

بررسی میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران

میمنت حسینی^۱، محبوبه داخه هارونی^۲، دکتر فریده یغمایی^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. مربی، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: جمعیت سالمندان در ایران در حال افزایش است لذا توجه به نیازهای اجتماعی و ارتباطی سالمندان، مهم است و می تواند، اثرات مستقیم بر سلامت و بزرگسالی آنان داشته باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۱۸۰ نفر سالمند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه شامل: سه بخش اطلاعات جمعیت شناسی، حمایت اجتماعی و فرم کوتاه بررسی وضعیت سلامت ۳۶ (اس.اف.۳۶) بود. تعیین اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی با استفاده از روش شاخص اعتبار محتوا و صوری و پایایی ابزار با استفاده از روش همسانی درونی ($\alpha=0/91$) و آزمون بجا ($\chi^2=0/88$) تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار اسپس پی اس انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بیشترین میزان سلامت عمومی متعلق به سالمندان ۸۲/۵ درصد و کمترین میانگین آن متعلق به عملکرد جسمی ($68/75$ درصد) بود. به طور کلی اکثریت سالمندان ($74/4$ درصد) از وضعیت سلامت خوب و تنها $4/4$ درصد آنها از وضعیت سلامت ضعیف برخوردار بودند. هد جنبه های شایع نشان داد، که اکثریت سالمندان از حمایت خوبی از طرف خانواده برخوردار بودند. علاوه بر این $61/1$ درصد از سالمندان از حمایت اجتماعی خوب و تنها $1/1$ درصد آنها از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردار بودند. بطور کلی بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی همبستگی معنی داری وجود داشت و این همبستگی در بعد نشاط ($p=0/00$ ، $r=0/397$) از سایر ابعاد وضعیت سلامت بیشتر بود.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که بهر، تری از حمایت اجتماعی مثبت، به سلامت و بهزیستی سالمندان منتهی می شود. با توجه به یافته های پژوهش، مراقبت دهندگان بهداشتی می توانند تعاملات اجتماعی را افزایش دهند.

کلید واژه ها: سالمندی، حمایت اجتماعی، سلامت

مقدمه

رگ، آریس، ید به زندگی، رشد خدمات بهداشتی و تکنولوژی درمانی و تشخیصی موجب افزایش قابل ملاحظه ای در جمعیت سالمندان جهان شده است که از آن با عناوین گوناگونی مانند خکسری شدن جمعیت، پیر شدن ملت ها، اورژانس جهانی (Global Emergency) و غیره یاد می شود (عقلمند و پوررضا، ۱۳۸۴).

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سال های زندگی در عصر حاضر چالش های فراوانی را وجود آورد است (امیر صدقی و سلیمانی، ۱۳۸۴). سیاست کنونی ملی، کاهش

در سال ۲۰۰۰ پیش بینی شد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال جهان در ۲۵ سال آینده به ۱/۲ بلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ بلیون نفر معادل ۲۱ درصد جمعیت جهان

*نویسنده مسئول مکاتبات: میمنت حسینی، تهران خ ولیعصر تقاطع نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی
آدرس پست الکترونیک: meimanathosseini@yahoo.com

محسوس از قبیل: کمک به تقویت سیستم های حمایتی موجود، ایجاد فرصت برای تعاملات اجتماعی، بهبود کیفیت حمایت ها و سیستم های حمایتی رسمی و غیر رسمی و پیش بینی نیازهای آینده (Mourer & Smith، ۲۰۰۵) می توانند به عنوان یک منبع حمایتی برای سالمندان و مراقبت دهندگان آنها و خانواده ها باشند. با افزایش جمعیت سالمندان ایران، توجه به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی آنان اهمیت یافته و در نظر گرفتن نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان می تواند اثرات مستقیمی بر سلامت و بهزیستی آنان داشته باشد. مطالعات بسیار اندکی در مورد همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت در میان سالمندان در ایران صورت گرفته است. لذا مطالعه کنونی باهدف بررسی میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

