ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری دیابت

نفیسه حکمتی‌پور[1]، نورالله طاهری[2]، حمید حجتی[3*]، شهره ربیعی[4]

۱. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.

۳. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد علی آباد کتول، دانشگاه آزاد اسلامی، علی آباد کتول، ایران .

۴.بیمارستان نفت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور، اهواز، ایران.

*نویسنده مسئول: حمید حجتی- پست الکترونیکی: h_hojjati132@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: مراقبت از دیابت در سالمندان به علت مشکلات عدیده ای مانند بیماری‌های زمینه ای یا ناتوانی جسمی امری مشکل است. مهمترین مسائلی که در تأمین نیازهای جسمی و روانی سالمندان تأثیر بسزایی دارد، چگونگی مراقبت از آن ها است. حمایت اجتماعی برای افراد منابع روان شناختی و محسوسی را فراهم می کند تا بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری دیابت انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی همبستگی، کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهرستان های خرمشهر و اهواز (۷۳ سالمند زن) که دارای ملاک های ورود به مطالعه بودند، به روش سرشماری انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مشتمل بر دو پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه SF-36 و پرسشنامه استاندارد شده حمایت اجتماعی بیماری دیابت (DDSQ- family) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش۱۳ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: آزمون رگرسیون خطی بین حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی (p=۰/۰۰۸) و بعد روانی (P <۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری را نشان داد ولی در بعد جسمی و اجتماعی (P=۰/۴۹) ارتباط معنی‌داری را نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی ساکنین سرای سالمندان به طور کلی نسبت به سالمندان جامعه از وضعیت نامطلوبتری برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سالمندان

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

مقدمه

امروزه سالمندی یک بیماری محسوب نشده و گذر از مرحله‌ای به مرحله جدیدی از زندگی تلقی می گردد. پیری واقعیتی است اجتناب‌ناپذیر. با پذیرش این دیدگاه که پیری زمان پختگی و کمال است، نه زمان تسلیم شدن به آن، سالمندی معنای زیبایی به خود خواهد گرفت. امروزه با پیشرفت علم بهداشت و گسترش آن هر سال بر شمار سالمندان جهان افزوده می‌شود (۱). سازمان ملل پیش بینی می‌کند آمار سالمندی تا سال ۲۰۵۰ به رقم ۱ میلیارد و ۹۶۸ میلیون و ۱۵۳ هزار نفر خواهد رسید. طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ جمعیت بالای ۶۰ سال ایران برابر ۷/۲۷ درصد برآورد شده است و پیش بینی می شود در ۱۵ سال آینده به رقم ۱۰/۷ الی ۱۵ درصد برسد. شاخص‌های آماری نشان داده‌اند روند سالمند شدن جمعیت در کشور ما آغاز شده و پیش بینی می شود در فاصله ۲۰ سال بین سال‌های ۹۵- ۱۳۷۵ به میانه سنی جمعیت کشور ۱۰ سال افزوده می‌شود (۲). همزمان با آغاز سالمندی، افراد به تدریج برخی از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی خود را از دست می‌دهند (۲). از جمله بیماری‌های ناتوان کننده و شایع در سالمندان، بیماری دیابت است که هزینه‌های هنگفتی را به دولت‌ها تحمیل می نماید. دیابت بیماری متابولیکی است که با هیپرگلیسمی مزمن مشخص شده و منجر به صدمه به ارگان‌های مختلف فرد مبتلا و کاهش طول عمر وی می گردد(۳، ۴، ۵). مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سن، شیوع دیابت به طور متوسط ۲۰- ۱۰ درصد افزایش می‌یابد (۶، ۷). بنابراین میزان شیوع دیابت در جمعیت سالمند جهان بسیار بیشتر می باشد. طول عمر افراد سالمند دیابتیک به طور متوسط ۷/۵ تا ۸/۲ سال کمتر از افراد غیر دیابتیک سالمند می باشد (۸). سالمندان مبتلا به دیابت به طور معمول نسبت به افراد همسن غیر دیابتیک خود از کیفیت زندگی پایینتر و ابتلا بیشتری به سایر بیماری‌های مزمن برخوردار هستند (۹، ۱۰). از آنجا که با افزایش سن، توانایی افراد کاهش می یابد و نزدیک به ۵۸٪ افراد بالای ۶۵ سال به مراقبت‌های خاص نیاز دارند، اهمیت مراقبت از این گروه چشم گیر است. وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد و به ویژه سالمندان تأثیر بسزایی دارد (۱۱). بر اساس مطالعه ابوالحسنی یار دیابت و عوارض آن در سال ۱۳۸۰ در ایران بر اساس شاخص DALYs (سال‌های از دست رفته به دلیل ناتوانی و نیز مرگ زودرس) ۳۰۶۴۴۰ سال بود. به عبارتی بیماری دیابت و عوارض آن در سال ۱۳۸۰ به دلیل کاستن از امید زندگی و نیز تحمیل انواع مختلف ناتوانی افراد دیابتی، معادل ۳۰۶۴۴۰ سال از عمر مفید آنان کاسته است. در واقع می توان بیان نمود که بار دیابت و عوارض آن بالاست (۱۲). مراقبت از دیابت در سالمندان به علت مشکلات عدیده ای مانند بیماری‌های زمینه ای یا ناتوانی جسمی امری مشکل است. مهمترین مسائلی که در تأمین نیازهای جسمی و روانی سالمندان تأثیر بسزایی دارد، چگونگی مراقبت از آنهاست. همچنین مشخص شده است بین حس تنهایی سالمندان و سلامت جسمی و روانی آنان رابطه ای منفی وجود دارد که این احساس تنهایی در سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر است. با افزایش میزان دیابت و جمعیت سالمندی در سال‌های اخیر در ایران، نیاز به برنامه ریزی جهت تمام جنبه‌های جسمی و رواتی محسوس می باشد. بر اساس تحقیقات متعدد سالمندانی که تنها زندگی می کنند، در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانواده خود زندگی می کنند، نسبت به بیماری‌های جسمی و روانی مستعدترند. بیماران دیابتیک علاوه بر درمان دیابت نیاز به مراقبت‌های روانی نیز میباشند (۱۳). حمایت اجتماعی یک

