

## رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان

سعید پور عبدل

دانشگاه محقق اردبیلی

دکتر ذبیح پیرانی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

دکتر مسلم عباسی

دانشگاه سلمان فارسی کازرون

محمد عباسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۰۱

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۲۰

سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است که طی آن سالمندان در معرض تهدیدات بالقوه‌ای نظیر افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن، انزوای اجتماعی و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی‌های جسمی و ذهنی، در موارد زیادی استقلال فردی‌شان مورد تهدید قرار می‌گیرد. لذا این تحقیق با هدف تعیین رابطه‌ی امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه‌ی سالمندان ساکن شهر اراک بود و حجم نمونه شامل ۱۳۰ نفر از آنها می‌شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش به وسیله‌ی سه پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36؛ وار و شربورن، ۱۹۹۲)، بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۸) و امید به زندگی میلر (میلر و پاورز، ۱۹۸۸) جمع‌آوری شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. علاوه بر این، بین همه‌ی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی (بجز خودمختاری) با کیفیت زندگی سالمندان رابطه‌ی معناداری به دست آمد ( $P < 0/01$ ). در نهایت، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که براساس بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی می‌توان ۳۳ درصد از کیفیت زندگی سالمندان را پیش‌بینی نمود. بنابراین، با بهبود شاخصه‌های امید به زندگی و سلامت جسمی و روانی و فراهم آوردن زمینه‌های استقلال، ارتباطات سالم و مخصوصاً ارتباطات خانوادگی قوی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، می‌توان کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشید.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی، سالمندان

فرایند سالمندی را می‌توان مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و عملکردی خواند که به ویژه با افزایش

سن به صورت فزاینده‌ای روی هم انباشته می‌شوند. این تغییرات نامطلوب، مانع اجرای مهارت‌های حرکتی شده و سازگاری فرد را با محیط کاهش می‌دهند و همچنین سبب شروع تغییراتی در وضعیت اجتماعی و روانی می‌شوند (کاندلورا و کارامانو، ۲۰۰۷). آشکار است که بررسی جنبه‌های زیستی یا روانی انسان به طور مجزا و دور از هم بی‌نتیجه خواهد بود، زیرا هر یک از این جنبه‌ها بر دیگری اثر گذاشته و این تأثیر متقابل به‌ویژه در مورد سالمندی کاملاً روشن و بدیهی است و مبنای دشواری‌های روان‌تنی

سعید پورعبدل، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران؛ مسلم عباسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سلمان فارسی، کازرون، ایران؛ ذبیح پیرانی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران؛ محمد عباسی، دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به سعید پورعبدل، دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، باشد.

پست الکترونیکی: saeed.pourabdol@yahoo.com

یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد (ماکن باج، هو و لومان، ۲۰۱۳). امید به زندگی زمانی افزایش می‌یابد که شاخص‌های بهداشتی و درمانی جامعه بهبود یابد (حسینی، ۱۳۸۴). در حقیقت، امید به زندگی یک موضوع تازه مطرح شده در مورد کیفیت زندگی است (سزرامکا-پاولاک، هورنوواسکا، والکویاک و زابا، ۲۰۱۳). طبق پژوهش‌های انجام گرفته نیز سطوح بالای امید به زندگی با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده رابطه‌ی مستقیمی نشان داده است (گریفن، لو، و هسکت، ۲۰۱۳). همچنین، بین حیطه‌های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی و سلامت عمومی در گروه‌های سنی تفاوت وجود دارد. مطالعه‌ی هاوورو و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که بین امید به زندگی با کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی وجود دارد. بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش بیات و بیات (۱۳۹۰) نیز عوامل مختلفی از جمله سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال، میزان درآمد و محل سکونت بر کیفیت زندگی زنان تأثیر دارند. یعنی مواردی که با سلامتی و بهداشت فرد که موجبات امید به زندگی بیشتر را فراهم می‌آورند.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۵</sup> آنان است و هر دو مورد بهزیستی و کیفیت زندگی در علوم سلامت، مورد توجه می‌باشد (سالوادور-کارولا، لوکاس، متئوس و میرت، ۲۰۱۴). بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و در این رویکرد تمرکز بر سلامتی و بهزیستی از جنبه‌ی مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). به عبارتی دیگر بهزیستی روان‌شناختی از جمله مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه‌ی روان‌شناسی مثبت است (قاسم‌پور، جودت، سلیمانی، ژاله‌شعبانلو، ۱۳۹۲). براساس پژوهش‌های صورت گرفته، بهزیستی روان‌شناختی با مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی، جنس، وضعیت تأهل، حمایت (فریتزلا و همکاران، ۲۰۰۷)، روابط خانوادگی و خویشاوندی، روابط اجتماعی، ضعف جسمانی، سن، نگرش مثبت به سالمندی و امکانات رفاهی (ایمک-

