

بررسی به‌زیستن اجتماعی زنان مراقب والدین سالمند شهر ایلام

مسعود الماسی^{*}، مجید کوششی^{**}، فاطمه ترابی^{***}، حسین محمودیان^{****}

چکیده

به‌زیستن اجتماعی افراد، معلول عوامل و شرایط متعدد و متفاوتی است، از این رو وقوف به ماهیت آن‌ها به‌عنوان یک مجموعه به هم‌بسته و پیوسته، نیازمند بررسی عوامل مختلفی در ارتباط و همبستگی با یکدیگر است. در این راستا و با توجه به اهمیت موضوع و نیز شرایط اجتماعی و فرهنگی پیش‌روی زنان، مقاله حاضر به بررسی وضعیت به‌زیستن اجتماعی زنان مراقب سالمند شهر ایلام و اثرپذیری فشارهای ناشی از این مراقبت بپردازد. این پژوهش به شیوه پیمایشی، بر اساس طرح مقطعی انجام و اطلاعات موردنیاز به‌وسیله‌ی توزیع پرسشنامه به شیوه خوشه‌ای در بین ۵۹۳ نفر از زنان ۴۹-۳۰ ساله شهر ایلام گردآوری شده است. متغیر فشار مراقبتی با استفاده از پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای (CBI) و متغیر به‌زیستن اجتماعی با استفاده از پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای به‌زیستن اجتماعی کبیز سنجش شدند و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی پاسخگویان بر حسب متغیرهای سن، شغل، سطح تحصیلات و تعلق ذهنی طبقاتی از تفاوت معنی‌دار برخوردار است و رابطه متغیر فشارهای مراقبتی با به‌زیستن اجتماعی بیانگر وجود همبستگی معکوس است. همچنین نتایج نشان داد هرچه فشار مراقبتی ناشی از مراقبت خانگی والدین سالمند بیشتر باشد، به نسبت به‌زیستن اجتماعی زنان بزرگ‌سال کمتر خواهد بود که این امر می‌تواند حساسیت و نگرانی مسئولان را در مورد به‌زیستن اجتماعی زنان و نیز مراقبت خانگی از سالمندان بیشتر کند.

واژگان کلیدی

به‌زیستن اجتماعی، فشار مراقبتی، مراقبت از والدین سالمند، زنان شهر ایلام

*. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول) (almasi_57@yahoo.com)

**دانشیار گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (kooshesh@ut.ac.ir)

***دانشیار گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (fatemeh_torabi@ut.ac.ir)

****استاد گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران (hmahmoud@ut.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۴

۱- مقدمه و بیان مسئله

امروزه موضوع بهزیستن اجتماعی زنان به‌عنوان از مهم‌ترین اقشار جامعه یک مسئله حیاتی است که با چالش‌های فراوانی روبه‌رو شده است. مفهوم بهزیستن اجتماعی را برای نخستین بار کبیز در سال ۱۹۹۸ مطرح کرد. وی این مفهوم را با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه و کیفیت روابط او با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست، توصیف کرد (Radzyk, 2015). از نظر کبیز، بهزیستن اجتماعی «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» است که انعکاسی از «سلامت اجتماعی بالا» است (Keyes, 1998: 122). بر این اساس، بهزیستن اجتماعی، گاه یک ویژگی فردی و بخشی از سلامت فرد و زمانی ویژگی جامعه و مترادف با جامعه سالم شمرده می‌شود؛ لذا می‌توان گفت فرد سالم کسی است که از نظر اجتماعی، جامعه را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و آماده برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (Negovan, 2010: 89).

بهزیستن اجتماعی در بین زنان، به عوامل متعددی وابسته است. بر اساس مدل چندوجهی کبیز، بهزیستن اجتماعی می‌تواند به‌عنوان عاملی متأثر از تجارب زندگی و یا تحولات زندگی و نیز چالش‌های خاص (مانند مراقبت از والدین سالمند) مورد مطالعه قرار گیرد. در امر مراقبت از والدین سالمند، معمولاً یک نفر بیشتر از دیگران سهم مراقبت را بر دوش می‌کشد و به‌عنوان مراقب اصلی یا اولیبه نامیده می‌شود (Smith, Morton & Van Rooyen, 2022). با توجه به اینکه معمولاً دختران این نقش را به عهده می‌گیرند و برای ایفای نقش‌های خود مجبور به از خودگذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و بهزیستن خود می‌باشند و از طرفی، امر مراقبت با سایر مسؤولیت‌ها چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری آن‌ها تداخل می‌یابد (Noor & Isa, 2020)، در نهایت منجر به احساس فرسودگی در بین دختران شده که این امر نیز موجب مستعد شدن فرد مراقب، در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن و مشکلات روانی می‌شود (محمدی شاهی‌بلاغی، ۱۳۸۵: ۲۷). همچنین به علت اینکه دختران، مدت‌زمانی طولانی نقش مراقبتی از بیمار را بر عهده‌دارند، احساس فشار را تجربه می‌کنند که این حس افزایش فشار نیز منجر به تجربه نشانه‌های منفی جسمی و روانی و عاطفی می‌شود (Bevans & Sternberg, 2012)، و بر روی کیفیت زندگی و بهزیستن اجتماعی آن‌ها نیز تأثیر منفی بر جا می‌گذارد.

با وجود اهمیت این موضوع و انجام پژوهش‌های متعدد در دو حوزه به‌زیستن اجتماعی و فشارهای مراقبتی، تاکنون تأثیر چالش‌های ناشی از ایفای نقش دختران به‌عنوان مراقب و پرستار والدین سالمند بر به‌زیستن اجتماعی آن‌ها، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. به‌رغم آنکه بنی اردلان و همکاران (۱۴۰۱)، حسین‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، مجیدی خامنه و مهدوی (۱۳۹۷)، فرهادی (۱۳۹۵)، نور و عیسی (۲۰۲۰)، پالمر و همکاران (۲۰۱۸)، وان اینوو و همکاران (۲۰۱۸)، دی‌فورگ و همکاران (۲۰۱۷)، بارتوو و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهش‌های جداگانه‌ای، ابعاد و زوایای مختلف مشکلات و مسائل پیش‌روی مراقبان خانگی سالمندان را مورد بررسی قرار داده‌اند، اما نقش دختران در مراقبت از والدین سالمند و نیز مشکلات مربوط به سلامت و به‌زیستن ناشی از این مراقبت برای آن‌ها، یا همچنان مغفول بوده و یا در سایه مطالعه سایر مراقبین مفقود مانده است. این نقیصه و غفلت در شرایطی اتفاق افتاده است که بر اساس داده‌های گذران وقت در سال ۱۳۹۴، ۵۴۲ نفر (۶/۷ درصد) از ۸۱۴۲ دختر ۳۰ تا ۴۹ ساله مورد بررسی در کل کشور، به مراقبت از بزرگسالان عضو خانوار خود می‌پرداخته‌اند.

۶۷

در این میان از یک‌سو میانگین بالای سن ازدواج دختران و آمار بالای دختران بازمانده از ازدواج در شهر ایلام نسبت به میانگین کشوری و از سوی دیگر چالش‌های پیش‌روی سالمندان و مشکلات پیش‌روی خانواده‌ها در مراقبت خانگی از سالمندان؛ از مهم‌ترین دلایل انتخاب شهر ایلام به‌عنوان جامعه آماری این پژوهش بوده است.

بر این اساس و در راستای توجه به مسائل اساسی زنان، این پژوهش در پی دستیابی به پاسخ این سؤال است که فشارهای مربوط به مراقبت خانگی از والدین سالمند چه اثراتی بر به‌زیستن اجتماعی زنان شهر ایلام گذاشته‌اند؟

۲- پیشینه پژوهش

حسین‌پور و همکاران در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران»، به این نتیجه رسیدند که سن مراقبین با فشار مراقبتی و آمادگی برای مراقبت با کیفیت زندگی مراقبین رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار و آمادگی برای مراقبت با فشار مراقبتی و فشار مراقبتی با کیفیت زندگی مراقبین رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار دارد (حسین‌پور و همکاران، ۱۴۰۰).

ایزدآبادی و همکاران در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران»، ۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های سیرجان را به طور تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره شامل؛ دو گروه مداخله (یک گروه برای آموزش ذهن آگاهی و دیگر آموزش فراشناخت) و یک گروه کنترل مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین نمرات در ابعاد بهزیستی اجتماعی در گروه‌های مداخله بعد از اجرای آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی افزایش داشته است و بیشترین افزایش در گروه‌های ذهن آگاهی و فراشناخت به ترتیب مربوط به خرده مقیاس‌های مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی بوده است. همچنین آموزش‌های ذهن آگاهی و فراشناخت بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران اثر مثبت داشته است (ایزدآبادی، بلوردی و ایمانی، ۱۳۹۹).

مجیدی خامنه و مهدوی در پژوهشی با عنوان «مفهوم مراقبت از والدین سالمند بر اساس تجربه زیسته مراقبین خانوادگی در تهران» با استفاده از روش رویکرد پدیدار شناختی هرمنوتیک و با به‌کارگیری فن مصاحبه عمیق و ثبت گفته‌ها، به تفسیر بیانات ۱۶ خانواده از مشارکت‌کنندگان در امر مراقبت از والدین سالمند ساکن در ناحیه شهران پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که مراقبت از والدین سالمند تحت تأثیر عوامل فردی و غیر فردی متعددی است و این عوامل باعث می‌شود مراقبین خانوادگی با توجه به تفاوت ادراک، عملکردهای مختلفی داشته باشند. برخی از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش مراقبت را تجربه‌ای مثبت و برخی منفی قلمداد می‌کنند. آن‌هایی که تجربه منفی از مراقبت دارند، اضطراب بیشتری را تحمل می‌کنند که در نتیجه نه هم بر کیفیت و کمیت مراقبت تأثیر منفی دارد و هم برای سلامت و به‌زیستن مراقبین پیامدهای منفی در بر دارد (مجیدی خامنه و مهدوی، ۱۳۹۷).

