

پیش‌بینی سالمندی موفق بر اساس راهبردهای مدیریت زندگی

دکتر ماریا ای. آگیلار-وفائی

دانشگاه تربیت مدرس

حسین شاهی

دانشگاه تربیت مدرس

دکتر محمد علی بشارت

دانشگاه تهران

پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۳۰

دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۹

در پژوهش حاضر رابطه‌ی بین راهبردهای مدیریت زندگی (انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران - SOC)، و سبک زندگی سالم به عنوان نشانگر اصلی سالمندی موفق بررسی شد. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰۰ نفر (۱۵۴ زن و ۱۴۶ مرد) از سالمندان ساکن شهر همدان بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار مطالعه شامل پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مدیریت زندگی (بالتس، بالتس، فروند، و لانگ، ۱۹۹۹) نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت (وولکر و هیل - پولرکی، ۱۹۹۶) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی به انجام رسید. نتایج نشان داد که راهبردهای مدیریت زندگی با سبک زندگی سالم ارتباط دارد (مطابق انتظارات پژوهش راهبردهای مدیریت زندگی به صورت مثبت با سبک زندگی سالم ارتباط داشت). اما، راهبردهای مدیریت زندگی تنها پیش‌بینی‌کننده‌ی زیرگروه خود-مسئولیت‌پذیری سبک زندگی سالم بود. جبران نیز به تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌ی زیرگروه خود-مسئولیت‌پذیری سبک زندگی سالم بود. یافته‌های پژوهش در قالب الگوهای ارتقای سلامت و الگوهای شخصیتی تفسیر شد.

کلیدواژه‌ها: انتخاب، بهینه‌سازی، جبران، سبک زندگی سالم، سالمند

بالتس، استاودینگر، و لیندنبرگر، ۱۹۹۹؛ شایبه، فروند، و بالتس، ۲۰۰۷؛ دمروتی، بیکر، و لایتر، ۲۰۱۴). مفروضه‌ی اصلی روانشناسی گستره‌ی عمر این است که تحول در بزرگسالی به اتمام نمی‌رسد، بلکه کل مسیر زندگی را تا زمان مرگ در بر می‌گیرد و شامل فرآیندهای انطباقی اکتساب^۲، نگهداری^۳، تغییر شکل^۴، و فرسایش^۵ در ساختارها و کنش‌های روان‌شناختی در گستره‌ی عمر می‌باشد. در این دیدگاه پدیدآیی کلی ذهن و رفتار به صورت پویا، چند

روانشناسی تحولی گستره‌ی عمر یا روانشناسی گستره‌ی عمر با مطالعه و بررسی تحول فردی از نطفه تا دوره‌ی سالمندی سر و کار دارد (ابنر، فروند، و بالتس، ۲۰۰۶؛

ماریا ای. آگیلار-وفائی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران؛ حسن شاهی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. محمدعلی بشارت، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران.

مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به حسن شاهی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران باشد. برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده‌ی مسئول.

پست الکترونیکی: hassanshahi84@gmail.com

² acquisition

³ maintenance

⁴ transformation

⁵ attrition

بالقوهی سالمندی یاری می‌رساند و راه‌هایی را برای تغییر دادن ماهیت سالمندی شناسایی می‌نماید (هکهاوزن، روش، و شولز، ۲۰۱۰).

در پیری‌شناسی، طول عمر رایج‌ترین نشانگر پیشنهادی برای سالمندی موفق است. عمر طولانی داشتن، یک رؤیا و آرزو برای بشر است که نشان دهنده‌ی یک معیار قانع‌کننده برای موفقیت است، اما آن سوی سکه‌ای نیز وجود دارد؛ کسیکه عمر طولانی دارد رویدادهای نامطلوب بسیاری را تجربه می‌کند. او ممکن است بسیاری از دوستان خود را از دست بدهد، سختی‌ها و مشکلات بسیاری را متحمل شود، و شاید به بیماری‌های گوناگون مبتلا شود. نخستین شعار جامعه‌ی پیری‌شناسی آمریکا^۱ بیانگر همین دیدگاه دو طرفه است. این شعار در سال ۱۹۵۵ بدین‌گونه بیان شد: افزودن زندگی به تعداد سال‌ها، نه فقط افزودن تعداد سال‌ها به زندگی. همانطور که این نمونه بیان می‌کند جستجو برای یافتن نشانگرهای سالمندی موفق، کار بسیار پیچیده‌ای است. نخستین گام در زمینه‌ی شناسایی یک تعریف جامع از سالمندی موفق عبارت است از اندیشیدن بر اساس معیارهای گوناگون (فرون، ۲۰۰۸، فروند و بالتس، ۲۰۰۲).

از منظر یک رویکرد چند عاملی، ویژگی‌هایی مانند طول عمر (فرون و رایدیگر، ۲۰۰۳)، سلامت جسمانی (دپ و یسته، ۲۰۰۶)، بهداشت روانی (رایف و سینگر، ۲۰۰۶)، کارآیی شناختی (آلمیدا، نورمن، هنکی، یامروزیک، و فلیکر، ۲۰۰۶)، شایستگی اجتماعی و مولد بودن (اریکسون، اریکسون، و کیونیک، ۱۹۸۶)، بهزیستی درونی (هکهاوزن و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوستانزو، رایف، و سینگر، ۲۰۰۹)، کنترل فردی (برانستار، ۲۰۱۰)، رضایت از زندگی (فرون و رایدیگر، ۲۰۰۳؛ ساوچوک، ۲۰۱۵)، و سبک زندگی سالم (راو و کان، ۱۹۹۷؛ اندروز، کلارک، و لوژ، ۲۰۰۲؛ اوهند، دی ریدر، و بنسینگ، ۲۰۰۷) یا به صورت همزمان و یا به صورت پیامد همدیگر مطرح شده‌اند.

برای مثال، هاویگهورست (۱۹۶۳) سالمندی موفق را به صورت دارا بودن احساسات درونی شادمانی و رضایت‌مندی از زندگی کنونی و گذشته تعریف کرده است. رایف (۱۹۸۹) معیارهایی را برای سالمندی موفق بر می‌شمرد که نه تنها رضایت از زندگی را در بر می‌گیرد،

بعدهی، چند کنشی، و غیر خطی است (فرون، ۲۰۰۸). بالتس و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که به صورت کلی دو شیوه برای نظریه‌پردازی در حیطه‌ی گستره‌ی عمر وجود دارد که شامل فرد محور^۱ (کل نگر^۲) و کنش محور^۳ هستند. رویکرد کل‌نگر، فرد را به صورت یک نظام در نظر می‌گیرد و تلاش می‌کند تا دوره‌های سنی را به یک الگوی کلی تحول فردی در تمام عمر، ارتباط دهد. نظریه‌ی مراحل هشت‌گانه‌ی گستره‌ی عمر اریک اریکسون (۱۹۵۹) نمونه‌ای از این رویکرد است. رویکرد کنش محور بر مقوله‌ای از رفتار، یا یک مکانیسم (مانند ادراک، پردازش اطلاعات، دلبستگی، هویت، صفات شخصیت و غیره) تأکید کرده و تغییرات آن را در گستره‌ی عمر و تحت تأثیر عوامل مختلف بررسی می‌کند. نظریه‌ی فرآیندهای انطباقی «انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران»^۴ بالتس و بالتس (۱۹۹۰) و الگوی ارتقای سلامت^۵ (پندر، ۱۹۸۲، ۱۹۸۷) نمونه‌هایی از این رویکرد هستند.

مفهوم سالمندی موفق^۶ از بطن روان‌شناسی گستره‌ی عمر سر برآورده است. این مفهوم از نظر تاریخی به چندین دهه قبل بر می‌گردد (مانند پالمور، ۱۹۷۹؛ هاویگهورست، ۱۹۶۳؛ ویلیامز و ویرث، ۱۹۶۵). اما در چند دهه‌ی اخیر به صورت نیرومندی ترقی یافته و در پژوهش‌های پیری شناختی به عنوان چالشی در زمینه‌ی طراحی سیاست‌های اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است (راو و کان، ۱۹۹۷؛ رایف و سینگر، ۲۰۰۶؛ فروند و بالتس، ۲۰۰۲؛ هنسلمز و همکاران، ۲۰۱۱؛ زاچر، چان، بیکر، و امروتی، ۲۰۱۵). این حقیقت که موضوع سالمندی موفق در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است ناشی از جذابیت خود اصطلاح و اهمیت موضوع سالمندی در دنیای مدرن است. این امر همچنین ناشی از بازتاب خوش‌بینی فزاینده در خود رشته‌ی پیری‌شناسی^۷ است. برای مثال حجم فزاینده‌ای از دانش در زمینه‌ی توانایی‌های بررسی نشده‌ی سالمندی و توانایی بالقوه‌ی سالمندان برای تغییر وجود دارد. بنابراین بحث درباره‌ی سالمندی موفق دربرگیرنده‌ی جستجو برای عوامل و شرایطی است که به ما در فهم بهتر توانایی‌های

^۱ person-centered

^۲ holistic

^۳ function-centered

^۴ selection, optimization, compensation (SOC)

^۵ health promotion model

^۶ successful aging

^۷ gerontology

^۸ gerontological society of america (GSA)

نتایج آنها نشان داد که ۲۶ مورد از ۲۹ تعریف، *ناتوانی/عملکرد جسمانی* را به عنوان معیار سالمندی موفق به کار برده‌اند. ۱۳ تعریف، *عملکرد شناختی*، ۹ تعریف *رضایت از زندگی/بهبودی*، و ۸ تعریف *مشغله‌ی مولد/اجتماعی* را معیار سالمندی موفق می‌دانند. سایر معیارها به ترتیب عبارت از عدم بیماری (۶ تعریف)، طول عمر (۴ تعریف)، سلامت خود گزارشی (۳ تعریف)، شخصیت (۲ تعریف)، محیط/امور مالی (۲ تعریف) و سالمندی موفق خود گزارشی (۲ تعریف) بودند.

