Relationship between perceived social support and quality of life in the elderly‘s urban and rural communities in Ilam.

Kamalvandi R[1] ,Mozafari M[* 2], Mohammadnejad S[3], Pakzad R[4]

Abstract

Introduction and purpose: The increasing number of elderly people raises the need to pay attention to social support and quality of life as an effective factor in improving their health in urban and rural communities, the aim of the present study was to determine the relationship between perceived social support and quality of life in the elderly‘s urban and rural communities in Ilam.

Material and methods: This was an analytical-cross-sectional study; 180 elderly people over 65 years old living in Ilam city and 110 elderly people in its villages were evaluated in a cluster of 3 urban health centers and 3 rural health centers from December 2022 to March 2023. The data collection tools were the LIPAD questionnaire and the Zimet Scale, which were answered by the elderly using self-report method. Data analysis was done with SPSS version 26 software and descriptive and inferential statistical tests.

Findings: The level of social support for the rural elderly was higher (P=0.03). The level of quality of life among the urban elderly was higher (P=0.03). There was a significant relationship between the social support of the elderly living in the city and the village and their quality of life (P < 0.001). In the elderly (P=0.001), the number of children was higher (P=0.001), the level of social support was higher, and as the education level of the elderly increased, the level of social support decreased more (P=0.001).

Conclusion: According to the higher level of social support in the rural elderly and the higher quality of life in the rural elderly, as well as the significant relationship between social support and the quality of life in these elderly, it is necessary to develop strategies to improve the level of social support in the urban elderly and quality of life in the rural elderly.

Keywords: *social support, quality of life, elderly*

Received: 2023/03/11 *Accepted: 2023/05/05*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Master of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2 - Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
(**Corresponding Author):E-mail:** mozafaric@yahoo.com
3 - Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
4 - Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در سالمندان جوامع شهری و روستایی شهرستان ایلام

رضا کمالوندی[۱]، مصیب مظفری*[۲]، سارا محمد نژاد[۳]، رضا پاکزاد[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۱۵

چکیده

مقدمه و هدف: افزایش روزافزون تعداد سالمندان، لزوم توجه به حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به‌عنوان عامل مؤثری در ارتقای سلامت آنان، در جوامع شهری و روستایی مطرح می‌کند؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در سالمندان جوامع شهری و روستایی شهرستان ایلام بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که ۱۸۰ سالمند بالای ۶۵ سال ساکن شهر ایلام و ۱۱۰ سالمند روستاهای آن به‌صورت خوشه‌ای از ۳ مرکز و پایگاه بهداشت شهری و ۳ مرکز بهداشت روستایی از آذرماه ۱۴۰۱ تا اسفندماه سال ۱۴۰۱ (۳ ماه) ارزیابی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مخصوص سالمندان-لیپاد و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بود که توسط سالمندان به روش خود اظهاری پاسخ داده شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام گردید.

یافته‌ها: سطح حمایت اجتماعی در سالمندان روستایی بالاتر از سالمندان شهری (P=۰/۰۳) بود. درحالی‌که سطح کیفیت زندگی در سالمندان شهری بالاتر از سالمندان روستایی گزارش شد (P=/۰۳). بین حمایت اجتماعی سالمندان ساکن شهر و روستا با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنادار وجود داشت (P< ۰/۰۰۱). در سالمندان سنین بالاتر (P=۰/۰۰۱)، تعداد فرزندان بیشتر (P=۰/۰۰۱) سطح حمایت اجتماعی بالاتر بوده و هرچه سطح تحصیلات سالمندان افزایش می‌یافت کاهش سطح حمایت اجتماعی بیشتر می‌شد (P=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به سطح بیشتر حمایت اجتماعی در سالمندان روستایی و کیفیت زندگی بالاتر در سالمندان روستایی و همچنین ارتباط معنادار بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در این سالمندان، لازم است راهکارهای جهت ارتقا سطح حمایت اجتماعی در سالمندان شهری و بهبود کیفیت زندگی در سالمندان روستایی تدوین و اجرا گردد.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، سالمندان

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲- استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. (**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** mozafaric@yahoo.com
۳- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۴- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

مقدمه

با توجه به رشد روزافزون تعداد سالمندان در ایران و همچنین تأثیری که سالمندی بر کیفیت زندگی آنان دارد، توجه به این مقوله در سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است. کیفیت زندگی به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی اشاره می‌کند که توسط تجربیات، باورها، انتظارات و درک فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱). کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده زندگی سالم در میان سالمندان است (۲) درحالی‌که کاهش سطح کیفیت زندگی در بین سالمندان انعکاس‌های پنهانی مانند افسردگی، کاهش و از دست دادن اعتمادبه‌نفس، احساس ناامیدی و ناتوانی، یاس، انزوا، استرس روانی، ترس و از دست رفتن کارایی، افزایش ویزیت‌های اورژانس در منزل و بستری شدن در بیمارستان می‌شود (۳). بر اساس آمار اعلام‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی[1] (WHO) پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر جهان به ۲ میلیارد نفر برسد (۴). بر اساس پیش‌بینی‌های جمعیتی در ایران تا سال ۱۴۲۰ تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر به ۱۲ میلیون نفر افزایش‌یافته و سهم جمعیت سالمند به حدود ۱۴ درصد خواهد رسید (۵). دراین‌بین طبق آخرین اطلاعات موجود در سامانه آمار کشوری در سال ۱۳۹۵، سالمندان استان ایلام حدود ۳۵ هزار نفر برآورد شده است (۶). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سطح کیفیت زندگی سالمندان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای پایین است (۴) این سازمان دلایل عدم موفقیت در برنامه‌ها و سیاست‌ها در زمینه کیفیت زندگی سالمندان را فقدان دانش لازم در مورد فرآیند سالمندی و استراتژی‌های ارتقادهنده کیفیت زندگی در سالمندان می‌داند. لذا اهمیت دارد که سطح کیفیت زندگی در سالمندان بررسی گردد تا از این طریق تدوین راهکارهای پیشگیری و مداخلاتی مناسب در دستور کار قرار گیرد(۷). یکی از عوامل تأثیرگذار بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان، حمایت اجتماعی است(۸)؛ در حمایت اجتماعی، فرد تحت مراقبت افرادی قرار گرفته و در صورت نیاز می‌تواند از کمک این افراد بهره گیرد(۹). این حمایت عمدتاً توسط اعضای خانواده، دوستان نزدیک یا جامعه ارائه می‌شود (۱۰). نتایج یک مطالعه نشان‌دهنده سطح حمایت اجتماعی پایین در سالمندان بود و سطح حمایت اجتماعی پایین با افزایش سن سالمندان ارتباط مستقیم داشت (۱۱). علل کاهش حمایت اجتماعی از سالمندان از عوامل شخصی تا اجتماعی متغیر است؛ مهم‌ترین دلایل شخصی در کاهش حمایت اجتماعی از سالمندان را می‌توان با وقایعی مانند از دست دادن همسر و از دست دادن توانایی‌های عملکردی مرتبط دانست (۱۲). نتایج یک مطالعه نشان داد که سالمندان ساکن در شهرها به نسبت سالمندان ساکن روستا از احساس تنهایی بیشتری رنج می‌برند و شدت این احساس ارتباط مستقیمی با میزان انزوای اجتماعی در سالمندان و میزان تعامل آنان با اعضای خانواده و دوستان و به‌طورکلی شبکه‌ی اجتماعی دارد (۱۳)

