

بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی

در زنان دارای شکستگی‌های استخوانی

نسرین قصاب مظفری^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۹/۶

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۹/۴/۱

DOI: 10.30495/jss.2020.1891834.1213

چکیده

با توجه به شیوع بالای پوکی استخوان و شکستگی‌های استخوانی در زنان و با در نظر گرفتن این که بالا بودن کیفیت زندگی با سلامتی افراد ارتباط مستقیم داشته و از طرفی حمایت اجتماعی نیز سبب افزایش کیفیت زندگی می‌گردد؛ این مطالعه با هدف کلی تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان دارای شکستگی‌های استخوانی انجام پذیرفت، و یک پژوهش توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به طور مقطعی انجام گرفت. تعداد نمونه‌ها ۱۳۸ نفر و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس- پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و مشخصات دموگرافیکی بود. بر اساس یافته‌ها میانگین سنی نمونه‌ها ۶۹/۹ بود، اکثریت افراد متأهل بوده و ۲ فرزند داشتند و خانه‌دار و بی‌سواد بودند و بیماری زمینه‌ای خاصی نداشتند و دلیل بستری‌شان شکستگی فمور بود. میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان ۶۳/۲۸ بود. طبق یافته‌ها بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود داشت: $p=0.000$ ؛ $p<0.01$ و طبق آزمون رگرسیون دو متغیره، پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی حمایت اجتماعی امکان‌پذیر می‌باشد. بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی با برخی مشخصات دموگرافیک رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p<0.01$).

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، شکستگی‌های استخوانی، زنان.

مقدمه

زندگی بزرگ‌ترین موهبتی است که خداوند به انسان‌ها عطا نموده است، داشتن زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است و در هر دوره‌ای بشر به دنبال راهکارهایی برای ارتقای کیفیت عینی و ذهنی خود بوده است. تاریخچه پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در سال ۳۸۵ قبل از میلاد

۱. هیات علمی تمام وقت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دانشکده پزشکی - گروه پرستاری (نویسنده مسئول).

مسیح بر می‌گردد. در آن دوران ارسطو «زندگی خوب یا خوب انجام دادن کارها» را به معنای شاد بودن در نظر گرفته است (نجفی، ۱۳۹۸)، و در آثار کلاسیک خود به خصوص «نیکوماخوس» از رابطه بین کیفیت زندگی و شادی سخن می‌گوید (حکیمی‌کیا و دیگری، ۱۳۹۶)، اما به شکل آکادمیک، مدون و با یک چهارچوب مشخص در اواسط قرن ۱۶ و بعد از جنگ جهانی دوم مباحث، الگوها و مدل‌هایی برای توسعه، پیشرفت و رفاه جوامع مطرح شد. به طور کلی الگوها و مدل‌های توسعه در دهه‌های ۱۶ و ۱۷ بیشتر مبتنی بر رشد اقتصادی بود و کمتر به پیامدهای سرریز شدن بر روی زندگی اکثر مردم، عدالت اجتماعی و رفاه اجتماعی توجه می‌شد تا این که انتقاداتی به این الگوها و مدل‌های توسعه انجام گرفت و در کنار رشد اقتصادی، به الگوها و شاخص‌های رفاه اجتماعی و کیفیت زندگی مردم توجه بیشتری معطوف گردید (فیروزجاییان و دیگری، ۱۳۹۴).

در سال ۱۹۷۵ میلادی، کیفیت زندگی به عنوان نکته کلیدی در علم پزشکی راه پیدا کرد و سایت پزشکی پابمد^۱ پس از جستجوی مقالات مربوط به کیفیت زندگی، اعلام نمود که فقط در دهه ۱۹۶۰، سالانه یک مقاله در این مورد ارائه شده است اما در سال ۲۰۱۳ تعداد مقالات مربوط به کیفیت زندگی در این سایت به ۴۰۰۰ رسید (مارسل، ۲۰۱۴)^۲.

در دنیای امروز، نه فقط کمیت زندگی، بلکه کیفیت زندگی و ارزیابی‌ای که فرد از زندگی دارد ارزش زیادی پیدا کرده است، چرا که میزان لذتی که فرد از زندگی خود می‌برد و میزان رضایتی که از زندگی دارد، مهم‌ترین فرصت را برای داشتن یک زندگی شاد به وی می‌دهد (صدیق منش، ۱۳۹۵). تعاریف متعددی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد؛ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۷، کیفیت زندگی عبارتست از درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی بر اساس ساختار فرهنگی و ارزش‌های جامعه در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق شخصی خود (فرج‌زاده و دیگری، ۲۰۱۷)؛ ابنوی و دیگری^۳ (۲۰۱۴)، و این یک مفهوم وسیعی است که سلامت، وضعیت فیزیکی و روان‌شناختی، باورهای فردی، روابط اجتماعی و ارتباط این عوامل با محیط فرد را شامل می‌شود.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی عبارت است از وضعیت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی؛ و اندازه‌گیری سلامتی و اثرات مراقبت از سلامتی نه تنها شامل تغییرات در شدت و دفعات بیماری‌ها بلکه شامل احساس خوب بودن^۴ فرد نیز می‌شود و احساس خوب بودن بر اساس اندازه‌گیری بهبود کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بررسی می‌شود (سازمان بهداشت جهانی)^۵. محققین معتقدند که کیفیت زندگی عبارتست از نگرش یک فرد نسبت به تفاوت‌های بین آن چه که هست و آن چه که باید

1. Pubmed

2. Marcel W.M, 2014

3. Abnavi, Rezaei, 2014

4. well Being

5. World Health Organization

باشد(قانعی فشلاق و دیگری، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی یک قضاوت جهت‌دار ذهنی و مفهومی از وضعیت زندگی یک شخص یا رضایت فرد از زندگی‌اش بوده(استانفورد و دیگری، ۲۰۰۳)^۱ و یک مفهوم چند بعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را در بر گرفته(ریماز و دیگری، ۱۳۹۲)، و یک جزء ذهنی بهزیستی به شمار می‌آید(پارک، ۲۰۱۵)^۲.

واژه کیفیت در لاتین به معنی چگونگی می‌باشد، پس کیفیت زندگی به معنی چگونگی زندگی است و در بر گیرنده تفاوت‌های آن است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است، کلمن^۳ در سال ۱۹۸۸ می‌گوید کیفیت زندگی گستردگی و انبساط آرزو است که از تجارب زندگی نشأت می‌گیرد(رحمان و دیگری، ۲۰۰۳). مفهوم کیفیت زندگی را یک متغیر مرکب می‌دانند که از متغیرهایی مانند تغییر در سطح درآمد مردم، شرایط زندگی، وضعیت سلامت، محیط، فشار روحی و روانی، فراغت، شادمانی خانوادگی، روابط اجتماعی و چندین متغیر دیگر نظیر آن تشکیل شده است(مرصوصی و دیگری، ۱۳۹۴).