تجویدی و همکاران در پژوهشی با عنوان «ارتباط سلامت عمومی با مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبین خانوادگی بازماندگان سکنه مغزی» ۶۰ نفر از بازماندگان سکنه مغزی دو مرکز درمانی در تهران را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که مراقبان خانوادگی سکنه مغزی، در ابعاد مختلف، کاهش سلامت عمومی را تجربه می‌کنند و برنامه‌ریزی جهت افزایش سلامت عمومی و حمایت اجتماعی از آن‌ها از طریق سیاست‌گذاران حوزه سلامت و درمان امری ضروری است (تجویدی و همکاران، ۱۳۹۶).

دهقانی و همکاران در پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس» را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث بهبود کیفیت زندگی و فشار مراقبتی گروه

آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. نتایج پژوهش بر اهمیت کاربرد این مداخلات در فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این بیماران تأکید دارد (دهقانی، عمرانی‌فرد و بابامیری، ۱۳۹۵).

اسمیت و همکاران با استفاده از طرح پدیدار شناختی، اکتشافی - توصیفی به بررسی ماهیت متنوع مراقبین خانواده با تمرکز بر مقوله‌های مختلف روابط خویشاوندی پرداختند. یافته‌ها نشان داد که در بین مراقبین، نیاز یا تمایل به حمایت مؤثر از شبکه خانواده و همچنین چالش‌های ارتباطی بین اعضای خانواده و مراقب از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین مراقبین ارتباط پیچیده‌ای با خانواده‌های خود دارند، اما اغلب حمایت خانوادگی کمی را تجربه می‌کنند که این امر باعث استرس و تنش بین اعضای خانواده می‌شود (Smith et al, 2022).

نور و عیسی در پژوهشی با عنوان «مسائل و چالش‌های نسل ساندویچ مالزی در مراقبت از والدین سالمند» مسائل و چالش‌های پیش‌روی خانواده‌های این نسل (که از خانواده مراقبت و از سالمندان حمایت می‌کنند) در ۵ ایالت مالزی را به روش کیفی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که مسائل مالی، عاطفی، آینده تیره، استرس، پس‌انداز کمتر و مدیریت زمان، مسائل اصلی پیش‌روی این نسل است. همچنین یافته‌ها بیانگر آن است که پرستاری از سالمندان در کنار مراقبت از کودکان، نقشی چالشی است که توسط زنان ایفا می‌شود و زنان خانواده، علی‌رغم داشتن مسئولیت‌های شغلی، بار سنگین مسئولیت‌های مراقبت از خانواده، فرزندان و والدین سالمند را نیز بر دوش می‌کشند (Noor & Isa, 2020).

نتایج پژوهش رید و همکاران بر روی ۱۴۹۷ نفر از مراقبین بیماران آلزایمر در سه کشور انگلستان، آلمان و فرانسه نشان داد با وخامت شدت بیماری، میزان بار مراقبتی افزایش می‌یابد و فرزندان، با وجود زمان کمتر مراقبت (نسبت به همسران)، بار مراقبتی بیشتری تجربه می‌کنند. همچنین زندگی با بیمار و هم‌محل بودن (برای فرزندان) و جنسیت، جوان‌تر بودن و آموزش دیدن (برای همسران) بار مراقبتی بیشتری ایجاد می‌کند (Reed et al, 2014).

مرور پژوهش‌های خارجی در مورد به‌زیستن اجتماعی حاکی است که بیش‌تر مطالعات شامل توصیف و مفهوم‌سازی و تعریف شاخص‌ها و روش‌های اندازه‌گیری این مفهوم بوده است. همچنین اکثر این پژوهش‌ها کمی و از نوع پیمایشی و اغلب در کشور آمریکا و با رویکرد روان‌شناختی انجام شده است، به طوری که اکثراً سلامت و به‌زیستن را معادل سلامت و به‌زیستن روانی و جسمانی قرار داده و به جنبه اجتماعی آن توجه خاصی نشده است. در مورد پژوهش‌های داخلی نیز، ترجمه به‌زیستن اجتماعی به سلامت اجتماعی توسط برخی پژوهشگران، باعث سردرگمی محققان بعدی

شده است. در آخر آنکه علی‌رغم انجام پژوهش‌های متعدد پیرامون سلامت و به‌زیستن اجتماعی، تاکنون تحقیق جامع و کاملی در مورد به‌زیستن اجتماعی دختران و زنان، به‌ویژه با تأکید بر نقش فشارهای مراقبتی انجام نشده است.

۳- چارچوب نظری

از لحاظ تئوریک، برای تبیین به‌زیستن اجتماعی و عوامل مرتبط با آن، رویکردهای نظری متفاوتی وجود دارد که در این بخش تلاش شده است مناسب‌ترین نظریه‌هایی که بتوانند در تبیین موضوع مفید باشند، مورد استفاده قرار گیرند. طبق نظر کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است که: آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیار اجتماعی ارزیابی کرد؟ به نظر او مطالعه مربوط به سلامت با استفاده از مدل‌های زیستن، بیشتر بر وجه خصوصی از سلامت تأکید دارند، ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و کیفیت زندگی و عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد (Keyes, 1998:133). به عبارتی کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. او معتقد است به‌زیستن یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و مفهوم‌سازی سلامت باید آن قدر گسترده شود که به‌زیستن اجتماعی را در برگیرد (Keyes, 2007). بر این اساس کیز مفهوم به‌زیستن اجتماعی را برای نخستین بار در سال ۱۹۹۸ با ارائه مقیاسی به‌صورت جامع‌تر و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد و با توجه به ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه مفهوم‌سازی نمود (Radzyk, 2015) و در آن مقیاس و تحقیقاتی که پس از آن صورت داد، به‌زیستن اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست، تعریف کرد و فرض را بر این گذاشت که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی خود را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی نمایند. در این مفهوم، به‌زیستن اجتماعی بازتاب درک فرد از تجربیاتش در محیط اجتماعی است که به‌صورت مجموعه‌ای معنی‌دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، همراه با احساس تعلق به جامعه‌ای است که خود را در پیشرفت آن سهیم بدانند. به این ترتیب به‌زیستن اجتماعی دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هست؟ به چه مقداری؟ و چقدر در زندگی اجتماعی مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد؟ کیز بر این اساس مدل خود را که پنج عامل

یکپارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی شاخص‌های به‌زیستن اجتماعی را تشکیل می‌دهند، به شرح ذیل تشریح می‌کند:

یکپارچگی اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند (Keyes, 1998: 122).

انسجام اجتماعی: اعتقاد به اینکه اجتماع، قابل‌فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند، نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه همچنین راجع به آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقه‌مند بوده، احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازمان‌دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (همان).

مشارکت اجتماعی: به معنی ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارند، معتقدند که عضو مهمی در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. مشارکت اجتماعی یا ایفای سهم اجتماعی نشان‌دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آنچه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به‌عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود (Keyes, 2004: 5). ایفای سهم اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند که چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارد و فعالیت‌های روزمره او به‌وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آن‌ها ارزش قائل است، سهیم باشند.

شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این که اجتماع سرنوشت خود را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را که یک تکامل تدریجی است کنترل می‌کند و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مندند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود (همان: ۷). شکوفایی اجتماعی را می‌توان به معنی دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است، فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد، این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد و بالفعل می‌کند، تعریف کرد.

پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. پذیرش اجتماعی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از بهزیستن اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی که دارند، می‌پذیرند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اطمینان و اعتماد دارند (Keyes, 1998: 7). پذیرش اجتماعی، مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را، با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد. داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم کننده و پیچیده آن‌ها، از ویژگی‌های پذیرش اجتماعی است.

مدل چندوجهی کیز (۱۹۹۸) از بهزیستن اجتماعی، کارکرد بهینه افراد در عملکرد آن‌ها را معلوم می‌کند. بر اساس این مدل پژوهش‌های متعددی انجام شده که برخی به بررسی تأثیر سن، جنسیت یا پایگاه اقتصادی- اجتماعی بر بهزیستن پرداخته و برخی بهزیستن را به عنوان عاملی متأثر از تجارب زندگی و یا تحولات زندگی و نیز چالش‌های خاص (مراقبت از والدین بیمار) مورد مطالعه قرار داده‌اند. در مقاله حاضر و بر اساس مدل کیز، بهزیستن زنان شهر ایلام بر اساس متغیرهای زمینه‌ای و جمعیتی از جمله سن، سواد، شغل، تأهل و تعلق ذهنی طبقاتی زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

لی، مارتین و پون (۲۰۱۷) معتقدند بار مسئولیت مراقبت، همان فشار مراقبتی است که با وضعیت مراقبت گیرنده و سطح رشد اخلاقی مراقبت مرتبط است. این فشار مراقبتی که مراقبت دهندگان تجربه می‌کنند، عموماً برای توصیف ابعاد مختلفی از استرس که نتیجه‌ای از عدم تعادل بین تقاضای مراقبتی و در دسترس بودن منابع جهت برآوردن آن تقاضاها است، استفاده می‌شود (Kim & Given, 2008).

