فصلنامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی- فرهنگی، دوره‌ی دوم، شماره‌ی۱، تابستان ۹۲، صفحات ۲۰۸-۱۸۳

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل

سیف الله فرزانه[۱]، سمیه علیزاده[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱٤ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۱۲

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان است. روش تحقیق حاضر روش پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات درآن پرسش‌نامه است. پرسش‌نامه شامل ۳ بخش اطلاعات فردی، حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی است که با پرسش‌نامه‌های سلامت اجتماعی کییز و حمایت اجتماعی فیلیپس مورد ارزیابی قرار گرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه ای از میان تمامی سالمندان شهر بابل، تعداد ۳۷٤نفر به‌عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که میان حمایت اجتماعی (حمایت دوستان، خانواده و سایرین) و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. در میان انواع حمایت اجتماعی، حمایت خانواده بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی سالمندان و از میان متغیّرهای زمینه‌ای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال رابطه معنی‌داری با سلامت اجتماعی سالمندان دارد. قابل ذکر است که میان متغیّر تحصیلات و درآمد با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معکوس وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: عوامل اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، سالمندان.

[۱]- استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل(نویسنده مسؤول) mfilib@yahoo.com

[۲]- کارشناس‌ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن s111.alizadeh@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

مقدمه

اریکسون[1] یکی از نظریه پردازان مشهور علم روانشناسی، در تبیین تئوری مراحل روانی- اجتماعی رشد، طول زندگی انسان‌ها را به مراحل مختلفی تقسیم کرده است. وی مرحله‌ی پیری را مرحله‌ای می‌داند که فرد با چالش میان انسجام و یک‌پارچگی من و نا امیدی روبه‌رو می‌شود. فرد در این مرحله به ارزیابی زندگی‌اش می‌پردازد و به‌دنبال آن است تا از خود میراثی بگذارد که به نسل‌های آینده، یک‌پارچگی تجربه را انتقال دهد. سالمندان با تجربیات خود می‌توانند در مراحل متنوّع زندگی اجتماعی امروز کارآمد و مفید واقع شوند و به‌عنوان یکی از منابع مؤثر در ارتباط میان نسل‌ها و ایجاد شور و انگیزه برای خود و خانواده‌های خود باشند. این امر زمانی تحقق می‌یابد که سلامت سالمندان به خطر نیفتد. سلامت با همه‌ی جوانب از جمله حقوق اولیه‌ی انسان‌ها در جامعه است. حق سلامتی به معنی برخورداری از یک زندگی سالم و با کیفیت است که با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی همراه است.

بنا به تعریفی که سویتزر و همکارانش از سلامتی ارائه داده‌اند، آن‌را به‌عنوان مفهومی متأثر از مجموعه‌ی پیچیده‌ای از عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، روانی، زیستی، مذهبی و محیطی می‌دانند که با این تعریف می‌توان گفت که در این معنا سلامتی دیگر تنها دغدغه‌ی دست اندرکاران علوم پزشکی نیست؛ بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی به‌ویژه جامعه شناسان و روانشناسان به بررسی آن علاقه‌مند هستند. سلامت اجتماعی[2] امروزه یکی از مفاهیمی است که در کنار سایر ابعاد سلامت مطرح می‌شود.

در گذشته سالمندان دارای ارج و قرب زیادی بودند. با تغییر ساختار خانواده نسل قدیم یا همان سالمندان دیگر در خانواده جایگاه و ارزش گذشته را ندارند. هم‌چنین در گذشته با توجه به وضعیت اقتصادی و اجتماعی، افراد روابط بیش‌تری با هم داشتند. به‌علت تغییر ساختار اقتصادی و اجتماعی، روابط افراد با دوستان و همسایگان و سایرین کم رنگ‌تر شده است و از آن‌جا که سالمندی با از دست‌دادن شغل همراه است به‌دنبال آن از ارتباطات اجتماعی فرد سالمند با دیگران کاسته می‌شود. در نتیجه به‌دلیل کاهش روابط اجتماعی

[1]- Erikson
[2]- Social health

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

احساس انزوا و تنهایی به او دست می‌دهد. همه‌ی این عوامل دست به‌دست هم می‌دهند تا بر سلامت سالمندان تأثیر بگذارند. در این تحقیق برآنیم تا عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت سالمندان را مورد بررسی قرار دهیم. یکی از این عوامل، حمایت اجتماعی است. یعنی حمایتی که از سوی دوستان، خانواده و سایرین صورت می‌گیرد و هم‌چنین متغیّرهای زمینه‌ای چون جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع شغل و میزان درآمد است.

بیان مسأله

گروه‌های سنی ٦٠ ساله و بیش‌تر به‌طور سریع در جوامع رو به توسعه رو به افزایش است. در این جوامع افرادی که در دوره‌ی سوم زندگی خود قرار دارند، در مقایسه با کشورهای جهان اول از نسبت بالایی برخوردار هستند. این قبیل کشورها با پدیده‌ی جدید سالمندی روبه‌رو هستند. این در حالی است که ساختار خانواده در حدّ وسیعی تغییر کرده و خانواده‌ها از نوع کوچک و هسته‌ای شده‌اند؛ به نحوی که در آن، افراد دوره‌ی سوم زندگی را به سهولت نمی‌توانند بگذرانند (شیخی ،۱۳۸۹: ۱۳).

سلامتی مفهومی است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌ها و جوامع بشری است. سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی[1] یکی از ارکان تشکیل دهنده‌ی سلامت است. در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حدّ متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربانی،١٣٨٦: ٨).

یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده‌ی سلامت که به اهمیت بُعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به‌دست آورده است، حمایت اجتماعی[2] است. کوب[3](١٩٧٦) با تعریف حمایت اجتماعی با عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه‌ی دیگران است، عنصر ارزش‌مند و دارای شأن است و به یک شبکه‌ی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (علی‌پور، ۱۳۸۷ : ١٤٩). شواهد چشمگیری در دست است که حمایت اجتماعی نقش و اثرات مثبتی بر جنبه‌های گوناگون سلامت جسمی و روانی

[1]- Physical & Mental Health
[2]- Social support
[3]- Cobb

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

دارد. حمایت اجتماعی به‌عنوان یک مفهوم به شیوه‌های گوناگونی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای ارزشیابی شواهد علمی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت ارائه‌ی تعاریف مشخص از این مفهوم ضروری است. کوهن و سیم، حمایت اجتماعی را به «امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند تعریف کرده اند» (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۸۷: ۱۸۹). با این مقدمه می‌توان ادعا داشت حمایت اجتماعی در پژوهش سلامت اجتماعی یک مفهوم کلیدی است. هم‌چنین نقش عواملی چون سن و تفاوت‌های جنسیتی و درآمد و تحصیلات سالمندان در سلامت اجتماعی سالمندان را نمی‌توان نادیده گرفت. در این تحقیق تلاش داریم که تأثیر این عوامل را بر سلامت اجتماعی سالمندان بسنجیم. سؤال اصلی این است که به چه میزان عوامل اجتماعی بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیر دارد؟ و در پی آن، سؤالات اختصاصی مطرح می‌شود: به چه میزان حمایت اجتماعی (حمایت دوستان، خانواده، سایرین) بر سلامت اجتماعی سالمندان مؤثراست؟ عواملی چون سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد به چه میزان بر سلامت اجتماعی سالمندان مؤثر هستند؟ آیا در میزان سلامت اجتماعی زنان و مردان تفاوت وجود دارد؟

