

Relationship of Perceived Social Support and Self-actualization with Life Expectancy in the Elderly in Tehran

Marzieh Najafi (MSc)¹, Ahmad Baseri (PhD)^{2,*}

¹ Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Hossein University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ahmad Baseri, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Hossein University, Tehran, Iran. Email: Ahmadbas@gmail.com

Abstract

Received: 17/10/2017

Accepted: 05/01/2018

How to Cite this Article:

Najafi M, Baseri A. Relationship of Perceived Social Support and Self-actualization with Life Expectancy in the Elderly in Tehran. *J Educ Community Health*. 2018; 4(4): 56-64. DOI: 10.21859/jech.4.4.56

Background and Objective: Given that the elderly population has been increasing in recent years in Iran, studying their life expectancy and its related factors is necessary. Thus, we aimed to examine the relationship of perceived social support and self-actualization with life expectancy in the elderly of Tehran city.

Materials and Methods: This descriptive correlational study was conducted on 200 elderly (nursing home residents and non-residents) of Tehran in 2016. The participants were selected using the convenience sampling method. Maslow's self-actualization, Miller's life expectancy, and Norbeck's perceived social support questionnaires were used for data collection. Then, the data were analyzed by using Pearson correlation coefficient and regression analysis in SPSS, version 20.

Results: We found a significant positive relationship between perceived social support and life expectancy, self-actualization and life expectancy, as well as self-actualization and perceived social support in the elderly of Tehran ($P < 0.05$). Also, the results of regression analysis showed that perceived social support and self-actualization had a direct effect on life expectancy. The results also revealed that the effect of perceived social support on life expectancy in nursing home residents was more than in non-residents. Moreover, the effect of self-actualization on life expectancy in non-resident elderlies was stronger than in nursing home residents ($P < 0.05$).

Conclusion: Findings of this study suggest that providing suitable grounds for quality improvement and promoting and creating perceived social support and self-actualization in the elderly can enhance their life expectancy.

Keywords: Aged; Life Expectancy; Perceived Social Support; Person-centered Therapy

رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی با امید به زندگی در سالمندان شهر تهران

مرضیه نجفی^۱، احمد باصری^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: احمد باصری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران.

ایمیل: Ahmadbas@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به جمعیت رو به رشد سالمندان ایران، بررسی امید به زندگی و عوامل مرتبط با آن ضروری می‌باشد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی با امید به زندگی در سالمندان شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۵ در ارتباط با ۲۰۰ نفر از سالمندان شهر تهران (سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز) انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودشکوفایی Maslow، امید به زندگی Miller و حمایت اجتماعی ادراک شده Norbeck استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی، خودشکوفایی و امید به زندگی و خودشکوفایی و حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان شهر تهران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون نیز بیانگر آن بود که متغیرهای خودشکوفایی و حمایت اجتماعی تأثیر مستقیمی بر امید به زندگی دارند. بر مبنای نتایج، حمایت اجتماعی ادراک شده در سالمندان مقیم سراهای سالمندان و خودشکوفایی در سالمندان غیرمقیم در این مراکز تأثیر بیشتری بر امید به زندگی آن‌ها داشته‌اند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب جهت بهبود کیفیت، تقویت و ایجاد شاخصه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی در سالمندان (سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز) می‌توان امید به زندگی را در آن‌ها بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: امید به زندگی؛ حمایت اجتماعی ادراک شده؛ خودشکوفایی؛ سالمندان

مقدمه

در وضعیت اجتماعی و روانی می‌گردند [۲]. از اواخر قرن بیستم با پیشرفت دانش پزشکی، کنترل بیماری‌های عفونی، کاهش مرگ و میر نوزادان، کاهش سطح باروری، تحولات اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و رفاهی، پیشرفت‌های فناوری و بهبود تغذیه، سیاست کنترل موالید، رشد خدمات بهداشتی و فناوری‌های درمانی و تشخیصی، امید به زندگی و جمعیت سالمندان رو به افزایش داشته است [۳]. امروزه تقریباً ۳۱ کشور جهان هریک بیش از دو میلیون سالمند بالای ۶۰ سال دارند که روز به روز بر تعداد این کشورها افزوده می‌شود. سرعت رشد جمعیت سالمندان در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است. در ایران نیز نسبت

تمامی انسان‌ها از هر نژاد و ملیتی از ابتدای خلقت تاکنون پس از طی مراحل گوناگون به دوران پیرچالش و حساس سالمندی می‌رسند. اگر انسان‌ها در اندیشه دوران کهنسالی خود باشند و برای آن برنامه‌ریزی کنند و در مراقبت از جسم و روان خود کوشا باشند، این دوران می‌تواند زیبا، باشکوه و سرشار از سلامتی و نشاط باشد [۱]. فرایند سالمندی را می‌توان مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و عملکردی دانست که به‌ویژه با افزایش سن به صورت فزاینده‌ای روی هم انباشته می‌شوند. این تغییرات نامطلوب مانع اجرای مهارت‌های حرکتی شده و سازگاری فرد با محیط را کاهش می‌دهند و منجر به آغاز تغییراتی

جمعیت سالمندان با توجه به کاهش میزان تولد و افزایش طول عمر به سرعت در حال افزایش می‌باشد [۴].

