



The Relationship Between Health Anxiety and Illness Perception with Quality of Life of the Older Adult Living in Nursing Homes: The Mediating Role of Perceived Social Support

Ali Sheykholeslami¹ , Mahshid Keyvanlou¹ , Haniyeh Saeedi chavan¹
and Fatemeh Gohari^{1*}

¹ Dept. of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info

Article History

Received: 24.09.2024

Revised: 09.03.2025

Accepted: 05.04.2025

ePublished: 06.04.2025

Keywords

quality of life, health anxiety, illness perception, perceived social support, older adults

How to cite this article

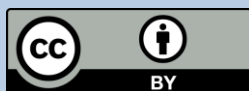
Sheykholeslami, A., Keyvanlou, M., Saeedi chavan, H., & Gohari, F. (2025). The Relationship between health anxiety and illness perception with quality of life of the older adult living in nursing homes: the mediating role of perceived social support. *Aging Psychology*, 11(1), 117-136.

*Corresponding Author

Fatemeh Gohari

Email

co.en.gohari@gmail.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

With the rapid growth of older adults and the decline in quality of life (QOL) due to physical, psychological, and social challenges, the need to investigate factors that contribute to improving this condition has become increasingly important. Accordingly, the present study aimed to examine the relationship of health anxiety and illness perception with QOL among older adults residing in nursing homes, with the mediating role of perceived social support (PSS). This research employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling (SEM). The statistical population included all older residents of nursing homes in Ardabil, Iran during the Autumn, 2024. A total of 335 participants were selected through convenience sampling and completed the World Health Organization QOL Questionnaire, Salkovskis et al.'s Health Anxiety Inventory, Broadbent et al.'s Illness Perception Questionnaire, and Zimet et al.'s PSS Multidimensional Scale. Data were analyzed using SEM in SPSS version 26 and SmartPLS 3. The results indicated that health anxiety and illness perception had a significant negative direct relationship with QOL. Furthermore, PSS played a significant mediating role in the relationship of health anxiety and negative illness perception with the QOL among older adults. Specifically, both health anxiety and negative illness perception were significantly negatively associated with PSS, which, in turn, had a significant positive association with QOL. These findings suggest that better illness perception and higher levels of PSS are significantly related to lower health anxiety and improved QOL among older adults. Therefore, designing and implementing psychosocial interventions aimed at enhancing these components may play a pivotal role in promoting mental health and QOL in older adults.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

With the growing population of older adults, increasing attention has been directed toward the quality of life (QOL) in this age group. QOL is influenced by a range of psychological factors, among which health anxiety and illness perception play a pivotal role. Health anxiety can lead to excessive concerns about physical well-being, while negative illness perceptions affect how individuals cope with their physical conditions. These factors are directly associated with a decline in the QOL among older adults. However, perceived social support (PSS) may serve as a mediating variable that moderates this relationship. By fostering a sense of security, being understood, and receiving emotional and instrumental support, social support may mitigate the adverse effects of health anxiety and negative illness perceptions, thereby enhancing QOL. Accordingly, the present study aimed to examine the mediating role of PSS in the relationship of health anxiety and illness perception with QOL among older adults.

Method

The present study was applied in terms of its objective and descriptive-correlational in terms of its nature and method, using structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of all older adults residing in nursing homes in Ardabil, Iran during the autumn of 2024. A total of 350 participants were selected using a convenience sampling method and based on predefined inclusion criteria. The

inclusion criteria were: (1) willingness to participate in the study, (2) sufficient hearing and speaking ability to engage with the study and questionnaire, (3) minimum literacy to read and comprehend the questions, and (4) being at least 60 years old. The exclusion criteria included: (1) presence of acute psychiatric disorders, identified through clinical interviews conducted by the centers' counselors, and (2) suffering from unstable acute physical illnesses that would prevent participation in the study.

Given the maximum of three independent variables in the measurement and structural model, a minimum of 124 observations was required to achieve a statistical power of 80% and a minimum coefficient of determination (R^2) of 0.10 at a 5% significance level (Hoyle, 1995). However, to enhance the accuracy and consistency of estimates in the partial least squares (PLS) method and to account for potential sample attrition, 350 individuals were selected. Ultimately, 335 valid questionnaires were included in the statistical analysis. Data analysis was conducted using SEM through SPSS version 26 and SmartPLS 3 software.

Results

Prior to model analysis, it was confirmed that the distribution of scores for all variables was normal, and the results indicated no correlation among the residuals and no multicollinearity among the variables. The results of the correlation analysis revealed significant relationships among the main variables of the study, namely, QOL, health anxiety, illness perception, and PSS. To test the research hypotheses, the model fit was

examined using SEM. The findings indicated that PSS was a significant positive predictor of QOL. Furthermore, health anxiety showed a negative relationship, while illness perception demonstrated a positive relationship with QOL. The analysis of indirect paths indicated that PSS plays a significant mediating role in the relationships of health anxiety and illness perception with QOL. This mediation effect was confirmed through the Sobel test. PSS had a significant positive relationship with

QOL ($\beta=0.647$, $p<.01$). Health anxiety had a significant negative relationship with QOL ($\beta=-0.510$, $p<.001$), while illness perception also had a significant negative relationship with QOL ($\beta=-0.563$, $p<.001$). Furthermore, both health anxiety ($\beta=.380$, $p<.05$) and illness perception ($\beta=.340$, $p<.05$) had significant indirect relationships with QOL through the mediation of PSS. Based on these findings, the final model demonstrated an adequate explanatory power for predicting QOL among older adults.

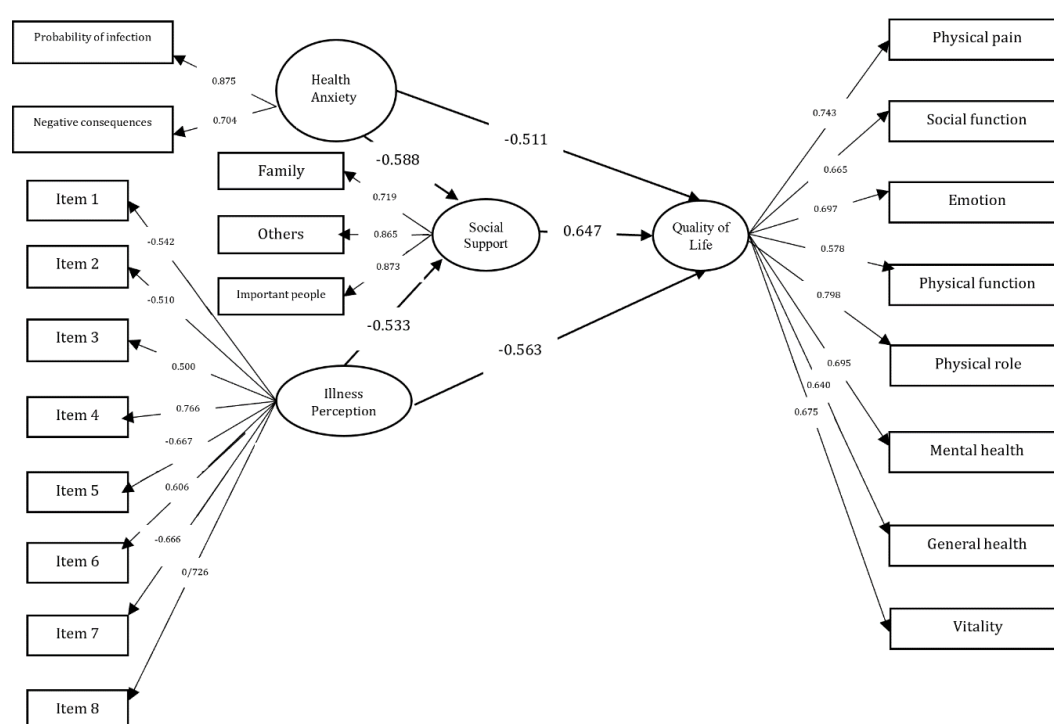


Figure 1. Model illustrating the relationship between Health Anxiety and Illness Perception with QOL mediated by PSS

Conclusion

The findings of this study revealed that health anxiety and illness perception are significant psychological factors that can influence the QOL among older adults both directly and indirectly. Specifically, higher levels of health anxiety and negative illness perception were associated with lower QOL.

Moreover, PSS served as an effective mediator, mediating these relationships. Path analysis further confirmed that PSS can be positively related to QOL of older adults by mitigating the adverse relationship of this variable with health anxiety and illness perception. In other words, the more social support older adults receive, the less they experience

the negative consequences of anxiety and negative attitudes toward illness, ultimately leading to improved quality of life.

These results suggest that enhancing the QOL in older adults requires more than addressing physical health alone. Psychosocial interventions must also be prioritized. Strengthening social support, particularly from family members, friends, caregivers, and support organizations, can be considered a key strategy for reducing anxiety and promoting more positive illness perceptions among older adults.

Accordingly, policymakers and aging-sector planners can take meaningful steps toward improving the well-being of this population by designing and implementing programs that foster social capital, teach effective coping strategies, and create psychologically safe environments for older adults.

