



The Relationship Between Self-Care and Depression in Older People in the Post-COVID Period: The Mediating Role of Hopelessness and Social Support

Masoumeh Ebadi¹ , Azra Mohammadpanah Ardakan^{1*}  and Zeinab Mollaeifar¹ 

¹ Dept. of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran

Article Info

Article History

Received: 02.06.2024

Revised: 01.09.2024

Accepted: 04.10.2024

ePublished: 04.10.2024

Keywords

depression, self-care, social support, hopelessness, older people

How to cite this article

Ebadi, M., Mohammadpanah Ardakan, A., & Mollaeifar, Z. (2024). The Relationship between self-care and depression in older people in the post-covid period: the mediating role of hopelessness and social support. *Aging Psychology*, 10(3), 303-323.

*Corresponding Author

Azra Mohammadpanah Ardakan

Email

azramohammadpanah@ardakan.ac.ir



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Aging is an important issue in psychological health and quality of life. Older people are vulnerable members of the society, prone to mental disorders, especially depression. Therefore, the aim of the present study was to examine the relationship between self-care and depression through hopelessness and social support in older people in the post-COVID period. This was a correlational study, using structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of all older people in Tehran, Iran with a sample of 260 individuals selected through convenience sampling. The measures used in this study included the second edition of Beck's depression inventory, Younesi Borojeni's elderly self-care questionnaire, Zimet et al.'s multidimensional scale of perceived social support, and Beck's hopelessness scale. The data obtained from the questionnaires were analyzed using Pearson's correlation coefficient and SEM in SPSS-26 and AMOS-24 software. The results indicated that the relationship between self-care and depression was significant through hopelessness ($P < 0.001$, $\beta = -0.87$), and the relationship between self-care and depression was also significant through social support ($P < 0.001$, $\beta = -0.126$). Based on the findings and the clarification of the relationships between self-care and depression in older people through the mediation of hopelessness and social support, effective actions can be taken to reduce depression and its psychological consequences in pandemic periods for this population.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Older adults are among the vulnerable members of society and are prone to mental health disorders, particularly depression. Research indicates that depression is a significant predictor of impairment in interpersonal relationships and daily activities, including self-care, among older adults. Additionally, studies show a correlation between self-care behaviors and the incidence of depression in older individuals. Various factors influence self-care in older adults, with social support and hope being among the most critical. Research has demonstrated that self-care education can improve or reduce disabilities in older adults, thereby increasing their sense of hope and quality of life. The significance of this study lies in elucidating the role of self-care models through social support and hopelessness as mediating variables, which could lead to important findings in the prevention and control of depression among the growing older population. This understanding paves the way for precise and targeted intervention studies aimed at enhancing the mental health of older adults. Therefore, given the existing gaps in the literature, the present study aims to investigate the relationship between self-care and depression in older individuals, considering the mediating role of hopelessness and social support.

Method

This research was a correlational study using structural equation modeling (SEM). The statistical population

comprised all individuals over 60 years old residing in Tehran, Iran. A sample of 260 individuals (108 men and 152 women) was selected through convenience sampling. The inclusion criteria were (1) age over 60 years, (2) physical ability to participate in the study, and (3) willingness to participate in the study. The exclusion criteria included (1) inability to respond to questions, (2) diagnosed psychological disorders, and (3) cognitive impairments or mental conditions limiting cognitive abilities. Participants completed Beck's depression inventory, Younesi Borojeni's elderly self-care questionnaire, Zimet et al.'s multidimensional scale of perceived social support, and Beck's hopelessness scale. Upon obtaining the necessary permissions, the research was conducted in locations frequented by older individuals, such as parks and retirement centers. Participants meeting the inclusion criteria were invited to join the study. After explaining the objectives of the study and ensuring the confidentiality of participants' information for them, we obtained consent, and distributed the questionnaires. Participants completed the questionnaires with the assistance and guidance from the researcher. Given the large number of questions (82) and the specific conditions of older individuals, most questionnaires were completed with the help of the researcher. The data collected from the questionnaires were analyzed using Pearson's correlation coefficient and SEM in SPSS-26 and Amos-24.

Results

Before conducting data analysis, it was determined that the distribution of all

variable scores was normal. Results indicated no correlation between errors and no multicollinearity among the variables. To test the research hypotheses, model fitting was assessed using SEM. Results of Pearson's correlation test showed a significant positive relationship between self-care and social support ($P < .01$, $\gamma = .418$) and

between depression and hopelessness ($P < .05$, $\beta = .195$). Additionally, there was a significant negative relationship between self-care and hopelessness ($P < .001$, $\gamma = -.458$), self-care and depression ($P < .05$, $\gamma = -.377$), and social support and depression ($P < .01$, $\beta = .298$).

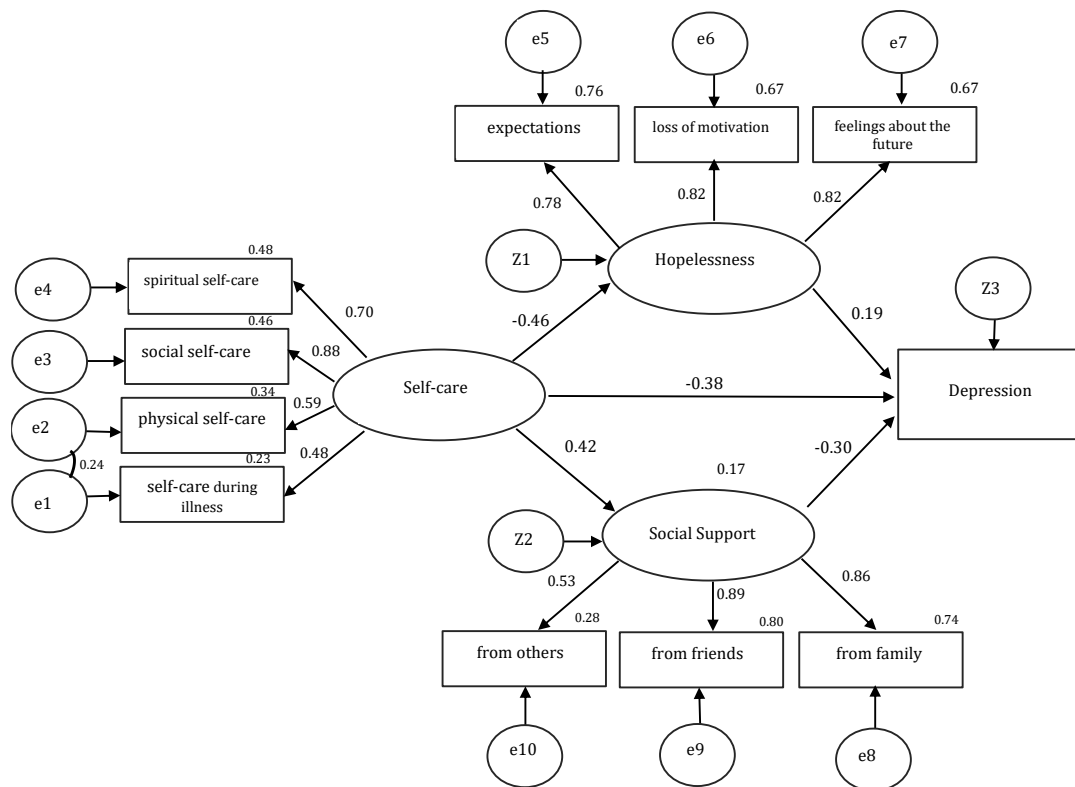


Figure 1. The final model of the relationship between depression and self-care with the mediating role of social support and hopelessness

The model fit indices obtained were $CMIN=111.15$, $CMIN/DF=2.85$, $RMSEA=.07$, $NFI = 0.90$, $TLI = .91$, $IFI = .93$, and $CFI = .93$, indicating a good model fit. Results from the Sobel test showed that hopelessness had a significant mediating role in the relationship between self-care and depression ($P < .05$, $Z = -2.57$) and social support had a significant mediating role in the

relationship between self-care and depression ($P < .01$, $Z = -3.27$).

Conclusion

The primary aim of this research was to explain the relationship among self-care, as the criterion variable, hopelessness and social support as mediators, and depression as the predictor variable in older adults during

the post-COVID-19 period. This study found significant relationships between self-care and depression through hopelessness and social support in older adults. Additionally, social support and hopelessness were identified as mediators in the relationship between self-care and depression. Considering that older adults are a vulnerable segment of the population and are prone to mental health disorders, particularly depression, which significantly impairs their quality of life, understanding factors related to depression can help reduce unwanted consequences in older adults. For example, higher perceived social support is associated with better physical and mental health outcomes, increased well-being, and reduced symptoms of depression. Hopelessness, self-care, and perceived social support are predictors of depression that should be given special attention in older age. Older adults can reduce hopelessness and depression by enhancing self-care and social support. Ultimately, based on the results of this study, effective measures can be taken to improve the quality of life of older adults.

Ethical Consideration

Ethical Code

This research was authorized by the Research Deputy of Ardakan University for the Master's thesis of Ms. Masoumeh Ebadi in General Psychology.

Financial Support

This research did not receive any financial support.

Authors' Contributions

M.A: Conceptualization, Methodology, Software, Data Collection and Statistical Analysis; A.M: Project Administration, Supervision, Data Management; Z.M: Writing - Original Draft, Writing - Review & Editing

Conflict of Interest

The author had no conflicts of interest.

Acknowledgments

This article is derived from a Master's thesis in General Psychology at Ardakan University. The researchers extend their gratitude to the Research Deputy of Ardakan University, all the older adults who participated in the research, and all individuals and institutions that facilitated the participation of older adults in this study.