تعاریف مختلفی از کیفیت زندگی در متون و ادبیات وجود دارد:

- درجه نیاز و رضایت در زمینه‌های جسمی، روان‌شناختی، فعالیت، مادیات و زمینه ساختاری.
 - ارزیابی ذهنی خوب و رضایت‌بخش از زندگی در کل.
 - وضعیت «خوب بودن» که از ۲ بخش تشکیل شده است: توانایی انجام کارهای روزمره که نشانگر احساس خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی است، رضایت بیمار از سطح عملکرد خود و کنترل بیماری و درمان علایم مربوطه.
 - رضایت از ارزش‌ها، اهداف، نیازهای یک فرد از طریق شیوه زندگی و واقعیت دادن به توانایی‌هایش (خودشکوفایی).
 - درک فرد از وضعیت خود در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و وابستگی‌ها.
 - کیفیت ذهنی از زندگی که منعکس کننده درک کامل فرد از زندگی و رضایت وی از آن چه که در زندگی هست می‌باشد.
- در واقع می‌توان گفت که کیفیت زندگی یک مقوله چند وجهی است که با توجه به زمینه‌هایش، به ویژه اتیولوژی آن، معلول علتهای بسیار زیادی است و از طرفی تبیین آن به عنوان یک مجموعه به هم پیوسته نیازمند بررسی کلیه عوامل و متغیرهای فیزیکی، اقتصادی، اجتماعی، جسمانی، روانی و فلسفی در ارتباط متقابل با یکدیگر است. رویکردهای مختلفی نسبت به کیفیت زندگی وجود دارد که عبارتند از:

¹. Stanford E.R, 2003

². Park K, 2015

³. Colman

رویکرد پزشکی: به وضعیت سلامتی، بیماری و شیوه‌های پیشگیری و درمان آن در بُعد خرد و کلان و ارتباط آن با کیفیت زندگی می‌پردازد.

رویکرد فلسفی: به نوع نگاه و دیدگاه فرد، گروه و یا جامعه به زندگی، انتظارات و اهدافش از آن، جهان بینی و ... و ارتباط آن با کیفیت زندگی می‌پردازد.

رویکرد اقتصادی: در بُعد خرد به میزان درآمد، هزینه، پس‌انداز، سود، زیان، سرمایه‌گذاری و ... و در بُعد کلان به شاخص‌هایی نظیر تولید ناخالص داخلی، ملی، درآمد سرانه، نرخ تورم، میزان بیکاری، فلاکت، فقر، خط فقر و ارتباط آن‌ها با کیفیت زندگی می‌پردازد.

رویکرد روان‌شناسی: به مختصات روحی، روانی و شخصیتی و ارتباط آن با کیفیت زندگی می‌پردازد.

رویکرد روان‌شناسی اجتماعی: به نوع ارتباط فرد با گروه و جامعه و ارتباط آن با کیفیت زندگی می‌پردازد.

رویکرد جامعه‌شناسی: به مختصات و ویژگی‌های جامعه و ارتباط آن با کیفیت زندگی می‌پردازد (فیروزجاییان و دیگری، ۱۳۹۴).

اداره آماری اتحادیه اروپا (۲۰۱۹)، در باره ابعاد کیفیت زندگی چنین می‌گوید: بر اساس تحقیقات آکادمیک و نوآوری‌ها، ابعاد زیر به عنوان چهارچوبی برای اندازه‌گیری خوب بودن^۱ تعریف می‌شوند:

(۱) موقعیت مادی فرد: بر اساس سه مورد اندازه‌گیری می‌شود: درآمد، مصارف و وضعیت مادی (مسکن و ...) و یک شاخص مهمی است چون روی شاخص‌های دیگر تأثیر دارد.

(۲) فعالیت مؤثر و اساسی: بر اساس سه مورد اندازه‌گیری می‌شود: کیفیت و کمیت شغلی (ساعات کار، کار متعادل، سلامت کار، مسائل اخلاقی)، و فعالیت‌های اساسی دیگر.

(۳) سلامتی: سلامتی ضعیف روی پیشرفت اجتماعی اثر دارد و مسائل جسمی و روانی نیز روی ادراک خوب بودن تأثیر زیان‌بخشی دارد.

(۴) تحصیلات: تحصیلات نقش کلیدی در زندگی شهروندان بازی می‌کند و عامل مهمی در پیشرفت آن‌ها در زندگی می‌باشد. هم‌چنین تحصیلات در تعیین شغل نیز نقش مهمی دارد.

(۵) فراغت و تعاملات اجتماعی: قدرت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی تأثیر مستقیمی بر رضایت از زندگی دارد.

(۶) امنیت مادی و جسمی: این که فرد بتواند پیش‌بینی کند چگونه بر مشکلات مادی فائق آید بسیار مهم است.

(۷) حقوق اساسی: میزان اعتماد به سرویس‌های مردمی و شهروند فعال بودن نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد.

(۸) محیط طبیعی و محیط اطراف: در معرض آلودگی‌های هوا، آب و صدا بودن بر سلامتی افراد اثر دارد.

۹) تجربیات کلی زندگی: بر اساس سه مورد انجام می شود: رضایت از زندگی (قدردانی شناختی)، عاطفه مثبت و منفی (وضعیت احساسی و هیجانی فرد)، رفاه و خوشی (معنی دار و هدف دار بودن زندگی یا به عبارت دیگر عملکرد روان شناختی خوب داشتن) (دفتر آمار اتحادیه اروپا، ۲۰۱۹).^۱

در تحقیقات مختلف داخلی و خارجی برای بررسی و سنجش کیفیت زندگی از مدل ها، شاخص ها و متغیرهای مختلفی استفاده شده است که نشان دهنده چند وجهی بودن این مفهوم است. همچنین برخی از متغیرها در تحقیقات مختلف که در زمان ها و مکان های متفاوتی انجام شده است ارتباطات و تأثیرات متفاوت و بعضاً متضادی روی کیفیت زندگی داشته اند که نشان دهنده نسبی بودن و تابع دیدگاه ها، ارزش ها، نیازها و مطلوبیت زمان ها و مکان های گوناگون بودن این مفهوم است (فیروز جاجیان و دیگری، ۱۳۹۴).

چهارچوب اصلی شاخص های کیفیت زندگی را مضامین اجتماعی، اقتصادی، کالبدی و ویژگی های فردی تشکیل می دهد اما شاخص های سلامتی و تأثیرات محیطی نیز در مطالعات کیفیت زندگی اهمیت زیادی دارند به طوری که امروزه پژوهشگران مرتبط با رشته های پزشکی به این بخش توجه کرده اند و در نتیجه، راهکارهای بزرگی برای تقویت جامعه و افراد ساکن در آن تدوین شده است (حکیمی نیا و دیگری، ۱۳۹۶).

ایده کیفیت زندگی مربوط به سلامت^۲ و عوامل تعیین کننده آن از سال ۱۹۸۰ شکل گرفت و در بر گیرنده جنبه هایی از کیفیت زندگی می باشد که به طور واضح بر سلامتی جسمی و روانی تأثیر دارند: در سطح شخصی شامل ادراک سلامت جسمی و روانی می باشد از قبیل سطح انرژی، خلق و عوامل وابسته به آن ها مثل خطرات سلامتی، وضعیت عملکردی، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی. در سطح اجتماعی شامل منابع اجتماعی، وضعیت ها، سیاست ها و کارهایی که بر وضعیت عملکردی و سلامت جمعیت تأثیر دارند.

