

December-January 2021, Volume 10, Issue 5

The Relationship between Intergenerational Relationships and Social Support on Self-Care in Elderly People with Chronic Disease

Toktam Qanbari Abdolmaleki¹, Akram Sanagoo², Bagher Pahlavanzadeh³,
Leila Jouybari^{4*}

1- MSc Student, Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Golestan, Iran.

2- Associate Professor, PhD in Nursing, School of Nursing & Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Golestan, Iran.

3- PhD of Biostatistics, Abadan School of Medical Sciences, Abadan, Iran.

4- Professor, PhD in Nursing, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Golestan, Iran.

***Corresponding Author:** Leila Jouybari, Golestan University of Medical Sciences, Nursing Research Center, School of Nursing & Midwifery, Gorgan, Iran.

E-mail: jouybari@goums.ac.ir

Received: 12 Dec 2020

Accepted: 4 Sep 2021

Abstract

Introduction: With the appearance of social changes and traditional transformations, family care for the elderly has decreased, which has special physical, psychological, social, and economic consequences for this generation. This study aimed to determine the relationship between "intergenerational relationships" and "social support" on "self-care ability" in the elderly with chronic disease.

Methods: This analytical study was conducted in 2020 in the educational and medical centers of Golestan University of Medical Sciences. Using the available sampling method, 360 elderly patients with chronic disease were included in the study. Data were collected using questionnaires of "intergenerational relationships, social support, self-care". Wilcoxon, linear regression, and linear equation analysis were used to analyze the data using SPSS software version 21 and at a significance level of 0.05.

Results: The mean and standard deviation of intergenerational relationships (40.7 ± 4.6) were somewhat good, and social support (85.02 ± 11.31) and self-care (70.8 ± 53.84) was high. There was a positive and significant relationship between social support and intergenerational relationships ($\beta=0.24$, $P<0.001$), but the relationship between intergenerational relationships and self-care ($\beta=0.18$, $P<0.001$) and social support with self-care ($r = -0.276$, $P<0.001$) was inverse and significant.

Conclusions: With the increase of intergenerational relations, the dimensions of social support in the elderly with chronic diseases increased. Older people with stronger social support and intergenerational relationships were less able to take care of themselves. It seems that the studied elderly left their responsibility of care to the family and therefore paid less attention to themselves.

Keywords: Elderly, Intergenerational Relationships, Self-Care, Social Support, Chronic disease.

بررسی ارتباط بین روابط بین نسلی و حمایت اجتماعی بر توانایی خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن

تکتم قنبری عبدالملکی^۱، اکرم ثناگو^۲، باقر پهلوان زاده^۳، لیلا جویباری^{۴*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲- دکترای آموزش پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳- دکترای آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

۴- استاد، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

*نویسنده مسئول: لیلا جویباری، استاد، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، گرگان، ایران.
ایمیل: joubary@goums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۱

چکیده

مقدمه: با بروز تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های سنتی، مراقبت خانواده از سالمندان کاهش یافته است که این امر پیامدهای جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ویژه‌ای را برای این نسل به همراه داشته است. هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط بین «روابط بین نسلی» و «حمایت اجتماعی» بر «توانایی خودمراقبتی» در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن است. **روش کار:** این مطالعه تحلیلی در سال ۱۳۹۹ در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۶۰ سالمند مبتلا به بیماری مزمن بستری وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های «روابط بین نسلی، حمایت اجتماعی، خودمراقبتی» جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ویلکاکسون، رگرسیونی خطی و تحلیل معادلات خطی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد. **یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار روابط بین نسلی ($4/6 \pm 4/0$) تا حدودی خوب، حمایت اجتماعی ($11/31 \pm 8/0$) و خودمراقبتی ($84/8 \pm 3/5$) در سطح بالا بود. بین حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد ($\beta = 0/24, P < 0/001$)، اما ارتباط روابط بین نسلی با خودمراقبتی ($\beta = -0/18, P < 0/001$) و حمایت اجتماعی با خودمراقبتی ($r = -0/276, P < 0/001$) معکوس و معنی دار بود.

نتیجه‌گیری: با افزایش روابط بین نسلی، ابعاد حمایت اجتماعی در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن افزایش یافت. سالمندانی که از حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی قوی‌تری برخوردار بودند، توانایی خودمراقبتی کمتری داشتند. به نظر می‌رسد سالمندان مورد مطالعه، مسئولیت مراقبتی خود را به خانواده واگذار کرده و از این رو توجه کمتری به خود داشتند. **کلید واژه‌ها:** سالمندی، روابط بین نسلی، خودمراقبتی، حمایت اجتماعی، بیماری مزمن.

مقدمه

قرار دهد [۱]. حدود ۸۰ درصد بزرگسالان حداقل به یک بیماری مزمن و ۷۷ درصد حداقل به دو بیماری مزمن مبتلا هستند. چهار بیماری مزمن - بیماری‌های قلبی، سرطان، سکتة مغزی و دیابت - باعث تقریباً دو سوم مرگ و میرهای سالانه می‌شود [۲].

مراقبت از خود به عنوان یک فرآیند تصمیم‌گیری طبیعی گرایانه تعریف می‌شود که هم در پیشگیری و هم در مدیریت بیماری‌های مزمن نقش دارد [۳]. یافته‌های

سالمندی شامل تغییرات فیزیولوژیکی است که در گذر زمان رخ می‌دهد و برای بیشتر افراد مسن، سلامتی خوب، استقلال، امنیت و بهره‌وری را با افزایش سن تضمین می‌کند. با وجود این، میلیون‌ها نفر هر روز با چالش‌های بهداشتی و ایمنی مانند بیماری‌های مزمن، سقوط و مشکلات بهداشت روانی دست به گریبان هستند که همه اینها می‌تواند کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر

سالمندان مهم هستند [۱۶، ۱۵]. روابط بین نسلی با وجود تضاد نسلی بین والدین و فرزندان همچنان پابرجاست و نسل‌های والدین سالخورده و فرزندان جوان و بزرگسال از یکدیگر حمایت می‌کنند [۱۷]. مسائل مختلف سالمندی مانند اختلال در سلامتی سالمندان، شیوع بیماری‌های مزمن، کاهش منابع در دسترس و وابستگی بیشتر سالمندان، دلیلی برای حمایت و مراقبت بیشتر از سوی فرزندان است [۱۲]. فرزندان نیز به دلیل انتقالات عمومی پایین، بیکاری و هزینه‌های بالای گذارهایی مانند تحصیلات عالی، ازدواج، اشتغال و ... نیازهایی دارند که می‌توان گفت تنها منبع تأمین‌کننده آنها والدین هستند [۱۸].

