ارزیابی مردم از روابط اجتماعی و سلامت: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

مروئه وامقی[1]، ژیلا صدیقی[*2]، محمود طاووسی[3]، کتایون جهانگیری[2]، سید علی آذین[2]، سپیده امیدواری[4]، افسون آئین پرست[5]، مهدی عبادی[3]، فرانک فرزدی[5]، فرزانه مفتون[5]، مریم سادات وحدانی‌نیا[3]، علی منتظری[4]

۱. گروه پژوهشی رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲. گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۳. گروه آموزش و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۴. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
۵. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره دوم فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۲ صص ۱۹۴-۱۸۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۲/۲/۱۶]

چکیده

ارتباط روابط اجتماعی با سلامت جسمی و روانی افراد، به طور روز افزونی مورد تأکید پژوهشگران قرار گرفته است. از سوی دیگر، روابط اجتماعی به عنوان بخشی از سلامت اجتماعی افراد، خود تحت تأثیر شرایط اجتماعی قرار دارد.

این مطالعه با در نظر داشتن هر دو گزاره ی فوق در پی شناخت ارزیابی مردم از روابط اجتماعی آنها و ارتباط آن با سلامت افراد است. مطالعه از نوع مقطعی بوده و جمعیت آن ۲۷۸۸۳ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور بود. نمونه گیری به روش تصادفی طبقه‌ای انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه ۲۰ سؤالی بود که با استفاده از نظر متخصصان و پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شده و سپس روایی صوری و محتوایی و پایایی آن بررسی و تأیید شد. ارتباط میان روابط اجتماعی و سلامت با آزمون رگرسیون لجستیک بررسی شد. نتایج نشان داد که اکثر شرکت کنندگان روابط اجتماعی خود را «خوب» و «خیلی خوب» توصیف کرده و جنسیت، اشتغال و درآمد افراد با ارزیابی آنها از سلامت خود ارتباط معنادار داشت. همچنین نشان داده شد که ارزیابی منفی افراد از سلامت خود، ارزیابی منفی از روابط اجتماعی شان را تا ۶/۵۸ برابر افزایش می‌دهد. از سوی دیگر مشخص گردید، ارزیابی «خیلی بد» و «بد» مردم از روابط اجتماعی شان نیز به ترتیب ارزیابی منفی از سلامت را ۵/۶ و ۷/۳ برابر افزایش می‌دهد.

روابط اجتماعی از یک سو تحت تأثیر عوامل اجتماعی چون درآمد، جنسیت و اشتغال افراد قرار داشته و از سوی دیگر بر سلامت آنها تأثیر می‌گذارد. روابط اجتماعی را میتوان متغیری واسط میان شرایط اجتماعی و سلامت افراد در نظر گرفت که کمیت و کیفیت آن بر میزان تأثیرگذاری شرایط اجتماعی بر سلامت افراد نقش ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌ها: ایران، روابط اجتماعی، ارزیابی از سلامت، سلامت اجتماعی

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: jsadighi@ihsr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

مقدمه

روابط میان انسان‌ها با یکدیگر و با نهادهای اجتماعی و اثر متقابل این روابط بر سلامت جسمی و روانی انسان در دهه‌های اخیر، مورد توجه محققان و اندیشمندان بوده است، اما در سال‌های اخیر، نقش روابط اجتماعی در سلامت جسمی و روانی، رفتار سلامتی و مرگ و میر افراد به طور روز افزونی مورد تأکید پژوهشگران قرار گرفته و ساز و کارهای تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت انسان جستجو شده است [۶-۱]. حجم قابل توجهی از مطالعات نشان می‌دهند که روابط اجتماعی با کاهش خطر بیماری‌های قلبی [۷] همراه بود، بر شروع، پیشرفت و بهبود بیماری‌های مختلف چون سرطان، سرماخوردگی و عفونت ویروس اکتسابی نقص ایمنی [۸] تأثیر گزار است. همچنین روابط اجتماعی نقش سودمندی در حفظ آسایش روانی انسان‌ها دارند [۹]. علاوه بر نقش و تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی افراد، از میانه ی قرن بیستم با ارائه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت که برای نخستین بار در آن برای سلامت انسان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی بر شمرده شد [۱۰]، بعد اجتماعی سلامت در کنار دیگر وجوه آن یعنی سلامت جسم و روان هویتی مستقل یافته است. بعد اجتماعی سلامت انسان که اکنون آن را با واژه ی سلامت اجتماعی می‌شناسیم، عمدتاً بر تعامل انسان با محیط پیرامون وی و نقش‌های انسان تأکید دارد. چنان که راسل در توضیح سلامت اجتماعی بیان کرده، سلامت اجتماعی، بعدی از آسایش فرد است که بر این که فرد چگونه با دیگر افراد ارتباط برقرار می‌کند، چگونه دیگران به وی عکس‌العمل نشان می‌دهند و چگونه با نهادها و آداب و رسوم اجتماعی تعامل می‌کند، تمرکز دارد [۱۱].

لارسن نیز سلامت اجتماعی را «گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست» تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان دهنده ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی اوست [۱۲].

مروری بر دیدگاه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی [۱۳] در توضیح مفهوم آن دو حیطه ی موضوعی را مشخص می‌سازد: نخست کارکرد اجتماعی که مشارکت فرد در نقش‌های معمول اجتماعی او مانند ازدواج، والد بودن، کار و اوقات فراغت و موفقیت افراد در نقش‌های اجتماعی که انتخاب کرده‌اند را نشان می‌دهد و به آن انطباق اجتماعی هم اطلاق می‌شود [۱۴]. حیطه ی دیگر روابط اجتماعی است که به مفهوم حمایت اجتماعی بسیار نزدیک است و عموماً به صورت در دسترس بودن کسانی که فرد به آنها اعتماد دارد، می‌تواند روی آنها حساب کند و سبب می‌شوند احساس کند که به عنوان یک فرد اهمیت دارد و ارزشمند است، تعریف می‌شود [۱۳]. در حیطه ی مفهومی اول سلامت اجتماعی (کارکرد اجتماعی) یک جزء از اجزاء سه گانه سلامت تلقی می‌گردد و چون دیگر اجزاء سلامت انسان، ویژگی‌های فردی و خانوادگی و عوامل اجتماعی بر وضعیت آن مؤثرند. به عنوان مثال، ارتباط و تأثیر سلامت جسمی بر عملکرد و توانایی روانی افراد شناخته شده و این هر دو بر روابط فرد با جامعه مؤثر است [۱۵]. اما در حیطه ی دوم (حمایت اجتماعی) سلامت اجتماعی، بیش از آن که بعدی از سلامت تلقی گردد، خود متغیری واسطه‌ای است که تأثیر حوادث و تنش‌های محیطی بر سلامت جسمی و روانی افراد را تغییر داده و سبب کاهش بروز بیماری می‌شود. دیدگاه اخیر، به نقش روابط و حمایت اجتماعی که در ادبیات عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت به عنوان یک تعیین کننده ی اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت افراد تأثیر می‌گذارد [۱۶]، نزدیک است.