From a theoretical perspective, the conceptual model proposed in this study may serve as a useful framework for explaining the psychological mechanisms that influence QOL among older adults within the socio-cultural context of Iran. Moreover, these findings open new avenues for future research in the field of geriatric psychology, particularly in exploring the roles of other potential mediators or moderators such as hope, resilience, and meaning in life. Therefore, identifying and intervening in the psychological and social factors associated

with older adults' QOL is essential not only at the individual level but also at the broader policy level.

Ethical Consideration

Ethical Code

This study was conducted independently with the necessary approval obtained from the Research Deputy of Mohaghegh Ardabili University and with permission to access nursing homes in Ardabil County.

Financial Support

This research received no financial support.

Authors' Contributions

F.G: Conceptualization, Methodology, Validation, Formal analysis, Writing - Original Draft; M.K: Data curation, Writing-Review & Editing; H.S.: Writing-Review & Editing, Visualization; A.Sh: Project administration, Supervision, Visualization.

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to express their sincere gratitude to the Research Deputy of Mohaghegh Ardabili University and the administrators of the nursing homes in Ardabil County for their moral support and cooperation in conducting this study. They also extend heartfelt thanks to the older participants who completed the scales.



رابطه اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده

علی شیخ‌الاسلامی^۱، مهشید کیوانلو^۱، حانیه سعیدی جوان^۱ و فاطمه گوهری^{۱*}

^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

با رشد روزافزون جمعیت سالمندان و کاهش کیفیت زندگی ناشی از مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی، لزوم بررسی عوامل مؤثر بر بهبود این وضعیت بیش از پیش احساس می‌شود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. روش پژوهش حاضر، توصیفی-همبستگی با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری از سالمندان شهر اردبیل در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه نیز براساس روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۳۵ نفر انتخاب شدند که افراد به پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، اضطراب سلامت سالکوسکیس و همکاران، ادراک بیماری بردبنت و همکاران و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و Smart pls3 انجام شد. نتایج نشان داد که اضطراب سلامت و ادراک بیماری رابطه منفی و معنادار مستقیمی با کیفیت زندگی دارند. به علاوه، حمایت اجتماعی ادراک شده نقش میانجی معناداری بین اضطراب سلامت و ادراک منفی از بیماری با کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند. بدین ترتیب که اضطراب سلامت و ادراک منفی از بیماری هر دو رابطه منفی معناداری با حمایت اجتماعی ادراک شده دارند، که به نوبه خود رابطه مثبت معناداری با کیفیت زندگی دارد. بنابراین، طراحی و اجرای مداخلات روانی-اجتماعی مبتنی بر ارتقای این مؤلفه‌ها می‌تواند نقش محوری در ارتقای و کیفیت زندگی سالمندان ایفا نماید.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۳

اصلاح: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۶

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷

کلیدواژه‌ها

کیفیت زندگی، اضطراب سلامت، ادراک بیماری، حمایت اجتماعی ادراک شده، سالمندان

نحوه ارجاع به مقاله

شیخ‌الاسلامی، ع، کیوانلو، م، سعیدی جوان، ح، و گوهری، ف. (۱۴۰۴). رابطه اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۱)، ۱۳۶-۱۱۷.

* نویسنده مسئول

فاطمه گوهری

پست الکترونیکی

co.en.gohari@gmail.com

یکی از دوره‌های حساس زندگی دوره سالمندی است که با طیف گسترده‌ای از تغییرات فیزیولوژیک و روان‌شناختی همراه است (برقی ایرانی و رنجبر، ۱۴۰۳). سالمندی یک مرحله طبیعی از زندگی است که اگر افراد واقع‌بینانه و با آمادگی با آن روبه‌رو شوند و اطرافیان با درک شرایط افراد سالمند، رفتاری محترمانه و با حفظ شخصیت با آنان داشته باشند، سالمندان می‌توانند علاوه بر سازگار شدن، از شرایط زندگی خود نیز لذت ببرند (لی و یو، ۲۰۲۲). مسئله سالمندی^۱ در سال‌های اخیر به‌عنوان یک موضوع اساسی اذهان متخصصان، سیاست‌گذاران و حتی افکار عمومی را به خود معطوف کرده است. تخمین‌های آماری نشانگر آن‌اند که تا ۳۰ سال آینده، درصد جمعیت سالمند ایران به‌طور تقریبی به ۲۶ درصد کل جمعیت کشور ایران خواهد رسید (گوهری و همکاران، ۱۴۰۳). به‌دلیل این انتقال سریع جمعیتی، کمبود بالقوه جمعیت جوان مولد در دهه‌های آینده وجود خواهد داشت (بخش جمعیت اداره امور اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد، ۲۰۱۹). یکی از مسائل مهم در حوزه سالمندان، کیفیت زندگی آنان است که به‌عنوان شاخصی جامع، وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان را در بر می‌گیرد. با افزایش جمعیت سالمند، حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در این گروه اهمیت بیشتری یافته است، چرا که افت کیفیت زندگی می‌تواند منجر به کاهش امید به زندگی، افزایش وابستگی، افسردگی و استفاده بیشتر از خدمات درمانی شود. بنابراین، توسعه راهبردهایی ضروری است که از طریق آن افراد سالمند بتوانند به‌طور فعال در ارتقای کیفیت زندگی خود و خانواده‌شان مشارکت داشته باشند.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، کیفیت زندگی عبارت است از "ادراک از وضعیت زندگی خود در چارچوب شرایط فرهنگی، نظام ارزشی و در ارتباط با اهداف، هنجارها و علایق". کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده و چند بعدی است که به‌طور معمول شامل ارزیابی ذهنی از هر دو جنبه مثبت و منفی زندگی است (مارافیوتز و همکاران، ۲۰۲۴). مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی می‌تواند جسمی، روانی و اجتماعی باشد؛ به‌عنوان مثال، در افراد سالمند، وضعیت عملکردی و خودمختاری ارتباط تنگاتنگی با روحیه و کیفیت زندگی دارد (یونس و همکاران، ۲۰۲۴). سن، جنسیت، وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی عوامل مهمی هستند که بر ادراک افراد از

کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. اگرچه کیفیت زندگی افراد مسن با افزایش سن کاهش می‌یابد، عوامل دیگری نیز در این کاهش نقش دارند. اکثر افراد سالمند از بیماری رنج می‌برند و درمان مداوم دریافت می‌کنند که می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، آگاهی از کیفیت زندگی سالمندان برای مراقبت بهینه و مداخلات حمایتی ضروری است (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۸). مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی با متغیرهای اساسی در سالمندان همچون اضطراب سلامت (ثروت و همکاران، ۲۰۲۵) رابطه منفی، و ادراک بیماری (خطک و همکاران، ۲۰۲۵) و حمایت اجتماعی ادراک شده (مویس‌گلو و همکاران، ۲۰۲۴) رابطه مثبت دارد.

اضطراب سلامت^۳ یکی از مسائل روان‌شناختی شایع در سالمندان است که با افزایش نگرانی‌های بدنی و ترس از بیماری، می‌تواند به‌طور مستقیم موجب افت کیفیت زندگی آنان شود. در طول مطالعات سال‌های گذشته نقش متغیر اضطراب سلامت (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ سونگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ بو-حمد و همکاران، ۲۰۲۱) در پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی بررسی شده است. اضطراب سلامت، که به‌عنوان ترس مداوم از ابتلا یا تشدید بیماری تعریف می‌شود، نوعی نگرانی شدید و متمایز از اضطراب عمومی است که در پی تعبیر نادرست احساسات بدنی و اطلاعات پزشکی ایجاد شده و با رفتارهایی مانند اجتناب، خودآزمایی و جستجوی اطمینان تداوم می‌یابد (هیگ فرگوسن و همکاران، ۲۰۲۱؛ دیاموند و همکاران، ۲۰۲۳؛ دانیلز و همکاران، ۲۰۲۰؛ وارویک و سالکوسکیس، ۱۹۹۰). این اضطراب در افراد دارای سابقه بیماری شدیدتر است و شیوع بالاتری دارد (ساندرلند و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اضطراب سلامت با تمام ابعاد کیفیت زندگی رابطه معکوس دارد و می‌تواند با سرکوب هیجانات، اختلال در کارکردهای روانی، اجتماعی و شغلی، و مراجعات پزشکی مکرر، منجر به کاهش چشمگیر کیفیت زندگی شود (همایونی، ۲۰۲۳؛ شمس و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب سلامت در سالمندان به‌دلیل افزایش نگرانی درباره بیماری‌ها و کاهش توان جسمی شایع‌تر است و می‌تواند به بروز رفتارهای اجتنابی، مراجعه‌های مکرر پزشکی و افت کیفیت زندگی منجر شود. این نوع اضطراب در سالمندان مقیم مراکز نگهداری به‌ویژه شدیدتر است، زیرا دوری از خانواده و کاهش حمایت اجتماعی، ترس‌ها و نشخوارهای ذهنی مربوط به سلامت را تشدید می‌کند.

