



## رابطه امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان: نقش میانجی نگرش به مرگ

**دکتر احمد برجعلی**

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

**دکتر آدیس کراسکیان موجباری**

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

**معصومه نظام‌دوست سدهی**

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

✉ **دکتر حمید پورشریفی**

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

**دکتر محمدرضا صیرفی**

دانشگاه آزاد اسلامی، کرج

روند رو به رشد سالخورده‌گی جمعیت و اهمیت بهزیستی سالمندان موجب پراهمیت‌تر شدن بررسی عوامل مرتبط با بهزیستی آنها شده است. بنابراین این مطالعه با هدف طراحی و سنجش برازش مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان انجام و در آن تأثیر امید و حس انسجام با میانجی‌گری ابعاد نگرش به مرگ بر بهزیستی روان‌شناختی بررسی شد. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و مدل‌یابی بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان غیر ساکن در سراهای سالمندان شهر تهران بودند. به این منظور ۳۰۹ سالمند با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از کلیه مناطق تهران انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های امید اسنایدر، حس انسجام آنتونوسکی، نگرش به مرگ وونگ و بهزیستی روان‌شناختی ریف پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و لیزرل نسخه ۸/۸ استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها حاکی از آن بود که بین متغیرهای امید و اجتناب از مرگ، امید و پذیرش گرایشی و پذیرش گرایشی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار و بین متغیرهای حس انسجام و ترس از مرگ، حس انسجام و پذیرش گرایشی، حس انسجام و پذیرش اجتنابی و نیز ترس از مرگ و پذیرش اجتنابی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی معنادار وجود دارد. همچنین حس انسجام با میانجی‌گری ترس از مرگ و پذیرش اجتنابی به بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود. نتایج این پژوهش بر اهمیت توجه به موضوع نگرش به مرگ و عوامل مؤثر بر آن در تلاش برای ارتقاء بهزیستی سالمندان تأکید می‌کند.

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

کلیدواژه‌ها: امید، حس انسجام، بهزیستی روان‌شناختی، نگرش به مرگ، سالمندان

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

نظام‌دوست سدهی، م.، برجعلی، ا.، پورشریفی، ح.، کراسکیان موجباری، ا.، و صیرفی، م. ر. (۱۳۹۷). رابطه امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان: نقش میانجی نگرش به مرگ. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۱۹۵-۱۷۹.

معصومه نظام‌دوست سدهی، کاندیدای دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛ احمد برجعلی دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛ حمید پورشریفی، دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ آدیس کراسکیان موجباری، دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. محمدرضا صیرفی، دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به حمید پورشریفی، دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران باشد.

پست الکترونیکی: ha.poursharifi@uswr.ac

۸/۵ درصد مردم جهان (حدود ۶۱۷ میلیون نفر) بالای ۶۵ سال هستند و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا قبل از سال ۲۰۵۰ به ۱۷ درصد (۱/۶ میلیارد نفر) برسد. امروزه در ایران

افزایش مراقبت‌های بهداشتی و تغییر سبک زندگی موجب افزایش امید به زندگی انسان‌ها و افزایش جمعیت سالمندان شده است. طبق اعلام مؤسسه ملی سلامت آمریکا (۲۰۱۶)

حدود ۹/۵ درصد جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال و ۱/۶ درصد جمعیت را سالمندان بالاتر از ۶۵ سال تشکیل می‌دهند. با ادامه این روند، جمعیت بالای ۶۵ سال کشور از ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۶ به رقم ۱۱ درصد در سال ۱۴۱۵ افزایش خواهد یافت (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). شهر تهران به عنوان بزرگ‌ترین کلان‌شهر ایران در سال ۱۳۷۵، ۳۲۰۴۳۰ نفر جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر داشته و در سال ۱۳۸۵ جمعیت این گروه به ۴۶۴۶۳۸ نفر رسیده است (توحیدی، ۱۳۹۰). بنابراین توجه به مسأله سالمندی از اولویت‌های پژوهش در ایران به شمار می‌آید.

یکی از مسائل مهم در حوزه سالمندی، بهزیستی سالمندان است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و فقط بیمار یا ناتوان بودن نیست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸a). با این تعریف، توجه به ابعاد بهزیستی به جای نگاه آسیب‌شناسانه به دوره سالمندی ضرورتی است که با در نظر گرفتن افزایش جمعیت سالمندان و نیازها و دغدغه‌های ویژه دوران سالمندی پر اهمیت‌تر می‌شود.

از آنجا که سالمندی علاوه بر تغییرات زیستی، با تغییرات دیگر در زندگی مانند بازنشستگی، انتقال به محل سکونت مناسب شرایط سالمندی و مرگ دوستان و شریک زندگی همراه است، برای همراه شدن سلامت با سالمندی، لازم است علاوه بر رویکردهای مبتنی بر جبران کاستی‌های دوران سالمندی، به رویکردهایی توجه شود که به افزایش سازگاری و رشد روانی می‌انجامند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸b). در حالی که مدل زیستی از عدم وجود بیماری و عملکرد فیزیکی و روانی مطلوب به عنوان کلیدهای سالمندی موفقیت‌آمیز یاد می‌کند، مدل اجتماعی-روانی بر رضایت از زندگی، مشارکت اجتماعی، عملکرد و منابع روانی شامل رشد شخصی تأکید دارد (بولینگ و دایپ، ۲۰۰۵). بهزیستی روان‌شناختی با سن، جنس و فرهنگ تغییر می‌کند. تسلط محیطی و خودمختاری با افزایش سن، به خصوص از جوانی تا میانسالی افزایش می‌یابد. در مقابل، رشد شخصی و هدفمندی در زندگی با افزایش سن، به خصوص از میانسالی تا سالمندی کاهش می‌یابد. روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود با سن تغییر نمی‌کند. یک تبیین برای این الگوی وابسته به سن، چالش‌های روان‌شناختی

مهم در مراحل مختلف زندگی است (تانوا، ۲۰۱۶). خودمختاری مؤلفه‌ای از بهزیستی روان‌شناختی سالمندان است که باعث تاب‌آوری در شرایط ویژه جسمی و اجتماعی آنان می‌شود. سالمندان با کاهش هدفمندی در زندگی و کاهش فرصت‌های رشد شخصی به دلیل عوامل اجتماعی-اقتصادی روبرو هستند. برای احساس تسلط محیطی، وضعیت خوب سلامتی و عملکردی بسیار مهم است (کلارک، مارشال، ریف و روزنتال، ۲۰۰۰). بین نیازهای اساسی روان‌شناختی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) و بهزیستی ذهنی با سلامت روان‌شناختی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد و تأمین نیازهای روان‌شناختی آنان سبب تقویت بهزیستی ذهنی و در نهایت منجر به بهبود سلامت روان‌شناختی سالمندان می‌گردد (عرب‌زاده، پیرساقی، کاوسیان، امانی و عبدالله‌پور، ۱۳۹۶). همچنین بهزیستی ذهنی سالمندان توسط تعلق/علاقه اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، ملایمت، خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و خودمراقبتی تبیین می‌شود (برقی‌ایرانی، رجبی، ناظمی و بگیان کوله‌مرز، ۱۳۹۶).

مفهوم پر اهمیت دیگر در تمام دوران‌های زندگی و به خصوص دوران سالمندی امید است. رسیدن به سال‌های پایانی زندگی فرد را در معرض ناامیدی قرار می‌دهد. طبق نظر اریکسون افراد سالمند در شرایط فقدان همسر، دوستان، سلامت جسمانی، هوشیاری، استقلال و سودمندی اجتماعی اغلب احساس ناامیدی می‌کنند که به صورت نفرت، افسردگی، بی‌اعتنایی به دیگران یا هر نگرش دیگری که عدم پذیرش مرگ را نشان می‌دهد ابراز می‌شود (فیست و فیست، ۲۰۰۲/۱۳۸۸). امید در تمام مراحل زندگی و به خصوص دوران سالمندی، مفهومی پر اهمیت است. پژوهش‌های مختلف تأثیر امید را بر مؤلفه‌های سلامت‌روان و ارتقای کیفیت زندگی تأیید کرده‌اند (اسنایدر، ۲۰۰۰). امید با احساس بهزیستی بیشتر، کاهش استرس و افزایش توانایی مقابله رابطه و بر سلامتی جسمی نیز تأثیر مثبت دارد (کندی و لیود-ویلیامز، ۲۰۰۶). ابعاد معنوی مانند امید، معنا در زندگی و تعالی خود، پیش‌بین سالمندی موفق، رضایت از زندگی و بهزیستی در سالمندان هستند (هوگان، ۲۰۱۳). امید منبعی برای سازگاری با بیماری‌های مزمن در سالمندی است (داگلی و همکاران، ۲۰۱۲) و با ارتقای امید به زندگی و سلامت جسمی و روان‌شناختی و فراهم آوردن زمینه‌های استقلال،