را به وجود می‌آورد (توکلی قوچانی و آرمان، ۱۳۸۲). در بررسی احساس خوب بودن روانی سالمندان چند مورد شامل احساس کسالت، اظهار تنهایی و احساس افسردگی به ترتیب شایع‌ترین شکایات است (علیزاده و زکیا، ۱۳۸۹). مطالعات همه‌گیرشناسی، تأثیرات جریان زندگی را بر سلامت جسمانی (فریتزلا، گانیلا، یوان، و بارستروما، ۲۰۰۷) و روانی<sup>۱</sup> (ویرچوس و گورا، ۲۰۰۸) در سالمندی اثبات نموده است.

یکی از شاخصه‌های اصلی در سلامت روحی و روانی فرآیند زندگی، شاخص کیفیت زندگی<sup>۲</sup> است. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده‌ی عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدورای، آداب معاشرت و سلامت روانی در نظر گرفته می‌شود (بالجانی، کاظمی، امان‌پور، و تیزفهم، ۱۳۹۰). این مفهوم که به صورت سالانه توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> بین ۱۹۴ کشور جهان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مردم ایران، در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، در سال ۲۰۱۰ میلادی به رتبه‌ی ۱۵۰ تنزل یافته است (فرهادی، فروغان و محمدی، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی به عنوان پندارهای فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی، ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر تعریف شده است (گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). مطالعات طولی و مقطعی در حوزه‌ی کیفیت زندگی نشان می‌دهد که با افزایش کیفیت زندگی افراد می‌توان آرامش روانی و مناسبات اجتماعی و خانوادگی بهتری را برای آنان فراهم کرد. در مورد کیفیت زندگی، روابط با خانواده و بستگان به عنوان مهم‌ترین جنبه در نظر گرفته شده که پیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد و فعالیت‌های خانواده به طور خاص با رضایت از زندگی و بهزیستی در ارتباط می‌باشد (وار، بوچر، رابرتسون، و کالین، ۲۰۰۴).

کیفیت زندگی با شاخص امید به زندگی<sup>۴</sup> نیز در ارتباط است (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸). امید به زندگی

<sup>1</sup> psychological health

<sup>2</sup> quality of life

<sup>3</sup> World Health Organization

<sup>4</sup> life expectancy

<sup>5</sup> psychological well-being

۶۲/۳ درصد (۸۱ نفر) دارای همسر در قید حیات، ۳۱/۵ درصد (۴۱ نفر) همسر فوت شده و ۶/۲ درصد (۸ نفر) وضعیت همسر در وضعیت سایر قرار داشتند. به‌علاوه، از نظر سنی، ۵۴/۶ درصد (۷۱ نفر) دارای سن ۶۰ تا ۶۹ سال، ۲۹/۲ درصد (۳۸ نفر) در سن ۷۰ تا ۷۹ سال و ۱۶/۲ درصد (۲۱ نفر) در سن ۸۰ و بالاتر قرار داشتند.

### ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی وار و شربورن<sup>۱</sup>: پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط وار و شربورن (۱۹۹۲) ساخته شده، از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در زمینه‌ی سنجش وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است و به عنوان یک ابزار استاندارد در سطح بین‌المللی به کار برده می‌شود. این پرسشنامه دارای ۸ خرده‌مقیاس شامل سلامت عاطفی (روانی)، سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، درد بدنی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش به دلایل روانی (هیجانی)، خستگی یا نشاط می‌باشد (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). ترجمه و تعیین پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) انجام شده و نتایج بیانگر این بوده است که پایایی هشت خرده‌مقیاس پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ به جز نشاط (۰/۶۵)، در محدوده‌ی ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار دارد. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت انجام می‌شود که در دامنه‌ی صفر تا صد می‌تواند نوسان داشته باشد. صفر نشان دهنده‌ی پایین‌ترین سطح کیفیت و صد بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی است

پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: پرسشنامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین در سال ۱۹۸۰ طراحی و ساخته شد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ سؤال بود، اما در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت که به ۸۴ سؤال کاهش یافت که ۶ بعد خودمختاری، ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود (ریف، ۱۹۸۸). این مقیاس توسط بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) به منظور

ساواس، گونتکین، یئر و باسار، ۲۰۱۵) رابطه دارد. به‌همین، خان، کریم و مایر (۲۰۱۵) دریافته‌اند که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی با اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه‌ی منفی و معناداری دارد. اسکوینگتون (۲۰۰۸) نیز شواهدی از رابطه‌ی کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی ارائه داده است. همچنین ابراهیمی، اشرفی، اسلام‌پناه و نوروزپور (۲۰۱۴) گزارش کرده‌اند که بین بهزیستی معنوی و برخی ابعاد کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. فراند (۲۰۱۴) نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازهای روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان با رضایت کم، به طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری در مؤلفه‌های هدف در زندگی و رشد شخصی بودند و احساس افسردگی پایین‌تری گزارش داده بودند. به‌علاوه، شواهد نشان می‌دهد که بین سن، استقلال و شاخص‌های رضایت روانی از جمله رفاه و عملکرد مطلوب، رابطه‌ی مثبتی وجود دارد.

باتوجه به شواهد موجود و همچنین ضرورت توجه به چنین پژوهش‌هایی در جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی سالمندان جامعه، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی در سالمندان باشد؟

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

مطالعه‌ی حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است که دارای ۳ متغیر کیفیت زندگی (متغیر ملاک)، بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی (متغیر پیش‌بین) می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی سالمندان دارای سن بالای ۶۰ سال در شهر اراک می‌شود که طبق آمار رسمی سازمان بهزیستی استان مرکزی تعداد آنها ۵۹۲۱۴ نفر می‌باشند. حجم نمونه شامل ۱۳۰ نفر از سالمندان شهر اراک می‌شود که با روش نمونه‌گیری در دسترس در سطح شهر اراک انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل بالا بودن نمره هوشی، نداشتن ناتوانی ذهنی و نداشتن بیماری‌های دیگر بود. همچنین معیارهای خروج شامل عدم همکاری توسط شرکت‌کنندگان پژوهش بود. در این پژوهش بر اساس فراوانی جنسیتی ۵۲/۳ درصد (۶۸ نفر) افراد را مردان و ۴۷/۷ درصد (۶۲ نفر) از افراد را زنان تشکیل می‌دادند. همچنین

<sup>1</sup> the short form health survey

پایایی آزمون امیدواری میلر به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد و در محاسبه‌ی اعتبار آزمون نیز ضریب اعتبار ۰/۶۴ به دست آمد (ملک افصلی، ۱۳۷۷).

برگه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی: این برگه شامل سن، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل و غیره بود.

### روش اجرا

پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به‌دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به‌صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان بصورتی محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به این سؤالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی که هستند، همکاری خود را ادامه ندهند. در پایان کار، داده‌های گردآوری شده به وسیله‌ی ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

اطلاعات روان‌سنجی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه در جدول شماره‌ی ۱ ارائه شده است.

هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در ایران اجرا شده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، رابطه‌ی مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۷، ۰/۷۸ به دست آمده که از نظر آماری معنی‌دار بوده و برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفته است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه‌ی امید به زندگی میلر<sup>۱</sup>: پرسشنامه امیدواری میلر در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد این پرسشنامه از نوع آزمون‌های تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری بیماران قلبی در آمریکا مورد استفاده قرار گرفت تا میزان امیدواری را در آنها نشان دهد. این آزمون شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند (میلر، ۱۹۸۸). در برابر هر جنبه، که نماینده‌ی یک نشانه‌ی رفتاری است، گزینه‌های (۱) بسیار مخالف، (۲) مخالف، (۳) بی‌تفاوت، (۴) موافق و (۵) بسیار موافق قرار دارد. هر فرد با انتخاب یک گزینه، که در رابطه با او صدق می‌کند، از ۱ تا ۵ امتیاز کسب می‌نماید. جمع امتیازهای کسب شده بیانگر امیدواری فرد است. دامنه‌ی امتیازات از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد. چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب نماید، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد (درویشی، ۲۰۰۹). میزان

### جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات برای متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آماره کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	۳۲۱/۸۷	۴۹/۵۴	۱/۲۶۸	۰/۰۸۲
تسلط بر محیط	۵۱/۶۹	۹/۱۱	۱/۱۶۷	۰/۱۳۱
رشد شخصی	۵۴/۶۸	۹/۳۶	۱/۰۰۶	۰/۲۶۵
ارتباط مثبت با دیگران	۵۵/۳۲	۱۰/۱۳	۱/۱۹۴	۰/۱۱۷
هدفمندی در زندگی	۵۷/۶۳	۱۰/۵۴	۱/۶۱۳	۰/۰۹۱
پذیرش خود	۵۱/۹۲	۱۰/۱۴	۰/۹۸۸	۰/۲۸۴
خودمختاری	۵۰/۶۳	۹/۵۸	۰/۵۷۹	۰/۹۸۷
امید به زندگی	۱۲۷/۳۵	۱۰/۳۶	۱/۳۵۱	۰/۰۷۶
کیفیت زندگی	۶۳/۶۶	۸/۳۶	۱/۱۹۹	۰/۱۱۳

نمره‌ی کلی امید به زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان آمده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری برای متغیرها بیشتر از ۰/۰۵

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین وانحراف استاندارد بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن،

<sup>۱</sup> Milner Hope Scale

است و فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

## جدول ۲

ماتریس ضریب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی (و مؤلفه‌های آن) و امید به زندگی با کیفیت زندگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. تسلط بر محیط									
۲. رشد شخصی	**۰/۵۸								
۳. ارتباط مثبت با دیگران	**۰/۵۶	**۰/۵۱							
۴. هدفمندی در زندگی	**۰/۵۸	**۰/۵۴	**۰/۵۰						
۵. پذیرش خود	**۰/۶۲	**۰/۶۰	**۰/۶۲	**۰/۶۸					
۶. خودمختاری	**۰/۶۹	**۰/۶۲	**۰/۶۹	**۰/۵۹	**۰/۷۳				
۷. بهزیستی روان‌شناختی	**۰/۶۲	**۰/۵۹	**۰/۶۱	**۰/۵۷	**۰/۶۹	**۰/۷۴			
۸. امید به زندگی	**۰/۴۸	**۰/۵۴	**۰/۶۳	**۰/۶۶	**۰/۷۱	**۰/۶۱	**۰/۵۱۲		
۹. کیفیت زندگی	**۰/۴۷۴	**۰/۳۲۶	**۰/۲۷۱	**۰/۴۷۳	**۰/۴۲۸	**۰/۱۶۸	**۰/۴۲۷	**۰/۵۳۶	

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0.01$ ). همچنین بین امید به زندگی و کیفیت زندگی سالمندان نیز ارتباط مثبت وجود دارد ( $P \leq 0.01$ ).

## جدول ۳

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	R	R <sup>2</sup>
رگرسیون	۱/۲۱۷۷	۱	۱/۲۱۷۷				
۱ باقی مانده کل	۳/۰۰۳۷	۱۲۷	۲۳۶۴۸۷/۸۴	۵۱/۴۶۶	$P < 0.001$	۰/۵۳۷	۰/۲۸۳
رگرسیون	۱/۴۵۷۷	۲	۷۲۸۳۱۶۶/۵۶				
۲ باقی مانده کل	۲/۷۶۴۷	۱۲۶	۲۱۹۳۵۳/۹۰۴	۳۳/۲۰۳	$P < 0.001$	۰/۵۸۷	۰/۳۳۵