¹ older adult² world health organization (WHO)³ health anxiety (HA)

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، ادراک بیماری^۱ است، زیرا تفسیر منفی از بیماری می‌تواند اضطراب را تشدید کرده و سازگاری روانی و رضایت از زندگی را کاهش دهد. در طول مطالعات سال‌های گذشته نقش متغیر ادراک بیماری (هوانگ و چیر، ۲۰۲۵؛ جینرپ-نیلسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوشمیاووسکا و همکاران، ۲۰۲۲) در پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی بررسی شده است. ادراک بیماری به دیدگاه فرد نسبت به بیماری اشاره دارد و به‌عنوان فرآیندی تعریف می‌شود که در آن بیماران از دانش و تجربیات گذشته بیماری برای تجزیه و تحلیل و توضیح علائم (یا بیماری) فعلی استفاده می‌کنند (لیو و همکاران، ۲۰۲۱). پاسخ‌های بیماران به بیماری‌شان براساس یک ایده مفهومی است که به‌صورت شناختی و عاطفی از طریق مجموعه‌ای از تجربیات شخصی ایجاد می‌شود. درک بیماری برای اجرای خود مدیریتی و غلبه بر مشکلات مربوط به بیماری ضروری است. درعین‌حال، بر نگرش آن‌ها نسبت به بیماری و سبک زندگی تأثیر می‌گذارد (استریرگر و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیلوندی و همکاران، ۲۰۲۲). درک بیماری یکی از بحرانی‌ترین عوامل است. طبق نظریه لونتال، بیماران رفتار و واکنش عاطفی خود به بیماری را براساس درک خود از ماهیت، علل، پیامد، قابلیت کنترل و طول مدت بیماری تنظیم می‌کنند. بندورا بیان می‌کند که ادراک بیماری یک چارچوب اساسی برای بررسی باورهای بیماران و تأثیر اجزای آن بر رفتارهای سلامتی فراهم می‌کند (لونتال و همکاران، ۱۹۸۰). درک بیماری شامل ۷ حوزه هویت (علائم ادراک بیماری)، سیر بیماری (مزمین یا حاد)، پیامد بیماری، کنترل فردی، کنترل درمانی، مقابله با بیماری، دوره بدون بیماری و تظاهرات عاطفی بیماری است (بیلوندی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین جهت برجسته نمودن اهمیت رابطه ادراک بیماری و کیفیت زندگی، مطالعات قبلی رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی را در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های دیگر مانند بیماران سرطانی و بیماران سکته مغزی بررسی کردند (آیدین سایلان و دمیر دوگان، ۲۰۲۰؛ مینشال و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های آن‌ها نشان داد که ادراک بیماران از بیماری به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی بیماران (شامل عملکرد فیزیکی، درد بدن، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، عاطفه و سلامت روان) از طریق متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی، ترس از پیشرفت و خود تنظیمی، تأثیر می‌گذارد

(تسای و همکاران، ۲۰۱۸). در نتیجه ادراک بیماری ممکن است از طریق یک متغیر میانجی بالقوه بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد.

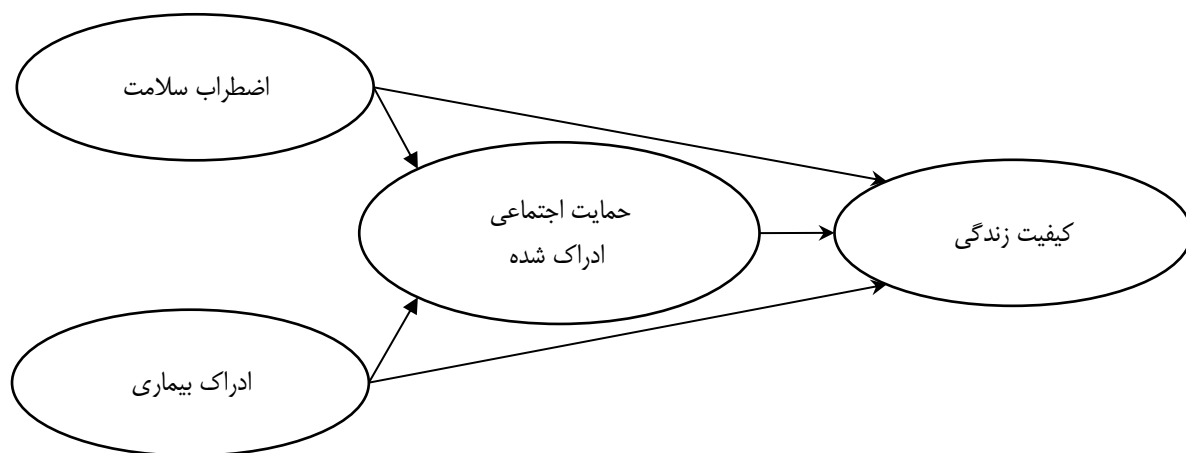
اگرچه پژوهش‌های متعددی رابطه میان اضطراب سلامت و ادراک بیماری را تأیید کرده‌اند، اما مکانیسم‌های زیربنایی این روابط کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند و بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ به‌عنوان یک متغیر میانجی، یک خلأ پژوهشی محسوب می‌شود. نتایج بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان نشان داد که توافق قابل توجهی در مورد اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده در زندگی افراد مسن به‌طور کلی وجود دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده به معنای درک فرد از حمایت شبکه اجتماعی خود براساس تعاملات گذشته و حال است که تحت تأثیر شخصیت و محیط اجتماعی قرار دارد (فاند و الماند، ۲۰۲۴). این حمایت نقش مهمی در کاهش استرس و بهبود سلامت جسمی و روانی دارد، به‌طوری که افرادی با حمایت اجتماعی بالاتر، کیفیت زندگی بهتری تجربه می‌کنند (داوری دولت آبادی و عبدیزدان، ۲۰۱۶؛ شاهین و همکاران، ۲۰۱۹). در سالمندان، کاهش دایره اجتماعی و افزایش وابستگی به دیگران، نیاز به حمایت اجتماعی را بیشتر می‌کند که فقدان آن می‌تواند کیفیت زندگی را کاهش دهد (شاهین و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، حمایت اجتماعی ادراک شده به‌عنوان عاملی محافظتی در برابر اضطراب سلامت عمل کرده و با کاهش نگرانی‌های سلامتی، احساس امنیت و کنترل را افزایش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۲۴؛ آکوبا، ۲۰۲۴). این حمایت از طریق کاهش استرس و افزایش رضایت از زندگی به بهبود دیدگاه فرد نسبت به بیماری و فرایند درمان کمک می‌کند، که در بحران‌هایی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ نیز تأثیرگذار بوده است (کوبو-رندون و همکاران، ۲۰۲۰؛ آکوبا، ۲۰۲۴).

با توجه به افزایش چشم‌گیر جمعیت سالمندان در جهان به ویژه در ایران، پژوهش در زمینه پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان براساس ادراک بیماری و اضطراب سلامت با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده ضروری است، زیرا کیفیت زندگی سالمندان، به‌عنوان متغیر وابسته این پژوهش، نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت عمومی جامعه دارد و افت آن در سالمندان مقیم مراکز نگهداری می‌تواند به پیامدهای گسترده‌ای مانند افسردگی، احساس انزوا، کاهش عملکرد جسمی و افزایش هزینه‌های درمانی منجر شود. از نظر

¹ illness perception (IP)

² perceived social support

هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان براساس ادراک بیماری و اضطراب سلامت با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. فرضیه‌ها عبارت بودند از اینکه (۱) بین اضطراب سلامت و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۲) بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۳) بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۴) حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین اضطراب سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نقش میانجی دارد. (۵) حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در سالمندان نقش واسطه دارد. با توجه به مطالب بیان شده، مدل مفروض پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل مفروض رابطه اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

معیارهای خروج شامل (۱) ابتلا به اختلالات حاد روان پزشکی که از طریق مصاحبه بالینی با مشاوران مراکز مشخص شد و (۲) ابتلا به بیماری‌های حاد ناپایدار جسمانی که مانع از شرکت در پژوهش می‌شود. با توجه به حداکثر تعداد ۳ متغیر مستقل در مدل اندازه‌گیری و ساختاری، برای دستیابی به توان آماری ۸۰ درصد و کسب حداقل ضریب تعیین (R^2) برابر ۰/۱ با سطح معنی‌داری ۵ درصد، حداقل ۱۳۴ مشاهده مورد نیاز است (هویل، ۱۹۹۵). با این حال، از آنجا که افزایش حجم نمونه موجب بهبود دقت و سازگاری برآوردهای روش حداقل مربعات جزئی می‌شود، در این پژوهش با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه، تعداد ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد که در نهایت ۳۳۵ پرسشنامه معتبر وارد تحلیل آماری گردید. در زمینه اطلاعات جمعیت‌شناختی، از

اجتماعی، شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این گروه، می‌تواند به سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌های حمایتی بهتر برای ارتقای رفاه سالمندان بینجامد. در بعد پژوهشی، خلأ مهمی در ادبیات علمی درباره بررسی هم‌زمان اضطراب سلامت، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده در بافت مراکز سالمندان وجود دارد؛ به‌ویژه نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده تاکنون کمتر در این زمینه بررسی شده است. همچنین از بُعد درمانی، نتایج این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی جهت کاهش اضطراب و بهبود ادراک بیماری با تأکید بر تقویت حمایت اجتماعی فراهم آورد و به‌این‌ترتیب، راهکارهایی عملی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان ارائه دهد. بر همین اساس، این مطالعه با