فایست و فایست، ۲۰۰۲/۱۳۸۸). مرگ و اضطراب وجودی ناشی از آن در عین احتمال ایجاد اختلال در آرامش روانی سالمندان، می‌تواند در قدر دانستن لحظات زندگی و پرداختن به امور معنابخش و ارتقای سطح بهزیستی آنان مؤثر باشد. افزایش آگاهی درباره امکان مرگ و اضطراب مرتبط با آن به طور محتمل باعث می‌شود سالمندان راهبردهای مناسب با سن خود را برای مقابله با پدیده مرگ و نیز اضطراب ناشی از آن بکار گیرند (سلیمانی، شریف، یعقوب‌زاده، یوه و پارالو، ۲۰۱۸). نگرش به مرگ بیانگر دیدگاه فرد نسبت به موضوع مرگ است. این نگرش‌ها می‌توانند مثبت یا منفی باشند. نگرش‌های منفی، ترس از مرگ و اجتناب از مرگ و نگرش‌های مثبت نسبت به مرگ، باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با مرگ و پذیرش آن را شامل می‌شوند (بشرپور، وجودی و عطارد، ۱۳۹۱). نگرش نسبت به مرگ شامل پنج نوع مختلف پذیرش گرایشی، پذیرش اجتنابی، پذیرش خنثی، اجتناب از مرگ و ترس از مرگ است (وونگ، رکر و گسر، ۱۹۹۴). پذیرش گرایشی نگرش به مرگ به عنوان ورود به زندگی خوب پس از مرگ است که ریشه در اعتقادات مذهبی دارد. پذیرش اجتنابی وقتی ایجاد می‌شود که رنج و درد بر افراد غلبه می‌کند، احتمال اندکی برای آسودگی وجود دارد و مرگ تنها راه فرار در نظر گرفته می‌شود. افرادی که نه از مرگ می‌ترسند و نه منتظر آن هستند، آن را به عنوان واقعیت تغییرناپذیر زندگی می‌پذیرند و سعی می‌کنند به بهترین شکل این زندگی محدود را سپری کنند، نسبت به مرگ پذیرش خنثی دارند. نگرش‌های منفی به مرگ شامل اجتناب از مرگ و ترس از مرگ می‌شود. اجتناب از مرگ، اجتناب از فکر کردن، صحبت کردن یا مواجه شدن و همراهی با هر آن چیزی است که ترس‌های مرتبط با مرگ را برمی‌انگیزد. در ترس از مرگ، فرد با مرگ مواجه می‌شود و احساس ترس می‌کند. اما در اجتناب از مرگ، برای کاهش اضطراب از فکر کردن یا صحبت درباره مرگ اجتناب می‌کند. پذیرش خنثی و پذیرش گرایشی هر دو با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارند (نوذری و دوستی، ۲۰۱۳). پذیرش گرایشی می‌تواند از جهت تلاش برای بهترین استفاده از زندگی محدود روی زمین با پذیرش خنثی یکی باشد. اما پذیرش گرایشی از نظر ایجاد امید برای ادامه زندگی و آگاهی بعد از مرگ با پذیرش خنثی متفاوت و از آن مفیدتر است (وونگ، کارنو و گانگورا اولیور،

روابط سالم، به خصوص روابط خانوادگی قوی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی سالمندان می‌توان کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشید (پورعبدل، عباسی، پیرانی و عباسی، ۱۳۹۴). نکته‌ای که می‌تواند از نظر باورهای فرهنگی مورد توجه قرار گیرد، مرز امید و نقطه پایانی اهداف فرد است. در نگرش امیدوارانه به زندگی و مرگ و باور زندگی پس از مرگ، امید فرد تا ابدیت امتداد می‌یابد و این امیدواری به دنیای ابدی در پذیرش مرگ و رسیدن به اهدافی مؤثر است که در طول زندگی خطمشی و سبک زندگی فرد را شکل داده است.

مفهوم حس انسجام به چگونگی تجربه فرد از زندگی اشاره دارد. چگونگی ادراک فرد از جهان، عامل اصلی در مدیریت فشار روانی و سالم ماندن و احساس بهزیستی است (آنتونوسکی، ۱۹۸۷). حس انسجام، به قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن دنیا برای فرد دلالت دارد. حس انسجام یک منبع ارتقا سلامت است که تاب‌آوری را تقویت می‌کند و شرایط ذهنی مثبتی را برای سلامتی ایجاد می‌کند (اریکسون و لیندستروم، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش پالانت و لای (۲۰۰۲) نیز نشان داد که مطابق با نظریه و پژوهش‌های اولیه، حس انسجام با بهزیستی جسمی و روانی مرتبط است. حس انسجام سالمندان با وضعیت عملکردی، وضعیت سلامت روانی، بهزیستی شخصی و سطح آموزشی ارتباط دارد (گیگیو، رودریگز، دپدروگوستا و فورجاز، ۲۰۱۵) و حس انسجام قوی‌تر با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر در سالمندان همراه است (نیلسون، لپرت، سیمونسون و استارین، ۲۰۱۰). همچنین حس انسجام عامل مهمی در پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان است (عسگری و شفیع، ۱۳۹۶).

در دوران سالمندی مفهوم مرگ اغلب بیش از سایر دوران‌های زندگی توجه افراد را به خود جلب می‌کند. افزایش سن و نزدیک شدن به مرگ به عنوان نقطه پایان زندگی باعث می‌شود دریچه‌های نگرش به مرگ اغلب گشوده شود و سالمندان بیش از پیش خود را در معرض رویارویی با پایان زندگی ببینند. تفاوت نگاه به مرگ، تفاوت درک معنا از زندگی و احساس بهزیستی را به همراه خواهد داشت. مرگ تنها واقعیت زندگی می‌باشد که قطعی است و آگاهی از آن به وجود انسان و آنچه در هر ساعت انجام می‌دهد کیفیت قطعی می‌بخشد (می<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از

<sup>1</sup> May

بوده‌اند. اما اگر افراد سالخورده احساس کنند تصمیمات غلط زیادی گرفته‌اند و فرصتی برای یافتن مسیری دیگر به سمت انسجام باقی نمانده است، به سختی می‌توانند بپذیرند که مرگ نزدیک است. این نگرش‌ها به طور معمولی به صورت عصبانیت و ناخشنودی از دیگران و نفرت از خود ابراز می‌شوند (برک، ۱۳۸۵/۲۰۰۱).

ناامیدی و فقدان هدف در زندگی نیز می‌تواند بر نگرش سالمندان به مرگ و نیز احساس بهزیستی آنها مؤثر باشد. رابطه امید با انواع نگرش به مرگ تأیید و تبیین شده است (گسر، وونگ و رکر، ۱۹۸۸). همبستگی امید و معنای زندگی با یکدیگر مثبت و رابطه این دو با اضطراب مرگ منفی است (آقابائی، سهرابی، اسکندری، برجلی و فرخی، ۱۳۹۵). امید با نشخوار مرگ، سلطه مرگ، عقاید تکراری مربوط به مرگ و اضطراب مرگ رابطه منفی معنادار دارد (شیخی، عیسی‌زادگان، بشرپور و مروئی میلان، ۱۳۹۲). بین امید و اضطراب مرگ همبستگی معنادار منفی وجود دارد و با افزایش امید اضطراب مرگ کاهش می‌یابد. امید و اضطراب مرگ پیش‌بینی کننده معنی‌دار سلامت روان هستند و اضطراب مرگ با سلامت روان رابطه معنادار منفی دارد (قربانی، سعادت‌مند، سپهریان‌آذر، اسدینا و فیضی‌پور، ۱۳۹۲). اهداف بلند مدت نداشتن و مذهبی بودن با پذیرش مرگ بالاتر همراه است (پینکوارت، فروهلیک، سیبریس و ودینگ، ۲۰۰۶). طبق پژوهش ون‌هیل و ونستینکیست (۲۰۰۹) نوع هدفی که امید توسط آن شکل گرفته در نگرش به مرگ مؤثر است. دستیابی به اهداف درونی، باعث پذیرش مرگ و کاهش اضطراب مرگ می‌شود. درحالی‌که دستیابی به اهداف بیرونی با پذیرش مرگ رابطه منفی دارد.

با وجود اهمیت نگرش به موضوع مرگ در دوران سالمندی، مطالعات در حوزه نگرش به مرگ سالمندان و رابطه آن با مفاهیم مثبت مانند بهزیستی روان‌شناختی بسیار اندک و به خصوص کمبود مطالعاتی که با استفاده از معادلات ساختاری روابط بین ابعاد نگرش به مرگ با سایر سازه‌های روان‌شناختی را مورد بررسی قرار دهند به طور کامل مشهود است (نیمپیر، ویتکوسکی و موسر، ۲۰۰۴؛ هالبرگ، ۲۰۰۴). نظر به تعدد عوامل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان که از بین آنها می‌توان به امید و حس انسجام اشاره کرد و نیز اهمیت نوع نگرش به مرگ در دوران سالمندی، در نظر گرفتن این عامل در مدل‌های

(۲۰۱۷). مرگ برای کسانی که پذیرش اجتنابی مرگ دارند یک تقویت منفی و با سطوح پایین بهزیستی روان‌شناختی همراه است (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴). ترس از فرایند مردن با عزت نفس پایین، کاهش هدف در زندگی (امیدواری کمتر) و کاهش بهزیستی روانی مرتبط است (میسر و همکاران، ۲۰۱۲).

