

# تحلیل جامعه‌شناختی تعیین‌کننده‌های احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان شهر اهواز

نورالدین اله‌دادی<sup>۱</sup>، جعفر کردزنگنه<sup>۲</sup>، ابراهیم میرزایی<sup>۳</sup>، فاطمه هلیچی<sup>۴</sup>

شناسه پژوهشگر (ارکید): ۳۳۳۴-۲۵۱۴-۰۰۰۰-۰۰۰۳

شناسه پژوهشگر (ارکید): ۵۹۴۱-۹۳۳۲-۰۰۰۰-۰۰۰۲

شناسه پژوهشگر (ارکید): ۲۱۱۷-۲۸۳۳-۰۰۰۰-۰۰۰۲

شناسه پژوهشگر (ارکید): ۲۳۳۴-۹۴۷۶-۰۰۰۹-۰۰۰۱

مقاله علمی پژوهشی

## چکیده

امروزه کمابیش در تمام جوامع پدیده سالمندی مسئله‌ای مهم به شمار می‌رود و مسائل سالمندان و فراگرفتن سیاست‌گذاری‌های بایسته درباره آن‌ها یک نگرانی مشترک جهانی است. از سوی دیگر، احساس یأس و ناامیدی در سالمندان از جمله مشکلات فراگیر آن‌هاست که افزایش امید سالمندان، سلامت جسمانی و ارتباطات اجتماعی ایشان را تا اندازه زیادی تحت الشعاع قرار می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، تحلیل تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر احساس یأس و ناامیدی در میان سالمندان شهر اهواز است. در این پژوهش، ۳۷۰ نفر از سالمندان شهر اهواز با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. نتایج نشان داد بین تعیین‌کننده‌های اجتماعی و فرهنگی و احساس ناامیدی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد و ۳۰٪ از این احساس به‌واسطه متغیرهای تعیین‌کننده اجتماعی و فرهنگی تبیین و پیش‌بینی می‌شود. همچنین، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی به ترتیب بیشترین تأثیر را بر احساس یأس و سالمندان داشتند. بر این پایه، پرداختن به مسائل و نیازهای سالمندان و دوره سالمندی به عنوان یکی از برجسته‌ترین دستاوردهای توسعه، ضرورتی اجتماعی است. همچنین، بررسی رفتارهای مرتبط با تندرستی و کیفیت زندگی اجتماعی آنان از جمله احساس یأس و ناامیدی، موضوع مهمی است که نیازمند سیاست‌های علمی، اجتماع‌محور و بنیادی است.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، یأس، ناامیدی، حمایت اجتماعی، اهواز.

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران/alahdadi@pnu.ac.ir

۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران/jkzanganeh@pnu.ac.ir

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)/ebrahimmirzaei@pnu.ac.ir

۴. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور، ahlychy891@gmail.com



تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۹



دوفصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال چهاردهم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۳۴۳ تا ۳۷۰

ISSN: 2476-6933/ © Kharazmi University

# Sociological analysis of determinants affecting the feeling of despair and hopelessness of the Elderly

**Nouredin Alahdadi**

Assistant Professor, Department of Sociology, Payam Noor University, Tehran, Iran (nalahdadi@pnu.ac.ir)

**Jafar Kordzanganeh**

Assistant Professor, Department of Sociology, Payam Noor University, Tehran, Iran (jkdzanganeh@pnu.ac.ir)

**Ebrahim Mirzaei (corresponding author)**

Assistant Professor, Department of Sociology, Payam Noor University, Tehran, Iran, (ebrahimirzaei@pnu.ac.ir)

**Fatemeh Hlychy**

Master of Science, Department of Sociology, Payam Noor University, Tehran, Iran (ahlychy891@gmail.com)

Research Article

## Abstract

Nowadays, the aging phenomenon is an important issue in almost all societies. In fact, the issues of the elderly and the adoption of correct policies regarding them have now become a common global concern. On the other hand, the feeling of hopelessness and despair in the elderly is one of their common problems, which greatly affects the hope of the elderly, their physical health, and their social relationships. The aim of the current research is to analyze the social and cultural determinants affecting the feeling of hopelessness and despair among the elderly in Ahvaz city. In this research, 370 elderly people from Ahvaz city were selected as the sample size using multi-stage cluster sampling method. Data analysis was done on two descriptive and inferential levels using SPSS version 24 software and Structural model Pls. The results showed that there is a significant relationship between social and cultural determinants and the feeling of despair and despair of the elderly and 30% of the despair and despair of the elderly are explained and predicted by social and cultural determinant variables. The results of the research show that the social support variable with a beta coefficient of 0.40 is the most influential factor on the despair and despair of the elderly, and then the social capital factor with a beta coefficient of 0.21 has the greatest impact on the despair and despair of the elderly as a dependent variable of the research. In addition, the results of this study showed that the more the social factors including social support, social capital, socioeconomic base and living arrangements among the elderly improve, the level of hopelessness and despair among them decreases.

**Keywords:** Elderly, Despair, Frustration, Social support, Ahvaz.



**Social Problems of Iran**

Biannual Journal, Vol. 14, No. 2, Autumn & Winter 2024, 9–42.

Received: 21/11/2023 Accepted: 19/1/2024



## ۱. مقدمه و بیان مسئله

در دنیای مدرن و پیشرفته امروزی، توسعه اجتماعی اقتصادی منجر به کاهش رشد جمعیت و افزایش امید زندگی در سطح جهانی شد. به این ترتیب فرایند انتقال جمعیتی تغییر ساختار سنی جمعیت و به عبارتی گذار سنی جمعیت را در پی داشت، به طوری که انتظار می‌رود به تدریج وزن جمعیت از گروه‌های سنی جوان به گروه‌های سنی بالا منتقل شود.

در زمان‌های گذشته تعداد اندکی از افراد به سنین کهولت و پیری می‌رسیدند، اما در جهان کنونی پیشرفت‌های فناوری و بهداشتی باعث شده تا افراد سال‌های بیش‌تری عمر کنند و مرگ آن‌ها در سنین بالاتری اتفاق افتد، در نتیجه در حال حاضر افراد بیش‌تری می‌توانند سنین پیری را تجربه نمایند. از طرف دیگر از آنجاکه تقریباً تمامی کشورهای دنیا دوره باروری بالا را پشت سر گذاشته و یا در حال گذار از آن هستند، طبیعتاً تعداد افراد زیادتری نسبت به گذشته به مرحله پیری می‌رسند. در سطح جهانی بعد از کاهش میزان مرگ‌ومیر و احتمال زنده ماندن کودکان تا سنین بزرگسالی، میزان باروری کل رو به کاهش گذاشت. در نتیجه تعداد افراد سالخورده جوامع رو به افزایش گذاشت و در حال حاضر جمعیت بسیاری از کشورها رو به سالخوردگی رفته و انتظار می‌رود سایر کشورها نیز در آینده این پدیده را تجربه نمایند.

بررسی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که جمعیت جهان رو به سالمندی می‌رود و این روند در آینده سریع‌تر از قبل خواهد بود. نسبت جمعیت سالمند جهان (۶۵ ساله و بیش‌تر) در سال ۲۰۲۰، برابر ۹٫۳٪ بود. با فرض ثبات باروری در مقدار کنونی خود، متوسط در سال ۲۰۵۰ این مقدار بیش از دو برابر خواهد شد، یعنی به مقدار ۲۲٫۸٪ خواهد رسید (فتحی، ۱۳۹۸: ۷).

هرچند مسئله سالمندی در دهه‌های اخیر و در مباحث نظری جامعه‌شناسان کلاسیک مورد توجه قرار گرفته است، اما همچنان به عنوان موضوع قابل تأمل در بررسی پدیده‌های اجتماعی به شمار می‌رود. فرایند «سالمندی» تمام موجودات زنده از جمله انسان را در برمی‌گیرد. این دوره حاصل شرایط پیچیده‌ای از عوامل ژنتیک، متابولیک، هورمونی و همچنین روانی و اجتماعی است که بر عملکرد بدن اثر می‌گذارد و باعث پیری می‌شود (دبوار، ۱۳۹۸: ۱۳). سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله ضرورتی اجتماعی است (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۶: ۳۰).



