

The Mediating Role of Psychological Well-Being in the Relationship Between Perceived Social Support and Quality of Life Among Older Adults

Elahe. Asghary¹, Ali. Khaneh Keshi^{1*}

1. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

* Corresponding author email address: Al.khanehkesh1353@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Asghary, E. & Khaneh Keshi, A. (2026). The Mediating Role of Psychological Well-Being in the Relationship Between Perceived Social Support and Quality of Life Among Older Adults. *Longevity*, 4(4), 1-20.

<https://doi.org/10.61838/kman.longevity.55>



© 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the mediating role of psychological well-being in the relationship between perceived social support and quality of life among older adults. The statistical population consisted of 300 older adults affiliated with the Relief Committee of Nur County. Based on the sample size estimated using G*Power software, 200 participants were selected through purposive sampling; however, the final sample was reduced to 195 participants. Data were collected using the standard Perceived Social Support Questionnaire (Cutrona & Russell, 1987), Ryff's Psychological Well-Being Scale (Ryff, 2005), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (World Health Organization [WHO], 1995). Data were analyzed using structural equation modeling. The findings indicated that perceived social support had a significant direct effect on the quality of life of older adults. Moreover, the direct effect of psychological well-being on quality of life was confirmed. In addition, psychological well-being significantly mediated the relationship between perceived social support and quality of life among older adults. These findings suggest that strengthening perceived social support and psychological well-being may contribute to improving quality of life among older adults.

Keywords: *psychological well-being, perceived social support, quality of life, older adults.*

Introduction

Population aging has become an increasingly important public health and social concern worldwide, particularly because older adulthood is accompanied by substantial physical, cognitive, emotional, and social changes that may influence health status, independence, psychological functioning, and satisfaction with life. The rapid growth of the older population has therefore increased the importance of identifying psychosocial factors that can preserve functioning and promote healthy aging ([World Health Organization, 2021](#)). Although aging is a natural stage of the life cycle and may involve declines in several physiological systems, such changes do not necessarily imply severe deterioration in cognitive or psychological functioning, and many older adults maintain considerable functional capacities throughout later life. Within this context, quality of life is considered one of the central indicators of successful and healthy aging. Quality of life is a multidimensional, subjective, and dynamic construct encompassing physical health, psychological status, social and family relationships, environmental circumstances, satisfaction with life, and individuals' perceptions of the discrepancy between their actual and desired conditions. The World Health Organization conceptualizes quality of life as individuals' perceptions of their position in life within the cultural and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns ([World Health Organization Quality of Life Group, 1995](#)). Because quality of life depends not merely on objective living conditions but also on how those conditions are interpreted, psychosocial resources are particularly important in old age. One of the most influential of these resources is perceived social support. Social support includes emotional, instrumental, informational, and interpersonal resources available through an individual's social network, while perceived social support specifically refers to the person's cognitive appraisal of the availability and adequacy of such support. Perceptions of being loved, valued, respected, and connected to a reciprocal social network can protect individuals against stress and facilitate psychological adjustment. Accordingly, perceived support may be more influential than the objective quantity of assistance because individuals benefit psychologically when they believe that reliable help is available when needed. Research has indicated that perceived social support can reduce the negative consequences of aging, strengthen life satisfaction, and promote psychological functioning and quality of life among older adults. Psychological well-being represents another major factor associated with quality of life in later adulthood. Rather than defining mental health simply as the absence of psychological disorders, the psychological well-being perspective emphasizes positive psychological functioning, meaningful engagement with life, autonomy, personal growth, environmental mastery, self-acceptance, positive relationships with others, and purpose in life. Older adults with higher psychological well-being generally demonstrate more positive evaluations of life circumstances, more adaptive coping with age-related challenges, and a greater ability to pursue meaningful goals and maintain satisfying interpersonal relationships ([Ryff, 2014](#)). Psychological well-being may also be influenced by social resources because supportive interpersonal relationships can promote feelings of security, belonging, worth, and meaning. Studies discussed in the manuscript indicate positive associations between perceived social support and psychological well-being, suggesting that older adults who perceive greater support tend to experience stronger positive psychological functioning. Furthermore, the relationship between social support and quality of life may not be exclusively direct. Perceived social support may strengthen psychological well-being by enhancing security, belonging, self-

worth, positive relationships, and meaning in life, whereas greater psychological well-being may subsequently enable older adults to evaluate their circumstances more positively and cope more effectively with the physical and psychological challenges associated with aging. Psychological well-being may therefore function as an explanatory mechanism through which perceived social support contributes to enhanced quality of life. Accordingly, the present study aimed to investigate the mediating role of psychological well-being in the relationship between perceived social support and quality of life among older adults.

Methods and Materials

The present study was a fundamental, descriptive-correlational investigation conducted within a structural equation modeling framework using the partial least squares approach. The statistical population consisted of approximately 300 older adults covered by the Imam Khomeini Relief Committee in Nur County in 2024. The required sample size was estimated using G*Power version 3.1.9.4, assuming a statistical power of 0.95, an effect size of 0.15, an alpha level of 0.05, and 12 predictors. The resulting minimum sample size was 184 participants; however, to compensate for potential attrition and unusable questionnaires, 200 older adults were recruited through purposive sampling. Five questionnaires were excluded because of incomplete responses, resulting in a final analytic sample of 195 participants. Data were collected using three standardized self-report instruments. Perceived social support was assessed using the 24-item Perceived Social Support Questionnaire, which evaluates guidance and advice, attachment and social connection, reassurance of worth, reliable alliance, opportunities for encouragement, and social integration on a four-point Likert scale. Higher scores represent greater perceived availability of social support. The instrument demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of 0.757 in the pilot sample. Psychological well-being was measured using the 18-item short form of Ryff's Psychological Well-Being Scale. Responses were scored on a six-point Likert scale and covered six dimensions: autonomy, purpose in life, environmental mastery, personal growth, positive relations with others, and self-acceptance. Higher scores indicated greater psychological well-being, and the Cronbach's alpha coefficient obtained in the present study was 0.915. Quality of life was measured using the 26-item WHOQOL-BREF, assessing physical health, psychological health, social relationships, and environmental health using five-point response categories. Higher scores indicated better quality of life, and the overall internal consistency coefficient in the present sample was 0.970. Descriptive statistics were calculated for the study variables, and distributional normality was examined using the Kolmogorov–Smirnov test. Because the variables did not meet the assumption of normality, structural equation modeling was performed using SmartPLS. Standardized path coefficients, t statistics, significance levels, factor loadings, direct effects, and indirect effects were used to evaluate the proposed model and research hypotheses.