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی بوده و از نظر ماهیت و روش توصیفی و از نوع همبستگی با تکیه بر معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری از سالمندان شهر اردبیل در پاییز سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه نیز بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۵۰ نفر انتخاب شدند که شرکت‌کنندگان در پژوهش طبق معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل (۱) تمایل شرکت‌کنندگان به شرکت در پژوهش، (۲) قدرت شنوایی و گویایی کافی جهت تعامل پیرامون مطالعه و پرسش‌نامه، (۳) داشتن حداقل سواد به منظور خواندن و متوجه شدن سوالات، (۴) داشتن حداقل ۶۰ سال سن بود و

نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی مقیاس را در حیطه سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت فیزیکی ۰/۷۷ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسش‌نامه اضطراب سلامت^۸. پرسش‌نامه اضطراب سلامت که فرم کوتاه آن توسط سالکوسیس و وارویک در سال ۲۰۰۱ طراحی شده و شامل ۱۸ سؤال است که برای ارزیابی میزان اضطراب سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر گویه چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که پاسخ‌دهنده باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند، انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر گویه از صفر تا ۳ نمره است. انتخاب گزینه الف «صفر»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد. دامنه نمرات بین صفر تا ۵۴ است، کسب نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالای اضطراب سلامت و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده اضطراب سلامت کمتر و نگرانی کمتر درباره وضعیت سلامت است (سالکوسیس و وارویک، ۲۰۰۱). این پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس اصلی است: نگرانی کلی درباره سلامت (برای مثال: من اغلب نگران سلامتم هستم)، ترس از بیماری‌های جدی (برای مثال: از اینکه ممکن است بیماری جدی داشته باشم، می‌ترسم) و پیامدهای منفی اضطراب سلامت (برای مثال: اضطراب سلامت من باعث شده تمرکزم پایین بیاید). است. اعتبار آزمون باز آزمایی این پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۰۷ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسیس و همکاران ۲۰۰۲). نگرانی این پرسش‌نامه را در ایران برای اولین بار ترجمه کرد و برای ارزیابی روایی آن از پرسش‌نامه خودبیمارانگاری اهواز استفاده کرد. در سال ۱۳۹۰ این پرسش‌نامه میان ۳۷۵ شرکت‌کننده از بین معلمان اندیشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت بخش پرسش‌نامه اضطراب سلامت می‌باشد (نرگسی، ۱۳۹۶) میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر با ۰/۷۹ بود. ضریب روایی ملاکی بین این پرسش‌نامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز ۰/۷۵ و معنادار بود پایایی به شیوه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد و معنادار بود.

مجموع ۳۳۵ شرکت‌کننده، ۲۳۰ نفر زن (۶۸/۶۶ درصد) و ۱۰۵ نفر مرد (۳۱/۳۴ درصد) بودند. میانگین سن تقویمی نمونه مورد مطالعه ۶۱/۲۸ سال بود، که بیشترین سن شرکت‌کنندگان ۸۸ و کمترین سن آنان ۶۰ سال گزارش شد. در بازه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال، ۲۳۵ نفر (۷۰/۱۴ درصد) و بالای ۷۰ سال، ۱۰۰ نفر (۲۹/۸۵ درصد) از پاسخگویان قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۰ نفر (۱۱/۹۴ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی، ۱۰۰ نفر (۲۹/۸۵ درصد) دارای دیپلم و ۱۹۵ نفر (۵۸/۲۰ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۲۰ نفر (۶۵/۶۷ درصد) متأهل، ۲۰ نفر (۵/۹۷ درصد) مطلقه، ۱۵ نفر (۴/۴۷ درصد) مجرد و ۸۰ نفر (۲۳/۸۸ درصد) همسرشان فوت شده بود.

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۱. این پرسش‌نامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۲ در سال ۲۰۰۴ تدوین شده و ۲۶ سؤال دارد (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). این پرسش‌نامه به ارزیابی چهار دامنه از زندگی می‌پردازد که عبارت‌اند از: سنجش سلامت فیزیکی^۴ (برای مثال: تا چه حد احساس توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره را دارید؟)، سلامت روانی^۵ (برای مثال: چقدر احساس آرامش و رضایت در زندگی دارید؟)، سلامت محیط^۶ (برای مثال: چقدر از شرایط زندگی و محیط اطراف خود راضی هستید؟) و روابط اجتماعی^۷ (برای مثال: چقدر از حمایت و محبت خانواده و دوستان خود رضایت دارید؟) مقیاس این پرسش‌نامه از نوع لیکرتی بوده و دارای طیف درجه‌بندی شده از ۱ تا ۵ است. هر فرد در هر حیطه نمره‌ای میان صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند؛ نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه‌های جسمانی و محیط زندگی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روانی و ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پژوهش‌های انجام شده درباره اطلاعات روان‌سنجی فرم کوتاه این پرسش‌نامه گویای اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا و پایایی درونی آلفای کرونباخ سلامت فیزیکی ۰/۰۸، سلامت روانی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و سلامت محیط ۰/۰۸ و پایایی بازآزمایی مناسبی است (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴).

¹ who qol bref

² whoqol group

³ world health organization (WHO)

⁴ physical health

⁵ mental health

⁶ environmental health

⁷ social relations

⁸ Health anxiety questionnaire (HAQ)

پرسش‌نامه ادراک بیماری^۱. پرسش‌نامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) یک پرسش‌نامه ۹ سؤال است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. سوال‌ها به ترتیب پیامدها (برای مثال: این بیماری تا چه حد زندگی روزمره‌ام را تحت تأثیر قرار داده است؟)، طول مدت بیماری (برای مثال: فکر می‌کنم بیماری‌ام چه مدت طول بکشد)، کنترل شخصی (برای مثال: من تا چه حد می‌توانم بیماری‌ام را کنترل کنم؟)، کنترل درمان (برای مثال: درمان‌های پزشکی چقدر در کنترل بیماری من موثر هستند؟)، ماهیت بیماری (برای مثال: بیماری من چقدر جدی است؟)، نگرانی شناخت بیماری (برای مثال: چقدر نگران وضعیت بیماری‌ام هستم؟)، پاسخ عاطفی (برای مثال: وقتی به بیماری‌ام فکر می‌کنم، چقدر مضطرب می‌شوم؟) و علت بیماری (در سؤال نهم که پاسخ باز است، فرد سه علت اصلی ابتلا به بیماری‌اش را ذکر می‌کند) را می‌سنجد. طیف نمرات هر سؤال (۸ سؤال اول) از ۱ تا ۱۰ است و سؤال ۹ پاسخ باز دارد؛ بنابراین حداقل نمره پرسش‌نامه ۸۰ (اگر به همه سوالات ۱ داده شود) خواهد بود. نمره پایین‌تر نشان‌دهنده ادراک کمتر شدت، نگرانی و تأثیر بیماری است؛ به عبارتی فرد بیماری را کمتر جدی، کوتاه‌مدت یا قابل کنترل می‌داند و پاسخ‌های عاطفی ضعیف‌تری دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک بیشتر از شدت، طول مدت، نگرانی و تأثیر بیماری است و بیانگر دید منفی‌تر و واکنش عاطفی شدیدتر نسبت به بیماری می‌باشد. در تحلیل نهایی توصیه شده که هر یک از زیر مقیاس‌ها به‌طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۰۸ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس با پرسش‌نامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ می‌باشد. روایی تفکیکی پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. در ایران کریمی قاسم آباد و همکاران و بساک نژاد و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ادراک بیماری را ۰/۹۰ و ۰/۸۴ به دست آوردند. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه مذکور به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به‌دست آمد.

¹ illness perception questionnaire (IPQ)

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۲. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی چندبعدی زیمت و همکاران (۱۹۸۸) شامل ۱۲ گویه است که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده فرد را در سه زیرمقیاس اصلی می‌سنجد: حمایت خانوادگی (برای مثال: می‌توانم روی حمایت اعضای خانواده‌ام حساب کنم)، حمایت دوستان (برای مثال: دوستانم در مواقع سخت کنارم هستند) و حمایت افراد مهم زندگی (برای مثال: فرد مهمی در زندگی‌ام وجود دارد که می‌توانم به او تکیه کنم). هر گویه بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از «به‌طور کامل مخالف» (نمره ۱) تا «به‌طور کامل موافق» (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، حداقل نمره کل پرسش‌نامه ۱۲ و حداکثر آن ۸۴ است. معنای نمرات به این صورت است که نمره پایین‌تر نشان‌دهنده ادراک کمتر حمایت اجتماعی و به‌عبارتی احساس دریافت حمایت ناکافی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی است، و نمره بالاتر بیانگر ادراک بیشتر حمایت اجتماعی و احساس امنیت و پشتیبانی قوی‌تر از این گروه‌ها می‌باشد. روایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) در حد مطلوب گزارش شده است. منظور از «حد مطلوب» این است که ضریب آلفای کرونباخ یا شاخص‌های مشابه برابر یا بالاتر از ۰/۷ باشد؛ چراکه مقادیر بین ۰/۷ تا ۰/۸ نشان‌دهنده پایایی قابل قبول و مقادیر بالاتر از ۰/۸ نشان‌دهنده پایایی مطلوب است. ضریب آلفای کرونباخ برای هر سه زیرمقیاس این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۶ (حمایت خانوادگی)، ۰/۸۶ (حمایت دوستان) و ۰/۸۲ (حمایت افراد مهم زندگی) گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و مناسب برای استفاده پژوهشی می‌باشد. همچنین در مطالعات انجام‌شده در ایران، رستمی و همکاران (۱۳۸۹) نیز ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده‌اند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است. در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه مذکور به روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۸۷ به‌دست آمد.

روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم برای انجام پژوهش، مرحله مقدماتی مطالعه آغاز شد. در این مرحله، پرسشنامه‌های مرتبط با موضوع پژوهش طراحی و تدوین گردید. سپس پژوهشگران به مراکز نگهداری سالمندان در شهر اردبیل مراجعه کرده و پرسشنامه‌ها را در اختیار سالمندانی قرار دادند که واجد شرایط

² perceived social support questionnaire

ورود به مطالعه بودند و آن‌ها را در فرآیند تکمیل پرسشنامه‌ها راهنمایی نمودند. قبل از آغاز تکمیل پرسشنامه‌ها، اهداف پژوهش به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و رضایت آگاهانه آن‌ها به‌صورت کتبی اخذ گردید. تمامی اقدامات لازم جهت تضمین حفظ محرمانگی اطلاعات و عدم افشای داده‌های هویتی آنان به‌طور دقیق انجام گرفت؛ به‌طوری که داده‌ها به‌صورت ناشناس جمع‌آوری و رمزنگاری شده و دسترسی به اطلاعات هویتی تنها محدود به اعضای تیم تحقیق بود. همچنین، تمامی اطلاعات جمع‌آوری‌شده صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار گرفت. معیارهای ورود و خروج از مطالعه از طریق سوالات مقدماتی مورد سنجش قرار گرفت و در ادامه، مصاحبه بالینی توسط روانشناسان و مشاوران مراکز انجام شد. در مواردی که به علت کهولت سن، توانایی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برای شرکت‌کنندگان فراهم نبود، کارکنان مراکز با قرائت سوالات و

ثبت پاسخ‌ها به آنان یاری رساندند. در نهایت، از مجموع ۳۵۰ پرسشنامه تکمیل‌شده، پس از حذف ۱۵ پرسشنامه ناقص، داده‌های ۳۳۵ پرسشنامه معتبر به‌عنوان نمونه نهایی پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ برای تحلیل توصیفی (مانند میانگین، انحراف معیار) و آزمون پایایی (آلفای کرونباخ) انجام شد؛ همچنین برای ارزیابی مدل اندازه‌گیری (شامل پایایی ترکیبی، میانگین واریانس استخراج‌شده، روایی همگرا و واگرا) و مدل ساختاری (بررسی ضرایب مسیر، شاخص‌های برازش مانند R^2 ، f^2 و GOF)، از نرم‌افزار Smart PLS نسخه ۳ استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی، اضطراب سلامت، ادراک بیماری، حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۱۱۶/۲۵	۲۴/۴۳
کارکرد جسمانی	۳۲/۲۳	۷/۸۸
نقش جسمانی	۱۲/۱۹	۴/۱۵
درد جسمانی	۱۲/۴۴	۳/۹۵
سلامت عمومی	۱۲/۸۲	۴/۰۹
سرزندگی	۱۳/۴۳	۳/۶۲
کارکرد اجتماعی	۷/۱۹	۵/۳۹
نقش هیجان	۹/۲۰	۳/۰۸
سلامت روانی	۱۳/۲۲	۴/۷۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۲۷/۲۰	۱۰/۳۱
خانواده	۸/۹۲	۴/۲۲
دوستان	۹/۱۵	۳/۷۱
اشخاص مهم	۹/۱۱	۳/۶۷
ادراک بیماری	۷/۲۰	۲/۲۱
اضطراب سلامت	۲۴/۸۷	۱۰/۸۹
احتمال ابتلا به بیماری	۱۹/۴۰	۸/۵۵
پیامدهای منفی ابتلا به بیماری	۵/۴۶	۳/۲۹

جدول ۲

آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی، میانگین واریانس استخراج شده و روایی واگرا

سازه پژوهش	آلفا	پایایی ترکیبی	AVE	روایی واگرا
کیفیت زندگی	۰/۸۰	۰/۸۰	۰/۵۴	۰/۷۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۶۸	۰/۸۲
ادراک بیماری	۰/۷۳	۰/۷۵	۰/۵۱	۰/۷۱
اضطراب سلامت	۰/۷۷	۰/۷۷	۰/۶۳	۰/۷۹

جدول ۴

مقادیر شاخص اندازه اثر (f^2)

متغیرها	کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی ادراک شده
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۲۱	-
اضطراب سلامت	-۰/۱۲	-۰/۵۳
ادراک بیماری	-۰/۱۷	-۰/۴۸

برای بررسی برازش کلی مدل که هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری را کنترل می‌کند، از معیار GOF استفاده می‌شود. سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند (تننهاوس و همکاران، ۲۰۰۵). این شاخص با استفاده از میانگین هندسی شاخص R^2 و میانگین شاخص‌های مقادیر اشتراکی قابل محاسبه است. در نتیجه، مقدار معیار GOF برابر است با ۰/۶۷ که با مقایسه آن با مقادیر قابل قبول برای GOF نشان از برازش مناسب کلی مدل دارد.

$$GOF = \sqrt{\text{average (Commonality)} \times \text{average } (R^2)}$$

$$GOF = \sqrt{\text{average } 0/77 \times 0/58} = 0/67$$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta = 0/647$; $p < 0/01$)، اثر مثبت بر کیفیت زندگی دارد. اضطراب سلامت ($\beta = -0/51$; $p < 0/001$) اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد. ادراک بیماری ($\beta = 0/563$) اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد. همچنین اضطراب سلامت ($\beta = 0/38$; $p < 0/05$) و ادراک بیماری ($\beta = 0/34$; $p < 0/05$) با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارند.

نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد همه مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی سازه‌های پژوهش از ۰/۷ بیشتر است. همچنین مقدار میانگین واریانس استخراج شده نیز برای سازه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۵ به دست آمده که نشان می‌دهد پایایی و روایی همگرایی مدل پژوهش قابل قبول است. نتایج روایی واگرا نشان می‌دهد جذر میانگین واریانس استخراج شده برای هر یک از سازه‌ها در مقایسه با همبستگی آن سازه با سازه‌های دیگر بیشتر است؛ بنابراین می‌توان گفت که در مدل پژوهش متغیرهای مکنون بیشتر با سؤالات مربوط به خودشان تعامل دارند تا با سازه‌های دیگر؛ به بیان بهتر، این جدول مطلوبیت روایی واگرایی مدل را بیان می‌کند که نشان می‌دهد مدل از روایی مطلوبی برخوردار است. مطابق جدول ۳ مقدار R Square برای سازه کیفیت زندگی ۰/۳۴ و سازه حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۳۵ به‌دست آمده که نشان‌دهنده مقدار مناسبی می‌باشد.

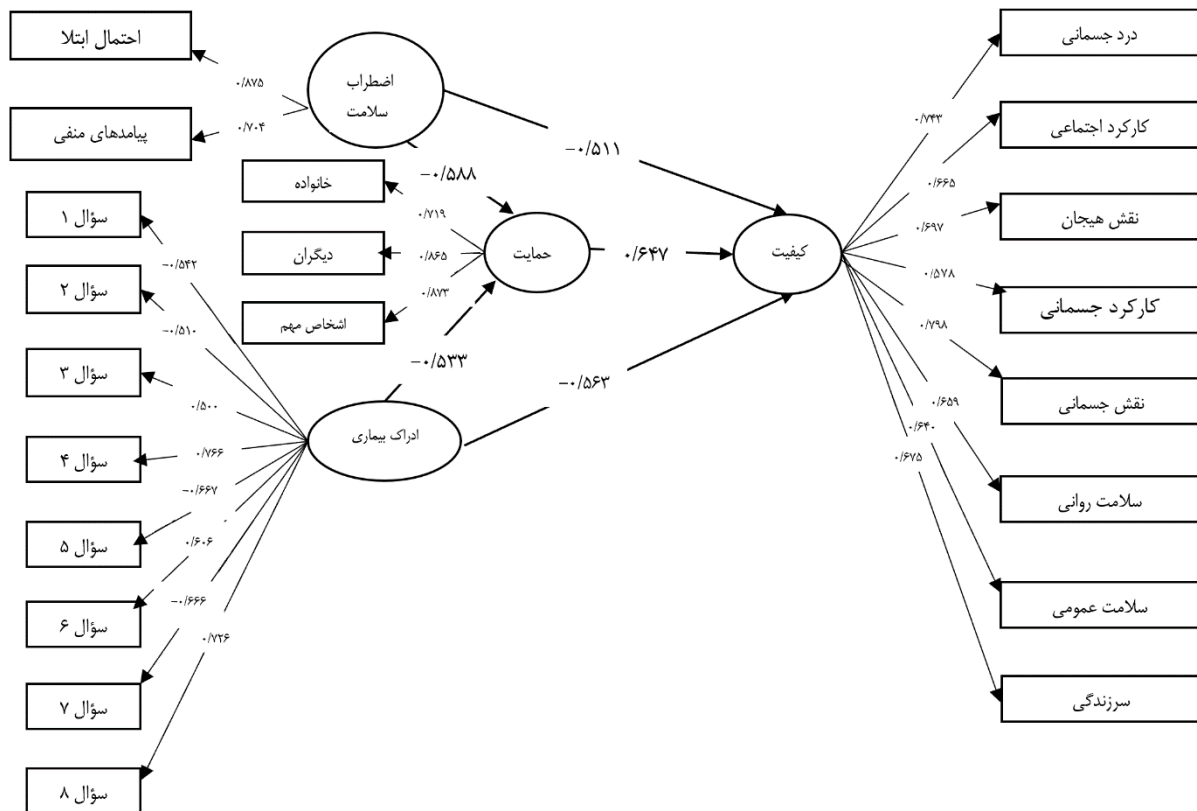
جدول ۳

شاخص‌های برازش مدل ساختاری

سازه	R Square
کیفیت زندگی	۰/۳۴
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۳۵

همچنین مقادیر f^2 در جدول شماره ۴ نشان‌دهنده اندازه اثر مناسب برای سازه‌های ادراک بیماری، اضطراب سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌باشد.

پس از تأیید روایی و پایایی، مدل ساختاری تحقیق ارزیابی می‌شود. برای آزمون مدل مفهومی و فرضیه‌های پژوهش از معادلات ساختاری استفاده شده است. شکل ۲ ضرایب مدل ساختاری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۲. ضرایب مدل ساختاری

جدول ۵

تحلیل مسیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای اصلی پژوهش

مسیر	فرضیه	ضریب مسیر	مقدار t	نتیجه
۱	حمایت اجتماعی ادراک شده ← کیفیت زندگی	0.647	$6/684$	تأیید
۲	اضطراب سلامت ← کیفیت زندگی	-0.511	$-4/089$	تأیید
۳	اضطراب سلامت ← حمایت اجتماعی ادراک شده	-0.588	$-5/765$	تأیید
۴	ادراک بیماری ← کیفیت زندگی	-0.563	$-5/061$	تأیید
۵	ادراک بیماری ← حمایت اجتماعی ادراک شده	-0.533	$-5/425$	تأیید
۶	اضطراب سلامت ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← کیفیت زندگی	0.38	$2/349$	تأیید
۷	ادراک بیماری ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← کیفیت زندگی	0.34	$2/16$	تأیید

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان در جامعه و اهمیت کیفیت زندگی آنان در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و اجتماعی کشور، این پژوهش با هدف، رابطه اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی سالمندان مقیم مراکز سالمندان: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده انجام شد. در همین راستا فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: (۱) میان اضطراب سلامت و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۲) میان ادراک بیماری و

کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۳) میان حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد. (۴) حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه میان اضطراب سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نقش واسطه‌ای دارد. (۵) حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه میان ادراک بیماری و کیفیت زندگی در سالمندان نقش واسطه‌ای دارد. نتایج نشان داد که اضطراب سلامت، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌توانند کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی کنند. همچنین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده

در رابطه میان اضطراب سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی سالمندان تأیید شد.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که میان اضطراب سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه وجود دارد، تأیید شد که این نتایج با یافته‌های ثروت و همکاران (۲۰۲۵)، هوانگ و همکاران (۲۰۲۵)، سونگ و همکاران (۲۰۲۵)، همایونی (۲۰۲۳)، بو-حمد و همکاران (۲۰۲۱) و شمس و همکاران (۲۰۲۰)، در رابطه با این که اضطراب سلامت در سالمندان، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت معنای اضطراب سلامت در واقع ایجاد اضطراب و نگرانی در موقعیت‌های تهدیدآمیز سلامتی است که به شکل یک طیف از بی‌اطلاعی نسبت به اضطراب سلامتی افراطی یا خودبیمارانگاری یا سلامتی خود را نشان می‌دهد (بایر و همکاران، ۲۰۱۶). اکثر افراد در زندگی روزمره میزانی از اضطراب سلامتی را تجربه می‌کنند که اگر بیش از اندازه باشد، زمینه‌ساز آسیب‌های خطرناک برای فرد خواهد بود (عبدالغنی و همکاران، ۲۰۲۱). تمرکز زیاد بر روی علائم جسمانی باعث می‌شود شخص نسبت به هر نوع تغییرات ساده گوش به زنگ باشد و برای تأیید نگرانی‌های خود تحت تأثیر بروز علائم سطحی سوگیری پیدا کند (ایرسلان و ایلهان، ۲۰۲۳). توجه به علائمی که به دلیل افزایش میزان فعالیت سیستم خودکار باشد، به عنوان نمودی از بیماری، زمینه‌ساز تغییرات خلقی شده و باعث افزایش میزان نگرانی نسبت به سلامتی می‌شود (عبدالغنی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ زیرا این گونه رفتارها سبب افزایش اضطراب و نگرانی می‌شود و مشغولیت‌های ذهنی را به وجود می‌آورد که باعث می‌شود فرد به جنبه‌های دیگر زندگی توجهی نکند و مشکلاتی در زندگی شخصی‌اش به وجود آورد که در نهایت سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. بیماری (هوانگ و چیر، ۲۰۲۵)؛ جینرپ-نیلسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوشمیاووسکا و همکاران، ۲۰۲۲).

فرضیه دوم مبنی بر اینکه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه وجود دارد، تأیید شد که این نتایج با یافته‌های خطک و همکاران (۲۰۲۵)، هوانگ و چیر (۲۰۲۵)، جینرپ-نیلسن و همکاران (۲۰۲۲)، اوشمیاووسکا و همکاران (۲۰۲۲)، آیدین سایلان و ملیکه دمیر دوگان (۲۰۲۰)، مینشال و همکاران (۲۰۲۰) و تسای و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مفهوم ادراک بیماری به عنوان رویکردی تلقی می‌شود که پایه‌های آن بر

تنظیم نحوه رفتار بیمار بنا شده است. این نظریه نشان می‌دهد که افراد در مواجهه با بیماری یا سایر عواملی که سلامتی را تهدید کند، نوعی باور خاص و تصویر کلی نسبت به بیماری و نحوه درمان آن در ذهن خود شکل می‌دهند (پوررستمی و همکاران، ۱۴۰۲). مدل خود تنظیمی لونتال (۱۹۸۴) در تبیین نحوه تأثیرگذاری رویکرد ادراک بیماری بر کیفیت زندگی چنین بیان می‌کند که بیمار واکنش هیجانی و رفتار خود را در مقابله با بیماری طبق ادراک خود در هنگام بروز علائم بیماری، مانند این که فکر می‌کند درمان انجام شده از طرف او می‌تواند بر کنترل بیماری‌اش موثر باشد، باورهای او در مورد نتایج احتمالی که بیماری می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی او تأثیر بگذارد، باورهای او در مورد مدت زمان تداوم بیماری، باورهای او در مورد فهم بیماری، باورهای او درباره کنترل بیماری و همچنین باورهای او درباره بهبودی بیماری را تنظیم می‌کند. علاوه بر این، ادراک صحیح و واقع‌بینانه از بیماری می‌تواند از بروز اضطراب، احساس ناتوانی و افسردگی پیشگیری کند و در پی آن، مشارکت فرد در فعالیت‌های اجتماعی و روزمره افزایش یابد. بنابراین، به جای کناره‌گیری و انزوای اجتماعی، فرد با حفظ تعاملات اجتماعی و ارتقای احساس معنا و هدفمندی در زندگی، کیفیت زندگی بهبود یافته و مطلوب‌تری را تجربه خواهد کرد.

فرضیه سوم مبنی بر اینکه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان رابطه وجود دارد، تأیید شد که این نتایج با یافته‌های مویسوگلو و همکاران (۲۰۲۴)، داوری دولت آبادی و عبدیزدان (۲۰۱۶) و شاهین و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این فرض می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان میزان درک فرد نسبت به حمایت دریافت شده از سمت شبکه اجتماعی خود طبق تعاملات فعلی و قبلی است (فاند و الماند، ۲۰۲۴). زمانی که فرد به این باور برسد که اتفاقات زندگی پیش آمده برای او قابل درک و فهم، مدیریت و کنترل، ساختاریافته و قابل حل هستند و همچنین امکان رویارویی با آن‌ها فراهم است که یکی از این روش‌ها برای مواجهه با مشکلات حمایت‌های دریافتی از طرف همسالان، دوستان و اطرافیان مانند افراد تأثیرگذاری مثل سرپرست موسسه یا ریاست مجموعه باشد، میزان انسجام روانی فرد افزایش پیدا می‌کند (قربان‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). در حالت کلی می‌توان نتیجه گرفت که بهره‌مندی فرد از حمایت اجتماعی از طرف دیگران مهم بوده و باعث افزایش میزان توان فرد جهت غلبه بر موقعیت‌های

سخت و طاقت‌فرسا می‌شود؛ در نتیجه با افزایش این حمایت‌ها، میزان کنترل فرد بر حوادث و شرایط بیرونی و اتفاقات بیشتر شده و میزان استرس و نگرانی درباره اتفاقات کاهش پیدا کرده و در نهایت کیفیت زندگی فرد بهبود پیدا می‌کند.