رابطه خودمراقبتی با افسردگی سالمندان در دوران پساکرونا: نقش میانجی ناامیدی و حمایت اجتماعی

معصومه عبادی^۱، عذرا محمدپناه اردکان^{۱*} و زینب ملایی فر^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

چکیده

سالمندی به عنوان یک مسأله مهم در سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد می‌باشد. سالمندان از افراد آسیب‌پذیر جامعه و مستعد اختلالات روانی به‌خصوص افسردگی می‌باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه خودمراقبتی با افسردگی سالمندان در دوران پساکرونا با نقش میانجی ناامیدی و حمایت اجتماعی بود. طرح پژوهش همبستگی با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان استان تهران بود که نمونه پژوهش با شیوه نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۲۶۰ نفر انتخاب شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسش‌نامه خودمراقبتی سالمندان یونسی بروجنی و همکاران، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی چند بعدی زیمت و مقیاس ناامیدی بک بود. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و Amos نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که رابطه خودمراقبتی با افسردگی از طریق ناامیدی ($\beta = -0.087, P < 0.001$) و رابطه خودمراقبتی با افسردگی از طریق حمایت اجتماعی ($\beta = -0.126, P < 0.001$) معنادار بود. با توجه به نتایج به‌دست آمده و روشن شدن روابط میان خودمراقبتی و افسردگی در سالمندان با میانجیگری دو عامل ناامیدی و حمایت اجتماعی، می‌توان در جهت کاهش افسردگی و پیامدهای روانی دوران پساکرونا در این جمعیت اقدامات مفیدی را به انجام رسانید.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

اصلاح: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۳

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۳/۰۷/۱۳

کلیدواژه‌ها

افسردگی، خودمراقبتی، حمایت اجتماعی، ناامیدی، سالمندان

نحوه ارجاع به مقاله

عبادی، م، محمدپناه اردکان، ع، و ملایی فر، ز. (۱۴۰۳). رابطه خودمراقبتی با افسردگی سالمندان در دوران پساکرونا: نقش میانجی ناامیدی و حمایت اجتماعی. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۳)، ۳۰۳-۳۲۳.

* نویسنده مسئول

عذرا محمدپناه اردکان

پست الکترونیکی

azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

خواستگی، ۱۳۸۸؛ به نقل از مغاللو و دادفر، ۱۴۰۳). از طرفی مطالعات نشان دادند بین انجام رفتارهای خودمراقبتی^۳ و ابتلا به افسردگی در سالمندان رابطه وجود دارد. چراکه رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند نشان‌دهنده توانایی فرد در مراقبت از خود باشد و یا می‌تواند تحت تأثیر اختلالات روان‌شناختی مهم مانند افسردگی قرار گیرد. انجام ندادن رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند تحت تأثیر ابتلا به افسردگی و یا سایر عوامل مرتبط با آن باشد و فرد را مستعد ابتلا به چنین اختلالاتی کند. بنابراین سازه خودمراقبتی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی برای ابتلا به افسردگی باشد (کچ و ساگلام، ۲۰۱۹).

خودمراقبتی از نظر سازمان جهانی بهداشت عبارت است از توانایی افراد، خانواده‌ها و جامعه در ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها بدون کمک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان بیمار مناسب نیست. آموزش و پیگیری رفتارهای خودمراقبتی بایستی با تمرکز بر مشکلات خاص دوران سالمندی، حمایت اجتماعی^۴، ساده‌سازی رژیم دارویی و غذایی و توجه به سایر بیماری‌ها انجام گیرد (صیادی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات نشان می‌دهد که خودمراقبتی و تاب‌آوری بالا منجر به کاهش افسردگی می‌شود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهشی نشان داده شد که افسردگی رابطه معنادار و منفی با فعالیت‌های زندگی روزمره و توان خودمراقبتی در سالمندان دارد. به طوری که با کاهش فعالیت‌های زندگی و خودمراقبتی، افسردگی افزایش پیدا می‌کند (کچ و ساگلام، ۲۰۱۹). همچنین کیم و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به نتیجه مشابهی دست یافتند که نشان می‌داد افسردگی یکی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده اختلال در روابط بین فردی و فعالیت‌های روزانه فرد سالمند، از جمله مراقبت از خود، می‌شود. به صورتی که کاهش عامل خودمراقبتی با افزایش شیوع افسردگی، با افزایش سن، وجود دارد (ایسبک و همکاران، ۲۰۲۰). خودمراقبتی جسمی بیشترین سهم را در پیش‌بینی توانمندی شناختی سالمندان دارد و پس از آن به ترتیب خودمراقبتی اجتماعی، خودمراقبتی معنوی و خودمراقبتی در حین بیماری. همان‌طور که براساس نتایج مطالعات انجام شده مشخص شد که به کمک ابعاد

سالمندی^۱ که فرایند طبیعی ناشی از افزایش سن است، به‌خودی خود می‌تواند مسائل و چالش‌های مهمی را به‌دنبال داشته باشد (فتحی، ۱۳۹۹). از طرفی در کشور ما به‌دلیل کاهش نرخ زاد و ولد و افزایش امید به زندگی در سال‌های اخیر حدود ۱۰ درصد جمعیت کشور را جمعیت بالای سن ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. در جهان نیز جمعیت افراد بالای ۶۵ سال با سرعت بی‌سابقه‌ای در حال رشد است و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۵ جمعیت سالمندان به بیش از یک میلیارد نفر و تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۱٫۶ میلیارد نفر برسد (رودنیکا، ۲۰۲۰). با این وجود این پدیده به‌عنوان یک عارضه حتمی، بخشی از زندگی انسان است که با جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی مختلف همراه می‌باشد. از سوی دیگر عامل مهمی که در سال‌های اخیر موجب بدتر شدن سلامت روان به‌ویژه در سالمندان شده است، ظهور پاندمی کووید-۱۹ می‌باشد. چراکه با وجود همه‌گیری غیر معمول سال ۲۰۲۰، سالمندان آسیب‌پذیرترین جمعیت در این فرآیند بوده و گروه سنی با بیشترین میزان مرگ و میر هستند. انزوا و ناتوانی لازم در معاشرت از نظر روحی و روانی آنها را تحت تأثیر قرار داد و ناامیدی، احساس تنهایی و آسیب‌پذیری عاطفی را که از ویژگی‌های افسردگی است، در آنها افزایش داد (عصاران و همکاران، ۱۳۹۶).

افسردگی^۲ یک اختلال روانی شایع است که با علائم کلیدی خلق افسرده و بی‌علاقگی یا بی‌لذتی، همراه با سایر علائم شامل احساس اندوه، ناامیدی، بی‌ارزشی و حس گناه، اختلال در خواب، اختلال در اشتها، کاهش انرژی، کاهش تمرکز و افکار خودکشی توصیف می‌شود (سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). همچنین مطالعات مرتبط با افسردگی نشان می‌دهد افسردگی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون اختلال‌های شناختی و افت کیفیت زندگی (نجاتی و عشایری، ۱۳۸۵)، حرمت خود پائین (رجبی، ۱۳۹۷)، مشکلات خواب (اوهابون و همکاران، ۲۰۰۴)، پائین بودن سرزندگی و سلامت روان (سعیدی‌مهر و همکاران، ۱۳۹۵)، کاهش رضایت از زندگی (چوب‌فروش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷) و احتمال ابتلا به مشکلات روان‌شناختی (باقری و همکاران، ۱۳۹۵) و شناختی دیگر در ارتباط بوده و منجر به کاهش کارایی و افزایش مرگ و میر سالمندان می‌شود (یزد

³ self-care

⁴ social support

¹ aging

² depression

خودمراقبتی می‌توان توانمندی‌های شناختی در زنان سالمند مبتلا به دیابت را پیش‌بینی نمود (سیدی و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این بانجونگرویدی و همکاران (۲۰۲۰)، نشان دادند که هنجارهای اجتماعی بیماران و حمایت خانواده می‌تواند موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران به‌ویژه در سنین بالاتر باشد که این در پژوهش پورمند و همکاران (۲۰۲۰) نیز به تأیید می‌رسد. همچنین قهفرخی و همکاران (۱۴۰۲) و ذال و همکاران (۱۴۰۱) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. همچنین صالحی و کاوسی (۱۳۹۹) یافتند که عوامل مؤثر شناخته شده بر خودمراقبتی سالمندان شهر تهران عبارت بود از گرایش به خودمراقبتی، رضایت از زندگی، خوداعتمادی، ظرفیت عملکردی و داشتن حمایت اجتماعی.

با توجه به مطالعات انجام‌شده در زمینه رابطه خودمراقبتی و افسردگی، مشخص شده که این دو متغیر به‌طور مستقیم با یکدیگر در ارتباط هستند. با این حال، تا کنون بررسی‌های زیادی در مورد اینکه از طریق کدام متغیر میانجی این رابطه شکل می‌گیرد، صورت نگرفته است. به عبارت دیگر، علیرغم وجود شواهد مبنی بر تأثیر خودمراقبتی بر افسردگی، نحوه ارتباط این دو و عواملی که این ارتباط را تسهیل یا موانع آن را از بین می‌برند، هنوز به‌طور دقیق مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که متغیرهایی مانند تاب‌آوری (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸)، عزت نفس (فریدمن و برون، ۲۰۱۶) و شادکامی (داینر، ۲۰۰۹) نقش میانجی را در رابطه بین خودمراقبتی و افسردگی ایفا کرده‌اند. در این میان، ناامیدی و حمایت اجتماعی نیز به‌عنوان دو متغیر مهم میانجی در ارتباط میان خودمراقبتی و افسردگی می‌توانند مورد توجه قرار گیرند (صالحی و کاوسی، ۱۳۹۹).