امروزه شاهد تغییراتی در روابط بین نسلی هستیم. این تغییرات شامل هسته‌ای شدن خانواده‌ها، کوچک شدن منازل، افزایش تعداد زنان شاغل در خارج از منزل، افزایش آمار طلاق و افزایش شهرنشینی است [۱۹]. افراد در کنش و واکنش با یکدیگر الگوهای متفاوتی از روابط بین نسلی را ایجاد می‌کنند [۱۲]. نتایج تحقیق Li و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که یک رابطه بین نسلی خوب می‌تواند از ابتلا به افسردگی در سالمندان جلوگیری کند و حتی علائم آن را کاهش دهد [۱۶]. اگرچه در زمینه حمایت اجتماعی و تأثیر آن بر توانایی خودمراقبتی مطالعات خوبی انجام شده است، اما به روابط بین نسلی و نقش آن در حمایت اجتماعی کمتر اشاره شده و در بررسی منابع در دسترس، موردی یافت نشده است. لذا در این پژوهش، حمایت اجتماعی و ارتباط بین نسلی با توانایی خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

این مطالعه تحلیلی در سال ۱۳۹۹ روی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن بستری در دو مرکز آموزشی درمانی سانتال (شهید صیاد شیرازی و پنج آذر گرگان) دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. تعداد سالمندان موردنیاز برای مطالعه حاضر بر اساس روش مورد استفاده در تحلیل معادلات ساختاری انجام شد. بدین منظور با فرض استقلال ابزارها، تعداد نمونه برای ابزار با بیشترین آیتم (خودمراقبتی) تعیین شد که در آن به ازای هر یک از آیتم‌های ابزار ۹ نمونه اخذ شد [۲۰]. سپس سالمندان بر اساس شیوع بیماری‌های مزمن گزارش شده بین چهار گروه بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی، انواع

مطالعه‌ای در خصوص میزان خودمراقبتی سالمندان (۵۱/۹۷±۵/۲۲)، حاکی از بالا بودن سطح خودمراقبتی بود [۴]. همچنین یک پژوهش نشان داد بین حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود دارد [۵]. حمایت اجتماعی در حقیقت ادراک یا تجربه یک فرد از اینکه او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به‌شمار می‌آورند، تعریف شده است [۶]. بررسی دیگری در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان نشان داد میزان حمایت اجتماعی سالمندان (۱۴۷/۲۸±۵/۳) بالاتر از میانگین بود [۷]. افزایش میزان حمایت اجتماعی با کاهش میزان بستری، پذیرش بهتر درمان و کاهش خطر مرگ در بیماری‌های مزمن همراه بوده است [۸]. از میان انواع مختلف حمایت اجتماعی، حمایت خانواده نقش مهمی در بازیابی کارکرد، بعد از ابتلا به بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند [۹]. مطالعات داخل و خارج از کشور نیز حاکی از آن است که افزایش حمایت اجتماعی (دوستان، خانواده، افراد اثرگذار) منجر به کیفیت زندگی بالاتر در سالمندان می‌شود [۱۱، ۱۰]. امروزه در نتیجه سالمندی جمعیت برای نخستین بار در تاریخ بشر، امکان همراهی فرزندان با والدین سالمند افزایش یافته است. در ایران نیز که یک جامعه شرقی و مذهبی است [۱۲]، همیشه برای تأمین حمایت عاطفی و کمک به والدین بزرگتر، پدر بزرگ و مادر بزرگ و سایر اعضای خانواده به خانواده‌ها وابسته بوده‌ایم. مراقبت از والدین سالمند یکی از تکالیفی است که اغلب بر عهده فرزندان قرار می‌گیرد. خانواده با نقش اجتماعی خود از قبیل محبت، همراهی، احترام، توجه و کمک می‌تواند اثر مثبتی در مدیریت بیماری مزمن در سالمندان داشته باشد. امور خانه، مراقبت از خود، نظارت و تحرک، حمایت عاطفی و اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی، هماهنگی، وکالت و مراقبت و قیمومیت، از جمله اموری است که مراقبان خانواده برای سالمندان انجام می‌دهند [۱۳]. از این رو، کیفیت «روابط بین نسلی» برای حفظ رفاه والدین و فرزندان بزرگسال بسیار مهم است [۱۴].

روابط بین نسلی به آن دسته از روابطی بازمی‌گردد که اعضای متعلق به یک نسل، با اعضای نسل‌های قبل یا پس از خود دارند. هسته آن رابطه پدر و فرزند است. اعضای خانواده، به ویژه پسران، برای حمایت اجتماعی

سرطان‌ها و سایر موارد تقسیم شدند [۲۱]. انتخاب سالمندان برای حضور در مطالعه به روش در دسترس انجام شد. نمونه‌ها، بیماران سالمند بستری واجد معیارهای ورود به مطالعه (سن بالای ۶۰ سال، ابتلا به یک بیماری مزمن همچون قلبی - عروقی، دیابت، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی، و سایر بیماری‌های مزمن حداقل به مدت شش ماه، عدم ابتلا به اختلالات شناختی و روان‌شناختی بارز، برخورداری از توانایی پاسخگویی و هوشیاری) بودند. معیار خروج خاصی در نظر گرفته نشد.

