# نقش حمایتهای اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان

فردین علی‌پور*، حمیرا سجادی**، آمنه فروزان**، اکبر بیگلریان***

***طرح مسأله:*** *سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است. توجه به نیازها و مسایل آن از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. یکی از حوزه‌های نیازمند توجه بیشتر در زندگی سالمندان، کیفیت زندگی آنان و عوامل موثر بر آن می‌باشد. کیفیت زندگی در سالمندان به معنای تأکید بیشتر بر سیاست اجتماعی و اصلاح اهداف اجتماعی است. این مطالعه بر آن است تا ضمن تعیین وضعیت کیفیت زندگی سالمندان به بررسی نقش حمایت‌های اجتماعی در این زمینه بپردازد.*

***روش:*** *این تحقیق از نوع علّی ـ مقایسه‌ای می‌باشد که اطلاعات آن با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مخصوص سالمندان (لیپاد) و پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک (NSSQ) در یک نمونه ۱۰۰ نفری از سالمندان منطقه ۲ تهران جمع آوری شده است و برای تحلیل داده‌ها از آزمونهای رگرسیون و ضریب همبستگی استفاده شده است.*

***یافته‌ها:*** *نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند در دامنه۷۲ – ۲۸ با میانگین ۶۱/۴۵ (۱۳/۸۳ SD =) و نمرات کیفیت زندگی زنان سالمند در دامنه ۷۰–۲۷ با میانگین ۵۱/۷۶ (۱۲/۵۰ = SD) قرار دارند. همچنین با استفاده از آزمون همبستگی مشخص شد که بین انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری، کارکردی، مادی) و کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد ($p<0/05$). با انجام تحلیل رگرسیون چندگانه و وارد شدن انواع حمایت‌های اجتماعی به مدل، مشخص شد که حمایتهای عاطفی و ساختاری پیش بینی کننده‌های معنادار کیفیت زندگی سالمندان می‌باشند.*

***نتایج:*** *حمایت عاطفی، بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان داشت و انواع حمایت اجتماعی بیشترین همبستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند. بنابراین توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در سالمندان، از جمله حمایت‌های اجتماعی از اهمیت شایانی برخوردار است.*

***کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، سالمندان، پرسشنامه لیپاد، پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک***

***تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۳*** ***تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۹***

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی. < barbodalipour@gmail.com >

** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دکتری آمار حیاتی



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

**مقدمه**

امروزه در جوامع در حال توسعه، با پیشرفت دانش پزشکی، کنترل بیماریهای عفونی، کاهش مرگ و میر نوزادان، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، رفاهی، پیشرفت فناوری، و بهبود وضعیت تغذیه، امید به زندگی و جمعیت سالمندان رو به فزونی نهاده است. در اوایل قرن بیستم امید به زندگی در بدو تولد در جهان، ٤٨ سال بود و فقط ٤ درصد از مردم بالای ٦٠ سال سن داشتند (کلدی، ١٣٨٤). در حالی‌که بر اساس برآورد و اعلام سازمان جهانی بهداشت، پیش بینی می‌شود که تا سال ٢٠٢٠، امید به زندگی به ٧٧ سال برسد و جمعیت بالای ٦٥ سال، ٢٠ درصد از جمعیت جهان را شامل شود که حدود ٧٠ درصد از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (خزایی، ١٣٨١).

کشور ما نیز به عنوان یک کشور در حال گذار، از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست و پس از گذر از تغییرات همه‌گیرشناختی بیماریها، می‌باید خود را برای مدیریت جمعیت سالمند آماده نماید. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال ١٣٨٥ حدود ٧/٣ جمعیت کشور بالای ٦٠ سال سن داشته‌اند و سالمند محسوب می‌شوند (مرکز آمار ایران، ١٣٨٦). به نظر می‌رسد این میزان تا سال ٢٠٥٠ از مرز ٢٠ درصد عبور نماید (راسل، ١٣٨٦). سازمان ملل متحد در گزارشی درباره جمعیت سالمند ایران پیش بینی کرده است که در فاصله بین سالهای ١٣٨٥ تا ١٤٠٥ به میانه سنی جمعیت کشور ١٠ سال افزوده شود (UN, 2007).

عارضه سالمندی و فرایند زیستی و اجتماعی آن به‌طور طبیعی موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالمند می‌شود که تأثیر این نارسائیها در بعد اجتماعی زندگی سالمندان، بارزتر می‌باشد. به‌طوری‌که محدود شدن شبکه ارتباطات شخصی را می‌توان برآیند این عوامل دانست. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تاثیر بسزایی در سلامت به‌صورت عام و کیفیت زندگی به طور خاص دارد.



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

از سوی دیگر افزایش جمعیت سالمند با هزینه‌های متعددی همراه است که یکی از عمده ترین این هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان می‌باشد. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر این واقعیت تاکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخشها و شکلهای مختلف، روند تصاعدی خواهد داشت (Jenson, 2007; Dausch, 2003; Hertz man, 1985).