به نظر می‌رسد حس انسجام یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری نوع نگاه به مرگ است. به نظر آنتونوسکی (۱۹۸۷) برخورداری از حس انسجام در دوران سالمندی و در مواجهه با استرس‌ها و تعارض‌های خاص این مرحله از زندگی نیز مؤثر خواهد بود. طبق نظریه اریکسون، یک تعارض اساسی در دوره سالمندی، تعارض «انسجام خود در برابر ناامیدی» است که مربوط به آخرین مرحله از نظریه هشت مرحله‌ای رشد آنها است. حس انسجام، عامل مهمی در رسیدن به انسجام خود در حل این تعارض است (ویزمن و هانیچ، ۲۰۱۱؛ آنتونوسکی و سیجی، ۱۹۹۰) و می‌تواند به عنوان فرایندی توصیف گردد که به وسیله آن سالمندان برای یافتن معنا در زندگی تلاش می‌کنند (ویزمن و هانیچ، ۲۰۱۱). یافتن معنا در زندگی گامی مؤثر در ایجاد نگرش مثبت به مرگ است (وونگ، ۲۰۱۰). یافتن معنا در روابط اجتماعی و تجربیات زندگی به حس انسجام و محافظت در برابر تهدیدهای مرگ و زندگی و احساس بهزیستی کمک می‌کند (وونگ، ۲۰۰۷). پارکر (۲۰۱۳) در پژوهش خود دریافت که انسجام خود عامل مهمی در پیش‌بینی پذیرش خنثی، ترس از مرگ و اجتناب از مرگ است اما رابطه معناداری با پذیرش گرایشی و پذیرش اجتنابی ندارد. طبق نظر پارکر، انسجام خود با پذیرش زندگی و مرگ همراه است و حالت آرامش و اطمینانی ایجاد می‌کند که با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان همراه می‌گردد. نتایج مطالعه تامر (۲۰۰۰) در حوزه نگرش به مرگ سالمندان نیز نشان داد که فقط مؤلفه معنادار بودن از حس انسجام با اضطراب مرگ رابطه دارد. با افزایش حس انسجام، نگرش‌های مثبت افزایش و اضطراب کاهش می‌یابد. طبق نظر اریکسون، افرادی که به انسجام من دست می‌یابند از دستاوردهای خود احساس کامل بودن و رضایت می‌کنند. آنها با پیروزی‌ها و ناامیدی‌هایی سازگار می‌شوند که جزء گریزناپذیر روابط عاشقانه، فرزندپروری، کار، روابط دوستی و آمیختگی با جامعه است. آنها می‌پذیرند انتخاب‌ها و فعالیت‌هایشان برای ساختن یک زندگی هدفمند ضروری

برای تک‌تک شرکت‌کنندگان خوانده و پاسخ‌ها ثبت شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت از (۱) حداقل سن ۶۰ سال، (۲) زندگی در خارج از فضای سراهای سالمندان، (۳) سالم بودن عملکردهای شناختی و توانایی قضاوت صحیح بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) خستگی یا عدم تمایل به ادامه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و (۲) نداشتن تمرکز لازم برای درک و پاسخ دادن به سؤالات بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۶۸/۲۸ سال با انحراف استاندارد ۶/۸۸ بود. آنها شامل ۱۹۹ زن (۴۹/۶ درصد) و ۲۰۲ مرد (۵۰/۴ درصد)، ۱/۷ درصد مجرد، ۸۲ درصد متأهل، ۰/۵ درصد متارکه کرده و ۱۵/۷ درصد بیوه بودند. از نظر تحصیلات ۱۰/۷ درصد بی‌سواد، ۳۷/۷ درصد با تحصیلات ابتدایی، ۱۳ درصد زیر دیپلم، ۱۸/۷ درصد دیپلم، ۱۴/۷ درصد لیسانس و ۵/۲ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند.

### ابزار

**پرسشنامه امید اسنایدر**<sup>۱</sup>. مقیاس امید اسنایدر بر اساس نظریه امید اسنایدر طراحی شده و با استفاده از تحلیل عاملی دو زیرمقیاس تفکر عامل و تفکر مسیریاب برای آن به دست آمده است. این مقیاس دارای ۱۲ سؤال با طیف لیکرت ۸ درجه‌ای است که از به طور کامل مخالف (نمره ۱) تا به طور کامل موافق (نمره ۸) نمره‌گذاری می‌شود. زیرمقیاس تفکر عامل شامل چهار سؤال ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲، زیرمقیاس تفکر مسیریاب شامل چهار سؤال ۱، ۴، ۷ و ۸ و سؤال‌های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ انحرافی است و به آنها نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). دامنه نمرات بین ۸ (کمترین مقدار امید به آینده) تا ۶۴ (بیشترین مقدار امید به آینده) است. کرمانی، خداپناهی و حیدری (۱۳۹۰) دریافتند مقیاس امید اسنایدر برای جامعه ایرانی مطلوب است و آلفای کرونباخ ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۷۶ را به ترتیب برای کل مقیاس امید، تفکر عامل و تفکر مسیریاب گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه امید ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ ۰/۵۹ و ۰/۶۷ به ترتیب برای تفکر عامل و تفکر مسیریاب به دست آمد.

### مقیاس حس انسجام آنتونوسکی (فرم ۱۳)

**سؤالی**<sup>۲</sup>. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ در یک فرم بلند (۲۹ سؤال - SOC29) و یک فرم کوتاه‌تر (۱۳ سؤال -

مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این امر در عین اهمیت، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و در مرور پیشینه، پژوهشی یافت نشده است که به نقش میانجی نگرش به مرگ در رابطه امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان پرداخته باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر، طراحی و اعتباریابی مدلی برای بهزیستی سالمندان است که در آن نقش میانجی نگرش به مرگ در رابطه بین امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بررسی شود. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از اینکه (۱) نگرش به مرگ در رابطه امید با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارد. (۲) نگرش به مرگ در رابطه حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی با مدل‌یابی به روش معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه سالمندان غیرساکن خانه سالمندان شهر تهران در تابستان سال ۱۳۹۶ تشکیل داد. کلانین (۲۰۱۱) حداقل حجم نمونه برای استفاده از معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر می‌داند، همچنین وی تعداد ۵ تا ۱۰ شرکت‌کننده را به ازای هر پارامتر پیشنهاد می‌کند. تعداد پارامترهای مدل فرضی ۶۱ پارامتر و بنابراین نمونه انتخابی باید بین ۳۰۵ تا ۶۷۰ شرکت‌کننده بود. نمونه انتخابی ۴۰۱ سالمند بودند که مورد آزمون قرار گرفتند. بعد از حذف داده‌های پرت، داده‌های مربوط به ۳۰۹ نفر قابل تجزیه و تحلیل و نمونه انتخاب شده مناسب برای تحلیل بود. روش نمونه‌گیری این پژوهش به شیوه خوشه‌ای بود. در مدت زمان نمونه‌گیری برای هر روز از بین مناطق شهرداری تهران، انتخاب تصادفی انجام شد. سپس با مراجعه به سایت شهرداری منطقه مورد نظر، فهرست بوستان‌ها و در صورت عدم دسترسی به فهرست بوستان‌های منطقه، فهرست محلات مشخص و سپس بین آنها انتخاب تصادفی انجام گرفت. در روز نمونه‌گیری با مراجعه به بوستان‌های تعیین شده، با سالمندان بالای شصت سال صحبت و کلیت پژوهش معرفی گردید. در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود و تمایل آنان به پاسخگویی، سؤالات

<sup>1</sup> Adults Hope Scale (AHS)

<sup>2</sup> Antonovsky's Sence of Coherence Scale (SOC13)



روا بوده‌اند. بارهای عاملی مناسب و ضرایب آلفای خوب تا بالا نشان می‌دهند که عوامل خالص و دارای ثبات درونی هستند. پایایی درونی (ضرایب آلفای) این ۵ بعد، از ۰/۶۵ برای خرده مقیاس پذیرش خنثی تا ۰/۹۷ برای خرده مقیاس پذیرش گرایشی و ضرایب ثبات حاصل از بازآزمایی از ۰/۶۱ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰/۹۵ پذیرش گرایشی گزارش شده‌اند (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴). این پرسشنامه در پژوهش بشرپور و همکاران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و اعتبار صوری آن تأیید شد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش مذکور از ۰/۶۴ برای خرده مقیاس اجتناب از مرگ تا ۰/۸۸ برای خرده مقیاس پذیرش گرایشی گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای نیمرخ تجدید نظر شده نگرش به مرگ به دست آمده است.

**مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف.**<sup>۷</sup> در سال ۱۹۸۰ (به نقل از ریف و کیس، ۱۹۹۵) طراحی شد. بهزیستی روان‌شناختی شامل خودمختاری، تسلط محیطی، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف زندگی و پذیرش خود است. این پرسشنامه ۱۸ سؤالی حائز معیارهای روان‌سنجی است و هر گویه با زیرمقیاس مربوط به خود همبستگی مثبت و قوی دارد. برآورد ثبات درونی، ضرایب آلفای کم تا متوسط و از ۰/۳۳ (برای هدف زندگی) تا ۰/۵۶ (روابط مثبت با دیگران) است. ضرایب آلفای متوسط به طور محتمل ناشی از تعداد اندک گویه‌ها در هر زیرمقیاس و این واقعیت است که گویه‌ها بیشتر برای بازنمایی گستره مفهومی در هر ساختار انتخاب شده‌اند تا افزایش ثبات درونی (ریف و کیس، ۱۹۹۵). شرکت‌کنندگان برای پاسخگویی به فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف نظر خود را در هریک از ۱۸ سؤال روی طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از به طور کامل مخالف تا به طور کامل موافق مشخص می‌کنند (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱) در پژوهش خود آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۷۳ و برای عوامل به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۷۵ اعلام کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۶۰ برای پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف به دست آمده است.