ایده کیفیت زندگی مربوط به سلامت آژانس های بهداشتی را قادر ساخت تا قانوناً بر حوزه های وسیع تری از بهداشت و سلامت نظارت داشته باشند (مرکز ملی پیشگیری از بیماری های مزمن و ارتقای سلامت، ۲۰۱۸).^۳

کران^۴ و همکارانش معتقدند کیفیت زندگی مربوط به سلامتی پنج حوزه دارد که در این پنج مورد باید بررسی گردد: سلامت فیزیکی شامل: انرژی یا خستگی، درد، استراحت، بیماری یا عدم وجود بیماری، بنیه و طاقت فرد.

سلامت روانی شامل: دیسترس، عاطفه و خلق، حافظه، تصمیم گیری، تعادل هیجانی.

^۱ Statistical office of the European union, 2019

^۲ HRQOL (Health Related Quality of life)

^۳ National center for chronic diseases Prevention and Health Promotion, 2018

^۴ Krahn GL

سلامت اجتماعی شامل: درگیری با تعهدات شهری و تعهدات اجتماعی، روابط، صمیمیت، دلوپسی و نگرانی، تبعیض.

باورهای رضایت از زندگی شامل: معنای زندگی، رضایت از زندگی، فعالیت‌های معنادار، تفریح و سرگرمی.

وابستگی‌های زندگی شامل: امنیت، دسترسی به سرویس‌های بهداشتی و حمل و نقل، قوانین ملی و نگرش‌های اجتماعی مانند هوا و آب می‌باشند (کرانگل و دیگری، ۲۰۱۴).^۱

مرکز ملی بیماری‌های مزمن (۲۰۱۸)، می‌گوید کیفیت زندگی مربوط به سلامتی شامل بیماری‌های مزمن نظیر دیابت شیرین، سرطان پستان، آرتروز و هایپرتانسیون و نیز ریسک فاکتورهای ابتلا به این بیماری‌ها از قبیل شاخص توده بدنی، فعالیت‌های جسمانی و سیگار کشیدن نیز می‌شود. اندازه‌گیری کیفیت زندگی می‌تواند در کاهش بیماری‌های قابل پیشگیری، آسیب‌ها و ناتوانی‌ها کمک شایانی کرده و بینش‌های جدید و باارزشی در مورد کیفیت زندگی و ریسک فاکتورهای مربوطه ارائه می‌دهد (مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقای سلامت، ۲۰۱۸). گون آیدین^۲ و همکارانش در مطالعه خود افراد مبتلا به سکتة مغزی را یک هفته و سه هفته بعد از سکتة بررسی کرده و ملاحظه کردند که عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی این افراد؛ وضعیت عملکردی‌شان بود و بهبود وضعیت عملکردی می‌تواند در کیفیت زندگی آن‌ها مفید باشد (موتوز و دیگری، ۲۰۱۵).^۳

پایین بودن کیفیت زندگی می‌تواند سبب مرگ و میر بیشتری بشود. در سنین بالا کمبود تحرک بدنی سبب افزایش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، کانسر و دیابت می‌شود. رژیم غذایی مناسب، ورزش و تحرک منظم و کنترل و چک‌آپ‌های دوره‌ای می‌تواند باعث حفظ و ترفیع زندگی سالم و فعال گردد. پایین بودن سلامت جسمی به دنبال تغییرات شیوة زندگی، وضعیت اقتصادی و کمبود سرویس‌های رفاهی مناسب نیز می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گردد (تورانی و دیگری، ۲۰۱۸). یکی از راه‌های بهبود کیفیت زندگی استفاده از انواع حمایت‌های اجتماعی و رفاهی می‌باشد (ریماز و دیگری، ۱۳۹۲)، و گزارشات علمی فراوانی در این رابطه موجود است که روابط عاطفی قوی با دوستان و خانواده، اثرات مثبتی بر سلامتی و احساس خوب بودن جسمی و روحی افراد دارد (موتوز و دیگری، ۲۰۱۵).^۴ و نیز ثابت شده که افرادی که روابط بین فردی محافظتی دارند سالم‌تر از افرادی هستند که از داشتن این روابط محروم می‌باشند (بارت و دیگری، ۲۰۱۲؛ امو و دیگری، ۲۰۱۰).^۵ طبق یافته‌های برونر و لیاو جنبه‌های مفید روابط اجتماعی در ارتباط با کیفیت زندگی به ترتیب شامل: خودداری از جنبه‌های

^۱ Crangle et al, 2014

^۲ Gunaidin

^۳ Muteusz et al, 2015

^۴ Mateuze et al, 2015

^۵ Eom et al, 2012– Barth et al, 2010

منفی، وجود روابط نزدیک، داشتن حمایت قابل اعتماد و داشتن شبکه وسیع دوستان می باشد (برونر و لیائو ۲۰۱۶).

فکر تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت انسان فکری قدیمی است و از قرن ۱۹ میلادی، متخصصان بهداشت، کم و زیاد بودن میزان مرگ و میر گروه های اجتماعی را نشان داده اند و در پی براهینی برای تحلیل اجتماعی آن بوده اند و امروزه شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی تحت عنوان تعیین کننده های اجتماعی سلامت یا عوامل مؤثر بر سلامت در گستره و کیفیت سلامت و بیماری، بعد پررنگ تری پیدا کرده است. یکی از عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال های اخیر توجه بی شماری را جلب کرده است حمایت اجتماعی می باشد (هوشمندی و دیگری، ۱۳۹۴).

شواهد تجربی که ارتباط بین حمایت اجتماعی و شاخص های سلامتی و بهزیستی را تأیید می کنند در جمعیت های مختلف تأیید شده است. به طور کلی حمایت اجتماعی و شبکه های اجتماعی با نتایج کیفیت زندگی به طور خاص و سلامتی به طور عام ارتباط دارند مانند کاهش احتمال ایجاد شرایط بیماری به ویژه بیماری قلبی - عروقی و سرطان.

هانگازز^۲ و همکاران (۱۹۹۹)، معتقدند که این نقش شامل دسترسی مثبت به اطلاعات در مورد سلامتی و خدمات مراقبت سلامتی، تشویق رفتارهای سالم، تشویق به بهره گیری از مراقبت برای سلامتی و تدارک کمک های محسوس می باشد؛ این که فرد بداند مورد علاقه و پذیرش است، شکلی از حمایت اجتماعی است که مستقیماً در سلامتی نقش دارد. به علاوه حمایت اجتماعی مستقیماً نیز از طریق جلوگیری از اثرات منفی یک بیماری مزمن با دادن پند و اندرز، کمک های عملی و دیگر شکل های مراقبت و همکاری بر روی سلامتی تأثیر می گذارد (حسینی و دیگری، ۱۳۹۳).

کوب^۳ با تعریف حمایت اجتماعی به عنوان «معرفتی که باعث می شود فرد باور کند مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزش مند و دارای شأن می باشد و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد» بر این نکته تأکید می کند که افزایش روزافزون تعداد مقالات چاپ شده در مورد این مفهوم و اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبودن آن، حاکی از اهمیت نقش مهم عوامل اجتماعی در زندگی انسان و توجه فزاینده به آن می باشد. علاوه بر این بررسی های انجام شده نشان می دهند که کاهش حمایت های سنتی و فقدان نظام های حمایتی جایگزین، سلامت روانی و اجتماعی سالخوردگان را کاهش می دهد، و در نتیجه افرادی که از حمایت های اجتماعی کمتری برخوردار هستند سلامت روانی و اجتماعی کمتری را دارا می باشند (همان).

