

## مقایسه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان ساکن در خانه سالمندان و ساکن در خانواده

سهراب عبدی زرین<sup>۱</sup>، منصوره فرزادمنش<sup>۲</sup>، سید علی اصغر مسدد<sup>۳</sup>، سید احمد میر جعفری<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی و مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان سالمند ساکن در خانه سالمندان و ساکن در خانواده‌ها در شهر شیراز بود. برای انجام این پژوهش از بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان ۳۳ نفر و از بین سالمندان ساکن در خانواده نیز ۳۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق شامل پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی بود. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی و از بین ابعاد آن، حمایت خانواده و حمایت دوستان در بین سالمندان ساکن در خانواده به‌طور معناداری بالاتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بود. همچنین معلوم شد تفاوت در نمره کل سلامت عمومی بین دو گروه قابل توجه بود و اختلال در کارکرد اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانواده به‌طور معناداری بالاتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بود. سرانجام، نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی و بیشتر ابعاد آن با سلامت عمومی و اکثر مقیاس‌های آن در هر دو گروه سالمندان رابطه معنادار وجود داشت. نتایج پژوهش حاضر اهمیت خانواده را در ایجاد حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان نشان داد. بنابراین، نگهداری سالمندان در خانواده و احترام و توجه بیشتر به آن‌ها برای سلامتی‌شان به‌لحاظ دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، بهتر خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: سالمندان، خانه سالمندان، سلامت عمومی، حمایت اجتماعی.

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه قم، قم، ایران (moshavere.qomuniv@gmail.com) (نویسنده مسئول).
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۶/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۷

**A comparison of social support and general health of the elderly living in nursing homes versus those living in families**

Sohrab Abdi Zarrin<sup>1</sup>  
Mansoureh Farzadmanesh<sup>2</sup>  
Seyyed Aliasghar Mosaddad<sup>3</sup>  
Seyyed Ahmad Mirjafari<sup>4</sup>

**Abstract**

This research aimed to study and compare the general health & social support between the elderly women and men living in nursing homes with those living in families in Shiraz city. In this research, using purposeful sampling method, 33 persons were selected among the elderly living in the nursing homes, and 33 persons were selected among the elderly living with their family. The research tools included General Health Questionnaire (GHQ-28) and Social Support Questionnaire. The results showed that among the elderly living with families, social support and its relevant dimensions, i.e. family support and friendly support were significantly better than that of the elderly living in nursing homes. Also the results revealed that the difference in general health between the two groups was considerable. The disorder in social function among the elderly living in nursing homes was significantly higher than the elderly living in families. There was a significant correlation between social support (and many of its dimensions) and general health (and many of its subscales) in the two groups of the elderly. Finally, the results of the present study showed the importance of the family in creating social support and general health of the elderly. Therefore, keeping the elderly in their families with respect and paying proper attention to their health will be better in order to receive more social support.

**Keywords:** elderly, nursing homes, social support, general health

- 
1. Assistant Professor, Department of Education, Faculty of Literature and the Humanities, University of Qom, Qom, Iran (moshavere.qomuniv@gmail.com) (Corresponding Author).
  2. M.A in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Arsanjan, Iran.
  3. Assistant Professor , Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University , Arsanjan Branch, Arsanjan, Iran.
  4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Arsanjan, Iran.

## مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی، پدیده سالمندی را به دنبال داشته است. پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن حاضر به‌شمار می‌رود (باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶). افزایش جمعیت سالمند به حدی قابل توجه است که از آن با عنوان انقلاب ساکت یاد شده است. اساساً سالمندی در جامعه از نخستین روزهای بازنشستگی و معافیت از کار، آغاز می‌شود و به بیماری و ازپا افتادن سالخورده می‌انجامد. بررسی شاخص‌های آماری در ایران حاکی از رشد و شتاب سالمندی است، به طوری که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور انفجار سالمندی رخ دهد و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت وارد دوران سالمندی خواهند شد (ضرغامی و ألفت، ۱۳۹۸). سالمند شدن بخش زیادی از جمعیت ایران در آینده‌ای نزدیک واقعتی انکارناپذیر است. طبق سرشماری نفوس سال ۱۳۹۵ در ایران، حدود ۹/۲۸ درصد کل جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود که درصد سالمندان ایران تا سال ۱۴۰۴، به ۱۰ و تا سال ۱۴۲۹ به بیش از ۳۰ درصد بافت جمعیتی برسد (مجیدی و مرادی، ۱۳۹۷). جمعیت سالمندی در جهان بین سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۷۷ حدود ۶۸ درصد اضافه شده و تا سال ۲۰۳۰ تعداد آن‌ها نسبت به زمان حال دو برابر خواهد شد در حالی که جمعیت کل فقط ۴۰ درصد افزایش خواهد داشت (شاملو، ۱۳۹۸).

