالمندان (P=۰/۰۰۱) بود، به

گونه‌ای که بیماران با درجه بالاتر افسردگی، یکپارچگی اجتماعی پایین‌تری داشتند. برای تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته شده از آزمون‌های کروسکال والیس و آنالیز واریانس استفاده شد. پایایی این ابزار نیز با روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی ثبات (P=۰/۰۰۱، r=۰/۸۴) تایید شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ انجام شد. ابتدا با آزمون کولموگروف نرمال بودن متغیرهای کمی تعیین شد. برای بیان مشخصات واحد پژوهش از آمار توصیفی که شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی است، استفاده شد. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع داده‌ها مشخص شد و در ادامه با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون تی، من ویتنی و آنالیز واریانس، داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج با P<۰/۰۵، معنی‌دار در نظر گرفته شد. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران رسیده است.

یافته‌ها

از مجموع ۱۳۵ سالمند مورد مطالعه، ۷۳ نفر (۵۴/۱٪) مرد و ۶۲ نفر (۴۵/۹٪) زن بودند. ۵۶ نفر (۴۱/۵٪) در رده سنی ۷۵ تا ۸۵ سال و ۷۱ نفر (۵۲/۶٪) متاهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۶۶ نفر (۴۸/۹٪) بی‌سواد و از نظر شغل ۷۷ نفر (۵۷٪) بیکار بودند. (جدول شماره ۱)

میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد سلامت جسمی $10/87 \pm 2/65$ و در بعد سلامت روانی $11/14 \pm 2/96$ بود. نتیجه آزمون من ویتنی و تی مستقل بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زن و مرد در تمام حیطه‌های عملکرد جسمی (جز محدودیت جسمی) و تمام حیطه‌های عملکرد روانی تفاوت آماری معناداری نشان داد؛ به طوری که مردان نسبت به زنان نمره بیشتری کسب کرده بودند. (جدول شماره ۲)

میانگین نمره یکپارچگی اجتماعی سالمندان $30/6 \pm 9/5$ (سطح متوسط) بود که برای مردان سالمند $33/26 \pm 9/4$ (سطح متوسط) و زنان سالمند $27/46 \pm 9/6$ (سطح پایین) است و از نظر آماری این تفاوت معنادار بود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه آزمون پیرسون بین سن با یکپارچگی اجتماعی، همبستگی معکوس و معناداری نشان داد (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۳). همچنین نتیجه آزمون ANOVA بین وضعیت تاهل و یکپارچگی اجتماعی، رابطه معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۰۱)، به گونه‌ای که سالمندان متاهل یکپارچگی اجتماعی بالاتری داشتند. بین اشتغال و جنسیت با یکپارچگی اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱)، به طوری که مردان و افراد شاغل یکپارچگی اجتماعی بالاتری داشتند. بین تحصیلات و یکپارچگی اجتماعی نیز رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (P=۰/۰۰۳، r=۰/۴).

جدول ۱. توزیع فراوانی سالمندان مورد مطالعه براساس وضعیت تاهل، شغل و سطح تحصیلات.

متغیر	تعداد	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۶۴ / ۴۷/۴
	متاهل	۷۱ / ۵۲/۶
شغل	کارمند	۱ / ۰/۷۴
	کارگر	۳۶ / ۲۶/۶
	شغل آزاد	۲۱ / ۱۵/۵
	بیکار	۷۷ / ۵۷
سطح تحصیلات	بیسواد	۶۶ / ۴۸/۹
	سیکل	۳۷ / ۲۷/۴
	دیپلم	۲۵ / ۱۸/۵
	دانشگاهی	۷ / ۵/۱
کل	۱۳۵	۱۰۰

