

عوامل مرتبط با احساس آسایش سالمندان (مطالعه شهر سبزوار)

حسین قدرتی^۱، منیژه محمدیان^۲، احمد محمدپور^۳، حسین افراسیابی^۴

(تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۲۰، تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۱۳)

چکیده

سالمندان در ایران معاصر به دلیل تغییرات جمعیت‌شناختی بخش بزرگی از جامعه ایران به‌شمار می‌آیند. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر احساس آسایش سالمندان انجام گرفته است. این پژوهش به شیوه پیمایشی با کمک پرسش‌نامه درباره ۴۰۰ نفر از سالمندان در شهر سبزوار صورت گرفت. براساس یافته‌های این پژوهش بین متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد، وضعیت مسکن، تسهیلات زندگی، اعتقادات مذهبی، تندرستی، شغل، عزت نفس و کیفیت زندگی با احساس آسایش سالمندان رابطه وجود دارد. بر اساس نتایج رگرسیون چندمتغیره از بین کل متغیرهای مستقل، متغیرهای عزت نفس، اعتقادات مذهبی، کیفیت زندگی و تسهیلات زندگی رابطه مستقیم با احساس آسایش داشتند و قادر بودند ۵۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کنند. متغیر عزت نفس بیشترین تأثیر مستقیم را بر احساس آسایش سالمندان داشت (۰/۶۰) و بیشترین تأثیر کل متعلق به متغیر تسهیلات زندگی (۰/۳۶) است که نشان می‌دهد هنوز نیازهای اولیه مادی سالمندان تأمین نشده است.

واژگان کلیدی: احساس آسایش، سالمندان، سبزوار.

1. استادیار جامعه‌شناسی مرکز پژوهشی مطالعات جغرافیایی و اجتماعی حکیم سبزواری

hosseineghodrati@gmail.com

mohamdi_56@yahoo.com

2. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه شیراز

a.mohammadpur@basu.ac.ir

3. استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه بوعلی‌سینا همدان

hossein.afraasiabi@gmail.com

4. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره ششم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۱

مقدمه و طرح مسئله

بهبودی^۱ همواره محور اصلی توجه انسان‌ها بوده است. «در طول تاریخ، فیلسوفان و رهبران مذهبی معتقد بودند ویژگی‌هایی مانند عشق،^۲ عقل^۳ و عدم وابستگی^۴ از عناصر خشنودی است» (دینر و دیگران، ۲۰۰۵: ۶۳). توجه به سلامتی^۵ همواره محور اصلی شکل‌گیری علوم بهداشتی است (بوستون و دیگران، ۲۰۰۱). سلامت جسم جایگاهش را از سال‌های اولیه پیدایش حیات انسانی یافته است (سالار و احمدی، ۱۳۸۲). در کنار سلامت جسم، به سلامت روح نیز توجه شده است (مک‌کینلی، ۲۰۰۱b؛ ۲۰۰۳). دینر به نقل از اینگلهارت بیان می‌کند: «همچنان‌که نیازهای مادی افراد برآورده می‌شوند افراد به چیزهای فرامادی می‌اندیشند» (دینر، ۲۰۰۰: ۳۴). کار، در کتاب روان‌شناسی مثبت،^۶ بهبودی^۷ را معادل شادمانی می‌داند: بهبودی^۷ ذهنی بیان روان‌شناختی مثبت است که به وسیله سطح بالایی از رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و سطح پایینی از عاطفه منفی مشخص می‌شود (کار، ۲۰۰۴). بهبودی^۷ ذهنی سازه‌ای روان‌شناختی است که کمتر کسی می‌تواند تعریفی جامع از آن ارائه دهد (مایرز و دینر، ۱۹۹۵). بهبودی^۷ ذهنی قضاوت مردم درباره خود و موقعیتشان است (سیگریست، ۲۰۰۳) و رسیدن به شادمانی^۸ هدف انسان‌هاست.

در سیر تاریخ جوامع، انتقال جمعیت‌شناختی^۹ نتایج اجتناب‌ناپذیری داشت (سازمان ملل، ۲۰۰۱: ۳۷) که سالمندی^{۱۰} از جمله آن‌هاست. کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی منجر به افزایش سالمندان شد که نشانگر فرهنگ یک ملت‌اند (شامن و دیگران، ۱۹۹۳: ۲۳). در قرن ۱۷ میلادی، یک‌درصد جمعیت دنیا بالای ۶۵ سال بودند (همیلتون، ۲۰۰۰) و پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمند از ۱۸/۳ درصد در ۱۹۹۵ به ۳۱/۲ درصد در ۲۰۵۰ برسد و در ملل در حال توسعه از ۷/۳ درصد به ۱۹/۲ درصد افزایش یابد (بینستاک و گورگ، ۲۰۰۱: ۷۴). در ایران نیز هرم سنی جمعیت در حال تحول است (میرزایی، ۱۳۸۳) و با تجربه گذار

1. Well-Being
2. Love
3. Wisdom
4. Non attachment
5. Health
6. Positive Psychology
7. Subjective Well-Being
8. Happiness
9. Demographic transition
10. Aging

جمعیت‌شناختی، سالمندان جمعیت بزرگی را به خود اختصاص می‌دهند که بررسی وضعیت زندگی آن‌ها به‌عنوان بخش آسیب‌پذیر جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است.

این مطالعه در جهت کمک به ارتقای احساس آسایش سالمندان صورت گرفته است. مسئله اساسی تحقیق این است که عوامل مرتبط با احساس آسایش کدام‌اند؟ بنابر این مسئله، ضرورت انجام این تحقیق عمدتاً در فقدان مطالعات تجربی در زمینه احساس آسایش سالمندان در ایران و به طور خاص در شهر سبزوار خلاصه می‌شود. از این رو، این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را در زمینه بهبود روش‌شناسی مطالعه احساس آسایش و برنامه‌ریزی به منظور ارتقای احساس آسایش شهروندان شهر سبزوار فراهم کند. به همین منظور، با هدف سنجش و ارزیابی احساس آسایش سالمندان در شهر سبزوار سه پرسش اصلی مطرح شده است:

- الف) میزان احساس آسایش با توجه به معرف‌های مختلف مربوط به قلمروهای جمعیتی (سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات)، اجتماعی (مشارکت اجتماعی، اعتقادات مذهبی، شغل، تندرستی، رضایت از خدمات اجتماعی)، اقتصادی (سطح درآمد، مسکن و تحصیلات زندگی) و متغیرهای بینابین (عزت نفس و کیفیت زندگی)؛ در شهر سبزوار چگونه است؟
- ب) کدام خصوصیات جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و متغیرهای بینابین شامل کیفیت زندگی و عزت نفس تغییرات احساس آسایش سالمندان را در شهر سبزوار تبیین می‌کنند؟
- ج) کدام معرف بیشترین تأثیر را در احساس آسایش ذهنی سالمندان در شهر سبزوار دارد؟

پیشینه و چارچوب نظری

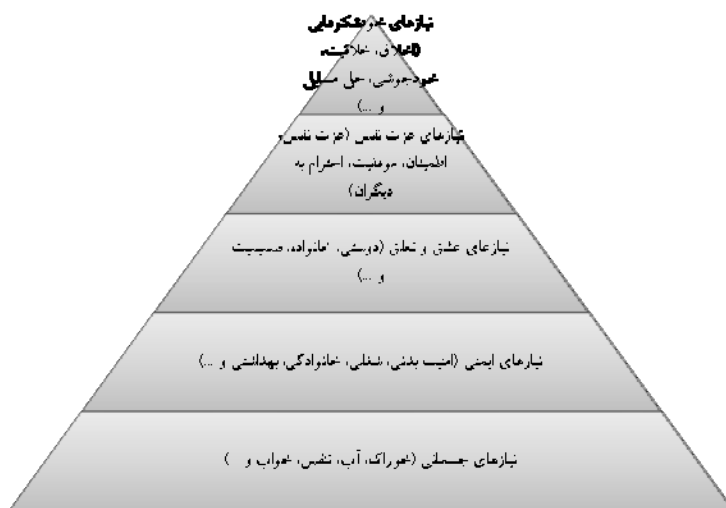
بازنگری ادبیات باعث برقراری ارتباط بین موضوع با بررسی‌های گذشته می‌شود (میلر، ۱۹۹۱). در سال ۱۹۳۰ داج متذکر شد که در زمینه شادمانی بجز مطالب موجود در یونان باستان مباحث جدیدی وجود ندارد (ویلسون، ۱۹۶۷). ویلسون توجه به این شکاف را نقطه آغازین بررسی احساس آسایش می‌داند (همان).