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> برای مقوله سلامت روان بسیار اهمیت قائل است و هر ساله از طریق برنامه‌های متعدد و شاخص‌های چندگانه به دنبال افزایش آن در سطح جهان است. به‌زعم دوویچ و فیشرمن<sup>۲</sup> (۱۹۶۲) معیارهای شاخص سلامت روان عبارت‌اند از: الف) شناخت خود و محیط، ب) استقلال فردی، ج) رفتار بهنجار، د) یکپارچگی شخصیت. آلپورت<sup>۳</sup> از افراد برخوردار از سلامت روان به انسان بالغ یاد می‌کند. این افراد سالم در سطح آگاه عمل می‌کنند و از قید و بندهای گذشته آزادند و نسبت به نیروهایی که آن‌ها را هدایت می‌کنند، آگاه‌اند (به نقل از گنجی، ۱۳۹۰).

از نظر کاپلان و سادوک<sup>۴</sup> (۱۳۹۰) «سلامت روانی آن حالت بهزیستی است که افراد قادر می‌باشند به راحتی درون جامعه‌شان عمل کنند و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی

1. World Health Organization (WHO)
2. Deutsh & Fishman
3. Alport
4. Kaplan & Saduk

برایشان رضایت‌بخش باشد». چنین مفهومی نیازمند تعادل در تمام ابعاد زندگی فرد از نظر جسمانی، عقلانی، اجتماعی و معنوی است. این ابعاد در رابطه متقابل با یکدیگرند، به طوری که هر فرد از دیگران و از محیط تأثیر می‌گیرد و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بنابراین، سلامت روانی نه تنها نبود بیماری روانی است، بلکه به سطحی از عملکرد اشاره می‌کند که فرد بدون مشکل باشد (هرشن سن و پاور<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸، به نقل از سلطانی، ۱۳۹۴). یافته‌های پژوهشی نشان داد سلامت روان ۲۵ درصد از واریانس نمرات اضطراب مرگ را در سالمندان ساکن در سرای سالمندان تبیین می‌کرد (تابع بردبار و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از عوامل مهم دوران سالمندی، که بر سلامت عمومی شان اثر دارد، حمایت‌های اجتماعی است که صورت می‌گیرد. «حمایت اجتماعی عبارت است از مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارائه می‌دهند» (اینگرسول و سیلورمن<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸). این حمایت‌ها را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، یا حتی نهادهای دولتی به عمل آورند. کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند احساس می‌کنند که کسی دوستشان دارد و به آن‌ها اهمیت داده می‌شود. دیگران آنان را افرادی محترم و باارزش به‌شمار می‌آورند و آن‌ها را بخشی از شبکه اجتماعی، مانند خانواده یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌توانند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دوجانبه، در هنگام نیاز باشند (کوهن و ویلز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵).

حمایت‌های اجتماعی به پنج نوع تقسیم‌بندی می‌شوند. حمایت عاطفی که شامل ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد است. حمایت ارزشی از طریق ابزار احترام، تشویق یا موافقت با نظرها یا احساسات فرد، و ارزیابی مثبت فرد در مقایسه با کسانی که وضعیتهای بدتر از اوست، صورت می‌گیرد. حمایت عملی و مادی شامل کمک‌های مستقیم به فرد است مانند انجام دادن کارهای خانه یا قرض دادن پول به او. حمایت اطلاعاتی شامل توصیه کردن، دادن پیشنهاد یا دادن جهت و پس‌خوراندن به بیمار است. حمایت‌های شبکه‌ای به فرد احساس عضویت در گروه با علایق و فعالیت‌های اجتماعی مشترک می‌دهد. نوع حمایتی که فرد نیازمند آن است به شرایط استرس‌زا بستگی دارد (سارافینو، ۱۳۹۸).

---

1. Hershenson & Power  
2. Ingersoll & Silverman  
3. Cohen & Wills

حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می‌کند (راتوس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰: ۱) توجه عاطفی: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساس همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن، (۲) یاری‌رسانی: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می‌انجامد، (۳) اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد، (۴) ارزیابی: ارائه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد که به تصحیح عملکرد منجر می‌شود، (۵) جامعه‌پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به‌واسطه جامعه‌پذیری به‌وجود می‌آید. حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای منفی در زندگی را که بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (لو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

در پژوهشی میانگین سلامت روانی زنانی که تراکم عضویت گروهی بالایی داشتند، نسبت به زنانی که تراکم عضویت گروهی پایینی داشتند، بیشتر بود. میانگین سلامت روانی زنانی که تراکم بالای شبکه اجتماعی شخصی داشتند، نسبت به زنانی که تراکم شبکه اجتماعی شخصی پایینی داشتند، بیشتر بودند. بین متغیرهای پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماعی شخصی، دریافت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، پایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت روانی زنان رابطه مثبت وجود داشت. در کل، نتایج پژوهش نشان داد که رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روانی افراد وجود دارد (همتی و رحیمی علی‌آباد، ۱۳۹۳).