به دنبال افزایش جمعیت سالمندان در اروپا و سایر نقاط جهان، در ایران نیز مسئله سالخوردگان به تازگی به دغدغه‌ای مهم تبدیل شده است. پیش‌بینی شده که در طول ۳۰ سال آینده سالمندان حدود ۲۰٪ از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (عبدی زرین و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۱). علاوه بر این، این پدیده همزاد با تحول جمعیت است و به موازات کاهش سطح باروری و افزایش امید به زندگی شکل می‌گیرد. مشاهدات محققان حاکی از این است که اکثر سالمندان دچار افسردگی، احساس یأس، ناامیدی و پوچی هستند و در کل از زندگی خود لذت نمی‌برند و زندگی آن‌ها هیجان و لذت مثبت را ندارد. همین نداشتن معنا در زندگی و ناامیدی و عدم لذت مثبت، می‌تواند عامل بسیاری از معضلات و مشکلات سالمندان از حیث فردی و اجتماعی باشد (تاجور، ۱۳۹۲: ۱۲۰).

هرچند برخی مطالعات در حیطه روانشناسی نشان می‌دهد کاربرد روش‌ها و سیاست‌های فرهنگی و آموزشی که بتواند سطح امید را در بین سالمندان ارتقا بخشد، جایگاه مناسبی در برنامه‌ها و سیاست‌های مراقبت از سالمندان داشته؛ اما عموماً در برنامه‌ریزی‌های ملی بیشتر توجه مراکز بهداشت بر سلامت جسمانی سالمندان معطوف شده و بر سلامت روانی و اجتماعی سالمندان تأکید کمتری شده است. این در حالی است که احساس امیدواری با سلامت روانی و جسمی با انواع مقیاس‌ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پُرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مسئله‌گشایی همبستگی مثبت دارد و آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند (کار، ۱۳۹۶: ۲۵).

پدیده سالخوردگی یکی از مهم‌ترین چالش‌های حال و آینده در ایران به شمار می‌آید و تحت تأثیر موج تغییردهنده ساختار جغرافیایی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. از سوی دیگر، توجه به مسائل و نیازهای این مرحله از زندگی، یک ضرورت اجتماعی است و تحلیل رفتارهای کاهش‌دهنده سلامت و کیفیت زندگی اجتماعی آنان، از جمله احساس یأس و ناامیدی موضوع مهم و درعین حال مغفول است.

مسئله‌مند بودن این پژوهش با محوریت سالمندان از آنجا ناشی می‌شود که سلامت اجتماعی ایشان موضوع مهمی برای سنجش استانداردهای کیفی جوامع به شمار می‌رود و با توجه به روند روبه‌افزایش جمعیت سالمندان، ضروری است عوامل مؤثر بر ابعاد مختلف این پدیده اجتماعی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد. همچنین سالمندی بر کلیه اعضای جامعه انسانی تأثیر می‌گذارد و در طول تاریخ مردم از تمام فرهنگ‌ها مجبور بوده‌اند با حقیقت سالمندی و غیرقابل اجتناب بودن مرگ کنار بیایند و این پدیده رویدادها و سازگاری‌هایی را موجب گشته است (خیرجو و حکمتی، ۱۳۹۸: ۵). از این رو ضروری است

مطالعات بیشتری درباره این پدیده از منظر اجتماعی انجام شود تا بتوان به راهکارها و نتایجی برای ارتقای میزان سلامت و امید سالمندان دست یافت.

نقش امید و شادی در زندگی بشریت، از دیگر نکاتی است که بر اهمیت این تحقیق می‌افزاید؛ به‌ویژه آنکه این دو مؤلفه در زندگی سالمندان کم‌رنگ هستند پرداختن به آن‌ها بر بهبود زندگی ایشان تأثیر بسزایی دارد. مطالعات آینده‌نگر و گذشته‌نگر نشان داده‌اند که افراد دارای سبک امیدوارانه در مقایسه با افراد دارای سبک مایوسانه، هنگام رویارویی با رویدادهای فشارانگیز زندگی کمتر به ضعف سلامت جسمانی یا افسردگی دچار می‌شوند یا کمتر اقدام به خودکشی می‌کنند. همچنین تحقیقات حاکی از وجود همبستگی معکوس و معنادار بین احساس یأس و ناامیدی با سلامت جسمی و روانی است (سلیمانی و عادل‌یان، ۱۳۹۶: ۲۹).

از این‌رو، مطالعه حاضر درصدد است ضمن بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر احساس یأس و ناامیدی سالمندان، به این پرسش پاسخ دهد که مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های جامعه‌شناختی احساس یأس و ناامیدی در سالمندان شهر اهواز کدام‌اند و سهم نسبی هر یک در این احساس چقدر است؟

## ۲. پیشینه تجربی

آبس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) مطالعه‌ای با عنوان «عوامل اجتماعی مؤثر بر ناامیدی سالمندانی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند» انجام دادند و دریافتند که سالمندان همراه با قرارگرفتن در معرض تغییرات شدید اجتماعی، احساس ناامیدی کرده و جمعیت سالمندان بی‌خانمان از این جهت در معرض بالاترین خطر هستند. از این‌رو حمایت اجتماعی و فراهم کردن سرپناه یا مسکن و رسیدگی به نیازهای اساسی آنان، می‌تواند عوارض ناشی از احساس یأس و ناامیدی در سالمندان بی‌خانمان را کاهش دهد. لانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در بررسی «نقش امید در سلامت و بهزیستی برای افراد مسن: یک رویکرد طولی»، دریافتند که احساس امیدواری بیشتر با سلامت جسمانی بهتر و نتایج رفتار سلامت در برخی از شاخص‌ها (به‌عنوان مثال، کاهش خطر مرگ‌ومیر، تعداد کمتر بیماری‌های مزمن، خطر کمتر سرطان و مشکلات خواب کمتر)، با سلامت روانی بالاتر همراه بود.

1. Abbs et al.

2. Long et al.



الیورا و همکاران (۲۰۱۷) نیز مطالعه‌ای با عنوان «امیدواری و رضایت از زندگی در میان سالمندان شرکت‌کننده در برنامه‌های یادگیری مادام‌العمر» انجام دادند. نتایج نشان از نقش میانجی امیدواری بر رضایت از زندگی در میان سالمندانی داشت که در برنامه‌های یادگیری مادام‌العمر شرکت می‌کنند. این یافته‌ها همچنین از مدل مک آرتور<sup>۲</sup> مبنی بر پیری موفق سازگار با افراد مسن با سطوح بالایی از توانایی عملکردی، اجتماعی و شناختی پشتیبانی می‌کنند. امیدواری، سلامت درک‌شده و حمایت اجتماعی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت از زندگی بودند.

در ایران نیز صابری‌نوغبابی و همکاران (۱۴۰۰) مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر امیددرمانی بر روحیه سالمندان» انجام داده و نشان دادند که در گروه آزمایش میزان نمرات ابعاد روحیه، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. عبدی‌زرین و همکاران (۱۳۹۹) در «مقایسه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی بین زنان و مردان سالمند ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده» دریافتند که حمایت اجتماعی و به‌ویژه حمایت خانواده و دوستان در بین سالمندان ساکن در خانواده به‌طور معناداری بالاتر از سالمندان ساکن در خانه سالمندان است. همچنین، اختلال در کارکرد اجتماعی در بین سالمندان ساکن در خانواده به‌طور معناداری بالاتر بود و بین حمایت اجتماعی و بیشتر ابعاد آن با سلامت عمومی و اکثر مقیاس‌های آن در هر دو گروه سالمندان رابطه معنادار وجود داشت. شیانی و حنان‌زارع (۱۳۹۱) در «بررسی تأثیر برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه بر میزان کیفیت زندگی سالمندان کهریزک» دریافتند سالمندانی که در برنامه‌های توان‌بخشی مبتنی بر جامعه شرکت داشته و خدمات معناداری را دریافت کردند، از میزان کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

بررسی پیشینه نشان می‌دهد پژوهش‌های مرتبط با سالمندان، عمدتاً بر اساس پارادایم روان‌شناختی و پزشکی است و پژوهشی که به بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر یأس و ناامیدی در بین سالمندان بپردازد، کم‌تر دیده می‌شود. می‌توان گفت متغیرها و تعیین‌کنندگان اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سلامت سالمندان به‌طور عام و مسئله یأس و ناامیدی سالمندان به‌طور خاص کمتر مورد توجه پژوهش‌های جامعه‌شناختی قرار گرفته است.