با توجه به معیارهای بررسی شده به نظر می‌رسد که بتوان سبک زندگی سالم^۷ را به عنوان معیار کلی سالمندی موفق در نظر گرفت. زیرا برحسب تعریف آن، به طور تلویحی اشاراتی به سایر معیارها نیز دارد. سینگر (۱۹۸۲) سبک زندگی را به صورت روش زندگی کردن و یا رویه‌ای که در آن، فرد فعالیت‌های روزمره‌اش را اداره می‌کند تعریف کرده است. در ارتباط با سلامت، سبک زندگی به صورت تمام رفتارهایی که فرد به آنها کنترل دارد و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (آردل، ۱۹۷۹) و تمام فعالیت‌هایی که یک فرد انجام می‌دهد و خودش معتقد است که سالم هستند، و باعث جلوگیری از بیماری و یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه می‌شود (کاسل و کوب، ۱۹۶۶) تعریف شده است. دان (۱۹۶۱) یکی از نخستین کسانی بود که به ارزش سبک زندگی در بهزیستی و افزایش طول عمر اشاره کرده است. پندر (۱۹۸۲) بین رفتار *نگهدارنده‌ی سلامت*^۸ و *رفتار ارتقاء دهنده‌ی سلامت*^۹ تمایز قائل می‌شود و معتقد است که ترکیبی از هر دو نوع رفتار به بهترین شکل نمایانگر سبک زندگی سالم است. به نظر او رفتار نگهدارنده‌ی سلامت، نمایانگر گرایش استواری (پابرجایی) انسان است و بر کاهش احتمال رویارویی با خطر و بیماری دلالت دارد. همچنین به اعتقاد وی رفتار ارتقا دهنده‌ی سلامت نمایانگر گرایش به شکوفایی انسان است و بر افزایش سطح بهزیستی و خودشکوفایی فرد دلالت دارد.

پژوهشگران مختلف نقش سبک زندگی سالم را در سالمندی موفق بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال، بالتس و بالتس (۱۹۹۰) اتخاذ سبک زندگی سالم را به عنوان روشی

بلکه به صورت آشکار به تحول و پیشرفت در سالمندی نیز اشاره می‌کند. تعریف او شامل شش بعد کنش مثبت شامل خود پذیری، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، کنترل بر محیط، هدفمند بودن در زندگی، و رشد و تحول فردی است. این اعتقاد که سالمندی یک فرآیند تحولی است که هنوز در آن امکان رشد و تعالی وجود دارد نخستین بار توسط رایف (۱۹۸۹) مطرح شد. مجموعه‌ای دیگر از معیارهای سالمندی توسط راو و کان (۱۹۸۷، ۱۹۹۷) ارائه شده است که برای سالمندی موفق سه عنصر اصلی و تا حدودی مستقل را مطرح می‌کنند: (۱) افراد باید از طریق اتخاذ سبک زندگی سالم از بیماری و ناتوانی‌های مرتبط با بیماری اجتناب کنند، (۲) حفظ عملکرد شناختی و جسمانی بالا، و (۳) ادامه دادن به زندگی فعالانه در خانواده و اجتماع.

پژوهش‌های انجام شده درباره‌ی سالمندی موفق نشان دهنده‌ی همین رویکرد چند عاملی است. پژوهشگران، در پژوهش‌های خود، ترکیب‌های گوناگونی از این معیارها را به عنوان نشانگرهای سالمندی موفق به کار برده‌اند. به عنوان مثال، ویلیامز و ویرث (۱۹۶۵) ترکیبی از خودمختاری (در مقابل وابستگی) و پایداری (در مقابل ناپایداری) در شیوه‌ی زندگی را به عنوان نشانگرهای سالمند موفق بکار برده‌اند. فروند و بالتس (۱۹۹۸، ۲۰۰۲) از بهزیستی درونی^۱، هیجانانگیز مثبت^۲ و عدم احساس تنهایی^۳، به عنوان معیارهای سالمندی موفق استفاده کرده‌اند. جاپ و اسمیت (۲۰۰۶) از بهزیستی درونی، رضایت از زندگی^۴، و طول عمر، در مقام نشانگرهای سالمندی موفق بهره برده‌اند. همچنین آلمیدا و همکاران (۲۰۰۶) سالمندی موفق را به صورت کسب نمره‌ی ۲۴ یا بالاتر در مقیاس معاینه‌ی مختصر روانی^۵ و کسب نمره‌ی ۵ یا کمتر در مقیاس افسردگی سالمندان^۶ عملیاتی کرده‌اند. فروند (۲۰۰۸) سالمندی موفق را به صورت استفاده‌ی بهینه از منابع برای رویارویی مناسب با فقدان‌ها مفهوم‌سازی نموده است. دپ و یسته (۲۰۰۶)، در یک فراتحلیل به بررسی ۲۹ تعریف مختلف از سالمندی موفق پرداختند.

¹ subjective well-being

² positive emotions

³ absence of feelings of loneliness

⁴ life satisfaction

⁵ mini-mental state examination (MMSE)

⁶ geriatric depression scale (GDS)

⁷ healthy lifestyle

⁸ health protection behavior

⁹ health promotion behavior

سالمندان غیر موفق تجارب‌شان را بیشتر به صورت منفی ارزیابی می‌کنند. همچنین معتمدی شلمزاری، اژه‌ای، آزادفلاح، و کیامنش (۱۳۸۴) دریافتند که سالمندان موفق به صورت معناداری بیشتر از سالمندان غیر موفق به مذهب گرایش دارند. معتمدی و اژه‌ای (۱۳۸۲) در پژوهشی دیگر به بررسی هوش در دوره‌ی سالمندی پرداختند و دریافتند که عملکرد هوشی سالمندان در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معناداری ندارد و اینکه عملکرد هوشی سالمندان موفق به صورت معناداری بهتر از سالمندان ناموفق است. از سوی دیگر، معتمدی شلمزاری، اژه‌ای، آزادفلاح، و کیامنش (۱۳۸۱) به بررسی نقش حمایت اجتماعی^۳ در رضایت‌مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی سالمندان پرداختند و به دو نتیجه‌ی پایانی دست یافتند. اول اینکه حمایت اجتماعی تأثیر معناداری بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایت‌مندی سالمندان از زندگی دارد. دوم اینکه حمایت عاطفی^۴ نقش با اهمیت‌تری از حمایت ابزاری^۵ داشته و به‌ویژه نقش حمایت عاطفی بر احساس تنهایی، سلامت عمومی و رضایت‌مندی از زندگی به طور معناداری بیش از حمایت ابزاری بر زنان سالمند مؤثر است.