تخصیص نمونه‌ها به سالمندان گروه‌های مختلف بیماری بر مبنای مطالعه باقیری لنگرانی و همکاران (۱۳۹۰) به صورت چهار گروه بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی و سایر موارد انجام شد [۲۱]. بدین ترتیب، تعداد ۱۱۲ سالمند مبتلا به بیماری قلبی، ۵۴ سالمند مبتلا به دیابت، ۱۲۲ سالمند مبتلا به بیماری اسکلتی - عضلانی و ۷۲ سالمند مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن به صورت آسان و در دسترس از بخش‌های داخلی، دیالیز، جراحی عمومی، عفونی، زنان، بخش مراقبت ویژه قلبی Post-CCU، ارتوپدی، هماتولوژی، جراحی مردان و زنان، جراحی مغز و اعصاب مردان و روماتولوژی انتخاب شدند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل فرم ثبت مشخصات جمعیت شناختی و بالینی، پرسشنامه روابط بین نسلی، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی بود. مشخصات جمعیت شناختی بیماران؛ سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، قومیت، مذهب، شغل، محل سکونت، تعداد فرزندان، وضعیت اسکان، میزان درآمد، منبع درآمد، وضعیت مسکن، مالکیت واحد مسکونی و مشخصات بالینی؛ بیماری مزمن فعلی، مدت ابتلا به بیماری مزمن، طول مدت بستری و داشتن بیماری خاص گردآوری شد.

- پرسشنامه روابط بین نسلی شکوهی و همکاران (۱۳۹۱) شامل ۲۸ گویه در سه بعد عاطفی، مالی و ابزاری و ۱۰ پرسش روابط بین نسلی است. پاسخ‌ها به صورت پنج تایی از دامنه اصلاً=۱، به ندرت=۲، بعضی مواقع یا توقعی از آنها ندارم=۳، اکثر اوقات=۴، همیشه=۵ است. حداکثر امتیاز در این مقیاس ۵۰ و حداقل امتیاز ۱۰ و کسب نمره به صورت کم، تا حدودی و زیاد است. هر چه امتیاز بیشتر باشد روابط بین نسلی بهتر است. جهت اعتبار شاخص‌ها و سؤالات این پرسشنامه از شیوه اعتبار محتوا و برای پایایی

درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ۰/۸۶ اعلام گردید [۲۲].

- پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی Sherbourne و Stewart (۱۹۹۱) دارای ۱۹ عبارت و پنج زیر مقیاس؛ حمایت ملموس، هیجانی، اطلاعاتی، مهربانی، تعامل اجتماعی مثبت است. این ابزار با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ وقت=۱ امتیاز، به ندرت=۲ امتیاز، گاهی اوقات=۳ امتیاز، اغلب=۴ امتیاز و همیشه=۵ امتیاز) است. پایین‌ترین امتیاز ۱۹ و بالاترین امتیاز ۹۵ است. نمره بالا بیانگر حمایت اجتماعی مطلوب است. تمنايي فر و منصوري نيك (۱۳۹۳) روایی و پایایی این ابزار را در ایران به تأیید رساندند [۲۳]. - پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان همتی مسلک پاک (۱۳۹۴) دارای ۴۰ پرسش در پنج بعد مراقبتی جسمی، روانه، عاطفی، اجتماعی و به هنگام بیماری است. پاسخ‌ها در طیف لیکرت چهار قسمتی (هرگز=۱ امتیاز، به ندرت=۲ امتیاز، گاهی مواقع=۳ امتیاز، اغلب=۴ امتیاز) است. کمترین نمره در این پرسشنامه ۴۰ و بیشترین آن ۱۶۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده توانایی بالاتر خودمراقبتی سالمند است. تعیین روایی محتوای پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان بر اساس قضاوت افراد متخصص دارای دانش و تجربه در حیطه‌های مختلف طراحی ابزار و دیگر متخصصان مرتبط انجام شده است. همچنین در تعیین روایی محتوا، از جدول لاوشه و شاخص روایی محتوای والتس و باسل استفاده شده است. هیرکاس و همکاران (۲۰۰۳) نمره ۰/۷۹ و بالاتر را برای پذیرش گویه‌ها بر اساس نمره شاخص روایی محتوا توصیه کرده‌اند [۲۴].

برای جمع‌آوری داده‌ها با توجه به وضعیت سالمندان، پرسش‌ها توسط پژوهشگر برای تمامی بیماران قرائت شد. هر زمان که بیماری اظهار خستگی کرد، زمان مصاحبه به وقت دیگری موکول شد.

تمامی اصول اخلاق در پژوهش از جمله کسب رضایت آگاهانه، محرمانه بودن هویت فردی و حق خروج از مطالعه رعایت شد. این مطالعه با کد اخلاق IR.GOUMS. REC.۱۳۹۸.۳۲۷ در دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌های کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و داده‌های کیفی با استفاده از جداول توزیع فراوانی توصیف شد. جهت مقایسه پذیر بودن میانگین‌ها، میانگین هم وزن شده برای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و حیطه‌های

فرزندان سالمندان جمع‌آوری شد. برای در نظر گرفتن همبستگی نمرات روابط بین نسلی فرزندان هر سالمند از تحلیل‌های معادلات خطی استفاده شد. در این تحلیل‌ها نیز ارتباط هر یک از حیطه‌های روابط بین نسلی و حیطه‌های خودمراقبتی به صورت جداگانه و پس از تعدیل تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و در سطح معناداری $P\text{-value} < 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۳۶۰ نفر از سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری در مراکز آموزشی درمانی بررسی شدند. ۶۰/۶ درصد آنها مرد، ۶۳/۶ درصد متأهل و ۶۸/۳ درصد ساکن شهرها بودند. ۴۴/۲ درصد با همسر و ۲۱/۴ درصد با فرزندان خود زندگی می‌کردند. ۹۷/۸ درصد آنها شاغل و ۳۳/۹ درصد دارای تحصیلات ابتدایی بودند. ۲۵/۳ درصد نیز پنج فرزند داشتند. میانگین سنی افراد نیز $70/1 \pm 8/38$ سال بود (جدول ۱).