احساس آسایش نوعی وضعیت احساسی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است و می‌تواند از سلامتی تا احساس رضایت از زندگی را دربرگیرد (سلیگمن، ۱۹۹۸). اهمیت پرداختن به احساس آسایش در مطالعات گوناگون خارجی نشان داده شده است. بدین‌گونه که افراد شاد هیجان‌ات مثبت‌تری از خود بروز می‌دهند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند (اویستر، ۲۰۰۰). درآمد بالا و پول عامل ارتقای احساس آسایش شناخته شده است (سو و دیگران، ۱۹۹۸). رابطه مستقیم و معناداری نیز در زمینه کار و

احساس آسایش به دست آمده است (سیکزنتمیهای،^۱ ۱۹۷۵). مطالعات متعددی بر ارتقای رضایت از زندگی به وسیله ارضای نیازها تأکید کرده‌اند (اومودی و ورینگ، ۱۹۹۰؛ دینر، ۲۰۰۵؛ میچالوس، ۱۹۸۵؛ هیگینز، ۱۹۸۷). کمپل و همکارانش (۱۹۷۶) در مطالعه‌ای که انجام داده‌اند نتیجه گرفتند که متغیرهای جمعیتی کمتر از ۲۰ درصد احساس آسایش را پیش‌بینی می‌کنند. روزن (۱۹۸۲) نیز به تأثیر مثبت آداب مذهبی در سازگاری با مشکلات اشاره کرده است. در همین باب، هادیان‌فرد در سال ۱۳۸۱ مقاله‌ای درباره «احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان» منتشر و نتیجه‌گیری کرد که ۵۸ درصد واریانس متغیر وابسته (احساس آسایش) توسط عمل به باورهای دینی قابل تبیین است (هادیان‌فرد، ۱۳۸۱). نیز غباری‌بناب در پژوهشی با عنوان «روش‌های مقابله مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روان» رابطه معنی‌داری بین توکل به خدا و صبر و تحمل و آسایش درونی پیدا کرده است (غباری‌بناب، ۱۳۸۰). همچنین قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی تحت عنوان «اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر احساس آسایش و سلامت روان» نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناخت-رفتاری شکل گرفته، شاخص بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد. با وجود اهمیت بررسی بهزیستی ذهنی و ضرورت کمک به ارتقای بهزیستی ذهنی و پیش‌گیری از کاهش سلامتی اجتماعی، به نظر می‌رسد فقدان تحقیقات مناسب در ایران برای شناسایی ابعاد مختلفی که می‌تواند در ارتقای احساس آسایش سالمندان کمک کند فاصله عمیقی بین نظریه و تحقیق عملی ایجاد کرده است. مروری بر ادبیات خارجی نیز نشان داد که علی‌رغم تحقیقات بسیاری که در زمینه احساس آسایش انجام شده است، اکثرشان به بررسی ارتباط یک متغیر با احساس آسایش پرداخته‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر احساس آسایش سالمندان شهر سبزوار انجام شده است.

در این بررسی از نظریات کنش متقابل نمادین و نیازهای سلسله‌مراتبی مازلو استفاده شده است. کنش متقابل نمادین به بررسی چگونگی رابطه فرد و جامعه (گیدنز، ۱۳۸۱؛ ترنر، ۱۳۷۵) می‌پردازد. در این مکتب جامعه‌شناسان به جای تمرکز بر فرایندها و ساخت‌های کلان نظیر تضاد طبقاتی، طبیعت اندام اجتماعی و... به مطالعه فرایندهای کنش اجتماعی و نتایج آن برای فرد و جامعه توجه کردند (ترنر، ۱۳۷۵: ۲۰۷). براساس این نظریه، ضمن مطالعه رفتار ظاهری فرد، حالات و شرایط درونی افراد نیز باید مورد بررسی قرار گیرند. مازلو نیز، با مطرح کردن نیازهای اساسی انسانی، آن‌ها را در قالب پنج نیاز عمده دسته‌بندی کرد. آرایش این نیازها به شکل

سلسله‌مراتبی است که عبارت‌اند از: نیازهای جسمانی، نیازهای ایمنی، نیازهای تعلق و عشق، نیازهای عزت نفس و نیازهای خودشکوفایی (مازلو، ۱۳۷۲: ۷۱).



شکل ۱. سلسله‌مراتب نیازها از نظر مازلو

از نظر مازلو، شرایط اجتماعی موجب برآورده شدن یا نشدن نیازها می‌شوند و این موجب نگرش‌های خاصی در فرد می‌گردد (مازلو، ۱۳۸۱). این نیازها در هر مرحله، زمانی تحقق می‌یابند که نیازهای مرحله قبل برآورده شده باشند (شولتس، ۱۳۶۹: ۱۱۷). با ادغام نظریات فوق چارچوب نظری ترکیبی تدوین شد که در آن کنش متقابل نمادین غالب است. نظریه مذکور، که بیشتر بر عوامل بیرونی تأکید دارد، به‌عنوان نظریه اصلی این پژوهش در نظر گرفته شده است.

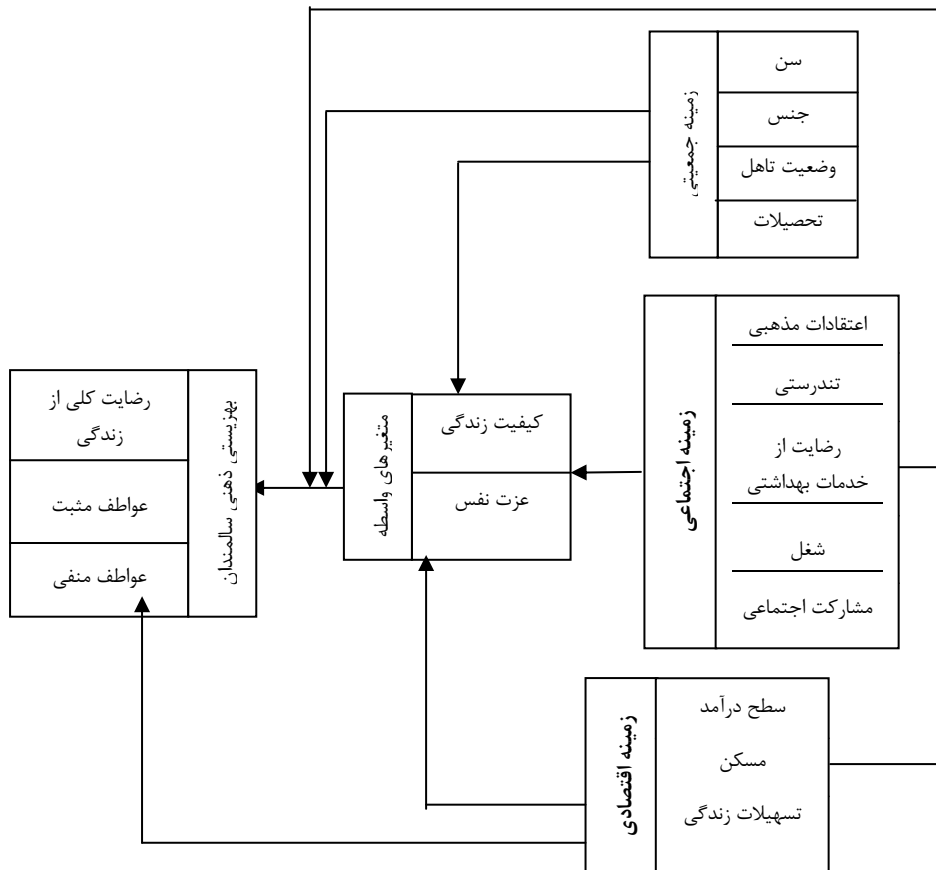
در این پژوهش، با در نظر گرفتن و تکیه بر نظریه مازلو، فرض بر آن است که ارضای نیازهای جسمانی و عزت نفس باعث ارتقای احساس آسایش سالمندان می‌شود. متغیر عزت نفس و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیرهای بینابینی در نظر گرفته شده است که تحت تأثیر عوامل دیگری که بر آن تأثیر می‌گذارند می‌تواند بر احساس آسایش افراد مؤثر باشد. و باین معنی بود عزت نفس همان بازتاب حرمتی است که دیگران برای انسان قائل می‌شوند. در نتیجه اگر شخص به دلیل عدم توفیق در کوشش‌های رقابت‌آمیز موردپسند جامعه چنین حرمتی را به دست نیاورد، از فقدان عزت نفس رنج خواهد برد. پس، انگیزه تلاش وقفه‌ناپذیر در فرهنگی رقابت‌آمیز در هراس از دست‌دادن عزت نفس ریشه دارد. وی اشاره می‌کند که «آن افرادی از اجتماع که از نظر میزان متعارف و پذیرفته‌شده لیاقت یا مالکیت در جامعه قدری کم می‌آورند و در چشم اعضای دیگر اجتماع احترامشان را از دست

