DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808 Published by Vesnu Publications

نقش مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در سلامت عمومی سالمندان

ابوالفضل حسینی[۱]، علی‌اکبر مجدی[۲]، علی‌اصغر اسماعیلی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از مراحل اساسی زندگی بشر، دوران سالمندی است که همراه با نیازها، خواسته‌ها و مسایل متفاوت می‌باشد. تحقیق حاضر، با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی در سلامت عمومی سالمندان انجام شد.

روش‌ها: روش مورد استفاده در پژوهش، پیمایش و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. جامعه آماری، کلیه شهروندان سالمند بالای ۶۵ سال و حجم نمونه ۲۶۵ نفر انتخاب شد. روش نمونه‌گیری ترکیبی از طبقه‌ای و خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که داده‌ها از ۹ محله منتخب در شهر مشهد در سال ۱۳۹۴ جمع‌آوری شد. همچنین، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون و آزمون مقایسه میانگین t مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها: سلامت عمومی سالمندان در حد متوسط و بالاترین میزان سلامت عمومی به خرده مقیاس سلامت اجتماعی تعلق داشت. همچنین، حمایت اجتماعی از سالمندان در حد متوسط و بیشترین میزان حمایت متعلق به خرده مقیاس عاطفی گزارش شد. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که سلامت عمومی مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود. در نهایت، در بین ابعاد حمایت اجتماعی، بعد عاطفی بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی سالمندان داشت.

نتیجه‌گیری: حمایت عاطفی بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی سالمندان داشت، اما باید توجه کرد که سالمندان در کنار نیازهای عاطفی، به حمایت‌های خدماتی زیاد، مالی و مشورتی هم احتیاج دارند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی، سلامت عمومی، سالمندان

ارجاع: حسینی ابوالفضل، مجدی علی‌اکبر، اسماعیلی علی‌اصغر. **نقش مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در سلامت عمومی سالمندان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۱): ۵۷-۵۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۷/۵

مقدمه

سالمندی، فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در بر می‌گیرد. در واقع، یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (۱). پیشرفت چشمگیر در علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر، میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه متوسط عمر در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از ۸۵ سال رسیده است. در ایران نیز میانگین عمر افراد به ۷۳ سال رسیده است (۲). جمعیت‌شناسان آغاز دوران پیری و سالخوردگی را سنین ۶۰ یا ۶۵ سال محسوب می‌کنند (۳).

از نیمه دوم قرن بیستم، جمعیت سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) رو به افزایش گذاشته است؛ به گونه‌ای که رشد تعداد افراد سالمند به قدری قابل توجه است که به عنوان انقلاب ساکت توصیف شده است (۴، ۵). بر اساس آخرین آمار منتشر شده در سال ۱۳۹۰، جمعیت بالاتر از ۶۰ سال ایران در حدود ۵ میلیون نفر است و پیش‌بینی می‌شود که این رقم در ۱۲ سال آینده به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد (۶).

تنگناهای اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، آموزشی، بهداشتی و عاطفی، استانداردهای پایین و سبک ناصحیح زندگی در کشور به ویژه در دهه‌های گذشته بیانگر وضعیت نامطلوب سالمندان کشور است که بر اثر آن افراد در کشور ما حدود ۱۵ سال زودتر از سن تقویمی پیر می‌شوند (۷). با افزایش سن سالمندی، تغییراتی در ابعاد مختلف به شکل ضعف توان جسمانی، کاهش قوای مغزی، اختلالات روانی مثل تنهایی، بیماری‌های مزمن و تغییر در ساز و کارهای فعالیت جنسی، درد مفاصل، دیابت، پیرچشمی، انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی، اختلالات بینایی، ضایعات اسکلتی- عضلانی، عدم تعادل در راه رفتن، کاهش بافت استخوانی، پوکی استخوان و مصرف داروها و... به وجود می‌آید. از این‌رو، با توجه به مشکلات فوق، سالمندان مستعد آسیب و کاهش کیفیت زندگی می‌باشند که نیاز به توجه و رعایت الگوی مراقبتی مؤثر در پیش‌گیری از حوادث دارند (۸).