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان شناختی و محسوسی را فراهم می کند تا بتوانند با شرایط استرس زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند (۱۴). حمایت اجتماعی می تواند حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می باشد. کمک ملموس کالایی و یا خدماتی نیز تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده شده و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی گویند. شواهد مطالعات متعدد نشان داده اند که حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی و در کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می شود نقش دارد. همچنین با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته و بروز ناشی‌های جسمی و روانی را می کاهد (۱۵). مطالعه حسین پور و همکاران نشان داده است که حمایت عاطفی که یکی از ابعاد حمایت اجتماعی می باشد با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معنی‌داری داشتند(۱۴). همچنین غفاری و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود بیان نمودند که حمایت اجتماعی سبب کاهش افسردگی در سالمندان مبتلا به دیابت می‌گردد (۱۳). با توجه به مطالب گفته شده، سالمندی دوران حساسی از زندگی بشری است و توجه به مسایل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای این دوران توجه به کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر مهمی است که عمدتا مورد غفلت قرار می گیرد (۱۶). سالمند شدن جمعیت، این نگرانی را دامن زده که آیا این نیروی تحلیل رونده کار یعنی افرادی که هم اکنون به عنوان افراد میانسال در نظر گرفته می شوند و اغلب مسول نگهداری و حفاظت از افراد خردسال و سالمند می باشند، می توانند در آینده از کودکان و سالمندان حمایت نمایند یا خیر؟ نسبت وابستگی سالمندی از تقسیم کل جمعیت ۶۰ ساله بر جمعیت ۶۰-۱۵ سال بدست می آید که این نسبت در تمامی دنیا به سرعت در حال تغییر و افزایش است. افزایش این شاخص کمی، سئوالاتی را در مورد کیفیت زندگی در سالمندان نیز بر می‌انگیزد به طوری که در دنیا واژه سالمند پویا مطرح شده است. یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمندی، کیفیت زندگی آنها نیز مورد توجه قرار می گیرد (۱۷). لذا با توجه به اهمیت این مسئله و نیز با توجه به اینکه در کشور ما مطالعات اندکی در مورد کیفیت زندگی سالمندان انجام گرفته، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان ساکن سرای سالمندان شهر اهواز و خرمشهر در سال ۱۳۸۸، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی می‌باشد که در آن جامعه پژوهشی شامل کلیه سالمندان ساکن در سرای سالمندان شهرستان های خرمشهر و اهواز بوده و نمونه مورد مطالعه برابر جامعه پژوهشی بود که در این مطالعه تمامی سالمندان ساکن در سرای سالمندان که واجد ملاکهای ورود به مطالعه بودند و شامل ۷۳ سالمند زن بوده، در این مطالعه به روش سرشماری انتخاب گردیده و در مطالعه شرکت نمودند. ابزار گرد آوری داده‌ها در این پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه بود: الف) پرسشنامه ویژگیهای دموگرافیک که حاوی ۶ سوال بود). پرسشنامه SF-36 ، که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران بکار رفته است و روایی و پایایی آن به خوبی مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه جهت ارزیابی سلامت از دید بیمار می‌باشد