به این ترتیب «سلامت اجتماعی هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد» [۱۷] و خود بر سایر ابعاد سلامت نیز مؤثر است.

در ایران نیز پاره‌ای از مطالعات، سلامت اجتماعی را به عنوان بعدی از سلامت مورد توجه قرار داده و وضعیت و ارتباط دیگر متغیرها با آن را مورد سنجش قرار داده‌اند [۲۴-۱۸]. همچنین نقش و تأثیر روابط اجتماعی به منزله ی یک عامل تأثیر گذار بر سلامت افراد نیز موضوع حجم قابل توجهی از مطالعات در کشور بوده‌اند. در این مطالعات عمدتاً ارتباط میان حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف سلامت روان در گروه‌های مختلف جمعیتی مورد سنجش قرار گرفته است [۳۵-۲۵] و اغلب آنها رابطه ی معنادار میان سلامت روان و حمایت اجتماعی را مورد تأیید قرار داده‌اند. تعداد کمتری از پژوهش‌ها ارتباط میان حمایت اجتماعی و سلامت و بیماری‌های جسمی چون بیماری عروق کرونر [۳۶]، وضعیت ایمنی بدن [۳۷]، کولیت اولسراتیو [۳۸]، کیفیت زندگی [۳۹]، ایدز [۴۰، ۴۱]. همچنین رابطه ی میان حمایت اجتماعی و رفتارهای سلامتی [۴۲، ۴۳] ارزیابی شده‌اند. برخی از مطالعات نیز مقادیر حمایت اجتماعی در جمعیت‌های سالم و بیمار را مورد بررسی قرار داده‌اند [۴۰، ۴۴، ۴۵].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

در مطالعه حاضر ارزیابی افراد از روابط اجتماعی و سلامت آنها و رابطه ی میان این دو در جمعیت عمومی کشور مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه از آن جهت که وضعیت روابط اجتماعی را در نمونه بزرگی از جمعیت عمومی تمامی استان‌های کشور ارزیابی نموده و از مطالعات قبلی در حوزه ی سلامت اجتماعی متمایز است. هدف این مقاله توجه به روابط اجتماعی در دو جایگاه متفاوت و مرتبط است؛ به این معنا که هدف آن از یک سو بررسی ارزیابی افراد از روابط اجتماعی خود با در نظر گرفتن آن به عنوان نشانگری از وضعیت سلامت اجتماعی افراد و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت جسمی افراد است و از سوی دیگر روابط اجتماعی را به منزله ی متغیری واسطه‌ای که بر وضعیت سلامت افراد مؤثر است، مورد سنجش قرار می‌دهد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و در سال ۱۳۸۸ در کل جمعیت ۱۸ تا سال کشور ایران انجام شده است. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است. حجم نمونه با احتساب α=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P= ٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect = ۲ و ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند.

افراد پس از کسب اطلاع از اهداف مطالعه و جلب رضایت وارد مطالعه شدند. داده‌ها توسط یک پرسشنامه جمع‌آوری شده و پرسشنامه توسط پرسشگران استانی تکمیل شده است. افراد تحت مطالعه به سؤالات این پرسشنامه به صورت خود گزارشی پاسخ داده‌اند. به بیان دیگر مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای این مطالعه عبارت از نظر خود مردم بوده است.

سؤالات این پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان و سوالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. روایی پرسشنامه به صورت محتوایی، با استفاده از نظرات حدود ۱۵ نفر از متخصصان بررسی شد. جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده[۴۶] و در این مقاله، نتایج حاصل از ۳ سئوال اصلی این پرسشنامه و سئوالات جمعیتی ارائه شده است.

در این مطالعه دو متغیر وابسته در نظر گرفته شد. یک متغیر وابسته در این مطالعه «ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خود» بود، که به صورت سؤال «روابط خود را با خانواده، اقوام و آشنایان و دوستان چگونه ارزیابی می‌کنید؟» پرسیده شد و متغیر وابسته دوم نیز «ارزیابی فرد از سلامت خود» بود، که با سؤال «در حال حاضر سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» پرسیده شد. گزینه‌های پاسخ هر دو سؤال عبارت از طیف پنج گزینه‌ای (بسیار بد، بد، نه خوب و نه بد، خوب و خیلی خوب) بود. متغیرهای مستقل در این مطالعه عبارت بودند از: متغیرهای جمعیتی شامل سن، جنسیت (مرد و زن)، شغل (خانه دار، محصل/ دانشجو، شاغل، بی کار و بازنشسته)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه و بیوه)، درآمد (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد و خیلی بد) و سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن. شایان ذکر است زمانی که «ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خود» به عنوان متغیر وابسته درنظر گرفته شد، سایر متغیرها و همچنین متغیر «ارزیابی فرد از سلامت خود» به عنوان متغیر مستقل و زمانی که «ارزیابی فرد از سلامت خود» به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد، سایر متغیرها و همچنین متغیر «ارزیابی فرد از روابط اجتماعی خود» به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند؛ بنابر این به منظور بررسی ارتباط متغیرهای وابسته با سایر متغیرها از دو آزمون لوجیستیک رگرسیون مجزا استفاده شده است.

جهت مقایسه مقادیر متغیر ارزیابی از روابط اجتماعی میان استان ها، این متغیر به صورت کمی مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که به پاسخ گزینه‌های سؤال امتیازهایی تعلق گرفت (۵=خیلی خوب، ۴=خوب، ۳= نه خوب، نه بد، ۲= بد و ۱=خیلی بد). مقایسه میانگین امتیاز متغیر ارزیابی از روابط بین استان ها با استفاده از تحلیل واریانس انجام شد.

ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-18 انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۷۸۸۳ نفر در کشور ایران در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

۳۲/۸ (۱۱/۸) سال و متوسط (انحراف معیار) سال‌های تحصیلات، ۱۱ (۴/۴) سال بود. سایر مشخصات جمعیتی افراد تحت مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی؛ مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران (n=۲۷۸۸۳)

	درصد	تعداد
جنسیت		
مرد	۱۳۶۱۹	۴۸/۸
زن	۱۴۰۴۵	۵۰/۴
بدون پاسخ	۲۱۹	۰/۸
شغل		
خانه دار	۷۱۷۵	۲۵/۷
دانش آموز/ دانشجو	۶۰۷۵	۲۱/۸
شاغل	۱۰۵۶۵	۳۷/۹
بی کار	۲۴۵۳	۸/۸
بازنشسته	۱۰۷۹	۳/۹
بدون پاسخ	۵۳۶	۱/۹
وضعیت تأهل		
مجرد	۹۹۹۶	۳۵/۹
متأهل	۱۶۸۵۰	۶۰/۴
مطلقه	۲۶۹	۱
بیوه	۵۰۵	۱/۸
بدون پاسخ	۲۶۳	۰/۹
درآمد		
خیلی بد	۲۷۸۳	۱۰
بد	۳۹۶۸	۱۴/۲
متوسط	۱۱۵۹۹	۴۱/۶
خوب	۷۵۸۰	۲۷/۲
خیلی خوب	۹۳۰	۳/۳
بدون پاسخ	۱۰۲۳	۳/۷
گروه سنی (سال)		
۱۸-۲۵	۱۰۰۶۵	۳۶/۱
۲۶-۳۵	۸۱۲۷	۲۹/۱
۳۶-۴۵	۵۰۰۹	۱۸
۴۶-۵۵	۳۲۴۱	۱۱/۶
۵۶-۶۵	۱۴۴۱	۵/۲

نتایج در خصوص «ارزیابی از روابط اجتماعی» در جمعیت کشور نشان داد که ۲۴۱ نفر (۰/۹ درصد) روابط خود را خیلی بد، ۷۲۰ نفر (۲/۶ درصد) روابط خود را بد، ۴۷۹۱ نفر (۱۷/۲ درصد) روابط خود را نه خوب و نه بد، ۱۵۲۰۳ نفر (۵۴/۴ درصد) روابط خود را خوب و ۶۸۲۴ نفر (۲۴/۵ درصد) روابط خود را خیلی خوب گزارش کرده و ۱۰۴ نفر (۰/۴ درصد) نیز به این سؤال پاسخ نداده بودند.

ارزیابی فرد از روابط اجتماعی و عوامل مرتبط

امتیاز متغیر ارزیابی از روابط اجتماعی به تفکیک استان‌های مختلف کشور و همچنین میانگین کشوری آن (امتیاز ۴) به صورت خط افقی مرجع در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است که بر این اساس اختلاف این متغیر بین استان‌ها از نظر آماری معنی دار است (P<۰/۰۰۱). میانگین کشوری ۴ به معنای این است که کل جمعیت کشور، ارزیابی از روابط اجتماعی را خوب ارزیابی کرده‌اند.

عوامل مؤثر بر ارزیابی از روابط اجتماعی با استفاده از الگوی لوجیستیک رگرسیون در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- عوامل مؤثر بر ارزیابی از روابط اجتماعی در الگوی لوجیستیک رگرسیون *

	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪	P
سن	۰/۹۹۴	۰/۹۹-۰/۹۹۸	۰/۰۰۳
تحصیلات	۰/۹۹۸	۰/۹۸۹-۱/۰۰۷	۰/۷
جنسیت			
زن	۱ (ref.)		
مرد	۱/۳۴	۱/۲۳-۱/۴۶	<۰/۰۰۱
شغل			
باز نشسته	۱ (ref.)		
خانه دار	۱/۰۶	۰/۸۷-۱/۲۹	۰/۶
دانش آموز/دانشجو	۰/۹۶	۰/۷۸-۱/۱۸	۰/۷
شاغل	۱/۱۰	۰/۹۲-۱/۳۱	۰/۳
بی کار	۱/۳۳	۱/۰۸-۱/۶۳	۰/۰۰۸
وضعیت تأهل			
همسر فوت شده	۱ (ref.)		
مجرد	۰/۸۲	۰/۶۴-۱/۰۴	۰/۱
متأهل	۰/۷۵	۰/۶۰-۰/۹۵	۰/۰۱
مطلقه	۲/۲۹	۱/۶۲-۳/۲۵	<۰/۰۰۱
درآمد			
خیلی خوب	۱ (ref.)		
خیلی بد	۱/۲۴	۱/۰۰-۱/۵۳	۰/۰۵
بد	۱/۲۶	۱/۰۳-۱/۵۴	۰/۰۳
متوسط	۰/۹۸	۰/۸۱-۱/۱۹	۰/۹
خوب	۰/۸۱	۰/۶۶-۰/۹۹	۰/۰۴
ارزیابی سلامت خود			
خیلی خوب	۱ (ref.)		
خیلی بد	۵/۸۳	۴/۲۵-۷/۹۹	<۰/۰۰۱
بد	۶/۵۸	۵/۵۷-۷/۷۸	<۰/۰۰۱
متوسط	۳/۵۶	۳/۱۵-۴/۰۰	<۰/۰۰۱
خوب	۱/۵۴	۱/۳۸-۱/۷۲	<۰/۰۰۱
سابقه بیماری مزمن			
خیر (عدم ابتلا)	۱ (ref.)		
بلی (مبتلا)	۱/۲۹	۱/۱۸-۱/۴۱	<۰/۰۰۱

* برای انجام تحلیل لوجیستیک رگرسیون، گزینه‌های متغیر ارزیابی از روابط اجتماعی که از طیف ۱ (بسیار بد) تا ۵ (بسیار خوب) تعیین شده بود، به دو گروه یک (نامطلوب) و صفر (مطلوب) تبدیل شدند. گروه یک شامل طیف ۱ تا ۳ (بسیار بد، بد، نه بد و نه خوب) و گروه صفر شامل طیف ۴ تا ۵ (خوب و خیلی خوب) بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