یکی از مهمترین الگوهای نظری ارائه شده درباره‌ی سالمندی موفق (که نشان دهنده‌ی شیوه‌ی کنش محور در زمینه‌ی نظریه‌پردازی در گستره‌ی عمر است)، الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران (بالتس و بالتس، ۱۹۹۰) درباره‌ی توانایی انطباق و مدیریت در طول مسیر زندگی است. این افراد در پژوهش‌های مختلف خود نشان داده‌اند که افرادی که از این راهبردها برای مدیریت زندگی‌شان استفاده می‌کنند به میزان بیشتری به سالمندی موفق دست می‌یابند (مانند اینر و همکاران، ۲۰۰۶؛ فروند و بالتس، ۲۰۰۲؛ چو و چی، ۲۰۰۲؛ لی و همکاران، ۲۰۱۴؛ بالتس، رودولف، و بال، ۲۰۱۲). الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران، یک چارچوب کلی برای تفهیم و درک تغییر و شکل‌پذیری تحولی در جریان گستره‌ی عمر فراهم می‌کند (فروند، ۲۰۰۸؛ بالتس، ۱۹۹۷). فرض اساسی این الگو این است که در جریان گستره‌ی عمر، افراد با یک سری فرصت‌های معین (مانند آموزش) و محدودیت‌های معین در

برای فراهم آوردن سالمندی موفق و جلوگیری از سالمندی همرا با آسیب^۱ (شرایطی که در آن بیماری‌های جسمانی بر شرایط سالمندی افزوده شده‌اند) توصیه کرده‌اند. همچنین راو و کان (۱۹۹۷) معتقدند که افراد از طریق پرداختن به سبک زندگی سالم، می‌توانند به معیارهای مورد نظر آنها درباره‌ی سالمندی موفق دست یابند. اندروز و همکاران (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی سالم به صورت نسبی، بهزیستی دوره‌ی سالمندی را افزایش می‌دهد، و زمینه را برای سالمندی موفق فراهم می‌آورد. آلمیدا و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که سبک زندگی سالم، مانند انجام فعالیت‌های جسمانی، با سالمندی موفق در ارتباط است. این پژوهشگران همچنین بیان می‌کنند که تغییر دادن سبک زندگی از طریق افزایش فعالیت‌های جسمانی و کاهش وعده‌های غذایی چاق‌کننده و غیره ممکن است راهبردهایی باشند که زمینه را برای به حداکثر رساندن سالمندی موفق در جامعه فراهم کنند. همچنین هومن-نیس و همکاران (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی سالم در مقایسه با سبک زندگی ناسالم نه تنها شانس بقاء را افزایش می‌دهد، بلکه باعث تأخیر در زوال وضعیت سلامتی عمومی می‌شود. از سوی دیگر، پیسینگر، تافت، آدال، گلومر، و یورگنسن (۲۰۰۹) نشان دادند که مداخله در سبک زندگی افراد و تغییر دادن آن به سمت یک سبک زندگی سالم، برای مدت طولانی بر وضعیت سلامتی جسمانی و روانی فرد اثر مثبت می‌گذارد. فلیکر (۲۰۰۹) در همین راستا نشان داد که تغییر در سبک زندگی و گرایش بیشتر به سبک زندگی سالم، میزان خطرپذیری نسبت به زوال عقل را کاهش می‌دهد. دسته‌ی دیگری از پژوهشگران مانند داهانی و همکاران (۲۰۱۵) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۲ را به عنوان معیار سالمندی موفق مفهوم‌سازی کرده‌اند و بر نقش بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی تأکید نموده‌اند. در مسیری مشابه، لی و همکاران (۲۰۱۴) نیز بر اهمیت کیفیت زندگی تأکید نموده و سالمندی موفق را از طریق حمایت روانی/اجتماعی و رویارویی با بیماری‌های مزمن تعریف کرده‌اند.

معتمدی شلمزاری (۱۳۸۴) به این نتیجه رسید که سالمندان موفق و غیرموفق از نظر تعداد و یا میزان تجربه‌ی رویدادهای زندگی تفاوت معناداری ندارند، اما

³ social support

⁴ emotional support

⁵ instrumental support

¹ pathological aging

² health-related quality of life

نشانگرهای سالمندی موفق به انجام رسیده‌اند. برای مثال فروند و بالتس (۱۹۹۸) به رابطه‌ی مثبتی بین استفاده از راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران و رضایت از سالمندی، هیجانانگیز، مثبت، و عدم تنهایی اجتماعی و هیجانی دست یافتند. همچنین فروند و بالتس (۲۰۰۲) به رابطه‌ی مثبتی بین استفاده از راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران و هیجانانگیز و بهزیستی درونی دست یافتند. جاپ و اسمیت (۲۰۰۶) نشان دادند که استفاده از راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران می‌تواند بهزیستی درونی افراد بزرگسال را پیش بینی کند. پژوهش دیگری نشان داد که بهره‌گیری از راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران می‌تواند ارتباط بین فشار اقتصادی^۳ و رضایت از زندگی را تعدیل بخشد (چو و چی، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده است که راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران تنها به صورت کلی در سالمندی موفق سهیم هستند، بلکه به صورت کلی در سازگاری با موقعیت‌های دشوار و ویژه مثل موفقیت شغلی بسیار مؤثر می‌افتند. به عنوان مثال بالتس و فینکلشتاین (۲۰۱۱) نشان دادند که رفتارهای گزارش شده که نشانگر استفاده از راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران است، بهزیستی درونی کلی و مرتبط با شغل را پیش‌بینی می‌کند. لی، لیندبرگر، بالتس و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند زمانی که بزرگسالان با کاهش در برخی از توانایی‌هایشان (مثل حافظه‌ی فعال) روبرو می‌شوند، با انتخاب آنچه اهمیت بیشتری دارد و استفاده از راهبردهای جبرانی، سطح عملکرد قبلی را حفظ می‌کنند.

با توجه به سابقه‌ی پژوهشی، هدف این پژوهش عبارت است از بررسی رابطه‌ی بین راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران، و سبک زندگی سالم. از آنجا که در ادبیات پژوهشی مربوط به سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت، و راهبردهای خودنظم‌جویی بر اساس الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران، به تفاوت‌های جنسی اشاره نشده است، در این پژوهش سعی شد که با بهره‌گیری از نمونه‌ای

منابع و توانمندی‌ها (مانند بیماری) مواجهه می‌شوند که می‌توانند از طریق اتخاذ سه مؤلفه‌ی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران به صورت سازگارانه با آنها برخورد کرده و بر آنها غلبه کنند (اشمیت، زاچر، و فریز، ۲۰۱۲).

فروند (۲۰۰۸) انتخاب را گزینش اهداف، تکالیف، و حوزه‌های زندگی و تصمیم‌گیری درباره‌ی اولویت اهداف تعریف کرده است. بدین معنی که محدودیت در منابعی مانند زمان و انرژی جزء لاینفک زندگی انسان هستند و ضرورتی ایجاد می‌کنند که فرد حوزه‌های (اهداف) عملکردی خاص را برگزیند، زیرا همه‌ی فرصت‌ها قابل پیگیری نیستند. فرآیند انتخاب ممکن است بوسیله ترجیحات فردی (انتخاب مبتنی بر اهداف و اولویت‌ها)^۱ مشخص کردن اهداف از میان مجموعه‌ای از اهداف احتمالی و تدارک دیدن یک سلسله‌مراتبی از اهداف، یا به عبارتی انتخاب یک ممکن از بین مجموعه‌ای از ممکن‌ها (راهنمایی شود، و یا ناشی از تجارب فقدان (انتخاب ناشی از فقدان)^۲؛ صرف نظر کردن از یک هدف مسدود شده و بازسازی مجدد سلسله‌مراتبی از اهداف جدید) باشد. فروند بهینه‌سازی را سرمایه‌گذاری توانایی‌ها و منابع، و همچنین پالایش و افزایش عمل به منظور دستیابی به اهداف انتخاب شده تعریف کرده است. به عبارت دیگر بهینه‌سازی به اختصاص و پالایش منابع درونی و بیرونی برای دستیابی به سطوح بالاتر عملکرد در حوزه‌های (اهداف) تعیین شده مانند پایدار بودن، استفاده‌ی بهینه از زمان، و تلاش مضاعف داشتن اشاره دارد. فروند معتقد است جبران به استفاده‌ی خلاقانه از سایر توانایی‌ها برای دستیابی به اهداف اولیه، علی‌رغم ظرفیت‌های محدود اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر زمانی که فرد با فقدان منابع یا رکود توانمندی‌های مرتبط با هدف مواجهه می‌شود، یک سری فرآیندهای جانشینی برای حفظ سطوح عملکردی مورد نظر (مثل استفاده از عینک یا کمک گرفتن از دیگران) لازم هستند. دو نوع کارکرد عمده برای جبران در نظر گرفته شده است. در نوع اول، از توانایی‌ها و منابع جدید به عنوان راهبردی جبرانی برای رسیدن به همان اهداف استفاده می‌شود. راهبرد جبرانی دوم عبارت از تغییر دادن خود اهداف تحولی است. پژوهش‌های بسیاری درباره‌ی ارتباط بین استفاده از الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران و

¹ elective selection (ES)

² loss-based selection (LS)