بر مبنای دیدگاه Rabinson، امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است که با نیروی نافذ خود، سیستم فعالیت را تحریک می‌نماید تا سیستم بتواند تجارب جدید را کسب کرده و نیروی تازه را در اجزا و پیکره ایجاد نماید؛ بنابراین، امید انسان را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌کند [۵]. امید به عنوان نیروی زندگی توصیف شده است. زندگی بدون امید یک زندگی انسانی و عملکرد نیست، بلکه توقف عملکرد می‌باشد [۶]. از نظر بالینی، امید عاملی است که دارای ارزش درمانی در حیطه مقابله با دردهای مزمن و یا رویدادهای تهدیدکننده زندگی می‌باشد. در حقیقت، امید فرایند مقابله را تسهیل می‌کند و موجب بهبود درمان و افزایش کیفیت زندگی می‌شود [۷]. مطابق با پژوهش‌های انجام‌شده، سطوح بالای امید به زندگی رابطه مستقیمی با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق‌العاده دارد [۸]. باید خاطر نشان ساخت که امید به زندگی یکی از نشانه‌های سلامت سالمندان محسوب می‌شود. از سوی دیگر، یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت جسمانی و روانی انسان‌ها و به‌ویژه سالمندان، حمایت اجتماعی می‌باشد.

حمایت اجتماعی عبارت است از وجود یا کمیت روابط اجتماعی، میزان کمکی که افراد تصور می‌کنند برایشان وجود دارد و میزان کمکی که دریافت می‌دارند [۹]. پژوهشگران انواع حمایت اجتماعی را در ابعاد زیر طبقه‌بندی می‌کنند: حمایت عاطفی (Emotional Support) که اشاره به ابراز توجه، علاقه و همدلی نسبت به یک شخص و دلداری‌دادن، قوت قلب دادن و ابراز محبت کردن به او دارد؛ حمایت ابزاری یا مادی (Instrumental Support) که به معنای فراهم‌نمودن کمک عینی همچون مساعدت مالی، منابع مادی و یا خدمات مورد نیاز می‌باشد؛ حمایت اطلاعاتی یا ارزیابی (Informational or Appraisal Support) که اشاره به توصیه و راهنمایی در مورد نحوه مقابله با یک مشکل خاص دارد؛ حمایت ارزشی و تأییدی (Esteem or Validation Support) که به شخص این بازخورد را می‌دهد که از دید دیگران محترم و ارزشمند می‌باشد [۹]. بدیهی است که برداشت فرد سالمند از این نوع حمایت‌ها می‌تواند با تسکین آلام جسمانی و اصلاح مشکلات شناختی، نگرشی و یا عاطفی او منجر به بهبود شرایط زندگی وی گردد [۱۰]. حتی مستقل‌ترین افراد نیز حمایت‌های اجتماعی را دریافت می‌کنند (مانند حمایت احساسی از سوی خانواده و دوستان)؛ اما حمایت اجتماعی معمولاً در ارتباط با برآوردن نیازهای افرادی که مجبور هستند در کمک‌گرفتن به دیگران وابسته شوند، مطرح می‌گردد. در این راستا باید عنوان نمود که سلامت ذهنی و جسمی سالمندانی که به شبکه‌های اجتماعی فعال متصل بوده و حمایت اجتماعی غیررسمی را دریافت می‌کنند، نسبت به سالمندانی که

کمتر با دیگران سر و کار دارند بهتر است [۱۱]. میل به رشد و توسعه‌دادن تمامی توان‌های بالقوه (از توانایی‌های زیست‌شناختی گرفته تا پیچیده‌ترین جنبه‌های روان‌شناختی) مفهومی می‌باشد که Rogers با عنوان "خودشکوفایی" مطرح ساخته است. وی این نیروی انگیزشی اساسی را هدف غایی تمامی انسان‌ها محسوب می‌کند و معتقد است که موجود زنده نه تنها سعی در حفظ خود دارد، بلکه می‌کوشد خود را در جهت تمامیت، وحدت، کمال و خودمختاری سوق دهد [۱۲]. Maslow نیز خودشکوفایی را به‌عنوان گرایش انسان در جهت شکوفاکردن آن چیزی که بالقوه در وی وجود دارد تعریف می‌کند. این گرایش را می‌توان تمایل نسبت به تکوین تدریجی هر آنچه که ویژگی فردی شخص ایجاد می‌کند و تبدیل شدن به هر آنچه که شخص شایستگی آن را دارد تعبیر کرد [۱۳]. مفهوم خودشکوفایی در بالاترین سلسله‌مراتب نظریه نیازهای Maslow به‌عنوان سطح نهایی توسعه روانی فرد قلمداد می‌شود. هنگامی که فرد بتواند نیازهای مراتب پایین‌تر را تا حدی ارضا کند به این سطح روانی دست خواهد یافت. در حقیقت، فردی به این مرحله دست می‌یابد که علاوه بر ارضای نسبی نیازهای سلسله‌مراتب پایین‌تر بتواند تمام توانمندی‌های بالقوه خویش را به کار گیرد [۱۴]. شایان ذکر است که سلامت روانی و احساس رضایت از زندگی به دستیابی فرد به توان بالقوه روانی خود دلالت دارد [۱۵].

در زمینه مبانی علمی مطالعه، قنبری هاشم‌آبادی و همکاران گزارش نمودند که میزان سلامت روانی در سالمندان حمایت روانی-اجتماعی بیشتری دارد [۱۶]. Adams و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که حمایت اجتماعی با نشانه‌های افسردگی همبستگی منفی و با رضایت از زندگی همبستگی مثبت دارد [۱۷]. در مطالعه صادق مقدم و همکاران نیز رابطه مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت از زندگی گزارش گردید. همچنین خانواده به‌عنوان اولین و اصلی‌ترین منبع حمایتی در نظر گرفته شد [۱۸]. در پژوهش دیگری در ارتباط با سالمندان کراهی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کاهش تنهایی اثر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی داشت [۱۹]. راشدی و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند سالمندانی که همراه با خانواده خود زندگی می‌کنند نسبت به سالمندان مقیم سراهای سالمندان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند [۲۰]. همچنین Hawro و همکاران در پژوهش خود گزارش نمودند که خودشکوفایی و پرورش استعدادها در سطح کیفیت زندگی بیماران پسوریازیس تأثیرگذار است [۲۱].