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

که تنها ۳۶ سوال دارد. این پرسشنامه در جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت‌های خاص، تعیین سیاستهای بهداشتی و بررسی کارائی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می‌توان آنرا به کار برد که پر کردن آن به صورت خود اجرا و یا به کمک پرسشگر یا به صورت حضوری یا تلفنی، امکان پذیر است. این پرسشنامه ۴ فاکتور اصلی سلامتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت عمومی، سلامت اجتماعی، و سلامت روانی (۱۸). میزان خام هر ۴ جنبه از حداقل عدد صفر تا حداکثر عدد۱۳۵ درجه بندی می‌شود. در این اندازه گیری عددی برای هر کدام از جنبه‌های ۴ گانه به دست می‌آید که نشان دهنده کیفیت زندگی فرد درآن جنبه است (۱۹). برای تفسیر داده‌ها در بخش سلامت عمومی حداقل و حد اکثر نمره ۲۱ – ۰، در بخش سلامت جسمی حداقل و حد اکثر نمره ۲۷ – ۰، در بخش سلامت روانی حداقل و حد اکثر نمره ۱۲ – ۰ ، سلامت اجتماعی ۳۸ – ۰ و در نهایت و به طور کلی، کسب نمره ۳۶-۰ کیفیت زندگی پایین،۸۰-۳۷ متوسط و ۱۳۵-۸۱ نشان دهنده کیفیت زندگی بالا است.

پرسشنامه استاندارد شده ۵۲ سوالی حمایت اجتماعی از بیماران دیابتی مختص خانواده سنجیده شد، این پرسشنامه مختص نوجوانان ۱۸- ۱۳ سال دیابتی بوده، که در مطالعه حیدری بازنگری و پس از حذف یک سوال برای سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه به صورت کلی میزان دریافت و درک بیماران از حمایت‌های ابزاری، اطلاعاتی، عاطفی و احساس تعلق در خانواده در ۴ زمینه مصرف دارو، آزمایش قند خون، رژیم غذایی و ورزش ارزیابی می‌گردد. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (یک امتیاز) تا همیشه (پنج امتیاز) درجه‌بندی شده است. همچنین یک گزینه موردی ندارد برای بیمارانی که موردی برای پاسخگویی به آن سوالات را نداشته‌اند نیز در نظر گرفته شده بود که هیچ امتیازی نداشت. دامنه امتیازات مجموع سوالات از ۲۰۴- ۵۱ بود و امتیاز بیشتر نشانه حمایت اجتماعی بالاتری بود، روایی این ابزار به روش محتوا مورد تأیید قرار گرفته بود و پایایی آن در مطالعه حیدری (۱۳۸۸) به روش آزمون مجدد ۰/۹۶ محاسبه شده بود (۲۰). پس از این مرحله پژوهشگران با مراجعه به جمعیت مورد مطالعه و با توضیح هدف از انجام پژوهش و نیز اطمینان به واحدهای مورد مطالعه در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و نیز اختیاری بودن شرکت در مطالعه پرسشنامه‌های بدون نام را در بین آنها توزیع نموده و سپس اطلاعات گردآوری شده را وارد کامپیوتر نموده و مراحل تجزیه و تحلیل روی آنها انجام گرفت. لازم به ذکر است که در زمان مطالعه ساکنان سرای سالمندان مورد بررسی دارای ۹۳ نفر بودند که از این میان ۲۰ نفر از آنان شرایط ورود به مطالعه را نداشتند و در نهایت مطالعه با ۷۳ نفر انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با بکارگیری روشهای آمار توصیفی و سپس با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه بررسی گردید. انجام آنالیز با استفاده از نرم افزار آماری spss 13.0 صورت گرفت. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