در پژوهشی رابطه مثبت حمایت اجتماعی با میزان سلامت روان تأیید شد. همچنین، یافته‌ها هم‌بستگی معکوس حمایت اجتماعی با ابعاد افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی را تأیید و رابطه حمایت اجتماعی با بُعد نشانه‌های جسمانی سلامت روان را رد کرد (حسینی و دودمان فیروزسالاری، ۱۳۸۹). در پژوهشی یافته‌ها حاکی از آن بود که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی سالمندان مرتبط است (باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶). نتایج پژوهشی نشان داد که معنویت، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی هم‌بستگی مثبت با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان دارند. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز حاکی از آن بودند که معنویت، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی، توانایی پیش‌بینی ۵۴ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را دارند (باقری شیخانگفشه و شباهنگک، ۱۳۹۸).

وانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳، به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۵) با روش فراتحلیلی، ۱۸۲ پژوهش را در این زمینه بررسی کردند و دریافتند که حمایت اجتماعی پیش‌بینی‌کننده قوی سلامت در زندگی است. حمایت اجتماعی احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهد، بهبود را تسریع و مرگ‌ومیر را کم می‌کند.

نتایج پژوهشی نشان داد که در مقایسه میانگین نمره کل حمایت اجتماعی درک‌شده سالمندان، زیرمقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد و حیطه حمایت اجتماعی درون منزل اولویت بالایی داشت و در بُعد نیازهای مرتبط با سالمندان در محیط منازل بیشترین امتیاز مربوط به حیطه کار مراقبتی و کم‌ترین امتیاز مربوط به حیطه امنیت بود. بین حیطه نیازهای فیزیکی منازل ویژه سالمندان و حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت زندگی رابطه وجود داشت (ناخدایی‌زاده، ۱۳۹۵).

پژوهشی با رویکرد تحلیل محتوای کیفی نشان داد که سالمندان از زندگی در سرای سالمندان رضایت چندانی ندارند. همچنین، هشت زیر طبقه به منزله عوامل مؤثر در رضایت سالمندان شناسایی شد که عبارت بودند از محرومیت ارتباطی، زندگی یکنواخت، عدم توجه به نیازهای فردی، نقصان در استقلال، نیازهای مراقبتی، مشکلات تغذیه‌ای، فقدان امکانات رفاهی و نگرانی‌های مالی (زمان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷).

پژوهشی بر روی سالمندان سه گروه سالمند ساکن در خانه، سالمند ساکن در آسایشگاه خصوصی و دولتی نشان داد از بین عوامل اثرگذار در سلامت روانی و جسمانی، سالمندان ساکن در خانه در رتبه اول، سالمندان ساکن در آسایشگاه خصوصی در رتبه دوم و سالمندان ساکن در آسایشگاه دولتی در رتبه سوم بودند و بین سالمندان ساکن در خانه با سالمندان ساکن در آسایشگاه خصوصی و دولتی از نظر سلامت روانی و جسمانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت که مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار شامل شاخص - پریشانی روانی، ارزیابی عملکرد فیزیکی و ارزیابی عملکرد فعالیت روزمره بودند (نیازی و همکاران، ۱۳۹۸).

یافته‌های پژوهشی نشان داد میانگین حمایت اجتماعی در سالمندان ساکن سرای سالمندی و سالمندان مقیم خانواده شهر همدان دارای اختلاف معناداری بود و میزان

حمایت اجتماعی در سالمندان مقیم خانواده بیشتر از سالمندان ساکن سرای سالمندی بود (راشیدی و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج پژوهشی نشان داد که میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بود. همچنین، از میان مؤلفه‌های شادکامی، میزان عوامل رضایت از زندگی، سلامت روانی، خلق مثبت و کارآمدی سالمندان ساکن در منزل به طور معناداری بالاتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بود. اما هر دو گروه در میزان عزت نفس تفاوت معناداری نداشتند (شریفی درآمدی و پناه‌علی، ۱۳۹۰).

همچنین، نتایج پژوهشی نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی معنوی، تحمل ابهام و شادکامی به طور معناداری در سالمندان ساکن در خانه سالمندان کم تر از سالمندان ساکن در منزل بود (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج پژوهش دیگری نشان داد که همبستگی معکوس بین حمایت اجتماعی و افسردگی در سالمندان وجود دارد و نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از افسردگی در سالمندان مثبت بوده است (مقدم و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به مطالب فوق، فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از: (۱) بین حمایت اجتماعی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده تفاوت معنادار وجود دارد، (۲) بین سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده تفاوت معنادار وجود دارد، (۳) بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی سالمندان همبستگی وجود دارد.

## روش

پژوهش حاضر به بررسی مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین زنان و مردان سالمند ساکن در خانه سالمندان و ساکن در خانواده‌ها در شهر شیراز می‌پردازد. این تحقیق یک تحقیق علی - مقایسه‌ای بود. هدف از این روش یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری است. این روش را غالباً پس - رویدادی می‌نامند، زیرا به مواردی اشاره دارد که در آن‌ها علت از پیش رخ داده است و مطالعه آن در حال حاضر از طریق اثری که بر متغیر دیگر گذاشته است، صورت می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده‌ها در شهر شیراز بود. برای انتخاب نمونه به دلیل محدود بودن نمونه، ۵ خانه نگهداری سالمندان و ۳ منطقه

از مناطق نه‌گانه به‌صورت هدفمند انتخاب شد که جمعاً ۱۴۰ سالمند در این ۵ مرکز نگهداری می‌شدند که تعداد سالمندانی که توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه را داشتند ۷۵ نفر برآورد شد که از بین آن‌ها ۳۳ نفر همکاری و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. درخصوص سالمندان ساکن در خانواده‌ها، از روش شمارشی تصادفی استفاده شد و ۳۳ سالمند انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در ارتباط با کفایت حجم نمونه، گفتنی است که حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر برای هر گروه در مطالعات علی-مقایسه‌ای کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۸).

