



## نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی در بهزیستی ذهنی سالمندان

**دکتر مجید برادران**

دانشگاه پیام نور، تهران

**حمیده اصغری**

دانشگاه پیام نور، تهران

✉ **هادی جبه‌داری**

دانشگاه پیام نور، تهران

**دکتر فرزانه رنجبر نوشری**

دانشگاه پیام نور، تهران

امروزه همه در این موضوع اتفاق نظر دارند که سالمندی به روش موفق، تنها مربوط به داشتن ژن‌های سالم و یا دسترسی به منابع سالم نیست. بلکه به چگونگی تنظیم زندگی به طور فعال، توسط افراد و رفتارهایشان بستگی دارد، بطوریکه بتوان با آن، کیفیت زندگی و بهزیستی را بهبود بخشید. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی در بهزیستی ذهنی سالمندان انجام شد. جامعه پژوهشی شامل تمامی سالمندان شهرستان آستانه اشرفیه در سال ۱۳۹۶ بود. از این میان ۲۱۴ نفر از افراد بالای ۶۵ سال کانون بازنشتگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران، کانون کنترل سلامت والتسون و والتسون، نیازهای بنیادین روان‌شناختی گاردیا و همکاران و برای بهزیستی ذهنی از دو مقیاس رضایت از زندگی دینر و همکاران و مقیاس عاطفه مثبت و منفی واتسون و همکاران استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با بهزیستی ذهنی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. با توجه به یافته‌های حاصل از رگرسیون در این پژوهش حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی پیش‌بین‌های قوی برای بهزیستی ذهنی در افراد سالمند می‌باشند. حمایت اجتماعی ادراک شده با بهبود کیفیت زندگی فرد، کانون کنترل سلامت با ویژگی کنترل درونی و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با سه ویژگی خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط می‌تواند در سلامت‌روانی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند قابل تبیین باشد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۲۴

پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

کلیدواژه‌ها: بهزیستی ذهنی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سالمندی، کانون کنترل سلامت، نیازهای بنیادین روان‌شناختی

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

جبه‌داری، ه، برادران، م، رنجبر نوشری، ف، و اصغری، ح. (۱۳۹۷). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی در بهزیستی ذهنی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۲۲۳-۲۱۳.

هادی جبه‌داری، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور آستانه اشرفیه، رشت، ایران؛ دکتر مجید برادران، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛ دکتر فرزانه رنجبر، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران؛ حمیده اصغری، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور آستانه اشرفیه، رشت، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به هادی جبه‌داری، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور آستانه اشرفیه، رشت، ایران باشد.

پست الکترونیکی: hadijobehdari@gmail.com

(افتخاری، ۱۳۹۵). در کشورهای صنعتی، سالمندان بخش قابل توجهی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. این نسبت به طور قابل توجهی در ۲۵ سال آینده افزایش خواهد یافت و حتی ممکن است در برخی از کشورها مانند کانادا دو برابر شود (لواسر، دیسروزر و واینک، ۲۰۱۰). افزایش جمعیت

سالمندی امری اجتناب‌ناپذیر است و به موازات سالمند شدن، پیری نیز به سالمندان عارض شده و کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما به دلیل اینکه سالمندی دارای سویه‌های اجتماعی نیز هست، کمیت و کیفیت زندگی سالمندان نیز تابع شرایط اجتماعی می‌باشد

نقل از تمنائی‌فرد، لیث و منصوری‌نیک، ۱۳۹۲). خانواده، دوستان و افراد مهم می‌توانند با حمایت همه‌جانبه فرد را در موقعیت‌های مختلف یاری رسانند (بی‌ریا و رهنما، ۱۳۸۳). نظریه‌پردازان حمایت اجتماعی درک شده معتقدند تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به عبارت دیگر ارتباط اجتماعی منابع حمایت اجتماعی نیست، مگر آنکه فرد آن را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند. بنابراین نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت اهمیت دارد (چادویک و کالینز، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی و سبک‌های دلبستگی از جمله ویژگی‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی هستند. حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند (نادری بلداجی، مرادی، مباشری، میرزائیان و یوسفی، ۱۳۹۲). چادویک و کالینز (۲۰۱۵) ضمن پژوهشی درباره ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که هر چقدر حمایت اجتماعی ادراک شده افزایش یابد، سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد افزایش می‌یابد. صادق مقدم و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی رضایت از زندگی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی ادراک شده پرداختند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی رابطه معنادار و مستقیمی یافتند.

افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری ادراک می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامتی (کانون کنترل سلامت) بالاتری برخوردار می‌باشند. درگیری افراد در شبکه‌های اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نمایند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار می‌شوند (فلیمینگ<sup>۶</sup> و باوم<sup>۷</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از مقدسی، ۱۳۹۱). کانون کنترل سلامت به عنوان متغیری مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. کانون کنترل سلامت در دو بعد قرار دارد که عبارت از درونی و بیرونی هستند. کانون درونی کنترل

سالمند در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه‌یافته است. ایران هم جزء کشورهای است که مرحله گذار جمعیتی را طی می‌کند و دارای ساختار سنی جوان ولی در حال انتقال است، به طوری که جمعیت سالمندان از سال ۱۳۳۵ تاکنون تغییرات زیادی داشته و پیش‌بینی‌های آماری نشان می‌دهد تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان کشور به طور تقریبی به ۲۶ میلیون نفر یعنی ۲۴/۶۲ درصد جمعیت برسد (باولی بهمی، ۱۳۹۵).