³ financial strain

با مشارکت هر دو جنس به مسأله‌ی تفاوت‌های جنسی نیز پرداخته شود.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در حیطه‌ی پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار می‌گیرد. برای انتخاب نمونه از الگوی معتمدی شلمزاری و همکاران (۱۳۸۴) استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه‌ی سالمندان (۶۰ تا ۷۵ سال) شهر همدان که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ معادل به طور تقریبی ۳۳ هزار نفر بوده است. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله‌ی نخست اطلاعات پیمایشی جمع‌آوری شد. سپس نقاط مختلف شهر با توجه به تفاوت‌هایی که به لحاظ اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی با یکدیگر داشتند، به پنج منطقه تقسیم و از هر منطقه یک محله به صورت تصادفی انتخاب شد (در مجموع ۱۰ محله). در هر محله، خیابان‌های اصلی به عنوان خوشه‌های بعدی در نظر گرفته شد، و از هر محله بین ۱ تا ۶ (به طور متوسط ۳ خیابان) به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. از بین کوچه‌های مختلف این خیابان‌ها، به طور متوسط ۵ کوچه به شیوه‌ی تصادفی انتخاب شدند. تمام سالمندانی که در این کوچه‌ها ساکن بودند شناسایی شده و چنانچه تمایل به همکاری داشتند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل می‌نمودند. با توجه به اینکه در کل ۳۰ خیابان انتخاب شد، در هر خیابان تا تکمیل شدن ۱۰ پرسش‌نامه روند کار ادامه می‌یافت (زیرا حجم نمونه‌ی مورد نظر ۳۰۰ نفر بود). در مرحله‌ی دوم، از آنجا که جنس و سطح تحصیلات مورد نظر بوداز روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای استفاده شد. بدین‌گونه که جنس در دو طبقه (زن - مرد) و سطح تحصیلات در سه طبقه (دیپلم و زیر دیپلم - لیسانس - فوق لیسانس و بالاتر) به صورت سهمیه قرار گرفتند و در هر خیابان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، اقدام به نمونه‌گیری شد تا اینکه هر سهمیه پر شود. با استفاده از این روش دست کم ۳۰۰ آزمودنی که شرایط ورودی را دارا بودند انتخاب شدند.

ابزار

پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مدیریت زندگی^۱: این پرسش‌نامه که توسط بالتس و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده، یک

مقیاس ۴۸ سؤالی است که در آن ۱۲ سؤال مربوط به «انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها و هدف‌ها»، ۱۲ سؤال مربوط به «انتخاب مبتنی بر فقدان»، ۱۲ سؤال برای «بهینه‌سازی» و ۱۲ سؤال مربوط به «جبران» است. هر سؤال شامل دو گزاره است. یک گزاره رفتاری که نشان‌دهنده‌ی انتخاب، بهینه‌سازی و یا جبران است را نشان می‌دهد و گزاره‌ی دیگر به الگوی انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران بی‌ارتباط است. گزاره‌ی مورد نظر نمره‌ی ۱ و گزاره‌ی نامرتب نمره‌ی صفر دریافت می‌کنند. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی سطوح بالای انتخاب، بهینه‌سازی، و جبران است. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از دو نمونه‌ی مجزا (N=۲۱۸، ۱۴-۸۷ ساله در مطالعه‌ی ۱، و N=۱۸۱، ۱۸-۸۹ ساله در مطالعه‌ی ۲) مورد بررسی قرار گرفته است. روایی سازه‌ی این پرسش‌نامه از طریق تحلیل عامل که ساختار چهار عاملی آن را تأیید کرد، از طریق همگرایی با پرسش‌نامه‌ی تنفلس^۲ (برانستاتر و رنز، ۱۹۹۰) $I=0.52-0.58$ در مطالعه‌ی ۱، و $I=0.35-0.21$ در مطالعه‌ی ۲، و از طریق همگرایی با مقیاس سبک‌های تفکر^۳ (استرنبرگ، ۱۹۹۴) $I=0.42-0.25$ در مطالعه‌ی ۱ مورد تأیید قرار گرفته است. روایی سازه همچنین از طریق همبستگی ضعیف با مقیاس مقبولیت اجتماعی^۴ (کرون و مارلو، ۱۹۶۰) مورد تأیید واقع شد. روایی وابسته به ملاک، از طریق همبستگی‌های معنادار با اندازه‌های همزمان شش زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی پرسش‌نامه ریف^۵ (۱۹۸۹) $I=0.44-0.26$ در مطالعه‌ی ۱، و $I=0.47-0.29$ در مطالعه‌ی ۲ و اندازه‌های همزمان زیرمقیاس عاطفه‌ی مثبت^۶ مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۷ (واتسون، کلارک، و تلجن، ۱۹۸۸) $I=0.37$ در مطالعه‌ی ۱ و $I=0.28$ در مطالعه‌ی ۲ نشان داده شده است. اعتبار بازآزمودن با فاصله‌ی چهار هفته‌ای برای این پرسش‌نامه در حد قابل قبولی ($I=0.74-0.82$) بود (فروند و بالتس، ۲۰۰۲). ضرایب اعتبار درونی (آلفای کرونباخ) از ۰/۶۰، ۰/۶۱ و ۰/۶۵ (بالتس و همکاران، ۱۹۹۹). در این

^۲ Tenflex questionnaire

^۳ thinking styles scale

^۴ desirability subscale

^۵ Ryff psychological well-being subscale

^۶ positive affect subscale

^۷ positive and negative affect scale

^۱ SOC questionnaire

مقیاس‌ها بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است.

روش اجرا

انجام این پژوهش و ارزیابی فرضیه‌های پژوهش از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌های ذکر شده صورت پذیرفت. یک عدد از پرسش‌نامه‌ها (SOC) در دسترس نبود، لذا ابتدا با سازندگان آن مکاتبه شده و ابزار دریافت شد. در مرحله‌ی بعد پرسش‌نامه از انگلیسی به فارسی ترجمه شد و به منظور اطمینان بیشتر دوباره از مورد ترجمه‌ی معکوس قرار گرفت. سپس نسخه‌ی اصلی و ترجمه‌ی معکوس مقایسه و با توجه به نتایج مقدماتی و با همکاری متخصصان امر، اشکالات رفع گردید. برای اجرای پرسش‌نامه‌ها، همکارانی انتخاب و جلسات توجیهی تشکیل شد. همکاران پژوهش از دانشجویان رشته‌های پژوهشگری اجتماعی بودند. این همکاران در پنج گروه دو نفره به درب منازل سالمندان مراجعه نموده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. سپس جهت تحلیل اطلاعات از همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ استفاده شد.

با توجه به تأکید پیشینه‌ی پژوهشی بر اهمیت متغیرهای جمعیت شناختی، مثل جنس فرد و میزان تحصیلات (دی وریس و همکاران، ۲۰۰۸؛ هی، کرامر، هوسر، کومیتز و هکر، ۲۰۰۳) و با توجه به رابطه‌ی معنادار این متغیرها با متغیرهای پژوهش، به منظور کنترل آماری آن‌ها، پس از انجام کدگذاری تصنعی^۴ جنس و کدگذاری اثر^۵ سطح تحصیلات (سرمد، بازرگان، و حجازی، ۱۳۸۵) در گام اول تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی^۶ وارد و در گام دوم نیز متغیرهای اصلی پژوهش وارد شدند.

برای بررسی رابطه‌ی بین راهبردهای مدیریت زندگی (SOC) و سبک زندگی سالم از آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی و سطح معناداری آنها در جدول ۱ آورده شده است. ملاحظه می‌شود که راهبردهای مدیریت زندگی کلی تنها با زیرگروه خودمستولیت‌پذیری رابطه‌ی معناداری دارد. و اینکه انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها نیز تنها با فعالیت جسمانی، و جبران هم تنها با زیرگروه خودمستولیت‌پذیری رابطه معناداری دارد. بین سایر متغیرها رابطه معناداری ملاحظه نشد.

پژوهش، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۴ و برای زیر مقیاس‌های انتخاب، بهینه‌سازی و جبران به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۶۸ و ۰/۶۹ بدست آمد.

نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت^۱: نیمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت یک ابزار ۵۲ سؤالی است که فراوانی خودگزارشی رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت را اندازه‌گیری می‌کند (وولکر و هیل-پولرکی، ۱۹۹۶). این ابزار از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای استفاده می‌کند. نمرات بالا نشان دهنده‌ی این است که فرد به سبک زندگی سالمی مشغول است و نمرات پایین نشانگر عدم پرداختن به رفتارهای سلامت‌بخش است. این مقیاس شش بعد سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت را اندازه‌گیری می‌کند که عبارت از رشد معنوی، روابط میان‌فردی، تغذیه، فعالیت جسمانی، مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت خود، و مدیریت استرس هستند (وولکر و هیل-پولرکی، ۱۹۹۶). از داده‌های بدست آمده توسط وولکر و هیل-پولرکی (۱۹۹۶) در یک نمونه‌ی ۷۱۲ نفری از بزرگسالان ۱۸-۹۲ ساله برای سنجش روایی و اعتبار این مقیاس استفاده شد. روایی محتوای مقیاس از طریق مروری بر ادبیات پژوهشی و ارزیابی متخصصان از محتوای آن فراهم گردید. روایی سازه‌ی مقیاس از طریق تحلیل عاملی که ساختار شش بعدی سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت را مورد تأیید قرار داد، و از طریق همبستگی غیرمعنادار با مقبولیت اجتماعی کرون و مارلو (۱۹۶۰) مورد حمایت واقع شد. روایی وابسته به ملاک از طریق همبستگی‌های معنادار با اندازه‌های همزمان وضعیت سلامتی دریافت شده^۲ و کیفیت زندگی^۳ (۰/۴۹۱ تا ۰/۲۶۹ = RS) نشان داده شد. ضریب آلفای همسانی درونی برای کل مقیاس معادل ۰/۹۴۳ و برای زیر مقیاس‌ها دارای دامنه‌ی ۰/۷۹۳ تا ۰/۸۷۲ بود. اعتبار بازآمودن کل مقیاس برای یک فاصله‌ی سه هفته‌ای ۰/۸۹۲ گزارش شده است (وولکر و هیل-پولرکی، ۱۹۹۶). مروتی شریف‌آباد (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۷۱ و اعتبار درونی زیرمقیاس‌ها را نیز بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۴ گزارش کرد. همچنین حیدری (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۷۷ و برای زیر

