

**Research Paper****Depression and Perceived Social Support in the Elderly****Mehregan Emaminaeini<sup>1</sup>, \*Maryam Bakhtiyari<sup>2</sup>, Hossein Hatami<sup>3</sup>, Soheila Khodakarim<sup>4</sup>, Robab Sahaf<sup>5</sup>**

1. Deputy of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Ageing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



**Citation:** Emaminaeini M, Bakhtiyari M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. [Depression and Perceived Social Support in the Elderly (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2017; 12(2):192-207. <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1202192>

**doi:** <http://dx.doi.org/10.21859/sija-1202192>

Received: 23 Dec. 2016

Accepted: 29 Mar. 2017

**ABSTRACT**

**Objectives** The purpose of the study was to determine depression and perceived social support and some related factors among the elderly people in urban areas of Tehran in the area of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

**Methods & Materials** A cross-sectional study was conducted with 580 elderly of Tehran in Shahid Beheshti University using a multistage systematic sampling method. Data were collected by trained questioners. Standard Beck depression, Zimet perceived social support and demographic questionnaires were used. Analysis was performed by Stata software. Mann–Whitney test, Kruskal–Wallis test, Spearman correlation and descriptive tests were used in this study.

**Results** The mean age of participants was 69.66±7.91 years. A total of 67.53% of participants lived only with their spouses; 4.01% were illiterate and 89.69% owned at least one residential home. Health insurance coverage was for 92.38% of elderly. A total of 29.6 and 46.99% of the participants expressed their satisfaction with economic and living status, respectively.

The prevalences of depression in mild, moderate and severe levels were 17.41%, 25.58%, and 8.88%, respectively, and it was 51.87% in average. A total of 72.38% of participants reported their agreement with perceived social support. Kruskal–Wallis test implied that the levels of depression had a significant relationship with perceived social support ( $P>0.001$ ). By a correlation test, a negative linear correlation was observed between depression and perceived social support (-0.388). The marital status, home ownership, health insurance, and of life and economic satisfaction showed a significant relationship with both perceived social support and depression variables. Education and depression were significantly related. But, gender and depression did not show any significant relationship. There was no significant relationship between gender and education with perceived social support.

**Conclusion** Depression was found to be common in the elderly. There are similar economic and familial factors that are in relation to perceived social support and depression. According to the emotional and economic problems, creating the appropriate economic, cultural and social conditions can provide a healthier environment for the elderly to live in.

**Key words:**Elderly, Depression,  
Perceived social  
support**\* Corresponding Author:****Maryam Bakhtiyari, PhD****Address:** Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (912) 2777387**E-mail:** maryam\_bakhtiyari@sbmu.ac.ir

## Extended Abstract

### 1. Objectives

**T**oday, approximately 580 million people of the world population are elderly people. By 2020, this figure will reach one billion [1]. Due to the reduction in mortality rate resulting from the advances in medical sciences, health and education, there has been an increase in the life expectancy rate worldwide. It is believed that there will be significant developments in a wide range of traditional structures, values, norms and the creation of social organizations. Therefore, coping with the challenges of this phenomenon and making use of appropriate measures to improve the physical, mental and social health of the elderly are of great importance and have been placed on the agenda of the international community [2]. The aim of this study, through the research conducted at Shahid Beheshti University of Medical Sciences, is to determine the status of depression, perceived social support and some related factors in the elderly persons living in Tehran.

### 2. Methods & Materials

This cross-sectional study was conducted on 580 elderly people (60 years old and above) living in urban areas of the city of Tehran, covered by Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Multi-stage sampling and systematic form were performed in the areas covered by all the health and treatment centers subsidiary to the health centers of the North and East regions in Tehran and Shemiranat (county located in northern part of the city of Tehran). The third residential building unit from the right side of each health and treatment center was selected as the starting point for sampling, and then all the houses of this unit were examined on all floors with regard to the presence of the elderly in those apartments. And with the same order (third residential building unit, third residential building unit), apartments were selected and questionnaires continued.

Since the ability of the research samples for filling out all of the questionnaires were in doubt, a preliminary study was conducted; its results showed that the elderly were rather weak in completing the questionnaires by themselves. Accordingly, the research samples were informed that in case they were inclined they could be referred to the health and treatment centers to complete the questionnaires. For this purpose, a number of employees were trained in each of the health and treatment centers. Given that many tools were used, the questionnaires remained with the elderly for one day to be completed. Those of the

elderly who were not at home at that time or were reluctant to participate in the research were excluded from the study, and the elderly residents in the first residential unit on the right side of that unit were substituted in their place.

Suffering from neurological illnesses or known psychological disorders and a history of having been hospitalized due to psychological illnesses were the criteria for exclusion from the study. Data were collected using standard questionnaires of Beck's Depression Inventory with 13 questions and Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support in three dimensions and 12 questions and a demographic information questionnaire that had been prepared by the authors. Data were analyzed using Stata software and the descriptive and analytic statistical methods (Mann Whitney and Kruskal-Wallis and Spearman correlation test). This research is approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

### 3. Results

Some of the elderly persons who participated in this study did not respond to certain questions; therefore, they were excluded from the calculations. By analyzing the data, it was known that the number of female participants was 348(60.52%), number of male participants was 227(32.48%), and the average age was  $69.66 \pm 7.91$  years. Among the total sample subjects, 401 persons (69.37%) were married and 177(30.63%) were widows or widowers or had separated from their spouse.

Only 67.53% of the participants were living with their spouse. Of the total sample, 4.01% were illiterate. A total of 145(42.76%) participants had high school studies or high school diploma. 89.69% of the participants owned at least one residential quarter, and 92.38% had health insurance coverage. 46.99% of the participants expressed satisfaction with their life; however, only 29.6% were estimated to be content financially. Considering that the maximum score for each dimension of perceived social support based on Zimet's standard questionnaire was 20, the median score for the perceived social support in the family dimension was calculated to be 15.52 with the standard deviation of 4.56. In the friends dimension, the median score was 12.36 with the standard deviation of 5.22, and in the specific people dimension, the median score was 14.69 with the standard deviation of 4.75.

The median score for perceived social support in total (all three dimensions) was 42.71 with the standard deviation of 12.80 (out of 60 points maximum score for this questionnaire). Findings confirmed that among the elderly participating in this research, the median score of

perceived social support in the family dimension was higher than the other two dimensions. Also, the findings showed that the prevalence of slight, mild and severe depression was 17.41%, 88.58% and 8.25%, respectively, with a mean value of 51.87%. The agreement with perceived social support was 72.38%. The Kruskal-Wallis test showed that different levels of depression had a statistically significant correlation with perceived social support ( $P < 0.001$ ). Spearman's correlation test also showed a linear correlation between social support and depression stating that an increase in social support led to a decrease in the depression level (-0.388).

Marital status variables, housing ownership, health insurance, life satisfaction and economic satisfaction showed a significant correlation with both variables of depression and social support. Education had a statistically significant connection only with depression. However, there was no significant correlation between gender of the participants and depression, and also between education and gender with perceived social support.

#### 4. Conclusion

In the elderly, factors related to perceived social support and depression are often common. It is likely that these two variables are somehow related to each other or may be the cause of creating each other. These common factors include being married and all the factors related to the economic status and satisfaction from life. Satisfaction from life may also be connected to economic satisfaction. Further studies need to be conducted in this regard. Social support as a component affecting psychological health and morale of the elderly can be considered as an inexpensive source and as a social capital in terms of the dynamics and improvement of the quality of life and morale of the elderly. Providing part of the physical and mental needs to the elderly can lead to an increase in the perceived social support. Unlike some studies, this research did not show a difference in the prevalence of depression and perceived social support between women and men. Therefore, the needs of elderly people should not be neglected in this regard.

#### Acknowledgments

This paper is extracted from the MPH thesis of the third author in the Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran.

#### Conflict of Interest

All authors certify that this manuscript has neither been published in whole nor in part nor being considered for

publication elsewhere. The authors have no conflicts of interest to declare.

## بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳

مهرگان امامی نایینی<sup>۱</sup>، \*مریم بختیاری<sup>۲</sup>، حسین حاتمی<sup>۳</sup>، سهیلا خداکریم<sup>۴</sup>، رباب صحاف<sup>۵</sup>

- ۱- معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۳- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۴- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۵- گروه سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۰۳ دی ۱۳۹۵  
تاریخ پذیرش: ۰۹ فروردین ۱۳۹۶

**اهداف:** افزایش جمعیت سالمندان پیامد بهبود بهداشت عمومی است و توجه به سلامت جسمی و روانی آنان موضوعی اجتناب‌ناپذیر است. هدف این مطالعه تعیین وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی با ۵۸۰ سالمند ساکن شهر تهران در حوزه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نمونه‌گیری چندمرحله‌ای نظام‌مند با گرفتن رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان انجام شد. بیماری نورولوژیک، ابتلا به اختلالات روانی شناخته شده و سابقه بستری به علت بیماری‌های روانی معیار خروج از مطالعه بوده است. اطلاعات با پرسش‌نامه‌های استاندارد افسردگی بک و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری و با نرم افزار Stata و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (من ویتنی و کروسکال‌والیس و آزمون همبستگی اسپیرمن) تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین سن شرکت‌کنندگان ۶۹/۶۶±۷/۹۱ سال محاسبه شد. ۶۷/۵۳ درصد از آنان فقط با همسرانشان زندگی می‌کردند. ۴/۰۱ درصد بی‌سواد و ۸۹/۶۹ درصد حداقل صاحب یک منزل مسکونی بودند. پوشش بیمه درمان ۹۲/۳۸ درصد محاسبه شد. ۲۹/۶ درصد از نظر اقتصادی و ۴۶/۹۹ درصد از افراد نیز از زندگی خود ابراز رضایت کردند. شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۱۷/۴۱، ۸۸/۵۸، ۸/۲۵ با میانگین ۵۱/۸۷ درصد و موافقت با حمایت اجتماعی ادراک شده نیز ۷۲/۳۸ درصد به دست آمد. آزمون کروسکال والیس نشان داد سطوح مختلف افسردگی با حمایت اجتماعی ادراک شده ( $P < 0/001$ ) رابطه معنی‌داری دارد. آزمون همبستگی نیز نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده میزان افسردگی کاهش یافته است (۳۸۸-). متغیرهای وضعیت تأهل، مسکن، بیمه درمان، رضایت از زندگی و رضایت اقتصادی با هر دو متغیر افسردگی و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری نشان داد. تحصیلات با افسردگی رابطه معنی‌دار آماری داشت، ولی بین جنسیت با افسردگی و نیز تحصیلات و جنسیت با حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معنی‌داری برقرار نبود.

**نتیجه‌گیری:** فراوانی افسردگی و موافقت با حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان زیاد است. عوامل اقتصادی و خانوادگی مشترکی با افسردگی و حمایت اجتماعی مرتبط است. تلاش برای بهبود این عوامل مشترک، بهبود وضعیت افسردگی و حمایت اجتماعی درک شده را به همراه خواهد داشت و سالمندی سالم‌تری را به ارمغان می‌آورد.

### کلیدواژه‌ها:

سالمندان، افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک شده

### مقدمه

بیش از ۶۰ سال تشکیل داده‌اند [۲]. در سال ۲۰۵۰ جمعیت سالخورده‌گان کشورمان به بیش از ۲۶ میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود ۲۳ درصد خواهد رسید [۳].

مسئله سالمندی جمعیت جهان به دلایل مهمی از جمله کاهش مرگ‌ومیر ناشی از پیشرفت علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش نرخ امید به زندگی و طول

امروزه، حدود ۵۸۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بیشتر از ۶۰ سال تشکیل می‌دهند که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به یک میلیارد نفر خواهد رسید [۱]. طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن، جمعیت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۰ حدود ۷۴ میلیون نفر بوده است که ۸/۲ درصد از آن را سالمندان

\* نویسنده مسئول:

دکتر مریم بختیاری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۲۷۷۷۳۸۷ (۹۱۲) +۹۸

پست الکترونیکی: maryam\_bakhtiyari@sbmu.ac.ir

یا عینی<sup>۲</sup> و ادراک شده یا ذهنی<sup>۳</sup> مطالعه می‌شود. جنبه ذهنی حمایت اجتماعی می‌تواند از نظر روانی کمک مؤثرتری برای مقابله با فشارها و مسائل زندگی به شخص کند. چنین فردی این تصور روشن را در ذهن خود دارد که کسانی هستند که هنگام نیاز به او کمک کنند. بنابراین با قوت بیشتری در برابر ناملایمات مقاومت می‌کند [۱۰]. درک حمایت از دریافت آن مهم‌تر است. به عبارت دیگر نگرش فرد به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به اوست [۱۱]. نتایج مطالعه‌ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرده نشان داده است که حمایت اجتماعی ادراک شده در سازگاری با بیماری مؤثر است. بنابراین هنگام بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک از آن اهمیت خاصی دارد.

نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده معتقدند تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. گاهی کمک‌هایی که به فرد می‌شود، نامناسب و بدموقع است یا خلاف میل اوست. بنابراین نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت مهم است. درک نکردن حمایت اجتماعی پیامدهای زیادی برای جامعه دارد. این موضوع موجب می‌شود افراد وظایف خود را به درستی انجام ندهند و در عملکرد افراد جامعه اختلال پیش بیاید [۱۲]. هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و برعکس. حمایت به طور طبیعی سودمند است و حمایت اجتماعی باعث سلامت روان می‌شود. قدسی به نقل از لاندمن و همکاران می‌گوید که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است [۱۳]. حمایت اجتماعی به عنوان متغیری مستقل و پیش‌بینی کننده برای تمام ابعاد سلامت و رفاه انسان، کیفیت زندگی، روحیه و رضایت از زندگی معرفی شده است [۱۴]. از دلایل بررسی وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان این است که این افراد با توجه به مشکلاتشان مانند بازنشستگی، احساس تنهایی و طردشدگی، در معرض خطرات فزاینده‌ای قرار دارند [۲].

بخشایی و همکاران نشان دادند بین دو گروه افسرده و غیرافسرده، رویدادهای منفی زندگی و افسردگی، همبستگی مثبت و بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی، همبستگی منفی وجود دارد [۱۵]. ظریف‌نژاد به نقل از جینا پی ستولکا نوشته است که حمایت اجتماعی ممکن است بین استرس و افسردگی مانند سپر محافظ عمل کند. آن‌ها دریافتند استرس و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری با افسردگی دارد [۱۶].

مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند و نبود آن ممکن است به بروز انزوای اجتماعی و مرگ منجر شود [۱۷]. علی‌پور و همکاران با مطالعه در منطقه ۲ تهران میزان افسردگی را در سالمندان

عمر در سطح جهان مطرح شده است که در طیف گسترده‌ای از ساختارهای سنتی، ارزش‌ها، هنجارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی تحولات چشمگیری به وجود می‌آورد. بنابراین مقابله با چالش‌های فرا راه این پدیده و استفاده از تدابیر مناسب به منظور ارتقای وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان اهمیت زیادی دارد و در دستور کار جامعه بین‌المللی قرار گرفته است [۲]. مشکلات روانی در دوران سالمندی به وفور مشاهده می‌شود. حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد مسن مسائل روانی مهمی دارند که این مسائل بر بیماری‌های جسمانی آنان اثر بالقوه‌ای می‌گذارد [۴]. شیوع علائم بالینی بارز افسردگی در میان سالمندان جامعه ۸ تا ۱۵ درصد و در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها حدود ۳۰ درصد است [۵]. افسردگی در دوره آخر زندگی بخش طبیعی سالمندی نیست و در حقیقت چیزی بیشتر از خلقی گذراست [۶]. شرایطی مثل افسردگی، زوال عقل و اضطراب در تصمیم‌گیری درباره امکان مدیریت بیماری‌های جسمی در منزل، توانایی مراقبت از خود و انجام کارهای روزانه مؤثر است و به دلیل فشارهای فیزیکی و روانی روی افراد خانواده، ممکن است به سپردن افراد به خانه‌های سالمندان و هزینه‌های سنگین مراقبت در این سرویس‌ها منجر شود [۵]. بُعد روانی یکی از ابعاد مهم سلامت سالمندان است و به توجه خاصی نیاز دارد [۷].