واد و روش ها

مطالعه کنونی یک پژوهش توصیفی-همبستگی است که به منظور بررسی همبستگی حمایت اجتماعی با سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران، در سال ۱۳۸۸ انجام شده است. جامعه پژوهش را سالمندان مراجعه کننده به پارک ها، مساجد و فرهنگسراهای موجود در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران تشکیل می دادند مشخصات واحدهای پژوهش شامل موارد زیر بود: سالمندان ۶۵ ساله و مسن تر، ایرانی و فارسی زبان بوده و مبتلا به اختلالات حافظه و دمانس و آلزایمر، بسیاری های ناتوان کننده جسمی، افسردگی شدید و سایر بیماری های روانی تشخیص داده شده، نبودند و از داروهای موثر بر سطح هوشیاری و تفکر استفاده نمی کردند.

جهت نمونه گیری از روش مبتنی بر هدف استفاده شد. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه ای شامل ۳ بخش شامل فرم اطلاعاتی، مقیاس حمایت اجتماعی به منظور تعیین میزان حمایت اجتماعی و فرم کوتاه شده بررسی سلامت ۳۶ (Short Form-36 (SF-36) Health Survey جهت تعیین میزان سلامت، سالمندان استفاده شد. مقیاس حمایت اجتماعی شامل ۳۶ سوال در ارتباط با میزان دریافت چهار نوع حمایت اجتماعی (حمایت جسمی، ابزاری، اطلاعاتی، ارزیابی) و درک حمایت اجتماعی از خانواده، دوستان و نزدیکان سالمند بود. فرم کوتاه بررسی SF-36 در ۸ بعد وضعیت سلامت شامل عملکرد جسمی، محدودیت های نقش در نتیجه مشکلات جسمی، درد جسمی، درک کلی سلامتی، نشاط، مشکلات عملکرد اجتماعی، محدودیت های نقش در نتیجه مشکلات عاطفی و سلامت کلی روان تنظیم شده است.

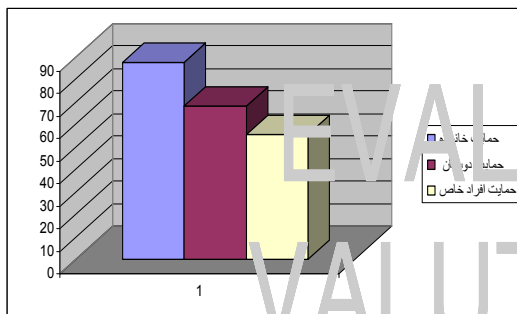
برسد (Kuhirunyaratn و همکاران، ۲۰۰۷). در سال ۱۹۷۵، جمعیت افراد ۶۰ سال و بالاتر در ایران ۵/۴ درصد بود، این میزان به ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۲۵ و ۲۱/۷ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (تاجور و همکاران، ۲۰۰۸). افزایش سن، سالمندان را در معرض آسیب های بیشتری قرار می دهد، بطوریکه این افراد به واسطه ضعف سلامت شناختی (Cognitive health) و جسمی قادر به مراقبت از خود نمی باشند. آنان افراد آسیب پذیر و وابسته ای هستند که نیازمند کمک برای رفع نیازهایی مانند فعالیت های روزمره زندگی ((Activity of Daily Living (ADL)، مسکن و مراقبت بهداشتی می باشند (Ebersol و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر مشکلات ذکر شده در دوره سالمندی، فقدان روابط اجتماعی یک مشکل اجتناب ناپذیر است. رشد جمعیت سالمند، عاملی برای افزایش نیاز به حمایت آنها است. با توجه به اینکه با فرآیند سالخوردگی تندرستی کاهش می یابد و توانایی های روانی و جسمی سالمند نقصان می یابد، حایتهای گسترده ای از نمونه های حمایت اجتماعی مورد نیاز است (مهدوی ۱۳۷۹). ملاک حمایت اجتماعی، رابطه اجتماعی سازه برقراری روابط اجتماعی مثبت به حمایت اجتماعی بیشتری منتهی می شود (Rash، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی بر دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کنند، تاکید دارد (Peterson & Brexlow، ۲۰۰۴). امروزه شواهد چشمگیری وجود دارد که فشار می دهد حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامت دارد و انزوای اجتماعی (Social Isolation) به بیماری منجر می شود. با این حال، ماهیت دقیق اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت، بطور کامل روشن نیست (Marmot & Wilkinson، ۲۰۰۸). مطالعه بیماران قلبی در آمریکا در سال ۲۰۰۶ نشان داد بیماران که در زمینه انزوای اجتماعی، تشخیص زندگی، نمره بالایی داشتند در معرض خطر بیشتر بیماریهای قلبی بودند و همچنین حمایت اجتماعی خانواده بر انجام رفتارهای بهداشتی قلب و عروق فرد موثر بوده است (Haiman، ۲۰۰۶). علاوه بر حمایت اجتماعی بر اختلال روانی نیز تأثیرگذار است. انزوای اجتماعی با افزایش میزان خود کشی ارتباط دارد. بدین صورت که افرادی که حمایت اجتماعی اندکی دریافت می کنند بیشتر در معرض خطر افسردگی هستند (Armstrong، ۲۰۰۸).