بهزیستی ذهنی یکی از موضوع‌های روان‌شناسی مثبت است که مطالعات متعددی در مورد چیستی، چگونگی، و ارتقای آن انجام گرفته است (آلماند، هیل، قائم‌مقامی و مارتین، ۲۰۱۴) و از سه مؤلفه تشکیل شده است (رفیعی‌نیا و اصغری، ۱۳۸۶) اولین مؤلفه، رضایت از زندگی است که این مؤلفه ارزیابی یا قضاوت شناختی از زندگی را در برمی‌گیرد. قضاوت در مورد چگونگی رضایت هر فرد از زندگی، بستگی به ملاک‌های فرد داشته و می‌تواند اکتسابی باشد (گاتمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از خدایاری فرد، زندی، حاج حسینی و غباری بناب، ۱۳۹۵). مؤلفه دوم و سوم را به ترتیب عاطفه مثبت و منفی نامگذاری کرده‌اند. عاطفه مثبت شامل حالات شادکامی، اما به دور از صفت شخصیتی است. به عبارتی، مؤلفه دوم و سوم داشتن تعادل خلقی را در فرد مطرح می‌سازد. بنا به مؤلفه دوم و سوم، فردی از بهزیستی ذهنی بالایی برخوردار خواهد بود که دارای نوعی تعادل خلق باشد (بریج، مارگی و زاف، ۲۰۰۲). بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (بریج و همکاران، ۲۰۰۲). یکی از رفتارهای انسانی حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد و این مسأله که فرد بخشی از یک شبکه اجتماعی است به او فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش می‌دهد (چاریتون، لیوت، لو و موری، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی ادراک شده دارای سه منبع اصلی می‌باشد که عبارت از خانواده، دوستان و افراد مهم است (زیمت<sup>۲</sup>، داهلم<sup>۳</sup>، زیمت<sup>۴</sup> و فارلی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸، به

<sup>1</sup> Gootman

<sup>2</sup> Zimet

<sup>3</sup> Dahlem

<sup>4</sup> Zimet

<sup>5</sup> Farley

<sup>6</sup> Fleming

<sup>7</sup> Baum

سلامت به طور مثبت با آگاهی و نگرش، وضعیت روان‌شناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه می‌شود. در مقابل بیشتر منابع بیرونی کنترل سلامت (بخصوص افراد قدرتمند و بانفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روان‌شناختی ضعیف همراه می‌شوند (مالکارن و همیلتون، ۲۰۰۵). بررسی‌هایی که کانون کنترل سلامت را بر رفتار نشان داده‌اند در ابتدا بر اهمیت کانون کنترل درونی نسبت به کانون کنترل بیرونی تأکید می‌کنند. افرادی که کانون کنترل درونی دارند مسئولیت اعمال‌شان را می‌پذیرند و به سرعت در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت درگیر می‌شوند. رفتارهایی از قبیل خود ارزیابی‌های مربوط به سلامت جسمانی، سازگاری بیماران با وقایع تنش‌زا و رفتارهای پیشگیرانه مرتبط با ایدز رابطه مثبتی با کنترل درونی دارند (سارگنت، ۲۰۰۶). یافته‌های ایون و جی‌یو (۱۹۹۹) که به بررسی رابطه بین رفتارهای ارتقا سلامت، کانون کنترل سلامت و الگوی پاسخ در سالمندان کره‌ای پرداختند نشان داد که بین کانون کنترل سلامت و بهزیستی ذهنی رابطه وجود دارد. ونهون (۲۰۰۸) نشان داد که عوامل روان‌شناختی بر کارکرد جسمی تأثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی ذهنی بالاتری دارند از سلامت جسمی بالاتری (کانون کنترل سلامت) برخوردارند. محمدآبادی و حسین‌زاده فیروزآباد (۱۳۹۵) پژوهشی در زمینه سالمندی انجام داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه کانون کنترل سلامت افراد درونی‌تر باشد و باور داشته باشند که اعتقاد به خدا بر سلامتی آنها تأثیر مثبت دارد باعث می‌شود که رفتارهای خود مراقبتی آنها افزایش یابد و بالعکس، گرایش به کانون کنترل بیرونی، رفتارهای خود مراقبتی را کاهش می‌دهد.

سلامت تنها نیروی مورد هدف است که دارای ابعاد جسمی و روانی می‌باشد. از سوی دیگر ارضای نیازهای اساسی، شرایط لازم برای رشد و بالندگی، انسجام یافتگی و بهزیستی روان‌شناختی را فراهم می‌کنند (وطن‌پناه، ۱۳۹۵). نیازهای روان‌شناختی به عنوان غذای درونی و روان‌شناختی شناخته می‌شوند که برای رشد و دوام روان‌شناختی و بهزیستی ضروری هستند (تیان، چن و هائینر، ۲۰۱۳). سه نیاز روان‌شناختی، خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط می‌باشد که این نیازها به هم وابسته هستند (مارشیک، ۲۰۱۰)، خودمختاری یعنی تمایلی ذاتی برای تجربه رفتاری که خود شخص آن را ترتیب داده