سالمند در ارتباطات اجتماعی خود ناگزیر است با سوگ فقدان‌های متعدد مانند مرگ همسر، دوست، خانواده، همکار و غیره، تغییر وضعیت شغلی و افت توانایی جسمی و تندرستی، مدارا کند. فقدان در هر زمینه‌ای در دوران پیری سبب می‌شود شخص انرژی زیادی را صرف سوگواری، فراغ ناشی از مرگ و ایجاد تطابق با تغییرات ناشی آن کند. تنها زندگی کردن استرس عمده‌ای است که حدود ۱۰ درصد از سالمندان را تحت تأثیر تغییرات قرار می‌دهد. بر اساس یافته‌های تحقیقاتی حدود ۱۵ درصد از سالمندان دچار اختلال روانی افسردگی هستند. میزان خودکشی در بین سالمندان بیش از سنین دیگر گزارش شده است [۸].

اگرچه مراقبت، دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسان است، مفهوم حمایت اجتماعی نسبتاً جدید است. امروزه هر ناخوشی و حادثه سلامت با حمایت اجتماعی مطالعه می‌شود. چراغی به نقل از شلمزاری می‌گوید که با ارتقای سطح حمایت اجتماعی ادراک شده، از میزان مرگ‌ومیر بیماران کاسته می‌شود و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می‌شود. افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی زیاد کمتر در معرض خطر پیشرفت بیماری قلبی هستند؛ به گونه‌ای که بین کاهش حمایت اجتماعی درک شده و پیش‌آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق قلبی ارتباط مشخص وجود دارد [۹].

حمایت اجتماعی<sup>۱</sup> به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده

2. Revised social support

3. Perceived social support

1. Social support

سرای سالمندان یا مناطق بسیار کوچکی از شهر محدود است یا قدیمی است و اغلب با حجم کمتری از نمونه انجام شده است. شهر تهران با داشتن بیش از یک میلیون نفر سالمند، به طور نظام‌مند بررسی نشده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی عوامل مرتبط با آن در سالمندان انجام شد.

### روش مطالعه

این مطالعه با روش مقطعی انجام شد. نمونه‌های این پژوهش شامل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر بود که در مناطق شهری شهر تهران ساکن و تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی بودند. نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و به صورت نظام‌مند در تمامی مراکز بهداشتی‌درمانی تحت پوشش مراکز بهداشت شمال، شرق و شمیرانات انجام شد.

سومین واحد مسکونی از سمت راست هر مرکز بهداشتی‌درمانی در محدوده مذکور به عنوان نقطه شروع در نمونه‌گیری نظام‌مند انتخاب شد. سپس تمامی منازل این واحد از سمت راست در همه طبقات از نظر حضور سالمند بررسی شد و در صورت موافقت و همکاری، پرسش‌نامه‌ها در اختیار فرد سالمند قرار داده شد. به همین ترتیب (سه‌واحد سه‌واحد) واحدها انتخاب و پرسشگری انجام شد. در محل تلاقی کوچه‌ها و خیابان‌ها پرسشگری به سمت راست ادامه یافت. از سالمندان شاغل در مراکز تجاری نیز پرسش شد. با توجه به اینکه ابزار استفاده‌شده متعدد بود، پرسش‌نامه به مدت یک روز برای تکمیل نزد سالمند باقی ماند. سالمندانی که در منزل حضور نداشتند یا تمایلی به شرکت در پژوهش نداشتند، از پرسشگری حذف شدند و اولین واحد سمت راست جایگزین شد.

شایان ذکر است که پرسش‌نامه افسردگی بک خودتکمیل است، اما چون درباره توانمندی نمونه‌های پژوهش برای تکمیل این پرسش‌نامه‌ها تردید شده بود، مطالعه‌ای مقدماتی انجام شد که نتایج آن نشان‌دهنده ضعف سالمندان در خودتکمیلی پرسش‌نامه‌ها بود. برای انجام پرسشگری، تعدادی از کارکنان در هر مرکز آموزش داده شدند. به نمونه‌های پژوهش اطلاع داده شد که می‌توانند در صورت تمایل برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها به مرکز بهداشتی‌درمانی مراجعه کنند. با استفاده از فرمول‌های حجم نمونه و با احتساب ۲۰ درصد ریزش، ۵۶۰ نفر تعیین شده بود، اما برای اطمینان از تأمین حجم مناسب تا جمع‌آوری ۵۸۰ پرسش‌نامه کامل، پرسشگری ادامه یافت. از مجموع مراکز بهداشتی‌درمانی تحت پوشش مراکز بهداشت شمال، شرق و شمیرانات به ترتیب ۳۰۰، ۱۹۴ و ۸۶ نمونه جمع‌آوری شد. به منظور تعیین وضعیت افسردگی از پرسش‌نامه استاندارد افسردگی بک استفاده شد. این پرسش‌نامه به کرات در مطالعات به کار گرفته شده و اعتبار آن تأیید شده است [۲۰].

۴۴ درصد گزارش کردند. همچنین نشان دادند حمایت مادی پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای سالمندان افسرده بوده است [۷]. در پژوهشی که روی سالمندان گرد انجام شد، میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۳۸/۷، ۱۶/۳ و ۷ درصد گزارش شده است [۵].

در مطالعه‌ای در تابوان عوامل خطر ابتلا به افسردگی شدید، سطح تحصیلات پایین، سالمند جداشده از همسر به دلیل مرگ یا طلاق، زندگی به تنهایی و نداشتن سطح اقتصادی-اجتماعی مطلوب تعیین شده است [۱۸]. نتایج مطالعه‌ای در یونان حاکی از شیوع ۲۷ درصد افسردگی خفیف تا متوسط و ۱۲ درصد افسردگی متوسط تا شدید بوده است. افزایش سن، جنسیت مؤنث، سطح تحصیلات پایین، مجردبودن، اختلالات شناختی، وجود بیماری‌های ناتوان‌کننده گوارشی، نورولوژیک و قلبی، عوامل خطر ابتلا به افسردگی است [۱۹].

نتایج بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران و جهان نشان می‌دهد حمایت‌های اجتماعی با سلامت جسم و روان کاملاً مرتبط است. بسیاری از متغیرهای زمینه‌ای نیز هم با سلامت روان و هم با حمایت اجتماعی مرتبط است. از آنجایی که هدف از انجام این مطالعات یافتن کوتاه‌ترین و مؤثرترین راه‌های مداخله برای دستیابی به سلامت است، شناخت این عوامل مرتبط و مشترک می‌تواند راهنمای انتخاب بهترین استراتژی‌ها برای دستیابی به سلامت و گسترش آن باشد.

اگرچه تشابهات فراوانی بین یافته‌های این مطالعات وجود دارد، موارد اختلافی نیز هست که لزوم مطالعات بیشتر را مطرح می‌کند، از جمله وجود گزارش‌های متناقض از ارتباط بین وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با افسردگی. گزارش‌ها درباره ارتباط جنسیت با حمایت‌های اجتماعی سالمندان نیز متفاوت است.

به نظر می‌رسد پرداختن به مشکلات روان از جمله افسردگی و اضطراب از ضروریات آتی نظام‌های سلامت باشد که باید از زوایای مختلفی به آن پرداخت. حساسیت مسائل روانی و آسیب‌پذیربودن گروه سنی سالمند لزوم مطالعات بیشتر در این باب را مطرح می‌کند. با تغییر در آداب و سنن و تغییر بافت خانواده از گسترده به هسته‌ای و رواج زندگی ماشینی، سالمندان ملزم شده‌اند بار زندگی خود را به طور کامل به دوش بکشند. هم‌گام با این دگرگونی‌ها، نیازهای روانی، جسمانی و اجتماعی سالمندان نیز همانند سایر گروه‌ها پیوسته دستخوش تغییر می‌شود؛ این در حالی است که خانواده و جامعه درباره آنان به طور عمد یا غیرعمد غفلت می‌کند. بنابراین برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب باید همواره تغییرات و نیازهای تازه ایجادشده را مدنظر قرار داد و این میسر نیست جز با انجام مطالعات متعدد و مستمر. در این راه نمی‌توان به انجام بررسی‌های پراکنده و قدیمی موجود بسنده کرد.