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۶۰ تا ۷۴ سال	۳۹ / ۵۹/۱
	۷۵ سال به بالا	۲۷ / ۴۰/۹
جنس	مرد	۳۳ / ۵۰/۰
	زن	۳۳ / ۵۰/۰
تحصیلات	ابتدایی	۴۲ / ۶۳/۶
	دیپلم	۱۱ / ۱۶/۷
	فوق‌دیپلم	۵ / ۷/۶
لیسانس و بالاتر	۸ / ۱۲/۱	

## ابزارها

۱. پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> (GHQ-28): ازجمله ابزارهایی است که در زمینه‌های بالینی و پژوهشی کاربردهای زیادی را داشته است. پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup> (۱۹۷۲) به‌منظور سرنده کردن اختلالات روانی غیرسایکوتیک به‌کار برده می‌شود و شامل ۴ خرده‌مقیاس است و هر خرده‌مقیاس شامل ۷ سؤال است. هومن (۱۳۷۶) اعتبار این آزمون را در حد مناسب گزارش کرده است که ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱. گزارش شده است. این زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه ابعاد علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در کارکرد اجتماعی و افسردگی را مورد سنجش

1. general health questionnaire  
2. Goldberg & Hiller



قرار می دهد (به نقل از عبدی زرین، ۱۳۹۰). در خصوص پایایی پرسش نامه سلامت عمومی، در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸، به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) پایایی تنصیف برای این پرسش نامه را که توسط ۸۳۵ نفر تکمیل شده بود، ۰/۹۵ گزارش کردند. تقوی (۱۳۸۰) در تحقیقی با عنوان بررسی پایایی و روایی پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، پایایی پرسش نامه مزبور را از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی کرده و به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. پرسش نامه حمایت اجتماعی<sup>۱</sup>: مقیاس ارزیابی ذهنی حمایت اجتماعی ازسوی واکس<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۶ تهیه شد که ساختار نظری این مقیاس بر تعریف کوب (۱۹۷۶) از حمایت اجتماعی استوار است. او حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری افراد از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرد. این مقیاس دارای ۲۳ ماده و سه خرده مقیاس است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را دربر می گیرد. خرده مقیاس خانواده دارای ۸ ماده، خرده مقیاس دوستان دارای ۷ ماده و خرده مقیاس سایرین دارای ۸ ماده است. به منظور تعیین پایایی و روایی مقیاس مزبور از پنج نمونه دانشجویی و پنج گروه از اقلیت های اجتماعی استفاده شده است. کل مقیاس ارزیابی حمایت اجتماعی و خرده مقیاس های خانواده و دوستان در بین نمونه های مورد بررسی از ثبات درونی برخوردار است. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۴ در پنج نمونه دانشجویان و در پنج نمونه از اقلیت های اجتماعی مختلف به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ بوده است. هم بستگی خرده مقیاس خانواده و دوستان برای نمونه های دانشجویی ۰/۵۱ و برای گروه های اقلیت اجتماعی ۰/۵۲ برای هر خرده مقیاس به تفکیک، بوده است. در نمونه دانشجویان ایرانی، ضرایب پایایی و ثبات درونی کل مقیاس، ۰/۹۰ و ضرایب مقیاس های خانواده، دوستان و سایرین به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۳، ۰/۵۴ است (به نقل از میر محمدعلی، ۱۳۹۵). قلاتی (۱۳۸۰) جهت تعیین روایی ملاکی هم بستگی مقیاس حمایت اجتماعی واکس و همکاران با سازگاری اجتماعی کلارک (۱۹۵۳) ضریب هم بستگی ۰/۶۲ به دست آورد. همچنین، جهت تعیین پایایی با روش آلفای کرونباخ

1. social support inventory  
2. Vaux

ضریب ۰/۵۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۶ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، و فراوانی) و برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون T مستقل و آزمون هم‌بستگی پیرسون در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. نسخه ۲۳ استفاده شد. ابتدا نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه دو گروه در ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان و سپس نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون برای ارتباط بین ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان نشان داده شد.