از مهمترین موضوعات در حرفه پرستاری بهداشت جامعه، مراقبت از سالمندان، نحوه و کیفیت ارائه مراقبت به این قشر از جامعه می باشد. بدین ترتیب که از طریق تسهیل کمک های

یافته ها

یافته‌ها در مطالعه حاضر نشان دادند که اکثریت سالمندان (۵۸/۹ درصد) را مردان تشکیل می‌داد و ۳۰ درصد نمونه هادر گروه سنی ۶۹ - ۶۵ سال قرار داشته‌اند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۷۴ و انحراف معیار آن ۷/۲ سال بوده است. همچنین ۷۳/۳ درصد از سالمندان متأهل و ۵۸/۹ درصد آنها بازنشسته و ۳۳/۳ درصد دارای تحصیلات ابتدایی بودند. ۵۴/۵ درصد از سالمندان دارای قومیت فارس و ۹۳/۹ درصد از آنها مسلمان بودند. و همچنین ۵۷/۸ درصد آنان با همسرانشان زندگی می‌کردند. منبع درآمد اکثریت سالمندان (۶۱/۱ درصد) حقوق بازنشستگی و ۸۰/۶ درصد از آنها تحت پوشش بیمه بودند. میزان درآمد ماهیانه ۴۶/۶ درصد از سالمندان، کمتر از ۲۹۰۰۰۰ تومان در ماه بود. علاوه، اکثریت سالمندان (۸۳/۳ درصد) دارای منزل شخصی بودند و ۸۰/۶ درصد از آنها دارای ۴ فند یا بیشتر بودند.

یافته‌ها در مورد نشان دهنده که اکثریت نمونه از حمایت بیشتری از سوی خانواده در مقایسه با سایر ابعاد حمایت اجتماعی برخوردار بودند و حداقل حمایت را افراد اص یا اشخاص مهم از نظر سالمند تامین می‌شد.



نمودار ۱ امتیازات کسب شده از ابعاد حمایت اجتماعی در سالمندان مناطق ۵ و ۶ شهر تهران

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطابق و نسبی سالمندان برحسب امتیاز کسب شده از حمایت اجتماعی در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران

امتیاز کسب شده از حمایت اجتماعی	تعداد	درصد
ضعیف (کمتر از ۳۱)	۳	۱/۷
متوسط (۳۱ - ۶۶)	۶۷	۳۷/۲
خوب (بیشتر از ۶۶)	۱۱۰	۶۱/۱
جمع	۱۸۰	۱۰۰
میانگین		۷۰/۷
انحراف معیار		۱۳/۴