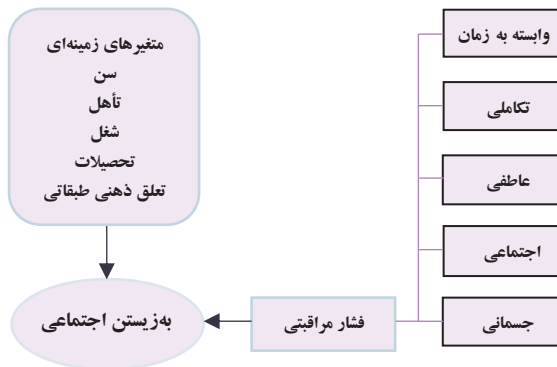
نظریه‌ی کارکردهای مشترک لیتواک (۱۹۷۰)، مراقبت‌های درازمدت از والدین سالمند را، به عنوان خصوصیت منحصر به فرد بستگان نزدیک، بهتر از سایر نظریه‌های این حوزه تبیین نموده است. این نظریه بر ماهیت امر (وظیفه) و ویژگی‌های عنصر گوناگون حمایت تأکید می‌کند. در این مدل، نظام خانوادگی به عنوان مناسب‌ترین عنصر انجام امور اولیه‌ی خانواده، امری که مستلزم صمیمیت و سابقه‌ی درازمدت هستند، در نظر گرفته می‌شود. در درون این شبکه نیز متناسب با

ساختار گروه‌ها، تفاوت‌هایی در ارائه حمایت اجتماعی و ایفای این نقش دیده شده است. اموری که فرزندان نزدیک (از نظر مکانی) به خوبی از عهده‌ی آن برمی‌آیند، اموری است که انجام آن مستلزم حضور فیزیکی است، درحالی‌که برای فرزندان که در مکان‌های دور اقامت دارند، فقط اموری مناسب است که مستلزم نزدیکی مکانی نیستند. برعکس انتظار می‌رود همسایگان در اموری کمک کنند که مستلزم سرعت پاسخ، کسب اطلاع و حضور در محدوده‌ی محل اقامت می‌باشند. دوستان به‌طور منحصربه‌فرد قادر به دخالت در مشکلاتی هستند که مستلزم درک وضعیت گروه همالان و مشابهت تجربه و سابقه است (کوششی، ۱۳۸۸: ۱۵۵ به نقل از کانتور ۱۹۷۹). این نظریه فرض می‌کند که عامل مهم، تفاوت‌ها در ساختار گروه‌های اولیه است؛ بنابراین ساختار گروه‌ها، تعیین‌کننده‌ی انتخاب حمایتگر بر حسب امر مورد حمایت است. طبق این مدل امور باید با ماهیت ساختار گروه‌های اولیه هماهنگ باشد (کوششی، ۱۳۸۸: ۱۵۵ به نقل از پیترز و دیگران ۱۹۸۷). نظمی که لیتواک در شبکه‌ی حمایت اجتماعی سالمندان کشف کرده بود، بر تناسب بین منبع حمایت (بر اساس ساختار روابط) و امر (وظیفه) محوله، استوار بود. این نظریه توان بالایی در تبیین الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان دارد و از این نظریه می‌توان پاسخ‌هایی مستدل برای ترجیح قاطع سالمندان در دریافت حمایت ابزاری از فرزندان و همسر فرزندان، ترجیح برادر/خواهر در برآورده کردن نیازهای مالی و الگوی چند منبعی حمایت عاطفی و نقش مؤثر دوستان و همسایه‌ها در این نوع حمایت‌ها استخراج کرد (کوششی، ۱۳۸۸: ۱۷۰).

بر اساس این نظریه، تعهد طولانی‌مدت در پرستاری و مراقبت‌های درازمدت، خصوصیت منحصربه‌فرد بستگان نزدیک سالمند است. با توجه به اینکه در امر مراقبت از والدین سالمند، یک نفر بیشتر از دیگران سهم مراقبت را بر دوش می‌کشد، معمولاً آن یک نفر از بین زنان خانواده و به‌ویژه دختران است. از آنجایی‌که امر مراقبت، با سایر مسؤولیت‌های دختران چون نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری تداخل می‌یابد و همچنین در مواردی آن‌ها را از دستیابی به نیازهای اساسی و فیزیولوژیکی محروم می‌نماید، منجر به احساس فرسودگی در بین مراقبین شده که این امر موجب مستعد شدن فرد مراقب، در ابتلا به اختلالات جسمی مزمن، مشکلات روانی و کاهش به‌زیستن اجتماعی می‌شود. بر این اساس فرضیه «هرچه فشارهای ناشی از مراقبت خانگی از والدین سالمند بیشتر باشد، به‌زیستن اجتماعی زنان بزرگ‌سال کمتر است» از این نظریه اخذ شده است. بر اساس مباحث مطرح شده فرضیات پژوهش به شرح ذیل است:

- به نظر می‌رسد به‌زیستن اجتماعی بر حسب سن پاسخگویان متفاوت است.

- به نظر می‌رسد به‌زیستن اجتماعی بر حسب وضعیت شغلی پاسخگویان متفاوت است.
- به نظر می‌رسد به‌زیستن اجتماعی بر حسب سطح تحصیلات پاسخگویان متفاوت است.
- به نظر می‌رسد به‌زیستن اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل پاسخگویان متفاوت است.
- به نظر می‌رسد به‌زیستن اجتماعی بر حسب تعلق ذهنی طبقاتی پاسخگویان متفاوت است.
- به نظر می‌رسد هرچه فشارهای ناشی از مراقبت خانگی از والدین سالمند بیشتر باشد، به‌زیستن اجتماعی زنان بزرگ‌سال کمتر است.



شکل ۱: مدل پژوهش

تعریف مفاهیم

به‌زیستن اجتماعی: کیز (۱۹۹۸) به‌زیستن اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آن‌هاست، تعریف کرد و فرض را بر این گذاشت که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی خود را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی نمایند. متغیر به‌زیستن اجتماعی مشتمل بر ۳۳ گویه (۶ گویه مربوط به عامل مشارکت اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل انسجام اجتماعی، ۷ گویه مربوط به عامل پذیرش اجتماعی، ۶ گویه مربوط به عامل یکپارچگی اجتماعی و ۷ گویه مربوط به عامل شکوفایی اجتماعی) است که نمره دهی آن بر اساس طیف لیکرت ارزیابی شده است.

فشار مراقبتی: فشارهای روانی، جسمی و اجتماعی که در اثر مراقبت از بیماران به مراقبین وارد می‌شود (که می‌تواند ریشه‌هایی از جمله فقر دانش و سواد داشته باشد) و به دنبال آن مشکلات زیادی همچون: فرسودگی، اضطراب و افسردگی را برای مراقبین خانگی ایجاد می‌کند

(Mohammed, Priya & George, 2015). یسوفا اودچوکا^۱ و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند فشار مراقبتی، ماهیت پنهان و کاملاً فردی داشته و درک این مفهوم، شخصی و درونی است که شامل مؤلفه‌های زیر است:

- فشار مراقبتی وابسته به زمان: بیانگر مقدار فشاری است که بر اثر مقدار زمانی که فرد مراقبت، برای مراقبت از بیمارش صرف می‌نماید، بر مراقب وارد می‌شود.
- فشار مراقبتی تکاملی: فشار ناشی از مراقبت از بیمار که در طول دوره‌های مختلف تکامل زندگی مراقب (مثل بلوغ) به او وارد می‌شود.
- فشار مراقبتی جسمی: فشار بدنی و فرسودگی جسمی که در طی مراقبت از بیمار به مراقب وارد می‌شود.
- فشار مراقبتی اجتماعی: جنبه‌های اجتماعی زندگی مراقب که در طول مراقبت از بیمار تحت تأثیر قرار می‌گیرد.
- فشار مراقبتی احساسی: عواطف و احساسات زندگی مراقب را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

۴- روش پژوهش

در انجام این پژوهش، از روش پیمایش بر اساس طرح مقطعی استفاده و اطلاعات مورد نظر از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان بزرگسال (۴۹ - ۳۰ ساله) شهر ایلام است که بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ تعداد کل آن‌ها ۴۸۶۸۷ نفر است. اهمیت و مرجع بودن گروه سنی بزرگسال (۴۹ - ۳۰ ساله) در بین زنان در حوزه‌های مختلف جمعیت‌شناسی (ازدواج، باروری و ...) مهم‌ترین علت انتخاب این گروه سنی در پژوهش حاضر است. حجم نمونه بر اساس جدول لین^۲، با فرض حداکثر واریانس $q=0/5$ ، $p=0/5$ و با $0/95$ سطح اطمینان، ۵۹۳ نفر است.

