



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

**Journal of Applied Sociology**

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 36, Issue 2, No.98, 2025, pp 101-132

Received: 28.10.2024 Accepted: 16.03.2025

**Research Paper**

**The Relationship between Socioeconomic Status and Social Health of the Elderly in Tehran with a Focus on the Mediating Role of Family Social Support**

**Mina Inanloo**

PhD student in Sociology of Social Issues of Iran, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran

inanloo\_mina@yahoo.com

**Khadijeh Safiri** \* 

Professpr. Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran

kh.safiri@alzahra.ac.ir

**Afsaneh Tavassoli**

Associate professor of Women and Family Studies, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran

afsaneh\_tavassoli@alzahra.ac.ir

**Introduction**

Despite efforts to prioritize the physical health of the elderly in our country, there remains a significant oversight regarding the social dimensions of their well-being. This aspect is particularly vital given the increasing elderly population and the challenges they face, such as retirement, loneliness, and isolation. Social health among the elderly is not uniformly distributed; socioeconomic status and the level of family support play critical roles in influencing their social well-being. Poverty and low socioeconomic status can adversely impact various facets of social life, including access to education, income distribution, health outcomes, and utilization of healthcare services. Furthermore, the rise of nuclear families, where both parents work, along with the migration of children for education or employment, has diminished family support for the elderly. This shift distances children from their parents and affects familial relationships, leading to a decline in the roles and acceptance of elderly individuals within the family structure. As a result, many elderly people, who require support and assistance from their families, especially their children, find themselves in increasingly precarious situations. Their physical, mental, and social health is more vulnerable than ever. This study aimed to explore the relationship between the socioeconomic status of the elderly in Tehran and their social health with a focus on the mediating role of family social support.

**Materials & Methods**

The study population comprised all elderly individuals aged 65 and older residing in Districts 1, 6, 5, 8, 10, 7, 14, 17, and 19 of Tehran, totaling 356,060 individuals according to the Tehran Statistical Yearbook. The sample size was determined to be 400 individuals, utilizing a cluster sampling method. In this approach, the regions of Tehran were categorized into 3 groups: developed, medium, and underprivileged. This classification was based on a study titled "Ranking of Tehran Neighborhoods in Terms of Quality of Life and Prosperity Level", which employed 53 indices of quality of life and prosperity using a fuzzy TOPSIS technique. This methodology allowed researchers to classify Tehran's regions and neighborhoods according to their development status.

Regions 1 and 6 were randomly selected from the developed category, Regions 5 and 8 from the medium category, and Regions 10, 7, 14, 17, and 19 from the underprivileged category requiring intervention. Approximately 133 questionnaires were allocated to each category. After randomly selecting the first region, the number of questionnaires to be distributed was determined based on the region size. If the desired number was insufficient, an additional region from the same category was randomly chosen. In the subsequent phase, neighborhoods within the selected regions were assessed for prosperity. The researcher visited the most prosperous neighborhoods in the developed regions, the average neighborhoods in the medium regions, and the least prosperous neighborhoods in the

\* Corresponding author

Inanloo, M., Safiri, Kh., & Tavassoli, A. (2025) The relationship between socioeconomic status and social health of the elderly in Tehran with a focus on the mediating role of family social support. *Journal of Applied Sociology*, 36(2), 101-132. <https://doi.org/10.22108/jas.2025.143197.2572>

2322-343x / © University of Isfahan

This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



<https://doi.org/10.22108/jas.2025.143197.2572>

underprivileged areas, selecting 1 to 2 neighborhoods in each region to administer the questionnaires. Finally, the questionnaires were completed through convenience sampling, targeting individuals aged 65 years and above.

### Discussion of Results & Conclusion

The results indicated that the mean social health score of the elderly was 41.24, which was above average. In contrast, the mean score for family social support was 35.02, falling below the average. The analysis revealed no significant difference in social health between male and female participants; however, married elderly individuals exhibited higher social health compared to their unmarried counterparts. Furthermore, family social support varied significantly by gender, with women receiving more support than men. Married elderly individuals also reported higher levels of family social support than those who were unmarried. Correlation coefficients demonstrated a significant relationship between income, assets, education, and occupational status with the social health of the elderly. Among the demographic variables, age and residential area were also significantly associated with social health. Structural equation modeling results indicated that, among the remaining variables in the model—namely income, assets, education, occupational status, and residential area—there was a significant relationship with social health. Notably, family social support

acted as a positive mediator among these variables. The analysis showed that assets had the most substantial overall effect (both direct and indirect) on social health, accounting for 0.98%. This suggested that the more assets elderly individuals possessed, the more they perceived themselves as valuable contributors to society, leading to greater community involvement. Asset ownership also fostered a sense of belonging and connection within the community, promoting a positive outlook on life and their surroundings. Unlike income, which was typically received on a monthly or annual basis, assets provided long-term financial security, alleviating stress and anxiety about the future and enabling individuals to lead more peaceful lives. Assets could create opportunities for better education, quality healthcare, travel, business investments, and charitable endeavors. They also conferred social power and influence, aiding in crucial life decisions, such as job selection, residential choices, and social participation, ultimately enhancing social health. Therefore, supporting the preservation or acquisition of assets for the elderly could serve as an effective strategy for improving social health in policy-making.

**Keywords:** Social Health, Elderly, Socioeconomic Status, Family Social Support, Income, Education, Occupational Status.




مقاله پژوهشی

## رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی سالمندان شهر تهران با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده<sup>۱</sup>

مینا اینانلو، دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی و مسائل اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه

الزهرا، تهران، ایران

inanloo\_mina@yahoo.com

خدیدجه سفیری \*، استاد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

kh.safiri@alzahra.ac.ir

افسانه توسلی، دانشیار، گروه مطالعات زنان و خانواده، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

afsaneh\_tavassoli@alzahra.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر رابطه بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان را با تأکید بر نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده بررسی می‌کند. برای این منظور از ترکیبی از نظریه‌های علل زیربنایی لینک و فلان، نظریه سلامت اجتماعی کیز و حمایت اجتماعی برکمن و سیم استفاده شده است. روش تحقیق پیمایش است و نمونه آماری ۴۰۰ نفر از سالمندان مناطق توسعه‌یافته، متوسط و کم‌برخوردار شهر تهران هستند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار ایموس تحلیل شده و یافته‌ها حاکی از این است که سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان با میانگین ۴۱.۲۴ بالاتر از حد متوسط و حمایت اجتماعی خانواده با میانگین ۳۵.۰۲ پایین‌تر از حد متوسط است. اگرچه تفاوت معناداری در سلامت اجتماعی زنان و مردان سالمند وجود ندارد؛ اما سالمندان متأهل در مقایسه با سالمندان مجرد از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. همچنین زنان سالمند از مردان سالمند و سالمندان متأهل در مقایسه با سالمندان مجرد از حمایت خانواده بیشتری برخوردار هستند. از میان مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی، دارایی با ۰.۶۹۰ درصد بیشترین اثر مستقیم، با ۰.۴۴ درصد بیشترین اثر غیرمستقیم و ۰.۹۸ درصد بیشترین اثر کلی را بر سلامت اجتماعی دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که پایگاه اقتصادی اجتماعی و حمایت اجتماعی خانواده رابطه معنادار و مستقیمی با سلامت اجتماعی سالمندان تهرانی دارند و از این رو سیاست‌گذاران می‌بایست با اتخاذ تدابیر مناسب و مداخلات هدفمند به بهبود وضعیت اقتصادی اجتماعی سالمندان به‌خصوص سالمندانی از پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین و تقویت حمایت‌های خانوادگی از آنان همت گمارند.

**واژه‌های کلیدی:** پایگاه اقتصادی اجتماعی، سلامت اجتماعی سالمندان، حمایت اجتماعی خانواده، تحصیلات، درآمد

\* نویسنده مسؤول

<sup>۱</sup> این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری است.

اینانلو، مینا، سفیری، خدیجه و توسلی، افسانه. (۱۴۰۳). رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی سالمندان شهر تهران با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده.

جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۶(۲)، ۱۰۱-۱۳۲. <https://doi.org/10.22108/jas.2025.143197.2572>



## مقدمه و بیان مسئله

امروزه به دلیل پیشرفت علوم پزشکی و بهبود کیفیت تغذیه، جمعیت بسیاری از کشورها را سالمندان تشکیل می‌دهند. به طوری که برآوردهای سازمان ملل در سال ۲۰۲۰ حاکی از آن است که جمعیت سالمندان ۶۵ ساله به بالا در جهان ۷۲۷ میلیون نفر است که این تعداد در سال ۲۰۵۰ دو برابر خواهد شد و جمعیت سالمندان به بیش از ۱.۵ میلیارد نفر خواهد رسید (پژوهشکده تحقیقات راهبردی، ۱۴۰۰). در ایران نیز باتوجه به شاخص‌ها و ابزارهای آماری و جمعیت‌شناسی روند سالمندشدن جمعیت آغاز شده است، به طوری که طبق آخرین سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، سهم جمعیت سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ۶.۱ درصد بوده که همین مرکز در پیش‌بینی‌های جمعیتی خود برآورد کرده است که به ترتیب در سال ۱۴۰۵ به ۸.۱ در سال ۱۴۱۰ به ۹.۶ و در سال ۱۴۱۵ به ۱۱.۵ درصد برسد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). هرچند افزایش جمعیت سالمندان از دستاوردها و موفقیت‌های بزرگ بشری است؛ قطعاً با مسائل و پیامدهایی در حوزه‌های مختلف همراه است که از آن جمله حوزه سلامت است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی صرفاً بُعد جسمی را در بر نمی‌گیرد، بلکه رفاه کامل روانی و اجتماعی را هم شامل می‌شود (world health organization, 1946 health organization به نقل از یزدی فیض‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۵۵). باتوجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامت اجتماعی نیز در کنار سایر ابعاد سلامتی حائز اهمیت است و از ارزش و اهمیتی به اندازه سایر ابعاد سلامت برخوردار است. همچنین سلامت اجتماعی نقش مهمی هم در سطح زندگی فردی دارد و هم به سبب تأثیرگذاری‌اش بر مشارکت افراد می‌تواند در رونق و توسعه اجتماعی نقشی بسزا داشته باشد. افراد با سلامت اجتماعی بالا، بهتر می‌توانند از عهده مشکلات ناشی از ابقای نقش‌شان برآیند، در خانواده‌های منسجم‌تر و باثبات‌تر زندگی کنند، در کارهای گروهی شرکت

کنند و با هنجارهای اجتماعی بیشتر منطبق شوند. دلیل دیگر اهمیت بررسی این بُعد از سلامت این است که معمولاً عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می‌اندازد، آثار و تبعات محدودی دارد؛ اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می‌کند، به‌طور مستمر بر روابط او با دیگران تأثیر می‌گذارند و همواره بر بیش از یک نفر را تأثیر می‌گذارند. حتی آنچه این بُعد از سلامت را پیچیده‌تر می‌سازد، این است که سلامت اجتماعی بسی پنهان‌تر و ناملموس‌تر از ظهور بیماری جسمی و روانی بروز می‌کند؛ چون براساس دامنه روابط اجتماعی تحقق می‌پذیرد (سفیری و همکاران، ۱۳۹۴: ۶)؛ اما مشاهده وضعیت موجود در جامعه حاکی از این است که به این بُعد از سلامت آن‌طور که باید توجه نشده و برنامه‌ها و راهبردهایی در این زمینه اندیشه نشده است. درحقیقت اگرچه به دلیل اهمیت بحث سلامت به‌خصوص سلامت جسمی سالمندان در کشور اقداماتی انجام شده است، آنچه فقدان آن احساس می‌شود، بی‌توجهی به ابعاد روانی و به‌خصوص اجتماعی سلامت سالمندان است. این در حالی است که این بُعد از سلامت به دلایلی نظیر افزایش تعداد سالمندان و نیز مواجهه آنها با رویدادهایی از قبیل پایان دوران اشتغال، بازنشستگی، احساس تنهایی و طردشدگی اهمیتی بسیار دارد. از طرفی باتوجه به اینکه ابعاد سلامت رابطه متقابل با یکدیگر دارند و هریک از ابعاد می‌تواند بر ابعاد دیگر سلامت تأثیر بگذارد، بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت نیز می‌تواند عواقب و پیامدهایی به‌خصوص در زمینه روانی و جسمی سلامت داشته باشد و زمینه آسیب‌پذیری بیشتر این قشر را به دنبال داشته باشد (زاهدی اصل و درویشی‌فرد، ۱۳۹۵: ۴). درخصوص سلامتی و ابعاد مختلف آن بسیاری از اندیشمندان بر این باورند که مجموعه عوامل مختلف بیولوژیکی، سبک زندگی و به‌خصوص پایگاه اقتصادی و اجتماعی تأثیر دارند؛ اما از بین عوامل نام‌برده شده، نقش پایگاه اقتصادی- اجتماعی در رابطه با نابرابری‌های سلامت و کاهش آن در میان سالمندان اهمیت ویژه‌ای دارد (Metcalf et al., 2013: 57).

<sup>1</sup> <https://csr.ir/fa/news/1493/>

<sup>2</sup> [https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar\\_14020407-8-3.pdf?ver=iObIo8LnwDnyDC\\_kGI9S4w%3d%3d](https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar_14020407-8-3.pdf?ver=iObIo8LnwDnyDC_kGI9S4w%3d%3d)

اطلاعاتی خود برخوردار سازند یا افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره فرد به‌خصوص اینکه محبوب، باارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند و در نهایت موجب افزایش عزت نفس و خودپنداره در او شوند (بیگی فرد، ۱۳۷۸: ۸۷). در میان انواع شبکه‌ها امروزه دولت‌ها به خانواده و میزان حمایتی که از سوی خانواده می‌تواند شامل حال سالمندان شود، توجه بسیار کرده‌اند؛ زیرا حمایت اجتماعی خانواده نقش و تأثیر بسیاری روی احساس خودارزشمندی و احساس امنیت فرد دارد و می‌تواند میزان انزوای اجتماعی افراد به‌خصوص سالمندان را کاهش دهد؛ با این حال در سال‌های اخیر به دلیل شرایط جامعه مدرن و تغییراتی که در ابعاد و ساختار خانواده ایجاد شده، شاهد هستیم که حمایت اجتماعی خانواده نیز دستخوش تغییراتی شده است و نمی‌توان انتظار داشت که خانواده به همان میزان و شکل گذشته، منبع حمایتی سالمندان باشد. در واقع با ظهور خانواده هسته‌ای زن و مرد هر دو شاغل و مهاجرت فرزندان به دلیل تحصیل یا اقامت، حمایت‌های خانوادگی از سالمندان کاهش یافته و فرزندان را از دسترس والدین دور ساخته است و در نتیجه بر روابط والدین سالمند و فرزندان در بطن خانواده اثر گذاشته است (آزادارمکی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۳). از طرفی این تحولات موجب تغییر در برخی نقش‌های اعضای خانواده و به‌خصوص تغییر و کاهش نقش‌های سالمندان و کاهش پذیرش آنها در خانواده شده و در نتیجه سبب شده است سالمندان که به حمایت و کمک اطرافیان و به‌خصوص فرزندان خود نیاز دارند تا سال‌های مانده از عمرشان را سپری کنند، در شرایط نگران‌کننده‌ای قرار بگیرند و بیش‌ازپیش بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی‌شان تأثیر بگذارد.

بنابراین، باید گفت پایگاه اقتصادی اجتماعی از یک‌سو و تغییرات در دریافت حمایت اجتماعی خانواده از سوی دیگر سبب شده است تا مسائل سالمندان به‌خصوص در حوزه سلامت اجتماعی دو چندان شود. به‌طوری‌که برخی از کشورها گزارش

به‌طوری‌که برخی مانند وایتهد و دالگرن در مدل خود با عنوان «تأثیرات لایه‌بندی‌شده» تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به عوامل اقتصادی و اجتماعی توجه کرده و آن را در بیرونی‌ترین لایه محیط ساختاری قرار داده‌اند (راشیدی، ۱۳۹۶: ۵۲)؛ برای مثال افراد طبقات پایین در محله‌های فقیرنشین در نزدیکی بزرگراه‌ها، مناطق صنعتی و مسیرهای زباله‌های سمی زندگی می‌کنند. کیفیت مسکن آنها نامناسب است و ازدحام و شلوغی بیشتری را در محل سکونت خود تجربه می‌کنند که همه این موارد بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. همچنین فشارها و محدودیت‌های اقتصادی سبب می‌شود که میزان مصارف خدمات پزشکی در میان آنها کاهش یابد (محسنی، ۱۳۸۸: ۱۲۸). در واقع فقر و پایگاه پایین بر زمینه‌های مختلف زندگی اجتماعی مانند دسترسی به آموزش، توزیع درآمد، وضعیت سلامت و مصرف مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد (Reiss, 2013: 24).