گزارش شده که سطح بالاتر حمایت اجتماعی با بهبود خود مراقبتی در سالمندان مرتبط بوده است (۱۴). اهمیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سالمندان به این دلیل است که سطح پایین آن در سالمندان در افزایش میزان احساس تنهایی، کاهش رضایت از زندگی و بهزیستی روانی در آنان نقش داشته و به‌عنوان مانعی برای داشتن کیفیت زندگی مناسب و سالمندی موفق شناخته می‌شود (۱۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سالمندانی که از

[1] World Health Organization

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

حمایت اجتماعی بهتری برخوردار هستند، کمتر از بیماری‌های جسمی و روانی رنج می‌برند و حمایت اجتماعی کافی می‌تواند به کاهش وضعیت ضعیف افراد سالمند ساکن جامعه کمک کند (۱۶, ۱۷). نتایج مطالعه‌ای دیگر این فرضیه را مطرح می‌کنند که حمایت اجتماعی یک پیش‌بینی کننده مهم بعد روانی کیفیت زندگی در بین سالمندان مبتلا به فشارخون بالا و دیابت بوده است (۱۸, ۱۹). نتایج مطالعه استورات[1] و همکاران نشان داد؛ حمایت اجتماعی در سطح بالا می‌تواند در بهبود بعد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در بین سالمندان مؤثر باشد (۲۰). به‌عبارت‌دیگر سطح پایین حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند به درماندگی، تغییرات جسمانی، از دست دادن کنترل، احساس تنهایی در سالمند منجر شود و کارکردهای زندگی عادی آن‌ها به‌عنوان مصداقی از تعریف کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار دهد (۲۱). افزایش آمار سالمندان و درنتیجه آن بروز اختلالات دوره پیری و بیماری‌های مزمن به‌عنوان یک نگرانی بزرگ در زمینه کیفیت زندگی در این گروه سنی در بین مراکز مراقبتی و درمانی مطرح می‌باشد. بنا بر مطالب ذکرشده احتمال وجود ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد اما به علت محدودیت انجام مطالعه در این زمینه، فرضیه‌های مطرح‌شده را نمی‌توان به‌طورقطع تأیید کرد که این مسئله ضرورت انجام مطالعات بیشتر را می‌رساند. مطالعات کافی در حیطه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ارتباط بین آن‌ها در بین سالمندان ساکن مناطق شهری و روستایی در داخل و خارج از کشور وجود ندارد با در نظر گرفتن اهمیت توجه به عوامل روان‌شناختی بخصوص احساس تنهایی در جمعیت سالمندان و اهمیت کیفیت زندگی در آنان، اهمیت بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در سالمندان جهت انجام مداخلات لازم در راستای ارتقا حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در بین سالمندان مفید واقع شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان جوامع شهری و روستایی ایلام انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی –مقطعی است که جامعه مطالعه آن سالمندان شهرستان ایلام و روستاهای تابعه بودند. معیار ورود به مطالعه شامل؛ سن بالای ۶۵ سال، توانایی کلامی، بینایی و شنوایی، زندگی در شهرستان ایلام و روستاهای تابعه و رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه بروز معلولیت و بیماری ناتوان‌کننده بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۲) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و دقت ۰/۵ بر اساس فرمول $n = \frac{z^2 s^2}{d^2} = \frac{1.96^2 3.91^2}{0.5^2}$ و در نظر گرفتن ریزش احتمالی ۲۹۰ نفر برآورد گردید که با توجه به اطلاعات موجود در سازمان آمار کشوری و اینکه نسبت سالمندی شهری شهرستان ایلام ۶۵ درصد و نسبت سالمندان روستایی ۳۵ درصد بود(۶)، تعداد ۱۸۰ نفر از نمونه‌ها از سالمندان شهری و ۱۱۰ نفر از سالمندان روستایی به‌صورت خوشه‌ای وارد مطالعه شدند. ابتدا نقشه خوشه‌بندی‌شده شهرستان ایلام تهیه شد و محدوده ی تحت پوشش مراکز و پایگاه های بهداشتی بصورت بلوک مشخص شده و هر بلوک نیز