باشد و فعالیتی که با احساس انسجام‌یافتگی خود هماهنگ باشد (البوگن و همکاران، ۲۰۱۰). احساس خودپیروی در انجام تکالیف باعث افزایش شایستگی می‌شود. شایستگی اعتماد لازم برای احساس پذیرش و وابسته بودن به محیط پیرامون را فراهم می‌کند. در صورتی که نیازهای بنیادین روان‌شناختی برآورده شوند، احساس اعتماد به خود و خود ارزشمندی در افراد شکل می‌گیرد و موجب رضایت از زندگی و بهزیستی بالای افراد می‌شود، اما در صورت ممانعت و عدم ارضای این نیازها، فرد ادراکی شکننده، منفی، بیگانه و انتقادی از خود پرورش خواهد داد (مارشیک، ۲۰۱۰). توانایی ارتباط، تمایل به ارتباط داشتن با دیگران، دوست داشتن و حمایت دیگران، دوست داشته شدن و حمایت شدن از سوی دیگران است (لو، یوسال و تو، ۲۰۱۱). بر اساس یافته‌ها، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی موجب رضایت از زندگی و بهزیستی بالای افراد می‌شود (شلدون<sup>۱</sup> و نیمیک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، به نقل از حجازی، صالح نجفی و امانی، ۱۳۹۳). کویتو و همکاران (۲۰۱۷) به بررسی تأثیر نیازهای بنیادین روان‌شناختی در خوشبختی ذهنی و فعالیت فیزیکی سالمندان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی سالمندان و بهزیستی ذهنی آنها رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از آنجا که بهزیستی ذهنی به عنوان توانایی افزایش ظرفیت حالت‌های مثبت و کاهش حالت‌های منفی (لینلی، ۲۰۰۹) و یک شاخص چند بعدی مهم در سنجش سلامت روانی افراد مطرح شده است (دلافاو، بردار، فریری، ولابرودریک و ویزینگ، ۲۰۱۱)، شناسایی متغیرهای مرتبط به آن می‌تواند به بهبود سلامت روان کمک و از طرفی زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی افراد فراهم کند (دیساباتو، گودمن، کاشدان، شورت و جاردن، ۲۰۱۶). پس می‌توان گفت حمایت اجتماعی، کنترل سلامت و شناخت نیازهای بنیادین روان‌شناختی در افراد سالمند می‌تواند گام‌های بسیار مؤثری برای این قشر از جامعه باشد. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان انجام شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شود که (۱) بین حمایت اجتماعی ادراک شده و

<sup>1</sup> Sheldon

<sup>2</sup> Niemiec

اجتماعی بیشتر می‌باشد. پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده و بیان شده که ابزار دارای روایی محتوایی بسیار خوبی است. همچنین بابایی امیری، حقیقت و عاشوری (۱۳۹۵) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۱ به دست آمد.

### مقیاس چند بعدی کانون کنترل سلامت<sup>۲</sup>. برای

اندازه‌گیری کانون کنترل سلامت از مقیاس کانون کنترل سلامت والتسون و والتسون<sup>۳</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از حاتملوی سعدآبادی، پورشریفی و باباپورخیرالدین، (۱۳۹۰) استفاده شده است. این مقیاس شامل سه مؤلفه است که عبارتند از (۱) کانون کنترل درونی: شامل درجه اعتقاد شخص به تأثیر عوامل داخلی و رفتارهای شخصی‌اش بر بیماری و سلامت، (۲) کانون کنترل قدرت دیگران: شامل درجه اعتقاد شخص به اینکه سلامت او توسط اشخاص دیگر تأیید می‌شود، و (۳) کانون کنترل شانس: شامل درجه اعتقاد شخص به اینکه سلامت شخص وابسته به شانس، بخت و اقبال است. این مقیاس دارای ۱۸ ماده است که هر یک به صورت یک جمله بیان شده است. هر ماده دارای ۶ گزینه کاملاً موافق، موافق، کمی موافق، کمی مخالف، مخالف، کاملاً مخالف است. ۶ ماده از ۱۸ ماده، باورهای افراد را در زمینه کنترل درونی سلامت اندازه‌گیری می‌کنند و ۱۲ ماده دیگر برای سنجش افراد در رابطه با تأثیر عواملی مانند شانس، قدرت دیگران، پزشکان و مردم دیگر در سلامت فردی که بیانگر منبع کنترل بیرونی سلامت هستند در نظر گرفته شده‌اند. در ایران روایی و پایایی این ابزار توسط مشکئی، غفرانی‌پور، آزاد و حاجی‌زاده (۱۳۸۵) انجام گرفت. همچنین در پژوهش حاتملوی سعدآبادی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ برای هر یک از مؤلفه‌های درونی، بیرونی و شانس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ محاسبه شد و ثبات درونی برای هر یک از این مؤلفه‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۵ و ۰/۹۰ به دست آمد. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ برای متغیرهای فوق به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۷ و ۰/۶۱ محاسبه گردید.

### مقیاس نیازهای بنیادین روان‌شناختی<sup>۴</sup>. این مقیاس

توسط گاردیا، دسی و رایان (۲۰۰۰) ساخته شده است که

بهزیستی ذهنی سالمندان رابطه وجود دارد، (۲) بین کانون کنترل سلامت و بهزیستی ذهنی سالمندان رابطه وجود دارد، (۳) بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی سالمندان رابطه وجود دارد، و (۴) حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی ذهنی در سالمندان می‌باشد.

## روش

### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش توصیفی و طرح آن از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را سالمندان (۶۵ سال به بالا) ساکن در شهرستان آستانه اشرفیه در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که تعداد ۲۳۰ نفر نمونه به صورت در دسترس از کانون بازنشستگان شهرستان آستانه اشرفیه با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت از (۱) حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها و (۲) توانایی جسمی مناسب برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها بودند. همچنین ملاک خروج از مطالعه شامل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شده بود. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان، بیشترین و کمترین تحصیلات، به ترتیب زیر دیپلم (۶۷/۳ درصد) و کاردانی و مدرک دکتری (۰/۹ درصد) بود. تعداد شرکت‌کنندگان مرد ۱۴۲ نفر و زن ۷۲ نفر بودند و میزان وضعیت تأهل در این پژوهش ۳ نفر مجرد، ۱۹۲ نفر متأهل، ۱۰ نفر همسر فوت کرده و ۹ نفر مطلقه بود.