همچنین وقتی به بُعد اجتماعی سلامت توجه می‌شود، مسائلی نیز اهمیت می‌یابد؛ مانند اطرافیان فرد، شبکه‌هایی که فرد در آن عضویت دارد و میزان حمایت اجتماعی که از سوی آنها دریافت می‌کند. لیندزی در تعریفی رایج، حمایت اجتماعی را به معنای در دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی می‌داند که منابع حمایتی را در مواقع لازم فراهم می‌کنند که موجب می‌شود فرد احساس مراقبت، دوست‌داشته‌شدن، عزت نفس و ارزشمندبودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند. وی اظهار می‌دارد که حمایت اجتماعی برای هر فرد ارتباطی امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این ارتباط است و نیازهای افراد از طریق منابعی تأمین می‌شود که جامعه در اختیارشان می‌گذارد و این منابع شکل‌های متفاوتی دارند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۹). برای مثال اعضای شبکه (خانواده، دوستان و سایر افراد) می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی را به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. اعضای شبکه اجتماعی فرد می‌توانند با ارائه پیشنهادها وی را از حمایت

اجتماعی سالمندان دارد و از میان مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی کدام‌یک بیشترین رابطه را با سلامت اجتماعی سالمندان دارد و حمایت اجتماعی خانواده در رابطه با کدام‌یک از مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی بیشترین میانجیگری را دارد.

### پیشینه پژوهش

درخصوص رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت سالمندان و همچنین رابطه حمایت اجتماعی با سلامت سالمندان تحقیقات متعددی در داخل و خارج انجام شده است؛ برای مثال رازقی نصرآباد و رشیدی (۱۴۰۲) به این نتیجه رسیدند که سطح تحصیلات، سن، تعداد فرزندان و جنسیت از عوامل تأثیرگذار بر سلامت هستند. با افزایش تعداد فرزندان، سطح سلامت جسمی سالمندان کاهش، اما سلامت روانی آنها افزایش می‌یابد. درواقع فرزندان همچنان به‌عنوان یکی از منابع حمایتی در سنین سالمندی محسوب می‌شوند. دمرچی‌لو و همکارانش (۱۴۰۲) با انجام پیمایش روی سالمندان مراکز در پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی درک‌شده و مؤلفه‌های سلامت روان (افسردگی، اضطراب و استرس) در سالمندان همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد. همچنین بین حمایت اجتماعی درک‌شده و کیفیت خواب همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد.

بهمنی و همکارانش (۱۴۰۱) به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی مردان از زنان بیشتر بوده و میانگین نمره حمایت اجتماعی در هر سه بُعد آن (خانواده، دوستان و آشنایان) در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند بود. همچنین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همبستگی معنادار و مستقیمی داشت. جزایری و همکارانش (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای پیمایشی میان سالمندان در استان مازندران به این نتایج رسیدند که بین عوامل عینی (۹۵٪)، تحصیلات (۰.۱۴٪-)، تأهل (۱۱٪) و وضع فعالیت (۰.۰۸٪) با کیفیت زندگی،

کرده‌اند که از هر ۴ سالمند، ۱ نفر انزوای اجتماعی را تجربه می‌کند و از هر ۳ سالمند ۱ نفر احساس تنهایی می‌کند و این احساس تنهایی و انزوا خود زمینه آسیب‌پذیری بیشتر را برای آنها فراهم می‌کند (World Health Organization, 2021).

اهمیت این مسائل گرچه سبب شده است تا در سال‌های اخیر، مطالعاتی درخصوص تأثیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر سلامت صورت گیرد که از آن جمله می‌توان به مطالعه افرادی مانند (سیف‌زاده، ۱۳۹۴؛ دل‌پیشه و همکاران، ۱۳۹۳؛ Zhou et al., 2022; Zhang et al., 2022) اشاره کرد که نتایج این مطالعات حاکی از وجود رابطه معناداری بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سلامت است؛ اما باید افزود که بیشتر این مطالعات تأثیر پایگاه را روی سلامت جسمی یا روانی مطالعه کرده‌اند و از این‌رو محققان به بُعد اجتماعی سلامت آن‌طور که باید توجه نکرده‌اند. از طرفی بیشتر مطالعات در حوزه پزشکی، پرستاری یا سالمندشناسی انجام شده است که مطالعه جامعه‌شناختی این موضوع می‌تواند به غنای مطالعاتی این حوزه کمک کند.

درخصوص رابطه حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و سایرین) با سلامت سالمندان اگرچه تحقیقات بسیاری در داخل و خارج نظیر (صباغچی و همکاران، ۱۴۰۳؛ هزارجریبی و همکاران، ۱۳۹۷؛ نوایی‌نژاد، ۱۳۹۲؛ محمدی، ۱۳۹۶؛ نبوی و همکاران، ۱۳۸۸؛ بابایی، ۱۳۸۶؛ Sohn et al., 2018; Park et al., 2017) انجام شده که همگی حاکی از رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی با سلامت سالمندان هستند، تحقیقات اندکی نظیر (سیف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸؛ باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶؛ فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲) هستند که تنها به رابطه حمایت اجتماعی خانواده با سلامت سالمندان پرداخته‌اند. همچنین در این مطالعات به نقش میانجی‌گرایانه حمایت اجتماعی خانواده نیز توجه نشده است؛ از این‌رو این مطالعه در صدد است با تأکید بر نقش میانجی‌گرایانه حمایت اجتماعی خانواده به مطالعه رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی سالمندان با سلامت اجتماعی آنها بپردازد و به این سؤال پاسخ دهد که در شهری مانند تهران با ۲۲ منطقه شهرداری، پایگاه اقتصادی اجتماعی چه رابطه‌ای با سلامت

پرسش‌نامه استاندارد کیز بر روی ۳۱۲ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال این شهر به این نتیجه رسید که ۵۶/۵ درصد پاسخ‌گویان از سلامت اجتماعی برخوردار و ۴۳/۵ درصد از سلامت اجتماعی در حد کمی برخوردار بودند. همچنین بین سن، حمایت اجتماعی، پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد، در حالی که بین جنسیت و تأهل افراد با سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود ندارد. نبوی و همکارانش (۱۳۸۸) با استفاده از نظریه‌های تئوری شبکه-نظریه انسجام اجتماعی دورکیم و مدل تأثیر مستقیم در قالب مدل برکمن و سیم به این نتیجه رسیدند که رابطه مستقیم و مثبت بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی وجود دارد.

اسلام و همکارانش<sup>۱</sup> (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای بین ۳۱۶ نفر از سالمندان از ۵ روستای منطقه پابنا بنگلادش از ۲۶ فوریه ۲۰۱۹ تا ۳۰ می ۲۰۱۹ به این نتایج رسیدند که بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی سالمندان و سلامت آنها رابطه معناداری وجود دارد. به دلیل همین موضوع بعضاً کشمکش‌هایی در روستاها بر سر نبود بودجه کافی برای دریافت خدمات سلامتی به وجود می‌آید.

ژو و ویتوراپونگ<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) تحقیقی با نام «تأثیر پایگاه اقتصادی اجتماعی بر سلامت سالمندان در چین» انجام دادند. آنها برای این مطالعه، از سه موج پیمایش طول عمر سالم استفاده کردند که در سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۰۸-۲۰۰۹ و ۲۰۱۱-۲۰۱۲ انجام شده بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد تأثیر مثبتی بر خودارزیابی سلامتی و سلامت عملکردی سالمندان چینی دارد. پرز و همکارانش<sup>۳</sup> (۲۰۲۲) نیز در مطالعه‌ای مشابه با همین عنوان، اما در برزیل به این یافته‌ها رسیدند که (۱۱.۵٪) از افراد سالمند مطالعه‌شده وضعیت سلامتی خود را ضعیف و بسیار ضعیف گزارش کرده‌اند. همچنین درآمد، تحصیل و داشتن بیمه

تصورات از واقعیت‌های زندگی (۱۶٪/۰)، جنسیت (۱۱٪/۰)، سن (۴٪/۰-) و کیفیت زندگی (۷۸٪/۰) با سالمندی سالم و فعال رابطه معنی‌داری وجود دارد.

غفاری (۱۳۹۹) مطالعه‌ای به روش کیفی انجام داد که در آن با ۱۴ نفر از سالمندان مصاحبه شد. حاصل این مطالعه شناسایی سه مقوله اصلی بازنمایی حضور داوطلبانه با زیر مقوله‌های (استمراربخشی ارتباطات بین‌فردی، تداوم‌بخشی شبکه خویشاوندی و بازاندیشی کیفیت مسائل درونی و معنوی)، بازنمایی کیفیت سلامت جسمانی با زیرمقوله‌های (تداوم‌بخشی عملکرد، عدم احساس درد، پذیرش مسئولیت سلامت خود و کنترل بر امورات زندگی) و بازاندیشی کیفیت سلامت روحی با زیرمقوله‌های فرعی (لحظه‌گرایی یا گریز از حسرت، ترس از جدایی و حفظ نقش) بود. او در این مطالعه به این نتیجه رسید که درک معنای سلامت اجتماعی سالمندان می‌تواند به ارتقای سلامت آنان کمک کند و داشتن اطلاعات ناقص و عدم آگاهی درباره سالمندی به آسیب‌های جبران‌ناپذیر منجر خواهد شد.

سیف‌زاده و همکارانش (۱۳۹۸) مطالعه‌ای با عنوان «حمایت اجتماعی ادراک شده و انزوای اجتماعی در سالمندان» به روش پیمایش انجام دادند. یافته‌ها حاکی از این بود که ۷۸٪ سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار بودند و شیوع انزوای اجتماعی در میان آنها ۶۲٪ بود. بین جنسیت، سن، قومیت، پایگاه اقتصادی اجتماعی سالمندان و حمایت اجتماعی آنها رابطه معناداری وجود نداشت. همچنین بین میزان حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معنادار وجود داشت. در همین زمینه باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶) در تحقیقی با نام «بررسی رابطه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد» به این یافته‌ها رسیدند که بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. سیف‌زاده (۱۳۹۴) در صدد بررسی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان شهر آذرشهر بود. او با استفاده از

<sup>1</sup> Islam et al.

<sup>2</sup> Xue & Witvorapong

<sup>3</sup> Perez et al.



سالم قوی‌تر از شبکه خانواده و دوستان بود. شبکه دوستان تأثیر بیشتری از شبکه خانواده بر رفتار ارتقادهنده سلامت و خودکارآمدی داشت.

بررسی مطالعات انجام‌شده حاکی از این است که مطالعات ارزشمندی در داخل و خارج، درخصوص رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت سالمندان انجام شده است؛ با این وجود تمرکز بیشتر مقالات نظیر مطالعه (بهمنی و همکارانش، ۱۴۰۱؛ جزایری و همکارانش، ۱۴۰۰؛ Witvorapong & Xue 2022; Perez et al., 2022; Chongthawonsatid, 2022) روی جنبه سلامت جسمی یا روانی سالمندان و هزینه‌های بهداشت و درمان بوده و از این رو به بعد اجتماعی سلامت آن‌طور که باید توجه نشده است. همچنین بیشتر مطالعات در حوزه پزشکی، پرستاری، سالمندشناسی و جمعیت‌شناسی انجام شده است که از این رو مطالعه جامعه‌شناختی این موضوع با استفاده از مدل معادلات ساختاری می‌تواند به غنای مطالعات انجام‌شده در این حوزه کمک کند. همچنین مطالعاتی درخصوص حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در رشته‌های مختلف انجام شده است که از آن جمله می‌توان به مطالعه (باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶؛ نبوی و همکارانش، ۱۳۸۸؛ Wu & Sheng, 2019) اشاره کرد؛ اما در بیشتر این مطالعات اولاً به بعد حمایت اجتماعی اعم از دوستان، خانواده و آشنایان توجه شده است؛ دوماً رابطه حمایت اجتماعی با سلامت جسمی و روانی سالمندان بیشتر بررسی شده و از این رو به بعد اجتماعی سلامت آن‌چنان که باید توجه نشده و سوماً در بیشتر تحقیقات به نقش میانجی‌گر یا تعدیل‌گر حمایت اجتماعی خانواده در رابطه بین پایگاه اقتصادی سالمندان با سلامت آنها توجه نشده است؛ از این رو مطالعه حاضر در صدد است ضمن پرداختن به رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی سالمندان با بعد اجتماعی سلامت به نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده هم پردازد و خلاءهای مطالعاتی این حوزه به‌خصوص در رشته جامعه‌شناسی را کاهش دهد و راهکارهایی برای سیاست‌گذاری درخصوص سلامت اجتماعی سالمندان و بهبود حمایت اجتماعی خانواده باتوجه به شرایط امروز جامعه ارائه کند.

درمانی از عواملی هستند که بیشترین نقش را در ایجاد نابرابری داشته‌اند. آنها بر این باور بودند که شناسایی این عوامل می‌تواند در تدوین سیاست‌های اجتماعی و بهداشتی با هدف کاهش نابرابری‌های سلامت نقش مؤثری داشته باشند. همچنین زهانگ و همکارانش<sup>۱</sup> (2022) در پژوهشی مشابه به این نتیجه رسیدند که وقتی شکاف درآمدی بین سالمندان به حد معینی رسید، تفاوت معناداری در وضعیت سلامت روان به وجود آمد. تفاوت معناداری در سطوح مختلف تحصیلی و سلامت وجود داشت. هرچند شواهدی کافی وجود نداشت که نشان دهد شغل اثر درخور توجهی بر سلامت جسمانی دارد، این مسئله درباره سلامت روان متفاوت بود. همچنین تأثیر فعالیت‌های اجتماعی سازمان‌یافته بر شکاف سلامت ناشی از درآمد یا تحصیلات معنادار بود.

چانگ‌ساونستاید<sup>۲</sup> (2022) در مطالعه خود نشان داد که ۱۷ درصد از پاسخ‌گویان هیچ پس‌اندازی نداشتند و تقریباً از هر ده نفر، ۴ نفر درآمد کافی ندارند. همچنین مدل‌سازی چندمتغیره نشان می‌دهد که زنان بیوه، جداشده و کارگران بخش خصوصی از سلامت کمتری برخوردار هستند. به‌علاوه، بین وضعیت تحصیلات با سلامت و وضعیت درآمد با سلامت رابطه معناداری وجود دارد. آبراهام و همکارانش<sup>۳</sup> (2021) نیز در مطالعه‌ای با عنوان «جنبه‌های سلامت اجتماعی سالمندان: مطالعه‌ای با اشاره ویژه به منطقه کوتایام» به این نتیجه رسیدند که سالمندان خواهان حمایت بیشتر خانواده در سلامت اجتماعی و مشکلات اجتماعی هستند. آنها در روابط بین فردی ناراضی هستند و در حفظ روابط اجتماعی ناکام هستند. این مطالعه به این نتیجه رسید که بین جنبه‌های سلامت و حمایت اجتماعی رابطه قوی وجود دارد. وو و شنگ<sup>۴</sup> (2019) نیز پژوهشی درخصوص رابطه شبکه حمایت اجتماعی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت انجام دادند که نتایج مطالعه آنها حاکی از این بود که تأثیر شبکه همسایه بر پیروی

<sup>1</sup> Zhang et al.

<sup>2</sup> Chongthawonsatid

<sup>3</sup> Abraham et al.