ضرورت تحقیق

سالمندی و پیر شدن و با روزگار ضعف هم آغوش گردیدن، یک جریان طبیعی و عمومی در نظام آفرینش است. انسان‌ها خواه ناخواه زندگی را از دوران کودکی و ناتوانی آغاز کرده، مرحله‌ی جوانی و نیرومندی را طی می‌کنند و کم کم با روزگار پیری و سالمندی دست به گریبان می‌شوند. بنابراین، دوران سالمندی، مانند دوران کودکی و جوانی، یک سیر طبیعی جهان خلقت انسان و در واقع مرحله‌ی پندپذیری، عبرت آموزی و به کارگیری تجارب دوران‌های گذشته است (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۰٦). سال‌خوردگی باید جنبه‌ی تفکیک ناپذیری از سیاست‌های توسعه‌ی اقتصادی– اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در کلیه‌ی سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد، شیوه‌ی برخورد با این مسأله نیز باید جامع و توسعه‌ای باشد و همه‌ی جنبه‌های حیاتی را که تعیین کننده‌ی کیفیت زندگی سالمندان است. از جمله مشارکت آنان را در امر توسعه شامل گردد. جنبه‌های حیاتی این فراگرد عبارتند از سلامت اجتماعی، جسمانی و روانی سالمندان (سیف‌زاده، ۱۳۸۷ : ۱۳۰).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

تعداد زیادی از افراد با مسأله‌ی سلامت جسمی و روانی آشنایی دارند، اما افرادی که با مفهوم سلامت اجتماعی آشنایی دارند بسیار اندکند. این در حالی است که همه روزه افراد با این مفهوم در ارتباطند و با آن زندگی می‌کنند. اما اگر بخشی از سلامت اجتماعی افراد و یا اطرافیانشان در خطر بیفتد به دلیل عدم آشنایی با این مفهوم متوجه نخواهند شد که سلامت اجتماعی‌شان در خطر افتاده است. از طرف دیگر خلأ مطالعات و تحقیقات در این زمینه از جمله مسایلی است که انجام تحقیقاتی چون تحقیق حاضر را در ایران ضرورت می‌بخشد و می‌تواند سهمی را در جبران خلأ موجود حداقل از بُعد یافته‌های تجربی در این زمینه به خود اختصاص دهد. نگاهی گذرا به تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که اولاً مطالعات انجام شده در باره‌ی سلامت عمدتاً مطالعه در مورد سلامت عمومی افراد است، نه سلامت سالمندان به‌طور خاص. ثانیاً ابزار مورد استفاده برای سنجش سلامت با بیماری بعد محدودی از سلامت و نوع خاصی از بیماری را مورد توجه قرار داده است؛ از این‌رو انجام تحقیق حاضر با اهدافی که در پیش دارد، ضرورت می‌یابد.

اهداف تحقیق

هدف اصلی:

- شناخت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان.

اهداف فرعی

- شناخت تأثیر حمایت اجتماعی؛حمایت دوستان، خانواده و سایرین بر سلامت اجتماعی سالمندان.
- شناخت تفاوت سلامت اجتماعی بر حسب جنسست، وضعیت تأهل و نوع شغل
- شناخت تأثیر سن، تحصیلات و درآمد بر سلامت اجتماعی سالمندان.

سوابق تحقیق

معتمدی شلمزاری و همکاران(۱۳۸۱) تحقیقی با عنوان بررسی نقش حمایت اجتماعی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در میان سالمندان بالاتر از۶۰ سال انجام داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که اولاً حمایت اجتماعی تأثیر معنی‌داری بر احساس تنهایی، سلامت

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

عمومی و رضایت‌مندی سالمندان از زندگی دارد. ثانیاً حمایت عاطفی[1] نقش با اهمیت‌تری نسبت به حمایت ابزاری دارد و به‌ویژه نقش حمایت عاطفی بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی[2] به‌طور معنی داری بیش از حمایت ابزاری بر زنان سالمند مؤثر است.

پاشا و همکاران (۱۳۸٦) در تحقیقی به مقایسه‌ی سلامت عمومی و حمایت اجتماعی میان سالمندان ساکن خانه‌ی سالمندان و سالمندان در خانواده پرداخته‌اند. نتایج بررسی نشان می‌دهد، میان سالمندان ساکن خانه‌ی سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها از سلامت عمومی و مولفه‌های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی و حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد، و در عوض تفاوت معناداری میان زنان و مردان در هر دو گروه سالمند از نظر متغیّرهای سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن و حمایت اجتماعی وجود ندارد.

علی پور(۱۳۸۷)در پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد خود، نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی[3] سالمندان را مورد بررسی قرار داده است. یافته‌ها نشان داد که نمرات کیفیت زندگی مردان سالمند بیش‌تر از زنان است. هم‌چنین میان انواع حمایت اجتماعی (عاطفی، ساختاری[4]، کارکردی[5]، مادی) و کیفیت زندگی رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد. نتایج تحقیق حاکی از آن است که حمایت عاطفی، بیش‌ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی سالمندان داشت و انواع حمایت اجتماعی بیش‌ترین هم‌بستگی را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی داشتند.

حسینی و همکاران (۱۳۹۰) تحقیقی با عنوان بررسی میزان هم‌بستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در شهر تهران انجام داده‌اند. نتایج نشان داد که میان حمایت اجتماعی و سلامت عمومی هم‌بستگی معنی‌داری وجود دارد و این هم‌بستگی در بُعد نشاط از سایر ابعاد وضعیت سلامت بیش‌تر است. یافته های تحقیق نشان می دهد که بهره گیری از حمایت اجتماعی مثبت به سلامت و بهزیستی سالمندان منتهی می شود.

---

[1]- Emotional supports
[2]- Life satisfaction
[3]- Quality of life
[4]- Structural support
[5]- Functional support

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

کاپلان و همکاران (۱۹۹٤) در فنلاند در یک دوره‌ی پیگیری نزدیک به ٦ سال در مورد ۲٦۸۲ مرد، دریافتند که خطر مرگ در مورد کسانی بیش‌تر بود که در ارائه یا دریافت حمایت ناتوان بوده و کیفیت روابط اجتماعی آنان بسیار پایین بود. هم‌چنین فقدان مشارکت در سازمان‌ها، داشتن دوستان کم و عدم تاهل خطر افزایش مرگ و میر کلی در ارتباط بود. (کاپلان[1]، ۱۹۹٤)

تحقیقی با عنوان «درآمد و سلامت، واقعیت رابطه چیست؟» توسط ایکوب و اسمیت[2] در سال ۱۹۹۹ صورت گرفته است. در این تحقیق ارتباط درآمد با سلامتی، قبل و بعد از کنترل‌های اجتماعی برای همه‌ی متغیّرهای سلامتی آزمایش شده است. نتایج نشان می‌دهد که درآمد بالا در سلامتی بیش‌تر مؤثر است. ولی این ارتباط مستقیم درآمد و وضع سلامت در سطوح بالاتر درآمد حالت معکوس پیدا می‌کند. هم‌چنین در این تحقیق هیچ اثر متقابلی میان درآمد بالا و هر یک از متغیرهای اقتصادی- اجتماعی، سن یا جنسیت یافت نشده است. در واقع تأثیرات مستقل درآمد و دیگر متغیّرها نشان می‌دهد که درآمد واقعاً یک نشانه برای تأثیر بر روی دیگر متغیّرها نیست. در این تحقیق تأثیر درآمد بر سلامت در کنار ترکیب کلی متغیّرهای اقتصادی- اجتماعی اثبات شده است (سیف‌زاده، ۱۳۸۷: ۳۱).

