

ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان: مدل معادلات ساختاری

زهره محمودی^۱، فریما محمدی^۲، فرزانه سلطانی پور^۳، سارا روستا پیشه^{۳*}

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارمند معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۳۰

چکیده

مقدمه: سلامت جسمی، روانی و به تبع آن کیفیت زندگی سالمندان تحت تأثیر عوامل متعددی نظیر حمایت اجتماعی، ترس و اضطراب از مرگ است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد. **روش:** این مطالعه به صورت توصیفی از نوع تحلیلی در سال ۱۴۰۳ بر روی ۳۵۰ سالمند مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام پذیرفت. اطلاعات با استفاده از مقیاس حمایت اجتماعی Vaux و همکاران (۱۹۸۶)، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)، پرسش‌نامه وضعیت اقتصادی-اجتماعی و پرسش‌نامه اضطراب مرگ Templer (۱۹۷۰) جمع آوری شد. سپس، با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و لیزرل ۸/۸ و روش‌های توصیفی و مدل معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تعداد کل شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۱۴۰ نفر (۴۰٪) مرد و ۲۱۰ نفر (۶۰٪) زن بودند. میانگین (انحراف معیار) سن زنان (۱/۶) ۶۶/۷ و مردان (۱/۷) ۶۸/۶ سال بود. براساس نتایج آزمون تحلیل مسیر، در بین متغیرهایی که با کیفیت زندگی ارتباط داشتند، در مسیر مستقیم، حمایت اجتماعی بیشترین ارتباط مثبت ($B=۰/۳۲$) و سن بیشترین ارتباط منفی ($B=-۰/۱۷$) را داشتند. وضعیت اقتصادی-اجتماعی از هر دو مسیر (مستقیم و غیر مستقیم) ارتباط مثبت با کیفیت زندگی داشت ($B=۱/۰۶$). نتایج شاخص‌های برازش مدل، بیانگر مطلوبیت، تناسب بالای مدل و منطقی بودن روابط تنظیم شده متغیرها براساس مدل مفهومی می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** مطالعه نشان داد بین حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان رابطه علی وجود دارد و این نقش و اهمیت حمایت از این گروه افراد آسیب‌پذیر جامعه را بیشتر از پیش نشان می‌دهد.

کلیدواژه: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، اضطراب مرگ، سالمندان، مدل معادلات ساختاری

*نویسنده مسئول: سارا روستا پیشه، ایمیل: s_roostapishesh@yahoo.com

ارجاع: محمودی، زهره، محمدی، فریما، سلطانی پور جونقانی، فرزانه، روستا پیشه، سارا. ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان: مدل

معادلات ساختاری. مجله دانشکده علوم پزشکی ساوه، ۱۴۰۴؛ ۱(۲): ۱-۱۵. doi: 10.22034/jsavchums.2025.229886

مقدمه

جنبه‌های زندگی سالمندان و کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار می‌باشد (۱۳).

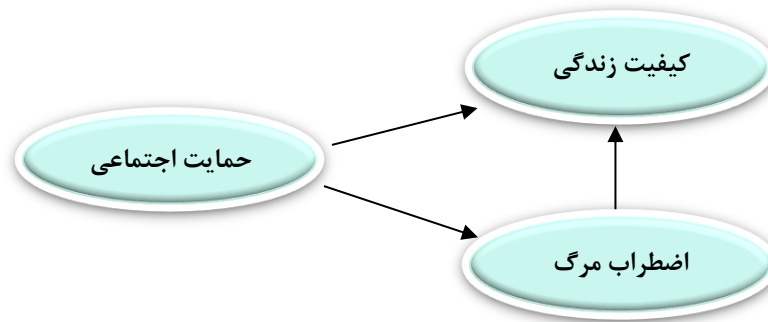
عوامل متعددی بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان مؤثر هستند. حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله عوامل روانی و اجتماعی است که می‌تواند بر این دو متغیر تأثیر بگذارد. حمایت اجتماعی درک شده عامل مهمی برای حفاظت از سلامت جسمی و روانی است (۸، ۱۲) و شامل ابعاد شناختی و ذهنی افراد در رابطه با روابط و رفتارهای حمایتی است. این مفهوم منبع مؤثری برای مقابله با مشکلات و چالش‌ها و بهزیستی ذهنی به ویژه در سالمندان است (۱۴). حمایت اجتماعی بالا به عنوان عاملی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ در برخی از مطالعات گزارش شده است (۱۵). به عنوان مثال، در مطالعه Yang و همکاران، حمایت اجتماعی به طور معناداری بر اضطراب مرگ بیماران مسن چینی تأثیر داشت (۱۶). مطالعه Freak-Poli و همکاران نیز نشان داد زنان سالمندی که منزوی یا تنها نبودند و از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند، سطح کیفیت زندگی بالاتری نسبت به دیگر زنان داشتند (۱۷).

کیفیت زندگی، یک شاخص جامع از بهزیستی در دوران سالمندی و به عبارتی سالمندی موفق است، بنابراین پژوهش در زمینه عوامل مرتبط با ارتقای کیفیت زندگی سالمندان و بهزیستی روانی آنان دارای اهمیت به‌سزایی است. با جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی با دو مقوله اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان به طور همزمان و در قالب مدل معادلات ساختاری بپردازد، یافت نشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۲ با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد.

در طول دهه‌های اخیر با بهبود شرایط زندگی، پیشرفت دانش پزشکی و افزایش امید به زندگی (۱) جمعیت سالمندان نیز افزایش یافته است (۲). طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، جمعیت افراد ۶۰ ساله و بالاتر در جهان بین سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۵۰ دو برابر خواهد شد (۳). ایران نیز با شتاب در روند سالمندی جمعیت روبه‌رو است، به طوری که در سال ۲۰۲۲ نسبت افراد بالای ۶۰ سال از ۱۰ درصد کل جمعیت فراتر رفت (۴). در همین راستا ایجاد سالمندی سالم، بخشی از سیاست‌های کشورهای با پدیده سالمندی جمعیت است (۵).

مشکلات فیزیولوژیکی ناشی از سالمندی و بیماری‌های مرتبط با آن و از طرفی، از دست‌دادن نقش‌ها و کارکردهای مختلف و افزایش وابستگی به دیگران می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی سالمندان شود (۸). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به‌عنوان «ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب سیستم‌های ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می‌کنند، شامل اهداف، انتظارات و نگرانی‌های شخصی» تعریف کرد (۶). طبق پژوهش‌های انجام شده، سالمندان ایرانی کیفیت زندگی متوسطی دارند (۷). این عامل به جز بیماری تحت‌تأثیر عواملی از قبیل روابط اجتماعی و وضعیت روانی فرد نیز قرار می‌گیرد (۹).