<sup>4</sup> Wu & Sheng



### چارچوب نظری پژوهش

چارچوب نظری پژوهش حاضر ترکیبی از نظریه‌های علل زیربنایی لینک و فلان، نظریه سلامت اجتماعی کیز و حمایت اجتماعی برکمن و سیم است. برای بررسی پایگاه اقتصادی اجتماعی از نظریه علل زیربنایی لینک و فلان (2010) استفاده شده است. بر مبنای این نظریه، نابرابری‌های پایگاهی تعیین‌کننده‌ترین عامل در نابرابری‌های سطوح سلامت هستند و این تأثیرگذاری از طرق متعددی از جمله سبک زندگی، دسترسی به خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، شرایط محیطی و شرایط کاری، دسترسی به منابع حمایتی و منابع آگاهی‌بخش صورت می‌گیرد. سازوکاری که پایگاه اقتصادی اجتماعی از طریق آن بر ابعاد سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، از نظر لینک و فلان از طریق منابعی است که در اختیار بخشی از افراد جامعه قرار می‌دهد و آنها را صاحب مزیت‌های بهتری در مقایسه با بقیه افراد جامعه می‌کند و با توجه به اینکه به واسطه محدودیت منابع، عرصه جامعه عرصه رقابت برای کسب بیشترین سهم از منابع موجود است، بنابراین، افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا به واسطه تحصیلات و آگاهی بیشتر و دسترسی به درآمد بهتر، شغل بهتر و پرستیژ و موقعیت اجتماعی بهتر و همچنین به دلیل دسترسی بیشتر به منابع و اهرم‌های حمایتی از جمله برخورداری از حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی بیشتر در مقایسه با دیگران، در عرصه رقابت مذکور بهتر از بقیه افراد عمل می‌کنند؛ این افراد به منابع و اهرم‌های حمایتی بیشتر مانند حمایت‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی مجهز هستند که می‌تواند به آنها هم از نظر عاطفی در دریافت محبت و مهربانی و هم در دریافت مراقبت و هم از نظر دریافت مشاوره و توصیه پزشکی کمک کند که نتیجه همه این موارد برخورداری از سلامت بیشتر و امکان ارتباط و مشارکت بیشتر در جامعه است (Link & Phelan, 2010: 5). در رابطه با متغیر میانجی (حمایت اجتماعی خانواده) نیز از نظریه حمایت اجتماعی برکمن و سیم استفاده شده است. این دو به عنوان نظریه‌پردازان ایده تأثیر حمایت

اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هرچه ارتباط فرد با اطرافیان بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و در نتیجه فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. این اندیشمندان بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تماس‌های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های بحث‌شده و میزان دینداری فرد تأکید دارند. اندازه‌گیری همین متغیرها با عنوان شاخص اندازه‌گیری شبکه برکمن و سیم مشهور است و پژوهشگران زیادی در پژوهش‌های خود از آن استفاده کرده‌اند. آنها استدلال می‌کنند که هرچه شبکه اجتماعی فرد بهتر باشد، او کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. همچنین نوع ادراک فرد از تماس‌ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او به خود و سلامتی‌اش دارد. آنها حمایت اجتماعی را به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی تقسیم کرده‌اند. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک و اعتماد و ارزشی مرتبط است که فرد از دیگری دریافت می‌کند. حمایت ابزاری یا اقتصادی به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی مربوط می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد و حمایت اطلاعاتی با تهیه خبر و اطلاعاتی درباره برطرف کردن نیازهای خاص مرتبط است. همچنین از نظر این محققان در خصوص مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات اهمیت بسیاری دارد؛ زیرا افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از لحاظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در وضعیت بهتری قرار می‌گیرند و دلیل اینکه چرا تحصیلات با سلامت جسمی، اجتماعی و روانی ارتباط تنگاتنگ دارد، در سه مقوله شرایط اقتصادی و کاری، منابع روانی و اجتماعی و سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی است (Berekman et al., 2000: 852). در خصوص متغیر وابسته نیز از نظریه سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است. از نظر کیز سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی کیفیت عملکرد فرد در اجتماع. در واقع از نظر او، کسانی که از سلامت اجتماعی برخوردار

هستند، جامعه را معنادار، قابل فهم و مفید برای رشد و شکوفایی می‌دانند و در نتیجه احساس تعلق به آن می‌کنند؛ در حالی که کسانی که از سلامت اجتماعی بهره‌مند نیستند، عملکرد مناسبی در سطح جامعه ندارند و احساس تعلق بدان نمی‌کنند. مدلی که وی از سلامت اجتماعی ترسیم کرده است، چندوجهی است و شامل ۵ بُعد است که عبارت هستند از یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی (Keyes, 1998). یکپارچگی اجتماعی<sup>۱</sup>، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (Keyes, 1998). پذیرش اجتماعی<sup>۲</sup> تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۲۰۱). مشارکت اجتماعی<sup>۳</sup> یعنی ارزیابی ارزش‌های یک فرد. براساس این بُعد، افراد این ارزیابی را از خود می‌کنند که آیا آنچه انجام می‌دهند برای جامعه سودمند است یا خیر (Keyes, 1998). شکوفایی اجتماعی، ارزیابی پتانسیل و خط سیر اجتماع است. افرادی که از درجه بالای شکوفایی اجتماعی برخوردار هستند، نوعی باور به تکامل اجتماعی دارند. در واقع این باور را دارند که جامعه و نهادهای مرتبط با آن توانایی و ظرفیت از قوه به فعل رسیدن را دارد و در نتیجه هم افراد می‌توانند از این وضعیت سود ببرند و هم خود نهادها. از این نظر که جامعه توانایی توسعه و رشد را دارد (Keyes & Shapiro, 2004). همچنین افرادی که از انسجام اجتماعی برخوردار هستند، در مواجهه با سختی‌ها و مشکلات زندگی چه آنهایی که پیش‌بینی‌پذیر هستند و چه آنهایی که پیش‌بینی‌ناپذیر هستند، انسجام خود را حفظ می‌کنند (Keyes, 1998).

کیز در خصوص رابطه مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی دو تحقیق انجام داد. وی در این تحقیقات به این نتیجه رسید که میان سن، تحصیلات، جنس و پایگاه اقتصادی اجتماعی و درک و تصور افراد از خود و به تبع آن

میزان سلامت اجتماعی رابطه معنادار خود دارد؛ برای مثال با افزایش سن و بالارفتن تحصیلات، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. وی تأکید داشت که در نظام قشربندی، افراد در سطوح متفاوت اقتصادی و اجتماعی قرار دارند و از میزان تحصیلات متفاوتی برخوردار هستند؛ بنابراین، نابرابری از نظر میزان تحصیلات، افراد را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که از امتیازات متفاوتی هم بهره‌مند هستند و همین تفاوت‌ها بر میزان سلامتی افراد نیز تأثیر می‌گذارد. همچنین بهره‌مندی از تحصیلات بالا، زمینه اشتغال‌یابی را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد و سبب می‌شود افراد از مشاغلی با منزلت اجتماعی بالاتر برخوردار شوند و همین امر نیز نوعی احساس خوب و مفیدبودن را برای فرد به ارمغان می‌آورد و در نهایت همین امر موجبات شادابی و رضایت فرد از خود را به همراه می‌آورد که سبب می‌شود فرد به لحاظ سلامتی در وضعیت بهتری قرار گیرد (Keyes, 1998) به نقل از موسوی‌زاده، ۱۳۹۷: ۲۰).

در جمع‌بندی از نظریه‌های ارائه‌شده باید گفت سلامت اجتماعی بیش از آنکه به خدمات پزشکی منوط باشد، به عوامل اقتصادی و اجتماعی وابسته است. درآمد، دارایی، تحصیلات و منزلت شغلی از جمله عوامل اقتصادی اجتماعی هستند که می‌توانند فرد را واجد سلامت اجتماعی کنند؛ به این معنا که فرد فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند. در این میان حمایت اجتماعی خانواده می‌تواند به‌عنوان یک میانجی عمل کند و سلامت اجتماعی افراد را ارتقا بخشد. هرچه خانواده ارتباط و پیوندش با فرد سالمند بیشتر باشد، بیشتر می‌توانند در او احساس ارزشمندی و تعلق ایجاد کنند و با تشویق سالمندان به فعالیت و تعامل احساس تنهایی و انزوا را در آنها کاهش دهد.

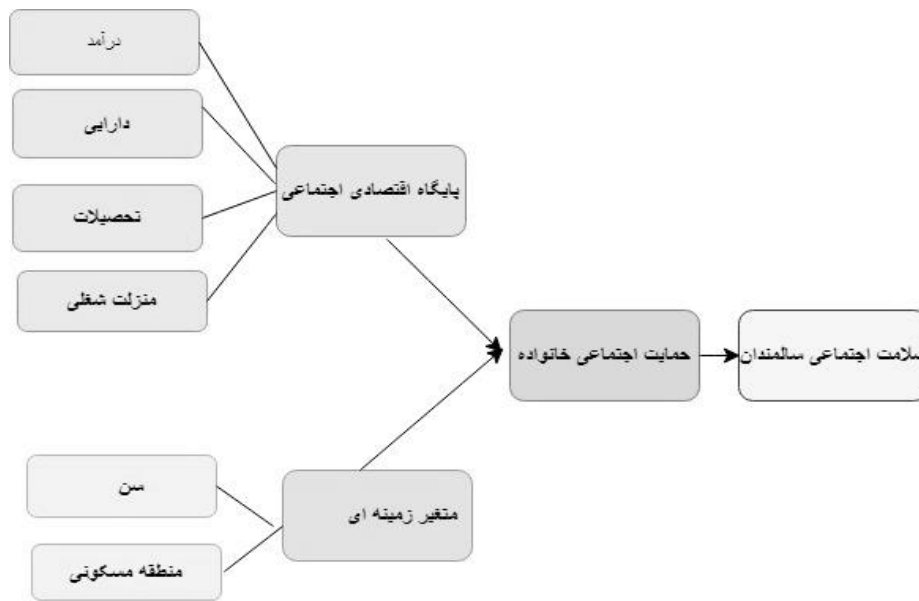
باتوجه به این نظریه‌ها، مدل نظری تحقیق و فرضیه‌ها

به‌صورت زیر ترسیم شده است:

<sup>1</sup> Social integration

<sup>2</sup> Social acceptan

<sup>3</sup> Social contribution



### روش تحقیق

این مطالعه از نوع پیمایش و ابزار جمع‌آوری اطلاعات آن پرسش‌نامه است. برای بررسی سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه استاندارد کیز که حاوی ۳۳ گویه و برای سنجش حمایت اجتماعی خانواده از پرسش‌نامه محقق‌ساخته که حاوی ۱۸ گویه است و برای بررسی پایگاه اقتصادی اجتماعی از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شده است.

جامعه آماری این مطالعه را کلیه سالمندان ۶۵ سال به بالای مناطق ۱، ۶، ۵، ۸، ۱۰، ۷، ۱۴، ۱۷ و ۱۹ شهر تهران تشکیل می‌دهند که براساس سالنامه آماری ۱۴۰۰ شهر تهران ۳۵۶ هزار و ۶۰ نفر هستند (سالنامه آماری شهر تهران، ۱۴۰۰: ۵۰). تعداد نمونه مطالعه‌شده براساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تخمین زده شد که به دلیل در نظر گرفتن پرسش‌نامه‌های ناقص یا پرت، به ۴۰۰ نفر تغییر یافت. پس از مشخص شدن حجم نمونه، تعداد پرسش‌نامه‌هایی مشخص شد که می‌بایست متناسب با حجم مناطق پر می‌شد. برای این کار نسبت تعداد سالمندان هر منطقه به تعداد کل سالمندان مناطق انتخاب‌شده گرفته شد. در ابتدا از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای مناطق شهر تهران به سه دسته توسعه‌یافته، متوسط و کم‌برخودار تقسیم شد. مبنای انجام این کار مقاله «رتبه‌بندی محلات شهر تهران

بین زنان و مردان سالمند در میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

بین سالمندان متأهل و مجرد در میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

بین زنان و مردان سالمند در میزان حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد.

بین سالمندان متأهل و مجرد در میزان حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد.

بین درآمد با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

بین دارایی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

بین تحصیلات با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

بین منزلت شغلی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

بین سن با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

بین منطقه مسکونی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

محلّه را به منظور تکمیل کردن پرسش‌نامه انتخاب کرد و در نهایت از طریق نمونه‌گیری در دسترس پرسش‌نامه مدنظر از افراد ۶۵ سال به بالا کامل شد.

در این مطالعه منظور از پایگاه اقتصادی اجتماعی، موقعیت و اعتبار فرد در جامعه و در سلسله‌مراتب اجتماعی باتوجه‌به درآمد، دارایی، تحصیلات و منزلت شغلی وی است. برای سنجش پایگاه اقتصادی از میزان درآمد و دارایی و برای سنجش پایگاه اجتماعی از میزان تحصیلات و منزلت شغلی افراد استفاده شده است. برای سنجش درآمد، درآمد ماهیانه در یک سطح سنجش ترتیبی پرسیده شد و از افراد خواسته شد گروه درآمدی خود را مشخص کنند. همچنین سؤال مربوط به تحصیلات نیز در یک سطح سنجش ترتیبی طراحی شد. منظور از دارایی منابعی هستند که ارزش فعلی یا آتی آن، متعلق به مالک آن است و این دارایی‌ها سود بیشتری را برای وی ایجاد می‌کنند؛ مانند وجه نقد، گواهی سپرده، حساب‌های چک و پس‌انداز، ملک یا زمین، وسایل نقلیه و... در این مطالعه از پاسخ‌گویان پرسیده شد که آیا موارد اشاره‌شده را دارند یا خیر. در صورت بلی کد ۱ و در صورت خیر کد ۲ به آنها داده شد. در ادامه در صورت بلی از آنها خواسته شد تا ارزش دارایی خود را به صورت حدودی عنوان کنند. همچنین برای سنجش منزلت شغلی افراد نیز از مقاله شهلا کاظمی‌پور با عنوان «الگوی تعیین پایگاه اجتماعی اقتصادی افراد و سنجش تحرک اجتماعی با تکیه بر مطالعه موردی در شهر تهران» استفاده شد. در پژوهش کاظمی‌پور ۸۸ عنوان شغلی از مهم‌ترین مشاغل رایج در جامعه همراه با یک طیف پنج قسمتی در اختیار تعدادی پاسخ‌گو (۹۰۰ نفر) قرار گرفته شد تا پاسخ‌گویان نظر کلی جامعه را درباره این مشاغل براساس طیف ۵ قسمتی مشخص کنند. سپس از مجموع ارزش‌های تعیین‌شده برای هر شغل میانگین رتبه‌ای گرفته شده است. در این مطالعه مشاغل در ۸ گروه جزئی و ۵ گروه کلی طبقه‌بندی شده‌اند که گروه ۵ یعنی منزلت شغلی بالای بالا، گروه ۴ منزلت شغلی بالا، گروه ۳ منزلت شغلی متوسط، گروه ۲ منزلت شغلی پایین و گروه ۱ یعنی منزلت شغلی پایین است.

از نظر سطح برخورداری و کیفیت زندگی» بود که محققان در سال ۱۴۰۰ با استفاده از ۵۳ شاخص سنجش کیفیت زندگی و برخورداری در قالب تکنیک تاپسیس فازی، مناطق و محلات شهر تهران را به توسعه‌یافته، متوسط و کم‌برخوردار و نیازمند مداخله تقسیم کرده‌اند (احمدی و جهانگرد، ۱۳۹۹: ۱۲۷). در این مطالعه مناطق ۲، ۱، ۶، ۲۲ و ۳ جزو مناطق توسعه‌یافته، مناطق ۲۱، ۴، ۵، ۸، ۱۳ و ۲۰ جزو مناطق متوسط، مناطق ۷، ۱۶، ۱۹، ۱۴، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۹ کم‌برخوردار و مناطق ۱۷، ۱۰ و ۱۸ کم‌برخوردار و نیازمند مداخله اقتصادی دسته‌بندی شده‌اند. سپس از میان طبقات برخوردار، منطقه ۱ و ۶، از میان طبقات متوسط مناطق ۵ و ۸ و از میان طبقات کم‌برخوردار و نیازمند مداخله مناطق ۱۰، ۷، ۱۴، ۱۷ و ۱۹ به صورت تصادفی انتخاب شدند. تعداد پرسش‌نامه‌هایی که می‌بایست در هر دسته از مناطق (توسعه‌یافته، متوسط و کم‌برخوردار) پر شود حدود ۱۳۳ عدد بود. پس از انتخاب تصادفی اولین منطقه تعداد پرسش‌نامه‌هایی مشخص شد که می‌بایست متناسب با حجم آن منطقه شود. از آنجایی که تعداد مدنظر مکفی نبود، مجدد از میان مناطق دیگر آن دسته، منطقه دیگر به صورت تصادفی انتخاب شد. این امر در خصوص مناطق متوسط و کم‌برخوردار نیز اجرا شد و علت اینکه تعداد مناطق کم‌برخوردار انتخاب‌شده از مناطق توسعه‌یافته و متوسط بیشتر است، نیز همین امر است؛ یعنی تعداد سالمندان این مناطق از مناطق دیگر تهران کمتر است. در مرحله بعد (پس از انتخاب منطقه) محلات مناطق نام‌برده از نظر میزان برخورداری بررسی شدند؛ زیرا فرض بر این بود که تمام محلات یک منطقه از نظر اقتصادی یکدست نیستند. این کار با جست‌وجوی اینترنتی، پرس‌وجو از ساکنین و دفاتر مشاورین املاک در رابطه با وضعیت محلات، قیمت ساختمان‌ها و سطح درآمد ساکنین از نظر برخورداری و نابرخورداری مشخص شد. محقق در مناطق توسعه‌یافته به سراغ برخوردارترین محلات، در مناطق متوسط به سراغ متوسط‌ترین محلات و در مناطق کم‌برخوردار به سراغ کم‌برخوردارترین محلات رفت و در هر منطقه ۱ تا ۲

اطلاعات ضروری (توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادات یا بازخوردها) از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران گفته می‌شود (Sarafino, 1998).

برای عملیاتی‌سازی ساختن مفهوم حمایت اجتماعی خانواده از گویه‌های محقق ساخته استفاده شده است که شامل ۱۸ گویه است. برای این منظور سعی شد تا از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی خانواده مشخص شود. در بررسی مقدماتی داده‌ها، مقدار KMO، برابر با ۰.۹۷۴ به دست آمد که نشان داد داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند. همچنین در آزمون بارتلت عدد معناداری ۰/۰۰۰ نتیجه شد که چون از ۵ درصد کمتر بود، بنابراین مربع کای معنادار شد. باتوجه به مقدار کای دو و مقدار معناداری مشخص شد که همبستگی درخور ملاحظه‌ای بین متغیرها وجود دارد که از روایی تحلیل عاملی نمونه حاضر حمایت می‌کند و بنابراین، شرایط برای اجرای تحلیل عاملی و مدل ساختاری تأیید شد. جدول (۱) شامل سه ستون است. ستون اول مقادیر ویژه را نشان می‌دهد و تعیین‌کننده عامل‌هایی است که در تحلیل باقی می‌مانند. در واقع عامل‌هایی که مقادیر ویژه کمتر از یک دارند، از تحلیل حذف می‌شوند و عوامل باقی می‌مانند که باعث تبیین بیشتر واریانس می‌شوند. ستون دوم جدول درصد واریانس که نشان‌دهنده مقدار واریانس تبیین‌پذیر توسط عامل تعیین‌شده را نشان می‌دهد و ستون سوم درصد تجمعی واریانس شامل درصد تجمعی واریانس تبیین‌پذیر توسط عامل‌های تعیین‌شده است.