یافته‌ها

در رابطه مشخصات دموگرافیک میانگین سن واحدهای پژوهش ۳/۹ ± ۶۷/۵ سال که بیشترین ۱۷۵ نفر(۴۵٪) زن و ۲۱۰ (۵۵٪)مرد بودند که از نظر سطح تحصیلات بیشترین درصد۵۳٪(۲۰۴نفر) زیر دیپلم و کمترین درصد(۷٪ (۲۹نفر) دانشگاهی و همچنین ۱۱،(۴۴نفر)بی‌سواد و ۲۸٪(۱۰۸نفر) دیپلم و از نظر تاهل۸۹٪(۳۴۳نفر)متاهل و ۱۱٪(۴۲نفر بیوه و تنها) بودند. نتایج پژوهش نشان داد میزان حمایت اجتماعی سالمندان با میانگین و انحراف معیار ۵۳ ±۱۴۷/۲۸ در حد بالاتر از میانگین و میزان کیفیت زندگی ۴/۲۶ +۹۳/۷۷ به میزان بالاتر از میانگین بود که ازمون اماری رگرسیون خطی ارتباط معنی‌داری را نشان داد (P=00/1 , OR=1/6 Beta= 0/8) که در این ازمون Adjusted R sgauare=0/59نشان داد بیش از ۵۹٪ عوامل موثر بر کیفیت زندگی مربوط به حمایت‌های اجتماعی می باشد. همچنین آزمون رگرسیون خطی بین حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی در بعد سلامت عمومی (p=۰/۰۰۸ و بعد روانی (P <۰/۰۰۱ ارتباط معنی‌داری را نشان داد ولی در بعد جسمی p =۰/۴۹ و اجتماعی P=۰/۴۹ ارتباط معنی‌داری را نشان نداد(جدول شماره ۱). در رابطه با ارتباط حمایت اجتماعی با برخی مشخصات دموگرافیک بین حمایت اجتماعی با وضعیت تاهل(p<001 ارتباط معنی‌داری نشان داده شد. طوری که حمایت اجتماعی در افراد متاهل با میانکین و احراف معیار ۵۳/۷ ± ۱۵۰/۰۸و در افراد بیوه و تنها ۳۹/۹۶ ± ۱۱۸/۱بود . همچنین بین حمایت اجتماعی باسن P=۰/۰۶ جنس۰/۴۸ مدت ابتلا P=۰/۲۴اختلاف معنی‌داری نشان نداد. در رابطه با سلامت عمومی و مشخصات دموگرافیک نیز با وضعیت تاهل اختلاف معنی‌داری مشاهده شدp<001 طوری که میزان سلامت عمومی افراد بیوه ۲۰/۵۹ ± ۷۹/۶ و افراد متاهل ۲۶ +۹۵ بود . ولی بین سلامت عمومی با سن(P=۰/۱۴) مدت ابتلا P=۰/۶۷ جنس P =۰/۷۷ اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس مطالعه حاضر بین دو متغیر کیفیت زندگی سالمندان و حمایت اجتماعی از آنان توسط سایرین بر اساس مدل رگرسیون رابطه معنی‌داری یافت شد. بنابراین نتیجه بدست آمده با نتیجه تحقیق گروسی و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی سالمندان، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در شهر کرمان پرداخته همخوانی داشت (۲۱). سردشتی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در مطالعه خود نشان دادند که حمایت عاطفی که یکی از ابعاد حمایت اجتماعی است با کیفیت زندگی سالمندان رابطه مستقیمی دارد (۱۴). علی پور و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود نشان دادند که ابعاد حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مستقیمی دارند و هر چه حمایت اجتماعی بالاتر، کیفیت زندگی بالاتری در سالمندان مشاهده شده است (۲۲). در مطالعه Yan (۲۳) ۳٪ از کل واریانس کیفیت زندگی را در بیماری‌های مزمن به خود اختصاص می دهد، زمان زاده ۱۷٪ از کل واریانس کیفیت زندگی را در بیماران همودیالیزی نشان داده است (۱۵)، در حالی که مطالعه حاضر ۵۹٪ عوامل موثر بر کیفیت زندگی را ناشی از حمایت اجتماعی به دست آورده است که شاید علت این تفاوت ناتوانی بیشتر سالمندان در یادگیری و انجام کارهای شخصی، تنهایی آنان باشد (۱). همچنین زمان زاده و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه خود نشان دادند که حمایت اجتماعی سبب ارتقا کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی اجتماعی در بیماران همودیالیزی می شود که با یافته‌های مطالعه حاضر مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی و بعد روانی همخوانی دارد اما در ارتباط

