Investigation the role of social capital, social support and psychological hardiness in predicting life quality of elderly women

Ashoori J[1]

Abstract

Introduction and purpose: Quality of life can be affected by several psychological factors including social capital, social support and psychological hardiness. Therefore, this research aimed to investigate role of social capital, social support and psychological hardiness in predicting older women quality of life.

Materials and Methods: This study used cluster sampling method to select 250 older women living at Gharchak City in 2014. Data were collected using series of self-reported questionnaires including social capital, social support, psychological hardiness and quality of life scales. Data were analyzed by SPSS-19 using Pearson correlation and hierarchical multiple regressions.

Findings: Our findings showed a mean score of 2.86 (SD=1.09) for quality of life which is considered as a middle level quality. In addition, we found positive and significant (P<0/01) relationships between older women quality of life and social capital (r=0.46), social support (r=0.52) as well as psychological hardiness (r=0.39). Further analysis revealed that 54% of older women quality of life variance can be explained by social capital, social support and psychological hardiness.

Conclusion: This study showed that part of older women's quality of life can be affected by social capital, social support and psychological hardiness. Therefore, it is recommended to design and implement suitable programs to improve older women quality of life.

Key words: Social Capital, Social Support, Psychological Hardiness, Quality of Life, Older Women

Received: 2016/03/11 Accepted: 2016/09/10

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - PhD of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** Jamal_ashoori@yahoo.com

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند

جمال عاشوری[1]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۲/۲۱ /۱۳۹۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۲۰/ ۶ / ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل روانشناختی زیادی است که از مهمترین آنها می توان به سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش همه زنان سالمند شهر قرچک در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آنان ۲۵۰ سالمند با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های سرمایه اجتماعی (پاژاک، ۲۰۰۶)، حمایت اجتماعی (زیمت و همکاران، ۱۹۹۸)، سخت رویی روانشناختی (کوباسا، ۱۹۷۹) و کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) بود که توسط نمونه های پژوهش تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-19 و روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل گام به گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی زنان سالمند ۱/۰۹±۲/۸۶ بود که نشان دهنده سطح متوسطی از کیفیت زندگی می باشد. یافته ها نشان داد که سرمایه اجتماعی (r=۰/۴۶)، حمایت اجتماعی (r=۰/۵۲) و سخت رویی روانشناختی (r=۰/۳۹) با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشتند (P<۰/۰۱). در یک مدل پیش بین سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی توانستند ۵۰/۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی کنند (R^2=۰/۵۰۴).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش متغیرهای سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی توانایی پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند را داشتند. بنابراین با توجه به نقش متغیرهای مذکور در پیش بینی کیفیت زندگی پیشنهاد می شود که برنامه های اجرایی مناسبی جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند طراحی و اجرا شود.

کلید واژه ها: سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی، کیفیت زندگی، زنان سالمند

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** jamal_ashoori@yahoo.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

مقدمه

افزایش طول عمر و امید به زندگی موجب پدیده سالمندی شده است. در سال ۲۰۰۰ حدود ۵۹۰ میلیون سالمند وجود داشته و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۵ تعداد سالمندان از مرز یک میلیارد و یکصد میلیون نفر تجاوز کند (۱). طبق ارزیابی واحد جمعیت سازمان ملل، جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال افزایش بوده و پیش بینی می شود که تعداد آنها در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد و در ایران طبق آمار سال ۱۳۹۰، ۸/۲ درصد از جمعیت را سالمندان تشکیل دادند (۲). با توجه به افزایش تعداد سالمندان مسائل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی، بهداشتی و درمانی آنان نیز افزایش می یابد، لذا بررسی کیفیت زندگی آنها اهمیت فوق العاده ای دارد (۳). کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده به معنای ادراک از وضعیتی که افراد در آن زندگی می کنند و ادراک از زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن قرار دارند، می باشد که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنها است (۴). امروزه کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تاثیر می پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است. در واقع کیفیت زندگی گستره ای شامل ابعاد عینی و ذهنی است که در تعامل با یکدیگر می باشند (۵).