هدف حمایت از سالمندان نباید فقط افزایش امید به زندگی(طول عمر) در آنان باشد بلکه امروزه در جهان، مفهوم سالمندی پویا مطرح است یعنی با افزایش کمیت جمعیت سالمند، کیفیت زندگی آنها نیز باید مورد توجه قرار گیرد (توکلی، ۱۳۸۲). یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به دست آورده است، حمایت اجتماعی[1] می‌باشد. کوب با تعریف حمایت اجتماعی تحت عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه دیگران می‌باشد، عنصری ارزشمند و دارای شأن می‌باشه و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، اظهار می‌دارد که افزایش روز افزون تعداد مقالات چاپ شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن، حاکی از دست یافتن به این مهم است که عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی که در زندگی انسان دارند، توجه فزاینده‌ای را به دست آورده‌اند (Cobb,1976).

با این حال و علی رغم استفاده مداوم از متغیر حمایت اجتماعی توسط پژوهشگران و متخصصان، فقدان شفافیت مفهوم هنوز پابرجاست (Hupcey, 1998; McHaffie, 1992) که به طور خاص علت آن به محدود بودن شواهد تجربی در این خصوص و اینکه مفهوم حمایت اجتماعی به راحتی با سازه‌های دیگری از جمله مراقبت[2] اشتباه می‌شود، برمی‌گردد (Coffman, 1999; Swanson, 1991). هر چند شواهد مربوط به اثرات حفاظتی حمایت اجتماعی بر روی پیامدهای بهداشتی در حال افزایش است با این حال سؤال مهمی که هنوز به‌طور واضح پاسخ داده نشده است، مسیرها و سازوکارهای با آن است (Walter Ginsburg, Blumstein & Modan, 2002).

1- social support 2- caring



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

## چارچوب نظری

نظریات متعددی در مورد رابطه بین روابط اجتماعی و سلامت مطرح شده است. نظریه‌های اولیه در این زمینه مدیون جامعه شناسان و روانپزشکانی چون امیل دورکیم و جان بالبی[1] می‌باشد. موج اصلی گسترش این مفاهیم توسط انسان شناسانی چون الیزابت بوت (Elizabeth Bott) و جان بارنز[2] و جامعه شناسان کمی‌نگر همچون کلود فیشر[3] و ادوارد لاومان[4] به وقوع پیوست. این اقدامات به همراه کارهای همه‌گیرشناسانی همچون جان کاسل[5] و سیدنی کوب[6] به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات مربوط حمایتهای اجتماعی و سلامت بنیان نهاده شد (Berkman, 2000).

امیل دورکیم جامعه شناس فرانسوی اواخر قرن نوزدهم و از بنیانگذاران علم جامعه شناسی، با بررسی علمی خودکشی اهمیت پیوندهای نزدیک اجتماعی را مطرح نمود. تحلیل عالمانه دورکیم درباره خودکشی و نحوه برخورد او با این مسأله چیزی فراتر از توصیف و تحلیل خودکشی و میزان آن در جامعه بود. دورکیم معتقد بود که انسان بر حسب طبیعتش نیازمند تعلق به دیگر انسانها و این احساس است که این تعلق به آنها، او را به اهدافش نزدیک‌تر می‌کند. حال اگر جامعه نتواند امیال و خواسته‌های افراد را به نحو مطلوب و به مقدار متعادل تنظیم کند یا میان افراد و گروههای اجتماعی پیوند مناسب و متوازن برقرار کند، انحرافات اجتماعی از قبیل خودکشی پدیدار می‌شوند. وی خودکشی را نه یک تراژدی شخصی در زندگی افراد، بلکه بازتاب شرایط جامعه به عنوان یک کل می‌دانست و به این نتیجه رسید که میزان خودکشی با درجه همبستگی گروههای اجتماعی که افراد جزئی از آن هستند، رابطه معکوسی دارد (Berkman, 2000).

1- John Bowlby
2- John Barnes
3- Claude Fischer
4- Edward Laumann
5- John Cassel
6- Sidney Cobb



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

از جان بالبی به عنوان یکی از برترین روانپزشکان قرن بیستم یاد نمـوده انـد. وی بـین سالهای ۱۹٦٤ تـا ۱۹۷۹ سـه مفهـوم عمـده دلبـستگی[1] (۱۹۷۳)، جـدایی(۱۹٦۹) و فقـدان (۱۹۸۰) را مطرح کرد. بالبی برای اولین بار نظریه دلبستگی و چگونگی ارتباط آن با تکامل دوران کودکی و بزرگسالی را مطرح نمود (Berkman, 2000). به نظر وی منشأ بـسیاری از مطالعات در خصوص حمایـت اجتمـاعی، تحقیقـات مربـوط بـه پیونـد و جـدایی در سـالهای نخستین زندگی می‌باشد. به بیان دیگر مطالعات در مورد اثرات از دست دادن روابط بین فـردی، تحقیق در خصوص نقش حمایت اجتماعی را مطرح نموده است (منتظری، ۱۳۸۷: ۱۹۰).

شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت جامعه، نقش مهمی در سـلامت و در نهایت کیفیت زندگی[2] افراد یک جامعه ایفاء می‌کند و انزوای اجتمـاعی بـه بیمـاری منجـر مـی‌شـود (Avlund, Damsgaard & Holstein 1998; Brummet, et al 2005). دربـارهٔ تـأثیر حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی دو نوع فرایند مورد توجه پژوهشگران می‌باشد:

**مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر عمده[3]**

مطابق با این مدل، اثرات مثبت حمایت اجتماعی یا عـدم انـزوای اجتمـاعی منجـر بـه بهبود کیفیت زندگی می‌شود و رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی خطی می‌باشد (Helgeson, 2003). فلمینگ و باوم که از نظریه پـردازان مطـرح ایـن دیـدگاه مـی‌باشـند معتقدند افرادی که از حمایت‌هـای اجتمـاعی بیـشتری برخوردارنـد از کیفیـت زنـدگی و سـلامت بـالاتری برخـوردار مـی‌باشـند. (Fleming & Baum, 1986). درگیـری افـراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نماید که افراد با جـذب بیـشتر در ایـن شـبکه‌هـا از حمایـت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند(منتظـری، ۱۳۸۷). بـر طبـق مطالعات متأثر از این مدل، افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده انـد و

1- attachment 2- quality of life 3- main effect Model



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

عمدتاً سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی دارا هستند(Thoits, 1983).

## مدل حمایت اجتماعی به عنوان تعدیل کننده[1] فشار روانی

بر طبق این مدل، رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی به سطح فشار روانی افراد بستگی دارد و حمایت اجتماعی به‌صورت مستقیم هیچ تأثیری بر کیفیت زندگی ندارد اما با تعدیل آثار فشار روانی حاد و مزمن، به سلامتی افراد کمک می‌کند ( Alloway & Bebbington, 1987; Helgeson, 2003). به عبارت دیگر اگر فشار روانی وجود نداشته باشد و یا سطح آن پایین باشد، حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباطی ندارد ولی تحت شرایط فشارزا، حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ یا تعدیل کننده در مقابل اثرات زیان‌آور عامل فشار عمل می‌کند. حمایت اجتماعی ممکن است توانایی افراد را برای مقابله با عوامل آن فشار از طریق رساندن حمایت‌های عاطفی و اطلاعاتی تقویت کنند و این بهبود ممکن است منجر به علائم و بیماریهای روانشناختی و جسمی‌کمتری‌شود(Hogan, Linden & Najarian, 2002).

## روش شناسی تحقیق

### نوع مطالعه

این تحقیق از نوع علّی ـ مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه سالمندان بالای ٦٠ سال ساکن در ناحیه ٢٢ منطقه ٢ شهرداری تهران می‌باشد که شامل سالمندان ساکن در ٧ حوزه و ٦٠ بلوک این ناحیه می‌باشد. از جمعیت ١٣٧٥٦ نفری این ناحیه، ١١٤٠ نفر را سالمندان مرد و ٩٨٤ نفر را سالمندان زن تشکیل می‌دهند. اطلاعات سالمندان مذکور از طریق بانک اطلاعات پایگاه تحقیقات جمعیتی شهرداری منطقه ٢، وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در اختیار تیم پژوهشی قرار گرفت. با توجه به حوزه و بلوک‌بندی صورت گرفته توسط مرکز آمار و شهرداری منطقه ٢ در ابتدا از نمونه‌گیری طبقه‌بندی استفاده شد به طوری که حوزه‌ها به عنوان طبقات نمونه‌گیری در نظر گرفته شدند. در ادامه

1- buffering



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

از طریق نمونه‌گیری تصادفی در داخل طبقات بلوک‌ها تعیین گردید و به کمک بانک اطلاعاتی موجود نشانی سالمندان تعیین و با مراجعه به آن‌ها مورد نظر به جمع‌آوری داده‌ها پرداخته شد. حجم نمونه با استفاده از فرمولهای حجم نمونه و با احتساب ریزش ۱۰ درصد ۱۰۰ نفر انتخاب شد.

**ابزارهای تحقیق**

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و چک لیست می‌باشد. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص سالمندان[1] و برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک[2] استفاده شد. لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی از چک لیستی که به همین منظور طراحی شده بود، استفاده گردید که مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت مسکن و نوع بیمه بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد در سال ۱۹۹۸ توسط دیگو و همکاران تهیه و در سه شهر لیدن در هلند، پادوا در ایتالیا و هلسینکی در فنلاند مورد پژوهش قرار گرفت و به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروههای سالمند و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده می‌باشد (Bailey, 2003). این پرسشنامه در ایران نیز توسط دوامی و حسام زاده ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن نیز مورد تایید قرار گرفته است (آلفای کرونباخ= ۰/۸۷٤) (سجادی، ۱۳۸۵). این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال می‌باشد که کیفیت زندگی سالمند را در ۷ بعد عملکرد جسمی (۵ سوال )، مراقبت از خود (٦ سوال)، افسردگی و اضطراب (٤ سوال)، عملکرد ذهنی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال) و رضایت از زندگی (٦ سوال) بررسی می‌کند.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک استفاده شده است. این پرسشنامه یک ابزار خود اجرایی است که حمایتهای اجتماعی کارکردی، ساختاری، عاطفی، مادی (کمک) و فقدان کل را محاسبه می‌کند. علاوه بر موارد فوق این