با توجه به جدول ۱، اکثریت سالمندان (۶۱/۱ درصد) از حمایت اجتماعی خوب و تنها ۱/۷ درصد آنها از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردار بودند.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی، در این پژوهش از روش شاخص اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. به این ترتیب پس از طراحی پرسشنامه با استفاده از مقالات، پایان نامه‌ها و مطالعات سایر پژوهشگران، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از اعضای محترم هیات علمی و صاحب نظران دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در زمینه سالمندی و علوم اجتماعی و همین طور ۱۰ نفر از سالمندان واجد شرایط قرار داده شد، سپس از آنان خواسته شد که بر اساس شاخص اعتبار محتوا هر یک از سوالات را مورد بررسی و ارزشیابی قرار دهند. بدین صورت اعداد بدست آمده در سه بخش خانواده، دوستان و افراد خاص در مورد "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "روان بودن" سوالات پرسشنامه به ترتیب ۷۸ درصد، ۸۴ درصد، ۸۲ درصد بدست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای پرسشنامه بود. در مورد اعتبار پرسشنامه اس. اف. ۳۶ اعتبار افتراقی این پرسشنامه در مطالعات قبل به اثبات رسیده است. این پرسشنامه قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنسیت و سن می‌باشد. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط منتظری و دیگران در سال ۱۳۸۶ ترجمه گردیده است.

در این پژوهش، جهت تعیین پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی، از روش همسانی درونی و آزمون مجدد استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ (ثبات درونی) در مورد حمایت اجتماعی $\alpha = 0.91$ بدست آمد. ضریب همبستگی پیرسون در روش آزمون مجدد برای ابزار بررسی حمایت اجتماعی $r = 0.88$ بدست آمده است.

همچنین پایایی پرسشنامه اس. اف. ۳۶ با آلفای کرونباخ سنجیده شده، که از ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ برای هشت زیرمقیاس گزارش شده بود.

جهت گردآوری داده‌ها، پژوهشگر با مراجعه به مرکز کنندگان، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه توضیح داده می‌شد و پس از کسب اجازه شفاهی، پرسشنامه‌ها بین سالمندان توزیع شده و در صورتیکه فرد اظهار ناتوانی در تکمیل پرسشنامه می‌کرد پژوهشگر در انجام این امر با سالمند همکاری می‌نمود.

در این مطالعه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار آماری اس. پی. اس. ویرایش ۷ استفاده شد و از آمار توصیفی برای توصیف داده‌ها و نیز از آزمونهای ناپارامتری من-ویتنی، کروسکال والیس و همبستگی اسپیرمن برای سنجش ارتباط بین داده‌ها استفاده گردید.

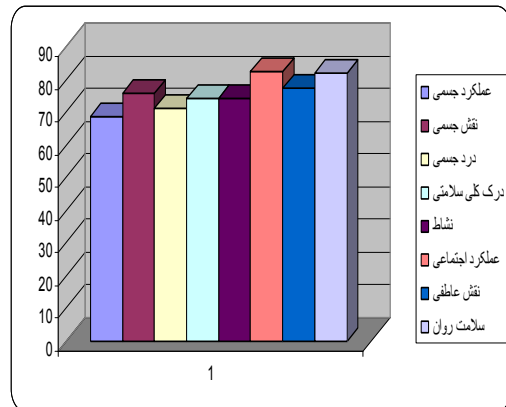
جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سالمندان بر حسب درصد امتیاز

امتیاز کسب شده از وضعیت کلی سلامت			تعداد	درصد
ضعیف (کمتر از ۳۳)			۸	۴/۴
متوسط (۳۳ - ۶۶)			۳۸	۲۱/۲
خوب (بیشتر از ۶۶)			۱۳۴	۷۴/۴
جمع			۱۸۰	۱۰۰
میانگین			۷۵/۸	
انحراف معیار			۱۹/۷	

بطور کلی با توجه به جدول ۲، ۷۴/۴ درصد از سالمندان از سلامت خوب و تنها ۴/۴ درصد آنها از سلامت ضعیف برخوردار بودند.

در جدول ۳ یافته ها بیانگر آن بود که حمایت خانواده با تمام ابعاد سلامت بجز عملکرد جسمی همبستگی معنی داری دارد و همبستگی آن در بعد سلامت روان ($p=0/000$ ، $r=0/376$) از سایر ابعاد بیشتر بود. در بعد حمایت دوستان با همه ابعاد سلامت همبستگی معنی داری وجود داشت و این همبستگی در بعد نشاط ($p=0/000$ ، $r=0/197$) و در بعد سلامت جسمی ($p=0/000$ ، $r=0/241$) افراد خاص تنها با وضعیت عملکرد جسمی ($p=0/000$ ، $r=0/241$)، سلامت با حمایت افراد خاص ارتباط معنی داری وجود نداشت. بطور کلی بین حمایت اجتماعی و همه ابعاد سلامت همبستگی معنی داری وجود داشت و این همبستگی در بعد نشاط ($p=0/000$ ، $r=0/397$) از سایر ابعاد سلامت بیشتر بود.