فرضیه چهارم مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه میان اضطراب سلامت و کیفیت زندگی در سالمندان نقش واسطه دارد، تأیید شد که این نتایج با پژوهش‌های لی و همکاران (۲۰۲۴) و آکوبا (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این فرض می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک عامل محافظتی مهم در برابر اضطراب سلامت عمل می‌کند. افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری را ادراک می‌کنند، سطح پایین‌تری از اضطراب سلامت را تجربه می‌کنند؛ به این دلیل که این حمایت به افراد، احساس امنیت و منابع لازم برای مقابله با نگرانی‌های سلامتی می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین افراد با دریافت حمایت اجتماعی لازم، نگرانی کمتری در مورد سلامت خود دارند و این نگرانی کمتر، کیفیت زندگی بالاتری را برای آنان به‌دنبال دارد.

فرضیه پنجم مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه میان ادراک بیماری و کیفیت زندگی در سالمندان نقش واسطه‌ای دارد، تأیید شد که این نتایج با مطالعات کوبو رندون و همکاران (۲۰۲۰) و آکوبا (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این فرض می‌توان بیان کرد که ادراک حمایت اجتماعی به‌ویژه از سوی خانواده و دوستان، به افراد کمک می‌کند تا اثرات منفی بیماری را کاهش داده و دیدگاه مثبتی نسبت به فرایند درمان و مدیریت بیماری خود داشته باشند. این تأثیرات اغلب از طریق کاهش استرس‌های روانی و افزایش رضایت از زندگی بروز می‌کنند (کوبو-رندون و همکاران، ۲۰۲۰). زمانی که فرد در طول بیماری حمایت دوستان و افراد مهم زندگی خود را ببیند، درک مثبت‌تری از بیماری خود پیدا می‌کند و نگرانی کمتری درباره بیماری و درمانش دارد؛ از این رو کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین اضطراب سلامت، ادراک بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی سالمندان روابط معناداری وجود دارد. این نتایج می‌تواند راهنمای مفیدی برای متخصصان سلامت روان، مشاوران و روان‌شناسان باشد تا در طراحی مداخلات و برنامه‌های مشاوره‌ای، بر کاهش اضطراب سلامت و اصلاح باورهای

منفی مرتبط با بیماری تمرکز کنند. همچنین، با توجه به نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، برنامه‌هایی که به افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود روابط خانوادگی و ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی برای سالمندان کمک می‌کنند، می‌توانند در ارتقاء سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشند. این یافته‌ها می‌توانند در ارزیابی نیازهای روانی-اجتماعی سالمندان در مراکز نگهداری نیز مورد استفاده قرار گیرند.

مطالعه حاضر با تبیین روابط بین اضطراب سلامت، ادراک بیماری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی، به ادبیات علمی حوزه سالمندی و روان‌شناسی سلامت افزوده و چارچوبی نظری برای درک تعامل این متغیرها ارائه می‌دهد. نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در این روابط، از منظر نظری اهمیت دارد و می‌تواند به عنوان الگویی برای توسعه مدل‌های مفهومی جدید در زمینه روان‌شناسی سالمندی استفاده شود. این مدل می‌تواند پایه‌ای برای فرضیه‌سازی در پژوهش‌های آینده با رویکردهای طولی یا مداخله‌ای باشد تا پویایی این روابط در گذر زمان یا در پاسخ به مداخلات، بهتر شناخته شود.

با توجه به نقش حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان، یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان اجتماعی و مسئولان نهادهای حمایتی اهمیت داشته باشند. تقویت ساختارهای حمایتی مانند خدمات بین‌نسلی، شبکه‌های حمایتی محلی و تقویت تعاملات خانوادگی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد اجتماعی مؤثر در ارتقاء سلامت روان سالمندان تلقی شود. همچنین، شناسایی سالمندانی که دچار اضطراب سلامت و ادراک منفی از بیماری هستند و ارائه خدمات روان‌اجتماعی به آنان می‌تواند به کاهش هزینه‌های اجتماعی-درمانی در بلندمدت کمک کند و گامی در راستای بهبود رفاه و کرامت انسانی در دوران سالمندی باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش، عدم اعمال محدودیت سنی برای انتخاب شرکت‌کنندگان است که منجر به ناهمگنی نمونه از لحاظ گروه‌های سنی مختلف سالمندان گردید. این ناهمگنی می‌تواند دقت و اعتبار نتایج را تحت تأثیر قرار داده و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود سازد. اعمال محدودیت سنی در مطالعات آتی می‌تواند به همگنی نمونه کمک کرده و قابلیت تعمیم نتایج را به گروه‌های سنی مشخص‌تر افزایش دهد. یکی دیگر از محدودیت‌های مهم این پژوهش، استفاده

قربان‌پور لقمجانی، ا.، نحوی‌نژاد، ت.، و رضایی، س. (۱۴۰۳). الگوی ساختاری سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی: نقش میانجی توانمندی روان‌شناختی (مطالعه موردی: دختران ساکن در خانه‌های شبانه‌روزی شهر رشت). *فصل‌نامه رفاه اجتماعی*، ۲۴ (۹۲)، ۱۹۷-۱۵۵.

کاظمی، ن.، سجادی، ح.، و بهرامی، گ. (۱۳۹۸). کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی. *مجله سالمندی ایران*، ۱۳ (۵)، ۵۱۸-۵۳۳.

گوهری، ف.، قمری، ح.، و شیخ‌الاسلامی، ع. (۱۴۰۳). اثربخشی توان‌بخشی شناختی رایانه‌محور بر نشخوار فکری سالمندان با اضطراب مرگ مقیم مراکز سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰ (۲)، ۲۱۹-۱۹۹.

نجات، س.، منتظری، ع.، هالکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجل‌زاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴)، ۱-۱۲.

نرگسی، ف.، ایزدی، ف.، کریمی‌نژاد، ک.، و رضایی شریف، ع. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *فصلنامه اندازہ‌گیری تربیتی*، ۸ (۲۷)، ۱۶۰-۱۴۷.

References

- Abdelghani, M., Mahdy, R., & El-Gohari, H. (2021). Health anxiety to COVID-19 virus infection and relationship to quality life in a sample of health care workers in Egypt: a cross-sectional study. *Psychiatry and Psychotherapy*, 23(1), 19-28.
- Acoba E. F. (2024). Social support and mental health: The mediating role of perceived stress. *Frontiers in psychology*, 15, Article 1330720.
- Aydın Sayılan, A., & Demir Doğan, M. (2020). Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 29(4), Article e13252.
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM5. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(2), 219-239. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Barghi Irani, Z., & Ranjbar, S. (2024). The lived experiences of older adults in nursing homes: A phenomenological study. *Aging Psychology*, 10(1), 111-127. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10330.1763> [Persian]

از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها است که احتمال بروز سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. در موضوعات حساسی مانند اضطراب سلامت و ادراک بیماری، ممکن است شرکت‌کنندگان پاسخ‌هایی ارائه دهند که به‌طور کامل منعکس‌کننده واقعیت نباشد، که این امر می‌تواند موجب کاهش اعتبار داده‌ها گردد. علاوه بر این، ماهیت توصیفی و همبستگی این مطالعه امکان استنتاج رابطه علی میان متغیرها را محدود می‌سازد؛ بنابراین، نمی‌توان به‌طور قطعی قضاوت کرد که حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم موجب بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود یا بالعکس. همچنین، عوامل فرهنگی، اقتصادی و محیطی که احتمالاً در تعامل با متغیرهای پژوهش نقش مؤثری دارند، در این مطالعه به‌طور جامع مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با اعمال محدودیت سنی مناسب، نمونه‌های همگن‌تری از سالمندان انتخاب شوند و داده‌ها از طریق روش‌های مشاهده مستقیم یا مصاحبه بالینی جمع‌آوری گردند. همچنین، انجام مطالعات طولی و تجربی برای بررسی دقیق‌تر روابط علی میان متغیرها ضروری به نظر می‌رسد تا اعتبار و قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

سپاس‌گزاری

از شرکت‌کنندگان و تمامی افرادی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- برقی ایرانی، ز.، و رنجبر، س. (۱۴۰۳). تجربه زیسته سالمندان در خانه سالمندان: مطالعه‌ای با روش پدیدارشناسانه. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰ (۱)، ۱۲۷-۱۱۱.
- بساک نژاد، س.، شاکری، ق.، مرادی، ب.، شیرمردی، س.، و فتحی، ک. (۱۴۰۱). پیش‌بینی امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان براساس ادراک از بیماری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های مقابله‌ای. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹ (۲)، ۳۸-۲۸.
- پوررستمی، ا.، زربخش بحری، م. ر.، و بهرامی، س. (۱۴۰۲). ارائه مدل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو براساس ادراک بیماری، BMI و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نقش میانجی رفتارهای خودمراقبتی. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴ (۵)، ۳۷۷-۳۵۳.
- رستمی، ر.، شاه‌محمدی، خ.، قائدی، غ.، بشارت، م.ع.، اکبری‌زردخانه، س.، و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه افق دانش*، ۱۶ (۳)، ۵۴-۴۶.