همانگونه که مشاهده می‌شود به ازای هر سال افزایش سن، میزان روابط اجتماعی با دیگران بهتر گزارش شده است (P=۰/۰۰۳). تحصیلات افراد با میزان روابط اجتماعی فرد با دیگران دارای ارتباط معنی دار نبوده است (P=۰/۷). روابط اجتماعی مردان در مقایسه با روابط اجتماعی زنان ۱/۳۴ برابر نامطلوب ارزیابی شده است. به بیان دیگر ارزیابی زنان از روابط اجتماعی بهتر از مردان نشان داده شده است (P<۰/۰۰۱). روابط اجتماعی افراد خانه دار، دانش آموز/دانشجو و شاغل در مقایسه با روابط اجتماعی افراد بازنشسته تفاوت معنی دار نداشته است. روابط اجتماعی افراد بی کار در مقایسه با افراد بازنشسته، ۱/۳۳ برابر نامطلوب ارزیابی شده است. به بیان دیگر روابط اجتماعی افراد بازنشسته با روابط اجتماعی افراد بی کار اختلاف داشته و بهتر گزارش شده است (P=۰/۰۰۸). روابط اجتماعی افراد مجرد با افراد همسر فوت شده از نظر آماری دارای اختلاف معنی دار نبوده و روابط اجتماعی افراد متأهل در مقایسه با روابط اجتماعی افراد همسر فوت شده، بهتر نشان داده شده است (P=۰/۰۱). روابط اجتماعی افراد مطلقه در مقایسه با افراد همسر فوت شده، ۲/۲۹ برابر نامطلوب ارزیابی شده است (P<۰/۰۰۱). روابط اجتماعی افرادی که درآمد خیلی بد دارند، در مقایسه با افرادی که درآمد خیلی خوب دارند، ۱/۲۴ برابر نامطلوب ارزیابی شده است (P=۰/۰۵). روابط اجتماعی افرادی که درآمد بد دارند نیز در مقایسه با افرادی که درآمد خیلی خوب دارند، ۱/۲۶ برابر نامطلوب ارزیابی شده است (P=۰/۰۳). روابط اجتماعی افرادی که درآمد متوسط دارند، در مقایسه با افرادی که درآمد خیلی خوب دارند، از نظر آماری دارای اختلاف معنی دار نیست. روابط اجتماعی افرادی که درآمد خوب دارند، در مقایسه با افرادی که درآمد خیلی خوب دارند، بهتر است (P=۰/۰۴). افرادی که سلامتی خود را خیلی بد، بد، متوسط و خوب ارزیابی کرده‌اند، در مقایسه با افرادی که سلامتی خود را خیلی خوب ارزیابی کرده‌اند، روابط اجتماعی خود را به ترتیب ۵/۸۳، ۶/۵۸، ۳/۵۶ و ۱/۵۴ برابر نامطلوب گزارش کرده اند (P<۰/۰۰۱). روابط اجتماعی افراد مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با روابط اجتماعی افراد غیر مبتلا به بیماری مزمن، ۱/۲۹ برابر نامطلوب ارزیابی شده است (P<۰/۰۰۱).

ارزیابی فرد از سلامت خود و روابط اجتماعی

توضیحات مربوط به ارزیابی افراد از سلامت خود به تفکیک استان‌های کشور و عوامل مرتبط با آن به تفصیل در مقاله دیگری ارائه شده است [۴۷]. عوامل مؤثر بر «ارزیابی فرد از سلامت خود» با استفاده از الگوی لوجیستیک رگرسیون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳- عوامل مؤثر بر ارزیابی فرد از سلامت خود در مدل لوجیستیک رگرسیون *

	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ٪۹۵	P
سن	۱/۰۲	۱/۰۱۵-۱/۰۲۳	<۰/۰۰۱
تحصیلات	۰/۹۸	۰/۹۷-۰/۹۹	<۰/۰۰۱
جنسیت			
زن	۱ (ref.)		
مرد	۰/۹	۰/۸۳-۰/۹۹	۰/۰۳
شغل			
باز نشسته	۱ (ref.)		
خانه دار	۱/۲	۰/۹۶-۱/۴۰	۰/۱
دانش آموز/دانشجو	۱/۰۲	۰/۸۳-۱/۲۶	۰/۸
شاغل	۱	۰/۸۴-۱/۱۹	۰/۹
بی کار	۱/۱	۰/۸۹-۱/۳۵	۰/۴
وضعیت تأهل			
همسر فوت شده	۱ (ref.)		
مجرد	۰/۷۶	۰/۵۸-۰/۹۸	۰/۰۳
متأهل	۰/۷۹	۰/۶۲-۰/۹۹	۰/۰۴۸
مطلقه	۱/۱	۰/۷۸-۱/۶۹	۰/۵
درآمد			
خیلی خوب	۱ (ref.)		
خیلی بد	۲/۵	۲-۳/۲	<۰/۰۰۱
بد	۲/۵	۲-۳/۲	<۰/۰۰۱
متوسط	۲/۱	۱/۷-۲/۵	<۰/۰۰۱
خوب	۱/۳	۱/۰۴-۱/۶	۰/۰۲
روابط اجتماعی با دیگران			
خیلی خوب	۱ (ref.)		
خیلی بد	۵/۶	۳/۹-۷/۸	<۰/۰۰۱
بد	۷/۳	۵/۹-۸/۹	<۰/۰۰۱
متوسط	۳/۹	۳/۵-۴/۳	<۰/۰۰۱
خوب	۱/۸	۱/۷-۲	<۰/۰۰۱
سابقه بیماری مزمن			
خیر (عدم ابتلا)	۱ (ref.)		
بلی (مبتلا)	۶/۹	۶/۴-۷/۴	<۰/۰۰۱

* برای انجام تحلیل لوجیستیک رگرسیون، گزینه‌های متغیر ارزیابی از روابط اجتماعی که از طیف ۱ (بسیار بد) تا ۵ (بسیار خوب) تعیین شده بود، به دو گروه صفر (بد) و یک (خوب) تبدیل شدند. گروه صفر شامل طیف ۱ تا ۳ (بسیار بد، بد، نه بد و نه خوب) و گروه یک شامل طیف ۴ تا ۵ (خوب و خیلی خوب) بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