می‌دهند، در احترام خودشان نیز دچار کمبود می‌شوند. زیرا مبنای معمولی احترام به نفس همان احترامی است که نزدیکان برای انسان قائل می‌شوند» (کوزر، ۱۳۷۷: ۳۶۱).

در سال ۱۹۶۷، ویلسون در مقاله‌ای با عنوان «همبسته‌های پذیرفته‌شده شادمانی» به بررسی احساس آسایش می‌پردازد و در آن مقاله برطبق یافته‌هایش بیان می‌کند که ویژگی‌های جوانی، سالم‌بودن، تحصیل کرده‌بودن، مذهبی‌بودن، خوش‌بینی، برون‌گرایی، مضطرب‌نبودن، تأهل، نوع جنسیت، داشتن عزت نفس بالا و هوش بر شادمانی تأثیر دارد. این نظریه تا حد زیادی با نظریه مازلو همخوانی دارد، ولی در این نظریه نیز به متغیرهایی اشاره شده که در نظریه مازلو اشاره مستقیمی به آن‌ها نشده است. از این نظریه هم در چارچوب نظری تحقیق استفاده شده است.

با تکیه بر نظریات فوق، متغیرهای جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و بینابینی از نظریه مازلو و ویلسون انتخاب و بررسی شدند.

شکل ۲. مدل تجربی تحقیق



روش تحقیق

تحقیق حاضر در سال ۱۳۹۰ با روش پیمایشی در شهر سبزوار انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمام افراد ۶۰ ساله و بالاتر است که در شهر سبزوار ساکن هستند. جمعیت سبزوار در سال ۱۳۸۵ برابر ۲۰۸۱۷۲ نفر است که ۴۱۹۶۹ نفر بالای ۶۰ سال هستند از این تعداد ۲۰۶۹۲ نفر زن و ۲۱۲۷۷ نفر مرد هستند.

اندازه نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول کوکران $n = \frac{Nt^2 pq}{(N-1)d^2 + t^2 pq}$ به

دست آمده است. با جای گذاری اعداد تعداد نمونه برای جمعیت سالمند سبزوار با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ۴۰۰ نفر احتساب شده است.

با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای، ۴۰۰ نفر از سالمندان مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این تحقیق برای سنجش احساس آسایش از پرسش نامه رضایت کلی از زندگی^۱ (SWLS)، عواطف مثبت و منفی واتسون^۲، کلارک^۳ و تله گن (PANAS)^۴ و جهت اندازه گیری عزت نفس از پرسش نامه استاندارد کوپر اسمیت^۵ استفاده شده است. برای بقیه متغیرها از پرسش نامه محقق ساخته استفاده شده است.

ضریب آلفای کرونباخ رضایت از زندگی ۰/۸۷ (دینر و دیگران، ۱۹۸۵)، عاطفه مثبت (PA) ۰/۹۰ و عاطفه منفی (NA) ۰/۸۷ (واتسون و دیگران، ۱۹۸۸) گزارش شده است. درباره بررسی و آزمون پایایی برای فرم فارسی پرسش نامه رضایت از زندگی و عواطف مثبت و منفی که تغییراتی در این تحقیق در مورد این پرسش نامه ها اعمال شده است (تحت نظر استادان) آلفای کرونباخ دوباره محاسبه شد که مقادیر آن در جدول زیر مشاهده می شود. آلفای کرونباخ برای رضایت از زندگی ۰/۷۱، برای عواطف مثبت ۰/۷۳ و برای عواطف منفی ۰/۷۰ محاسبه شده است. با توجه به اینکه آلفای بالای ۰/۷۰ از نظر آماری برای پایایی هر طیفی مورد قبول است و با توجه به یافته های تحقیق در این مطالعه، احساس آسایش و ابعاد آن از پایایی مطلوبی برخوردار است.

1. Satisfaction with life scale
2. Watson
3. Clark
4. Positive affect and negative affect schedule
5. Cooper Smith

جدول ۱. آزمون پایایی احساس آسایش

ابعاد	تعداد نمونه	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
رضایت از زندگی	۴۰۰	۵	۰/۷۱
عواطف مثبت	۴۰۰	۷	۰/۷۳
عواطف منفی	۴۰۰	۷	۰/۷۰
طیف کلی	۴۰۰	۱۹	۰/۷۵

برای بررسی پایایی دیگر طیف‌ها (متغیرهای مشارکت اجتماعی، عزت نفس، کیفیت زندگی و اعتقادات مذهبی) به ترتیب میزان پایایی‌شان محاسبه شده است که در جدول زیر آورده شده است. همان‌طور که در جدول آمده است، میزان آلفای محاسبه‌شده برای همه متغیرها بالاتر از ۰/۷۰ است که نشان‌دهنده برخورداری طیف‌ها از میزان قابل قبولی از پایایی است.

جدول ۲. آزمون پایایی متغیرهای مشارکت اجتماعی، عزت نفس، علاقه به محل زندگی و کیفیت زندگی

ابعاد	تعداد نمونه	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
عزت نفس	۴۰۰	۱۴	۰/۷۱
مشارکت اجتماعی	۴۰۰	۲	۰/۷۱
کیفیت زندگی	۴۰۰	۶	۰/۷۴
اعتقادات مذهبی	۴۰۰	۴	۰/۷۳
طیف کلی	۴۰۰	۲۶	۰/۸۰

در این تحقیق از آمار استنباطی و آمار توصیفی استفاده شده است. برای تحلیل از نرم‌افزار اس پی اس اس استفاده شده است. در جدول‌ها از شاخص‌های وصفی برای توصیف داده‌ها و خصوصیات اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی آزمودنی‌های مورد بررسی استفاده به عمل آمده است. سپس با استفاده از آمارهای استنباطی، فرضیه‌های تحقیق به بوتۀ آزمایش گذاشته شد. تحلیل و آزمون فرضیات و استفاده از آمارها بستگی به سطح سنجش متغیرهای مستقل و وابسته داشته است.

تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

تعریف نظری و عملیاتی متغیر وابسته

تعاریف نظری سالمندی: سالمندی فرایندی ادامه‌دار از رشد و رو به کاستی رفتن است که هردو این‌ها از موقع تولد شروع می‌شود. فعالیت باعث نیرومندی عضلات و عصب‌ها می‌شود و متقابلاً عدم فعالیت هم باعث تحلیل رفتن^۱ عضلات می‌شود (سابلی، ۲۰۰۳).

تعریف عملیاتی سالمندی: در این تحقیق افراد ۶۵ سال به بالا، طبق تعریف سازمان ملل، سالمند در نظر گرفته شده‌اند.

تعریف نظری بهزیستی ذهنی: بهزیستی ذهنی عبارت است از: رضایت از زندگی (قضاوت کلی درباره زندگی)، رضایت از ابعاد خاصی از زندگی (مانند رضایت از کار و غیره)، عاطفه مثبت (تجربه کردن بسیاری هیجانانگیز و خلقیات خوشایند) و سطح پایینی از عاطفه منفی (تجربه کردن تعداد کمی هیجانانگیز و خلقیات ناخوشایند) (دینر، ۲۰۰۰: ۳۵).

تعریف عملیاتی بهزیستی ذهنی: بهزیستی ذهنی سه مؤلفه دارد: ۱. مؤلفه رضایت از زندگی، که از مقیاس رضایت از زندگی^۲ حاصل شد. ۲. عاطفه مثبت، که در این مطالعه برابر با نمره‌ای است که از مقیاس عاطفه مثبت پاناس^۳ به دست آمد. و ۳. عاطفه منفی، که در این مطالعه برابر با نمره‌ای است که از مقیاس عاطفه منفی پاناس محاسبه شد.

تعریف نظری و عملیاتی عوامل بینابینی

در نظریه‌های فوق، شاخص‌های کیفیت زندگی و عزت نفس به‌عنوان عوامل بینابینی مطرح شدند که بر بهزیستی ذهنی افراد تأثیر داشتند.

تعریف نظری عزت نفس: آلن کار (۲۰۰۴: ۲۰۴) به نقل از ویلیام جیمز عزت نفس را چنین تعریف می‌کند: «عزت نفس همان احساس ارزش در خود است که از نسبت موفقیت‌های واقعی به دعوی و ادعاهای نشئت می‌گیرد».

تعریف عملیاتی عزت نفس: در این تحقیق عزت نفس با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد کوپر اسمیت و با تطبیق با جامعه و فرهنگ مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

تعریف نظری کیفیت زندگی: درک فرد از زندگی خود و موقعیتش در زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی‌ای که او در بستر آن زندگی و تعامل می‌کند و همچنین کیفیت

1. Atrophy
2. swls
3. panas

زندگی، با اهداف، انتظارات و استانداردهای موردنظر وی درباره زندگی در ارتباط است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲).

تعریف عملیاتی کیفیت زندگی: منظور این است که زندگی خصوصی فرد چگونه است. در اینجا موفقیت در کار، زندگی موفق و میزان حمایتی که افراد از ناحیه فرزندان و اطرافیان دیگر احساس می‌کنند مورد بررسی قرار گرفت.

زمینه‌های جمعیتی

جنس: منظور از جنس، زن و مرد بودن فرد سالمند بوده است که در سطح اسمی سنجیده شده است. سن: منظور از سن، تعداد سال‌هایی است که فرد تاکنون زندگی کرده است یا تعداد سال‌هایی که از تولد فرد گذشته است. این متغیر در سطح فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است. تحصیلات: این متغیر دربرگیرنده داشتن یا نداشتن سواد خواندن و نوشتن سالمند است. این متغیر در سطح اسمی سنجیده شده است. وضعیت تأهل: این متغیر به وضعیت فرد سالمند از نظر تأهل اشاره دارد. از این متغیر در سطح اسمی سنجش به عمل آمده است.

زمینه‌های اجتماعی

همان‌طور که ذکر شد، در این پژوهش شاخص‌های تندرستی، اعتقادات مذهبی، رضایت از خدمات بهداشتی، شغل و مشارکت اجتماعی به‌عنوان زمینه‌های اجتماعی در نظر گرفته شده‌اند. تندرستی: وضعیت سلامتی افراد سالمند مورد سؤال قرار می‌گیرد، اینکه خود را فرد سالمی می‌پندارند یا نه؟ این متغیر در سطح اسمی مورد سنجش قرار گرفته است. مشارکت اجتماعی: فرد چه نوع مشارکتی در جامعه دارد. حتی شرکت در مراسم مذهبی نیز به نوعی مشارکت محسوب می‌شود. این مؤلفه با مرور ادبیات پیشین در مورد این متغیر و با استفاده از طیف لیکرت در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده است. رضایت از خدمات بهداشتی: میزان رضایت سالمندان از خدمات دریافتی از مراکز درمانی در سطح فاصله‌ای با استفاده از طیف لیکرت اندازه‌گیری شده است. اعتقادات مذهبی: منظور از اعتقادات مذهبی میزان علاقه سالمندان به نمازخواندن و راز و نیاز با خداوند است که در سطح فاصله‌ای سنجیده شده است. از طیف لیکرت برای اندازه‌گیری این متغیر استفاده شده است.

شغل: منظور از شغل، داشتن فعالیتی است که فرد در جامعه و در بین مردم دارد و منبع درآمد است. در اینجا، داشتن یا نداشتن شغل از افراد سؤال شده است. بدین صورت، این متغیر در سطح اسمی مورد سنجش قرار گرفته است.

زمینه‌های اقتصادی

درآمد: منظور مقدار پول دریافتی ماهانه در ازای ارائه خدمات و تولید کالا یا حقوق بازنشستگی و... است. این متغیر در سطح نسبی سنجیده شده است.
مسکن: داشتن منزل شخصی مدنظر بوده است و در سطح اسمی مورد سنجش قرار گرفته است.
تسهیلات زندگی: تسهیلات رفاهی مانند موبایل، ماشین ظرف‌شویی، ماشین لباس‌شویی و خودروی شخصی و سی‌دی را شامل می‌شود که فرد سالمند مورد استفاده قرار می‌دهد. در مرحله تحلیل به این وسائل وزن داده شد و سپس وارد معادله رگرسیونی شد.

یافته‌ها

در این بررسی تعداد مشارکت‌کنندگان ۴۰۰ نفر بودند که ۲۱۵ نفر مرد (۵۳/۸ درصد) و ۱۸۵ نفر (۴۶/۳ درصد) زن را شامل می‌شود. میانگین احساس آسایش مردان ۶۵/۷۷ و زنان ۶۳/۳۷ برآورد شد. نتایج Z استاندارد نشان می‌دهد که احساس آسایش مردان بالای صفر (۰/۱۳) یعنی بیشتر از حد متوسط و میزان Z استاندارد احساس آسایش زنان پایین‌تر از صفر یعنی پایین‌تر از حد متوسط (۰/۱۵-) است.
در جدول ۳ سطح معنی‌داری متغیرهای دو شقی با احساس آسایش افراد آمده است. نتایج جدول نشان می‌دهد بین جنسیت، تندرستی، وضعیت تأهل، محل تولد، وضعیت اشتغال، تحصیلات و وضعیت مسکن افراد با احساس آسایش، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

عوامل مرتبط با احساس آسایش سالمندان (مطالعه شهر سبزوار)