انجام پژوهش در رابطه با سالمندان ضروری می‌باشد. در میان مطالعات صورت‌گرفته در این زمینه، به تشخیص و ارزیابی ویژگی‌های شخصیت سالم به‌ویژه خودشکوفایی به‌عنوان شاخص‌ترین ویژگی در سالمندان کمتر توجه شده است. نوسیدی و نفرت نیز از مسائل بسیار مهم در مورد سالمندان

می‌توانند از مطالعه خارج شوند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسشنامه کتبی خودشکوفایی Maslow، امید به زندگی Miler، حمایت اجتماعی ادراک‌شده Norbeck و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی استفاده شد. پرسشنامه امید به زندگی Miler که در سال ۱۹۸۸ توسط Miler و Powers ساخته شد، شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد. در این پرسشنامه در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه‌های ۱. بسیار مخالف، ۲. مخالف، ۳. بی‌تفاوت، ۴. موافق و ۵. بسیار موافق قرار دارد. هر فرد با انتخاب یک گزینه که در رابطه با او صدق می‌کند، از ۱ تا ۵ امتیاز را کسب می‌نماید و جمع امتیازات کسب‌شده بیانگر امیدواری فرد خواهد بود. شایان ذکر است که دامنه امتیازات از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد؛ چنانچه فردی امتیاز ۴۸ را کسب کند، کاملاً درمانده تلقی می‌شود و نمره ۲۴۰ حداکثر امیدواری را نشان می‌دهد. حسینی این پرسشنامه را در ارتباط با ۳۳۲ نفر از دانشجویان (دختر و پسر) اجرا نمود و میزان پایایی آن را به شیوه‌ی آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰ به‌دست آورد [۲۳]. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده Norbeck که در زبان فارسی استاندارد شده است، در سال ۱۹۸۰ توسط Norbeck ایجاد گردید. این پرسشنامه چندبعدی و خوداجرایی بوده و دارای ۹ سؤال می‌باشد که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی از جمله کارکردی (حمایت عاطفی و حمایت مادی) و ساختاری (اندازه شبکه، ثبات ارتباطات و میزان بسامد تماس‌ها) را اندازه‌گیری می‌کند و داده‌های توصیفی باارزشی در مورد ارتباطات حمایتی که فرد در یک سال اخیر به دلایل مختلفی از دست داده است را در اختیار قرار می‌دهد که از طریق آن‌ها می‌توان به راحتی به تغییر و تحولاتی که در نظام حمایتی فرد ایجاد شده است پی برد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه جلیلیان و همکاران تأیید شده است [۲۴]. پرسشنامه خودشکوفایی Maslow در سال ۱۹۷۵ توسط Maslow برای سنجش خودشکوفایی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال بوده و نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد. لازم به ذکر است که حداقل امتیاز ممکن ۲۵ و حداکثر امتیاز ۱۰۰ می‌باشد؛ خودشکوفایی بین نمره ۲۵ تا ۴۲ ضعیف، بین ۴۲ تا ۶۲ متوسط و بالاتر از ۶۲ قوی. اسماعیل‌خانی ضریب پایایی این پرسشنامه را در بین دانشجویان بر پایه آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۲ گزارش نمود [۲۵]. در انتها باید خاطر نشان ساخت که پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس و میزان تحصیلات بود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه به‌صورت میانگین، انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره به تفکیک دو گروه سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز محاسبه شدند و نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون

هستند که رضایت از زندگی گذشته و رسیدن به تعالی و خودشکوفایی می‌تواند از میزان آن‌ها بکاهد. با بررسی خودشکوفایی، شناخت الگوی شخصیت سالم و نقش و اهمیتی که در ایجاد شخصیت سالم دارد می‌توان وضعیت روانی سالمندان را بررسی کرد و حس امید، رضایت از زندگی و شادکامی را به آن‌ها القا نمود. همچنین به دلیل اهمیت رفتار صحیح با سالمندان با توجه به نقش ویژه خانواده در حمایت از آن‌ها و رشد چشمگیر جمعیت سالمندان، شناسایی نقش عوامل پیش‌بینی‌کننده امید به زندگی سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشکوفایی با امید به زندگی در سالمندان شهر تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال استان تهران بودند که تعداد آن‌ها طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ برابر با ۸۹۹۸۱۴ نفر بود. لازم به ذکر می‌باشد که مطابق با همین سرشماری تعداد کل سالمندان ایران برابر با ۶۱۵۹۶۷۶ نفر بود که ۳۰۲۲۷۲۲ نفر زن و ۳۱۳۶۵۴ نفر مرد بودند [۲۲]. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به‌صورت در دسترس بود. با استفاده از فرمول کوکران تعداد افراد نمونه مورد نظر در سطح اطمینان ۹۵ درصد و درجه دقت ۰/۰۷ حداقل باید ۱۹۶ نفر می‌بود؛ از این رو برای رسیدن به این حجم نمونه و بازگشت تعداد مطلوب و در نظر گرفتن ۲۰ درصد افت آزمودنی، در مجموع ۲۳۵ پرسشنامه بین افراد نمونه توزیع گردید که در نهایت ۲۰۰ مورد از آن‌ها برگشت داده شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ذکر این نکته ضرورت دارد که از بین افراد نمونه، ۱۰۰ نفر از سالمندان مقیم سراهای سالمندان (که حداقل به مدت دو سال در آنجا حضور داشتند) و ۱۰۰ نفر از سالمندان مقیم سطح شهر (که هرگز در سرای سالمندان حضور نداشتند) شامل: سالمندان در منازل و اماکن عمومی از جمله مساجد، پارک‌ها، مغازه‌ها و کانون‌های بازنشستگی ادارات مختلف از جمله: شرکت نفت، تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش، بهزیستی و علوم پزشکی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: نداشتن ناتوانی ذهنی و برخوردار بودن از توانایی خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ابتلا به افسردگی، اضطراب، ناتوانی‌های ذهنی و نداشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم همکاری شرکت‌کنندگان جهت ادامه مطالعه و نارضایتی خانواده‌های شرکت‌کنندگان. ملاحظات اخلاقی مطالعه شامل: کسب رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از تک تک شرکت‌کنندگان، ارائه توضیحات کامل درباره مراحل، جزئیات و اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان و حضور داوطلبانه آن‌ها در مطالعه بود و همچنین به شرکت‌کنندگان گفته شد هر زمان که بخواهند