1- Lipad 2- NSSQ



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

پرسشنامه داده‌های توصیفی راجع به ارتباطات حمایتی را که فرد اخیراً (یک سال اخیر) به دلایل مختلفی از دست داده در اختیار ما قرار می‌دهد که از طریق آنها به راحتی می‌توانیم به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است پی‌ببریم (Norbeck et al., 1981; 1983 & Snow-Spracklin, 1998). مقیاس NSSQ نسبت به سایر ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی ارجح است برای اینکه دامنه وسیعی از سازه‌ها، مفاهیم (از ساده تا پیچیده) و همچنین انواع کارکردی و ساختاری حمایت اجتماعی را دربر می‌گیرد و به خوبی آنها را می‌سنجد و یک ابزار عمومی برای سنجش حمایت اجتماعی می‌باشد (جلیلیان، ۱۳۸۷).

پایایی و روایی این ابزار در ایران توسط جلیلیان و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است که ضریب پایایی این ابزار به روش همسانی درونی بین ۰/۸٤٤ تا ۰/۹۷۳($p$<۰/۰۰۱) بود و روایی این ابزار به روش روایی ملاکی همزمان بین ۰/۲۲۲ تا ۰/٦۲٤($p$<۰/۰۰۱) گزارش شده است (جلیلیان، ۱۳۸۷). این ابزار به عنوان یک ابزار مطلوب برای سنجش حمایت اجتماعی در سالمندان نیز توصیه شده است (Kimberly & McClane, 2006).

سالمندان در رد یا قبول شرکت در پژوهش آزاد بودند، قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها هدف مطالعه برای تک تک افراد شرکت کننده توضیح داده و از ایشان برای انجام مطالعه و استفاده از اطلاعات فردی اجازه گرفته می‌شد.

**یافته‌های تحقیق**

از ۱۰۰ نفر سالمند حاضر در این تحقیق ۷۰ نفر را مردان و ۳۰ نفر را زنان سالمند تشکیل می‌دادند. اکثریت شرکت کنندگان (٦۱ درصد) در دامنه سنی ۷۰-٦۰ سال بودند: میانگین سنی برای مردان حدود ۷۰ سال و برای زنان حدود ٦۹ سال بود. مقدار انحراف معیار برای سن مردان۷/۲۸ و برای زنان ٦/۳٦ بود. در مورد متغیر سواد ۱۹ نفر افراد مورد مطالعه بی‌سواد، ۳۸ نفر ابتدایی و ۲۲ نفر سیکل و دیپلم و ۲۱ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۵۷ درصد افراد از بیمه تامین اجتماعی، ۲٤ درصد از بیمه خدمات درمانی استفاده می‌کردند، و منبع درآمد ٥٦ درصد افراد مستمری بازنشستگی بود.



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

**جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تاهل واحدهای مورد پژوهش به تفکیک جنسیت**

| جنسیت / وضعیت تاهل | مرد | زن | جمع |
|---|---|---|---|
| **متاهل** | ۵۸ | ۲۰ | ۷۸ |
| **همسر فوت کرده** | ۱۲ | ۸ | ۲۰ |
| **متارکه یا مطلقه** | ----- | ۲ | ۲ |

برای انجام تحلیل، ابتدا میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن به تفکیک جنسیت مطابق جدول شماره ۲ مورد محاسبه قرار گرفت که میانگین کیفیت زندگی کل برای مردان۶۱/۴۵ (با دامنه ۸۷–۲۸) و برای زنان ۵۱/۷۶ (با دامنه ۷۰–۲۷) بود.

**جدول ۲: توزیع مقایسه‌ای نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن به تفکیک جنسیت**

| | مرد (n=۷۰) | | زن (n=۳۰) | | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین(انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی | | میانگین(انحراف معیار) نمرات کیفیت زندگی | | |
| **کیفیت زندگی کل** | ۶۱/۴۵ | (۱۳/۸۳) | ۵۱/۷۶ | (۱۲/۵۰) | ۰/۰۰۱ |
| **فیزیکی** | ۸/۴۰ | (۳/۰۳) | ۶/۸ | (۲/۳۴) | ۰/۰۱۲ |
| **ذهنی** | ۱۰/۱۱ | (۲/۹۰) | ۸/۸۳ | (۲/۵۷) | ۰/۰۳۹ |
| **اجتماعی** | ۵/۹۷ | (۱/۹۰) | ۵/۶۶ | (۱/۹۱) | ۰/۴۶۶ |
| **جنسی** | ۲/۸۸ | (۱/۳۴) | ۱/۱۰ | (۱/۳۴) | ۰/۰۰۱ |
| **مراقبت از خود** | ۱۵/۵۷ | (۲/۲۵) | ۱۴/۱۶ | (۲/۶۱) | ۰/۰۰۸ |
| **اضطراب و افسردگی** | ۸/۱۱ | (۲/۸۸) | ۶/۰ | (۲/۶۵) | ۰/۰۰۱ |
| **رضایت از زندگی** | ۱۰/۴۰ | (۳/۰۴) | ۹/۲۰ | (۳/۰۱) | ۰/۰۷۳ |