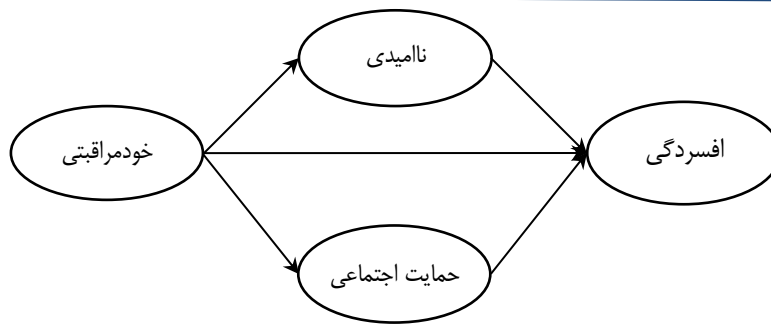
حمایت اجتماعی به‌عنوان یک شبکه از ارتباطات فردی و اجتماعی تعریف می‌شود که به افراد کمک می‌کند تا با مشکلات روزمره و بحران‌های زندگی به‌طور مؤثرتر مقابله کنند. طبق تعریف جوکار و همکاران (۱۳۹۹)، حمایت اجتماعی شامل انواع مختلفی از حمایت‌ها می‌شود، از جمله حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی، ابزاری و ارزیابی که از روابط بین فردی به‌دست می‌آید. این حمایت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا در محیط اجتماعی خود احساس امنیت و کفایت داشته باشند و از این طریق می‌توانند به بهبود سلامت روان و جسم خود بپردازند. حمایت اجتماعی به‌طور معناداری با کاهش افسردگی ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

سطح بالای حمایت اجتماعی می‌تواند به کاهش علائم افسردگی و اضطراب کمک کند. بختیاری و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که با افزایش حمایت اجتماعی، میزان افسردگی کاهش می‌یابد. این یافته‌ها در پژوهش (وونگ و همکاران، ۲۰۲۰) نیز تأیید شده است. همچنین تورکسن و همکاران (۲۰۲۰) نیز دریافتند که افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند، سطوح پائین‌تری از افسردگی را تجربه می‌کنند نسبت به افرادی که احساس تنهایی کرده و حمایت کمتری دارند. در این راستا، شواهد نشان می‌دهند که اختلال در روابط بین فردی، که به‌طور معمول یکی از ویژگی‌های اصلی افسردگی است، می‌تواند منجر به افزایش علائم افسردگی شود. به عبارت دیگر، افراد با سطوح پائین‌تر حمایت اجتماعی درک‌شده، بیشتر در معرض افسردگی و مشکلات روانی قرار دارند (ساش-اریکسون و همکاران، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی همچنین می‌تواند به‌عنوان یک «حایل محافظ» عمل کند که افراد را در برابر علائم افسردگی و استرس‌های روزمره محافظت می‌کند. یوانو و همکاران (۲۰۱۹) به این نکته اشاره کرده‌اند که حمایت اجتماعی در هنگام بروز سطوح متوسط استرس می‌تواند به‌طور مؤثری از بروز علائم افسردگی جلوگیری کند. از این رو، حمایت اجتماعی نه تنها در کاهش افسردگی مؤثر است بلکه در کاهش احساس تنهایی و انزوای اجتماعی نیز نقشی حیاتی دارد. از طرفی حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای خودمراقبتی داشته باشد. در حقیقت، شواهد نشان می‌دهند که افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، بیشتر به انجام رفتارهای خودمراقبتی مانند ورزش منظم، تغذیه سالم، و مراقبت‌های جسمی و روانی توجه می‌کنند. در یک مطالعه محبی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داده شد که حمایت اجتماعی موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در افراد می‌شود. به عبارت دیگر، افراد با داشتن شبکه‌های حمایتی قوی‌تر، بیشتر به مراقبت از سلامت خود می‌پردازند، که این خود به نوبه خود می‌تواند از افسردگی پیشگیری کند. در این زمینه، جوکار و همکاران (۱۳۹۹) اشاره می‌کنند که حمایت اجتماعی به‌طور غیرمستقیم می‌تواند از طریق تقویت رفتارهای خودمراقبتی، به کاهش استرس و در نهایت کاهش افسردگی کمک کند. به‌ویژه، وقتی که افراد حمایت‌های عاطفی و ابزاری دریافت می‌کنند، می‌توانند با انگیزه بیشتری به مراقبت از خود بپردازند و این کار باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود.

نامیدی نیز به‌عنوان یک وضعیت روان‌شناختی، ارتباط مستقیم و معناداری با افسردگی و خودمراقبتی در سالمندان دارد (اورکی و همکاران، ۱۳۹۸). به‌طوری‌که وسترووف و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که خودمراقبتی عامل مؤثری بر کاهش نامیدی و افزایش امید به زندگی سالمندان است. همچنین وجود این رابطه مستقیم بین نامیدی و افسردگی در مطالعات مرادی و قدرتی میکوهی (۱۴۰۲) و عباسی و همکاران (۱۳۹۶) تأیید شده است. طبق نظر اریکسون (۱۹۶۳)، نامیدی در سالمندان از نارضایتی عمیق آنها ناشی می‌شود، زیرا خود را به مرگ نزدیک‌تر می‌بینند و احساس می‌کنند که زمان زندگی‌شان به‌سرعت در حال تمام شدن است. این احساس از دست دادن زمان و دست نیافتن به اهداف زندگی باعث اضطراب و نگرانی شده و به افسردگی منجر می‌شود. بک و استیر (۱۹۸۸) نیز بیان کرده‌اند که نامیدی در واقع تمایل به داشتن نگرش منفی نسبت به آینده است، جایی که فرد باور دارد که هیچ چیزی درست پیش نمی‌رود و مشکلات حل‌نشده هستند. این نگرش منفی و احساس نامیدی باعث کاهش کیفیت زندگی و کاهش انگیزه برای انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. زمانی که فرد احساس کند هیچ چیز درست پیش نمی‌رود و اهدافش قابل دستیابی نیست، ممکن است دیگر انگیزه‌ای برای مراقبت از خود نداشته باشد. بر اساس نظر فولکمن (۲۰۱۳)، نامیدی در سالمندان می‌تواند منجر به افزایش یأس، افسردگی و در نهایت فقدان اشتیاق به زندگی شود، که در این شرایط فرد قادر به انجام رفتارهای خودمراقبتی نخواهد بود. بنابراین، نامیدی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی در رابطه بین خودمراقبتی و افسردگی عمل کند (جباردینی و همکاران، ۲۰۱۷)، اگر سالمندی دچار نامیدی باشد، احتمال کمتری دارد که رفتارهای خودمراقبتی را انجام دهد و به این ترتیب افسردگی او تشدید خواهد شد (سینگ و همکاران، ۲۰۱۷).

افسردگی در سالمندان یکی از مشکلات جدی است که علاوه بر تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و سلامت روان، با هزینه‌های بالای بهداشتی، مرگ و میر و حتی خودکشی مرتبط است (تاکور و همکاران، ۲۰۲۳). این اختلال در سالمندان می‌تواند عملکرد روزمره و استقلال فردی آنان را مختل کند و در نتیجه بر رفاه کلی آنها تأثیر بگذارد. در سال‌های اخیر پاندمی کووید-۱۹ نیز وضعیت روانی سالمندان را تشدید کرده و زمینه را برای افزایش افسردگی

و اضطراب در این گروه سنی فراهم کرده است. در این میان، پژوهش‌هایی که به‌طور خاص عوامل روان‌شناختی مؤثر بر افسردگی سالمندان را بررسی کنند، به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط، بسیار محدود هستند. این در حالی است که بررسی عوامل مؤثری مانند خودمراقبتی، نامیدی و حمایت اجتماعی می‌تواند در پیشگیری از افسردگی و کنترل آن در سالمندان مؤثر باشد. شواهد موجود نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی به‌عنوان یک عامل کلیدی، تأثیر مثبتی بر سلامت روان سالمندان دارد و می‌تواند با کاهش احساس تنهایی و افزایش رفاه اجتماعی، به کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند (گاریا و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود پژوهش‌های زیادی در زمینه افسردگی و خودمراقبتی، خلأ قابل توجهی در بررسی روابط پیچیده میان این متغیرها، به‌ویژه از منظر مسیرهای علی و نقش میانجی متغیرهایی مانند نامیدی و حمایت اجتماعی در کاهش افسردگی سالمندان وجود دارد. این پژوهش می‌تواند به درک بهتر از روابط بین این متغیرها کمک کند و شواهد جدیدی برای مداخلات روان‌شناختی و بهداشتی ارائه دهد. شناخت این روابط می‌تواند نه تنها در مدیریت درمانی افسردگی سالمندان مؤثر باشد، بلکه در طراحی مداخلات پیشگیرانه نیز کمک‌کننده باشد. در این راستا، با توجه به اهمیت سلامت روان سالمندان و نیاز به راهکارهای مؤثر در دوران پاندمی کووید-۱۹، بررسی این متغیرها به‌ویژه در جوامع سالمند و آسیب‌پذیر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. فرضیه‌های مطالعه عبارت بودند از اینکه (۱) بین خودمراقبتی با نامیدی، رابطه مستقیم وجود دارد، (۲) بین خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، رابطه مستقیم وجود دارد، (۳) بین نامیدی با افسردگی رابطه مستقیم وجود دارد، (۴) بین حمایت اجتماعی با افسردگی، رابطه مستقیم وجود دارد، (۵) بین خودمراقبتی با افسردگی، رابطه مستقیم وجود دارد، (۶) خودمراقبتی از طریق نامیدی با افسردگی در سالمندان رابطه دارد و (۷) خودمراقبتی از طریق حمایت اجتماعی با افسردگی سالمندان رابطه دارد. نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران و متخصصان بهداشت عمومی در برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و کاهش هزینه‌های بهداشتی مرتبط با افسردگی کمک کند.



شکل ۱. مدل پیشنهادی برای تبیین ارتباط خود مراقبتی با افسردگی از طریق ناامیدی و حمایت در سالمندان

۱۵۲ نفر از آنها زن (۵/۵ درصد) بودند. شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۶۰ تا بالای ۹۰ سال بودند که ۱۵۹ نفر آنها ۶۰ تا ۷۰ سال (۲/۶۱ درصد)، ۷۲ نفر ۷۱ تا ۸۰ سال (۷/۲۷ درصد)، ۲۶ نفر ۸۱ تا ۹۰ سال (۱۰/۰۰ درصد) و ۳ نفر از آنها بالای ۹۰ سال (۲/۱ درصد) بودند.