اضطراب یک اختلال روانی شایع در میان افراد سالمند است که می‌تواند عملکرد اجتماعی آن‌ها را مختل، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را کاهش دهد. براساس گزارش‌ها، در افراد مسن، میزان شیوع اختلالات اضطرابی ۱/۲ تا ۱۵ درصد و علائم اضطراب ۱۵ تا ۵۲/۳ درصد بوده است (۱۰). اضطرابی که احتمالاً بیش از سایر گروه‌های سنی در دوره سالمندی شایع می‌باشد، اضطراب مرگ است (۱۱). حالتی روانشناختی، که در آن فرد هراس، نگرانی یا ترس مربوط به مرگ و روند مردن را تجربه می‌کند (۱۲). اضطراب مرگ بر بسیاری از



شکل ۱. مدل مفهومی ارتباط حمایت اجتماعی، اضطراب مرگ با کیفیت زندگی

روش

در مطالعه حاضر تعداد سؤالات پرسش‌نامه (به جز اطلاعات دموگرافیک) ۷۹ سوال بود. با توجه به این که برای هر سوال ۴ مشاهده در نظر گرفته شد، تعداد حجم نمونه ۳۱۶ نفر محاسبه و با احتساب ۱۰ درصد ریزش، تعداد ۳۵۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. تعداد مرکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران ۳۱ مرکز در ۷ منطقه شهر تهران می‌باشد. از بین این مراکز تعداد ۷ مرکز در هر منطقه (یک مرکز به صورت تصادفی) انتخاب شد. برای هر مرکز با توجه به جمعیت مراجعه‌کنندگان سهمیه‌ای تعلق گرفت. نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه از افراد واجد شرایط انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

اطلاعات با استفاده از ۴ پرسش‌نامه حمایت اجتماعی Vaux، کیفیت زندگی (SF-36)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی قدرت‌نما، اضطراب مرگ تمپلر و یک چک لیست دموگرافیک به شرح زیر جمع آوری شد:

۱. **مقیاس حملیت اجتماعی Vaux:** این مقیاس توسط Vaux و همکاران در سال ۱۹۸۶ طراحی و ساخته شده است و در برگزیده ۲۳ سؤال می‌باشد (۱۹). از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده، ۷ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۸ سؤال به خرده مقیاس آشنایان اختصاص یافته است. نمره‌دهی این آزمون بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف) است. در این ابزار چهار نوع نمره قابل محاسبه

این مطالعه به صورت توصیفی و از نوع تحلیلی بر روی ۳۵۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ انجام شد. مطالعه پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1402.432 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

نمونه‌گیری و حجم نمونه

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی بودن، سن ۶۰ سال و بالاتر، رضایت از شرکت در مطالعه، نبود اختلالات روانی شدید مانند افسردگی بر اساس پرونده بالینی، نداشتن معلولیت جسمی، عدم زوال عقل، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن، شدید و صعب‌العلاج جسمی از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، ام‌اس، دیالیزی.

معیار خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات و بیماری‌های فوق‌الذکر و مصرف داروهای روان‌پزشکی. از آنجا که روش‌شناسی مدل‌یابی معادلات ساختاری، تا حدود زیادی با برخی از جنبه‌های رگرسیون چندمتغیره شباهت دارد، می‌توان از اصول تعیین حجم نمونه در تحلیل رگرسیون چند متغیری برای تعیین حجم نمونه در مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده کرد. پس به طور کلی در روش‌شناسی مدل‌یابی معادلات ساختاری تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۳ تا ۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده تعیین شود (۱۸).

همکاران (۲۰۰۵)، آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری «همخوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده» و «روایی همگرایی» مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط، سایر مقیاس‌های گونه فارسی این پرسش‌نامه از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برخوردارند. آزمون آماری «مقایسه گروه‌های شناخته شده» نشان داد که گونه فارسی این پرسش‌نامه قادر به افتراق زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است، به این نحو که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری را به دست آوردند. آزمون «روایی همگرایی» به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به همراه داشت و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). همچنین، آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را استخراج کرد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود (۲۶).

۳. پرسشنامه وضعیت اقتصادی-اجتماعی قدرت نما: جهت سنجش وضعیت اجتماعی و اقتصادی عموماً از پرسش‌نامه وضعیت اجتماعی-اقتصادی قدرت نما (۱۳۹۲) که دارای ۴ مؤلفه میزان درآمد، طبقه اقتصادی، تحصیلات پدر و مادر و وضعیت مسکن است، استفاده می‌شود. مقیاس اندازه‌گیری سؤال‌ها در این پرسش‌نامه پنج‌گزینه‌ای و روش امتیازگذاری به ترتیب خیلی پایین = ۱ تا خیلی بالا = ۵ می‌باشد. همکاران (۱۳۹۲) روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه وضعیت اجتماعی اقتصادی قدرت نما را توسط ۱۲ تن از متخصصین ورزشی مورد تأیید قرار دادند، همچنین با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ پایایی پرسش‌نامه ۰/۸۳ به دست آمد (۲۷).

۴. پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر: این پرسش‌نامه شامل ۱۵ گویه است و در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر برای سنجش اضطراب مرگ تهیه شد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود به هر مورد را با گزینه «بله» یا «خیر» علامت‌گذاری می‌کنند. نمره کل پرسش‌نامه در محدوده صفر تا ۱۵ است و براساس مطالعات انجام شده، نمره صفر تا ۷ نشان دهنده اضطراب مرگ پایین

است. یکی، نمره حمایت اجتماعی مرتبط با خانواده، دیگری نمره حمایت اجتماعی مرتبط با دوستان، دسته سوم، نمره مربوط به حمایت اجتماعی آشنایان و نمره چهارم، نمره کل حمایت اجتماعی است که حاصل جمع سه نمره قبلی ذکر شده می‌باشد. Vaux و همکاران گزارش کردند که این مقیاس از پایایی و روایی خوبی برخوردار است؛ به طوری که ضرایب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۴۵ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است (۱۹).