توزیع پرسشنامه در بین نمونه آماری مورد مطالعه، بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شده است. پرسشنامه پژوهش از دو بخش تشکیل شده است که در بخش اول متغیرهای زمینه‌ای شامل: سن، تأهل، شغل، سطح تحصیلات و میزان مراقبت، مورد پرسش قرار گرفتند و در بخش دوم، متغیر فشار مراقبتی با استفاده از پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای (CBI) و متغیر به‌زیستن

1. Yesufu - Udechuku

2. Lynn

اجتماعی (با استفاده از پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای به‌زیستن اجتماعی) سنجش شدند. برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی محتوا استفاده شد و پرسشنامه توسط تعدادی از صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش اعتبار درونی نیز از تکنیک آلفای کرونباخ استفاده شد. لازم به ذکر است که ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه فشار مراقبتی (CBI) توسط نواک و گست^۱ در سال ۱۹۸۹ مورد بررسی قرار گرفتند و پایایی خرده مقیاس‌های آن به شرح زیر به دست آمد: فشار مراقبتی وابسته به زمان (۰/۸۵)، فشار مراقبتی تکاملی (۰/۸۵)، فشار مراقبتی جسمی (۰/۷۷)، فشار مراقبتی اجتماعی (۰/۷۳) و فشار مراقبتی عاطفی (۰/۸۶). ضریب آلفای این پرسشنامه در ایران و در پژوهش سلمانی و همکاران (۱۳۹۲) عباسی و همکاران (۱۳۹۰) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است. همچنین پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای به‌زیستن اجتماعی طی دو مطالعه توسط کبیز روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، از نظر تجربی مورد تأیید قرار گرفته که ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی (۰/۵۷)، شکوفایی اجتماعی (۰/۶۹)، یکپارچگی اجتماعی (۰/۸۱)، مشارکت اجتماعی (۰/۷۵) و پذیرش اجتماعی (۰/۷۷) و در مطالعه دوم به ترتیب برابر ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آمد که ضرایب قابل قبولی است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) مورد تأیید قرار گرفته و در پژوهش شربتیان و طوافی (۱۳۹۵) ضریب آلفای آن ۰/۷۸ به‌دست‌آمده است. پس از گردآوری داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS برای تجزیه و تحلیل استفاده شد. همچنین جهت تعیین اعتبار متغیرهای تحقیق و ترسیم مدل اندازه‌گیری، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. بر این اساس، با استفاده از نرم‌افزار ایموس، طیف‌های پرسشنامه‌های دو متغیر اصلی تحقیق به شرح جدول زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

جدول ۱- نتایج تحلیل عاملی تأییدی (مدل اندازه‌گیری) متغیرهای بهزیستن اجتماعی و فشار مراقبتی

ابعاد	تعداد گویه	پایایی	حد مطلوب	نتیجه
یکپارچگی اجتماعی	۷	۰/۸۰۱	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
مشارکت اجتماعی	۷	۰/۸۷۲	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
انسجام اجتماعی	۶	۰/۷۸۶	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
پذیرش اجتماعی	۶	۰/۷۵۱	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۸۱۳	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
بهزیستن اجتماعی	۳۳	۰/۸۰۶	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی وابسته به زمان	۵	۰/۷۷۱	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی تکاملی	۵	۰/۷۶۹	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی جسمی	۴	۰/۸۱۴	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی اجتماعی	۵	۰/۸۲۱	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی عاطفی	۵	۰/۸۱۶	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید
فشار مراقبتی	۲۴	۰/۸۰۷	بزرگ‌تر از ۰/۷۰	تأیید

۵- یافته‌های پژوهش

در این ادامه نتایج آماری به‌دست آمده از پژوهش در دو بخش یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی به طور مفصل آمده است.

۵-۱- یافته‌های توصیفی

ارزیابی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد میانگین و میانه سنی پاسخگویان ۳۷/۸ و ۳۷ و سال بوده است. از نظر سطح سواد ۵/۶ درصد پاسخگویان کم‌سواد، ۱۷/۹ درصد زیر دیپلم، ۲۴/۹ درصد دیپلم، ۹/۹ درصد فوق دیپلم، ۳۰/۵ درصد لیسانس و ۱۱/۲ درصد فوق لیسانس بوده‌اند. از نظر توزیع شغلی ۴۴/۰۸ درصد پاسخگویان خانه‌دار، ۱۷/۷ درصد بیکار، ۱۷/۵ درصد دارای مشاغل آزاد، ۲۰/۸ درصد شاغل در بخش دولتی بوده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند ۴۳/۵ درصد از زنان بزرگ‌سال مورد بررسی مجرد، ۴۴/۲ درصد متأهل، ۵/۹ درصد مطلقه و ۶/۴ درصد بیوه بوده‌اند. از لحاظ نیاز والدین به مراقبت، ۱۲/۳ درصد پدران و ۲۴/۷ درصد مادران نیاز به مراقبت کامل و ۷۵/۳ درصد پدران و ۶۳/۲ درصد مادران نیاز به مراقبت مقطعی داشتند. همچنین ۱۰/۶ درصد پاسخگویان صرفاً از پدر، ۴۱/۳ درصد صرفاً از مادر و ۴۸/۱ درصد آن‌ها هم‌زمان از پدر و مادر خود مراقبت می‌کردند و میانگین مدت‌زمان مراقبت در طول روز، تقریباً ۸/۵ ساعت بوده است.

جدول ۲- بهزیستن اجتماعی و ابعاد آن در بین زنان بزرگسال شهر ایلام

بهزیستن اجتماعی	ابعاد بهزیستن اجتماعی					شاخص	
	شکوفایی	یکپارچگی	پذیرش	انسجام	مشارکت	توزیع	
۱۰۰/۷۱	۲۱/۳۰	۲۱/۳۰	۱۹/۲۶	۱۹/۱۵	۱۹/۶۹	۳۰-۳۴	گروه سنی
۱۰۳	۲۲/۳۰	۲۲/۵۱	۱۹/۱۲	۱۹/۴۷	۱۹/۵۸	۳۵-۳۹	
۱۰۴/۳۵	۲۲/۲۰	۲۲/۸۸	۲۰/۰۲	۱۹/۷۳	۱۹/۵۱	۴۰-۴۴	
۹۸/۲۶	۲۱/۰۷	۲۱/۷۷	۱۹/۶۱	۱۸/۰۳	۱۷/۷۷	۴۵-۴۹	
۹۴/۹۲	۲۱/۸۴	۲۰/۹۲	۱۹/۱۵	۱۶/۷۶	۱۶/۲۳	بی سواد	سطح تحصیلات
۹۳/۱۷	۲۰/۷۱	۲۰/۶۶	۱۷/۹	۱۷/۰۲	۱۶/۹۲	زیر دیپلم	
۱۰۰/۴۴	۲۱/۱۷	۲۱/۴	۱۹/۸۲	۱۸/۹۸	۱۹/۰۵	دیپلم	
۱۰۶/۶۵	۲۲/۶۸	۲۳/۰۷	۱۹/۷۴	۲۰/۴۲	۲۰/۷۳	دانشگاهی	
۹۶/۰۵	۲۱	۲۱/۱۹	۱۸/۸۲	۱۷/۵۴	۱۷/۵۱	خانه‌دار	وضعیت شغلی
۱۰۲/۵۵	۲۱/۷	۲۲/۰۵	۱۹/۵۷	۱۹/۸۳	۱۹/۳۹	بیکار	
۱۱۰/۵۶	۲۳/۰۴	۲۴/۵۶	۱۹/۳۶	۲۲	۲۱/۶۱	کارمند دولت	
۱۰۵/۴۲	۲۲/۰۵	۲۲/۴۲	۲۰/۱۶	۲۰/۰۴	۲۰/۷۵	شغل آزاد	
۱۰۲/۰۸	۲۱/۹۷	۲۲/۰۴	۱۹/۶۶	۱۹/۰۹	۱۹/۳۱	مجرد	وضعیت تأهل
۱۰۳/۶۲	۲۱/۸۳	۲۲/۷۶	۱۹/۲۳	۱۹/۹	۱۹/۸۹	متأهل	
۹۵	۲۰/۳۷	۱۹/۶۲	۱۸/۱۲	۱۸/۱۲	۱۸/۷۵	مطلقه	
۱۰۱	۲۲/۱۱	۲۲/۱۷	۱۹/۱۱	۱۸/۸۸	۱۸/۷۰	بیوه	
۹۹	۲۱	۲۱	۱۸	۱۸	۲۱	متوسط نمرات	کل
۱۰۲	۲۱/۸۳	۲۲/۱۱	۱۹/۴	۱۹/۲۶	۱۹/۴۱	میانگین واقعی	
۱۶/۰۹	۴/۹۵	۴/۶	۴/۲۱	۳/۸۵	۴/۱	انحراف معیار	

همچنین بررسی وضعیت متغیر به‌زیستن اجتماعی و ابعاد آن در بین زنان بزرگسال (جدول ۲) بیانگر آن است که میانگین نمره اخذ شده پاسخگویان در شاخص مشارکت اجتماعی، کمتر از متوسط نمرات بوده و در سایر ابعاد مورد بررسی، نمره پاسخگویان از متوسط نمرات بیشتر است. از نظر وضعیت تأهل، یافته‌ها نشان می‌دهد که فقط زنان مطلقه از متوسط نمرات، نمره میانگین کمتری داشته‌اند و زنان مجرد، متأهل و بیوه نمره میانگین بالاتری را کسب نموده‌اند. همچنین در ابعاد مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی، زنان متأهل، در ابعاد انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی، زنان مجرد نمره میانگین بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها کسب نموده‌اند. از لحاظ وضعیت فعالیت، میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی زنان بیکار و خانه‌دار، هم از میانگین نمره زنان دارای مشاغل آزاد و کارمند دولت و هم از متوسط نمرات کمتر بوده است. در توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت مراقبت از والدین، یافته‌ها نشان می‌دهند که بیش از ۶۰ درصد پاسخگویان، بخشی از وقت خود را به مراقبت از والدین سالمند خویش اختصاص داده‌اند. در تکمیل شاخص‌های مراقبتی زنان بزرگسال، این شاخص به تفکیک گروه‌های سنی، وضعیت تأهل و وضعیت فعالیت پاسخگویان در نمودارهای زیر به تفصیل نشان داده شده است. این امر در راستای اهمیت متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر انجام شده است. یافته‌ها بیانگر آن است که مراقبت از والدین در بین زنان بزرگسال گروه سنی ۴۹-۴۵ سال، دختران مجرد و زنان خانه‌دار بیشتر از سایر دختران و زنان بوده است. همچنین در بین پاسخگویان مجرد، ۷۳ درصد به مراقبت از والدین مشغول‌اند. یافته‌ها بیانگر آن هستند که زنان مجرد و زنان خانه‌دار بیشتر از سایر گروه‌ها به مراقبت از والدین سالمند خود پرداخته‌اند و در مقابل زنان متأهل و زنان کارمند دولت، نقش کمتری در این مهم ایفا نموده‌اند.