[1] Stewart

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

یک خوشه در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه های شهری از بین ۱۰ مرکز بهداشت موجود بصورت تصادفی ۳ محدوده ی تحت پوشش مراکز بهداشت انتخاب شده و بصورت تصادفی نیز از هر محدوده ۳ بلوک به عنوان ۳ خوشه (مجموعا ۹ خوشه) انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه های روستایی نیز ۳ روستای هفت چشمه، سرطاف و چالسرا بصورت تصادفی انتخاب شدند که با توجه به محدوده ی روستایی مجموعا از هر روستا ۲ خوشه انتخاب شده و نمونه گیری از تاریخ آذر ماه لغایت اسفنده ماه سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها دراین پژوهش پرسشنامه مشخصات فردی–اجتماعی سالمندان، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مخصوص سالمندان–لیپاد[1] و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده[2] زیمت[3] و همکاران (۱۹۸۸) بود. پرسشنامه مشخصات فردی–اجتماعی سالمندان شامل گزینه های سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات، بیماری زمینه ای، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان بود. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مخصوص سالمندان–لیپاد، در سال ۱۹۹۸ توسط دیگو[4] و همکاران طراحی شده است (۲۳) که شامل ۳۱ سوال می‌باشد که هفت بعد کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند که شامل بعد فیزیکی (۵ سوال)، خودمراقبتی (۶ سوال)، افسردگی و اضطراب (۴ سوال)، شناختی (۵ سوال)، اجتماعی (۳ سوال)، رضایت از زندگی (۶ سوال) و مسائل جنسی (۲ سوال) بود. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار درجه ای از نمره ۰ (بدترین حالت) تا نمره ۳ (بهترین حالت) بود. حد پایین نمرات ۰، حد متوسط ۴۶ و حد بالا ۹۳ بود و نمره ی ۰ تا ۳۱ نشان دهنده کیفیت زندگی پایین، نمره ۳۲ تا ۴۶ نشان دهنده کیفیت زندگی متوسط و نمره ی بالاتر از ۴۶ کیفیت زندگی بالای سالمند را نشان می دهد (۲۴, ۲۵). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد تایید بوده است (۲۶–۲۸). درایران نیز این پرسشنامه توسط حسام زاده و همکاران (۱۳۸۳) ترجمه و روانسنجی شده است که پایایی ابزار با الفای کرونباخ ۰/۸۷ تایید گردید (۲۹). همچنین در پژوهش سجادی و بیگلریان پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۸۷ درصد به دست آمد (۲۵). در مطالعه حاضر نیز نتایج پایایی این پرسشنامه به روش آزمون –بازآزمون با آلفا کرونباخ ۰/۸۶۵ مورد تایید است. پرسشنامه مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده یک ابزار ۱۲ ماده ای است که توسط زیمت و همکارانش در سال ۱۹۸۸ طراحی و تنظیم شده است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده (۴ سوال)، اجتماع (۴ سوال) و دوستان (۴ سوال) نمره گذاری بر اساس لیکرت هفت درجه ای از ۱ (کاملا مخالفم) تا ۷ (کاملا موافقم) می‌سنجد. حداقل نمره فرد در کل مقیاس ۱۲ و حداکثر نمره نیز ۸۴ بود و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، جامعه و دوستان حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ محاسبه شد. نمره ی بیشتر کسب شده نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر بود (۳۰). زیمت و همکاران پایایی این پرسشنامه را در در بعد خانواده با آلفاکرونباخ ۰/۹۵ در بعد جامعه ۰/۹۳ و ۰/۹۳ محاسبه و تایید کرده اند(۳۰). در ایران این پرسشنامه توسط سلیمی و همکاران ترجمه و روانسنجی شده است که نتایج پایایی بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود (۳۱). در مطالعه حاضر نیز نتایج پایایی این پرسشنامه به روش آزمون –بازآزمون با بررسی ضریب همبستگی پیرسون و ارزیابی همسانی درونی با محاسبه آلفای

[1] Lipad
[2] Multidimensional Scale of Perceived Social Support
[3] Zimet
[4] De Leo

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

کرونباخ (۰/۸۷۲) مورد تایید قرار گرفت. این پژوهش بعد از دریافت کد اخلاق و دریافت معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شد. ابتدا بعد از مشخص شدن هر خوشه پژوهشگر با مراجعه به آدرس آنها در ضلع جنوب غرب این خوشه قرار گرفت و سپس به صورت خلاف عقربه های ساعت شروع به نمونه گیری از خانوارها شد و تا اتمام حجم نمونه هر خوشه ادامه پیدا کرد. پژوهشگر ضمن معرفی خود به سالمندان، توضیح اهداف پژوهش و پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه، اطمینان دادن به سالمندان برای حفظ محرمانه بودن اطلاعات و نحوه پاسخ به سوالات پرسشنامه‌ها، دو پرسشنامه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده را در اختیار آنان قرار داده و به آنان فرصت داد تا به سوالات پاسخ دهند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه۲۶ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (تعداد،درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون آماری تحلیلی رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری $P< ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۹۰ سالمند ساکن شهر و روستاهای تابع شهر ایلام مورد بررسی قرار گرفتند که اکثریت مرد (۵۶/۲ درصد) بوده و ۳۹ درصد سالمندان بین سن ۶۵ تا ۷۵ سال و ۳۴ درصد آنان بین بازه سنی ۸۵-۷۶ سال بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش (۲۹۰ نفر)

متغیر		فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	۱۶۳ (۵۶/۲)
	زن	۱۲۷ (۴۳/۸)
گروه سنی	۶۵-۷۵ سال	۱۱۳ (۳۹)
	۷۶-۸۵ سال	۹۹ (۳۴/۱)
	۸۶-۹۵ سال	۵۳ (۱۸/۳)
	۹۶ سال و بالاتر	۲۵ (۸/۶)
وضعیت تأهل	مجرد	۲ (۰/۷)
	متاهل	۱۷۴ (۶۰)
	مطلقه	۷ (۲/۴)
	بیوه	۱۰۷(۳۶/۹)
تحصیلات	بی سواد	۱۳۴ (۴۶/۲)
	ابتدایی	۶۷ (۲۳/۱)
	راهنمایی	۵۴ (۱۸/۶)
	دیپلم	۳۰ (۱۰/۳)
	بیش از دیپلم	۵ (۱/۷)
تعداد فرزندان	کمتر از ۳	۴۴ (۱۵/۱۷)
	۳-۶ فرزند	۱۷۸(۶۱/۳۷)
	بیشتر از ۶ فرزند	۶۸(۲۳/۴۴)
محل سکونت	شهر	۱۸۰ (۶۲/۱)
	روستا	۱۱۰(۳۷/۹)
بیماری	بله	۱۵۸ (۵۴/۵)
	خیر	۱۳۲ (۴۵/۵)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