#### یافته‌ها

با استفاده از آزمون T مستقل میانگین نمرات حمایت اجتماعی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده مقایسه شد که نتایج در جدول ۲ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، در مقیاس حمایت خانواده، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و سالمندانی که در خانواده ساکن هستند، حمایت خانوادگی بیشتری نسبت به سالمندانی که در خانه سالمندان هستند، دریافت کرده‌اند. در زیرمقیاس حمایت دوستان نیز بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شده است و سالمندانی که در خانواده ساکن هستند، حمایت دوستان را بیشتر از سالمندانی که در خانه سالمندان هستند، گزارش کرده‌اند. همچنین در نمره کل حمایت اجتماعی بین دو گروه تفاوت معناداری

جدول ۲ مقایسه میانگین نمرات حمایت اجتماعی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و خانواده

مقیاس	گروه سالمندان	N	M	SD	T	P
حمایت خانواده	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۵/۱۸	۲/۵۸	۲/۲۳	۰/۰۳
	ساکن در خانواده	۳۳	۶/۷۳	۱/۷۲		
حمایت دوستان	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۵/۸۱	۱/۹۷	۲/۵۸	۰/۰۱
	ساکن در خانواده	۳۳	۷/۱۶	۱/۷۶		
حمایت سایرین	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۴/۵۶	۱/۷۱	۱/۶۲	۰/۱۵
	ساکن در خانواده	۳۳	۵/۱۶	۱/۱۱		
حمایت اجتماعی	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۱۵/۵۶	۴/۸۴	۳/۳۷	۰/۰۰۱
	ساکن در خانواده	۳۳	۱۹/۰۸	۳/۱۴		

وجود داشت و در نمره کل حمایت اجتماعی سالمندان ساکن در خانواده نمره بالاتری نسبت به سالمندان ساکن در خانه سالمندان کسب کرده اند. در زیرمقیاس حمایت سایرین تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت و سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندانی که در خانواده ساکن هستند هر دو به صورت مشابه حمایت سایرین را دریافت کرده اند. با استفاده از T مستقل میانگین نمرات سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۳ مقایسه میانگین نمرات سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و خانواده

مقیاس	گروه سالمندان	N	M	SD	T	P
نشانگان جسمانی	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۸/۵۶	۳/۳۶	۰/۲۷	۰/۲۱
	ساکن در خانواده	۳۳	۸/۸۸	۴/۳۹		
نشانگان اضطراب	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۹/۳۷	۴/۸۸	۰/۵۹	۰/۰۹
	ساکن در خانواده	۳۳	۸/۴۶	۵/۵۳		
اختلال در کارکرد اجتماعی	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۹/۵۶	۳/۴۶	۳/۹۴	۰/۰۱
	ساکن در خانواده	۳۳	۱۴/۷۳	۴/۸۳		
نشانگان افسردگی	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۶/۰۰	۴/۹۳	۰/۲۵	۰/۱۳
	ساکن در خانواده	۳۳	۵/۹۵	۵/۹۸		
نمره کل سلامت عمومی	ساکن در خانه سالمندان	۳۳	۳۳/۵۰	۱۰/۱۹	۱/۳۹	۰/۰۶
	ساکن در خانواده	۳۳	۳۸/۲۲	۱۲/۱۷		

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده در زیرمقیاس نشانگان جسمانی، نشانگان اضطراب و نشانگان افسردگی تفاوت معناداری مشاهده نشده، ولی در زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شده است و در این عامل سالمندان ساکن در خانواده اختلال در کارکرد اجتماعی بالاتری گزارش کرده اند. همچنین، در نمره کل سلامت عمومی بین سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده تفاوت معنادار وجود ندارد. البته گفتنی است که میزان عدم معناداری به سطح معناداری بسیار نزدیک بوده است و تفاوت میانگین دو گروه در نمره سلامت عمومی نسبتاً زیاد است.

جدول ۴ ماتریس هم‌بستگی ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. حمایت خانواده	۱							
۲. حمایت دوستان	۰/۳۴**	۱						
۳. حمایت سایرین	۰/۳۵**	۰/۲۳	۱					
۴. حمایت اجتماعی	۰/۷۸**	۰/۷۷**	۰/۶۳**	۱				
۵. نشانگان جسمانی	-۰/۱۳	-۰/۱۴	۰/۰۵	-۰/۱۰	۱			
۶. نشانگان اضطراب	-۰/۱۵	-۰/۱۵	-۰/۱۸	-۰/۲۶*	۰/۵۰**	۱		
۷. اختلال در کارکرد اجتماعی	-۰/۳۵**	-۰/۴۲**	۰/۱۹	-۰/۴۶**	-۰/۲۲	۰/۳۰*	۱	
۸. نشانگان افسردگی	-۰/۲۶*	-۰/۲۵*	-۰/۱۸	-۰/۲۴*	۰/۵۹**	۰/۵۶**	۰/۴۴**	۱
۹. نمره کل سلامت عمومی	-۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۱۰	-۰/۳۷*	۰/۷۸**	۰/۷۷**	۰/۰۲	۰/۷۵**