(SOC13) تنظیم و از سه زیرمقیاس قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن تشکیل شده است. پاسخ به پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۱ تا ۷ صورت می‌گیرد. روایی صوری مقیاس حس انسجام در فرهنگ‌های مختلف به شکل تجربی آزمون شده است. روایی پیش‌بین این پرسشنامه با مرور مطالعات طولی به طور نسبی خوب گزارش شده است (اریکسون و میتل‌مارک، ۲۰۱۷). در ۲۶ مطالعه با استفاده از مقیاس حس انسجام ۲۹ سؤالی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ و آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ برای پرسشنامه حس انسجام فرم ۱۳ سؤالی به دست آمده است (آنتونوسکی، ۱۹۹۳). در پژوهش محمدزاده، پورشرفی و علیپور (۲۰۱۰) روایی ملاکی و روایی سازه این پرسشنامه در جامعه ایرانی مناسب و آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه حس انسجام در پژوهش حاضر، ۰/۷۷ برای کل مقیاس و ۰/۵۱، ۰/۵۲ و ۰/۵۶ به ترتیب برای زیر مقیاس‌های قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن است.

**نیمرخ تجدید نظر شده نگرش به مرگ.**<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۴ توسط وونگ و همکاران ساخته شده است. تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، وجود پنج بعد مقیاس نگرش به مرگ را تأیید کرده است. این پنج بعد عبارتند از (۱) ترس از مرگ و مردن<sup>۲</sup>: افکار و احساسات منفی درباره حالت و فرایند مردن، (۲) پذیرش گرایشی<sup>۳</sup>: نگاه به مرگ به عنوان راهی به سوی شادکامی بعد از زندگی، (۳) پذیرش اجتنابی<sup>۴</sup>: در نظر گرفتن مرگ به عنوان مفری از زندگی مملو از درد، (۴) پذیرش خنثی<sup>۵</sup>: نگرش به مرگ به عنوان واقعیتی که نه ترسناک و نه اشتیاق برانگیز است و (۵) اجتناب از مرگ<sup>۶</sup>: اجتناب از فکر کردن یا صحبت راجع به مرگ برای کاهش اضطراب که متضمن استفاده از مکانیسم‌های دفاعی برای دور نگه داشتن موضوع مرگ از هشیاری است. پاسخ‌دهندگان به این پرسشنامه پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از به طور کامل موافقم تا به طور کامل مخالف مشخص می‌کنند. همه مقیاس‌ها دارای پایایی درونی، دارای ثبات و

<sup>1</sup> Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)

<sup>2</sup> fear of death (FD)

<sup>3</sup> approach acceptance (AA)

<sup>4</sup> escape acceptance (EA)

<sup>5</sup> neutral acceptance (NA)

<sup>6</sup> death avoidance (DA)

<sup>7</sup> Ryff Scale of Psychological Well-being

## روش اجرا

پژوهش حاضر در مرحله میدانی توسط پژوهشگر و چند نفر همکار آموزش دیده که دانش آموخته رشته روان‌شناسی بودند و برای اجرای آزمون آموزش دیده بودند و با حضور و نظارت پژوهشگر در حین اجرای آزمون انجام شد. ابتدا پژوهشگر ضمن برقراری ارتباط مناسب با سالمندان بالای شصت سال صحبت و ضمن معرفی خود کلیت پژوهش را توضیح می‌داد و تعهدات اخلاقی پژوهشگر مبنی بر بدون نام و محرمانه بودن اطلاعات، بیان می‌شد. پس از اعلام رضایت سالمندان به انجام آزمون، در صورت برخورداری از ملاک‌های ورود، سؤالات برای تک‌تک شرکت‌کنندگان خوانده و پاسخ‌ها ثبت می‌شد. در پایان به هر یک از شرکت‌کنندگان هدیه‌ای جهت سپاس‌گزاری از همکاری آنان در پژوهش اهدا گردید. بعد از پایان نمونه‌گیری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، طبق قرار قبلی با شرکت‌کنندگان، نتایج آزمون در فرم‌های هم‌شکل برای همه شرکت‌کنندگانی ارسال شد که نشانی خود را برای دریافت نتیجه در اختیار پژوهشگر قرار داده بودند. جهت طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌های آماری از نرم افزارهای SPSS

نسخه ۲۲ و لیزرل ۸/۸ استفاده شد. برازش مدل فرضی با کاربرد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) مورد آزمون قرار گرفته و نتایج مربوط به بررسی پیش‌فرض‌های بکارگیری روش معادلات ساختاری به تفکیک گزارش شده است. درگام اول تحلیل عاملی تأییدی (CFA) برای ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری استفاده شده و درگام دوم با بهره‌گیری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفته و اثرات واسطه‌ای مدل ساختاری با استفاده از آزمون بوت‌استرپ بررسی شده است. برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های برازش کای اسکوئر، نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی، ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص تاکر-لوویس (TLI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) استفاده شده است.

## یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

کمیته	بیشینه	میانگین	انحراف‌استاندارد	کجی	کشیدگی
<b>امید</b>	۲۸	۶۴	۵۴/۲۵	۷/۵۶	۰/۱۷۴
تفکر عامل	۱۴	۳۲	۲۷/۱۳	۴/۳۶	۰/۰۳۷
تفکر رهیاب	۱۴	۳۲	۲۷/۱۲	۴/۱۸	۰/۴۱۸
<b>حس انسجام</b>	۲۶	۹۱	۶۵/۴۴	۱۲/۴۶	-۰/۱۵۷
ترس از مرگ	۱	۷	۲/۴۴	۱/۴۴	۰/۸۱۰
اجتناب از مرگ	۱	۷	۳/۵۲	۱/۹۹	-۱/۲۵۴
پذیرش گرایشی	۱	۷	۵/۴۷	۱/۲۷	۲/۳۰۴
پذیرش خنثی	۳/۸۰	۷	۶/۱۶	۰/۷۱	۰/۱۴۹
پذیرش اجتنابی	۱	۷	۴/۷۷	۱/۷۱	-۰/۷۳۵
<b>بهزیستی روان‌شناختی</b>	۵۳	۹۶	۷۷/۲۴	۸/۹۴	-۰/۴۷۱
پذیرش خود	۷	۱۸	۱۴/۸۱	۲/۷۰	-۰/۳۸۰
تسلط محیطی	۸	۱۸	۱۵/۶۹	۲/۳۳	۰/۲۰۳
رابطه مثبت با دیگران	۴	۱۸	۱۳/۶۲	۳/۳۲	-۰/۷۸۱
داشتن هدف در زندگی	۳	۱۸	۱۳/۳۳	۲/۹۴	-۰/۰۱۷
رشد فردی	۶	۱۸	۱۴/۴۱	۳/۲۳	-۰/۶۶۲
استقلال	۵	۱۸	۱۵/۳۳	۲/۴۹	۰/۶۷۹

جدول ۲

ماتریس همبستگی رابطه بین امید، حس انسجام، ترس از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش خنثی، پذیرش گرایشی، پذیرش اجتنابی و بهزیستی روان‌شناختی

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
							۱ امید
						۱	۲ حس انسجام
					۱	۰/۲۲۳**	۳ ترس از مرگ
				۱	۰/۳۷۸**	-۰/۰۷۱	۴ اجتناب از مرگ
			۱	۰/۲۳۳**	۰/۰۹۱	-۰/۰۴۵	۵ پذیرش خنثی
		۱	-۰/۰۹۹*	-۰/۲۱۳**	۰/۰۱۹	-۰/۰۷۴	۶ پذیرش گرایشی
	۱	۰/۳۰۹**	۰/۰۱۹	۰/۰۸۴	۰/۱۴۹**	-۰/۲۱۰**	۷ پذیرش اجتنابی
۱	-۰/۱۸۸**	۰/۰۷۴	-۰/۰۸۳	-۰/۰۶۴	-۰/۱۲۷*	۰/۴۰۸**	۸ بهزیستی روان‌شناختی

بررسی نرمال بودن چندمتغیری، فرض نرمال بودن چندمتغیری با محاسبه شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی بررسی شد که مقدار آن برابر ۱/۰۶۵ بدست آمد. ارزش کمتر از ۳ این شاخص، نشان دهنده تحقق نرمال بودن چندمتغیری است.

پیش فرض همخطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش با استفاده از شاخص تحمل و شاخص VIF ارزیابی شد. مقدار شاخص تحمل برای متغیرهای پژوهش در دامنه ۰/۴۵۶ تا ۰/۹۱۸ و مقدار شاخص VIF در دامنه ۱/۰۸۹ تا ۲/۱۹۲ بود. مقادیر این شاخص‌ها حاکی از عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای پژوهش است.

برای شناسایی داده‌های پرت تک‌متغیری برای متغیرهای مشهود، از جدول فراوانی و نمودار جعبه‌ای استفاده شد که در نتیجه ۹۰ نفر از شرکت‌کنندگان از تحلیل حذف شدند. همچنین برای ارزیابی داده‌های پرت چندمتغیری، فاصله‌های ماهالانابیس برای هر فرد محاسبه شد. تنها دو شرکت‌کننده در این شاخص نمره بالاتر از مقدار بحرانی کسب کرده بود که از تحلیل کنار گذاشته شد. ضرایب غیر استاندارد، ضرایب استاندارد و مقادیر t برای هر کدام از متغیرهای مشهود در مدل اندازه‌گیری در جدول ۳ گزارش شده است. تمامی ضرایب در سطح  $P < ۰/۰۱$  معنی‌دار هستند.