1. Oliver et al.

2. Mac Arthur

بنا بر آنچه گذشت، این پژوهش به دنبال آن است که با اتکا به پارادایم جامعه‌شناختی، تعیین‌کننده‌های یأس و ناامیدی سالمندان را مورد بررسی و تبیین علمی قرار دهد. از سوی دیگر، تحقیقات نسبتاً محدود و اندکی در این خصوص صورت گرفته و در این موضوع با نوعی خلأ تحقیقاتی مواجه هستیم. لذا انجام این تحقیق می‌تواند تا حدی به مرتفع شدن این خلأ کمک کند.

### ۳. چهارچوب نظری

در گذشته بسیاری از بیماری‌ها و مرگ‌ومیرها، علل عفونی داشته‌اند. در اواخر سده نوزدهم با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، این نوع بیماری‌ها کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن داده است که نمی‌توان از طریق دارو درمان کرد. بیماری‌های مزمن و همچنین احساس یأس و ناامیدی خصوصاً در دوران سالمندی، اغلب به دلیل سبک زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند (کاکرهام، ۲۰۱۸: ۱۵۹).

از دیدگاه کاکرهام، انتخاب‌های مرتبط با سلامتی در محدوده‌ای از موقعیت ساختاری قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر، انتخاب‌ها با فرصت‌های زندگی فرد می‌توانند تقویت یا محدود شوند. او سبک زندگی سالم را مجموعه انتخاب‌هایی می‌داند که فرد آن‌ها را بنا بر موقعیت اجتماعی خود برمی‌گزیند و فرصت‌های (موقعیت‌ها) زندگی را آشکال ساختاری اجتماعی در نظر می‌گیرد که مردم در آن زندگی می‌کنند (کاکرهام، ۲۰۱۴: ۲۶۲). موقعیت اجتماعی و انتخاب‌های عامل، هر دو در مفهوم سبک زندگی سالم (مثبت) نقش اساسی دارند. از نظر کاکرهام، در انتخاب سبک زندگی مثبت و منفی، مردمی که در طبقات بالای جامعه قرار دارند انتخاب‌های بیشتر، سالم‌تر و منابعی بیشتر در حمایت از تصمیم‌گیری خود دارند، برعکس، مردمی که در رده پایین اجتماعی قرار دارند، فشارهای اقتصادی-اجتماعی بیشتری بر انتخاب‌هایشان احساس می‌کنند و انتخاب‌های قابل دسترس کمتری نسبت به طبقات بالا دارند. از نظر کاکرهام، موقعیت طبقاتی تعیین‌کننده مهمی در سلامتی و پهنه زندگی محسوب می‌شود. به عقیده او، در میان متغیرهای منزلت اقتصادی-اجتماعی، آموزش قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سطح سلامتی افراد است، چون افرادی که از تحصیلات برخوردار هستند، سبک زندگی سالم‌تری دارند (کاکرهام، ۲۰۱۴: ۲۶۲).



بر اساس نظریه بوردیو، متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی، منجر به تغییر زمینه می‌شود که خود با ذوق و عملکرد در ارتباط است. بدین صورت تحت تأثیر زمینه‌های مختلف می‌توان سبک زندگی افراد را ترسیم کرد. مفاهیم زمینه، ذوق و عملکرد از مفاهیم مهم در نظریه بوردیو هستند. بوردیو به دنبال ساختن مدل نظری از عمل اجتماعی بود؛ یعنی کاری بیش از بدیهی پنداشتن آنچه مردم در زندگی روزانه خود انجام می‌دهند. اصل کار بوردیو به این بازمی‌گردد که عملکردهای رایج افراد چگونه به واسطه ساختار بیرونی دنیای اجتماعی آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. او تأکید دارد که زندگی اجتماعی را نمی‌توان حاصل جمع ساده رفتارهای فردی تلقی کرد. از دیدگاه بوردیو تفاوت‌های ذوقی افراد، نه تفاوت ذاتی بلکه تفاوت‌هایی‌اند که از جایگاه اجتماعی افراد ناشی شده‌اند. توزیع عاملان اجتماعی در گروه‌ها و طبقات گوناگون بر اساس حجم و ترکیب انواع سرمایه اقتصادی و فرهنگی تحت تملک آن‌ها صورت می‌گیرد. بر این اساس، در میان افراد تقابل‌هایی شکل می‌گیرد که منجر به بروز تفاوت‌هایی در سلیق و موضع‌گیری آن‌ها می‌شود.

در نظریه بوردیو، سبک زندگی متأثر از ذائقه و ذائقه، پیامد منش و منش نیز محصول جایگاه فرد در ساختار عینی اجتماعی است. بنابراین جایگاه فرد در ساختار اجتماعی که مشخص‌کننده میزان بهره‌مندی او از انواع سرمایه (اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) است، منش او را شکل می‌دهد و منش نیز مولد دو نظام است؛ یکی، نظامی از رویه‌های ادراک و ارزیابی یعنی همان ذائقه و دیگری، نظامی از رویه‌های ایجادکننده اعمال قابل طبقه‌بندی که تعامل دو نظام، سبک زندگی را ایجاد می‌کند (بوردیو، ۱۳۹۷: ۳۲).

«رابرت پاتنام» از جمله نظریه‌پردازان سرمایه اجتماعی است که مفهوم سرمایه اجتماعی را در مقیاسی متفاوت از بوردیو<sup>۱</sup> و کلمن<sup>۲</sup> به کار می‌برد. به نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی به خصوصیتی از سازمان اجتماعی نظیر شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد اشاره دارد که همکاری و هماهنگی برای منافع متقابل را تسهیل می‌نماید (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۱۴). به نظر پاتنام همکاری داوطلبانه در جامعه‌ای که سرمایه اجتماعی را در شکل هنجارهای عمل متقابل و شبکه‌های مشارکت مدنی به ارث برده است، بهتر صورت می‌گیرد (پاتنام، ۲۰۱۳: ۲۸۵).

1. Bourdieu
2. Coleman
3. Putnam



به اعتقاد پاتنام، سرمایه اجتماعی نیز مانند دیگر سرمایه‌ها مولد است و امکان دستیابی به اهداف مشخصی را فراهم می‌کند که بدون آن دسترس‌ناپذیر خواهند بود. برای مثال، گروهی که اعضایش اعتبار خود را نشان داده‌اند و به یکدیگر اعتماد زیادی دارند، نسبت به گروهی که فاقد این ویژگی‌ها هستند، توان انجام کارهای خیلی زیادتری را دارند. پس به طور دقیق‌تر سرمایه اجتماعی کمک‌کننده رفتار جمعی است؛ یعنی موجب افزایش هزینه‌های بالقوه عهدشکنی در هر معامله‌ای، تقویت هنجارهای معامله متقابل، تسهیل ارتباطات، بهبود جریان اطلاعات در مورد قابل‌اعتماد بودن افراد و انتقال حسن شهرت فعالان به دیگران و نمایان ساختن موفقیت‌های پیشینیان در همکاری می‌شود و همانند چهارچوب فرهنگی شفاف برای همکاری آینده عمل می‌کند (همان: ۲۹۰-۲۸۵). همچنین از نظر پاتنام، سرمایه اجتماعی عبارت است از پیوندهای بین افراد (شبکه‌های اجتماعی) و هنجارهای اعتماد و کنش و واکنش متقابل که از این پیوندها ناشی می‌شوند (پاتنام، ۱۳۸۰: ۱۹).