Findings

Descriptive analysis showed that the mean score for perceived social support was 64.56 with a standard deviation of 24.1632, with observed scores ranging from 24 to 96. The mean quality-of-life score was 174.720 with a standard deviation of 62.412 and a range of 56 to 280, whereas psychological well-being had a mean of 75.96, a standard deviation of 29.1906, and observed scores ranging from 18 to 108. The Kolmogorov–Smirnov test indicated significant departures from normality for perceived social support, quality of life, and psychological well-being, supporting the use of partial least squares structural

equation modeling. Measurement-model results showed that factor loadings were generally greater than 0.60, indicating satisfactory representation of the latent constructs by their indicators. Structural-model analysis supported all principal research hypotheses. Perceived social support had a significant positive direct effect on psychological well-being ($\beta = 0.227$, $t = 8.403$, $p < 0.001$), demonstrating that higher perceived social support was associated with greater psychological well-being among the older adults. Psychological well-being, in turn, exerted a significant positive direct effect on quality of life ($\beta = 0.108$, $t = 2.885$, $p = 0.007$). Although the manuscript reported that the simple bivariate correlation between psychological well-being and quality of life was weak and statistically nonsignificant ($r = 0.112$, $p > 0.05$), the corresponding structural pathway became statistically significant when examined simultaneously with the other relationships in the model. Perceived social support also showed a significant positive direct effect on quality of life ($\beta = 0.425$, $t = 5.871$, $p < 0.001$), indicating that older adults perceiving stronger social support reported better quality of life. Most importantly, the indirect effect of perceived social support on quality of life through psychological well-being was positive and statistically significant ($\beta = 0.142$, $t = 3.590$, $p = 0.006$). Thus, psychological well-being significantly mediated the association between perceived social support and quality of life. The measurement components were also strongly represented: psychological well-being was positively associated with environmental mastery ($\beta = 0.826$), autonomy ($\beta = 0.838$), self-acceptance ($\beta = 0.850$), personal growth ($\beta = 0.828$), positive relations with others ($\beta = 0.843$), and purpose in life ($\beta = 0.877$), with all corresponding t statistics exceeding 1.96 and p values below 0.001. The dimensions of perceived social support likewise demonstrated positive loadings, including reassurance of worth ($\beta = 0.718$), social integration ($\beta = 0.830$), guidance and advice ($\beta = 0.673$), opportunities for encouragement ($\beta = 0.733$), reliable alliance ($\beta = 0.665$), and attachment to others ($\beta = 0.520$). Collectively, these findings supported the proposed structural model and demonstrated both direct and mediated pathways linking perceived social support with quality of life among older adults.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that perceived social support contributes to older adults' quality of life through both direct and indirect psychological pathways. First, perceived social support significantly predicted psychological well-being. Older adults who perceive that family members, friends, and other members of their social environment are available to provide emotional, practical, and interpersonal assistance may experience a stronger sense of belonging, security, personal value, and connectedness. Such perceptions can reduce the psychological burden associated with loneliness, dependency, age-related losses, and changing social roles while simultaneously strengthening positive psychological functioning. Consequently, supportive relationships appear to represent an important psychosocial resource for maintaining psychological well-being during later adulthood. Second, psychological well-being had a significant direct effect on quality of life. Older adults who experience greater self-acceptance, autonomy, personal growth, environmental mastery, meaningful purpose, and positive interpersonal relationships may be better able to adapt to limitations associated with aging and evaluate their lives more positively. The difference observed between the nonsignificant simple correlation and the significant structural path further suggests that the relationship between psychological well-being and quality of life should be interpreted within the broader network of social and psychological influences rather than exclusively as an isolated bivariate association. Third, perceived social support directly predicted quality of life, suggesting that supportive social networks can improve older adults' evaluations of their physical, psychological, and social living conditions. Access to meaningful interpersonal relationships may

facilitate assistance in everyday activities, reduce feelings of isolation, strengthen emotional security, and provide opportunities for continued social participation. Most importantly, the significant indirect pathway confirmed the mediating role of psychological well-being. Perceived social support appears to enhance quality of life partly because supportive relationships strengthen psychological resources such as self-acceptance, meaning in life, positive interpersonal functioning, autonomy, and the ability to manage environmental demands. Psychological well-being therefore operates as an important mechanism connecting the social environment with older adults' broader evaluation of their lives. The findings have practical implications for programs directed toward older populations. Efforts to improve quality of life should not be restricted to physical health services but should simultaneously strengthen supportive family and community relationships and promote positive psychological functioning. Community centers, older-adult social groups, counseling services, family-based interventions, opportunities for meaningful participation, and programs designed to strengthen social interaction may contribute to greater psychological well-being and ultimately to better quality of life. Overall, the study concludes that perceived social support is an important determinant of quality of life among older adults and that part of this association is transmitted through psychological well-being. Strengthening both the social resources available to older adults and their positive psychological functioning may therefore provide an integrated approach to promoting healthier, more satisfying, and higher-quality lives in later adulthood.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in conducting the present study.

Acknowledgments

We sincerely thank all participants who, despite the numerous challenges we faced, supported us in completing this research.

Authors' Contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection, analysis and interpretation of the findings, drafting the manuscript, critical revision for important intellectual content, and approval of the final version. All authors take responsibility for the integrity of the work.

Ethical Considerations

This study was conducted in compliance with all ethical principles in human research.

Data Transparency

The data and sources used in this study will be made available upon request from the corresponding author, in compliance with copyright regulations.

Funding

The authors declare that no financial support was received for the research and/or publication of this article.

نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی در سالمندان

الهه اصغری^۱، علی خانه کشی^{۱*}

۱. گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Al.khanehkesh1353@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

اصغری، الهه، و خانه کشی، علی. (۱۴۰۵). نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی در سالمندان. *طول عمر*، ۴(۴)، ۱-۲۰.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده کیفیت زندگی در سالمندان انجام شد. جامعه آماری شامل ۳۰۰ نفر از سالمندان عضو کمیته امداد شهرستان نور بود و طبق برآورد نرم افزار جی پاور، نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند که نمونه نهایی به ۱۹۵ نفر تقلیل یافت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده (کاترونا و راسل، ۱۹۸۷)، بهزیستی روانشناختی ریف (۲۰۰۵) و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق مدل معادلات ساختاری صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد. همچنین، اثر مستقیم بهزیستی روانشناختی بر کیفیت زندگی تأیید شد. علاوه بر این، نقش واسطه‌ای بهزیستی روانشناختی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان تأیید شد. این نتایج نشان می‌دهند که تقویت حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی سالمندان کمک کند.

کلیدواژگان: بهزیستی روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، سالمندان.

مقدمه

با افزایش سریع جمعیت سالمندان در سراسر جهان، به‌ویژه در جوامعی نظیر ایران، توجه به وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی این گروه سنی از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار شده است (World Health Organization, 2021). سالمندی^۱ مرحله‌ای طبیعی از چرخه زندگی انسان است که با تغییرات متعدد جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است، این تغییرات می‌توانند سلامت عمومی و سطح رضایت افراد از زندگی را به‌طور چشمگیری تحت تأثیر قرار دهند.