همانگونه که مشاهده می‌شود، به ازای هر سال افزایش سن، ارزیابی افراد از سلامت خود، ۱/۰۲ برابر بدتر گزارش شده است (P<۰/۰۰۱). تحصیلات افراد نیز با ارزیابی آنها از سلامت گزارش شده توسط فرد داشته است؛ به طوری که با افزایش سطح تحصیلات، ارزیابی آنها از سلامت خود بهتر شده است (P<۰/۰۰۱). مردان در مقایسه با زنان، سلامت خود را بهتر ارزیابی کرده‌اند (P<۰/۰۳). سلامت گزارش شده توسط افراد خانه دار، دانش آموز/دانشجو و شاغل و بی کار، در مقایسه با سلامت افراد بازنشسته تفاوت آماری معنی دار ندارد. افراد مجرد () و متأهل نسبت به افراد همسر فوت شده، سلامت خود را بهتر ارزیابی کرده‌اند (P=۰/۰۳، P=۰/۰۴۸). سلامت گزارش شده توسط افراد مطلقه در مقایسه با افراد همسر فوت شده ارتباط معنادار آماری ندارد. افرادی که روابط اجتماعی خود را خیلی بد، بد، متوسط و خوب ارزیابی کرده‌اند، در مقایسه با افرادی که روابط اجتماعی خود را خیلی خوب ارزیابی کرده‌اند، سطح سلامت خود را به ترتیب ۵/۶، ۷/۳، ۳/۹ و ۱/۸ برابر بدتر گزارش کرده‌اند (P<۰/۰۰۱).

افراد مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با افراد غیر مبتلا به بیماری مزمن، سطح سلامت خود را ۶/۹ برابر بدتر ارزیابی کرده‌اند (P<۰/۰۰۱). سلامت افرادی که درآمد خود را خیلی بد، بد و متوسط گزارش کرده‌اند، نسبت به کسانی که درآمد خود را خیلی خوب گزارش کرده‌اند به ترتیب ۲/۵، ۲/۱ و ۱/۳ برابر بدتر ارزیابی شده است(P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری

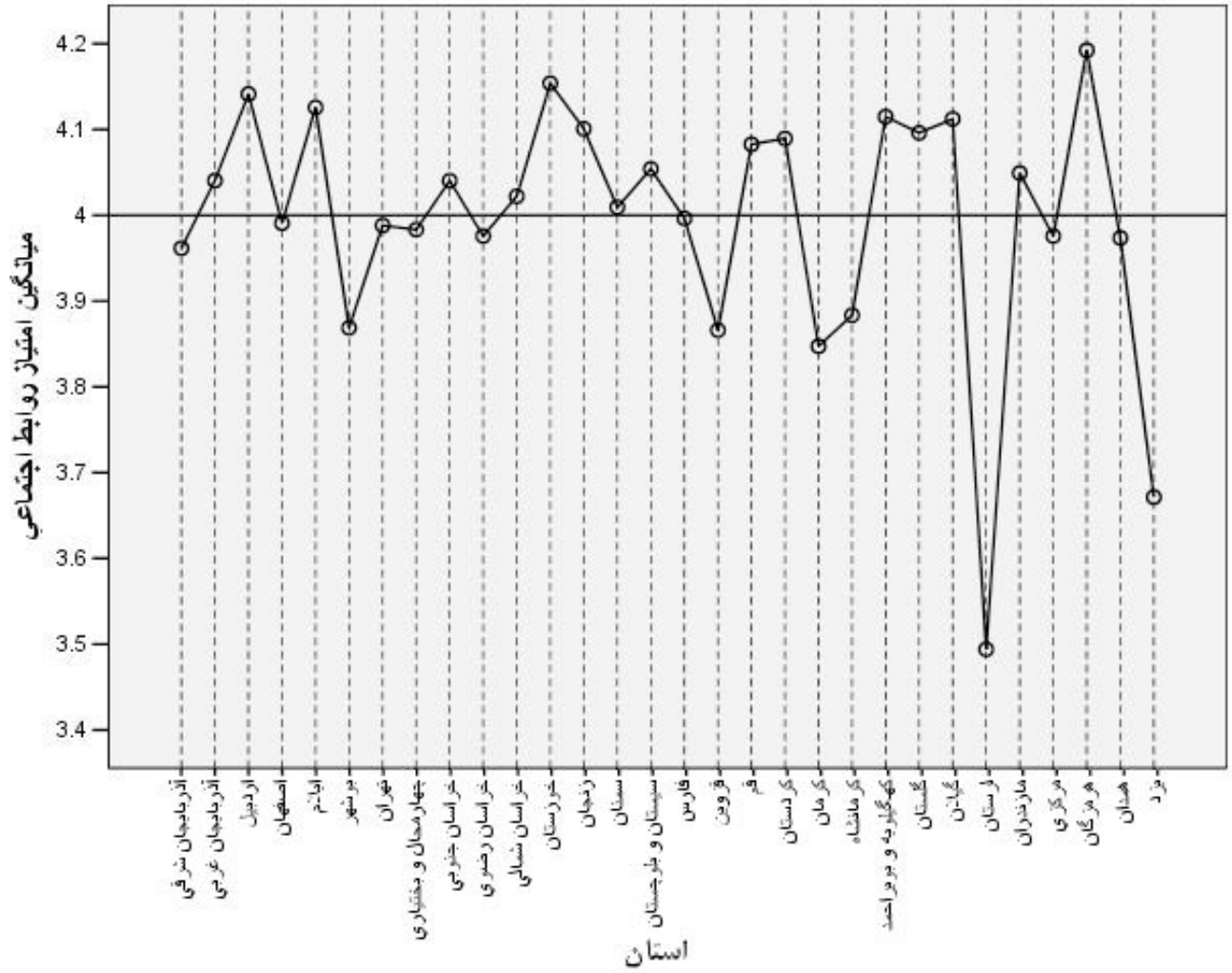
بر اساس نتایج مطالعه، اکثر شرکت کنندگان (۷۸/۹ درصد) روابط اجتماعی خود را خوب (۵۴/۴ درصد) و خیلی خوب (۲۴/۵ درصد) ارزیابی کرده‌اند. هر چند مطالعه ی کشوری دیگری که به طور خاص روابط اجتماعی را بررسی کند، در ایران انجام نشده است، یافته‌های مطالعه کشوری ارزیابی سرمایه ی اجتماعی در ایران [۴۸] که ابعاد مختلف سرمایه ی اجتماعی در همه ی مراکز استان‌های کشور را ارزیابی نموده، نشان می‌دهد که در بخش پیوندها و روابط بین فردی (شامل احساس دوستی و تعلق، اعتماد به دیگران، شرکت در فعالیت‌های جمعی، همکاری و مشارکت داوطلبانه و رفت و آمد با دیگران)، ۳۵ درصد از افراد از این حیث نمره ی بالا، ۳۱ درصد متوسط و بقیه (۳۴ درصد) نمره ی پایین داشته‌اند. اگر چه مقایسه مقادیر کلی پیوندها و روابط بین فردی در کشور و ارزیابی فرد از روابط اجتماعی به دلیل مقیاس‌های متفاوت دشوار است، اما در مجموع به نظر می‌رسد که خود ارزیابی افراد از روابط اجتماعی از وضعیت پیوندها و روابط بین فردی بهتر گزارش شده است. خود ارزیابی افراد از روابط اجتماعی آنها در استان‌های مختلف کشور دارای تفاوت معنادار بوده و بالاترین میانگین ارزیابی از روابط اجتماعی افراد مربوط به استان‌های هرمزگان، خوزستان، اردبیل و ایلام بوده است. بالاترین مقادیر سرمایه ی اجتماعی در کشور [۴۸] نیز مربوط به شهرهای زاهدان، اهواز، اردبیل و ایلام است. همچنین مراکز استان‌های لرستان و یزد که کمترین مقادیر ارزیابی از روابط اجتماعی را گزارش نموده‌اند، از نظر سرمایه ی اجتماعی در میان ۳۰ استان کشور رتبه های ۲۴ و ۲۶ را داشته اند. شباهت رتبه‌های میان استان‌های دارای بالاترین و کمترین سرمایه ی اجتماعی و ارزیابی از روابط اجتماعی قابل تأمل بوده و یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند.