از دیدگاه گیدنز نیز، مدرنیته احتمال خطر را در بعضی از حوزه‌ها و سبک‌ها کاهش می‌دهد (مثل پیشرفت علم پزشکی، تکنولوژی بهداشتی و از بین رفتن بیماری‌های عفونی واگیردار)؛ ولی در عین حال پارامترهای خطرآفرین نوین و کاملاً ناشناخته‌ای را نیز به همان حوزه‌ها وارد می‌کند (بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار، ایدز، اعتیاد، سگته و سرطان). این پارامترها خطرهای احتمالی بدفرجامی را نیز دربردارند. دنیای متجدد کنونی آکنده از تهدیدهای و خطرات هول‌انگیز است، نه به دلیل آن‌که به طرزی اجتناب‌ناپذیر به سوی مصیبت و فاجعه پیش می‌رود؛ بلکه بدان سبب که خطرهای احتمالی بی‌سابقه‌ای را وارد میدان می‌کند که نسل‌های پیشین به هیچ‌وجه با آن‌ها سروکار نداشتند. از نظر گیدنز، مدرنیته فرد را رودرروی تنوع غامضی از انتخاب‌های ممکن قرار می‌دهد تا وی را در گزینش‌هایی که باید به عمل بیاورد یاری کند. این امر پیامدهای گوناگونی به دنبال دارد که یکی از پیامدها به اهمیت یافتن سبک زندگی و اجتناب‌ناپذیر بودن آن برای فرد عامل مربوط می‌شود. البته سخن گفتن از کثرت انتخاب‌ها نباید به این پندار بینجامد که در همه انتخاب‌ها به روی همه افراد باز است، یا این‌که مردم همه تصمیم‌های مربوط به انتخاب‌های خویش را با آگاهی کامل از کلیه امکانات موجود اتخاذ می‌کنند. گزینش یا ایجاد سبک‌های زندگی تحت تأثیر فشار گروه‌ها و الگوهای رفتاری آن‌ها و همچنین زیر نفوذ اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی صورت می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۳: ۱۱۹).



یکی از نظریه‌هایی که سلامت سالمندان را مورد پردازش و کنکاش نظری قرار می‌دهد نظریه شبکه‌های اجتماعی است. طبق این نظریه، سلامت و بیماری تا حد زیادی برحسب کمیت و کیفیت روابطی که افراد با دیگران دارند، تغییر پیدا می‌کند. هر شبکه اجتماعی عبارت است از مجموعه روابط اجتماعی که افراد را احاطه می‌کنند و به علاوه ویژگی‌های ساختاری آن روابط. وابستگی و پیوستگی به دیگران و نیز داشتن روابط اجتماعی با دیگران برای سلامتی و بهزیستی روانی و جسمانی در سراسر عمر ضروری هستند. تعاملات اجتماعی مثبت، نیاز به استقلال، شایستگی و وابستگی را ارضاء می‌کند و یا با احساس ارزشمند بودن فرد در رابطه است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۴۲) که در این قسمت دو متغیر مهم شبکه اجتماعی (ترتیبات زندگی و حمایت اجتماعی) اشاره می‌شود.

همچنین، برای تبیین رابطه بین ناتوانی، نیاز به مراقبت و تغییر در ترتیبات زندگی، چهار مدل حفظ زندگی شخصی<sup>۱</sup>، مدل یاری<sup>۲</sup>، مدل خصوصیات<sup>۳</sup> و مدل حائل<sup>۴</sup> توسط استینر<sup>۵</sup> و همکارانش ارائه شده است. فرض اصلی «مدل حفظ زندگی شخصی» این است که نوسازی، ترجیحات و هنجارهای فراگیری برای زندگی مستقل به وجود آمده است. در این مدل مسلم فرض می‌شود که حتی در شرایط وقوع ناتوانی و صرف نظر از دیگر خصوصیات، این هنجارها و ترجیحات تعیین‌کننده هستند. نسخه ساده این مدل فرض می‌کند که در مقایسه با افراد سالمندی که ناتوان نیستند، فشار هنجاری که اقامت مشترک خویشاوندان با مردان ناتوان را تشویق می‌کند بیشتر نیست و بنابراین رابطه بین ناتوانی و ترتیبات زندگی وجود ندارد.

نسخه مستدل‌تر این مدل با در نظر گرفتن هنجارها و ترجیحات خصوصی بازدارنده، به هزینه‌های اجتماعی-روانی در وضعیت سکونت مشترک اشاره می‌کند. بر این اساس، زندگی مشترک با بستگان، در وضعیت و شرایط ناتوانی می‌تواند اثر نامطلوبی بر روابط صمیمی داشته باشد؛ درحالی‌که حفظ یک خانواده مستقل از این فشار می‌کاهد. در واقع در این مدل ارائه کمک به اشکال دیگر را رد نمی‌کند، بلکه ایده صمیمیت از دور را مورد تحسین و تأکید قرار می‌دهد.

1. Privacy model
2. Assistance model
3. Characteristic model
4. Buffering model
5. Stinner

«مدل یاری» درست در مقابل مدل حفظ زندگی شخصی قرار دارد. این مدل فرض می‌کند که ناتوانی مستقل از دیگر عوامل بر ترتیبات زندگی اثر مثبت دارد. فرض اصلی این مدل این است که ناتوانی، یاری خویشاوندان را در شکل اقامت مشترک را برمی‌انگیزد. مطابق این استدلال، روابط مبتنی بر تعهد در میان بستگان چنان قوی هستند که افراد ناتوان، از نظر ترتیبات زندگی در وضعیت بهتری هستند تا افراد توانمند. در این مدل فرض می‌شود که هنجارهای زندگی خصوصی تحت شرایط ناتوانی رنگ می‌بازد و یا در مقابل هنجارهای یاری بااهمیت می‌شوند. بنابراین صرف‌نظر از ترجیحات زندگی خصوصی، اقامت مشترک در شرایط ناتوانی معمول می‌شود.

در «مدل خصوصیات» فرض می‌شود که پس از حذف دیگر خصوصیات سالمند، ناتوانی اثر مثبت و مستقلی بر تغییر ترتیبات زندگی از ترتیبات مستقل به ترتیبات مشترک ندارند. برای این تحلیل، ویژگی‌های زمینه‌ای شامل درآمد، نژاد، سن، وضعیت ازدواج و داشتن فرزند مهم دیده می‌شوند. منابع اقتصادی می‌توانند حفظ اقامت مستقل را تسهیل کنند. سطح درآمد بالاتر فرد، فرصت بیشتری برای تحقق ترجیحات زندگی خصوصی او فراهم می‌کند. زندگی با بستگان با سن فرد مرتبط است. برای فرد مسن‌تر، احتمال زندگی با بستگان بیشتر و برعکس برای فرد جوان‌تر احتمال اقامت مستقل بیشتر است. داشتن فرزندان یک ویژگی بینابینی است که بالقوه شانس تحقق ترتیبات زندگی هم‌اقامتگاهی را افزایش می‌دهد و برعکس، نداشتن فرزند درجات آزادی موجود برای سالمندان را محدود می‌کند. وجود همسر، حفظ استقلال در ترتیبات زندگی و مرگ او، فروپاشی این استقلال را به دنبال دارد.

«مدل حائل» یک مدل تعاملی است. فرض می‌شود که ناتوانی در تعامل با دیگر شرایط، ترتیبات زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوششی، ۱۳۸۷: ۸۱).