در انتخاب نشانگر برای متغیرهای مکنون پژوهش، روش تحلیل عاملی تأییدی به کار برده شد. متغیر امید در پرسشنامه اسنایدر دارای ۲ بعد بود که این ۲ بعد به عنوان نشانگر این متغیر انتخاب شدند. متغیر حس انسجام در پرسشنامه استفاده شده دارای ۱۳ سؤال و ۳ بعد بود و این سه بعد به عنوان نشانگر متغیر حس انسجام انتخاب شدند. برای انتخاب نشانگر برای هر کدام از ابعاد نگرش به مرگ، بر روی هر کدام تحلیل عاملی تأییدی صورت پذیرفت و ۳ سؤال که دارای بار عاملی بالا بر روی هر متغیر بودند به عنوان نشانگر انتخاب شدند. نگرش پذیرش خنثی به علت بارگذاری اندک و غیرمعنی‌دار سؤالاتش در تحلیل عاملی تأییدی و همچنین غیرنرمال بودن سؤالات این مؤلفه (چولگی در دامنه ۵/۱۸۳ - تا ۰/۶۶۴ و کشیدگی در دامنه ۱/۰۰۴ - تا ۳۱/۷۱۲) از مدل فرضی حذف شد. برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز ۶ خرده‌مقیاس پرسشنامه به عنوان نشانگر انتخاب شدند.

برای ارزیابی نرمال بودن تک‌متغیری، از محاسبه چولگی و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود استفاده شد. چولگی متغیرهای مشاهده‌پذیر (بعد از حذف متغیر پذیرش خنثی مرگ) در دامنه ۱/۶۵۷ - تا ۱/۹۹۵ و کشیدگی آنها در دامنه ۱/۷۲۳ - تا ۲/۴۶۸ قرار داشت. مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها، نشانه تحقق پیش فرض نرمال بودن تک‌متغیری است. برای



## جدول ۳

ضرایب غیر استاندارد، ضرایب استاندارد و مقادیر  $t$  متغیرهای مشهود

مقدار $t$	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد	متغیرهای مشهود امید
۱۶/۲۴	۰/۸۷	۳/۸۱	تفکر عامل
۱۱/۷۵	۰/۶۵	۲/۷۱	تفکر رهیاب
			متغیرهای مشهود حس انسجام
۱۱/۶۵	۰/۷۵	۰/۸۷	قابل درک بودن
۸/۱۷	۰/۵۰	۰/۶۵	قابل مدیریت بودن
۴/۷۱	۰/۳۰	۰/۴۵	معنادار بودن
			ترس از مرگ
۱۰/۸۷	۰/۶۶	۱/۴۴	FD_1
۱۰/۱۸	۰/۶۲	۱/۱۵	FD_2
۱۲/۱۴	۰/۷۵	۱/۴۰	FD_3
			اجتناب از مرگ
۱۸/۳۸	۰/۸۸	۲/۲۳	DA_1
۱۷/۹۸	۰/۸۷	۲/۱۶	DA_2
۱۴/۸۷	۰/۷۵	۱/۹۲	DA_3
			پذیرش گرایشی
۱۴/۵۹	۰/۷۷	۱/۴۶	AA_1
۱۴/۸۹	۰/۷۸	۱/۳۱	AA_2
۱۶/۰۲	۰/۸۲	۱/۴۰	AA_3
			پذیرش اجتنابی
۱۱/۸۸	۰/۷۰	۱/۶۱	EA_1
۱۲/۴۶	۰/۷۴	۱/۷۲	EA_2
۱۰/۷۷	۰/۶۴	۱/۵۰	EA_3
			بهزیستی روان‌شناختی
۱۰/۲۷	۰/۶۱	۱/۶۵	پذیرش خود
۹/۰۲	۰/۵۴	۱/۲۷	تسلط محیطی
۵/۰۵	۰/۳۲	۱/۰۵	رابطه مثبت با دیگران
۵/۵۷	۰/۳۵	۱/۰۲	داشتن هدف در زندگی
۶/۶۵	۰/۴۱	۱/۳۳	رشد فردی
۴/۵۷	۰/۲۹	۰/۷۲	استقلال

برازش مدل اندازه‌گیری که در جدول ۴ ارائه شده است، برازش مناسب این مدل را نشان می‌دهد. بنابراین متغیرهای مشهود توانایی لازم برای اندازه‌دار کردن متغیرهای مکنون مربوط به خود را دارند.

بعد از انتخاب نشانگرهای مربوط به مدل فرضی پژوهش، یک تحلیل عاملی تأییدی کلی بر روی تمامی متغیرهای پژوهش اجرا شد. با بررسی شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی، صلاحیت مدل اندازه‌گیری انتخاب شده برای متغیرهای مکنون مشخص شد. شاخص‌های

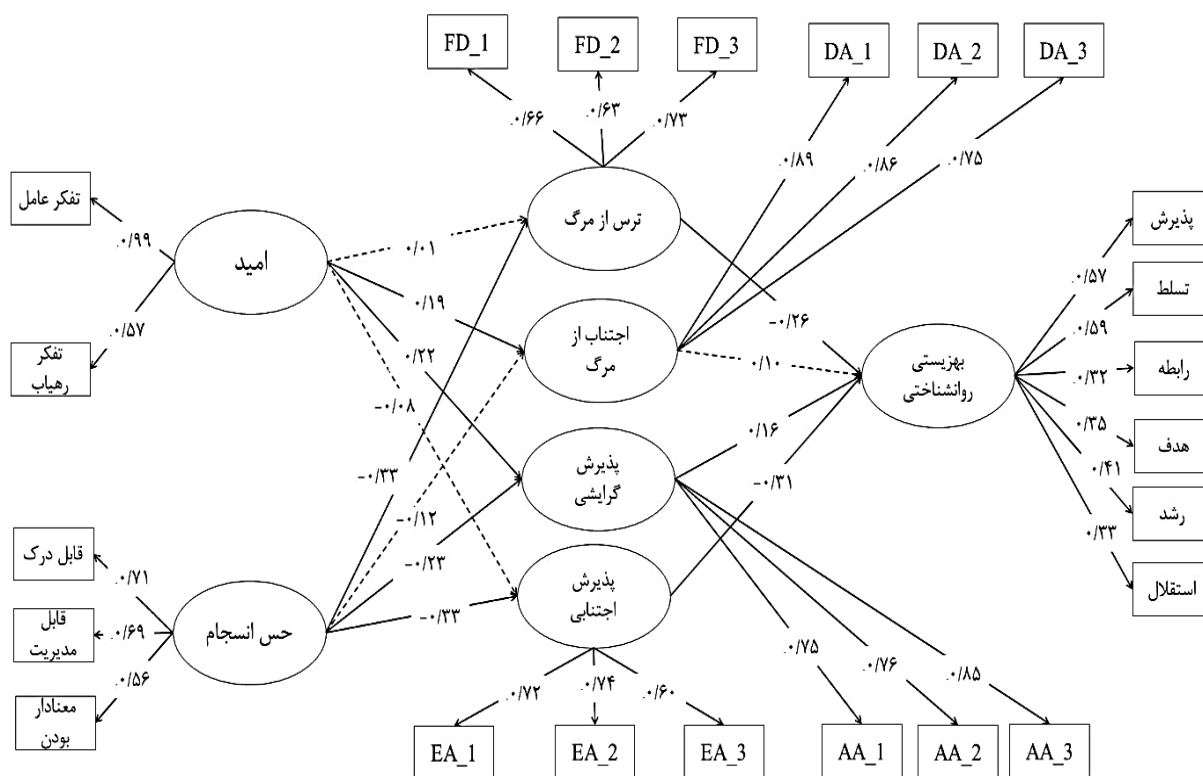
جدول ۴

شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	مقدار
خی‌دو	-	۶۰۲/۱۴
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کم‌تر از ۵	۱/۵۱
شاخص توکر- لوییس	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵
شاخص برازندگی تطبیقی	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵
شاخص برازندگی فزاینده	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۶
شاخص نیکویی برازش	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۸۹
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۴۱

مرگ و پذیرش گرایشی، مسیر حس انسجام به ترس از مرگ، پذیرش گرایشی و پذیرش اجتنابی و مسیر ترس از مرگ، پذیرش گرایشی و پذیرش اجتنابی به بهزیستی روان‌شناختی در سطح  $P < ۰/۰۵$  معنی‌دار هستند.

شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به همراه ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد. مسیرهای معنی‌دار به شکل خطوط پررنگ و مسیرهای غیرمعنی‌دار به شکل خط چین کم رنگ نشان داده شده است. مسیر امید به اجتناب از



شکل ۱: مدل ساختاری رابطه امید و حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان: نقش میانجی نگرش به مرگ

مقادیر مناسبی را دارا هستند، از سویی مقادیر GFI و TLI نیز به محدوده پذیرش مدل بسیار نزدیک هستند.