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36): فرم کوتاه ۳۶ سوالی زمینه‌یابی سلامت است که به منظور سنجش کیفیت زندگی توسط Ware & Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۶ عبارت است که هشت خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. تعداد سوالات برای هر خرده مقیاس بدین ترتیب عبارت است از: عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، ایفای نقش هیجانی (۳ سوال)، سلامت روان (۵ سوال)، سرزندگی (۴ سوال)، درد بدنی (۲ سوال) و سلامت عمومی (۵ سوال). سوال شماره ۲ در هیچ یک از خرده مقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود. این مقیاس همچنین دو سنجش کلی را از کارکرد فراهم می‌آورد، نمره کلی مؤلفه فیزیکی و نمره کلی مؤلفه روانی. مؤلفه فیزیکی از جمع خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی و مؤلفه روانی از جمع خرده مقیاس‌های سلامت روان، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی و عملکرد اجتماعی به دست می‌آید. شیوه نمره‌دهی این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم = ۵ تا اصلاً موافق نیستم = ۱) می‌باشد (۲۰).

مطالعات نشان دادند که این پرسش‌نامه برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (۲۱)، سگته مغزی (حوزه‌های سلامت جسمی و روانی، عملکرد اجتماعی) (۲۲)، ناتوانی حرکتی در افراد مسن (۲۳) و تنگی نفس در بیماری مزمن انسدادی ریه (۲۴) دارای روایی قابل قبول است. همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که این پرسش‌نامه برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (۲۱) و بازماندگان طولانی‌مدت سرطان (۲۵) دارای پایایی مناسب است. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. به طوری که در مطالعه منتظری و

این پرسش‌نامه در ایران توسط رجبی و بحرانی بررسی شده است و بر این اساس ضریب اعتبار تنصیف مقیاس، $0/62$ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/73$ گزارش شده است. برای اعتبار مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس اضطراب مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد و ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب مرگ $0/40$ و با اضطراب آشکار مقیاس $0/43$ به دست آمد (30).

نحوه جمع‌آوری داده‌ها

پس از انجام هماهنگی‌های لازم، پژوهشگر به مراکز جامع

و نمره ۸ تا ۱۵ نشان دهنده اضطراب مرگ بالا است (28). مطالعات انجام شده بر روی روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که پایایی و روایی این ابزار قابل قبول است. این پرسش‌نامه در سراسر جهان برای سنجش اضطراب مرگ استفاده می‌شود و یک پرسش‌نامه استاندارد است. در نسخه اولیه ضریب بازتاب مقیاس $0/83$ بود و روایی همزمان آن بر اساس همبستگی با مقیاس اضطراب ظاهری $0/27$ و با مقیاس افسردگی $0/40$ گزارش شد (28). این ابزار در مطالعات ایرانی مورد استفاده قرار گرفت و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شد (29). پایایی و روایی

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه

جمع	زن	مرد	
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
۱۰۳ (۲۹/۴)	۷۵ (۳۵/۷)	۲۸ (۲۰)	بی‌سواد
۱۲۸ (۳۶/۶)	۷۵ (۳۵/۷)	۵۳ (۳۷/۹)	ابتدایی
۳۰ (۸/۶)	۱۰ (۴/۸)	۲۰ (۱۴/۳)	راهنمایی
۵۲ (۱۴/۹)	۲۷ (۱۲/۹)	۲۵ (۱۷/۹)	دیپلم و فوق‌دیپلم
۳۷ (۱۰/۶)	۲۳ (۱۱)	۱۴ (۱۰)	لیسانس و بالاتر
۳۲ (۹/۱)	۳ (۱/۴)	۲۹ (۲۰/۷)	آزاد
۱۳۴ (۳۸/۳)	۳۲ (۱۵/۲)	۱۰۲ (۷۲/۹)	بازنشسته
۲۰ (۵/۷)	۱۱ (۵/۲)	۹ (۶/۴)	شاغل
۱۶۴ (۴۶/۹)	۱۶۴ (۷۸/۱)	۰	خانه‌دار
۲۷۱ (۷۷/۴)	۱۴۴ (۶۸/۶)	۱۲۷ (۹۰/۷)	متاهل
۴ (۱/۱)	۲ (۱/۰)	۲ (۱/۴)	مجرد
۷۰ (۲۰)	۶۰ (۲۸/۶)	۱۰ (۷/۱)	همسر فوت شده
۵ (۱/۴)	۴ (۱/۹)	۱ (۰/۷)	مطلقه
۲۸۰ (۸۰)	۱۶۲ (۷۷/۱)	۱۱۸ (۸۴/۳)	شخصی
۵۵ (۱۵/۷)	۳۷ (۱۷/۶)	۱۸ (۱۲/۹)	استیجاری
۱۵ (۴/۳)	۱۱ (۵/۲)	۴ (۲/۹)	زندگی با فرزندان
۲۹۵ (۸۴/۳)	۱۷۶ (۸۳/۸)	۱۱۹ (۸۵)	دارد
۵۵ (۱۵/۷)	۳۴ (۱۶/۲)	۲۱ (۱۵)	ندارد
۹۶ (۲۷/۴)	۶۱ (۲۹)	۳۵ (۲۵)	پایین
۲۲۲ (۶۳/۴)	۱۲۵ (۵۹/۵)	۹۷ (۶۹/۳)	متوسط
۱۲ (۳/۴)	۶ (۲/۹)	۶ (۴/۳)	بالا
۲۰ (۵/۷)	۱۸ (۸/۶)	۲ (۱/۴)	بدون درآمد
۶ (۱/۷)	۵ (۲/۴)	۱ (۰/۷)	ندارد
۱۷۲ (۴۹/۱)	۱۰۲ (۴۸/۶)	۷۰ (۵۰)	۱-۳
۱۵۱ (۴۳/۱)	۹۲ (۴۳/۸)	۵۹ (۴۲/۱)	۴-۶
۲۱ (۶/۰)	۱۱ (۵/۲)	۱۰ (۷/۱)	۷ و بیشتر

یافته‌ها

در مطالعه حاضر اطلاعات ۳۵۰ شرکت کننده، ۱۴۰ نفر (۴۰٪) مرد و ۲۱۰ نفر (۶۰٪) زن تحلیل شد. میانگین (انحراف معیار) سن زنان (۱/۶) ۶۶/۷ و مردان (۱/۷) ۶۸/۶ سال بود. بیشتر مردان (۳۷/۹ درصد) و زنان (۳۵/۷ درصد) تحصیلات ابتدایی داشتند. در مجموع ۱۶۴ نفر (۷۸/۱ درصد) از زنان خانه دار و ۱۰۲ نفر (۳۷/۹ درصد) از مردان بازنشسته بودند. همچنین، ۱۲۷ نفر (۹۰/۷ درصد) از مردان و ۱۴۴ نفر (۶۸/۶ درصد) از زنان متأهل بودند (جدول ۱).