فرایند سالمند شدن^۲ از ریشه لاتین پیر شدن^۳ است و مشخص است با نزول عملکرد تمام سیستم‌های بدن، عروقی تنفسی، تناسلی، ادراکی، غددی، ایمنی و سایر دستگاهها. معه‌ذا این باور که پیری بدون استثناء با نقص جسمی و هوش عمیق همراه است. افسانه‌ای بیش نیست اکثر افراد سالمند توانایی شناختی و جسمی خود را تا حد قابل توجهی حفظ می‌کنند (کاپلان-سادوک^۴، ۲۰۰۳).

یکی از شاخصه‌های اصلی در سلامت روحی و روانی فرایند زندگی شاخص کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده ی عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی سلامت جسمی سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدورای آداب معاشرت و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰). این مفهوم که به صورت سالانه توسط سازمان امید بهداشت جهانی بین ۱۹۴ کشور جهان مورد ارزیابی قرار بر میگیرد، نشان میدهد که کیفیت زندگی مردم ایران در نیز مقایسه با دیگر کشورهای جهان در سال ۲۰۱۰ میلادی به رتبه ی ۱۵۰ تنزل یافته است. (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۰) سل تالکسی^۵ (۲۰۱۱) کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش درمقایسه با آن چه ایده ال یا ممکن می‌پندارد تلقی کردند. کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند. اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت هایشان می‌باشد پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است. فرانز و پاور^۶ (۲۰۱۷) کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد دانسته که برای او مهم می‌باشد. بنا به نظر محققینی همچون سل و تالکس می‌توان کیفیت زندگی اینگونه تعریف نمود: کیفیت زندگی را ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش درمقایسه با آنچه ایده ال یا ممکن می‌پندارد تلقی کردند. تعاریف جدیدتر کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسانها و سطح واقعیت‌ها عنوان میکنند که هر چه این اختلاف کمتر، کیفیت زندگی بالاتر. به رغم آنکه توافق کلی در تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد، پژوهشگران بر سه ویژگی مهم آن شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن اتفاق نظر دارند. کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی است که این ویژگی با تعریفی که از سلامتی داریم منطبق است. عامل اصلی تعیین کننده کیفیت زندگی عبارت است از توافق درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. پویایی کیفیت زندگی به این معناست که با گذشت زمان تغییر میکند و به تغییرات فرد و محیط او بستگی دارد (غضنفری، ۱۴۰۰).

حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت است که به اهمیت بعد اجتماعی انسان در فرآیند سازگاری و مقابله با تنش‌ها اشاره دارد (کاپلان، ۱۹۷۴) این مفهوم به شیوه‌های متعددی تعریف شده است و در طول زمان تکامل یافته است. برای مثال،

1. elderly

2. getting old

3. senescence

4. sadok & kaplan

5. Sel Talxi

6. Franz & Power

هابفول و وکس (۱۹۹۳) حمایت اجتماعی را مجموعه‌ای از منابع عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌دانند که فرد از شبکه‌های اجتماعی خود دریافت می‌کند.

با این حال، مطالعات جدیدتر نشان می‌دهند که آنچه بیش از حمایت اجتماعی عینی اهمیت دارد، ادراک فرد از میزان حمایت موجود است. در واقع، حمایت اجتماعی ادراک‌شده نه تنها نقش محافظتی در برابر استرس‌های روزمره دارد، بلکه می‌تواند کیفیت زندگی و بهزیستی روانی افراد سالمند را به طور معناداری ارتقا بخشد (توهیتس^۱، ۲۰۲۱). پژوهش‌های اخیر نیز بر این نکته تأکید کرده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان یک منبع روانی - اجتماعی، نقش مهمی در کاهش پیامدهای منفی سالمندی و افزایش رضایت از زندگی ایفا می‌کند (چائو^۲، ۲۰۲۱).

کوب^۳ (۱۹۷۶) یکی از نخستین نظریه پردازان حمایت اجتماعی است که این مفهوم را به عنوان اطلاعاتی تعریف کرده است که شخص را به این باور راهیابی می‌کند که مورد عشق و علاقه تایید و ارزش قرار گرفته و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل است. بلوم^۴ و همکاران (۱۹۹۰) و اولین بار کوب (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را به عنوان آگاهی تعریف کرد که به واسطه آن فرد باور می‌کند که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود دارای ارزش اعتبار و احترام است و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌باشد. دیگر محققان حمایت اجتماعی را تبادلات بین فردی می‌دانند که شامل عاطفه تایید و تصدیق مساعدت و یاری، تشویق و اعتبار دادن به احساسات است (تمنائی فر و دیگران، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد (زمانی و دیگران، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی ادراک شده به معنای ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابط او با دیگران است (ابوطالبی و دیگران، ۱۳۹۷). حمایت اجتماعی ادراک شده میزان دسترسی و ادراک فرد از دسترس بودن حمایت دیگران در صورت نیاز به کمک است. کالوت^۵ و دیگران (۲۰۰۶) که بر وضعیت جسمی، روانی رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد. در واقع، این مفهوم بازگو کننده برداشت فرد از تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که برای فرد، مفید و سودمند شناخته می‌شود (دهقانی زاده و سلیمانی خشاب، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی در سالمندان به ارزیابی ذهنی آنها درباره روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد و یکی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده سلامت جسمانی و روانشناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی به شمار می‌رود. چادویک و کولینز^۶ (۲۰۱۵) تنهایی در سالمندان نه تنها بهزیستی و آرامش ذهنی و روانی آنها را تحت تأثیر قرار میدهد، بلکه میتواند به عواقب جبران ناپذیری منتهی شود (افشاری و هاشمی، ۱۳۹۸).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان بهزیستی روان شناختی آنان است و هر دو مورد بهزیستی کیفیت زندگی در علوم سلامت مورد توجه می‌باشد. از منظر سالوادور و همکاران (۲۰۱۴) انسان امروزی به لحاظ پیچیدگی‌های زندگی وسعت و سرعت تغییرات با چالش‌های فراوانی رو به روست که این چالشها در قرن آینده بارزتر خواهند شد. چالش‌ها و بحران‌هایی مانند چالش بین جهانی شدن و بومی ماندن بحران جمعیت بحران سلامتی و تغذیه دگرگونی‌های فناوری افزایش فشارهای شغلی و غیره که هر یک از این عوامل میتوانند تأثیرات زیان باری بر سلامت جسمانی و روانی افراد داشته باشند. پژوهشگران سلامت روانی را معادل کار کرد مثبت روان شناختی تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روان شناختی، مفهوم سازی کرده اند (اخباراتی و بشر دوست، ۱۳۹۵)؛ بهزیستی یعنی مشارکت فعال در کار و