واریانس را تبیین می‌کند که به ۲۸/۳ درصد تعدیل یافته است. در مدل ۲ متغیر بهزیستی روان‌شناختی به معادله اضافه شده است. این متغیر به تنهایی ۵/۷ درصد به واریانس تبیین شده مدل قبلی افزوده و R<sup>2</sup> تعدیل یافته را به ۳۳/۵ درصد افزایش داده است.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون به شیوه-ی گام به گام به ترتیب زیر استفاده شد. نتایج رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد بعد از آنکه متغیر اول (امید به زندگی) وارد معادله شد این مدل به تنهایی ۲۸/۸ درصد

## جدول ۴

نتایج ضرایب مربوط به رگرسیون چندگانه به روش گام به گام

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	
	B	خطای استاندارد	Beta	t
۱ امید به زندگی	۸۹/۱۱۹	۲۷۰/۴۲۴	۰/۵۳۷	۰/۳۳۰
	۱۱/۳۱۵	۱/۵۷۷	۰/۵۳۷	۷/۱۷۴
۲ امید به زندگی بهزیستی روان‌شناختی	-۴۶۵/۵۶۴	۳۰۹/۸۴۸	۰/۴۰۱	-۱/۵۰۳
	۸/۴۴۴	۱/۷۵۰	۰/۴۰۱	۴/۸۲۶

براساس نتایج ضرایب بتای گزارش شده در جدول ۴، هر دو متغیر امید به زندگی ( $\beta=7/174$ ) و بهزیستی روانشناختی ( $\beta=3/305$ ) قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان می‌باشد.

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان بود. نتایج نشان داد که بین امید به زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. یافته‌های این تحقیق با نتایج مطالعات قبلی (مانند ماکن-باچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ گریفن و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاوورو و همکاران، ۲۰۱۴؛ سزرامکا-پاولاک و همکاران، ۲۰۱۳) که در آنها امید به زندگی با شاخص‌های بهداشتی و درمانی، سلامت روان، روابط خانوادگی و خویشاوندی، مشارکت اجتماعی، وضعیت تأهل، امکانات رفاهی و روابط اجتماعی دارای رابطه معناداری بوده است، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت جریان زندگی بر سلامت جسمی و روانی در سالمندان تأثیر داشته و امید به زندگی نیز با شاخص‌های بهداشتی و درمانی، سلامت روان، روابط خانوادگی و خویشاوندی، مشارکت اجتماعی وضعیت تأهل، امکانات رفاهی و روابط اجتماعی دارای رابطه‌ی معناداری است. در واقع همراه با رشد جمعیت و افزایش امید به زندگی سیر سالمندی روند صعودی دارد. امید به زندگی در دنیا افزایش یافته و بطور روز افزونی بر شمار سالمندان افزوده می‌شود. اکنون تنها زنده بودن هدف نیست بلکه چگونگی زندگی نیز مورد توجه است (سزرامکا-پاولاک و همکاران، ۲۰۱۳).

همچنین طبق نتایج حاصل از این پژوهش بین بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک رابطه‌ی مثبت معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی (مانند بیات و بیات، ۱۳۹۰؛ ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۴؛ فراند، ۲۰۱۴؛ ایمک - ساواس و همکاران، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. اما، برخلاف مطالعات فرهادی و همکاران (۱۳۸۸)، بین مؤلفه‌ی «خودمختاری» در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه وجود نداشت. هرچند که طبق پژوهش‌های قبلی در این مرحله از زندگی فرد باید بتواند بر اساس معیارها و عقاید خویش به گونه‌ای خودمختار عمل و

زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته شده در جامعه باشد. اما همسو با با نتایج تحقیقات دیگر (مانند وار و همکاران، ۲۰۰۴؛ غفاری و امید، ۱۳۸۸؛ بیلگیلی و آرپاک، ۲۰۱۳؛ سالوادور-کارولا و همکاران، ۲۰۱۴) بین ارتباط مؤثر با دیگران و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد. زیرا مطابق با نظریه‌های نیاز به تعلق جویی و صمیمیت داشتن، روابط با خانواده و بستگان، روابط خانوادگی و خویشاوندی و روابط اجتماعی با سطح بالا یا پایین کیفیت زندگی فرد در ارتباط است چرا که مواردی از نیازهای انسان یعنی نیاز به تعلق و اجتماعی بودن را ارضاء می‌کند. به‌ویژه برای سالمندان که عمدتاً به علت سن بالا و بازنشستگی و عدم اشتغال، اوقات فراغت و زمان آزاد زیادی برای برقراری ارتباط صمیمانه با دیگران دارند.