با توجه به نمودار ۲، یافته ها نشان دادند که بیشترین میانگین ابعاد سلامت متعلق به عملکرد اجتماعی (۸۲/۵ درصد) و کمترین میانگین آن متعلق به عملکرد جسمی (۶۸/۷۵ درصد) بود.



نمودار ۲: امتیازات کسب شده از ابعاد سلامت در سالمندان مناطق ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۳۸۸

جدول ۳: ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی با ابعاد وضعیت سلامت در سالمندان منتخب مناطق ۵ و ۶ شهر تهران

ابعاد وضعیت سلامت	عملکرد جسمی	محدودیت نقش جسمی	درد جسمی	درک کلی سلامتی	نشاط	درد اجتماعی	محدودیت نقش عاطفی	سلامت روان	وضعیت سلامت کلی
r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value	r	P-Value
حمایت خانواده	0/061	NS	0/249	0/001	0/243	0/000	0/301	0/000	0/295
حمایت دوستان	0/255	0/000	0/296	0/000	0/206	0/004	0/282	0/000	0/339
حمایت افراد خاص	0/243	0/001	0/058	NS	0/109	NS	0/061	NS	0/126
حمایت اجتماعی	0/227	0/002	0/315	0/000	0/255	0/000	0/332	0/000	0/368
وضعیت سلامت کلی	0/616	0/000	0/711	0/000	0/708	0/000	0/805	0/000	0/816

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بیشترین امتیاز کسب شده از پرسشنامه وضعیت سلامت مربوط به بعد عملکرد اجتماعی (محدودیت کمتر در عملکرد اجتماعی) و با تفاوت کمتری مربوط به سلامت روان (محدودیت کمتر در سلامت روان) بود و کمترین امتیاز مربوط به عملکرد جسمی (محدودیت بیشتر در عملکرد جسمی) بود، که این مسئله با توجه به افزایش سن و تحلیل جسمی در دوران سالمندی قابل توجیه می باشد.

سالمندان در این مطالعه در مقایسه با سلامت جسمی خود، از سلامت روان بهتری برخوردار بودند. در پژوهش (Dragest و همکاران، ۲۰۰۹)، (تاجور و همکاران، ۲۰۰۸) و (نجاتی و همکاران، ۲۰۰۸) میانگین امتیازات کسب شده از ابعاد سلامت مشابه مطالعه کنونی بود. بطوری که در هر چهار مطالعه سالمندان بیشترین امتیاز را در بعد عملکرد اجتماعی بدست آوردند و کمترین امتیازات نیز مربوط به بعد عملکرد جسمی بوده است. بدلیل شرایط سنی این افراد و مشکلات جسمی ایر دران، نتایج کسب شده تا حدی طبیعی به نظر می رسد. همچنین یافته هر بیانگر آن است که اکثریت سالمندان از سلامت خوبی برخوردار بودند.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که اکثریت نمونه ها از حمایت بیشتری از جانب خانواده برخوردار بودند و حداقل حمایت از افراد خاص تامین می شد.

در مطالعه (Dragest و همکاران، ۲۰۰۹) نیز حمایت اجتماعی بیشتر از جانب خانواده و دوستان فراهم می شود. بطوریکه همسر و دوستان خیلی نزدیک می تواند فراهم کننده احساس با ارزش بودن، صمیمیت، نزدیکی و آرامش باشند. نتایج مطالعه (Kuhirunyaratn و همکاران، ۲۰۰۷) نشان داد که تعداد دوستان نزدیک و آشنایی با کارکنان بهداشتی جامعه بطور مهمی با حمایت اجتماعی درک شده مرتبط هستند. همچنین با توجه به یافته های پژوهش، اکثریت سالمندان از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار بودند.