## ابزار

### مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۱</sup>.

در این پژوهش برای اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸)، به نقل از شکری، کُرمی نوری، فراهانی و مرادی، (۱۳۹۵) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ ماده است که حمایت اجتماعی ادراک شده را از ۳ منبع اندازه‌گیری می‌کند. این منابع شامل خانواده، دوستان و فردی خاص می‌باشد. نمره این ابزار با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده در این مقیاس ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده حمایت

<sup>2</sup> Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)

<sup>3</sup> Wallston

<sup>4</sup> Basic Psychological Needs Scale (BPNS)

<sup>1</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

درجه‌ای از «به هیچ وجه» ۱ تا «بسیار زیاد» ۵ ارزیابی می‌شود. ضرایب سازگاری درونی (آلفا) برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی ۰/۸۷ است. اعتبار آزمون از راه بازآزمایی با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ گزارش شده است. در پژوهش رحمانی جوانمرد و محمدی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت ۰/۶۷ و برای عاطفه منفی ۰/۷۹ به دست آمد.

### روش اجرا

ابتدا کل جمعیت سالمند ۶۵ سال به بالای شهرستان آستانه اشرفیه به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند. سپس با توجه به جمعیت سالمند ثبت شده در کانون بازنشستگان شهرستان به صورت در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، نمونه پژوهش از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. در زمان گردآوری اطلاعات، با در نظر گرفتن احتمال عدم بازگشت برخی پرسش‌نامه‌ها و یا ناقص بودن اطلاعات آنها، تعداد ۳۰۰ پرسش‌نامه توزیع گردید و از این تعداد ۲۳۰ پرسش‌نامه مورد استفاده قرار گرفت. پژوهشگر پس از هماهنگی با رئیس اداره مذکور و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، ابتدا هدف پژوهش را برای آنها بیان و پرسش‌نامه‌ها را در اختیار آنها قرار داد و از آنها خواست که به دقت سوالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالاتی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به سالمندان شرکت‌کننده این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنان به صورت محرمانه خواهد ماند و کسانی که مایل نیستند به سوالات پاسخ دهند می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی کار پژوهش را ادامه ندهند. در پایان کار، داده‌های گردآوری شده به وسیله ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (بهزیستی ذهنی، حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی) و پیش فرض نرمال بودن از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف آورده شده است.

میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگر شرکت‌کنندگان را می‌سنجد. مقیاس مذکور ۲۱ ماده می‌باشد که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. نظریه خود-تعیین‌گری، نیازهای ذاتی روان‌شناختی را سه نیاز خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط مطرح می‌کند (رایان و دسی، ۲۰۰۶). ضرایب پایایی حاصل از اجرای این مقیاس روی مادر، پدر، شریک رمانتیک و دوستان شرکت‌کنندگان به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۹۲/۰۹۲ گزارش شده است (گاردیبا و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران این مقیاس در نمونه‌های مدیران و دانشجویان اجرا شده که از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار بوده است، به طوری که آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ در نوسان بود (قربانی و واتسون، ۲۰۰۴). در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های فوق به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۷۵ حاصل گردید. برای ارزیابی بهزیستی ذهنی از دو پرسش‌نامه زیر استفاده گردید.

**مقیاس رضایت از زندگی**<sup>۱</sup>. این مقیاس توسط دینر<sup>۲</sup>، امونس<sup>۳</sup>، لارسن<sup>۴</sup> و گریفین<sup>۵</sup> (۱۹۸۵)، به نقل از افشانی و شیرینی محمدآباد، (۱۳۹۴) تهیه و از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کنند تشکیل شده است. هر گزاره دارای ۷ گزینه است و از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). در ایران این مقیاس توسط بیانی، کوچکی و گودزی (۱۳۸۶) اعتبارسنجی شده است و نتایج ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد.

**مقیاس عاطفه مثبت و منفی**<sup>۶</sup>. مقیاس عاطفه مثبت و منفی توسط واتسون، کلارک<sup>۷</sup> و تلگن<sup>۸</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از بخشی‌پور و دژکام، (۱۳۸۴) با هدف بررسی حالات و عواطف مثبت و منفی تهیه و ارائه گردیده است. در این مقیاس، ۲۰ مقوله بیانگر ۲۰ احساس (۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی) در قالب کلمات بیان شده است و نظر تکمیل‌کننده در مورد این احساسات به صورت لیکرت ۵

<sup>1</sup> Satisfaction With Life Scale (SWLS)

<sup>2</sup> Diener

<sup>3</sup> Emmons

<sup>4</sup> Larsen

<sup>5</sup> Griffin

<sup>6</sup> Positive Affect Negative Affect Scale (PANAS)

<sup>7</sup> Clark

<sup>8</sup> Tellegen

جدول ۱

اطلاعات توصیفی متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت، نیازهای بنیادین روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
حمایت اجتماعی خانواده	۱۷/۱۲	۲/۰۶	۰/۷۴	۰/۶۰
حمایت اجتماعی دوستان	۱۵/۶۱	۱/۹۴	۰/۷۹	۰/۵۶
حمایت اجتماعی افراد مهم	۱۶/۶۶	۲/۰۹	۰/۶۰	۰/۷۲
حمایت اجتماعی ادراک شده	۴۹/۳۹	۵/۸۷	۰/۷۳	۰/۶۱
کانون کنترل درونی	۲۶/۷۲	۴/۲۱	۰/۸۲	۰/۵۳
کانون کنترل شانس	۱۵/۱۹	۱/۷۵	۰/۵۱	۰/۷۹
کانون کنترل دیگران	۲۳/۹۹	۳/۳۳	۰/۹۳	۰/۴۳
خود پیروی	۲۹/۴۳	۴/۶۵	۰/۴۸	۰/۸۲
شایستگی	۲۴/۶۸	۴/۷۱	۰/۷۱	۰/۶۳
تعلق	۳۲/۲۰	۶/۲۹	۰/۹۶	۰/۳۷
رضایت از زندگی	۱۹/۷۶	۵/۹۵	۰/۲۹	۰/۹۱
عاطفه مثبت	۲۵/۸۵	۶/۴۹	۰/۴۹	۰/۸۰
عاطفه منفی	۱۹/۹۶	۳/۵۰	۰/۶۲	۰/۷۱
بهزیستی ذهنی کل	۶۵/۵۷	۱۱/۰۹	۰/۸۳	۰/۵۰