شاخص‌های برازش مدل ساختاری فرضی مندرج در جدول ۵ بیانگر برازش نسبی مدل است. شاخص نسبت خی‌دو به درجه آزادی و شاخص RMSEA، CFI و IFI

## جدول ۵

شاخص‌های برآزش مدل ساختاری		شاخص برآزندگی
مقدار	دامنه قابل پذیرش	خی‌دو
۴۵۰/۸۷	-	نسبت خی‌دو به درجه آزادی
۲/۰۷	کم‌تر از ۵	شاخص توکر- لوییس
۰/۸۹	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برآزندگی تطبیقی
۰/۹۰	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برآزندگی فزاینده
۰/۹۰	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص نیکویی برآزش
۰/۸۹	بزرگتر از ۰/۹۰	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب
۰/۰۵۹	کم‌تر از ۰/۰۸	

مسیرهایی صورت می‌گیرد که مسیرهای مستقیم موجود در مسیر واسطه‌ای معنی‌دار باشند.

برای ارزیابی روابط واسطه‌ای از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. اندازه‌گیری روابط واسطه‌ای فقط برای

## جدول ۶

نتایج آزمون بوت‌استرپ برای اثرات واسطه‌ای				مسیرهای واسطه‌ای
حس انسجام	حس انسجام	حس انسجام	امید	
↓	↓	↓	↓	
پذیرش اجتنابی	پذیرش گرایشی	ترس از مرگ	پذیرش گرایشی	
↓	↓	↓	↓	
بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی روان‌شناختی	
۰/۰۳۷	-۰/۰۱۴	۰/۰۲۸	۰/۰۰۹	ضریب غیراستاندارد
۰/۱۰۲	-۰/۰۳۷	۰/۰۸۶	۰/۰۳۵	ضریب استاندارد (اندازه اثر)
۰/۱۷۵	۰/۰۰۸	۰/۱۴۴	۰/۰۶۷	حد بالا
۰/۰۲۳	-۰/۰۸۲	۰/۰۰۸	-۰/۰۰۶	حدود بوت‌استرپ الف حد پایین
۰/۰۳۹	۰/۰۲۳	۰/۰۳۵	۰/۰۱۹	خطای استاندارد
۰/۰۱۱	۰/۱۰۳	۰/۰۲۹	۰/۱۰۶	سطح معنی‌داری

الف فاصله‌های اطمینان استاندارد شده در سطح اطمینان ۹۵٪

اهمیت کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. بنابراین انجام پژوهش حاضر با هدف ایجاد نگاه عمیق‌تر و نوآورانه‌تر به مسأله سالمندی و امکان تبیین بهزیستی روان‌شناختی از منظرهای جدید و از مسیر نگرش به مرگ و برای وسعت بخشیدن به دانش نظری مرتبط با پیش‌بینی کننده‌های بهزیستی روان‌شناختی طرح‌ریزی شد. در این پژوهش، طراحی و سنجش برآزش (اعتباریابی) مدل علی عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی سالمندان با میانجی‌گری نگرش به مرگ انجام گرفت. یافته‌های آماری نشان داد که مدل پیشنهادی برآزش لازم را داراست. طبق یافته‌های پژوهش حاضر،

بر اساس مندرجات جدول بالا، اثر حس انسجام بر بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری ترس از مرگ و همچنین اثر حس انسجام بر بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری پذیرش اجتنابی معنی‌دار است. سایر مسیرهای واسطه‌ای معنی‌دار نیستند.

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه پیش از این ذکر شد امید، حس انسجام و نوع نگرش به مرگ در میان عوامل تعیین‌کننده بهزیستی روان‌شناختی سالمندان از متغیرهای مهم به شمار می‌آیند. در نظر گرفتن این عوامل در مدل‌های مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان، اهمیت ویژه‌ای دارد که در عین

انواع هدف در نوع نگرش به مرگ است. با توجه به نتایج پژوهش (ون‌هیل و وانستینکیست، ۲۰۰۹) دستیابی به اهداف درونی، یعنی اهدافی که نیازهای روانی اساسی را ارضا می‌کنند، باعث پذیرش مرگ و کاهش اضطراب مرگ می‌شود در حالی که دستیابی به اهداف بیرونی، مانند موفقیت‌های مادی، قدرت یا جاذبه‌های جسمی و اجتماعی، فقط باعث کاهش موقتی اضطراب مرگ می‌گردد و با پذیرش مرگ رابطه منفی دارد. با توجه به اینکه در پرسشنامه امید اسنایدر تمایزی بین اهداف بیرونی و درونی وجود ندارد، این احتمال وجود دارد که سالمندان هنگام پاسخگویی، اهداف بیرونی را در نظر داشته‌اند و فکر کردن به این اهداف به نوعی موجب اجتناب از فکر کردن به مرگ و کاهش موقتی اضطراب مرگ بوده است. در تبیین مثبت و معنادار بودن رابطه امید با پذیرش گرایشی می‌توان به معنای پذیرش گرایشی مرگ توجه کرد. اگر سالمندان رسیدن به زندگی خوب در جهان آخرت را به عنوان هدفی در زندگی دنیوی در نظر بگیرند، به دستیابی به سعادت ابدی امیدوار باشند و برای رسیدن به آن تلاش کنند، معنای پذیرش گرایشی در آنان تحقق یافته است. در تبیین معنادار نبودن نقش میانجی پذیرش گرایشی در رابطه امید و بهزیستی روان‌شناختی، باید به تفاوت باورهای سالمندان درباره زندگی پس از مرگ و نیز گویه‌های پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف توجه داشت که مسائل مرتبط با زندگی دنیوی را در بر می‌گیرد. برای بسیاری از سالمندان پذیرش گرایشی موضوعی مجزا از امید و احساس بهزیستی روان‌شناختی است. بنابراین مسیر امید به بهزیستی روان‌شناختی برای همه از پذیرش گرایشی مرگ، یعنی پذیرفتن مرگ به عنوان دروازه‌ای برای ورود به سعادت ابدی نخواهد گذشت. این سعادت اخروی با توجه به توضیحات بسیاری از سالمندان امری مرتبط با خدا، اعتقادات مذهبی و اعمال انسان است و امید به دستیابی به اهداف -به ویژه اهداف بیرونی- و احساس بهزیستی در آن نقشی ندارد. یافته‌ها نشان می‌دهد رابطه امید با ترس از مرگ و پذیرش اجتنابی معنادار نیست. عدم تمایز اهداف درونی و بیرونی می‌تواند یکی از دلایل معنادار نبودن رابطه امید با ترس از مرگ باشد. اهداف بیرونی در کاهش ترس از مرگ تأثیر چندانی ندارند. همچنین امید با پذیرش اجتنابی رابطه منفی دارد که معنادار نیست. رابطه امید با پذیرش اجتنابی در تنها پژوهش یافت شده در این حوزه

پذیرش اجتنابی و ترس از مرگ، در رابطه بین حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارند. دو بعد ترس از مرگ و پذیرش اجتنابی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنادار منفی دارند، رابطه پذیرش گرایشی با بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار است و اجتناب از مرگ با بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنادار ندارد. همچنین طبق یافته‌های حاصل از این مطالعه، هیچ یک از مسیرهای واسطه‌ای در رابطه امید با بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست. در مدل‌سازی دیگری هم که توسط نویسندگان پژوهش حاضر انجام شده است، با اضافه شدن حمایت اجتماعی به متغیرهای پیش‌بین، هرچند رابطه امید با بهزیستی روان‌شناختی فقط با واسطه‌گری پذیرش اجتنابی در سطح ۰/۰۱ معنادار شده بود ولی هیچ یک از مسیرهای واسطه‌ای در رابطه حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی معنادار نبود.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر اینکه نگرش به مرگ در رابطه امید با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارد تأیید نشد. طبق یافته‌های حاصل از پژوهش، هیچ یک از مسیرهای میانجی در رابطه امید با بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست. هرچند رابطه امید با اجتناب از مرگ و پذیرش گرایشی، مثبت و معنادار است. در تبیین رابطه مثبت و معنادار امید با اجتناب از مرگ، توجه به این نکته لازم است که هرچند اجتناب از فکر کردن به مرگ، نگرش منفی به مرگ و اضطراب مرگ را نشان می‌دهد اما افراد ممکن است نگرش مثبت به زندگی را با فکر نکردن به مرگ حفظ کنند (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴). با توجه به تعریف اسنایدر (۲۰۰۰) از امید که آن را با هدف‌گذاری و پیگیری اهداف مثبت در زندگی همراه دانسته و گویه‌های پرسشنامه امید اسنایدر که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است، در نظر گرفتن اهداف مثبت برای زندگی دنیوی و سال‌های باقیمانده از عمر، می‌تواند راهی برای اجتناب از فکر کردن به نزدیک بودن پایان زندگی -مرگ- باشد. در تعالیم اسلامی نیز به این امر تأکید شده است که آرزوهای طولانی انسان را از یاد مرگ غافل می‌کند. پینکوارت و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند که نداشتن اهداف بلند مدت در زندگی با پذیرش مرگ بالاتر همراه است. به گفته یالوم (۲۰۰۸/۱۳۹۲) فکر کردن به اهداف زندگی و دیدن خود در آینده، افکار مرتبط با مرگ را کنار می‌زند. نکته دیگر تأثیر