در تهران بیشتر بررسی‌های مرتبط با موضوع این مقاله، به

زندگی، رضایت اقتصادی و غیره بود. از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش به صورت آگاهانه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، دو نفر ناظر در سطح معاونت بهداشتی پرسش‌نامه‌ها را بررسی کردند و در صورتی که با دقت و صحت تکمیل شده بود، برای ورود اطلاعات به نرم‌افزار استاتاستیک آن‌ها را در اختیار اپراتور قرار دادند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمارهای توصیفی شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های استنباطی نیز شامل آزمون من‌ویتنی، کروسکال والیس و همبستگی اسپیرمن بود. بیماری نورولوژیک، ابتلا به اختلالات روانی‌شناختی و سابقه بستری به علت بیماری‌های روانی معیار خروج از مطالعه بوده است.

### یافته‌ها

۵۸۰ نفر سالمند در این مطالعه شرکت کردند که تعدادی از آنان به برخی از پرسش‌ها پاسخ ندادند. بنابراین تعدادی نمونه گم‌شده وجود دارد. تعداد زنان ۳۴۸ نفر (۶۰/۵۲ درصد)، تعداد مردان ۲۲۷ نفر (۳۹/۴۸ درصد) و میانگین سن  $69/66 \pm 7/91$  سال محاسبه شد (۵۷۵ نفر پاسخ‌گو). ۲۳ نفر بی‌سواد (۴/۰۱ درصد) و ۲۴۴ نفر (۴۲/۵۸ درصد) باسواد در حد دوره‌های نهضت سوادآموزی و ابتدایی بودند. ۱۴۵ نفر (۴۲/۷۶ درصد) تحصیلات دبیرستانی و دیپلم و ۶۱ نفر (۱۰/۶۵ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند (۵۷۳ نفر پاسخ‌گو). ۴۰۱ نفر (۶۹/۳۷ درصد) متأهل بودند و ۱۷۷ نفر (۳۰/۶۳ درصد) همسرانشان فوت کرده یا از هم جدا شده بودند (۵۷۸ نفر پاسخ‌گو). ۳۸۹ نفر (۶۷/۵۳ درصد) از سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش فقط با همسرانشان و بقیه یا با همسر و فرزندان یا با فرزندان ازدواج کرده یا دیگر اقوام و آشنایان زندگی می‌کردند (۵۷۶ نفر پاسخ‌گو). میانگین بعد خانوار  $3/23 \pm 1/94$  نفر محاسبه شد.

بررسی وضعیت مالکیت مسکن نشان می‌دهد ۴۶۸ نفر (۸۹/۶۹ درصد) حداقل صاحب یک منزل مسکونی بودند (۵۶۶ نفر پاسخ‌گو). پوشش بیمه درمان ۵۲۱ نفر (۹۲/۳۸ درصد) گزارش شده است (۵۶۴ نفر پاسخ‌گو). در مجموع از نظر اقتصادی ۱۶۹ نفر (۲۹/۶ درصد) اعلام رضایت کردند و بقیه راضی یا تا حدودی راضی بودند (۵۷۱ نفر پاسخ‌گو). ۲۶۵ نفر (۴۶/۹۹ درصد) از این افراد از زندگی خود ابراز رضایت کردند (۵۶۴ نفر پاسخ‌گو).

وضعیت افسردگی در سالمندان مطالعه‌شده به تفکیک سطوح مختلف در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. جدول شماره ۲ نیز وضعیت سطوح مختلف حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ابعاد مختلف را نشان می‌دهد. میانگین نمره حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بعد خانواده  $15/52$  با انحراف معیار  $4/56$ ، در

رهگذر و همکاران پرسش‌نامه افسردگی و اضطراب بک را ارزشیابی و اعلام کردند که ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا)  $0/92$ ، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته  $0/75$  و همبستگی ماده‌های آن از  $0/30$  تا  $0/76$  متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی مطلوب این ابزار در اندازه‌گیری شدت افسردگی است [۱۴].

پرسش‌نامه افسردگی بک با ۱۳ سؤال و چهار گزینه طراحی شده است. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ تعیین شده است، جمع نمرات می‌تواند از ۰ تا ۳۹ نوسان داشته باشد. نمره منفی منظور نمی‌شود. این درجات در تشخیص افسردگی پیشنهاد شده است: نمره ۰ تا ۴: هیچ یا کمترین مقدار افسردگی؛ ۵ تا ۷: افسردگی خفیف؛ ۸ تا ۱۵: متوسط و ۱۶ و بیشتر: افسردگی شدید.

برای تعیین وضعیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده از مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۴</sup> استفاده شد. این پرسش‌نامه استاندارد را زیمت و همکاران<sup>۵</sup> در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی تهیه کرده‌اند که در هر یک از ابعاد یادشده ۴ و در مجموع ۱۲ گویه دارد. پاسخ‌گو نظر خود را در یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای (با نمره‌های ۱ تا ۵) از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند [۴، ۵]. نمره هر یک از ابعاد برای هر نفر در دامنه یک تا بیست و نمره کل هر چهار بعد در دامنه ۱ تا ۶۰ قرار می‌گیرد. جوکار و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹، ۸۶ و ۸۲ درصد ذکر کرده‌اند [۲۱].

در این مطالعه تعداد افرادی که گزینه‌های کاملاً مخالف و مخالف را در پاسخ به سؤالات حمایت اجتماعی ادراک‌شده انتخاب کردند، بسیار اندک بود. بنابراین دو گروه با یکدیگر ادغام و در گروه «مخالف» جای داده شدند (با نمره ۱ تا ۲۴). گروه موافق و کاملاً موافق هم در گروهی با نام «موافق» و با نمره ۲۵ تا ۴۸ گنجانده شدند. گروهی که نظر خاصی ارائه ندادند تحت عنوان «بدون نظر» و با نمره ۳۷ تا ۶۰ طبقه‌بندی شدند. در تحلیل اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه افسردگی نیز برای افزایش توان تحلیل، طبقات دوه‌دو ادغام شد. بنابراین طیف‌های «هیچ» و «خفیف» در یک طبقه و «متوسط» و «شدید» نیز در طبقه دوم قرار داده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسش‌نامه‌ای استفاده شد که پژوهشگران به همین منظور طراحی کرده بودند. این پرسش‌نامه مشتمل بر متغیرهایی نظیر سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت مسکن، بیمه درمان، رضایت از

4. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)  
5. Zemet et al.

6. Stata

تهران، میزان افسردگی در سالمندان را ۴۰ درصد گزارش کردند که با یافته‌های این مطالعه متفاوت است [۷]. این تفاوت ممکن است به علت تفاوت در ابزار اندازه‌گیری، حجم نمونه یا منطقه سکونت و وسعت آن باشد.

مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری را بین جنسیت و افسردگی نیافته است، اما بیشتر مطالعات انجام‌شده در ایران به وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین این دو متغیر تأکید دارد. مطالعه علی‌زاده در بخش تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی و مطالعه قادری و همکاران در سالمندان کرد که شیوع بیشتر افسردگی را در زنان در مقایسه با مردان به دست آورده‌اند [۲۲]. علی‌زاده به نقل از کارل و کندی آورده است که زنان سالمند بیشتر دچار افسردگی می‌شوند، اما با افزایش سن تقریباً شیوع افسردگی در هر دو جنس برابر می‌شود [۲۲]. این تفاوت ممکن است از اینجا ناشی شود که مطالعه حاضر سالمندان را در طیف سنی ۶۰ تا ۱۰۰ سال و نه در گروه‌های مختلف سنی، بررسی کرده است. در مطالعه قادری نیز سالمندان کرد جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند، درحالی‌که گروه هدف مطالعه حاضر به قوم خاصی محدود نبوده است و تفاوت در قومیت ممکن است دلیل موجهی برای تفاوت در نتایج باشد. این بررسی تفاوت آماری معنی‌داری را بین وضعیت تحصیلات با افسردگی نشان می‌دهد. در سه گروه سالمند بی‌سواد و ابتدایی، دبیرستانی، دیپلم و بالاتر سالمندان گروه دوم و سوم سطوح مختلف افسردگی و به‌ویژه سطح شدید آن را کمتر تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای در اصفهان نیز پژوهشگران نشان دادند سطح تحصیلات دیپلم و کمتر از آن، عامل خطر برای ابتلا به افسردگی متوسط است [۲۳]. در شهر سمنان پژوهشگران وضعیت سلامت روانی در افراد سالمند کم‌سواد و بی‌سواد را ضعیف‌تر گزارش کرده‌اند [۲۴]. قادری و همکاران با مطالعه درباره افسردگی در سالمندان کرد دریافتند سطح تحصیلات با افسردگی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دارد. میانگین نمره افسردگی در افراد بی‌سواد در مقایسه با افراد با تحصیلات زیر دیپلم یا دیپلم و بالاتر، بیشتر بوده است [۵]. یافته‌های مشابه متعدد نشان می‌دهد تحصیلات عامل مهمی در کاهش افسردگی سالمندان است [۵]. در مطالعه لوپا در آلمان نیز

بعد دوستان ۱۲/۳۶ با انحراف معیار ۵/۲۲ و در بعد افراد خاص ۱۴/۶۹ با انحراف معیار ۴/۷۵ محاسبه شد. میانگین نمره حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مجموع (هر سه بعد) ۴۲/۷۱ با انحراف معیار ۱۲/۸۰ به دست آمد. یافته‌ها مؤید این است که میانگین نمره حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بعد خانواده نسبت به دو بعد دیگر بیشتر است. متغیرهای جنسیت و وضعیت اشتغال با افسردگی رابطه معنی‌دار آماری نشان نداد.