ونجر و جرمی[3] (۱۹۹۹) تحقیقی با عنوان تغییر ماهیت شبکه‌های اجتماعی بر روی سالمندان ناحیه‌ی روستایی ولز شمالی انجام دادند. این مطالعه نشان داد که ارتباط میان زنان خانه دار با همسایه‌ها و هم‌چنین ارتباط میان مردان در محل کار، رابطه‌ی معناداری نبوده است. اما آن‌چه قابل ذکر است این است که ارتباطات خصوصی و نزدیک که معمولاً در درون خانواده وجود داشت، با کاهش خانواده‌های گسترده و تأکید بیش‌تر بر خانواده‌های هسته‌ای، ارتباط با دیگران به‌طور معنی‌داری افزایش داشته است. به‌خصوص این ارتباط در میان طبقه‌ی متوسط زنان سالمند بیش‌تر دیده می‌شود. در نهایت می‌توان اذعان داشت که در میان سالمندان ارتباطات خصوصی در درون خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است (ونجر و جرمی،۱۹۹۹)

[1] - Kaplan
[2]- Ecob & Smith
[3] -Wenger &jerrome

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

کییز و شاپیرو (۲۰۰٤) در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت اجتماعی و متغیّرهای جمعیت شناختی بر روی جمعیت آمریکا نشان دادند که تأثیر وضعیت شغلی بر روی سلامت زنان مهم‌تر از سلامت مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت کمتری نسبت به مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کردند. نتایج کلی از این تحقیق نشان می‌دهد، همان‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان در مقایسه با مردان به‌طور فزاینده سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام را گزارش داده‌اند (کییز و شاپیرو[1]،۲۰۰٤).

جان نیلسون و همکاران(۲۰۰٦) تحقیقی با عنوان سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در مناطق روستایی بنگلادش انجام دادند. این مطالعه بر روی ۱۱۳۵ نفر سالمند ٦۰سال و بالاتر انجام شده است. هم‌چنین کیفیت زندگی فرد به عنوان متغیّر وابسته در نظر گرفته شده است. تجزیه و تحلیل توصیفی از این تحقیق نشان می‌دهد که تفاوت‌های گروهی در کیفیت زندگی افراد مؤثر است. و تجزیه و تحلیل استدلالی نشان می‌دهد، سن و پایگاه اقتصادی خانواده‌های فقیر و سرمایه‌ی اجتماعی پایین در سطح جامعه و فرد از عوامل تعیین کیفیت زندگی پایین در میان سالمندان است. شواهد تجربی از این مطالعه نشان می‌دهد که سرمایه‌ی اجتماعی در سطح جامعه و فرد مستقیماً بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر دارد (نیلون[2]، ۲۰۰٦)

تحقیقی با عنوان شناخت ارتباط میان تجربه‌ی ذهنی سلامتی و کیفیت زندگی در سالمندان توسط ایگوینا و همکاران (۲۰۱۰) انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که بعد خانواده (ارتباط خانوادگی و حمایت خانواده) بیش‌ترین اثرات مثبت را بر سلامتی دارد. در حالی که مرگ بستگان و بیماری شدید اثرات منفی شدیدی بر سلامتی سالمندان دارد(ایگوینا[3]، ۲۰۱۰).

لولا و همکارانش(۲۰۱۰) تحقیقی با عنوان نگرش مثبت به سالمندی و سلامتی در میان سالمندان چینی انجام داده‌اند. نمونه‌ی مورد بررسی در این تحقیق ۳۱٦ نفر از شهروندان تایوانی بوده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که سالمندان عموماً نگرش‌های مثبتی نسبت به سالمندی داشته‌اند. اما در این میان سالمندانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار

[1] - Keyes & Shapiro
[2] - Nilsson
[3] - Eugenia

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

بودند، نگرش مثبت کمتری نسبت به سالمندی داشتند که با نشانه های افسردگی در ارتباط بود و نیز سالمندان جوان‌تر که حمایت اجتماعی بیش‌تری دریافت می‌کردند و در اجتماعات بزرگ‌تر شرکت می‌کردند، نگرش های مثبت زیادتری نسبت به سالمندی داشتند که با میزان بالاتر شادی در میان آنان رابطه داشته است(لولا[1]، ۲۰۱۰)

فیوری و دنکلا تحقیقی(۲۰۱۲) با عنوان حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان ٦٧٦٧ نفر از سالمندان انجام دادند. محققان به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه‌ی مستقیمی دارد؛ در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است. برای مثال مردانی که حمایت ابزاری به غیر از خویشاوندان دریافت می‌کردند، فقط سطح بالایی از نشانه‌های افسردگی را داشتند (فیوری و دنکلا[2]، ۲۰۱۲)

چارچوب نظری:

با توجه به مطالعات انجام شده و بررسی دیدگاه ها و نظریات اندیشمندان مختلف در باره‌ی موضوع تحقیق، می‌توان اذعان داشت که تاکنون هیچ نظریه‌ی واحدی نتوانسته تأثیر متغیّرهای مستقل فردی و اجتماعی را بر فرد تبیین کند. بنابراین در این تحقیق در تبیین علل و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی از تلفیق نظریه‌های نقش، حمایت اجتماعی و انسجام اجتماعی استفاده شده است.

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه‌های اجتماعی آن با محور قراردادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد، واژه‌های Health، Quality of life، Social well –being و هم در مفهوم فردی individual و هم به مفهوم جامعه‌ای societal معادل با سلامت اجتماعی به‌کار می‌روند (تقی‌پور، ۱۳۸۹:٤١). در سال ۱۳٤۷ سازمان بهداشت جهانی تعریفی از سلامتی ارائه داد که

[1] - Luo Lu
[2] - Fiori & Denckla

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

بدین قرار است: سلامت رفاه کامل فرد از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی است و نه فقدان بیماری و یا معلولیت. منظور از سلامت اجتماعی آن بعد از رفاه هر فرد است که مربوط است به این‌که او چگونه با سایر افراد ارتباط برقرار می‌کند (ویلکینسون و مارموت، ۱۳۸۷: ۳٤۲). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حدّ متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸٦: ۸).

بلاک و برسلو[1] برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با «درجه‌ی عملکرد اعضاء جامعه» مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آن‌ها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات میان فردی و مشارکت اجتماعی صورت گرفت و در اندازه‌گیری آن ارکان عینی(تعداد دوستان) و ذهنی(کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه‌ی سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلّی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد داشت، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. با این مقدمه می‌توان اذعان داشت اشخاصی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیش‌تری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند: آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که از ثبات و انسجام بیش‌تری برخوردار است و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیش‌تری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیش‌تر باشد، شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشد (محمدنبی، ۱۳۸۹، مؤسسه‌ی تحقیقات بهبود زندگی زنان).

کییز[2] (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می‌کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به‌صورت یک مجموعه‌ی معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوّه برای رشد و شکوفایی همراه با این

[1]- Block & Breslow
[2]- Keyes

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح کرد. مدل سلامتی‌ای که کییز ارائه می‌دهد، ۵ مؤلفه‌ی اصلی سلامت اجتماعی را می‌سنجد. این ۵مؤلفه شامل: انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، هم‌بستگی یا انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است. طبق این الگو فرد سالم از نظر اجتماعی فردی است که خود را بخشی از اجتماع بداند و اجتماع را به‌صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک کند و باور داشته باشد که عضو مهمی از اجتماع است و هم‌چنین سعی در شناخت دنیای اطراف خود داشته باشد و نیز به شرایط آینده‌ی جامعه امیدوار باشد.

انسجام اجتماعی

به اعتقاد برکمن (۲۰۰۰) تحلیل عالمانه‌ی دورکیم در باره‌ی خودکشی و نحوه‌ی 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 است و این احساس تعلق است که او را به اهدافش نزدیک 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 برقرار کند، انحرافات اجتماعی از قبیل خودکشی پدیدار می‌شوند. وی به این نتیجه رسید که میزان خودکشی با درجه‌ی هم‌بستگی گروه‌های افراد که جزیی از آن هستند، رابطه‌ی معکوسی دارد(علی پور، ۱۳۸۷: ۱۵۰).