سالمند

همچنین بین تمام خرده مقیاس‌های مولفه جسمی و روانی کیفیت زندگی با یکپارچگی اجتماعی، همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت؛ این نتیجه با نتیجه مطالعه وار و همکاران و لواسر همسو است [۲۸، ۴۳]. در مطالعه وار با عنوان «نظریه یکپارچگی اجتماعی به عنوان کیفیت زندگی» روی افرادی که دچار اختلالات روانی بودند، مشخص شد افرادی که یکپارچگی اجتماعی بالایی داشتند، از روند بهبود بیماری و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند [۲۸]. آدامز و سرپه مطالعه‌ای با هدف بررسی رابطه یکپارچگی اجتماعی با رضایت از زندگی و ارتباطات اجتماعی انجام دادند؛ نتیجه این مطالعه نشان داد با افزایش

نتیجه آزمون پیرسون بین یکپارچگی اجتماعی و بعد کیفیت زندگی جسمی ($r=0/7, P=0/001$) و بعد کیفیت زندگی روانی ($r=0/8, P=0/001$)، همبستگی مستقیم و معناداری نشان داد. همچنین بین تمام خرده مقیاس‌های مولفه جسمی و روانی کیفیت زندگی با یکپارچگی اجتماعی، همبستگی مستقیم و معناداری وجود داشت. (جدول شماره ۳)

بحث

براساس نتایج این تحقیق بین یکپارچگی اجتماعی و بعد کیفیت زندگی جسمی و روانی، رابطه معناداری وجود داشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان مورد مطالعه بر حسب جنس.

سطح معناداری	مرد		زن		کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=0/001$	۴/۲	۲۲/۱۹	۴/۲۳	۱۸/۷۲	عملکرد جسمی
$P=0/84$	۱/۳	۵/۸۸	۱/۰۸	۵/۰۹	محدودیت جسمی
$P<0/001$	۱/۰۳	۷۵/۸	۱/۰۲	۵۸/۷۶	میزان درد جسمی
$P=0/003$	۳/۴۸	۱۵/۱۳	۳/۷۶	۱۲/۵۶	سلامت عمومی
$P=0/003$	۴/۱۵	۱۵	۳/۷۴	۱۲/۹	سرزندگی
$P=0/01$	۱/۷۷	۶/۸	۱/۸	۵/۷۲	عملکرد اجتماعی
$P=0/73$	۱/۲۲	۴/۹۵	۱/۳	۴/۲۷	مشکلات روحی
$P=0/001$	۴/۰۴	۲۱/۱۷	۵/۳	۱۷/۷	سلامت روان

سالمند

جدول ۳. بررسی رابطه یکپارچگی اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مورد مطالعه.

یکپارچگی اجتماعی		کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
نتیجه آزمون		
سطح معناداری (P)	ضریب همبستگی (r)	
۰/۰۰۱	۰/۷۳	عملکرد جسمی
۰/۰۰۵	۰/۷۱	محدودیت جسمی
۰/۰۰۱	۰/۷۳	میزان درد جسمی
۰/۰۰۱	۰/۸۴	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۸۲	سر زندگی
۰/۰۰۰	۰/۸۱	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۸	مشکلات روحی
۰/۰۰۱	۰/۷۸	سلامت روانی

سالمندان

با هدف بررسی تاثیر یکپارچگی اجتماعی بر روی کاهش حافظه، گزارش کرد با بالاتر رفتن سن از یکپارچگی اجتماعی افراد کاسته می شود. دیکسترا نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان « بررسی رابطه نداشتن فرزند با میزان یکپارچگی اجتماعی در سال‌های پایانی عمر» در کشور آلمان، گزارش کرد بین یکپارچگی اجتماعی با سن، رابطه معکوس وجود دارد.