از سوی دیگر، افزایش جمعیت سالمند با هزینه‌های متعددی همراه است که یکی از عمده‌ترین این هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان می‌باشد. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است، بر این واقعیت تأکید دارد که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف، روند تصاعدی به خود گرفته است (۹).

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزشی علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۲- استادیار،گروه آموزشی علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه آموزشی علوم اجتماعی، ساختمان علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران
نویسنده مسؤول: ابوالفضل حسینی
Email: ab.ho1991@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]

یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد، حمایت اجتماعی می‌باشد. حمایت اجتماعی تحت عنوان معرفتی که باعث می‌شود تا فرد باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران می‌باشد، عنصری ارزشمند و دارای شأن است و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (۱۰). انسان موجود اجتماعی است و در طول حیات خود نیازمند همنوعان خود می‌باشد. این نیازمندی از جنبه‌ها و صورت‌های مختلف قابل مشاهده است. شاید بتوان گفت که همه مشکلات انسانی از نوع روابط، تصورات و احساسات وابسته به آن سرچشمه می‌گیرد.

حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در حفظ سلامت سالمندان دارد؛ به طوری که در بسیاری از تحقیقات اهمیت این موضوع نشان داده شده است. ریاحی و همکاران در تحقیقی نشان دادند که کاهش حمایت‌های سنتی و فقدان نظام حمایتی جایگزین، سلامت روانی و اجتماعی سالخوردگان را کاهش می‌دهد و در نتیجه، افرادی که حمایت اجتماعی کمتری دارند، سلامت روانی و اجتماعی کمتری را دارا می‌باشند (۱۱).

George به این نکته اشاره نمود که فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی، اثرات مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت روان دارد؛ به طوری که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با میزان پایین‌تر اختلال روانی همراه است (۱۲).

شواهد تجربی که ارتباط بین حمایت اجتماعی، شاخص‌های سلامتی و بهزیستی را تأیید می‌کند، در جمعیت‌های مختلف تأیید شده است (۱۲). به طور کلی، حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، مانند کاهش احتمال ایجاد شرایط بیماری، به ویژه بیماری قلبی- عروقی و سرطان ارتباط دارد. این تأثیرات حفاظتی شبکه‌های اجتماعی ممکن است که نتیجه چندین فرایند باشد. در پژوهشی این نقش شامل دسترسی مثبت به اطلاعات درباره سلامتی و خدمات مراقبتی سلامتی، تشویق رفتارهای سالم، تشویق به بهره‌گیری از مراقبت برای سلامتی و تدارک کمک‌های محسوس است (۱۲).

بنابراین، توجه به این منبع ارزان قیمت اقتصادی و با اهمیت اجتماعی به خصوص در قشر سالمندان در جهت مقابله با مشکلات و افزایش کیفیت زندگی و بهبود سلامت آن‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی میزان سلامت عمومی و ابعاد مختلف آن در بین سالمندان شهر مشهد، ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت عمومی آن‌ها و میزان برخورداری ایشان از انواع حمایت‌های عاطفی، مالی و... بود.

روش‌ها

تحقیق حاضر به روش پیمایش با هدف توصیفی- تبیینی صورت گرفت. جامعه آماری کلیه سالمندان ۶۵ سال و بالاتر بودند که در سال ۱۳۹۴ در شهر مشهد زندگی می‌کردند. حجم نمونه بر اساس فرم نمونه‌گیری کوکران ۲۶۵ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر نمونه‌گیری طبقه و خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که از بین مناطق ۱۳ گانه شهر مشهد ۳ منطقه ۱، ۳ و ۸ به عنوان نماینده طبقات بالا، متوسط و پایین انتخاب شد. در ادامه، در بین هر منطقه ۱ ناحیه و در هر ناحیه ۳ محله به تصادف انتخاب گردید. پرسش‌نامه‌ها با مراجعه حضوری پرسشگر به درب منازل پر شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، پرسش‌نامه بوده که مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول شامل سؤالات مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل متغیرهایی نظیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت مسکن، نوع بیمه و... بود. بخش دوم شامل سؤالات مربوط به سلامت عمومی بود که در تحقیق از پرسش‌نامه‌های استاندارد سلامت عمومی Goldberg و Hiller (۱۳) که در ایران نیز پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود (۱۱)، استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که سلامت عمومی سالمند را در سه بعد جسمانی (۱۱ سؤال)، روانی (۹ سؤال) و اجتماعی (۶ سؤال) بررسی می‌کند. سؤالات پرسش‌نامه بر روی یک طیف ۴ درجه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفت که نمره نهایی کسب شده از این ابعاد بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ گزارش شد.