سلامت اجتماعی نیز از نظر کیز عبارت است از ارزیابی کیفیت عملکرد فرد در جامعه که شاخص‌های عمده آن عبارت‌اند از: مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی. برای تعریف عملیاتی سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه ۳۳ گویه‌ای کیز استفاده شده است در این گویه‌ها از گویه ۱-۶ بعد مشارکت اجتماعی، از گویه ۷-۱۳ بعد یکپارچگی اجتماعی، از گویه ۱۴-۲۰ بعد پذیرش اجتماعی، از گویه ۲۱-۲۷ بعد شکوفایی اجتماعی و از گویه ۲۸-۳۳ بعد انسجام اجتماعی سنجیده می‌شود. به اصلا کد ۱، کم کد ۲، تا حدودی کد ۳، زیاد کد ۴ و خیلی زیاد کد ۵ داده شده است. همچنین گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۳ معکوس شدند.

منظور از حمایت اجتماعی از نظر لیندزی حمایتی است که برای فرد ارتباط امنی به همراه می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های مهم آن است و نیازهای افراد از طریق منابعی تأمین می‌شود که از این ارتباط حاصل می‌شود و این منابع می‌توانند به شکل عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی باشند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۰). حمایت عاطفی به معنی داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی به هنگام نیاز است (Drentea et al., 2006). حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت‌شده توسط فرد از سوی دیگران اطلاق می‌شود. مانند قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جابه‌جایی و حرکت کردن، حمام رفتن و رانندگی کردن (Drentea et al., 2006). حمایت اطلاعاتی نیز به دریافت

جدول ۱- درصد و مقادیر ویژه هریک از عامل‌های شناسایی شده

Table 1- Percentage and specific values of each of the identified factors

درصد تجمعی واریانس	درصد واریانس	مقدار ویژه	عامل‌ها
۸۸/۲۲۵	۸۸/۲۲۵	۱۵/۸۸۰	۱- تا چه اندازه برای خانواده مهم هستید؟
۹۱/۸۴۵	۳/۶۲۱	۰/۶۵۲	۲- تا چه اندازه حتی زمانی که حالتان بد است، خانواده به شما علاقمند است؟
۹۳/۴۴۴	۱/۵۹۹	۰/۲۸۸	۳- تا چه اندازه خانواده در ایجاد احساس امید در شما تلاش می‌کند؟
		۰/۲۱۹	۴- تا چه اندازه خانواده برای وضعیت شما نگران است؟
		۰/۱۵۷	۵- تا چه اندازه بیماری‌تان در روابط عاطفی شما با اعضای خانواده تغییر ایجاد کرده است؟
		۰/۱۴۵	۶- در مواقعی که ناراحت هستید، خانواده تا چه اندازه تلاش می‌کند تا شما را سرحال بیاورد؟
		۰/۱۳۰	۷- تا چه اندازه خانواده در مواقع تصمیم‌گیری‌های مهم به شما مشورت می‌دهد؟
		۰/۰۹۲	۸- تا چه اندازه خانواده درباره اینکه چگونه با بیماری کنار بیاید، اطلاعاتی به شما می‌دهد؟
		۰/۰۸۶	۹- تا چه اندازه اعضای خانواده، شما را هدایت می‌کنند که با توجه به بیماری‌تان چگونه رفتار کنید؟
		۰/۰۶۵	۱۰- تا چه اندازه اعضای خانواده، درباره چگونگی مواجهه با مشکلات ناشی از بیماری، راه‌حلهایی را به شما پیشنهاد می‌دهد؟
		۰/۰۵۸	۱۱- تا چه اندازه خانواده به شما نشان می‌دهد که نقاط قوتتان کدام است؟
		۰/۰۵۲	۱۲- تا چه اندازه خانواده‌تان برای شما در زمینه روش‌های درمان جایگزین و امکانات توانبخشی اطلاعات کسب می‌کند؟
		۰/۰۴۴	۱۳- تا چه اندازه خانواده شما تلاش می‌کند تا ارتباط شما با دیگران قطع نشود؟
		۰/۰۳۳	۱۴- تا چه اندازه خانواده در انجام فعالیت‌های مناسب با توجه به بیماری‌تان به شما کمک می‌کند؟
		۰/۰۳۰	۱۵- به هنگام ملاقات‌های پزشکی، تا چه اندازه خانواده‌تان شما را همراهی می‌کنند تا تنها نباشید؟
		۰/۰۲۷	۱۶- تا چه اندازه اعضای خانواده وظایفی را از دوش شما برمی‌دارند که برایتان رنج‌آور است؟
		۰/۰۲۲	۱۷- تا چه اندازه هزینه‌های زندگی را پس از بیماری، خانواده‌تان به‌خوبی تأمین می‌کند؟
		۰/۰۱۹	۱۸- در صورتی که قادر به انجام کارهای روزانه نباشید، اعضای خانواده تا چه اندازه آنها را انجام می‌دهند؟

باتوجه به نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی سؤالات  
 حمایت خانواده را می‌توان در سه عامل خوشه‌بندی کرد. برای  
 تعیین سؤالات در عامل‌ها از ماتریس همبستگی بین متغیرها و  
 عامل‌های استخراج‌شده استفاده شد.

جدول ۲- بارهای عاملی بین سؤالات پرسش‌نامه و عامل‌های استخراج‌شده

Table 2-Factor loadings between questionnaire items and extracted factors

عامل ۳	عامل ۲	عامل ۱	سؤال
۰/۱۲۲	۰/۰۷۰	۰/۷۳۱	۱- تا چه اندازه برای خانواده مهم هستید؟
۰/۲۷۱	۰/۲۷۰	۰/۸۵۷	۲- تا چه اندازه حتی زمانی که حالتان بد است، خانواده به شما علاقمند است؟
۰/۲۹۵	۰/۳۴۵	۰/۸۴۶	۳- تا چه اندازه خانواده در ایجاد احساس امید در شما تلاش می‌کند؟
۰/۲۶۷	۰/۳۴۱	۰/۸۵۶	۴- تا چه اندازه خانواده برای وضعیت شما نگران است؟
۰/۲۵۴	۰/۳۰۸	۰/۸۴۱	۵- تا چه اندازه بیماری‌تان در روابط عاطفی شما با اعضای خانواده تغییر ایجاد کرده است؟
۰/۲۶۷	۰/۳۷۲	۰/۸۳۰	۶- در مواقعی که ناراحت هستید، خانواده تا چه اندازه تلاش می‌کند تا شما را سرحال بیاورد؟
۰/۲۰۲	۰/۸۴۲	۰/۲۷۳	۷- تا چه اندازه خانواده در مواقع تصمیم‌گیری‌های مهم به شما مشورت می‌دهد؟
۰/۱۶۹	۰/۸۳۳	۰/۲۷۳	۸- تا چه اندازه خانواده درباره اینکه چگونه با بیماری کنار بیاید، اطلاعاتی به شما می‌دهد؟
۰/۳۹۲	۰/۷۲۶	۰/۲۲۷	۹- تا چه اندازه اعضای خانواده، شما را هدایت می‌کند که باتوجه به بیماری‌تان چگونه رفتار کنید؟
۰/۳۴۱	۰/۷۶۷	۰/۲۹۸	۱۰- تا چه اندازه اعضای خانواده، درباره چگونگی مواجهه با مشکلات ناشی از بیماری، راه‌حلی را به شما پیشنهاد می‌دهد؟
۰/۳۶۷	۰/۷۲۷	۰/۲۱۲	۱۱- تا چه اندازه خانواده به شما نشان می‌دهد که نقاط قوتتان کدام است؟
۰/۳۹۷	۰/۷۰۶	۰/۳۶۵	۱۲- تا چه اندازه خانواده‌تان برای شما در زمینه روش‌های درمان جایگزین و امکانات توانبخشی اطلاعات کسب می‌کند؟
۰/۷۵۳	۰/۳۴۶	۰/۲۷۵	۱۳- تا چه اندازه خانواده شما تلاش می‌کند تا ارتباط شما با دیگران قطع نشود؟
۰/۷۵۵	۰/۴۲۸	۰/۳۴۸	۱۴- تا چه اندازه خانواده در انجام فعالیت‌های مناسب باتوجه به بیماری‌تان به شما کمک می‌کند؟
۰/۷۶۲	۰/۴۰۶	۰/۳۱۴	۱۵- به هنگام ملاقات‌های پزشکی، تا چه اندازه خانواده شما را همراهی می‌کند تا تنها نباشید؟
۰/۶۱۱	۰/۰۸۶	۰/۰۸۳	۱۶- تا چه اندازه اعضای خانواده وظایفی را از دوش شما برمی‌دارند که برایتان رنج‌آور است؟
۰/۷۴۴	۰/۴۱۱	۰/۲۹۷	۱۷- تا چه اندازه هزینه‌های زندگی را پس از بیماری، خانواده‌تان به خوبی تأمین می‌کند؟
۰/۸۱۸	۰/۲۴۴	۰/۲۵۶	۱۸- در صورتی که قادر به انجام کارهای روزانه نباشید، اعضای خانواده تا چه اندازه آنها را انجام می‌دهند؟

فاصله‌ای پرسیده شد و منطقه مسکونی براساس میزان  
 برخورداری از سوی محقق از ۹ الی ۱ کدگذاری شد؛ در نهایت  
 برای بررسی روایی گویه‌های پرسش‌نامه از اعتبار محتوایی و  
 صوری و برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده  
 شد که همگی بالای ۰.۹ بودند که نشان می‌داد همبستگی  
 قابل‌قبولی بین گویه‌ها برقرار است.

باتوجه به بارهای عاملی به‌دست‌آمده سؤالات ۱ تا ۶ را  
 به‌عنوان عامل اول با نام بعد حمایت عاطفی و سؤالات ۷ تا  
 ۱۲ به‌عنوان عامل دوم با نام حمایت اطلاعاتی و سؤالات ۱۳  
 تا ۱۸ به‌عنوان عامل سوم با نام حمایت ابزاری در مدل‌سازی  
 معادلات ساختاری به کار رفتند.

همچنین در این مطالعه از سن و منطقه مسکونی به‌عنوان  
 متغیرهای زمینه‌ای استفاده شده است. سن در یک مقیاس



## یافته‌های توصیفی پژوهش

جدول ۳- توصیف نمونه آماری

Table 3- Descriptive Statistics of the Sample

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
سن	70>	۲۰۹	جنسیت	زن	۲۰۰
	80-70	۱۶۲		مرد	۵۰
	90-80	۲۶	تحصیلات	بی سواد	۱۶۳
	>90	۳		ابتدایی	۱۷
درآمد	کمتر از یک میلیون تومان	۸		سیکل	۱۱۸
	بین یک تا ۵ میلیون تومان	۵۳		دیپلم	۱۷
	بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان	۵۵		فوق دیپلم	۱۴
	بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان	۴۶		لیسانس	۱۵۸
	بین ۱۵ تا ۲۰ میلیون تومان	۵۵		فوق لیسانس	۶۳
	بین ۲۰ تا ۲۵ میلیون تومان	۴۹		دکتری	۸
	بین ۲۵ تا ۳۰ میلیون تومان	۲۵	منزلت شغلی	۵	۳۳
	بیشتر از ۳۰ میلیون تومان	۱۰۸		۴	۳۲
	پاسخ‌نداده	۱		۳	۱۳۲
وضعیت	هرگز ازدواج نکرده	۱۸		۲	۴۲
تأهل	متأهل	۲۸۸		۱	۱۵۸
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۱۳	مجموع		۴۰۰
	بی‌همسر بر اثر فوت	۸۱			۱۰۰

پاسخ‌گویان، ۷۱ نفر برابر ۱۷.۸ درصد درآمدشان را کافی، ۱۱۰ نفر برابر ۲۷.۵ درصد آن را تا حدی کافی و ۲۱۸ نفر برابر ۵۴.۵ درصد میزان درآمدشان را ناکافی می‌دانستند. درحقیقت گرانی و تورم اقتصادی در جامعه امروز از یک‌سو و مواجهه سالمندان با بسیاری از بیماری‌های جسمی سبب شده است تا میزان درآمد سالمندان پاسخ‌گوی نیازهایشان نباشد و نتوانند رضایت خاطر لازم را داشته باشند. در کنار این سالمندان باید سالمندانی را نیز اضافه کنیم که از داشتن بیمه تأمین اجتماعی و حقوق بازنشستگی محروم‌اند و هنوز ناچارند با وجود کهولت و بیماری کار کنند. چیزی که امروزه از آن با عنوان

طبق جدول فوق، از مجموع ۴۰۰ نفر از پاسخ‌گویان، ۲۰۰ نفر مرد و ۲۰۰ نفر زن بودند. بیشترین تعداد پاسخ‌گویان یعنی ۲۰۹ نفر برابر ۵۲.۳ درصد کمتر از ۷۰ سال و ۳ نفر برابر ۰.۸ درصد بیشتر از ۹۰ سال سن داشتند. از نظر وضعیت تأهل، بیشتر یعنی ۲۸۸ نفر برابر ۷۲ درصد متأهل بودند و تنها ۱۳ نفر یعنی ۳.۳ درصد بی‌همسر در اثر طلاق بودند که علت این امر را می‌توان در قبیح و زشت بودن طلاق در میان خانواده‌ها در گذشته دانست. همچنین ۱۶۲ نفر از پاسخ‌گویان کمتر از ۱۵ میلیون تومان، ۱۲۹ نفر بین ۱۵ تا ۳۰ میلیون تومان و ۱۰۸ نفر بیش از ۳۰ میلیون تومان درآمد داشتند. از ۴۰۰ نفر از

۳۹.۵ درصد منزلت شغلی پایین و کمترین تعداد پاسخ‌گویان یعنی ۳۲ نفر برابر با ۸ درصد منزلت شغلی بالا داشتند. نتایج حاصل از بررسی میانگین سلامت اجتماعی، حمایت خانواده و دارایی پس از استانداردسازی، تعریف و توصیف در مقیاس (۰-۱۰۰) در جدول زیر نمایش داده شده است:

سالمندان کار در جامعه یاد می‌شود، نتیجه چنین وضعیتی است. از نظر سطح تحصیلات بیشتر پاسخ‌گویان یعنی ۶۸ نفر برابر ۱۷ درصد ابتدایی، ۶۸ نفر برابر با ۱۷ درصد دیپلم بودند و تنها ۸ نفر برابر ۲ درصد سطح تحصیلاتشان دکتری بود. در خصوص منزلت شغلی بیشترین تعداد پاسخ‌گویان یعنی ۱۵۸ برابر با

جدول ۴- توصیف میانگین متغیرها در مقیاس (۰-۱۰۰)

Table 4- Descriptive Statistics of Variables' Means on a Scale of (0-100)

متغیر	میانگین	میانه	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۴۱/۲۴	۴۰.۴۵	۲۱/۴۹
حمایت خانواده	۳۵/۰۲	۳۸/۵۲	۱۸/۰۶
دارایی	۲۲.۴۳	۱۲.۹۲	۲۴.۵۸

است که نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از پاسخ‌گویان میانگین دارایی‌شان از متوسط بالاتر است.

باتوجه به میانگین سلامت اجتماعی که برابر است با ۴۱.۲۴ می‌توان نتیجه گرفت که میزان سلامت اجتماعی پاسخ‌گویان در سطح متوسط روبه‌بالا قرار دارد. باتوجه به میانه که برابر با ۴۰.۴۵ است می‌توان گفت ۵۰ درصد نمونه، میانگین متغیر سلامت اجتماعی‌شان بالاتر از ۴۱.۲۴ و ۵۰ درصد نمونه پایین‌تر از آن است. در خصوص حمایت اجتماعی خانواده نیز می‌توان گفت که میانگین حمایت خانواده برابر است با ۳۵.۰۲ که پایین‌تر از حد متوسط است. باتوجه به میانه که برابر با ۳۸.۵۲ است، می‌توان گفت ۵۰ درصد نمونه میانگین حمایت اجتماعی‌شان ۳۵.۰۲ و پایین‌تر و ۵۰ درصد نمونه بالاتر از آن است. میانگین دارایی نیز برابر با ۲۲.۴۳ و میانه برابر با ۱۲.۹۲

#### یافته‌های استنباطی پژوهش

در این بخش ابتدا رابطه متغیرهایی مانند جنسیت و وضعیت تأهل با میزان سلامت اجتماعی سالمندان و حمایت اجتماعی خانواده بررسی و سپس سعی شد از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطه سایر متغیرهای تحقیق با سلامت اجتماعی سالمندان بررسی شود.

جدول ۵- نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و وضعیت تأهل سالمندان با سلامت اجتماعی

Table 5- Results of Mean Comparison Test between Gender and Marital Status of the Elderly Regarding Social Health

متغیر	متغیر اسمی	میانگین	T آماره	مقدار معنی‌داری Sig
سلامت اجتماعی	جنسیت	مرد ۹۰/۹۸ زن ۸۸/۹۷	۰/۶۶۶	۰/۵۰۶
	وضعیت تأهل	مجرد ۷۳/۷۲ متأهل ۹۵/۰۳	-۶/۳۰۸	۰/۰۰۰

سلامت اجتماعی برای مردان سالمند ۹۰.۹۸ و برای زنان

باتوجه به جدول (۵)، می‌توان گفت که میانگین نمره

برای سالمندان متأهل  $95.03$  است. مقدار T به دست آمده  $(-6.308)$  و سطح معناداری  $0.000$  است و بیانگر این است که میانگین سلامت اجتماعی در میان سالمندان متأهل و مجرد تفاوت معناداری دارد و سلامت اجتماعی در بین سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان مجرد است.