ابزار

پرسش‌نامه افسردگی بک^۱. پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) ارائه شد این پرسش‌نامه، یک پرسش‌نامه قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالا و دارای ۲۱ سؤال بوده و دارای ابعاد شناختی، انگیزشی، عاطفی، فیزیولوژیکی و عوامل دیگری نیز می‌باشد و نقاط برشی به شرح زیر برای آن در نظر گرفته شده است: هیچ یا کمترین افسردگی، نمره صفر تا ۱۳؛ افسردگی خفیف، ۱۹-۱۴، افسردگی متوسط، ۲۸-۲۰، و افسردگی شدید، ۶۳-۲۹. در مطالعه بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است (ازخوش، ۱۳۸۷). در یک نمونه ایرانی، ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسش‌نامه بک ویرایش اول، ۰/۹۳ گزارش شده است (طاهری‌تجنانی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین، آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۹۳ محاسبه شد. در پژوهشی بروور (۲۰۰۸) که با عنوان بررسی روایی و پایایی نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک در سالمندان ایرانی انجام شد، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ محاسبه شد. ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر همبستگی با استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه هدف این پژوهش سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن استان تهران در زمستان ۱۴۰۱ و نیمه اول سال ۱۴۰۲ بودند. انتخاب نمونه آماری به صورت در دسترس بود. در این مطالعه ۲۶۰ نفر (۱۰۸ مرد و ۱۵۲ زن) در بازه سنی ۶۰ تا ۹۰ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در خصوص حجم نمونه، شایان توضیح است که در تحلیل استیونس (۱۹۹۶، به نقل از مؤمنی و همکاران، ۱۴۰۰) در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد را که قاعده سرانگشتی خوب اعلام کرده است. بر پایه این موضوع می‌توان اعلام کرد که چون تحلیل معادلات ساختاری در برخی جنبه‌ها به طور کامل مرتبط با رگرسیون چندمتغیری است، تعداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده در تحلیل معادلات ساختاری غیر منطقی نیست (هومن، ۱۳۸۴). لوهلین (۱۹۹۲، به نقل از مؤمنی و همکاران، ۲۰۲۲) بیان می‌دارد که برای مدل‌هایی با دو یا چهار عامل، پژوهشگر باید روی گردآوری دست‌کم ۱۰۰ مورد یا بیشتر از آن مثلاً ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند. بنابراین حجم نمونه مورد مطالعه از کفایت لازم برای اجرای تحلیل مسیر برخوردار است. ملاک‌های ورود به این مطالعه شامل (۱) محدوده سنی بالای ۶۰ سال، (۲) داشتن توانایی جسمی برای شرکت در مطالعه و (۳) تمایل برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل (۱) عدم توانایی پاسخ به سؤالات، (۲) تشخیص بیماری‌های روان‌شناختی و (۳) وجود مشکلات ذهنی و بیماری‌های محدودکننده توانایی‌های ذهنی در افراد بود. اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه نشان داد که پژوهش در مجموع ۲۶۰ سالمند شرکت کردند که ۱۰۸ نفر از آنها مرد (۴۱/۵ درصد) و

¹ beck depression inventory (BDI-II)

همکاران انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد این مقیاس به صورت دوستان: ۹۳ درصد، خانواده: ۹۰ درصد، و اشخاص مهم در زندگی: ۹۳ درصد بدست آمد (رستمی و همکاران، ۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۷۶ درصد تا ۸۹ درصد بدست آورده‌اند. برورر و همکاران در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۹۰ تا ۸۶ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند. سلیمی و همکاران (۱۳۸۸)، پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعدی حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۸۹ درصد، ۸۶ درصد، و ۸۲ درصد گزارش کرده‌اند که نشانگر پایایی مناسب پرسش‌نامه است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای کل ابزار ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه خودمراقبتی^۳. پرسش‌نامه خودمراقبتی اولین بار توسط دان در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و در سال ۱۳۹۹ توسط یونسی بروجنی و همکاران برای سالمندان شهر تهران هنجار شد. پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی طراحی شده برای سنجش خودمراقبتی سالمندان، دارای چهار عامل است شامل: مراقبت معنوی، مراقبت جسمی، مراقبت حین بیماری و مراقبت اجتماعی. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، روایی محتوایی، صوری و روایی سازه‌های پرسش‌نامه طراحی شده در سالمندان قابل قبول است. افرادی که نمره آنها مابین ۶۳-۵۲ است، دارای خودمراقبتی پائینی هستند و افرادی که نمره آنها ۷۲-۶۴ است، شاخص خودمراقبتی در آنها نسبتاً ضعیف است. افرادی که نمره آنها بین ۱۰۴-۷۴ است، شاخص خودمراقبتی در آنها حد متوسط می‌باشد و افرادی که نمره آنها بین ۱۱۷-۱۰۶ است، خودمراقبتی در این افراد در حد خوب می‌باشد. افرادی که نمره آنها مابین ۱۳۷-۱۱۸ است، دارای خودمراقبتی بسیار خوبی هستند. ضریب اعتبار کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۵ و برای چهار عامل استخراج مقدار آلفای کرونباخ، عامل نخست ۰/۸۶۱، دوم عامل ۰/۸۳۱، عامل سوم ۰/۸۷۱ و عامل چهارم ۰/۸۱۲ است. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش یونسی بروجنی (۱۳۹۹)، روایی محتوایی، صوری و روایی سازه‌های پرسش‌نامه طراحی شده در سالمندان و قابل قبول است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای کل مقیاس، ۰/۸۴ محاسبه شد.

در بررسی روایی همگرا، پرسش‌نامه بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره کل GHQ-28 و نیز با چهار سازه آن تعیین شد که همبستگی پرسش‌نامه بک، کل نمره GHQ-28، ۰/۸ به دست آمد، بنابراین نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک جهت پژوهش در جمعیت سالمندان ویژه در مناطق شهری از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (طاهری تنجانی و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسش‌نامه ناامیدی بک^۱. این پرسش‌نامه که توسط بک در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است یک مقیاس ۲۰ سؤالی است. فرد پاسخ‌دهنده باید با خواندن هر سؤال پاسخ درست یا غلط به آن بدهد. این پرسش‌نامه سه بعد ناامیدی فرد را می‌سنجد که عبارت از احساس فرد نسبت به آینده، بی‌انگیزگی یا از دست دادن انگیزه و انتظارات هستند. پرسش‌نامه ناامیدی بک برای افراد ۱۷ تا ۸۰ ساله طراحی شده‌است و نمره کسب شده در آن بین صفر تا ۲۰ است که نمره بالا نشانه ناامیدی بیشتر است. بک و همکاران در پژوهش‌های خود در گروه‌های مختلف پایایی این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی مقداری بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ به دست آوردند (بک و استیر، ۱۹۸۸). عباسی و همکاران (۱۳۹۶) این پرسش‌نامه را به زبان فارسی از نظر روایی و پایایی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند. ضریب پایایی مقیاس ناامیدی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ گزارش نمودند. غرایبی (۱۳۷۲) در پژوهش خود ضمن حاصل کردن روایی صوری و محتوایی به روش بازآزمون با نمونه اصلی، میزان آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ به دست آورد که نشانگر پایایی مناسب پرسش‌نامه است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی^۲. این پرسش‌نامه چند بعدی که توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شده، یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سه منبع خانواده (۴ گویه)، دوستان (۴ گویه) و اشخاص مهم در زندگی (۴ گویه) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هر یک از سه حیطه مذکور در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. به این صورت که به کاملاً موافق امتیاز ۵ و کاملاً مخالف امتیاز ۱ تعلق گرفت. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ بوده و افزایش نمره به معنای افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده می‌باشد. در پژوهشی که توسط زیمت و

¹ beck homelessness scale (BHS)

² multidimensional scale of perceived social support

³aging's self-care scale (ASC)

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم، برای سهولت پیدا کردن افراد واجد شرایط به محل‌های حضور سالمندان در شهر تهران مانند پارک‌ها، مساجد، سراهای محله، بازار روز، کانون بازنشستگان و سایر مکان‌هایی که امکان حضور سالمندان در آن‌جا بود، مراجعه شد. از افرادی که ملاک‌های مورد نظر برای شرکت در پژوهش را داشتند خواسته شد که در مطالعه شرکت کنند. در ابتدا اهداف پژوهش برای آنها توضیح و اطمینان داده می‌شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج تنها در جهت کاربرد پژوهشی استفاده خواهد شد. پس از کسب رضایت از افراد پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی در اختیار آنها قرار گرفت و توضیحات لازم جهت تکمیل ارائه شد

و آنها به کمک توضیحات و راهنمایی پرسشگر به سؤالات پاسخ می‌دادند. به دلیل تعداد زیاد سؤال‌ها (۸۲ سؤال) و خاص بودن شرایط سالمندان پرسش‌نامه‌ها اکثراً به صورت حضوری و با کمک پرسشگر تکمیل شدند. در نهایت از سالمندان شرکت کننده برای همکاری تشکر به عمل آمد. به‌منظور توصیف داده‌های آماری از روش همبستگی پیرسون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و نرم‌افزار Amos نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین یافته‌های استنباطی شامل ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱

آماره‌های توصیفی متغیرها و ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای مختلف پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۱. خودمراقبتی	۴۶	۱۱۳	۸۴/۶۱	۱۳/۸۲	۱		
۲. حمایت اجتماعی	۱۸	۶۰	۴۳/۰۹	۹/۶۸	۰/۳۴۱**	۱	
۳. ناامیدی	۰	۱۷	۵/۹۵	۴/۴۹	۰/۳۰۴**	۰/۳۹۷**	۱
۴. افسردگی	۰	۴۶	۹/۹۸	۹/۸۰	۰/۴۷۶**	۰/۵۱۷**	۰/۴۴۶**

** معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

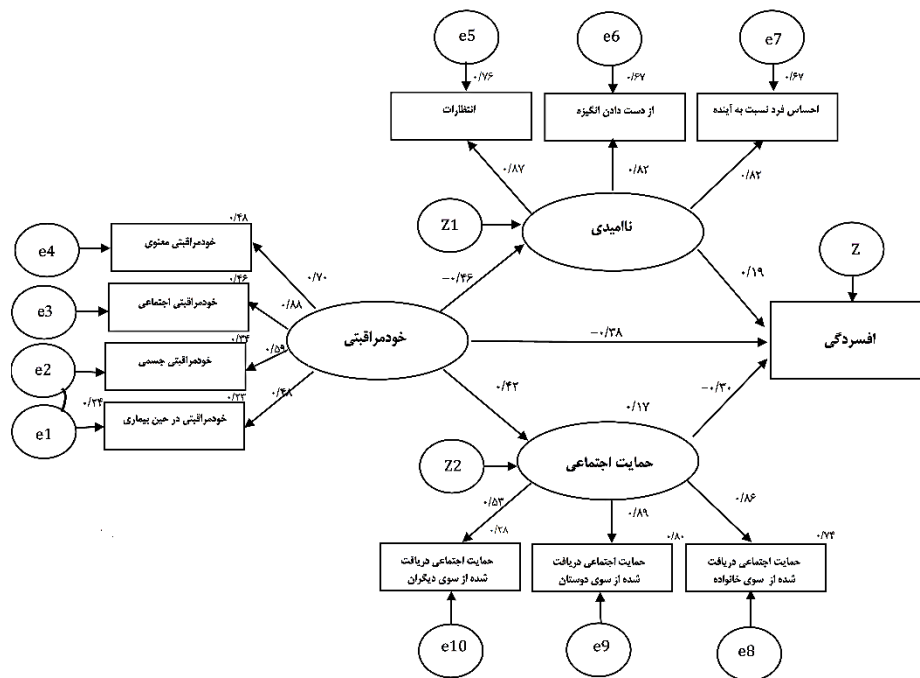
جدول ۲

برآورد شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل

شاخص	CMIN	DF	CMIN/DF	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
مقدار	۱۱۱/۱۵	۳۹	۲/۸۵	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۰۷

مشخصه‌های RMSEA، CMIN/DF، NFI، TLI، IFI و CFI استفاده شده است. شاخص CMIN/DF فاقد یک معیار ثابت برای یک مدل قابل قبول است، اما مقدار کوچک CMIN/DF دلالت بر برازش بهتر مدل دارد و مقادیر کمتر از ۳ مطلوب ارزیابی می‌شود. توصیه شده است از جذر برآورد واریانس خطای تقریب که به‌عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی ارائه کرده است، استفاده شود. شاخص RMSEA برای مدل‌های خوب برابر با ۰/۰۸ یا کمتر است. مدل‌هایی که RMSEA آن‌ها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد، برازش ضعیفی دارند. بر پایه قرارداد، مقدار NFI، IFI، TLI و CFI باید برابر یا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشد تا مدل پذیرفته شود.