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

به منظور بررسی رابطه بین انواع حمایتهای اجتماعی و کیفیت زندگی ابتدا با استفاده از آزمون همبستگی معنادار بودن این روابط مورد بررسی قرار گرفت. از بین انواع حمایت اجتماعی یعنی حمایت عاطفی، حمایت ساختاری، حمایت کارکردی، فقدان کل و کمک مادی) بعد فقدان کل که به بررسی تعداد افرادی می‌پردازد که فرد طی یک‌سال گذشته از دست داده بود به علت اینکه اکثر پاسخگویان کسی را از دست نداده بودند از مطالعه حذف شد. نتایج تحلیل ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در جدول۳ ارائه گردیده است. که حاکی از وجود همبستگی بین انواع حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی کل می‌باشد($P< ۰/۰۵$). علاوه بر این رابطه بین انواع حمایت اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که رابطه بین حمایت عاطفی با تمام ابعاد کیفیت زندگی بجز بعد عملکرد جنسی معنادار می‌باشد. رابطه حمایت مادی و کارکردی نیز با تمام ابعاد معنادار بدست آمد. همچنین رابطه بین حمایت ساختاری با ابعاد اجتماعی، اضطراب و افسردگی، رضایت از زندگی معنادار بود. در مورد رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و بعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی، تمام روابط معنادار و منفی است. مقدار همبستگی بین حمایت عاطفی با اکثر ابعاد کیفیت زندگی بیشتر از مقدار همبستگی بین سایر انواع حمایتهای اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد (همبستگی در بیشتر موارد در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است).



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

**جدول ۳٤: ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن با انواع حمایت اجتماعی**

| کیفیت زندگی / حمایت اجتماعی | | کیفیت زندگی کل | جسمی | ذهنی | اجتماعی | جنسی | مراقبت از خود | اضطراب وافسردگی | رضایت از زندگی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حمایت عاطفی | ضریب همبستگی | ۰/۳۵ | ۰/۲٦ | ۰/۲٤ | ۰/٤٦ | ۰/۱۸ | ۰/۲٦ | -۰/۲۷ | ۰/۳٦ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۰۱۵ | ۰/۰۰۱ | /۰٦٦ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۰٤ | ۰/۰۰۱ |
| حمایت مادی | ضریب همبستگی | ۰/۳٤ | ۰/۲۵ | ۰/۲۰ | ۰/٤٤ | ۰/۲۵ | ۰/۲٦ | -۰/۱۸ | ۰/۳٤ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰٤٤ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۲ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۰۱ |
| حمایت کارکردی | ضریب همبستگی | ۰/۳۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۳ | ۰/٤۰ | ۰/۱۱ | ۰/۲٦ | -۰/۱۸ | ۰/۳٦ |
| | مقدار احتمال | /۰۰۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۰۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۳٦ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| حمایت ساختاری | ضریب همبستگی | ۰/۲۲ | ۰/۱٦ | ۰/۱٤ | ۰/۳۸ | ۰/۰۹ | ۰/۱٦ | -۰/۱۵ | ۰/۲۵ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۲٦ | ۰/۱۰۷ | ۰/۱٤۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳٤ | ۰/۱۱ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۱۰ |

برای تحلیل رگرسیون چندگانه، ابتدا با استفاده از جدول تحلیل پراکنش (آنالیز واریانس) یک طرفه معنی داری کل مدل رگرسیون مورد آزمون قرار گرفت و مطابق جدول ٤ تأیید شد.

**جدول شماره ٤: تحلیل پراکنش بین انواع حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی**

| مدل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| **رگرسیون** | **٤۳۲٦ /٦۱٤** | **۲** | **۲۱٦۳/۳۰۷** | **۱۲/۹۲۵** | **۰/۰۰۱** |
| **باقیمانده** | **۱٦۰٦۸ /۰۱۳** | **۹٦** | **۱٦۷/۳۷۵** | | |



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

سپس با استفاده از روش عقب رو[1]، معناداری تک تک متغیرهای مستقل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل رگرسیون بیانگر آن است که دو متغیر حمایت عاطفی و ساختاری در مدل رگرسیون چندگانه پیش بینی کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی سالمندان می‌باشند (جدول شماره ٦).

یعنی مدل رگرسیونی با معادله زیر تبیین گردید:

حمایت ساختاری۰/۸۸ + حمایت عاطفی ۱/۱۸ + ۰/۸۹ = کیفیت زندگی کل

حمایت عاطفی و حمایت ساختاری با کیفیت زندگی رابطه خطی دارند. همچنین با توجه به معادله بالا حمایت عاطفی بیشترین رابطه را با کیفیت زندگی دارد.

**جدول شماره ٦: رگرسیون بین کیفیت زندگی کل با انواع حمایت اجتماعی**

| متغیر مستقل | متغیر وابسته | کیفیت زندگی کل |
|---|---|---|
| **حمایت عاطفی** | ضریب ß | ۱/۱۸ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۰۱ |
| **حمایت ساختاری** | ضریب ß | ۰/۸۸ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۰۱ |

## بحث و نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی مادی، عاطفی، کارکردی و ساختاری در تحلیل همبستگی با کیفیت زندگی کل رابطه معناداری داشتند و با استفاده از مدل رگرسیون، حمایت عاطفی و ساختاری پیش بینی کننده‌های معناداری برای کیفیت زندگی کل بودند.