بخش سوم سؤالات مربوط به حمایت اجتماعی بود که از پرسش‌نامه استاندارد Vaux و همکاران استفاده شد (۱۴). این پرسش‌نامه حمایت اجتماعی را در سه بعد اطلاعاتی (۸ سؤال)، مادی (۸ سؤال) و عاطفی (۱۲ سؤال) مورد سنجش قرار می‌دهد. هر گویه دارای ۵ امتیاز می‌باشد که هر پاسخگو برای پاسخگویی به هر سؤال نمره ۱ تا ۵ را دریافت می‌نماید. سرانجام، نمره نهایی کسب شده از این ابعاد بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ گزارش شد. سنجش اعتبار در پرسش‌نامه مربوط به کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی از روش اعتبار صوری استفاده شد. بدین منظور، پرسش‌نامه در اختیار متخصصان و استادان قرار گرفت و بعد از جمع‌آوری نظرات آن‌ها، پرسش‌نامه نهایی آماده شد. همچنین، برای سنجش پایایی گویه‌های مربوط به سلامت عمومی و حمایت اجتماعی از روش سازگاری درونی و ضریب Cronbach's alpha استفاده شد که مقدار آن برای سلامت عمومی بعد جسمانی ۰/۸۹، بعد روانی ۰/۹۲، بعد کارکرد اجتماعی ۰/۷۲ و برای حمایت اجتماعی بعد اطلاعاتی ۰/۸۸، بعد مادی ۰/۹۸و بعد عاطفی ۰/۷۵محاسبه گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به منظور مقایسه میانگین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و حمایت اجتماعی از آزمون رتبه‌بندی Friedman، مقایسه نمرات سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان از آزمون مقایسه میانگین (t مستقل) و همچنین، جهت بررسی تأثیر ابعاد حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

از بین ۲۶۵ سالمند، ۵۵ درصد شرکت کنندگان مرد و ۴۵ درصد زن بودند. متوسط سن سالمندان ۷۰/۱۳ که ۸۱/۵ درصد از متأهل بودند. در مورد متغیر تحصیلات ۱۰۱ نفر بی‌سواد، ۸۶ نفر ابتدایی، ۵ نفر راهنمایی، ۱۲ نفر سیکل و ۳۵ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۸۸/۵ درصد با خانواده زندگی می‌کردند، ۱۰/۶ درصد سالمندان شاغل، ۴۱/۱ درصد بازنشسته، ۲/۶ درصد بیکار، ۳۵/۵ درصد خانه‌دار و ۱۰/۲ درصد از کار افتاده بودند. ۸۰ درصد از سالمندان منزل شخصی داشتند و ۵۷/۷ درصد دارای حداقل یک نوع بیماری خاص بودند که در این بین ۸۵/۵ درصد تحت پوشش خدمات بیمه قرار داشتند. همچنین، میانگین درآمد شرکت کنندگان،۸۵۰ هزار تومان بود.