از سوی دیگر بین تسلط بر محیط و کیفیت زندگی در سالمندان رابطه‌ی مستقیمی وجود داشت. این یافته با نتایج تحقیقات پیشین (مانند گریفن و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیات و بیات، ۱۳۹۰) که در آنها تسلط و احاطه بر محیط بر سطح کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد، همسو است. زیرا برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب هر شخصی، همواره به نیروی خلاق او احتیاج است و چنین تسلط و احاطه‌ای تنها با تلاش و عملکرد خود فرد و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او بدست می‌آید که این امر نشانگر توانمندی، خودمختاری و استقلال و اثرگذار بودن فرد سالمند در محیط خود است. در صورت تغییر محسوس در تسلط و احاطه فرد بر محیط اطرافش، کیفیت زندگی نیز دچار نوسان و تغییر خواهد شد. همچنین، بین رشد شخصی و کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک رابطه‌ی مستقیمی وجود داشت. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر (مانند آنیکا و گانیلا، ۲۰۰۷؛ فریتزلا و همکاران، ۲۰۰۷؛ هارور و همکاران، ۲۰۱۴) که در آنها خودشکوفایی و پرورش استعدادها در سطح کیفیت زندگی تأثیرگذار است، همخوانی دارد. در تبیین این فرض می‌توان گفت در دوره‌ی سالمندی نیز خودشکوفایی و کشف استعدادها فردی ادامه دارد، زیرا روبرویی با شرایط این دوره باعث می‌شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی‌های جدید بدست آورد. خودشکوفایی انسان‌ها در طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنار آمدن با

مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع می‌باشد. بنابراین، رشد شخصی که مستلزم روبرو شدن با شرایط سخت و مشکل و شامل پرورش و بدست آوردن توانایی‌های جدید است با سطح کیفیت زندگی سالمندان مرتبط است.

همچنین نتایج نشان داد که بین هدفمندی در زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)، فراند (۲۰۱۴)، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۴)، فریتزلا و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ارتقای سطح زندگی، اهداف و معنای زندگی در دوره‌ی سالمندی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا در این دوره انسان با مرور عملکرد گذشته‌ی خود میزان دستیابی به آنها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و پس از آن نیز به دنبال تحقق اهداف خود است تا با رسیدن به آنها به آرامش دست یابد. به عبارت دیگر، مؤلفه‌ی هدفمندی در زندگی که همان توانایی پیدا کردن معنا و جهت‌گیری در زندگی و داشتن هدف و دنبال کردن آنهاست با افزایش کیفیت زندگی سالمندان همراهی مؤثری دارد. همچنین، بین پذیرش خود و کیفیت زندگی در سالمندان شهر اراک رابطه‌ی مثبت معناداری وجود داشت. این یافته با نتایج تحقیقات قلبی (آنیکا و گانایلا، ۲۰۰۷؛ ویرچوس و گورا ۲۰۰۸؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۰؛ هارور و همکاران، ۲۰۱۴؛ سالوادور-کارولا و همکاران، ۲۰۱۴) همخوانی دارد. پذیرش خود که یکی از مؤلفه‌های کلیدی بهزیستی است، در سطح کیفیت زندگی در سالمندان تأثیرگذار است، زیرا در این دوره فرد بر اساس واقعیت‌های موجود به ارزیابی خود می‌پردازد و نه بر پایه‌ی تعیین اهداف بلند پروازانه که افراد معمولاً در دوره‌های جوانی و میانسالی برای خود ترسیم می‌کنند. بنابراین فردی سالمند که پذیرش بالایی دارد با قبول خود و چگونگی عمل خود در موقعیت کنونی، نسبت به خود نگرشی واقع‌بینانه را داراست، به معنای احترام به نفسی که بر اساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف کنونی خود و نیز پذیرش اشتباهات گذشته خویش می‌باشد. این آگاهی، پذیرش و احترام به نفس باعث رضایت از زندگی و افزایش سطح زندگی می‌شود.