^۴ dummy coding

^۵ effect coding

^۶ hierarchical regression analysis

^۱ health – promoting lifestyle profile (HPLP-II)

^۲ perceived health status

^۳ quality of life

جدول ۱

ضریب همبستگی بین تمام متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. رشد معنوی	۱											
۲. روابط میانفردی	۰/۵۷۶**	۱										
۳. تغذیه	۰/۳۹۶**	۰/۳۵۷**	۱									
۴. فعالیت جسمانی	۰/۴۰۸**	۰/۲۷۹**	۰/۴۱۵**	۱								
۵. خود مسئولیت پذیری	۰/۵۴۰**	۰/۴۳۲**	۰/۵۲۷**	۰/۴۸۵**	۱							
۶. مدیریت استرس	۰/۵۷۸**	۰/۴۲۷**	۰/۴۴۷**	۰/۵۷۳**	۰/۶۱۰**	۱						
۷. سبک زندگی کلی	۰/۷۸۱**	۰/۶۷۶**	۰/۶۹۹**	۰/۷۱۶**	۰/۸۰۶**	۰/۸۰۴**	۱					
۸. انتخاب مبتنی بر اولویت ها	۰/۰۳۳	-۰/۰۲۳	۰/۰۱۴	۰/۱۱۵*	۰/۰۷۳	۰/۰۴۵	۰/۰۶۰	۱				
۹. انتخاب ناشی از فقدان	-۰/۰۷۷	۰/۰۳۹	۰/۰۲۶	-۰/۰۴۳	-۰/۰۱۲	-۰/۰۴۵	-۰/۰۴۳	۰/۲۱۸**	۱			
۱۰. بهینه سازی	۰/۰۹۵*	۰/۰۴۴	۰/۰۶۰	۰/۰۸۲	۰/۱۱۲	۰/۰۳۰	۰/۰۹۷	۰/۱۳۵**	۰/۱۳۴*	۱		
۱۱. جبران	۰/۰۷۶	۰/۰۴۱	-۰/۰۱۲	-۰/۰۳۰	۰/۱۳۵*	-۰/۰۰۴	۰/۰۴۷	۰/۰۴۴	۰/۲۵۹**	۰/۱۵۸**	۱	
۱۲. SOC کلی	۰/۰۴۸	۰/۰۰۷	۰/۰۳۷	۰/۰۵۱	۰/۱۲۲*	۰/۰۱۰	۰/۰۶۴	۰/۵۸۵**	۰/۶۴۶**	۰/۶۲۱**	۰/۵۷۵**	۱

*۰/۰۵ ** ۰/۰۱

واریانس متغیر ملاک (خودمسئولیت پذیری)، از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول های ۲ و ۳ آمده است.

به منظور بررسی رابطه خطی میان راهبردهای مدیریت زندگی کل و زیرگروه خودمسئولیت پذیری، و نیز بررسی سهم متغیر پیش بین (راهبردهای مدیریت زندگی کل) در

جدول ۲

تحلیل رگرسیون متغیر خودمسئولیت پذیری بر اساس راهبردهای مدیریت زندگی کل با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی

گام	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۱	جنس فرد	رگرسیون	۲۲/۹۸۹	۲	۱۱/۴۹۵	۰/۵۸۸	۰/۵۳۲
	سطح تحصیلات	باقیمانده	۶۴۱۱/۶۷۸	۲۹۷	۲۱/۵۸۸		
۲	SOC کلی	رگرسیون	۱۲۲/۴۵۴	۳	۴۰/۸۱۸	۰/۱۲۷	۱/۹۱۴
	باقیمانده		۶۳۱۲/۲۱۳	۲۹۶	۲۱/۳۲۵		

جدول ۳

اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضرایب تعیین

گام	متغیر	B	β	نسبت t	سطح معناداری	R	R ²	خطای استاندارد برآورد
۱	جنس فرد	-۰/۵۳۹	-۰/۰۵۸	-۰/۹۷۳	۰/۳۳۱	۰/۰۶۰	۰/۰۰۴	۰/۵۵۳
	سطح تحصیلات	۰/۰۴۲	۰/۰۰۶	۰/۰۹۵	۰/۹۲۵			۰/۴۴۸
۲	جنس فرد	-۰/۶۰۹	-۰/۰۶۶	-۱/۱۰۵	۰/۲۷۰			۰/۵۵۱
	سطح تحصیلات	-۰/۰۹۱	-۰/۰۱۲	-۰/۲۰۲۰	۰/۸۴۰	۰/۱۳۸	۰/۰۱۹	۰/۴۵۰
	SOC کلی	-۰/۲۹۴	۰/۱۲۶	۲/۱۶۰	۰/۰۳۲			۰/۱۳۶

آماري متغیرهای جمعیت شناختی، راهبردهای مدیریت زندگی کل، پیش بینی کننده خودمسئولیت پذیری است. به منظور بررسی رابطه خطی میان انتخاب مبتنی بر اولویت ها و زیرگروه فعالیت جسمانی، و نیز بررسی سهم متغیر پیش بین (انتخاب مبتنی بر اولویت ها) در واریانس متغیر ملاک (فعالیت جسمانی)، از تحلیل رگرسیون سلسله

با ورود نمره راهبردهای مدیریت زندگی کل در مرحله دوم تحلیل رگرسیون، ضریب تبیین افزایش می یابد ($R^2=0/019$)، که این تغییر معنادار نیست ($F=1/914, P<0/127$). اما ضریب β مربوط به راهبردهای مدیریت زندگی کل ($P<0/05, t=2/160$) و معنادار است. ($\beta=0/126$)، به این ترتیب، پس از کنترل

مراتبی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های ۴ و ۵ آمده است.

جدول ۴

تحلیل رگرسیون فعالیت جسمانی بر متغیر انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها، پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی

گام	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۱	جنس فرد	رگرسیون	۲۳۴/۶۵۶	۲	۱۱۷/۳۲۸	۵/۱۳۵	۰/۰۰۶
	سطح تحصیلات	باقیمانده	۶۷۸۶/۲۶۱	۲۹۷	۲۲/۸۴۹		
۲	انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها	رگرسیون	۲۹۵/۳۹۹	۳	۹۸/۴۶۶	۴/۳۳۴	۰/۰۰۵
		باقیمانده	۶۷۲۵/۵۱۸	۲۹۶	۲۲/۷۲۱		

جدول ۵

اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضرایب تعیین

گام	متغیر	B	β	نسبت t	سطح معناداری	R	R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	جنس فرد	۱/۶۹۴	۰/۱۷۵	۲/۹۷۶	۰/۰۰۳	۰/۱۸۳	۰/۰۳۳	۰/۵۶۹
	سطح تحصیلات	-۰/۱۹۷	-۰/۰۲۵	-۰/۴۲۷	۰/۶۷۰			۰/۴۶۱
۲	جنس فرد	۱/۵۷۷	۰/۱۶۳	۲/۷۵۶	۰/۰۰۶			۰/۵۷۲
	سطح تحصیلات	-۰/۲۰۵	-۰/۰۲۶	-۰/۴۴۵	۰/۶۵۷	۰/۲۰۵	۰/۰۴۲	۰/۴۶۰
	انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها	-۰/۵۵۰	-۰/۰۹۴	-۱/۶۳۵	۰/۱۰۳			۰/۳۳۶

اولویت‌ها، پیش‌بینی‌کننده‌ی فعالیت جسمانی نیست. به منظور بررسی رابطه‌ی خطی میان جبران و زیرگروه خودمسئولیت‌پذیری، و نیز بررسی سهم متغیر پیش‌بین (جبران) در واریانس متغیر ملاک (خودمسئولیت‌پذیری) از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول‌های ۶ و ۷ آمده است.