در بررسی رابطه بین متغیر جنسیت و کیفیت زندگی سالمندان در مطالعات متفاوت نتایج گوناکونی گزارش شده است: در برخی مطالعات در تمامی ابعاد، کیفیت زندگی

1- backward



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

مردان بالاتر از زنان بوده است (خالصی، ۱۳۸٦. عابدی، ۱۳۸۷. محقـق، ۱۳۸٦. آلبـوکردی، ۱۳۸۵) و در برخی مطالعات فقط در ابعاد جسمانی و عملکرد اجتماعی اخـتلاف معنـادار آماری مشاهده شده است (وحدانی نیا، ۱۳۸۵. آهنگری، ۱۳۸٦). با این حال برخی نیـز تفـاوت معناداری بین دو جنس نیافتـه‌انـد ( Assantachai, 2003. *Tsai* SY, 2004. Lehman, 1993). در این مطالعه در تمامی ابعاد میانگین نمرات کیفیت زندگی مردان سـالمند بـالاتر از زنـان سالمند بود که با توجه به عوامل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه قابل تبیین می‌باشد. و لزوم توجه بیشتر به زنان جامعه در این دوران خصوصاً فراهم کردن امکانات و تسهیلات بیشتر در زمینه جسمی در دوران سالمندی را متذکر می‌شود.

برکمن معتقد است که حمایت اجتماعی در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود کـه حسی از صمیمیت را ایجاد نماید و این حس صمیمیت از طریق حمایـت عـاطفی حاصـل می‌شود. بنابراین منظور از حمایت عاطفی برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است در حالی‌که منظور از حمایت ابزاری کمک بـه فـرد در راسـتای بـرآورده کـردن احتیاجات و نیازمندیهایش مـی‌باشـد (Berkman, 1995). تـدارک حمایـت عـاطفی بـرای تسهیل مقابله با تنیدگی زندگی، افزایش حس عزت نفس و کنترل (Krause, 1994) و تأثیر بر کنش عصبی هورمونی و دستگاه ایمنی( Seeman et al, 1998) است. نتایج بدست آمده در این تحقیق با سوابق پژوهشی مطابقت دارد بـه طـوری کـه حمایـت عـاطفی، بـه‌طـور معناداری موثرتر از سایر انواع حمایت اجتماعی بود که شاید به دلیل نیاز بیـشتر سـالمندان به کمک دیگران در مواقعی است که با مشکلات حاد و استرس‌زا مواجه مـی‌شـوند. نتـایج مطالعه زمان زاده و همکاران نیز حاکی از نقش تعیـین کننـده حمایـت عـاطفی در کیفیـت زندگی بیماران همودیالیزی می‌باشد (زمان زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

حمایت اجتماعی تا حدی می‌تواند از افسردگی سـالمندان جلـوگیری نمایـد. هـر چـه سالمندان از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشند، احتمال بیشتری برای افسردگی آنها وجود دارد (Holahan, 1987). در مطالعه‌ای کـه مـک‌کـی و همکـارانش در سـال ۲۰۰۱ پیرامون ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی در جمعیت بـا مـذاهب گونـاگون انجـام



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

دادند به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با افسردگی همبستگی معکوس و با سلامت روان همبستگی مثبت دارد. نتایج مطالعه بخشانی و همکاران نیز نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی همبستگی منفی وجود دارد (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۱). لی، کریتندن و یو حمایت اجتماعی و افسردگی را در بین مهاجران سالمند کره‌ای در آمریکا مورد بررسی قرار داده اند. این مطالعه اثرات جنبه‌های کمی، ساختاری و کارکردی روابط اجتماعی بر سطح نشانه‌های افسردگی مهاجران سالمند کره‌ای را با در نظر گرفتن سطح فرهنگ‌پذیری و فشار روانی آنها بررسی و رابطهٔ معکوس و معنادار حمایت اجتماعی با افسردگی را ذکر کرده‌اند (Lee, et al, 1996).

در این مطالعه نیز رابطه بین انواع حمایت اجتماعی و بعد اضطراب و افسردگی کیفیت زندگی تمام روابط معنادار و منفی می‌باشند که منفی بودن این روابط دقیقاً مورد انتظار بوده است؛ سالمندانی که حمایت‌های اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند احساس اضطراب و افسردگی کمتری دارند که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک ابزار مناسب و کم هزینه برای کاهش اضطراب و افسردگی در سالمندان به‌کار رود. شاید بتوان به نقش ارتباطات اجتماعی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش دهنده برای افراد اشاره نمود که متعاقب آن، افزایش احساس خودارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت.