از دیگر نظریه‌های مهمی که در بحث سالمندی می‌باید مورد توجه قرار گیرد، نظریه حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی دارای فواید روان‌شناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویداد تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌شوند. همچنین به‌عنوان یک منبع ارزان‌قیمت اقتصادی و بااهمیت اجتماعی در جهت مقابله با مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی از اهمیت بالایی برخوردار است. شواهد نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفا می‌کند و انزوای اجتماعی منجر به بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود. از طرفی خانواده



به عنوان نهاد اصلی اجتماع است، چراکه پایه اصلی برای سایر نهادهای اجتماعی معرفی می شود. گود معتقد است که خانواده به عنوان یک نهاد حمایت کننده قوی برای مقابله با فشارهای تهدیدکننده فرد عمل می کند و عواطف عمیق درون خانواده از طریق واداشتن هر فرد به تأیید نمودن یا همدردی کردن با دیگران باعث کاهش فشار و در صورت فقدان نیز موجب افزایش فشار به فرد می شود (نبوی و شهریاری، ۱۳۹۱: ۷)

برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح شده است:

۱. مدل تأثیر مستقیم<sup>۱</sup> یا تأثیر کلی<sup>۲</sup> حمایت اجتماعی: مدل تأثیر مستقیم یا کلی حمایت اجتماعی از طریق فراهم کردن تجارب مثبت و احساس خودارزشی و ثبات در زندگی اجتماعی فرد، اثر سودمندی دارد. در این مدل فرض بر این است که فقدان حمایت اجتماعی باعث ایجاد استرس می شود. این مدل بیان می کند حمایت اجتماعی باعث به وجود آمدن حمایت های مثبت برای افراد می شود و از این طریق با سلامت ارتباط برقرار می کند. در مجموع، طبق این مدل، حمایت اجتماعی به دلیل اثر مثبت، احساس پیش بینی پذیری، ثبات در موقعیت زندگی و ترفیع ارزش خویشتن بر سلامت فرد تأثیر می گذارد. مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد استرس یا فشار روانی داشته باشد یا نه، باعث می شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر اثرات سودمندی بر سلامت دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی بر سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت های پُرتنش و یا آرام و کم استرس یکسان و مشابه است. درگیری افراد در شبکه های مختلف اجتماعی از جمله شبکه های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایتی فراهم می کند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه ها از حمایت و متعاقب آن سلامتی برخوردار می شوند.
۲. مدل تأثیر غیرمستقیم<sup>۳</sup> یا فرضیه ضربه گیر<sup>۴</sup> حمایت اجتماعی: بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حالت حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس عمل کرده

1. Direct Effect
2. Main Effect
3. Indirect Effect
4. Buffering Hypothesis

و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را بازی می‌کند. به عبارت دیگر، مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست، بر سلامت تأثیر می‌گذارد. بر اساس این مدل، فقدان حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری و پریشانی روانی را افزایش می‌دهد (ریاحی، ۱۳۸۹: ۹۷).

جدول شماره ۱: دیدگاه‌ها و چهارچوب نظری پیرامون عوامل مرتبط با احساس یأس و ناامیدی در سالمندان

نظریه‌ها	عوامل مؤثر	فرضیه‌های مربوط
نظریه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی مستقیم و غیرمستقیم	تأثیر حمایت اجتماعی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان	فرضیه اول تحقیق
نظریه سرمایه اجتماعی پاتنام نظریه سبک زندگی بورديو	تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان	فرضیه دوم تحقیق
نظریه شبکه اجتماعی و ترتیبات زندگی	تأثیر ترتیبات زندگی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان	فرضیه سوم تحقیق
نظریه عوامل اجتماعی کارکرهام نظریه اجتماعی گیدنز	تأثیر پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان	فرضیه چهارم تحقیق
نظریه عوامل اجتماعی کارکرهام نظریه اجتماعی گیدنز	تأثیر جنسیت بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان	فرضیه پنجم تحقیق

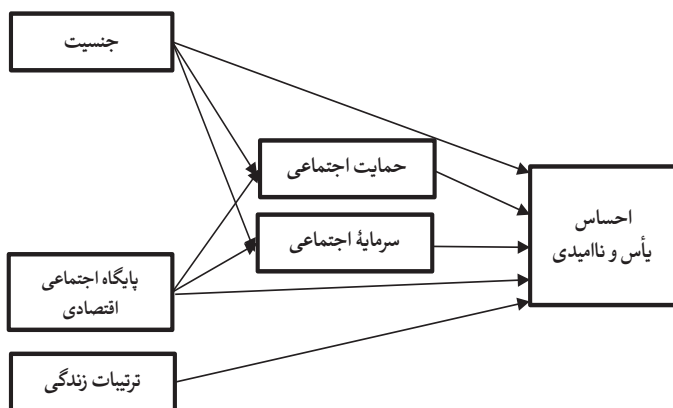
ارزیابی چهارچوب نظری موجود پیرامون عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان، نشان می‌دهد که متغیرهای اجتماعی شامل حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و ترتیبات زندگی و متغیرهای جمعیت‌شناختی از قبیل پایگاه اجتماعی-اقتصادی و جنسیت می‌توانند در زمره عوامل مؤثر بر احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان قرار گیرند.

### فرضیه‌ها

- سالمندانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، کم‌تر احساس یأس و ناامیدی می‌کنند.
- هر چه سطح سرمایه اجتماعی در سالمندان افزایش یابد، احساس یأس و ناامیدی در آنان کاهش پیدا کند.



- بین ترتیبات زندگی و احساس یأس و ناامیدی سالمندان شهر اهواز رابطه وجود دارد.
- بین پایگاه اجتماعی-اقتصادی و احساس یأس و ناامیدی سالمندان شهر اهواز رابطه وجود دارد.
- احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان شهر اهواز برحسب جنسیت متفاوت است.



شکل شماره ۱: مدل نظری مدل نظری تحقیق

#### ۴. روش شناسی تحقیق

پژوهش حاضر برحسب هدف از نوع کاربردی، بر اساس نوع داده‌ها، کمی (با روش پیمایش) و به لحاظ نحوه اجرا نیز مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی است. همچنین از حیث زمان، مطالعه‌ای مقطعی محسوب می‌شود. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال شهر اهواز بودند که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد آنان ۴۱ هزار نفر بود و با توجه به سطح خطای ۵٪ در جدول لین، تعداد ۳۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه برآورد شدند. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر از نوع خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. با استفاده از تکنیک پرسشنامه داده‌های کمی جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آماره‌های توصیفی از جمله توزیع فراوانی و درصد و آماره‌های استنباطی از جمله آزمون ضرایب همبستگی و رگرسیون چندمتغیره، داده‌های پژوهش مورد پردازش و تحلیل قرار گرفتند.

جدول شماره ۲: تعریف عملیاتی متغیرهای مستقل و وابسته

متغیر	ابعاد	مؤلفه‌ها	گویه‌ها/معرف‌ها
احساس یأس و ناامیدی	دستیابی به خواسته‌ها	بی‌هدفی	عدم توانایی حل مسئله
			بی‌اعتمادی به خود
		بی‌انگیزه بودن	باورهای یأس‌آور
			منفی‌نگری
	بدبینی به وضعیت فعلی	نگرانی	سلامت جسمانی
			توطئه‌انگاری
		بی‌اعتمادی	عدم اطمینان
			انتظار بالا
	یأس در مورد آینده	تسلیم شدن	تجربه شکست
			تقدیرگرایی
		ناامیدی	بی‌اعتنایی به خود
			انتظار مرگ
حمایت اجتماعی	حمایت مالی	-	پاسخگویی بابت مخارج
			نیاز به استقلال مالی
			تأمین فرزندان
	حمایت عاطفی	-	وابستگی عاطفی به فرزندان
			توجه و حضور فرزندان
اولویت مناسبت‌های عاطفی			
سرمایه اجتماعی	اعتماد اجتماعی	-	اعتماد به خانواده
			اعتماد به دوستان و خاندان
			اعتماد به نهادها و رسانه‌ها
	مشارکت اجتماعی	-	مشارکت فرهنگی
			مشارکت سیاسی
مشارکت اجتماعی و مدنی			
ترتیبات زندگی	وضعیت اقامت	-	زندگی مشترک با فرزندان
			اقامت مستقل
			اقامت در سرای سالمندان



همان طور که گفته شد، در این تحقیق برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که تعریف عملیاتی مفاهیم و مقیاس‌ها برای متغیرهای مستقل و وابسته در جدول شماره ۲ آمده است.