در بررسی کلی شاخص فشار مراقبتی و ابعاد آن، یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهند میانگین نمره اخذ شده پاسخگویان در کلیه ابعاد، تفاوت قابل‌تأملی با متوسط نمرات دارند و از مقدار پایین‌تری برخوردارند. در مقایسه بین ابعاد فشار مراقبتی، بعد وابسته به زمان نسبت به سایر ابعاد نمره میانگین بیشتری دارد و در دو مورد (زنان بی‌سواد و گروه سنی ۴۹-۴۵ سال) از متوسط نمرات نیز بیشتر است. همچنین زنان کارمند دولت، زنان متأهل و زنان دارای مدارج دانشگاهی در همه ابعاد، میانگین فشار مراقبتی پایین‌تری نسبت به سایر هم‌گروهی‌های خود دارند.

جدول ۳- فشار مراقبتی و ابعاد آن در بین زنان بزرگسال شهر ایلام

فشار مراقبتی	ابعاد فشار مراقبتی					شاخص	توزیع
	جسمی	اجتماعی	عاطفی	تکاملی	وابسته به زمان		
۳۰/۸۸	۳/۴	۲/۸۸	۴/۵۳	۴/۰۷	۷/۲۳	۳۰-۳۴	گروه سنی
۳۰/۵۲	۲/۹۰	۲/۸۹	۴/۶۲	۳/۸۱	۷/۲۰	۳۵-۳۹	
۳۵/۶۵	۳/۳۵	۳/۳۳	۵/۴	۴/۷۵	۷/۸۷	۴۰-۴۴	
۳۷/۴۱	۵/۰۵	۳/۶۱	۵/۸۸	۵/۹۹	۹/۹۷	۴۵-۴۹	
۳۴	۵/۲۳	۶/۳	۶/۴۶	۸/۶۹	۱۱/۰۷	بی سواد	سطح تحصیلات
۲۷/۹۵	۴/۳۶	۴/۰۲	۶/۹	۵/۸۱	۹/۵	زیر دیپلم	
۲۶/۹۶	۴/۴۹	۳/۸۶	۶/۵۵	۵/۶۷	۹/۶۷	دیپلم	
۱۹/۸۲	۳/۵۱	۳/۴۷	۵/۱۲	۴/۳۶	۷/۶۸	دانشگاهی	
۲۹/۵۶	۴/۲۴	۳/۸۳	۶/۱۵	۵/۶۸	۹/۶۶	خانه دار	وضعیت شغلی
۲۳/۰۱	۳/۱۲	۲/۸۸	۴/۸۳	۴/۰۳	۸/۱۴	بیکار	
۱۳/۷۶	۲/۳۵	۱/۵۶	۲/۶۲	۲/۷۲	۴/۵	کارمند دولت	
۲۴/۶۳	۳/۷۹	۳/۷۱	۵/۴۳	۴/۵۰	۷/۱۹	شغل آزاد	
۲۷/۷۲	۴/۳۵	۴/۳۲	۶/۲۳	۵/۸۶	۹/۶۷	مجرد	وضعیت تأهل
۱۶/۰۹	۳/۳۸	۳/۲۳	۴/۹۵	$\frac{3}{4}$	۶/۸۶	متأهل	
۲۶/۵۶	۴/۸۱	۳/۴۴	۷/۹۴	۴/۹۴	۸/۷۵	مطلقه	
۲۲/۸۳	۳/۳۵	۲/۴۷	۵	۳/۷۶	۹/۲۳	بیوه	
۴۸	۸	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	متوسط نمرات	کل
۳۵/۵۰	۵/۳۷	۶	۷/۳	۶/۷۷	۹	میانگین واقعی	
۱۶/۱۵	۳/۵۳	۴/۵۶	۴/۶	۴/۳۷	۴/۹	انحراف معیار	

۵-۲- یافته‌های استنباطی

تأثیر متغیرهای زمینه‌ای و جمعیتی بر به‌زیستن اجتماعی

یافته‌ها نشان می‌دهد (جدول ۴) میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی زنان بر حسب متغیرهای سن، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات و تعلق ذهنی طبقاتی تفاوت معنی‌دار با هم دارند، بنابراین فرضیه مربوط به تفاوت میانگین به‌زیستن اجتماعی بر حسب این متغیرها تأیید شده است. همچنین تفاوت میانگین به‌زیستن اجتماعی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها معنی‌دار نبوده و فرضیه مربوط رد شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس متغیرهای زمینه‌ای - جمعیتی با به‌زیستن اجتماعی

نتایج تحلیل واریانس		انحراف معیار	میانگین	ابعاد	
Sig.	مقدار F			متغیر مستقل	
<۰/۰۰۱	۱۱/۱۱۲	۱۶/۷۱	۱۰۰/۷۱	۳۰-۳۴	سن
		۱۳/۹۱	۱۰۳	۳۵-۳۹	
		۱۵/۷۹	۱۰۴/۳۵	۴۰-۴۴	
		۱۲/۸۷	۹۸/۲۶	۴۵-۴۹	
<۰/۰۰۱	۶/۱۵۹	۹/۷۶	۹۴/۹۲	بی‌سواد	سطح تحصیلات
		۱۶/۰۲	۹۳/۱۷	زیر دیپلم	
		۱۴/۱۱	۱۰۰/۴۴	دیپلم	
		۱۵/۷۵	۱۰۶/۶۵	دانشگاهی	
<۰/۰۰۱	۲۰/۵۲۱	۱۴/۵۴	۹۶/۰۵	خانه‌دار	وضعیت شغلی
		۱۶/۸۳	۱۰۲/۵۵	بیکار	
		۱۴	۱۱۰/۵۶	کارمند دولت	
		۱۳/۲۷	۱۰۵/۴۲	شغل آزاد	
۰/۱۶۵	۱/۷۰۴	۱۶/۲۹	۱۰۲/۰۸	مجرد	وضعیت تأهل
		۱۵/۰۹	۱۰۳/۶۲	متاهل	
		۲۸/۸۳	۹۵	مطلقه	
		۱۶/۴۴	۱۰۱	بیوه	
۰/۰۲۹	۳/۰۲۸	۱۵/۵۴	۹۹/۴۶	خیلی پایین	تعلق ذهنی طبقاتی
		۱۲/۷۳	۱۰۱/۸۵	پایین	
		۱۵/۹۴	۱۰۴/۴۴	متوسط	
		۱۰/۶۵	۱۰۷/۰۱	بالا	

نتایج آزمون تعقیبی شفه، این معنی‌داری را در بین ابعاد مختلف متغیرهای مذکور نشان داده است. یافته‌ها بیانگر آن است که به‌زیستن اجتماعی پاسخگویان گروه سنی اول، با گروه‌های دوم و سوم، پاسخگویان بی‌سواد و زیر دیپلم با دارای مدرک دیپلم و تحصیلات عالی و پاسخگویان طبقه خیلی پایین با سایر طبقات تفاوت معنی‌دار دارد، زیرا خطای آزمون معناداری کمتر از ۰/۰۵ بوده است. همچنین به‌زیستن اجتماعی پاسخگویان خانه‌دار با سایر پاسخگویان و پاسخگویان بیکار با کارمند دولت تفاوت معنی‌دار دارند.

تأثیر فشار مراقبتی بر بهزیستن اجتماعی

در بررسی رابطه دو متغیر فشار مراقبتی و بهزیستن اجتماعی و نیز ابعاد این دو متغیر، یافته‌ها نشان می‌دهند به جز بعد پذیرش اجتماعی، سایر ابعاد بهزیستن اجتماعی با فشارهای مراقبتی همبستگی معکوس دارند. نتایج بیانگر آن است که بین ابعاد فشار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، اجتماعی و نیز متغیر کلی احساس نابرابری جنسیتی با بعد پذیرش اجتماعی همبستگی معنی‌دار نیست (جدول شماره ۵)، اما سایر ابعاد دو متغیر دارای همبستگی معکوس هستند. حصول نتایج فوق بیانگر آن است که فرضیه «هرچه فشار مراقبتی ناشی از مراقبت خانگی از والدین سالمند بیشتر باشد، بهزیستن اجتماعی زنان بزرگ‌سال کمتر است» مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۵- نتایج همبستگی ابعاد فشار مراقبتی با ابعاد بهزیستن اجتماعی

متغیر وابسته						متغیر مستقل
بهزیستن اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	یکپارچگی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	انجام اجتماعی	مشارکت اجتماعی	
$(p < 0/001)$ $R = -0/367$	$(p < 0/001)$ $R = -0/155$	$(p < 0/001)$ $R = -0/171$	$Sig = 0/949$ $R = -0/002$	$(p < 0/001)$ $R = -0/307$	$(p < 0/001)$ $R = -0/364$	فشار مراقبتی وابسته به زمان
$(p < 0/001)$ $R = -0/255$	$(p < 0/001)$ $R = -0/172$	$(p < 0/001)$ $R = -0/227$	$Sig = 0/526$ $R = -0/021$	$(p < 0/001)$ $R = -0/283$	$(p < 0/001)$ $R = -0/243$	فشار مراقبتی تکاملی
$(p < 0/001)$ $R = -0/336$	$(p < 0/001)$ $R = -0/203$	$(p < 0/001)$ $R = -0/249$	$(p < 0/009)$ $R = -0/086$	$(p < 0/001)$ $R = -0/321$	$(p < 0/001)$ $R = -0/316$	فشار مراقبتی عاطفی
$(p < 0/001)$ $R = -0/180$	$Sig = 0/88$ $R = -0/056$	$(p < 0/001)$ $R = -0/171$	$Sig = 0/607$ $R = -0/017$	$(p < 0/001)$ $R = -0/195$	$(p < 0/001)$ $R = -0/250$	فشار مراقبتی اجتماعی
$(p < 0/001)$ $R = -0/261$	$(p < 0/001)$ $R = -0/202$	$(p < 0/001)$ $R = -0/180$	$Sig = 0/025$ $R = -0/074$	$(p < 0/001)$ $R = -0/237$	$(p < 0/001)$ $R = -0/247$	فشار مراقبتی جسمی
$(p < 0/001)$ $R = -0/432$	$(p < 0/001)$ $R = -0/183$	$(p < 0/001)$ $R = -0/231$	$Sig = 0/185$ $R = -0/044$	$(p < 0/001)$ $R = -0/316$	$(p < 0/001)$ $R = -0/387$	فشار مراقبتی