مطالعه حاضر نشان داد که برخی ویژگی های اجتماعی ـ اقتصادی چون درآمد و اشتغال افراد با ارزیابی آنها از روابط اجتماعی شان ارتباط معنادار دارد. افراد بی کار در مقایسه با شاغلان و بازنشستگان و افراد دارای درآمدهای بد و خیلی بد، در مقابل افراد دارای درآمدهای خوب و خیلی خوب، احتمال بالاتری از ارزیابی منفی از روابط خود نشان داده‌اند. اما در مورد تحصیلات این ارتباط نشان داده نشد. مطالعات غیر ایرانی تأثیر وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی بر روابط اجتماعی را مورد تأیید قرار داده‌اند. از جمله نشان داده شده است که روابط اجتماعی ضعیف در گروه‌های اجتماعی ـ اقتصادی پایین‌تر بیشتر دیده می‌شود [۴۹] و افراد دارای شرایط اجتماعی ـ اقتصادی نامطلوب، اغلب از شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی ضعیف‌تری برخوردارند [۵۰]. برخی مطالعات نشان می‌دهند که افراد بی کار دارای سطوح پایین‌تری از مشارکت اجتماعی هستند که معمولاً به شرایط اقتصادی و فشارهای روانی همراه با بی کاری نسبت داده می‌شود. از دست دادن کار نه تنها به افت درآمد، که به فشار روانی مربوط به از دست دادن هویت مرتبط با شغل و احساس بیگانگی افراد بی کار، کاهش تعاملات اجتماعی و انزوای آنها و حتی کاهش مشارکت اجتماعی غیررسمی مانند روابط با اقوام و دوستان منجر می‌گردد [۵۱].

همچنین در این مطالعه، روابط اجتماعی مطلوب‌تر در زنان بیشتر از مردان و در افراد متأهل بالاتر از افراد همسر فوت شده و طلاق گرفته گزارش شده است. مطالعات تجربی نیز نشان می‌دهند، زنان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

روابط اجتماعی بهتر و وسیع‌تری از مردان دارند، زنان بر خلاف مردان شبکه‌های بزرگتر و متنوع‌تری دارند و داشتن افراد قابل اعتماد بیشتری را گزارش می‌کنند [۵۲]. ارزیابی منفی افراد از سلامتشان نیز ارزیابی آنها را از روابط اجتماعی تا ۶/۵۸ برابر بدتر نموده است. همچنین داشتن بیماری مزمن با ارزیابی بدتر روابط اجتماعی همراه بوده است. به عبارت دیگر، افراد سالم‌تر روابط اجتماعی خود را نیز بهتر ارزیابی می‌کنند. بدیهی است که برخورداری از وضعیت جسمی مطلوب، امکان برقراری روابط گسترده‌تر را هم به طور مستقیم و هم به شکل غیرمستقیم از طریق کسب درآمد و موقعیت‌های اجتماعی بهتر فراهم می‌نماید.



نمودار شماره ۱- میانگین امتیاز «ارزیابی از روابط اجتماعی» بر حسب استان‌های کشور (خط افقی مرجع معادل میانگین کشوری است).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت روابط اجتماعی در جایگاه یک متغیر وابسته و به عنوان یک عنصر اصلی سلامت اجتماعی افراد، تحت تأثیر جنسیت، وضعیت تأهل، ویژگی‌های اجتماعی ـ اقتصادی و سلامت جسمی آنها قرار دارد. تفاوت میانگین روابط اجتماعی در میان استان‌های کشور نیز می‌تواند تحت تأثیر تفاوت در ویژگی‌های اجتماعی ـ اقتصادی در استان‌های مختلف و دیگر عوامل بالقوه تأثیر گذار چون عوامل فرهنگی قرار گیرد.

از سوی دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که ارزیابی افراد از سلامت آنها نیز تحت تاثیر عوامل اجتماعی ـ اقتصادی [۴۷] و روابط اجتماعی آنها قرار دارد و روابط اجتماعی بد و بسیار بد احتمال ارزیابی منفی از سلامت را ۵/۶ و ۷/۳ برابر افزایش داده است. به عبارت دیگر، روابط اجتماعی در جایگاه یک متغیر مستقل بر خود ارزیابی افراد از سلامت تأثیر گذار است. این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعات متعدد غیر ایرانی [۶-۴، ۲، ۱] و ایرانی [۴۳-۳۶] در خصوص ارتباط روابط اجتماعی و سلامت جسمی هماهنگ است. از مجموعه ی یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که روابط اجتماعی از یک سو تحت تأثیر عوامل اجتماعی چون درآمد، جنسیت و اشتغال افراد قرار داشته و از سوی دیگر روابط اجتماعی خود بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، روابط اجتماعی را می‌توان متغیری واسط میان شرایط اجتماعی و سلامت افراد در نظر گرفت که کمیت و کیفیت آن بر میزان تأثیرگذاری شرایط اجتماعی بر سلامت افراد نقش ایفا می‌کند. اما تأیید این دیدگاه نیازمند مطالعات تکمیلی است که بتواند الگوهای ارتباطی میان عوامل اجتماعی، روابط اجتماعی و سلامت را آزمون نماید.