برای سنجش اعتبار پرسشنامه، از اعتبار صوری مبتنی بر تأیید پرسشنامه از سوی صاحب‌نظران استفاده شد. برای برآورد پایایی (قابلیت اعتماد) نیز، ابتدا تعداد ۳۰ پرسشنامه در جامعه آماری تحقیق حاضر توزیع و پس از جمع‌آوری نظرات پاسخگویان، از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد؛ به طوری که پایایی پرسشنامه در مقدار آلفای محاسبه شده بیشتر از ۰/۷۰ مورد تأیید است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: پایایی مقیاس‌های پرسشنامه

مقیاس‌ها	میزان پایایی (α)
حمایت اجتماعی	۰/۸۰۱
سرمایه اجتماعی	۰/۸۲۱
ترتیب‌ات زندگی	۰/۸۰۹
دستیابی به خواسته‌ها	۰/۸۳۳
ناامیدی در مورد آینده	۰/۷۹۳
انتظار منفی نسبت به آینده	۰/۸۱۲

## ۵. یافته‌ها

از مجموع ۳۷۰ پاسخگو، ۴۸/۶٪ سالمند زن و ۵۱/۴٪ سالمند مرد بوده‌اند. بیشتر سالمندان (حدود ۴۱٪) دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۲/۵٪ دیپلم، ۶٪ بی‌سواد، ۶٪ فوق‌لیسانس و بالاتر و مابقی زیردیپلم بوده‌اند. در پژوهش حاضر از روش عینی (شاخص‌های درآمد، شغل، تحصیلات، نوع منزل و منطقه مسکونی) برای سنجش متغیر پایگاه اجتماعی و اقتصادی استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد بیشتر سالمندان در سطح پایگاه اجتماعی و اقتصادی متوسط (۵۲٪) و سپس به ترتیب در طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین (۴۳٪) و بالا (۵٪) بوده‌اند.



جدول شماره ۵: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی-اجتماعی سالمندان مورد مطالعه

متغیر	طبقات	درصد
جنس	زن	۴۸/۶
	مرد	۵۱/۳
تحصیلات	بی‌سواد	۵/۷۸
	زیردیپلم	۱۲/۵۶
	دیپلم	۳۲/۵۲
	فوق‌دیپلم	۸/۶۸
	لیسانس	۴۰/۵۲
پایگاه اجتماعی و اقتصادی	فوق‌لیسانس و بالاتر	۵/۷۸
	بالا	۰/۰۵
	متوسط	۰/۵۲
	پایین	۰/۴۳

### تحلیل دومتغیره: رابطه بین متغیرهای مستقل و احساس یأس و ناامیدی در سالمندان

برای شناخت رابطه بین چهار متغیر حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی با احساس یأس و ناامیدی (متغیر وابسته)، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که با توجه به سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ برای هر سه متغیر مستقل، می‌توان گفت که بین حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی با احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. یعنی هرچه میزان حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی و اقتصادی در سالمندان بالاتر باشد، احساس یأس و ناامیدی در آنان کمتر است و برعکس.

جدول شماره ۶: نتایج آزمون ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل و احساس یأس و ناامیدی در سالمندان

متغیر	ضریب همبستگی	مقدار احتمال (p)
حمایت اجتماعی	-۰/۶۸۵	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	-۰/۵۴۸	۰/۰۰۰
ترتیبات زندگی	-۰/۶۹۳	۰/۰۰۰
پایگاه اقتصادی و اجتماعی	-۰/۲۳۶	۰/۰۰۰



میانگین نمره احساس یأس و ناامیدی برای زنان ۳۳/۵۶ و برای مردان ۳۲/۶۳ بود که نشان می‌دهد تفاوت بارزی بین دو میانگین وجود ندارد و سالمندان زن و مرد به یک اندازه احساس یأس و ناامیدی می‌کنند. بنابراین، فرضیه وجود تفاوت احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان زن و مرد رد می‌گردد.

جدول شماره ۷: آزمون تفاوت میانگین احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان زن و مرد

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	اختلاف میانگین	T	مقدار احتمال (p)
احساس یأس و ناامیدی	زن	۱۸۰	۳۳/۵۶	۰/۹۳	۱/۲۴	۰/۲۰
	مرد	۱۹۰	۳۲/۶۳			

### تحلیل چندمتغیره

در تحقیق حاضر برای اجرای رگرسیون چندمتغیره، از روش گام به گام استفاده شد که طی آن قوی‌ترین متغیرها یک به یک به مدل وارد شده و این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که سطح معنی‌داری به کوچک‌تر از ۰/۰۵ برسد. بنابراین در این روش متغیرهای مستقلی که با متغیر وابسته رابطه معنی‌داری در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ نداشتند از مدل خارج می‌شوند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون پیش‌بین‌های احساس یأس و ناامیدی سالمندان نشان داد با توجه به سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵، متغیرهای حمایت اجتماعی (-۰/۴۰)، سرمایه اجتماعی (-۰/۲۱)، پایگاه اجتماعی و اقتصادی (-۰/۱۷) و ترتیبات زندگی (-۰/۱۵) به ترتیب بیشترین نقش را در پیش‌بینی تغییرات احساس یأس و ناامیدی در سالمندان دارند. ضمن آن‌که این متغیرها در مجموع توانسته‌اند ۳۰/۱٪ از تغییرات یأس و ناامیدی سالمندان را تبیین کنند.

جدول شماره ۸: تحلیل رگرسیون اثر متغیرهای مستقل بر احساس یأس و ناامیدی

متغیرهای مستقل	B	SEB	$\alpha$	T	مقدار احتمال (p)
حمایت اجتماعی	-۰/۳۲۴	۰/۰۹۳	-۰/۴۰۲۰	۸/۷۲	.۰۰۰
سرمایه اجتماعی	-۰/۲۷۴	۰/۰۹۸	-۰/۲۱۳	۶/۹۷۴	.۰۰۰
پایگاه اجتماعی و اقتصادی	-۰/۲۳۴	۰/۱۱۹	-۰/۱۷۱	۴/۸۸۴	.۰۰۰
ترتیبات زندگی	-۰/۲۱۴	۰/۱۲۸	-۰/۱۵۲	۷/۳۰۷	.۰۰۰
R R <sup>2</sup> = 0/353 R <sup>2</sup> (Adj.) = 0/103					

### ارزیابی مدل در سطح ساختاری (PLS)

قبل از ارزیابی برازش مدل تحقیق، به بررسی وضعیت ضریب تعیین ( $R^2$ ) متغیرهای پنهان درون زای مسیر پرداخته می‌شود.