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

با حمایت اجتماعی و بعد جسمی و اجتماعی مغایر است(۱۵). همچنین مطالعه بخشی پور رودسری نشان داده است که هر چه دریافت حمایت از سوی دیگران بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روانی بالاتری خواهد داشت؛ حمایت اجتماعی، به شکل معنی‌داری سلامت روانی را پیش بینی می کند (۲۴). نبوی (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود نقش حمایت اجتماعی و ابعاد آن را بر سلامت عمومی سالمندان موثر دانسته است (۲۵)، معتمدی شلمزاری و همکاران در مطالعه خود دریافتند که حمایت اجتماعی با رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی رابطه معنی‌داری داشت (۲۶). غفاری و همکاران در مطالعه خود بین حمایت اجتماعی و افسردگی افراد سالمند رابطه معکوسی یافتند (۱۳). نصرت آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۳ نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانه سالمندان شهرستان کرمان رابطه معنی‌داری وجود داشت (۲۷). قلی زاده و همکاران در مطالعه خود با این نتیجه رسیدند که بین عوامل خانوادگی)که مهمترین منبع تامین حمایت عاطفی هستند (و رضایتمندی از زندگی سالمندان از زندگی رابطه معنی دار است)؛ در این رابطه پژوهش حاضر نیز بیان نموده است که بین وضعیت تأهل و حمایت عاطفی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۸). مطالعات متعددی نشان دادند که حمایت خانواده و محیط اجتماعی نقش بسیار مهمی در ارتقا سلامت داشته و باور به خودکارآمدی را در افراد ارتقا می دهند(۲۹، ۳۰). در رابطه با سطح حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمندان مورد مطالعه در این پژوهش نتایج حاکی از آن بود که در تمامی انواع حمایت اجتماعی میانگین نمرات تفاوت معنی‌داری را نشان نداد که با یافته‌های مطالعه Antonucci و مطالعه Cheng متفاوت بود (۳۱،۳۲). علی رغم تسهیلاتی که در نگهداری از سالمندان در مراکز و خانه‌های سالمندان در نظر گرفته شده است، سالمندان عوامل تنش زای متعدد جسمی مانند بیماری‌های مزمن و روانی مانند حس تنهایی که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می شود مواجه هستند. بنابراین با حمایت‌های اجتماعی که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها برای این افراد انجام می شود می توان کیفیت زندگی را ارتقا داد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی بُعد تأثیر گذار بارز در کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت بوده است.