با ورود نمره‌ی انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها در مرحله‌ی دوم تحلیل رگرسیون، ضریب تبیین افزایش می‌یابد ($R^2=0/042$) که این تغییر معنادار است ($P<0/01$). اما ضریب β مربوط به انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها معنادار نیست. به این ترتیب، پس از کنترل آماری متغیرهای جمعیت‌شناختی، انتخاب مبتنی بر

جدول ۶

تحلیل رگرسیون متغیر خودمسئولیت‌پذیری بر جبران، پس از کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی

گام	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۱	جنس فرد	رگرسیون	۲۲/۹۸۹	۲	۱۱/۴۹۵	۰/۵۳۲	۰/۵۸۸
	سطح تحصیلات	باقیمانده	۶۴۱۱/۶۷۸	۲۹۷	۲۱/۵۸۸		
۲	جبران	رگرسیون	۱۳۳/۰۳۹	۳	۴۴/۳۴۴	۲/۰۸۳	۰/۱۰۳
		باقیمانده	۶۳۰۱/۶۲۸	۲۹۶	۲۱/۲۸۹		

جدول ۷

اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضرایب تعیین

گام	متغیر	B	β	نسبت t	درجه آزادی	R	R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	جنس فرد	-۰/۵۳۹	-۰/۰۵۸	-۰/۹۷۳	۰/۳۳۱	۰/۰۶۰	۰/۰۰۴	۰/۵۵۳
	سطح تحصیلات فرد	۰/۰۴۲	۰/۰۰۶	۰/۰۹۵	۰/۹۲۵			۰/۴۴۸
۲	جنس فرد	-۰/۴۶۱	-۰/۰۵۰	-۰/۸۳۷	۰/۴۰۳			۰/۵۵۱
	سطح تحصیلات فرد	-۰/۰۵۴	-۰/۰۰۷	-۰/۱۲۲	۰/۹۰۳	۰/۱۴۴	۰/۰۲۱	۰/۴۴۷
	جبران	-۰/۸۰۹	-۰/۱۳۲	-۲/۲۷۴	۰/۰۲۴			۰/۳۵۶

جنس و سطح تحصیلات که ادبیات پژوهش بر ارتباط آن‌ها و متغیرهای پژوهش تأکید کرده‌اند، در پژوهش وارد شدند. بدین‌صورت که تفاوت‌های بین مردان و زنان، و تفاوت‌های بین سطوح مختلف تحصیلی در متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. (۳) شکل‌پذیری درون فردی، به تغییر و تحولات یک متغیر در یک شخص اشاره دارد. بدین معنی که آیا راهبردهای مدیریت زندگی در یک فرد ثابت است یا با گذر زمان کم یا زیاد می‌شود؟ یا اینکه در یک فرد و در یک لحظه معین، کدام زیرگروه راهبردهای مدیریت زندگی و سبک زندگی بالا و کدام زیرگروه پائین است؟ واضح است که برای بررسی تفاوت‌های میان فردی در تحول به پژوهش‌های مقطعی و برای بررسی تفاوت‌های درون فردی به پژوهش‌های طولی نیاز است. پژوهش‌های طولی به بهترین شکل می‌توانند تغییر و تحولات راهبردهای مدیریت زندگی، و سبک زندگی سالم را در گستره‌ی عمر مشخص نمایند.

نتایج نشان می‌دهد که نمره‌ی کل راهبردهای مدیریت زندگی تنها با زیرگروه خودمسئولیت‌پذیری رابطه‌ی مثبت معناداری دارد و اما نسبت به سایر زیرگروه‌ها و نمره‌ی کل سبک زندگی سالم یک همبستگی مثبت و غیرمعنادار دارد. از میان زیرگروه‌های راهبردهای مدیریت زندگی، انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها تنها با فعالیت جسمانی به صورت معناداری همبسته بود. جبران نیز همبستگی مثبت و معناداری با خودمسئولیت‌پذیری داشت. بر اساس الگوی سبک زندگی سالم (وولکر و هیل-پولرکی، ۱۹۹۶) تمام عناصر سبک زندگی دارای یک ماهیت مثبت و ارتقاءدهنده‌ی سلامت هستند. این فرض مطرح بود که فردی که به دنبال ارتقای سلامتی در تمام حیطه‌های روانی و جسمانی خود است، می‌تواند از راهبردهای مدیریت زندگی برای نیل به این اهداف استفاده کند. پژوهش‌های دیگر (مانند آئوکی و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیشر، استانتون، و لاو، ۱۹۹۹؛ کاگی و دیکسون، ۲۰۰۰؛ کوپوسیلتا، آریا، و اندرز، ۲۰۰۳؛ هنسلمز و همکاران، ۲۰۱۱؛ فروند، ۲۰۰۸) نیز این متغیر را در ارتباط با متغیرهای گوناگون دیگر (مانند پیشرفت تحصیلی) بررسی کرده‌اند و تأثیر مثبت کارآمد سبک زندگی را به نمایش گذاشته‌اند.

با ورود نمره‌ی جبران در مرحله‌ی دوم تحلیل رگرسیون، ضریب تبیین افزایش می‌یابد ($R^2=0/021$) که این تغییر معنادار نیست ($F=2/083, P<0/103$). اما ضریب β مربوط به جبران معنادار است ($t=-2/274, P<0/024$) و $\beta=-0/132$. به این ترتیب، پس از کنترل آماری متغیرهای جمعیت‌شناختی، جبران، پیش‌بینی‌کننده‌ی خودمسئولیت‌پذیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش و نظریه‌ی گستره‌ی عمر به دنبال ایجاد دانش در زمینه‌ی سه مؤلفه‌ی اساسی تحول فردی شامل (۱) مشابهت‌های (ترتیبات) میان فردی^۱، (۲) تفاوت‌های میان فردی^۲، و (۳) شکل‌پذیری درون فردی^۳ است. تنها با توجه کردن به این مؤلفه‌ها و بررسی تعاملات سنی آن‌ها، پایه‌های مفهومی و روش‌شناختی تحول فراهم می‌شود (بالتس، استاودینگر، و لیندنبرگر، ۱۹۹۹؛ وینرت و پرر، ۱۹۹۶). پژوهش حاضر نیز در این چارچوب به انجام رسیده است. به این‌صورت که (۱) تمام پژوهش‌هایی که (به‌ویژه در علوم انسانی) به انجام می‌رسند، با هدف دستیابی به یک سری اصول و قواعد کلی است که درباره‌ی همه‌ی انسان‌ها کاربرد داشته باشد. پژوهش همبستگی نیز از این قاعده مستثنی نیست. پژوهش همبستگی به دنبال این است که روابط بین دو یا چند متغیر را به صورت یک قاعده کلی بیان کند. پژوهش حاضر نیز از یک منظر قواعد کلی را مطرح می‌کند. نتایج ارائه شده همه‌گویای مشابهت‌های میان فردی در تحول هستند. بدین معنا که با توجه به این نتایج می‌توان ادعا کرد که همه‌ی افرادی که در راهبردهای مدیریت زندگی نمره‌ی بالاتری کسب می‌کنند، در سبک زندگی سالم نیز نمره‌ی بالاتری کسب می‌کنند. (۲) پژوهش گستره‌ی عمر به دنبال تفاوت‌های میان فردی در تحول نیز هست. به این معنا که چقدر افراد گوناگون از نظر مسیرهای تحولی که می‌پیمایند با هم متفاوت هستند. در واقع علی‌رغم اینکه هدف پژوهش‌ها دستیابی به قواعد کلی است، ولی همواره در زمینه‌ی همه‌ی متغیرهای روان‌شناختی در بین افراد تفاوت‌هایی وجود دارد. هدف اصلی پژوهش حاضر دستیابی به قواعد کلی بود، اما به منظور بررسی تفاوت‌های میان فردی در تحول، دو متغیر

¹ interindividual commonalities

² interindividual differences

³ intraindividual plasticity

داشت. جبران شامل یک سری فعالیت‌ها و سرمایه‌گذاری‌های فردی و مدیریت خود در شرایط سخت و مواجهه با فقدان‌ها است که به بهترین وجه نیازمند مسئولیت‌پذیری دربارہی خود است و بدون مدیریت خود امکان‌پذیر نیست. همچنین، انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها با فعالیت جسمانی رابطه‌ی مثبت و معناداری را نشان می‌دهد. لازمه‌ی پیگیری و انجام یک برنامه‌ی ورزشی منظم، مسئولیت‌پذیری و بهره‌مندی از راهبردهای مدیریت زندگی است، ولی تنها انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها معنادار است. این امر می‌تواند نشان دهنده‌ی این باشد که در بین زیرگروه‌های سبک زندگی، فعالیت جسمانی بیشتر از سایر زیرگروه‌ها انتخاب‌پذیر بوده و امکان‌ش بیشتر باشد. یعنی فرد با انتخاب حیطه‌های مختلف و پرداختن به آن‌ها خود را به پیش می‌برد.