مطابق با نتایج جدول ۲؛ میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی نمونه های مورد مطالعه ۱۵/۳ ±۲۸/۵ بود. سطح حمایت اجتماعی در سالمندان روستایی بالاتر بود (P=۰/۰۳). همچنین میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی ۱۳/۲۶ ± ۳۵/۸۸ و سطح کیفیت زندگی در سالمندان شهری بالاتر از روستایی بود (P=۰/۰۳).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره حمایت اجتماعی و ابعاد آن و میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن‌ها در سالمندان شهری و روستایی مورد مطالعه

متغیر	میانگین ±انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
حمایت خانواده	۱۰/۱۷ ±۵/۶۱	۴	۲۸
حمایت دوستان	۸/۹۵ ± ۶/۰۷	۴	۲۸
حمایت جامعه	۹/۸۳ ± ۵/۲۲	۴	۲۸
میانگین نمره کل حمایت اجتماعی کل سالمندان مورد مطالعه (هر دو گروه شهری و روستایی)	۲۸/۸ ± ۱۵/۳	۱۲	۸۴
مقایسه تفاوت میزان حمایت اجتماعی سالمندان روستایی با سالمندان شهری	ضریب رگرسیون	خطای معیار	مقدار احتمال
	۳/۷۹۸	۱/۸۰۹	۰/۰۳۷
بعد فیزیکی	۵/۳۱ ± ۲/۸۹	۰	۱۵
بعد خود مراقبتی	۷/۴۴ ± ۳/۹	۰	۱۸
بعد افسردگی	۵/۷ ± ۳/۲	۰	۱۲
بعد شناختی	۶/۶۶ ± ۳/۲۹	۰	۱۵
بعد اجتماعی	۳/۹۴ ± ۲/۱۴	۰	۹
بعد رضایت	۳/۳۸ ± ۲/۵۴	۰	۱۸
بعد جنسی	۲/۵۳ ± ۱/۵۸	۰	۶
میانگین نمره کل کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه (در هردو گروه سالمندان شهری و روستایی)	۳۵/۸۸ ± ۱۳/۲۶	۰	۹۳
مقایسه تفاوت سطح کیفیت زندگی سالمندان روستایی با سالمندان شهری	ضریب رگرسیون	خطای معیار	مقدار احتمال
	-۳/۴۸۷	۱/۵۹۴	۰/۰۳۰

مطابق با نتایج جدول ۳؛ تاثیر حمایت اجتماعی، حمایت دوستان و حمایت جامعه بر بعد فیزیکی کیفیت زندگی سالمندان شهری (P< ۰/۰۰۱) و تاثیر حمایت خانواده بر بعد فیزیکی کیفیت زندگی سالمندان روستایی بیشتر بود (P< ۰/۰۰۱). نتایج نشان‌دهنده تاثیر بیشتر حمایت اجتماعی و ابعاد آن بر ابعاد خودمراقبتی و افسردگی کیفیت زندگی در سالمندان شهری به نسبت سالمندان روستایی (P< ۰/۰۰۱) و تاثیر بیشتر حمایت اجتماعی در بعد حمایت دوستان، بر بعد شناختی کیفیت زندگی سالمندان شهری (۰/۰۰۱ >P) و تاثیر بیشتر ابعاد حمایت خانواده و حمایت جامعه بر بعد

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

شناختی کیفیت زندگی سالمندان روستایی بود (P< ۰/۰۰۱). حمایت اجتماعی کل و ابعاد آن تاثیر بیشتری بر بعد اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان روستایی به نسبت سالمندان شهری داشت (P< ۰/۰۰۱). تاثیر بیشتر حمایت اجتماعی کل بر ابعاد رضایتمندی و رضایت جنسی کیفیت زندگی سالمندان شهری به نسبت سالمندان روستایی بود (P< ۰/۰۰۱).

جدول ۳: ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده باکیفیت زندگی در نمونه های مورد مطالعه

		حمایت خانواده	حمایت دوستان	حمایت جامعه	حمایت اجتماعی کل
بعد فیزیکی	سالمندان	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱	R^2 =۰/۳۱
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد خود مراقبتی	سالمندان	R^2 =۰/۴۵	R^2 =۰/۴۱	R^2 =۰/۴۲	R^2 =۰/۱۹
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۳۷	R^2 =۰/۳۰	R^2 =۰/۴۰	R^2 =۰/۱۲
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد افسردگی	سالمندان	R^2 =۰/۴۲	R^2 =۰/۳۲	R^2 =۰/۳۹	R^2 =۰/۱۵
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۳۴	R^2 =۰/۲۶	R^2 =۰/۳۷	R^2 =۰/۱۲
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد شناختی	سالمندان	R^2 =۰/۴۴	R^2 =۰/۳۹	R^2 =۰/۴۷	R^2 =۰/۱۸
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۴۴	R^2 =۰/۳۵	R^2 =۰/۴۷	R^2 =۰/۱۵
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد اجتماعی	سالمندان	R^2 =۰/۱۳	R^2 =۰/۱۸	R^2 =۰/۲۰	R^2 =۰/۷۵
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۱۹	R^2 =۰/۱۹	R^2 =۰/۲۴	R^2 =۰/۷۷
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد رضایت	سالمندان	R^2 =۰/۲۶	R^2 =۰/۱۶	R^2 =۰/۲۳	R^2 =۰/۸۸
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۲۱	R^2 =۰/۱۳	R^2 =۰/۲۱	R^2 =۰/۶۸
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
بعد جنسی	سالمندان	R^2 =۰/۰۹	R^2 =۰/۰۶	R^2 =۰/۰۷	R^2 =۰/۰۳
	شهری	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱
	سالمندان	R^2 =۰/۰۷	R^2 =۰/۰۴	R^2 =۰/۰۷	R^2 =۰/۰۲
	روستایی	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱	P< ۰/۰۰۱

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

مطابق با نتایج جدول ۴ بین محل سکونت (P=۰/۰۳)، سن (P=۰/۰۰۱) و تعداد فرزندان (P=۰/۰۰۱) سالمندان با حمایت اجتماعی ارتباط معنادار و بین سطح تحصیلات و حمایت اجتماعی نمونه های مورد مطالعه ارتباط معکوس گزارش گردید (P=۰/۰۰۱).