بنابراین، با در نظر داشتن نتایج پژوهش و با تکیه بر پژوهش‌های ذکر شده در بالا، امید به زندگی با افزایش دادن امکان فکر کردن افراد سالمند به ممکن بودن زیستن طولانی و گذراندن عمری با فرصت بیشتری در کنار دوستان، خانواده، علایق، امیدها و اهداف می‌تواند میل فرد به بهتر زیستن را بیشتر کند تا بیشتر به فکر سلامت جسمی و روانی خود باشد و به این شکل کیفیت زندگی فرد افزایش می‌یابد. به علاوه، وقتی بهزیستی روان‌شناختی فرد نیز به فرصت امید به زندگی بیشتر و طولانی‌تر زیستن افزوده شود یعنی فرصتی طولانی‌تر که همراه با استقلال، احساس احترام به خود، پذیرش، هدف‌گزینی و غیره، که زمینه‌ی اشتیاق فرد برای حفظ سلامتی، افزایش رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی را تأمین می‌کند. در مجموع، چنین نتیجه‌ای بدست می‌آید که چنانچه هم از طرف خانواده‌ها و هم از طرف مسئولین، زمینه‌ای برای بهداشت جسمی و روانی، احترام به سالمندان، ایجاد حس استقلال و خودبسنده‌گی، تقویت ارتباطات و تأمین درآمدی برای سالمندان فراهم شود امید به زندگی و بهزیستی آنان افزایش یافته و این امر می‌تواند همراه با خود بهبود کیفیت زندگی سالمندان را به دنبال داشته باشد.

### سپاس‌گزاری

از تمامی همکاران و دست‌اندرکاران قدردانی می‌شود.

### منابع

- بالجانی، ا.، کاظمی، م.، امان‌پور، ا.، و تیزفهم، ت. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. *مراقبت مبتنی بر سواهد، ۱* (۸)، ۶۱-۵۱.
- بیات، م.، و بیات، م. (۱۳۹۰). *بررسی کیفیت زندگی زنان مشهود. مشهد: واحد پژوهش صدا و سیما.*
- بیانی، ع.، کوچکی، ع.م.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). *روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴* (۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- توکلی قوچانی، م.، و آرمان، ح. (۱۳۸۲). *سالمندی پویا. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی.*
- حسینی، ح. (۱۳۸۴). *مبانی جمعیت‌شناسی. همدان: دانشگاه بوعلی سینا.*
- شعاع کاظمی، م.، و مؤمنی جاوید، م. (۱۳۸۸). *بررسی رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به*

- Emek-Savaş, D. D., Güntekin, B., Yener, G. G., & Başar, E. (2015). Decrease of delta oscillatory responses is associated with increased age in healthy elderly. *International Journal of Psychophysiology*.
- Ferrand, M. P. (2014). Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health. *Journal of health and social behavior*, 22, 216-236.
- Fritzell, S., Gunilla, R. W., Johan F., & Burstroma, B. (2007). From macro to micro: The health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Social Science & Medicine*, 65 (12), 2474-2488.
- Griffin, B., Loh, V., & Hesketh, B. (2013). A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Social Science & Medicine*, 82, 79-86.
- Hawro, T., Maurer, M., Hawro, M., Kaszuba, A., Cierpiakowska, L., Królikowska, M., & Zalewska, A. (2014). In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Archives of Dermatology Research*, 306(7), 661-6.
- Mackenbach, J. P., Hu, Y., & Looman, C. W. N. (2013). Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Social Science & Medicine*, 93, 166-175.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Salvador-Carulla, L., Lucas, R., Ayuso-Mateos, J. S. & Miret, M. (2014). Use of the terms “Wellbeing” and “Quality of Life” in health sciences: A conceptual framework. *Journal of Psychiatry*, 28 (1), 50-65.
- Skevington, S. M. (2008). On Subjective Well-being and Quality of Life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775.
- Szramka-Pawlak B., Hornowska E., Walkowiak H., & Zaba, R. (2013). Hope as a psychological factor affecting quality of life in patients سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماری های پستان ایران، ۲ (۴)، ۲۷-۲۰.
- علیزاده، م.، و زکیا، ح. (۱۳۸۹). وضعیت سلامت جسمی و روانی و میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی در بین سالمندان ایرانی مقیم استرالیا و سایر سالمندان استرالیایی. فصلنامه پایش، ۹ (۴)، ۲۷-۲۰.
- فرهادی، ا.، فروغان، م.، و محمدی، ف. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه‌ای در شهرستان دشتی استان بوشهر. سالمند (مجله سالمندی ایران)، ۶ (۲۰)، ۵۶-۴۹.
- قاسم‌پور، ع.، جودت، ح. م.، سلیمانی، م.، و ژاله‌شعبانلو، ک. (۱۳۹۲). شادکامی به عنوان پیشگوی بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان پسر ورزشکار. تازه‌های علوم کاربردی ورزش، ۲، ۳۲-۲۵.
- ملک‌افضلی، ح. (۱۳۷۷). امید به زندگی مردان و زنان ایرانی در سال ۱۳۷۵. مجله پژوهشی حکیم، ۱ (۲)، ۱۱۰-۱۰۷.
- منتظری، ع.، گشتاسبی، آ.، و وحدانی‌نیا، م. ا. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. فصلنامه پایش، ۵ (۱)، ۱۲۰-۱۱۳.
- Bhamani, M. A., Khan, M. M., Karim, M. S., & Mir, M. U. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 46-51.
- Candeloro, J. M., & Caromano, F. A. (2007). Effects of a hydrotherapy program on flexibility and muscular strength in elderly women. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 267-272.
- Darvishi, H. (2009). Study the function of mental imagination and relaxation on reduction of stress, depression and increasing life expectancy in female patients with breast cancer, Ahwaz golestan Hospital, M.A thesis, IAU, Ahwaz Branch.
- Ebrahimi, H., Ashrafi, Z., Eslampanah, G., & Noruzpur, F. (2014). Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 1(3), 41-48.