از مهمترین عوامل روانشناختی مرتبط با کیفیت زندگی می توان به سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی اشاره کرد. سرمایه اجتماعی مفهوم نسبتا جدیدی است که به ویژگی های سازمان اجتماعی از قبیل شبکه ها، هنجارها و اعتماد اجتماعی اشاره می کند و به دنبال مزایای دو جانبه می باشد (۶). سرمایه اجتماعی به عنوان وجوهی از شبکه ها و هنجارهای زندگی اجتماعی است که به مشارکت کنندگان توانایی عمل موثر در جهت تحقق اهداف مشترک می دهد (۷). سرمایه اجتماعی میراث روابط اجتماعی است و فعالیت های جمعی را تسهیل می کنند و دربرگیرنده اعتماد، هنجارهای مشارکتی و شبکه هایی از پیوندهای اجتماعی است که باعث دور هم جمع شدن افراد به صورت منسجم و با ثبات به منظور تامین هدفی مشترک می شود (۸). نتایج پژوهش ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بودند (۱۱-۹). برای مثال Hu و همکاران (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه معنادار مستقیم وجود داشت (۱۰). همچنین علیزاده اقدم و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی با عنوان بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بازنشستگان دانشگاه تبریز گزارش کردند سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی بازنشستگان رابطه مثبت و معنادار داشت (۱۱).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی است. مفهوم حمایت اجتماعی به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی معتقدند تمام روابطی که فرد با دیگران برقرار می کند، حمایت اجتماعی محسوب نمی شود، مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی مناسب یا در دسترس برای رفع نیازهای خود بداند (۱۲). گاهی کمک هایی که به فرد می شود نامناسب یا خلاف میل فرد است که این موارد حمایت محسوب نمی شوند. در نتیجه حمایت اجتماعی بر ارزیابی شناختی فرد از

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

محیط و اطمینان از در دسترس بودن حمایت متمرکز است (۱۳). حمایت اجتماعی به فرد احساس ارزشمند بودن می دهد و حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف می شود (۱۴). نتایج پژوهش ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بودند (۱۸-۱۵). برای مثال Wu و همکاران (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنادار داشت (۱۵). همچنین جلیلیان و همکاران (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی گزارش کردند خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار داشتند (۱۸).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، سخت رویی روانشناختی است. سخت رویی یک مولفه شخصیتی است که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با حوادث تنش زای زندگی عمل می کند (۱۹). افراد سخت رو قدرت کنترل بیشتری بر رویدادها دارند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می کنند (۲۰). همچنین سخت رویی در حفظ سلامت، بهبود عملکرد و کیفیت زندگی موثر است (۲۱). نتایج پژوهش ها حاکی از رابطه مثبت و معنادار سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی بودند (۲۴-۲۲). برای مثال Gharehzad Azari و همکاران (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی درباره رابطه سخت رویی با اضطراب و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند سخت رویی با اضطراب رابطه معکوس و معنادار و با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنادار داشت (۲۲). همچنین آقایوسفی و شاهنده (۱۳۹۱) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند خشم با کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی و سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه معنادار مثبت داشت (۲۳).

با اینکه پژوهش های قبلی به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی اشاره داشتند، اما یکی از نارسائی های اصلی این مطالعات عدم توجه به نقش همزمان این متغیرها در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند بود. همچنین هیچ مطالعه ای به بررسی این متغیرها در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند نپرداخته است. با توجه به اینکه سالمندان قشر آسیب پذیری هستند و کیفیت زندگی نقش مهمی در زندگی آنان دارد، هدف کلی این پژوهش بررسی نقش سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند بود.

مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری آن همه زنان سالمند شهر قرچک در سال ۱۳۹۴ بودند. در این مطالعه از میان اعضای جامعه ۲۵۰ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه سن بالای ۶۵ سال و بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و عدم سکونت در خانه سالمندان بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه عدم موافقت کتبی جهت شرکت در پژوهش و عدم توانایی خواندن و نوشتن بود.