هر یک از این ابزارها و همچنین برای روابط بین نسلی محاسبه شد. این میانگین از تقسیم نمرات آیتم‌های هر حیطه بر تعداد پرسش‌های آن حیطه به دست آمد. به عبارتی دیگر، برای حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی این میانگین نشان دهنده میانگین امتیاز در مقیاس ۱ تا ۵ و برای خودکارآمدی نشان دهنده میانگین امتیاز در مقیاس ۱ تا ۴ است. مقایسه میانگین هم‌وزن شده حیطه‌ها با میانه طیف نمرات هر حیطه نیز با استفاده از آزمون ویلکاکسون انجام شد. میانه طیف نمرات برای حیطه‌های حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی عدد $3 = 2/(1+5)$ و برای خودمراقبتی $2/5 = 1/(1+4)$ در نظر گرفته شد.

برای بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر خودمراقبتی از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. در این تحلیل‌ها تأثیر هر یک از حیطه‌های حمایت اجتماعی بر حیطه‌های خودمراقبتی پس از تعدیل تأثیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت اسکان، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات سالمند به صورت جداگانه انجام شد. اطلاعات مربوط به روابط بین نسلی برای هر یک از

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک سالمندان مبتلا به بیماری مزمن

متغیر	گروه‌ها	فراوانی / درصد
جنسیت	مرد	۲۱۸ (۶۰/۶)
	زن	۱۴۲ (۳۹/۴)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۲۹ (۶۳/۶)
	بیوه	۱۰۱ (۲۸/۱)
	مرد بدون زن	۳۰ (۸/۳)
محل سکونت	شهر	۲۴۶ (۶۸/۳)
	روستا	۱۱۴ (۳۱/۷)
وضعیت اسکان	به تنهایی	۵۹ (۱۶/۴)
	فقط با همسر	۱۵۹ (۴۴/۲)
	با فرزند	۷۷ (۲۱/۴)
	با همسر و فرزند	۶۵ (۱۸/۱)
شغل	شاغل	۳۵۲ (۹۷/۸)
	بیکار	۸ (۲/۲)
تعداد فرزندان	۱	۱۹ (۵/۳)
	۲	۴۲ (۱۱/۷)
	۳	۶۸ (۱۸/۹)
	۴	۷۱ (۱۹/۷)
	۵	۹۱ (۲۵/۳)
	۶	۶۹ (۱۹/۲)
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۷۰ (۱۹/۴)
	ابتدایی	۱۲۲ (۳۳/۹)
	راهنمایی	۸۷ (۲۴/۲)
	دیپلم	۳۰ (۸/۳)
	بیشتر از دیپلم	۵۱ (۱۴/۲)

جدول ۲: وضعیت حمایت اجتماعی، خودمراقبتی، روابط بین نسلی و ابعاد هر یک در سالمندان مبتلا به بیماری مزمن بستری

متغیر	حیطه	انحراف معیار $\pm$ میانگین		Pvalue
		خام	هم وزن شده	
حمایت اجتماعی	اطلاعاتی هیجانی	۳۵/۹۶ $\pm$ ۵/۲۸	۴/۵ $\pm$ ۰/۶۶	<۰/۰۰۱
	ملموس	۱۹/۲۱ $\pm$ ۲/۰۶	۴/۸ $\pm$ ۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	اجتماعی مثبت	۱۲/۶۷ $\pm$ ۲/۲۷	۴/۲ $\pm$ ۰/۷۶	<۰/۰۰۱
	مهربانی	۱۲/۴۶ $\pm$ ۲/۳۵	۴/۱۵ $\pm$ ۰/۷۸	<۰/۰۰۱
	کل	۸۵/۰۲ $\pm$ ۱۱/۳۱	۴/۷۲ $\pm$ ۰/۶۳	<۰/۰۰۱
	خودمراقبتی جسمی	۱۶/۸۹ $\pm$ ۳/۶۲	۱/۸۷ $\pm$ ۰/۴	<۰/۰۰۱
	خودمراقبتی روزانه	۱۵/۶۵ $\pm$ ۲/۶۲	۲/۶ $\pm$ ۰/۴۴	<۰/۰۰۱
	خودمراقبتی عاطفی	۱۰/۰۳ $\pm$ ۲/۰۶	۱/۶۷ $\pm$ ۰/۳۴	<۰/۰۰۱
	خودمراقبتی اجتماعی	۱۴/۶۹ $\pm$ ۲/۷۸	۱/۱۱ $\pm$ ۰/۲۳	<۰/۰۰۱
	خودمراقبتی بیماری	۱۳/۲۹ $\pm$ ۳/۰۳	۱/۴۷ $\pm$ ۰/۳۴	<۰/۰۰۱
روابط بین نسلی	کل	۷۰/۵۳ $\pm$ ۸/۸۴	۱/۷۶ $\pm$ ۰/۲۲	<۰/۰۰۱
	احترام		۴/۴ $\pm$ ۰/۶۲	<۰/۰۰۱
	درد دل		۳/۹۳ $\pm$ ۰/۶۸	<۰/۰۰۱
	اطلاعات		۴/۱ $\pm$ ۰/۶۸	<۰/۰۰۱
	حرف مشترک		۳/۴۷ $\pm$ ۰/۶۴	<۰/۰۰۱
	پول		۳/۵۱ $\pm$ ۰/۷۱	<۰/۰۰۱
	خرید کالا		۴/۵۰ $\pm$ ۰/۶۹	<۰/۰۰۱
	کمک مالی		۳/۳۰ $\pm$ ۰/۵۸	<۰/۰۰۱
	رسیدگی در زمان بیماری		۴/۵۹ $\pm$ ۰/۶۷	<۰/۰۰۱
	انتظار کار		۴/۵۸ $\pm$ ۰/۶۲	<۰/۰۰۱
	جابه‌جایی سالمند در شهر		۴/۲۸ $\pm$ ۰/۸۸	<۰/۰۰۱
	کل	۴۰/۷ $\pm$ ۴/۶	۴/۰۷ $\pm$ ۰/۴۶	<۰/۰۰۱

بعد جسمی، عاطفی، اجتماعی و بیماری به‌طور معناداری کمتر از میانه دامنه نمرات (۱ تا ۴) و میانگین بعد خودمراقبتی روزانه به‌طور معناداری بیشتر بود. از بین آیتم‌های روابط بین نسلی نیز حرف مشترک پایین‌ترین نمره و انتظار کار بالاترین و میانگین نمره تمام ابعاد به‌طور معناداری بیشتر از میانه دامنه نمرات (۱ تا ۵) بوده است.