¹ Brunner. EJ- Liao. J, 2016

² Hangars

³ Cobb

حمایت اجتماعی میزان محبت، همراهی و مراقبتی است که فرد از طرف اعضای خانواده، دوستان و افراد دیگر دریافت می‌کند (لینا ما و دیگری، ۲۰۱۵).^۱ این نوع حمایت با کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه بر فرد وارد می‌شود بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت داشته و می‌تواند از اثرات منفی رویدادهای استرس‌زا بر رفاه افراد جلوگیری کند، به طوری که مقدار ناکافی آن ممکن است اثرات منفی بر زندگی افراد داشته باشد (ریماز و دیگری، ۱۳۹۲). هم‌چنین شواهد بسیاری نشان می‌دهد افرادی که از حمایت اجتماعی بهتری برخوردارند، در مقایسه با آن دسته از افرادی که حمایت اجتماعی دریافت نمی‌کنند از سلامت بهتری بهره‌مند هستند (حسینی و دیگری، ۱۳۹۵).

میزان حمایت اجتماعی، هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله افراد نسبت به تنش نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد، به این معنا که حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل آشفتگی‌های زندگی در دنیای پیچیده کنونی عمل می‌کند و نه تنها طی دوره فشار روانی بسیار یاری‌کننده است بلکه در موقع آرامش نسبی نیز مفید می‌باشد (خرسندی و دیگری، ۱۳۹۶).

در مطالعات ریان و کاسر^۲ ثابت شد کسانی که داشتن روابط با دیگران برای‌شان بیشتر از موفقیت‌های مالی‌شان ارزش دارد سازگاری بیشتری داشته، قوی‌تر بوده و احساس خودشکوفایی بیشتری داشتند. هم‌چنین این افراد اضطراب و افسردگی و مشکلات رفتاری کمتری داشتند. بنابراین می‌توان گفت افرادی که احترام بیشتری به ارزش‌های اجتماعی قائلند قادر به داشتن روابط بهتری با دیگران بوده و در موقعیت‌های دشوار از منافع حمایت اجتماعی سود می‌برند و می‌توانند به دیگران نیز در موقعیت‌های مشابه کمک کنند و این نیز سبب افزایش رضایت‌مندی‌شان می‌شود (موتوز و دیگری، ۲۰۱۵).^۳

حمایت‌های اجتماعی خدماتی هستند که به نیازهای روانی-اجتماعی و عملکردی رسیدگی می‌کنند، حتی مستقل‌ترین افراد نیز حمایت‌های اجتماعی را دریافت می‌کنند، اما حمایت اجتماعی معمولاً در ارتباط با برآوردن نیازهای افرادی که مجبور هستند در گرفتن کمک به دیگران وابسته شوند مطرح می‌شود (هوشمندی و دیگری، ۱۳۹۴).

امروزه هر ناخوشی و حادثه سلامت با حمایت اجتماعی مطالعه می‌شود. چراغی به نقل از شلمزاری می‌گوید که با ارتقای سطح حمایت اجتماعی ادراک شده، از میزان مرگ و میر بیماران کاسته می‌شود و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می‌شود (امامی نائینی و دیگری، ۲۰۱۷). طبق یافته‌های هان و همکارانش در سال ۱۹۹۵ میلادی، دریافت حمایت اجتماعی کافی حتی اگر از شبکه‌های اجتماعی معتبر نباشد، سبب کاهش افسردگی در بیمارانی که سرطان متاستاتیک داشتند شده بود، و

¹ Lina Ma, et al, 2015

² Ryan, Kasser

³ Muteusz, et al, 2015

مطالعات دیگر نیز ثابت کرده‌اند که حتی در ماه‌های آخر زندگی بیماران که بدخیمی داشته‌اند، حمایت عاطفی تأثیر مفیدتری نسبت به سایر حمایت‌ها داشته است (ریکا سارسینو و دیگری، ۲۰۱۵).^۱

از حمایت اجتماعی به عنوان عامل کاهش ریسک‌پذیری در برابر رشد اختلالات روانی نیز نام برده شده است. مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ارتباط منفی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی در افراد بهنجار و بالینی دارد. مولر^۲ و همکاران در پژوهشی بر روی افراد دارای آسیب‌های نخاعی نشان دادند که حمایت اجتماعی مناسب، با کیفیت زندگی بهتر و سطوح افسردگی پایینی در مقایسه با افرادی که حمایت اجتماعی کمتری را دریافت می‌کردند، همراه است (بداقی و دیگری، ۱۳۹۵).

پایین بودن حمایت اجتماعی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی سبب افزایش افسردگی می‌شود (ان جی سی دابلیو و دیگری، ۲۰۱۴).^۳ افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی کمتر، در معرض پیشرفت بیماری قلبی هستند به گونه‌ای که بین کاهش حمایت اجتماعی و پیش‌آگهی ضعیف در بیماران قلبی عروقی ارتباط وجود دارد (امامی نائینی و دیگری، ۱۳۹۳).

طبق مطالعات بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و کیفیت زندگی نیز ارتباط وجود دارد اما زمانی که حمایت اجتماعی کافی وجود داشته باشد علی‌رغم وجود فقر یا مشکلات سلامتی، افراد می‌توانند از زندگی لذت ببرند (آنیتا لیبراسو نری و دیگری، ۲۰۱۸؛^۴ گریفیت و دیگری، ۲۰۱۷؛^۵ رد اس گراندی و دیگری، ۲۰۱۶).^۶ از جمله مطالعه رامود^۷ در بیماران همودیالیزی، مطالعه چنج^۸ و همکارانش در مبتلایان مبتلایان به سرطان پستان و مطالعه بورگوینه^۹ در بیماران مبتلا به ایدز نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد. هم‌چنین بی شوپ^{۱۰} و همکارانش در مطالعه‌ای نشان دادند که حمایت اجتماعی اثرات مستقیمی بر کیفیت زندگی دارد به نحوی که افرادی که حمایت اجتماعی قوی‌تری داشتند از سطح بالاتری از کیفیت زندگی برخوردار بودند (ریماز و دیگری، ۱۳۹۲).

پیتسیلکا و همکارانش (۲۰۱۵)، در مطالعه خود نشان دادند که در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید حمایت اجتماعی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی دارد (پیتسیلکا و دیگری، ۲۰۱۵).^{۱۱}

بر اساس یافته‌های لینا ما و همکارانش (۲۰۱۶)^{۱۲}، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در سالمندان دارای پوکی استخوان ضعیف‌تر از سالمندانی بود که پوکی استخوان نداشتند.