همچنین در نتیجه آزمون بین وضعیت تاهل و یکپارچگی اجتماعی، رابطه معنی داری وجود داشت به گونه‌ای که سالمندان متاهل، یکپارچگی اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان مجرد داشتند، که با نتایج مطالعه ارتل و استیون همسو است [۴۱] ۳۹. در این مطالعه بین جنسیت با یکپارچگی اجتماعی رابطه معنی داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که یکپارچگی اجتماعی در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بود، که با نتیجه مطالعه استیون مطابقت دارد [۴۱]. همچنین ارتل، دیکسترا و وسترووف گزارش کردند بین وضعیت اشتغال و یکپارچگی اجتماعی رابطه معناداری وجود داشت به طوری که افراد شاغل نسبت به افراد بیکار، یکپارچگی اجتماعی بالاتری گزارش کرده بودند که با نتیجه مطالعه حاضر، همسو است.

بر اساس نتایج این تحقیق، نمره یکپارچگی اجتماعی مردان سالمند مورد مطالعه در سطح متوسط و زنان سالمند، پایین گزارش شد. بنابراین توصیه می‌گردد زمینه‌هایی برای افزایش یکپارچگی اجتماعی به خصوص برای زنان سالمند در سطح جامعه فراهم شود.

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به اجرای آن در بین سالمندان مراجعه کننده به مراکز درمانی اشاره کرد، لذا تعمیم مطالعه را به جامعه بزرگ‌تر پیشنهاد می‌دهیم.

سطح یکپارچگی اجتماعی، میزان کیفیت زندگی افراد، افزایش پیدا می‌کند [۳۳].

افزایش یکپارچگی اجتماعی از طریق کاهش اختلالات روانی چون اضطراب، افسردگی و افزایش عزت نفس، می‌تواند منجر به افزایش سطح کیفیت زندگی شود [۲۸]. افرادی که شبکه‌های ارتباطی خود را در طول دوره‌ی زندگی حفظ می‌کنند، دارای احساس کنترل بر زندگی و اعتماد به نفس می‌شوند و قادر خواهند بود مشاجرات اجتماعی، تنهایی یا جدایی از دوستان و بستگان را تحمل کنند [۳۴].

نتیجه این تحقیق نشان داد بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زن و مرد در تمام حیطه‌های عملکرد جسمی (به جز محدودیت جسمی) و تمام حیطه‌های عملکرد روانی، تفاوت آماری معناداری وجود دارد؛ به طوری که مردان نسبت به زنان کیفیت زندگی بالاتری داشتند، که این نتیجه با مطالعه وحدانی نیا، رفعتی، تاسی و نوروسکی همسو است [۳۷-۳۵، ۱۰]. رفعتی در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهپر یزک تهران، گزارش کرد میانه امتیازات مربوط به کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان بود. اما نتیجه این مطالعه با نتیجه مطالعه لی و همکاران مطابقت ندارد [۳۸]. در مطالعه لی و همکاران، متغیر جنسیت نسبت به سایر متغیرهای زمینه‌ای موثر بر کیفیت زندگی، به عنوان عامل موثری نشان داده نشده است. احتمالاً علت این تفاوت، تفاوت‌های فرهنگی، نژادی، نگرش و تفاوت در سبک زندگی جامعه مورد بررسی با جامعه مورد پژوهش است.

نتیجه این مطالعه نشان داد که بین یکپارچگی اجتماعی با سن رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد که با نتایج مطالعه ارتل، دیکسترا و تمپیر همسو است [۴۰، ۳۹، ۲۹]. ارتل در مطالعه خود