جدول ۳. آزمون تفاوت میانگین احساس آسایش سالمندان بر حسب متغیرهای دوشقی

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	تی	معناداری
جنسیت: مرد زن	۲۱۵ ۱۸۵	۶۵/۷۶ ۶۳/۳۶	۸/۷۱ ۸/۲۹	۲/۸۰	۰/۰۰۵
تندرستی: بلی خیر	۲۳۸ ۱۴۹	۶۷/۹۱ ۶۲/۷۰	۷/۰۳ ۸/۹۲	۶/۰۵	۰/۰۰۰
وضعیت تأهل: متأهل غیر متأهل	۲۹۰ ۱۰۴	۶۵/۹۴ ۶۰/۷۱	۸/۲۱ ۸/۵۶	-۵/۴۰	۰/۰۰۰
محل تولد: شهر روستا	۱۶۳ ۲۲۶	۶۵/۸۴ ۶۳/۸۵	۸/۵۴ ۸/۵۲	-۲/۲۷	۰/۰۲۴
وضعیت اشتغال: شاغل بیکار	۵۴ ۳۳۲	۶۶/۵۵ ۶۴/۱۶	۷/۸۸ ۸/۶۵	-۱/۹۰	۰/۰۰۵
تحصیلات باسواد بی سواد	۲۲۲ ۱۷۵	۶۶/۴۹ ۴۸/۶۲	۸/۰۲ ۸/۷۷	-۴/۹۸	۰/۰۰۰
وضعیت مسکن صاحب منزل شخصی نداشتن مسکن شخصی	۳۴۷ ۴۲	۶۵/۱۹ ۶۰/۰۹	۸/۲۱ ۱۰/۳۱	-۳/۷	۰/۰۰۰

در جدول ۴ سطح معنی داری متغیرهای فاصله‌ای با احساس آسایش افراد نشان داده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که بین سن، اعتقادات مذهبی، کیفیت زندگی، عزت نفس، تسهیلات زندگی افراد با احساس آسایش رابطه معنی داری وجود دارد. با توجه به سطح معنی داری دو متغیر رضایت از تسهیلات پزشکی و مشارکت اجتماعی، می‌توان نتیجه گرفت که این دو متغیر تأثیر مستقیم معنی داری بر احساس آسایش سالمندان ندارند.

جدول ۴. آزمون همبستگی احساس آسایش سالمندان و متغیرهای فاصله‌ای

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	ضریب پیرسون	معنی داری
سن	۴۰۰	۷۰/۱۷	۵/۱۰	-۰/۱۳	۰/۰۰۰
اعتقادات	۴۰۰	۱۷/۱۵	۲/۱۴	-۰/۲۸	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۴۰۰	۶/۳۹	۱۰/۹۱	-۰/۰۷	۰/۱۳
کیفیت زندگی	۴۰۰	۲۹/۳۶	۲۷/۴۲	-۰/۱۶	۰/۰۰۱
عزت نفس	۴۰۰	۴۸/۱۹	۶/۶۶	-۰/۶۸	۰/۰۰۰
رضایت از تسهیلات پزشکی	۴۰۰	۲/۴۴	۴/۸۸	-۰/۰۶	۰/۱۸
تسهیلات زندگی	۴۰۰	۲/۲۷	۱/۵۵	-۰/۳۳	۰/۰۰۰

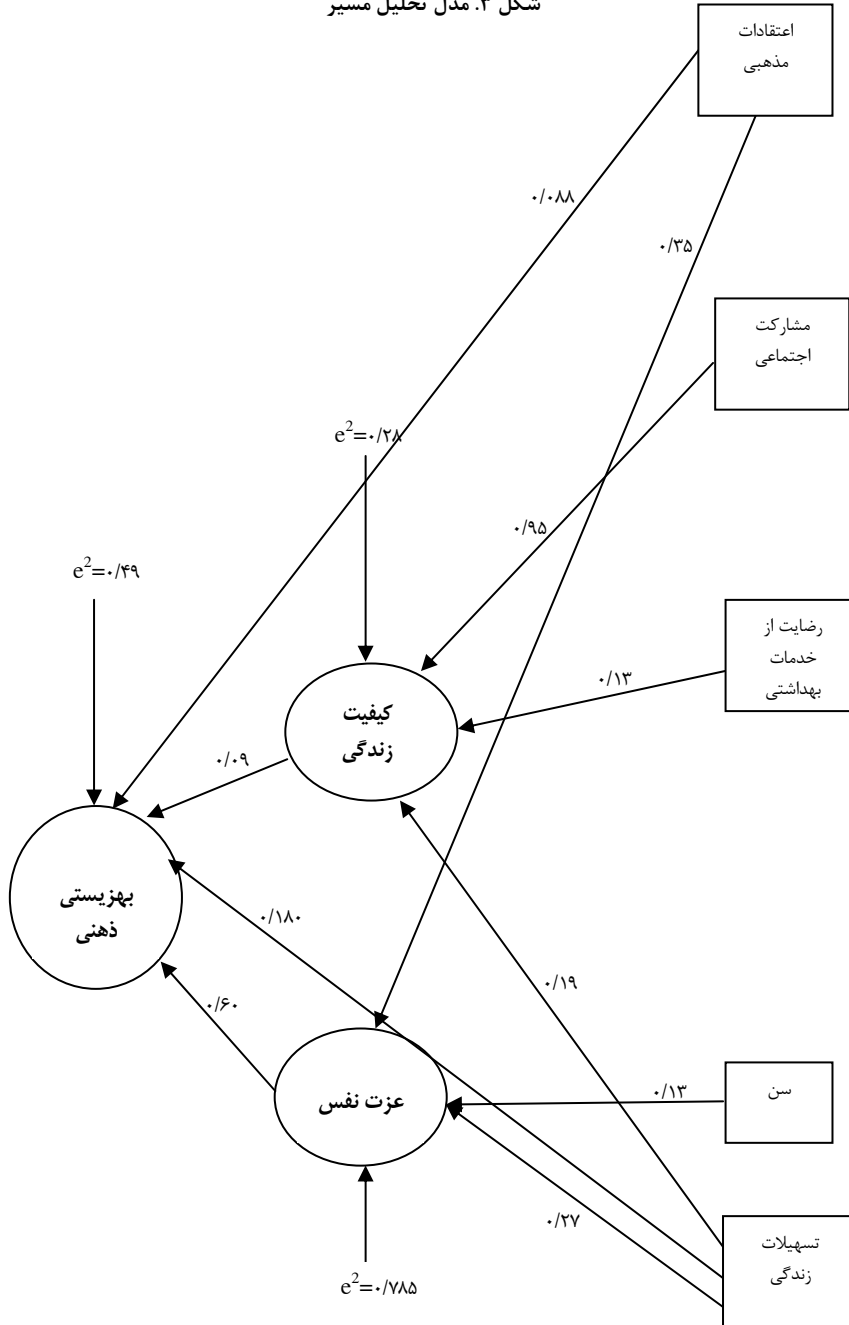
جدول ۵ مربوط به معادله رگرسیونی تحلیل چندمتغیره و متغیرهای مستقل جهت پیش‌بینی متغیر وابسته (احساس آسایش) است. نتایج نشان می‌دهد که بین عزت نفس و احساس آسایش همبستگی بالایی وجود دارد، به طوری که مقدار تی برای این متغیر برابر ۱۴/۵۶ با ضریب معناداری صفر است. به این معنا که هرچه عزت نفس فرد بالا باشد، احساس آسایش آن‌ها به مراتب بالاتر خواهد بود. در مرحله دوم، تسهیلات زندگی وارد معادله شده است. مقدار تی برای این متغیر برابر ۴/۶۲ و ضریب معناداری صفر است. نتایج نشان می‌دهد که بین این متغیر و احساس آسایش سالمندان همبستگی بالایی وجود دارد، به این معنا که هرچه وضعیت تسهیلات زندگی افراد بهتر باشد بر احساس آسایش آنان افزوده می‌شود. در مرحله سوم، متغیر اعتقادات وارد معادله شده و نتایج جدول نشان می‌دهد که مقدار تی برای این متغیر برابر ۲/۲۲ و ضریب معنی‌داری صفر است. در مرحله چهارم، متغیر کیفیت زندگی وارد معادله شده و نتایج جدول نشان می‌دهد که مقدار تی برای این متغیر برابر ۲/۶۰ و ضریب معنی‌داری ۰/۰۱ می‌باشد. در کل، این متغیرها ۵۱ درصد از واریانس احساس آسایش را تبیین می‌کنند (۰/۵۱=مجذور آر).