جدول ٤: ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و متغیر های دموگرافیک سالمندان جوامع شهری و روستایی

	متغیر	R^2	P-Value*
حمایت اجتماعی کل سالمندان مورد مطالعه (شهری و روستایی)	سکونت	۳/۷۹	/۰۳۷ ۰
	سن	۸/۱۵	/۰۰۱ ۰
	جنسیت	-۱/۶۰	/۳۶۷ ۰
	تحصیلات	-۵/۲۱	/۰۰۱ ۰
	وضعیت تاهل	۳/۲۷	/۰۰۱ ۰
	بیماری	-۲/۰۲	/۲۵۴ ۰
	تعداد فرزندان	۱۱/۵۲	/۰۰۱ ۰

*آزمون رگرسیون خطی

بحث و نتیجه گیری

مطابق با یافته های مطالعه حاضر؛ میزان حمایت اجتماعی کل در کلیه سالمندان مورد مطالعه (روستایی و شهری) در سطح متوسط قرار داشت و در مقایسه بین سالمندان شهری و روستایی میزان حمایت اجتماعی در سالمندان روستایی بالاتر از سالمندان شهری بود. نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۹) غیرهمسو با نتایج مطالعه نشان داد که در اکثریت سالمندان حمایت اجتماعی در سطح بالا بوده است. نتایج چند مطالعه دیگر نیز نشان‌دهنده بالابودن سطح حمایت اجتماعی بود (۳۲-۳۵) که از جمله دلایل عدم همسویی بین نتایج می‌توان به تفاوت بین ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی، تعامل بیشتر دوستان سالمندان ساکن در روستاها با یکدیگر اشاره کرد. نتایج مطالعه لین[1] و همکاران (۲۰۲۰) (۳۶) و چند مطالعه دیگر (۳۷, ۳۸) غیرهمسو با نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده سطح پایین حمایت اجتماعی در بین سالمندان بود. از آنجایی که سالمندان مورد مطالعه در این پژوهش ها سالمندان ساکن روستاها و یا مراکز نگهداری از سالمندان بودند و درنظر گرفتن این مسئله که ارتباطات اجتماعی و حمایت اجتماعی به محل سکونت سالمندان مرتبط است (۳۹-۴۱). بنابراین محل سکونت متفاوت سالمندان مورد مطالعه از جمله دلایل عدم

[1] Liu

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

همسویی با نتایج مطالعه حاضر می باشد. مطابق با یافته های مطالعه حاضر؛ در بین ابعاد حمایت اجتماعی در بین سالمندان مورد مطالعه در هر دو گروه شهری و روستایی بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد حمایت خانواده و کمترین مربوط به بعد حمایت دوستان بود. بنابر یافته ها سالمندان مورد مطالعه از حمایت خانواده شان بیشترین بهره را برده بودند که این مسئله نشان‌دهنده توجه اعضای خانواده سالمندان نسبت به برقراری ارتباط بیشتر با آنان است. علت پایین‌تر بودن میزان حمایت دوستان، احتمالا به دلیل کهولت سن سالمندان و ابتلای آنان به بیماری‌های مزمن شایع دوره سالمندی و درگیر شدن در درمان این بیماری ها می باشد که سبب شده است آن‌ها با سایر سالمندان کمتر تعامل اجتماعی داشته باشند. سالمندان ساکن روستا به دلیل صمیمت بین ساکنین روستا و رفت و آمد بیشتر بین ساکنین روستا با یکدیگر و احترام بیشتری که ساکنین روستا به سالمندان دارا می‌باشند از جمله دلایل بالاتربودن میزان حمایت اجتماعی در بین آنان می‌باشد. نتایج چند مطالعه دیگر نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی بالاتر خانواده از سالمندان و حمایت پایین دوستان از سالمندان بوده است (۴۲-۴۴). با توجه به همسویی بین نتایج حاضر با مطالعات دیگر احتمالا سالمندان به دلیل شرایط جسمانی و روانی دوره سالمندی به حمایت اجتماعی توسط خانواده و اجتماع نیاز بیشتری داشته و به همین دلیل از حمایت دوستان سالمند خود غافل می شوند. مطابق با یافته های مطالعه حاضر در سالمندان سنین بالاتر، تعداد فرزندان بیشتر، سطح حمایت اجتماعی بالاتر را رقم زده و هرچه سطح تحصیلات سالمندان افزایش می یابد کاهش سطح حمایت اجتماعی بیشتر احساس می‌شود. همچنین در سالمندان با سنین بالاتر به دلیل شدت یافتن بیماری‌های مزمن و شرایط سخت تر روانشناختی و جسمانی سطح تعامل اجتماعی در آنان کاهش یافته و نمی توانند در فعالیت های اجتماعی شرکت کنند. به همین دلیل دوستان و اعضای خانواده سعی در افزایش میزان برقراری ارتباط با سالمندان به دلیل شرایط روانی و جسمانی خاص آنان را دارند. سالمندان با سطح تحصیلی بالاتر انتظار بیشتری برای حمایت جامعه دارند که متاسفانه در روستاها به دلیل امکانات اجتماعی و زیرساخت توسعه نیافته اجتماعی، این انتظار برآورده نمی شود. نتایج چند مطالعه دیگر نیز یافته های مطالعه حاضر را مبنی بر ارتباط بین سن، تعداد فرزندان و همچنین سطح تحصیلات و حمایت اجتماعی تأیید می‌کنند (۳۲, ۳۸, ۴۵).