جدول ۲

همبستگی زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با بهزیستی ذهنی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. حمایت خانواده	-									
۲. حمایت دوستان	۰/۸۸**	-								
۳. حمایت افراد مهم	۰/۹۴**	۰/۸۷**	-							
۴. حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۹۷**	۰/۹۵**	۰/۹۷**	-						
۵. کانون کنترل درونی	۰/۳۳**	۰/۲۱*	۰/۲۶**	۰/۲۳**	-					
۶. کانون کنترل شانس	۰/۲۰*	۰/۳۷*	۰/۲۶*	۰/۲۰*	۰/۶۸**	-				
۷. کانون کنترل قدرت دیگران	۰/۱۹*	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۹۵**	۰/۷۵**	-			
۸. خودپیروی	۰/۲۶**	۰/۱۸*	۰/۲۹**	۰/۲۸**	۰/۳۱**	۰/۱۹*	۰/۲۹**	-		
۹. شایستگی	۰/۱۷*	۰/۲۵**	۰/۲۲*	۰/۲۰*	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۱۸*	۰/۸۳**	-	
۱۰. تعلق	۰/۲۹**	۰/۱۸*	۰/۲۱*	۰/۲۸**	۰/۲۱*	۰/۲۲*	۰/۲۶**	۰/۸۱**	۰/۹۷**	-
۱۱. بهزیستی ذهنی	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۵**	۰/۴۵**	۰/۶۶**	۰/۴۹**	۰/۶۱**	۰/۶۹**

بر اساس نتایج جدول ۲، بین بهزیستی ذهنی و حمایت خانواده ( $r=0/62$ )، حمایت دوستان ( $r=0/61$ )، حمایت افراد مهم ( $r=0/60$ ) و حمایت اجتماعی ادراک شده ( $r=0/64$ ) در سطح  $0/01$  همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. بین بهزیستی ذهنی و کانون کنترل درونی ( $r=0/65$ ) و کانون کنترل قدرت دیگران ( $r=0/66$ ) در سطح  $0/01$  همبستگی

مثبت معنی‌دار و بین بهزیستی ذهنی و کانون کنترل شانس ( $r=-0/45$ ) در سطح  $0/01$  همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد. سرانجام باید گفت سه زیرمقیاس خودپیروی، شایستگی و تعلق از متغیر نیازهای بنیادین روان‌شناختی به ترتیب با ضرایب  $0/49$ ،  $0/61$  و  $0/69$  همبستگی مثبت و معنی‌داری با بهزیستی ذهنی دارد.

جدول ۳

نتایج تحلیل رگرسیون بهزیستی ذهنی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت، نیازهای بنیادین روان‌شناختی

گام	متغیر	F	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$
۱	تعلق	۱۳/۶۸	۰/۶۹	۰/۴۷	۲/۲۸	۰/۶۹
		۳/۴۲	۰/۷۰	۰/۴۹	۰/۹۹	۰/۴۱
۲	تعلق کانون کنترل قدرت دیگران	۳/۳۳	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۸۰	۰/۳۱
		۳/۳۳	۰/۷۱	۰/۵۱	۰/۷۷۱	۰/۳۸
۳	تعلق کانون کنترل قدرت دیگران کانون کنترل درونی	۲/۲۴	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۴۶۲	۰/۱۸
		۲/۲۴	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۶۲۸	۰/۱۷
۴	تعلق کانون کنترل قدرت دیگران کانون کنترل درونی حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۶۳	۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۰/۲۹
		۰/۳۰	۰/۴۳	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۳
		۰/۴۳	۰/۵۶	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۱۶
		۰/۵۶		۰/۱۵	۰/۱۵	۰/۱۵

بر اساس نتایج جدول ۳ مقادیر  $F$ ،  $R$  و  $R^2$  برای معنی داری مدل‌های رگرسیونی به همراه مقادیر  $B$  و  $\beta$  برای هر یک از متغیرهای حاضر در مدل ارائه شده است. طبق این جدول مقدار  $F$  در گام اول ۱۳/۶۸، در گام دوم ۳/۴۲، در گام سوم ۳/۲۳ و سرانجام در گام چهارم ۲/۲۴ به دست آمده است که همه معنی‌دار هستند. در واقع مدل کلی رگرسیون در هر چهار گام معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین به ترتیب در چهار گام ۰/۴۷، ۰/۴۹، ۰/۵۱ و ۰/۵۲ حاصل شده است. همچنین از جدول ۳ مشخص است که در اولین گام تعلق بر اساس بیشترین همبستگی با بهزیستی ذهنی وارد معادله شده است. در نتیجه این یافته‌ها می‌توان گفت فرضیات پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با بهزیستی ذهنی در سالمندان بود. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد. بر اساس فرضیه اول پژوهش بین حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی

ذهنی سالمندان رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های استفانز، آلیاس و توارس (۲۰۱۱) که به بررسی اثرات انواع شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در تنهایی و سلامت افراد مسن بوده است همسو است. همچنین با یافته‌های صادق‌مقدم و همکاران (۱۳۹۴) که به بررسی رضایت از زندگی سالمندان، نقش حمایت اجتماعی ادراک شده پرداختند همسو می‌باشد. علاوه تاکنون پژوهشی که نتایج آن با نتیجه پژوهش حاضر ناهمخوان باشد، یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت اثرات مثبت حمایت اجتماعی ادراک شده یا عدم انزوای اجتماعی منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (مقدسی، ۱۳۹۱). همچنین افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری ادراک می‌کنند از کیفیت زندگی و سلامتی بالاتری برخوردار می‌باشند (فلیمینگ و باوم، ۱۹۸۶، به نقل از مقدسی، ۱۳۹۱). درگیری افراد در شبکه‌های اجتماعی از جمله شبکه‌های دوستی و خانوادگی و ارتباطات همسایگی منابع حمایتی را فراهم می‌نماید که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامت و کیفیت زندگی بهتری برخوردار شوند، بنابراین حمایت اجتماعی

پیش‌بینی شود. افرادی که دارای کانون کنترل درونی می‌باشند می‌توانند دارای چنین ویژگی‌های باشند: در مسیر انجام امور زندگی و شکوفای استعدادها، خود را قبول دارند، ارزیابی مثبتی از زندگی خویش دارند، مدام در حال رشد و توسعه می‌باشند، هدف‌هایی برای زندگی خود دارند، رابطه مثبتی با دیگران برقرار می‌کنند، بر محیط اطراف خودشان تسلط دارند و دارای اعتماد به نفس بالایی هستند. چنین ویژگی‌هایی از ویژگی‌های مهم بهزیستی ذهنی می‌باشد (رایان و دسی، ۲۰۰۵، به نقل از قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷) نشان دهنده رابطه بین کانون کنترل سلامت و بهزیستی ذهنی است. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، رابطه بین کانون کنترل سلامت و بهزیستی ذهنی توجیه می‌شود. بر اساس فرضیه سوم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی سالمندان رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های کویتو و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر نیازهای بنیادین روان‌شناختی در خوشبختی ذهنی و فعالیت فیزیکی سالمندان پرتغالی پرداختند همسو می‌باشد. همچنین با یافته‌های عرب‌زاده (۱۳۹۶) که به بررسی رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان و با یافته‌های محمدیان (۱۳۸۶) که به بررسی زمینه‌های جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی مرتبط با بهزیستی ذهنی پرداخته‌اند همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت نیازهای روان‌شناختی به عنوان غذای درونی و روان‌شناختی شناخته می‌شوند که برای رشد و دوام روان‌شناختی و بهزیستی ضروری هستند (تیان، چن و هابنر، ۲۰۱۳). سه نیاز روان‌شناختی مهم عبارت از خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط می‌باشد. این نیازها به هم وابسته هستند. احساس خودپیروی در انجام تکالیف باعث افزایش شایستگی می‌شود. شایستگی اعتماد لازم برای احساس پذیرش و وابسته بودن به محیط پیرامون را فراهم می‌کند. در صورتی که نیازهای بنیادین روان‌شناختی برآورده شوند، احساس اعتماد به خود و خود ارزشمندی در افراد شکل می‌گیرد و موجب رضایت از زندگی و بهزیستی بالای افراد می‌شود. اما در صورت ممانعت و عدم برآورده شدن این نیازها، فرد ادراکی شکننده، منفی، بیگانه و انتقادی از خود پرورش خواهد داد (مارشیک، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توانیم بگوییم که رابطه بین

ادراک شده با توجه به نوع قضاوت‌های ذهنی فرد که از حمایت خانواده و دوستان و افراد مهم زندگی‌اش در موقعیت‌های مختلف زندگی دریافت می‌کند، بر وضعیت جسمی، روانی، شغلی، تحصیلی و جنبه‌های مختلف زندگی از جمله جنبه‌های شناختی، عاطفی (عاطفه خوشایند و ناخوشایند) و رضایت‌مندی از زندگی‌اش تأثیرگذار است که مؤلفه‌های شناختی و عاطفی و رضایت از زندگی از جمله مؤلفه‌های اصلی و فرعی بهزیستی ذهنی در افراد می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده در قالب شبکه‌های دوستی و خانوادگی و افراد مهم می‌تواند به سلامت روانی و بهزیستی ذهنی افراد بخصوص سالمندان کمک کند و این رابطه بر اساس نتایج پژوهش توجیه می‌شود.

همچنین فرضیه دوم پژوهش وجود رابطه بین کانون کنترل سلامت و بهزیستی ذهنی سالمندان را مورد تأیید قرار می‌دهد. نتایج پژوهش با یافته‌های ایون و جی‌یو (۱۹۹۹) که به بررسی رابطه بین رفتارهای ارتقا سلامت، کانون کنترل سلامت و الگوی پاسخ در سالمندان کرامی پرداختند همسو می‌باشد. همچنین می‌توان گفت نتایج پژوهش با یافته‌های ریفل، یوهو و سامس (۱۹۸۹) که در زمینه رفتارهای ارتقا دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت خودگزارش شده در سالمندان بوده است، همسو می‌باشد. محمدآبادی و حسین‌زاده فیروزآبادی (۱۳۹۵) در زمینه کانون کنترل سلامت و رابطه آن با افسردگی، سلامت عمومی در سالمندان پژوهشی انجام دادند که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کانون کنترل سلامت به عنوان یک سازه روان‌شناختی باورهای افراد را در مورد رفتارهای مربوط به سلامتی تنظیم می‌کند در واقع به نوعی منبع حاکم بر رفتار افراد می‌باشد که از طیف درون تا بیرونی در نوسان است (میبرز، ۲۰۰۲). افرادی که معتقدند سلامتی آنها تحت کنترل خود و عوامل درونی می‌باشد پاسخ‌های سازگارانه‌تری نسبت به موقعیت‌های پرفشار زندگی می‌دهند، این افراد موفقیت‌ها و شکست‌هایشان را بر حسب توانایی و ضعف‌هایشان ارزیابی می‌کنند (محمد آبادی و حسین‌زاده فیروزآبادی، ۱۳۹۵). همچنین افرادی که دارای کنترل بیرونی می‌باشند انتظار کمی دارند که رفتارشان منجر به پیامد خاصی شود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت پیامد رفتاری یک فرد می‌تواند بر اساس کانون کنترل او