سالمند  $88.97$  است. مقدار T به دست آمده  $(0.666)$  و سطح معناداری  $0.506$  است و بیانگر این است که میانگین سلامت اجتماعی در میان سالمندان زن و مرد تفاوت معناداری ندارد. در رابطه با وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی نیز باید گفت میانگین نمره سلامت اجتماعی برای سالمندان مجرد  $73.72$  و

جدول ۶- نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و وضعیت تأهل سالمندان با حمایت اجتماعی خانواده

**Table 6- Results of the mean comparison test between gender and marital status of the elderly with family social support**

متغیر	متغیر اسمی	میانگین	T آماره	مقدار معنی داری Sig
حمایت خانواده	جنسیت	مرد زن	$-3/038$	$0/000$
	وضعیت تأهل	مجرد متأهل	$63/06$ $83/55$	$-5/832$

باید گفت میانگین حمایت اجتماعی خانواده در میان سالمندان مجرد  $63.06$  و در میان سالمندان متأهل  $83.55$  است. مقدار T به دست آمده  $(-5.832)$  و سطح معناداری  $0.000$  است و بیانگر این است که میانگین حمایت اجتماعی خانواده در میان سالمندان متأهل و مجرد تفاوت معناداری دارد و در میان سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان مجرد است.

در خصوص حمایت اجتماعی خانواده باید گفت میانگین حمایت اجتماعی برای مردان سالمند  $78.68$  و برای زنان سالمند  $84.80$  است. مقدار T به دست آمده  $(-3.038)$  و سطح معناداری  $0.000$  است و بیانگر این است که میانگین حمایت اجتماعی خانواده در میان زنان و مردان سالمند تفاوت معناداری دارد و در میان زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است. درباره وضعیت تأهل و حمایت اجتماعی خانواده نیز

جدول ۷- ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت اجتماعی سالمندان

**Table 7- Correlation coefficient between economic-social status components and social health of the elderly.**

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
درآمد	سلامت اجتماعی	$0/778$	$0/000$	۴۰۰
دارایی	سلامت اجتماعی	$0/946$	$0/000$	۴۰۰
تحصیلات	سلامت اجتماعی	$0/678$	$0/000$	۴۰۰
منزلت شغلی	سلامت اجتماعی	$0.906$	$0.000$	۴۰۰

وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با  $0/778$  است و به صورت مستقیم و قوی است؛ بدین معنی که با بالا رفتن میزان درآمد، میزان سلامت اجتماعی سالمندان نیز افزایش می‌یابد. همچنین بین دارایی با سلامت جسمی سالمندان در سطح

در جدول (۷) ارتباط مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی سالمندان بررسی شد. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول همبستگی می‌توان گفت که بین درآمد با سلامت اجتماعی سالمندان در سطح معناداری  $0/000$  رابطه

مستقیم و متوسط است؛ یعنی با بالا رفتن سطح تحصیلات، میزان سلامت اجتماعی سالمندان نیز افزایش می‌یابد. در رابطه با منزلت شغلی با سلامت اجتماعی سالمندان نتایج نشان داد در سطح معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با ۰/۹۰۶ به صورت مستقیم و قوی است؛ یعنی هرچه منزلت شغلی افراد بهتر و در مراتب بالاتری باشد، فرد از سلامت اجتماعی بهتری برخوردار خواهد بود.

معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با ۰/۹۴۶ و به صورت مستقیم و قوی است؛ بدین معنی که با افزایش دارایی، میزان سلامت اجتماعی سالمندان نیز افزایش می‌یابد. در رابطه با تحصیلات باید گفت طبق نتایج به دست آمده، بین تحصیلات با سلامت اجتماعی در سطح معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با ۰/۶۷۸ و به صورت

جدول ۸- ضریب همبستگی بین حمایت خانواده با سلامت اجتماعی سالمندان

Table 8- Correlation coefficient between family social support and social health of the elderly

تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر میانجی	متغیر مستقل
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	سلامت اجتماعی	حمایت خانواده

مستقیم و در حد قوی است؛ یعنی هرچه حمایت خانواده از فرد سالمند بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی سالمند افزایش پیدا خواهد کرد.

باتوجه به نتایج جدول فوق باید گفت بین حمایت خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان در سطح معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با ۰/۸۱۳ و به صورت

جدول ۹- ضریب همبستگی بین سن و سلامت اجتماعی سالمندان

Table 9- Correlation coefficient between age and social health of the elderly.

تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۴۰۰	۰/۷۵۱	۰/۰۱۶	سلامت اجتماعی	سن

وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان با بالاتر رفتن یا پایین تر رفتن سن تغییر نمی‌کند.

نتایج فوق نشان می‌دهد، میان سن و سلامت اجتماعی سالمندان در سطح معناداری ۰/۷۵۱ رابطه وجود ندارد؛ یعنی

جدول ۱۰- ضریب همبستگی بین منطقه مسکونی و سلامت اجتماعی سالمندان

Table 10- Correlation coefficient between residential area and social health of the elderly

تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیر وابسته	متغیر مستقل
۴۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۸۰	سلامت اجتماعی	منطقه مسکونی

بهتری برخوردار می‌شود. برای مدل‌سازی از نرم‌افزار ایموس استفاده شده است. برای این کار ابتدا آزمون نرمال بودن داده‌ها انجام شد. چون حجم داده‌های پژوهش ۴۰۰ عدد است، با بررسی چولگی و کشیدگی متغیرهای مدل، نرمالیتت متغیرها نشان داده شده است:

نتایج فوق نشان می‌دهد که میان منطقه مسکونی با سلامت اجتماعی سالمندان در سطح معناداری ۰/۰۰۰ رابطه وجود دارد. مقدار این رابطه برابر با ۰/۵۸۰ و به صورت مستقیم و در حد متوسط است؛ یعنی هرچه فرد سالمند در مناطق مسکونی بهتر و برخوردارتر زندگی کند، از میزان سلامت اجتماعی

جدول ۱۱- چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

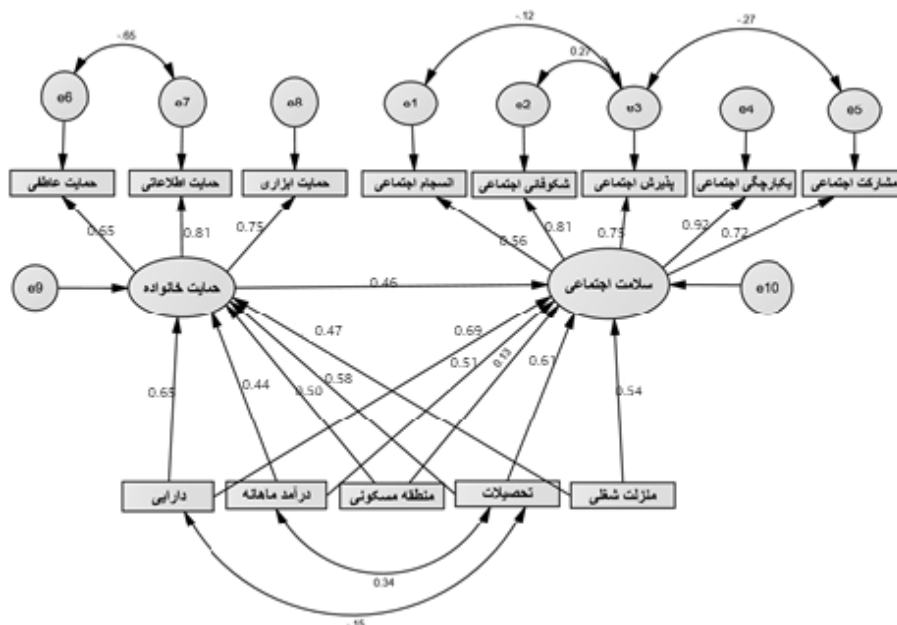
Table 11- Skewness and kurtosis of the research variables

متغیر	چولگی	انحراف استاندارد	کشیدگی	انحراف استاندارد
درآمد	۰/۱۱۲	۰/۱۲۴	۰/۳۷۵	۰/۲۴۳
دارایی	۰/۱۰۵	۰/۱۲۴	۰/۲۶۷	۰/۲۴۳
حمایت خانواده	۰/۱۱۰	۰/۱۲۴	۰/۲۳۱	۰/۲۴۳
سلامت اجتماعی	۰/۰۶۶	۰/۱۲۴	۰/۱۷۲	۰/۲۴۳

برازش مدل در نرم‌افزار اموس

همان‌طور که اشاره شد، ۲۷ مشاهده پرت شناسایی شد و ادامه کار با ۳۷۳ مشاهده انجام شد. آزمون نرمالیته‌بودن متغیرها نیز نشان داد که داده‌ها از نظر نرمال بودن تک‌متغیری و چندمتغیری اشکالی ندارند. باتوجه‌به این نتایج داده‌ها وارد برازش مدل معادلات ساختاری قرار گرفتند. در برازش مدل، متغیر سن به دلیل اینکه با سلامت اجتماعی رابطه معناداری نداشت از مدل حذف شد و مدل به شرح زیر نمایش داده می‌شود:

از مقادیر چولگی و کشیدگی و انحراف استاندارد هر دو معیار نرمال یک‌متغیره برای درآمد، دارایی، حمایت خانواده و سلامت اجتماعی نتیجه می‌شود. نرمال چندمتغیره نیز باتوجه‌به مقدار بحرانی برآورد نرمال‌شده مardia، مقدار ۱/۲۰۹ حاصل شد و نشان می‌دهد مشاهدات پژوهش از نرمال چندمتغیره پیروی می‌کنند. در بررسی داده‌ها و نرمالیته با استفاده از معیار ماهالانویس در نرم‌افزار اموس تعداد ۲۷ مشاهده پرت شناسایی و از کل مشاهدات حذف شد. ادامه تحلیل با ۳۷۳ مشاهده بعد از حذف نقاط پرت است.



نمودار ۱- ضرایب رگرسیونی مدل نهایی و مطلوب اثر پایگاه اقتصادی و اجتماعی بر سلامت اجتماعی باتوجه‌به حمایت خانواده

Chart 1- Regression coefficients of the final and optimal model of the effect of socioeconomic status on social health considering family social support

جدول ۱۲- نتایج برآورد جزئی مدل تجربی

Table 12- Results of the partial estimation of the empirical model

مقدار معنی داری	مقدار بحرانی (CR)	S.E.	ضرایب رگرسیونی	مدل اندازه گیری
<۰/۰۰۱	۱۰/۸۹۰	۰/۰۶۷	۰/۵۰۹	منطقه مسکونی ← حمایت خانواده
<۰/۰۰۵	۲/۳۶۰	۰/۰۳۳	۰/۵۳۷	منطقه مسکونی ← سلامت اجتماعی
<۰/۰۰۱	۳/۳۲۴	۰/۰۴۱	۰/۶۵۱	دارایی ← حمایت خانواده
<۰/۰۰۱	۵/۵۲۵	۰/۰۶۸	۰/۶۹۰	دارایی ← سلامت اجتماعی
<۰/۰۰۱	۳/۶۳۰	۰/۰۶۲	۰/۴۴۴	درآمد ← حمایت خانواده
<۰/۰۰۱	۷/۶۲۴	۰/۰۸۷	۰/۵۱۸	درآمد ← سلامت اجتماعی
<۰/۰۵۰	۰۲/۸۰۹	۰/۰۲۲	۰/۵۸۵	تحصیلات ← حمایت خانواده
<۰/۰۰۱	۳/۲۰۶	۰/۰۵۲	۰/۶۱۱	تحصیلات ← سلامت اجتماعی
<۰/۰۵۰	۲/۲۰۳	۰/۰۱۴	۰/۴۷۳	منزلت شغلی ← حمایت خانواده
<۰/۰۰۱	۵/۱۳۸	۰/۰۱۲	۰/۵۴۲	منزلت شغلی ← سلامت اجتماعی
<۰/۰۰۱	۵/۲۰۶	۰/۰۲۹	۰/۴۶۹	حمایت خانواده ← سلامت اجتماعی

مقدار a: ضریب مسیر میان متغیر مستقل و متغیر میانجی (حمایت خانواده) است.

مقدار b: ضریب مسیر میان متغیر وابسته (سلامت جسمی) و متغیر میانجی (حمایت خانواده) است.

مقدار S<sub>a</sub>: خطای استاندارد مسیر میان متغیر مستقل و میانجی است.

مقدار S<sub>b</sub>: خطای استاندارد مسیر میان متغیر وابسته و میانجی است.

ابتدا متغیر مستقل دارایی بررسی می شود. مقدار Z - value عبارت است از:

$$Z - value = \frac{0.651 \times 0.469}{\sqrt{(0.469^2 \times 0.041^2) + (0.651^2 \times 0.029^2) + (0.041^2 \times 0.029^2)}} = 11.330$$

ضریب مسیر محاسبه شده ۰/۴۴ و ضریب بحرانی ۱۱/۳۳۰ است، با اطمینان ۹۹/۹٪ می توان نتیجه گرفت که میان دارایی و سلامت اجتماعی، متغیر حمایت خانواده میانجیگری مثبت و معناداری دارد.

اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) دارایی بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۹۸ است که نشان دهنده اثر بسیار قوی دارایی با سلامت اجتماعی است.

در بررسی میانجیگری حمایت خانواده بین متغیر مستقل

یافته های برازش مدل معادلات ساختاری نشان می دهد که حمایت خانواده با سلامت اجتماعی (t=۵/۲۰۶، منطقه مسکونی با حمایت خانواده = ۰/۵۰۹ = بار عاملی، t=۱۰/۸۹۰) و سلامت اجتماعی (t=۲/۳۶۰، دارایی با حمایت خانواده = ۰/۶۵۱ = بار عاملی، t=۳/۳۲۴) و سلامت اجتماعی (t=۳/۳۲۴، دارایی با حمایت خانواده = ۰/۶۹۰ = بار عاملی، t=۳/۶۳۰) و درآمد با حمایت خانواده (t=۳/۶۳۰، درآمد با حمایت خانواده = ۰/۴۴۴ = بار عاملی، t=۷/۶۲۴) و سلامت اجتماعی (t=۷/۶۲۴، تحصیلات با حمایت خانواده = ۰/۵۱۸ = بار عاملی، t=۲/۸۰۹) و سلامت اجتماعی (t=۲/۸۰۹، تحصیلات با حمایت خانواده = ۰/۵۸۵ = بار عاملی، t=۳/۲۰۶) و منزلت شغلی با حمایت خانواده (t=۳/۲۰۶، منزلت شغلی با حمایت خانواده = ۰/۴۷۳ = بار عاملی، t=۲/۲۰۳) و سلامت اجتماعی (t=۵/۱۳۸، منزلت شغلی با حمایت خانواده = ۰/۵۴۲ = بار عاملی، t=۵/۱۳۸) در سطح ۵٪ اثر معنادار دارند.

برای بررسی اثر میانجیگری حمایت خانواده در رابطه متغیرهای پایگاه اقتصادی و اجتماعی با سلامت اجتماعی از آزمون سوبل استفاده می شود. اثر متغیر میانجی حمایت خانواده با استفاده از آزمون سوبل بررسی شده است. در فرمول سوبل مقدار Z-value به صورت زیر محاسبه می شود.

$$Z - value = \frac{a \times b}{\sqrt{(b^2 \times s_a^2) + (a^2 \times s_b^2) + (s_a^2 \times s_b^2)}}$$

درآمد و متغیر وابسته سلامت اجتماعی داریم:

$$Z - value = \frac{0.444 \times 0.469}{\sqrt{(0.469^2 \times 0.062^2) + (0.444^2 \times 0.029^2) + (0.062^2 \times 0.029^2)}} = 6.548$$

ضریب مسیر محاسبه شده ۰/۲۲ و ضریب بحرانی ۶/۵۴۸ است، با اطمینان ۹۵٪ متغیر حمایت خانواده میان درآمد و سلامت اجتماعی میانجیگری معناداری دارد.

اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) درآمد بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۷۱ است که اگرچه نشان‌دهنده اثر نسبتاً قوی درآمد بر سلامت اجتماعی است، میزان آن از اثر دارایی بر سلامت اجتماعی کمتر است.

در بررسی میانجیگری حمایت خانواده بین متغیر مستقل تحصیلات از متغیرهای پایگاه اجتماعی و متغیر وابسته سلامت اجتماعی وجود دارد:

$$Z - value = \frac{0.585 \times 0.469}{\sqrt{(0.469^2 \times 0.022^2) + (0.585^2 \times 0.029^2) + (0.022^2 \times 0.029^2)}} = 13.810$$

ضریب مسیر محاسبه شده ۰/۳۵ و ضریب بحرانی ۱۳/۸۱۰ است، در سطح اطمینان ۹۹/۹٪ متغیر حمایت خانواده میان تحصیلات و سلامت اجتماعی میانجیگری معناداری دارد.

اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) تحصیلات بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۸۷ است که نشان‌دهنده اثر قوی

تحصیلات بر سلامت اجتماعی است.

$$Z - value = \frac{0.473 \times 0.469}{\sqrt{(0.469^2 \times 0.014^2) + (-0.473^2 \times 0.029^2) + (0.014^2 \times 0.029^2)}} = 14.580$$

ضریب مسیر محاسبه شده ۰/۲۵ و ضریب بحرانی ۱۴/۵۸۰ است، در سطح اطمینان ۹۹/۹٪ متغیر حمایت خانواده میان منزلت شغلی و سلامت اجتماعی میانجیگری معناداری دارد.

اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) منزلت شغلی بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۷۵ است که نشان‌دهنده اثر نسبتاً قوی منزلت شغلی بر سلامت اجتماعی است.

در بررسی میانجیگری حمایت خانواده بین متغیر مستقل منطقه مسکونی و متغیر وابسته سلامت اجتماعی وجود دارد:

$$Z - value = \frac{0.509 \times 0.469}{\sqrt{(0.469^2 \times 0.067^2) + (-0.509^2 \times 0.029^2) + (0.067^2 \times 0.029^2)}} = 6.876$$

ضریب مسیر محاسبه شده ۰/۲۶ و ضریب بحرانی ۶/۸۷۶ است، در سطح اطمینان ۹۹/۹٪ متغیر حمایت خانواده میان منطقه مسکونی و سلامت اجتماعی میانجیگری معناداری دارد.

اثر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) منطقه مسکونی بر سلامت اجتماعی برابر با ۰.۷۶ است که نشان‌دهنده اثر نسبتاً قوی منطقه مسکونی بر سلامت اجتماعی است.

جدول ۱۳- برآورد اثرات (مستقیم و غیرمستقیم) متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی سالمندان

Table 13- Estimation of the effects (direct and indirect) of independent variables on the social health of the elderly

اثر کلی	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	متغیر
۰/۹۸	۰/۴۴	۰/۶۹۰	دارایی
۰/۷۱	۰/۲۲	۰/۵۱۸	درآمد
۰/۸۷	۰/۳۵	۰/۶۱۱	تحصیلات
۰/۷۵	۰/۲۵	۰/۵۴۲	منزلت شغلی
۰/۷۶	۰/۲۶	۰/۵۰۹	منطقه مسکونی

مفید بودن سالمندان بیشتر است و با نگرش بهتر به جامعه و آینده آن، در امور مربوط به جامعه شرکت می‌کنند. در واقع، دارایی برخلاف درآمد که معمولاً به صورت ماهیانه یا سالانه دریافت می‌شود، نشان‌دهنده امنیت مالی بلندمدت است و این امنیت، استرس و نگرانی‌های مربوط به آینده را کاهش می‌دهد

باتوجه به نتایج جدول (۱۳)، دارایی با ۰/۶۹۰ درصد بیشترین اثر مستقیم، ۰/۴۴ بیشترین اثر غیرمستقیم و ۰/۹۸ درصد بیشترین اثر کلی را بر سلامت اجتماعی سالمندان دارد. این نکته نشان می‌دهد که هرچه وضعیت سالمندان به لحاظ دارایی و درآمد بهتر باشد، احساس رضایت و



بنابراین، باتوجه به این یافته، در سیاست‌گذاری برای افزایش سلامت اجتماعی، کمک به حفظ دارایی سالمندان یا داشتن دارایی می‌تواند پیشران مؤثری به حساب آید.

### شاخص برازش مدل

برای برازش کلی مدل از سه دسته از شاخص‌های برازش استفاده می‌شود که نتایج برخی از مهم‌ترین آنها در جدول زیر آمده است.

و به فرد اجازه می‌دهد تا با آرامش بیشتری به زندگی خود بپردازد. همچنین دارایی می‌تواند فرصت‌های بیشتری را برای افراد فراهم کند که این فرصت‌ها می‌تواند شامل تحصیلات بهتر، مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت‌تر، مسافرت و تفریح، سرمایه‌گذاری در کسب‌وکار و کمک به دیگران باشد یا می‌تواند به افراد قدرت و نفوذ اجتماعی بیشتری بدهد و این قدرت و نفوذ می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی مانند انتخاب شغل، محل زندگی و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی به فرد و به ارتقای سلامت اجتماعی او کمک کند؛

جدول ۱۴- برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل پژوهش

Table 14- Estimation of indicators for evaluating the overall model of the research

شاخص برازش	مقادیر مطلوب	در مدل پژوهش	نتیجه
$\chi^2/df$	کمتر از ۳ مطلوب	۲/۹۶۴	مطلوب
GFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۳۵	مطلوب
NFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۲۶	مطلوب
IFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۴۷	مطلوب
CFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۳۵	مطلوب
RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۵۸	مطلوب

مطلوب برازش شده است.

نتایج جدول (۱۴) نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش  $\chi^2/df$ ، GFI، NFI، IFI، CFI و RMSEA در محدوده مطلوب قرار دارند و مدل برازش شده از مطلوبیت برخوردار است. مقدار آزمون خلی دو، ۲/۹۶۴ به دست آمد که چون کمتر از ۳ بود، بنابراین در حد مطلوب برازش شده است. مقدار آزمون GFI، ۰/۹۳۵ شد که چون از ۰/۹ کمتر بود، بنابراین مدل در حد مطلوب برازش شده است. مقدار NFI، ۰/۹۲۶، به دست آمد که چون بیشتر از ۰/۹ بود، مدل در حد مطلوب برازش شده است. مقدار IFI، ۰/۹۴۷ است که چون بیشتر از ۰/۹ است، پس برازش مدل در حد مطلوب است. مقدار CFI، ۰/۹۳۵ است که چون بیشتر از ۰/۹ است، مدل در برازش مطلوب قرار گرفته است؛ در نهایت مقدار RMSEA، ۰/۰۵۸ به دست آمد که چون از ۰/۰۸ کمتر بود، بنابراین مدل در سطح

### نتیجه

مسئله‌ای که در پژوهش حاضر دنبال شد، بررسی رابطه پایگاه اقتصادی اجتماعی با میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده با سلامت اجتماعی سالمندان بود. یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی سالمندان با ۴۱/۲۴ و میانه ۴۰/۴۵ بالاتر از حد متوسط است و میانگین حمایت اجتماعی خانواده با ۳۵/۲ و میانه ۳۸/۵۲ پایین‌تر از حد متوسط است که این امر نشان می‌دهد اگر در گذشته نگهداری و مراقبت از والدین سالمند برای فرزندان نوعی هنجار شناخته می‌شد، امروزه این هنجار به نوعی یاری و مساعدت به والدین سالمند تبدیل شده است که البته شرایط اقتصادی جامعه، گرانی و تورم،

مهاجرت فرزندان برای زندگی بهتر و یافتن شغل دلخواه و ظهور خانواده‌های هسته‌ای زن و مرد هر دو شاغل را نباید بی‌تأثیر بر این پدیده دانست.

در بخش یافته‌های استنباطی، نتایج نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی در میان زنان و مردان تفاوت معناداری ندارد؛ یعنی زن یا مرد بودن هیچ تأثیری در میزان سلامت اجتماعی سالمندان ندارد؛ اما در میان متأهلین و مجردین تفاوت معناداری دارد و میانگین سلامت اجتماعی در میان سالمندان متأهل بیشتر از سالمندان مجرد است که این امر دلایل مختلفی دارد؛ برای مثال افراد متأهل مسئولیت تأمین نیازهای خود و خانواده‌شان را بر عهده دارند و این مسئولیت‌پذیری می‌تواند به افزایش حس مفیدبودن و کارآمدی منجر شود. همچنین از آنجایی که تنهایی و انزوا یکی از عواملی هستند که سلامت اجتماعی افراد به خصوص سالمندان را به خطر می‌اندازد، می‌توان گفت افراد متأهل کمتر در معرض این مشکلات هستند؛ زیرا همیشه یک همراه همیشگی دارند. همچنین سالمندان متأهل بیشتر، از یک شبکه اجتماعی گسترده‌تر برخوردارند که شامل دوستان مشترک، خانواده همسر و سایر آشنایان است. این شبکه اجتماعی می‌تواند فرصت‌هایی برای تعامل اجتماعی، شرکت در فعالیت‌های گروهی و دریافت حمایت اجتماعی فراهم کند. در رابطه با جنس این یافته در تقابل با یافته جزایری و همکارانش (۱۴۰۰) و همسو با یافته‌های سیف‌زاده (۱۳۹۴) بود. از نظر وضعیت تأهل نیز یافته‌های این مطالعه در تقابل با یافته‌های سیف‌زاده (۱۳۹۴) و جزایری و همکارانش (۱۴۰۰) بود.

همچنین یافته‌ها نشان داد میانگین حمایت اجتماعی خانواده در میان زنان و مردان سالمند با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. زنان در مقایسه با مردان از حمایت خانواده بیشتری برخوردار هستند. دلیل این امر را می‌توان ریشه در عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی دانست. از نظر فرهنگی زنان به‌عنوان مراقب اصلی خانواده شناخته می‌شوند و این نقش سنتی باعث می‌شود که خانواده‌ها بیشتر نگران رفاه و آسایش او باشند و به این ترتیب از او حمایت کنند. از نظر

اجتماعی در بسیاری از جوامع هنجارها به‌گونه‌ای تدوین شده‌اند که حمایت از زنان به‌عنوان وظیفه‌ای اخلاقی و اجتماعی تلقی می‌شود. از نظر اقتصادی نیز باید گفت در بسیاری از فرهنگ‌ها معمولاً برای زنان فرصت اشتغال اندک است و همین سبب وابستگی زنان به خانواده می‌شود و در نهایت از نظر عاطفی این زنان هستند که با فرزندان و سایر اعضای خانواده ارتباط نزدیک‌تری برقرار می‌کنند. این یافته همسو با یافته سیف‌زاده و همکارانش (۱۳۹۸) و در تقابل با یافته بهمنی و همکارانش (۱۴۰۱) بود. به‌علاوه، از نظر وضعیت تأهل مشخص شد که میان سالمندان متأهل و مجرد در میزان حمایت اجتماعی خانواده تفاوت معنادار وجود دارد؛ یعنی متأهلین در مقایسه با مجردین از میزان حمایت خانواده، بیشتر بهره‌مند هستند. اگرچه امروزه شرایط جامعه مدرن و مشکلات اقتصادی بر این امر تأثیر گذاشته است، با این حال معمولاً سالمندان متأهل به سبب همسر و فرزند از حمایت خانواده بیشتری برخوردار هستند. این یافته همسو با یافته سیف‌زاده و همکارانش (۱۳۹۸) بود.

در ادامه برای مدل‌سازی از نرم‌افزار ایموس استفاده شد. نتایج حاصل از ضرایب رگرسیونی نشان داد که میان حمایت خانواده و سلامت اجتماعی سالمندان  $t=0/469$  بارعاملی،  $t=5/206$  رابطه معنادار وجود دارد. در واقع خانواده به اشکال مختلف بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال در بُعد عاطفی، وجود اعضای خانواده در شرایط دشوار و چالش‌های زندگی به کاهش احساس اضطراب و تنش در میان سالمندان می‌انجامد. این نوع حمایت عاطفی نه تنها به افزایش اعتماد به نفس سالمندان کمک می‌کند، بلکه به بهبود کیفیت زندگی آنها نیز کمک می‌کند. به‌علاوه، خانواده می‌تواند سالمند را تشویق کند تا در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کند و همین شرکت در فعالیت‌های اجتماعی احساس مفیدبودن در او ایجاد می‌کند و فرد سالمند را از تنهایی و انزوا می‌رهاند یا خانواده با حمایت ابزاری از طریق تشویق او به انجام فعالیت‌های بدنی یا صرف غذاهای سالم در کنار ملاقات با آشنایان و دوستان به ارتقای سلامت اجتماعی، جسمی و

نام‌برده شده و سلامت اجتماعی نشان داد که میان درآمد، دارایی، تحصیلات، منزلت شغلی و منطقه مسکونی سالمندان با سلامت اجتماعی آنها، میانجیگری حمایت اجتماعی خانواده معنادار و مستقیم است. این اعداد به ترتیب ۰.۵۱۸، ۰.۶۹۰، ۰.۶۱۱، ۰.۵۴۲ و ۰.۵۰۹ به دست آمد. از میان این موارد میانجیگری خانواده در رابطه دارایی با سلامت اجتماعی بیشترین بوده است. همچنین اثر کلی برآوردشده مؤلفه‌ها نشان داد که دارایی با ۰.۹۸ درصد بیشترین اثر کلی بر سلامت اجتماعی را داشته است. این یافته‌ها مطابق یافته‌های جزایری و همکارانش (۱۴۰۰)، سیف‌زاده و همکارانش (۱۳۹۸)، سیف‌زاده (۱۳۹۴)، پرز و همکارانش (۲۰۲۲)، زهانگ و همکارانش (۲۰۲۲)، چانگ‌چاونستاید (۲۰۲۲) و زهو و همکارانش (۲۰۲۱) بود.

در توضیح نکات فوق باید گفت هرچه فرد از درآمد، دارایی و تحصیلات بیشتر و منزلت شغلی بالاتر برخوردار باشد، به همان اندازه کیفیت عملکرد وی در جامعه نیز بیشتر می‌شود. چنین فردی احساس می‌کند و اعتقاد بر این دارد که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است یا جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. چنین فردی به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارتر است و معتقد است جهان به مکانی بهتر برای افراد تبدیل خواهد شد. از طرفی چنین فردی قادر به فهم وقایع اطرافش است و خود را با تصور اینکه در حال زندگی در دنیایی متکامل و عالی است، فریب نمی‌دهد. می‌داند در جامعه و اطرافش چه می‌گذرد و از آنها سر در می‌آورد. همچنین چنین فردی گرایش مثبت به افراد دیگر دارد و با وجود رفتارهای مبهم و سردرگم‌کننده، آنها را می‌پذیرد. در واقع مردم را با همه ضعف‌ها و نقاط مثبت می‌پذیرد. به مردم اعتماد دارد و معتقد است مردم مهربان هستند و دروغ‌گو و فریبکار نیستند؛ از این رو این فرد خود را جزئی از جامعه‌ای می‌داند که در آن به سر می‌برد و زندگی می‌کند و احساس می‌کند از سوی جامعه نیز حمایت می‌شود؛ در نتیجه چنین فردی قادر به مشارکت در امور مختلف جامعه است؛ زیرا احساس خوبی به مشارکت دارد و معتقد است مشارکت او از نظر جامعه ارزشمند و در رفاه عمومی هم مؤثر است. همچنین این فرد به سبب شغلش از فرصت بیشتری برای

روانی کمک می‌کند؛ در این باره برکمن و سیم نیز معتقد هستند هرچه ارتباط فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و در نتیجه فرد احساس بهتری از خود و جهان پیرامون پیدا می‌کند که بر میزان مشارکت وی در جامعه اثر می‌گذارد. حمایت اجتماعی نیز با متغیرهایی مانند وضعیت درآمد و میزان برخورداری از تحصیلات در ارتباط است؛ یعنی هرچه افراد از سطح درآمد و تحصیلات بالا برخوردار باشند، به همان اندازه از شبکه حمایتی و ارتباطی متنوع و متعدد برخوردار می‌شوند که این شبکه ارتباطی به دلیل فراهم‌ساختن انواع حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌تواند در احساس فرد به خود و جامعه نقش داشته باشد و زمین پذیرش و مشارکت و یکپارچگی بیشتری با جامعه کند. این یافته همسو با یافته‌های دمرچی‌لو و همکارانش (۱۴۰۲)، بهمنی و همکارانش (۱۴۰۱)، غفاری (۱۳۹۹)، سیف‌زاده و همکارانش (۱۳۹۸)، باوزین و سپهوندی (۱۳۹۶)، آبراهام و همکارانش (۲۰۲۱) و وو و همکارانش (۲۰۱۹) بود.

همچنین ضرایب رگرسیونی نشان داد دارایی با حمایت اجتماعی خانواده ( $\beta = 0.651$ ، بارعاملی،  $t = 3.324$ )، دارایی با سلامت اجتماعی ( $\beta = 0.690$ ، بارعاملی،  $t = 5.525$ )، درآمد با حمایت اجتماعی خانواده ( $\beta = 0.444$ ، بارعاملی،  $t = 3.730$ )، درآمد با سلامت اجتماعی ( $\beta = 0.518$ ، بارعاملی،  $t = 7.624$ )، تحصیلات با حمایت اجتماعی خانواده ( $\beta = 0.585$ ، بارعاملی،  $t = 2.809$ )، تحصیلات با سلامت اجتماعی ( $\beta = 0.611$ ، بارعاملی،  $t = 3.206$ )، منزلت شغلی با حمایت اجتماعی خانواده ( $\beta = 0.473$ ، بارعاملی،  $t = 2.203$ ) و منزلت شغلی با سلامت اجتماعی ( $\beta = 0.542$ ، بارعاملی،  $t = -0.138$ ) در سطح ۰.۵ رابطه معنادار دارند. در رابطه با متغیرهای زمینه‌ای نتایج نشان داد که میان سن با سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود نداشت؛ اما منطقه مسکونی با حمایت اجتماعی خانواده ( $\beta = 0.509$ ، بارعاملی،  $t = 10.890$ ) و منطقه مسکونی با سلامت اجتماعی ( $\beta = 0.537$ ، بارعاملی،  $t = 2.330$ ) رابطه معنادار وجود دارد. از میان مؤلفه‌های نام‌برده شده، دارایی با (۰.۶۹۰) درصد بیشترین تأثیر مستقیم را بر سلامت اجتماعی دارد. به علاوه، ضریب مسیر محاسبه شده در خصوص میانجیگری حمایت خانواده در رابطه میان مؤلفه‌های

اجتماعی بهتر و همچنین به دلیل دسترسی بیشتر به منابع و اهرم‌های حمایتی در مقایسه با دیگران در عرصه رقابت مذکور بهتر از بقیه افراد عمل می‌کنند. این افراد به منابع و اهرم‌های حمایتی بیشتر مانند حمایت‌های اجتماعی و سرمایه اجتماعی مجهز هستند که می‌تواند به آنها هم از نظر عاطفی در دریافت محبت و مهربانی و هم در دریافت مراقبت و هم از نظر دریافت مشاوره و توصیه پزشکی کمک کند که نتیجه همه این موارد برخورداری از سلامت بیشتر و امکان ارتباط و مشارکت بیشتر در جامعه است.