References

- [1] Ferrell BR, Ferrell BA. Pain in the elderly. Seattle: International Association for the Study of Pain; 1996.
- [2] Mirzai M, Shams M. [Demography of elderly in Iran in according 1335 to 1385 census (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2007; 2(5):326-331.
- [3] Mahdavi SG. [Sociological analysis of aging with emphasis on social welfare services for elderly of Iran (Persian)]. Paper presented at: The First International Conference on Aging. 2008 Oct 18; Tehran, Iran.
- [4] Zaeri S, Asgharzadeh S, Zaeri M, Holakouie Naeini K, Rahimi Foroushani A. [The quality of life and its effective factors in the elderly living population of Azerbaijan District (Persian)]. Iranian Journal of Epidemiology. 2014; 9(4):66-74.
- [5] Tavakkoli Ghouchani H, Arman MR. [Dynamic aging (Persian)]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Publication; 2003.
- [6] The presidential, Deputy Strategic Planning and Control of statistics center. [Selected results of the census of population and housing (Persian)]. Tehran: Office of the President, Public Relations and International Cooperation; 2011.
- [7] Farshbaf F. [Leisure aging with an emphasis on social status in Iran (Persian)]. Paper Presented at: The Second Congress on Aging Issues in Iran. 2008 Oct 13; Tehran, Iran.
- [8] Entesari A. [Evaluation of effective factors on rate of social participation of elderly (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008.
- [9] Alaei HM. [A glance to role and status of elderly in the community (Persian)]. Paper Presented at: The First International Conference On Ageing; 1999 Sep 21; Tehran, Iran.
- [10] Knuruowski T, Lazić D, van Dijk JP, Geckova AM, Tobiasz-Adamczyk B, van den Heuvel WJ. Survey of health status and quality of life of the elderly in Poland and Croatia. Croatian Medical Journal. 2004; 45(6):750-6. doi: 10.5353/th_b4389446
- [11] Canbaz S, Sunter AT, Dabak S. The prevalence of chronic Disease and quality of life in elderly people in Samsun. Turkish Journal of Medical Sciences. 2003; 33(5):335-40.
- [12] Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. JAMA. 1995; 273(1): 59-65. doi: 10.1001/jama.1995.03520250075037
- [13] Bowling A. Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Oxford: Open University Press; 2001.
- [14] Szekais B. Adult day centers: Geriatric day health services in the community. Journal of Family Practice. 1985; 20(2): 157-161. PMID: 3968524
- [15] Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Social Science & Medicine. 1995; 41(10):1439-46. doi: 10.1016/0277-9536(95)00117-p
- [16] Park K. Parks textbook of preventive and social medicine. 17th ed. India: Jabalpur Banarsidas Bhanot; 2002.

شرایط روحی و جسمی سالمندان مراجعه کننده به مراکز درمانی، می تواند بر نحوه پاسخگویی آنان موثر باشد، بنابراین با ایجاد شرایط و محیطی آرام و یکسان برای کلیه واحدهای پژوهش، سعی بر کنترل نسبی این محدودیت شد. پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در سایر سالمندان و سایر مناطق کشور انجام شود، به گونه ای که نتایج آن مکمل یافته های پژوهش حاضر باشد.

نتیجه گیری نهایی

با توجه به رابطه بین یکپارچگی اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان، سیاستگذاران حوزه سلامت، می توانند با انجام مداخلاتی در زمینه یکپارچگی اجتماعی، موجب ارتقای کیفیت زندگی سالمندان شوند تا هم از توانایی های سالمندان به نحو مطلوب استفاده شود و هم زمینه ارزشمندی سالمندان در جامعه فراهم آید.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران انجام شده است. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی و کلیه پرسنل مراکز درمانی واسعی و امداد سبزواری و شرکت کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