نیست که طبق مفهوم پذیرش اجتنابی، مرگ را به عنوان گزینه‌ای برای فرار از شرایط بپذیرد و بنابراین رابطه پذیرش اجتنابی و حس انسجام منفی خواهد بود. از سوی دیگر، رابطه پذیرش اجتنابی مرگ با بهزیستی روان‌شناختی منفی و معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش وونگ و همکاران (۱۹۹۴) و گسر و همکاران (۱۹۸۸) همسو است. سالمندی اغلب با ابتلا به بیماری‌ها و کاهش توانایی‌های جسمی و گاهی شناختی همراه است. شرایط اجتماعی-اقتصادی بسیاری از سالمندان، مدیریت این مسائل را دشوار و آنان را در معرض خطر وابستگی و کاهش خودمختاری قرار می‌دهد. اگر سالمندان در چنین شرایطی راهکار مقابله‌ای مناسبی برای کنار آمدن با این روند نداشته باشند و نگرش آنها به مرگ پذیرش اجتنابی باشد؛ یعنی با نگاه منفی به ادامه زندگی، مرگ را تنها راه نجات بدانند به طور مسلم از بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردار خواهند بود. ترس از مرگ نیز در رابطه بین حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارد و رابطه حس انسجام با ترس از مرگ منفی و معنادار است. این یافته با نتیجه مطالعه پارکر (۲۰۱۳) مبنی بر رابطه منفی انسجام خود و ترس از مرگ همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این امر اشاره کرد که اگر سالمندان به انسجام دست یابند، زندگی را قابل درک، قابل مدیریت و معنادار قلمداد و باور می‌کنند که هرچند واقعیت زندگی با ایده‌آل‌هایشان مطابق نبوده است اما در مجموع زندگی پر معنا و ارزشمندی داشته‌اند و بدون ترس با مرگ مواجه می‌شوند. با افزایش حس انسجام و کاهش ترس از مرگ، کاهش اجتناب از مرگ نیز قابل پیش‌بینی خواهد بود. در طرف دیگر رابطه، رابطه ترس از مرگ با بهزیستی روان‌شناختی منفی و معنادار است. این نتیجه با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های (وونگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ گسر و همکاران، ۱۹۸۸؛ میسلر و همکاران، ۲۰۱۲) همسو است. ترس و اضطراب ناشی از مرگ موجب ایجاد اشتغال ذهنی و نگرانی دائمی و مانع احساس تسلط، رشد شخصی و روابط مثبت با دیگران می‌شود و با ایجاد اختلال در روند طبیعی زندگی فرد می‌تواند باعث کاهش بهزیستی روان-شناختی افراد شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، هر چند رابطه حس انسجام و پذیرش گرایشی و نیز رابطه پذیرش گرایشی و بهزیستی روان‌شناختی معنادار است ولی نقش

یعنی گسر و همکاران (۱۹۸۸) منفی و معنادار است. در تبیین معنادار نبودن این رابطه در پژوهش حاضر می‌توان باورهای مذهبی و فرهنگی سالمندان درباره زندگی دنیوی و اخروی را نیز در نظر گرفت. بسیاری از سالمندان ایرانی به دلیل اعتقادات مذهبی، با وجود ناامیدی نسبت به بهبود شرایط در آینده، آرزوی مرگ برای رهایی از سختی‌ها را نوعی ناسپاسی به نعمت‌های زندگی و حتی در این صورت فرد ناسپاس را مستحق رنج و سختی اخروی می‌دانند. بنابراین برای افرادی که چنین اعتقاداتی دارند ناامیدی با پذیرش اجتنابی مرگ همراه نخواهد بود.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر اینکه نگرش به مرگ در رابطه حس انسجام با بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارد برای دو بعد پذیرش اجتنابی و ترس از مرگ تأیید شد و برای دو بعد پذیرش گرایشی و اجتناب از مرگ تأیید نشد. پذیرش اجتنابی، در رابطه بین حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی سالمندان نقش میانجی دارند. رابطه حس انسجام و پذیرش اجتنابی منفی و معنادار است. در تبیین این یافته ذکر این نکته لازم است که هرچند در پیشینه پژوهشی، نقش میانجی نگرش به مرگ در رابطه حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی به طور مستقیم مورد بررسی قرار نگرفته است اما روابط بین متغیرها و مسیرهای موجود در مدل با توجه به ادبیات نظری و پیشینه پژوهشی قابل تبیین است. رابطه حس انسجام و پذیرش اجتنابی منفی و معنادار است. این یافته با پژوهش پارکر (۲۰۱۳) غیر همسو است که در آن رابطه انسجام خود و پذیرش گرایشی و پذیرش اجتنابی معنادار نبوده است. این تفاوت در نتیجه می‌تواند به این دلیل باشد که در پژوهش پارکر توانایی پذیرش گذشته برای سنجش انسجام خود مورد استفاده قرار گرفته و در پژوهش حاضر از مفهوم حس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) استفاده شده است. طبق تعریف آنتونوسکی حس انسجام ادراک از میزان قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن شرایط برای فرد است و فقط مربوط به توانایی پذیرش گذشته نمی‌شود. پذیرش اجتنابی مرگ به معنی نگرش به مرگ به عنوان راهی برای فرار از زندگی سراسر درد و رنج است. تعریف آنتونوسکی از حس انسجام، حس انسجام بالاتر به معنی قابل درک، قابل مدیریت بودن و معنادار بودن شرایط برای فرد است و برای فردی که از حس انسجام بالایی برخوردار است شرایط زندگی آنچنان سخت



اضطراب‌های واقعی مرتبط با مرگ در مواجهه واقعی با مرگ آشکار می‌شوند، در تعمیم نتایج به سالمندانی که مبتلا به بیماری پایانی یا فقدان نزدیکان هستند بهتر است این مساله مورد توجه قرار گیرد. با توجه به تعدد پرسشنامه‌ها و زمان به نسبت طولانی پاسخگویی، به طور محتمل خستگی سالمندان در نتایج مؤثر بوده است. این پژوهش در پارک‌های شهر تهران انجام شده است و سالمندان شرکت کننده در پژوهش تا حدودی فعال بوده‌اند. لازم است این نکته در تعمیم نتایج به سالمندانی که مشارکت و فعالیت اجتماعی ندارند مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش در حوزه نگرش سالمندان به مرگ، در فرهنگ‌های دیگر انجام شود. انجام این پژوهش در سراهای سالمندان برای کشف رابطه زندگی در مراکز نگهداری سالمندان و متغیرهای مورد مطالعه مفید خواهد بود. با توجه به تغییر نگرش افراد در طول زمان، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های طولی در این زمینه انجام گیرد. برای کشف متغیرهای گوناگون مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی و نگرش سالمندان به مرگ بهتر است در این حوزه پژوهش‌های کیفی انجام شود. با توجه به تأثیر دغدغه‌های وجودی سالمندان به ویژه نگرش به مرگ در بهزیستی روان‌شناختی این گروه، لازم است درمانگران در کار با سالمندان زمینه را برای بیان و حل و فصل این موضوعات فراهم کنند. در یک چشم انداز بلند مدت، برای تأمین بهزیستی روان‌شناختی در دوران سالمندی لازم است افراد و به خصوص درمانگران زمینه‌های لازم را برای ایجاد حس انسجام و نگرش مثبت نسبت به مرگ قبل از رسیدن به دوران سالمندی فراهم نمایند.

### سپاس‌گزاری

با آرزوی بهزیستی برای سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش، از همکاری آنان سپاس‌گزاریم.

### منابع

آقابابائی، ن.، سهرابی، ف.، اسکندری، ح.، برجلی، ا.، و فرخی، ن. ع. (۱۳۹۵). تدوین مدل علی بهزیستی ذهنی بر پایه جهت‌گیری دینی با واسطه‌گری امیدواری، اضطراب مرگ و معنای زندگی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۲(۱)، ۳۲-۶۰.

برقی ایرانی، ز.، رجبی، م.، ناظمی، م.، و بگیان کوله‌مرز، م. (۱۳۹۶). نقش سبک زندگی، سرمایه‌های روان‌شناختی و

میانجی پذیرش گرایشی در رابطه حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست. در تبیین این یافته طبق تعریف پذیرش گرایشی مرگ، برای سالمندی که مسائل زندگی را معنادار، قابل درک و قابل مدیریت ارزیابی می‌کند و از سوی دیگر با بهره‌گیری از باورهای مذهبی، زندگی خوب اخروی را نتیجه زیستن معنادار در این دنیا می‌داند، رابطه مثبت حس انسجام و پذیرش گرایشی دور از انتظار نیست. از طرف دیگر، همسو با پژوهش‌های (وونگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ نوذری و دوستی، ۲۰۱۳؛ نیمیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ و وونگ و همکاران، ۱۹۹۴)، رابطه پذیرش گرایشی با بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار است. از آنجا که این نگرش تحت تأثیر اعتقادات مذهبی است و مذاهب مختلف زیستن بر مبنای ارزش‌های انسانی و اهداف ارزشمند را برای رسیدن به زندگی اخروی خوب لازم می‌دانند، می‌توان نتیجه گرفت سالمندان با نگرش پذیرش گرایشی، منجر به ایجاد روش و رفتارهای سالم می‌شود که بهزیستی روان‌شناختی را با خود به همراه می‌آورد. اما معنادار نبودن نقش واسطه‌ای پذیرش گرایشی در رابطه حس انسجام و بهزیستی روان‌شناختی ممکن است به این دلیل باشد که برای برخی سالمندان با پذیرش گرایشی مرگ، ایمان به خدا و پاداش بعد از مرگ آنقدر مهم می‌شود که حتی مرگ را برای رسیدن به زیبایی‌های زندگی اخروی می‌پذیرند. در این صورت، اهمیت زندگی دنیوی بسیار کمتر از زندگی پس از مرگ است. بنابراین میزان معناداری، قابل درک و قابل مدیریت بودن شرایط زندگی بر میزان گرایش و اشتیاق مبتنی بر ایمان و باور جهان ماوراء طبیعت تأثیر چندانی نخواهد داشت.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بوده است. جامعه آماری این پژوهش، سالمندان شهر تهران بوده‌اند؛ تفاوت‌های فرهنگی در نگرش افراد به مرگ مؤثرند، بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به شهرها و فرهنگ‌های دیگر، بستر فرهنگی مورد توجه قرار گیرد. شرکت‌کنندگان افراد غیرساکن سرای سالمندان بوده‌اند. محل سکونت در نگرانی‌های مرتبط با مرگ مؤثر و ترس از مرگ در سالمندان ساکن مؤسسات نگهداری سالمندان بیشتر است (نیمیر و همکاران، ۲۰۰۴)، در تعمیم نتایج به افراد ساکن سرای سالمندان بهتر است جانب احتیاط رعایت شود. اندازه‌گیری متغیرها با مقیاس‌های خودگزارش‌دهی و در شرایط عادی زندگی انجام شده است؛ از آنجا که ترس‌ها و