میانگین نمره کل سلامت عمومی سالمندان ۵۲/۶۴ به دست آمد که زیرمقیاس سلامت اجتماعی از میان سایر مقیاس‌ها بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد. همچنین، میانگین نمره کل حمایت اجتماعی ۴۹/۶۵ به دست آمد که زیرمقیاس حمایت عاطفی با میانگین نمره ۶۴/۸۷ بیشترین میزان را به دست آورد (جدول ۱).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]

جدول ۱. میانگین نمرات سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن

مقیاس‌ها	میانگین		
نمره کل سلامت عمومی	۵۲/۶۴		
نمره کل حمایت اجتماعی	۴۹/۶۵		
خرده مقیاس‌ها	**میانگین**	**Chi-square**	**P**
سلامت اجتماعی	۶۵/۰۱		
سلامت روانی	۵۴/۴۴	۸/۴۹۰	< ۰/۰۰۱
سلامت جسمانی	۴۷/۹۵		
حمایت عاطفی	۶۴/۸۷		
حمایت اطلاعاتی	۴۲/۱۲	۶/۳۲۰	< ۰/۰۰۱
حمایت مادی	۳۹/۳۹		

نتایج آزمون مقایسه میانگین، نشانگر ارتباط معنی‌دار بین دو متغیر سلامت عمومی و جنسیت بود؛ به طوری که مردان سالمند نسبت به زنان سالمند به طور معنی‌داری سلامت عمومی بالاتری داشتند (P < ۰/۰۵). همچنین، در بین ابعاد، تنها در بعد جسمانی اختلاف معنی‌دار بود (P < ۰/۰۵)؛ چرا که مردان سلامت جسمی بالاتری در مقایسه با زنان داشتند (جدول ۲).

با توجه به جدول ۳، بین حمایت اجتماعی کل و جنسیت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در ابعاد نیز تنها در بعد حمایت اطلاعاتی تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان وجود داشت؛ به طوری که حمایت اطلاعاتی مردان بیشتر از زنان بود (P < ۰/۰۵).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیر حمایت عاطفی با ضریب بتای ۰/۴۸۳، مهم‌ترین پیش‌بینی کننده سلامت عمومی بود. سپس، حمایت اطلاعاتی به عنوان تأثیرگذارترین متغیر در تبیین تغییرات سلامت عمومی نقش داشت. در ضمن، متغیر حمایت مادی به علت نداشتن اثر معنی‌دار از معادله خارج شد (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان سلامت عمومی، ابعاد مختلف آن در بین سالمندان شهر مشهد، میزان برخورداری ایشان از انواع حمایت عاطفی، مالی و... و ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت عمومی سالمندان انجام شد. نتایج نشان داد که نمره کلی وضعیت سلامت عمومی درک شده سالمندان ۵۲/۶۴ بود. هرچند، نمره به دست آمده از سلامت سالمندان در محدوده قابل قبول متوسط در یک مقیاس صفر تا ۱۰۰ قرار داشت، ولی باید اذعان داشت که سلامت عمومی سالمندان در حال حرکت به سمت نزولی است و این زنگ خطری برای جامعه و سازمان‌های ذیربط می‌باشد. همچنین، نمره کلی وضعیت حمایت اجتماعی درک شده سالمندان ۴۹/۶۵ به دست آمد که روند کاهشی حمایت اجتماعی از سالمندان را نشان می‌دهد. بنابراین، با کاهش حمایت‌های اجتماعی درونی، نیازمندی جامعه سالمندی به بسترسازی مناسب جهت افزایش حمایت‌های بیرونی (سازمانی) بیشتر قابل مشاهده می‌باشد.

نتایج استنباطی نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری وجود داشت و در بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و اطلاعاتی به ترتیب اثر معنی‌داری بر سلامت عمومی حاصل شد. مطالعات گوناگونی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را به تأیید رسانده است؛ به طوری که افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار می‌باشند، وضعیت سلامت بهتری دارند (۱۵). در مطالعه‌ای نشان داده شد که ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و سلامت وجود دارد و حمایت عاطفی دارای بیشترین اثر بر سلامت می‌باشد (۱۶). از جمله تحقیقات داخلی نیز در مطالعه ریاحی و همکاران حمایت اجتماعی و ابعاد آن دارای ارتباط معنی‌داری با سلامت روانی در سالمندان بود (۱۱). طبق نظر Adams و همکاران که از نظریه‌پردازان مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی است، بین حمایت اجتماعی و سلامت، یک رابطه مستقیم خطی وجود دارد (۱۵) و نیز به اعتقاد Cobb هرچه احساس پیوند فرد با گروه خود (برای مثال با خانواده‌اش) بیشتر باشد (انسجام اجتماعی بالا)، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و برعکس حتی ممکن است که در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خطر بیندازد (۱۰).

Berkman و Kawachi معتقدند که حمایت اجتماعی در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود که حسی از صمیمیت را ایجاد نماید و این حس صمیمیت از طریق حمایت عاطفی حاصل می‌شود. بنابراین، منظور از حمایت عاطفی برقراری ارتباط محبت‌آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است (۱۷).

جدول ۲. آزمون مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین ± انحراف معیار	آزمون مقایسه میانگین	
				T	P
سلامت عمومی	مرد	۱۴۷	۵۶/۲۷ ± ۲۱/۳۹	-۳/۵۹۱	< ۰/۰۰۱
	زن	۱۱۸	۴۸/۱۲ ± ۱۵/۴۹		
سلامت جسمانی	مرد	۱۴۷	۵۵/۳۹ ± ۲۷/۱۵	-۵/۰۶۰	< ۰/۰۰۱
	زن	۱۱۸	۳۸/۶۸ ± ۲۶/۱۷		
سلامت روانی	مرد	۱۴۷	۵۶/۴۰ ± ۲۵/۲۴	-۲/۴۰۲	۰/۱۶۲
	زن	۱۱۸	۵۲/۳۲ ± ۱۷/۱۵		
سلامت اجتماعی	مرد	۱۴۷	۶۳/۸۴ ± ۲۳/۵۴	-۱/۰۴۲	۰/۲۹۸
	زن	۱۱۸	۶۶/۴۷ ± ۱۵/۵۷		

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]

جدول ۳. آزمون مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی به تفکیک جنسیت

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین ± انحراف معیار	آزمون مقایسه میانگین	
				T	P
حمایت اجتماعی	مرد	۱۴۷	۴۹/۹۲ ± ۱۱/۴۴	-۰/۸۱۴	۰/۴۱۷
	زن	۱۱۸	۴۸/۱۸ ± ۱۴/۵۳		
بعد اطلاعاتی	مرد	۱۴۷	۴۵/۷۹ ± ۲۰/۷۶	-۳/۵۳۷	< ۰/۰۰۱
	زن	۱۱۸	۳۷/۵۵ ± ۱۶/۱۴		
بعد مادی	مرد	۱۴۷	۴۰/۱۷ ± ۲۵/۷۱	-۰/۶۶۲	۰/۵۰۹
	زن	۱۱۸	۳۸/۴۲ ± ۱۴/۳۲		
بعد عاطفی	مرد	۱۴۷	۶۳/۱۷ ± ۱۹/۱۴	۱/۶۰۲	۰/۱۱۱
	زن	۱۱۸	۶۶/۹۸ ± ۱۹/۴۱		

جدول ۴. ضرایب تحلیل رگرسیون چندگانه

متغیر	B	SE	Bet Pa	T	P
مقدار ثابت	۰/۷۳۱	۰/۲۱۱		۳/۴۶۰	۰/۰۰۱
حمایت عاطفی	۰/۵۱۲	۰/۰۵۴	۰/۴۸۴	۹/۴۶۵	< ۰/۰۰۱
حمایت اطلاعاتی	۰/۲۲۹	۰/۰۴۶	۰/۲۵۲	۴/۹۲۳	< ۰/۰۰۱

SE: Standard error

حمایت عاطفی از یک سو، ملزومات عاطفی و احساسی برای بهزیستی را فراهم می‌سازد و از سوی دیگر، امکانات مقابله با تنیدگی‌ها و کنترل آن‌ها را فراهم می‌کند. بنابراین، چندان دور از انتظار نیست که این بعد از حمایت اجتماعی ارتباط قوی‌تری با ابعاد سلامت عمومی دارد؛ همان طور که نقش تعیین کننده‌ای هم در تغییرات بعد روانی سلامت عمومی و هم در سلامت عمومی کلی دارد.

مقایسه وضعیت سلامت زنان و مردان نشان داد که زنان وضعیت سلامت پایین‌تری در مقایسه با مردان داشتند.