برخی محققان رابطه مثبتی بین حمایت ساختاری و کیفیت زندگی یافته‌اند (Helgeson, 2003. Blazer, 1982; Yasuda e al, 1997). برخی دیگر از محققان چنین رابطه‌ای را نیافته‌اند (Hanson et al, 1989) حتی برخی رابطه منفی را گزارش کرده‌اند (Lund & Holstein, 2000). همچنین ولمن در تحقیق خود در سال ۱۹۹۹ در مورد عوامل موثر بر انواع حمایتهای اجتماعی در سالمندان بر نقش کلیدی حمایت‌های ساختاری تأکید کرده است (Wellman, 1999: 24-25). نتایج این مطالعه، معناداری رابطه حمایت ساختاری با کیفیت زندگی را هم از طریق همبستگی و هم از طریق رگرسیون مورد تأیید قرار داده است که شاید بتوان به اهمیت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی و حضور



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

در انجمن‌ها به عنوان عـاملی بـرای افـزایش عـزت نفـس سـالمندان اشـاره نمـود. مقـدار همبستگی بین حمایت عاطفی با اکثر ابعاد کیفیت زندگی بیـشتر از مقـدار همبـستگی بـین سایر انواع حمایتهای اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد این مطلب تا حدی می‌توانـد مبین نقش با اهمیت تری باشد که حمایت عاطفی ایفا می‌نماید.

همه انواع حمایت اجتماعی، بیشترین همبستگی را بـا بعـد اجتمـاعی کیفیـت زنـدگی داشتند که خود حاکی از تاثیرات بارز عوامل اجتمـاعی بـر سـلامت و کیفیـت زنـدگی در سالمندان می‌باشد. در مورد تعمیم این نتایج با توجه به تفاوتهایی که بـین منـاطق مختلـف شهر تهران وجود دارد در مورد تعمیم نتایج بایستی با احتیاط برخورد نمود.

به هر حال نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که توجه به انواع حمایت‌های اجتماعی در قشر سالمند جامعه می‌تواند به عنوان یکی از منابع ارزان قیمـت اقتـصادی و بـه عنـوان یک منبع تولید کننده سرمایه اجتماعی در راستای پویایی و بهبود کیفیت زندگی سـالمندان مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیتهای این طرح می‌توان به عدم همکاری برخـی از سـالمندان بـرای تکمیـل پرسشنامه‌ها بخصوص در مورد حیطه عملکرد جنسی بدلیل بار فرهنگی آن، اشاره نمـود و در مورد پرسشنامه نوربک با وجود مزایای خاص آن، می‌توان به سخت و وقت گیر بـودن تکمیل آن اشاره نمود.

## تقدیر و تشکر

در پایان لازم است از همکاری صمیمانه خانم دکتر شـیرازی خـواه سرپرسـت محتـرم پایگاه تحقیقات جمعیت منطقه۲ شهرداری تهران و تمامی سالمندانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال تقدیر و تشکر را داشته باشیم.



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

## منابع References


- آلبوکردی، مصطفی؛ رمضانی، محمد آرش. (۱۳۸۵)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین شهر در سال ۱۳۸۳، **مجله علمی پزشکی**، دوره ۵، شماره ٤.
- آهنگری، مهناز؛ کمالی، محمد؛ ارجمند، منوچهر. (۱۳۸٦)، کیفیت زندگی در سالمندان عضو کانونهای فرهنگسرای سالمند شهر تهران، **فصلنامه سالمندی**، شماره ۳.
- بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز. (۱۳۸۲)، ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استر س زای زندگی با افسردگی، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، شماره صص۳٤. ٤۹-۵۵.
- توکلی قوچانی؛ محمد رضا؛ آرمان، حمید. (۱۳۸۲)، **سالمندی پویا**، ویرایش اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- سجادی، حمیرا؛ بیگلریان، اکبر. (۱۳۸۵)، کیفیت زندگی سالمندان کهریزک، **فصلنامه پایش**.
- جلیلیان، علی؛ رفیعی، حسن. (۱۳۸۷)، **بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی ابزار حمایت اجتماعی نوربک**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خالصی، محمد. (۱۳۸٦)، **بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان غیرشاغل دارای تحصیلات عالی و فاقد تحصیلات عالی شهر قم**، پایان نامه کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خزایی، کامیان. (۱۳۸۱)، روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان، **بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان**، تهران، انتشارات کتاب آشنا، ص ۳٦۳.
- راسل، مهدی و همکاران. (۱۳۸٦)، آینده سالمندی و هزینه‌های خدمات سلامت، **فصلنامه سالمندی**، شماره چهارم.
- زمان زاده، وحید و همکاران. (۱۳۸٦)، ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی، **مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز**، دوره ۲۹، شماره‌صص٤۹-٥٤.
- عابدی، حیدرعلی. (۱۳۷۸)، **بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی سالمندان در منزل و مقیم در سرای سالمندان شهر اصفهان**، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طرح تحقیقاتی.
- کلدی، علیرضا. (۱۳۸٤)، **بررسی رابطه دانش، نگرش و عملکرد بهداشتی سالمندان با سلامت عمومی آنان در شهر تهران**، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ص۵۵ .