میانگین و انحراف معیار متغیر خودمراقبتی (۸۴/۱۳±۶۱/۸۲)، میانگین و انحراف معیار متغیر حمایت اجتماعی (۴۳/۰۹±۹/۶۸)، میانگین و انحراف معیار متغیر ناامیدی (۵/۹۵±۴/۴۹) و میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی (۹/۹۸±۹/۸۰۵) است. یافته‌ها نشان می‌دهد بین متغیرهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی با افسردگی و ناامیدی، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱). ولی بین ناامیدی با افسردگی، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۱). همچنین رابطه خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، مثبت و معنی‌دار است (P<۰/۰۱). در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عامل تأییدی از



شکل ۲. مدل معادله ساختاری در حالت استاندارد

دارند. برای محاسبه اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل و میانجی از روش خودگردان‌سازی در نرم‌افزار ایموس استفاده شد. خروجی آن در جدول زیر گزارش شده است.

شاخص‌های ارزیابی کیفیت مدل بیانگر این است که مدل مفروض توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند و شاخص‌های برازش دلالت بر مطلوبیت مدل معادله ساختاری

جدول ۳

برآورد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و میانجی بر افسردگی با روش خودگردان‌سازی

برآورد			
متغیر وابسته		غیرمستقیم	
مقدار	P	مقدار	P
خودمراقبتی ← حمایت اجتماعی	-	۰/۴۱۸	۰/۰۰۲
خودمراقبتی ← ناامیدی	-	-۰/۴۵۸	۰/۰۰۱
خودمراقبتی ← افسردگی	-	-	-
خودمراقبتی ← ناامیدی ← افسردگی	-۰/۰۸۷	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱
خودمراقبتی ← حمایت اجتماعی ← افسردگی	-۰/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← افسردگی	-	-۰/۲۹۸	۰/۰۰۹
ناامیدی ← افسردگی	-	۰/۱۹۵	۰/۰۲۰

می‌توان تحلیل فرضیه‌های تحقیق را بدین صورت مطرح کرد: بین خودمراقبتی با حمایت اجتماعی، و بین خودمراقبتی با ناامیدی، رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین، طبق نتایج جدول ۱ و شکل ۲، اثر مستقیم خودمراقبتی بر حمایت اجتماعی

وجود دارد. و اثر مستقیم خودمراقبتی بر افسردگی به لحاظ ناامیدی (P < ۰/۰۰۱ و $\gamma = -۰/۴۵۸$) به لحاظ آماری، منفی و معنادار است. بین خودمراقبتی با افسردگی، رابطه مستقیم وجود دارد. و اثر مستقیم خودمراقبتی بر افسردگی به لحاظ

آماري، منفي و معنادار است ($P < 0/05$ و $\gamma = -0/377$). بين حمايت اجتماعي با افسردگي، رابطه مستقيم وجود دارد؛ و اثر مستقيم حمايت اجتماعي بر افسردگي به لحاظ آماري، منفي و معنادار است ($P < 0/01$ و $\beta = -0/298$). بين نااميدي با

افسردگي در رابطه، رابطه مستقيم وجود دارد. همچنين، اثر مستقيم نااميدي بر افسردگي در رابطه به لحاظ آماري، مثبت و معنادار است ($P < 0/05$ و $\beta = 0/195$). براي آزمون فرضيه فوق از فرمول آماره سوبل استفاده گرديد.

جدول ۴

برآورد مسيره‌هاي غيرمستقيم موجود در مدل با استفاده از آزمون سوبل

مسير	مقدار	معني داري	A	B	Sa	Sb
خودمراقبتی ← ناامیدی ← افسردگی	-۲/۵۷	۰/۰۵	-۰/۳۴۲	۱/۴۶۱	۰/۰۷۳	۰/۴۷۶
خودمراقبتی ← حمايت اجتماعي ← افسردگي	-۳/۲۷	۰/۰۱	۰/۷۰۰	-۰/۹۹۶	۰/۱۵۸	۰/۲۰۶

با استفاده از سامانه‌هاي آنلاين، آماره سوبل براي دو مسير غيرمستقيم بالا محاسبه شده است که براي تعيين نقش ميانجی ناامیدی مقدار به‌دست‌آمده -۲/۵۷ است که از قدرمطلق ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و بر اساس P-Value گزارش شده، در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ بنابراین ناامیدی در ارتباط بين خودمراقبتی با افسردگي، نقش ميانجی دارد. همچنين براي تعيين نقش ميانجی حمايت اجتماعي مقدار به‌دست‌آمده -۳/۲۷ است که از قدرمطلق ۱/۹۶ بزرگ‌تر بوده و بر اساس P-Value گزارش شده، در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار است؛ حمايت اجتماعي در ارتباط بين خودمراقبتی با افسردگي، نقش ميانجی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلي اين پژوهش ارائه يك الگو متشکل از خودمراقبتی به‌عنوان متغير پيش‌بين با ميانجی‌گري ناامیدی و حمايت اجتماعي در پيش‌بيني افسردگي سالمندان در دوران پساکرونا بود. نتايج اين مطالعه نشان داد که خودمراقبتی می‌تواند افسردگي سالمندان در دوران پساکرونا را پيش‌بيني کند. همچنين نقش ميانجی ناامیدی و حمايت اجتماعي در رابطه بين خودمراقبتی و افسردگي سالمندان تأييد شد.

فرضيه اول اين پژوهش مبنی بر اینکه بين خودمراقبتی و ناامیدی در سالمندان رابطه مستقيم وجود دارد، تأييد شد. اين یافته با مطالعات اورکی و همکاران (۱۳۹۸)، بک و استير (۱۹۸۸) و وسترهوف و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. در تبیین اين یافته می‌توان گفت خودمراقبتی به سالمندان کمک می‌کند که اداره‌کننده شرايط بهداشتی خودشان باشند و مستقل بمانند که به نوبه خود بر روی توانایی‌ها و انگیزش آنان اثر می‌گذارد. به عبارت ديگر توانایی برانگیختن خود، احساس توان و کاردانی کافي براي دستیابی به هدف، تمرکز و

انعطاف‌پذیری لازم براي يافتن راه حل‌هاي مختلف را کسب می‌کنند. از اين رو زندگي خود را معنادار می‌بينند و اعتقاد دارند که زندگي هدف مهمی دارد و قابل فهم است. بنابراین براي خلاصی از ضرباتي را که زندگي بر آن‌ها تحمیل می‌کند، تواناتر می‌گردند. از طرفی خودمراقبتی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا توانایی انگیزش خود را بازيابند و احساس توانمندی و امیدواری بیشتری براي دستیابی به اهداف زندگي پیدا کنند.

فرضيه دوم اين پژوهش مبنی بر اینکه بين خودمراقبتی و حمايت اجتماعي در سالمندان رابطه مستقيم وجود دارد، تأييد شد. اين یافته با مطالعات آذری قهفرخی و همکاران (۱۴۰۲)، ذال و همکاران (۱۴۰۱) و پورمند و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین اين یافته می‌توان گفت خودمراقبتی به فعاليت‌هايی گفته می‌شود که افراد براي ارتقای سلامتی، پيشگيري از بيماری، محدودکردن بيماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند. اين اقدامات بدون کمک‌هاي حرفه‌ای به اجرا در می‌آيد ولی دانش و مهارت آن به افراد آموزش داده می‌شود. از طرفی حمايت اجتماعي به‌عنوان یکی از مؤثرترین عوامل رويارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با بيماری‌هاي جسمی مزمن و شرايط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را براي افراد تسهیل می‌کند. بنابراین بيماران در مواجهه با مشکلات حاصل از بيماری، صبوری بیشتری از خود نشان داده و با پيگيري روند درماني خود، خودمراقبتی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. بدین صورت که وجود حمايت اجتماعي در افراد باعث افزایش اعتماد به نفس بيماران شده و تأثيرات سوء ناشی از بيماری‌هاي مزمن را کاهش می‌دهد و باعث می‌شود افراد بيمار رفتارهاي مرتبط با سلامت بیشتری را از خود نشان دهد.

نگرش و دانش هر فرد می‌باشد. خودمراقبتی ناکافی منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی و بستری شدن مجدد می‌شود. در مقابل خودمراقبتی عاملی مهم در ارتقای پیامدهای مثبت سلامتی و پیشگیری از بستری شدن‌های مکرر می‌باشد. از این رو طبیعی است که با افزایش خودمراقبتی نشانه‌های بیماری به نسبت تحت کنترل در می‌آیند و افسردگی که به‌طور معمول حاصل بیماری است کاسته می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که الگو خودمراقبتی در پیش‌بینی افسردگی سالمندان در دوران کرونا نقش دارد و با افزایش خودمراقبتی افسردگی در سالمندان کاهش می‌یابد.