در بررسی رابطه بین متغیر جنسیت و سلامت عمومی سالمندان در مطالعات متفاوت، نتایج گوناگونی گزارش شده است. برخی مطالعات میانگین کل سلامت عمومی مردان را بالاتر از زنان گزارش کردند (۱۸، ۱۱). Orfila و همکاران در مطالعه‌ای تفاوت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و مردان سالمند را مورد بررسی قرار دادند. بر اساس نتیجه این تحقیق، کیفیت زندگی مربوط به سلامت در زنان نسبت به مردان در وضعیت بدتری قرار داشت (۱۹).

برخی مطالعات در تمامی خرده مقیاس‌ها، سلامت عمومی مردان را بالاتر از زنان گزارش کرد (۲۱، ۲۰). در دیگر مطالعات فقط در ابعاد جسمانی و عملکرد اجتماعی اختلاف معنی‌دای آماری مشاهده شد (۲۳، ۲۲). با این حال، در برخی مطالعات تفاوت معنی‌داری بین دو جنس به دست نیامد (۲۵، ۲۴). در مطالعه حاضر، میانگین کل سلامت عمومی و بعد جسمانی مردان سالمند بالاتر از زنان سالمند بود که لزوم توجه بیشتر به زنان جامعه در این دوران به خصوص فراهم کردن امکانات و تسهیلات بیشتر را می‌توان متذکر شد.

دیگر یافته‌ها نشان داد که بین نمره کل حمایت اجتماعی و جنسیت رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در بین خرده مقیاس‌ها نمره حمایت اطلاعاتی در بین مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان سالمند بود. زمان‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای ارتباط معنی‌داری بین حمایت اجتماعی و جنسیت پیدا نکردند (۲۶). هرچند، در برخی تحقیقات از جمله مطالعه Kuhirunyaratn و همکاران نشان داده شد که متوسط حمایت اجتماعی در بین مردان بیشتر از زنان می‌باشد (۲۷). نتایج مطالعه Garay Villegas و همکاران حمایت اجتماعی دریافتی توسط زنان را بیشتر گزارش نمود (۲۸). نکته قابل ملاحظه در بررسی متون تفاوت جنسیتی در حمایت‌های اجتماعی سالمندان، گوناگونی نتایج گزارش شده است که شاید یکی از علل آن، تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف است.

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که مساعدت و همکاری لازم را در انجام تحقیق داشتند، تشکر و قدردانی گردد.

References

1. Kaldi A, Akbari Kamrani A A, Foroghan M. Physical, social & mental problems of elderly in district 13 of Tehran. Social Welfare 2005; 4(14): 233-49. [In Persian].
2. Statistical Center of Iran. Results of the general census of population and housing in 2011 [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: https://www.amar.org.ir/86/articleType/ArticleView/articleId/1390 [In Persian].
3. Mellor D, Russo S, McCabe MP, Davison TE, George K. Depression training program for caregivers of elderly care recipients: Implementation and qualitative evaluation. J Gerontol Nurs 2008; 34(9): 8-15.
4. Kalache A, Keller I. The WHO perspective on active ageing. Promot Educ 1999; 6(4): 20-3, 44, 54.
5. Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: An interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. Scand J Caring Sci 2009; 23(2): 353-60.
6. Zahmatkeshan N, Bagherzade R, Akaberiyan S, Yazdankhah Fard MR. Assessing quality of life and related factors in bushehr's elderly people. J Fasa Univ Med Sci 2012; 2(1): 253-8. [In Persian].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]