بررسی (جدول ۲) نشان می‌دهد میانگین نمره هر چهار بعد حمایت اجتماعی و میانگین کل حمایت اجتماعی بیشتر از ۴ است و هر چهار بعد حمایت اجتماعی و نمره کل حمایت اجتماعی به‌طور معناداری بالاتر از میانه نمرات بودند. در مقابل، برای خودمراقبتی مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در بازه ۱/۱۱ تا ۲/۶۲ قرار دارد و میانگین نمرات چهار

جدول ۳: ارتباط بین حیطه‌های حمایت اجتماعی با حیطه‌های خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری

متغیر	ابعاد خودمراقبتی ^۱					کل
	جسمی	روزانه	عاطفی	اجتماعی	بیماری	
اطلاعاتی هیجانی	۰/۰۱	-۰/۰۲	-۰/۰۴**	-۰/۲۱***	-۰/۱۱***	-۰/۳۷***
ملموس	۰/۰۵	-۰/۰۵	-۰/۰۶	-۰/۴۶***	-۰/۳***	-۰/۷۳***
اجتماعی مثبت	۰/۰۰۶	-۰/۰۱	-۰/۰۷	-۰/۴***	-۰/۲۳***	-۰/۷۱***
مهربانی	-۰/۰۴	۰/۰۱	-۰/۱*	۰/۴۱***	-۰/۲۳***	-۰/۷۵***
کل	۰/۰۰۳	-۰/۰۰۷	-۰/۰۲**	-۰/۱***	-۰/۰۵***	-۰/۱۷***

ارتباطات نسبت به تأثیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت سکونت، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات سالمند تعدیل شد. ***p-value کمتر از ۰/۰۰۱، **p-value کمتر از ۰/۰۱، *p-value کمتر از ۰/۰۵.

مشابهی بر خودمراقبتی اجتماعی سالمندان داشته، ولی تأثیر حمایت اطلاعاتی - هیجانی کمتر بود. به طور کلی نیز حمایت اجتماعی ملموس، حمایت اجتماعی مثبت و مهربانی تأثیرات مشابهی بر خودمراقبتی داشتند که تأثیر آنها از تأثیر حمایت اطلاعاتی - هیجانی بیشتر بود.

بررسی (جدول ۳) نشان می‌دهد هیچ کدام از حیطه‌های حمایت اجتماعی بر خودمراقبتی جسمی و خودمراقبتی روزانه تأثیر معناداری نداشتند. حمایت اطلاعاتی - هیجانی و مهربانی بر خودمراقبتی عاطفی تأثیر منفی داشتند. حمایت اجتماعی ملموس، حمایت اجتماعی مثبت و مهربانی تأثیرات

جدول ۴: ارتباط بین حیطه‌های روابط بین نسلی با حیطه‌های خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن بستری

متغیر	ابعاد خودمراقبتی ^a				کل
	جسمی	روزانه	عاطفی	اجتماعی	بیماری
احترام	-۰/۱۷	-۰/۰۱	-۰/۳۸***	-۱/۲***	-۰/۸***
درد دل	-۰/۱۴	۰/۰۳	-۰/۲۵***	-۰/۸۳***	-۰/۵۳***
اطلاعات	-۰/۲۲**	۰/۰۸	-۰/۲۳***	-۰/۶۷***	-۰/۴۹***
حرف مشترک	-۰/۲۳**	۰/۰۴	-۰/۱۸***	-۰/۷۱***	-۰/۴۶***
پول	-۰/۲۵**	۰/۰۱	-۰/۱۶***	-۰/۴۲***	-۰/۳***
خرید کالا	-۰/۲**	۰/۰۲	-۰/۲۵***	-۱/۱۳***	-۰/۵۷***
کمک مالی	-۰/۲۳**	۰/۰۴	-۰/۱۵**	-۰/۲۸***	-۰/۳۲***
رسیدگی در بیماری	-۰/۲۴**	۰/۰۵	-۰/۲۵***	-۰/۵۱***	-۰/۳۷***
انتظار کار	-۰/۲۸**	۰/۰۴	-۰/۴۵***	-۰/۹۸***	-۰/۶۲***
جابه‌جایی سالمند در شهر	-۰/۱۷**	۰/۰۰۲	-۰/۱*	-۰/۳۵***	-۰/۲۵***
کل	-۰/۰۴***	۰/۰۰۶	-۰/۰۴***	-۰/۱۱***	-۰/۰۸***

ارتباط بین نسلی

α: ارتباطات نسبت به تأثیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت سکونت، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات سالمند تعدیل شد.
***: p-value کمتر از ۰/۰۵، **: p-value کمتر از ۰/۰۱

احترام فرزندان نسبت به والدین و خرید کالا بیشترین تأثیر منفی و برآورده کردن توقع کمک مالی و قرض دادن پول کمترین تأثیر منفی را بر خودمراقبتی دارند.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین کلی روابط بین نسلی تا حدی مطلوب است، در حالی که میانگین نمره حمایت اجتماعی و همچنین نمره خودمراقبتی سالمندان بالا بود. فرزندان از طریق روابط بین نسلی بر خود مراقبتی تأثیرگذار هستند به طوری که هر چه روابط بین نسلی بهتر باشد رفتارهای خودمراقبتی کاهش می‌یابد.

مطالعه‌ای که در ایران در خصوص روابط بین نسلی روی سالمندان انجام شد، نشان داد روابط بین نسلی سالمندان در حد متوسط بوده است [۲۲]، در حالی که روابط بین نسلی در مطالعه انجام شده روی سالمندان کشور چین و تایوان خوب و در حد متوسط به بالا گزارش شده است [۱۶، ۲۵]. نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌ها در مورد روابط بین نسلی متفاوت است و هیچ یک با نتیجه مطالعه حاضر

(جدول ۴) نشان می‌دهد احترام فرزندان نسبت به والدین و درد دل کردن والدین با فرزند تأثیری بر خودمراقبتی جسمی سالمندان ندارد. همچنین هیچ کدام از ابعاد روابط بین نسلی تأثیری بر خودمراقبتی روزانه ندارند. انتظار کار سالمند از فرزندان و احترام فرزندان نسبت به والدین بیشترین تأثیر منفی را بر خودمراقبتی عاطفی دارند، در حالی که جابه‌جایی سالمند در سطح شهر مثلاً رفتن به پزشک تأثیری بر خودمراقبتی عاطفی سالمندان ندارد. همه ابعاد روابط بین نسلی تأثیر معناداری بر خودمراقبتی اجتماعی دارند که در بین ابعاد بیشترین تأثیر منفی مربوط به احترام فرزندان نسبت به والدین و سپس برآورده کردن انتظار سالمندان از فرزندان جهت خرید کالا و کمترین تأثیرگذاری منفی مربوط به برآورده کردن توقع کمک مالی سالمند و قرض دادن پول بود. ابعاد روابط بین نسلی تأثیرات منفی و معناداری بر خودمراقبتی در بیماری سالمندان داشتند، در اینجا نیز بیشترین تأثیرگذاری مربوط به احترام فرزندان نسبت به والدین و کمترین تأثیرگذاری مربوط به قرض دادن پول و برآورده کردن توقع کمک مالی بود. در حالت کلی مشاهده شد که

همسو نیست. به نظر می‌رسد این مسئله می‌تواند به دلیل پیچیدگی مبحث روابط بین نسلی در خانواده باشد. در مطالعه Clarke و همکاران (۱۹۹۹) در خصوص انواع درگیری‌ها و تنش‌ها بین والدین و فرزندان بزرگسال تأکید شده است روابط بین نسلی پیچیده و چند بعدی است [۲۶]. بررسی ابعاد روابط بین نسلی در مطالعه حاضر نشان داد بیشترین مؤلفه مربوط به میزان برآورده کردن انتظار سالمندان از فرزندان جهت خرید کالا و کمترین مؤلفه آن مربوط به میزان برآورده کردن توقع کمک مالی است. کوششی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان عوامل تعیین‌کننده انتقالات بین نسلی والدین سالمند و فرزندان بزرگسال در شهر تهران به این نتیجه رسیدند والدین بیشتر حمایت مالی به فرزندان می‌دهند تا اینکه دریافت‌کننده باشند [۱۸].

نتایج یک نظرسنجی تلفنی نشان داد به رغم احساس فشار مالی، از هر سه نفر یک نفر برای نیازهایی مانند مواد غذایی و مسکن به والدین خود پول می‌دادند. ۳۲ درصد افراد ۴۰ تا ۶۴ ساله به طور منظم از والدین خود در یک سال گذشته حمایت مالی به عمل آورده بودند و از هر ۱۰ نفر چهار نفر (۴۲ درصد) قصد داشتند در آینده این کار را انجام دهند [۲۷]. مطالعه محمودیان و همکاران (۱۳۹۵) در خصوص مهاجرت فرزندان بر حمایت اجتماعی والدین سالمند نیز نشان داد که فرزندان ساکن شهر بیشترین حمایت مالی را از سالمند خود دارند [۲۸]. نتایج یک بررسی در جامعه اندونزی نیز ارتباط مثبتی بین سلامتی سالمندان و مهاجرت فرزندان نشان داد، مهاجرت یکی از بزرگترین منابع نابرابری بهداشتی میان سالمندان بوده است [۲۹]. علت تفاوت بین مطالعات مختلف می‌تواند ناشی از این باشد که سطح درآمدی فرزندان در حمایت مالی از والدین در جوامع مختلف متغیر است، در برخی از جوامع فرزندان به دلیل مشکلات اقتصادی خود قادر به کمک به سالمند خود نیستند، ولی در کنار آن سعی می‌کنند با برآورده کردن انتظار سالمندان از فرزندان جهت خرید کالا این مسئله را جبران کنند.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره حمایت اجتماعی بیماران در سطح بالا بود. حمایت اجتماعی در مطالعه Wu (۲۰۲۰) در حد بالا بوده است [۲۵]. نتایج یک مطالعه در پاکستان (۲۰۲۰) نیز نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده توسط خانواده و دوستان اثر قابل ملاحظه‌ای روی افسردگی سالمندان داشته

است [۳۰]. به نظر می‌رسد فرهنگ و ارزش‌های سنتی به ویژه در جوامع شرقی که بر فضیلت احترام و حمایت از سالمند تأکید دارد باعث می‌شود حمایت اجتماعی از سالمند در سطح بالا بماند. مطالعه حاضر نشان داد بیشترین مقیاس در بین مقیاس‌های حمایت اجتماعی، مربوط به مقیاس اطلاعاتی - هیجانی و کمترین مقیاس، مربوط به مقیاس مهربانی می‌باشد. نتایج یک مطالعه در سالمندان مبتلا به دیابت، ارتباط معنادار و منفی بین افزایش حمایت اجتماعی و کاهش فعالیت‌های خودمراقبتی را نشان داد [۳۱].

در پژوهش حاضر نمره کل خودمراقبتی در حد خوب بود. در مطالعه Ong-artborirak و همکاران (۲۰۱۹) ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بین گروه‌های اقلیت سالمند در تایلند متوسط [۳۲] و در مطالعه‌ای در تبریز و اردبیل توان خودمراقبتی سالمندان ضعیف گزارش شد [۳۴]. به نظر می‌رسد عوامل مختلفی روی میزان خودمراقبتی سالمندان در جمعیت‌های مختلف اثرگذار است. در مطالعه حاضر از بین ابعاد خودمراقبتی، بیشترین بعد خودمراقبتی جسمی و کمترین بعد عاطفی بوده است. در مطالعه اورکی و همکاران (۲۰۱۹) در خصوص اثربخشی آموزش توانمندسازی خودمراقبتی بر امید به زندگی و شادکامی و کیفیت زندگی سالمندان، ابعاد مسئولیت سلامت، تغذیه و مدیریت استرس از امتیاز بالاتری برخوردار بودند [۳۵]. پژوهش‌های انجام شده به ابعاد خودمراقبتی کمتر توجه کردند.