مطابق با یافته های مطالعه حاضر کیفیت زندگی سالمندان مورد مطالعه از سطح متوسطی برخوردار بود و در مقایسه بین میزان کیفیت زندگی بین سالمندان شهری و روستایی، سطح پایین تر کیفیت زندگی در سالمندان روستایی گزارش شد که کاهش کیفیت زندگی در سالمندان روستایی نبود و یا کمبود امکانات پایین اجتماعی، درمانی، بهداشتی و سایر امکانات رفاهی باشد. نتایج مطالعه سمادارشی[1] همکاران (۲۰۲۱) نشان‌دهنده کیفیت زندگی نامطلوب در بین سالمندان مورد مطالعه بود (۴۱) که با نتایج مطالعه حاضر غیرهمسو می باشد که علت عدم همسویی نتایج به دلیل شرایط زندگی متفاوت سالمندان هر دو مطالعه و امکانات موجود در مکان زندگی آن‌ها و وضعیت امکانات رفاهی و زندگی در بین مطالعه است. اما نتایج چند مطالعه دیگر نیز نشان‌دهنده سطح پایین کیفیت زندگی سالمندان بود (۴۶-۴۹). از جمله دلایل احتمالی تفاوت بین نتایج مطالعات غیرهمسو با نتایج مطالعه حاضر

[1] Samadarshi

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

را می‌توان در تفاوت بین عوامل تاثیر گذار در کیفیت زندگی سالمندان از جمله سن و جنسیت سالمندان، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان کفایت درآمد، افسردگی، دسترسی به خدمات بهداشتی، بیماری‌های مزمن، میزان انجام فعالیت های روزانه، مکان زندگی انها دانست که لازم است در مطالعات آینده به نقش متغیرهای فردی–اجتماعی تاثیرگذار در تعیین وضعیت کیفیت زندگی سالمندان توجه شوند. بنابر نتایج مطالعه حاضر بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین سالمندان شهری و روستایی مورد مطالعه ارتباط معنادار وجود داشت به طوری که حمایت اجتماعی و ابعاد آن تاثیر بیشتری بر ابعاد فیزیکی، خودمراقبتی، افسردگی، شناختی، رضایتمندی از زندگی و رضایت جنسی کیفیت زندگی سالمندان شهری به نسبت سالمندان روستایی داشت و در سالمندان روستایی حمایت اجتماعی و ابعاد آن بیشتر در ابعاد فیزیکی، شناختی و اجتماعی آنان تاثیر داشته است. نتایج مطالعات انجام شده نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده ارتباط معنادار بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در سالمندان شهری (۵۰–۵۲) و سالمندان روستایی (۵۳–۵۵) می باشد. در تبیین این یافته می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که حمایت اجتماعی کمکی است که افراد سالمند اعم از سالمندان شهری و روستایی از جانب خانواده، دوستان و جامعه در شرایط دشوار سالمندی و ابتلا به بیماری‌های مزمن دریافت می‌کند که می‌تواند به‌عنوان نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای مواجهه موفقیت‌آمیز آنان در شرایط پرمخاطره و تنش‌زای دوره سالمندی درنظر گرفته شود. همسویی نتایج مطالعات مطرح شده با مطالعه حاضر نشان می‌دهد حمایت اجتماعی از سوی خانواده یا دوستان و جامعه یک عامل بهزیستی روانی می باشد که برای سلامت مهم سالمندان حیاتی است و با در نظر گرفتن تأثیرگذاری حمایت اجتماعی بر ابعاد مختلف کیفیت زندکی در سالمندان می‌توان تخمینی از وضعیت کیفیت زندگی آنان را در نظر گرفت. بنابراین، هریک از ابعاد حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و جامعه) هستند که سلامت سالمندان را ارتقا داده یا پیش بینی می‌کنند. در عین‌حال، بدتر شدن سلامت در دوران سالمندی مستلزم مشارکت و تعامل اجتماعی بیشتر است که به‌عنوان محافظ سلامت و ارتقا کیفیت زندگی عمل می کند. با توجه به جست و جوهای پژوهشگر در پایگاه های داده های علمی مطالعه‌ای که به‌طور همزمان مقایسه ای را در زمینه ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی را باکیفیت زندکی سالمندان ساکن شهر و روستا را مورد بررسی قرار دهد، وجود نداشت بنابراین مطالعه حاضر می‌تواند به‌عنوان یک مطالعه مبتنی بر شواهد در پژوهش های آینده مورد استفاده قرار بگیرد. ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تاثیر فرهنگ و باورهای اجتماعی، شرایط اقتصادی –اجتماعی و برخی خصوصیات فردی –اجتماعی دخیل در کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بین سالمندان اشاره کرد. همچنین شرایط روحی و روانی سالمندان نیز ممکن است در نحوه پاسخگویی به سؤالات پژوهش تاثیر گذار بوده باشد. عدم اطلاع سالمندان نسبت به شیوه ی پر کردن اطلاعات پرسشنامه از مهم‌ترین محدودیت های پژوهش حاضر بود که برای رفع یا کاهش آن، در مورد مطالعه و سوالات آن، آگاهی لازم به شرکت کنندگان داده شد. در این مطالعه با توجه به اینکه ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود، صحت پاسخگویی دقیق به سوالات بر پژوهش گر پوشیده است. به همین دلیل پژوهش گر با ارائه توضیح اهمیت موضوع و اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان، ارائه پرسشنامه به آنان در زمان و