- [17] Greengrossand S. Elaine M. Ageing: A subject that must be at the top of world agendas. *BMJ*. 1997; 31(5):1029-1033. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1029
- [18] Gierveld J, Hagestad GO. Perspectives on the integration of older men and women. *Journal of Research on Ageing*. 2006; 28(6):627-37. doi: 10.1177/0164027506291871
- [19] Keyes C. Social well being. *Journal of Social Psychology Quarterly*. 1998; 61(2):121-40. doi: 10.2307/2787065
- [20] Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkhiem in the new millennium. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(6):843-57. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00065-4
- [21] Jary D, Jary J. *Collins dictionary of sociology*. 3th ed. Glasgow: Harper Collins Publishers; 2000; 17(8):26. doi: 10.1108/09504120310503863
- [22] Putnam RD. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Newyork: Simon and Schuster; 2000. *Klassiker der Sozialwissenschaften*. 2016; 408-11. doi: 10.1007/978-3-658-13213-2_95
- [23] Portes A. The two meaning of social capital. *Sociological Forum*. 2000; 15(1):1-12. doi: 10.1023/a:1007537902813
- [24] Furstenberg FF. Banking on families: How families generate and distribute social capital. *Journal of Marriage and Family*. 2005; 67(4):809-21. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00177.x
- [25] Uchino BN. Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships. *American Journal of Epidemiology*. 2005; 161(3):297-8. doi: 10.1093/aje/kwi036
- [26] Cohen S, Brissette I, Skoner DP, Doyle WJ. Social integration and health: The case of the common cold. *Journal of Social Structure*. 2000; 1:1-10.
- [27] Dalgard OS, Thapa SB. Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007; 3-24. doi: 10.1186/1745-0179-3-24
- [28] Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. A theory of social integration as quality of life. *Psychiatric Services*. 2008; 59(1):27-33. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.27
- [29] Pearl DA. Off the beaten track: Childlessness and social integration in late life. *Journal Of Research on Aging*. 2006; 28(6):749-67. doi: 10.1177/0164027506291745
- [30] Susan S, Kadivar P, Horminouri R, Lotfabadi H. [Developmental psychology (Persian)]. 2th ed. Tehran: Agah Publication; 1998.
- [31] Asghari Moghaddam MA, Faghihi S. [Validity and reliability of health survey questionnaire (Short Form 36-item) in two Iranian samples (Persian)]. *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)*. 2003; 10(1):1-10.
- [32] Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. [Translation, reliability and validity of questionnaire SF-36. (Persian)]. *Journal of the Iranian Institute for Health Scinces Research*. 2005; 5(1):49-56.
- [33] Addams RE, Serpe RT. Social integration, Fear of crime and life satisfaction. *Sociological perspectives*. 2000; 43(4): 605-29. doi: 10.2307/1389550
- [34] Sarbozi T, Sharafi A, Modineshat M. [The role of social support on quality of life of elderly (Persian)]. Paper Presented at: The 8th Annual Research Congress of Eastern Medical Sciences Students. 2011 Nov 15-16; Bojnourd, Iran.
- [35] Vahdani Nia MS, Goshtasebi A, Montazeri A, Maftoon F. [Health-related quality of life in an elderly population in Iran: A population-based study (Persian)]. *Journal of the Iranian Institute for Health Scinces Research*. 2005; 4(2):113-20.
- [36] Rafati N, Yavari P, Montazeri A, Mehrabi Yad Elah. [Quality of life among Kahrizak charity Institutionalized elderly people (Persian)]. *Journal Of School Of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2005; 3(2):67-75.
- [37] Tsai SY, Chi LY, Lee LS, Chou P. Health related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. *Journal of Formosan Medical Association*. 2004; 103(3):196-204. PMID: 15124047
- [38] Lee Y, Shinkai S. A comparison of correlates of self-related health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archive of Gerontology and Geriatrics*. 2003; 37(1):63-76. doi: 10.1016/s0167-4943(03)00021-9
- [39] Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effect of social integration on preserving memory function in a nationally representative us elderly population. *American Journal Of Public Health*. 2008; 98(7):1215-120. doi: 10.2105/AJPH.2007.113654.
- [40] Tempier R, Mercier C, Leouffre P, Caron J. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: A longitudinal study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 1997; 22(4): 249-55. PMC1188866
- [41] Steven N, Westerhof GJ. Social integration and loneliness in the second half of life: A comparison of Dutch and German men and women. *Research on Aging*. 2006; 28(6):713-29. doi: 10.1177/0164027506291747
- [42] Levasseur M, Desrosiers J, Noreau L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*. 2004; 26(20):1206-13. doi: 10.1080/09638280412331270371