1. Thoit

2. Chao

3. Cobb

4. Bloom

5. Calot

6. Chadwick and Collins

تفریح، ایجاد روابط معنی دار با دیگران، تجربه کردن هیجانات مثبت گسترش حس خود مختاری و تجربه کردن احساسات مثبت. ملندز^۱ و دیگران (۲۰۱۹)، عبارت بهزیستی روان شناختی به معنای خوب بودن زندگی در محیط غنی ارزشمند بودن برای دنیا، غلبه کردن بر زندگی و لذت بردن از زندگی تعریف شده است (نصیری و دیگران، ۱۳۹۵). بهزیستی روانشناختی^۲ عبارتست از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند و خامت اختلالات شناختی احساسی و رفتاری در انسان نقش موثری دارد. مفهوم بهزیستی روانشناختی شامل آسایش ذهنی احساس خود توانمندی خود مختاری، کفایت درک همبستگی بین نسلی و شناخت توانایی خود در محقق ساختن ظرفیت‌های عقلی و هیجانی خویش است (حیدری، ۱۳۹۸). بهزیستی روان شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره میکند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روان شناختی مطلوب است (محمودی و خوش اخلاق، ۲۰۱۸). این مفهوم در برگیرنده احساس مثبت و رضایتمندی عمومی از زندگی در حوزه‌های مختلفی مانند خانواده، تحصیلات، محیط فعالیت و شغل میبایشد. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی خواهند داشت (حسینی نیا و حاتمی، ۱۳۹۸). در واقع رویکرد بهزیستی روان شناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی میکند و به شدت بر توسعه انسانی^۳ تاکید دارد. به عبارت دیگر شامل دنبال نمودن اهداف معنادار و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران می‌باشد (رحیمی کلور و کاظم زاده، ۱۳۹۷).

یکی از ویژگی‌های روانی که افراد سالخورده باید از آن بهره مند باشند، احساس بهزیستی است. روانشناسی مثبت نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی مطرح نموده و آن را در قالب بهزیستی روانشناختی بیان می‌کند (مؤمنی و همکاران، ۱۳۹۱). از جمله دغدغه‌ها و موضوعاتی که در چند سال اخیر توجه‌ها را به سمت خود جلب کرده تقویت و بهبود سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی سالمندان است. کراتسلی و مکی^۴ (۲۰۱۸) به تعبیری دیگر، بهزیستی روانشناختی در سالمندان به معنای تلاش شخص برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوه خویش می‌باشد و نشان دهنده درک و ارزیابی شخص از کیفیت کلی زندگی است (Twenge & Martin, 2020). سالمندان دارای بهزیستی بالا معمولاً نگاه خوشبینانه‌ای به چالش‌های زندگی داشته و در به کار بردن راهبردهای مقابله‌ای مناسب مهارت بالایی دارند. چونگ^۵ و همکاران (۲۰۱۹) مطالعات نشان داده اند که بهزیستی روانشناختی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون حمایت اجتماعی رابطه دارد (سیدلکی و همکاران، ۲۰۱۳). ایفیسسه و همکاران^۶ (۲۰۱۶) (بهامینی و همکاران^۷، ۲۰۱۵) دریافته اند که ابعاد بهزیستی روانشناختی با اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه ی منفی و معناداری دارد (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۴). گزارش کرده اند که بین بهزیستی معنوی و برخی ابعاد کیفیت زندگی رابطه ی مثبت معناداری وجود دارد. فراند^۸ (۲۰۱۴) نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازهای روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت کنندگان با رضایت کم، به طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری در مؤلفه‌های هدف در زندگی و رشد شخصی بودند و احساس افسردگی پایین تری گزارش داده بودند. به علاوه، شواهد نشان می‌دهد که بین سن، استقلال و شاخص‌های رضایت روانی از جمله رفاه و عملکرد مطلوب، رابطه ی مثبتی وجود دارد. از طرفی بهزیستی روان شناختی از عوامل روانی - اجتماعی چندگانه‌ای از جمله ادراک حمایت اجتماعی نیز تأثیر می‌پذیرد. مرزبانی و بستان (۱۳۹۵) جهت بررسی

۱. Meléndez

۲. Psychological well-being

۳. Human Development

۴. Crottsley and Mackey

۵. Chong

۶. Ifisseh et al

۷. Bahamini et al

۸. Frand

رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روان شناختی و سازگاری خانواده‌ها تحقیقات انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی در پیش بینی سازگاری و بهزیستی روان شناختی خانواده‌ها نقش مؤثری دارد (ریحانی و همکاران، ۱۳۹۶). با بررسی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان شناختی به این نتیجه رسیدند که میان ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روان شناختی نیز افزایش خواهد یافت (جزینی و جزینی، ۱۳۹۹). کالپانا^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی در هند نشان داد که افراد دارای حمایت اجتماعی ادراک شده بالا از بهزیستی روان شناختی بیشتری برخوردارند. همچنین، نتایج پژوهش‌های دیگری چون سانپال^۲ و همکاران (۲۰۱۶) و دی یو^۳ و همکاران (۲۰۱۵)، رابطه مثبت و معنادار حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان شناختی را نشان می‌دهند (به نقل از ورمزیار، ۱۳۹۷).

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی سالمندان صرفاً یک ارتباط مستقیم نیست، بلکه بهزیستی روان شناختی می‌تواند این رابطه را توضیح دهد و تقویت کند (چائو، ۲۰۲۱).

از یک سو، حمایت اجتماعی ادراک شده با فراهم کردن منابع عاطفی، شناختی و ابزاری، احساس امنیت، تعلق و ارزشمندی را در فرد افزایش می‌دهد. این احساسات مثبت به‌طور مستقیم موجب ارتقای مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، سالمندانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، روابط مثبت‌تری با دیگران برقرار می‌کنند، در زندگی خود هدفمندی بیشتری احساس می‌کنند و توانایی بیشتری در پذیرش خود دارند.

از سوی دیگر، سطح بالاتر بهزیستی روان شناختی باعث می‌شود افراد سالمند با نگرشی مثبت‌تر به زندگی نگاه کنند، احساس رضایت بیشتری از شرایط خود داشته باشند و بهتر با چالش‌های جسمانی و روانی ناشی از سالمندی کنار بیایند (سینگر، ۲۰۱۸). به این ترتیب، بهزیستی روان شناختی همچون یک پل ارتباطی عمل می‌کند که اثر حمایت اجتماعی ادراک شده را به کیفیت زندگی منتقل و تقویت می‌نماید. بنابراین، می‌توان گفت نقش میانجی بهزیستی روان شناختی در این رابطه به این صورت است که حمایت اجتماعی با ارتقای ابعاد روان شناختی فرد، زمینه تجربه کیفیت زندگی بالاتر را در دوران سالمندی فراهم می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر به این سوال پاسخ داده است که آیا بهزیستی روان شناختی نقش واسطه‌ای در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی در سالمندان دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و با توجه به ماهیت و روش اجرا، توصیفی-همبستگی و به‌طور خاص مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری^۴ در چارچوب رویکرد حداقل مربعات جزئی^۵ بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان نور در سال ۱۴۰۳ بود. بر اساس آمارهای موجود، تعداد این افراد حدوداً ۳۰۰ نفر برآورد شد. حجم نمونه بر اساس نرم افزار جی پاور^۶ نسخه ۳.۱.۹.۴ با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۹۵، اندازه اثر ۰/۱۵، سطح آلفای ۰/۰۵ و تعداد پیش بین‌ها یعنی ۱۲ پیش بین،