دورکیم با رویکرد کارکردگرایانه‌ی خود، آن‌چه فردی‌ترین کنش شخصی به‌شمار می‌رود (یعنی خودکشی) به نظام اجتماعی مرتبط ساخته و اظهار داشته که گرچه خودکشی هیچ فردی کاملاً قابل پیش بینی نیست، می‌توان پیش‌بینی کرد که چه گروه‌هایی بیش‌تر یا کمتر در معرض خطر خودکشی قرار می گیرند. دورکیم در تحلیل خود از خودکشی دریافت که پروتستان‌ها، مردان و مجردان بیش‌تر در معرض خودکشی قرار دارند. علت آن را میزان ارتباط و انسجام اجتماعی اعلام کرد (صدیق سروستانی،۱۳۸۷: ۱۵۰). نظریه‌ی دورکیم را می‌توان چنین خلاصه کرد: خودکشی‌ها نمودهایی فردی‌اند که دارای علل اساساً اجتماعی هستند. یا به قول دورکیم، جریان‌های خودکشی زایی وجود دارند که سراسر جامعه را در

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

می‌نوردند. منشأ این جریان‌ها در فرد نیست، بلکه در اجتماع است و همان‌ها علت واقعی و تعیین کننده‌ی خودکشی‌ها هستند. البته این جریان‌های خودکشی زا به‌طور تصادفی در وجود هر کسی پا نمی‌گیرند(آرون، ۱۳۸۱ :۳۸٤). دورکیم در بیان خودکشی نشان می‌دهد که جوامع جدید بعضی علائم بیمارگون بروز می‌دهند که در میان آن‌ها نارسایی جذب شدن و ادغام فرد در اجتماع مقدم بر همه است. از این نظر خودکشی که بیش از انواع دیگر مورد توجه دورکیم است، همان خودکشی ناشی از نابسامانی است. این نابسامانی علت افزایش میزان خودکشی‌ها در دوره‌ی بحران اقتصادی و نیز دوره‌ی رونق اقتصادی، یعنی در تمام دوره‌هایی که فعالیت‌ها تشدید می‌شود و مبادلات و رقابت‌ها گسترش می‌یابد. بنابراین در تحلیل دورکیم از خودکشی و انواع آن، الگوهای اجتماعی نهفته در سطح فردی آشکار و تأکید اصلی بر روابط اجتماعی فرد با دیگران و تعلقات وی نسبت به گروه و جامعه گذاشته شده است (صدیق سروستانی،۱۳۸۷ : ۱۵۲).

نظریه‌ی نقش[1]

در جامعه‌ای که در آن کار دارای ارزش اساسی است، بازنشستگی اغلب به معنای از دست دادن منزلت تلقی می‌شود و فقدان کارهای جاری که ممکن است زندگی یا فرد را برای مدت حدود نیم قرن شکل داده باشد ایجاد خلأ می‌کند که پرکردن آن دشوار است. به علت آهنگ سریع دگرگونی فن شناختی و تغییرات دیگر، دانش و مهارت‌هایی که در طول یک عمر کسب می‌کنند، دیگر احترام جوانان را آن گونه که در میان فرهنگ‌های سنتی دیده می‌شد، برنمی‌انگیزد(برمکی،۱۳۹۰: ١٤). در جوامع سنتی معمولاً بازنشستگی افراد با از کار افتادگی فیزیولوژیک آنان هم‌زمان بوده به‌همین علت سال‌خوردگان تا زمانی که توانایی جسمانی داشتند می‌توانستند کار کنند و خود را در تولید خانواده سهیم و سودمند بدانند. از سوی دیگر وجود خانواده‌های گسترده و پدر سالار در کنار ارزش‌هایی مانند ارزش سن و احترام بزرگ‌سالان، اقتدار و ارزش آنان در خانواده و جامعه تضمین می‌شود. از این‌رو نه تنها سال‌خوردگان از خانواده طرد نمی‌شدند، بلکه به‌عنوان رکن اصلی خانواده مورد احترام بودند. اما در جوامع جدید بازنشستگی قانونی زودتر از بازنشستگی فیزیولوژیک اتفاق می‌افتد. پس

[1]- Role theory

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

از بازنشستگی برای سال‌خوردگان کاری وجود ندارد و به‌دلیل بی‌کاری کاهش درآمد، هم سال‌خودگان خود را از حیز انتفاع افتاده و هم اطرافیان با این چشم به آن‌ها می نگرند و از سوی دیگر هسته‌ای شدن خانواده ها در کنار بحران ارزش‌ها و کشمکش و شکاف نسل‌ها باعث می شود که سال‌خوردگان به تدریج از متن زندگی خانواده و فعالیت‌های اعضا حذف و منزوی شوند. به‌طور کلی افراد سال‌خورده به دشواری می‌توانند خود را با شرایط دوران بازنشستگی و از کار افتادگی تطبیق دهند (تقوی،۱۳۷۹: ۳۷،۳۸).

آغاز سالمندی همراه با آغاز تغییر نقش‌های اجتماعی سالمند است. در این شرایط، اولین محلی که فرصت‌های مناسب را برای پذیرش نقش‌های جدید پیش روی سالمند قرار می‌دهد و امکانات لازم را برای او فراهم می‌آورد، خانواده است. سالمند نقش‌های جدید را در خانواده می‌پذیرد. به علاوه این نقش‌های جدید در خانواده می‌تواند تمرینی برای اجتماعی شدن دوباره‌ی سالمند باشد. ولی به مرور با افزایش سن و کاهش نیروی جسمی و ذهنی، احتمالاً انجام نقش‌های درون خانوادگی برای او مشکل می‌شود. در نتیجه از این نقش‌ها کناره‌گیری می‌کند و با فراهم شدن برخی نقش‌های جدید در خارج از خانه و در میان هم‌سالان خود، به نقش‌های بیرون خانواده روی می‌آورد. البته روی آوردن به نقش‌های بیرون از خانواده مرحله‌ای از اجتماعی شدن دوباره‌ی سالمند و برای کسب امکان حضور مجدد در جامعه است که با افزایش سن سالمند همراه است (برمکی،۱۳۹۰: ۵۲).

حمایت اجتماعی

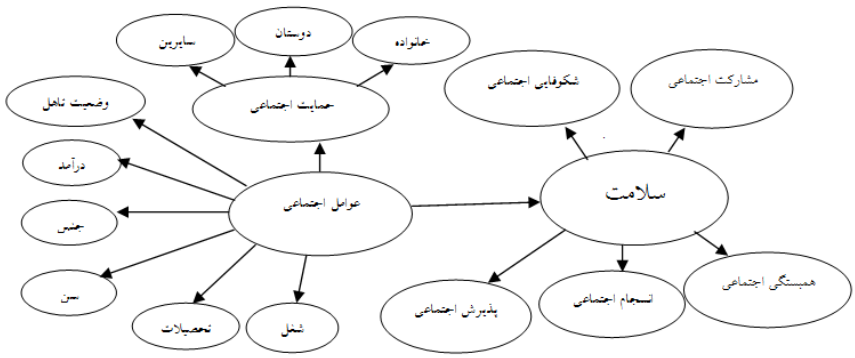
به اعتقاد هاوس (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با رویدادهای فشار زا کمک می‌کند؛ اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. ثانیاً اعضای شبکه‌ی اجتماعی فرد می‌توانند با ارائه‌ی پیشنهادها وی را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند. ثالثاً افراد شبکه‌ی اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص این‌که مورد علاقه و با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به‌عمل آورند و نهایتاً موجب افزایش عزت نفس و خود پنداره در او شوند (بیگی‌فرد، ۱۳۷۸: ۸۷).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است و برعکس نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی در سلامتی است. از این‌رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است. در مدل تأثیر مستقیم فلمینگ و باوم سلامتی را تابعی از حمایت اجتماعی می‌دانند که به نحوی افرادی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، از سلامت روانی و جسمانی برخوردارند. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایت فراهم می‌کند که با جذب بیش‌تر در این شبکه‌ها افراد شرایط مطلوب را به‌دست می‌آورند، حمایت و متعاقب آن سلامتی را حاصل می‌کنند (تقی‌پور،۱۳۸۹ :۹۵).