$p^* < 0.05$ ;  $p^{**} < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، حمایت خانواده با اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه منفی و معنا داری دارد و سالمندانی که حمایت کم‌تری از طرف خانواده دریافت می‌کنند در کارکرد اجتماعی دچار اختلال بیشتری می‌شوند. حمایت خانواده با نشانگان افسردگی هم‌بستگی منفی و معنا داری دارد و با کاهش حمایت خانواده میزان افسردگی در سالمندان افزایش می‌یابد. همچنین، حمایت دوستان با اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه منفی و معنا داری دارد و سالمندانی که حمایت کم‌تری از طرف دوستان دریافت می‌کنند در کارکرد اجتماعی دچار اختلال بیشتری می‌شوند. حمایت دوستان با افسردگی رابطه منفی و معنا داری دارد و با کاهش حمایت دوستان میزان افسردگی در سالمندان افزایش می‌یابد. حمایت سایرین با هیچ‌کدام از ابعاد سلامت روان رابطه معنا داری نشان نداد، ولی نمره کل حمایت اجتماعی با اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی رابطه منفی و معنا داری نشان داد و با کاهش حمایت اجتماعی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی در سالمندان افزایش پیدا کرده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میزان حمایت اجتماعی و ابعاد آن در سالمندان ساکن

در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده در شهر شیراز تفاوت معنادار وجود دارد که به نتایج برخی پژوهش همسو اشاره خواهد شد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، یافته‌های پژوهش راشدی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد میزان حمایت اجتماعی در سالمندان مقیم خانواده بیشتر از سالمندان ساکن سرای سالمندی بود. همچنین، روک و استوارت<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) نشان دادند اعضای خانواده به‌عنوان مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی برای سالمندان محسوب می‌شوند. با توجه به اینکه سالمندان ساکن در خانه از این منبع حمایتی بیشتر برخوردارند، از حمایت اجتماعی بالاتری بهره‌مندند (به نقل از راشدی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین نتایج پژوهش نیازی و همکاران (۱۳۹۸)، شریفی در آمدی و پناه‌علی (۱۳۹۰) و مقدم و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد شرایط زندگی و ابعاد روانی آن برای سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده متفاوت است و سالمندان ساکن در خانواده سلامت بیشتر و رضایت بالاتری از زندگی دارند. در همین راستا، نتایج پژوهشی نشان داد که زیرمقیاس حمایت اجتماعی درک‌شده از سوی خانواده بالاترین میزان را در مقایسه میانگین نمره کل حمایت اجتماعی درک‌شده سالمندان، به خود اختصاص داد (ناخدایی زاده، ۱۳۹۵). همچنین، پژوهشی کیفی نشان داد که سالمندان از زندگی در سرای سالمندان رضایت چندانی ندارند و انواع محرومیت‌ها از جمله محرومیت ارتباطی را تجربه می‌کنند (زمان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). بنابراین، می‌توان گفت نگهداری سالمندان در خانه به دلیل داشتن روابط بیشتر و توجه اطرافیان، در سالمندان ادراک حمایت اجتماعی را بیشتر می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین میزان سلامت عمومی و ابعاد آن در سالمندان ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده تفاوت معنادار وجود نداشت. فقط در مؤلفه کارکرد اجتماعی تفاوت مشاهده شد. در بُعد افسردگی تفاوتی به دست نیامد. البته همانطور که اشاره شد تفاوت سلامت عمومی دو گروه به سطح معناداری نزدیک بوده است که احتمالاً چنانچه نمونه پژوهش بیشتر بود این سطح معنادار نشان داده می‌شد. مغایر با نتایج پژوهش حاضر، نتایج پژوهش شریفی در آمدی و پناه‌علی (۱۳۹۰) نشان داد سلامت روانی، خلق مثبت و کارآمدی سالمندان ساکن در منزل بالاتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان بود. نتایج پژوهش دیگری نشان داد که شادکامی سالمندان ساکن در خانه سالمندان کم‌تر از سالمندان ساکن در منزل است (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). این یافته

پژوهش می‌تواند از آن جهت باشد که نگهداری سالمندان در خانه به توجه و مراقبت و دادن آزادی عمل برای حفظ روابط اجتماعی‌شان با سایرین نیاز دارد تا از این طریق کارکرد اجتماعی‌شان بیشتر شود و اختلال در کارکرد اجتماعی پیش نیاید.