در بررسی وضعیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده، وضعیت تحصیلات، جنسیت و وضعیت اشتغال با حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه معنی‌دار آماری نشان نداد. متغیرهایی که با وضعیت افسردگی و حمایت اجتماعی رابطه آماری نشان دادند در **جدول شماره ۳ و ۴** آمده است. افسردگی با حمایت اجتماعی نیز رابطه آماری معنی‌داری را نشان داد که در **جدول شماره ۵** آمده است. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد بین حمایت اجتماعی و افسردگی رابطه‌ای خطی وجود دارد، به‌طوری‌که با افزایش حمایت اجتماعی میزان افسردگی کاهش می‌یابد (۰/۳۸۸-).

## بحث

در این پژوهش وضعیت افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی از عوامل مرتبط با آن در یک نمونه ۵۸۰ نفری از سالمندان ساکن در مناطق شهری تهران در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی بررسی شد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها موارد زیر قابل بحث است:

میزان افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۴۱/۱۷، ۸۸/۸، ۵۸/۲۵ درصد به دست آمد. در پژوهشی که روی سالمندان کرد انجام شده است، پژوهشگران میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید را به ترتیب ۷/۳۸، ۳/۱۶ و ۷ درصد اعلام کرده‌اند [۸]. اگرچه تفاوت زیادی در میزان افسردگی خفیف و متوسط دیده می‌شود، در سطح شدید یافته‌ها نزدیک و در مجموع میزان افسردگی ۵۱/۸۷ (در مطالعه حاضر) در مقابل ۶۲ درصد (در مطالعه سالمندان کرد) و تقریباً مشابه است. علی‌پور و همکاران در نمونه‌ای صد نفری از سالمندان منطقه ۲

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت افسردگی در سالمندان ساکن در مناطق شهری تهران در سال ۱۳۹۳

وضعیت افسردگی	درصد (تعداد)
هیچ یا کمترین	۴۸/۱۳(۲۷۱)
خفیف	۱۷/۴۱(۹۸)
متوسط	۲۵/۵۸(۱۴۴)
شدید	۸/۸۸(۵۰)
میزان افسردگی	۵۱/۸۷(۱۹۲)



جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطوح حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان ساکن در مناطق شهری تهران در سال ۱۳۹۳

حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی کلی	خانواده	دوستان	افراد خاص
ادراک شده	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)
کاملاً مخالف	۴/۱۰ (۲۳)	۴/۵۷ (۲۶)	۱۰/۱۲ (۵۸)	۴/۷۶ (۲۷)
مخالف	۲/۵۰ (۱۴)	۳/۳۴ (۱۹)	۱۶/۵۸ (۹۵)	۵/۸۲ (۳۳)
بدون نظر	۲۱/۰۳ (۱۱۸)	۱۰/۷۲ (۶۱)	۲۱/۹۹ (۱۲۶)	۱۸/۶۹ (۱۰۶)
موافق	۴۰/۲۸ (۲۲۶)	۳۷/۴۳ (۲۱۳)	۳۱/۲۴ (۱۷۹)	۳۳/۵۱ (۱۹۰)
خیلی موافق	۳۲/۰۹ (۱۸۰)	۴۳/۹۴ (۲۵۰)	۲۰/۰۷ (۱۱۵)	۳۷/۲۱ (۲۱۱)
جمع	۱۰۰ (۵۶۱)	۱۰۰ (۵۶۹)	۱۰۰ (۵۷۳)	۱۰۰ (۵۶۷)

سالمند

به نظر می‌رسد افراد دارای سطوح بالاتر تحصیلی با برخورداری از امکان برقراری ارتباط بهتر با اطرافیان و بهره‌گیری مناسب‌تر از رسانه‌های جمعی و همچنین با امکان دستیابی به موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی بهتر، می‌توانند راه‌های مناسب‌تری برای حل

افسردگی با سطح تحصیلات پایین در ارتباط بوده است [۲۵]. نتایج بررسی علی‌زاده و همکاران درباره سالمندان ایرانی مقیم کشور استرالیا نیز مؤید همین نتیجه است [۲۶].

جدول ۳. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه‌های با وضعیت افسردگی سالمندان ساکن مناطق شهری تهران در سال ۱۳۹۳

معنی‌داری	متوسط و شدید (درصد (تعداد))	هیچ و خفیف (درصد (تعداد))	کل (درصد (تعداد))	افسردگی	عوامل جمعیت‌شناختی
۰/۱۸۳	۶۴/۰۶ (۱۲۳)	۵۸/۳۱ (۲۱۴)	۶۰/۲۹ (۳۳۷)	زن	جنسیت
	۲۵/۹۴ (۶۹)	۴۱/۶۹ (۱۵۳)	۳۹/۷۱ (۲۲۲)	مرد	
۰/۰۰۰۳	۵۸/۰۳ (۱۱۲)	۷۵/۰۷ (۳۷۷)	۶۹/۲۲ (۳۸۹)	دارای همسر	وضعیت تاهل
	۴۱/۹۷ (۸۱)	۲۴/۹۳ (۹۲)	۳۰/۸۷ (۱۷۳)	جدا شده یا همسر مرده	
۰/۰۰۴	۵۶/۲۵ (۱۰۸)	۴۱/۹۲ (۱۵۳)	۴۴/۴۶ (۲۶۱)	ابتدایی و نهضت	وضعیت تحصیلات
	۲۵/۵۲ (۴۹)	۲۴/۳۸ (۸۹)	۲۳/۵۱ (۱۳۸)	دیپلمات	
۰/۰۴۹	۷۸/۰۱ (۱۴۹)	۸۴/۷۲ (۳۰۵)	۸۲/۳۹ (۴۵۴)	دارد	مالکیت مسکن
	۲۱/۹۹ (۴۲)	۱۵/۲۸ (۵۵)	۱۷/۶۱ (۹۷)	ندارد	
۰/۰۱۲	۸۸/۴۸ (۱۶۹)	۹۴/۴۳ (۳۳۹)	۹۲/۳۶ (۵۰۸)	دارد	بیمه درمان
	۱۱/۵۲ (۲۲)	۵/۵۷ (۲۰)	۷/۶۴ (۴۲)	ندارد	
۰/۰۰۰۲	۱۹/۶۹ (۳۸)	۳۵/۸۱ (۱۳۰)	۳۰/۲۷ (۱۶۸)	دارد	رضایت اقتصادی
	۵۳/۳۷ (۱۰۳)	۳۳/۰۶ (۱۲۰)	۴۰/۱۸ (۲۲۳)	ندارد	
۰/۰۰۰۱	۲۹/۹۴ (۵۲)	۳۱/۱۳ (۱۱۳)	۲۹/۵۵ (۱۶۴)	تاحلودی	رضایت از زندگی
	۲۰/۶۳ (۳۹)	۶۰/۲۸ (۲۱۷)	۴۶/۶۳ (۲۵۶)	دارد	
۰/۰۰۰۱	۳۰/۶۹ (۵۸)	۶/۳۹ (۲۳)	۱۴/۷۵ (۸۱)	ندارد	رضایت از زندگی
	۴۸/۶۸ (۹۲)	۳۳/۳۳ (۱۲۰)	۳۸/۶۲ (۲۱۲)	تاحلودی	