ابزار گردآوری داده ها شامل ۴ بخش می باشد. بخش اول شامل پرسشنامه سرمایه اجتماعی بود که توسط Pajak (۲۰۰۶) ساخته شده است و دارای ۱۲ گویه است (۲۵). این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه ها و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

میانگین گرفتن از آنها بدست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، یعنی دارای سرمایه اجتماعی بیشتری است. Pajak (۲۰۰۶) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرد و روایی ابزار را با مفاهیم اعتماد اجتماعی تعمیم یافته، تساهل اجتماعی، نگرش مثبت نسبت به برون گروه ها و عدم تعصب نسبت به درون گروه ها بررسی نمود و بیان کرد که ابزار همان مفهومی را منعکس می کند که باید سنجیده شود، یعنی از روایی خوبی برخوردار است (۲۵). همچنین ادیبی سده و همکاران (۱۳۸۹) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۲۶). در این مطالعه ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

بخش دوم شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی بود که توسط Zimet و همکاران (۱۹۹۸) ساخته شده است و دارای ۱۲ گویه است (۲۷). این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه ها و میانگین گرفتن از آنها بدست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، یعنی دارای حمایت اجتماعی بیشتری است. Zimet و همکاران (۱۹۹۸) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند و روایی صوری و محتوایی ابزار را تایید کردند (۲۷). همچنین بیرامی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۸). در این مطالعه ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

بخش سوم شامل پرسشنامه سخت رویی روانشناختی بود که توسط Kobasa (۱۹۷۹) ساخته شده است و دارای ۵۰ گویه است (۲۹). این ابزار با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت از یک تا چهار نمره گذاری می شود. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه ها و میانگین گرفتن از آنها بدست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، یعنی دارای سخت رویی روانشناختی بیشتری است. Kobasa (۱۹۷۹) ضمن تایید روایی سازه ابزار، پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۹). همچنین سوری و عاشوری (۱۳۹۴) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۰). در این مطالعه ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

بخش چهارم شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بود که توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای ۲۶ گویه است (۱). این ابزار با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود. نمره ابزار با جمع کردن نمره گویه ها و میانگین گرفتن از آنها بدست می آید و هر چه نمره آزمودنی بیشتر باشد، یعنی دارای کیفیت زندگی مطلوب تری است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) روایی محتوایی ابزار را تایید و پایایی آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرد (۱). همچنین پورافکاری و همکاران (۱۳۹۳) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند (۳۱). در این مطالعه ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پس از مشخص شدن اعضای نمونه و قبل از تکمیل کردن پرسشنامه ها، ابتدا هدف پژوهش و سپس اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی برای آنها بیان و در نهایت از آنان رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد. لازم به ذکر است که داده ها با روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با مدل گام به گام تجزیه و تحلیل شدند که برای این منظور از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

یافته ها

شرکت کنندگان ۲۵۰ زن سالمند شهر قرچک با میانگین سنی ۷۳/۶۵ سال بودند. از میان آنان ۲۴ (۹/۶٪) نفر به صورت تنها، ۳۷ (۱۴/۸٪) نفر با همسر خود و ۱۸۹ (۷۵/۶٪) نفر با اعضای خانواده زندگی می کردند. همچنین از نظر سطح تحصیلات ۱۹ نفر پنجم ابتدایی (۷/۶٪)، ۶۷ (۲۶/۸٪) نفر سیکل، ۹۵ (۳۸٪) نفر دیپلم، ۵۲ (۲۰/۸٪) نفر کاردانی و ۱۷ (۶/۸٪) نفر کارشناسی بودند. شاخص های توصیفی میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات متغیرهای سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان سالمند در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان سالمند

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
سرمایه اجتماعی	۳/۱۳	۰/۷۵	۱/۴۱	۳/۹۱
حمایت اجتماعی	۲/۹۴	۰/۸۷	۱/۲۵	۴/۳۳
سخت رویی روانشناختی	۲/۴۴	۰/۸۲	۱/۶۲	۳/۱۴
کیفیت زندگی	۲/۸۶	۱/۰۹	۱/۱۹	۴/۱۵