یکی از متغیرهای پیش‌بین که وارد مدل رگرسیونی شده‌اند، معنادار می‌باشند ($P < 0/05$) و پس از اینکه متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشکوفایی وارد مدل شده‌اند، این مدل ۷۲/۷ درصد از واریانس را تبیین نموده و به ۷۲/۴ درصد تعدیل یافته است؛ به عبارت دیگر حدود ۷۰ درصد از امید به زندگی سالمندان وابسته به دو متغیر خودشکوفایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌باشد.

نتایج آزمون ضرایب رگرسیونی در جدول ۳ حاکی از آن است که تمامی ضرایب و عرض از مبدأ معنادار بوده ($P < 0/05$) و فرض صفر بودن هر کدام از ضرایب و عرض از مبدأ رد می‌شود. همچنین نتایج ضرایب استاندارد شده β نشان می‌دهد که مؤلفه‌های خودشکوفایی و حمایت اجتماعی اثر مستقیم و معناداری بر امید به زندگی در سالمندان دارند و متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta = 0/544$) پیش‌بین قوی‌تری نسبت به متغیر خودشکوفایی در امید به زندگی در سالمندان است.

با توجه به اینکه ۵۰ درصد از سالمندان از میان سالمندان مقیم سراهای سالمندان و ۵۰ درصد دیگر از میان سایر سالمندان سطح شهر تهران انتخاب شده بودند، به منظور مقایسه میزان تأثیر حمایت اجتماعی و خودشکوفایی بر امید به زندگی بین این دو گروه از تحلیل رگرسیون استفاده شد. در ابتدا نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین که وارد مدل رگرسیونی شده‌اند، معنادار می‌باشند ($P < 0/05$). آزمون ضرایب رگرسیونی در جدول ۴ بیانگر آن است که تمامی ضرایب و عرض از مبدأ معنادار بوده ($P < 0/05$) و فرض صفر بودن هر کدام از ضرایب و عرض از مبدأ رد می‌شود. علاوه بر این، نتایج ضرایب استاندارد شده β نشان می‌دهد که مؤلفه‌های خودشکوفایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر مستقیم و معناداری بر امید به زندگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سایر سالمندان سطح شهر دارند. همچنین، مشاهده می‌شود که متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta = 0/582$) در سالمندان مقیم سراهای سالمندان و متغیر خودشکوفایی

Kolmogorov-Smirnov مورد تأیید قرار گرفت. در ادامه به منظور بررسی فرضیه‌های مطالعه و وجود رابطه معنادار بین متغیرها از آزمون همبستگی Pearson استفاده شد. سپس، برای تعیین چگونگی ارتباط بین متغیرها و میزان تأثیرپذیری و پیش‌بینی آن‌ها نسبت به یکدیگر تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت. به منظور انجام تحلیل رگرسیون مفروضات آزمون استقلال خطاها، نرمال بودن خطاها، آزمون هم‌خطی بودن روابط بین متغیرها و آزمون نرمال بودن متغیر وابسته بررسی گردید و تأیید شد. در انتها داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 20 تجزیه و تحلیل گردیدند. سطح معناداری در تمامی آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ سالمند با سن ۶۰ سال و بالاتر شرکت کردند که از این تعداد ۳۹ درصد (۷۸ نفر) زن و ۶۱ درصد (۱۲۲ نفر) مرد بودند. همچنین سطح تحصیلات ۸۶ درصد (۱۷۲ نفر) از آن‌ها دیپلم و کمتر از آن، ۲/۵ درصد (۵ نفر) فوق دیپلم، ۸/۵ درصد (۱۷ نفر) لیسانس و ۳ درصد (۶ نفر) فوق لیسانس و دکتری بود. نتایج آزمون همبستگی Pearson در جدول ۱ بیانگر آن است که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی؛ خودشکوفایی و امید به زندگی؛ خودشکوفایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

جدول ۱: نتایج آزمون همبستگی Pearson بین متغیرهای مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳
امید به زندگی	۱		
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۷۸۹**	۱	
خودشکوفایی	۰/۷۳۵**	۰/۶۰۷**	۱

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۲ نشان می‌دهد که حداقل

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیونی برای پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشکوفایی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره (F)	سطح معناداری	R	R ² تعدیل شده
رگرسیون (SSR)	۷۳۹۷۴/۵۳۴	۲	۳۶۹۸۷/۲۶۷	۲۶۲/۰۶۶	۰/۰۰۴	۰/۸۵۳	۰/۷۲۴
باقی‌مانده (SSE)	۲۷۸۰۴/۰۶۱	۱۹۷	۱۴۱/۱۳۷				
کل (SST)	۱۰۱۷۷۸/۵۹۵						

