

## مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و افسردگی و شادکامی در سالمندان زن و مرد

سیده مریم حسینی<sup>۱</sup>، آذر میدخت رضایی<sup>۲</sup> و زهره کیخسروی بیگزاده<sup>۳\*</sup>

### چکیده

سالمندی یکی از مراحل مهم زندگی است و با پیشرفت علم و بهبود شرایط بهداشتی شمار سالمندان در جوامع گوناگون رو به افزایش است. افزایش شمار سالمندان از یک سو و باورهای مذهبی و فرهنگی کشور ما مبنی بر اکرام سالمندان اهمیت پژوهش را در این زمینه آشکار می‌سازد. این پژوهش با هدف مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و شادکامی و افسردگی در سالمندان زن و مرد انجام گرفته است. روش مطالعه از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه‌ی آماری تمامی سالمندان زن و مرد شهر شیراز بودند. حجم نمونه ۳۷۹ نفر (۲۰۰ مرد و ۱۷۹ زن) بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها از روش پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی، Phillips، رضایت از زندگی Diener و شادکامی و افسردگی Joseph & Lewis گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌ی ۱ و ۲ از ماتریس همبستگی، فرضیه‌ی ۳ و ۴ از تحلیل واریانس چند متغیری و برای پرسش ۱ پژوهش، از Z فیشر استفاده شد. نتایج تحلیل داده‌ها نشان دهنده‌ی رابطه‌ی معنی‌دار بین همه‌ی متغیرهای پژوهش بودند. همچنین تفاوت معنی‌داری در مولفه‌ی حمایت دیگران از مولفه‌های حمایت اجتماعی و شادکامی و افسردگی و رضایت از زندگی بین زنان و مردان سالمند نشان داد، بدین صورت که در مولفه‌ی حمایت دیگران و افسردگی میانگین زنان سالمند و در شادکامی و رضایت از زندگی میانگین مردان سالمند بیشتر بود.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادکامی، افسردگی، سالمند.

۱- استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه روان‌شناسی، مرودشت، ایران.  
m.hosseini1970@yahoo.com

۲- استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه روان‌شناسی، مرودشت، ایران Rezaei.azar@yahoo.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه روان‌شناسی، مرودشت، ایران.

## پیشگفتار

سالمندی دوره‌ای از زندگی است که از ۶۵ سالگی شروع می‌شود. فرایند سالمندی عبارت است از کاهش تدریجی عملکرد سیستم‌های بدن. سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌کند (Rokouei et al, 2006)، اما با وجود تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی در این دوره از زندگی بوجود می‌آید، سالمندان از نظر نیازهای روانی و اجتماعی به میان‌سالان شباهت دارند (Pasha et al, 2009). بنابراین، سالمندان در بیش‌تر موارد همچنان علاقمند به ادامه‌ی فعالیت‌های پیشین خود هستند، ولی کاهش تعامل اجتماعی در دوران سالمندی به این علت است که اجتماع از سالمندان برخلاف میل بیش‌تر آنها دل می‌کند (Zanden translated by ganji, 2004).

مگازینر و همکاران (Magaziner et al, 1998) بیان می‌کنند که میزان درگیری یا دل‌کندن سالمند، از فعالیت‌های اجتماعی بیش‌تر به زندگی گذشته، موقعیت اجتماعی- اقتصادی و سلامتی سالمند مربوط است تا فرایند اجتناب ناپذیر پیری. آمار بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۲۴-۲۸ درصد افراد بالای ۶۵ سال تنها زندگی می‌کنند و معمولاً بازنشسته شده‌اند که بازنشستگی اجباری می‌تواند احساسات منفی نسبت به موقعیت بوجود آورد و این احساسات قادرند مشکلات جسمی و روانی ایجاد کنند. با وجود این‌که دوران سالمندی بالقوه می‌تواند زمینه ساز مشکلات برای سالمندان اعم از مرد و زن باشد، به دلیل شرایط خاص جسمانی و روانی متمایز زنان و مردان می‌توان انتظار داشت که در بسیاری از موارد شرایط سالمندی تأثیری متفاوت بر آن‌ها داشته باشد. بررسی تفاوت‌ها می‌تواند راهگشای شناخت بهتر افراد سالمند و برنامه ریزی دقیق‌تر برای هر دو گروه باشد.

مسایل و مشکلاتی که برای سالمندان بوجود می‌آید، ممکن است علل اجتماعی دیگری نیز داشته باشند برای مثال از دست دادن درآمد، احساس این‌که فرد دیگر حاکم بر سرنوشت خود نیست، تغییر محل سکونت یا اختلال در سلامتی و روی هم رفته، هر آنچه که به کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی فرد کمک کند، می‌تواند زمینه‌ی حضور اختلالات روانی در سالمندان را فراهم آورد. (Ganji et al, 1986) بنظر می‌رسد نتیجه‌ی عمده‌ی این تغییرات، احساس تنهایی باشد که شخص با تفکر در مورد این عوامل به سمت افسردگی سوق می‌یابد (Alexopoulos, 2000).

فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی، اجتماعی نقشی عمده در افسردگی سالمندان دارند و نه تنها موجب ناامیدی، زوال روانی- اجتماعی، ناخوشی‌های جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آن‌ها در سرای سالمندان می‌شود بلکه خودکشی را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد (Alikhani, 2002). با وجود این‌که از دست دادن قوای جسمانی به

همراه مشکلات و فشارهای روانی اجتماعی فرد را بویژه در سنین سالمندی مستعد افسردگی می‌کند، اما کیفیت و چگونگی زندگی فرد در گذشته و دوران سالمندی از جمله مواردی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی زندگی شاد و یا برعکس لبریز از غم و اندوه و افسردگی باشد.

شادکامی به عنوان یک تجربه‌ی درونی مثبت و یکی از شاخص‌های سلامت روانی که ناشی از ارزیابی شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان می‌باشد، مورد توجه روان‌شناسان بسیاری در سه دهه اخیر قرار گرفته است (Dener, 1984r). شادکامی مفهومی گسترده است که دارای دو مولفه‌ی شناختی و عاطفی است. مولفه‌ی عاطفی به معنای لذت (توازن بین عاطفه‌ی خوشایند و ناخوشایند) و مولفه‌ی شناختی هم همان سلامت ذهنی می‌باشد، افراد اگر شاد باشند، دنیا را مکانی امن‌تر می‌بینند. حس همکاری و کمک به دیگران دارند و اطلاعات را به گونه‌ای پردازش می‌کنند که به شادی بیش‌تر آن‌ها بینجامد (Cohen & Herbert, 1996).

رضایت از زندگی ارزیابی فرد را از جنبه‌های گوناگون زندگی توصیف می‌کند. به بیان دیگر، می‌توان گفت رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (Nasiri & Jekar, 2009). بی‌شاپ و همکاران (Bishop et al, 2006)، بیان می‌کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می‌تواند به وسیله‌ی دسترسی‌های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آن‌ها ایجاد شود و این منابع را همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی‌های شخصی که سالمندان به آن متعلق هستند، تعریف کرده که می‌تواند به عنوان منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی شود زیرا این منابع می‌توانند به آن‌ها در رسیدن به اهداف شخصی‌شان و برآورده کردن نیازهای اساسی جسمی و روان‌شناختی کمک کنند.

وای یونگ کونگ و همکاران (Wai yung kwong et al, 2004) حمایت اجتماعی را به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف کرده که رفاقت و همکاری را فراهم می‌آورد. حمایت اجتماعی رفتارهای ارتقای سلامت را تسهیل کرده و بازخورد آرایه داده و فعالیت‌هایی را که منتهی به اهداف شخصی می‌شود را تشویق می‌کند.

### پیشینه‌ی پژوهش

پژوهش‌های معتمدی شلمزاری و همکاران (Motamedi shalamzari et al, 2002) کوهن و ویلس (Cohen & Wills, 1985) و گانستر و ویکتور (Ganester & Victor, 1998) نشان دادند که حمایت اجتماعی تأثیری معنادار بر احساس تنهایی، سلامت عمومی، شادی و افسردگی و رضایت‌مندی سالمندان از زندگی دارد.

هم‌چنین، کروز، لیانگ و یاتومی (Krouse, Liang & Yatomi, 1989)، کوهن و سیم (Cohen & Syem, 1985) و هالاهان و هالاهان (Holahan & Holahan, 1987) به این نتیجه رسیدند که به نسبتی که سالمندان از حمایت اجتماعی موجود ناراضی باشند، به همان نسبت نیز علائم افسردگی در آن‌ها ظاهر می‌شود. ساراسون (Sarason, 1998) بیان می‌کند که روابط حمایتی برای مردان بیش‌تر روابط دوستانه‌ای است که به جای فرصت‌هایی برای اعتماد کردن به آن‌ها امکان می‌دهد تا مشکلات خود را فراموش کنند و ابراز کردن آشکار احترام و دلسوزی در روابط زنان بیش‌تر از مردان رایج است.

بررسی هلمن و موس به نقل از ابراهیمی (Helman & Moos quoted by Ebrahimi, 1996) نشان داد، برای زنانی که شاغل هستند، حمایت خانواده بسیار مؤثر است، اما برای مردان شاغل، همکاران و سرپرستان بهترین منبع حمایت، بشمار می‌روند. نتیجه‌ی پژوهش معتمدی شلمزاری و همکاران (Motamedi shalamzari et al 2002) نشان داد که هر چه حمایت اجتماعی بالاتر باشد، سطح سلامت عمومی و رضایتمندی از زندگی افزایش می‌یابد و با افزایش حمایت اجتماعی احساس تنهایی در سالمندان کاهش می‌یابد. این نتایج هم‌چنین، نشان دادند که حمایت اجتماعی هم برای مردان و هم برای زنان مؤثر بوده است.

پژوهش‌های کتل به نقل از پاشا و همکاران (Katll quoted by Pasha et al, 2006) نشان دادند، زنان با وجود میزان بالاتر افسردگی و اقدام‌های خودکشی در سرتاسر عمرشان، در دوران پیری، ارتباط نزدیک‌تری با خانواده و دوستان دارند و بیش‌تر تمایل دارند تا در پی کسب حمایت اجتماعی برآیند. حمایت اجتماعی زیاد از راه خانواده عاملی است که به خیلی از آنها اجازه نمی‌دهد که اقدام به این کار کنند. هم‌چنین، پاشا و همکاران (Pasha et al, 2007) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین زنان و مردان در متغیر حمایت اجتماعی تفاوتی معنادار وجود ندارد. برخی پژوهش‌ها نیز نشان دهنده‌ی تفاوت زنان و مردان سالمند در افسردگی و میزان افسردگی بیش‌تر در زنان بود (Rajabizadeh & Ramezani, 2003؛ Bakhtiyari et al, 2004؛ Aslani et al, 2003؛ Beckman, 1997؛ First et al, 1998).

یافته‌های مالتبای و همکاران (Maltaby et al, 2004) نشان دادند، افراد سالمندی که دور از خانواده بودند، رضایت از زندگی نداشتند. بیش‌تر افراد بر این باورند که ملاقات‌های مکرر، بویژه از جانب اعضای خانواده، برای حفظ شادی در سالمندان ضروری است. برخی از پژوهش‌ها نشان دهنده‌ی ارتباط بین رضایت از زندگی، سلامت عمومی و روانی و شادکامی می‌باشند (Meyer & Brunholm, 1991؛ Meyer & Diener, 2004؛ Malaby et al, 2004؛ Sing Duggal j, 2008). هم‌چنین، نتایج یافته‌های کوهن و همکاران (Cohen et al, 2009) نشان دهنده‌ی

رابطه‌ی معنادار بین هیجانات مثبت و افزایش رضایت از زندگی و هدفمند بودن زندگی می‌باشد. نتایج پژوهش‌های لو (Lu, 1997)، میر و دینر (Meyer & Diener, 2004) نشان می‌دهد بین حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی و هم‌چنین، رضایت از زندگی با شادکامی در سالمندان رابطه‌ی مثبت و معنی دار وجود دارد.

در پژوهشی که به وسیله‌ی دینر (Diener, 2000) انجام گرفت، نشان داد، تفاوت‌های جنسیتی و سنی نیز در درجه بندی متغیر شادکامی وجود دارند و زنان و افراد جوان شادکامی بیشتری را در مقایسه با مردان و افراد پیر نشان دادند. نتایج پژوهش کار (Carr, 2004) بیانگر این بود که نوسان‌های ضعیفی در میزان شادکامی در طول زندگی بوجود می‌آید، ولی با وجود این نوسان‌ها با افزایش سن رضایت از زندگی بیشتر می‌شود.

پژوهش‌های سیمن و آدلر (Seeman & Adler, 1998) نشان می‌دهند که بسیاری از عوامل پیش بینی کننده‌ی سلامت و عملکرد بهتر سالمندان، جنبه‌ی اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری داشته و بالقوه قابل تغییرند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که موفقیت در سالمندی تحت تاثیر عوامل تغییر ناپذیری همچون وضعیت ژنتیکی فرد نیست بلکه بیش‌تر عواملی چون سطح فعالیت بدنی فرد، تعاملات اجتماعی و نگرش به زندگی بر سلامت سالمندان موثر خواهند بود.

با توجه به افزایش چشمگیر شمار سالمندان در جمعیت و با توجه به فرهنگ جامعه‌ی ما و نقش سالمندان در خانواده‌ها و نیز اشاره به این نکته که فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی نقشی عمده در بوجود آمدن افسردگی و کاهش شادی دارند و هم‌چنین، با توجه به رابطه‌ی رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان و نیز نقش مهم حمایت اجتماعی در رضایت از زندگی اهمیت این پژوهش ضروری بنظر می‌رسید.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، شادکامی، افسردگی و رضایت از زندگی در زنان سالمند رابطه‌ای معنی دار وجود دارد.
- ۲- بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، شادکامی، افسردگی و رضایت از زندگی در مردان سالمند رابطه‌ای معنی دار وجود دارد.
- ۳- بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند تفاوتی معنادار وجود دارد.
- ۴- بین رضایت از زندگی، شادکامی و افسردگی در زنان و مردان سالمند تفاوتی معنی دار وجود دارد.

## پروش پژوهش

۱- آیا بین میزان همبستگی متغیرهای پژوهش در زنان و مردان سالمند تفاوت معنادار وجود دارد؟

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش سالمندان زن و مرد بالای ۶۵ سال ساکن در منازل شخصی شهر شیراز بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ تعداد ۹۴۱۷۸ نفر سالمند در شهر شیراز وجود داشت. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۳۷۹ نفر (۲۰۰ مرد و ۱۷۹ زن) بود. به دلیل نبود دسترسی آسان به سالمندان، در این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد (چون ریزش نمونه‌های زن بیش تر بود، پرسشنامه‌های ناقص حذف شدند و شمار نمونه به این مقدار کاهش یافت). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌ی ۱ و ۲ از ماتریس همبستگی، فرضیه‌ی ۳ و ۴ از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و برای سئوال ۱ پژوهش از Z فیشر استفاده شد.

## ابزارهای پژوهش

**مقیاس سنجش حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>۱</sup>:** این مقیاس دارای ۲۳ ماده و ۳ خرده مقیاس خانواده، دوستان و سایرین می‌باشد. در پژوهش پاشا و همکاران (Pasha et al, 2007) که در مورد نمونه‌ای از سالمندان اهوازی انجام شد، پایایی پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد، اما در این پژوهش برای تعیین پایایی مقیاس حمایت اجتماعی و مولفه‌های آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برای متغیر حمایت اجتماعی و مولفه‌های دوستان، خانواده و سایرین ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۶۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۸ بدست آمد. روایی مقیاس حمایت اجتماعی از راه محاسبه‌ی ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌ی کل حمایت اجتماعی و مولفه‌های دوستان، خانواده و سایرین بدست آمد. ضرایب بدست آمده برای همبستگی نمره‌ی کل حمایت اجتماعی با مولفه‌های دوستان برابر با ۰/۷۷، خانواده برابر با ۰/۷۹ و سایرین برابر با ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین، ضرایب همبستگی بین مولفه‌های خانواده با دوستان برابر با ۰/۳۶، خانواده با سایرین برابر با ۰/۴۳ و سایرین با دوستان برابر با ۰/۵۵ بدست آمد.

<sup>۱</sup>-Social Support Instrument

**مقیاس رضایت از زندگی داینر<sup>۱</sup>:** این مقیاس به وسیله‌ی داینر (Diener et al, 1985) ساخته شده است. این مقیاس پنج گویه دارد که برای سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. داینر و همکاران (Diener et al, 1985)، روایی (به شیوه همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ و ضریب همبستگی باز آزمایی پس از دوماه اجرا ۰/۸۲) مطلوبی برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. این مقیاس به وسیله‌ی خیر و سامانی (Khayyer & Samani, 2004) برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفت.

در پژوهشی که معتمدی شلمزاری (Motamedi shalamzari et al, 2002) در مورد سالمندان انجام داد، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ و روایی آن به شیوه‌ی تحلیل عاملی محاسبه شده است که نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس است که می‌توانست بیش از ۵۴/۰ واریانس را تبیین کند. در این پژوهش بمنظور بررسی روایی مقیاس رضایت از زندگی از تحلیل عاملی با استفاده از روش مولفه‌های اصلی با چرخش متعامد از نوع واریماکس استفاده شد. ضریب کیزر-مایر-الکین<sup>۲</sup> محاسبه شده برابر با ۰/۷۸ و آزمون کرویت بارتلت نیز در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود. نتایج بیانگر وجود یک عامل کلی با عنوان رضایت از زندگی بود که ۵۴/۸۶ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کرد. در این پژوهش برای تعیین پایایی مقیاس رضایت از زندگی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضریب برابر ۰/۷۶ محاسبه گردید.

پرسشنامه‌ی شادکامی-افسردگی<sup>۳</sup>: این مقیاس به وسیله‌ی لویز و جوزف (Lewis & Joseph, 1998) ساخته شده است که ۲۵ گویه دارد، ۱۲ گویه به ارزیابی شادکامی و ۱۳ گویه هم به ارزیابی افسردگی می‌پردازد. در پژوهش نصیری و جوکار (Nasirri & Jokar, 2009) که در مورد گروهی از زنان شاغل فرهنگی انجام گرفت، برای خرده مقیاس شادکامی ضریب آلفای ۰/۸۷ و برای مقیاس افسردگی ۰/۹۰ بدست آمد. برای بررسی روایی این مقیاس از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص کیزر-مایر-الکین برابر با ۰/۹۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر ۴۴۸۹ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود.

در این پژوهش بمنظور بررسی روایی مقیاس افسردگی و شادکامی از تحلیل عاملی با استفاده از روش مولفه‌های اصلی با چرخش متعامد از نوع واریماکس استفاده شد. ضریب کیزر-مایر-الکین محاسبه شده برابر با ۰/۸۹ و آزمون کرویت بارتلت نیز در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ی شادکامی و افسردگی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضریب برای متغیر افسردگی ۰/۹۰ و برای متغیر شادکامی ۰/۸۸ محاسبه شد. برای تعیین

<sup>۱</sup>-Satisfaction With Life Scale (SWLS)

<sup>۲</sup>-Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

<sup>۳</sup>-Depression – Happiness Scale (DHS)

پایایی پرسشنامه‌ی شادکامی و افسردگی در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضریب برای متغیر افسردگی ۰/۹۰ و برای متغیر شادکامی ۰/۸۸ محاسبه شد.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در دو بخش ارایه شده‌اند. یافته‌های توصیفی و یافته‌های استنباطی. یافته‌های توصیفی در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱- فراوانی و میانگین سنی هر دو گروه سالمندان

جنس	تعداد	میانگین سنی	درصد
مرد	۲۰۰	۷۰/۱۲	۵۳
زن	۱۷۹	۶۸/۹۱	۴۷
کل	۳۷۹	۶۹/۵۵	۱۰۰

جدول ۱ نشان می‌دهد که شمار مردان شرکت کننده بیش‌تر از زنان است و درصد بیش‌تری از نمونه‌ی پژوهش را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۲- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مردان n=۲۰۰		زنان n=۱۷۹		کل n=۳۷۹	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	۲۳/۵۹	۶/۴۴	۲۲/۳۲	۶/۰۳	۲۲/۹۴	۶/۳۳
دوستان	۵/۴۱	۱/۶	۵/۴۶	۱/۶	۵/۴۴	۱/۶
خانواده	۶/۳۸	۱/۲	۶/۱۵	۲/۱	۶/۲۶	۲/۱
سایرین	۵/۸۶	۱/۹	۶/۵۱	۲/۱	۶/۱۸	۲
شادکامی	۲۷/۹	۶/۴۶	۲۴/۶۹	۷/۱۱	۲۶/۳۵	۶/۹۸
افسردگی	۱۲/۸۸	۷/۸۷	۱۸/۱۶	۹/۳۵	۱۵/۴۳	۹/۰۲

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین رضایت از زندگی و شادکامی در مردان بیش‌تر از زنان و میانگین حمایت اجتماعی و افسردگی در زنان بیش‌تر می‌باشد.



### یافته‌های استنباطی برای بررسی فرضیه‌های اصلی پژوهش

فرضیه‌ی نخست: بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادکامی و افسردگی در زنان سالمند رابطه‌ی معنی داری وجود دارد.

جدول ۳- نتایج ماتریس همبستگی برای بررسی همبستگی متغیرهای حمایت اجتماعی،

رضایت از زندگی و شادکامی و افسردگی در زنان سالمند

متغیرها	دوستان	خانواده	دیگران	رضایت	افسردگی
خانواده	۰/۴۱***				
دیگران	۰/۵۵***	۰/۳۹***			
رضایت از زندگی	۰/۲۶***	۱/۲۸***	۰/۴۰***		
افسردگی	-۰/۳۱***	-۱/۲۷***	-۰/۳۹***	-۰/۴۸***	
شادکامی	۰/۴۱***	۱/۲۹***	۰/۴۱***	۰/۶۴***	-۰/۵۳***

\*\*\*  $p < ۰/۰۰۱$

یافته‌های جدول ۳ حاکی از آن است که در زنان سالمند بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه‌ی مثبت و معنی دار و بین متغیرهای یاد شده و افسردگی رابطه‌ی منفی و معنی دار وجود دارد.

فرضیه‌ی دوم: بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادکامی و افسردگی در مردان سالمند رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

جدول ۴- نتایج ماتریس همبستگی برای بررسی همبستگی متغیرهای حمایت اجتماعی،

رضایت از زندگی و شادکامی و افسردگی در مردان سالمند

متغیرها	دوستان	خانواده	دیگران	رضایت	افسردگی
خانواده	۰/۳۰***				
دیگران	۰/۵۳***	۰/۵۶***			
رضایت از زندگی	۰/۲۱***	۰/۴۳***	۰/۴۲***		
افسردگی	-۰/۲۵***	-۱/۲۳***	-۰/۲۴***	-۰/۴۳***	
شادکامی	۰/۴۱***	۱/۶۱***	۰/۴۲***	۰/۵۵***	-۰/۵۱***

\*\*\*  $p < ۰/۰۰۱$

یافته‌های جدول ۴ حاکی از آن است که در مردان سالمند نیز بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و شادکامی رابطه‌ی مثبت و معنی دار و بین متغیرهای یاد شده و افسردگی رابطه‌ی منفی و معنی دار وجود دارد اگر چه مقدار ضرایب کمی متفاوت‌اند.

**فرضیه‌ی سوم:** بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند تفاوت معنی دار وجود دارد.

برای بررسی فرضیه‌ی سوم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

**جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در زنان و مردان سالمند**

متغیر وابسته	منابع واریانس	SS	df	MS	f	P<
حمایت دوستان	جنسیت	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۰/۰۹	NS
	خطا	۱۰۲۲/۷	۳۷۶	۲/۷		
حمایت خانواده	جنسیت	۴/۸	۱	۴/۸	۱/۵۰	NS
	خطا	۱۷۱۵/۶	۳۷۶	۴/۵		
حمایت دیگران	جنسیت	۳۹/۷	۱	۳۹/۷	۱۲/۳	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۱۲/۰	۳۷۶	۳/۲		

نتایج جدول ۵ بیانگر این است که تنها در مؤلفه‌ی حمایت دیگران بین دو جنس تفاوت معنی دار وجود داشته است. بررسی میانگین‌ها (جدول ۲) نشان می‌دهد که میانگین زنان بیش‌تر از مردان بوده است. بدین معنی که زنان سالمند از حمایت بیش‌تری از سوی سایرین برخوردارند. بین مؤلفه‌های دوستان و خانواده بین دو جنس تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

**فرضیه‌ی چهارم:** بین رضایت از زندگی، شادکامی و افسردگی در زنان و مردان سالمند تفاوت معنی دار وجود دارد.

**جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت رضایت از زندگی، شادکامی و**

**افسردگی در زنان و مردان سالمند**

متغیر وابسته	منابع واریانس	SS	Df	MS	f	P<
رضایت از زندگی	جنسیت	۱۵۱/۷	۱	۱۵۱/۷	۳/۹	۰/۰۵
	خطا	۱۴۶۸۵/۲	۳۷۶	۳۹/۰۵		
شادکامی	جنسیت	۹۷۵/۲	۱	۹۷۵/۲	۲۱/۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۷۲۷۰/۴	۳۷۶	۴۵/۹		
افسردگی	جنسیت	۲۶۲۵/۲	۱	۲۶۲۵/۲	۳۵/۴	۰/۰۰۱
	خطا	۲۷۸۷۰/۵	۳۷۶	۷۴/۲		

نتایج جدول ۶ بیانگر این است که در متغیرهای شادکامی و افسردگی و رضایت از زندگی بین زنان و مردان سالمند تفاوتی معنی دار وجود دارد. با نگاهی به میانگین‌ها (جدول ۲) ملاحظه

می‌شود که در شادکامی و رضایت از زندگی میانگین مردان سالمند بیش‌تر از زنان سالمند است، اما در متغیر افسردگی میانگین زنان سالمند بیش‌تر از مردان سالمند است. بدین معنی که مردان سالمند نسبت به زنان سالمند شادتر بودند و رضایت بیش‌تری از زندگی داشتند و زنان سالمند نسبت به مردان سالمند افسرده‌تر بودند.

**پرسش نخست:** آیا بین میزان همبستگی متغیرهای پژوهش در زنان و مردان سالمند تفاوت معنادار وجود دارد؟

**جدول ۷- جدول فیشر برای بررسی تفاوت بین ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش**

متغیرها	گروهها	ضریب همبستگی	Z	سطح معنی داری	متغیرها	گروهها	ضریب همبستگی	Z	سطح معنی داری
حمایت خانواده و دوستان	زنان	۰/۴۱	۱/۲۶	N.S	حمایت دیگران و افسردگی	زنان	-۰/۳۹	۱/۶۷	N.S
	مردان	۰/۳				مردان	-۰/۲۴		
حمایت خانواده و دیگران	زنان	۰/۳۹	۲/۲۱	N.S	حمایت دوستان و رضایت از زندگی	زنان	۰/۳۶	۰/۵۶	N.S
	مردان	۰/۵۶				مردان	۰/۳۱		
حمایت خانواده و رضایت از زندگی	زنان	۰/۲۸	۱/۷۲	N.S	حمایت دوستان و شادکامی	زنان	۰/۴۱	۰	N.S
	مردان	۰/۴۳				مردان	۰/۴۱		
حمایت از خانواده و شادکامی	زنان	۰/۲۹	-۴/۱	N.S	حمایت دوستان و افسردگی	زنان	-۰/۳۱	۰/۶۶	N.S
	مردان	۰/۶۱				مردان	-۰/۲۵		
حمایت از خانواده و فیسردگی	زنان	-۰/۲۷	۰/۴۳	N.S	رضایت از زندگی و افسردگی	زنان	-۰/۴۸	۰/۶۳	N.S
	مردان	-۰/۲۲				مردان	-۰/۴۳		
حمایت دیگران و دوستان	زنان	۰/۵۵	۰/۲۸	N.S	رضایت از زندگی و شادکامی	زنان	۰/۶۴	۱/۴	N.S
	مردان	۰/۵۳				مردان	۰/۵۵		
حمایت دیگران و رضایت از زندگی	زنان	۰/۴	۰/۳۶	N.S	افسردگی و شادکامی	زنان	-۰/۵۳	۰/۲۷	N.S
	مردان	۰/۴۳				مردان	-۰/۵۱		
حمایت دیگران و شادکامی	زنان	۰/۴۱	-۰/۲۴	N.S					
	مردان	۰/۴۳							

نتایج جدول ۷ بیانگر آن است که بین ضرایب همبستگی متغیرهای حمایت خانواده و حمایت دیگران، شادکامی و حمایت خانواده در زنان و مردان سالمند تفاوت معنادار وجود دارد و بین ضرایب همبستگی متغیرهای دیگر بین دو جنس تفاوت معنادار مشاهده نشد.

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مطالعه‌ی مقایسه‌ی حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، شادکامی و افسردگی در سالمندان زن و مرد انجام شد.

با توجه به این‌که هدف بررسی تفاوت زنان و مردان سالمند در متغیرهای مورد پژوهش بود، ابتدا رابطه‌ی بین متغیرها در زنان و مردان به تفکیک محاسبه گردید. نتایج حاکی از رابطه‌ی مثبت و معنی دار بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، شادکامی و رضایت از زندگی و رابطه‌ی منفی و معنی دار متغیرهای یاد شده با افسردگی در دو گروه بود. این نتایج با پژوهش‌های قبلی همراه است (Sing, Mltaby et, 2004 al, Meyer & Diener, 2004, Meyer & Brunholm & Meyer, 1991) (Cohen et al, 2009; Argyle & Lu, 1990, & Duggal j sh, 2008). ارتباط بین متغیرها در زنان و مردان کاملاً شبیه به هم است. شدت روابط متفاوت است بدین صورت که در زنان رابطه‌ی بین متغیرهای رضایت از زندگی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و شادکامی با افسردگی قوی‌تر و منفی‌تر است که علت را می‌توان پایین بودن میزان رضایت از زندگی در زنان نسبت به مردان و هم‌چنین، بالاتر بودن میزان افسردگی زنان نسبت به مردان دانست.

در مردان رابطه‌ی بین متغیرهای رضایت از زندگی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با شادکامی قوی‌تر و مثبت‌تر است، ولی رابطه‌ی همه‌ی متغیرها با افسردگی منفی و ضعیف‌تر از زنان است. بالاتر بودن رضایت از زندگی و بالاتر بودن شادکامی در مردان نسبت به زنان را می‌توان علت این مسئله دانست که طبیعتاً هر چه افراد از زندگیشان رضایت بیشتری داشته باشند، از سلامت روانی بالاتری برخوردار خواهند بود که یکی از ملاک‌های بالا بودن سلامت روان شادکامی بالاتر و افسردگی کم‌تر می‌باشد.

یافته‌های دیگر نشان داد که از بین ابعاد حمایت اجتماعی تنها در بعد حمایت سایرین تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود داشت. در مجموع، نتیجه‌ی پژوهش‌های گوناگون در زمینه‌ی تفاوت‌های زنان و مردان از نظر حمایت اجتماعی با یکدیگر هماهنگ نیست. برخی نشان دهنده‌ی تفاوت معنادار بین زنان و مردان بودند (Kubzansky et al, Motamedi shalamzari et al, 2002) (Pasha et al, 2000) و برخی نیز نشان دهنده‌ی عدم تفاوت معنادار بین زنان و مردان بودند (2007) که با نتیجه‌ی یافته‌ی این پژوهش که از بین ابعاد حمایت اجتماعی تنها در بعد حمایت

سایرین تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود دارد و حمایت سایرین در زنان بیش‌تر است، هم‌خوانی ندارند. کوبزانسکی و همکاران (Kubzansky et al, 2000) به این نتیجه دست یافتند که سودمندی حمایت اجتماعی بین زنان و مردان متفاوت است و مردان بیش از زنان از حمایت اجتماعی بهره‌مند می‌شوند.

معمدنی شلمزاری و همکاران (Motamedi shalamzari et al, 2002) بر این باورند که تأثیرات حمایت اجتماعی در دو جنس متفاوت است، ولی در این پژوهش تنها در بعد حمایت سایرین تفاوت معنادار شد و در سایر ابعاد تفاوتی بین دو جنس وجود نداشت. نبود تفاوت در سالمندان زن و مرد در حمایت خانواده و دوستان را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در فرهنگ ایرانی و اسلامی احترام به سالمندان و بویژه والدین سالمند از ارزش بالایی برخوردار است، در نتیجه، سالمندان زن و مرد از سوی خانواده و دوستان مورد تکریم و احترام قرار می‌گیرند. در تبیین استفاده‌ی بیش‌تر زنان از حمایت سایرین نسبت به مردان سالمند می‌توان به تفاوت زنان و مردان سالمند در پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه و تفاوت دیدگاهها و توقعات زنان و مردان از حمایت اجتماعی دانست که زنان معمولاً نسبت به مردان از حمایت‌ها رضایت بیش‌تری دارند و توقع‌شان نسبت به مردان در مورد حمایت اجتماعی پایین‌تر است به گونه‌ای که رفتارهایی را که زنان حمایت می‌دانند، شاید برای سالمندان مرد حمایت تلقی نشود و مردها معمولاً نسبت به زنان به پرسش‌ها به شکلی صریح‌تر پاسخ می‌دهند. هم‌چنین، خیلی از زنان سالمند ممکن است بخشی مهم از زندگی‌شان را به مراقبت و گسترش دوستی‌هایشان پرداخته و بنابراین، ممکن است به شبکه‌های حمایت اجتماعی بیش‌تر عادت کرده و حمایت بیش‌تری را دریافت کنند. در مقابل خیلی از مردان سالمند ممکن است بخشی مهم از زندگی‌شان را وقف پیشرفت شغلی کرده و بنابراین، مهارت‌های مرتبط با حمایت‌های اجتماعی شغلی را حفظ می‌کنند، اما زنان در استفاده از حمایت اجتماعی ماهرترند و هم‌چنین، زنان برای عضویت در شبکه‌های اجتماعی، آمادگی بیش‌تری دارند و از این راه حمایت عاطفی و ابزاری مناسبی را در وقت مناسب کسب می‌کنند. در مقابل مردان ممکن است از بیان تقاضای حمایت اکراه داشته باشند یا آن‌ها که آن‌ها این حمایت را با مهارت کم‌تری جستجو کنند، این باعث می‌شود که پیش‌بینی شود، حمایت اجتماعی برای زنان تأثیرات قوی‌تری دارد زیرا زنان هم قادر به کسب آن و هم قادر به استفاده‌ی مؤثرتر از آن هستند. حتی زنان با حمایت اجتماعی کم هم ممکن است قادر باشند با ایجاد تماس‌های اجتماعی جدید یا تقویت ضعف‌های خود، انزوای اجتماعی را جبران کنند، اما با این حال، حمایت اجتماعی می‌تواند برای مردان نیز مؤثر باشد. مردانی که سطح پایینی از حمایت اجتماعی دارند، ممکن است به گونه‌ی ویژه‌ی منزوی شوند و در وضعیتی قرار گیرند که بیش‌تر در معرض خطر نتایج منفی سلامتی باشند.

نتایج دیگر پژوهش بیانگر این بود که بین زنان و مردان سالمند در متغیر رضایت از زندگی تفاوتی معنی‌دار وجود دارد.

دسترسی به پژوهشی که در این زمینه انجام شده باشد، وجود نداشت. تفاوت بین زنان و مردان در رضایت از زندگی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که افراد هنگامی رضایت از زندگی بالایی را تجربه می‌کنند که شرایط زندگیشان با معیارهایی که برای خود تعیین کرده اند، همخوانی داشته باشد (Diener, 2000)، اما چون جامعه‌ی ما دارای یک فرهنگ مرد سالارانه است و زنان نسل قدیم‌تر کنترل کم‌تری بر زندگی خود دارند، از کیفیت زندگی خود چندان رضایت ندارند، بیش‌تر زمام امور زندگی‌شان در هر شرایط سنی در دست دیگران بوده و همین باعث رضایت کم‌تر آن‌ها از زندگی در سنین پیری شده و هر چه این افراد به پایان زندگیشان نزدیک‌تر شوند، احساس ناکامی و شکست بیش‌تری کرده و بیش‌تر در غم و اندوه فرو می‌روند و فرد به سوی افسردگی سوق می‌یابد. هم‌چنین، نتایج نشان دادند که بین شادکامی و افسردگی در زنان و مردان سالمند تفاوت معنی‌دار وجود دارد که نتایج بدست آمده از این یافته نیز با یافته‌های رجبی زاده و رمضانی (Ramezani & Rajabi zadeh, 2003)، اصلانی و همکاران (Aslani et al, 2003)، بختیاری و همکاران (Bakhtiyari et al, 2004)، پاشا و همکاران (Pasha et al, 2007)، بکمن و همکاران (Beckman et al, 1997)، فیرست و همکاران (First et al, 1988) و تانوک و کاتونا (Tannock & Katone, 1995) که بر معناداری تفاوت‌های جنسی در افسردگی و بالاتر بودن میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان تأکید داشتند، هم‌خوانی دارد. نتیجه‌ی این یافته‌ی پژوهشی با یافته‌ی پانکالا و کیولا (Pankala & Kivela, 1995) هم‌خوانی ندارد. پانکالا و کیولا (Pankala & Kivela, 1995) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که با وجود این‌که شیوع افسردگی در زنان بیش‌تر از مردان است، ولی تفاوت معناداری بین زنان و مردان در میزان افسردگی وجود ندارد. در تبیین این یافته‌ی پژوهشی می‌توان گفت که تغییرات عمده‌ی پدیده‌ی سالمندی باعث تغییر پاسخ‌های افراد به استرس شده، عمل اجتماعی از جمله بازنشستگی، تنهایی، کاهش درآمد و فعالیت اجتماعی نیز مزید بر علت می‌شوند تا فرد سالمند را در معرض استرس‌ها و شرایط ویژه‌ی درونی قرار دهند که افسردگی شایع‌ترین آن‌هاست. نتایج پژوهش بلایزر (Blazer, 2000)، کوپر و گویدر (Cooper & Goodyer, 1993) و رجب‌زاده و زمانی (Rajabizadeh & Ramezani, 2003) نشان دادند که بین وضعیت تأهل و افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد و در این بین، افراد بیوه بیش‌ترین میزان افسردگی را دارا بودند. چنان‌که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، جدا شدن از همسر (بیوه، مطلقه) به عنوان یک عامل خطر برای افسردگی بشمار می‌رود زیرا معمولاً زنان از همسران خود جوان‌ترند و احتمال خیلی زیادی وجود دارد که در سالمندی همسران آن‌ها زودتر از

آن‌ها فوت کنند و در سن پیری تنها بمانند که این مسئله می‌تواند یکی از تبیین‌های بالا بودن میزان افسردگی در بین زنان باشد. از دلایل دیگری که می‌تواند علت افسردگی بالاتر زنان باشد، میزان تحصیلات زنان است. از آن‌جا که بیش‌تر زنان که هم اکنون در سن پیری هستند، تحصیلات پایینی دارند، این مسئله باعث انزوای بیش‌تر آن‌ها شده و مقدار فعالیت‌شان را در جامعه کاهش می‌دهد. همین مسئله باعث محدود شدن آن‌ها در خانه و کاهش روابطشان با شبکه‌های اجتماعی بیرون از خانه و هم‌چنین، وابستگی اقتصادی آن‌ها به دیگران می‌شود. حساسیت بالاتر زنان سالمند نسبت به مردان در مورد مسایل خانوادگی و فرزندان باعث وارد آمدن فشار درونی بیش‌تر روی زنان شده و به احتمال زیاد، ابتلاء آن‌ها به افسردگی را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، با توجه به این‌که در فرهنگ ایرانی که جامعه‌ای مردسالار است، زن‌ها کنترل کم‌تری نسبت به مردان بر زندگی خود دارند و در این فرهنگ راه‌های فرار از مشکلات و رویارویی با آن برای مردان نسبت به زنان فراهم‌تر و راحت‌تر بوده و برای مثال وقتی که یک مرد از زندگی زناشویی خود رضایت کافی ندارد، ممکن است اقدام به ازدواج مجدد نماید و تا حدود زیادی این فشار روانی را کاهش دهد در صورتی که این امکان برای زنان وجود ندارد. زنان نسبت به مردان در مواقع بروز مشکلات و بحران‌ها در زندگی آن‌را تقدیر و مشیت الهی می‌دانند و کم‌تر در فکر حل مشکلات بر می‌آیندند و تسلیم می‌شوند، ولی مردان دید واقع‌بینانه‌تری نسبت به مسایل و مشکلات دارند و تلاش بیش‌تری برای حل بحران‌ها انجام می‌دهند. تفاوت‌های ژنتیکی و زیستی می‌تواند از دیگر علل توجیه‌کننده‌ی این مسئله باشد. زنان نسبت به مردان موجودات عاطفی‌تر هستند و دغدغه‌های آن‌ها نسبت به مردان متفاوت‌تر است. فرهنگ ایرانی آزادی‌های بیش‌تری برای مردان نسبت به زنان قایل است و در این فرهنگ زنان نسبت به مردان کم‌تر می‌توانند به ابراز خود بپردازند. از دست دادن زیبایی‌ها و جذابیت‌های جسمی و جنسی در زنان نسبت به مردان می‌تواند از دیگر علل افسردگی بیش‌تر در زنان باشد.

نتایج دیگر پژوهش بیانگر این بود که بین ضرایب همبستگی متغیرهای خانواده و دیگران، شادکامی و خانواده در زنان و مردان سالمند تفاوت معنادار وجود دارد و بین ضرایب همبستگی متغیرهای دیگر بین دو جنس تفاوت معنادار مشاهده نشد.

در تبیین معناداری تفاوت بین ضرایب همبستگی مولفه‌های خانواده و دیگران در زنان و مردان سالمند می‌توان گفت که مردان بیش‌تر از زنان حمایت‌های خانواده و دیگران را دریافت می‌کنند که این مسئله می‌تواند به مسایل فرهنگی جامعه‌ی ایرانی برگردد بخاطر این‌که مردان تا حدود زیادی نسبت به زنان از استقلال مالی بیش‌تری برخوردارند و نقش فعال‌تری در جامعه نسبت به زنان ایفا می‌کنند که این مسئله باعث می‌شود مردان نیاز کم‌تری به حمایت خانواده و دیگران داشته باشند و اگر هم حمایتی از خانواده و دیگران دریافت می‌کنند، رضایتشان از این حمایت‌ها بیش‌تر از زنان

است که این میزان رضایت از حمایت دریافتی از جانب خانواده و دیگران باعث می‌گردد که سالمندان مرد حمایت بیش‌تری را گزارش کنند (هر چند این حمایت‌ها ممکن است در واقعیت از حمایت‌های دریافتی زنان هم کم‌تر باشد). هم‌چنین، معنادار بودن تفاوت بین ضرایب همبستگی شادکامی و خانواده در بین زنان و مردان سالمند را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که چون ضریب همبستگی بین متغیرهای شادکامی و خانواده در مردان نسبت به زنان بالاتر است، معنادار بودن تفاوت بین ضرایب همبستگی در دو جنس دور از انتظار نبود که این مسئله می‌تواند به این علت باشد که در جامعه‌ی ایرانی از آن‌جا که خانواده از ارزش بالایی برخوردار است و روابط موجود در خانواده و احترام والدین مورد تاکید فرهنگ و دین می‌باشد و به خاطر غالب بودن این فرهنگ، والدین نیز انتظار دارند که مورد تکریم و حمایت فرزندان خود قرار گیرند. سالمندانی که در سنین پیری مورد حمایت قرار گیرند، طبیعتاً مشکلات کم‌تری از لحاظ اقتصادی و عاطفی خواهند داشت و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند بود که این مسئله می‌تواند رابطه‌ی حمایت خانواده و شادکامی را مورد تبیین قرار دهد، اما قوی‌تر بودن این رابطه در مردان در مقایسه با زنان را می‌توان این‌گونه توضیح داد که چون در جامعه‌ی ایرانی اعضای خانواده از لحاظ اقتصادی به مرد خانواده وابسته‌اند و مرد تصمیم‌گیرنده و مدیر خانواده است، لذا، اعضای خانواده برای وی احترام بیش‌تری قائل‌اند و اطاعت پذیری بیش‌تری از وی دارند؛ این موارد باعث می‌شود که اقتدار مرد خانواده در سالمندی هم حفظ گردد و هم‌چنین، نقشی که فرهنگ جامعه‌ی ما برای سالمندان بویژه مردان به عنوان افراد با تجربه‌ی خانواده و مشاور و ریش سفید قایل می‌باشد باعث می‌گردد که سالمندان مرد نسبت به سالمندان زن از نقش فعال‌تری در جامعه برخوردار باشند که همه‌ی این مسایل می‌تواند از علل معنادار بودن تفاوت زنان و مردان سالمند در ضرایب همبستگی بین حمایت خانواده و شادکامی باشد.

باتوجه به اهمیت سالمندان و بررسی آنان در جامعه‌ی ایرانی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های گسترده‌تر و متفاوت‌تری در زمینه‌ی سالمندان هم در سرای سالمندان و هم از لحاظ فعال و غیر فعال بودن سالمندان با ابزارها و متغیرهای دیگر صورت گیرد.

### References

- 1- Alexopoulos, G. S. (2000). *Mood disorders*, In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds). *comprehensive textbook of psychiatry (7<sup>th</sup> ed)*. philadelphia: Williams & Wilkins
- 2- Alikhani, V. (2002). *Aging in viewpoints different*. publications parent – teacher association, Tehran.[Persian].
- 3- Argyle M, Lu L. (1990). the happiness of extraverts. *Personality and individual differences*; 11: 1011-1017.



- 4- Aslani, Sh., Bron, L., Bilitone, N. Hematiyan Chardah cheriki, S. (2003). *Evaluation and comparison mental health older adults men and woman in Ahvaz*. Master's thesis, Islamic Azad university Ahvaz. [Persian].
- 5- Bakhtiyari, S., Ghaderi kiya, M., Yousefi ghand ali, A. Kord zangane. (2004). *Comparison Depression in older adults men and women admitted in sanitarium Ahvaz*. Bachelor Arts thesis, Islamic Azad University Ahvaz. [Persian].
- 6- Beckman, A. T, Deeg, D. J. Bream, A. W, Smit, J. H, van Tiblurg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well- being and service utilization. *Psychol Med.* 27(6): 1397-1409.
- 7-Bi shop, A. J; Martin,P; (2006). Happiness and congruence in older adulthood. A Structural model of life satisfaction. *Aging and mental Helth*, 10,445-453.
- 8- Blazer, D.J. (2000). *Mood disorder: Epidemiology*. In: Sadock BJ, Sadock VA.
- 9- Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- 10- Cohen, M.A.Fredrickson, B. L; Brown, S. L. Mikels, J. A; (2009). Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *American Psychological Association*, 3, 361-368.
- 11- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, Social support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98, 310-357.
- 12- Cohen, S., Syme S. L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic press.
- 13- Cumming, E, & Henry, W. E.(1961). *Growing old*. New York: Basic books.
- 14- Cohen, S, Herbert TB. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuro immunology. *Annu. Rev.psychology*.47:113-142.
- 15- Cooper, P.J, Goodyer. J. (1993). A community study of depression in a adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *Br J Psychiatry*., 163: 379-80.
- 16- Diener, E. (1984)."Subjective well-being". *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- 17- Diener, E. (2000). Subjective well-being; The science of happiness and a personal for e national index. *American psychologist*.55, 34-43.
- 18- Ebrahimi, S., (1996). The role of social support in retention social and mental health education: *monthly educational ministry of teaching and education*. Vol.12, No.1, fall. [Persian].
- 19- First. M. B., Spitzer. R. L., Gibbon. M. (1998). Williams & JBW: Structured (*Clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Patients psychiatric Institute, Biometric Research.

- 20- Ganster, D. C., & Victor, B. (1988). the impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical psychology*, 61, 17-36.
- 21- Holahan, C. K., & Holahan, C. L., (1987) self- efficacy, social support, and depression in aging: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42, 65-68.
- 22- Khayer. M., Samani. S. (2004). Comparison social – mental health, life satisfaction – mental health and cooperation in between, employed and homemaker mothers in shiraz; Report project research, association research statistic and information technology fars state. [Persian].
- 23- Krause, N. Liang, J. Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and Depressive symptoms: A panel Analysis. *Psychology and aging*. 4. 88-97.
- 24- Kubzansky, L. D.; Berkman, L. F. & Seeman, T. E. (2000). Social Conditions and Distress in Elderly Persons: Finding from the MacArthur studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B (4): 238-246.
- 25- Lu, L.(1997). Social support, reciprocity, and well- being. *The Journal of Social Psychology*, 137,618-628.
- 26- Magaziner, J., Dvorking, L. Kakana, E., & Mazian, F. (1988). Social Integration and moral: A reexamination. *journal of Gerontology*, 35, 746-757.
- 27- Maltaby. J, Day. L, Mccutcheon. L. E, Gillett. R, Houran. J, Ashe, D. D. (2004). personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of psychology*, 95, 411- 428.
- 28- Meyer.A. R. F, Brunholm. B, Meyer. K. S. F. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clin Rehabil February*, 5no. 1, 25-33.
- 29- Meyers. D. G, diener. E. E. (2004). Who is happy? *Psychological science*, 6(1), 10-19.
- 30- Mishara. B.L, Raydel. R.J. (1986). *Aging psychology*. (Translator: Ganji. H, Davoudiyan. A, Habibi. F). Tehran, publications information edition 2. page 171-180. [Persian].
- 31- Motamedi shalamzari. A., Ezhei. J., Azad Falah. P., Kiyamanesh. A. (2002).The Impact social support in life satisfaction, general health and isolation feeling in older adults above 60 age. *Journal of psychology*. Vol: 6. No: 2. 2008(summer). [ Persian].
- 32- Nasiri. H & Jokar ,B. (2008). Meaning in life, hope, life satisfaction and mental health in woman. *Journal of research woman*.Vol: 1. No:2. Summer (1387). [Persian].
- 33- Pankala. K., Ketsi. E., Kongas-Saviaro. P., Laippala. P., Kivela. S. L. (1995). Prevalence of depression in an aged population in Finland. *Soc Psychiatr Epidemiol.*, 3(3): 99-106.

- 34- Pasha, Gh, R., Safarzadeh, S., Mashak, R., (2009). Comparison General health and social support in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in family; *The Quarterly Journal of research family*.No:9.503-517. [Persian].
- 35- Rajabizadeh, Gh.,Ramezani.A. (2003). Outbreak Depression in older adults in kerman 1381. *Journal of scientific medical science Rafsanjan*.Vol: 5, No,1. [Persian].
- 36- Roukoei. L, Kimiagar. M, Ghafarpour. M. (2006).*Old age nutrition in Tehran on 1997*. Tehran: Ashena Press: [Persian].
- 37- Sarason, I. (1988). social, personality and health. In M. P. Janis (Ed), *Individual Differences, stress and Health psychology*, 25, p: 109-127.
- 38- Seeman, T. E., & Adler,N. (1998). *Older Americans: Who will they be?* National Forum.78(2).
- 39- Singh, K., Duggal. J, Sh. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and life satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*. Vol. 34. 40-45.
- 40- Tannock. C., Katone. C. (1995). Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. *Drugs Aging*,.6(5): 278-292.
- 41- Vander Zanden. J. (2004). *Development psychology* (Translator: Ganji. H. Tehran, publication development). [Persian].
- 42- Wai-yung kwong. E, yui - Huen Kwan. A. (2004). Stress management methods of the community- Dwelling Elderly in hong kong: implications for tailoring a stress reduction program. *Journal Geriatric Nurs*. 25(2). 102-106.