یافته های جدول ۱ نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره سرمایه اجتماعی زنان سالمند ۰/۷۵±۳/۱۳ بود که نشان دهنده سطح متوسط سرمایه اجتماعی، نمره حمایت اجتماعی آنان ۰/۸۷±۲/۹۴ بود که نشان دهنده سطح مطلوب حمایت اجتماعی، نمره سخت رویی روانشناختی آنان ۰/۸۲±۲/۴۴ بود که نشان دهنده سطح متوسط سخت رویی روانشناختی و میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی آنان ۱/۰۹±۲/۸۶ بود که نشان دهنده سطح متوسط کیفیت زندگی می باشد. پیش از انجام تحلیل سوال های پژوهش به روش رگرسیون چندگانه، پیش فرض های رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس برای همه متغیرهای پیش بین کمتر از ۲ می باشد که از ۱۰ بسیار کمتر است، بنابراین فرض هم خطی بودن چندگانه رد می شود. علاوه بر آن مقدار دوربین – واتسون برابر با ۱/۷۵۶ می باشد که از ۰ و ۴ فاصله زیادی دارد، بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد می شود. با توجه به نکاتی که ذکر شد پیش فرض های استفاده از رگرسیون چندگانه وجود دارد. برای بررسی روابط میان سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان سالمند از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

جدول ۲. ضرایب همبستگی سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی و کیفیت زندگی زنان سالمند (n=۲۵۰)

متغیر	سرمایه اجتماعی	حمایت اجتماعی	سخت رویی روانشناختی	کیفیت زندگی
سرمایه اجتماعی	۱			
حمایت اجتماعی	۰/۲۴**	۱		
سخت رویی روانشناختی	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۱	
کیفیت زندگی	۰/۴۶**	۰/۵۲**	۰/۳۹**	۱

**p<۰/۰۱

یافته های جدول ۲ نشان داد که سرمایه اجتماعی (r=۰/۴۶)، حمایت اجتماعی (r=۰/۵۲) و سخت رویی روانشناختی (r=۰/۳۹) با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار دارند. همچنین همانطور که در جدول ۲ آمده است سرمایه اجتماعی با حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی زنان سالمند و حمایت اجتماعی با سخت رویی روانشناختی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار دارد (P<۰/۰۱). برای بررسی توانایی پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند بر اساس سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی از رگرسیون چندگانه با مدل گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه کیفیت زندگی زنان سالمند بر اساس سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، سخت رویی روانشناختی

مدل	متغیرهای پیش بین	R	R^2	تغییر R^2	تغییر F	df1	df2	معناداری
۱	حمایت اجتماعی	۰/۵۲۳	۰/۲۷۳	۰/۲۷۳	۶۳/۲۴۸	۱	۲۴۸	۰/۰۰۱
۲	حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی	۰/۶۳۹	۰/۴۰۸	۰/۱۳۵	۱۳/۹۵۰	۱	۲۴۷	۰/۰۰۱
۳	حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و سخت رویی	۰/۷۱۰	۰/۵۰۴	۰/۰۹۶	۹/۷۴۱	۱	۲۴۶	۰/۰۰۱

یافته های جدول ۳ نشان داد که در مدل اول حمایت اجتماعی بیشترین نقش را در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند داشت. ضریب همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی ۰/۵۲۳ بود و این متغیر توانست ۲۷/۳ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی کند (P≤۰/۰۰۱، R^2=۰/۲۷۳). در مدل دوم پس از حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی وارد معادله شد و ضریب همبستگی این دو متغیر با کیفیت زندگی ۰/۶۳۹ بود و این دو متغیر توانستند ۴۰/۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی کنند (P≤۰/۰۰۱، R^2=۰/۴۰۸). ورود متغیر سرمایه اجتماعی توانست ۱۳/۵ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد. در مدل سوم پس از حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، سخت رویی روانشناختی وارد معادله شد و ضریب همبستگی این سه متغیر با کیفیت زندگی ۰/۷۱۰ بود و این سه متغیر توانستند ۵۰/۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی کنند (P≤۰/۰۰۱، R^2=۰/۵۰۴). ورود سخت رویی روانشناختی توانست ۹/۶ درصد توان پیش بینی را