تحلیل تأثیر چندگانه عوامل تعیین‌کننده بهزیستن اجتماعی

در این مرحله، با استفاده از تحلیل رگرسیونی چند متغیره به شیوه هم‌زمان، سهم عوامل مؤثر بر متغیر وابسته تعیین شد. برای انجام این کار، ابتدا متغیرهای تعدیل‌گر و کنترل (سن، شغل، سواد و تعلق ذهنی طبقاتی) وارد معادله شده و سهم آن‌ها از تغییرات متغیر وابسته مشخص شد. سپس با کنترل این متغیرها، متغیر فشار مراقبتی وارد معادله شد تا تأثیر آن بر متغیر وابسته مشخص شود.

بر اساس اطلاعات جدول شماره‌ی ۵، در مدل اول بین متغیرهای سن و شغل با به‌زیستن اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. مقدار R^2 در این مرحله نشان می‌دهد متغیرهای مذکور، توانسته‌اند ۷ درصد از تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی نمایند. با توجه به مقدار بتای این دو متغیر، این نتیجه حاصل می‌شود که با بالا رفتن سن و بهبود وضعیت شغلی زنان، به‌زیستن اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد. توجه به مقادیر T دو متغیر سواد و تعلق ذهنی طبقاتی در این مرحله نشان می‌دهد مقادیر کمتر از ۱/۹۶ هستند و بر این اساس این دو متغیر در پیش‌بینی متغیر وابسته مؤثر نیستند.

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که کمیت F در هر دو مدل به‌دست‌آمده معنادار است، این مطلب گویای این است که در این دو مدل، حداقل یکی از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته مؤثر است. معنی‌دار بودن F به این معنی است که بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته رابطه خطی وجود دارد. طبیعی است که احتمال اینکه کمیت‌های F به این بزرگی به‌طور تصادفی به دست آید، فوق‌العاده کم است. یعنی رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته نمی‌تواند تصادفی پیش‌آمده باشد. پس باید تک‌تک متغیرها را با استفاده از T آزمود.

جدول ۶- تحلیل چند متغیره برای تبیین و پیش‌بینی به‌زیستن اجتماعی زنان بزرگ‌سال با نقش متغیرهای تعدیل‌کننده

مدل	متغیر	F	Sig	B	Beta	T	Sig	Adj R ²	R ²
۱	Constant	۷/۰۵۸	< ۰/۰۰۱	۸۲/۱۲۴	-	۱۵/۴۲۷	< ۰/۰۰۱	۰/۰۶۰	۰/۰۷۰
	سن			۰/۴۲۹	۰/۱۸۱	۳/۳۴۳	< ۰/۰۰۱		
	شغل			۵/۸۸۴	۰/۱۹۹	۳/۶۶۹	< ۰/۰۰۱		
	سواد			۰/۶۲۵	۰/۲۲	۰/۳۷۶	۰/۷۰۷		
	تعلق ذهنی طبقاتی			-۰/۴۳۵	-۰/۰۱۰	-۰/۲۱۰	۰/۸۳۴		
۲	Constant	۲۲/۲۱۲	< ۰/۰۰۱	۹۸/۳۴۳	-	۱۸/۹۲۹	< ۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۰/۲۲۸
	سن			۰/۳۹۴	۰/۱۶۶	۳/۳۶۷	۰/۰۰۱		
	شغل			۳/۴۸۱	۰/۱۱۸	۲/۳۳۹	۰/۰۲۰		
	سواد			۱/۳۳۵	۰/۰۴۷	۰/۸۸۰	۰/۳۸۰		
	تعلق ذهنی طبقاتی			-۲/۷۳۵	-۰/۰۶۶	-۱/۴۳۰	۰/۱۵۴		
	فشار مراقبتی			-۰/۳۵۴	-۰/۴۱۰	-۸/۷۸۳	< ۰/۰۰۱		

در مدل دوم، متغیر فشار مراقبتی وارد معادله شده است. مقدار بتای ۰/۴۱۰- نشان می‌دهد که هرچه فشار مراقبتی برای زنان بیشتر شود، به‌زیستن اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد. همچنین با ورود این متغیر، مقدار ضریب تعیین تعدیل شده به تقریباً ۲۳ درصد رسیده است. بر این اساس مشاهده می‌شود متغیر فشار مراقبتی توانسته است تقریباً ۱۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید. نتایج نشان می‌دهد ۳ متغیر سن، شغل و فشارهای مراقبتی ناشی از مراقبت در مجموع توانسته‌اند حدود ۲۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته را پیش‌بینی نمایند.

همچنین بر اساس مقادیر B جدول، معادله پیش‌بینی رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی میزان به‌زیستن اجتماعی به‌صورت زیر است:

$$Y = a + b^1x^1 + b^2x^2 + b^3x^3$$

$$Y = + (۹۸/۳۴۳) (۰/۳۹۴ \times \text{سن}) + (۳/۴۸۱ \times \text{شغل}) + (-۰/۳۵۴ \times \text{فشار مراقبتی})$$

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از محورهای اساسی و مهم ارزیابی سلامت که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی جامعه دارد، به‌زیستن اجتماعی است که این مسئله حیاتی، امروزه با چالش‌های فراوانی روبرو شده است. به علت اینکه به‌زیستن اجتماعی افراد، معلول عوامل و شرایط متعدد و متفاوتی است، از این رو وقوف به ماهیت آن‌ها به‌عنوان یک مجموعه به‌هم‌بسته و پیوسته، نیازمند بررسی عوامل مختلفی در ارتباط و همبستگی با یکدیگر است. در این راستا و با توجه به اهمیت موضوع و نیز شرایط اجتماعی و فرهنگی پیش‌روی زنان، پژوهش حاضر علاوه بر بررسی وضعیت به‌زیستن اجتماعی زنان شهر ایلام، اثرپذیری این وضعیت از فشارهای ناشی از مراقبت خانگی از والدین سالمند را به‌تفصیل مورد بررسی قرار داده است.

این پژوهش به شیوه پیمایشی، بر اساس طرح مقطعی انجام و اطلاعات موردنیاز به‌وسیله‌ی توزیع پرسشنامه به شیوه خوشه‌ای در بین ۵۹۳ نفر از زنان ۴۹-۳۰ ساله شهر ایلام گردآوری شده است. نتایج حاکی از به‌زیستن اجتماعی متوسط و فشار مراقبتی پایین در بین زنان مورد بررسی است (جدول ۳). یافته‌ها نشان داد میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی زنان بر حسب متغیرهای سن، شغل، سطح تحصیلات و تعلق ذهنی طبقاتی تفاوت معنی‌دار داشته است و فرضیه‌های مربوط به تفاوت میانگین به‌زیستن اجتماعی بر حسب این متغیرها تأیید شد. همچنین بررسی رابطه متغیر فشار مراقبتی با به‌زیستن اجتماعی بیانگر همبستگی مستقیم و تأیید فرضیه‌ی مربوطه است.

توزیع میانگین نمره به‌زیستن پاسخگویان بر حسب گروه‌های سنی ۵ ساله بیانگر آن است که از گروه سنی اول (۳۴-۳۰ ساله) تا گروه سوم (۴۴-۴۰ ساله) این مقدار در حال افزایش است که در گروه سنی آخر (۴۹-۴۵ ساله) با کاهش شدید مواجه می‌شود. همچنین ارزیابی فرضیه‌های پژوهش نیز نشان می‌دهد به‌زیستن اجتماعی زنان بزرگسال بر حسب سن آن‌ها تفاوت معنی‌دار داشته است. در این راستا برخی از مطالعات نشان داده‌اند با افزایش سن، برخی از ویژگی‌های خود پنداره مثل کنترل شخصی (میراوسکی، ۱۹۹۵) و به‌زیستن اجتماعی (رضایی و نوغانی دخت بهمنی، ۱۳۹۶) کاهش می‌یابند و برخی پژوهش‌ها مانند مطالعات کار (۲۰۱۱)، ریف و کییز (۱۹۹۵) و قاضی نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵) نیز نشان می‌دهند با افزایش سن، مقدار برخی از سطوح به‌زیستن بیشتر می‌شود؛ به این ترتیب که وقتی سن افزایش می‌یابد، افراد احساس خوشحالی بیشتری کرده، از زندگی خود رضایت بیشتری داشته و سلامت اجتماعی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد که این امر می‌تواند به دلیل به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای مؤثرتر در افراد مسن‌تر و ارتباطات مثبت‌تر با دیگران باشد (fingerman & charles, 2010). در تبیین نتیجه پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگری که به آن‌ها اشاره شد، کییز (۱۹۹۸) معتقد است رابطه سن و به‌زیستن اجتماعی هنوز مبهم باقی مانده است و تفاوت‌های سنی جنبه‌های متعددی را شامل می‌شود که تأثیرشان پایدار نیست.