سالمند

جدول ۴. ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با وضعیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده سالمندان ساکن در مناطق شهری تهران در سال ۱۳۹۳

معنی‌داری	حمایت اجتماعی				عوامل جمعیت‌شناختی
	موافق درصد (تعداد)	بدون نظر درصد (تعداد)	مخالف درصد (تعداد)	جمع درصد (تعداد)	
.۰/۵۴۴	۶۱/۶۹(۳۴۸)	۶۱/۰۲(۷۲)	۵۴/۰۵(۲۰)	۶۱/۰۴(۳۴۰)	زن
	۳۹/۲۱(۱۵۴)	۳۸/۹۸(۴۶)	۴۵/۹۵(۱۷)	۳۸/۹۶(۲۱۷)	مرد
.۰/۰۰۰۳	۷۳/۸۳(۲۹۹)	۶۱/۰۲(۷۲)	۵۱/۵(۱۹)	۶۹/۶۴(۳۹۰)	دارای همسر
	۲۶/۱۷(۱۰۶)	۸۳/۹۸(۴۶)	۴۸/۶۵(۱۸)	۳۰/۳۶(۱۷۰)	جداشده یا همسرمرده
.۰/۰۶۷	۴۲/۳۹(۱۷۰)	۵۲/۵۴(۶۲)	۶۴/۸۶(۲۴)	۳۹/۴۳(۱۹۴)	ابتدایی نهضت
	۲۶/۱۸(۱۰۵)	۲۱/۱۹(۲۵)	۲۱/۶۲(۸)	۲۷/۶۴(۱۳۶)	دیبرستان
.۰/۰۰۲	۳۱/۴۲(۱۲۶)	۲۶/۲۷(۳۱)	۱۳/۵۱(۵)	۳۲/۹۲(۱۶۲)	دیپلم دانشگاه
	۸۵/۶۸(۳۴۰)	۷۶/۰۷(۸۹)	۷۱/۴۳(۲۵)	۸۲/۸۴(۴۵۴)	دارد
.۰/۰۰۸	۱۴/۱۴(۵۶)	۲۳/۹۳(۲۸)	۲۸/۵۷(۱۰)	۱۷/۱۵(۹۴)	ندارد
	۹۴/۴۴(۳۷۴)	۸۷/۰(۱۰۲)	۸۵/۷۱(۳۰)	۹۲/۴۳(۵۰۶)	دارد
.۰/۰۰۰۵	۵/۵۶(۲۲)	۱۱/۳۰(۱۳)	۱۴/۲۹(۵)	۷/۵۷(۴۰)	ندارد
	۳۴/۲۵(۱۳۷)	۱۹/۴۹(۲۳)	۱۴/۲۹(۵)	۲۹/۸۴(۱۶۵)	دارد
.۰/۰۰۰۱	۳۳/۲۵(۱۳۳)	۵۵/۰۸(۶۵)	۵۷/۱۴(۲۰)	۳۹/۴۲(۲۱۸)	ندارد
	۳۲/۵۰(۱۳۰)	۲۵/۴۲(۳۰)	۲۸/۵۷(۱۰)	۳۰/۳۴(۱۷۰)	تاحدودی
.۰/۰۰۰۱	۵۳/۲۷(۲۱۲)	۲۹/۹۱(۳۵)	۳۵/۲۹(۱۲)	۴۷/۱۸(۲۵۹)	دارد
	۹/۵۵(۳۸)	۲۷/۳۵(۳۲)	۲۶/۴۷(۹)	۱۴/۳۹(۷۹)	ندارد
	۳۷/۱۸(۱۴۸)	۴۲/۷۴(۵۰)	۳۸/۱۷(۱۳)	۳۸/۴۳(۲۱۱)	تاحدودی

سالمند

مشکلات زندگی خود پیدا کنند. نتایج این بررسی حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین وضعیت تأهل و افسردگی است. در مطالعه‌ای که در اصفهان در سال ۱۳۸۶ انجام شد، پژوهشگران نشان دادند داشتن همسر در قید حیات و زندگی مشترک با او در برابر ابتلا به افسردگی شدید نقش محافظتی دارد [۲۳]. قادری و همکاران در بررسی خود در سال ۱۳۸۹ رابطه معنی‌دار آماری در این خصوص در سالمندان گرد پیدا نکردند [۵]. علی‌زاده در مطالعه خود دریافت متأهلان به طور معنی‌داری افسردگی و

اضطراب بیشتری را در مقایسه با افرادی که تنها زندگی کرده‌اند، تجربه می‌کنند [۲۶]. نتایج مطالعه او بیانگر این است که متأهلان در مقایسه با مجردها در موقعیت دشوارتری به سر می‌برند. مطالعه علی‌زاده با ۴۰۲ نفر سالمند و در جمعیت شهر تهران در دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی انجام شده است، بنابراین با این تحقیق مشابهت زیادی دارد و لازم است بررسی‌های بیشتری انجام و علت این تناقض روشن شود.

مطالعه حاضر نشان داد افسردگی با مالکیت مسکن رابطه

جدول ۵. ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی در سالمندان ساکن در مناطق شهری تهران در سال ۱۳۹۳

معنی‌داری	حمایت اجتماعی				افسردگی
	جمع درصد (تعداد)	موافق درصد (تعداد)	بدون نظر درصد (تعداد)	مخالف درصد (تعداد)	
.۰/۰۰۰۱	۶۵/۷۸(۳۵۹)	۷۴/۶۹(۲۹۸)	۴۴/۸۳(۵۲)	۳۰(۹)	هیچ و خفیف
	۳۴/۱۳(۱۸۶)	۲۵/۳۱(۱۰۱)	۵۵/۱۷(۶۴)	۷۰(۲۱)	متوسط و شدید
	۱۰۰(۵۴۵)	۱۰۰(۳۹۹)	۱۰۰(۱۱۶)	۱۰۰(۳۰)	جمع

سالمند

را از یکدیگر دریافت کنند. می‌توان این موفقیت را به پیروزی جامعه در دستیابی به یکی از مهم‌ترین اهداف ازدواج تعبیر کرد. وضعیت تحصیلات ارتباط معنی‌دار آماری با حمایت اجتماعی ادراک شده نشان نداد.

این بررسی نشان داد میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده از خانواده نسبت به دو بعد دیگر (دوستان و افراد خاص) بیشتر است. ممکن است به دلیل بیماری‌ها و دیگر مشکلات ناشی از سالمندی، افراد نتوانند نقش حمایتی برای یکدیگر داشته باشند و خواهناخواه شبکه دوستی‌ها و حمایت‌ها کاهش پیدا کند. از اینجا مسئله تحصیل کرده بودن اهمیت خود را از دست می‌دهد. سیام و همکاران این یافته را تأیید نکرده‌اند [۳۳].

داشتن مسکن ملکی و بیمه درمان نیز از عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی ادراک شده در این مطالعه است. خلیلی و همکاران در اصفهان نشان دادند بین نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده با متغیرهای وضعیت سکونت (مالکیت مسکن) و بیمه ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۳۲]. شاید سالمندانی که هنوز نتوانسته‌اند از مسکن ملکی بهره‌مند شوند، در مقایسه با افرادی که مسکن دارند، نیازهای مستقیم و غیرمستقیم مالی بیشتری داشته باشند. بنابراین ممکن است حمایت‌های بیشتری را بطلبند و چون این توقعات و حمایت‌ها برآورده نمی‌شود یا سخت‌تر برآورده می‌شود، نیازهای خود را بی‌پاسخ می‌بینند و از حمایت‌های انجام شده ادراک کمتری دارند. همین توجیه برای ارتباط بین بیمه درمان و حمایت اجتماعی درست به نظر می‌رسد. داشتن مسکن ملکی، بیمه درمان و همه شاخص‌هایی که به وضعیت اقتصادی مرتبط است، سالمند را در وضعیتی قرار می‌دهد که برآورده کردن نیازمندی‌های فراوان او به همراه وابستگی‌های جسمی و روانی و اجتماعی برای اطرافیان نیز مشکلاتی ایجاد می‌کند و این موضوع ممکن است در ادراک منفی وی از حمایت‌های انجام شده مؤثر باشد. این تفسیر ارتباط معنی‌دار آماری بین رضایت اقتصادی با حمایت اجتماعی ادراک شده را نیز توجیه می‌کند. سیام نیز به میزان درآمد و حمایت اجتماعی ادراک شده اشاره کرده است [۳۳].