به‌طور کلی نتیجه‌ی حمایت اجتماعی عضویت فرد در گروه‌ها است و هم‌چنین نتایج مثبتی از قبیل اعتماد و مشارکت و تعهد برای اعضای گروه در سطح فردی و نیز در سطح جامعه در پی خواهد داشت. از آن‌جایی که شخصیت‌های فردی تحت تأثیر کیفیت و کمیت روابط میان فردی است، فقدان حمایت‌های اجتماعی احتمالاً منابع فردی را برای مقابله با چالش‌ها تقلیل می‌دهد و ممکن است به اختلالات روانی منجر شود؛ زیرا حمایت‌هایی را که فرد از خانواده، دوستان و یا جامعه دریافت می‌کند، مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌همین دلیل حمایت اجتماعی در پژوهش سلامت اجتماعی یک مفهوم کلیدی است.

مدل نظری



[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

فرضیه‌ی تحقیق

- میان حمایت اجتماعی (حمایت دوستان، خانواده و سایرین) و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد؛
- میان زن و مرد از لحاظ سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد؛
- میان سن، تحصیلات، میزان درآمد و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد؛
- میان سالمندان با همسر و بی همسر از نظر سلامت اجتماعی تفاوت وجوددارد؛
- میان نوع شغل و سلامت اجتماعی سالمندان تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق: روش تحقیق حاضر را باید از نوع پیمایشی دانست.

جامعه‌ی آماری: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را سالمندان ٦٠ سال به بالای شهر بابل تشکیل می‌دهند. تعداد سالمندان شهر ١٣٧٥٤ نفر هستند. که ٧٠٨٨ نفر آنان را زنان و ٦٦٦٦ نفر از آن‌ها را مردان تشکیل می‌دهند.

حجم نمونه: حجم نمونه در این پژوهش برابر٣٧٤ نفر است.

روش نمونه‌گیری: نمونه‌ی تحقیق شامل سالمندان ٦٠ سال به بالای شهر بابل، به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی طبقه ای، انتخاب شده‌اند.

ابزار گرد آوری داده ها: اطلاعات مربوط به این پژوهش از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شده است. پرسش‌نامه مشتمل بر ۳ بخش اطلاعات فردی، پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی است.

روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری

در این تحقیق برای تعیین اعتبار محتوایی پرسش‌نامه، علاوه بر این‌که از پرسش‌نامه‌های استاندارد حمایت و سلامت اجتماعی استفاده شده، پرسش‌نامه‌ی حاضر به تعدادی از صاحب‌نظران و استادان علوم اجتماعی داده شد و از آن‌ها در باره‌ی سؤالات نظر خواهی شد.

در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی فیلیپس و همکاران و سلامت اجتماعی کییز استفاده شده است. مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هلی، تامسون، ویلیامز و استوارت تهیه شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳ مقیاس دوستان، خانواده و سایرین است. پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کییز حاوی ۵ خرده مقیاس است. برای تعیین

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

پایایی پرسش‌نامه‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شده که به ترتیب برابر ۰/۹۰ و ۰/۹۱ است و بیان‌کننده‌ی پایایی بالای پرسش‌نامه‌هاست.

روش تجزیه و تحلیل: داده‌های تحقیق در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی پاسخ‌گویان

جدول شماره‌ی یک- توزیع ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی پاسخ‌گویان

متغیّرهای زمینه‌ای		تعداد	درصد	متغیّرهای زمینه‌ای		تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۸۱	٤۸/٤		زیر دیپلم	**۹۲**	**۲٤/٦**
	زن	۱۹۳	۵۱/٦		دیپلم	**۷۹**	**۲۱/۱**
وضعیت تأهل	با همسر	۲۸۷	۷٦/۷	**تحصیلات/**	کاردانی	**٦۲**	**۱٦/٦**
	بدون همسر	۸۷	۲۳/۳		کارشناسی	**۹۷**	**۲۵/۹**
سن	٦۰-٦٤	۱۰۲	۲۷/۳		کارشناسی ارشد و بالاتر	٤٤	**۱۱/۸**
	٦۵-٦۹	٦۱	۱٦/۳	**وضعیت اشتغال**	شغل دولتی	**۸۹**	**۲۳/۸**
	۷۰-۷٤	۹۲	۲٤/٦		شغل آزاد	۱٤	۳/۷
	۷۵ ساله و بیش‌تر	۱۱۹	۳۱/۸		بازنشسته	۱۸۸	۵۰/۳
وضعیت درآمد	بدون درآمد	۵٦	۱۵		بی‌کار یا خانه دار	۸۳	۲۲/۲
	درآمدپایین	۷۵	۲۰/۱				
	درآمد متوسط	۱۳۱	۳۵				
	درآمد بالا	۱۱۲	۲۹/۹				

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

همان‌گونه که در جدول شماره‌ی یک نشان داده شده است، در این پژوهش ۳۷٤ نفر از سالمندان شهر بابل مورد مطالعه قرار گرفتند. از مجموع کل سالمندان ٥۱/٦ درصد (۱۹۳نفر) زن و ٤۸/٤ درصد (۱۸۱نفر) مرد بوده‌اند. از مجموع سالمندان ۳۱/۸ درصد در گروه سنی ۷٥ سال و بالاتر و کمترین تعداد یعنی ۱٦/۳ درصد در گروه سنی ٦٥-٦۹ سال قرار گرفته‌اند. از مجموع سالمندان ۷٦/۷درصد از سالمندان دارای همسر و۲۳/۳ درصد بدون همسر بودند. ۲٥/۹درصد پاسخ‌گویان دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند. و کمترین میزان یعنی ۱۱/۸ درصد پاسخ‌گویان کارشناسی ارشد و بالاتر بوده‌اند. از مجموع سالمندان ٥۰/۳ درصد بازنشسته بوده‌اند و کمترین میزان متعلق به شاغلین بخش آزاد بوده است. ۳٥ درصد پاسخ‌گویان میزان درآمد خود را متوسط اعلام کردند و ۱٥درصد بدون درآمد و ۲۰درصد درآمد پایین و ۲۹ درصد درآمد بالا را گزارش کرده اند.

آمارهای استنباطی

جدول شماره‌ی دو- جدول رابطه میان حمایت اجتماعی(حمایت دوستان، خانواده و سایرین) و سلامت اجتماعی سالمندان

متغیّر	ضریب هم‌بستگی	سطح معنی داری
حمایت دوستان و سلامت اجتماعی	۰/٥۸٥**	۰/۰۰۰
حمایت خانواده و سلامت اجتماعی	۰/٦٤۹**	۰/۰۰۰
حمایت سایرین و سلامت اجتماعی	۰/٥۸٥**	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی	۰/۷۰٦**	۰/۰۰۰

** هم‌بستگی در سطح p<0/01 معنی‌دار است.

با استناد به سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ در سطح ۰/۹۹ رابطه میان متغیّرهای حمایت دوستان، خانواده، سایرین و سلامت اجتماعی معنی‌دار بوده است و نیز با توجه به ضریب هم‌بستگی پیرسون که برابر با ۰/٥۸، ۰/٦٤ و ۰/٥۸ درصد است، رابطه متوسط و مستقیم میان دو متغیّر وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت از سوی دوستان، خانواده و سایرین، سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش می‌یابد و در کل با توجه به سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ در سطح ۰/۹۹ رابطه

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

میان دو متغیّر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار بوده است و نیز با توجه به ضریب هم‌بستگی پیرسون که برابر با ۰/۷۰ درصد است، رابطه‌ی قوی و مستقیم میان دو متغیّر وجود دارد. یعنی با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس می‌توان ادعا کرد که فرضیه‌ی یک ما مبنی بر این‌که میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، پذیرفته و فرضیه‌ی صفر رد می‌شود.