نتایج آزمون همبستگی نشان داد کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی اجتماعی، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معنی‌دار و با سن فرد، همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد (جدول ۲).

سلامت مراجعه نمود. پس از ارائه توضیحات لازم، و اطمینان بخشی به شرکت کنندگان واجد شرایط مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی گرفته شد. سپس پرسش‌نامه‌های ذکر شده در بخش ابزار در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. در صورتی که مشارکت کننده‌ای به تنهایی نمی‌توانست به سؤال‌ها پاسخ دهد و یا امکان پاسخگویی در یک جلسه نبود، سؤال‌ها توسط پژوهشگر برای ایشان قرائت می‌شد یا جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها در زمانی دیگر هماهنگی‌های لازم انجام می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آمار توصیفی، و همچنین با استفاده از نرم‌افزار لیزرل نسخه ۸/۸ جهت اجرای مدل معادلات ساختاری، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سن	۱				
۲. وضعیت اقتصادی اجتماعی	۰/۰۲۶	۱			
۳. حمایت اجتماعی	-۰/۰۳۲	**۰/۲۶۰	۱		
۴. اضطراب مرگ	۰/۰۳۴	۰/۰۰۸	۰/۰۲۱	۱	
۵. کیفیت زندگی	**۰/۱۷۰	**۰/۳۰۶	**۰/۳۸۹	**۰/۱۲۴	۱

* $p < 0.05$

** $p < 0.001$

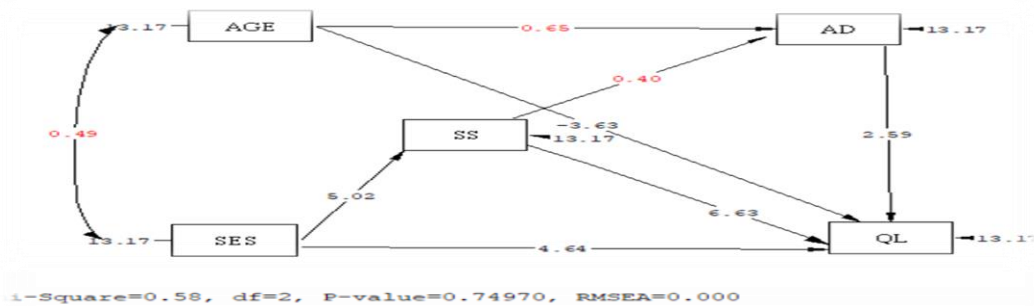
نیز بالاتر است. اضطراب مرگ تنها از یک مسیر و آن هم به‌طور مستقیم با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری داشت (جدول ۳).

نتایج شاخص‌های برازش مدل بیانگر مطلوبیت، تناسب بالای مدل و منطقی بودن روابط تنظیم شده متغیرها براساس مدل مفهومی می‌باشد. بر این اساس، مدل برازش شده تفاوت معنی‌داری با مدل مفهومی ندارد.

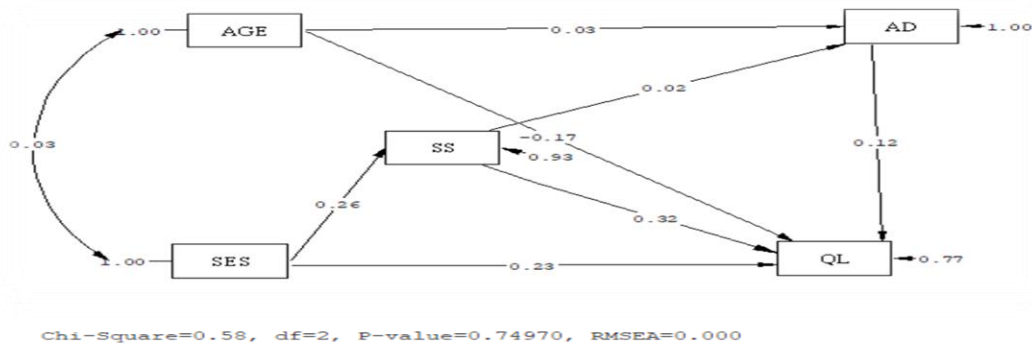
براساس نتایج آزمون تحلیل مسیر، در بین متغیرهایی که با کیفیت زندگی ارتباط داشتند، در مسیر مستقیم، حمایت اجتماعی، بیشترین ارتباط مثبت ($B=0.32$) و سن، بیشترین ارتباط منفی ($B=-0.17$) را داشت. همچنین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی از هر دو مسیر (مستقیم و غیرمستقیم) ارتباط مثبت با کیفیت زندگی داشت ($B=1.06$) به عبارتی، هرچه میزان حمایت اجتماعی بیشتر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر باشد، نمره کیفیت زندگی

جدول ۳. اثر مستقیم و غیرمستقیم رابطه بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی، سن، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی

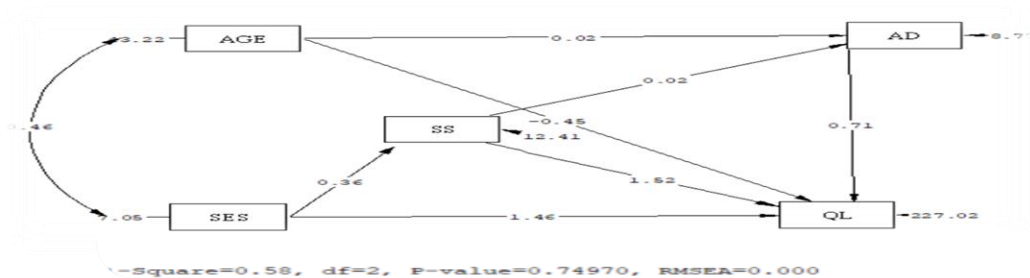
T-Value	ضریب استاندارد نشده			ضریب استاندارد شده			متغیر
	کل	غیرمستقیم	مستقیم	کل	غیرمستقیم	مستقیم	
-۳/۶۳	*-۰/۴۵	۰/۰۱۴	*-۰/۴۵	*-۰/۱۷	۰/۰۰۳	*-۰/۱۷	سن
۴/۶۴	*۲/۰۱	*۰/۵۵	*۱/۴۶	-۱/۰۶	*۰/۰۸۳	*۰/۲۳	وضعیت اجتماعی اقتصادی
۶/۶۳	*۱/۵۲	۰/۱۴	*۱/۵۲	*۰/۳۲	۰/۰۰۲۴	*۰/۳۲	حمایت اجتماعی
۲/۵۹	*۰/۷۱	-	*۰/۷۱	*۰/۱۲	-	*۰/۱۲	اضطراب مرگ