همچنین کبیز در سال (1998) در خصوص ارتباط مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی با سلامت اجتماعی دو تحقیق انجام داد: یکی با استفاده از نظرسنجی تلفنی و دیگری با پرسش‌نامه خودنوشت که اثبات‌گر ۵ بُعد از سلامت اجتماعی بودند. این تحقیقات شواهدی برای اعتبار همگرا میان مقیاس‌های سلامت اجتماعی و مواردی چون مشارکت اجتماعی، زاینده‌بودن فعالیت‌ها، درک محدودیت‌ها، رضایت از زندگی و خوشبختی بودند. وی در این تحقیق عنوان کرد که میان پایگاه اقتصادی و اجتماعی و درک و تصور افراد از خود و میزان برخورداری افراد از سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. به این صورت که افراد در اثر نظام قشربندی موجود در جامعه از سطح تحصیلات متفاوتی برخوردار هستند؛ پس نابرابری مبتنی بر تحصیلات افراد را به موقعیت‌های متفاوتی سوق می‌دهد که از امتیازات، پاداش‌ها، فرصت‌ها و منابع متفاوتی برخوردار می‌شوند و همین تفاوت‌های موجود بر سطح سلامتی آنها نیز تأثیر می‌گذارد؛ به عبارت دیگر افراد تحصیل کرده احتمال زیادی دارد که در شغل‌های مختلف مشغول به کار شوند و اشتغال نیز به نوبه خود احساس مفیدبودن را در افراد به وجود می‌آورد و همین امر باعث شادابی و رضایت ایشان می‌شود و در نهایت فرد را در وضعیت بهتری از لحاظ سلامتی قرار می‌دهد. به عبارتی افراد دارای تحصیلات بالا در شغلی که مشغول به کار می‌شوند، از استقلال بالا برخوردار هستند و همین امر باعث خرسندی آنان از انجام کارشان می‌شود (Keyes, 1998). به نقل از موسوی‌زاده، (۱۳۹۷: ۲۰).

در جمع‌بندی باید گفت یافته‌های این مطالعه نشان داد که

تعامل برخوردار است و این تعاملات، شبکه اجتماعی قوی‌تری برای فرد ایجاد می‌کند که عاملی مؤثر در پشتیبانی اجتماعی و کاهش تنهایی هستند. افراد با شغل‌هایی با منزلت بالا به منابع مالی و اجتماعی بیشتری دسترسی دارند که این منابع می‌تواند به آنها کمک کند تا در مواقع نیاز از خدمات بهتری برخوردار شوند و شرایط زندگی خود را بهبود ببخشند. همچنین داشتن شغل با منزلت معمولاً به معنای درآمد بالاتر و پایداری مالی است. این موضوع می‌تواند به کاهش استرس مالی و افزایش رضایتمندی زندگی منجر شود که به نوبه خود بر سلامت عمومی تأثیر مثبت دارد. از طرفی افرادی که به پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا تعلق دارند در منطقه جغرافیایی برخوردارتر زندگی می‌کنند که دسترسی بیشتری به امکانات حمایتی و خدماتی دارند؛ در نتیجه این امکانات در نوع نگاه آنها به جامعه و نیز مشارکت و سرمایه اجتماعی آنها و در یک کلام ابعاد سلامت آنها تأثیر می‌گذارد. همان‌طور که لینک و فلان در نظریه علل زیربنایی نیز اشاره کردند، ارتباط تنگاتنگی میان پایگاه اقتصادی اجتماعی و احتمال ابتلا به بیماری و مرگومیر وجود دارد. بر مبنای این نظریه پایگاه اقتصادی اجتماعی با در نظر گرفتن مجموعه‌ای از منابع شامل پول، دانش، منزلت، قدرت و روابط اجتماعی پایدار و سودمند منجر به تفاوت بنیانی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی می‌شود؛ به عبارتی دیگر بر مبنای این نظریه، نابرابری‌های پایگاهی تعیین‌کننده‌ترین عامل در نابرابری‌های سطوح سلامت هستند و این تأثیرگذاری از طرق متعددی از جمله سبک زندگی، دسترسی به خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، شرایط محیطی و شرایط کاری، دسترسی به منابع حمایتی و منابع آگاهی‌بخش صورت می‌گیرد. سازوکاری که پایگاه اقتصادی اجتماعی از طریق آن بر ابعاد سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، از نظر لینک و فلان از طریق منابعی است که در اختیار بخشی از افراد جامعه قرار می‌دهد و آنها را صاحب مزیت‌های بهتری در مقایسه با بقیه افراد جامعه می‌کند و با توجه به اینکه به واسطه محدودیت منابع، عرصه جامعه عرصه رقابت برای کسب بیشترین سهم از منابع موجود است، بنابراین افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا به واسطه تحصیلات و آگاهی بیشتر و دسترسی به درآمد بهتر، شغل بهتر و پرستیژ و موقعیت

کمک‌معیشتی یا دادن یارانه معیشتی بیشتر یا دادن بن‌های خرید غیرنقدی می‌تواند به بهبود تغذیه و وضعیت خوراک آنها کمک کند.

از طرفی نتایج این مطالعه نشان داد که میان تحصیلات و منزلت شغلی سالمندان با سلامت اجتماعی آنها رابطه معنادار وجود دارد؛ بنابراین، برای بهبود سلامت اجتماعی افراد به‌خصوص در دوره سالمندی پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی متناسب با نیازها و توانایی‌های سالمندان، نظیر کلاس‌های سوادآموزی، مهارت‌های رایانه‌ای و آشنایی با مسائل اجتماعی و بهداشتی برای همه سالمندان به‌خصوص سالمندانی از طبقات پایین جامعه برگزار شود. همچنین در این باره برگزاری کارگاه‌هایی با موضوعاتی مانند مهارت‌های زندگی، بهداشت روان و فیزیکی، مراقبت از خود و مهارت‌های ارتباطی برای افزایش آگاهی و تقویت مهارت‌های اجتماعی سالمندان می‌تواند به ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان کمک کند. همچنین باتوجه به اینکه بسیاری از مشکلات سالمندان ناشی از کنار گذاشته شدن آنها از خانواده و فعالیت‌های اجتماعی به دلایلی نظیر بازنشستگی و کهولت سن است، در این باره ایجاد زمینه‌های مشارکت سالمندان می‌تواند گام مؤثری در جهت رفع این مشکل باشد. دولت می‌تواند از طریق اشتغال پاره‌وقت یا دورکاری در راستای تقویت سلامت اجتماعی سالمندان گام بردارد؛ در این خصوص خانواده‌ها نیز می‌توانند کمک‌کننده باشند و مانع از رکود و تضعیف روابط مبتنی بر نقش خانواده شوند؛ برای مثال نقش‌های متناسب با توانایی و شرایط سالمندان به آنها محول و احساس مثبت بودن را در آنها تقویت کنند.

طراحی و برنامه‌ریزی مناسب در زمینه مسکن و فضای شهری نیز می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی افراد کمک کند. از آنجایی که سرانه فضای سبز در مناطق مرکزی و جنوبی کم است، با احداث مراکز تفریحی (پارک‌ها و بوستان‌ها) و مراکز حمایتی می‌توان به ارتقای سلامت روانی و اجتماعی سالمندان کمک کرد و با فراهم ساختن زمینه‌های گفت‌وگو و تعامل مانع از ایجاد احساس انزوا و تنهایی در میان سالمندان شد.

میان درآمد و دارایی با سلامت اجتماعی ارتباط وجود دارد؛ به این صورت که افراد با درآمد و دارایی بالا احساس مثبتی به خود و جامعه دارند، احساس تعلق آنها به جامعه بسیار است و همین منجر به مشارکت بیشتر آنها در جامعه می‌شود. این در حالی است که بیشتر سالمندان دارای درآمد زیر ۱۵ میلیون هستند؛ به طوری که سالمنامه آماری صندوق بازنشستگی کشور نیز در سال ۱۴۰۲ گزارش کرده است که اولین حقوق بازنشستگی سالمندان برابر با ۱۴ میلیون و ۷۱۹ هزار و ۷۹۶ تومان است. همچنین در کنار این سالمندان باید سالمندانی را نیز بیفزاییم که در پوشش هیچ بیمه بازنشستگی نبوده و دارای هیچ حقوق و مزایایی نیستند و ناچارند سال‌های باقی‌مانده عمرشان را در شرایط کاری سخت بگذرانند؛ بنابراین، برای کمک به این وضعیت در درجه نخست پیشنهاد می‌شود تا دولت و مسئولین صدای هشدار سالمندی جمعیت را بشنوند که چندین سال است از سوی جمعیت‌شناسان نواخته می‌شود و در درجه دوم اقداماتی اساسی برای حل مشکلات سالمندان انجام دهند؛ در این باره، کمک به بهبود وضعیت و قوانین صندوق‌های بازنشستگی (از طریق اصلاح قوانین بازنشستگی) و کمک به سالمندانی لازم و ضروری است که از مستمری بازنشستگی بی‌بهره‌اند. همچنین سالمندان بسیاری به‌خصوص در مناطق جنوبی و حاشیه شهر از تأمین نیازهای اولیه خود نظیر خوراک و پوشاک ناتوان هستند و به همین دلیل یا تکدی‌گری می‌کنند یا در حاشیه خیابان‌ها و متروها دست‌فروشی می‌کنند که اصطلاحاً به آنها «سالمندان کار» می‌گویند. از آنجایی که ابعاد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی با یکدیگر در ارتباط است، لازم است ابتدا این سالمندان از طرق مختلف مانند سازمان‌های مردم‌نهاد یا دیگر ارگان‌ها شناسایی شوند که با نام وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند و نظام یکپارچه اطلاعات از سالمندان و مراقبان آنها در زمینه‌های ثروت، درآمد، وضعیت مسکن، برخورداری یا عدم برخورداری از بیمه و مستمری به دست بیاید. سپس به سالمندان کم‌برخوردار مایحتاج ضروری اهدا شود که می‌تواند به صورت نقدی یا غیرنقدی باشد؛ در این باره اقدامات

مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶. پرستاری و مام‌\_\_\_\_\_ایی، ۱۵(۱۲)، ۹۳۱-۹۳۸.

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3358-fa.html>

بابایی، م. (۱۳۸۶). مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت‌کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج. *سالمند*، ۲(۱)، ۱۷۷-۱۸۱.

[http://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a\\_code=A-10-1-10&slc\\_lang=fa&sid=fa](http://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-10&slc_lang=fa&sid=fa)

بهمئی، ج.، گنجعلی، پ. و خرازی‌نژاد، ا. (۱۴۰۱). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰. *تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸(۳)، ۳۹-۴۸.

<http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-778-fa.html>

رازقی نصرآباد، ح. ب. و رشیدی، ف. (۱۴۰۲). سلامت جسمی و روانی سالمندان در بسترگذار ساختار سنی جمعیت: مطالعه‌ای در شهرستان خرم‌آباد. *تداوم و تغییر اجتماعی*، ۲(۱)، ۴۵-۶۷. [10.22034/jssc.2023.19135.1046](https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19135.1046)

بیگی فرد، س. (۱۳۷۸). بررسی ارتباط ویژگی شخصیتی سخت‌رویی و حمایت اجتماعی با فرسودگی شغلی در بین کارمندان مراکز توان‌بخشی بهزیستی شیراز [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی]. گ\_\_\_\_\_نج.

<https://ganj.irandoc.ac.ir/viewer/d2d558ab92d4ba0da70459087e56ddbd?sample=1>

پژوهشکده تحقیقات راهبردی. (۱۴۰۰). *سالمندی جمعیت و ضرورت تغییر سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی* (شماره ۱۴۹۳). <https://csr.ir/fa/news/1493/>

جزایری، ا.، کاظمی‌پور، ش.، حسینی، س. ر. و کفاشی، م. (۱۴۰۰). بررسی شاخص‌های عمده سلامت سالمندان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی استان مازندران. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵، ۱۲۵-۱۳۴.

<https://www.sid.ir/paper/992410/fa>

دل‌پیشه، ع.، منصوریان، م.، رستگاری‌مهر، ب.، شکوهی اردبیلی، ش.، بابائزاد، م.، قربانی، م.، شفیعیان، ز. و رضایپور، ع. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت سلامت اقتصادی-اجتماعی سالمندان استان ایلام در سال ۱۳۹۰. *دیابت و*

همان‌طور که یافته این مطالعه نیز نشان داد امروزه حمایت اجتماعی خانواده‌ها از سالمندان کم شده است. این را باید مسئله‌ای حیاتی دانست؛ زیرا باتوجه‌به افزایش جمعیت سالمندان و بالابودن هزینه‌ها، نقطه اتکای دولت‌ها به حمایت اجتماعی خانواده شده است؛ درحالی‌که این امر نیز به دلیل تغییر ارزش‌ها و باورهای افراد و افزایش گرانی‌ها و عدم توانایی در حمایت از والدین سالمند سبب شده با مشکل روبه‌رو شود؛ بنابراین، در درجه نخست باید از طریق فرهنگ‌سازی نوعی عشق و مودت میان نسل جوان و سالمند ایجاد کرد. یکی از سازمان‌هایی که در این میان نقش کلیدی ایفا می‌کند، سازمان صداوسیما است. صداوسیما و رسانه‌های جمعی از طریق نمایش برنامه‌های آموزشی و فرهنگی در ارتباط با سالمندان با پیام کارکردهای سالمندان، ضرورت حفظ‌شان و منزلت سالمندان و تصویرسازی دوره سالمندی به‌عنوان مرحله‌ای از زندگی انسان‌ها می‌تواند در ارتقای جایگاه سالمندان نقش بسیاری ایفا کند. همچنین محتوای درسی مدارس و دانشگاه‌ها می‌تواند ارزش‌های جمع‌گرایانه و احترام به سالمند را تقویت کند. در درجه دوم دولت باید از حامیان، چه حامیان برخوردار و چه حامیان غیربرخوردار حمایت به عمل آورد؛ برای مثال پرداخت‌های مستقیم به‌صورت هفتگی یا ماهیانه، تخفیف‌دادن مالیاتی به این مراقبان و حتی گنجاندن حق نگهداری والدین به شاغلان در فیش‌های حقوقی آنها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

## منابع فارسی

آزادارمکی، ت.، کوششی، م. و پروانی، ش. (۱۳۹۹). سالمندان و ناامنی تعاملات بین‌نسلی در خانواده‌های امروزی. *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، ۱۶(۵۹)، ۴۴-۱۱.

<https://doi.org/10.22034/jssc.2020.104410.1863>

احمدی، ا. و جهانگرد، ا. (۱۳۹۹). رتبه‌بندی محلات شهر تهران از نظر سطح برخورداری و کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل تاپسیس فازی. *اقتصاد شهری*، ۵(۱)، ۱۲۷-۱۴۷.