جدول شماره‌ی سه- تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیر جنس وضعیت تأهل

جنس و وضعیت تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۱۸۱	٤۹	۲۰٦/۹	٦۸٤/۰
مرد	۱۹۳	٤٤/٤٦	٤۱۸/۱۳	۹٦٦/۰
زن				
سلامت اجتماعی	۲۸۷	٦۸/٤٥	۲۹۲/۱۲	۷۲٦/۰
باهمسر	۸۷	۲٦/٥٤	۱۸۱/٥	٥٥٦/۰
بدون همسر				

جدول شماره‌ی چهار- آزمون مقایسه میانگین ها برای گروههای مستقل

آزمون لون برای برابری				واریانس ها		آزمون مقایسه میانگین ها برای گروههای مستقل					
تفاوت سلامت اجتماعی سالمندان به تفکیک جنس و وضعیت تأهل		F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معنی داری دامنه	تفاوت میانگین ها	تفاوت انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
									حد پایین	حد بالا
جنس	برابری واریانسها	٥٤٤/۳۰	۰/۰۰۰	۲/۱۳۷	۳۷۲	۰/۰۳۳	۲/٥٦۰	۱/۱۹۷	۰/۲۰٥	٤/۹۱٤
	نابرابری واریانسها			۲/۱٦۲	۳٤۱/۳۷۷	۰/۰۳۱	۲/٥٦۰	۱/۱۸٤	۰/۲۳۱	٤/۸۸۸
وضعیت تأهل	برابری واریانسها	۳٤/٥۳	۰/۰۰۰	-٦/۳۳	۳۷۲	۰/۰۰۰	-۸/٥۸	۱/۳٥٤	-۱۱/۲٤	-٥/۹۱
	نابرابری واریانسها			-۹/۳۹	۳۳٥/۸۲	۰/۰۰۰	-۸/٥۸	۰/۹۱٤	-۱۰/۳۷	-٦/۷۸

با توجه به فرضیه‌های تحقیق (میان زن و مرد و سالمندان باهمسر و بی همسر با سلامت اجتماعی) که از نوع تفاوتی است و سطح معنی‌داری دو دامنه (۰/۰۳) و (۰/۰۰۰) و حد بالا و پایین به‌دست آمده با فاصله اطمینان ۹۵ درصد، حکایت از تفاوت سلامت اجتماعی میان سالمندان زن و مرد و سالمندان با همسر و بدون همسر دارد. به‌عبارت دیگر میان سالمندان زن و مرد از لحاظ سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد و مردان از سلامت اجتماعی بالاتری

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

نسبت به زنان برخوردارند. از طرف دیگر میان سالمندان با همسر و بدون همسر از لحاظ سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد و سالمندان بدون همسر از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سالمندان دارای همسر برخوردارند.

جدول شماره‌ی پنج- رابطه میان سن، تحصیلات، درآمد و سلامت اجتماعی سالمندان

متغیّر	ضریب هم‌بستگی	سطح معنی داری
سن و سلامت اجتماعی	۰/٤۲۸**	۰/۰۰۰
تحصیلات و سلامت اجتماعی	-۰/٤٥۳**	۰/۰۰۰
میزان درآمد و سلامت اجتماعی	-۰/٤٤٤**	۰/۰۰۰

با توجه به جدول شماره‌ی پنج، سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ در سطح ۰/۹۹ است، رابطه میان متغیّرهای سن، تحصیلات و میزان درآمد با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی دار بوده است و نیز با توجه به ضریب هم‌بستگی پیرسون که به ترتیب برابر ۰/٤۲، ۰/٤٥- و ۰/٤٤- درصد است، می‌توان گفت که رابطه‌ی متوسط و مستقیم میان دو متغیّر سن و سلامت وجود دارد. اما در مورد دو متغیّر تحصیلات و میزان درآمد رابطه متوسط و جهت رابطه معکوس است. به‌عبارت دیگر هر چه تحصیلات و درآمد فرد بیش‌تر باشد، میزان سلامت اجتماعی او کمتراست.

براین اساس می‌توان ادعا کرد فرضیه‌ی ما مبنی بر این‌که میان دو متغیّر درآمد و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد، پذیرفته می‌شود.

جدول شماره‌ی شش- مقایسه‌ی میانگین سلامت اجتماعی بر حسب نوع شغل

سلامت اجتماعی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
بین گروهی	۱۰۳۰٤/۱۹۲	۳	۳٤۳٤/۷۳۱	۳۱/٦٦٦	۰/۰۰۰
درون گروهی	٤۰۱۳۳/۳۰٥	۳۷۰	۱۰۸/٤٦۸		
جمع	٥۰٤۳۷/٤۹۷	۳۷۳			

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

با توجه به F محاسبه شده و سطح معنی داری۰/۰۰۰ می‌توان قضاوت کرد که میان میانگین نمره‌ی سلامت اجتماعی سالمندان به تفکیک نوع شغل (دولتی، آزاد، بازنشسته و بی‌کار یا خانه دار) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای مشخص شدن کمترین و بیش‌ترین تفاوت از آزمون LSD استفاده شده که در جدول زیر آمده است.

جدول شماره‌ی هفت- جدول پس آزمون(LSD)تفاوت سلامت اجتماعی سالمندان به تفکیک نوع شغل

سلامت اجتماعی		تفاوت میانگین‌ها (J-1)	انحراف استاندارد	سطح معنی داری	فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد	
					حد پایین	حد بالا
دولتی	آزاد	-۱۵/۱٤٥*	۲/۹۹٤	۰/۰۰۰	-۲۱/۰	-۲٦/۹
	بازنشسته	-۱۰/۷۰۰*	۱/۳٤۰	۰/۰۰۰	-۱۳/۳٤	-۸/۰٦
	خانه دار	-۱۳/۹۳۸ *	۱/٥۸۹	۰/۰۰۰	-۱۷/۰٦	-۱۰/۸۱
آزاد	دولتی	۱٥/۱٤٥ *	۲/۹۹٤	۰/۰۰۰	۹/۲٦	۲۱/۰۳
	بازنشسته	٤/٤٤٥	۲/۸۸٥	۰/۱۲٤	-۱/۲۳	۱۰/۱۲
	خانه دار	۱/۲۰۷	۳/۰۰۹	۰/٦۸۸	-٤/۷۱	۷/۱۲
بازنشسته	دولتی	۱۰/۷۰۰*	۱/۳٤۰	۰/۰۰۰	۸/۰٦	۱۳/۳٤
	آزاد	-٤/٤٤٥	۲/۸۸٥	۰/۱۲٤	-۱۰/۱۲	۱/۲۳
	خانه دار	-۳/۲۳۸*	۱/۳۷۳	۰/۰۱۹	-٥/۹٤	-۰/٥٤
خانه دار	دولتی	۱۳/۹۳۸*	۱/٥۸۹	۰/۰۰۰	۱۰/۸۱	۱۷/۰٦
	آزاد	-۱/۲۰۷	۳/۰۰۹	۰/٦۸۸	-۷/۱۲	٤/۷۱
	بازنشسته	۳/۲۳۸*	۱/۳۷۳	۰/۰۱۹	۰/٥٤	٥/۹٤

با توجه به جدول بالا و استفاده از پس آزمون LSD، می‌توان اذعان داشت، افرادی که شغل آزاد دارند در مقایسه با افرادی که شغل دولتی دارند، به اندازه‌ی ۱٥/۱٤٥ واحد از میانگین سلامت اجتماعی بالاتر و در مقایسه با افرادی که بازنشسته هستند، به اندازه‌ی ٤/٤٤٥ واحد از میانگین سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. هم‌چنین افرادی که شغل آزاد دارند، در مقایسه با افراد بی‌کار یا خانه دار، به اندازه‌ی ۱/۲۰۷ واحد دارای میانگین سلامت اجتماعی بالاتری هستند. در نتیجه با توجه به سطح معنی داری این تفاوت می‌توان بیان داشت که این تفاوت قابل تعمیم به کل جامعه‌ی آماری است. حداکثر تفاوت میانگین

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

سلامت اجتماعی مربوط به سالمندانی است که دارای شغل آزاد هستند. حداقل تفاوت میانگین سلامت اجتماعی مربوط به سالمندانی است که شغل دولتی دارند.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق بیان‌کننده‌ی رابطه‌ی معنی دار و مثبت میان حمایت و سلامت اجتماعی است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت حضور در میان دوستان، خانواده و سایرین باعث گسترش روابط اجتماعی می‌شود و بر ادراک حمایت اجتماعی سالمندان تأثیر می‌گذارد. نتیجه‌ی دیگر این‌که ارتباط با دوستان، خانواده، خویشاوندان و سایرین در میان سالمندان دارای اهمیت است و هر دو جنس از این حمایت برخوردارند. اما حمایتی که از سوی خانواده صورت می‌گیرد، در میان انواع حمایت اجتماعی بیش‌تر است. بر این اساس به‌نظر می‌رسد که فضای گرم و صمیمی خانواده‌های ایرانی هنوز هم مکانی پر از مهر و محبت و دلگرمی برای اعضای خانواده محسوب می‌شود. یافته‌های تحقیقات پیشین نیز همانند تحقیق حاضر بوده که حمایت خانواده بیش‌ترین تأثیر را در میان انواع حمایت اجتماعی دارا بوده است. بر طبق نظریه‌ی انسجام اجتماعی دورکیم، حدود تعلق و ارتباط فرد با دیگران است که به زندگی معنا و مفهوم می‌بخشد. در غیر این صورت هر چیزی ممکن است وسیله‌ای برای خلاص شدن انسان از زندگی شود. به بیان دیگر زمانی که پیوند اجتماعی فرد از طریق ازدواج، اشتغال، ارتباط با دوستان و هم‌سالان، مشارکت و سایر فعالیت‌های اجتماعی صورت گیرد، میزان بی هنجاری در جامعه کاهش می‌دهد. در باره‌ی موضوع تحقیق روابطی که سالمند با دوستان، خانواده و سایرین برقرار می‌کند و نیز حمایتی که از سوی آنان دریافت می‌کند، باعث می‌شود او احساس کند که به جامعه و اطرافیانش تعلق دارد؛ عنصری دارای شأن و ارزش است و مورد احترام دیگران است و در نهایت این احساس بر سلامت اجتماعی او تأثیر خواهد داشت. یافته‌ها و نتایج این تحقیق حمایت اجتماعی را عاملی تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی می‌داند. تحقیقات صورت گرفته توسط مک دول و سرویچ (۲۰۰۷)، قاسمی‌پور و جهانبخش (۱۳۸۹)، فولادوند و همکاران (۱۳۸۹)، مارینو و همکاران (۲۰۰۸) رابطه‌ی معنی‌داری میان حمایت اجتماعی و سلامت را نشان می‌دهند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میان حمایت دوستان و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی‌دار و

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

مستقیمی وجود دارد. به‌عبارت دیگر هر چه حمایت از سوی دوستان بیش‌تر باشد سلامت اجتماعی سالمندان نیز بیش‌تر است. تحقیقات مشابه در باره‌ی رابطه‌ی حمایت دوستان و سلامت در خارج از کشور میلر و دارلینگتون (۲۰۰۲)، لارسون و همکاران(۱۹۸٦)، دیویس(۱۹۹۰) و دراگست و همکاران(۲۰۰۹) رابطه‌ی معنی‌دار میان حمایت دوستان و سلامت را نشان می‌دهند. با توجه به یافته های پژوهش میان حمایت خانواده و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی دار و مستقیمی وجود دارد. به بیان دیگر هرچه حمایت خانواده بیش‌تر باشد، سلامت اجتماعی سالمندان نیز بالاتر می‌رود. زیرا محیط خانواده نخستین محل کسب تجارب حمایت اجتماعی است. جان فیلد[1] (۲۰۰۳) در کتاب خود با نام سرمایه‌ی اجتماعی به موضوع خانواده و پیوندهای ابتدایی در عصر پسامدرن اشاره دارد. به نظر او خانواده هنوز نقش محوری خود را دارا است و به نظر نمی‌رسد که در آینده‌ی نزدیک هم نقش خود را از دست بدهد. البته قابل ذکر است که پیوندهای دوستانه نسبت به پیوندهای خانوادگی رو به رشد است. طبق نظر بالبی اعضای خانواده منبع اصلی حمایت اجتماعی هستند. نتایج تحقیقات ونجر و جرمی(۱۹۹۹)، دراگست و همکاران (۲۰۰۹)، ایگوینا (۲۰۱۰) نیز همین نتایج را نشان می‌دهند.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که در میان زنان و مردان سالمند از لحاظ سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد. به‌عبارت دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد که مردان از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به زنان برخوردارند. تحقیقاتی که توسط سیف زاده (۱۳۸۷)، خسروی(۱۳۸۱)، خاکباز(۱۳۸۲)، پورحسین(۱۳۸۷)، استفان و همکاران(۲۰۱۱)به نتایج مشابهی با تحقیق حاضر رسیده‌اند. از طرفی دیگر میان سن و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه‌ی معنی داری وجود دارد؛ چنان‌که افراد در سن پایین تر دارای سلامت اجتمای کمتری نسبت به گروه سنی بالاتر از خود هستند. نتایج تحقیق معتمدی شلمزاری (۱۳۸۱)، آقاپور و مصری (۱۳۸۸) نیز مانند تحقیق حاضر بوده است. اما نتایج تحقیقات عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸٦)، سیف‌زاده (۱۳۸۷)، لولا و همکاران (۲۰۱۰) رابطه‌ی معنی دار اما معکوس میان سن و سلامت را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌های پژوهش، میان سلامت اجتماعی سالمندان با همسر و بدون همسر تفاوت وجود دارد؛ به‌طوری که سلامت اجتماعی در افراد بدون همسر

[1] John Field

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

بیش‌تر از افرادی است که دارای همسر هستند. نتایج تحقیقات صابریان و همکاران(۱۳۸۵)، شاکری نیا(۱۳۹۱)، برکمن و سیم(۱۹۷۹)، کلمن وپیس(۱۹۹٤)، نیک ورز(۱۳۸۹)، عبدالله تبار و همکاران(۱۳۸٦)، بخشی‌پور رودسری (۱۳۸٤) نتایج متفاوت با تحقیق حاضر را نشان می‌دهند. به‌طوری که در این تحقیقات افرادی که دارای همسر هستند از سلامت بیش‌تری برخوردارند. با توجه به یافته‌های تحقیق میان دو متغیّر تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. به‌طوری که با افزایش میزان تحصیلات، میزان سلامت اجتماعی سالمندان کاهش پیدا می‌کند. اما یافته‌های تحقیق صابریان و همکاران (۱۳۸۵)، عبدالله تبار و همکاران(۱۳۸٦)، سیف‌زاده(۱۳۸۷)نتیجه‌ی معکوس این تحقیق را نشان می‌دهد. نتیجه‌ی تحقیقات صبوری(۱۳۹۱) نیز نشان دهنده‌ی عدم رابطه میان تحصیلات و سلامت است. هم‌چنین نتایج تحقیق بیان‌کننده‌ی آن است که در سلامت اجتماعی سالمندان برحسب نوع شغل تفاوت وجود دارد. سالمندانی که شغل آزاد داشته‌اند، در مقایسه با سالمندان بازنشسته، بی‌کار یا خانه دار و دولتی از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. در مورد افراد خانه دار یا بی‌کار به علت انطباق با نقش شان در طول زندگی کمتر بحران‌های زندگی را تجربه می‌کنند و سلامت اجتماعی شان تقریباً در همه‌ی مراحل زندگی یکسان است و طبق پژوهش انجام شده بعد از شغل آزاد قرار می‌گیرد. دوران بازنشستگی، دورانی است که درآن فرد، نقش اجتماعی پیشین خود را از دست می‌دهد و وارد مرحله‌ی جدیدی از زندگی می‌شود که دارای پیامدهای اجتماعی، روانی و اقتصادی برحسب تجربه‌ی شغلی و سطح زندگی قبلی است. این امر در جوامع و افراد مختلف متفاوت است. در تحقیق حاضر میزان سلامت اجتماعی بازنشستگی در رتبه‌ی بعد از خانه دار یا بی‌کار قرار می گیرد و به‌دنبال آن شغل دولتی قرار می‌گیرد. تحقیقات صابریان و همکاران(۱۳۸۵)، حدادی و همکاران(۱۳۸۸) نیز تفاوت معنادار میان شغل و سلامت را نشان می‌دهند. به این معنی که هر چه درآمد افراد بالاتر باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد کاهش پیدا می‌کند. نتایج تحقیق آقاپور و مصری(۱۳۸۸) در مورد رابطه‌ی درآمد و سلامت نتایج متفاوت با تحقیق حاضر را نشان می‌دهد.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