¹ Rebeca Sarcino, et al, 2015

² Muller

³ NgCw et al, 2014

⁴ Anita Liberalesso Neri et al, 2018

⁵ Griffith LE et al, 2017

⁶ Read S, Grundy E et al, 2016

⁷ Rambod

⁸ Cheng

⁹ Burgoyne

¹⁰ Bishop

¹¹ Pitsilka et al, 2015

¹² Lina Ma et al, 2016

پوکی استخوان بیماری مزمن و مرموزی است که امروزه در همه جوامع از جمله ایران شایع بوده و عامل اصلی شکستگی‌های استخوانی در سنین بالا می‌باشد و طبق اظهارات نایب رئیس کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر، در سال ۲۰۵۰، ایران بیشترین شیوع پوکی استخوان در منطقه را خواهد داشت و در پژوهشی که صورت گرفته خطر شکستگی‌های استخوانی در جمعیت بالای ۵۰ سال کشورمان در زنان از هر ۲ نفر و در مردان از هر ۵ نفر یکی می‌باشد. طبق اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۷۰٪ زنان و ۵۰٪ مردان بالای ۵۰ سال ایران دارای پوکی استخوان می‌باشند (پایگاه خبری وزارت بهداشت، ۱۳۹۷).

بنا به اظهارات دبیر انجمن طب فیزیکی و توانبخشی ایران ساکنین مناطق شمالی کشور از جمله گلستان، مازندران، آذربایجان‌های شرقی و غربی و استان تهران بیشتر از استان‌هایی مانند بوشهر و شیراز به پوکی استخوان مبتلا هستند که ممکن است به علت دریافت کمتر نور خورشید، عادات تغذیه‌ای یا فعالیت فیزیکی متفاوت باشد و این بیماری هم به دلیل اختلالاتی که در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و هم به علت شکستگی‌های ناشی از کاهش تراکم استخوان هزینه‌های بسیاری برای سیستم بهداشت و درمان جامعه در بر دارد (رئیس‌السادات، ۱۳۹۶).

پوکی استخوان در سالمندان می‌تواند علاوه بر ناتوانی جسمی سبب مشکلات روحی و روانی نیز بشود که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد و همچنین شکستگی‌های مربوط به پوکی استخوان در سالمندان باعث ناتوانایی‌ها و مرگ‌ومیر می‌شود (ابسونون و دیگری، ۲۰۱۴).

با توجه به شیوع بالای پوکی استخوان و شکستگی‌های استخوانی در ایران و به خصوص در زنان و با در نظر گرفتن این که بالا بودن کیفیت زندگی با سلامتی افراد ارتباط مستقیم داشته و از طرفی وجود حمایت اجتماعی سبب افزایش کیفیت زندگی می‌گردد؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان دارای شکستگی‌های استخوانی انجام پذیرفت.

ابزار و روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ انجام پذیرفت.

اهداف پژوهش شامل:

۱. بررسی کیفیت زندگی زنان دارای شکستگی‌های استخوانی بستری در بیمارستان شهدای تبریز
۲. بررسی حمایت اجتماعی زنان دارای شکستگی‌های استخوانی بستری در بیمارستان شهدای تبریز
۳. بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان دارای شکستگی‌های استخوانی بستری در بیمارستان شهدای تبریز.

جامعه آماری را زنان بالای ۵۰ سال دارای شکستگی های استخوانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی بیمارستان شهدای تبریز تشکیل می دادند.

نمونه ها بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند. تعداد نمونه ها ۱۳۸ نفر می باشد که با لحاظ دقت ۰/۰۵ و آلفای ۵٪ محاسبه گردید.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که شامل: پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس، پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 و مشخصات دموگرافیکی بود.

پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس: این پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط واکس فیلیپس^۱، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت، در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب^۲ از حمایت اجتماعی ساخته شد. بنا به تعریف کوب، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد. این پرسشنامه که در ایران توسط ابراهیمی قوام (۱۳۷۱)، خباز و همکاران (۱۳۹۱)، و زهره ترابی (۱۳۹۳)، استفاده گردیده و روایی و پایایی آن سنجیده شده اند؛ دارای ۲۳ ماده است و جواب-ها به صورت لیکرت بوده و دارای ۵ گزینه خیلی زیاد- زیاد- متوسط- کم- خیلی کم می باشد. این پرسشنامه سه خرده مؤلفه دارد: حمایت خانواده، حمایت دوستان، و حمایت دیگران که حمایت اجتماعی را در سه بعد اطلاعاتی (۸ سؤال)، عاطفی (۱۲ سؤال) و مادی (۸ سؤال) مورد سنجش قرار می دهد.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF36: در سال ۱۹۹۲ در امریکا توسط واروشربون طراحی شده و اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شود اختصاصی به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از نظر جسمی و روانی است که به وسیله حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که کیفیت زندگی را در ۳ بعد جسمانی (۱۱ سؤال)، روانی (۹ سؤال) و اجتماعی (۶ سؤال) مورد سنجش قرار می دهد. در ایران خیلی استفاده شده و روایی و پایایی آن در تحقیقات مورد تأیید قرار گرفته است ($r=0.7-0.9$)؛ از جمله توسط زمان زاده و همکاران (۱۳۸۹)، ابولفضل حسینی و همکاران (۱۳۹۳)، مورد استفاده قرار گرفته است.

به منظور رعایت نکات اخلاقی، پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش برای بیماران و کسب رضایت آگاهانه به آن ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و آن ها برای شرکت در مطالعه آزاد بودند؛ هم چنین، مسئولین امور مطلع و از آن ها نیز کسب اجازه شد.

یافته های تحقیق

طبق یافته های پژوهش از بین ۱۳۸ شرکت کننده، میانگین سنی نمونه ها ۶۹/۹ با انحراف معیار ۸/۹ بود، اکثریت افراد متأهل بوده و ۲ فرزند داشتند اکثریت افراد خانه دار و بدون تحصیلات (بی سواد) بودند،

¹ Philips

² Cobb

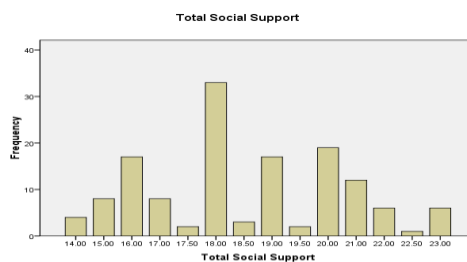
در اکثریت افراد بیماری زمینه‌ای خاصی وجود نداشت و دلیل بستری در اکثریت نمونه‌ها شکستگی فمور بود.

جدول مشخصات دموگرافیک به شرح زیر می‌باشد:

جدول شماره (۱): مشخصات دموگرافیک

درصد	تعداد	خصوصیات دموگرافیک
۹۱/۳	۱۲۶	وضعیت تاهل متاهل
۸/۷	۱۲	مجرد
۸۷/۷	۱۲۱	شغل خانه‌دار
۱۲/۳	۱۷	شاغل
۳۹/۹	۵۵	بی‌سواد
۲۶/۸	۳۷	تحصیلات تحصیلات زیردیپلم
۲۲/۵	۳۱	دیپلم
۱۰/۹	۱۵	تحصیلات دانشگاهی
۱۶/۷	۲۳	تعداد فرزند بدون فرزند
۵۱/۵	۷۱	۱-۳ فرزند
۳۱/۸	۴۴	بیش از ۴ فرزند
۴۴/۲	۶۱	عدم وجود بیماری زم
۲۷/۵	۳۸	وجود بیماری زمینه‌ای فشارخون بالا
۱۱/۶	۱۶	دیابت شیرین
۱۶/۷	۲۳	سایر بیماری‌ها
۳۵/۵	۴۹	شکستگی فمور
۳۱/۹	۴۴	علت بستری شکستگی اندام تحتانی به جز فمور
۳۲/۶	۴۵	شکستگی اندام فوقانی

میانگین نمره حمایت اجتماعی ۱۸/۵۱ می‌باشد (۱۸/۵۱ از ۲۳ نمره یا به عبارتی ۸۰/۴۳ از ۱۰۰ نمره):



نمودار شماره (۱): حمایت اجتماعی

زیر مقیاس حمایت خانواده بیشترین میزان را به خود اختصاص داد. از نظر ابعاد سه گانه حمایت اجتماعی به ترتیب بالاترین نمره مربوط به بعد حمایت خانواده و حمایت دوستان و سپس حمایت دیگران می باشد.