1. Kalpana

2. Sanyal

3. Du

4. SEM

5. PLS

6. G-Power-3.1.9.4

۱۸۴ نفر برآورد شد و برای جلوگیری از کاهش حجم نمونه، تعداد نمونه به ۲۰۰ نفر افزایش یافت که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در نهایت با ریزش ۵ نمونه، به دلیل این که پرسشنامه‌ها را ناقص تحویل داده بودند، تحلیل نهایی بر روی ۱۹۵ نمونه اجرا شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (کاترونا و راسل، ۱۹۸۷): این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی است و در پژوهش‌های مختلف داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل ۲۴ گویه است که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی ادراک‌شده را در قالب مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ابعاد اصلی پرسشنامه عبارت‌اند از:

- راهنمایی و مشورت (توانایی دسترسی به دیگران برای دریافت نصیحت و راهنمایی)
- پیوند و وصلت با دیگران (احساس تعلق و ارتباط اجتماعی)
- ارزش قائل بودن (احساس احترام و اهمیت‌داشتن نزد دیگران)
- وابستگی و اتکاپذیری (توانایی تکیه بر دیگران در شرایط دشوار)
- فرصت برای جلب نظر و تشویق (تجربه تشویق و تقویت مثبت از جانب اطرافیان)
- انسجام اجتماعی (احساس وحدت و پیوند با گروه‌های اجتماعی)

نمره بالاتر در این پرسشنامه بیانگر ادراک بالاتر فرد از حمایت اجتماعی است. در پژوهش‌های داخلی، پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ بین ۰.۷۵ تا ۰.۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار در نمونه آزمایشی ۳۵ نفری، ۰.۷۵۷ محاسبه شد که نشان‌دهنده انسجام درونی مطلوب است.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (نسخه کوتاه-۲۰۰۵): این پرسشنامه توسط ریف طراحی شده و یکی از معتبرترین ابزارهای سنجش بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود. در پژوهش حاضر از نسخه کوتاه‌شده ۱۸ گویه‌ای استفاده شد که در ایران نیز توسط محققان مختلف ترجمه و هنجاریابی شده است. گویه‌ها در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. این ابزار شامل شش بعد اصلی است:

- خودمختاری (احساس استقلال و توانایی تصمیم‌گیری بدون فشار بیرونی)
- هدفمندی در زندگی (داشتن اهداف روشن و جهت‌گیری معنادار)
- تسلط بر محیط (توانایی مدیریت محیط و استفاده از فرصت‌ها)
- رشد فردی (ادراک پیشرفت شخصی و توسعه قابلیت‌ها)
- روابط مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و حمایت‌گرانه)
- خویش‌پذیری (پذیرش خود با نقاط قوت و ضعف)

امتیاز بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر بهزیستی روان‌شناختی است. در پژوهش‌های داخلی، ضرایب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه بالاتر از ۰.۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفا برابر با ۰.۹۱۵ به‌دست آمد که بیانگر پایایی بسیار خوب ابزار است.

^۱. Ryff

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) طراحی شده و از معتبرترین ابزارهای سنجش کیفیت زندگی است (World Health Organization Quality of Life Group, 1995). نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر فرم کوتاه ۲۶ گویه‌ای بود که ابعاد مختلف کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از بسیار ضعیف = ۱ تا بسیار خوب = ۵) ارائه می‌شوند.

ابعاد اصلی این پرسشنامه عبارت‌اند از:

- سلامت جسمانی (توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، انرژی و خستگی، خواب و استراحت)
 - سلامت روانی (عزت نفس، احساسات مثبت و منفی، تمرکز و حافظه)
 - روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی، فعالیت‌های اجتماعی)
 - سلامت محیطی (امنیت فیزیکی، منابع مالی، دسترسی به خدمات سلامت، محیط زندگی)
- نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر هستند. در مطالعات ایرانی، این پرسشنامه دارای ضرایب پایایی مناسب (۰.۷۰ تا ۰.۹۰) گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۹۷۰ به دست آمد که نشان از انسجام درونی بسیار بالا دارد.

یافته‌ها

باتوجه به میانگین‌های مکتسبه در نمونه آماری مشخص شده است که افراد پاسخ دهنده عموماً پاسخ‌های متوسط و بالاتر را انتخاب نموده‌اند.

جدول ۱

توصیف متغیرهای تحقیق

متغیر	حمایت اجتماعی ادراک شده	کیفیت زندگی	بهبودی روان شناختی
میانگین	۶۴.۵۶	۱۷۴.۷۲۰	۷۵.۹۶
انحراف معیار	۲۴.۱۶۳۲	۶۲.۴۱۲	۲۹.۱۹۰۶
حداقل امتیاز	۲۴	۵۶	۱۸
حداکثر امتیاز	۹۶	۲۸۰	۱۰۸

جدول ۲

خروجی آزمون کولوموگروف-اسمیرنوف (K-S)

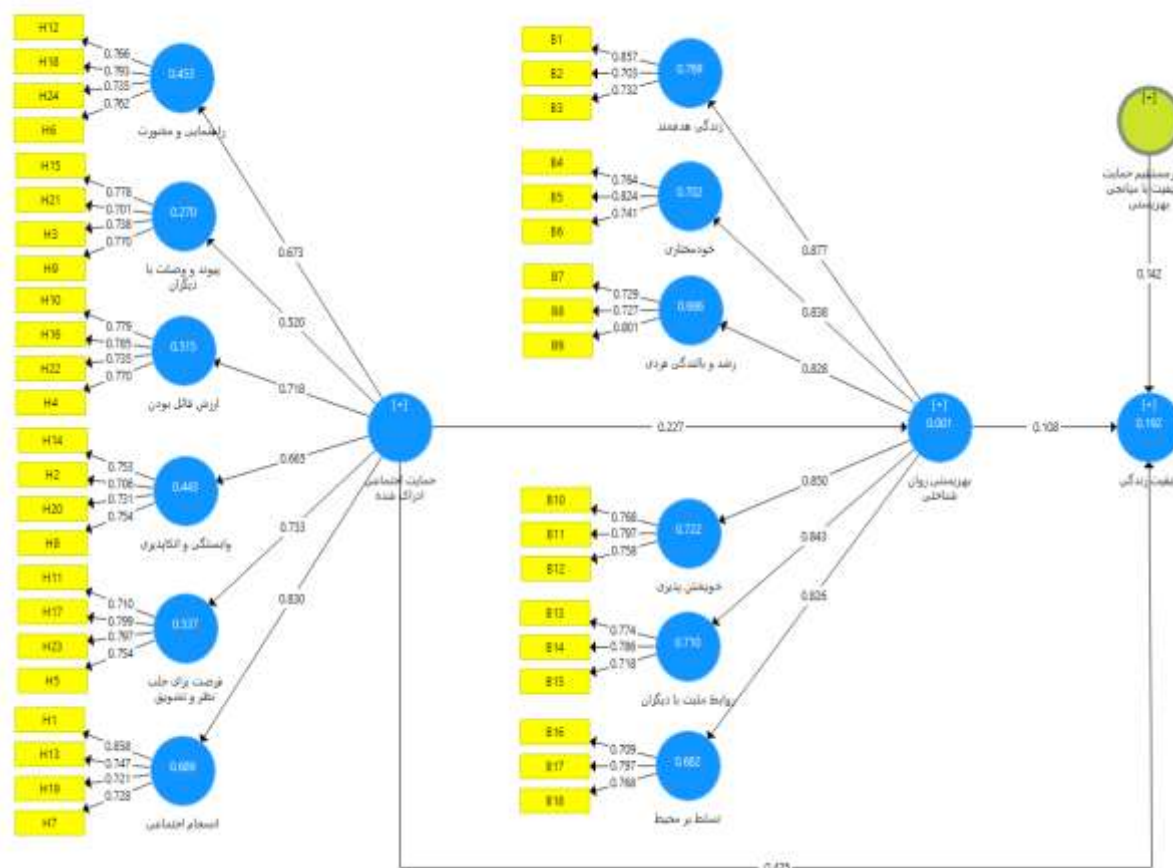
متغیر	حمایت اجتماعی ادراک شده	کیفیت زندگی	بهبودی روان شناختی
آماره Z	۰.۴۳۰	۰.۵۰۴	۰.۳۶۸
معیار تصمیم	۰.۰۱۷	۰.۰۱۰	۰.۰۲۶