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

شرایط مناسب، دادن فرصت کافی برای تکمیل پرسشنامه سعی کرد که مشارکت افراد در پژوهش را جهت ارائه اطلاعات صحیح جلب نماید.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر؛ سالمندان ساکن روستا از سطح بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردار بودند درحالی‌که سطح کیفیت زندگی در سالمندان روستایی پایین تر بود و بین سطح حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین سالمندان شهری و روستایی ارتباط معنادار وجود داشت. از بین عوامل فردی –اجتماعی نیز سن، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات سالمندان با سطح حمایت اجتماعی درآنان ارتباط معنادار داشت. با توجه به یافته های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در جهت ارتقا سطح حمایت اجتماعی سالمندان شهری با در نظر گرفتن عوامل فردی – اجتماعی مؤثر در حمایت اجتماعی سالمندان از طریق ارائه برنامه های آموزشی و حمایتی به سالمندان شهری گام بردارند. همچنین با توجه به سطح پایین کیفیت زندگی در سالمندان روستایی پیشنهاد می‌شود، امکانات و تسهیلات موجود در شهر ها نظیر امکانات بهداشتی، درمانی، اجتماعی، اقتصادی در روستاها نیز تا حدالامکان توسط مراجع مربوطه فراهم شده و در جهت بهبود وضعیت کیفیت زندگی سالمندان روستایی اهتمام ورزیده شود. همچنین جهت دستیابی به این اهداف لازم است پرستاران و مدیران برنامه ریزی در حوزه سلامت سالمندان نسبت به بهبود وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان شهری و روستایی، همکاری لازم را با مسئولین مربوطه داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش سالمندان مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام با کد اخلاق IR.MEDILAM.REC.1401.141 می باشد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران و مسئولین محترم دانشکده پرستاری و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام و مدیریت مراکز خدمات سلامت شهری و روستایی شهرستان ایلام به‌منظور همکاری در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

References

1.Pais-Ribeiro JL. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Clinical nutrition. 2004;23(1):121-30.
2.Parsuraman G, Vijayakumar, P., Eashwar, V. A., Dutta, R., Mohan, Y., Jain, T., ... & Sivakumar, K. An epidemiological study on quality of life among elderly in an urban area of Thirumazhisai, Tamilnadu. J Family Med Prim Care, . 2021;10(6):229..
3de Oliveira LDSSCB, Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. Trends psychi psychother 2019;41:36-42..
4.WHO. Ageing World Health Organization https://wwwwhoint/health-topics/ageingAccsessin1June2022 2022.
5.Kalamir AB, R.; Graham, P.; Vitiello ,A.L.; Pollard, H. Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: A randomized controlled trial. J Manip Physiol 2012(35):26–37.
6.Ilam A. Amar Ilam. In: divisions Nsa, editor. 1395.
7.Elder abuse [Internet]. World Health Organization 2020 [cited Avilable in 7 Septamber2020]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse.
8.M. Moosavi AM. Analyzing Life Quality of Retired Elderly in Tehran (Focusing on formal and informal social support ,(Social Development & Welfare Planing,. Magiran. 2011;2(7):137.
9.Cohen S GB, Underwood LG. . Social relationships and health. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press; 2000.
10.Verheijden MW BJ, van Weel C, Koelen MA, van Staveren WA. . Role of social support in lifestyle-focused weight management interventions. Eur J Clin Nutr. 2005;59(1):179-86.
11.Van As BAL, Imbimbo, E ,.Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. . The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. . Inter Psychogeriatric. 2021: 1-13..
12.Tesch-Roemer CaH, O. Social isolation and loneliness in old age. In: B. G. Knight (Ed.), The Oxford Encyclopedia of Psychology and Aging:. New York: Oxford University Press. 2019:1146–67.
13.Guner TA, Erdogan, Z., & Demir, I. . The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. OMEGA-J Death Dying,. 2021: 00302228211010587..
14.Khin ET, Aung, M. N., Ueno, S., Ahmad, I., Latt, T. S., Moolphate, S., & Yuasa, M. Social Support between Diabetes Patients and Non-Diabetes Persons in Yangon, Myanmar: A Study Applying ENRICHD Social Support Instrument. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(14):7302..
15.Peterson TL, Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Nguyen, A. W. Subjective well-being of older African Americans with DSM IV psychiatric disorders. J Happiness Stu. 2014;15(5): 1179–96.
16.Duppen D VdEM, Dury S, Lambotte D, De Donder L. The social environment's relationship with frailty: evidence from existing studies. J Appl Gerontol. 2019;38:3–26.
17.Liu Y, Meng, H., Tu, N., & Liu ,D. . The Relationship Between Health Literacy, Social Support, Depression, and Frailty Among Community-Dwelling Older Patients With Hypertension and Diabetes in China. Frontiers in Public Health. 2020;8:280.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