میان روابط اجتماعی و سلامت افراد، ارتباطی دو سویه وجود دارد. روابط اجتماعی افراد بر سلامت آنها تأثیر گذار است و خود به عنوان بخشی از سلامت اجتماعی افراد و رکنی از سلامت آنها تحت تأثیر دیگر ابعاد سلامت انسان، سلامت جسمی و روانی افراد قرار دارد. اهمیت تأثیر کمیت و کیفیت روابط اجتماعی بر سلامت انسان سبب شده است تا در رویکردهای اخیر، روابط اجتماعی و به طور اخص، حمایت‌های اجتماعی به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی واسطه‌ای سلامت انسان شناخته شده و به عنوان نقطه ی ورودی برای مداخلات بهبود و ارتقای سلامت شناخته شوند. از این رو درک بهتر از ابعاد و کمیت و کیفیت روابط اجتماعی در کشور و ساز وکارهای ارتباط آن با تعیین کننده‌های ساختاری سلامت چون جنسیت، درآمد، قومیت و تحصیلات از یک سو و سلامت جسمی و روانی مردم از سوی دیگر از طریق طراحی مطالعات کیفی و کمی مرتبط، می‌تواند مبنایی برای سیاست گذاری‌ها و برنامه ریزی‌های مداخله‌ای سلامت کشور در این حوزه شود.

سهم نویسندگان

مروئه وامقی: نویسنده اصلی این مقاله بوده و فرضیات مقاله را طراحی نموده‌اند.

ژیلا صدیقی و محمود طاووسی: مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده و در طراحی مطالعه و اجرای طرح نیز نقش داشته‌اند.

سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند.

یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته‌های مطالعه «سلامت از دیدگاه مردم ایران» است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع آوری داده‌های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمائیم.

جمع‌آوری داده‌های این مطالعه مرهون همکاری بی شائبه رؤسای واحدهای استانی جهاد دانشگاهی، معاونان فرهنگی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران (ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاد دانشگاهی در تأمین بخشی از هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

منابع

1. Cohen SH. Social Relationships and Health. American Psychologist 2004; 59: 676-84
2. Karelina K, DeVries AC. Modeling Social Influences on Human Health. Psychosomatic Medicine 2011; 73: 67-74
3. Campbell C. Social Capital and Health: Contextualizing Health Promotion within Local Community Networks
4. Hall-Lande JA, Eisenberg ME, Christenson SL, Neumark-Sztainer D. Social isolation psychological health and protective factors in adolescence. Adolescence 2007; 42: 266-87
5. House JS, Landis KR, Umberson, D. Social relationships and health. Science 1988; 241: 540-45
6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton B. Social relationships and mortality risk: a metaanalytic review. PloS Medicine 2010; 7: 1-20
7. De Vogli R, Chandola T, Marmot GM. Negative aspects of close relationships and heart disease. Archives of Internal Medicine 2007; 167: 1951-7
8. Schwarzer R, Rieckmann N. Social Support, Cardiovascular disease, and Mortality In: Weidner G, Kopp MS, Kristenson M, eds. Heart Disease: Environment, Stress and Gender. IOS Press: Amsterdam, 2002: 185
9. Kawachi I, Berkman, LF. Social ties and mental health. Journal of Urban Health 2001; 78: 458-67
10. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19- 22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100)
11. Kaplan RM, Anderson JP. A general health policy model: update and applications. Health Services Research 1988; 23: 203-35
12. Samiee M, Rafiee H, Amini Rarani M, Akbarian M. Social health of Iran: from a consensus-based definition to an evidence-based index: social problems of Iran. Journal of the Faculty of Literature and Humanities 2011; 1: 31-51
13. Nejat S, Ahmadvand A. Social Health Position in Iran Health system; Situational Assessment and Future view 1:3:25 Report. 1390 National Institute of Health Research; 10-14
14. Mac Dowell I. Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires. 3 td Edition, Oxford University Press: UK, 2006
15. Mental Health Commission of Canada, Toward Recovery and Well-being a Framework for a mental health Strategy for Canada. 2009
16. Commission on Social Determinants of Health. Towards A Conceptual framework For Analysis and Action against Social Determinants of Health. WHO: Geneva, 2005
17. Mohammadnabi M. social Health and its Area. Women's' Life Improvement Institute. 2008. Available at: http://www.riwl.org/farsi/FAeducation/social%20health.pdf
18. Abd Elah Tabar H, Kaldi AR, Mohagheghi Kamal SH, Setareh Forouzan A, Salehi M. A study of social well-being among students. Social Welfare Fall 2008-Winter2009; 8: 171-89 [Persian]
19. Babapour khyraldyn J, Gray F. The role of social factors in health Tabriz university student's new psychological research. Psychology: University of Tabriz 2009: 4: 1-19 [Persian]
20. Nikvarz T. (dissertation) Assessment of Relationship between Social Capital and Social Health in Shahid Bahonar University of Kerman Students. Kerman: School of Human Sciences and Literature, Shahid Bahonar University: 2010
21. Kangarloo, M. (dissertation). Measurement of Social Health in Shahed and Non-Shahed students of Allame Tabatabaie University. Tehran: Allame Tabatabaie University: 2008[Persian]
22. Farsinezhad M, Hejazi E. Identity styles and social well-being: the role of commitment. Research Quarterly of Yazd School of Health 2007; 6: 34-46 [Persian]
23. Ganji K, Navabakhsh M, Zabihi R. Relationship of identity styles and social health with help seeking behavior in pre university students in mathematic. Educational Psychology Quarterly 2010; 7: 95-123
24. Afjei AA, Samaram M. The impact of social health on job satisfaction (case study: the staff of Iran Khodro Leasing Company). Welfare and Development Planning 2010; 1: 1-30 [Persian]
25. Peyravi H, Hajebi A, Panaghi L. A survey on the relation between social support and mental health in students of Tehran University. Health System Research 2010; 6: 1-10
26. Hajebi A, Faridnia P. The relationship between mental health and social support in health staffs of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