^۱. WHOQOL-BREF

نتایج آزمون نشان می‌دهد که چون معیار تصمیم از ۵ درصد کوچکتر است بنابراین متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار نبوده اند. در نتیجه توزیع از شرایط نرمال برخوردار نمی‌باشد و در جهت برحسب آزمون و نتیجه ی مکتسبه در آزمون نرمالیته برای سنجش ارتباط میان متغیرها از نرم افزار SmartPLS برای سنجش معادلات ساختاری استفاده می‌شود.

شکل ۱

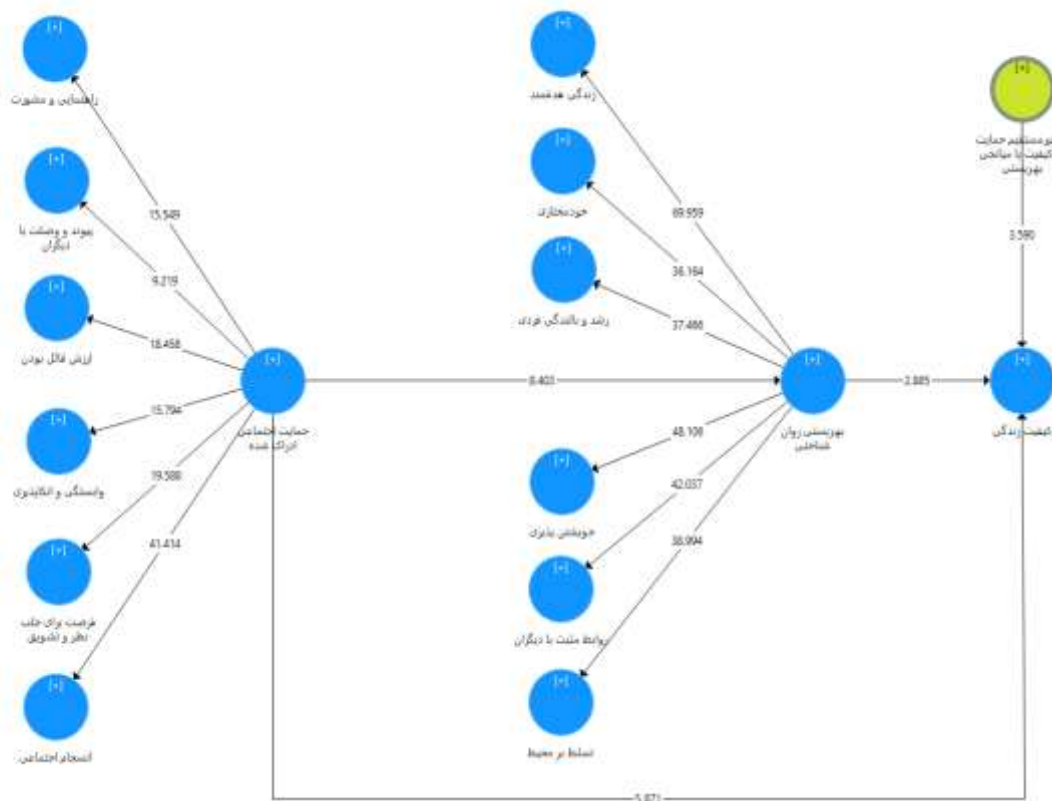
ضریب مسیر در حالت استاندارد



نمودار ۱ ضرایب مسیر مدل ساختاری را نمایش می‌دهد. در این پژوهش، ضرایب به‌صورت استاندارد شده گزارش شده‌اند تا امکان مقایسه اثر متغیرها فراهم شود. ضرایب استاندارد شده بین -۱ تا +۱ قرار دارند و تفسیر آن‌ها مستقل از مقیاس متغیرهاست.

شکل ۲

تبیین میزان اثرگذاری



- برحسب مقدار بارعاملی‌های حاصله در نمودار ۱ آزمون معادلات ساختاری می‌توان بیان داشت که میزان بارعاملی‌ها فراتر از ۰.۶ بوده اند و از اینرو امتیازدهی و درک مناسبی از سوی پاسخ دهندگان در قبال سئوالات پرسشنامه حاصل شده است.
- مورد بعدی در خصوص مقدار ضرایب حاصله در نمودار ۱ می‌باشد که نشان دهنده وضعیت ارتباطی ضرایب بوده، از اینرو می‌توان اظهار داشت که ارتباط میان متغیرها بصورت مستقیم بوده است که نشان دهنده ارتباط متغیرها بر یکدیگر می‌باشند.
- در خصوص نمودار ۲ که برحسب میزان آماره T که فراتر از ۱.۹۶ می‌باشند می‌توان بیان داشت که ضرایب تماماً اثرگذار هستند.
- با توجه به قابلیت مقایسه‌پذیری، ضرایب استاندارد شده برای تفسیر روابط استفاده شدند.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص اثر غیرمستقیم میان حمایت ادراک شده بر کیفیت زندگی با میانجی بهره‌مندی روان شناختی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۶ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۱۴۲ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۳.۵۹۰ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مثبتی نیز وجود دارد براین اساس می‌توان بیان داشت که فرضیه حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی بهره‌مندی روانشناختی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر غیر مستقیم دارد، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با تسلط بر محیط مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۲۶ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۳۸.۹۹۴ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با خودمختاری مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۳۸ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۳۶.۱۶۴ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با خویشتن پذیری مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۵۰ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۴۸.۱۰۶ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با رشد و بالندگی فردی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۲۸ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۳۷.۴۶۶ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با روابط مثبت با دیگران مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۴۳ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۴۲.۰۳۷ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با زندگی هدفمند مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۷۷ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۶۹.۹۵۹ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.

- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط بهزیستی روانشناختی با کیفیت زندگی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۷ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۱۰۸ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۲.۸۸۵ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد براین اساس می‌توان بیان نمود که **فرضیه بهزیستی روانشناختی بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم دارد؛** مورد تأیید قرار می‌گیرد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با ارزش قائل بودن مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۷۱۸ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۱۸.۴۵۸ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با انسجام اجتماعی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۸۳۰ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۴۱.۴۱۴ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روان شناختی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۲۲۷ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۸.۴۰۳ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد براین اساس می‌توان بیان نمود که **فرضیه حمایت اجتماعی ادراک شده بر بهزیستی روانشناختی سالمندان اثر مستقیم دارد ؛** فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با راهنمایی و مشورت مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۶۷۳ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره T که برابر با ۱۵.۵۴۹ می‌باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می‌توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با فرصت برای جلب نظر و تشویق مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می‌باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با در نظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۷۳۳ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می‌باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می‌توان این ارتباط را، رابطه‌ای

مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۱۹.۵۸۸ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.

- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با وابستگی و انکاپذیری مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۶۶۵ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۱۵.۷۹۴ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با پیوند و وصلت با دیگران مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۵۲۰ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۹.۲۱۹ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد.
- براساس نتایج بدست آمده در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی مشخص شد که میزان معیار تصمیم کمتر از ۰.۰۵ می باشد و برابر با ۰.۰۰۰ است و با درنظر داشتن مقدار ضریب مسیر که برابر با ۰.۴۲۵ بدست آمده که نشان از ارتباط مثبت و مستقیم می باشد و باتوجه به فراتر بودن میزان ضریب مسیر از مقدار ۰.۱ می توان این ارتباط را، رابطه ای مناسب دانست و نیز باتوجه به میزان آماره **T** که برابر با ۵.۸۷۱ می باشد که فراتر از میزان بحرانی ۱.۹۶ بوده می توان گفت که اثرگذاری مناسبی نیز وجود دارد، بنابراین فرضیه حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی سالمندان اثر مستقیم دارد، از اینرو فرضیه مورد نظر تائید قرار گرفته شد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت بر دو پیامد مرتبط اما متمایز در بیماران مبتلا به IBS انجام شد. الگوی کلی داده ها روشن بود: سواد تغذیه ای در هر دو گروه فعال افزایش یافت، حساسیت گوارشی کاهش پیدا کرد و گروه کنترل تقریباً ثابت ماند. اثرهای کلی گروه در پس آزمون و پیگیری معنادار و بزرگ بودند. بااین حال، تفاوت مستقیم MBSR و CFT فقط در پس آزمون معنادار شد و در پیگیری باقی نماند. ازاین رو، تفسیر علمی مناسب این است که هر دو مداخله با پیامدهای مطلوب همراه بودند و مزیت کوتاه مدت ذهن آگاهی پایدار نبود.

کاهش حساسیت گوارشی در گروه MBSR با مدل های شناختی-هیجانی IBS سازگار است. تمرین مشاهده غیرواکنشی احساس های شکمی می تواند از تفسیر فوری آن ها به عنوان تهدید جلوگیری کند و حلقه اضطراب، گوش به زنگی و تشدید نشانه را تضعیف سازد. کارآزمایی گیلورد و همکاران کاهش شدت نشانه و بهبود پیگیری را پس از آموزش ذهن آگاهی گزارش کرد و مطالعه گارلند و همکاران تغییر در واکنش به اضطراب گوارشی و فاجعه پنداری را به عنوان سازوکارهای محتمل مطرح ساخت (Garland et al., 2012; Gaylord et al., 2011). نتایج پژوهش حاضر از نظر جهت تغییر با این شواهد همسو است، هرچند پیامد اندازه گیری شده خود گزارش اضطراب گوارشی بود و نه حساسیت فیزیولوژیک احشایی.

تغییر مطلوب در گروه CFT نیز از نظر نظری قابل تبیین است. خودانتقادی و شرم می‌توانند احساس تهدید را پایدار کنند و انعطاف فرد را در مواجهه با علائم مزمن کاهش دهند. تمرین شفقت با تقویت لحن درونی حمایتگر و پذیرش فعالانه رنج ممکن است برانگیختگی ناشی از تهدید و اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با نشانه را کاهش دهد. فراتحلیل میلارد و همکاران نشان داد CFT در جمعیت‌های بالینی بر پیامدهای شفقت‌محور و برخی نشانه‌های روان‌شناختی اثر مطلوب دارد، هرچند شواهد پیگیری محدود است (Millard et al., 2023). مطالعه فارسی غفاری جاهد و همکاران نیز اثر مثبت مداخله شفقت‌محور بر ادراک درد در IBS را گزارش کرد (Ghaffari Jahed et al., 2020). در مورد سواد تغذیه‌ای، سازوکار اثر کمتر مستقیم است. هیچ‌یک از دو مداخله ذاتاً جایگزین آموزش تغذیه‌ای نیست. ذهن آگاهی ممکن است توجه به رابطه غذا و نشانه، توان توقف پیش از انتخاب و ارزیابی تجربه واقعی بدن را افزایش دهد. شفقت نیز ممکن است با کاهش سرزنش خود پس از انتخاب غذایی نامطلوب و تقویت انگیزش مراقبت از خود، آمادگی استفاده از اطلاعات معتبر را بهبود بخشد. فراتحلیل صفات ذهن آگاهی و رفتارهای سلامت، ارتباط مثبت اما کوچک ذهن آگاهی با تغذیه سالم را نشان داده است (Sala et al., 2020). بنابراین، افزایش بزرگ نمره سواد تغذیه‌ای در این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شود و امکان اثر انتظار، تکرار آزمون یا تماس گروهی نیز در نظر گرفته شود.

برتری MBSR در پس‌آزمون برای هر دو پیامد از نظر آماری در آستانه سطح ۰۰۰۵ قرار داشت. هرچند مقادیر ۰۰۰۴۱ و ۰۰۰۴۵ طبق جدول‌های بن‌فرونی معنادارند، نزدیکی آن‌ها به آستانه و حجم نمونه کوچک، احتمال ناپایداری را افزایش می‌دهد. همین تفاوت‌ها در پیگیری معنادار نبودند. بنابراین، استفاده از عباراتی مانند «برتری قطعی» یا «اثربخشی پایداری ذهن آگاهی» با داده‌ها سازگار نیست. نتیجه محافظه‌کارانه آن است که MBSR احتمالاً تغییر سریع‌تری ایجاد کرده، اما شواهد موجود برای ترجیح بلندمدت آن بر CFT کافی نیست. اندازه اثرهای کلی بسیار بزرگ بودند. چنین اندازه‌هایی می‌توانند در طرح‌های کوچک با گروه کنترل غیرفعال، خودگزارش‌دهی، آگاهی شرکت‌کنندگان از تخصیص و نبود کنترل انتظار افزایش یابند. علاوه بر اثر اختصاصی مهارت‌ها، توجه درمانگر، حمایت گروهی، انتظار بهبود و انگیزش ناشی از مشارکت می‌توانند بخشی از تفاوت را توضیح دهند. مرور شبکه‌ای بلک و همکاران نیز بر خطر سوگیری در مطالعات روان‌شناختی IBS و احتمال بزرگ‌نمایی اثربخشی تأکید کرده است (بلک و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، اثرهای مشاهده‌شده باید به‌عنوان برآوردهای درون‌نمونه‌ای تلقی شوند.