جدول شماره ۹: وضعیت ضریب تعیین ( $R^2$ )

نتیجه	ضریب تعیین ( $R^2$ )	متغیرها
قوی	۰/۸۵۳	احساس یأس و ناامیدی
ضعیف	۰/۰۶۴	حمایت اجتماعی
ضعیف	۰/۰۰۱	سرمایه اجتماعی

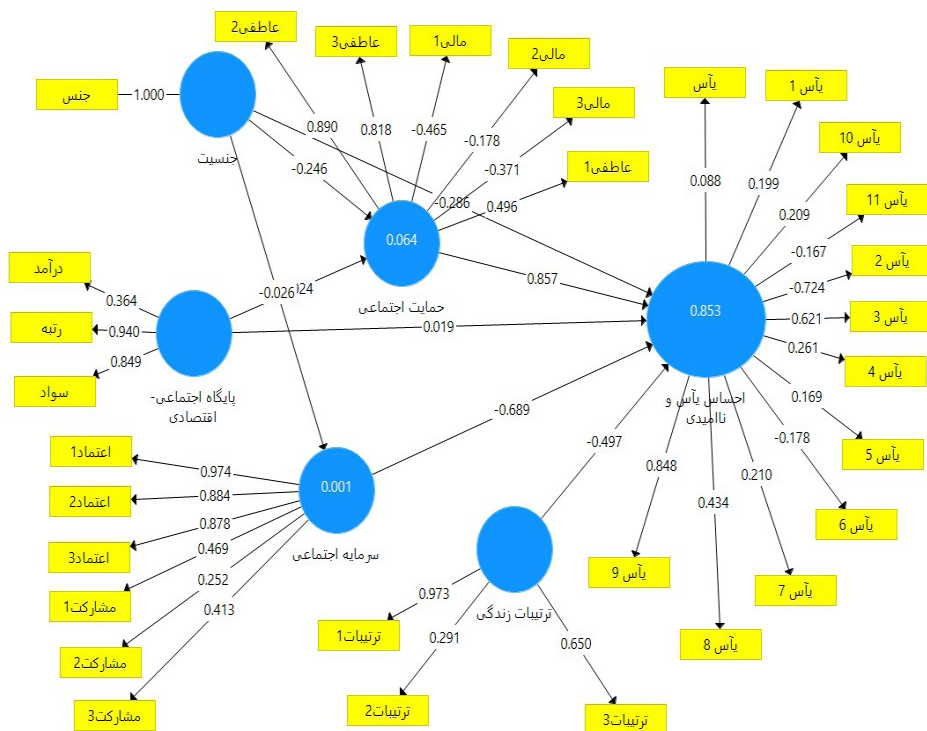
بر اساس نتایج جدول شماره ۹، حاصل ضریب تعیین و میزان درصد ریشه‌یابی شده از متغیرهای تحقیق با احساس یأس و ناامیدی، برابر با ۰/۸۵۳ است.

جدول شماره ۱۰: وضعیت گزارش اندازه اثر ( $F^2$ )

متغیرها	احساس یأس و ناامیدی	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی
ترتیب‌های زندگی	۰/۴۵۲	-	-
جنسیت	۰/۴۰۸	۰/۰۶۰	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۱/۱۲۵	-	-
سرمایه اجتماعی	۰/۴۶۱	-	-
پایگاه اجتماعی و اقتصادی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	--

جدول شماره ۱۰ وضعیت گزارش اندازه اثر ( $F^2$ ) را نشان می‌دهد. بالاترین اندازه اثر مربوط به متغیرهای حمایت اجتماعی، ترتیب‌های زندگی، جنسیت و سرمایه اجتماعی با احساس یأس و ناامیدی، به ترتیب برابر با ۱/۱۲۵، ۰/۴۵۲، ۰/۴۰۸ و ۰/۴۶۱ است که با توجه به ملاک مورد نظر بسیار مطلوب است.

شکل شماره ۲ که در پی می‌آید، الگوی مدل ساختاری تحقیق است.



شکل شماره ۲: الگوی مدل ساختاری تحقیق

جدول شماره ۱۱: اثرات کل (مستقیم و غیرمستقیم) متغیرهای مستقل بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان

متغیرها	احساس یأس و ناامیدی	حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی
ترتیبات زندگی	-۰/۴۹۷	-	-
جنسیت	-۰/۴۷۹	-۰/۲۴۶	۰/۰۲۶
حمایت اجتماعی	-۰/۸۵۷	-	-
سرمایه اجتماعی	-۰/۶۸۹	-	-
پایگاه اجتماعی و اقتصادی	-۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	۰/۰۲۴

با عنایت به نتایج جدول بالا، بیشترین اثر کل مربوط به متغیر حمایت اجتماعی (-۰/۸۵۷) و کمترین آن مربوط به پایگاه اجتماعی - اقتصادی (-۰/۰۴۰) است.

جدول شماره (۱۲) خروجی سطح معناداری متغیرها و نتیجه فرضیه‌ها

رابطه متغیرها	Sample (Mean (M	T Statistics (O/ ( STDEV	مقدار احتمال (p)	نتیجه فرضیه
ترتیبات زندگی -> احساس یأس	-۰/۱۲۴	۲/۲۹۹	۰/۰۲۲	تأیید
جنسیت -> احساس یأس	-۰/۰۱۳	۵/۰۲۷	۰/۰۰۰	تأیید
حمایت اجتماعی -> احساس یأس	۰/۳۲۴	۱/۹۶۲	۰/۰۵۰	رد
سرمایه اجتماعی -> احساس یأس	۰/۶۰۰	۳/۵۶۵	۰/۰۰۰	تأیید
پایگاه -> احساس یأس	-۰/۰۲۴	۰/۲۱۱	۰/۰۸۳۳	رد

با بررسی مقدار ضرایب حاصل از رابطه بین متغیرهای مستقل با احساس یأس و ناامیدی در سالمندان در جدول بالا، مشخص شد که ترتیبات زندگی، جنسیت و سرمایه اجتماعی با احساس یأس و ناامیدی رابطه داشته و فرضیه‌های اصلی تحقیق تأیید شده است.

## ۶. بحث و نتیجه‌گیری

احساس یأس و ناامیدی در سالمندان، یکی از مشکلات شایع آن‌ها است که افزایش امید سالمندان، سلامت جسمانی و ارتباطات اجتماعی آنان را تا حد زیادی تحت الشعاع قرار می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، تحلیل تعیین‌کنندگان اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر احساس یأس و ناامیدی در بین سالمندان شهر اهواز بود و نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سه متغیر حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و ترتیبات زندگی با احساس یأس و ناامیدی در سالمندان رابطه منفی وجود دارد و هرچه میزان این سه متغیر بیشتر باشد، احساس یأس و ناامیدی در سالمندی کمتر است. همچنین، این متغیرها ۳۰٪ از تغییرات احساس یأس و ناامیدی سالمندان را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند.

متغیر حمایت اجتماعی، تأثیرگذارترین عامل بر یأس و ناامیدی سالمندان بود و پس از آن عامل سرمایه اجتماعی با ضریب بتای ۰/۲۱ بیشترین تأثیر را داشت. نتایج پژوهش بیشترین همسویی و سازگاری را با تحقیقات لانگ و همکاران (۲۰۲۰)، الیور و همکاران (۲۰۱۷)، جنیفر ولتیا (۲۰۱۲)، صابری‌نوغایی و همکاران (۱۴۰۰) و عبدی‌زرین (۱۳۹۹) دارد. در تبیین نظری این نتیجه می‌توان به نظریه‌های بوردیو و پاتنام اشاره کرد.



از نظر آنان، سرمایه اجتماعی که از تلفیق متغیرهای اعتماد اجتماعی و حمایت اجتماعی به دست می‌آید بر سلامت اجتماعی و کم شدن ناامیدی و یأس اجتماعی تأثیر تعیین‌کننده‌ای دارد. از این رو برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از اینکه فرد استرس یا فشار روانی داشته باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر اثرات سودمندی بر سلامت دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی بر سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پُر تنش و یا آرام و کم‌استرس، یکسان و مشابه است. همچنین حضور عوامل موقعیتی (برای مثال حمایت اجتماعی، همدردی دیگران) یا ویژگی شخصیتی خاص (برای مثال اجتماعی بودن) می‌تواند منجر به کاهش اثرات منفی ناشی از استرس شود. نکته دیگر این‌که حمایت اجتماعی، در مقابل بیماری‌هایی که به وسیله استرس به وجود می‌آیند، می‌تواند اثر حفاظتی داشته باشد. از طرف دیگر، با بالا رفتن سن افراد، بر سرمایه اجتماعی آن‌ها افزوده می‌شود و افراد تمایل بیشتری دارند با دوستان و نزدیکان خود مرادده داشته باشند تا اینکه در گوشه‌ای بنشینند. بنابراین، معناداری ارتباط حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان قابل توجه و حائز اهمیت است.