جدول شماره (۲): نمرات مؤلفه های حمایت اجتماعی شرکت کنندگان

مؤلفه های حمایت اجتماعی	میانگین از ۲۳ نمره	انحراف معیار
حمایت خانواده	۶/۹۲ (از ۸ نمره)	۰/۹۵
حمایت دوستان	۶/۳۴ (از ۸ نمره)	۱/۱۲
حمایت دیگران	۵/۲۰ (از ۷ نمره)	۱/۱۳

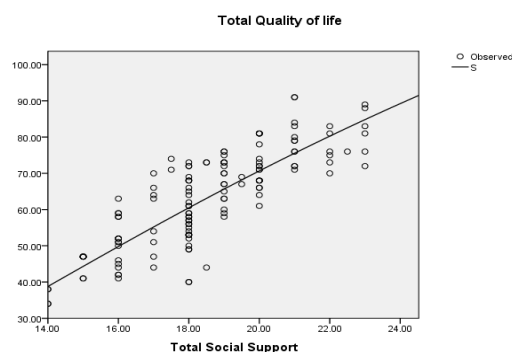
میانگین نمره کل کیفیت زندگی زنان ۶۳/۲۸ بود (از ۱۰۰ نمره) که زیر مقیاس عملکرد جسمانی بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد. از نظر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی به ترتیب اهمیت چنین بود: عملکرد جسمانی، سلامت عاطفی، انرژی و نشاط، سلامت عمومی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیّت سلامت جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و درد.

جدول شماره (۳): نمرات مؤلفه های کیفیت زندگی شرکت کنندگان

مؤلفه های کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی (جسمانی)	۱۷/۵۷	۴/۴۹
محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	۴/۶۸	۰/۹
محدودیت های ایفای نقش ناشی از محدودیت های هیجانی	۳/۹	۰/۸
انرژی و نشاط	۸/۵۹	۲/۲
سلامت عاطفی	۱۴/۵۷	۵/۶
عملکرد اجتماعی	۴/۰۵	۰/۹
درد	۰/۸۴	۰/۶
سلامت عمومی	۸/۸۴	۱/۸

جهت تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی با توجه به رتبه ای بودن متغیرها از اسپیرمن استفاده شد و طبق یافته ها بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود داشت: $p=0.000$ ($p<0.01$)؛ پس جهت تعیین شدت همبستگی از ضریب تعیین استفاده گردید و ضریب همبستگی در این جا ۰/۸۲۴ می باشد. پس ضریب تعیین برابر است با ۰/۶۸ و این بدین معنی است که ۶۸ صدم از تغییرات کیفیت زندگی با تغییرات حمایت اجتماعی مربوط است و ۳۲ صدم آن مربوط به عوامل دیگری است و این نیز بدین معنی است که اگر ما حمایت اجتماعی را بالا ببریم می توانیم کیفیت زندگی را هم بالا ببریم.

جهت تعیین پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی حمایت اجتماعی از آزمون رگرسیون دو متغیره استفاده گردید که در جدول ANOVA به دست آمده معنی‌داری وجود دارد ($p=0.000$)، پس پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی حمایت اجتماعی امکان‌پذیر می‌باشد و منحنی آن نیز بدین صورت می‌باشد که نشان می‌دهد با بالا رفتن حمایت اجتماعی میزان کیفیت زندگی نیز بالا می‌رود:



نمودار شماره (۲): پیش‌بینی کیفیت زندگی از روی حمایت اجتماعی

طبق یافته‌ها بین حمایت اجتماعی با سن، شغل، تحصیلات، تأهل و محل سکستگی ارتباط معنی‌دار ($p<0.01$) وجود داشت. اما بین حمایت اجتماعی و وجود بیماری زمینه‌ای و تعداد فرزندان رابطه معنی‌داری یافت نشد.

بین کیفیت زندگی و سن، شغل، تحصیلات، تأهل، وجود بیماری زمینه‌ای و محل سکستگی، رابطه معنی‌دار وجود داشت ($p<0.01$). اما بین کیفیت زندگی و تعداد فرزندان رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با اهداف تعیین میزان کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی و تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در زنان دارای شکستگی‌های استخوانی انجام پذیرفت.

در این مطالعه بین سن، شغل، تحصیلات، تأهل و وجود بیماری زمینه‌ای و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. در همین راستا، در نتایج مطالعه ریماز و همکاران تحصیلات و تأهل با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری داشتند (ریماز و همکاران، ۱۳۹۴)؛ همچنین در یافته‌های نبوی و همکارانش نیز بین سن، وضعیت تأهل، اشتغال و سطح تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری

وجود داشت (نبوی و همکاران، ۱۳۹۳)، که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارند. در مطالعه ماتئوز^۱ و همکارانش (۲۰۱۵)، بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل و تحصیلات رابطه معنی‌داری وجود نداشت و نیز در بررسی لیبیرالسو^۲ و همکارانش (۲۰۱۸)، بین کیفیت زندگی و تأهل رابطه مثبت معنی‌دار و بین تحصیلات، سن و اختلال حرکتی و کیفیت زندگی رابطه منفی معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی و برخی مؤلفه‌های دموگرافیکی از جمله سن، شغل، تحصیلات و تأهل رابطه معنی‌دار یافت شد، در مطالعه ریماز و همکاران بین تحصیلات و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود داشت.

در این مطالعه میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان ۶۳/۲ (از ۱۰۰) بود. در مطالعه ریماز و همکاران (۱۳۹۴)، میزان نمره کیفیت زندگی در زنان بالای ۶۰ سال در تهران ۶۷/۶ گزارش شده بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد؛ اما حسینی و همکاران (۱۳۹۳)، نمره کیفیت زندگی در زنان بالای ۶۵ سال در شهر مشهد را ۴۸/۱۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش وارگاس و ملگوئیوزو^۳ (۲۰۱۷)، در کلمبیا میزان نمره کیفیت زندگی در سالمندان ۸۷/۴ گزارش شده بود که میزان این تفاوت می‌تواند به بیشتر بودن تعداد نمونه‌های آنها که ۶۶۰ نفر بود مربوط باشد و همچنین تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند در تفاوت نتایج تأثیر داشته باشد. در مطالعه تورانی و همکارانش (۲۰۱۸)، کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی ۵۴/۹۲ گزارش گردیده بود که در این پژوهش کیفیت زندگی زنان و مردان با هم محاسبه شده بود و بر اساس جنس تفکیک نشده بود اما آنها می‌نویسند که در همین زمان در کشور آلمان میزان کیفیت زندگی بین ۸۴/۲۴ الی ۵۷/۲۵ گزارش شده بود.