فرضیه ششم مبنی بر اینکه ناامیدی در ارتباط بین خودمراقبتی با افسردگی، نقش میانجی دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات سینگ و همکاران (۲۰۱۷) و جیاردینی و همکاران (۲۰۱۷) و فولکمن (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودمراقبتی به مجموعه‌ای از دانش، تمایل فرد به انجام مراقبت از خود و مهارت‌های انجام آن اطلاق می‌شود، خودمراقبتی راهی برای حفظ سلامت است و فرآیندی فعال و عملی است که توسط بیمار با هدف بهبود شرایط جسمانی انجام می‌شود. بنابراین سالمندان با حفظ سلامت خود امید به زندگی بیشتری دارند و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کنند. در تعریف ناامیدی، امید نمادی از سلامت روانی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است اما ناامیدی، نقطه مخالف امید به‌عنوان شناختی منفی درباره آینده تعریف می‌شود. ناامیدی با عدم اشتیاق و انگیزش مشخص می‌شود و از خصوصیات اصلی افسردگی است. پژوهشگران بر این باورند که فرد ابتدا ناامید و سپس افسرده می‌شود. ناامیدی بر سلامتی و روابط اجتماعی فرد اثر منفی داشته و فاکتور خطری برای افسردگی و خودکشی می‌باشد. از این رو هر کسی که علائم تغییر خلق و خو، اشتها، خواب، کاهش انرژی یا تمرکز را داشته باشد، دچار ناامیدی در زندگی است که منجر به افسردگی در سالمندان می‌شود. بنابراین طبق این یافته بواسطه کاهش ناامیدی افسردگی نیز کاهش می‌یابد.

فرضیه هفتم این پژوهش مبنی بر اینکه حمایت اجتماعی در ارتباط بین خودمراقبتی با افسردگی، نقش میانجی دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات وونگ و همکاران (۲۰۲۰)، محبی و همکاران (۲۰۱۸) و جوکار و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. در تبیین می‌توان گفت خودمراقبتی عملی است که یک فرد از مجموعه دانش، توانایی خود استفاده می‌کند تا از سلامت خود مراقبت کند. خودمراقبتی به افراد می‌آموزد که

فرضیه سوم این پژوهش مبنی بر اینکه بین ناامیدی و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم وجود دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات مرادی و قدرتی میرکوهی (۱۴۰۲)، عباسی و همکاران (۱۳۹۶)، سینگ و همکاران (۲۰۱۷) و عصاران و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناامیدی هسته مرکزی افسردگی است. چرا که ناامیدی احساس عدم امکان و ناتوانی در مقابل شرایط و موقعیت‌ها است. این عامل به‌عنوان یک عنصر شناختی که حاصل انتظارات منفی است و منجر به تضعیف اراده فرد و گریز از موقعیت‌ها می‌شود، سهم مهمی در افسردگی دارد. افراد ناامید به‌طور معمول رغبتی به تعامل و برقراری ارتباط با دیگران ندارند و این خود می‌تواند باعث افسردگی شود. به عبارتی دیگر افراد ناامید به‌طور معمول اشتیاق کمتری دارند و از نقایص شناختی اجتماعی، درماندگی و خودکنترلی اندک رنج می‌برند و در موقعیت‌های استرس‌زا راه حلی برای مشکل خود پیدا نمی‌کنند، بنابراین افسردگی چنین افرادی قابل انتظار است. بنابراین می‌توان گفت که ناامیدی در پیش‌بینی افسردگی سالمندان در دوران کرونا نقش دارد.

فرضیه چهارم این پژوهش مبنی بر اینکه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم وجود دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات تورکسن و همکاران (۲۰۲۰)، ساش-اریکسون و همکاران (۲۰۱۹) و بختیاری و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت سالمندان از طریق حمایت اجتماعی، می‌توانند فشارهای روانی خود را تحمل کنند و نیروی مقابله برای مواجهه موفقیت‌آمیز در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا را به دست آورند. در واقع می‌توان ادعان داشت که حمایت اجتماعی عامل محافظتی در برابر افسردگی به شمار می‌رود که می‌تواند از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی و یا سیستم‌های درون ریز مغزی، منجر به بهبود وضعیت سلامت روان و کاهش افسردگی گردد. پس افزایش حمایت اجتماعی در سالمندان با کاهش افسردگی در این جمعیت همراه است.

فرضیه پنجم این پژوهش مبنی بر اینکه خودمراقبتی و افسردگی در سالمندان رابطه مستقیم وجود دارد، تأیید شد. این یافته با مطالعات عباسی و همکاران (۱۳۹۶)، ایسیک و همکاران (۲۰۲۰) و کچ و ساگلام (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراقبت از خود یک جزء مهم از کنترل بیماری بوده و فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب‌های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس‌کننده

طریق از مشکلات روانی مانند افسردگی پیشگیری کنند. علاوه بر این، توجه به اهمیت حمایت اجتماعی در کاهش احساس انزوا و افسردگی سالمندان می‌تواند متخصصان را به طراحی برنامه‌هایی تشویق کند که هم حمایت‌های اجتماعی خانواده‌ها و دوستان سالمندان را در پی داشته و هم از آن برای پیشبرد بهتر این برنامه‌ها بهره‌برداری کنند. در این راستا، مشاوران می‌توانند با ایجاد گروه‌های حمایتی و انجمن‌های اجتماعی به سالمندان کمک کنند تا احساس تعلق بیشتری به جامعه پیدا کنند. به علاوه، مشاوره‌های فردی و گروهی که به سالمندان آموزش دهند چگونه می‌توانند به طور مؤثری از خود مراقبت کنند و در مواقع نیاز از حمایت اجتماعی استفاده نمایند، می‌تواند به کاهش اضطراب و افسردگی در این گروه کمک کند. همچنین، استفاده از روش‌های نوین مشاوره‌ای مانند مشاوره آنلاین و تلفنی برای سالمندان می‌تواند دسترسی به خدمات سلامت روان را تسهیل کند و موانع جغرافیایی یا فیزیکی را برای افراد در مناطق مختلف برطرف کند. در نهایت، متخصصان باید توجه داشته باشند که در برنامه‌های مشاوره‌ای، نیازها و مشکلات خاص هر سالمند را مدنظر قرار دهند و برای هر فرد یک رویکرد شخصی‌سازی شده ایجاد کنند که به تقویت حمایت اجتماعی، بهبود خودمراقبتی و کاهش افسردگی منجر شود.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند به گسترش و غنی‌سازی ادبیات علمی روان‌شناسی سالمندان، به ویژه در زمینه روابط پیچیده بین متغیرهای خودمراقبتی، حمایت اجتماعی، ناامیدی و افسردگی، کمک شایانی کند. با توجه به اینکه سالمندان به عنوان گروهی مبتلا به اختلالات روان‌شناختی شناخته می‌شوند، بررسی دقیق‌تر این متغیرها و روابط آن‌ها می‌تواند به طور چشمگیری درک ما از فرآیندهای روان‌شناختی در این گروه سنی را توسعه دهد. از طریق شواهدی که این مطالعه ارائه می‌دهد، می‌توان مدل‌های جدیدی از تعاملات بین این متغیرها را پیشنهاد داد که می‌تواند در فهم بهتر نحوه تأثیر خودمراقبتی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان سالمندان نقش حیاتی داشته باشد. به‌ویژه این مطالعه می‌تواند اطلاعات تازه‌ای در زمینه مداخلات درمانی برای سالمندان فراهم کند، چرا که نتایج حاکی از آن است که با تقویت خودمراقبتی و حمایت اجتماعی، اثرات منفی افسردگی و ناامیدی را کاهش داد. همچنین، این مدل‌ها می‌توانند به‌عنوان مبنای نظری برای پژوهش‌های آینده در زمینه روان‌شناسی به‌خصوص در حوزه روان‌شناسی سالمندی به کار روند، چرا که درک بهتر

چرا و چطور از خودشان مراقبت کنند. انسان بالغ در این فرایند می‌آموزد و انجام می‌دهد تا بقاء، کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را هدایت کند. این خود مراقبتی به‌طور خود به خود حمایت اجتماعی را در بر می‌گیرد. مطالعات گسترده دربارهٔ حمایت اجتماعی نشان داده است که خویشاوندان، دوستان، همسایگان، و همکاران منابع مهمی هستند که می‌توان در صورت نیاز به آنها مراجعه کرد. حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازد توانایی رویارویی با مشکلات روزمره و بحرانهای زندگی را داشته باشند. حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد از تجارب منفی پرهیز کند صرف نظر از اینکه تحت تأثیر تنیدگی و استرس باشد یا نباشد. برای سلامتی مفید است و اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. بنابراین بواسطه افزایش حمایت اجتماعی رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافته و در نهایت افسردگی کاهش می‌یابد.

در نتیجه، در این پژوهش روابط معناداری بین متغیرهای خودمراقبتی، ناامیدی، حمایت اجتماعی و افسردگی در سالمندان به دست آمد، همچنین حمایت اجتماعی و ناامیدی در ارتباط بین خودمراقبتی با افسردگی، نقش میانجی دارد. سالمندان از افراد آسیب‌پذیر جامعه و مستعد اختلالات روحی و روانی، خصوصاً افسردگی می‌باشند. افسردگی یک اختلال روانی شایع است که باعث اختلال در کیفیت زندگی در افراد سالمند می‌شود. شناخت عوامل مرتبط با افسردگی می‌تواند از بروز عوارض ناخواسته در این جمعیت آسیب‌پذیر بکاهد. به طور مثال، حمایت اجتماعی ادراک شده بالا با نتایج بهتر سلامت جسمی و روانی نیز مرتبط است. و با افزایش حمایت اجتماعی درک شده، رفاه افراد افزایش می‌یابد و علائم افسردگی کاهش می‌یابد. ناامیدی، خود مراقبتی و حمایت اجتماعی ادراک شده از پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی است که باید در سالمندی مورد توجه ویژه قرار گیرد. سالمندان با افزایش خودمراقبتی و حمایت اجتماعی می‌توانند ناامیدی و افسردگی را در خود کاهش دهند.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند به طور مؤثری در گسترش و بهبود برنامه‌های مشاوره و سلامت روان برای سالمندان استفاده شود. با شناسایی روابط معنادار بین متغیرهای مختلف، مانند خودمراقبتی، حمایت اجتماعی و افسردگی، متخصصان می‌توانند برنامه‌هایی را تهیه و تدوین کنند که با تأثیرگذاری بر این متغیرها سالمندان را در بهبود سلامت روانشان یاری دهند. برای مثال، با تقویت خودمراقبتی در سالمندان، آن‌ها می‌توانند احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و از این

که تنها سالمندان شهر تهران را در برمی‌گرفت؛ پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش در نمونه‌های گسترده‌تر و سالمندان دیگر استان‌های کشور نیز تکرار گردد. بعلاوه پژوهش حاضر در قالب یک طرح همبستگی بوده است، از این رو استنباط علی از نتایج پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در ادامه این پژوهش پژوهشگران در محیطی مشابه، خودمراقبتی، حمایت اجتماعی ادراک شده و ناامیدی و افسردگی با در نظر گرفتن عواملی مانند فرهنگ، تحصیلات والدین، خرده‌فرهنگ‌های قومی، محلی و غیره در دیگر استان‌های کشور اجرا کنند تا زمینه تطبیق نتایج پژوهش‌ها فراهم شود. همچنین علاوه بر استفاده از ابزار کمی از روش‌های کیفی نیز استفاده شود. از طرفی نظر به نقش مثبت خودمراقبتی در کاهش افسردگی و ناامیدی کارگاه‌های آموزشی خودمراقبتی برای افراد، والدین و سالمندان برگزار شود. در این راستا اطلاع‌رسانی به خانواده‌های دارای سالمند، از طریق رسانه‌های جمعی، نصب تابلو و توزیع بروشور، برگزاری کلاس‌های آموزشی به جهت آشنایی آنان با ابعاد مطرح شده، لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

سپاس‌گزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اردکان می‌باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه، تمامی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی افراد و مؤسسه‌هایی که زمینه حضور سالمندان در این پژوهش را فراهم آوردند، تشکر می‌نمایند.