جدول ۳: آزمون ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشکوفایی

عرض از مبدأ	ضرایب غیراستاندارد (B)	ضرایب استاندارد شده (β)	t	سطح معناداری
۲۹/۰۱۶	۰/۹۳۰	۰/۴۰۵	۶/۱۳۳	< 0/001
۰/۹۳۰	۲/۶۴۴	۰/۵۴۴	۸/۶۴۴	< 0/001
۲/۶۴۴			۱۱/۶۰۴	< 0/001

جدول ۴: آزمون ضرایب رگرسیونی به تفکیک سالمندان مقیم در سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد شده (β)	ضرایب غیراستاندارد (B)	متغیرهای مورد مطالعه
۰/۰۰۷	۲/۷۷۰		۲۲/۶۰۶	عرض از مبدأ
<۰/۰۰۱	۴/۶۵۷	۰/۳۳۵	۰/۷۱۴	خودشکوفایی
<۰/۰۰۱	۸/۱۰۴	۰/۵۸۲	۳/۵۱۲	حمایت اجتماعی ادراک شده
<۰/۰۰۱	۵/۲۷۲		۴۳/۸۴۲	عرض از مبدأ
<۰/۰۰۱	۷/۰۸۹	۰/۵۶۲	۱/۰۴۸	خودشکوفایی
۰/۰۰۴	۲/۹۳۹	۰/۲۳۳	۱/۲۷۷	حمایت اجتماعی ادراک شده

($\beta=۰/۵۶۲$) در سایر سالمندان سطح شهر تأثیر بیشتری بر امید به زندگی آن‌ها داشته‌اند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی با امید به زندگی در سالمندان (سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز) شهر تهران بود. نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد که این یافته با نتایج مطالعات صادق مقدم و همکاران [۱۸]، Kang و همکاران [۱۹] و Adams و همکاران [۱۷] همخوانی دارد. این پژوهشگران دریافتند که حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معناداری با شاخص‌های رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و احساس تنهایی دارد. این مهم با نتایج مطالعه برزگر بفرویی و همکاران که به بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در ۱۱۷ سالمند مقیم و غیرمقیم در سراهای سالمندان استان یزد پرداختند و بین دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در سالمندان رابطه مستقیم و معناداری را به دست آوردند مطابقت دارد [۲۶]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد سالمند هنگامی که در تمامی جوانب زندگی به‌ویژه جنبه عاطفی مورد حمایت اجتماعی قرار گیرند و حس ارزشمند بودن نمایند، احساس تنهایی و احتمال افسردگی در آن‌ها کاهش می‌یابد و با افزایش شاخص‌هایی همچون رضایت از زندگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی، امید و تمایل آن‌ها به تداوم زندگی افزایش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج مطالعه ریماز و همکاران که با هدف تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان در مورد ۲۴۰ سالمند بالای ۶۰ سال منطقه ۸ شهر تهران انجام شد و در آن رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده با نمره کل کیفیت زندگی گزارش نگردید مغایرت دارد [۲۷]. همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش سیف‌زاده با عنوان "رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی" که در مورد ۳۱۲ سالمند بالای ۶۰ سال شهرستان آذرشهر صورت گرفت و در آن رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت جسمی سالمندان به دست نیامد ناهمخوان می‌باشد [۲۸]. از دلایل احتمالی این مغایرت‌ها می‌توان به تفاوت

نمونه‌های مورد مطالعه (عدم بررسی سالمندان مقیم سراهای سالمندان) و جامعه محدود به تنها یک منطقه از تهران و همچنین وجود تفاوت فرهنگی و اجتماعی بین نمونه‌های مورد مطالعه اشاره کرد. مطالعات نشان می‌دهند که میزان بالای حمایت اجتماعی ادراک شده موجب تشویق مردم به برگزیدن شیوه‌های زندگی سالم‌تر مانند ورزش کردن، تغذیه سالم‌تر، مراقبت از خود و در نهایت ادراک مثبت نسبت به سلامتی خود و افزایش امید به زندگی آن‌ها می‌شود [۲۸]. در این راستا، معتمدی شلمزاری و همکاران در پژوهش خود به بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی و سلامت عمومی ۲۰۰ سالمند بالای ۶۰ سال شهرکرد پرداختند؛ اما رابطه معناداری را بین حمایت عاطفی و ابزاری (مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده) با رضایتمندی از زندگی و سلامت عمومی سالمندان به دست نیاوردند [۲۹] که این یافته نیز با نتایج مطالعه حاضر ناهمخوان می‌باشد. تفاوت نمونه‌های مورد مطالعه (عدم بررسی سالمندان مقیم سراهای سالمندان)، کوچک بودن حجم جامعه و تفاوت‌های فرهنگی میان دو جامعه مورد مطالعه می‌توانند دلایل عدم مغایرت باشند. باید توجه داشت که این تفاوت فرهنگی می‌تواند ناشی از وجود تفاوت در سطح توقع سالمندان و میزان سواد عمومی و رفاه اجتماعی در جامعه مورد مطالعه باشد. در جوامع سنتی به دلیل وجود خانواده‌های گسترده‌تر، حضور سالمندان در خانواده نه تنها به آسانی امکان‌پذیر است، بلکه سالمندان تا آخرین لحظه عمر خود با ارزش و احترام در جمع خانواده زندگی می‌کنند و حتی با صفات برجسته‌ای همچون "کدخدا" و "بزرگ فامیل" شناخته می‌شوند که این امر خود سبب افزایش سطح توقع آن‌ها از رضایتمندی از زندگی می‌شود [۳۰].

مطابق با نتایج حاصل از آزمون همبستگی، بین خودشکوفایی و امید به زندگی و بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشکوفایی در سالمندان شهر تهران رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد که این یافته‌ها با نتایج مطالعه Hawro و همکاران [۲۱] همسو می‌باشد. این مهم با نتایج مطالعه Boero و همکاران [۳۱] که در پژوهش خود عوامل مؤثر بر سالمندی موفقیت‌آمیز را در ارتباط با نمونه‌ای شامل ۵۰ سالمند زیر ۹۰ سال یک بیمارستان توان‌بخشی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی این سالمندان از جمله خودشکوفایی و

دسترسی ندارند، احساس انزوا، افسردگی و طردشدگی می‌کند [۳۴]. از سوی دیگر با توجه به شرایطی که دارند، توانایی زندگی در محیط خانه و خانواده را نداشته و به تنهایی نیز قادر به گذران زندگی نمی‌باشند؛ از این رو احساس ناتوانی، درماندگی و بی‌ارزش بودن می‌کنند. سالمندان مقیم سراهای سالمندان نه تنها از حمایت‌های اجتماعی خانواده و خویشاوندان (به‌ویژه حمایت عاطفی) بی‌بهره هستند، بلکه از امتیازات و حمایت‌های اطرافیان، دوستان و آشنایان محیط قبلی خود نیز محروم می‌شوند. آن‌ها به دلیل از دست دادن توانایی تسلط بر زندگی، استقلال، قدرت تصمیم‌گیری و مدیریت خود تبدیل به افرادی منفعل و ناتوان می‌شوند که بر اثر فقدان حس دوست داشته شدن و مورد پذیرش بودن، عزت‌نفس خود را باخته و به پوچی و انتهای زندگی می‌رسند. این یافته مطالعه حاضر با دیدگاه Berk [۳۵] و نتایج پژوهش Litwin [۳۶] ناهمخوان می‌باشد. بر مبنای دیدگاه Berk، جوامع مسکونی ویژه سالخوردگان تأثیر مثبتی بر سلامت جسمانی و روانی آن‌ها داشته و باعث غلبه بر محدودیت‌هایشان می‌شود [۳۵]. در این راستا، Litwin پژوهشی را با هدف تعیین رابطه نوع شبکه حمایتی با روحیه سالمندان در ارتباط با ۲۰۷۹ سالمند بالای ۶۰ سال انجام داد و عنوان نمود سالمندانی که شبکه حمایتی خانوادگی برخوردار هستند نسبت به سالمندانی که دارای شبکه حمایتی دوستانه و یا شبکه اجتماعی می‌باشند، روحیه پایین‌تری دارند [۳۶]. در تبیین این تناقض می‌توان به تفاوت‌های موجود بین فرهنگ جوامع مورد مطالعه اشاره کرد. تفاوت‌های بنیادین در مفاهیم خانواده در جوامع با فرهنگ‌های مختلف تأثیر مستقیمی بر حمایت خانواده از سالمندان دارد. در جوامع توسعه‌یافته (جهان غرب) که دارای فرهنگ فردگرا هستند، خانواده به‌صورت خانواده هسته‌ای بوده و حمایت بسیار محدودی از سالمندان به وسیله اعضای خانواده صورت می‌گیرد. فردگرایی که حاصل مدرنیته شدن جوامع پیشرفته بوده و بر رفتار انسان تأثیر می‌گذارد سبب شده است که سالمندان در کشورهای پیشرفته به دلیل میل به استقلال و با دیگر عوامل، تمایل به زندگی با همسالان خود داشته باشند که این مسأله سبب افزایش سطوح تماس اجتماعی، روحیه و امید به زندگی در سالمندان شده است [۳۷]؛ اما در جوامع جمع‌گرای آسیایی از جمله ایران، خانواده از نقش و جایگاه مهمی برخوردار است و میزان حمایت ادراک‌شده از سوی خانواده بالاتر می‌باشد که این موضوع به ارزش‌های سنتی خانواده‌گرایی و تعهد فرزندی ارتباط دارد. مطابق با نظر Bowlby، اعضای خانواده منبع اصلی حمایت اجتماعی هستند. با این وجود به نظر می‌رسد با توجه به آموزه‌های فرهنگی ما، فضای گرم و صمیمی خانواده‌های ایرانی هنوز هم مکانی امن و دلگرم‌کننده و منبع ارزشمند حمایت اجتماعی برای اعضای خانواده به‌ویژه سالمندان محسوب شده و موجب افزایش امید به زندگی در آن‌ها می‌گردند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه

دریافت حمایت اجتماعی- خانوادگی از نقاط قوت موفقیت آن‌ها بوده و سبب افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شده است نیز مطابقت دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش پورشیخ‌علی و همکاران [۳۲] که در پژوهش خود به بررسی رابطه بین روابط عاطفی والدین و خودشکوفایی ۳۰۹ دانش‌آموز با رفتار مذهبی والدین پرداختند و دریافتند که رابطه مثبت و معناداری بین روابط (حمایت) عاطفی خانواده و خودشکوفایی دانش‌آموزان وجود دارد، با این یافته مطالعه حاضر همخوان می‌باشد. ادراک حمایت اجتماعی از سوی ارگان‌های غیررسمی همچون خانواده، دوستان و آشنایان از آن جهت عامل مهمی در پیری موفقیت‌آمیز محسوب می‌شود که بر عملکرد روانی سالمندان تأثیر مثبت داشته و سبب توانمندسازی آن‌ها برای روبه‌رو شدن با شرایط استرس‌زای پیش روی آن‌ها می‌شود. از سوی دیگر سلامت روانی، احساس رضایت و برآورده شدن نیازهای ابتدایی و اجتماعی سبب ایجاد میل به رشد و توسعه‌دادن تمام توان‌های بالقوه (خودشکوفایی) در فرد سالمند شده و با کاهش افسردگی و استرس‌های ادراک‌شده و ایجاد توانایی سازگاری با تجارب تنش‌زا سبب افزایش امید به زندگی در آن‌ها می‌گردد. خودشکوفایی انسان‌ها طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب بیانگر توانایی روانی آن‌ها در کنار آمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع می‌باشد؛ بنابراین رشد شخصی و خودشکوفایی با سطوح کیفیت و امید به زندگی سالمندان مرتبط است [۲۳].

از سوی دیگر، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که مؤلفه حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سالمندان مقیم سراهای سالمندان و مؤلفه خودشکوفایی در سالمندان سطح شهر تأثیر بیشتری بر امید به زندگی آن‌ها داشته‌اند که این یافته با نتایج مطالعات قنبری هاشم‌آبادی و همکاران [۱۶] و راشدی و همکاران [۲۰] همسو می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه Sijuwade که در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای خودشکوفایی در سالمندان ۶۵ تا ۹۰ ساله مقیم سراهای سالمندان (۲۴ نفر) و سالمندان غیرمقیم در این مراکز (۲۴ نفر) پرداخت و گزارش کرد که هر دو گروه به شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی پیرامون خود قرار دارند و خودشکوفایی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان پایین‌تر از سالمندان غیرمقیم است [۳۳]، با این یافته همخوانی دارد؛ اما این مهم با نتایج مطالعه شریفی درآمدی و همکاران که در پژوهش خود به مقایسه میزان شادکامی سالمندان ساکن در منزل (۵۰ نفر) و سرای سالمندان (۵۰ نفر) شهر تبریز پرداختند و تفاوت معناداری را در میزان مؤلفه عزت‌نفس در دو گروه سالمندان مقیم سرای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز نیافتند مغایرت دارد [۳۰]. مطابق با یافته‌های Stein، سالمندان مقیم سراهای سالمندان نسبت به زندگی خود بی‌نهایت بدبین هستند و به دلیل اینکه همانند گذشته به محیط اطراف (سطح شهر) و مکان‌هایی که به آن‌ها تعلق خاطر داشته‌اند

این زمینه می‌توان از رسانه‌های ارتباط جمعی و ظرفیت‌های دینی و ملی بهره گرفت. همچنین توصیه می‌شود که مشاغل سبک و مناسب توانایی‌های جسمی و روحی سالمندان و مراکز مشاوره رایگان مبتنی بر شیوه گروه‌درمانی و انجمن‌های فرهنگی، ادبی و غیره ایجاد شود تا با استفاده از تقویت عزت‌نفس، بازیابی استعدادها و میل به شکوفاشدن، امید به زندگی در سالمندان افزایش پیدا کند. در انتها پیشنهاد می‌شود در جوامع در حال توسعه با طراحی برنامه‌ها و درآمدهای مستمری سالمندی، گزینه منازل تفکیک سنی پیش روی سالمندانی که به دلایل گوناگون از نعمت بودن در کنار خانواده محروم می‌شوند قرار گیرد تا این‌گونه سالمندان بتوانند با حفظ عزت نفس، استقلال، تسلط و مدیریت بر زندگی خود همچنان امید کافی به آینده پیش روی خود داشته باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد که تمامی هزینه‌های آن از بودجه شخصی تأمین شده و حامی مالی نداشته است. بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه مسئولان سراهای سالمندان شهر تهران و کلیه سالمندان بزرگوار و ارجمند شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های محترم آن‌ها کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. شایان ذکر می‌باشد که تعارض منافی بین نویسندگان این مطالعه وجود ندارد.

REFERENCES

1. Khabooshani H. Elderly on samand love. Mashhad: Mohaghegh; 2010. [Persian]
2. Candeloro JM, Caromano FA. Effects of a hydrotherapy program on flexibility and muscular strength in elderly women. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(4):267-72.
3. Golparvar M, Bozorgmehri K, Kazemi MS. Integrative relationship between retirement syndromes components with general health symptoms among retired adults. *Iran J Ageing*. 2011;6(2):15-25. [Persian]
4. Sanaei MS, Zardoshtian R, Noruzi HR. The effect of physical activities on quality of life and hope life in older adults of Mazandaran province. *Sport Manag Rev*. 2013;5(17):135-57. [Persian]
5. Pasha A, Amini S. Reality therapy impact on life expectancy and anxiety wives of martyrs. *J New Find Psychol*. 2010;37(9):37-51. [Persian]
6. Bahadori Khosroshahi G, Hashemi Nosrat Abadi T. The relationship between hope and resilience with Psychological well-Being in Students. *J Clin Psychol*. 2012;6(22):41-50. [Persian]
7. Khaledian M, Sohrabi F. The efficacy of group logo therapy on reducing depression and increasing life expectancy in the empty nest syndrome. *J Clin Psychol Stud*. 2014;4(15):79-104. [Persian]
8. Griffin B, Loh V, Hesketh B. A mental model of factors associated with subjective life expectancy. *Soc Sci Med*. 2013;82:79-86. PMID: 23453320 DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.01.026
9. Sanderson CA. Health psychology. 2nd ed. New York: Wiley Global Education; 2012.
10. Jafarizade H, Seyed Madah SB, Noorozi K, Rahgozar M. Evaluation of care-elderly frail health problems and their carers living in the 13th district of Tehran. Tehran: Old Ideas;

استفاده از پرسشنامه Norbeck اشاره نمود. این پرسشنامه وجود داشتن مزایای خاص خود، سخت و وقت‌گیر بوده و به‌صورت فردی اجرا می‌شود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی متغیرهایی نظیر سطح درآمد، تحصیلات، سابقه اشتغال، وضعیت تأهل و نظایر آن‌ها مورد بررسی قرار گیرند تا با بررسی این عوامل وضعیت عمومی سالمندان بیشتر مشخص شود. همچنین می‌توان از ابزارهای دیگری چون مصاحبه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر بیانگر وجود رابطه مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی؛ خودشکوفایی و امید به زندگی؛ خودشکوفایی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده سالمندان (سالمندان مقیم سراهای سالمندان و سالمندان غیرمقیم در این مراکز) شهر تهران بود. علاوه‌براین، نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سالمندان مقیم سراهای سالمندان و خودشکوفایی در سالمندان مقیم سطح شهر تأثیر بیشتری بر امید به زندگی آن‌ها داشته‌اند. در این راستا توصیه می‌شود که تدابیر آموزشی و فرهنگی لازم توسط ارگان‌های دولتی و غیردولتی به‌منظور ایجاد و تقویت ارتباط بین نسلی و تشکیل نگرش مثبت نسبت به پدیده سالمندی و سالمندان در میان خانواده‌ها به‌ویژه کودکان و جوانان و به دنبال آن ترویج فرهنگ خانواده‌گسترده در سطح جامعه اتخاذ شود. در

2007. [Persian]

11. Gallagher LP, Truglio-Londrigan M. Community support: older adult's perceptions. *Clin Nurs Res*. 2004;13(1):3-23. PMID: 14768765 DOI: 10.1177/1054773803259466
12. Schultz DP, Schultz SE. Theories of Personality. 11th ed. Boston: Cengage Learning; 2016.
13. Maslow AH. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1975.
14. Koltko-Rivera ME. Rediscovering the later version of Maslow's hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification. *Rev Gen Psychol*. 2006;10(4):302-17.
15. Sligman MP. Fundamental assumption. *Psychologist*. 2003;16(3):126-27.
16. Ghanbari HA, Mojarad KA, Ghanbari HA. The relationship between older people's mental health with their family support and psychosocial well-being. *J Res Rehabil Sci*. 2012;8(6):1123-31. [Persian]
17. Adams TR, Rabin LA, Da Silva VG, Katz MJ, Fogel J, Lipton RB. Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. *Clin Gerontol*. 2016;39(2):139-57. PMID: 27418714 DOI: 10.1080/07317115.2015.1073823
18. Sadegh ML, Delshad NA, Farhadi A, Nazari S, Eshghizade M, Chopanvafa F, et al. Life satisfaction in older adults: role of perceived social support. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2015;6(22):1043-51. [Persian]
19. Kang HW, Park M, Wallace JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J Sport Health Sci*. 2018;7(2):237-44. DOI: 10.1016/j.jshs.2016.05.003
20. Rashedi V, Rezaei M, Gharib M, Nabavi SH. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home.

- J North Khorasan Univ Med Sci.* 2013;**5**(2):351-6. [Persian]
21. Hawro T, Maurer M, Hawro M, Kaszuba A, Cierpialkowska L, Królikowska M, et al. In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Arch Dermatol Res.* 2014;**306**(7),661-6. PMID: 24566824 DOI: 10.1007/s00403-014-1455-9
 22. Detailed results of the general population and housing census. Statistical Center (Iran). Available at: URL: <http://www.amar.org.ir/>; 2011.
 23. Pourabdol S, Abbasi M, Pirani Z, Abbasi M. The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *J Aging Psychol.* 2015;**1**(1):57-65. [Persian]
 24. Jalilian A, Rafiey H. Reliability and validity of the Persian version of norbeck social support questionnaire. [Master Thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2008. [Persian]
 25. Esmaeil Khani F. Construction and validation of a scale to measure self-actualization & a review of its relationship with psychological tenacity, perfectionism and academic performance of male and female students of Islamic Azad University of Ahvaz. [Master Thesis]. Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2001. [Persian]
 26. Barzegar Bafrooei K, Kamali Zarch M, Afkhami Aghda M. Comparison of perceived social support and life expectancy in the elderly resident and non-resident of nursing homes in Yazd. *Toloo-E-Behdasht.* 2015;**4**(14):88-99. [Persian]
 27. Rimaz S, Gharibnavaz H, Abolghasemi J, Seraji S. The relationship of different dimensions of social support with older adults' quality of life in the 8th district of Tehran in 2013. *J Educ Community Health.* 2015;**2**(1):29-37. [Persian]
 28. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adult's case study: Azarshahr. *J Gerontol.* 2016;**1**(1):40-7. DOI: 10.18869/acadpub.joge.1.1.56 [Persian]
 29. Motamedi Shalamzar A, Ejeie J, Azad Fallah P, Kyamanesh AR. Examine the role of social support on life satisfaction, general health and loneliness among the elderly over 60 years old. *J Psychol.* 2002;**6**(2):115-33. [Persian]
 30. Sharifi Ali A. A comparison between the level of happiness among the elderly living at home and that of senior home residents. *Iran J Ageing.* 2011;**6**(3):49-55. [Persian]
 31. Boero ME, De Francesco A, Vizzuso P, Dessì S. An observational study on the factors of successful aging in a sample of nonagenarian patients in a rehabilitation hospital complex. *J Popul Ageing.* 2017;**10**:403-16.
 32. Poorsheikhali F, Alavi HR. Correlation of parents' religious behavior with family's emotional relations and students' self-actualization. *J Religion Health.* 2015;**54**(1):235-41. [Persian]
 33. Sijuwade PO. Self-Actualization and locus of control as a function of institutionalization and non-institutionalization in the elderly. *Eur J Soc Sci.* 2007;**4**(2):1-6.
 34. Stein E, Ross M. You and your aging parents. New York: Harper and Row; 2005.
 35. Berk L. Development through the lifespan. 4th ed. Boston: Pearson; 2007.
 36. Litwin H. social network type and morale in old age. *Gerontologist.* 2001;**41**(4):516-24. PMID: 11490050
 37. Keith KD. Cross-cultural psychology: contemporary themes and perspectives. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.