در این مطالعه میانگین نمره حمایت اجتماعی ۱۸/۵ (از ۲۳ نمره) یا به عبارتی ۸۰/۴۳ (از ۱۰۰ نمره) به دست آمد. در مطالعه وارگاس و ملگوئیوزو (۲۰۱۷)، در کلمبیا میانگین نمره حمایت اجتماعی ۸۹/۵ گزارش شده است که دلیل تفاوت را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی مربوط دانست و نیز حسینی و همکارانش میانگین نمره حمایت اجتماعی در سالمندان بالای ۶۵ سال در مشهد را ۴۹/۶۵ گزارش کرده‌اند که البته نمره زنان و مردان تفکیک نشده بود، تفاوت در نتایج می‌تواند به تفاوت سنی در نمونه‌های آنها و مطالعه فعلی مربوط باشد. یکی از عواملی که در مورد تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در مطالعات مختلف می‌توان مطرح نمود تفاوت‌های اقتصادی- اجتماعی می‌باشد.

در ارتباط با همبستگی و وجود ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی، در این مطالعه بین این دو متغیر رابطه معنی‌دار یافت شد ($p=0.000$)؛ در مطالعه لینا ما و همکارانش (۲۰۱۵)^۴، اودین ام آ و همکارانش (۲۰۱۷)^۵، و او جی و بی ام (۲۰۱۴)، در کره نیز بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه

1. Mateusz et al, 2015

2. Liberalesso et al, 2018

3. Vargas & Melguizo, 2017

4. Lina Ma et al, 2015

5. Uddin M.A et al 2017

مثبت و معنی‌داری وجود داشت. هم‌چنین حسینی و همکارانش (۱۳۹۳)، در مشهد در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر معنی‌داری داشت اما در مطالعه ریماز و همکارانش (۱۳۹۴)، بین حمایت اجتماعی و نمره کل کیفیت زندگی در سالمندان تهران رابطه معنی‌داری یافت نشد ولی بین برخی ابعاد کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشت. ریماز و همکاران می‌نویسند در مطالعات گروسی و همکارانش بین تمام ابعاد حمایت اجتماعی دریافت شده توسط سالمندان با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود داشت و حیدرزاده و همکارانش نیز نشان دادند که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (ریماز و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به معنی‌دار بودن رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در مطالعه حاضر، جهت تعیین شدت همبستگی، از ضریب تعیین و رگرسیون استفاده گردید و نتایج رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی ۶۸٪ از تغییرات کیفیت زندگی را تعیین می‌کند؛ به عبارت دیگر شصت و هشت صدم تغییرات کیفیت زندگی با تغییرات حمایت اجتماعی مربوط است و سی و هفت صدم آن به عوامل دیگر مربوط است و این بدین معنی است که اگر حمایت اجتماعی افزایش یابد کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. حسینی و همکارانش (۱۳۹۳)، نیز در مطالعه خود بر پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس حمایت اجتماعی تأکید دارند و نتایج مطالعه زمان‌زاده و همکارانش نیز نشان داد که حمایت عاطفی در کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (همان).

تفاوت میان نتایج یافته‌ها در ایران و کشورهای دیگر و یا در شهرهای مختلف ایران می‌تواند به تفاوت‌های برنامه‌های سلامتی و دسترسی افراد به سرویس‌های مراقبتی مربوط باشد و نیز عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هم می‌توانند در این امر دخیل باشند؛ اما آن چه مسلم است این است که طبق اکثر مطالعات و پژوهش‌ها کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد، لذا با افزایش حمایت اجتماعی می‌توان کیفیت زندگی را بهبود بخشید. با توجه به مدرن‌تر شدن جوامع و افزایش استرس‌ها و کاهش ارتباطات بین انسان‌ها باید جوانان و نسل جوان ترغیب به داشتن تعاملات و ارتباطاتی بیشتر و محکم‌تر با خانواده خود گردند چون در مطالعه حاضر نیز زنان مورد مطالعه حمایت اجتماعی دریافت شده توسط خانواده و دوستان برایشان مهم‌تر بود؛ پس حمایت و پشتیبانی عاطفی از زنان از یک سو برای بهزیستی و از سوی دیگر برای مقابله آن‌ها با تنیدگی‌ها و کنترل و مدیریت استرس‌ها اهمیت فراوانی دارد.

با توجه به شیوع بالای پوکی استخوان و شکستگی‌های استخوانی متعاقب آن در زنان ایرانی که بی‌حرکتی و کاهش توانایی‌های حرکتی را به همراه دارد و با در نظر گرفتن این که بی‌حرکتی، پیامدهای منفی بر سلامتی داشته و مسبب مشکلاتی از قبیل چاقی، ناتوانایی‌ها و مشکلات جسمی، مشکلات روحی و افسردگی می‌باشد؛ زنان دارای شکستگی باید از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار شوند تا

کیفیت زندگی شان نیز افزایش یابد و استراتژی های پرستاری در راستای افزایش کیفیت زندگی باید حمایت های اجتماعی را نیز در بر گیرد. و نیز در این بیماران دوری از روابط منفی با نزدیکان، داشتن حمایت قابل اعتماد از سوی خانواده، داشتن شبکه دستان، شناسایی و تأکید بر توانایی های آنها و افزایش سرویس های رفاهی مناسب جهت این افراد می تواند مفید واقع گردد.

همچنین ضروری است که از طرف مسئولین و خانواده های محترم، تمهیداتی جهت پیشگیری از شکستگی ها و پایین آوردن میزان پوکی استخوان در زنان از قبیل: داشتن فعالیت بدنی مناسب و ورزش منظم، رژیم غذایی مناسب در دوران کودکی، نوجوانی، جوانی، بارداری و شیردهی، کنترل و چکاپ های دوره ای جهت کنترل میزان کلسیم و ویتامین دی (D)، تغییر و اصلاح محیط زندگی و معابر جهت پیشگیری از زمین خوردن و اصلاح شیوه زندگی در زنان در نظر گرفته شود.