Bushehr Oil Industry. Iranian South Medical Journal (ISMJ) 2009; 12: 67-74 [Persian]
27. Bakhshani NM, Birashk B, Atefvahid MK, Bolhari J. Correlation of social support and negative life events with depression. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 9: 49-55
28. Jalilian F, Emdadi Sh, Karimi M, Barati M, Gharibnavaz H. Depression among college students, the role of general self-efficacy and perceived social support. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services 2012; 18: 60-66 [Persian]
29. Ghafari S M, Shahbazian HB, Kholghi M, Haghdoust MR. Relationship between social support and depression in diabetic patients. Jundishapur Scientific Medical Journal 2010; 8: 383-9 [Persian]
30. Moradi A, Akbari Zardkhaneh S, Cheraghi F, Fouladvand Kh. An investigation on the role of family and social factors on suicide of university students. Journal of Family Research 2010; 5: 487-502
31. Riahi ME, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between social support and mental health. Social Welfare 2011; 10: 85-121
32. Mirsamiei M, Ebrahimi Ghavam S. A study on the relationship between self-efficiency, social support and exam anxiety and the psychological health of the men and women students in Allameh Tabatabaei University. Quarterly Educational Psychology 2007; 2: 73-91 [Persian]
33. Hamidi F. Relationship between social support and mental health among female-headed households employed a Military University. Journal of Military Psychology (JMP) 2010; 1: 51-60
34. Azadi Sara, Azad Hossein. The Correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam. Tebe-E-Janbaz 2011; 3: 48-58 [Persian]
35. Banazadeh N. The effects of social relationships and self-confidence on the mental health of the elderly. Teb Va Tazkieh 2004; 51:37-40 [Persian]
36. Monirpoor N, Khoosfi H. Psychological predictors of coronary heart diseases: the role of personality factors, stressful life events and perceived quality of social support. Journal of Research in Behavioral Sciences 2011; 9: 148-54
37. Alipour A. The relationship of social support with immune parameters in healthy individuals: assessment of the main effect model. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2006; 12: 134-9 [Persian]
38. Afshar H, Daghaghzadeh H, Adibi P, Seraj M, Nasr Sh, Masaeli N,et al. The stressors and perceived social support in the patients with ulcerative colitis. Journal of Isfahan Medical School (I.U.M.S) 2011; 28: 752-8 [Persian]
39. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of Medical Sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29: 49-54 [Persian]
40. Masoudi M, Farhadi A. Family social support rate of HIV positive individuals in Khorram Abad. Yaft-E Fall 2005-Winter 2006; 7: 43-47 [Persian]
41. Heydarei A, Jaafari F. A comparison of the quality of life, social support and general health in persons with HIV/AIDS - infected and healthy persons in Ahvaz. New Findings in Psychology 2008; 2: 47-60
42. Masoudnia E, Foroozannia Kh, Montazeri M. Relationship between perceived social supports and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2012; 19: 798-806 [Persian]
43. Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The relationship of type "D" personality, self-compassion and social support with health behaviors in patients with coronary heart disease. Quarterly Journal of Health Psychology 2012; 1: 5-19
44. Barati M, Fathi Y, Atazadeh N, Karimi M. Perceived social support in women referred to Mammography Centers of Hamedan. Knowledge and Health Journal 2010; 5: 1-10
45. Rezaei N, Ghaljeh M. Social support among nurses at Iran University of Medical Sciences. Hayat Fall 2008-winter 2009; 14: 91-100 [Persian]
46. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Methodology and implementation of a wide Iranian Health Perception Survey (IHPS): a nationwide study from Iran. Payesh 2010; 10: 315-22 [Persian]
47. Vahdaninia M, Ebadi M, Azin A, Aeenparast A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. How people rate their own health: a nationwide study from Iran. Payesh 2011; 10: 355-63 [Persian]
48. Abd Elahi M, Mousavi M. Social capital in Iran: current status, prospect, and feasibility. Social Welfare 2007; 6: 195-235

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

49. Vonneilich N, Jöckel KH, Erbel R, Klein J, Dragano N, Weyers S, et al. Does socio-economic status affect the association of social relationships and health? A moderator analysis. International Journal in For Equity in Health 2001; 10: 2-10
50. Weyers S, Dragano N, Mobus S, Beck EM, Stang A, Stephan Mohlenkamp S, Jockel KH, et al. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recal Study. International Journal in For Equity in Health 2008; 7: 1-12
51. Dieckhoff M, Gash V. The social consequences of unemployment in Eeurope: a two-stage multilevel analysis. Cathie Marsh Center for Consensus and Survey Research (CCSR), School of Social Sciences, University of Manchester: 2012
52. Fhrer R, Stansfeld SA. How gender affects patterns of social relations and their impact on health a comparison of one or multiple sources of support from close persons. Social Science and Medicine 2002; 54: 811-25

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

ABSTRACT

Social relationships and health: findings from the Iranian Health Perception Survey (IHPS)

Meroeh Vameghi[1], Jila Sadighi[*2], Mahmoud Tavousi[3], Katayoun Jahangiri[2], Ali Azin[2], Sepideh Omidvari[4], Afsoon Aeenparast[5], Mahdi Ebadi[3], Faranak Farzadi[5], Farzaneh Maftoon[5], Maryam Vahdaninia[3], Ali Montazeri[4]

1. Department of Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
2. Family Health Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Scineces Research, ACECR, Tehran, Iran
3. Health Education and Promotion Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Scineces Research, ACECR, Tehran, Iran
4. Psychiatric Health Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Scineces Research, Tehran, Iran
5. Health Services Management Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Scineces Research, ACECR,Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 183-194
Accepted for publication: 30 April 2013
[EPub a head of print-6 May 2013]

Objective (s): To assess social relationships status oamong Iranians and find out its association with their health condition.
Methods: It was a cross-sectional study of a sample of 27,883 general population of Iran aged 18 to 65 years. Social relationships were measured using a single item rated on a 5-point Lkert scale. Self-reported health also was measured by a similar question. Logistic regression analysis was performed to analyze the data.
Results: Most participants indicated that they had good and very good social relationships. Gender, employment status, and income had significant association with social relationships. Negative assessment of health increased the risk of low social relationships up to 6.58 times and similarly negative assessment of very poor or poor social relationships increased the risk of lower health status up to 5.6 to 7.3 times respectively.
Conclusion: The findings suggest that **s**ocial relationships are associated with social factors such as income, gender and employment. Also social relationship has significant effect on public's health. Perhaps social relationships could be considered as a mediatory factor between social condition and health.
Keywords: Health assessment, Iran, Social Health, Social Relationship

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.7.8]

[*] Corresponding author: Family Health Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Scineces Research, ACECR, Tehran, Iran.
Tel: +98 21 66480804 Fax: +98 21 66480805
E-mail: jsadighi@ihsr.ac.ir