۸۵

بررسی تحلیل واریانس متغیر وضعیت تحصیلات بابه‌زیستن اجتماعی زنان نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی زنان بر حسب این متغیر معنی‌دار است. در تأیید این نتیجه، نتایج پژوهش‌های

فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶)، کییز و شاپیرو^۱ (۲۰۰۴)، روس و میراوسکی^۲ (۲۰۰۳)، کییز (۱۹۹۸) و ویلکینسون^۳ (۱۹۹۶) نشان می‌دهند بین وضعیت تحصیلی زنان و به‌زیستن اجتماعی رابطه وجود دارد، یعنی هرچه تحصیلات افزایش یابد، به‌زیستن اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد. تحلیل واریانس متغیر به‌زیستن اجتماعی زنان بر حسب وضعیت فعالیت، نشان‌دهنده وجود تفاوت در میانگین‌ها و معنی‌دار بودن این تفاوت‌ها است. در تأیید این نتیجه، فرهمند و همکاران (۱۳۹۵)، یانجی و ژو^۴ (۲۰۰۵)، کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، روس و میراوسکی (۲۰۰۳) و کییز (۱۹۹۸)،

1. Shapiro

2. Ross & Mirowsky

3. Wilkinson

4. Yanjie & Zuo

بر این باورند زنانی که در بیرون از خانه فعالیت دارند، نسبت به زنانی که تمام وقت به کار خانه‌داری مشغول‌اند، از به‌زیستن اجتماعی بالاتری برخوردارند. زنان شاغل به دلیل داشتن درآمد مستقل و منزلت اجتماعی، از عزت‌نفس بیشتری برخوردارند و با اعتمادبه‌نفس بیشتر در جامعه حضور پیدا می‌کنند. آن‌ها به دلیل حضور و مشارکت بیشتر در اجتماع، دارای قدرت انطباق بیشتری در برابر مسائل و موقعیت‌های جدید هستند و این امکان را دارند که در محیط کار استعداد خود را شکوفا کنند. این گروه از زنان قدرت تصمیم‌گیری بالاتری دارند و دارای استقلال بیشتری در زمینه مسائل مربوط به فرزندان، امور مالی خانواده و ... هستند. بی‌شک زنان برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت اجتماعی بالا، به‌زیستن اجتماعی بیشتری نیز دارند. لازم به ذکر است مطابق رویکردهای نظری و تجارب پژوهشی موجود، اشتغال تأثیری دوسویه بر به‌زیستن زنان دارد. در سویی منفی، کار بیرون از خانه‌ی زنان در ترکیب با تعهدات خانوادگی، به تضاد و تناقض نقش‌ها، سوء عملکرد اجتماعی و روابط مخدوش با دیگران (خانواده، محیط کار و اجتماع بزرگ‌تر) منجر شده و کلیت سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد و در رویکرد مثبت، اشتغال زنان در شرایط کاری مناسب همراه حمایت‌های لازم، رفع تبعیض و محدودیت‌های شغلی و تأمین امنیت، خودشکوفایی و رضایتمندی، ضمن ممانعت از فرسایش جسمی و روحی زنان شاغل، از طریق تقویت عضویت، افزایش توانمندی و بهبود عملکرد اجتماعی آنان در قبال تکالیف، تعهدات و حل چالش‌های اجتماعی، به ارتقای سلامت و به‌زیستن اجتماعی آنان می‌انجامد (قاضی‌نژاد و سنگری، ۱۳۹۵: ۲۸۴). بر این اساس صرف داشتن شغل، تغییری در به‌زیستن اجتماعی زنان ایجاد نمی‌کند، آنچه مهم است، مؤلفه‌های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی‌های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر به‌زیستن اجتماعی آنان تأثیرگذار است.

از دیگر نتایج این پژوهش، وجود تفاوت میانگین نمره به‌زیستن اجتماعی زنان بر حسب متغیر تعلق ذهنی طبقاتی است. بر این اساس زنانی که از دیدگاه خود دارای پایگاه اجتماعی بالاتری هستند، به‌زیستن اجتماعی بهتری دارند. در این راستا، هویت طبقاتی که در پژوهش یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴) به‌وسیله درک فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده‌اش ارزیابی شده، با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت و این نشان‌دهنده اهمیت مؤلفه‌های ذهنی است که می‌تواند رفتارها و تصورات افراد را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین نتایج پژوهش‌های فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶)، فرهمند و همکاران (۱۳۹۵)، قاضی‌نژاد و سنگری (۱۳۹۵)، صباغ و معینیان (۱۳۹۰)

و حاتمی (۱۳۸۹) مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر و نشانگر آن است که وضعیت اقتصادی - اجتماعی رابطه روشنی با سلامت و به‌زیستن اجتماعی دارد.

علیرغم اینکه تفاوت میانگین و تحلیل واریانس متغیر به‌زیستن اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل، در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته (رضایی و نوغانی دخت‌بهمنی، ۱۳۹۶؛ قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵؛ بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴) و نظریه‌پردازان نیز بر وجود این تفاوت تأکید کرده‌اند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴؛ کییز، ۱۹۹۸؛ کییز، ریف و شموئکین، ۲۰۰۲)، اما یافته‌های این پژوهش، حاکی از عدم وجود تفاوت در میانگین به‌زیستن اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل پاسخگویان است. حصول این نتیجه به سبب نزدیکی میانگین نمره به‌زیستن پاسخگویان متأهل و مجرد و غالب بودن فراوانی این دو گروه است که به بی‌اثر بودن وضعیت تأهل در کیفیت به‌زیستن پاسخگویان و رد شدن فرضیه پژوهش منجر شده است. از طرفی مقایسه این مقدار از میانگین با متوسط نمرات نشان می‌دهد که پاسخگویان (با هر وضعیتی از تأهل) از به‌زیستن متوسطی برخوردارند که با پژوهش بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) مطابقت دارد.

در ارزیابی متغیر فشار مراقبتی، یافته‌ها نشان می‌دهند میانگین نمره اخذ شده پاسخگویان در کلیه ابعاد این شاخص، تفاوت قابل‌تأملی با متوسط نمرات دارند و از مقدار بسیار پایین‌تری برخوردارند. بر اساس این نتیجه استنباط می‌شود که زنان مورد بررسی، با وجود اینکه مبادرت به مراقبت از والدین سالمند خود می‌نمایند، اما فشار مراقبتی بالایی را تجربه نمی‌کنند. جهت تبیین این نتیجه، ذکر چند نکته ضرورت دارد. نکته اول اینکه والدین عمدتاً از لحاظ ذهنی و جسمانی سالم بوده و دچار بیماری‌های حاد نبوده‌اند و مراقبت از آن‌ها معمولاً از نوع مراقبت کم فشار است، لذا پایین بودن این مقدار فشار، طبیعی است. دوم اینکه این مراقبت، به‌وسیله دختران انجام شده است. با توجه به عواطف و احساسات درونی زنانه و مادرانه آن‌ها، از خودگذشتگی و نادیده انگاشتن رفاه و به‌زیستن خود و ترجیح رسیدگی به والدین در بین دختران قابل پیش‌بینی است. در تأیید دو نکته فوق، لی، مارتین و پون (۲۰۱۷) معتقدند فشار مراقبتی با وضعیت مراقبت‌گیرنده و سطح رشد اخلاقی مراقبت مرتبط است. نکته سوم، توجه به ادراک مراقبان از مراقبت است. ادراک مراقبان از مراقبت می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف فردی، اجتماعی و فرهنگی قرار گیرد و همین ارزیابی ذهنی سبب می‌شود با وجود استرس‌زا بودن شرایط مراقبت، همه افراد درک یکسانی از شرایط محیط نداشته باشند؛ برخی تجربیات مثبتی در این شرایط دارند و برخی دیگر استرس را بیش از آنچه وجود دارد، درک می‌نمایند که باعث ایجاد پیامدهای منفی برای سلامتی و رفاه مراقب می‌شود.

همچنین ارزیابی یافته‌ها، در توضیح رابطه متغیر فشار مراقبتی با به‌زیستن اجتماعی و ابعاد آن، نشان می‌دهد رابطه معکوس بین متغیرهای مذکور وجود دارد. در این راستا، نتایج پژوهش تجویدی و همکاران (۱۳۹۶) و باستانی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد بین سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی همبستگی معکوس است و مراقبان خانگی با کاهش سلامت عمومی مواجه بوده‌اند. حارث‌آبادی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند مراقبت از بیمار در خانه، بار روانی زیادی بر خانواده تحمیل می‌کند و فشار روانی حاصل از مراقبت بیماران، سلامت روانی مراقبان را به مخاطره انداخته و کیفیت مراقبت را مختل می‌کند.

در مقایسه بین ابعاد فشار مراقبتی، نتایج پژوهش حاضر، همسو با نتایج پژوهش حقگو و همکاران (۱۳۹۶) نشان می‌دهد مراقبین خانگی در بعد فشار مراقبتی وابسته به زمان، از میانگین بالاتری نسبت به سایر ابعاد فشار مراقبتی برخوردار بوده‌اند. در تبیین این نتیجه، شیوا^۱ (۲۰۰۰) معتقد است مراقبین زمانی برای گذراندن با دوستان، زندگی اجتماعی و تعطیلات نداشته و در کل زمانی برای خود و خلوت خود ندارند که این محدودیت در زندگی اجتماعی می‌تواند وضعیت روانی و سلامت فرد مراقب را تهدید کند.

پیشنهاد‌های پژوهش

- مرور پژوهش‌های داخلی نشان داد واژه به‌زیستن اجتماعی (Social wellbeing) توسط برخی محققین به سلامت اجتماعی (Social health) ترجمه و این اشتباه موجب ایجاد مشکلاتی برای پژوهشگران بعدی شده است. انتظار می‌رود پژوهشگران در اقدامی هماهنگ از واژه به‌زیستن اجتماعی استفاده نمایند.