[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

## منابع

## References


- محقق، حسین. (۱۳۸٦)، **مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیر سازمانهای تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مرکز آمار ایران.(۱۳۸٦)، **نتایج عمومی سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵**.
- منتظری، علی. (۱۳۸۷)، **مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، صص ۱۸۹-۲۱۲ .
- وحدانی نیا، مریم؛ گشتاسبی، آزیتا؛ منتظری، علی. **بررسی تأثیر مشخصات جمعیتی بر کیفیت زندگی دوران سالمندی**. ارائه شده در همایش سراسری سالمندی و پزشکی سالمندان، اصفهان، خلاصه مقالات ص ۸٤.

- Alloway, R. Bebbington, p. (1987). **The buffer theory of social support: A review of literature**. 91-108.
- Avund, k. Damsgaard, M. T. & Holstien.B.F. (1998). Social relation and mortality: An eleven year follow up study of 70 year old man and women in Denmark. **Social science and Medicine**. 47.635-643.
- Assantachai, P., & Maranetra, N. Nationwide survey of the health status and quality of life of elderly Thaisattending clubs for the elderly. **Journal of Thai MedicalAssociation**, (2003). 86, 938-946
- Bailey C. 2003 **Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus**. Wilder Research center, February
- Berkman.Lisa.F. (2000). **Social epidemiology**. Oxford university press. 118-137.
- Berkman, L.F. (1995).The role of social relation in heath promotion. **Psychosomatic Medicine**, 57, 245-254.
- Blazer, D.G.(1982). Social support and mortality in an elderly community population. **American journal of epidemiology**.
- Brummet, B.H; Mark, D.B; Siegler, I.C.(2005): **percieved social support as a predictor of mortality in coronary Patients**.
-Carson, V. B. (2000). **Mental health nursing**, Philadelphia: W.B. Saunders .Co
- Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38, 300-314
- Coffman, S., & Ray, M.A. (1999). Mutual Intentioality: A




[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

**References** **منابع**

theory of support processes in pregnant African American women. **Qualitative Health Research**, 9, 479-492.
- Dausch, J. G., " Aging issues moving mainstream **", J .Am. Diet. Assoc**, 2003,vol. 103, nom 6.
- Fleming, R. & Baum, Andrew. (1986). **Social support and stress: The buffering effects of friendship. Friendship and social integration**. New York: Springer verlag.
- Hanson. B. S. Isacsson, S. janson. L. (1989). Social network and Social support influencr mortality in elderly man. **American journal of epidemiology**.130;100-111.
- Hertz man, C. & Hayes, m. (1985).," will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? "**Can. J. public Health**, vol 76.
-Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life, Quality of Life Research 12, 25–31.
- Hogan, B.E ; Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they work? **Clinical Psychology Review**, 22, 381-440.
-Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., & Brennan, P.L. 1997. Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. **Journal of Personality and Social Psychology** 72 (4): 918-928.
-Hupcey, J.E., (1998). Clarifying the Social Support theory-research linkage. **Journal of Advanced Nursing**, 27.1231-1241.
- Jenson, J. health care spending and the aging of population, 2007, CRS report for congress.
- Kimberly s. McClane. (2006). **Screening instruments for use in a complete geriatric assessment**.
- Krause N. (1994). Stress and the devaluation of highly salient in late life. **Journal of gerontology**: 54B(2).99-108
- Lee, m. s, Crittenden, s. Yu, E.( 1996). Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. **International journal of aging and human development**, 42(4), 313-327.
- Lehman A. the well-being of chronic mental patients, Arch. **Gen.psychiatry**. 1993;vol.40,pp: 373-396.
-Lund, H. Modvig, J. & Holstien.B.E.(2000).Stability and change in structural social relations as predictor of mortality among elderly women and men. **European journal of epidemiology**.16.1087-1097.
- McHaffie, H.E.(1992). Social Support in the neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, 17, 279-287.



[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

**References** **منابع**


-McKee, M.D; Cunningham, M,. Jankowsk, K.R.B,. Zayas, L. (2001). Health-Related Functional Status in Prenancy: Relationship to Depression and Social Support in Multi-Ethnic Population. **Journal of Obstetrics & Gynecology**, 97( 6), 988-993.

-Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1983). Further development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative data and validity testing. **Nursing Research**, 32, 4-9.

-Snow-Spracklin. E. G. (1998). **Caregivers' Perception of Health, Burden, Social Support, and Care Receiver Problems**. A thesis to the School of Graduate Studies for the degree of Master of Nursing. Newfoundland. Mernorial University of Newfoundland.

-Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle ranged theory of caring. **Nursing Research**, 40, 161-166.

- Seeman, T.E.& Adler, N.(1998).Older Americans: Who will they be? **National foroum**. 78(2).

- Tsai SY, chi LY, lee LS, CHOU p. Health related quality of life among urban, rural and island community elderly in Taiwan. **Journal of formos medicine association** 2004; 45: 750-56

- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of health and social behaviors**. 23. 34-48

- United Nations Population Division.(2007), **World Population Aging** 2007, New York.

- Wellman, B. 1999. **The network community: an introduction** pp;1-48

- Walter- Ginsburg. A; Blumstien.T & Modan, B. (2002). Social factors and mortality in elderly peoples. **Journal of Gerontology**: social siences.

-Yasuda, N. Zimmerman, S.I.Hawkes, W.fredman. (1997). Relation of social nework characteristics in an urban community.**American journal of epidemiology**.




[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]

[ Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-09-05 ]