شکل ۲. رابطه بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی (SES)، سن (AGE)، حمایت اجتماعی (SS)، اضطراب مرگ (AD) و کیفیت زندگی (QL) بر اساس مقدار T



شکل ۳. رابطه بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی (SES)، سن (AGE)، حمایت اجتماعی (SS)، اضطراب مرگ (AD) و کیفیت زندگی (QL) بر اساس استاندارد B



شکل ۴. رابطه بین، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (SES)، سن (AGE)، حمایت اجتماعی (SS)، اضطراب مرگ (AD) و کیفیت زندگی (QL) طبق تخمین B

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص برازش	X ²	df	X ² /df	CFI	GFI	NFI	RMSEA
شاخص مدل	۰/۵۸	۲		۰/۹۹	۱	۰/۹۹۰	۰/۰۰۰
محدوده قابل قبول			X ² /df < 5	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۰۵

شاخص برازش هنجار شده NFI، آماره نیکویی برازش GFI، RMSEA جذر میانگین مربعات خطای تقریب، χ^2 کای اسکوتر

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد. نتایج بیانگر این بود که کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی اجتماعی، حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ همبستگی مثبت و معنی دار دارد که از بین متغیرها، حمایت اجتماعی، بیشترین ارتباط مثبت را با کیفیت زندگی داشت. این یافته با نتایج مطالعه Ibrahim و همکاران (۱۰)، Heo و همکاران (۳۲)، Bélanger و همکاران (۳۳)، Kang و همکاران (۳۴)، ابراهیمی اورنگ و همکاران (۳۵) و حسینی و همکاران (۳۶) همسو بود. در این مطالعات نیز، همسو با مطالعه حاضر، کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی همبستگی مثبت و معنی داری داشت. در واقع، در این مطالعات دریافتند که حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر مثبت معناداری بر رضایت از زندگی و میل به زندگی در میان سالمندان دارد (۳۴). به طور مثال، در مطالعه Bélanger و همکاران، سالمندانی که حمایت ضعیفی از فرزندان داشتند، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد بدون فرزند داشتند، در واقع نه صرفاً وجود پیوند اجتماعی، بلکه سطح حمایت اعضای خانواده، فرزندان و شریک زندگی به طور قابل توجهی با سلامت و رفاه سالمندان مرتبط است و به عبارتی، داشتن روابط مناسب با خانواده و فرزندان و دریافت حمایت از آنان با سلامت سالمندان مرتبط است (۳۳). مطالعه ابراهیمی اورنگ و همکاران نیز نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی، میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان هم افزایش پیدا می‌کند (۳۵).

این یافته همچنین تأییدکننده نظر Baum و Fleming از نظریه پردازان مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی است.

آن‌ها معتقدند که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی یک رابطه مستقیم خطی وجود دارد. همچنین تأییدکننده نظریه Durkheim نیز است که اعتقاد دارد هر چه احساس پیوند فرد با خانواده و سایر گروه‌های جامعه بیشتر باشد، انسجام اجتماعی بالا، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد را کاهش می‌یابد. Berkman معتقد است که حمایت اجتماعی در صورتی باعث افزایش سلامتی می‌شود که حسی از صمیمیت را ایجاد نماید و این حس صمیمیت از طریق حمایت عاطفی حاصل می‌شود. بنابراین منظور از حمایت عاطفی برقراری ارتباط محبت آمیز یا پشتیبانی عاطفی از فرد است (۳۶). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، حمایت اجتماعی بالا احتمال درگیر شدن سالمندان در فعالیت‌های خودمراقبتی برای پیشگیری از بیماری‌ها، کنترل و مدیریت انواع بیماری‌ها و ناخوشی‌های دوران سالمندی را افزایش داده و می‌تواند منجر به حفظ کیفیت زندگی آن‌ها شود (۳۲). از طرفی، حمایت اجتماعی، علاوه بر بهبود خلق سالمندان، سبب تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز می‌شود (۳۵). در واقع، حمایت اجتماعی، عامل محافظتی برای سلامت جسمی و روان در میان جمعیت بزرگسال به ویژه سالمندان است. به طور مثال، روابط حمایتی ایجاد شده شرایطی را فراهم می‌کند تا علاوه بر بهبود خلق و عاطفه، منجر به بهبود سازگاری با استرس و فشارهای زندگی، کاهش فشار خون و بهبود سیستم ایمنی نیز شود (۳۱).

همچنین، مطالعه بیانگر این بود که وضعیت اقتصادی-اجتماعی در هر دو مسیر مستقیم و غیرمستقیم ارتباط مثبتی با کیفیت زندگی دارد. به عبارتی، هرچه میزان حمایت اجتماعی بیشتر و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر باشد، نمره کیفیت زندگی نیز بالاتر است. این یافته با نتایج مطالعات مشابهی همچون مطالعه Ellina و همکاران (۳۷)، Pietilainen و همکاران (۳۸) و ابراهیمی اورنگ و همکاران

در نهایت مطالعه حاضر نشان داد اضطراب مرگ تنها از یک مسیر و آن هم به طور مستقیم با کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد. مطالعه شریفی و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان داد اضطراب مرگ با کیفیت زندگی ارتباط معنادار دارد؛ به طوری که پایین بودن اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیشتر در سالمندان در ارتباط است (۳۹). مطالعه مجیدی و همکاران (۱۳۹۸) و بهرامی و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که اضطراب مرگ، از پیشگویی کننده های کیفیت زندگی سالمندان و بیماران مبتلا به سرطان بود (۴۰، ۴۱). در واقع می توان گفت هرچه افراد اضطراب و فشار روانی بیشتری داشته باشند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. در تبیین این یافته می توان گفت، حمایت اجتماعی از طریق شبکه های حمایتی و روابط معنی دار، می تواند منجر به کاهش احساس تنهایی و انزوا شود. این احساسات می توانند اضطراب مرگ را افزایش دهند، بنابراین کاهش آن ها به طور غیرمستقیم به کاهش اضطراب مرگ منجر می شود. همچنین، حمایت اجتماعی می تواند منجر به افزایش اعتماد به نفس و توانایی فرد برای مقابله با مشکلات شود. افراد برخوردار از حمایت اجتماعی، توانایی بیشتری برای مقابله با چالش ها و ترس های مربوط به مرگ دارند (۴۲). از طرفی، حمایت اجتماعی می تواند احساس امنیت و آرامش را در فرد ایجاد کند و این احساس می تواند به کاهش اضطراب مرگ کمک کند. وقتی فرد احساس کند که در شرایط سخت تنها نیست و دیگران از او حمایت می کنند، کمتر دچار اضطراب و ترس می شود (۴۳). در این مطالعه، رابطه ای بین حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ بر اساس مدل معادلات ساختاری مشاهده نشد. در این زمینه مطالعات مختلف، یافته های متناقضی را ارائه نمودند. در برخی از مطالعات همچون مطالعه Yang و همکاران (۱۶)، Kim (۴۴)، Sebea و همکاران (۴۵)، ابراهیمی و همکاران (۴۶) و پورداد و همکاران (۴۳)، ناهمسو با مطالعه حاضر، بین حمایت اجتماعی و اضطراب مرگ رابطه معنی داری وجود داشت به طوری که بالاتر بودن میزان حمایت اجتماعی از سالمندان با کاهش اضطراب مرگ آنان مرتبط بود. این در حالیست که نتایج برخی دیگر از مطالعات همچون مطالعه Awopetu و همکاران (۴۷)، مهری نژاد و همکاران (۴۸) و مومنی و همکاران (۴۹) با مطالعه حاضر همسو بود.