18.Nam EJ LJ. Mediating effects of social support on depression and suicidal ideation in older korean adults with hypertension who live alone. J Nurs Res. 2019;27::e20.
19.Burns RJ DS, Schmitz N. Associations between depressive symptoms and social support in adults with diabetes: comparing directionality hypotheses with a longitudinal cohort. Ann Behav Med. 2016;50:348–57.
20.Stewart DW RL, Correa-Fernandez V, Cano MA, Adams CE, Cao Y, et al. Social support mediates the association of health literacy and depression among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. J Behav Med 2014;37:1169–79.
21.Khalvati M BM, Khalvati M, Nafei A, Khalvati M, Ghafuri R. . . Death Anxiety in the Elderly in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. Iran J Age. 2021;16(2):152-71 (Persian.(
22.Faramarzi M, Hosseini, S. R., Cumming, R. G., Kheirkhah, F., Parsaei, F., Ghasemi, N., & Bijani, A. (2015). A negative association between social support and depression in the elderly population of Amirkola City. 2015;8(8.(
23.De Leo D DFW, Lonnqvist J, Trabucchi M, Cleiren H P D, Giovani B, et al. An internationally applicable instrument to access quality of life in elderly,LEIPAD, . Behav Med, Washington,. 1998;24(1):17-29. .
24.C. B. Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus: Wilder Research center; 2003.
25.Sajadi. H. BA. Quality of life among elderly women in Kahrizak charity Foundation, Tehran, Iran. Payesh. 2007;6(2):105.
26.Burra P, De Bona, M., Canova, D., Feltrin, A., Ponton ,A., Ermani, M., et al. . Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation. Acta Gastroenterologica Belgica. 2005;68(1):19–25.
27.Colombo G, Buono, M. D., Smania, K., Raviola, R & ,.De Leo, D. Pet therapy and institutionalized elderly: A study on 144 cognitively unimpaired subjects. Shannon, IRLANDE: Elsevier. 2006;42(2):1-10.
28.Condello C, Padoani, W., Uguzzoni, U., Caon, F., & De Leo, D. . Personality disorders and self-perceived quality of life in an elderly psychiatric outpatient population. Psychopathology,. 2003;36(2):78–83. .
29.Ali Hesamzadeh SSBM, Frahnaz Mohammadi, Masoud Fallahi Khoshknabmehdi Rahgozar. Comparison of Elderlys Quality of Life Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. Iranian Journal of Ageing. 2010;4(14):66.
30.Zimet GD DN, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Personal Assess. 1988;52:30-41.
31.Salimi A, Jokar, B, Nik POR, R. Internet connections in life: exploringthe role of perceived social support and feeling on the inern. Journal of research Psychological Studies. 2009;5(3):81-102.
32.Mohammadi F BF, Hosseini R. Successful Aging Focused on the Dimensions of Perceived Social Support and Mental Vitality in the Elderly Referred to the Health Centers of Iran University of Medical Sciences (2020). . Iran Journal of Nursing. 2021;34(131):55-69 (Persian.(
33.Dai Y ZC, Zhang BQ, Li Z, Jiang C, Huang HL Social support and the self-rated health of older people: a comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. . Medicine. 2016;95(24):e3881. .
34.Thiratanachaiyakul . K. The influence of social support and quality of life on happiness of elderly people in Bangkok, Pathum Thani, Nonthaburi and Samut Prakan. J Bus Adm Assoc Priv High Educ Inst Thail. 2021;10(1):30–48

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

35.Brailovskaia J SP, Kochetkov Y, Margraf J What does migration mean to us? USA and Russia: relationship between migration, resilience, social support, happiness, life satisfaction, depression, anxiety and stress. . Curr Psychol 2019;38:421–31.
36.JiaoLu N, DanhuiMao. How social isolation and loneliness effect medication adherence among elderly with chronic diseases: An integrated theory and validated cross-sectional study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2020;90:104-54.
37.Seddigh, M ., Hazrati,M., JokarM., Mansouri,M., . A Comparative Study of Perceived Social Support and Depression among Elderly Members of Senior Day Centers, Elderly Residents in Nursing Homes, and Elderly Living at Home. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(2):160–5.
38.Ahmed HAAEK, Mohamed, B.E.S. Relationship between morality, happiness, and social support among elderly people. Middle East Curr Psychiatry. 2022;29:31.
39.Amorim SM FL ,Valentini F. . Predictors of happiness among retired from urban and rural areas in Brazil. Psicol Reflex Crit. 2017;30(1):2.
40.Usha V LK. Quality of life of senior citizens: A Rural-Urban comparison. Indian J Soc Psychiatry 2016;32:158.
41.Samadarshi SCA, Taechaboonsermsak, P., Tipayamongkholgul, M., & Yodmai, K. Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. J Health Rese. 2021;2021:1-10.
42.Sadegh Moghaddam. L, Delshad Novbaghi.,A., Farhadi .,A., . Life Satisfaction in older adults: Role of Perceived Social Support. J Sabzevar Uni Med Sci. 2016;22(6):1-9.
43.Jobehdari . H, Baradaran.,M., Ranjbar .,F., Asghari .,H.,. The role of perceived social support, the center of health control and basic psychological needs in the mental well-being of the elderly. Ageing Soc. 2018;14(4): 213-23.
44.Ahmadi A SM, Pahlevan Sharif S, Motalebi SA... Association between Perceived Social Support and Happiness among Community-dwelling Elderly Adult. J Qazvin Uni Med Sci۳۱.-۳۲۰:(٤)۲۳;۲۰۱۹ .
45.Ibrahim HS AA. Social support and morality among community dwelling elders. J Health Med Nurs 2020;70:2422-8419.
46Seangpraw K RN, Ratanasiripong P. Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. J Health Res. 2019;33(6):450-9.
47Yodmai K SR, Kumar R. . Determinants of quality of life among rural elderly population in Khonkean province of Thailand. J Liaquat Uni Med Health Sci. 2018;17(3):180-4.
48Hongthong D SR, Ward P . Factors influencing the quality of life (Qol) among Thai older people in a rural area of Thailand. Iran J Public Health. 2015;44(4): 479-85.
49.Uddin MA SP, Lasuka D, Juntasopeepun P. Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: a cross sectional survey .Nurs Health Sci. 2017;19(4):518-24.
50.Deniz Say Şahin ÖÖMZY. quality of life and satisfaction with life in elderly people Perceived social support. Educational Gerontology. 2019;45(1):69-77.
51.Zheng X, Xue, Y., Dong, F. . The association between health-promoting-lifestyles, and socioeconomic, family relationships, social support, health-related quality of life among older adults in china: a cross sectional study. . Health Qual Life Outcomes. 2022;20(24):1-10.
52.Aghayari hir T gD, Ebrahimi Orang A . .A study of relationship between social support and health-related quality of life among elderly people in Tabriz. J Gerontolo. 2017;2(2):20-8 . (Persian.(
53.YanLiu Z, ZhiyiMeng. Relationship between loneliness and quality of life in elderly empty nesters from the Wolong Panda Nature Reserve in Sichuan province, China, from the perspective of Rural Population and Social Sustainability. Statistical Mechanics and its Applications. 2020.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]

54.Hussein SZ, Khalip, N., Ismail, S., & Hatta, M. F. Association between Social Support and Three Types of Loneliness among Rural Older Adults in Johor, Malaysia. . Makara J Health Res. 2022;26(2):7.
55.Yousefi Afrashteh . M, Moradi., M. The Spiritual Health and Social Support with Quality of Life in the Rural Elderly :The Mediating Role of Resilience and Hope. Aging Psycholo. 2022;8(3):251-66.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-09]