منابع

- آذری قهفرخی، ز.، انصاری شهیدی، م.، و شاه زمانی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش حمایت اجتماعی مبتنی بر خانواده بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با علائم افسردگی (پس از عمل جراحی قلب باز). *روان‌شناسی سلامت*، ۱۲(۴۵)، ۹۵-۱۱۲.
- ازخوش، م. (۱۳۸۷). کاربرد *آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی* (چاپ سوم). تهران: روان.
- اورکی، م.، مهدی‌زاده، آ.، و درتاج، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان در مراکز مراقبت از سالمندان ایرانی شهر دبی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۳)، ۳۲۰-۳۳۱.
- باقری، ح.، صادقی، م.، اسماعیلی، ن.، و نعیمی، ز. (۱۳۹۵). ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهر شاهرود. *نشریه سالمندشناسی*، ۵(۲)، ۶۲-۵۵.

روابط میان این متغیرها به توسعه مداخلات درمانی جدید و مؤثر کمک خواهد کرد. علاوه بر این، این پژوهش می‌تواند پایه‌گذار پژوهش‌های آینده باشد که به‌طور خاص به ارزیابی این مدل‌ها در بسترهای مختلف فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی پرداخته و نتایج را برای طراحی برنامه‌های مداخلاتی و پیشگیری گسترده‌تر در سطح ملی و جهانی تعمیم دهد. به‌طور کلی، یافته‌های این مطالعه به‌طور عمده به روان‌شناسی سالمندان عمق بیشتری بخشیده و موجب توسعه و بهبود مدل‌های مداخله‌ای برای این گروه می‌شود.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند تأثیرات زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان در سطح جامعه داشته باشد. سالمندان به عنوان گروهی آسیب‌پذیر از نظر سلامت روان، به ویژه در دوران پساکرونا، با مشکلاتی چون افسردگی، احساس انزوا و کاهش تعاملات اجتماعی مواجه هستند. اگر مداخلات پیشنهادی در زمینه تقویت خودمراقبتی و حمایت اجتماعی به کاهش افسردگی و ناامیدی منجر شود، این امر می‌تواند به طور مستقیم به بهبود سلامت روانی سالمندان کمک کند و در نتیجه احساس تنهایی و انزوای اجتماعی را کاهش دهد. کاهش احساس انزوا و افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند موجب بهبود تعاملات اجتماعی سالمندان و افزایش حس تعلق به جامعه شود. از سوی دیگر، این تغییرات می‌تواند به کاهش بار اجتماعی و اقتصادی ناشی از مشکلات سلامت روان در این گروه سنی کمک کند. برای مثال، با کاهش افسردگی و بهبود روابط اجتماعی، سالمندان می‌توانند کمتر نیازمند مراقبت‌های پزشکی و درمانی شوند، که این خود به کاهش هزینه‌های سلامت عمومی و کاهش فشار بر سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌انجامد. در این راستا، این یافته‌ها می‌توانند برای سیاست‌گذاران راهگشا باشند. سیاست‌گذاران می‌توانند از این نتایج برای طراحی برنامه‌ها و سیاست‌های اجتماعی استفاده کنند که به ارتقای سلامت روان سالمندان کمک کند. این سیاست‌ها می‌تواند شامل تقویت برنامه‌های حمایتی برای سالمندان، فراهم کردن امکانات اجتماعی و تفریحی، و آموزش خانواده‌ها و جامعه به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی سالمندان باشد. در نهایت، این مداخلات نه تنها بر سلامت روان سالمندان تأثیر مثبت می‌گذارد، بلکه می‌تواند به کاهش بروز مشکلات اجتماعی مانند سوءتفاهم‌ها و تعارضات اجتماعی ناشی از انزوا و افسردگی در این جمعیت کمک کند.

با این حال این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری آن بود

- صیادی، ا.، عابدینی، ع.، عابدینی، س.، و کمال‌زاده، حسام‌الدین. (۱۴۰۲). مرور خودمراقبتی و سواد سلامت سالمندان در ایران. *مجله اطلاع‌رسانی پزشکی نوین*، ۹(۱)، ۸۹-۸۰.
- عباسی، م.، قدم‌پور، ع.، و حجتی، م. (۱۳۹۶). نقش خودمراقبتی، تاب‌آوری و ناامیدی در افسردگی سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی. *روان‌شناسی پیری*، ۳(۳ پی‌پی ۱۰)، ۱۸۱-۱۸۸.
- عصاران، م.، تاتاری، م.، و سیدمحمی، ا. (۱۳۹۶). رابطه خودکارآمدی و ناامیدی در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی: یک مطالعه مقدماتی. *مجله طنین سلامت*، ۵(۲)، ۵۵-۴۹.
- غزایی، ب. (۱۳۷۲). *بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی.
- فتحی، ا. (۱۳۹۹). پدیده‌ی سالمندی جمعیت در ایران و آینده آن، گزارش پژوهش‌کنده آمار. دسترسی در ۵ اردیبهشت ۱۴۰۱. <https://srct.ac.ir/analytical-reports/>
- مرادی، ش.، و قدرتی میرکوهی، م. (۱۴۰۲). رابطه تاب‌آوری و امیدواری با افسردگی در سالمندان. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۹(۳)، ۲۲-۹.
- مغانلو، م.، و دادفر، ح. (۱۴۰۳). رابطه خودانتقادگری و احساس تنهایی با افسردگی در سالمندان: نقش میانجی نشخوار فکری. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۱)، ۸۹-۱۱۰.
- مؤمنی، خ.، امانی، ر.، جانجانی، پ.، مجذوبی، م.، ر.، و هادیان همدانی، ک. (۱۴۰۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و عواطف مثبت و منفی در سالمندان: نقش میانجی سبک‌های خاطره-پردازی. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۴)، ۴۲۲-۴۰۷.
- نجاتی، و.، و عشایری، ح. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین اختلالات شناختی و افسردگی در سالمندان. *سالمند*، ۱(۲)، ۱۸۸-۱۱۲.
- هومن، ح. ع (۲۰۰۵). *مدلیابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (چاپ اول)*. سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- یونسی بروجنی، ج.، جدیدی، م.، و احمدزاده، ف. (۱۳۹۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس خودمراقبتی سالمندان شهر تهران. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۱۸۵-۲۰۸.
- بختیاری، م.، امامی نایینی، م.، حاتمی، ح.، خداکریم، س.، و صحاف، ر. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲)، ۲۰۷-۱۹۲.
- جوکار، ف.، اسداللهی، ع.، کاوه، م.، قهرمانی، ل.، و نظری، م. (۱۳۹۹). ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت فعالیت روزمره سالمندان جامعه روستایی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۵(۳)، ۳۶۵-۳۵۰.
- چوبفروش‌زاده، آ.، محمدپناه‌اردکان، ع.، بهجتی‌اردکان، ف.، و احمدی‌اردکانی، ز. (۱۳۹۷). اثر بخشی مرور زندگی بر افسردگی و رضایت از زندگی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۵۵-۱۶۴.
- ذال، ا.، رضایی جمالویی، ح.، و طاهری، م. (۱۴۰۱). مدل ساختاری خودمراقبتی بر اساس خودفراروی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت. *دانشور پزشکی*، ۳۰(۴ پی‌پی ۱۶۱)، ۲۲-۱۱.
- رجبی، س. (۱۳۹۷). حساسیت اضطرابی، کمال‌گرایی، احساس تنهایی و حرمت خود در سالمندان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری و افسردگی اساسی. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۲)، ۱۲۹-۱۱۹.
- رستمی، ص.، و احمدنیا، ش. (۱۳۹۰). تعیین سهم مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی سلزگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر جوانرود سال ۱۳۸۹. *پژوهش اجتماعی*، ۱۱، ۱۴۷-۱۲۹.
- سعیدی مهر، س.، گراوندی، س.، ایزدمهر، آ.، و محمدی، م. (۱۳۹۵). رابطه کیفیت زندگی با علائم افسردگی در سالمندان. *سالمند*، ۱۱(۱)، ۹۸-۹۰.
- سلیمی، ع.، عظیمه‌جوکار، ب.، و نیک‌پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباط اینترنتی در زندگی: بررسی نقش درک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعه روانی*، ۵(۳)، ۸۱-۱۰۲.
- سیدی، م.، محمدی، م.، امیدی، م.، و حبیب‌نیا، م.، ر. (۱۴۰۱). نقش خودمراقبتی بر توانمندی شناختی در زنان سالمند دیابتی. *فصلنامه خانواده‌کاربردی*، ۳(۵ پی‌پی ۱۴)، ۲۰۸-۱۹۶.
- طاهری تنجانی، پ.، گرم‌رودی، غ.، آزادبخت، م.، فکری زاده، ز.، حمیدی، ر.، فتحی‌زاده، ش.، و قیسوندی، ا. (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه‌ی دوم پرسشنامه‌ی افسردگی بک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۱(۴)، ۱۹۸-۱۸۹.
- صالحی، ل.، و کیکوسی آرانی، ل. (۱۳۹۹). به کارگیری مدل بکمن در تعیین ابعاد خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران. *طب داخلی روزه*، ۲۶(۴)، ۳۹۷-۳۸۲.