باولی بهمنی، ف. (۱۳۹۵). تبیین جامعه‌شناختی سالمندی موفق سالمندان شهر تبریز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه تبریز.

بخشی‌پور، ع.، و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۹(۴)، ۳۶۵-۳۵۱.

بیانی، ع.، ا.، کوچکی، ع.، م.، و گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی دینر. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۳(۱۱)، ۲۶۵-۲۵۹.

بی‌ریا، ن.، و رهنما، ا. (۱۳۸۳). روانشناسی رشد (۲). تهران: انتشارات سمت.

تمنائی‌فرد، م.، ر.، لیث، ح.، و منصوری‌نیک، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی در دانش-آموزان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۸(۲۸)، ۳۹-۳۱.

حاتملوی سعد آبادی، م.، پورشریفی، ح.، و باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۹۰). نقش کانون کنترل سلامت در رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۳(۴)، ۱۷-۲.

حجازی، ا.، صالح‌نجفی، م.، و امانی، ج. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای انگیزش درونی در رابطه بین نیازهای بنیادین روانشناختی و رضایت از زندگی. *مجله روان‌شناسی معاصر*، ۹(۲)، ۸۸-۷۷.

خدایاری‌فرد، م.، زندی، س.، حاج‌حسینی، م.، و غباری‌بناب، ب. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر مثبت‌اندیشی بر فرآیند خانواده و بهزیستی ذهنی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۶۱۲-۵۹۳.

رحمانی جوانمرد، س.، و محمدی، س. (۱۳۸۶). نقش عاطفه مثبت و منفی، ترس از شکست و جهت‌گزینی هدف پیشرفت در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۸(۱)، ۱۱۸-۱۱۰.

رفیعی‌نیا، پ.، و اصغری، آ. (۱۳۸۶). رابطه بین انواع عشق و بهزیستی ذهنی در دانشجویان متأهل. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۹)، ۵۰۱-۴۹۱.

شکری، ا.، کرمی‌نوری، ر.، فراهانی، م.، ت.، و مرادی، ع. (۱۳۹۵). رواسازی میان فرهنگی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان ایرانی و سوئدی. *فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران*، ۹(۲)، ۱۰۰-۷۵.

صادق مقدم، ل.، دلشادنوغبی، ع.، فرهادی، ا.، نظری، ش.، عشقی‌زاده، م.، چوپان‌وفا، ف.، و نیازی‌ایوری، م. (۱۳۹۴).

نیازهای بنیادین روان‌شناختی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند توجیه می‌شود.

حمایت اجتماعی ادراک شده با بهبود کیفیت زندگی فرد، کانون کنترل سلامت با ویژگی کنترل درونی و نیازهای بنیادین روان‌شناختی با سه ویژگی خودمختاری، شایستگی و توانایی ارتباط می‌تواند در سلامت روانی و بهزیستی ذهنی افراد سالمند قابل تبیین باشد. بنابراین می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده، کانون کنترل سلامت و نیازهای بنیادین روان‌شناختی پیش‌بین‌های قوی برای بهزیستی ذهنی در افراد سالمند می‌باشند. در این مطالعه، چون از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد می‌توان گفت تعمیم نتایج آن دشوار است. همچنین داده‌های این پژوهش از راه پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی به دست آمده است، در نتیجه ممکن است برخی افراد از ارائه پاسخ‌های واقعی خودداری کرده و پاسخ‌های غیر واقعی داده باشند. در ادامه باید گفت تعداد زیاد سوالات پرسش‌نامه به طولانی شدن اجرای آنها انجامید که بر دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبود. با توجه به این نتایج می‌توان به انجام روش‌های نمونه‌گیری احتمالی اقدام کرد تا بتوان با اطمینان بالاتر نتایج را به جامعه سالمندان تعمیم داد و از ابزارهای دیگری همچون مصاحبه در کنار پرسش‌نامه استفاده کرد و نیز پرسش‌نامه‌هایی با حجم سوالات کمتر برای سهولت پاسخ سالمندان ارائه داد.

### سپاس‌گزاری

در نهایت، پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری داده‌اند نهایت سپاس‌گزاری را داشته باشند.

### منابع

افتخاری، ز. (۱۳۹۵). *بازنمود مفهوم سالمندی و مفاهیم مرتبط به آن در کتاب‌های درسی مقطع ابتدایی* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده) دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

افشانی، س. ع.، و شیرینی‌محمدآباد، ح. (۱۳۹۴). بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. *مجله طلوع بهداشت*، ۱۵(۲)، ۴۴-۳۴.

بابایی امیری، ن.، حقیقت، س.، و عاشوری، ج. (۱۳۹۵). ارتباط فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روان پرستاران. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۴(۲۰)، ۱۲۸-۱۲۰.