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

افزایش دهد. برای مشخص کردن اینکه کدامیک از متغیرهای سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی توانایی بیشتری در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند دارند از ضرایب رگرسیون چندگانه با مدل گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندگانه با مدل گام به گام برای پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند

مدل	متغیرهای پیش بین	ضرایب رگرسیون			T	معناداری
		غیراستاندارد B	انحراف استاندارد	استاندارد شده ß		
۱	حمایت اجتماعی	۱/۴۵۸	۰/۱۶۱	۰/۴۷۹	۹/۰۵۵	۰/۰۰۱
۲	حمایت اجتماعی	۱/۳۹۲	۰/۱۷۷	۰/۳۳۱	۷/۸۶۴	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی	۰/۶۲۹	۰/۱۲۰	۰/۳۱۲	۵/۲۴۱	۰/۰۰۱
۳	حمایت اجتماعی	۱/۳۸۴	۰/۱۹۵	۰/۳۲۴	۷/۰۹۷	۰/۰۰۱
	سرمایه اجتماعی	۰/۶۸۱	۰/۲۰۹	۰/۳۰۷	۳/۲۵۸	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۶۲۹	۰/۳۲۶	۰/۲۴۸	۱/۹۲۹	۰/۰۰۲

یافته های جدول ۴ نشان داد که در مدل سوم حمایت اجتماعی با بتای ۰/۳۲۴ بیشترین سهم را در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند دارد (P≤۰/۰۰۱، β=۰/۳۲۴)، سپس سرمایه اجتماعی با بتای ۰/۳۰۷ نقش موثری در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند دارد (P≤۰/۰۰۱، β=۰/۳۰۷) و پس از حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، سخت رویی روانشناختی با بتای ۰/۲۴۸ نقش موثری در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند دارد (P≤۰/۰۰۲، β=۰/۲۴۸).

بحث و نتیجه گیری

بررسی ویژگی های روانشناختی زنان سالمند به خصوص بررسی کیفیت زندگی آنان با توجه به مسائل و مشکلات حمایتی، اجتماعی، توانبخشی، بهداشتی و درمانی اهمیت فراوانی دارد. نتایج این پژوهش نشان داد سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با یافته پژوهش های قبلی همسو بود (۱۱-۹). در تبیین این یافته می توان گفت سرمایه اجتماعی منبعی از میراث روابط اجتماعی است و فعالیت های جمعی را تسهیل می کند و دربرگیرنده شبکه هایی از پیوندهای اجتماعی هستند و باعث دور هم جمع شدن افراد به صورت منسجم و با ثبات به منظور تحقق هدفی مشترک می شوند که این عوامل نخست باعث افزایش کارآمدی و اعتماد به نفس و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می شوند. تبیین دیگر اینکه سرمایه اجتماعی جمع منابع بالقوه ای است که حاصل شبکه های بادوام روابط کم و بیش نهادینه شده در گروه ها است. شبکه ای که هر یک از اعضای را پشتیبانی می کند و آنان را مستحق اعتبار می سازد و هر چقدر افراد اعتبار