- علیرغم آنکه نتایج این پژوهش نشان داد به‌زیستن اجتماعی پاسخگویان در حد متوسط و فشار مراقبتی آن‌ها پایین است، با این وصف باز هم نیاز است مسئولان امر، حساسیت و توجه ویژه‌ای نسبت به این دو مقوله مهم (به‌زیستن اجتماعی زنان و مراقبت خانگی از سالمندان) داشته باشند. بی‌شک هم جمعیت ایلام در آستانه ورود به دوره بزرگسالی و سالمندی است و هم گذار از سنت به مدرنیته بر نگرش افراد به مراقبت و نگهداری سالمندان تأثیر خاص خود را خواهد گذاشت. لذا سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط می‌توانند در راستای حفظ و ارتقای سلامت فردی و به‌زیستن اجتماعی که در نهایت، منجر به عملکرد بهتر زنان در جامعه می‌شود گام‌های

مؤثری بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست بزنند تا در سایه سلامت جامعه، مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد.

منابع

- ◀ ایزدآبادی، زهرا، بلوردی، محدثه، و ایمانی‌گوغری، زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران. ۸(۵)، ۲۴-۱۴.
- ◀ بنی‌اردلان، هدی، مطلبی، آمنه، شاه‌رخی، اکرم، و محمدی، فاطمه (۱۴۰۱). تأثیر آموزش و پیگیری تلفنی بر فشار مراقبتی مراقبین بیماران سالمند مبتلا به سکتته مغزی، مجله سالمند، ۱۷(۲) ۳۰۳-۲۹۰. DOI: 10.32598/sija.2022.2183.3
- ◀ بخارایی، احمد، شربتیان، محمدحسن، و ایمنی، نفیسه (۱۳۹۴). مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)، ۷، ۲۹-۵۴.
- ◀ تجویدی، محبوبه، دالوندی، اصغر، صحاف، رباب و رهگذر، مهدی (۱۳۹۶). ارتباط سلامت عمومی با مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبین خانوادگی بازماندگان سکتته مغزی، ۱۲(۴)، ۵۰۵-۴۹۴.
- ◀ حارث‌آبادی، مهدی، بی‌باک، بهرام، حسین‌زاده، ابراهیم، بیاتی، حمیدرضا، ارکی، مینا، و اکبری، هادی (۱۳۹۱). فشار روانی مراقبان خانواده بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد، ۴(۲)، ۱۷۱-۱۶۵.
- ◀ حسین‌پور، موسی، نوروزی، کیان، ره‌گوی، ابولفضل، قاسمی، سیما، نوروزی، مهدی، و بابائی، مهرزاد (۱۴۰۰). بررسی رابطه بین فشار مراقبتی، آمادگی برای مراقبت و کیفیت زندگی در مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به آلزایمر در انجمن آلزایمر ایران، نشریه سالمندشناسی، ۶(۲)، ۱۸-۱۱.
- ◀ باستانی، فریده، علیجانپور اقالملکی، معصومه، حسینی، راضیه‌سادات، صالح‌آبادی، سمیه، و قزلباش، سیما (۱۳۹۳). ارتباط سلامت عمومی و فشار بار مراقبتی در زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۶)، ۱۱۴۳-۱۱۳۴.
- ◀ حفقو، امین، ذوالعدل، محمد، افروغی، سلیمان، رحیمیان، هوشنگ، و میرزایی، محمدسعید (۱۳۹۶). بررسی میزان فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴، ۵(۲)، ۴۴-۳۹.
- ◀ دهقانی، یوسف، عمرانی‌فرد، و یکتوریا، و بابامیری، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر فشار مراقبتی و کیفیت زندگی مراقبان خانگی سالمندان مبتلا به دمانس، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۲)، ۱۶۷-۱۶۱.
- ◀ رضایی، امید، و نوغانی دخت‌بهمنی، محسن (۱۳۹۶). به‌زیستن اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن، ۱۴(۲)، ۵۶-۳۱.
- ◀ صباغ، صمد، معینیان، نرمینه، و صباغ، سارا (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی

- مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز. ۳(۱۰)، ۲۷-۴۴.
- ◀ کوششی، مجید (۱۳۸۸). رفتارهای جمعیتی و الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان شهر تهران، ۸(۸)، ۱۷۲-۱۴۹.
- ◀ فرهادی، اکرم، فروغان، مهشید، محمدی، فرحناز، رسولی، مریم، صادق مقدم، لیلا، نظری، شیما، و صادقی، نرجس خاتون (۱۳۹۵). مفهوم ارزیابی مراقبت در مراقبان خانوادگی سالمندان، ۱۱(۱)، ۱۹-۸.
- ◀ فرهمند، مهناز، خاتمی سروی، خدیجه، و محمدحسینی، رضیه (۱۳۹۵). مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد، ۷(۲)، ۱۶۵-۱۴۷.
- ◀ فیروزبخت، مژگان، ریاحی، محمداسماعیل، و تیرگر، آرام (۱۳۹۶). عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی، ۴(۳)، ۱۹۵-۱۸۶.
- ◀ قاضی‌نژاد، مریم، و سنگری سلیمانی، هاجر (۱۳۹۵). رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان، ۱۴(۳)، ۲۸۸-۲۷۳.
- ◀ محمدی شاه‌بلاغی، فرحناز (۱۳۸۵). خودکار آمدی و فشار مراقبتی مراقبان عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران، ۱(۱)، ۳۳-۲۶.
- ◀ مجیدی‌خامنه، فریده، و مهدوی، محمدصادق (۱۳۹۷). مفهوم مراقبت از والدین سالمند بر اساس تجربه زیسته مراقبین خانوادگی در تهران، ۱۵(۲۶)، ۱۳۴-۱۰۱.
- ◀ یزدان‌پناه، لیلا، و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان، ۲۶(۳)، ۱۱۶-۹۹.
- Barreto, P.S., Morley, J.E., Chodzko-Zajko, W., Pitkala, K.H., Weening-Djicksterhuis, E., & Rodriguez-Mañas, L. (2016). Recommendations on Physical Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 381-392. doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021
- Bevans, M.F., & Sternberg, E. M. (2012). Care giving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 307(4), 398-403. doi:10.1001/jama.2012.29.
- Carr, A. (2011). Positive psychology: The science of happiness and human strengths. *Routledge*. Second edition. <https://books.google.com/books?id=x-qAEHrvG0>
- DeForge, R., Ward-Griffin, C., St-Amant, O., Hall, J., Mc William, C., Forbes, D., et al. (2017). Evaluating dementia home care practices: The reification of

care norms. *Journal of Aging Studies*, 43(null), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.09.002>

► Fingerman, K.L., & Charles, S.T. (2010). It takes two to tango. Why older people have the best relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 19(3), 172–6.

► Keyes, C.M. (1998). Social Wellbeing. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. DOI: 10.2307/2787065

► Kim, Y., & Given, B.A. (2008). Quality of Life of Family Caregivers of Cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer Journal*, 112(11), 2556-2568. doi: 10.1002/cncr.23449.

► Keyes, C.L.M., & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology. University of Chicago press, Chapter 12, 350-372.

► Lee, K., Martin, P., & Poon, L.W. (2017). Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging and Mental Health*, 21(11), 1214-1221. doi: 10.1080/13607863.2016.1206512. Epub 2016 Jul 20.

► Macmillan, S.C. (2005). Interventions to Facilitate Family Caregiving at The End of Life. *Journal of Palliative medicine*. 8 (1): 132- 139. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-132>

► Mohammed, S., Priya, S.S., & George, C. (2015). Caregiver Burden in a Community Mental Health Program- a Cross Sectional Study. *Kerala Journal of Psychiatry*. 28(1), 26-33.

► Negovan, V. (2010). Dimensions of students Psychosocial Well-being and their measurement: validation of a student's psychosocial well-being Inventory, *Europe's journal of Psychology*, 6 (2), 85-104. <https://doi.org/10.5964/ejop.v6i2.186>

► Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29 (6), 798-803. <https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>

► Noor, sh., & Isa, F. Md. (2020). Malaysian Sandwich Generation Issues and Challenges in Elderly Parents Care. *International and Multidisciplinary*

Journal of Social Sciences (RIMCIS), 9(3), 289-312. <https://doi.org/10.17583/rimcis.2020.5277>

- ▶ Palmer, K., Marengoni, A., Forjaz, M.J., Jureviciene, E., Laatikainen, T., Mammarella, F., et al. (2018). Multi morbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. *Health Policy*, 122 (1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>
- ▶ Radzyk, J. (2015). Evaluation of a new Social Well-Being questionnaire. Bachelor thesis Psychology. Department of Psychology, Health & Technology. University of Twente, Netherlands.
- ▶ Reed, C., Belger, M., Dell'agnello, G., Wimo, A., Argimon, J.M., Bruno, G., et al. (2014). Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: Differential Associations in Adult-Child and Spousal Caregivers in the GERAS Observational Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4(1), 51-64. <https://doi.org/10.1159/000358234>
- ▶ Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 716-727.
- ▶ Smith, L., Morton, D., & Van Rooyen, D. (2022). Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; online, First published: 27 January. <https://doi.org/10.1111/jpm.12822>.
- ▶ Van Eenoo, L., Van der Roest, H., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolova, V., Jonsson. P.V., et al. (2018). Organizational home care models across Europe: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 77 : 39-45. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.013
- ▶ Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., et al. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British journal of Psychiatry*; 206(4):268-274. doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561
- ▶ Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge.