

بررسی رابطه نگرش‌ها، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان (مورد مطالعه: سالمندان ساکن شهر کرمان)

فاطمه صمدیان (کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان)

f_samadian@yahoo.com

سعیده گروسی (دانشیار جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی دانشگاه شهید باهنر کرمان)

sgarousi@uk.ac.ir

چکیده

زمینه هدف: کیفیت زندگی سالمندان متأثر از عوامل متعددی است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها حمایت اجتماعی از سالمند است. با افزایش حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی هم بهبود می‌یابد؛ اما تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که نگرش سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی و توانایی‌ها، خود در تأثیرگذاری حمایت اجتماعی نقش دارد و اگر نگرش سالمند نسبت به حمایت اجتماعی دریافت‌شده، منفی باشد و آن را نشانه ناتوانی و درماندگی خود بداند یا آن را پرهزینه و تحقیرکننده بداند یا فرد احساس کند که خودش توانایی انجام کارهایش را دارد و نیازی به کمک دیگران ندارد، دریافت حمایت اجتماعی برای او ممکن است دارای تأثیر منفی باشد.

روش بررسی: این پژوهش به صورت پیمایش در بین ۳۸۰ سالمند زن و مرد ساکن شهر کرمان انجام شده است. ابزار پژوهش پرسش‌نامه همراه با مصاحبه بوده است.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان ۶۷/۰۱ بوده و مهم‌ترین حمایت‌کنندگان ایشان در درجه اول همسر و سپس فرزند پسر و در درجه سوم، فرزند دختر بوده است. نتایج نشان داده که حمایت عاطفی، مالی، خدماتی، مشورتی و اطلاعاتی، نگرش به حمایت و نگرش نسبت به توانایی‌های خود و مدت رابطه از مهم‌ترین متغیرهایی بودند که با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار داشتند. از بین این متغیرها، نگرش به حمایت، بیشترین تأثیر را داشته است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سالمند، کرمان.

۱. مقدمه و بیان مسأله

یکی از پدیده‌های جهان معاصر رشد سریع جمعیت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه است.

افزایش طول عمر و امید به زندگی و در نتیجه افزایش جمعیت سالمند از پیامدهای تحولات اقتصادی-اجتماعی کشورها محسوب می‌شود. مرکز آمار ایران در سرشماری سال ۸۵ جمعیت سالمندان را ۵۱۲۱۰۴۳ نفر اعلام کرده است که ۷/۲ درصد جمعیت کشور را شامل می‌شود. پیش‌بینی می‌شود تعداد این سالمندان در جهان تا سال ۱۴۳۰ بالغ بر ۱/۸ میلیارد نفر و در ایران بیش از ۲۵ میلیون نفر شود (شهبازی، ۱۳۸۶: ۸۵). نتایج مطالعات گوناگون نشان داده است که با افزایش سن، اختلالاتی در سیستم‌های مختلف فرد صورت می‌گیرد و افراد سالمند با چالش‌های ویژه‌ای از قبیل افزایش مشکلات مزمن، کاهش منابع مالی و کاهش توانایی‌های عملکردی مواجه‌اند. بعد از سن میانسالی، هر ساله به طور میانگین، ۱/۵ درصد از کارایی عملکرد جسمی و ذهنی افراد کاسته می‌شود؛ بنابراین وقتی فرد به سن ۷۰ سالگی می‌رسد به طور میانگین، ۲۶ درصد از توانایی خود را از دست داده است (شهبازی، ۱۳۸۶: ۸۵)؛ بنابراین آن‌ها جهت مستقل ماندن به سطوح فزاینده‌ای از حمایت نیازمند هستند که البته منظور از این حمایت، فقط حمایت درمانی و پزشکی نیست؛ بلکه در کنار حمایت‌های پزشکی، حمایت اجتماعی نقش عمده‌ای در حفظ سلامت و بهبود کیفیت زندگی سالمندان بازی می‌کند و دارای اثرات مثبتی از نظر بیمارگونگی، مرگ‌اندیشی و بیماری‌های روانی است (Cohen, 1988; Thotis, 1982). حمایت می‌تواند به صورت حمایت رسمی؛ یعنی برخورداری از حمایت ادارات دولتی و خصوصی یا به شکل غیررسمی که به وسیله دوستان، خانواده، روحانیون، همسایه‌ها یا همکاران تأمین شود؛ اما با وجود نقش مهم حمایت اجتماعی در بالابردن کیفیت زندگی، میزان حمایت اجتماعی در سالمندی کاهش پیدا می‌کند که این امر طبق نتایج تحقیقات مختلف منجر به افزایش مشکلات جسمانی و روانی در میان این گروه شده است (پاشا و دیگران، ۱۳۸۶؛ بخشایی و دیگران، ۱۳۸۲). گاهی اوقات حمایت اجتماعی از طریق ایجاد نگرش مثبت نسبت به خود باعث می‌شود که فرد رضایت بالایی از زندگی‌اش داشته باشد و کمتر دچار افسردگی شود؛ همچنین سطح بالای احترام به خود باعث می‌شود که فرد کمتر دچار مشکلات سلامتی شود، در مقابل گاهی اوقات حمایت اجتماعی منفی است و باعث برداشت منفی از خود می‌شود و بر سلامت فیزیکی و ذهنی تأثیر می‌گذارد (Kim & et al, 2003). این بررسی با هدف

آگاهی از میزان، نوع و نگرش سالمندان به حمایت اجتماعی دریافت‌شده و ارتباط آن با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی انجام شده است.

در تعریف ویور^۱ که در سال ۲۰۰۱ ارایه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران است، کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع. پیری موفق با داشتن یک دوره سالمندی با کیفیت زندگی بالا، به وسیله رو^۲ و همکاران با سه معیار توصیف شده است: نداشتن بیماری، سازگاری با زندگی و داشتن کفایت روحی و روانی (Yen & et al, 2006 :1).

سالمند: پیری‌شناسان زیستی معتقدند که مسأله پیری، فرآیندی از زندگی موجودات و ارگانیسم زنده است که به طور ژنتیکی برنامه‌ریزی شده است، درحالی‌که پیری‌شناسان اجتماعی بر این باورند که سالخورده کسی است که برای تأمین نیازهای حیاتی خود به توجه و مراقبت دائمی دیگران نیاز دارد، همچنین جامعه‌شناسان در تعریف این پدیده با عنایت به انتظارات اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی به این نکته اشاره می‌کنند که سالمند کسی است که بر اثر افزایش سن و کهولت، توانایی انجام نقش‌ها و مسؤولیت‌های اجتماعی واگذارشده از سوی خانواده و جامعه را نداشته باشد. چنان‌که پیرشناسی اجتماعی خاطر نشان می‌کند پیری عملاً در برگرفته سه فرآیند به هم پیوسته است. فرآیند اول، پیری جسمانی است که عبارت است از تغییرات ناشی از افزایش سن که در طول زمان بر بدن عارض می‌شود. فرآیند دوم، پیری روانی است که عبارت است از تغییرات ناشی از رشد و توسعه شخصیت از جمله تغییرات عاطفی، ادراکی و رفتاری. فرآیند سوم، پیری اجتماعی است که دربرگیرنده جریان‌های گوناگون گذار از یک پایگاه اجتماعی به پایگاه اجتماعی دیگر است که یک شخص در دوران زندگی تجربه می‌کند (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۱-۱۲).

حمایت اجتماعی: کوهن^۳ حمایت اجتماعی را به‌عنوان آمادگی شبکه اجتماعی در تأمین منابع مادی و روان‌شناختی برای افزایش توانایی فرد در مقابله با استرس تعریف می‌کند. تاردی حمایت

1. Viver
2. Row
3. Cohen

اجتماعی را به عنوان ساختار چندبعدی تشریح کرد این ابعاد شامل جهت، مقدار، محتوا و ارزشیابی انواع حمایت است (Davidson, 2008 364-365).

۲. چارچوب نظری و مفهومی

مطالعات تجربی و نظریه‌های متعدد، نشان‌دهنده وجود رابطه بین برخورداری سالمندان از حمایت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی آنها است. راتوس^۱ معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از ۵ طریق تعدیل و تضعیف می‌کند: ۱- توجه عاطفی: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوت‌قلبدادن ۲- یاری‌رساندن؛ یعنی رایه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی منجر می‌شود ۳- اطلاعات: رایه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد ۴- ارزیابی: رایه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد منجر به تصحیح عملکرد می‌شود ۵- جامعه‌پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه‌پذیری به وجود می‌آید در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال دارد وان گلستی^۲ (۲۰۰۹) معتقد است که اگر چه تأثیر سودمند حمایت به طور وسیعی مورد تأیید است؛ اما تحقیقات مختلف نشان داده که میانجی‌هایی در تأثیرگذاری آن مهم است؛ مثلاً معنایی که مردم به حمایت اجتماعی می‌دهند از طریق کیفیت روابط بین شخصی، آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد روابط صمیمانه به طور نسبی سطوح بالایی از حمایت اجتماعی را به دنبال دارد. در حالی که روابط خصمانه در بردارنده رفتار حمایتی نیستند. از طرف دیگر حمایت اجتماعی در بردارنده حمایت اجتماعی منفی هم هست؛ مثلاً حمایت اجتماعی می‌تواند گران و پرهزینه باشد، همچنین حمایت اجتماعی در صورتی که نشان‌دهنده ناتوانی (درماندگی) فرد دریافت‌کننده حمایت در ملاء عام باشد نیز دارای تأثیر منفی است. از سوی دیگر اگر فرد احساس کند قادر نیست انتظارات اجتماعی حمایت‌کنندگان را برآورده کند، دریافت حمایت اجتماعی برای او دارای تأثیر منفی است. از طرف دیگر به مسائلی در زمینه حمایت نیز باید توجه کنیم؛ مثلاً ممکن است که افراد تمایل نداشته باشند در مکان‌های عمومی حمایت دریافت کنند؛ اما ممکن است چنانچه در مکان‌های خصوصی مورد حمایت قرار گیرند،

1. Ratus

2. Vangelisti

خوشحال شوند، همچنین زمانی که آن‌ها دارای قدرت کنترل زندگی خود هستند، تمایلی ندارند که دیگران آن‌ها را تحت کنترل درآورند. درضمن، افراد تمایلی به دریافت حمایت از سوی کسانی که آن‌ها را دوست ندارند یا نسبت به آن‌ها بی‌اعتماد هستند، ندارند.

لانگر معتقد است که بخشی از ناتوانی افراد مسن ممکن است ناشی از برچسب ناتوانی باشد که دیگران به آن‌ها می‌زنند. جامعه تمایل دارد که سالمندان را ناتوان بداند و فرض کند که آن‌ها دوران عمر مفید خود را گذرانده‌اند و از انجام هر عمل و فعالیت جسمی و روحی عاجزند و به‌طور معمول متکی به کمک دوستان، خویشاوندان و کارکنان مؤسسات هستند. چنین مفروضاتی اگر چه نادرست-اند؛ اما با این حال ممکن است سبب تحقق انتظارات مفروض در زندگی سالمند شود؛ یعنی سالمندان که برچسب ناتوانی به آن‌ها خورده است خودشان به باور ناتوانی و وابستگی برسند. این حالت، وابستگی خودالقایی نامیده می‌شود (کریمی، ۱۳۸۲: ۸۷).

کیم^۱ (۲۰۰۳) معتقد است که پیامدهای مثبت رابطه اجتماعی می‌تواند با جنبه‌های منفی روابط اجتماعی؛ مثل کژکارکردهای حمایت اجتماعی معکوس یا خشی شود، او اشاره می‌کند حمایت اجتماعی می‌تواند با کیفیت بالا (مثبت) در مقابل حمایت اجتماعی با کیفیت پایین (منفی) تأثیر متفاوتی در سلامت سالمندان داشته باشد. اگرچه رابطه حمایت اجتماعی با سلامت ذهنی و روانی مورد تأیید است؛ اما فرآیندهای زیادی سلامت افراد را به وسیله حمایت اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آجزن^۲ (۱۹۹۱) براساس نظریه رفتارهای برنامه‌ریزی شده^۳ (TPB) معتقد است که عامل اصلی پیروی افراد از هنجارها، نگرش‌ها و انگیزش‌ها است. او معتقد است که ادراک، در شکل‌گیری رفتار نقشی مهم تر از نیت شخص به عهده دارد. در مدل TPB منظور از نگرش ارزیابی و انتظار و اعتقاداتی است که شخص درباره یک رفتار خاص دارد. هر چقدر نگرش فرد نسبت به رفتار مثبت‌تر باشد، نیت فرد برای اجرای رفتار افزایش می‌یابد؛ مثلاً اگر یک شخص انتظار کلی و این اعتقاد را داشته باشد که ورزش پیامد مثبتی برای سلامت فرد دارد، پس نگرش فرد نسبت به ورزش مثبت

1. Kim

2. Ajzen

3. Theory of planned behavior

خواهد بود. از طرف دیگر مدل TPB بر آن است که درک افراد وانگیزه آن‌ها از فشارهای اجتماعی و نگرش دیگران مهم تأثیر می‌پذیرد؛ مثلاً ادراک افراد از این‌که دیگران مهم نگرش مشابهی درباره ورزش دارند و معتقدند که برای سلامت مفید است، منبع مهمی برای انتظارات اجتماعی مرتبط با رفتار ورزشی است؛ بنابراین عوامل دیگری به‌عنوان میانجی و مجری اجزای سازنده مدل TPB و رفتار وجود دارد. اعتبار پیش‌گویی اجزای سازنده TPB در تحقیقات رفتار ورزشی؛ مثل کاهش وزن، کاهش استعمال دخانیات، رفتار جنسی و رفتارهای پیش‌گیرانه سلامت در تحقیقات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است.. (Vondras&Madey, 2004: 205- 234)

وین فیلد و همکاران^۱ (۱۹۹۲) در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روانی در جوانان بالغ» بیان می‌کند که حمایت اجتماعی در افراد سالمند و جوان با احترام به خود، افسردگی، عزت نفس و آشفتگی‌های روانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در ارتباط است. دیوید سون^۲ و همکارانش (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان «درک سالمندان آمریکایی و فنلاندی از حمایت اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که دریافت سطوح بالای حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان سپر در مقابل علائم روانی منفی؛ مثل افسردگی، اضطراب و سطح پایین احترام به خود از سالمندان محافظت کند و یک منبع ضروری برای سلامت باشد.

استروبی و همکاران اشاره کردند که حمایت اجتماعی به مثابه یک تعدیل‌کننده تجربه سوگ عمل می‌کند، افرادی که فقدان را تجربه می‌کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، بهتر با آن کنار می‌آیند و بهبودی از تجربه سوگ با سهولت بهتری صورت می‌گیرد، همچنین حمایت اجتماعی در کاهش علائم افسردگی پس از سوگ تأثیر معناداری می‌گذارد (بخشی‌پور رودسری و دیگران، ۱۳۸۴: ۷۴). حمیدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان «بررسی تأثیر ورزش گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان» به این نتیجه رسیدند که به‌کارگیری یک برنامه ورزشی منظم، مداوم و دارای پذیرش خوب از سوی گروه سنی سالمندان می‌تواند کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف در این افراد افزایش دهد. صمدی و همکارانش (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان «آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان

1. Weinfeild
2. Davidson

نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی» که بر روی ۷۵۰ سالمند مناطق ۲۱، ۱۴، ۹، ۷، ۱ تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بین آگاهی و نگرش سالمندان به شیوه زندگی سالم و وضعیت تأهل آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد، به طوری که میانگین امتیازهای کسب‌شده از سوی متأهلین بیشتر از گروه‌های دیگر بود، همچنین بین میزان فعالیت فیزیکی سالمندان و بالابودن سطح تحصیلات آن‌ها رابطه مستقیمی وجود دارد که این امر به دلیل بالاتر بودن سطح آگاهی در افراد با سطح تحصیلات بیشتر قابل توجیه است و در نهایت میانگین امتیازهای عملکرد سالمندان دارای فرزند نسبت به سالمندان فاقد فرزند بیشتر بود. پاشا و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی با هدف مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده به این نتیجه رسیدند که بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانه از نظر سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن؛ یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و حمایت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، همچنین تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان در هر دو گروه سالمند از نظر متغیرهای سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و حمایت اجتماعی وجود ندارد.

اهداف کلی تحقیق عبارت‌اند از تعیین رابطه انواع حمایت با کیفیت زندگی، شناخت رابطه خصوصیات شبکه (شامل فراوانی تماس، دوام رابطه، منبع حمایت) با کیفیت زندگی، بررسی رابطه نگرش سالمندان به حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی آن‌ها، شناخت رابطه بین نگرش سالمندان به توانایی خود و کیفیت زندگی آن‌ها.

۳. روش تحقیق

روش تحقیق در پژوهش حاضر، روش پیمایشی است. پس از گردآوری اطلاعات با پرسش‌نامه، از نرم‌افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تعداد سؤالات مندرج در پرسش‌نامه در مرحله نهایی (پس از آزمون) ۵۶ پرسش است که به جز سؤال‌های زمینه‌ای بقیه سؤالات حالت بسته دارند. این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی برای متغیرهای وابسته، مستقل و زمینه‌ای است.

در این پژوهش ابعاد کیفیت زندگی در قالب ۳۴ گویه مورد بررسی قرار گرفت. ابعاد مورد بررسی کیفیت زندگی عبارت‌اند از: عملکرد جسمانی و محدودیت آن با ۱۴ گویه که توانایی فرد برای فعالیت‌های جسمانی را می‌سنجد. درد جسمانی با ۲ گویه در مورد تجربه درد فرد. درک کلی فرد از سلامت با ۴ گویه، نشاط احساس فرد در مورد وضع روحی و روانی‌اش را با ۴ گویه، عملکرد اجتماعی با ۲ گویه که نظر فرد را در مورد تأثیر سلامت جسمانی و روحی‌اش بر رابطه با دوستان، خانواده و همسایگان بررسی می‌کند، ایفای نقش عاطفی با ۳ گویه درباره مشکلات روحی فرد و تأثیر این مشکلات روحی بر فعالیت‌های او و در نهایت، سلامت روانی با ۵ گویه درباره میزان عصبانیت، غمگینی، احساس آرامش و غیره ارزیابی شده است. شایان ذکر است که گویه‌های مورد استفاده برای سنجش این ابعاد بر مبنای سؤالات کیفیت زندگی از پرسش‌نامه SF36 طراحی شده است و در تجزیه و تحلیل داده‌ها کیفیت سلامت روانی و کیفیت سلامت جسمانی با هم به صورت یک بعد از کیفیت زندگی در نظر گرفته شده است. این پرسش‌نامه در قالب طیف به صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای پنج گزینه است که از ۱ (بدترین حالت) تا ۵ (بهترین حالت) امتیازبندی شده است.

در این تحقیق افراد ۶۰ سال به بالا به‌عنوان سالمند مورد پرسش قرار گرفتند.

متغیر مستقل دیگر تحقیق، حمایت اجتماعی است. در این تحقیق، ویژگی‌های مختلف حمایت اجتماعی شامل انواع حمایت، منبع حمایت و نگرش سالمندان نسبت به حمایت مورد بررسی قرار گرفت. انواع حمایت اجتماعی شامل موارد زیر است:

۱- حمایت عاطفی: منظور از این متغیر میزان محبت عشق و همدلی است که اطرافیان برای فرد فراهم می‌کنند این متغیر در قالب طیف لیکرت با ۴ گویه مورد بررسی قرار گرفت.

۲- حمایت مالی: منظور میزان کمک‌های مالی است که اطرافیان برای فرد سالمند فراهم می‌کنند.

این متغیر در قالب طیف لیکرت و با ۲ گویه مورد بررسی قرار گرفت.

۳- حمایت خدماتی: منظور آرایه حمایت و یاری‌رساندن اطرافیان به فرد سالمند برای نظافت

منزل، خرید و حمام‌کردن است و با ۴ گویه در قالب طیف لیکرت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۴- حمایت مصاحبتی و مشورتی: منظور کمک‌های فکری و اطلاعاتی است که اطرافیان برای فرد سالمند فراهم می‌کنند. این متغیر در قالب طیف لیکرت و در ۵ گویه مورد بررسی قرار گرفت.

نگرش سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی: منظور دیدگاهی است که سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی دارند. منظور از نگرش منفی سالمندان نسبت به حمایت عبارت از حمایت‌هایی است که به نظر فرد پرهزینه و نشان‌دهنده بی‌لیاقتی و ناتوانی فرد است یا فرد احساس می‌کند که باعث تحقیر او می‌شود، همچنین حمایت‌هایی که فرد تصور می‌کند توان جبران آن‌ها را ندارد نیز شامل می‌شود. این متغیر در قالب طیف لیکرت و در ۵ گویه مورد بررسی قرار گرفته است.

نگرش به توانایی فرد: منظور نگرش سالمند نسبت به توانایی‌های جسمانی خود برای انجام کارهایی؛ مثل خرید، امور خانه، رفت‌وآمد و توانایی‌های ذهنی برای تصمیم‌گیری در مورد امور زندگی‌اش است. این متغیر با ۵ گویه در قالب طیف لیکرت مورد بررسی قرار گرفت.

۴. روایی و پایایی پرسش‌نامه

در پژوهش حاضر جهت افزایش درجه اعتبار از روش اعتبار صوری استفاده شده است. در اعتبار صوری بعد از تدوین پرسش‌نامه، آن را در اختیار متخصصان و اساتید این رشته قرار دادیم و نظرات آن‌ها جمع‌آوری و بعد با توجه به نظر آن‌ها اصلاحات لازم انجام شد. در این پژوهش برای سنجش پایایی داده‌ها از روش توافق داخلی (Internal Consistency) استفاده شده است. برای این کار پس از تدوین پرسش‌نامه تعداد ۳۰ نسخه از آن تکثیر و به وسیله پاسخگویان تکمیل شد. بعد از جمع‌آوری و کدگذاری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS پایایی گویه‌ها را به دست آوردیم. بدیهی است که هر چه میزان آلفا بالاتر باشد، پایایی مقیاس بیشتر خواهد بود؛ لذا جهت افزایش مقدار آلفا و در نتیجه افزایش پایایی مقیاس، گویه‌های ناپایا حذف شد. نتایج آزمون پایایی به این صورت است: کیفیت زندگی ۰/۹۰، نگرش به حمایت ۰/۷۵، نگرش نسبت به توانایی‌های خود ۰/۷۰، حمایت مالی ۰/۷۰، حمایت مصاحبتی ۰/۷۵، حمایت مالی ۰/۶۸، حمایت خدماتی ۰/۷۵.

۵. یافته‌های تحقیق

بر اساس نتایج پژوهش ۵۰/۱ درصد پاسخگویان، مرد و ۴۹/۹ درصد آن‌ها، زن بودند. میانگین سن پاسخگویان ۶۷/۰۹ سال، با انحراف معیار ۵/۴۱ بود و نیمی از شرکت‌کنندگان ۶۶ سال و کمتر داشتند. ۷۱/۵ درصد در زمان تحقیق متأهل بودند، بیشتر افراد بازنشسته (۴۳/۹ درصد) یا خانه‌دار (۳۲/۴ درصد) بودند. در بررسی میزان تحصیلات، ۴۱ درصد پاسخگویان بی‌سواد بوده یا تحصیلاتی در حد خواندن و نوشتن داشتند و ۳۰/۳ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم و دیپلم داشته‌اند. از نظر تعداد فرزند، بیشترین نسبت متعلق به سالمندانی بود که ۳ فرزند داشتند (درصد ۲۱/۴) و این در حالی است که ۶۵ درصد ایشان چهار فرزند یا بیشتر داشتند. کمترین تعداد فرزند مربوط به کسانی بود که هیچ فرزندی نداشتند (۲/۱ درصد) و بیشترین تعداد فرزند نیز ده فرزند بود (۱/۹ درصد). اکثر پاسخگویان (۴۲ درصد) در خانه خود و با همسر زندگی می‌کنند. ۴۰ درصد پاسخگویان به نوعی از خدمات حمایتی سازمان‌های حمایت‌کننده استفاده می‌کردند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول (۲) آمده است.

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

مشاهده نتایج حمایت سالمندان در حیطه‌های مورد بررسی حاکی از آن است که بیشترین حمایتی که فرد از اطرافیان خود دریافت کرده است مربوط به حیطه‌های عاطفی و روانی بوده است (جدول شماره ۱). بررسی حیطه‌های کیفیت زندگی نیز نشان‌دهنده آن است که بالاترین امتیاز کیفیت زندگی ۶۱/۱۵ بوده و مربوط به حیطه عملکرد جسمانی است و کمترین امتیاز نیز مربوط به حیطه نشاط و شادابی است (جدول شماره ۱). با طبقه‌بندی حیطه‌های کیفیت زندگی در دو بخش جسمانی و روانی، میانگین امتیاز سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه، در بعد جسمانی ($49/01 \pm 10/90$) به دست آمده، در حالی که میانگین امتیاز بعد روانی کمتر است ($42/83 \pm 11/84$).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار انواع حمایت و حیطه‌های کیفیت زندگی

حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف معیار	میانگین	
				انواع حمایت
۱۵	۲	۲/۲۲۴	۹/۳۳	حمایت مالی
۱۵	۴	۲/۲۷	۱۰/۷۹	حمایت مشورتی و اطلاعاتی
۱۵	۴	۲/۰۰۷	۱۰/۰۵	حمایت خدماتی
۱۵	۴	۲/۴۵	۱۲/۳۵	حمایت عاطفی
				حیطه های کیفیت زندگی
۱۰۰	۰	۲۷/۰۶	۵۲/۸۸	عملکرد جسمانی و محدودیت آن
۱۰۰	۰	۲۵/۳۶	۵۰/۱۴	درد جسمانی
۹۳/۷۵	۶/۲۵	۱۸/۲۴	۳۹/۸۴	سلامت عمومی
۷۵	۰	۱۵/۴۳	۳۶/۳۵	شادابی و نشاط
۸۷/۵۰	۰	۹/۶۳	۴۷/۲۷	عملکرد اجتماعی
۱۰۰	۰	۲۳/۲۵	۴۰/۳۶	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
۸۰	۴	۱۴/۷۷	۴۷/۶۳	سلامت روانی
۷۴/۵۶	۲۱/۶۳	۱۰/۹۰	۴۹/۰۱	بعد جسمانی کیفیت زندگی
۷۶/۸۸	۱۲/۴۶	۱۱/۸۴	۴۲/۸۳	بعد روانی کیفیت زندگی
۷۴/۶۹	۲۴/۹۸	۱/۰۰۸	۴۷/۳۱	کیفیت زندگی

جدول (۲) نشان می‌دهد که رابطه بین کیفیت زندگی و انواع مختلف حمایت دریافتی سالمندان چگونه است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود هر چه حمایت عاطفی، خدماتی مصاحبتی و مشورتی و مالی بیشتر باشد، کیفیت زندگی سالمندان بالاتر است.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول (۲) می‌توان گفت که بین فراوانی تماس و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در مورد مدت رابطه و کیفیت زندگی، رابطه معنی‌دار وجود دارد. در واقع، هر چه مدت ارتباط حمایتگران با فرد سالمند بیشتر بوده، کیفیت زندگی فرد سالمند هم افزایش یافته است.

در این جدول مشاهده می‌شود که نگرش مثبت به حمایت باعث بالاتر رفتن کیفیت زندگی می‌شود، همچنین فرضیه دیگر این تحقیق این است که نگرش سالمندان نسبت به توانایی خود بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد، به این صورت که هرچه سالمند خود را تواناتر ارزیابی کند، تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی او کاهش می‌یابد.

جدول ۲- ضریب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی و متغیرهای مستقل

سطح معنی داری	ضریب پیرسون	متغیرهای مستقل
۰/۰۰۰	۰/۴۱۴	حمایت عاطفی
۰/۰۰۰	۰/۳۱۳	حمایت مالی
۰/۰۰۰	۰/۴۶۶	حمایت مصاحبتی
۰/۰۰۰	۰/۳۰۲	حمایت خدماتی
۰/۰۰۰	۰/۲۹۱	مدت رابطه
۰/۰۰۱	-۰/۱۸۰	نگرش به توانایی خود
۰/۰۰۰	۰/۶۶۳	نگرش به حمایت
۰/۹۵۲	-۰/۰۰۴	فراوانی تماس

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بیانگر آن است که کیفیت زندگی بین سالمندان که وضعیت تأهل متفاوتی را تجربه کرده‌اند، تفاوت معنی‌داری دارد. متغیر رابطه معنی‌داری وجود دارد و میانگین کیفیت زندگی افراد متأهل از افراد مجرد و افرادی که همسر خود را از دست داده‌اند، بالاتر است. جدول (۳) به تفصیل این نتایج را نمایش می‌دهد.

جدول ۳- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه- رابطه کیفیت و وضعیت تأهل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	نسبت F	معناداری
بین گروهی	۷۲۹۸/۸۰۲	۲	۱۶/۹۴۲	۰/۰۰۰
درون گروهی	۷۹۰۵۶/۰۰۹	۳۶۷		
کل	۸۶۳۵۴/۸۱۱	۳۶۹		

با اجرای تحلیل واریانس یک‌طرفه مشخص شد که کیفیت زندگی در بین سالمندانی که ترکیب حامیان مشابهی نداشته‌اند، تفاوت معنی‌دار داشته است. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان داد که حامیانی که از اقوام درجه یک باشند، تأثیر بیشتری در کیفیت زندگی افراد دارند.

جدول ۴- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین ترکیب حامیان و کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	نسبت F	معناداری
میان گروهی	۴۸۵۸/۶۰۲	۲	۱۰/۸۸	۰/۰۰۰
درون گروهی	۸۲۳۵۲/۳۷۴	۳۶۹		
کل	۸۷۲۱۰/۹۷۶	۳۷۱		

در نهایت، با استفاده از رگرسیون چندمتغیره، با روش گام‌به‌گام میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. شش متغیر نگرش به حمایت، حمایت مصاحبتی، وضعیت تأهل، مدت تماس، حمایت عاطفی و حمایت خدماتی به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشتند، وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مجموع توانسته‌اند ۵۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کنند. مقایسه ضرایب تأثیر استاندارد، نشان‌دهنده این است که سهم نگرش به حمایت (۰/۶۸) از متغیرهای دیگر بیشتر است و این متغیر هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم، متغیر وابسته را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

جدول ۵- بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیره

نام متغیر	بتا	مقدار T	معناداری
نگرش به حمایت	۰/۶۸۷	۱۵/۹۶	۰/۰۰۰
حمایت مصاحبتی	۰/۲۴۷	۵/۸۳	۰/۰۰۰
وضعیت تأهل	-۰/۱۴۸	-۳/۵	۰/۰۰۰
مدت تماس	۰/۱۳۵	-۳/۳۶	۰/۰۰۰
حمایت عاطفی	۰/۱۰۳	۲/۱۲	۰/۰۰۰
حمایت خدماتی	۰/۱۱۱	-۰/۲۱۹	۰/۰۰۰

R=0/76

R²=0/58

Sig=0/000

۶. نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین نوع حمایت دریافتی و کیفیت زندگی سالمندان رابطه مثبت وجود دارد، به این صورت که هر چه قدر سالمندان از نظر مالی، عاطفی و مشورتی و مصاحبتی و خدماتی بیشتر مورد حمایت قرار بگیرند، کیفیت زندگی آن‌ها بالاتر می‌رود. در این مورد با استناد به نظریه راتوس می‌توان گفت که حمایت اجتماعی توانایی فرد در برابر مشکلات و فشار روانی را از طریق گوش دادن به مشکلات آن‌ها (حمایت مصاحبتی) مراقبت و کمک در انجام کارها (حمایت خدماتی) ابراز احساسات و همدلی فهم و قوت قلب دادن (حمایت عاطفی) افزایش می‌دهد، همچنین رایه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد باعث ارتقای کیفیت زندگی می‌شود؛ بنابراین حمایت هم به صورت مستقیم می‌تواند باعث افزایش کیفیت شود و هم بنا به گفته آجرن از طریق ایجاد نگرش مثبت در سالمندان نسبت به رفتارهایی که تقویت‌کننده سلامتی هستند؛ مثل ورزش، عدم استعمال دخانیات و رفتارهای پیشگیرانه (Vondras & Made, 2004). قابل ذکر است که در بین انواع حمایت، حمایت مصاحبتی بیشترین ضریب تأثیر استاندارد را داشته است. حمایت مالی در تحلیل رگرسیون چندگانه حذف شده است و این امر شاید به این دلیل باشد که برای سالمندان رابطه عاطفی و مصاحبتی مهم‌تر از حمایت ابزاری است. جانویس در مورد حمایت عاطفی و مصاحبتی برای زنان سالمند با بیماری قلبی می‌گوید که این نوع از حمایت قوت قلب و چشم‌اندازی در رفتار فراهم می‌کند که درک سلامت را تقویت می‌کند؛ به‌علاوه، سهیم شدن دیگران در نگرانی‌ها و ترس فرد در مورد بیماری‌اش مهم‌ترین روشی است که استرس را کاهش می‌دهد و به‌عنوان سپر در برابر استرس مرتبط با بیماری عمل می‌کند، همچنین نتایج این پژوهش حاکی از آن است که ترکیب حامیان هم در بالابردن کیفیت زندگی سالمندان نقش دارد. سالمندانی که همسر و فرزندان خود را به‌عنوان حامیان‌شان معرفی کرده‌اند، نسبت به کسانی که حامیان‌شان اقوام، دوستان، پرستار و خدمتکاران بوده‌اند، کیفیت زندگی بالاتری دارند. نتایج آزمون LSD هم این رابطه را تأیید می‌کند. نتایج تحقیقات مختلف بیانگر رابطه معنی‌دار بین منبع حمایت و دیدگاه مثبت نسبت به خود است؛ مثلاً کومرفورد و رزنی‌کاف (Commerford & Reznikaff, 1996) در تحقیقاتشان به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی دریافت‌شده از خانواده، با خودباوری و عزت نفس در میان

سالمندان رابطه مثبت وجود دارد و رابطه دوستی به عنوان منبع اصلی ارزیابی مثبت از خود شناخته شده است (Kim & etal, 2003: 49).

نتیجه دیگر تحقیق این است که بین دوام رابطه حامیان با سالمند و کیفیت زندگی او رابطه وجود دارد و هر چقدر مدت رابطه حامیان و سالمندان طولانی‌تر باشد، کیفیت زندگی آنها بالاتر می‌شود. متغیر دیگری که با کیفیت زندگی رابطه دارد، نگرش سالمندان نسبت به حمایت است. نتایج نشان داد که تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی کسانی که حمایت را منفی ارزیابی می‌کنند و آن را گران و پرهزینه و نشان‌دهنده درماندگی خود می‌دانند و حمایت را بدون چشم‌داشت نمی‌دانند، نسبت به کسانی که این تصور را ندارند، کمتر است. با توجه به نتیجه به دست آمده، باید گفت هرچند که حمایت اجتماعی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان شود؛ اما همان‌طور که وان گلیستی می‌گوید نحوه رفتار حامیان با فرد سالمند در تأثیر بخشی آن تأثیر بسزایی دارد. اگر رفتار حامیان به شکلی باشد که فرد نگرش منفی نسبت به حمایت پیدا کند و آن را تحقیرکننده و پرهزینه بداند، پیامدهای مثبت رابطه اجتماعی می‌تواند با جنبه‌های منفی روابط اجتماعی؛ مثل کژکارکردهای حمایت اجتماعی معکوس یا خنثی شود.

همچنین نگرشی که سالمند نسبت به توانایی‌های خود دارد در تأثیرگذاری حمایت اجتماعی نقش دارد. اگر فرد خود را دارای قدرت کنترل بر زندگی‌اش بداند، میزان تأثیرگذاری حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی او کمتر می‌شود و گاهی همان‌طور که لانگر می‌گوید می‌تواند تأثیری معکوس داشته باشد. این که سالمند احساس کند دیگران برچسب منفی به او می‌زنند و حمایت‌های آنها به خاطر اعتقادشان به ناتوانی اوست، باعث کاهش سلامت روان و پایین آمدن کیفیت زندگی او می‌شود؛ زیرا برداشت مثبت فرد از خودش مهم‌ترین پشتوانه‌ای است که فرد را در مواجهه با وقایع پرتنش زندگی حمایت می‌کند و اگر فرد با رفتار نادرست دیگران نسبت به خود دیدگاه منفی پیدا کند، این دیدگاه باعث کاهش سلامت او می‌شود. کیم و همکاران نتایج تحقیق فوق را تأیید می‌کنند (kim, 2003). آنها معتقدند که کنترل درک شده و احساس برتری، میانجی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت است و حمایت اجتماعی منفی به صورت غیرمستقیم از طریق ایجاد برداشت منفی از خود، بر مقیاس‌های سلامت فیزیکی و ذهنی تأثیر می‌گذارند.

همان‌گونه که نتایج نشان داد رابطه وضعیت تأهل پاسخگویان و کیفیت زندگی آن‌ها قابل ملاحظه است. افراد پاسخگو از نظر وضعیت تأهل به سه دسته تقسیم می‌شدند: مجردان، متأهلان و افرادی که همسر خود را از دست داده بودند. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین وضعیت تأهل افراد پاسخگو و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه وجود دارد. نتایج آزمون LSD نشان داد که کیفیت زندگی متأهلان نسبت به مجردان و افرادی که همسر خود را از دست داده‌اند، بیشتر است. این امر به این دلیل است که همان‌طور که توتیس، هریس و براون می‌گویند زمانی که حمایتی که فرد دریافت می‌کند، از سوی همسرش باشد تأثیر بیشتری در ارتقای کیفیت زندگی او دارد؛ به این دلیل که همسران دارای ارزش‌ها و تجربه‌های مشترکی هستند (Dehle & et al, 2001) در این سن می‌توان گفت به دلایلی نقش فرزندان در حمایت و افزایش کیفیت زندگی والدینشان کم می‌شود. از یک طرف اغلب فرزندان در این سن با والدین خود زندگی نمی‌کنند و رابطه آن‌ها با والدینشان به دلیل داشتن زندگی مستقل کاهش یافته است، از سوی دیگر با وجود فاصله سنی که فرزندان با والدینشان دارند، دارای ارزش‌ها و نگرانی‌های متفاوتی هستند؛ بنابراین حمایت مصاحبتی آن‌ها به اندازه حمایت والدینشان برای یکدیگر نمی‌تواند در بالابردن کیفیت زندگی آن‌ها نقش داشته باشد. به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که بدون آماده‌سازی بسترهای فرهنگی حمایت اجتماعی، نمی‌توان به مداخله جهت افزایش حمایت‌های اجتماعی به منظور ارتقای کیفیت زندگی دست زد. با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در خلأ و بدون توجه به نگرش‌ها و پیش‌داوری‌های سالمندان نسبت به حمایت، برنامه‌های کمکی و توانایی‌های مورد ارزیابی و مبنای برنامه‌ریزی و مداخله قرار گیرد. اگر بدون توجه به ارزش‌ها و نگرش‌های سالمندان در خصوص حمایت‌های گوناگون و رابطه آن با محدودسازی عملکردشان فقط به افزایش حمایت‌های اجتماعی شبکه از سالمندان بسنده شود، ممکن است با آزرده‌گی روانی، دلسردی و مقاومت سالمندان در پذیرش حمایت مواجه شویم. از سوی دیگر، یافته مهم دیگر این پژوهش بر اهمیت نقش حمایتی همسران از سالمندان تأکید می‌کند؛ لذا آماده‌سازی روانی سالمندان و فرزندان آن‌ها برای پذیرش ازدواج مجدد سالمندانی که همسر خود را از دست داده‌اند، می‌تواند نقش مهمی در گسترش حمایت‌های شبکه‌ای و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد.

کتاب‌نامه

۱. بخشایی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهری، جعفر. (۱۳۸۲). «ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی». *مجله اندیشه و رفتار*. شماره ۲. صص ۶۰-۴۹.
۲. بخشی پوررودسری، عباس؛ پیروی، حمید و عابدیان، احمد. (۱۳۸۴). «بررسی رابطه رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان». *فصل‌نامه اصول بهداشت روانی*. شماره ۲۷-۲۸. صص ۱۵۲-۱۴۵.
۳. پاشا، غلامرضا؛ صفرزاده، سحر و مشاک، رویا. (۱۳۸۶). «مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان ساکن در خانواده». *فصل‌نامه خانواده‌پژوهی*. سال سوم. شماره ۹. صص ۵۲۱-۵۰۳.
۴. شهبازی، علیرضا؛ میرخانی، مجید؛ حاتمی‌زاده، نیکتا و رهگذر، مهدی. (۱۳۸۷). «ارزیابی میزان ناتوانی سالمندان شهر تهران». *مجله سالمندی ایران*. شماره ۱۰. صص ۱۰۰-۸۴.
۵. حمیدی‌زاده، سعید؛ احمدی، فضل‌الله؛ اصلانی، یوسف؛ اعتمادی، شهرام؛ صالحی، کمال و کردیزدی، رحمت‌الله. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر برنامه ورزشی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان». *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد*. دوره شانزدهم. شماره ۱. صص ۹۵-۸۱.
۶. ریاحی، محمداسماعیل. (۱۳۸۷). «مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر». *مجله سالمندی ایران*. سال سوم. شماره ۱۰-۹. صص ۲۱-۱۰.
۷. صمدی، صادق؛ بیات، آرش؛ طاهری، مجید؛ جنید، بدریا و روزبهرانی، نسرین. (۱۳۸۶). «آگاهی، نگرش و عملکرد سالمندان نسبت به شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی». *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. سال یازدهم. شماره ۱. صص ۹۵-۸۳.
۸. کریمی، یوسف. (۱۳۸۲). *روانشناسی اجتماعی*. تهران: نشر اسپارن.
9. Cohen, S. (1988). "Psychosocial model of the role of support in the etiology of Psychosocial disease". *Health psychology*. 7 (3). Pp 269-297
10. Crystal, Dehle. "social support in marriage". *the American Journal of family therapy*. 29 (4). pp 307-324.
11. Davidson, Lisa M, (2008). "united states and finnish Adolescents, perceptions of social support: Across- Cultural Analysis". *school psychology international*. 28 (1). Pp 360-365.

12. Janevic, Mary R .(2004). “Longitudinal effects of older women with heart disease”. *INTL.J.AGING and Human Development* . vol 59. Pp 153-175.
13. Kim, Jungmeen E. and Nesselroade, JohnR. (2003). “Relationship among social support,self-concept,and wellbeing of older adult:A study of process using dynamic factor model”. *international journal of Behavioral Development*.27. Pp 27-49.
14. Thotis , p. (1982). “conceptual,methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer again life stress”. *journal of health and social behavior*. vol 23. 145-169.
15. Vangelisti, Anital. (2009). “Challenges in conceptualizing social support”. *journal of social and personal Relationship copyright sage publication*. vol 26. Pp 39-51.
16. Vondras, Deaand,Madey, scottf. (2004).” the attainment of important health Goals throughout adulthood:aninteGration of the treory of planned behavior and aspects of social support”. *INTL.J.AGiNG and Human Development*. Vol 5. pp 205-234.
17. Weinefeild H.R, Winefeld, A.&Tiggemen, m. (1992). “social support and psychological wellbeing inyoung adult the Multi-Dimensional support scale”. *journal of personality Assessmant*.58 (1). Pp 193-210.
- 18.Yen, chen-fang, Kuo, chun-ya, Tsai, pei-Tzu, Ko chih-Hung. (2006). correlation of quality of life with adverse effects of medication, social support course of illness. psycho pathology and demographic characteristics in patients with panic disorder.wiley-lis. inc.