- with psoriasis. *Applied Research in Quality of Life*, 8(2), 273-283.
- Warr, P. B., Butcher, V., Robertson, I. T. & Callinan, M. (2004). Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference. *British Journal of Psychology*, 21(14), 56-63.

## **The Relationship Between life Expectancy and Psychological well-Being with Quality of Life in the Elderly**

**Saeed Pourabdol**

University of Mohaghegh Ardabili

**Moslem Abbasi, Ph.D** ✉

Salman Farsi University of Kazeroun

**Zabih Pirani, Ph.D**

Islamic Azad University of Arak

**Mohammad Abbasi**

Islamic Azad University of Arak

Received: 2015.09.23

Accepted: 2015.09.11

**A**ging is a critical period of human life in which the elderly are exposed to potential threats such as an increase in chronic diseases, social isolation and lack of social support and physical and mental inability, in many cases threaten personal independence. Thus, the aim of this study was to determine the relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in elderly in Arak. This research was descriptive correlational. The study sample included all elderly people in the city of Arak (N= 59214), the sample size included 130 elderly people in Arak, which were selected by convenience sampling. To the Data collection for the study was used by quality of life questionnaire (sf-36), Psychological well-being and life expectancy scale. To analyze the data, Stepwise Multiple Regression was used. The results showed that psychological well-being and quality of life in the elderly people there is a significant positive relationship ( $P < 0.01$ ). Also there is a significant positive relationship between life expectancy and quality of life in the elderly people. In addition was a significantly relationship to the psychological well-being in the all components, except for autonomy, with quality of life in addition, regression analysis showed that based on psychological well-being and life expectancy can be predicted 5.33 of the quality of life of the elderly. Therefore, by improving the characteristics of life and physical and mental health and providing independence, healthy communication and strong family connections and improved psychological well-being, especially the elderly, can be enhanced their quality of life.

*Keywords:* quality of life, psychological well-being, life expectancy, the elderly

Saeed Pourabdol, M.A in psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, I.R. Iran; Moslem Abbasi, Assistant Professor, Dept. of Psychology, Salman Farsi University of Kazeroun, I.R. Iran; Zabih Pirani, Assistant Professor, Dept. of Psychology, Islamic Azad University of Arak, I.R. Iran; Mohammad Abbasi, M.A Student in General Psychology, Islamic Azad University of Arak, I.R. Iran

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Moslem Abbasi, Assistant Professor, Dept. of Psychology, Salman Farsi University of Kazeroun, I.R. Iran.

Email: saeed.pourabdol@yahoo.com