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

بیشتری داشته باشند، کمتر دچار تنش و استرس می شوند، بیشتر از راهبردهای مقابله ای سازگار استفاده می کنند و چالش های زندگی را بهتر حل می کنند که این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می شوند.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با یافته پژوهش های قبلی همسو بود (۱۸-۱۵). در تبیین این یافته می توان گفت حمایت اجتماعی می تواند مانند سپری در مقابل حوادث و رویدادهای تنش زا باشد که انزوا را کاهش می دهد و در فرد احساس عزت نفس و ارزشمندی ایجاد می کند و هر چه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می کند بیشتر باشد به همان اندازه از سلامت و رضایت از زندگی بالاتری بهره مند می شود که این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می شوند. تبیین دیگر اینکه حمایت اجتماعی باعث می شود فرد احساس کند که مورد علاقه دیگران است، از وی مراقبت می شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به شبکه ای از ارتباطات است. هر چقدر این شبکه های ارتباطی و حمایتی بیشتر باشند به افراد در کنار آمدن با فشارهای محیطی کمک بیشتری می کنند و به لحاظ روانی افراد را در موقعیتی آرامش بخش قرار می دهند که این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می شوند.

همچنین نتایج دیگر نشان داد که سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی زنان سالمند رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با یافته پژوهش های قبلی همسو بود (۲۴-۲۲). در تبیین این یافته می توان گفت افراد سخت رو دارای گروهی از ویژگی های شخصیتی هستند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس زا عمل می کنند. همچنین این افراد قدرت کنترل وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات، آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می کنند که این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می شوند. تبیین دیگر اینکه افراد با سخت رویی بالا در مقایسه با افراد با سخت رویی پایین رویدادهای تنش زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند و همین امر باعث می شود تا برانگیختگی فیزیولوژیکی که در اثر ارزیابی منفی رویدادها ایجاد می شود و به بروز نشانگان تنیدگی می انجامد در افراد سخت رو کمتر باشد که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی افراد سخت رو می شود.

علاوه بر آن نتایج نشان داد در یک مدلی که سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی به طور همزمان برای پیش بینی کیفیت زندگی رقابت نمایند به ترتیب حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و سخت رویی روانشناختی نقش مستقیم و موثری در پیش بینی کیفیت زندگی زنان سالمند داشتند. در این مدل متغیرهای پیش بین توانستند ۵۰/۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی زنان سالمند را پیش بینی کنند. در این مدل مشخص شد که حمایت اجتماعی بالاترین وزن استاندارد را داشت. پس آنچه در پیش بینی کیفیت زندگی نقش عمده ای ایفا می کند در درجه نخست حمایت اجتماعی است. یعنی اینکه میزان ارزیابی افراد درباره محبت، همراهی و توجه از محیط، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد چقدر است.

نخستین و مهمترین محدودیت این مطالعه، مشکلات ذهنی ذهنی و جسمی سالمندان بود که باعث مشکلاتی در مشارکت برخی از آنان در پژوهش شد. با توجه به یافته های به دست آمده پیشنهاد می شود مشاوران و درمانگران برای بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند، از طریق کارگاه های آموزشی سرمایه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

اجتماعی، حمایت اجتماعی و سخت رویی روانشناختی آنان را بهبود بخشند و برنامه ریزان به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه هایی را برای بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند طراحی کنند. همچنین پیشنهاد می شود این پژوهش در زنان سایر شهرها و مردان سالمند انجام شود و با نتایج مطالعه حاضر مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه سالمندان شهر قرچک که با صبر و شکیبایی خود ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

References

1. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Borji M, Jahani S, Shiri P, Azami A. [Assessing the status of sleep quality in elderly city of Ilam in 2015]. Journal of Geriatric Nursing 2016; 2(3): 44-53. (Persian)
3. Danesh MJ, Chang AL. The role of the dermatologist in detecting elder abuse and neglect. Journal of the American Academy of Dermatology 2015; 73(2): 285-293.
4. Uysal M, Sirgy MJ, Woo E, Kim H. Q uality of life (QOL) and well-being research in tourism. Tourism Management 2016; 53(4): 244-261.
5. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. International Journal of Cardiology 2011; 149(2): 4–9.
6. Kowalski CH, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, et al. Burnout in nurses - the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. Journal of Clinical Nursing 2010; 19: 1654-1663.
7. Kouvonen A. Low workplace social capital as a predictor of depression: the finish public sector study. American Journal of Epidemiology 2008; 10: 213-226.
8. Rothon C, Goodwin L, Stansfeld S. Family social support, community social capital and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. Social Psychiatry Epidemiology 2011; 2: 94-108.
9. Hamdan H, Yusof F, Marzukhi MA. Social capital and quality of life in urban neighborhoods high density housing. Social and Behavioral Science 2014; 153(10): 169-179.
10. Hu F, Niu L, Chen R, Ma Y, Qin X, Hu Z. The association between social capital and quality of life among type 2 diabetes patients in Anhui province, China: a cross-sectional study. Public Health 2015; 10: 15-21.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