نتایج هم‌بستگی پژوهش نشان داد که بین نمره کل حمایت اجتماعی و نمره کل سلامت عمومی هم‌بستگی معکوس معنادار وجود دارد که نتیجه به‌دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مقدم و همکاران (۱۳۹۹)، وانگ و همکاران (۲۰۰۳)، کراس (۱۹۸۷)، کراس و همکاران (۱۹۹۲)، لو (۱۹۹۷)، معتمدی و همکاران (۱۳۸۱) و بخشانی و همکاران (۱۳۸۲) - که نشان دادند بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی و همچنین بین حمایت اجتماعی و اکثر مقیاس‌های سلامت عمومی به‌ویژه افسردگی رابطه معنادار وجود دارد - همسو است. بنابراین با توجه به این یافته پژوهش و همخوانی آن با بیشتر یافته‌های پژوهش‌ها می‌توان با قاطعیت بیشتری عنوان کرد که بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی در بین سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. در همین راستا، در پژوهشی رابطه مثبت حمایت اجتماعی با میزان سلامت روان تأیید شد و همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه معکوس حمایت اجتماعی با ابعاد افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی تأیید شده است (حسینی و دودمان فیروزسالاری، ۱۳۸۹). نتایج پژوهشی نشان داد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در سالمندان ارتباط دارد (باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶). از طرفی، بایستی توجه داشت کاهش سلامت روانی در سالمندان مشکلات دیگری از قبیل اضطراب مرگ را برای آن‌ها به همراه خواهد داشت (تابع بردبار و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به نتایج پژوهش، نگهداری و مراقبت از سالمندان برای دریافت حمایت اجتماعی و حفظ سلامتشان اولویت دارد. به‌خصوص فرهنگ ایرانی اسلامی حاکم در جامعه این امر را بیشتر توصیه می‌کند و برای حفظ حرمت و عزت نفسشان بسیار مهم است. چنانچه سالمندان در خانه نگهداری می‌شوند تکریمشان و کمک به حفظ سلامتشان ضروری است. رعایت صله رحم کمک خواهد کرد تا عملکرد اجتماعی در سالمندان حفظ شود، زیرا نتایج پژوهش نشان داد سالمندان مقیم در خانواده در عملکرد اجتماعی دچار مشکل هستند و حمایت اجتماعی دوستان را کم‌تر دریافت می‌کنند. علاوه بر آن، با توجه به اصول ارزشمند مبانی دین اسلام به‌کارگیری این قواعد در خانه سالمندان می‌تواند نتایج مثبت به‌دنبال داشته باشد. در همین راستا، پژوهشی با هدف اثربخشی مداخلات معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر احساس طردشدگی و احساس شکست در سالمندان ارجاع داده شده به

سرای سالمندان توسط فرزندان نشان داد که توجه و به کار بردن آموزه‌های اسلام بر احساس طردشدگی و احساس شکست در سالمندان ارجاع داده شده به سرای سالمندان اثر مثبت داشته است (انصاری شهیدی و همکاران، ۱۳۹۸)، زیرا آموزه‌های اسلام با القای تفکر مثبت کمک خواهد کرد تا افراد سالمندی موفق داشته باشند. در همین راستا، نتایج پژوهشی نشان داد که مثبت‌نگری و تفکرات مثبت سبب کاهش میزان افسردگی و افزایش تاب‌آوری در سالمندان مقیم آسایشگاه می‌شود (پورابراهیم و شهابی، ۱۳۹۸).

از جمله محدودیت‌های پژوهش به دشواری اجرای پژوهش می‌توان اشاره کرد که مراکز نگهداری سالمندان و حتی برخی از خانواده‌های دارای سالمند همکاری لازم را نداشتند که پیشنهاد می‌شود از طریق اطلاع‌رسانی و آگاهی‌سازی بیشتر در جامعه، به مقوله سالمندان بیشتر توجه شود و به جای پنهان‌کاری سعی شود خدمات بیشتری به سالمندان ارائه شود. چراکه گاهی خانواده‌ها سعی در کنترل بیش از حد نسبت به سالمندان دارند که این مورد خیلی توصیه نمی‌شود. با توجه به نتایج پژوهش، توصیه می‌شود سالمندان در خانه نگهداری و تکریم شوند و در عین حال با ایجاد فضای مناسب برای آنان در محیط خانواده، سلامت عمومی‌شان حفظ و به کارکرد اجتماعی‌شان توجه شود.

همچنین، با توجه به گستره زیاد پژوهش‌ها در ارتباط با حوزه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن در خانواده و مقیم خانه سالمندان پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به صورت پژوهش‌های نظام‌مند و فراتحلیل باشد. سیاست‌گذاری: از سالمندان گرانقدر که با صبر و بردباری پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند کمال تشکر به عمل می‌آید.

## منابع

- انصاری شهیدی، م.، طباطبایی، س.، قهرمانی، ن.، و صمدی، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخلات معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر احساس طردشدگی و احساس شکست در سالمندان ارجاع داده شده به سرای سالمندان توسط فرزندان. *فصلنامه علوم پزشکی مشهد*، ۶(۲)، ۷۹۸-۸۰۷.
- باقری شیخانگفته، ف.، و شباهنگ، ر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان براساس معنویت، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی، دین و سلامت، ۷(۲)، ۳۲-۲۲.
- باوزین، ف.، و سپهوندی، م. (۱۳۹۶). بررسی رابطه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۲، ۹۳۸-۹۳۱.
- بخشانی، ن.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م.، و بوالهروی، ج. (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده

- و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی، اندیشه و رفتار، ۹، ۲، ۴۹-۵۵.
- پورابراهیم، ت. و شهابی، م. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر تاب‌آوری و افسردگی گروهی از سالمندان تهرانی مقیم آسایشگاه، *روان‌شناسی فرهنگی*، ۳(۱)، ۹۵-۱۰۶.
- تابع بردبار، ف.، اسماعیلی، م.، و اسدی، ر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اضطراب مرگ در سالمندان بر اساس تیپ‌های شخصیتی و سلامت روان، *روان‌شناسی پیری*، ۵(۳)، ۲۳۹-۲۴۹.
- تقوی، س. م. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q). *روان‌شناسی*، ۵(۴)، ۳۹۸-۳۸۱.
- حسینی، س.ا. و دودمان فیروزسالاری، س. (۱۳۸۹). نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران. *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۲(۳)، ۱۱۱-۱۴۴.
- دلاور، ع. (۱۳۹۸). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
- راشدی، و.، رضایی، م.، غریب، م.، و نبوی، س. ح. (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی سالمندان: مقایسه سرای سالمندی و خانواده. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵(۲)، ۳۵۱-۳۵۶.
- زمان‌زاده، و.، پاک‌پور، و.، سلیمی، ص.، رحمانی، آ.، محمدی، ع.، و شیخ‌نژاد، ل. (۱۳۹۷). نارضایتی: تجارب سالمندان ایرانی از زندگی در سرای سالمندان. *پرستاری*، ۱۱۲، ۵۶-۶۶.
- سارافینو، ا. (۱۳۹۸). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه گروهی از مترجمان. تهران: رشد.
- سلطانی، ا. (۱۳۹۴). *رابطه سلامت روانی با رضایت شغلی و تعهد سازمانی در کارمندان دانشگاه قم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد ساوه.
- شاملو، س. (۱۳۹۸). *بهداشت روانی*. تهران: رشد.
- شریفی‌درآمدی، پ.، و پناه‌علی، ا. (۱۳۹۰). مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل و سرای سالمندان. *سالمند*، ۶(۳)، ۴۹-۵۵.
- ضرغامی، ا.، و الفت، م. (۱۳۹۸). بررسی هم‌بستگی بین عوامل کالبدی مؤثر بر انگیزه زندگی در خانه‌های سالمندان (نمونه موردی: خانه‌های سالمندان خصوصی منطقه شمیرانات)، *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۱)، ۱۱۴-۱۳۱.
- عبدی‌زرین، س. (۱۳۹۰). مقایسه بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر دارای والد و فاقد والد. همایش منطقه‌ای روان‌شناختی کودک و نوجوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
- علی‌پور، ا. (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص ایمنی بدن در افراد سالم، بررسی مدل تأثیر کلی. *روان‌شناسی امید*، ۳۷، ۵۱-۵۳.
- قدم‌پور، ع.، کرمی، ا.، و خداحیمی، س. (۱۳۹۸). مقایسه بهزیستی معنوی، تحمل ابهام و شادکامی در سالمندان ساکن در منزل و خانه سالمندان، *اخلاق پزشکی*، ۴۴، ۱-۱۳.
- قلاتنی، ن. (۱۳۸۰). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و عادات مطالعه درس علوم و مقایسه آن‌ها در دانش‌آموزان دختر و پسر سوم راهنمایی نواحی چهارگانه شیراز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. (۱۳۹۰). *خلاصه روان‌پزشکی*. ترجمه ح. رفیعی، و ف. رضاعی. تهران: ارجمند.
- گنجی، ح. (۱۳۹۰). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات.



- مجیدی، ع.، و مرادی، ا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش معنوی بر میزان اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۳(۱)، ۱۱۰-۱۲۳.
- معتمدی، ع.، اژه‌ای، ج.، آزاد فلاح، پ.، و کیامنش، ع. (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت‌های اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت روان و اصل تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. *روانشناسی*، ۶(۲)، ۱۱۵-۱۳۳.
- مقدم، ک.، منصور قناعتی، ر.، اسماعیل‌پور بندینی، م.، و عطرکار روشن، ز. (۱۳۹۹). ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی در سالمندان شهرهای شرق گیلان. *طلوع بهداشت یزد*، ۱۹(۲)، ۸۵-۹۵.
- میر محمدعلی، م. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی عدالت*، ۱(۲)، ۱۰۷-۱۲۷.
- ناخدایی‌زاده، م. (۱۳۹۵). بررسی پیش‌بینی‌کنندگی محیط فیزیکی - اجتماعی منازل بر کیفیت زندگی سالمندان شهر کرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- نیازی، م.، میری، س.، و عقیقی، م. (۱۳۹۸). بررسی شاخص‌های سلامت روانی و جسمانی میان سالمندان مقیم و غیرمقیم سرای سالمندان شهر تهران براساس تکنیک تاپسیس. *سالمندشناسی*، ۴(۱)، ۷۴-۸۴.
- همتی، ر.، و رحیمی علی‌آباد، ا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مطالعه موردی زنان شهر خلخال). *مطالعات اجتماعی ایران*، ۴۲، ۱۰۵-۱۱۹.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social support, and the buffering by probes. *psychological Bulletin*, 98, 357-370.
- Ingersoll, B., & Silverman, K. (1978). Cooperative Group psychotherapy for the Aged. *The Gerontologist*, 201-206.
- Krause, N. (1987). Life stress, Social support, and self-esteem in art Elderly population, *Psychology and Aging*, 2, 349-356.
- Krause, N., Herzog, A., & Beaker, E. (1992). Provide support to others and well-being later life. *Journal of gerontology*, 47, 300-372.
- Lu, I. (1997). Social support, reciprocity, and well-being. *Journal of social psychology*, 137 (5) 618-628.
- Rathus, S.A. (1990). *Psychology*. Fort Worth, TX : Holt, Rinehart, and Winston.