مطالعه حاضر نشان داد هر چه حمایت اجتماعی بیشتر باشد، خودمراقبتی در سالمندان کاهش می‌یابد. در بررسی حسینی زارع و همکاران (۱۳۹۳) نیز بین رفتارهای خودمراقبتی و حمایت اجتماعی سالمندان ارتباط گزارش شد [۳۶]. یافته‌ها دال بر آن بود که هر چه روابط بین نسلی کمتر باشد، نمره خودمراقبتی افزایش می‌یابد. در مطالعه آوازه و همکاران (۱۳۹۷) در خصوص توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط شبکه زندگی (همسر و فرزند) تأثیر معناداری روی توان خودمراقبتی نداشت [۳۷]، اما در مطالعه باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۵) شبکه زندگی (همسر و فرزند) بر میزان خودمراقبتی تأثیر معناداری داشت [۳۸]. پژوهش حاضر نشان داد فرزندان از طریق روابط بین نسلی بر خودمراقبتی تأثیرگذار هستند، به طوری که هر چه روابط بین نسلی بهتر باشد رفتارهای خودمراقبتی کاهش می‌یابد. لذا با این مطالعه همسو نیستند. خودمراقبتی بسته به وضعیت سلامت و تجارب زندگی فردی متفاوت است و در سال‌های اخیر با توجه به

پژوهشگر (دانشجو) پرسشنامه‌ها را برای همه واحدهای پژوهش قرائت کرد. حضور پژوهشگر به هنگام پاسخگویی ممکن است بر پاسخ آنها اثرگذار بوده باشد که به عنوان محدودیت این پژوهش در نظر گرفته می‌شود (اگرچه برای همه افراد پرسشنامه خوانده شد، از این رو اثر آن برای همه می‌تواند یکسان باشد).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد سالمندان مبتلا به بیماری مزمن با حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی قوی تر، خودمراقبتی کمتری داشتند. از نتایج این پژوهش می‌توان در جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری سالمندان مبتلا به بیماری مزمن و بهبود و حفظ سلامت آنان در خانواده بهره جست. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، مقایسه دو گروهی در سالمندان با بیماری مزمن از نظر سه متغیر حمایت اجتماعی و روابط بین نسلی و خودمراقبتی انجام شود.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی است و مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد اخلاق IR.GOUMS. REC.1398.327 است. از سالمندان گرامی برای مشارکتشان در این پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافع در این مطالعه وجود ندارد.

وضعیت اقتصادی و اجتماعی، سالمندان سعی دارند در زمینه خودمراقبتی از فرزندان خود مستقل باشند.

بررسی ارتباط بین هر یک از مقیاس‌های حمایت اجتماعی (اطلاعاتی - هیجانی، ملموس، اجتماعی مثبت و مهربانی) و روابط بین نسلی، نشان داد روابط بین نسلی بهتر بین فرزند و سالمند حمایت اجتماعی بالاتری را به همراه داشت. در مطالعه Wu، بزرگسالان مسن تری که از پشتیبانی اجتماعی به مراتب بالاتری برخوردار شدند، روابط بین نسلی قوی تر داشتند [۲۵]. در مطالعه Li و همکاران در خصوص ارتباط روابط بین نسلی و حمایت اجتماعی خانواده نشان می‌دهد سالمندانی که از روابط مثبت بین نسلی با فرزندان خود برخوردار هستند، حمایت اجتماعی کافی خانواده را تجربه می‌کنند [۱۶]. Jacobson و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند دریافت حمایت عاطفی بیشتر از فرزندان باعث می‌شود افراد سالمند با اعضای خانواده خود نزدیک‌تر شوند و در نتیجه سطح حمایت اجتماعی درک شده افزایش یابد [۳۹]. مطالعه شکوهی و همکاران (۱۳۹۱) در خصوص بررسی تأثیر روابط بین نسلی بر ترتیبات زندگی سالمندان نیز نشان می‌دهد که بین حمایت کل فرزند از سالمند و ترتیبات زندگی رابطه معناداری وجود دارد، سالمندانی که مستقل از فرزندان خود زندگی می‌کنند از حمایت کل بیشتری برخوردارند [۲۲]. به نظر می‌رسد که اگرچه در طول سال‌ها روابط بین نسلی به دلیل مشکلات متعدد اقتصادی و اجتماعی و همچنین کوچک شدن خانواده‌ها دستخوش تغییر شده است، اما فرزندان همچنان نسبت به نقش خود در حمایت از سالمندان متعهد هستند.

از آنجایی که نمونه‌ها سالمند بودند جهت رعایت حال آنان،

References

1. Supporting older patients with chronic conditions. nih: national institute on aging. Received from: <https://www.nia.nih.gov/health/supporting-older-patients-chronic-conditions> (accessed: December 9, 2020)
2. Jaul E, Barron J. Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. Front Public Health. 2017; 11;5:335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
3. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. American heart association council on cardiovascular and

- stroke nursing; council on peripheral vascular disease; and council on quality of care and outcomes research. self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the american heart association. J Am Heart Assoc. 2017; 31;6(9):e006997. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>
4. Akhundzadeh G, Pagheh F, Safaei R. The relationship of daily spiritual experience with self-care among the elderly in Gonbad-e-Kavos city, Iran, in 2017. JRRS.2018; (14)5: 289-295.
5. Mohebi S, Parham M, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohammadbeigi A, Rajati F. Relationship