قدردانی:

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از شورای پژوهشی دانشکده پرستاری آبادان به خاطر زحمات برای اصلاح و تصویب طرح و از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به خاطر تقبل هزینه‌های طرح تقدیر و تشکر به عمل آوریم.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

Evaluation of the Relationship between Social Support and Quality of Life in Elderly Patients with Diabetes

Hekmati pour N[1], Taheri N[2], Hojjati H[3*], Rabiee SH[4]

1. Young Researchers and Elite Club, Aliabad katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad katoul, Iran.
2. Nursing Department , Ahvaz Gondii shapoor University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. Young Researchers and Elite Club, Aliabad katoul Branch, Islamic Azad University, Aliabad katoul, Iran.
4. Naft Hospital, Ahvaz Gondii shapoor University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

***Corresponding author:** Hojjati H**, E-mail:** h_hojjati132@yahoo.com

Abstract

Introduction: Provision of care for elderly patients with diabetes could be difficult due to the complications of this disease, such as underlying medical conditions or general disability. Appropriate care for elderly diabetic patients could significantly affect their physical and mental health. Psychological and social support for these patients could help them manage and control stressful situations and concerns of daily life. This study aimed to determine the relationship between social support and quality of life in elderly patients with diabetes.

Methodology: This descriptive correlational study was conducted on all the elderly residents of the nursing homes in Khorramshahr and Ahwaz cities (73 female patients), Iran. All the subjects met the inclusion criteria and were selected by census sampling. Data collection was performed using demographic questionnaires, SF-36 questionnaire and Diabetes Social Support Questionnaire Family-Version (DSSQ-Family). Data analysis was performed using SPSS V.13.

Results: According to linear regression results, there was a significant correlation between social support and different aspects associated with quality of life, including general health (P=0.008) and psychological health (P<0.001). However, no significant correlation was observed between social support and physical or social health of the patients (P=0.49).

Conclusion: According to the results of this study, quality of life was significantly lower among the elderly residents of nursing homes compared to other individuals. Therefore, it is recommended that nursing homes attempt to enhance this parameter among the elderly by upgrading their facilities, establishing a friendly environment and encouraging family members to pay regular visits to the residents.

Keywords: Social Support, Quality of Life, Elderly

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

References

1. Hekmati pour N, Hojjati H, Farhadi S, Sharifnia S.H, Manouchehr B, Kouchaki G, et al. Effect of a regular exercise program on self consistency and life satisfaction among elderly in Gorgan and Gonbad (2011). Quarterly Journal of Geriatric Nursing. 2014; 1(1): 73- 84 (Persian).
2. Akhondzadeh G, Akhondzadeh J. Effectiveness of memory recall on memory performance of elderly. Quarterly Journal of Geriatric Nursing. 2014; 1(1): 64-72 (Persian).
3. Harris MI, Hadden WC, Knowler WC, Bennett PH. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in US population aged 20-74. Diabetes. 1987; 36: 523-34.
4. Tuomilehto J, Nissinen A, KJivela SL, Pekkanen J, Kaarsalo E, Wolf E, et al. Prevalence of diabetes mellitus in elderly men aged 65 to 84 years in eastern and western Finland. Diabetologia. 1986; 29: 611-5.
5. Glatthaar C, Welborn TA, Stenhouse NS, Garcia-Webb P. Diabetes and impaired glucose tolerance: a prevalence estimate based on the Busselton 1981 survey. Medical Journal of Australia. 1985; 143: 436-40.
6. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
7. Vischer UM, Bauduceau B, Bourdel-Marchasson I, Blickle JF, Constans T, Fagot-Campagna A, et al. A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly. Diabetes Metab. 2009; 35(3): 168-77.
8. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. Arch Intern Med. 2007; 167(11): 1145-51.
9. Schlater A. Diabetes in the elderly: The geriatrician's perspective. Can J Diabetes. 2003; 27: 172-5.
10. Miller DK, Lui LY, Perry HM 3rd, Kaiser FE, Morley JE. Reported and measured physical functioning in older inner-city diabetic African Americans. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1999; 54(5): 230-6.
11. Arastoo A, Ghassemzadeh R, Nasseh H, Kamali M, Rahimi Foroushani A, Arzaghi M, Zahed nejad Sh. Factors Affecting Quality of Life in Elderly Diabetic Residents of the Kahrizak Geriatric Nursing Home of Tehran. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2012; 14(1): 18- 24 (Persian).
12. Abolhasani F, Mohagerie Tehrani MR, Tabatabaei O, Larijani B. Burden of diabetes mellitus and its complications in Iran in year 2000. Iran Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2005; 5(1): 35-48 (Persian).
13. Ghaffari M, Shahbazian H, Kholghi M, Haghdoost MR. Relationship between social support and depression in diabetic patients. Journal of Ahvaz Jundishapur University Medical Sciences. 2008; 8(4): 383- 390 (Persian).
14. Mousavi Sardashti1 M, Keshavarz H, Ansari E, Hosseinpour K. Study of the Relationship of Emotional Support and Quality of Life of the Elderly in Shahr-e-Kord. J Health System Research. 2014; 10(1): 58-66 (Persian).
15. Zamanzade V, Heidarzade M, Ashvandi KH, Lak Deizgi S. Relationship between Quality of life and Social Support in Hemodyalisis Patients. Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service. 2006; 29(1): 49- 54 (Persian).
16. Vahdani nia M, Goshtasbi A, Maftoun F. Quality of Life Related to health in the elderly. Payesh of Journal. 2005; 4(3): 113- 20 (Persian).
17. Albockordi M, Ramezani MA, Qraizi FS. evaluate the quality of life (QoL) among elderly persons aged above 60 years living in Shahinshahr of Isfahan province in the year 2004. Journal of Ahvaz Jundishapur University Medical Sciences. 2007; 5 (51): 701-7 (Persian).
18. Lassey WR, Lassey ML. Quality of life for older people: An international perspective. 1st ed. U.S.A: Prentice Hall PTR, Upper Saddle River, NJ; 2001.
19. Becker M. A US experiences: Consumer responsive Quality of life measurement. Can J Commun Ment Health. 1998; 3: 41-52.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]