به صورت کلی باید گفت که رابطه‌ی بین راهبردهای مدیریت زندگی و سبک زندگی سالم نیاز به بررسی‌های بیشتر و با استفاده از ابزارهای دیگر (مصاحبه) می‌باشد. چرا که راهبردهای مدیریت زندگی به مدیریت و برنامه‌ریزی برای کل زندگی می‌پردازد و به نظر می‌رسد که لازمه‌ی پرداختن به سبک زندگی سالم، استفاده از راهبردهای مدیریت زندگی است. ولی در این پژوهش این رابطه به صورت کلی معنادار نبود.

آیا بین مردان و زنان از نظر میزان پرداختن به سبک زندگی سالم و راهبردهای خودنظم‌جویی در راهبردهای مدیریت زندگی تفاوت وجود دارد؟ در این پژوهش سعی بر آن بود تا با بهره‌گیری از نمونه‌ای با مشارکت زنان و مردان، به مقایسه‌ی آن‌ها در متغیرهای مورد بررسی نیز پرداخته شود. نتایج نشان می‌دهد که تنها در متغیر «انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها» میانگین زنان به صورت معناداری بیشتر از مردان است. اما در متغیر «فعالیت جسمانی»، میانگین مردان به صورت معناداری بیشتر از زنان است. پژوهش‌های پیشین در این زمینه زیاد راهگشا نیستند. برای مثال کاگی و دیکسون (۲۰۰۰) و براون (۲۰۰۹) نشان داده‌اند که زنان به میزان بیشتری به سبک زندگی سالم می‌پردازند. اما در پژوهش حاضر بین زنان و مردان از نظر متغیر سبک زندگی تفاوت معناداری مشاهده نشد. فقط در زیرگروه فعالیت جسمانی میانگین مردان به صورت معناداری بیشتر از زنان بود که می‌تواند به صورت ضمنی نشان دهنده‌ی پرداختن بیشتر مردان به ورزش

اما در پژوهش حاضر بر خلاف انتظار، راهبردهای مدیریت زندگی با نمره‌ی کل سبک زندگی رابطه‌ی معناداری نداشت و تنها با زیرگروه خود مسئولیت‌پذیری رابطه‌ی معناداری نشان داد. همانطور که ذکر شد وولکر و هیل-پولرکی (۱۹۹۶) عنوان می‌کنند که بین سبک زندگی سالم و رضایت‌مندی کلی از زندگی و درگیری در فعالیت‌های شخصی و مسئولیت‌پذیری نسبت به جامعه رابطه وجود دارد. در نتیجه پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های جاپ و اسمیت (۲۰۰۶)، فروند (۲۰۰۸)، هکهاوزن و همکاران (۲۰۱۰)، و زاچر و همکاران (۲۰۱۵) است. زیرا مسئولیت‌پذیری به بهترین وجه خود را فعالیت‌های اجتماعی نشان می‌دهد.

علاوه بر این در تبیین این یافته (عدم همبستگی بین راهبردهای مدیریت زندگی و سبک زندگی سالم) به چند نکته باید اشاره کرد. نخست اینکه این امکان وجود دارد که افراد از راهبردهای مدیریت زندگی استفاده کنند ولی در حیطه‌ی سلامتی از آنها بهره‌نجویند و تنها در زمینه‌ی موفقیت در یک حیطه‌ی خاص (مثلاً خودمسئولیت‌پذیری، یا موفقیت شغلی (بالتس و فینکلشتاین، ۲۰۱۱) از آنها بهره‌جویند. دوم اینکه با توجه به محدودیت پژوهش‌ها، این روابط به پژوهش‌های تکمیلی بیشتری نیاز دارند. آیا می‌توان گفت که راهبردهای مدیریت زندگی به صورت قطع هیچ ارتباطی با سبک زندگی سالم ندارد؟ آیا یک فرد برای دستیابی به یک سبک زندگی سالم نمی‌تواند از راهبردهای مدیریت زندگی بهره‌جوید؟ این‌ها سؤالاتی است که نیازمند پژوهش‌های تکمیلی هستند. این امکان وجود دارد که راهبردهای مدیریت زندگی به عنوان یک سازه‌ی عملکردی، تنها از طریق یک متغیر سوم تأثیر خود را بر سبک زندگی سالم نمایان سازد. این متغیرها ممکن است سازه‌های مزاجی دیگر مانند ویژگی‌های شخصیتی یا توانایی‌های شناختی و هیجانی باشند.

از بین زیرگروه‌های سبک زندگی، تنها خودمسئولیت‌پذیری با راهبردهای مدیریت زندگی همبستگی معنادار داشت. از آنجا که راهبردهای مدیریت زندگی مدیریت کامل زندگی و در درجه‌ی اول مدیریت خود فرد است، و خود مسئولیت‌پذیری نیز نشان دهنده‌ی سرمایه‌گذاری روانی و اجتماعی فرد برای سلامتی است، این دو عامل به صورت منطقی با هم رابطه‌ی معناداری دارند. خود مسئولیت‌پذیری با جبران نیز رابطه‌ی مثبت و معناداری

معتمدی شلمزاری، ع.، اژه‌ای، ج.، آزادفلاح، پ.، و کیامنش، ع. (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال. *مجله‌ی روان‌شناسی*، ۶(۲)، ۱۳۳-۱۱۵.

معتمدی شلمزاری، ع.، اژه‌ای، ج.، آزادفلاح، پ.، و کیامنش، ع. (۱۳۸۴). بررسی رابطه‌ی بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق. *مجله‌ی دانشور رفتار*، ۱۲(۱۰)، ۴۳-۵۶.

معتمدی شلمزاری، ع.، و اژه‌ای، ج. (۱۳۸۲). تحلیل ماهیت هوش در دوره‌ی سالمندی و رابطه‌ی آن با سالمندی موفق. *مجله‌ی روان‌شناسی*، ۸(۴)، ۳۹۸-۴۲۱.

Almeida, O. P., Norman, P., Hankey, G., Jamrozik, K., & Flicker, L. (2006). Successful mental health aging: Results from a longitudinal study of older Australian men. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 27-35.

Andrews, G., Clark, M., & Luszcz, M. (2002). Successful aging in the Australian longitudinal study of aging: Applying the MacArthur model cross-nationality. *Journal of social issues*, 58(4), 749-765.

Andrews, G., Clark, M., & Luszcz, M. (2002). Successful aging in the Australian longitudinal study of aging: Applying the MacArthur model cross-nationality. *Journal of social issues* 58 (4), 749-765.

Aoki, R., Ohno, Y., Tamakoshi, A., Kawakami, N., Nagai, M., Hashimoto, S., ... Senda, M. (1996). Lifestyle determinants for social activity levels among the Japanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22, 271-286.

Ardel, D. B. (1979). The nature and implications of high level wellness, or why "normal health" is a rather sorry state of existence. *Health Values: Achieving high level wellness*, 3(1), 17-24.

Baltes, B. B., & Finkelstein, L. M. (2011). Contemporary empirical advancements in the study of aging in the workplace. *Journal of Organizational Behavior*, 32 (2), 151-154.

Baltes, B. B., Rudolph, C. W., & Bal, A. C. (2012). A review of aging theories and modern work perspectives. In J. W. Hedge, & W. C. Borman (Eds.), *The Oxford handbook of work and aging* (pp. 117-136). New York, NY: Oxford University.

باشد. در ارتباط با فرآیندهای خودنظم‌جویی در راهبردهای مدیریت زندگی، فقط در زیرگروه انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها، میانگین زنان به صورت معناداری بیشتر از مردان بود. می‌توان چنین استنباط کرد که زنان بیشتر از مردان درگیر فرآیند انتخاب از بین گزینه‌های موجود می‌شوند.

در این پژوهش سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز اعمال شد و سعی بر آن بود که میانگین‌های گروه‌های تحصیلی در متغیرهای پژوهش مورد مقایسه قرار گیرند. نتایج نشان می‌دهد که در متغیرهای رشد معنوی و مدیریت استرس، میانگین گروه «فوق لیسانس و بالاتر» به صورت معناداری بیشتر از گروه «لیسانس» است. در متغیر انتخاب مبتنی بر اولویت‌ها، میانگین گروه «لیسانس» به صورت معناداری بیشتر از گروه «فوق لیسانس و بالاتر» است. این نتایج همسو با پژوهش هی و همکاران (۲۰۰۴) و زاچر و همکاران (۲۰۱۵) است. همچنین، دی وریس و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که به صورت کلی هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد، فرد به میزان بیشتری از سبک زندگی سالم، و فرایندهای مدیریتی بهره‌مند می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نیز همسو با این دسته از پژوهش‌ها است. به صورت کلی به نظر می‌رسد که جنس و سطح تحصیلات بر متغیرهای پژوهش تأثیر می‌گذارند.

سپاس‌گذاری

از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، قدردانی می‌شود.