بررسی حاضر نشان داد بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معنی‌داری وجود دارد. لانگ و همکاران بیان کردند که داشتن تماس اجتماعی و شخصیت مردم‌آمیز، با رضایت از زندگی روزمره و روحیه عالی در سنین پیری ارتباط دارد [۳۴]. داشتن تماس اجتماعی می‌تواند شخص را به این باور برساند که به او عشق و علاقه ورزیده شده است و تأیید و ارزش گرفته و به شبکه‌هایی از ارتباطات و وظایف متقابل متعلق است. به عبارت دیگر با دریافت حمایت اجتماعی، منابع روان‌شناختی محسوسی برای افراد فراهم می‌شود تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند. در نتیجه می‌توان مطالعه مذکور را نیز با تحقیق حاضر همسو دانست [۳۵].

به طور عقلانی و منطقی می‌توان پذیرفت افرادی که در شبکه

معنی‌داری دارد. عزیززاده و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند سالمندانی که مالک خانه هستند در مقایسه با سالمندان مستأجر، کمتر به افسردگی مبتلا هستند [۲۶]. پژوهشی در گیلان نشان داد بین رضایت از محل زندگی و افسردگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. پژوهشگران به نقل از علی‌رمانی و نزاریان نیز ارتباط معنی‌دار آماری بین نوع مسکن (استیجاری یا شخصی) با افسردگی اعلام کردند [۲۷].

بررسی حاضر ارتباط آماری معنی‌داری را بین افسردگی سالمندان و رضایت اقتصادی نشان داده است. قرنچیک و همکاران بین افسردگی و درآمد ارتباط معنی‌دار آماری پیدا کرده‌اند. همین‌طور علی‌زاده بین افسردگی و میزان درآمد در حد گذران زندگی رابطه معنی‌دار آماری به دست آورده است [۲۸، ۲۲]. مطالعه رجبی‌زاده در کرمان و منظوری در اصفهان نیز ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و وضعیت اقتصادی نشان داده است [۲۹، ۲۳]. منظوری و همکاران اعلام کرده‌اند حمایت‌های مادی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار افسردگی است [۲۳]. یافته‌های مشابه درباره ارتباط معنی‌دار آمار وضعیت اقتصادی با افسردگی لزوم توجه بیشتر سیاست‌گذاران را در این خصوص می‌طلبد. در عین حال باید در نظر داشت که رضایت اقتصادی با میزان درآمد متفاوت است و ممکن است افرادی با سطح درآمد مطلوب در مقایسه با اشخاصی با درآمد کم رضایتمندی کمتری داشته باشند. در این مطالعه ارتباط معنی‌دار آماری بین رضایت از زندگی و افسردگی مشاهده شد. در کوهپور ملی در فنلاند نیز پژوهشگران ارتباط آماری معنی‌داری را بین رضایت از زندگی و افسردگی گزارش کردند [۳۰].

در بررسی ارتباط بین متغیرهای مطالعه شده و حمایت اجتماعی ادراک شده، جنسیت رابطه معنی‌دار آماری را نشان نداد. نتایج مطالعه نبوی و همکاران نشان می‌دهد سلامت روان و حمایت اجتماعی زنان و مردان سالمند یکسان است، اما به نقل از ویل‌گاس می‌نویسد که حمایت اجتماعی دریافتی توسط زنان بیشتر از مردان است [۲]. یافته‌های راشدی و همکاران نشان داد سلامت روان و حمایت اجتماعی زنان و مردان سالمند یکسان است [۳۱]. بررسی‌های یادشده احتمال نبود رابطه آماری بین حمایت اجتماعی ادراک شده و جنسیت را در ایران مطرح می‌کند، اما در کشورهای اروپایی ممکن است زنان درک بیشتری از حمایت اجتماعی داشته باشند. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و سیاست‌گذاری‌های متفاوت در کشورمان با کشورهای اروپایی چنین یافته‌ای را می‌توان پذیرفت. در عین حال بررسی‌های بیشتر لازم است تا علل این تفاوت روشن شود.

در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین وضعیت تأهل و حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داده شد. خلیلی این یافته را تأیید کرده است [۳۲]. این یافته را شاید بتوان این‌گونه توصیف کرد که زنان و مردان سالمند ایرانی موفق شده‌اند حمایت خوبی

مسئولان با برنامه‌ریزی مناسب‌تر می‌توانند کارهای زیر را انجام دهند:

- با ایجاد موقعیت‌های بهتر اقتصادی برای سالمندان، شرایط مناسب‌تری را برای پیشگیری از افسردگی و نیز ادراک بهتر از حمایت اجتماعی ایجاد کنند.

- ازدواج‌ها را تداوم بخشند. ازدواج برای سالمندان از عوامل مهم در بهبود شرایط موجود است. در این راه فرهنگ‌سازی در گروه‌های سنی مختلف در سطح جامعه ضروری است. بدیهی است اجرای برنامه‌های مناسب و مستمر آموزش زوجین در دوره‌های مختلف زندگی می‌تواند به پیشگیری از افسردگی و تداوم زندگی زناشویی موفق کمک کند.

- ایجاد فضای حمایتگر برای تمام سنین و به‌ویژه حمایت بیشتر و مناسب‌تر از گروه‌های آسیب‌پذیر که سالمندان نیز جزو این گروه هستند.

- برای شناسایی راه‌های افزایش سطح رضایتمندی در افراد مطالعات بیشتری لازم است. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، احساس رضایتمندی در افراد متفاوت است و گاهی این احساس با واقعیت‌های بیرونی نامتناسب است. همچنین درباره رضایتمندی اقتصادی و عوامل مرتبط با آن نیز باید بررسی‌های بیشتری انجام شود، زیرا تنها درآمد نیست که رضایت را به همراه دارد، از جمله عوامل مؤثر بر رضایت، داشتن بیمه درمان و تأمین به‌موقع مسکن است و احتمالاً عوامل اقتصادی، اجتماعی و روانی بیشتری در این میان نقش دارد که باید شناسایی شود.

- فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان و همسایگان) و مربوط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که مشکل مشابهی دارند، می‌تواند موجب افزایش رفتارهای حمایتگر اجتماعی شود. انجام مطالعات کیفی احتمال دستیابی به اطلاعات مفیدتر و دقیق‌تر را فراهم خواهد کرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱. ابراز ناخشنودی برخی از سالمندان از سؤالات مربوط به ناامیدی و مرگ که در رابطه مطلوب بین پرسشگر و پاسخ‌گو اختلال ایجاد می‌کند و روند پرسشگری را کند می‌کند؛ ۲. خارج شدن افراد مبتلا به اختلالات شناختی و روانی از تحقیق که خود از گروه‌های در معرض خطر زیاد افسردگی هستند.

در آخر به این نکته اشاره می‌کنیم که یافته‌های این پژوهش برای برنامه‌ریزان بهداشتی قابل استفاده است. همچنین ممکن است برای آموزش دانشجویان و اهداف پژوهشی مفید باشد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه دوره عالی بهداشت عمومی MPH نویسنده سوم در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید

ارتباطات خود احساس حمایت کافی دارند، زندگی را راحت‌تر و با مشکلات کمتری سپری می‌کنند، زیرا همواره احساس می‌کنند اطرافیان‌شان آنان را حمایت می‌کنند و در برخورد در مشکلات تنها نیستند و بنابراین رضایتمندی بیشتری را در زندگی احساس می‌کنند.

ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد ( $P < 0.001$ ) افراد افسرده حمایت اجتماعی کمتری را درک کرده‌اند. تحلیل همبستگی نیز ارتباط معنی‌دار و منفی را با افسردگی ( $P = -0.38$ ) نشان داد. بخشایی نیز در مطالعه خود اعلام کرد میزان حمایت اجتماعی با نرخ افسردگی همبستگی منفی دارد و میانگین نمره حمایت اجتماعی در افراد افسرده به طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد غیرافسرده است [۱۵].