جدول ۵. عناصر متغیر مستقل درون معادله برای پیش‌بینی احساس آسایش

مرحله	نام متغیرها	ضریب بی	ضریب بتا	آزمون تی	معنی‌داری تی	آر	مجذور آر
اول	عزت نفس	۰/۷۸۳	۰/۶۰۱	۱۴/۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۸۲	۰/۴۶۵
دوم	تسهیلات زندگی	۱/۰۰۱	۰/۱۸۰	۴/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۷۰۱	۰/۴۹۱
سوم	اعتقادات	۰/۳۵۴	۱/۰۸۸	۲/۲۲	۰/۰۲۷	۰/۷۰۵	۰/۵۰
چهارم	کیفیت زندگی	۰/۷	۰/۰۹	۲/۶۰	۰/۰۱	۰/۷۱	۰/۵۱

در مرحله نهایی، به وسیله تحلیل مسیر علاوه بر اینکه شبکه روابط موجود بین متغیرها به نمایش درمی‌آید، شدت این روابط نیز آشکار می‌شود. مدل تحلیل مسیر در این تحقیق با استفاده از رگرسیون چندمتغیره به شیوه گام‌به‌گام جهت محاسبه ضرایب مسیر تنظیم شده است که اهمیت و تأثیر نسبی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها را ارزیابی کرده و به کشف نمودار مسیر نائل آمده است. برای رسم مدل مسیر از بتای متغیرهایی استفاده شده است که مقدار تی آن‌ها در سطح معناداری قرار دارد. ضریب بتا در این مدل نماینده شدت رابطه بین دو متغیر با ثابت نگه داشتن اثر متغیرهای دیگر موجود در مدل است. در ضمن، فلش‌های اضافی که از بیرون به متغیرها هدایت شده‌اند، مقداری از واریانس توضیح داده‌نشده را برای هر متغیر نشان می‌دهد که به کمک آن‌ها می‌توان مدل را ارزیابی کرد؛ به این معنا که چنین فلش‌هایی (e) مقدار واریانس متغیری را که متغیرهای متقدم مدل آن را تبیین نکرده‌اند نشان می‌دهد.

شکل ۳. مدل تحلیل مسیر



با توجه به مدل مسیر می‌توان گفت در میان شاخص‌های گنجانده‌شده در مدل بیشترین تأثیر مستقیم بر احساس آسایش سالمندان توسط متغیر عزت نفس مشخص شده است. ضریب بتا نشان می‌دهد متغیر عزت نفس (که متغیری واسطه‌ای نیز هست) توانسته است در مرحله اول وارد مدل شود. وزن بتا برای این متغیر در مرحله ورود مستقیم برابر ۰/۶۰ بوده است که بیشترین درصد تغییرات متغیر وابسته را به طور مستقیم تبیین می‌کند؛ به این معنا که هرچه سالمندان عزت نفس بالایی داشته باشند، احساس آسایش آن‌ها بالاتر خواهد بود.

جدول ۶ اثرات مستقیم و غیرمستقیم کل هریک از متغیرها را بر احساس آسایش سالمندان مطابق با مدل تجربی پژوهش نشان می‌دهد. مقایسه نتایج ما را به این نتیجه می‌رساند که بیشترین اثر علی مستقیم، بیشترین اثر علی غیرمستقیم و سپس اثر علی کل هر کدام از متغیرهای مؤثر بر احساس آسایش سالمندان چقدر است.

جدول ۶. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل و واسطه‌ای بر متغیر وابسته

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
عزت نفس	۰/۶۰	-	۰/۶۰
کیفیت زندگی	۰/۰۹	-	۰/۰۹
رضایت از خدمات بهداشتی	-	۰/۰۱۲	۰/۰۱۲
تسهیلات زندگی	۰/۱۸۰	۰/۱۸	۰/۳۶
اعتقادات مذهبی	۰/۰۸۸	۰/۲۱	۰/۳۰
سن	-	۰/۸	۰/۸
مشارکت اجتماعی		۰/۸۵	۰/۰۹

بحث و نتیجه‌گیری

نقطه شروع توسعه اجتماعات انسانی شکل‌گرفتن درک درستی از نیازهای مردم و پس از آن پایش دستاوردهای توسعه است. سنجش احساس آسایش ابزار مناسبی برای چنین درکی عرضه می‌کند، زیرا مطالعه احساس آسایش راهی بین مسئولان و شهروندان برای تعاملی سازنده باز می‌کند که منجر به تفسیر و بحث در مورد موضوعات کلیدی مؤثر بر احساس آسایش مردم می‌شود. بنام معتقد است احساس آسایش ریشه فلسفی و مذهبی دارد و انسان‌ها از گذشته‌های دور به دنبال دستیابی به آن بودند. پس ارتقای احساس آسایش اهمیتی اساسی در زندگی فرد دارد (دینر و دیگران، ۱۹۹۸).

این پژوهش درصدد بررسی عوامل مرتبط با احساس آسایش سالمندان بوده است. از بین ۱۴ فرضیه مطرح‌شده در این تحقیق ۱۲ فرضیه تأیید شد. بیشترین همبستگی بین متغیرهای

فاصله‌ای متعلق به متغیر عزت نفس (۰/۶۸) و کمترین همبستگی متعلق به متغیر سن (۰/۱۳-) است. متغیرهای مشارکت اجتماعی و رضایت از تسهیلات پزشکی ارتباط معنی‌دار مستقیمی با احساس آسایش نداشتند.

بین احساس آسایش و جنسیت رابطه وجود دارد. به طوری که میانگین آسایش مردان بیشتر از زنان است. تفاوت معنی‌دار بین احساس آسایش و جنسیت می‌تواند در نتیجه عوامل متعددی باشد. اشتغال بیشتر مردان، مشارکت بیشتر مردان در خارج از منزل، برخوردار بودن از امکانات بیشتر در مقایسه با زنان، شاغل بودن و احساس مفید بودن همه می‌تواند از دلایلی باشد که منجر شود مردان از احساس آسایش بالاتری برخوردار باشند.

دومین متغیر مستقل مورد بررسی متغیر سن بود. این فرضیه با پشتوانه نظریه ویلسون ارائه شد. نتایج همسو با نظریات ویلسون نشان داد که بین دو متغیر احساس آسایش و سن رابطه معکوس وجود دارد. این نتایج با برخی یافته‌ها همسو است (هرزوغ و راجرز، ۱۹۸۱؛ هورلی و لاوری، ۱۹۹۵؛ لارسون، ۱۹۷۸). علت وجود همبستگی بین سن و احساس آسایش از این موضوع ناشی شود که افراد سالمند ممکن است فشارهای ناشی از سالمندی، عدم اطمینان از آینده و نگرانی از سربار شدن را تجربه کنند.

افراد متأهل احساس آسایش بیشتری در مقایسه با بقیه گروه‌ها داشتند. این نتایج با بعضی تحقیقات مطابقت داشت (هرینگ‌هیدور و دیگران، ۱۹۸۵؛ گلن و ویور، ۱۹۷۹؛ ۱۹۸۸).

دش و آمتو در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که افراد متأهل و افرادی که از رابطه عاطفی خوبی برخوردار بودند احساس آسایش بیشتری در مقایسه با بقیه داشتند. البته آن‌ها در بررسی‌های خود نشان دادند افرادی که به طور متناوب از روابط عاطفی متنوع برخوردارند احساس آسایش پایینی دارند. علت این است که فرد سالمند وقتی به لحاظ عاطفی مورد حمایت شریک زندگی خود قرار می‌گیرد احساس آسایش به دست می‌آورد. این احساس حمایت‌شدن باعث افزایش احساس آسایش فرد می‌شود.