منابع

حیدری، ف. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

سرمد، ز.، حجازی، ا.، و بازرگان، ع. (۱۳۹۰). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه.

مروتی شریف‌آباد، م. ع. (۱۳۸۴). بهینه‌سازی الگوی ارتقاء سلامت و ارزیابی بکارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در سالمندان شهر یزد (پایان‌نامه دکتری چاپ نشده). دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

معتمدی شلمزاری، ع. (۱۳۸۴). نقش رویدادهای زندگی در سالمندی موفق. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲(۴)، ۱۸۹-۲۰۳.

- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society, 16*, 397-422.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. (1999). *The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report*. Berlin, Germany: Max Planck Institute for Human Development.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507
- Brandtstädter, J. (2010). Life management in developmental settings of modernity: Challenges to the adaptive self. In R.K. Silbereisen & X. Chen (Eds.), *Social change and human development: Concepts and results* (pp. 50-72). London: Sage.
- Brandtstadter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58-67.
- Brown, A. S. (2009). Promoting physical activity amongst adolescent girls. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 32*, 49-64.
- Chou, K. L., & Chi, I. (2002). Financial strain and life satisfaction in Hong Kong elderly Chinese: Moderating effect of life management strategies including selection, optimization, and compensation. *Ageing and Mental Health, 6*, 172-177.
- Costanzo, E. S., & Ryff, C., & Singer, B. H. (2009). Psychosocial Adjustment among Cancer Survivors: Findings from a National Survey of Health and Well-Being. *Health Psychology, 28* (2), 147-156.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354.
- Dahany, M. M., Dramé, M., Mahmoudi, R., Novella, J. L., Ciocan, D., Kanagaratnam, L., ... Jolly, D. (2015). Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *European Geriatric Medicine, 5*(6), 365-370.
- de Vries, H., van 't Riet, J., Spigt, M., Metsemakers, J., van den Akker, M., Vermunt, J. K., & Kremers, S. (2008). Clusters of lifestyle behaviors: Results from the Dutch Smile study. *Preventive Medicine, 46*, 203-208.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Leiter, M. (2014). Burnout and Job Performance: The Moderating Role of Selection, Optimization, and Compensation Strategies. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*, 96-107.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 6-20.
- Dunn, H. L. (1961). *High level wellness*. Arlington, VA: RW. Beatty.
- Ebner, N. C., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2006). Developmental Changes in Personal Goal Orientation From Young to Late Adulthood: From Striving for Gains to Maintenance and Prevention of Losses. *Psychology and Aging, 21*, 4, 664-678.
- Erikson, E. H. (1959). The healthy personality. *Psychological Issues, 1*, 50-100.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. New York: Norton.
- Fisher, K. J., Stanton, W. R., & Lowe, J. B. (1999). Healthy behaviors, lifestyle, and reasons for quitting smoking among out-of-school youth. *Journal of Adolescent Health, 25*, 290-297.
- Flicker, L. (2009). Lifestyle interventions to reduce the risk of dementia. *Maturitas, 63*, 319-322.
- Freund, A. (2008). Successful aging as management of resources: the role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development, 5*(2), 94-106.

- Freund, A. (2008). Successful Aging as Management of Resources: The Role of Selection, Optimization, and Compensation. *Research in Human Development, 5*(2), 94-106.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*, 531-543.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness* (PP. 35-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 642-662.
- Freund, A. M., & Riediger, M. (2003). Successful aging. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology* (Vol. 6, pp. 601-628). Hoboken, NJ: Wiley.
- Haveman-Nies, A., de Groot, L. P., Burema, J., Cruz, J. A., Osler, M., & van Staveren, W. A. (2002). Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA Study. *The American Journal of Epidemiology, 156*, 962-968.
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, G. Tibbits, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (Vol.1, PP.299-320). New York: Atherton Press.
- He, K., Kramer, E., Houser, R. F., Chomitz, V. R., & Hacker, K. A. (2004). Defining and Understanding Healthy Lifestyles Choices for Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 35*, 26-33.
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review, 117*(1), 32-60.
- Henselmans, I., Fleer, J., van Sonderen, E., Smink, A., Sanderman, R., & V. Ranchor, A. (2011). The Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment Scales: A Validation Study. *Psychology and Aging, 26* (1), 174-180.
- Jopp, D., & Smith, J. (2006). Resources and Life-Management Strategies as Determinants of Successful Aging: On the Protective Effect of Selection, Optimization, and Compensation. *Psychology and Aging, 21*(2), 253-265.
- Kagee, A., & Dixon, D. (2000). Worldview and health promoting behavior: A causal model. *Journal of Behavioral Medicine, 23*, 163-178.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of environmental health, 12*, 246-266.
- Koivusilta, L., Arja, R., & Andres, V. (2003). Health behaviors and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science & Medicine, 57*, 577-593.
- Li, C. I., Lin, C. h., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., ... Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community dwelling elders. *BMC Public Health, 14*, 10-13.
- Li, K. Z. H., Lindenberger, U., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2001). Walking while memorizing: Age-related differences in compensatory behavior. *Psychological Science, 12*, 230-237.
- Ouwehand, C., De Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review, 27*, 873-884.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *Gerontologist, 19*, 427-431.
- Pender, N. J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). Appleton and Lange, Norwalk, CT.
- Peterson, B. E., Smirles, K. A., & Wentworth, P. A. (1997). Generativity and authoritarianism: Implications for

- personality, political involvement, and parenting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1202-1216.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glumer, C., & Jorgensen, T. (2009). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49, 418-423
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119.
- Sawchuk, D. (2015). Aging and older adults in three Roman Catholic magazines: Successful aging and the Third and Fourth Ages reframed. *Journal of Aging Studies*, 35, 221-228
- Scheibe, S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2007). Toward a Developmental Psychology of Sehnsucht (Life Longings): The Optimal (Utopian) Life. *Developmental Psychology*, 43 (3), 778-795.
- Schmitt, A., Zacher, H., & Frese, M. (2012). The buffering effect of selection, optimization, and compensation strategy use on the relationship between problem solving demands and occupational well-being: A daily diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 139-149.
- Singer, J. E. (1982). The need to measure lifestyle. *International Review of Applied Psychology*, 31, 303-315.
- Sternberg, R. J. (1994). Thinking styles: Theory and assessment at the interface between intelligence and personality. In R. J. Sternberg & P. Ruzgis (Eds.), *Personality and intelligence* (PP. 169-187). New York: Cambridge University.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 38(5), 268-273.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36, 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weinert, F. E. & Perner, J. (1996). Cognitive development. In D. Magnusson (Ed.), *Individual Development over the lifespan: Biological and psychosocial perspectives* (207-222). Cambridge: Cambridge University.
- Wiese, B. S., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Subjective career success and emotional well-being: Longitudinal predictive power of selection, optimization, and compensation. *Journal of Vocational Behaviour*, 60, 321-335.
- Williams, R. H., & Wirths, C. G. (1965). *Lives through the years: styles of life and successful aging*. New York: Atherton Press.
- Zacher, H., Chan, F., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2015). Selection, optimization, and compensation strategies: Interactive effects on daily work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 87, 101-107.

Prediction of Successful Aging based on Life Management Strategies

Maria E. Aguilar-Vafaie, Ph.D
Tarbiat Modares University

Hassan Shahi ✉
Tarbiat Modares University

Mohammad Ali Besharat, Ph.D
University of Tehran

Received: 2015.12.10

Accepted: 2015.12.21

In the current study, the relationship between Life Management Strategies of selection, optimization, and compensation (SOC), and healthy lifestyle (As the Original Indicator of Successful Aging) have been investigated. The participants consist of 300 people (154 male, and 146 female) lived in Hamedan City who have been Chosen by Multiple-Stage Cluster sampling method. To evaluate Life Management Strategies, SOC questionnaire (Baltes, P., Baltes, M., Freund, & Lang, 1999), and for evaluate healthy lifestyle, Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) (Walker & Hill-Polerecky, 1996) have been used. To analyze data, Pearson Correlation and Hierarchical Regression Analysis have been run. The results showed that there was a significant relationship between SOC Life Management Strategies and healthy lifestyle (as this study expected, SOC Life Management Strategies have a positive relationship with healthy lifestyle). But SOC Life Management Strategies could only predict the sub-field of health-responsibility of healthy lifestyle. Also, Compensation could only predict the sub-field of health-responsibility of healthy lifestyle. The results of the study have been discussed in the grounds of health promoting models and personality Characteristics models.

Keywords: Selection, Optimization, Compensation, Healthy Lifestyle, elderly

Maria E. Aguilar-Vafaie, full professor, Dept. of Psychology, Faculty of Human Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran; Hassan Shahi, M.A in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Human Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran; Mohammad Ali Besharat, associate professor, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, I.R. Iran.

✉Correspondence concerning this article should be addressed to Hassan Shahi, M.A in Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Human Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran.

Email: hassanshahi84@gmail.com