این ارتباط شاید مؤید این نکته باشد که از آنجا که افراد افسرده توانایی برقراری ارتباط مناسب ندارند، به طور طبیعی نمی‌توانند حمایت اطرافیان را جلب کنند یا نمی‌توانند از حمایت‌های انجام‌شده احساس رضایت کنند یا آن را درک کنند. از طرفی شاید افسردگی حاصل کم‌توجهی‌ها و حمایت‌های ضعیف اطرافیان باشد و سالمند احساس تنهایی و طردشدگی را تجربه کرده است. چنانکه پیش‌تر اشاره شد، ظرفیت‌نژاد به نقل از جینا پی ستولکا نوشته است که حمایت اجتماعی ممکن است بین استرس و افسردگی مانند سپر محافظ عمل کند. آن‌ها دریافتند که استرس و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری با افسردگی دارد [۱۶].

#### نتیجه‌گیری نهایی

بررسی حاضر نشان داد عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی در سالمندان اغلب مشترک است. چنین یافته‌ای این تصور را ایجاد می‌کند که این دو وضعیت به نوعی با یکدیگر مرتبط و یا عامل ایجاد یکدیگر هستند. همان‌طور که نشان داده شد، این عوامل مشترک شامل متأهل بودن و نیز تمامی عوامل مرتبط با وضعیت اقتصادی و رضایت از زندگی است. متغیر رضایت از زندگی نیز ممکن است با رضایت اقتصادی مرتبط باشد که باید مطالعات بیشتری در این زمینه انجام شود. حمایت اجتماعی به عنوان یک مؤلفه اثرگذار بر سلامت روانی و روحیه سالمندان می‌تواند منبعی ارزان‌قیمت باشد و به آن به عنوان سرمایه‌ای اجتماعی در راستای پویایی و بهبود کیفیت زندگی و روحیه سالمندان توجه شود. بررسی حمایت اجتماعی نشان داد بیشترین حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده و کمترین آن از طرف دوستان بوده است. فراهم کردن تسهیلات برای سالمندان و فراهم کردن بخشی از نیازهای جسمی و روانی آنان می‌تواند منجر به افزایش حمایت ادراک‌شده بین دوستان شود. اگرچه ممکن است به نظر برسد زنان سالمند بیشتر به افسردگی مبتلا می‌شوند یا نیازمند حمایت‌های اجتماعی بیشتری هستند، این مطالعه چنین چنین یافته‌ای را تأیید نمی‌کند. لذا نباید درباره مردان در این زمینه غفلت شود.

بهشتی گرفته شده است. از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، از جمله سرکار خانم غنچه، کارشناس محترم برنامه سالمندان و میانسالان، سرکار خانم دکتر اهدایی‌وند، رئیس محترم گروه تخصصی سلامت خانواده و جناب آقای دکتر عرشی، معاون محترم امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صمیمانه سپاسگزاریم.

**References**

- [1] Sadeghi Z. [Opening speech (Persian)]. Paper presented at: The 1<sup>st</sup> International Conference of Aged People in Iran; 1999 October 19-21; Tehran, Iran.
- [2] Nabavi SH, Alipour F, Hejazi A, Rabbani E, Rashedi V. [Relationship between social support and mental health in older adults (Persian)]. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2014; 57(7):841-6.
- [3] Zanjani H. [Opening speech (Persian)]. Paper presented at: The 1<sup>st</sup> International Conference of Aged People in Iran; 1999 October 19-21; Tehran, Iran.
- [4] Bahrami F, Ramezani-Farani A. [Religious orientation (internal and external) effects on aged mental health (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2005; 6(1):42-7.
- [5] Ghaderi S, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ansari G, Gharanjik A, Ashrafi K, et al. [Prevalence of depression in elderly Kurdish community residing in Boukan, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7(24):57-66.
- [6] Centers for Disease Control and Prevention. Healthy aging [Internet]. 2015 [Updated: 2015 March 5]. Available from: <http://www.cdc.gov/aging/mentalhealth/depression.htm>
- [7] Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. [The role of social support in the anxiety and depression of elderly (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4(11):53-61.
- [8] Navvabinejad S. Psychology of aging and mental health in elderly adults. Paper presented at: The 1<sup>st</sup> International Conference of Aged People in Iran; 1999 October 19-21; Tehran-Iran.
- [9] Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. [Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(75):21-31.
- [10] Hesam M, Asayesh H, ghorbani M, Shariati A, Nasiri H. [The relationship of perceived social support, mental health and life satisfaction in martyrs and veterans students of state university in Gorgan (Persian)]. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2011; 8(1):34-41.
- [11] Afrooz Q, Taghizadeh H. [Comparison of perceived social support and mental health of mothers of children with and without hearing-impairment (Persian)]. *Journal of Exceptional Education*. 2014; 14(124):7-17.
- [12] Helgeston VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*. 1996; 15(2):135-48. doi: 10.1037//0278-6133.15.2.135
- [13] Ghodsi A. [Association between social support and depression in elderly people in Amir Kola city (Persian)] [MSc. thesis]. Tehran: Tarbiat Modares niversity; 2004.
- [14] Rahgozar M. [Feelings of depression, stress, and anxiety in the elderly (Persian)]. *Hakim Health Systems research journal*. 1999; 2(2):103-13.
- [15] Bakhshani NM, Birashk B, Atefvahid MK, Bolhari J. [Correlation of social support and negative life events with depression (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2003; 9(2):49-55.
- [16] Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. [The relationship between social support and morale of elderly people in Mashhad in 2012 (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2014; 13(1):3-12.
- [17] Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE, et al. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: Effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67(1):40-5. doi: 10.1097/01.psy.0000149257.74854.b7
- [18] Wang JJ. Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*. 2001; 9(3):1-12. doi: 10.1097/01.jnr.0000347558.69317.66
- [19] Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: A population based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 20(4):350-7. doi: 10.1002/gps.1288
- [20] Scogin F, Beutler L, Corbishley A, Hamblin, D. Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults. *Journal of Clinical Psychology*. 1988, 44(6):853-7. doi: 10.1002/1097-4679(198811)44:6<853::aid-jclp2270440604>3.0.co;2-7
- [21] Jowkar B, Salimi A. [Psychometric properties of the short form of the social and emotional loneliness scale for adults (SELSA-S) (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(4):311-317.
- [22] Alizadeh M, Hoseini M, Shojae zadeh D, Rahimi A, Arshinji M, Rohani H. [Assessing anxiety, depression and psychological well-being status of urban elderly under represent of Tehran metropolitan city (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2012; 7(26):66-73.
- [23] Manzouri L, Babak A, Merasi M. [The depression status of the elderly and it's related factors in Isfahan in 2007 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2009; 4(14):27-33
- [24] Saberian M, Hajiaghajani S, Ghorbani R, Behnam B, Maddah S. [The mental health status of employees in Semnan University of Medical Sciences (Persian)]. *Koomesh*. 2006; 8(2):85-91.
- [25] Lupp M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, et al. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011; 27(3):286-95. doi: 10.1002/gps.2718
- [26] Alizadeh M, Khoshbin S, Khavarpour F. Assessing quality of life, well being and depression among Iranian elderly in Australia. *Iranian Journal of Ageing*. 2007; 4(4):15-26.
- [27] khodadady N, Sheikholeslami F, RezaMasouleh S, Yazdani M. [Rate of depression in late-life in superannuated government employed center of Guilan University of medical sciences (Persian)]. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2007; 17(1):16-22.
- [28] Gharanjik A, Mohammadi Shahbolaghi F, Sahaf R, Ansari G, Najafi F, Ghaderi S, et al. [Prevalence of depression in Turkmen older adults-1389 (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(21):34-9.
- [29] Rajabizadeh G, Ramezani A. [Prevalence of depression in Kermanian geriatrics - 2002 (1381) (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2003; 3(1):58-66.
- [30] Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen R, Viinamaki H, Koskenvuo M. life satisfaction and depression in a 15-year follow-

- up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004; 39(12):994-9. doi: 10.1007/s00127-004-0833-6
- [31] Rashedi V, Gharib M, Rezaei M, Yazdani A. [Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(2):110-5.
- [32] Khalili F, Sam S, Shariferad G, Hassanzadeh [The relationship between perceived social support and social health of elderly (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2012; 7(6):1216-25.
- [33] Siam SH. [Elderly issues in Iran and the world (Persian)]. Tehran: Ketab-e Ashena; 2002.
- [34] Lang FR, Baltes MM. Being with people and being alone in late life: Costs and benefits for everyday functioning. *International Journal of Behavioral Development*. 1997; 21(4):729-46. doi: 10.1080/016502597384640
- [35] Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. [Relationship between social support and subjective wellbeing in older adults (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(3):110-9.