<https://doi.org/10.22108/ue.2021.124422.1151>

باوزین، ف. و سپهوندی، م. ع. (۱۳۹۶). بررسی رابطه

- متابولیسیم ایران، ۱۳(۶)، ۴۹۵-۵۰۳.  
<http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5272-fa.html>
- دمرچی لـو، ا.، غفاری، م.، صادقی پورودسری، م. و رخشنده‌رو، س. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی درک‌شده و مؤلفه‌های سلامت روان در سالمندان. *سالمندی ایران*، ۱۸(۴)، ۵۵۴-۵۶۹.  
<http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2524-fa.html>
- دفتر برنامه‌ریزی و تعالی سازمانی. (۱۴۰۲). *نشریه آماری صندوق بازنشستگی کشوری* (۱۴۰۲). چاپ اول. دفتر برنامه‌ریزی و تعالی سازمانی.
- راشدی، م. (۱۳۹۶). *تحلیل نابرابری و مدل‌سازی عوامل مؤثر بر عدالت در سلامت سالمندان شهر تهران* [رساله دکتری، دانشگاه توان‌بخشی و علوم بهزیستی].  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/6058bc68b4e1209e92182998d4579bb8>
- ریاحی، م.ا.، علی‌وردی‌نیا، ا. و پورحسین، س. ز. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۹)، ۸۵-۱۲۱.  
<http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-322-fa.html>
- زاهدی اصل، م. و درویشی‌فرد، ع.ا. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی سالمندان شهر کوه‌دشت). *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۹-۳۲.  
<https://doi.org/10.22054/qjds.2016.4880>
- سازمان فناوری اطلاعات و ارتباطات شهرداری. (۱۴۰۰). *سالنامه آماری شهر تهران ۱۴۰۰*. چاپ اول. سازمان فناوری اطلاعات و ارتباطات شهرداری تهران.
- سفیری، خ.، شیخی، م.ت. و شایسته، س. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و فرهنگی خانواده با سلامت اجتماعی جوانان* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء].  
<file:///C:/Users/einanlo/Downloads/276230-sample.pdf>
- سیف‌زاده، ع. (۱۳۹۴). بررسی سلامت اجتماعی سالمندان و عوامل مرتبط با آن (مطالعه موردی شهر آذرشهر). *پرستاری سالمندان*، ۱(۴)، ۹۵-۱۰۶.  
<http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- سیف‌زاده، ع.، حقیقتیان، م.، و مهاجرانی، ع.ا. (۱۳۹۸). حمایت اجتماعی ادراک‌شده و انزوای اجتماعی در سالمندان. *تصویر سلامت*، ۱۰(۴)، ۳۰۰-۳۰۹.  
<https://www.sid.ir/paper/265189/fa>
- صباغچی، م.، عسکری ندوشن، ع. و روحانی، ع. (۱۴۰۳). مراقبت از سالمندان در تلاقی فرایندهای درمانی و حمایتگری خانواده: مطالعه‌ای کیفی در شهر یزد. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۵(۲)، ۱۰۱-۱۳۰.  
<https://doi.org/10.22108/jas.2024.141094.2491>
- غفاری، د. (۱۳۹۹). *معنایابی سلامت اجتماعی سالمندان*. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۸(۱)، ۱۵۹-۱۸۶.  
[https://journals.miu.ac.ir/article\\_4207.html](https://journals.miu.ac.ir/article_4207.html)
- فرزانه، س. و علیزاده، س. (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل. *مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی*، ۲(۱)، ۱۸۳-۲۰۸.  
<http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.html>
- مارموت، م. و ویلکینسون، ر. (۱۳۹۲). *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت (علی منتظری، مترجم)*. سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
- محمدی، ا. (۱۳۹۶). رابطه انواع شبکه‌های اجتماعی و سلامت در سالمندان. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۴(۱۲)، ۱۰۷-۱۴۱.  
<https://doi.org/10.22054/rjsw.2017.10038>
- محسنی، م. (۱۳۸۸). *جامعه‌شناسی پزشکی*. طهوری. مرکز آمار ایران. (۱۳۹۷). *نگاهی به جمعیت سالمندان ایران (۶۵ ساله و بیشتر) تا افق ۱۴۱۵*.  
[https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar\\_14020407-8-3.pdf?ver=iObIo8LnwDnyDC\\_kGI9S4w%3d%3d](https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar_14020407-8-3.pdf?ver=iObIo8LnwDnyDC_kGI9S4w%3d%3d)
- موسوی‌زاده، م. ر. (۱۳۹۷). *پیش‌بینی وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان در سال ۱۴۳۰ در مشهد مقدس* [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مشهد].  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/viewer/2ca490c76e8f34f3293cbe8c873f1496?sample=1>
- موسوی، م. ط. و شیانی، م. (۱۳۹۴). *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ مفاهیم و رویکردها*. آگاه
- نبوی، س.ع.، رضادوست، ک.، و بهرامی‌نژاد، ز. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان. *جامعه‌شناسی ایران*، ۱۰(۴)، ۱-۲۷.  
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1388.10.4.4.2>
- نوابی‌نژاد، ش.، دوکانه‌ای، ف.، شیرزادی، ش. (۱۳۹۲). بررسی



- 8(3), 39-48. [In Persian]. <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-778-fa.html>
- Beigyfard, S. (1999). *Investigation of the relationship between the personality trait of hardiness and social support with job burnout among employees of rehabilitation centers in Shiraz* [Master's thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences]. [In Persian]. <https://ganj.irandoc.ac.ir/viewer/d2d558ab92d4ba0da70459087e56ddb?sample=1>
- Berekman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). Form social integration to health: Durkheim the new millennium. *The Journal of Social Science & Medicine*, 51(6), 843- 857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)
- Chongthawonsatid, S. (2022). Socioeconomic status and health condition of the older adult and elderly population in Thailand. *The Journal of Public Health*, 52(1), 4-12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/251118>
- Damerchilou, A., Ghaffari, M., Sadeghipour-Roudsari, M., & Rakhshanderou, S. (2024). Relationship of perceived social support with sleep quality and mental health in the elderly referred to health centers in Tehran. *Iranian Journal of Ageing*, 18(4), 554-569. [In Persian]. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-2524-fa.html>
- Delpisheh, A., Mansourian, M., Rastgarimehr, B., Shokohi-Ardebili, S., Babanejad, M., Qorbani, M., Shafieyan, Z., & Rezapoor, A. (2014). The evaluation of health and socioeconomic statues of elderly people in Ilam. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism (Elderly Health Research Center, Special Issue)*, 13(6), 495-503. [In Persian]. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5272-fa.html>
- Dreentea, P., Clay, O. J., Roth, D. L., & Mittelman, M. S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *The Journal of Social Sciences & Medicine*, 63(4), 957- 967. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.020>
- Farzaneh, S., & Alizadeh, S. (2013). Study of social factors affecting the social health of the elderly in Babol city. *Socio-Cultural Development Studies*, 2(1), 183-208. [In Persian]. <http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.html>
- Ghafari, D. (2020). Investigating the meaning of the elderly's social health. *The Islamic Journal of Women and The Family*, 8(1), 159-186. [In Persian]. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.25386190.1399.8.1.7.2>
- Jazayeri, A., Kazemipour, S., Hosseini, S. R., & Kafashi, M. (2021). Investigation of major health indicators of the elderly in physical, mental and social dimensions of Mazandaran province. *Journal of Islamic Life Style*, 5, 125-134. [In Persian].
- Jennings, E. A., Ralston, M., & Schatz, E. (2020). تأثیر عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت روان زنان و مردان سالمند در منطقه ۱۳ شهرداری تهران. *تحقیقات مدیریت آموزشی*, ۱۷(۵)، ۱۱۹-۱۳۲. <https://sanad.iau.ir/Journal/earq/Article/1113418>
- هزارجریبی، ج.، عالمی نیسی، م.، تاج مزینانی، ع.ا. و فعلی، ج. (۱۳۹۷). رویکردهای تلفیقی حمایت خانواده تهرانی از سالمندان در افق ۱۴۰۰. *پژوهشنامه مالدکاری اجتماعی*، ۵(۱۷)، ۱۱۱-۱۵۰. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2018.11866>
- یزدی فیض‌آبادی، و.، سیف‌الدینی، ر.، قنلی، م.، و مهرالحسینی، م. ح. (۱۳۹۶). تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: مرور کوتاهی بر نقدها و ضرورت یک تغییر پارادایم. *اپیدمیولوژی ایران*، ۱۳(۱۳)، ۱۶۵-۱۵۵. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5985-fa.html>

## References

- Abraham, A., Tom, F., & Arjunraj, R. D. (2021). Social health aspects of elderly: A study with special reference to kottayam district. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(3), 2349-3429. <http://dx.doi.org/10.25215/0903.204>
- Ahmadi, A., & Jahangard, E. (2020). Ranking of the neighborhoods of Tehran metropolis in terms of development and quality of life: A fuzzy TOPSIS approach. *The Journal of Urban Economic*, 5(1), 127-148. [In Persian]. <https://doi.org/10.22108/ue.2021.124422.1151>
- Azadarmaki, T., Koosheshi, M., & Parvaei, S. H. (2020). The elderly and intergenerational relations insecurity among the contemporary families. *The Journal of Cultural Studies & Communication*, 16(59), 11-44. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jcsc.2020.104410.1863>
- Babaei, M. (2007). Social problems of families caring for a frail elderly referrals to public hospitals clinics in Karaj City. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2(1), 177-181. [In Persian] <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-10-en.html>
- Bavazin, F., & Sepahvandi, M. A. (2018). The study of the relationship between social support and social and psychological well-being among elderly people in city of KHorramabad in 2017. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(12), 931-938. [In Persian]. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3358-fa.html>
- Bahmaei, J., Ganjali, P., & Kharazinejad, E. (2022). Relationship between social support and health-related quality of life among the elderly in Abadan during 2020-2021. *Journal of Health Res Commun*,

- elderly. *The Journal of Social Work Research*, 4(12), 107-141. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2017.10038>
- Mohseni, M. (2009). *Medical sociology*. Tahoori Publications. [In Persian].
- Mousavizadeh, M. R. (2018). *Prediction of the social health status of the elderly in the year 1430 in Mashhad* [Master's Thesis, Payam Noor University of Mashhad]. [In Persian]. <https://ganj.irandoc.ac.ir/viewer/2ca490c76e8f34f3293cbe8c873f1496?sample=1>
- Mousavi, M. T., & Shiyani, M. (2015). *Social capital and social health: Concepts and approaches*. Agah Publication. [In Persian].
- Nabavi, S. A., Karimдост, R., & Bahraminejad, Z. (2009). The effect of social support on general health. *Iranian Journal of Sociology*, 10(4), 1-27. [In Persian]. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17351901.1388.10.4.4.2>
- Navabinejad, S., Dokanaei, F., & Shirzadi, S. (2009). The effects of family factors on psychological health of the elderly in district 13 of Tehran municipality. *The Journal of Educational Administration Research*, 5(1), 119-131. [In Persian]. <https://sanad.iau.ir/Journal/earq/Article/1113418>
- Park, N. S., Jang, Y., Lee, B. S., Chiribago, D. A., Chang, S., & Kim, S. Y. (2018). Association of a social network typology with physical and mental health risks among older adults in South Korea. *The Journal of Aging & Mental Health*, 22(5), 631-638. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1286456>
- Perez, R. A., Triaca, L. M., Tejada, C. A. O., Bertoldi, A. D., & dos Santos, A. M. A. (2022). Socioeconomic inequality in health in older adults in Brazil. *Dialogues in Health*, 1, 100009. <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100009>
- Rashedi, M. (2017). *Analysis of Inequality and Modeling the Factors Affecting Justice in the Health of the Elderly in Tehran*. [Doctoral Dissertation, University of Rehabilitation and Welfare Sciences]. [In Persian]. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/6058bc68b4e1209e92182998d4579bb8>
- Razeghi-Nasrabad, H. B., & Rashidi, F. (2023). Physical and mental health status of the elderly in the context of age structural transition: A study in Khorramabad, Iran. *Journal of Social Continuity & Change*, 2(1), 45-67. [In Persian]. <https://doi.org/10.22034/jssc.2023.19135.1046>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *The Journal of Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Riahi, M. E., Aliverdinia, A., & Pourhossein, Z. (2011). Relationship between social support and mental health. *The Journal of Refah*, 10(39), 85-121. [In Persian]. <http://refah.uswr.ac.ir/article-1-322->
- Support in times of need: How aging adults with depressive symptoms fare in receipt of social support in rural South Africa. *SSM-Population Health*, 12, 100666. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100666>
- Hezarjaribi, J., Alamineshi, M., Tajmazenani, A. A., & Feli, J. (2020). Investigating integrated approaches to elderly support for Tehrani family in the horizon of 1430. *The Journal of Social Work Research*, 5(17), 111-150. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2018.11866>
- Information and Communication Technology Organization of the Municipality. (2021). *Statistical Yearbook of Tehran 1400*. First Edition. Information and Communication Technology Organization of Tehran Municipality. [In Persian].
- Islam, S., Islam, R., Hossain, F., & Karmokar, P. K. (2022). Socio-economic status and health issues of older adults in district Pabna, Bangladesh. *The Journal of Social Sciences*, 18(1), 84-94. <https://doi.org/10.3844/jssp.2022.84.94>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *The Journal of Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <http://dx.doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). *Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology*. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Publisher: University Chicago Press. <https://psycnet.apa.org/record/2004-00121-012>
- Link, B. G., Phelan, J. C., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence and policy implications. *Journal of The American Sociological Association*, 51(1), 528-540. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2013). *Social determinants of health* (A. Montazeri, Trans.). Jahad Daneshgahi Publications. [In Persian].
- Metcalfe, S., Wang, H., Kum, S., Jin, Z., & Wang, P., Widener, M., Kunzel, C., Marshall, S., & Northridge, M. (2013). *Modeling social factors of oral health equity for older adult*. In R. Pasupathy, S. H. Kim, A. Tolk, R. Hill, & M. E. Kuhl, (Eds.), *Proceedings of the 2013 Winter Simulation Conference* (pp. 3994-3995). Simulation: Making Decisions in a Complex World: 2013: IEEE Press. <https://www.academia.edu/28750076>
- Miyazaki, T., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Fujita, O., Kobayashi, F., Haratani, T., Iimori, H., Sakami, S., Fujioka, Y., Kawamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominance. *The Journal of Biological Psychology*, 70(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.09.004>
- Mohammadi, E. (2019). The relationship between types of social network and health among the

- Persian].  
[https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar\\_14020407-8-3](https://amar.org.ir/Portals/0/Articles/amar_14020407-8-3).  
 The Office of Planning and Organizational Excellence. (2023). *Statistical publication of the country's pension fund (2023)*. First edition. Office of Planning and Organizational Excellence. [In Persian].
- Wijayanti, W., Pratomo, D. S., & Khusaini, M. (2018). The effects of socio-economic factors on health of elderly in East Java. *Annals of the Alexandru Ioan Cuza University-Economics*, 65(2), 205-213. <http://dx.doi.org/10.2478/saeb-2018-0011>
- World Health Organization. (2021). *Social isolation and loneliness*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the world health organisation*. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85, 103934. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>
- Xue, Q., & Witvorapong, N. (2022). Effects of socioeconomic status on aging people's health in China. *Journal of Family and Economic Issues*, 43, 476-488. <https://doi.org/10.1007/s10834-022-09840-5>
- Zahediasl, M., & Darveshifard, A. (2016). Social factors influencing the social health of the elderly in Kouhdasht. *Journal of Social Development & Welfare Planning*, 7(26), 9-32. [In Persian]. <https://doi.org/10.22054/qjds.2016.4880>
- Zhang, Y., Sue, D., Chen, Y., Tan, M., Chen, X. (2022). Effect of socioeconomic status on the physical and mental health of the elderly: the mediating effect of social participation. *The Journal of BMC Public Health*, 22(1), 605-617. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13062-7>
- Zhou, W., Hou, J., Sun, M., & Wang, C. (2022). The impact of family socioeconomic status on elderly health in China: Based on the frailty index. *International Journal of Environment Research and public Health*, 19(2), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020968>
- Yazdi-Feyzabadi, V., Seyfardini, R., GHandi, M., & Mehrolhasani, M. (2018). The world health organization's definition of health: A short review of critiques and necessity of a shifting paradigm. *Iranian Journal of Epidemiology*, 13(5), 155-165. [In Persian]. <http://irje.tums.ac.ir/article-1-5985-fa.html>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2005). *Integrative science in pursuit of human health and well-being*. In C R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press [http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder\\_Hndbk\\_Positive\\_Psych/Snyder\\_Lopez\\_Handbook\\_of\\_Positive\\_Psychology.pdf](http://www.ldysinger.com/@books1/Snyder_Hndbk_Positive_Psych/Snyder_Lopez_Handbook_of_Positive_Psychology.pdf)
- Sabaghchi, M., Askari-Nodoushan, A., & Ruhani, A. (2024). Elderly care at the crossroads of therapy and family support: A qualitative inquiry in Yazd city. *Journal of Applied Sociology*, 35(94), 101-130. [In Persian]. <http://doi.org/10.22108/jas.2024.141094.2491>
- Sadana, R., Blas, E., Budhwani, S., Koller, T., & Paraje, G. (2016). Healthy ageing: Raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. *The Journal of Gerontologist*, 56(2), 178-193 <https://doi.org/10.1093/geront/gnw034>
- Safiri, K., Sheikhi, M. T., & Shayeasteh, S. (2015). *Investigation of the relationship between social and cultural capital of families and social health of youth* [Master's Thesis, Alzahra University]. [In Persian]. <file:///C:/Users/einanlo/Downloads/276230-sample.pdf>
- Saifollah, F., & Alizadeh, S. (2023). Study in social determinants on social health among older people in Babol town. *Quarterly Journal of Social Cultural Development Studies*, 2(1), 183-208. [In Persian]. <http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.html>
- Sarafino, E. P. (1998). *Health psychology*. John Wiley & Sons.
- Seyfzadeh, A. (2015). Investigating the elders' social health and its related factors: A case study of Azarshahr city. *Journal of Geriatric Nursing*, 1(4), 95-106. [In Persian]. <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- Seyfzadeh, A., Haghghatian, M., & Mohajerani, A. (2020). Perceived social support and social isolation in the older adults. *Journal of Depiction of Health*, 10(4), 300-309. [In Persian]. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). *Social Support*. (to appear in: Kaptein, A & Weinman, J) Introduction to health psychology, Oxford, England: Blackwell.
- Sohn, S. Y., Joo, W. T., Kim, W. J., Kim, S. J., Youm, Y., Kim, H. C., Park, Y. R., & Lee, E. (2017). Social network types among older Korean adults: Associations with subjective health. *The Journal of Social Science & Medicine*, 173, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.042>
- Strategic Research Institute. (2021). *Population aging and the necessity of changing welfare and social security policies*. [In Persian]. <https://csr.ir/fa/news/1493/>
- Statistical Centre of Iran. (2018). *A look at Iran's elderly population (65 years and over) until 2036*. [IN