References

- Abbasi, M., Ghadampour, A., & Hojjati, M. (2017). The role of self-care, resilience, and hopelessness in depression among elderly patients with heart disease. *Aging Psychology*, 3(3), 181-188. <https://doi.org/10.30473/hpj.2023.6288> 7.5476 [Persian]

- Assaran, M., Tatari, M., & Seyed-Mohrmani, E. (2017). The relationship between self-efficacy and hopelessness in elementary school students: A preliminary study. *Tanin-e Salamat Journal*, 5(2), 49-55. [Persian]
- Azari Qahferkhi, Z., Ansari Shahidi, M., & Shahzamani, M. (2023). The effectiveness of family based social support training on social adaptation and self-care behaviors of heart patients with depression symptoms (post open-heart surgery). *Journal of Health Psychology*, 12(45), 95-112. [Persian]
- Azkhoush, M. (2008). *Application of psychological tests and clinical diagnosis* (3rd ed.). Ravan. [Persian]
- Bagheri, H., Sadeghi, M., Esmaeili, N & Naeimi, Z. (2016). Relationship between spiritual health and depression and quality of sleep in the older adults in Shahroud. *Journal of Gerontology (joge)*, 1(1), 55-62. [Persian]
- Bakhtiari, M., Emami Naeini, M., Hatami, H., Khodakaram, S., & Sahaaf, R. (2017). Depression, perceived social support, and related factors in elderly residents of Tehran in 2014. *Elderly: Iranian Journal of Gerontology*, 12(2), 192-207. <https://doi.org/10.21859/sija-1202192> [Persian]
- Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Ruktrakul, R., & Bunnag, P. (2020). The Role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: A structural equation model approach. *BMC Psychiatry*, 20(1), 25-35. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2440-9>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPers.aspx?ReferenceID=1162622](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPers.aspx?ReferenceID=1162622).
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- Choubfroushzadeh, A., Mohammadpanah-Ardakan, A., Behjati-Ardakan, F., & Ahmadi-Ardakani, Z. (2018). The effectiveness of life review on depression and life satisfaction of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 4(2), 155-164. [Persian]
- Diener, E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Erikson, E. (1963). *Personality and development in old age*. Harper & Row
- Fathi, E. (2020). The phenomenon of population aging in Iran and its future. Research Report, Statistical Research Center of Iran. Retrieved May 25, 2022, from <https://srtc.ac.ir/analytical-reports/> [Persian]
- Folkman, S. (2013). *Stress, hope, and coping: Effects on psychological well-being*. Oxford University Press.
- Friedman, H. S., & Brown, J. D. (2016). The role of self-esteem in mental health. *Psychological Science*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0956797615612260>
- García-Portilla Paz, L., de la Fuente Tomás, T., & Bobes-Bascarán, T. (2021). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19? *Aging & Mental Health*, 25(7), 1297-1304. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1805723>
- Ghorai, B. (1993). *A study of some cognitive patterns in patients with comorbid anxiety and depression* (Unpublished master's thesis). Institute of Psychiatry. [Persian]
- Giardini, A., Pierobon, A., Callegari, S., Caporotondi, A., Stabile, M., Avvenuti, G., & Majani, G. (2017). Optimism may protect chronic heart failure patients from depressive symptoms: Relationships between depression, anxiety, optimism, pessimism, and illness perception. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(1), 27-39.
- Hooman, H. A. (2005). *Modeling of structural equations with LISREL software application* (In Persian). Sãmte Organization.
- Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping with depressive symptoms in young adults: Perceived

- social support protects against depressive symptoms only under moderate levels of stress. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02885>
- Isik, K., Başoğul, C., & Yildirim, H. (2021). The relationship between perceived loneliness and depression in the Elderly and influencing factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 351-357. <http://doi.org/10.1111/ppc.12572>
- Jokar, F., Asadollahi, A., Kaveh, M. H., Ghaemani, L., & Nazari, M. (2020). The relationship between social support and the quality of daily activities of elderly people in rural communities. *Elderly: Iranian Journal of Gerontology*, 15(3), 350-365. <https://doi.org/10.32598/sija.10.15.3.277.3.2> [Persian]
- Kim, H., Kim, H. S., & Choi, Y. M. (2017). Depression, interpersonal relationship, daily living stress, daily activity disorder, and health-related quality of life from the participation of female elderly in health-promoting programs. *Transylvanian Review*, 1(2), 44-56.
- Koç, Z., & Sağlam, Z. (2019). Determination of the effects of daily life activities and self-care capacity on depression of the elderly in Northern Turkey. *Acta Clinica Croatica*, 58(3), 516-522. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.03.16>
- Mohebi, S., Parham M., Sharifirad G., Gharlipour Z., Mohammadbeigi A., & Rajati F. (2018). Relationship between perceived social support and selfcare behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Edu Health Promot*, 7(48). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_73_17
- Moghannloo, M., & Dadfar, H. (2024). The relationship between self-criticism and loneliness with depression in the elderly: The mediating role of rumination. *Aging Psychology*, 10(1), 89-110. [Persian]
- Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzubi, M. R., & Hadian Hamdani, K. (2021). The relationship between attachment styles and positive and negative emotions in the elderly: The mediating role of reminiscence styles. *Aging Psychology*, 7(4), 407-422. [Persian]
- Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzooobi, M. R., Forstmeier, S., & Nosrati, P. (2022). Attachment styles and happiness in the elderly: The Mediating role of reminiscence styles. *BMC Geriatrics*, 22, Article 349. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z>
- Moradi, Sh., & Ghodrati Mirkoohi, M. (2023). The relationship between resilience, hope, and depression in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 9(3), 9-22. <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-321-fa.html> [Persian]
- Nejati, V., and Ashairi, H. (2006). Investigating the relationship between cognitive disorders and depression in the elderly. *Elderly*, 1(2), 118-112. [Persian] <https://sid.ir/paper/95069/en>
- Ohayon, M.M., Carskadon, M.A., Guilleminault, C., Vitiello, M.V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255-1273. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- Oraki, M., Mahdizadeh, A., & Dertaj, E. (2019). The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness, and quality of life in elderly people in Iranian nursing homes in Dubai. *Elderly: Iranian Journal of Gerontology*, 14(3), 320-331. <https://doi.org/10.32598/sija.13.10.670> [Persian]
- Pourmand, G., Dosh, L., Ahmadi, A., & Noori, M. (2020). An application of the theory of planned behavior to self-care in patients with hypertension. *BMC Public Health*, 20(1), 1290-1299. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09385-y>
- Rajabi, S. (2018). Anxiety sensitivity, perfectionism, loneliness, and self-esteem in elderly individuals with obsessive-compulsive disorder and major depression. *Journal of Aging Psychology*, 4(2), 119-129. [Persian]
- Rostami, S., & Ahmadnia, S. (2011). The role of perceived social support components in predicting social adjustment among high school girls in Kermanshah, Iran,

2009. *Social Research*, 11, 129-147. [Persian] <http://noo.rs/tG59z>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06.011>
- Sachs-Ericsson, N., Carr, D., Sheffler, J., et al. (2021). Cognitive reappraisal and the association between depressive symptoms and perceived social support among older adults. *Aging & Mental Health*, 25(3), 453-461. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698516>
- Sadock, B., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Saeidimehr, S., Geravandi, S., Izadmehr, A & Mohammadi, M. (2016). Relationship between the "quality of life" and symptoms of depression among older adults. *Iranian Journal of Ageing*, 11(1), 90-99. [Persian]
- Salehi, L., & Kikavosi Arani, L. (2020). Application of the Beckman model in determining the dimensions of self-care and factors affecting it in the elderly in Tehran. *Daily Internal Medicine*, 26(4), 382-397. <https://doi.org/10.32598/hms.26.4.325> [Persian]
- Salimi, A., Azimehjoogar, B., & Nikpour, R. (2009). Internet communication in life: The role of perceived social support and loneliness in internet use. *Psychological Studies*, 5(3), 81-102. <https://doi.org/10.22051/PSY.2009.1607> [Persian]
- Sayyadi, E., Abedini, A., Abedini, S., Kamalzadeh, & Hesamoddin. (2023). Review of self-care and health literacy in elderly people in Iran. *New Medical Information Journal*, 9(1), 80-89. [Persian]
- Seyyedi, M., Mohammadi, M., Omidi, M., & Habibnia, M. R. (2022). The role of self-care in cognitive ability among elderly women with diabetes. *Applied Family Quarterly*, 3(5 [continuing issue 14]), 196-208. [Persian]
- Singh, M., Kaur, S., & Srivastava, P. (2017). Relationship between hopelessness and depression among persons with disabilities and their parents. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 1(1), 32-34.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2021). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Taheri Tanjani, P., Germaroodi, G., Azadbakhsh, M., Fekri Zadeh, Z., Hamidi, R., Fathi Zadeh, Sh., & Qaisvandi, E. (2015). Validity and reliability of the second version of the Beck Depression Inventory. *Sabzevar University of Medical Sciences Journal*, 21(4), 189-198. [Persian]
- Thakur, U., Varma, A. R., & Varma, A. (2023). Psychological problem diagnosis and management in the geriatric age group. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37644>
- Türkseven, E., Öner, C., & Şimşek, E. E. (2020). The relationship between geriatric depression and perceived social support in elderly: A field study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. <https://doi.org/10.21763/tjfmmpc.633760>
- Westerhof, G. J., Whitbourne, S. K., & Freeman, G. P. (2012). The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 52-60. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr075>
- Wong, S. Y. S., Zhang, D., Sit, R. W. S., Yip, B. H. K., Chung, R. Y. N., Wong, C. K. M., ... & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: A prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *British Journal of General*

- Practice*, 70(700), e817-e824.
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
- World Health Organization. (2019). *Decade of healthy ageing 2020–2030: Zero draft 2019*. Geneva: WHO.
- Younesi Broujeni, J., Jadidi, M., & Ahmadrad, F. (2020). Development and standardization of the self-care scale for the elderly in Tehran. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 11(1), 185-208. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.280957.643266> [Persian]
- Zal, A., Rezaei Jamalouei, H., & Taheri, M. (2022). A structural model of self-care based on self-transcendence with social support as a mediator in patients with diabetes. *Daneshvar Medical Journal*, 30(4 [continuing issue 161]), 11-22. <https://doi.org/2022.16147.1204> [Persian]
- 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. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2