20. Heidari SH, Nouri tajer M, Hoseini F, Einanlou M, Golgiri F, Shirazi F. Geriatric Family Support and Diabetic Type-2 Glycemic Control. Iranian Journal of Ageing. 2008; 3 (2) : 573-80 (Persian).
21. Garooci S, Safizadeh H. The eldery and social support and quality of life for seniors and Case Study in Kerman. Journal of Ahvaz Jundishapur University Medical Sciences. 2012; 11(3): 303-5 (Persian).
22. Ali Pour F. Examined the relationship between social support and quality of life in District 2 of Tehran. [Msc thesis]. Tehran, Iran: Welfare and Rehabilitation Medical Sciences University; 2008. (Persian)
23. Yan H, Sellick K. Symptoms, Psychological distress, Social support, And quality of life of Chinese patient newly diagnosed with gastrointestinal cancer. Cancer Nursing. 2004; 27(5): 389- 99.
24. Bakhshipour Roudsari A, Peiravi H, Abedian A. The relationship between life satisfaction and social support for students with mental health. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2005; 7(27): 145-52 (Persian).
25. Nabavi S, Rezadoust K, Bahrami Nejad Z. Effect of Social support on General health in elderly. iranian Journal of Sociology. 2008; 10(4): 73- 104 (Persian).
26. Motamedi SH, AbdolahAegeei J, AzadFallah P, Kyamnsh A. The role of social support in life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years. The Journal of Psychology. 2002; 6(12): 117 (Persian).
27. Nosrat Abadi M, Saber M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. Journal of Health & Development. 2014; 3(3): 189- 99 (Persian).
28. Verissimo R. Emotional intelligence, social support and affect regulation. Acta méd port. 2005; 18(5): 345-52.
29. Naseh M, GaziNoor M, Joghataii MT, Nujomi M, Richter Y. Persian scale of social support.
30. Social Welfare Quarterly. 2011; 11(41): 251-66 (Persian).
31. Antonucci TC, Akiyama H. An examination of sex differences in social support among older men and women. Sex Roles. 1987; 17:(11-12): 737-49.
32. Cheng ST, Chan AC. Social support and self-rated health revisited: is there a gender difference in later life?. Soc Sci Med. 2006; 63(1): 118-22.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.1.4.4]