(۳۵) همسو بود. در مطالعات فوق نیز همچون مطالعه حاضر، بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی سالمندان شامل سطح تحصیلات، شغل، درآمد و طبقه اقتصادی-اجتماعی با سطح کیفیت زندگی آن ها رابطه معنی داری وجود داشت. در مطالعه ابراهیمی اورنگ و همکاران، همبستگی مثبت و معنی داری بین درآمد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مشاهده شد. به طوری که سالمندانی که دارای منابع درآمدی بالایی بودند، میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها هم بالاتر بود. در این مطالعه همسو با نتایج مطالعه حاضر، دو متغیر وضعیت اقتصادی و حمایت اجتماعی هر دو بر کیفیت زندگی اثرگذار بودند؛ به طوری که این دو متغیر در مجموع توانستند ۲۶ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می کنند (۳۵). در مطالعه Ellina و همکاران نیز از سطح تحصیلات به عنوان یک پیش بینی کننده با اهمیت نمرات کیفیت زندگی یاد شده است (۳۷). همچنین، در مطالعه Pietiläinen و همکاران، طبقات شغلی پایین تر، به طور مثال، شغل کارگر در مقایسه با معلم، نمره کیفیت زندگی پایین تری هم بین مردان و هم در زنان داشتند. در این مطالعه نیز، میزان بالاتر درآمد با سطح بالاتری از کیفیت زندگی در ارتباط بود (۳۸). می توان این گونه استدلال کرد که وضعیت اقتصادی سالمندان تاثیر چشمگیری دارد؛ بدین دلیل که با توجه به بیماری ها و ناخوشی های دوران سالمندی، دارا بودن منابع مادی و مالی بیشتر، می تواند در میزان پیگیری وضعیت سلامت برای پیشگیری از بروز، کنترل و مدیریت این مشکلات سلامتی و به تبع آن، بهبود کیفیت زندگی سالمندان تاثیرگذار باشد. البته تاثیر سطح تحصیلات چه از جهت ارتباط آن با طبقه شغلی و اجتماعی بالاتر و چه از جهت نقش آن بر میزان سواد سلامت سالمندان نیز دارای اهمیت فراوانی می باشد. از طرفی مطالعه بیانگر این بود که کیفیت زندگی با سن، همبستگی منفی و معنی داری دارد، به طوری که سن بیشترین ارتباط منفی را با کیفیت زندگی داشت. مطالعه مروری نظام مند Ellina و همکاران نیز بین سال های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۷ در اروپا، نشان داد بالاتر رفتن سن با کاهش سطح کیفیت زندگی همراه است (۳۷).

عاطفی بر متغیرهای مورد نظر این مطالعه و تعیین اینکه آیا این بهبود واقعاً منجر به بهبود علائم اضطراب مرگ و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود، مورد نیاز است.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد حمایت اجتماعی، بیشترین ارتباط مثبت را با کیفیت زندگی دارد. همچنین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباطی مثبت با کیفیت زندگی دارد. همچنین، اضطراب مرگ به طور مستقیم با کیفیت زندگی ارتباط دارد. در واقع، حمایت اجتماعی، عامل تأثیرگذار بر اضطراب مرگ سالمندان است که به نوبه خود می‌تواند بر بهبود کیفیت آن‌ها نیز تأثیر بگذارد. تعامل بین این سه عامل، می‌تواند تأکیدی بر اهمیت و نقش شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی خصوصاً حمایت عاطفی از سالمندان باشد. این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. یکی از این محدودیت‌ها، تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود که می‌توانست منجر به خستگی و بی‌حوصلگی سالمندان و کاهش کیفیت پاسخگویی شود. استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی نیز می‌تواند محدودیت دیگر مطالعه محسوب شود. پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری بیشتر، این پژوهش در سایر مناطق مختلف شهری ایران نیز انجام شود. از طرفی، نقش سایر متغیرهای روان‌شناختی از جمله افسردگی، سایر اضطراب‌ها، عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، مهارت‌های مقابله‌ای بر روابط بین متغیرهای مطالعه بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران است. از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از کسب مجوزهای لازم و دریافت کد اخلاق به شماره IR.IUMS.REC.1402.432 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. رضایت آگاهانه از تمام شرکت‌کنندگان اخذ شد و آن‌ها از اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله آگاه بودند.