7. Habibi S, Nikpour S, Sohbatzadeh R, Haghani H. Quality of life in elderly people of west of Tehran. Iran J Nurs Res 2008; 2(6-7): 29-36. [In Persian].
8. Kun LG. Telehealth and the global health network in the 21st century. From homecare to public health informatics. Comput Methods Programs Biomed 2001; 64(3): 155-67.
9. Hertzman C, Hayes M. Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? Can J Public Health 1985; 76(6): 373-7.
10. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 1976; 38(5): 300-14.
11. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social Welfare 2011; 10(39): 85-122. [In Persian].
12. George LK. Stress, Social support and depression over the life-course. In: Markides KS, Cooper CL, Editors. Aging, stress, and health. New York, NY: Wiley; 1989.
13. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9(1): 139-45.
14. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. Am J Community Psychol 1982; 14(2): 195-218.
15. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams LB. Social support and health promotion lifestyles of rural women. Online J Rural Nurs Health Care 2000; 1(1).
16. Social support and health-related quality of life among older adults-Missouri, 2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54(17): 433-7.
17. Berkman LF, Kawachi I. Social epidemiology. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
18. Garousi S, Safizadeh H, Samadian F. The study relationship between social support and quality of life among elderly people in Kerman. Jundishapur Sci Med J 2012; 11(3): 303-16.
19. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. Soc Sci Med 2006; 63(9): 2367-80.
20. Khalesi M. A comparative study of life quality of unemployed highly educated and non-educated women in Qom [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008. [In Persian].
21. Abedi H. A comparative study of life quality of elderly people residing in nursing homes of Isfahan [Project]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2000. p. 43-56. [In Persian].
22. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. Int J Nurs Stud 2006; 43(3): 293-300.
23. Ahangari M, Kamali M, Arjmand Hesabi M. Quality of elderly's life in tehran senile culture house clubs. Salmand Iran J Ageing 2007; 2(1): 182-9. [In Persian].
24. Janevic MR, Janz NK, Dodge JA, Wang Y, Lin X, Clark NM. Longitudinal effects of social support on the health and functioning of older women with heart disease. Int J Aging Hum Dev 2004; 59(2): 153-75.
25. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Soc Sci Med 2005; 60(11): 2549-59.
26. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Ashvandi KH, Lak Dizji S. The relationship between perceived social supportand quality of life of Diabetic patients. Med J Tabriz Univ Med Sci 2007; 29(1): 49-54. [In Persian].
27. Kuhirunyaratn P, Pongpanich S, Somrongthong R, Love EJ, Chapman RS. Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2007; 38(5): 936-46.
28. Garay Villegas S, Montes de Oca Zavala V, Guillén J. Social support and social networks among the elderly in Mexico. Population Ageing 2014; 7(2): 143-59.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]

DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Received: 14.03.2016

Vol. 13, No. 1, Spring 2017 Accepted: 26.09.2016

The Role of Social Support in the General Health of the Elderly

Abolfazl Hosseini[1], Ali Akbar Majdi[2], Ali Asghar Esmaili[3]

Original Article

Abstract

Background: A major stage of human life is old age which is characterized by particular needs, desires, and concerns. The present study was conducted to investigate the role of social support in the general health of the elderly.

Methods: A survey method was adopted in this study and data were collected using a questionnaire. The study population consisted of all senior citizens of over 65 years of age in Mashhad, Iran, from among whom a sample of 265 individuals was selected. For the purpose of sampling, a mixture of stratified and multi-stage cluster sampling was used. The data were collected from 9 urban neighborhoods in the city of Mashhad in the year 2015. Moreover, regression test, Pearson correlation, and independent t-test were used for data analysis.

Findings: The results showed that the general health of the elderly was at an average level, with the highest level of general health belonging to the subscale of social health. Moreover, social support of the elderly was at an average level, with the greatest support belonging to the subscale of emotional support. The results of independent t-test showed that the general health of men was significantly higher than women. Among the various aspects of social support, the emotional dimension had the greatest impact on the general health of the elderly.

Conclusion: According to the results of this study, emotional support had the highest effect on the general health of the elderly, but it should be noted that other requirements of the elderly such as support service, financial support, and counseling should also be met.

Keywords: Social support, Emotional support, Mental health, Elderly

Citation: Hosseini A, Majdi AA, Esmaili AA. **The Role of Social Support in the General Health of the Elderly.** J Health Syst Res 2017; 13(1): 52-7.

1- Department of Social Sciences, School of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Social Sciences, School of Literature and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
3- Department of Social Sciences, School of Humanities, Islamic Azad University, Quchan Branch, Quchan, Iran
Corresponding Author: Abolfazl Hosseini, Email: ab.ho1991@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i1.2808]