پایداری نسبی میانگین‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری نکته مثبتی است. در هر دو گروه فعال، تغییر پس‌آزمون تا پیگیری معنادار نبود و میانگین‌ها فقط اندکی به سمت پایه بازگشتند. بااین‌حال، چون فاصله زمانی دقیق پیگیری در پرونده اولیه ثبت نشده بود، نمی‌توان درباره دوام کوتاه‌مدت یا بلندمدت با دقت کافی قضاوت کرد. فراتحلیل مراقبه در IBS نیز نشان داده است که شواهد پیگیری برای همه پیامدها یکسان نیست (Baboş et al., 2022). ثبت دقیق زمان پیگیری و سنجش پایبندی به تمرین برای مطالعات بعدی ضروری است.

نتایج کاربردی مطالعه از ادغام محتاطانه مداخلات روان‌شناختی در مراقبت چندرشته‌ای IBS حمایت می‌کند. بیمارانی که اضطراب گوارشی، اجتناب، گوش‌به‌زنگی یا خودانتقادی برجسته دارند ممکن است از انتخاب درمان متناسب با ترجیح و فرمول‌بندی بالینی سود ببرند. MBSR برای افرادی که آمادگی تمرین منظم توجه و مشاهده احساس‌های بدنی دارند مناسب‌تر است؛ CFT ممکن است برای افرادی که شرم و خودانتقادی در تجربه بیماری آن‌ها نقش پررنگی دارد قابل قبول‌تر باشد. هیچ‌یک نباید جایگزین ارزیابی پزشکی، بررسی علائم هشدار یا راهنمایی تغذیه‌ای تخصصی شود.

پژوهش حاضر چند محدودیت مهم دارد. نخست، حجم نمونه کوچک بود و محاسبه توان پیشینی در پرونده اولیه موجود نبود. دوم، گروه کنترل غیرفعال بود و اثر توجه یا انتظار کنترل نشد. سوم، پیامدها خودگزارش‌شده بودند و داده‌ای درباره شدت بالینی IBS، ثبت رژیم

غذایی، شاخص‌های فیزیولوژیک یا تشخیص مستقل پس از درمان وجود نداشت. چهارم، اطلاعات مربوط به مرکز جذب، بازه اجرای مطالعه، فاصله دقیق پیگیری، صلاحیت درمانگر، وفاداری به پروتکل و پایبندی به تمرین خانگی کامل نبود. پنجم، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سواد غذایی باید در نمونه‌های بالینی ایرانی به‌طور مستقل بررسی شود.

محدودیت دیگر به تعدد تحلیل‌ها مربوط است. مطالعه برای دو پیامد، دو مرحله پس از مداخله و چند مقایسه زوجی آزمون‌های متعددی اجرا کرد. هرچند اصلاح بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی گزارش شد، تحلیل کلی از پیش ثبت نشده بود و نمی‌توان پیامد اولیه و ثانویه را با قطعیت بازسازی کرد. بهتر است مطالعات آینده یک پیامد اصلی مشخص، برنامه تحلیل از پیش تعیین‌شده، ثبت کارآزمایی، گزارش CONSORT، فاصله اطمینان برای تفاوت‌ها و تحلیل قصد درمان را به‌کار گیرند.

پژوهش‌های آینده باید نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، کنترل فعال، پیگیری دست‌کم شش‌ماهه و سنجش پیامدهای بالینی مانند IBS-SSS، کیفیت زندگی اختصاصی IBS و استفاده از خدمات سلامت را در نظر بگیرند. افزودن سنجه‌های میانجی، از جمله ذهن‌آگاهی، خودشفقتی، فاجعه‌پنداری و اضطراب اختصاصی گوارشی، می‌تواند نشان دهد تغییر از چه مسیری رخ می‌دهد. همچنین، برای بررسی واقعی سواد تغذیه‌ای، ارزیابی عملکردی فهم برچسب مواد غذایی یا تصمیم‌گیری در سناریوهای غذایی می‌تواند در کنار پرسشنامه خودگزارش شده استفاده شود.

نتیجه‌گیری

در این نمونه، هر دو مداخله MBSR و CFT با افزایش سواد تغذیه‌ای و کاهش حساسیت گوارشی در مقایسه با گروه کنترل همراه بودند و الگوی تغییر تا مرحله پیگیری حفظ شد. MBSR در پس‌آزمون نسبت به CFT تفاوت کوچکی نشان داد، اما این مزیت در پیگیری باقی نماند. بنابراین، داده‌ها از سودمندی احتمالی هر دو رویکرد به‌عنوان مداخلات مکمل در مراقبت IBS حمایت می‌کنند، ولی برتری قطعی یک درمان را اثبات نمی‌کنند. پیش از توصیه گسترده، نتایج باید در کارآزمایی‌های بزرگ‌تر با کنترل فعال، گزارش کامل پروتکل و پیامدهای بالینی مستقل تکرار شوند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاق در پژوهش‌های انسانی انجام شده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Baboş, C. I., Leucuța, D. C., & Dumitraşcu, D. L. (2022). Meditation and irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6516. <https://doi.org/10.3390/jcm11216516>
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Palsson, O., Faurot, K., Mann, J. D., & Whitehead, W. E. (2012). Therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: Effects on visceral sensitivity, catastrophizing, and affective processing of pain sensations. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 591-602. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9391-z>
- Gaylord, S. A., Palsson, O. S., Garland, E. L., Faurot, K. R., Coble, R. S., Mann, J. D., Frey, W., Leniek, K., & Whitehead, W. E. (2011). Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: Results of a randomized controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology*, 106(9), 1678-1688. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.184>
- Ghaffari Jahed, Z., Amini, N., Direh, E., & Mirzaei, K. (2020). Effectiveness of compassion-focused therapy on pain perception and perfectionism in men with irritable bowel syndrome. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(4). <https://doi.org/10.22038/mjms.2020.17479>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168-192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Sala, M., Rochefort, C., Lui, P. P., & Baldwin, A. S. (2020). Trait mindfulness and health behaviours: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 14(3), 345-393. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1650290>
- Twenge, J. M., & Martin, G. N. (2020). Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: Evidence from three large datasets. *Journal of Adolescence*, 79, 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.018>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)