در مطالعه Awopetu و همکاران، حمایت دوستان و افراد مهم تأثیری بر اضطراب مرگ سالمندان نداشت، هر چند، حمایت خانواده از نظر آماری رابطه مثبت و معناداری با اضطراب مرگ نشان داد (۴۷). در مطالعه مهري نژاد و همکاران نیز همبستگی معناداری بین نمره کل اضطراب مرگ با حمایت اجتماعی کل وجود نداشت (۴۸). همچنین، در مطالعه مومنی و همکاران نیز حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی اضطراب مرگ سالمندان زن و مرد نبود (۴۹). رابطه بین حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ را می‌توان با این واقعیت توجیه کرد که ادراک حمایت اجتماعی بالاتر از سالمندان این احساس را در آنان ایجاد می‌کند که زندگی با خانواده و دوستان و سایر گروه‌های جامعه را همچنان طولانی و ارزشمند درک نمایند و مشوقی برای تلاش به رسیدن اهداف زندگی بدون توجه بیش از حد و ترس از مرگ می‌باشد (۴۵). در واقع می‌توان این‌گونه استدلال کرد که خانواده و دوستان و آشنایان، منابع مهم حمایتی به شمار می‌آیند که با ایجاد فضای صمیمیت و امنیت منجر به کنترل و کاهش اضطراب خصوصاً اضطراب مرگ شده و باعث ایجاد حس رضایت از زندگی می‌شوند. از طرفی، این شرایط مطلوب تأثیر مثبتی بر سلامت سالمندان، کاهش احتمال بروز بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌ها و ناخوشی‌های روانی و بهبود کیفیت زندگی و در عین حال کاهش اضطراب مرگ می‌شود. در هر حال، این رابطه در مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه یافت نشد. به نظر می‌رسد تفاوت در جامعه مورد مطالعه توجیه مناسبی برای این عدم همخوانی باشد. کیفیت شبکه‌های اجتماعی نیز عامل مهمی است که ممکن است بر میزان کیفیت حمایت اجتماعی و نتایج مطالعات تأثیرگذار باشد. مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله اینکه ماهیت مقطعی این مطالعه محدودیت‌هایی را در ایجاد توالی زمانی ارتباط بین حمایت اجتماعی، اضطراب مرگ و کیفیت زندگی اعمال می‌کند. به طوری که ممکن است در مطالعه طولی ارتباط بین حمایت اجتماعی با متغیرهای مورد بررسی در طول زندگی تغییر کند. میزان و کیفیت حمایت در نوع بافت فرهنگی نیز از عواملی است که ممکن است بر نتایج مطالعه تأثیرگذار است. مطالعات بیشتری برای بررسی تأثیر مداخلات برای بهبود حمایت اجتماعی خصوصاً حمایت

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

سهم نویسندگان

زهره محمودی: نویسنده اول
سارا روستا پیشه: نویسنده مسئول
فرزانه سلطانی پور: انجام پژوهش و همکاری در تحلیل آمار و نوشتن مقاله
فریما محمدی: کارشناس آماری
همه نویسندگان در تدوین و ویرایش مقاله مشارکت داشتند و نسخه نهایی را مطالعه و تایید کردند.

داده‌ها به صورت ناشناس و محرمانه پردازش شدند تا حریم خصوصی شرکت کنندگان حفظ شود. پژوهش با حداقل مداخله در سلامت روانی و عاطفی سالمندان انجام شد و از هرگونه آسیب احتمالی جلوگیری به عمل آمد.

کد اخلاق

این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IUMS.REC.1402.432 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافع مالی یا شخصی که بر نتایج یا تفسیر پژوهش تأثیر بگذارد، اعلام نمی کنند.

هیچ یک از مؤلفان وابستگی به سازمان‌ها یا نهادهایی که ممکن است از نتایج این مطالعه سود یا زیان ببرند، ندارند.

References:

- Dural G, Kavak Budak F, Özdemir AA, Gültekin A. Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness among Elderly Muslim People. *Journal of religion and health*. 2022; 61(2):1505-13.
- Poursadeqiyan M, Arefi MF, Pouya AB, Jafari M. Quality of life in health Iranian elderly population approach in health promotion: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10(1):449.
- Xi J-Y, Lin X, Hao Y-T. Measurement and projection of the burden of disease attributable to population aging in 188 countries, 1990-2050: A population-based study. *Journal of global health*. 2022;12:04093.
- Doshmangir L, Khabiri R, Gordeev VS. Policies to address the impact of an ageing population in Iran. *The Lancet*. 2023;401(10382):1078.
- Armoon B, Hosseini Koukamari P, Rouhani MR, Gharegozloo L, Karimy M, Coetzer-Liversage A. Comparison of Quality of Life and Coping Strategies among Firefighters and Emergency Medical Services Personnel in Saveh, Iran. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*. 2024;34(2):120-32.
- riberti S, Savioni L, Sebri V, Pravettoni G. eHealth for improving quality of life in breast cancer patients: a systematic review. *Cancer treatment reviews*. 2019;74:1-14.
- Farajzadeh M, Gheshlagh RG, Sayehmiri K. Health related quality of life in Iranian elderly citizens: a systematic review and meta-analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017; 5(2):100.
- Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and

- satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*. 2019; 45(1):69-77.
9. Kasar KS, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*. 2021;42(5):1222-9.
10. Zhao L, Zheng X, Ji K, Wang Z, Sang L, Chen X, et al. The relationship between social support and anxiety among rural older people in elderly caring social organizations: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(18):11411.
11. Khademi F, Moayedi S, Golitaleb M, Karbalaie N. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020; 30(1):346-9.
12. Sharma P, Asthana HS, Gambhir IS, Ranjan JK. Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Gerontology*. 2019;33(3).
13. Cho S, Cho OH. Depression and quality of life in older adults with pneumoconiosis: the mediating role of death anxiety. *Geriatric Nursing*. 2022; 44:215-20.
14. Saleh Manijeh H, Rostami M, Ahmadboukani S. Development of the coronavirus anxiety model in the elderly: based on hope and health-related quality of life with the mediating role of perceived social support. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2021;7:23337214211048324.
15. Lim SJ, Ko Y, Kim C, Lee HS. The death anxiety and depressive symptoms among poor older women in rural areas: the moderating effect of social support. *Journal of Korean academy of community health nursing*. 2017; 28(4):440-9.
16. Yang H, Wang Z, Yu W, Gu Y, Shao J, Zhang Y, et al. Structural equation model of factors related to death anxiety for Chinese patients with cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2024;89(2):606-22.
17. Freak-Poli R, Ryan J, Tran T, Owen A, McHugh Power J, Berk M, Stocks N, Gonzalez-Chica D, Lowthian JA, Fisher J, Byles J. Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women. *Aging & mental health*. 2022; 26(7):1335-44.
18. Hooman, Heydar Ali. *Structural Equation Modeling Using LISREL Software*, Samt Publications. 2005. (In Persian)
19. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 1986;14(2): 195-218.
20. Framework IC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
21. Su CT, Ng HS, Yang AL, Lin CY. Psychometric evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*. 2014;26(3):980.
22. Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*. 1996; 27(10):1812-6.
23. Syddall HE, Martin HJ, Harwood RH, Cooper C, Sayer AA. The SF-36: a simple, effective measure of mobility-disability for epidemiological studies. *The Journal of nutrition, health and aging*. 2009; 13(1):57-62.
24. Mahler DA, Mackowiak JI. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. *Chest*. 1995;107(6):1585-9.
25. Reulen RC, Zeegers MP, Jenkinson C, Lancashire ER, Winter DL, Jenney ME, et al. The use of the SF-36 questionnaire in adult survivors of childhood cancer: evaluation of

- data quality, score reliability, and scaling assumptions. *Health and quality of life outcomes*. 2006;4(1):77.
26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14:875-82.
27. Eslami, A., Mahmoudi, A., Khabiri, M., Najafiyani Razavi, S. The role of socioeconomic conditions in the citizens' motivation for participating in public sports. *Applied Research in Sport Management*, 2014; 2(3): 89-104. (In Persian)
28. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970;82(2):165-77.
29. Nia HS, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(4):29.
30. Rajabi GH.R., Bohrani M.. Item Factor Analysis of the Death Anxiety Scale. *Journal Of Psycholog*. 2002;5(4 (20)):331-344. (In Persian)
31. Ibrahim N, Din NC, Ahmad M, Ghazali SE, Said Z, Shahar S, et al. Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in M alaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2013;5:59-66.
- 32 Heo S, Lennie TA, Moser DK, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart & Lung*. 2014;43(4):299-305.
33. Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*. 2016; 6(6):e011503.
34. Kang HW, Park M, Wallace JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of sport and health science*. 2018; 7(2):237-44.
35. Ebrahimi Orang A. A study of relationship between social support and health-related quality of life among elderly people in Tabriz. *Journal of Gerontology*. 2017; 2(2):20-8. (In Persian)
36. Hosseini A, Mjdy A, Hassani GH. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. *Journal of Gerontology*. 2016;1(2):10-8. (In Persian)
37. Ellina P, Middleton N, Lambrinou E, Kouta C. Investigation of socioeconomic inequalities in health-related quality of life across Europe: a systematic review. *Diversity and equality in health and care*. 2019;16(4): 10.36648/2049-5471.16.3.197.
38. Pietiläinen O, Laaksonen M, Pitkaniemi J, Rahkonen O, Lahelma E. Changes of occupational class differences in physical functioning: a panel study among employees (2000–2007). *Journal Epidemiol Community Health*. 2012; 66(3):265-70.
39. Sharifi A, Bakhtiyarpour S, Naderi F, Askary P. Predicting the quality of life of the elderly based on mindfulness with the mediation of death anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2022;11(9):135-44. (In Persian)
40. Majidi S. Bolourchi F. Esmaeili R. Zolghadr Z. The relationship between death anxiety and quality of life and self-care ability in the elderly with chronic obstructive pulmonary disease referring to Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. *NAFAS Journal*. 2019;6(1). (In Persian)
41. Bahrami N, Moradi M, Soleiman M, Kalantari Z, Hosseini F. Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(82):51-61. (In Persian)

42. Jamal-livani H, Jafari M, Alimohammadzadeh K. The role of social support on elderly death anxiety through self-efficacy mediation. *Journal of Gerontology*. 2020;5(1):11-8.
43. Poordad S, Momeni Kh, Karami J. Death Anxiety and Its Relationship With Social Support and Gratitude in Older Adults. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 4(1):26-39. (In Persian)
44. Kim Y. Factors Influencing Death Anxiety in Community-Dwelling Elderly: Based on the Ecology Theory. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2019; 22(1):30-8.
45. Sebea DE, El-Geneidy MM, Abd-Elsalam RM, Dawood SS. Factors associated with death anxiety among community dwelling older adults. *Alexandria Scientific Nursing Journal*. 2021; 23(1):1-7.
46. Ebrahimi B, Hosseini M, Rashedi V. The relationship between social support and death anxiety among the elderly. *Elderly Health Journal*. 2018;4(2): 37-42.
47. Awopetu RG, Omadu AP, Abikoye GE. Examining the relationship between personality, perceived social support and death anxiety among chronically ill patients in Federal Medical Centre, Makurdi, Nigeria. *Journal of psychology and sociological studies*. 2017;1(1): 150-164.
48. Mehri Nejad SA, Ramezan Saatchi L, Paydar S. Death anxiety and its relationship with social support and adherence to religion in the elderly. *Iranian journal of Ageing*. 2017;11(4):494-503. (In Persian)
49. Momeni K, Radmehr F, Sanjabi A. The Role Cognitive Fusion, Social Support and Perception of Aging in Prediction Death Anxiety. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(2): 55-64.

The Relationship Between Social Support, Death Anxiety, and Quality of Life in the Elderly: A Structural Equation Modeling Approach

Zohreh Mahmoudi¹, Farima Mohamadi², Farzaneh Soltanipourjonaghani³, Sara RoostaPisheh^{3*}

1. Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Medical Education, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received 02/07/2025

ePublished: 21/09/2025

ABSTRACT:

Introduction: Physical and mental health, and consequently the quality of life of the elderly, are influenced by various factors, including social support, fear, and death anxiety. The present study aimed to determine the relationship between social support, death anxiety, and quality of life among elderly individuals referring to comprehensive health service centers affiliated with Iran University of Medical Sciences, using a structural equation modeling approach.

Methods: This descriptive-analytical study was conducted in 2024 on 350 elderly individuals referring to comprehensive health centers under the coverage of Iran University of Medical Sciences, selected through a multi-stage sampling method. Data were collected using the Vaux et al. (1986) Social Support Scale, the Quality-of-Life Questionnaire (SF-36), a socio-economic status questionnaire, and the Templer Death Anxiety Questionnaire (1970). Data analysis was performed using SPSS-21 and LISREL 8.8 software, employing descriptive methods and structural equation modeling.

Results: Among the study participants, 140 (40%) were men and 210 (60%) were women. The mean age of women was 66.7 ± 1.6 years, and that of men was 68.6 ± 1.7 years. According to the path analysis results, among the variables related to quality of life, social support had the strongest positive direct relationship ($\beta = 0.32$), while age had the strongest negative relationship ($\beta = -0.17$). Socio-economic status showed a positive relationship with quality of life through both direct and indirect paths ($\beta = 1.06$). The model fit indices indicated desirable results, high adequacy of the model, and logical relationships among the variables based on the conceptual model.

Conclusion: The study revealed a significant causal relationship between social support and quality of life among the elderly. These findings underscore the importance of supporting this vulnerable group in society more than ever before.

Keyword: Social Support, Quality of Life, Death Anxiety, Elderly, Structural Equation Modeling

*Corresponding Author: Sara RoostaPisheh, e-mail: s_roostapisheh@yahoo.com

CITATION: Mahmoudi,Z.,Mohamadi,F.,soltanipourjonaghani,F.,Roosta Pisheh,S. The Relationship Between Social Support, Death Anxiety, and Quality of Life in the Elderly: A Structural Equation Modeling Approach. *Saveh University of Medical Sciences Journal*, 2025; 1(2): 1-15. doi: [10.22034/jsavehums.2025.229886](https://doi.org/10.22034/jsavehums.2025.229886)