یالوم، ا. (۱۳۹۲). خیره به خورشید نگرستن (ترجمه ا. قطبی نژاد آسمانی و پ. والی). تهران: نشر قطره. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸

Antonovsky, A. (1987). *The Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733. doi: org/10.1016/0277-536 (93)90033-Z

Antonovsky, A., & Sagy, S. (1990). Confronting Developmental Tasks in the Retirement Transition. *The Gerontologist*, 30(3), 362-368. doi:10.1093/geront/30.3.362

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ: British Medical Journal*, 331(7531): 1548-1551. doi: 10.1136/bmj.331.7531.1548

Clarke, P., Marshall, V., Ryff, C., & Rosenthal, C. (2000). Well-Being in Canadian Seniors: Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 19(2), 139-159. doi:10.1017/S0714980800013982

Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T., & Eby, J. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1211-1223.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology & community health*, 60(5), 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616

Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The Sense of Coherence and Its Measurement. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindstrom, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 97-106). Cham (CH): Springer International Publishing.

رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان دیابتی. *روان‌شناسی سلامت*، ۲۳(۶)، ۳۸-۱۷.

برک، ل. آ. (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد جلد دوم، (از نوجوانی تا پایان زندگی)* (ترجمه ی سیدمحمدی). تهران: ارسباران. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱

بشرپور، س.، وجودی، ب.، و عطارد، ن. (۱۳۹۱). ارتباط جهت‌گیری مذهبی و نگرش نسبت به مرگ با کیفیت زندگی و علائم‌سازی در زنان جسمانی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۳(۲)، ۹۷-۸۰.

پورعبدل، س.، عباسی، م.، پیرانی، ذ.، عباسی، م. (۱۳۹۴). رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۱)، ۶۵-۵۷.

توحیدی، م. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت سالمندی در شهر تهران. تهران: جامعه‌شناسان.

سفیدی، ف.، و فرزاد، و. (۱۳۹۱). رواسازی آزمون بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶ (۱)، ۶۵-۷۱.

شیخی، س.، عیسی‌زادگان، ع.، بشرپور، س.، و مروئی میلان، ف. (۱۳۹۲). رابطه اضطراب مرگ و وسواس مرگ با میزان امید در بین دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۱(۷)، ۴۱۸-۴۱۰.

عرب‌زاده، م.، پیرساقی، ف.، کاوسیان، ج.، امانی، ک.، و عبدالله پور، ی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ساختاری نیازهای اساسی روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی با سلامت روان در سالمندان. *نشریه سالمند شناسی*، ۲(۲)، ۱۰-۱.

عسگری، ش.، و شفیعی، ح. (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس انسجام درونی، ذهن‌آگاهی و هوش معنوی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۳(۳)، ۷۴-۶۱.

فیست، ج.، و فیست، گ. ج. (۱۳۸۸). *نظریه‌های شخصیت* (ترجمه ی. سیدمحمدی). تهران: نشر روان. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲

قربانی، ا.، سعادت‌مند، س.، سپهریان آذر، ف.، اسدنیای، س.، و فیضی‌پور، ه. (۱۳۹۲). رابطه امید، اضطراب مرگ با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه ارومیه. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴ (۸)، ۶۱۶-۶۰۷.

کرمانی، ز.، خداپناهی، م.، حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۳)، ۲۳-۷.

مرکز آمار ایران. (۱۳۹۷). *به مناسبت روز ملی جمعیت: انتشار پیش‌بینی ساختار سنی جمعیت کشور تا سال ۱۴۱۵*.

- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1988). Death Attitudes across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP). *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128. doi:10.2190/0dqB-7q1e-2ber-h6yc
- Giglio, R. E., Rodriguez-Blazquez, C., de Pedro-Cuesta, J., & Forjaz, M. J. (2015). Sense of coherence and health of community-dwelling older adults in Spain. *International psychogeriatrics*, 27(4), 621-628.
- Hallberg, I. R. (2004). Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(2), 87-103. doi:10.1007/bf03324537
- Haugan, G. (2013). Nurse-patient interaction is a resource for hope, meaning in life and self-transcendence in nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 74-88. doi:10.1111/scs.12028
- Kennedy V., & Lloyd-Williams, M. (2006). Maintaining Hope: Communication in Palliative Care. *Communication in Cancer Care*, 168, 47-60.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling (3rd Ed)*. New York: Guilford.
- Mahammadzadeh, A., Poursharifi, H., & Alipour, A. (2010). Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1451-1455. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.306
- Missler, M., Stroebe, M., Geurtsen, L., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & Van Der Houwen, K. (2012). Exploring Death Anxiety among Elderly People: A Literature Review and Empirical Investigation. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64(4), 357-379. doi:10.2190/om.64.4.e
- National Institutes of Health (NIH). (2016). *World's older population grows dramatically*. National Institutes of Health (NIH). Retrieved from <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/worlds-older-population-grows-dramatically>
- Neimeyer, R. A., Wittkowski J., & Moser, R. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Nilsson, K. W., Leppert, J., Simonsson, B., & Starrin, B. (2010). Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 347-352.
- Nozari, M., & Dousti, Y. (2013). Attitude Toward Death in Healthy People and Patients with Diabetes and Cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 6(2), 95-100.
- Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 39-48. doi: org/10.1016/S0191-8869 (01)00134-9
- Parker, D. W. (2013). The Relationship Between Ego Integrity and Death Attitudes in Older Adults. *American Journal of Applied Psychology*. 2(1), 7-15. doi:10.11648/j.ajap.20130201.12
- Pinquart, M., Fröhlich, C., Silbereisen, R., K., & Wedding, U. (2006). Death Acceptance in Cancer Patients. *Journal of Death and Dying*, 52(3), 217-235. doi: org/10.2190/E5F0-GJUX-AM68-4777
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best News Yet on the Six-Factor Model of Well-Being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measure, & Application*. ACADEMIC Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Soleimani, M. A., Sharif, S. P., Yaghoobzadeh, A., Yeoh, K. K., & Panarello, B. (2018). Exploring the Relationship Between Spiritual Well-Being and Death Anxiety in Survivors of Acute Myocardial Infarction: Moderating Role of Sex, Marital Status and Social Support.

- Journal of Religion and Health*, 57(2), 683-703. doi: org/10.1007/s10943-017-0554-2
- Taneva, S. (2016). What is psychological well-being and how it changes throughout the employment cycle? UnicampBFCM.
- Tomer, A. (2000). *Death Attitudes and the Older Adult: Theories, Concept and Applications*. Brunner-Routledge.
- Van Hiel, A., & Vansteenkiste, M. (2009). Ambitions Fulfilled? The Effects of Intrinsic and Extrinsic Goal Attainment on Older Adults' Ego-Integrity and Death Attitudes. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(1), 27-51. doi:10.2190/ag.68.1.b
- Wiesmann, U., & Hannich, H.-J. (2011). A Salutogenic Analysis of Developmental Tasks and Ego Integrity vs. Despair. *The International Journal of Aging and Human Development*, 73(4), 351-369. doi:10.2190/ag.73.4.e
- Wong, P. T. P. (2007). Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, E. Grafton, & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 65-87). New York, NY: Erlbaum.
- Wong, P. T. P. (2010). Meaning-making and the positive psychology of death acceptance. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*, 3(2), 73-82. Retrieved from <http://journal.existentialpsychology.org/index.php/ExPsy/article/view/163>
- Wong, P. T. P., Carreno, D. F., & Gongora Oliver, B. (2017). Death acceptance and the meaning-centered approach to end-of-life care. In R. E. Menzies, R. G. Menzies, & L. Iverach (Ed.). *Curing the dread of death: Theory, research and practice*. Brisbane, Queensland: Australian Academic Press.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile- Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death (DAP-R). In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
- World Health Organization (2018 a). *Constitution of World Health Organization: principle*, 8 march 2018. Retrieved from World Health Organization (WHO) website: <https://www.who.int/about/mission/en/>
- World Health Organization (2018 b). *Ageing and health*, 5 February 2018. Retrieved from World Health Organization (WHO) website: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>