11. Alizadeh-Aghdam M, Soltani-Bahram S, Alizadeh-Aghdam R. [Relationship between social capital and the quality of life in University of Tabriz retirees]. Journal of Management and Development Process 2013; 26(3): 63-78. (Persian)
12. Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: a mixed-methods analysis. Social Science & Medicine 2015; 128: 220-230.
13. Charyton C, Elliott JO, Lu B, Moore JL. The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. Epilepsy Behavior 2009; 16(4): 640-645.
14. Xu J, Ou L. Resilience and quality of life among henchman earthquake survivors: the mediating role of social support. Public Health 2014; 128(5): 430-437.
15. Wu X, Chen J, Huang H, Liu Z, Li X, Wang H. Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. Applied Nursing Research 2015; 28(2): 169-174.
16. Paterson C, Jones M, Rattray J, Lauder W. Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. European Journal of Oncology Nursing 2013; 17(6): 750-759.
17. Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. [Prediction of quality of life of non–insulin dependent diabetic patients based on perceived social support]. Zahedan Journal Research Medicine Science 2012; 14(2): 82-85. (Persian)
18. Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad G. [Relation between general self-efficacy and perceived social support with quality of life in heart-coroner patients: a cross-sectional study]. Journal of Health System Research 2013; 19(5): 531-539. (Persian)
19. Delahaij A, Gaillard C, Van Dam P. Hope and Hardiness as related to life satisfaction. The Journal of Positive Psychology 2010; 3(8): 171-179.
20. Bahamin GH, Taheri F, Moghaddas AR, Sohrabi F, Dortaj F. The effects of hardiness training on suicide ideation, quality of life and plasma levels of lipoprotein in patients with depressive disorder. Social and Behavioral Sciences 2012; 46: 4236-4243.
21. Maddi SR. Hardiness: The courage to grow from stresses. Journal of Positive Psychology 2006; 1: 160-168.
22. Gharehzad Azari M, Ghorban Shirudi SH, Khalatbari J. Relationship of hardiness training with anxiety and quality of life of pregnancy women. Social and Behavioral Sciences 2013; 84(9): 1785-1789.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]

23. Aghayousefi A, Shahandeh M. [The relationship between anger, psychological hardiness and quality of life in coronery heart disease patients]. Health Psychology 2012; 1(3): 1-11. (Persian)
24. Aubi S, Teimory S, Nayyeri M. [Hardiness, quality of life and well-being]. Developmental Psychology: Iranian Psychologists 2010; 6(24): 353-360. (Persian)
25. Pajak K. A tool for measuring bridging social capital. Proceedings of the research network for the sociology of culture conference, Ghent: Belgium Het 2006; 3: 15-17.
26. Adibisade M, Yazdkhasti B, Rabbani Khorasgani A, Lotfizade A. [Assessment of inter group social capital]. Social Welfare 2010; 10(3): 193-220. (Persian)
27. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment 1998: 52: 30-41.
28. Beyrami M, Movahedi Y, Movahedi M. [The relationship between perceived social support and the feeling of social-emotional loneliness with internet addiction in University students]. Social Cognition 2014; 3(3): 109-121. (Persian)
29. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 1979; 37: 1-11.
30. Souri A, Ashoori J. [The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes]. Journal of Nursing Diabetes 2015; 3(2): 53-65. (Persian)
31. Pourakbari F, Khajevand Khoshli A, Asadi J. [Relationship of psychological hardiness and quality of life with death anxiety in nurses]. Journal of Research Development Nursing & Midwifery 2014; 11(2): 53-59. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.70]