منابع

- امامی‌نائینی، مهرگان؛ و دیگری. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳، *مجله سالمندی ایران*. دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان، صص ۲۰۷-۱۹۲.
- بدایعی، الهه؛ و دیگری. (۱۳۹۵). نقش معنویت و حمایت اجتماعی در نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار، *مجله سلامت جامعه*. دوره ۱۰، شماره ۲؛ تابستان، صص ۸۲-۷۲.
- پایگاه خبری اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پنجشنبه. ۳ آبان ۱۳۹۷ - ۱۵:۴۷ / شماره خبر: ۱۸۲۷۶۸. <http://behdasht.gov.ir>.
- حکیمی‌نیا، بهزاد؛ و دیگری. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی، شهر کرمانشاه)، *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*. مجله علمی پژوهشی دانشگاه اصفهان، دوره ۲۸، شماره ۲، شماره پیاپی ۶۶ صص ۱۷۸-۱۶۳.
- حسینی، ابولفضل؛ و دیگری. (۱۳۹۵). بررسی نقش حمایت اجتماعی بر روی کیفیت زندگی سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۳، *نشریه سالمندشناسی*. شماره ۱، دوره ۲، پاییز، صص ۱۸-۱۰.
- خرسندی، زینب؛ و دیگری. (۱۳۹۶). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان زنان معتاد، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۶ (۳)، صص ۱۳-۵.
- ریماز، شهناز؛ و دیگری. (۱۳۹۴). تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهری تهران در سال ۱۳۹۲، *مجله آموزش و سلامت جامعه*. دوره ۲، شماره ۱، بهار، صص ۳۷-۲۹.
- فیروزجاییان، علی‌عسگر؛ و دیگری. (۱۳۹۴). ارتباط و تأثیر کیفیت زندگی عینی بر کیفیت زندگی ذهنی (مطالعه موردی، شهر آمل، استان مازندران)، *فصلنامه توسعه اجتماعی فرهنگی*. دوره ۳، شماره ۴، بهار، صص ۱۸۴-۱۵۷.
- صدیق منش، علیرضا. (۱۳۹۵). *تعریف کیفیت زندگی و اهمیت بهبود کیفیت زندگی*. <http://sedighmanesh.com>.
- نجفی، سعید. (۱۳۹۷). مفهوم کیفیت زندگی: ابعاد و شواهد، *فصلنامه رشد آموزش جغرافیا*. زمستان، شماره ۱۲۲، صص ۳۴-۲۹.
- مرصومی، نفیسه؛ و دیگری. (۱۳۹۴). کیفیت زندگی فرهنگی و اجتماعی در شهرهای ایران، *فصلنامه علمی پژوهشی بوم‌شناسی شهری*. مقاله ۶ شماره ۱۲، پاییز و زمستان، صص ۹۴-۷۹.
- هوشمند، راضیه؛ و دیگری. (۱۳۹۴). ارتباط اجتماعی و علایم افسردگی در بیماران تالاسمی ماژور در بوشهر در سال ۱۳۹۳، *دانشکده پرستاری و مامایی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر*. پاییز، سال ۲، شماره ۴، صص ۱۴-۱.
- Barth J, Schneider S, Von Känel R. (2010). Lack of support in the etiology and prognosis of coronary heart diseases: A systematic review and meta-analysis, *Psychosomatic Medicine*. 72, P.p: 229-238.
- Ebesunun MO, Umahoin KO, Alonge TO, Adebusoye LA. (2014). Plasma homocysteine, B vitamins and bone mineral density in osteoporosis: A possible risk factor for bone fracture, *Afr J Med Med Sci*. 43, P.p: 41-47.
- Eom CS, Shinin DW, Kim SY et al. (2012). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: Results from a nationwide, multicenter survey in South Korea, *Psycho-Oncology*. 22 (6), P.p: 1283-1290.
- Farajzadeh Mohammad, Ghanei Geshlagh Reza, Sayehmiri Kourosh. (2017). Health related quality of life in Iranian elderly citizens: A systematic review and meta analysis, *Int J Community Based Nurse Medwifery*. Apr, 5 (2), P.p: 100-111.
- Griffith LE, Raina P, Levasseur M, Sohel N, Payette H, Tuokko H, et al. (2017). Functional disability and social participation restriction associated with chronic conditions in

- middle-aged and older adults, **J Epidemiol Community Health**. 71 (4), P.p: 381–389.
- Krahn GL, Honer-Johnson W, et al. (2014). Development and psychometric assessment of the function-neutral health-related quality of life measure, **Am J Phys Med Rehabil**. 93 (1), P: 60.
- Lina Ma, Yun Li, Hong Zhu, Wei Yang, et al. (2015). Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in Chinese population, **PLOS One**. 10 (6), P: e0127849.
- Lau EM, Chung HL, Ha PC, Tang H, et al. (2015). Bone mineral density, anthropometric indices, and the prevalence of osteoporosis in Northern(Beijing) Chinese and Southern (Hong Kong) Chinese women- the largest comparative study to date, **J Clin Densitom**. 10, 1016 .
- Liao J, Brunner FJ. (2016). Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic diseases status matter? **Qual Life Res**. Jan, 25 (1), P.p: 64–153.
- Liberalesso Neri Anita, Flávia Silva Arbex Borim, Arlete Portella Fontes, Dóris Firmino Rabello, et al. (2018). Factors associated with perceived quality of life older adults: ELSI- Brazil, **Rev Saud publica**. Oct, 52 (suppl 2) P: 16s.
- Mateusz Cybulski, Elzbieta Krajewska- Kulak, Jacek Jamiolkowski. (2015). Proffered health behaviors and quality of life of the elderly people in Poland, **Clin Interv Aging**. 10, P.p: 1555–1564 .
- Marcel W., M. (2014). Definition of quality of life: What Happened and How to move on. **Top Spinal Injury Rehabilitation**. Summer, 20 (3), P.p: 167–180.
- Ng CW, Tan WS, Gunapal PP, Heng BH. (2014). Association of socioeconomic status (SES) and social support with Depressive Symptoms among the elderly in Singapore, **Ann Acad Med Singapore**. 43, (12), P.p: 576–87.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2018). **Division of Population Health**.
- Oh J, Yi M. (2014). Structural equation modeling on quality of life in older adults with osteoarthritis, **J Korean Acad Nurs**. Feb, 44 (1), P.p:75-85.
- Pitsilka DA, Kafetsios K, Niakas D. (2015). Social support and quality of life in patients with Rheumatoid Arthritis in Greece, **Clin Exp Rheumatology**. 33, P.p: 247–254.
- Park, K. (2015). Pak's textbook of preventive and social medicine. 23rd. India, **Bhanot publisher**. P.p: 14–43.
- Quality of life indicators- measuring quality of life: Statistical office of the European union, **online publication**. 25 July 2019- <https://ec.europa.eu>.
- Rahman, T., et al. (2003). **Measuring the quality of life across countries: A sensitivity analysis of well- being indices**. The paper presented at WIDER international conference on inequality, Poverty and human well- being, Helsinki, Finland.
- Stanford ER, Fong C, Deborah LT. (2003). Assessing changes in life skills and quality of life resulting from rehabilitation services, **Journal of Rehabilitation**. 69 (3), P.p: 4–9.
- Sarancino Rebecca, Kolva Elissa, Rosenfeld Barry, Breitbart William. (2015). Measuring social support in patients with advanced medical illnesses: An analysis of the Duke-UNC functional social support questionnaire, **Palliat Support Care**. Oct, 13 (5), P.p: 1153–1163.

-
- Tourani S¹, Behzadifar M², Martini M³, Aryankhesal A¹, et al. (2018). Health related quality of life among healthy elderly Iranians: A systematic review and meta analysis of the literature, **Health qual life outcomes**. Jan, 18, 16 (1).
- Uddin MA¹, Soivong P¹, Lasuka D¹, Juntasopeepun P. (2017). Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: A cross sectional survey, **Nurs Health Sci**. Dec, 19 (4), P.p: 518-524.
- Vargas-Ricardo SR¹, Melguizo-Herrera E. (2017). Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia, **Rev Salud Publica (Bogota)**. 2017 Jul-Aug, 19 (4), P.p: 549-554.
- World Health Organization. <https://www.who.int>