محدودیت‌ها

با وجود مطالعات زیاد در زمینه‌ی سلامت سالمندان در کشور در زمینه‌ی سلامت اجتماعی سالمندان تحقیقی صورت نگرفته است. هم‌چنین در زمینه‌ی سلامت اجتماعی منابع فارسی کافی وجود نداشته است. به‌دلیل بالا بودن سن نمونه ها پرکردن پرسش‌نامه وقت گیر بوده و از حوصله‌ی سالمندان خارج بوده است. عدم همکاری بعضی از سالمندان هم از محدودیت‌های پیش روی تحقیق بوده است.

پیشنهادها

با توجه به ویژگی‌های سالمندان و مشکلات دوران سالمندی این گروه سنی به برنامه‌ریزی و خدمات حمایتی چه از سوی دولت و چه از سوی خانواده‌ها و سایرین نیاز دارند. بنابراین ضروری است که در کشور ما انجمن‌های حمایت از سالمندان تأسیس شود. با راه اندازی سازمان‌ها و کانون‌ها و گردهمایی‌ها برای سالمندان میزان تماس و ارتباط میان آنان افزایش خواهد یافت. فرزندان و نسل جوان شرایطی را فراهم کنند که سالمندان در آن احساس امنیت خاطر کنند و احساس با ارزش بودن داشته باشند. سمینارها و کارگاه‌هایی توسط سازمان‌های ذیربط (شهرداری‌ها، سازمان بهزیستی و ...) برای آموزش خانواده‌ها برگزار شود.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

منابع

۱. آرون، ریمون (۱۳۸۱) **مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه شناسی**، ترجمه‌ی باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، چاپ دوم.

۲. برمکی، فدرا (۱۳۹۰) **بررسی تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر منزلت اجتماعی سالمندان، مطالعه‌ی موردی شهر تهران، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

۳. بوند، جان، کورنر لین (۱۳۸۹) **کیفیت زندگی و سالمندان**، ترجمه‌ی حسین محققی کمال، تهران: نشر دانژه.

٤. بیگی فرد، سلیمه (۱۳۷۸) **بررسی ارتباط ویژگی شخصیتی سخت رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی در بین کارمندان مراکز توانبخشی بهزیستی شیراز، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد** ، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

۵. تقوی، نعمت‌الله (۱۳۷۹) **جامعه‌شناسی خانواده**، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ پنجم.

٦. تقی پور، ملیحه (۱۳۸۹) **بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران ، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد**، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

۷. حسینی، میمنت و همکاران (۱۳۹۰) «بررسی میزان هم‌بستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران»، **نشریه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی**، شماره‌ی۷۳، دوره‌ی ۲۱.

۸. سیف زاده، علی (۱۳۸۷) «مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیت و سلامت روانی در کهنسالی آذرشهر»، **نشریه‌ی جمعیت**، شماره‌ی ٦۳-٦٤.

۹. شیخی، محمدتقی (۱۳۸٦) «**امنیت اجتماعی و آسیب شناسی سالمندان در شهر تهران**»، **نشریه سالمند (مجله‌ی سالمندی ایران)**، شماره‌ی ٦ .

۱۰. شیخی، محمدتقی (۱۳۸۹) **جامعه شناسی سالمندی**، تهران: نشر حریر.

۱۱. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۷) **آسیب شناسی اجتماعی(جامعه شناسی انحرافات اجتماعی)**، تهران: انتشارات سمت، چاپ دوم.

۱۲. علی‌پور، فردین و همکاران (۱۳۸۷) «نقش حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان»، فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی، شماره‌ی ۳۳.

۱۳. فدایی مهربانی، مهدی (۱۳۸٦) «شهر نشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، **نشریه‌ی پژوهش و سنجش**، شماره‌ی ٤۹.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]

۱٤. قیصریان، اسحاق (۱۳۸۸) «**بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران**» ، **فصلنامه‌ی جمعیت**،شماره‌ی ٦۹، ۷۰.

۱۵. مارموت، مایکل، ویلکینسون، ریچارد (۱۳۸۷) **مؤلفه‌های اجتماعی سلامت**، مترجم علی منتظری تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

۱٦. پاشا، غلامرضا، مشاک، رویا، صفرزاده، سحر (۱۳۸٦) «مقایسه‌ی سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده»، **نشریه‌ی خانواده پژوهی**، شماره‌ی۳، دوره‌ی۹.

۱۷. محمدنبی، مریم (۱۳۸۹) **سلامت اجتماعی و قلمرو آن**، مؤسسه‌ی تحقیقات بهبود زندگی زنان.

۱۸. محمدی، فاطمه (۱۳۸۲) «**آیینه‌ی سپید/ روز سالمند**»، مجله‌ی گلبرگ، شماره‌ی٤۳، قم.

۱۹. معتمدی شلمزاری، عبدالله و همکاران (۱۳۸۱) «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ٦۰ سال»، **نشریه‌ی روان شناسی**،شماره‌ی ۲۲.

20. Eugenia Maria, Flores Prieto, Mayoralas Gloria Fernandez, Rosenberg Mark W, Perez Fermina Rojo.(November 2010). **«Identifying Connections Between the Subjective Experience of Health and Quality of Life in Old Age»** , Qualitative Health Research; vol. 20, 11: pp. 1491-1499, first published on June 18, 2010

21. Fiori Katherine L, Denckla Christy A.(April 2012). **Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women** , J Aging Health; vol. 24, 3: pp. 407-438., first published on March 6, 2012

22. Kaplan,G.A.,Wilson,T.W., Cohen,r.d., Kauhanen, j., Wu,M.and Salonen, J.T. (1994). **Social functioning and overall mortality** : prospective evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. Epidemiology 5, 495-500

23. Keyes , Shapiro.(2004). **Mental hygiene**, New Jersey, Englwoond cliffs, p:768

24. Keyes, Corey Lee.M. (1998**). Social well-being, Social Psychology Quarterly**, vol.61,N.2,pp121-190.

25. Luo Lu, Shu-Fang Kao, Ying-Hui Hsieh.(October 2010). «Positive Attitudes Toward Older People and Well-being Among Chinese Community Older Adults» , **Journal of Applied Gerontology**; vol. 29, 5: pp. 622-639, first published on September 1, 2009

26. Nilsson Jan, A. K. M, Rana Masud , Nahar Kabir Zarina.(June 2006). **Social Capital and Quality of Life in Old Age Results From a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh**, J Aging Health; vol. 18, 3: pp. 419-434

27. Wenger,G. c. , and Jerrome, D.(1999). «Change and stability in confidant relationship finding the banger longitudinal study of aging», **Journal of Aging studies**,13(3):269-94

28. World Health Organization (2000) «**Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?»** Special panel at Geneva ,Switzerland;2000.p4.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-19]