بین تحصیلات و احساس آسایش سالمندان همبستگی مستقیمی به دست آمد. نتایج با نظریات وایتر و همکارانش (۱۹۸۴) و ون‌هون (۱۹۸۴؛ ۱۹۸۸؛ ۱۹۸۹؛ ۱۹۹۴a؛ ۱۹۹۴b) همسو بود. سالمندانی که باسواد هستند می‌توانند اوقات فراغت خود را به نحو بهتری مانند خواندن کتاب و غیره بگذرانند. در نتیجه احساس رضایت بیشتری دارند. متغیرهای جمعیتی تنها ۶ درصد از واریانس احساس آسایش را تبیین می‌کنند. مطابق تحقیقات دینر و همکاران (۱۹۹۹) عوامل جمعیتی قادرند واریانس پایینی از احساس آسایش سالمندان را تبیین کنند.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین درآمد و احساس آسایش سالمندان رابطه مستقیمی وجود دارد. نتایج همسو با یافته‌های دینر و بیسواس دینر (۲۰۰۱) بوده است. آن‌ها دریافتند بین احساس آسایش و درآمد افراد در کشورهای جهان سوم همبستگی بالایی وجود دارد، اما این فرضیه را در مورد کشورهای توسعه‌یافته رد می‌کنند.

رابطه بین داشتن مسکن و احساس آسایش سالمندان نیز تأیید شد. سالمندانی که صاحب منزل شخصی بودند احساس آسایش بیشتری را گزارش کردند. داشتن مسکن امنیت خاطر بیشتری به همراه دارد. نتایج نشان داد که بین تسهیلات زندگی و احساس آسایش افراد همبستگی وجود دارد. علت می‌تواند استفاده از تسهیلات رفاهی باشد که برای سالمندان آسایش به همراه دارد. درنهایت، متغیرهای اقتصادی ۲۱/۳ درصد از واریانس احساس آسایش را تبیین می‌کنند.

بین احساس آسایش و اعتقادات مذهبی سالمندان همبستگی پیرسون ۰/۲۸ به دست آمد. روزن (۱۹۸۲) نشان داد که آداب مذهبی در سازگاری افراد با مشکلات روزمره مؤثر است. شومان (۲۰۰۲) نیز نشان داده است که بیشتر دین‌های جهان پیروان خود را به فعالیت‌های مثبت فرا می‌خوانند. هادیان‌فرد (۱۳۸۱) نتیجه‌گیری می‌کند که اقامه‌کردن نمازهای واجب پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای احساس آسایش است. از آنجا که ایران کشوری با اعتقادات مذهبی بالاست، ایمان و راز و نیاز خود مایه امیدواری است و در بین افراد مخصوصاً افراد سالمند، آن هم در بستری معتقد و مذهبی، موضوعی درونی‌شده است و باعث اطمینان و افزایش احساس آسایش سالمندان می‌شود.

فرضیه وجود رابطه بین تندرستی و احساس آسایش همسو با نظریات تاور و ریچاردسون (۱۹۹۷) و دینر و سو (۱۹۹۷) تأیید شد. سالم بودن جسم یعنی رفاه فیزیولوژیکی بر آسایش روح و روان فرد تأثیر می‌گذارد. همچنین نتایج تحقیق بیان‌کننده وجود رابطه بین متغیر شغل و احساس آسایش سالمندان بود. شغل باعث عزت نفس بالاتر و کیفیت زندگی بهتر می‌شود. نتایج تحقیق حاکی از نبود رابطه مستقیم بین رضایت از خدمات بهداشتی با احساس آسایش سالمندان بود.

نهایتاً متغیرهای اجتماعی شامل مشارکت اجتماعی، اعتقادات مذهبی و رضایت از خدمات بهداشتی ۷ درصد از واریانس احساس آسایش را تبیین می‌کنند.

بین احساس آسایش سالمندان و کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد و آر پیرسون ۰/۱۶ به دست آمد. بین احساس آسایش سالمندان و عزت نفس آنان رابطه وجود دارد. برای این متغیر آر پیرسون ۰/۶۸ به دست آمد که با نتایج بنزاده ماهانی (۱۳۸۲) همسو است.

در مدل ساختاری تحقیق با استفاده از تحلیل مسیر، اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای زمینه‌ای و واسطه‌ای بر احساس آسایش سالمندان به دست آمد. متغیر عزت نفس بیشترین اثر مستقیم (۰/۶۰) را بر احساس آسایش افراد داشت و متغیر تسهیلات زندگی بیشترین اثر غیرمستقیم (۰/۳۶) را بر احساس آسایش سالمندان داشته است. کمترین تأثیر متعلق به متغیر رضایت از خدمات بهداشتی است.

آبراهام مازلو معتقد است نیاز عزت نفس به شرطی برآورده می‌شود که نیازهای بنیادی‌تر برآورده شوند. ویلن نیز بر تأثیر دست‌یافته‌های انسان بر عزت نفس تأکید دارد. پس با اتکا به نظریه مازلو و همسو با ویلن می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اگر نیازهای افراد برآورده شود، عزت نفس افراد افزایش می‌یابد. در نتیجه احساس آسایش ارتقا پیدا می‌کند.

متغیرهایی که در این بررسی مورد مطالعه گرفتند به‌عنوان عوامل محیطی و بینابینی مطرح شدند که واکنش در برابر آن‌ها بر احساس آسایش سالمندان تأثیر دارد و همان‌طور که نتایج نشان داد بین این متغیرهای اقتصادی و احساس آسایش سالمندان بیشترین رابطه وجود داشت، که حاکی از این مطلب است که هنوز نیازهای اولیه و اساسی سالمندان ارضا نشده است و سازمان تأمین اجتماعی و سیاست‌گذاران دولتی باید در جهت تأمین نیازهای اولیه سرمایه‌های فرهنگی جامعه بکوشند. بر این اساس، سیاست‌گذاران باید با ورود به متن واقعی و تجربه‌مند زندگی سالمندان به کشف نیازهای آن‌ها از منظر کیفیت زندگی و ابعاد ذهنی توجه کنند و صرف نگاه سخت‌افزارانه و مبتنی بر تأمین نیازهای معیشتی را در نظر نداشته باشند. کشف و واکاوی این نیازهای ذهنی و بهزیستی و به‌گشت مرتبط با آن مستلزم ورود به دنیای درونی سالمندان با روش‌های کیفی و برساخت واقعیت سالمندی از دید خود سوژه‌ها است.

منابع

- پایگاه اینترنتی مرکز آمار ایران
بنازاده ماهانی، نبی (۱۳۸۲) «بررسی تأثیر روابط اجتماعی و اعتماد به نفس در سلامت روان سالمندان»، *طب و تزکیه*، ۵۱: ۳۷-۴۰.
- ترنر، جاناناتان اچ (۱۳۷۵) *ساخت نظریه جامعه‌شناسی*، ترجمه عبدالعلی لهسایی‌زاده، شیراز: نوید.
- سالار، علیرضا و فضل‌الله احمدی (۱۳۸۲) «تأثیر الگوهای مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان»، *طبیب شرق*، دوره ۵، شماره ۴: ۲۶۷-۲۶۱.
- شولتس، دوآن (۱۳۶۹) *روان‌شناسی کمال*، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نو.
- غباری بناب، باقر (۱۳۸۰) «روش‌های مقابله مذهبی در بین دانشجویان و تأثیر آن در سلامت روان»، اولین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تهران، اول و دوم اسفند ماه.

قاسمی، نظام الدین و دیگران (۱۳۹۰) «اثر بخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان»، *روان‌شناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۲: ۲۳-۳۴.
گیدنز، آنتونی (۱۳۸۱) *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نی.
مازلو، آبراهام هرولد (۱۳۷۲) *انگیزش و شخصیت*، ترجمه احمد رضوانی، مشهد: آستان قدس رضوی.
مازلو، آبراهام هرولد (۱۳۸۱) *زندگی در اینجا و اکنون: هنر زندگی متعالی*، ترجمه مهین میلانی، تهران: فراروان.

میرزایی، محمد (۱۳۸۳) چالش‌های جمعیتی ایران، برگرفته از: <http://www.iranculture.org> [2003]

هادیان‌فرد، حبیب (۱۳۸۱) احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان، اندیشه و رفتار، ۱۱ (۲): ۲۲۴-۲۳۲.

Binstock, R. H. & George, L. (2001) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, San Diego, USA: Academic Press.

Boston, P., B. M. Mount, S. Orenstein & O. Freedman (2001) Spirituality, Religion, and Health: The Need for Qualitative Research, *Annals CRMCC*, 34 (6): 368-374.

Campbell, A., P. E. Converse & W. L. Rodgers (1976) *The Quality of American Life*, New York: Russell Sage Foundation.

Carr, A. (2004) *Positive Psychology*, New York: Brunner-Routledge.

Csikszentmihalyi, M. (1975) *Beyond Boredom and Anxiety*, San Francisco: Jossey-Bass.

Diener, E. & E. Suh (1997) Measuring Quality of Life: Economic, Social And Subjective Indicators. [Online].<
<http://www.springerlink.com.pdf>>[30Nov2004].

Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index, *American Psychologist*, 55: 34-43.

Diener, E. & R. Biswas-Diener (2001) Income and Subjective Well-being: Will Money Make us Happy? *Social Indicators Research*, 57: 119-169.

Diener, E., C. Nickerson, R. E. Lucas & E. Sandvik (2000) *The Direction of Influence between Income and Subjective Well-being*, Urbana-Champaign: Illinois.

Diener, E. & S. Oishi (1999) Money and Happiness: Income and Subjective Well-Being across Nations, in E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Subjective Well-being Across Cultures*, Cambridge: MIT Press.

Diener, E. J. Sapita & E. Suh (1998) Subjective Well-being is Essential to Well-being, *Psychological Inquiry*, 9: 33-37.

Diener, E., E. Suh, R. E. Lucas, & H. L. Smith (1999) Subjective Well-being: Three Decades of Progress, *Psychological Bulletin*, 125: 273-302.

- Diener, E., R. E. Lucas & S. Oishi (2005) Subjective Well-being: The Science of Happiness and Life Satisfaction, in C. R. Snyder (Ed.) *Handbook of Positive Psychology*, Oxford: Oxford University Press: 63-73.
- Dush, C. M. K. & P. R. Amato (2005) Consequences of Relationship Status and Quality for Subjective Well-being, *Journal of Social and Personal Relationships*, 22 (5): 607-627.
- Glenn, N. D. (1975) The Contribution of Marriage to Psychological Well-being of Males and Females, *Journal of Marriage and Family Relations*, 37: 564-600.
- Glenn, N. D. & C. N. Weaver (1979) A Note on Family Situation and Global Happiness, *Social Forces*, 57: 960-967.
- Glenn, N. D. & C. N. Weaver (1988) The Changing Relationship of Marital Status to Reported Happiness, *Journal of Marriage and Family Relations*, 50: 317-324.
- Hamilton, S. (2000) *Psychology of Aging* (3 Th edition), London: Jessica Kingsley Publishers.
- Haring-Hidore, M. W. A. Stock, M. A. Okun & R. A. Witter (1985) Marital Status and Subjective Well-being, *Human Relations*, 37: 645-657.
- Herzog, A. R. & Rodgers, W. L. (1981) Age and Satisfaction: Data from Several Large Surveys, *Research on Aging*, 3: 142-165.
- Higgins, E. T. (1987) Self-discrepancy: A Theory Relation Self and Affect, *Psychological Review*, 94: 319-340.
- Horley, J. & J. J. Lavery (1995) Subjective Well-being and Age, *Social Indicators Research*, 34: 275-282.
- Larson, R. (1978) Thirty Years of Research on Subjective Well-being of Older Americans, *Journal of Gerontology*, 33: 109-125.
- MacKinlay, E. (2001b) *Spiritual Dimension of Ageing*, London: Jessica Kingsley.
- MacKinlay, E. (2003) The Spiritual Dimension of Ageing, in, A. Jewell (ed.) *Ageing, Spirituality and Well-being*, Philadelphia: Jessica Publishers: 72-85.
- Michlos, A. C. (1985) Multiple Discrepancies Theory (MDT), *Social Indicators Research*, 16: 347-413.
- Miller, D. C. (1991) *Handbook of Research Design and Social Measurement*, Newbury Park: Sage.
- Myers, D. G. & E. Diener (1995) Who is Happy?, *Psychological Science*, 6: 10-19.
- Oister, G. R., K. S. Markides, S. A. Black & J. S. Goodwin (2000) Emotional Wellbeing Predicts Subsequent Functional Independence and Survival, *I Am Great Soc*, 48: 437-478.

- Omodei, M. M. & A. J. Wearing (1990) Need Satisfaction and Involvement in Personal Projects: Toward an Integrative Model of Subjective Well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 762-769.
- Rosen, C. E. (1982) Ethnic Differences among Impoverished Rural Elderly in Use of Religion as a Coping Mechanism. *Journal of Rural Community: Psychology*, 3: 27-34.
- Sabelli, H. & A. Suggerman (2003) *Life-long Creation in the Prevention of Premature Aging*, [Online]. <<http://www.emeraldinsight.com/researchregister/pdf>>[15 Oct 2006].
- Schumann, M. (2002) How We Become Moral, in C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*, Oxford: Oxford University Press.
- Seligman, M. (1998) What is the Good Life? *American Psychology Association*, 29 (1): 16-17.
- Shuman, T., M. Percil, E. Stanford, A. S. Harbert & J. L. Roberts (1993) *Population Aging: International Perspectives*, San Diego: San Diego State University.
- Siegrist, J. (2003) Subjective Well-being: New Conceptual and Methodological Developments in Health-related Social Sciences, *Workshop on Income, Interactions and Subjective Well-being*.
- Suh, E., E. Diener, S. Oishi, & H. C. Traindis (1998) The Shifting Basis of Life Satisfaction Judgments Across Cultures: Emotions Versus Norms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 482-493.
- Tavers, P. & Richardson Sue (1997) Material Well-being and Human Well-being, in N. R. Goodwin (Ed.) *Human Well-being and Economic Goals*, Covelo, CA, USA: Island Press: (26-29).
- United Nations (2001) *Living Arrangements of Older Persons*, New York: United Nations.
- Veenhoven, R. (1984) *Conditions of Happiness*. Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel Publishing.
- Veenhoven, R. (1988) The Utility of Happiness, *Social Indicators Research*, 20: 333-354.
- Veenhoven, R. (1989) Does Happiness Bind? Marriage Chances of the Unhappy, in R. Veenhoven (Ed.) *How Harmful is Happiness? Consequences of Enjoying Life or Not*, Rotterdam, The Netherlands: University of the Rotterdam Press: 44-60.
- Veenhoven, R. (1994a) *Correlates of Happiness: 7,836 finding from 603 studies in 69 nations: 1911-1994*, Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands.

- Veenhoven, R. (1994b) Is Happiness a Trait? *Social Indicators Research*, 32: 101-160.
- Watson, D., L. A. Clark & A. Tellegen (1988) Development of the Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063-1070.
- Wilson, W. (1967) Correlates of Avowed Happiness, *Psychological Bulletin*, 67: 294-306.
- Witter, R. A., M. A. Okun, W. A. Stock & M. J. Haring (1984) Education and Subjective Well-being: A Meta-analysis, *Education Evaluation and Policy Analysis*, 6: 165-173.
- World Health Organization (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva.
- World Health Organization (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva.