

بررسی رابطه بهزیستی روانی و امید به زندگی با شادکامی در

سالمندان شهر اصفهان

محمد کوچکی^۱، حسن زارعی محمودآبادی^۲

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه یزد

^۲عضو هیئت علمی دانشگاه یزد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

نویسنده مسئول:

محمد کوچکی

چکیده:

هدف از این تحقیق تعیین رابطه امید به زندگی و بهزیستی روانی با شادکامی در سالمندان شهر اصفهان بود. روش انجام این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد سالمند در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۶ تشکیل میدادند. در این مطالعه ۴۰۰ نفر (۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد) سالمند در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه شادکامی آکسفورد که دارای ۲۹ پرسش چهار گزینه ای، پرسشنامه امید به زندگی اشنایدرکه دارای ۴۸ پرسش ۵ گزینه ای و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف که شامل ۸۴ پرسش ۶گزینه ای میباشد استفاده گردید و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که مولفه های امید به زندگی و بهزیستی روانی در سالمندان دارای رابطه معنی دار با شادکامی است.

کلمات کلیدی: شادکامی، امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی، سالمندان

مقدمه

زندگی انسان، هر بار فردی یا افرادی را به انتهای راه نزدیک میکند. در مسیر پر پیچ و خم زندگی، لحظات ارزشمندند و حوادث بی شمار. اما مهمترین حوادث زندگی در دو انتهای عمر واقع شده اند: تولد و مرگ. لحظات آخر زندگی پیری یا سالمندی است که در خود هزاران راز نهفته دارد (۱).

انسانها از هنگام انعقاد نطفه تا زمان مرگ دوره های مختلفی را از نظر مراحل رشد طی میکنند هر کدام از این مراحل دارای ویژگیهایی است که سبب متفاوت بودن مراحل رشد از یکدیگر میشود. انسانها در مرحله کودکی و سالمندی معمولاً به مراقبت و توجه بیشتری نیاز دارند و سالمندی معمولاً به آخرین دوره چرخه زندگی گفته میشود که همه موجودات زنده را در برمیگیرد و این پدیده در مقایسه با گذشته رو به افزایش است. البته باید گفت که نمیتوان برای پیری حد و مرزی تعیین نمود و مشخص کرد چه زمانی به یک شخص سالمند گفته میشود زیرا جریان جسمی و روحی پیری در میان افراد متفاوت است. علاوه براین پیری یک امر نسبی است و ورود به آن برحسب زمان و مکان متفاوت است. با این حال سالمندی فرایندی زمانی است که افرادی که به سن ۶۵ سالگی و بالاتر از آن برسند در معرض آن قرار میگیرند. گاهی در ملاک سنی، تفاوتهایی دیده میشود اما به نظر میرسد براساس گروه بندی آغاز ۶۵ سالگی برای تشخیص سالمندی مناسب تر باشد (۲).

فرایند سالمندی را میتوان مجموعه ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و عملکردی خواند که به ویژه با افزایش سن به صورت فزایندهای روی هم انباشته میشوند. این تغییرات نامطلوب، مانع اجرای مهارتهای حرکتی شده و سازگاری فرد را با محیط کاهش میدهند و همچنین سبب شروع تغییراتی در وضعیت اجتماعی و روانی میشوند (۳). آشکار است که بررسی جنبه های زیستی یا روانی انسان به طور مجزا و دور از هم بی نتیجه خواهد بود، زیرا هر یک از این جنبه ها بر دیگری اثر گذاشته و این تأثیر متقابل به ویژه در مورد سالمندی کاملاً روشن و بدیهی است و مبنای دشواری های روان تنی را به وجود می آورد (۴). در بررسی احساس خوب بودن روانی سالمندان چند مورد شامل احساس کسالت، اظهار تنهایی و احساس افسردگی به ترتیب شایعترین شکایات است (۵).

یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان، بهزیستی روانی آنان است و هر دو مورد بهزیستی، کیفیت زندگی در علوم سلامت، مورد توجه می باشد (۶).

بهزیستی روانی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد های فرد است و در این رویکرد تمرکز بر سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانی بهزیستی است به عبارتی دیگر بهزیستی روانی از جمله مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت است (۷).

براساس پژوهش های صورت گرفته، بهزیستی روانی با مؤلفه های پایگاه اقتصادی- اجتماعی، جنس، وضعیت تأهل، حمایت، فریتزلا و همکاران (۸)، روابط خانوادگی، ساواس و همکاران (۹)، رابطه دارد. بهامینی، خان، کریم و مایر (۱۰) دریافتند که ابعاد بهزیستی روانی با اضطراب، افسردگی و خصومت رابطه منفی و معناداری دارد. اسکینگتون (۱۱) نیز شواهدی از رابطه کیفیت زندگی و بهزیستی روانی ارائه داده است. همچنین ابراهیمی، اشرفی، اسلامپناه و نوروزپور (۱۲) گزارش کرده اند که بین بهزیستی معنوی و برخی ابعاد کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. فراند (۱۳) نشان داد سالمندانی که دارای رضایت بالایی از نیازهای روانی خود هستند، در مقایسه با شرکت کنندگان با رضایت کم، به طور قابل توجهی دارای سطوح بالاتری در مؤلفه های هدف در زندگی و رشد شخصی بودند و احساس افسردگی پایینتری گزارش داده بودند. به علاوه، شواهد نشان میدهد که بین سن، استقلال و شاخص های رضایت روانی از جمله رفاه و عملکرد مطلوب، رابطه مثبتی وجود دارد (۱۴).

یکی دیگر از تبعات سالمندی کاهش میزان شادکامی است. یکی از نعمتهایی که خداوند به انسان عنایت فرموده، نعمت سلامتی است که یکی از ابعاد آن بعد روانی میباشد. سازمان بهداشت جهانی تأکید زیادی بر شادکامی به عنوان مؤلفه سلامتی دارد و مفاهیمی مانند رضایت از خود و زندگی و بهزیستی در تعریف سلامت روانی از شاخصهای مورد توجه سازمان بهداشت جهانی است که با عواطف مثبتی مانند لذت، آرامش، نشاط و شادی همراه است. به عبارت دیگر، آن ویژگی مهم روانی که فرد واجد سلامت میباشد از آن برخوردار باشد، احساس بهزیستی یا رضامندی است، از دیدگاه روانشناسی دو نوع شادکامی وجود دارد، یک نوع شادکامی از رهگذر شرایط محسوس زندگی نظیر تحصیل، شغل،

امکانات مالی و رفاهی حاصل میشود که شادکامی عینی نامیده میشود، نوع دیگر متأثر از حالات درونی و ادراکات شخصی است که از آن به عنوان شادکامی ذهنی تعبیر میشود. شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط، حرکت و پویایی است و همچون سپری میتواند آدمی را در برابر استرسها و مشکلات محافظت نموده و سلامت جسمی و روانی او را نیز تضمین کند. آئن، در تعریف شادکامی آن را نوعی حالت روانی مثبت میداند که با میزان بالای رضامندی از زندگی و عواطف مثبت و میزان پائین عواطف منفی مشخص میشود، شادکامی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار در طول زندگی آدمی است، شادی به نوعی معنای زندگی و یا از معنادهندگان آن میباشد (۱).

عقیده روان شناسان بر این است که وقایع غیر عادی و سهمگین، تغییرات عمده منفی که هنگام جوانی و حتی کودکی رویداده اند، میتوانند امید به زندگی افراد را در سنین بالاتر و به ویژه در سال خوردگی تحت تأثیر قرار دهند ضمن آنکه تأثیر تجارب خوشایند و رویدادهای رضایت بخش نیز به اشکال مختلف در ساختار شخصیت متجلی میشود. بخش عمدهای از عوامل درونی رابطه تنگاتنگی با سبک زندگی یا عوامل رفتاری دارد که به نوبه خود خطرات ناشی از بیماریهای بالینی را در بردارد (۱۵).

افزایش امید به زندگی یکی از عوامل تأثیرگذار بر طولانی شدن عمر سالمندان است. پیشرفت علم در زمینه های مختلف صنعتی، کشاورزی و پزشکی در دهه های اخیر نقش بسیار موثری در ارتقای سطح کیفیت زندگی و به دنبال آن افزایش طول عمر انسانها ایفا کرده است. افزایش امید به زندگی در کشور نتیجه بهبود بهداشت و درمان در کشور و همچنین داشتن شیوه زندگی سالم است (۱).

بهبودی روانشناختی یکی از شاخص های سلامت روان به شمار می آید و یکی از عوامل موثر و قدرتمند در سازگاری سالمندان با شرایط زندگی شمار میروید. بهبود روانشناختی فرایندی همه جانبه است که در طول عمر گسترده شده است. بهبودی به معنای کسب لذت نیست بلکه تلاش برای استعلا و ارتقا است در تحقق استعدادها، توانایی های فرد متجلی میشود (۲).

بهبودی روانی در دو دهه ی اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته است و دامنه ی مطالعات آن از حوزه ی زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (۱۶). در راستای تعریف این سازه ی مفهومی، گلداسمیت، ویوم و درایتی (۱۷) عقیده دارند که بهبودی روانی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین هدفهای معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی های مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی میشود. بهبودی، اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه های فرد را در بر می گیرد. بهبودی روانی شامل ارزشهای شناختی افراد از زندگی میشود. آنها، شرایط خود را که به انتظارات، ارزشها و تجارب قبلی شان وابسته است ارزش گذاری میکنند (۱۸).

بهبودی روانی، جزو روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه ی رفتارهای هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده و شامل دو بخش است. اولین بخش آن قضاوت شناختی درباره ی این که چه طور افراد در زندگیشان در حال پیشرفت شناختی را از نظر مولفه ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم سازی میکنند (۱۹).

از دیرباز، دو رویکرد اصلی در تعریف بهبودی وجود داشته است. رویکرد مبتنی بر لذت گرایی که معتقد است بهبودی به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد است. این رویکرد در طول تاریخ، حامیان خاص خود را داشته است که از آن جمله میتوان اپیکور، هابز و استوارت میل را نام برد (۲۰). این رویکرد، بهبودی را با خوشی لذت گرایانه یا شادکامی برابر میداند. دیدگاه غالب روان شناسان لذت گرا آن است که بهبودی برابر با شادکامی شخصی و مرتبط با تجربه ی لذت در مقابل تجربه ناخوشی است. رویکرد دوم، مبتنی بر فضیلت گرایی ارسطو است. بر اساس این رویکرد، ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت در ما، همیشه منتهی به بهبودی نمی شود بلکه بهبودی در برگیرنده ی تلاش برای کمال و تحقق پتانسیلهای واقعی فرد است که ممکن است همواره توأم با احساس لذت نباشد. نظریات فضیلت گرا بر این باورند که ارضای امیال، به رغم ایجاد لذت، همواره بهبودی را در پی ندارد و در نتیجه، بهبودی نمیتواند صرفاً به معنای تجربه ی لذت باشد (۲۰). یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با بهبودی روان شناختی دارد، امید به زندگی است. امید به زندگی نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت میکند. امید، به انسانها انرژی میدهد و آنها را مجهز میکند تا برای کار و فعالیت آماده شوند. امید، به ما انعطاف پذیری نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی می دهد که زندگی به ما تحمیل میکند و باعث افزایش رضایت از زندگی میشود (۲۱).

بیلی و اشنایدر (۲۲) معتقدند که امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو انگیزه خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر، بررسی راههای مناسب برای حصول اهداف نهفته است. بنابراین، کارکرد امید در زندگی به عنوان یک مکانیزم حمایتی است و باعث رشد و پیشرفت کیفیت زندگی انسان می شود. تحقیقات، نشان می دهد که امیدواری با بهزیستی روان شناختی رابطه دارد. رودریگز (۲۳) طی سبک تبیین مثبت دارند در مجموع شادی، امید و رضایت بیشتری از زندگی دارند، در نتیجه بین امید و رضایت از زندگی رابطه ی مثبت وجود دارد.

برونک، هیل، لاپسلی، تالیب و نینچ (۲۴) نشان داده اند سبک تبیین و رضایت از زندگی، شادی و امید با هم رابطه دارند. مشخص کردن هدف در زندگی، رضایت از زندگی و امیدواری را افزایش میدهد. ولز (۲۵) پی برده است که ۲۷ درصد افسردگی توسط امید پایین، تبیین میشود و آموزش امید، منجر به کاهش افسردگی در افراد شده و باعث میشود آنها از زندگی خود رضایت بیشتری داشته باشند. جورج (۲۶) در پژوهشی تحت عنوان احساس ذهنی بهزیستی در اواخر عمر، نشان داد که رضایت از زندگی میتواند سبب افزایش شادی و امید در سالهای آخر عمر باشد. بنابراین بین امیدواری و رضایت از زندگی رابطه ی مثبت معناداری وجود دارد.

یکی دیگر از متغیرهایی که رابطه تنگاتنگی با بهزیستی روانی دارد شادکامی میباشد. شادکامی از مهمترین نیازهای روانی بشر است که تاثیر عمده ای بر سلامت روان دارد، شادکامی حوزه نسبتاً تازه در مطالعات روان شناسی میباشد نظریه پردازان تعاریف متعددی در باره شادکامی ارائه کرده اند که در همه آنها به نوعی تجربه کردن احساسات مثبت به چشم میخورد. شادکامی یعنی احساسات مثبت زیاد، رضایت بالا از زندگی و احساسات منفی داشتن. و شادکامی را بعنوان مجموعه ای از عواطف و ارزیابی شناختی از زندگی تعریف کرده اند و آن را درجه ای از کیفیت زندگی افراد میدانند که به طور کلی مثبت ارزیابی، بنابراین، شادکامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد. نخست آن که جزئی عاطفی و هیجانی دارد که باعث میشود فرد شادکام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد (۲۷).

دوم آن که جزئی اجتماعی دارد که گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد. و سوم آن که جزئی شناختی دارد که موجب میگردد فرد شادکام نوعی تفکر و پردازش اطلاعات ویژه خود داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که خوشبینی وی را به دنبال داشته باشد (۶).

در مجموع؛ در کشور ما با وجود پیشرفتهای شایان توجهی که در سالهای اخیر در امر بهداشت بوجود آمده به مسئله سالمندان توجه کافی نشده است. روز به روز بر جمعیت سالمندان افزوده می شوند و در این جا است که ما بدانیم و بیاموزیم که چگونگی زیستن آنها می تواند کمک بزرگی در گره گشایی بسیاری از مشکلات باشد. در حال حاضر شهرستان اصفهان مانند کل کشور ایران با توجه به مرحله انتقال ساختار سنی جمعیت از جوانی به سالخوردگی، تعداد جمعیت سالمندی افزایش یافته است و از آنجا که پدیده سالمندی همواره با اختلالات جسمی و روحی توأم است لذا پژوهشگر به آن است که آیا بین بهزیستی روانی و امید با شادکامی سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد؟

ضرورت و اهمیت تحقیق

از آن جایی که سالخوردگی فرایندی همگانی است و در کل دوران زندگی ادامه دارد، آماده ساختن کل جمعیت برای دوران سالخوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاستهای توسعه اقتصادی، اجتماعی باشد و با مساعی زیادی در کلیه سطوح کشوری، محلی، خانوادگی و فردی توأم گردد، شیوه برخورد با این مساله نیز باید جامع و توسعه ای بوده و همه جنبه های حیاتی را که تعیین کننده کیفیت زندگی و سلامت روان سالمندان میباشد در برگیرد و توسعه یابد. براساس پیش بینی سازمان ملل در گزینه حد متوسط رشد، میانه سنی جمعیت در ایران در سال ۲۰۵۰ به حدود ۴۰ سال خواهد رسید و تعداد سالمندان قریب به ۱۸-۲۲ درصد کل جمعیت ایران را تشکیل خواهد داد. انتقال جمعیت همراه با انتقال اپیدمیولوژیک سبب افزایش جمعیت سالمند و افزایش بار بیماریهای مزمن در این گروههای سنی خواهد شد در این بین تغییرات ناشی از گذار اجتماعی در ایران که همگام با انتقال جمعیتی صورت میپذیرد، سبب شده است تا ساختارهای جدید از بر آوردن نیازها و احتیاجات سالمندان ناتوان بماند. بدیهی است با تغییرات حاصل از تحولات اجتماعی و اقتصادی، جوامع باید شاهد مشکلات خاص این گونه تحولات از جمله مسائل مربوط به سالمندان باشد و به همین دلیل ضرورت دارد که متفکران علوم انسانی و اجتماعی و نیز دست اندرکاران رفاه اجتماعی بخشی از مطالعات خود را به مشکلات سالمندان اختصاص دهند. با توجه به اینکه جمعیت سالمند سهم کمی از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است اما فزونی سرعت رشد جمعیت سالمند در مقایسه با رشد جمعیت کل کشور و پیش بینی افزایش تعداد سهم سالخوردگان در سالهای آتی لزوم برنامه ریزی آینده نگر برای کنترل مسائل مربوط به این گروه از جمعیت را مورد تأکید قرار می دهد. برنامه ریزی های

اقتصادی، اجتماعی، توسعه ای و رفاهی مستلزم در نظر گرفتن هماهنگی برنامه ها با ساختار و تحولات جمعیتی است، زیرا جمعیت محوری است که شاخصهای دیگر رفاه بر روی آن میچرخد و به وسیله آن تبیین و تحلیل میشود و این مسائل ضرورت طرح مساله سالمندی را به شکل جدی خاطر نشان میسازد (۲).

افرادی که در سنین متوسط زندگی هستند سالمندان فردا را تشکیل میدهند ضمن مطالعات متعدد در نقاط مختلف جهان نشان داده است که اگر افراد در سنین پایینتر به خوبی آماده شده باشند وقتی که به سن پیری میرسند میتوانند مدت طولانی تری بصورت سالمند جوان باقی مانده و به عنوان یک شهروند فعال و مولد به زندگی خود ادامه دهند و این درست همان چیزی است که در کشورهای پیشرفته امروزی شروع به درک آن کردهاند و اطلاعات وسیعی مربوط به یک سلسله تغییرات اجتماعی مورد نیاز در این زمینه تحصیل شده است به علاوه داده های آماری نشان میدهد که بخش مهمی از قشر سالمند جامعه از لحاظ جسمی سالم و از نظر اقتصادی کاملاً فعال هستند و به منزله سرمایه پر ارزشی برای کشور به حساب میآیند ولی برنامههای موجود و نظام بوروکراتیک بازنشستگی در بیشتر موارد به آنان اجازه ورود به نیروی کار را نمیدهد. شیوه برخورد با این مساله نه تنها این احساس را در سالمندان بوجود می آورد که مورد خواست جامعه میباشد بلکه از بروز بعضی از اختلالات جسمی و روانی که حاصل انزوا و عدم پذیرش جامعه میباشد جلوگیری خواهد کرد و هر نوع ملاحظاتی با این شیوه برخورد از بار کشور برای مراقبت از سالمندان که روزبهروز نکته دیگری که در این زمینه اهمیت دارد مساله بهداشت روان و سلامت روان سالمندان است. بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی از عوامل مهم در سلامت روان سالمندان است. یکی از ویژگیهای سالمندان موفق و پویا داشتن قدرت کنار آمدن با فرایندهایی است که بصورت همه جانبه در طول عمر گسترده شده است. روان شناسان در توصیف تعریف سلامت روانی بیشتر از اصطلاح بهزیستی روانشناختی که بار مثبت دارد استفاده می کنند (۲).

بنا به توضیحاتی که در بالا ارائه شد ارائه اطلاعات دقیق در مورد ارزیابی نیازهای بهداشت روانی و بهزیستی روانشناختی افراد مسن و همچنین برای حفظ سلامت روان افراد مسن بسیار لازم و ضروری به نظر می رسد. شواهد زیادی نشان می دهد که برخلاف تصور گذشته، پیری بدنی تحت تاثیر ژنها نیست، بلکه عناصر مربوط به شیوه زندگی (که میتواند تغییر کند)، نیز به همان اندازه تاثیر قدرتمندی بر پیری دارند. سبک زندگی را میتوانیم به مجموعه ای از رفتارها تعبیر کرد که فرد آنها را به کار میگیرد تا نه فقط نیازهای جاری او را بر آورد بلکه روایت خاصی را که وی برای هویت شخصی خود برگزیده است در برابر دیگران مجسم سازد. در دهه اخیر بدون سبک زندگی و هویت اجتماعی، یعنی بدون چهارچوب های مشخصی که شباهتها و تفاوتها را آشکار میسازد، افراد یک جامعه امکان برقراری ارتباط معنادار و پایدار میان خود نخواهد داشت. در دهه اخیر فرایند سبک زندگی به سمت گسستن از شالوده های ساختاری و تبدیل شدن به فرایندهای انعکاسی میروند. همچنین شادکامی به عنوان موضوع مهم که میتواند بر سالمندی تأثیر بسیار زیادی بگذارد به عنوان موضوعی برای این پژوهش مطرح شده است و رابطه بین شادکامی را با افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانی به زندگی افراد سالمند میگردد را مورد بررسی قرار میدهد

روش

این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی و جامعه آماری آن سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به نوع پژوهش و تعداد متغیرهای مورد مطالعه از این جامعه منطبق با جدول برآورد نمونه مورگان تعداد ۴۰۰ نفر (۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد) به شیوه تصادفی در رسترس انتخاب و با مقیاس امید به زندگی اشنایدر، و پرسشنامه ی بهزیستی روان شناختی ریف و نیز پرسشنامه شادکامی آکسفورد مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر:

پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر با جهت گیری مثبت و منفی که ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرانباخ ۰.۷۰ و ضریب پایایی پس از یک ماه ۰.۷۴ محاسبه شد. پرسشنامه امید تابید اعتبار سازه توافقی و تفکیکی قابل توجهی را دریافت کرده است. در اعتبار سازه ای افراد امید وار به راحتی را ههای زیادی برای رسیدن به اهدافشان ایجاد می کنند و از عاملیت ذهنی بیشتر برای بکار گیری آن راهها برخوردارند. در رابطه با اعتبار تفکیکی پرسشنامه امید همبستگی قابل قبولی با IQ و خودآگاهی ندارد. در رابطه با اعتبار توافقی پرسشنامه امید با پرسشنامه های مختلفی که برای ارزیابی مفاهیم مشابه بکار رفته است. همبستگی مثبت وجود دارد، نظیر مثبت نگری (اسکیرو و کارو، ۱۹۸۵) انتظارات کلی

در رابطه با موفقیت فیبل و هال (۱۹۸۵) حل مساله (هیپزو پیترسون، ۱۹۸۲) پرسشنامه ستیر، (۱۹۸۲) و نمرات عزت نفس (روزنبرگ، ۱۹۶۵) در ارتباط با کارآمدی تفکیکی پرسشنامه امید در بررسی واریانس قدرت با سایر متغیرهای پیش بینی کننده، پیش بینی کنندگی اختصاصی دارد.

و به عنوان متغیرهای پیش بینی کننده و مهارت‌های مقابله ای و تمرکز بر مسئله به عنوان متغیر ملاک انجام پذیرفت (۲۸).

پرسشنامه شادکامی آکسفورد:

آزمون شادکامی آکسفورد توسط آرجیل و لو در سال ۱۹۹۰ تهیه شده است. آرجیل پس از رایزنی با بک، جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد و بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن افزود تا سایر جنبه های شادکامی را در بر گیرد پس این مقیاس را در مورد تعدادی از دانشجویان اجرا نمودند و با توجه به روایی صوری پرسشها و حذف چند ماده، در نهایت فرم نهایی ۲۹ سوالی پرسشنامه آماده گردید (۲۹). آزمون در ایران توسط علی پور و نور بالا (۱۳۸۷) ترجمه شده و روایی صوری آن توسط ۱۰ کارشناس مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی این آزمون با روش دو نیمه کردن ۹۲/۰ و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۹۳/۰ به دست آمد. با روش تحلیل عامل ۵ عامل از ۲۹ سوال آزمون استخراج شد که ۱/۵۷ درصد از واریانس کل را تبیین میکنند (۳۰).

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹)

این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر میگیرد. شرکت کنندگان در مقیاسی ۶ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤالات پاسخ میدهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمرهگذاری میشوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه هایی که صفات شخصیتی را میسنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار میرفتند، از سنجه هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (۳۱)، رضایت زندگی نیوگارتن (۳۲) و حرمت خود روزنبرگ (۳۳) استفاده کرد. این آزمون از ۶ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس رضایت از زندگی که متشکل از ۱۴ سؤال است، خرده مقیاس معنویت که دارای ۱۹ سؤال است، خرده مقیاس شادی و خوش بینی که ۱۴ سؤال از پرسشنامه را به خود اختصاص داده است، خرده مقیاس رشد و بالندگی فردی که شامل ۸ سؤال است. خرده مقیاس ارتباط مثبت با دیگران که متشکل از ۸ سؤال است و بالاخره خرده مقیاس خود، پیروی از ۱۳ سؤال را شامل می شود. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاسهای فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه ای روا محسوب شد، آلفای کرونباخ به دست آمده است (۳۴). داده ها با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد بررسی قرار گرفت. هدف تحقیقاتی که از تحلیل رگرسیون استفاده می کنند، معمولاً پیش بینی یک یا چند متغیر ملاک از یک یا چند متغیر پیش بین است. ورود متغیرهای پیش بین در تحلیل رگرسیون به شیوه های گوناگون صورت میگیرد. در روش گام به گام، اولین متغیر پیش بین بر اساس بالاترین ضریب همبستگی صفرمرتب با متغیر ملاک وارد تحلیل میشود؛ از آن پس، سایر متغیرهای پیش بین بر حسب ضریب همبستگی تفکیکی (جزیی) و نیمه تفکیکی (نیمه جزیی) در تحلیل وارد میشود. در این روش پس از ورود هر متغیر جدید، ضریب همبستگی نیمه تفکیکی یا تفکیکی تمام متغیرهایی که قبلاً در معادله وارد شده اند، به عنوان آخرین متغیر ورودی مورد بازبینی قرار میگیرد و چنانچه با ورود متغیر جدید، معناداری خود را از دست بدهند، از معادله خارج میشود. در این پژوهش برای محاسبه ی ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد.

یافته ها

جدول ۱، شاخص های توصیفی آزمودنیها را در متغیرهای مورد مطالعه نشان میدهد.

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانی	۴۰۰	۵۰/۲۴	۱۲/۱۱
شادکامی	۴۰۰	۵۴/۵۶	۹/۶۲
امید به زندگی	۴۰۰	۱۳/۷۱	۴/۶۰

جدول ۱، شاخص های توصیفی آزمودنیها

همانطور که مشاهده می شود نتایج همبستگی امید به زندگی و بهزیستی روانی (۰/۲۰) با امیدواری و شادکامی (۰/۵۸) و شادکامی با بهزیستی روان شناختی (۰/۴۸) همه در سطح $p < 0/01$ معنادار است. برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای امیدواری و شادکامی در واریانس بهزیستی روانی از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: خلاصه ی تحلیل رگرسیون گام به گام برای تبیین متغیر ملاک

مدل متغیرها	ضریب همبستگی	ضریب تعیین R2	ضریب همبستگی تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
شادکامی	۰,۴۸	۰,۲۳	۰,۲۳	۱۰,۵۹
شادکامی / امید به زندگی	۰,۴۹	۰,۲۴	۰,۲۴	۱۰,۵۳

مندرجات جدول ۲ نشان میدهد که طی دو گام، دو مولفه ی شادکامی و امیدواری با بهزیستی روانی، دارای همبستگی چندگانه است که بر اساس اهمیت ترتیب متغیرهای پیش بین در تحلیل رگرسیون گام به گام، در اولین گام، شادکامی با ضریب تعیین ۲۳ درصد قادر به پیش بینی بهزیستی روانی است.

جدول ۳: تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

منبع تغییرات	Ss	df	MS	F	Sig.
رگرسیون	۱۳۸۲۳/۱۹	۱	۱۳۸۲۳/۱۹	۱۲۳/۱۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۴۴۶۸۹/۲۸	۳۹۹	۱۱۲/۲۵		
مجموع	۵۸۵۱۱/۴۷	۳۹۹	۷۲۲۲۲/۳۹		
رگرسیون	۱۴۴۴۷/۷۹	۲	۱۱۱/۰۲	۶۵/۰۵	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۴۴۰/۵۷	۳۹۷			
مجموع	۴۴۰۶۰/۶۷	۳۹۹			

در دومین گام، با اضافه شدن امیدواری به شادکامی، ضریب تعیین به ۲۴ درصد رسیده است که می توان گفت امیدواری با ۱ درصد، قادر به پیش بینی متغیر بهزیستی روانی است. بنابراین با توجه به مندرجات ستون ضریب تعیین ارایه شده در جدول ۳، میتوان گفت ۲۴ درصد از تغییرات بهزیستی روانی به وسیله مدل رگرسیون متغیرهای شادکامی و امیدواری قابل پیش بینی است و تحلیل واریانس، اعتبار رگرسیون گام به گام را درپیش بینی بهزیستی روانی مورد تایید قرار می دهد (جدول ۴).

جدول ۴: ضرایب رگرسیون برای پیش بینی بهزیستی روان شناختی

متغیرها	ضرایب بدون استاندارد	ضرایب استاندارد شده	T	سطح معناداری	B	خطای معیار	Beta
ثابت	۱۶/۸۵	۳/۰۵	۵/۵۱	۰/۰۰۱			
شادکامی	۰/۶۱	۰/۰۵	۱۱/۰۹	۰/۰۰۱			
ثابت	۱۶/۳۱	۳/۰۴	۵/۳۵	۰/۰۰۱			
شادکامی	۰/۷۰	۰/۰۶	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱			
امیدواری	۰/۳۳	۰/۱۴	۲/۳۴	۰/۰۱			

در جدول ۴، تحلیل رگرسیون به روش گام به گام، طی دو گام، دو متغیر شادکامی و امیدواری برای پیش بینی بهزیستی روانی وارد معادله ی رگرسیون شده است؛ یعنی ش، با ضریب بتای ۰/۵۶ با $P=0/001$ رابطه ی مثبت و معنادار دارد. همچنین متغیر امیدواری با ضریب بتای ۰/۱۲ رابطه ی مثبت و معناداری با بهزیستی روانی دارد. این نتیجه، نشان دهنده ی آن است که افزایش شادکامی و امیدواری، میزان بهزیستی روانی را در سالمندان پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه گیری

از جمله یافته تحقیق این بود که بین بهزیستی روانی با شادکامی رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. این یافته با یافته های تحقیقات استادیان، قنواتی و کجباغفزا (۴)، کش و لیوومیرسکی (۱۴) و گرای و همکاران (۱۵) همسو است. بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. این جزء، قضاوت شناختی افراد در خصوص چگونگی پیشرفتشان را شامل میشود. این در حالی است که طبق نظریه داینر (۳۵) نیز شادکامی قضاوتهایی است که افراد از خود و زندگی شان به عمل میآورند، مانند قضاوتهایی که در مورد خشنودی از زندگی صورت میگیرد.

یافته ی پژوهش حاضر، نشان داد که امید به زندگی با بهزیستی روان شناختی رابطه ی مثبت دارد. این یافته با نتایج تحقیقات رودیگرز، جورج، (۱۶-۱۷) همخوانی دارد و تبیین رابطه ی امیدواری با بهزیستی روان شناختی کار چندان دشواری نیست. به عقیده ی استاتس (۱۹۸۶) امید، دو مولفه ی شناختی (انتظار روی دادن وقایعی درآینده) و عاطفی (برای مثال امید به این که این رویدادها رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) دارد که مولفه ی عاطفی آن میتواند پیش بینی کننده ی وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. برخوردار بودن از یک تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی رایتفکرهفمداروآشنایی بامسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب بهزیستی روانی در افراد میشود؛ به عبارت دیگر، بین این دو یک رابطه ی تعاملی به وجود می آید که افزایش امید، باعث بهزیستی روانی بیشتر در زندگی میشود.

با جمعبندی یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که در کنار عوامل دیگری که با شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد در ارتباط هستند،

یافته های این پژوهش همچنین نشان داد که شادکامی با بهزیستی روان شناختی رابطه ی مثبت دارد. این یافته، همسو با یافته های پژوهش یونانو (۳۶) ماستن (۳۷) کانر و دیودسون (۳۸) لازاروس (۳۹) است که کاهش میزان شادکامی در برابر رویدادهای زندگی را در فرد با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته اند. شادکامی، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابله ی موفق با تجربه های منفی میشود. بر این اساس، شادکامی از طریق تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه ای به انطباق پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی میشود و افرادی که از بهزیستی روان شناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری آنها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هر چه فرد قدرت بیشتری در شادکامی، مقابله با مشکلات و استرسهای زندگی داشته باشد کمتر در معرض آشفتگی های روانی و هیجانی قرار میگیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری بهره مند میشود. به نظر میرسد که افراد شادکام، به طرز خلاقانه و انعطاف پذیری به مسایل مینگردند، برای حل آنها طرح و برنامه ریزی می کنند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمپورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث میشود فرد از بهداشت روانی و بهزیستی روان شناختی بالایی برخوردار باشد. یافته های این پژوهش، نشان داد که امیدواری و شادکامی قادرند تغییرات بهزیستی روان شناختی را به طور ترکیبی پیش بینی کنند. در توجیه این یافته میتوان گفت که با ارتقای شادکامی، فرد میتواند در برابر عوامل استرس زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان شناختی میشود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه کند. شادکامی، با تعدیل و کم رنگتر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی روانی افراد را تضمین میکند.

در پایان، پیشنهاد میشود مطالعات بعدی در بررسی عوامل تأثیرگذار بر شادکامی سایر اقشار، تأثیر عوامل فرهنگی، محیطی و خانوادگی را مورد بررسی قرار دهند. همچنین، با توجه به اینکه سطح تحصیلات و تجربیات در جامعه و جامعه عادی تا حدی متفاوت است، به همین دلیل بهتر است که پژوهشهایی از این دست در جامعه های غیرسالمندان هم اجرا شود تا نتایج از اعتبار و قابلیت بیشتری برخوردار باشد.

پیشنهاد

شادکامی موجب رضایت از زندگی میشود؛ ازاینرو، افزایش شادکام ازطریق مداخلات روانشناخت در سالمندان، میتواند بهزیستی و امدی به زندگی را در آنها افزایش دهد.

همچنین، سالمندان با شناخت و ارزیابی صحیح از محدودیتهای خود و تبعات روانی و اجتماع و که ، میتوانند بهتر و مناسبتر با مسائل پیرامون خود برخورد کرده و به انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت روانی و مداخلات روانشناخت مؤثر تن دهند. این پژوهش به دلیل ماهیت خاص خود، در نمونه گیری محدودیت بسیار داشته است. دسترس به همه اعضای وجود نداشت که این موضوع، نمونه گیری به صورت تصادفی را با مشکل همراه ساخت . مشکلات دیگر این پژوهش تعداد تحقیقات بسیار اندک است که در این زمینه انجام شده است.

منابع :

۱. چنگیزی فرشته، پناه علی امیر(۱۳۹۵) اثربخشی روایت درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان شهر تبریز آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی): تابستان ۱۳۹۵، دوره ۹، شماره ۳۴، از صفحه ۶۳ تا صفحه ۷۶.
۲. کشاورز، صدیقه (۱۳۹۱) بررسی رابطه سبک زندگی و امید به زندگی با بهزیستی روانشناختی سالمندان آموزش و پرورش شهرستان داراب پایان نامه. غیر دولتی - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. ۱۳۹۱. کارشناسی ارشد
3. Caromano FA, Candeloro JM. Fundamentos da Hidroterapia para Idosos. Arq Ciências Saúde Unipar. 2009; 5(2): 187-95
۴. استادیان، مریم؛ قنوتی، بهمن؛ کجیاف نژاد، هادی. (۱۳۹۰) رابطه شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان فرهنگ در دانشگاه اسلامی، (۲) ۱۵، ۴۷.
۵. طاهری مهدی؛ یاریاری فریدون؛ صرامی غلامرضا(۱۳۹۲) رابطه بین سبکهای هویت، شادکامی و بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دانشگاه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی سال چهاردهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲، پیاپی ۵۱ صص ۷۲-۸۲
6. Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55, 5-14.
۷. قاسمپور، عی، جودت، حمید محمد، سلیمانی، مهدی و ژاله شعبانلو، کیما(۱۳۹۲) شادکامی به عنوان پیشگوی بهزیستی روانشناختی دانشآموزان پسر ورزشکار. تازههای علوم کاربردی ورزش، ۲، ۲۵-۳۲
8. Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. Journal of Research in Personality, 39, 395-422.
9. Savares, S. (1986). Hope: Expected Positive Affect in an Adult Sample. Journal of Genetic Psychology, 148(3), 357-364.
10. Mayer, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. Journal of American Psychologist, 56(3), 227-238.
11. Skevington, S. M. (2008). On Subjective Well-being and Quality of Life. Journal of Health Psychology, 13-735-746
12. Ebrahimi, H., Ashrafi, Z., Eslampanah, G., & Noruzpur, F. (2014) Relationship between spiritual wellbeing and quality of life in hemodialysis patients. Journal of Nursing and Midwifery Sciences, 1(3)41-48
13. Fritzell, S., Gunilla, R. W., Johan F., & Burstrom, B. (2007). From macro to micro: The health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. Social Science & Medicine, 65 (12), 2474.
14. Gray, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a conceptual analysis. Journal of Adolescent, 26, 1-11.
15. Keyesh, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior: 43, 207-222.
۱۶. پورعبدل سعید؛ عباسی مسلم؛ پیرانی ذبیح؛ عباسی محمد (۱۳۹۴) رابطه امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی با کیفیت زندگی در سالمندان، مطالعات روانشناسی، مقاله ۶، دوره ۱، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۴، صفحه ۵۷-۶۵
۱۷. افکاری شهرستانی، زهرا و عبدالله علیزاده، ۱۳۹۴، رابطه امید به زندگی، نگرش مثبت به مرگ و بهزیستی روانشناختی در بین زنان و مردان بالای ۳۰ سال در تهران، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار، https://www.civilica.com/Paper-EPSCONF02-EPSCONF02_0615.html
۱۸. پاییزی، مریم؛ شهر آرای، مهرناز؛ فرزاد، ولی اله؛ صفایی، پریش. (۱۳۸۶) بررسی اثر بخشی آموزش ابراز وجود بر شادکامی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دختر پایه دوم و سوم رشته علوم تجربی دبیرستانهای تهران. مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهراء، (۴) ۳، ۴۳-۲۵

۱۹. خسروشاهی، جعفر بهادری؛ نصرت آباد هاشمی، تورج؛ (۱۳۹۰) رابطه ی امیدواری و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان، اندیشه و رفتار، اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی): دوره ۶، شماره ۲۲؛ از صفحه ۴۱ تا صفحه ۵۰.
20. Spiker, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40 (6), 1213-1222.
۲۱. میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۹) بررسی تأثیر آموزش مهارتهای تفکر خلاق و نقاد در بهزیستی روانشناختی دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر چهارم. تفکر و کودک، دوره ۵، شماره ۹، ۲۱-۳۷
22. Schnider, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *Journal of American Psychologist*, 59(1), 20-28.
23. Rodriguze, D. (2006). Colombian happiness, hope on interdisciplinary look at the correlation between explanatory style, cultural and satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 52, 1260-1284.
24. Bronki, M. A., Khan, M. M., Karim, M. S., & Mir, M. U. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 46-51.
25. Vells, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in Later Life. *Journal of Gerontology: Social sciences*, 65 (3), 331-339.
26. George, A. (2004). *Positive Psychology*. London: Routledge. Cole, K. (2002). Well-being, psychological capital, and unemployment. *Journal of Health psychology*.
۲۷. یوسفی، مریم و فلور خیاطان، ۱۳۹۴، مقایسه شادکامی، بهزیستی روانشناختی و کمال گرایی شغلی بین پرستاران زن بخشهای مختلف بیمارستانهای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی همدان ۲۳ (۲)،
https://www.civilica.com/Paper-JR_NMJ-JR_NMJ-23-2_006.html
28. George, K. C., Hill, P. L., Lapsley, D. k., Talib, T. L., & Finch, H. (2009). Purpose, hope, and Life
29. Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
30. Emek-Savaş, D. D., Güntekin, B., Yener, G. G., & Başar, E. (2015). Decrease of delta oscillatory responses is associated with increased age in healthy elderly. *International Journal of Psychophysiology*
31. Goldsmith, A. Veum, J., & Darity, W. (1997). Unemployment, Joblessness, Psychological Well-Being and Self-Esteem: Theory and Evidence. *Journal of Socio-Economics*, 26, 133-158.
32. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: SID Springer.
33. McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis. In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, of coping, and adaptation: Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
34. Miller, J. F. & Powers, M. (1988). Development of an instrument to measure hope, *Nursing Research*, 37, 35- 56.
35. Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. New York: Wiley.
36. Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
37. Younano, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Parker, C. P., Baltes, B., Young, S., Altmann, R., LaCost, H., Huff, J., & Roberts, J. E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
38. Kayyer, M. (2005). The effective factors on resistance in the people with risk of substance abuse. *Archive Doctoral thises*. University of welfare. (Persian).
39. Lavarez, B., Kirsten, D.K., & Wissing, M.P. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology*, 33, 212-218.
40. Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
41. Thought & Behavior in Clinical Psychology Connor, M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma, *The Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 46-49.
42. Wells, M. (2005). The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. *Texas A&B University-Commerce*.