- Bassak Nejad, S., Shakeri Nejad, G., Moradi, B., Shirmardi, S., & Fathi, K. (2022). Treatment and predicting life expectancy for women with breast cancer based on perception of the disease, perceived social support, and coping styles. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(2), 28-38. <https://sid.ir/paper/1002818/en> [Persian]
- Bilondi, S. S., Noghabi, A. D., & Aalami, H. (2022). The relationship between illness perception and medication adherence in patients with diabetes mellitus type II: illness perception and medication adherence. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(4), E966-E971. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.4.2277>
- Bou-Hamad, I., Hoteit, R., & Harajli, D. (2021). Health worries, life satisfaction, and social well-being concerns during the COVID-19 pandemic: Insights from Lebanon. *PloS one*, 16(7), Article e0254989. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254989>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Cobo-Rendón, R., López-Angulo, Y., Pérez-Villalobos, M. V., & Díaz-Mujica, A. (2020). Perceived social support and its effects on changes in The Affective and eudaimonic well-being of chilean university students. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 590513. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590513>
- Daniels, J., Parker, H., & Salkovskis, P. M. (2020). Prevalence and treatment of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis and co-morbid severe health anxiety. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 20(1), 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.003>
- Davaridolatabadi, E., & Abdeyazdan, G. (2016). The Relation between perceived social support and anxiety in patients under hemodialysis. *Electronic Physician*, 8(3), 2144-2149. <https://doi.org/10.19082/2144>
- Diamond, P. R., Dysch, L., & Daniels, J. (2023). Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 45(1), 27-33. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2022778>
- Eraslan, P., & Ilhan, A. (2023). The relationships between health anxiety and intolerance of uncertainty with quality of life in caregivers of cancer patients. *Family Practice and Palliative Care*, 8(1), 10-15. <http://dx.doi.org/10.22391/fppc.1172873>
- Ginnerup-Nielsen, E., Harreby, M., Christensen, R., Bliddal, H., & Henriksen, M. (2022). The correlation between illness perception, pain intensity and quality of life in oldage with low back pain in Denmark: a cross-sectional study. *The Journal of Life and Environmental Sciences: PeerJ*, 10, Article e14129. <https://doi.org/10.7717/peerj.14129>
- Gohari, F., Qamari, H., & Sheykholeslami, A. (2024). The Effectiveness of computerbased cognitive rehabilitation on the rumination of older adult with death anxiety living in nursing homes. *Aging Psychology*, 10(2), 199-219. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10485.1768> [Persian]
- Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. E., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2), 129-143. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000636>
- Hill P. L., Payne B. R., Jackson J. J., Stine-Morrow E. A., Roberts B. W. (2014). Perceived social support predicts increased conscientiousness during older adulthood. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 543-547. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt024>
- Homayuni, A. (2023). Investigating the correlation between perceived stress and health anxiety with obsessive-compulsive disorder and quality of life during COVID-19 pandemic. *BMC psychology*, 11(1), Article 54. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01090-w>
- Huang, W. L., Leventhal, B., Lin, C. C., & Chien, Y. L. (2025). Health anxiety and somatic symptoms in adults on the autism spectrum. *Psychiatry Research*, 350, Article

116550. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116550>
- Huang, Z., & Chair, S. Y. (2025). Disease severity, illness perceptions, depression, and health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.17653>
- Karimi-Ghasemabad, S., Akhbari, B., Saeedi, A., Talebian Moghaddam, S., & Nakhostin Ansari, N. (2021). The Persian brief illness perception questionnaire: Validation in patients with chronic nonspecific low back pain. *The Scientific World Journal*, 2021(1), Article 3348011. <https://doi.org/10.1155/2021/3348011>
- Kazemi, N., Sajjadi, H., & Bahrami, G. (2019). Quality of life in Iranian elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 13(5), 518-533. <http://dx.doi.org/10.32598/SIJA.13.Special-Issue.518> [Persian]
- Khattak, A. Z., Zaman, S., Shah, S. U., Fatima, N., Nazir, J., & Abdullah, M. (2025). The Mediating role of coping strategies in the Relationship between illness perception and quality of life among hashish users. *Advances in Dual Diagnosis*, 18(1), 26-34. <https://doi.org/10.1108/ADD-09-2024-0026>
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D., & Rachman, S. (1980). Contributions to medical psychology. *Contributions to medical psychology*, 17, Article 30. https://www.academia.edu/259452/The_Common_Sense_Representation_of_Illness_Danger
- Li, J., Luo, C., Liu, L., Huang, A., Ma, Z., Chen, Y., Deng, Y., & Zhao, J. (2024). Depression, anxiety, and insomnia symptoms among Chinese college students: A network analysis across pandemic stages. *Journal of Affective Disorders*, 356, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.02>
- Li, L., & Yu, L. (2022). The Influence of Pension Mode on The Mental Health of Older Adults—Evidence from Older Adults in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), Article 119. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010119>
- Liu, Q. W., Qin, T., Hu, B., Zhao, Y. L., & Zhu, X. L. (2021). Relationship between illness perception, fear of progression and quality of life in interstitial lung disease patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3493-3505. <https://doi.org/10.1111/jocn.15852>
- Marafioti, G., Cardile, D., Culicetto, L., Quartarone, A., & Lo Buono, V. (2024). The impact of social cognition deficits on quality of life in multiple sclerosis: a scoping review. *Brain Sciences*, 14(7), Article 691. <https://doi.org/10.3390/brainsci14070691>
- Minshall, C., Ski, C. F., Apputhurai, P., Thompson, D. R., Castle, D. J., Jenkins, Z., & Knowles, S. R. (2020). Exploring the impact of illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, and psychological distress on quality of life in a post-stroke cohort. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 174-180. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0>
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Kolisiati, A., Vraika, I., Kosiara, K., Siskou, O., Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O., Katsoulas, T., Gallos, P., & Galanis, P. (2024). Resilience and Social Support Improve Mental Health and Quality of Life in Patients with Post-COVID-19 Syndrome. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(1), 230-242. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14010015>
- Nargesi, F., Izadi, F., Kariminejad, K., & Rezaii Sharif, A. (2017). The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(27), 147-160. <https://doi.org/10.22054/jem.2017.19621.1495> [Persian]
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Student Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html> [Persian]

- Ośmiałowska, E., Staś, J., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2022). Illness Perception and Quality of Life in Patients with Breast Cancer. *Cancers*, 14(5), Article 1214. <https://doi.org/10.3390/cancers14051214>
- Pfund, G. N., & Allemand, M. (2024). Correlated change between personality traits and perceived social support in oldage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 50(2), 167-181. <https://doi.org/10.1177/01461672221120493>
- Pourrostami, A., Zarbakhsh Bahri, M. R., & Bahram, S. (2023). Presenting the quality-of-life model related to the health of patients with type 2 diabetes based on disease perception, BMI and demographic characteristics with the mediating role of self-care behaviors. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(5), 353-377. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.5.21> [Persian]
- Qorbanpoor Lafmejadi A, nahvinejad T, rezaei S. (2024). Structural Model of Psychological Capital and Perceived Social Support with Quality of Life: Mediating Role of Psychological Empowerment. *Social Welfare Quarterly*. 24(92), Article 5. <https://doi.org/10.32598/refahj.24.92.4020.2> [Persian]
- Rostami, R., Shahmohamadi, K., Ghaedi, G., Besharat, M. A., Akbari Zardkhaneh, S., & Nosratabadi, M. (2010). Relations among self-efficacy, emotional intelligence, and perceived social support in university students. *Internal Medicine Today*, 16(3), 46-54. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-964-fa.html> [Persian]
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in oldage people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69-77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202-222). *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195126761.003.0009>
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Shams, J. H., Mohammadzadeh, K. A., & Maher, A. (2020). Correlation between health literacy and quality of life with health anxiety in outpatient patients referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic in Karaj. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*, 9(1), 1-9. <https://sid.ir/paper/395473/en>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Soong, R. Y., Low, C. E., Ong, V., Sim, I., Lee, C., Lee, F., Chew, L., Yau, C. E., Lee, A. R. Y. B., & Chen, M. Z. (2025). Exercise Interventions for Depression, Anxiety, and Quality of Life in Older Adults with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA network open*, 8(2), Article e2457859. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.57859>
- Striberger, R., Axelsson, M., Zarrouk, M., & Kumlien, C. (2021). Illness perceptions in patients with peripheral arterial disease: A systematic review of qualitative studies. *International journal of nursing studies*, 116, Article 103723. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103723>
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 202(1), 56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- Tenenhaus, M., Vinzi, V. E., Chatelin, Y. M., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational statistics & data analysis*,

- 48(1), 159-205. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2004.03.005>
- Tharwat, S., Nagy, E., Elsayed, A. M., Salem, K. M., Salah, A. M., Mohamed, S. Z., & Nassar, M. K. (2025). Prevalence of Knee Pain and Its Relation to Depression, Anxiety, and Health-Related Quality of Life Among Maintenance Hemodialysis Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 14(2), Article 368. <https://doi.org/10.3390/jcm14020368>
- Tsai, L. Y., Lee, S. C., Wang, K. L., Tsay, S. L., & Tsai, J. M. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(6), 846-852. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.014>
- Tsai, L. Y., Lee, S. C., Wang, K. L., Tsay, S. L., & Tsai, J. M. (2018). A correlation study of fear of cancer recurrence, illness representation, self-regulation, and quality of life among gynecologic cancer survivors in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(6), 846-852. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.10.014>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). World population prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423). https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-c](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-c)
- Younis, N. M., Ibrahim, R. M., & Ahmed, M. M. (2024). Relationship between Quality of Life and Lifestyle of Health Old Age. *Current Clinical and Medical Education*, 2(8), 18-28.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2