- between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *J Educ Health Promot.* 2018 3;7:48. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_73_17
6. Taylor S.E., Sherman D.K., Kim H.S., Jarcho J., Takagi K., Dunagan M.S. Culture and social support: who seeks it and why?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004; 87(3): 354-362. d <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.3.354>
7. Hekmatipour N, Taheri N, Hojjati H, Rabiee Sh. The relationship between social support and the quality of life of the elderly with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing.* 2015; 1(3): 42- 50
8. Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F, Farhadi A. The role of social support in adherence to treatment regimens: experiences of patients with chronic diseases. *Med Surg Nurs J.* 2018; 7(1):e69646. <https://doi.org/10.5812/msnj.69646>
9. Institute of Medicine (US) committee on health and behavior: research, practice, and policy. health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. 5, Individuals and Families: Models and Interventions. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43749>
10. Moghadam K, Mansour-Ghanaei R, Esmailpour-Bandboni M, Atrkar-Roshan Z. Investigating the relationship between social support and quality of life in the elderly. *J Educ Health Promot.* 2020; 31;9:215. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_149_20
11. Sarla E, Lambrinou E, Galanis P, Kalokairinou A, Sourtzi P. Factors that influence the relationship between social support and health-related quality of life of older people living in the community. *Gerontol Geriatr Med.* 2020; 25;6: <https://doi.org/10.1177/2333721420911474>
12. Aghajani A, Nazari A M, Zahrakar K. Study of psychological distresses in married children caring for their aging parents: a qualitative study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2018; 13 (3): 346-361. [Persian] <https://doi.org/10.32598/sija.13.3.346>
13. Committee on family caregiving for older adults; Board on health care services; Health and Medicine division; National academies of sciences, Engineering, and Medicine; Schulz R, Eden J, editors. *Families Caring for an Aging America.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Nov 8. 3, Family Caregiving Roles and Impacts. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398>
14. Bai X. Development and validation of a multidimensional intergenerational relationship quality scale for aging chinese parents. *Gerontologist.* 2018; 3; 58(6): e338-e348. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx156>
15. Carr D., Utz RL. Families in later life: A decade in review. *Journal of Family and Marriage.* 2020; 82(1):346-363 <https://doi.org/10.1111/jomf.12609>
16. Li C, Jiang S, Zhang X. Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A structural equation modeling analysis. *Journal of affective disorders.* 2019; 248:73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.032>
17. Hesari A. Patterns and determinants of elderly parents and adult children intergenerational transfers in the city of Tehran. 3rd International Conference on Aging & Gerontology. *J Aging Sci.* 2018; 18-19, | Atlanta, USA. Posters & Accepted Abstracts.
18. Koosheshi M, Hesari A. Determinants of intergenerational transfers between elderly parents and adult children in the city of Tehran. *Quartely Journal of Socio-Cultural Development Studies (SCDS)* 2018; 7 (2):91-117. [Persian]
19. Chehrehgosha M, Jouybari L, Enayat F, Sanagoo A, Taghvakhish B, Ardjomand Hessabi M. Exploring the viewpoint and experience of college students about living with grandparents. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2016; 11 (3): 416-423. [Persian] <https://doi.org/10.21859/sija-1103416>
20. Wang J, Wang X. Structural equation modeling: Applications using Mplus: John Wiley & Sons; 2019. <https://doi.org/10.1002/9781119422730>
21. Bagheri Lankarani N, Azin A, Sadighi J, Jahangiri K, Aeenparast A, Omidvari S, et al. Chronic diseases in a population-based study: Iranian health perception survey (IHPS). *Payesh.* 2011; 10 (3):391-395. [Persian]
22. Shokoohi Sh, Kooshi M, Zakai M, Kabari S. Investigating the effect of intergenerational relations on the living arrangements of the

- elderly aged 60 and over in Shiraz 2012. Master Thesis in Demography. 2012; 137. [Persian]
23. Tamannaefar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. Quarterly Journal of Research and Planning in Higer Education (IRPHE). 2014; 20 (1):149-166. [Persian]
24. Hemmati Maslak Pak M, Hashemlo L. Design and psychometric properties of a self-care questionnaire for the elderly. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2015; 10 (3): 120-131. [Persian]
25. Wu H-Y., Chiou A-F. Social media usage, social support, intergenerational relationships, and depressive symptoms among older adults. Geriatr Nurs. 2020; 41(5):615-621. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.016>
26. Clarke EJ, Preston M, Raksin J, Bengtson VL. Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. Gerontologist. 1999; 39(3): 261-70. <https://doi.org/10.1093/geront/39.3.261>
27. Skufca, Laura. A survey of midlife adults providing financial support to family members. Washington, DC: AARP Research, January 2020. <https://doi.org/10.26419/res.00366.001>
28. Mahmoudian H., Zarghami H. Effects of child migration on social support of rural elderly parents. Rural Research. 2016; 7 (1): 29-53. [Persian]
29. Kuhn R, Everett B, Silvey R. The effects of children's migration on elderly kin's health: a counterfactual approach. Demography. 2011 Feb;48(1):183-209. <https://doi.org/10.1007/s13524-010-0002-3>
30. Tariq A, Beihai T, Abbas N, Ali S, Yao W, Imran M. Role of perceived social support on the association between physical disability and symptoms of depression in senior citizens of Pakistan. Int J Environ Res Public Health. 2020; 25;17(5):1485. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051485>
31. Ahmad Sharoni SK, Shdaifat EA, Mohd Abd Majid HA, Shohor NA, Ahmad F, Zakaria Z. Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. Malays Fam Physician. 2015;10(1):34-43. PMID: 26425293; PMCID: PMC4567891.
32. Ong-artborirak P, Seangpraw K. Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of Thailand. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2019; 12: 1: 1049-1059. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S227617>
33. Tabrizi JS, Behghadami MA, Saadati M, Söderhamn U. Self-care ability of older people living in urban areas of Northwestern Iran. Iran J Public Health. 2018;47(12):1899-1905.
34. Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kalteh E, Gholizadeh B. The Study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in 2018. Journal of Health and Care (JHC). 2019; 21 (2):135-144. [Persian] <https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.135>
35. Oraki M, Mehdizadeh A, Dortaj A. The Effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in Iranian elderly care centers in Dubai. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019; 14 (3): 320-331.
36. Hosseini zare S M, Movahed E, Pourreza A, Rahimi Foroshani A. The effect of social support on the health of the elderly in Tehran. Journal of Hospital (JHOSP). 2015; 13(4):115-121. [Persian].
37. Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kolteh, Gholizadeh B. Evaluation of self-care capacity and its related factors in the elderly with chronic diseases in 1397. Journal of Health and Care. 2018; 21 (2): 135-144. [Persian] <https://doi.org/10.29252/jhc.21.2.135>
38. Bagheri Nesami M, Goudarzian A, Ardeshtiri M, Babaie Holari M. Self-care behavior and its related factors in the community-dwelling elderlies in Sari, 2014. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 4 (4): 48-56. [Persian]
39. Jacobson NC, Lord KA, Newman MG. Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. Journal of Affective Disorders. 2017;211:83-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.011>