- Bridges, L. T., Margie, N. G., & Zaff, J. F. (2002). Background for Community Level Work on Emotional Well-being in Adolescence: Reviewing the Literature on Contributing Factors. Washington: Child Trends.
- Charyton, C., Elliott J. O., Lu, B., & Moore, J. L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 16*(4), 640-645.
- Chadwick, K.A., & Collins, P.A. (2015). Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mentalhealth of recent immigrants to Canada: a mixed-methods analysis. *Social Science & Medicine, 128*, 220-230.
- Couto, N., Antunes, R., Monteiro, D., Moutão, J., Marinho, D. A., & Cid, L. (2017). Impact of the basic psychological needs in subjective happiness, subjective vitality and physical activity in an elderly Portuguese population. *Motricidade, 13*(2), 58-70.
- Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2016). Different types of well-being? *Psychological Assessment, 28*(5), 471-482.
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodick, D., & Wissing, M. P. (2011). The Eudaimonic and dheonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. Social moderating role of coping style. *Health Psychology, 23*(5), 542-555.
- Eun, Y., & Gu, M. O. (1999). A Study of the relationships among health promoting behaviors, health locus of control (hloc), and response patterns to hloc in Korean elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing, 29*(3), 625-638.
- Elbogen, E. B., Fuller, S., Johnson, S. G., Brooks, S., kinneer, P., Calhoun, P. S., & Beckham, D. C. (2010). Improving risk assessment of violence among military veterans: An Evidence- based approach for clinical decision- making. *Clinical Psychology Reviews, 30*(6), 595-607.
- Guardia, G. J., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Withinperson variation in security of attachment: A self- theory perspective on attachment, Need Fulfillment and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(8), 367-384.
- رضایت از زندگی سالمندان: نقش حمایت اجتماعی ادراک شده. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۲۲(۶)، ۱۰۴۳-۱۰۵۱.
- عرب‌زاده، م. (۱۳۹۶). رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با سرزندگی ذهنی در سالمندان. *مجله سالمند*، ۱۲(۲)، ۱۷۹-۱۷۰.
- قائدی، غ، و یعقوبی، ح. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. *مجله ارمنان دانش*، ۱۳(۲)، ۸۱-۶۹.
- محمدآبادی، م. ص، و حسین‌زاده فیروزآباد، ی. (۱۳۹۵). بررسی کانون کنترل سلامت و رابطه آن با افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان شهر شیراز. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۴)، ۴۸-۳۵.
- محمدیان، م. (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی مرتبط با بهزیستی ذهنی سالمندان شهر تبریز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه شیراز.
- مشکی، م، غفرانی‌پور، ف، آزادفلاح، پ، و حاجی‌زاده، ا. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس چند وجهی جایگاه مهار سلامت (MHLC) در بین دانشجویان علوم پزشکی. *مجله افق دانش-دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد*، ۱۲(۱)، ۴۲-۳۳.
- مقدسی، ث. (۱۳۹۱). رابطه جهت‌گیری هدف و حمایت اجتماعی ادراک شده با فرسودگی تحصیلی دانشجویان دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده) دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز.
- نادری بلداجی، ر، مرادی، ا، مباشری، م، میرزائیان، ر، و یوسفی، ز. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سبک‌های دل‌بستگی بر بهزیستی روانشناختی زنان باردار شهرستان بروجن. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۲(۴)، ۳۷-۴۴.
- وطن‌پناه، و. (۱۳۹۵). تبیین رابطه عوامل اجتماعی-فرهنگی (الگوی خشونت خانوادگی، آستانه تحمل فرهنگی خشونت، تبعیض سنی) و نیازهای بنیادی روان‌شناختی (ادراک شایستگی، خود مختاری و ارتباط اجتماعی) با سالمند آزاری (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبایی.
- Allemand, M., Hill, P.L., Ghaemmaghami, P., & Martin, M. (2014). Forgiveness and Well-being. University of Zurich, Department of Psychology. Available on <http://www.m.allemand@psychologie.uzh.ch>

- Ghorbani, N., & Watson, P. J. (2004). Two facets of self-knowledge, big five and promotion among Iranian managers. *Journal of Social Behavior and Personality: An International Journal*, 6(8), 769-777.
- Levasseur, M., Desrosiers, D., & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults. *Association with Quality of Life and Best Correlates*, 19(5), 665-675.
- Linley, P. A. (2009). Measuring happiness. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 878-884.
- Lu, Q., Uysal, A., & Teo, I. (2011). Emotional ambivalence pain and depressive symptoms need satisfaction and catastrophizing: Explaining the relationship among. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 819-827.
- Malcarne, V. L., & Hamilton, N. A. (2005). Children's health related locus of control beliefs: Ethnicity gender, and family income. *Child Health*, 34, 47-59.
- Marshik, T. T. (2010). *Teachers and student psychological need satisfaction as predictors on student's academic achievement* (master degree thesis). Florida University.
- Meyers, K. R. (2002). *Religiosty and health locus of control as predictors of depression and anxiety in women with breast cancer* (master degree thesis). Fordham University.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, Wiley Online Library, 1557-1586.
- Riffle, Ph. K. L., Yoho, D. J., & Sams, J. (1989). Health-Promoting Behaviors, Perceived Social Support, and Self-Reported Health of Appalachian Elderly. *Public Health Nursing*, 6(4), 204-211.
- Sargent, D. E. (2006). *Evaluation of two Nutrition education programs: The expanded food and nutrition education program (EFNEP) and Out Forlunch (OFL)* (master degree thesis). North Carolina State University.
- Stephens, S., Alpass, F., & Towers, A. (2011). The Effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people. *Journal of Aging and Health*, 23(6), 887-911.
- Tian, L., Chen, H., & Hubner, E. S. (2013). The longitudinal relationships between basic psychological needs satisfaction at school and school-related subjective well-being in adolescents. *Social Indicators Research*, 119, 353-372.
- Veenhoven. R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.