بطورکلی نتیجه حاکی از این بود که حمایت خانواده با تمام ابعاد سلامت بجز عملکرد جسمی رابطه معنی داری دارد. در بعد حمایت دوستان با همه ابعاد سلامت همبستگی معنی داری وجود داشت. در بعد حمایت افراد خاص تنها با وضعیت عملکرد جسمی همبستگی معنی داری وجود داشت و در بقیه ابعاد سلامت با حمایت افراد خاص ارتباط معنی داری وجود نداشت.

در پژوهش (Orsega-smith و همکاران، ۲۰۰۷) حمایت خانواده و حمایت دوستان با سلامت جسمی و سلامت روان همبستگی معنی داری داشتند. این نتایج بجز در عدم همبستگی بعد عملکرد جسمی با حمایت خانواده، کاملاً شبیه به مطالعه کنونی می باشد. یافته های (Dragest و همکاران، ۲۰۰۹) نشان داد که نزدیکی و صمیمیت سالمندان با اطرافیان بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی آنان موثر است و احساس با ارزش بودن بر نشاط آنان اثرات مثبتی داشته است. به طور کلی بین حمایت اجتماعی همه ابعاد سلامت همبستگی معنی داری وجود داشت.

تشریح و قدر دانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجوی خانم داخه هارونی و به راهنمایی سرکار خانم میمنت حسینی و طرح پژوهشی دانشکده به شماره ۲۵/۱۲/۱۰۵۳ پ مورخ ۸۹/۲/۲۰ می باشد. بدینوسیله از کلیه سالمندانی که در این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می شود.

REFERENCES

- Armstrong D Tavakol M (2008). [Medical Sociology]. 2nd edition. Tehran: Mehr Sina.
- Amir Sadri A Soleimani H (2005). [Elderly in Iran and results]. Journal of Hygiene and Health. 1(2) 19-34. (Persian)
- Aghalmand S Pur Reza A (2005). [Health system reform]. Journal of Social Welfare. 4 (14) 26 -31. (Persian)
- Dragest J et al. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents- A questionnaire survey in Bergen, Norway. International Journal of Nursing Studies. 46 (2) 66-76.
- Ebersol P et al (2005). Gerontological Nursing and Health Aging. 2nd edition. St Louis. Mosby Co.
- Heitman L (2006). The influence of social support on cardiovascular health in families. Family & Community Health. The Journal of Health Promotion & Maintenance. 29 (2) 131-142.

- Kuhirunyaratn P et al (2007). Social support among elderly in Khon Kean province, Thailand. Southeast Asian Journal Trop Medical Public Health. 38(5) 936-946.
- Mahdavi S Gh (2003). [Elder and elderly in Iran. Elderly sociological analysis with emphasis on social welfare services for Iran's Elders]. Collection of Elderly Articles (Social and Living Environment in Elderly). 2nd volum. Tehran. Nashre Banovan Nikookar.(Persian)
- Marmot M Wilkinson R (2008). Social Determinants of Health. Tehran. Nashre Jahade Daneshghahi.
- Maurer AF Smith MC (2005) Community Public Health Nursing practice Health for Families and Population. 3rd edition Sunders Elsevier.
- Montazeri A et al (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Science Research. 5 (1).17-22.
- Nejati V et al (2008). Quality of life in elderly people in Kashan, Iran. Middle East Journal of Age and Ageing. 5(2) 21-25.
- Orsega-smith ME et al. (2007). The role of social support and self-efficacy in shaping the leisure time physical activity of older adults. Journal of Leisure Research. 39 (4) 705-727.
- Peterson S J Bredow T S (2004). Middel Range Theoris Application to Nursing Research. Lippincott Williams.
- Rash E M (2007).Social support in elderly nursing home population: manifestation and influences. The Qualitative Report . 12(3) 375-396.
- Tajvar M Arab M Montazeri A (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health .8 (323) 1-8.

Jaws PDF Creator

EVALUATION
VALUTAZIONE
EVALUATION
EVALUACIÓN
EVALUATION