نتیجه ضرایب برازش مدل (PLS) مؤید ضریب اثر کل بالا مربوط به متغیر حمایت اجتماعی (۰/۹۲۹) است. همچنین بررسی مقدار ضرایب حاصل از رابطه بین متغیرهای مستقل با احساس یأس و ناامیدی در سالمندان، نشان داد که ترتیبات زندگی، جنسیت و سرمایه اجتماعی با احساس یأس و ناامیدی رابطه دارند و فرضیه‌های اصلی تحقیق تأیید شده است.

علاوه بر آن، نتایج این مطالعه نشان داد عوامل اجتماعی ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر احساس یأس و ناامیدی در سالمندان شهر اهواز تأثیر دارند. یعنی سالمندانی که از ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتری برخوردارند، نسبت به سالمندانی که از ترتیبات زندگی و پایگاه اجتماعی-اقتصادی متوسط و به خصوص پایین‌تری برخوردارند، از نظر یأس و ناامیدی در وضعیت مناسب‌تری قرار دارند. در تبیین نظری این نتیجه می‌توان به نظریه‌های نظریه شبکه اجتماعی و کارکرهام اشاره کرد؛ چراکه در شرایط وقوع ناتوانی و صرف نظر از دیگر خصوصیات، این هنجارها و ترجیحات تعیین‌کننده هستند. با اتکا به نتایج پژوهش می‌توان گفت هرچه عوامل اجتماعی شامل حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی و ترتیبات زندگی در بین سالمندان بهبود یابد، میزان احساس یأس و ناامیدی در آنان کاهش می‌یابد.

به طور خلاصه می‌توان گفت پدیده سالمندی یکی از مهم‌ترین چالش‌های حال و آینده در ایران است و تحت تأثیر موج تغییردهنده ساختار جغرافیایی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. از سوی دیگر، توجه به مسائل و نیازهای این مرحله از زندگی، ضرورتی اجتماعی است و تحلیل رفتارهای کاهش‌دهنده سلامت و کیفیت زندگی اجتماعی آنان از جمله احساس یأس و ناامیدی، نیازمند سیاست‌های علمی و اجتماع‌محور و بنیادی است. هرچند مسئله سالمندی در دهه‌های اخیر و در مباحث نظری جامعه‌شناسان و روانشناسان مورد توجه قرار گرفته است، اما همچنان به عنوان موضوع قابل تأمل و درخور مطالعات عمیق، مسئولیت‌مدار و اجتماع‌محور به شمار می‌آید.

بنا بر آنچه بیان شد، پیشنهاد می‌شود با کاربست سیاست‌های نهادی و اجتماع‌محور، بسترسازی مناسب در راستای مراقبت، تسهیلگری و حمایت از سالمندان صورت گیرد و با ارتقا و کیفیت بخشی نظام تأمین اجتماعی و حمایت‌های نهادی از سالمندان، آموزش اجتماعی در خصوص سالمندان و توجه به سالمندی، قوانین حمایتی، توانمندسازی و تسهیلگری و همچنین توسعه زیرساخت‌های اجتماعی، رفاهی و فرهنگی، کیفیت و زیست اجتماعی سالمندان ارتقا داده شود. سیاست‌های اجتماعی سالمندان در بسیاری از کشورهای مواجه با مسئله سالمندی از جمله اروپای غربی و ژاپن، بیانگر آن است که به کارگیری توأمان نهادهای رسمی و غیررسمی و از سوی دیگر خانواده‌محورکردن و اجتماع‌محور سیاست‌های سالمندی در راستای آموزش‌های مهارت‌های زندگی و خودمراقبتی و کیفیت بخشیدن به دوره مهم زندگی سالمندی و ابعاد مهم آن از جمله سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی و همچنین بهداشت، گذران اوقات فراغت و سبک زندگی سلامت‌محور بر احساس بی‌فایده‌بودن، رهایی از یأس و ناامیدی و سلامت سالمندی، اثرات مهم و تعیین‌کننده خواهد داشت.

## منابع

- ازکیا، مصطفی و غفاری، غلامرضا (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین اعتماد و مشارکت اجتماعی در نواحی روستایی کاشان، نامه علوم اجتماعی، ۹(۱۷)، ۳۱-۳.
- ایزدی، صمد، جویباری، لیلا، بیکی، فریبا و حیدری، حجت (۱۳۹۳). بررسی ارتباط سرمایه فرهنگی با انگیزه ورود به دانشگاه و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان. مجله توسعه آموزش در علوم پزشکی، ۷(۱۴)، ۱۹-۱۱.
- بوردیو، پی‌یر (۱۳۹۷). تمایز. ترجمه حسن چاوشیان، تهران: ثالث.
- بیکر، ترزال (۱۳۷۷). نحوه انجام تحقیقات اجتماعی. ترجمه هوشنگ نایی، تهران: روش.



- تاجور، مریم (۱۳۹۲). بهداشت سالمندان. تهران: نسل فردا.
- تاج بخش، کیان (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی اعتماد، دموکراسی و توسعه. ترجمه افشین خاک باز و حسن پویان، تهران: شیرازه.
- توسلی، غلامعباس و موسوی، مرضیه (۱۳۸۴). مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید، نامه علوم اجتماعی، ۱۱(۴)، ۳۲-۱.
- پارسا، ناصر (۱۳۹۰). بیماری آلزایمر: معضل پزشکی در قرن بیست و یکم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۴(۲)، ۱۰۸-۱۰۰.
- پاشا، غلامرضا، صفرزاده، سحر و مشاک، رؤیا (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده، فصلنامه خانواده پژوهی، ۳(۳)، ۵۱۷-۵۰۳.
- جعفری، عیسی، حاجلو، نادر، فغانی، رامین و خزان، کاظم (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان شناختی با سلامت روانی سالمندان. تحقیقات علم رفتاری، ۱۰(۶)، ۴۴۳-۴۳۰.
- جهان بخش، صادق (۱۳۹۴). نگرش زوجین شهر تهران نسبت به فرزندآوری با تأکید بر مؤلفه های سرمایه های اجتماعی و فرهنگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی.
- چلبی، مسعود و مبارکی، محمد (۱۳۸۴). تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان، مجله جامعه شناسی ایران، ۶(۲)، ۴۳-۳.
- چلبیانلو، غلامرضا، گروسی فرشی، میرتقی، ملکی راد، علی اکبر و هاشم زاده، علی (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای هیجانی حافظه در بیماران مبتلا به اختلال آلزایمر و تومور. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۳(۲)، ۵۴-۴۴.
- حسناتی، فاطمه، جلالی پور، ریم، لطیفی، محمود، گودرز، مجید، صالح، مجید و دبیری، سپیده (۱۳۹۱). بررسی مهارت های آگاهی واجبی دانش آموزان تک زبانه فارسی و دوزبانه فارسی عرب زبان پایه دوم دبستان شهر اهواز. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱۴(۱)، ۷۴-۶۸.
- حسینی حاجی بکنده، سیداحمد و تقی پور، ملیحه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش اجتماعی، ۳(۷)، ۱۵۸-۱۳۹.
- حسینی، حاتم (۱۳۸۳). درآمدی بر جمعیت شناسی اقتصادی و اجتماعی و تنظیم خانواده. همدان: دانشگاه بوعلی سینا.
- حسینی، حاتم (۱۳۹۰). گذار جمعیت شناختی، پنجره فرصت، پاداش جمعیتی: به سوی یک سیاست جمعیتی جدید در ایران. مقاله ارائه شده در همایش تحلیل روندهای جمعیتی کشور، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- حسینی، سیدامیرحسین؛ علمی، زهرا و شارع پور، محمود (۱۳۸۶). رتبه بندی سرمایه اجتماعی در مراکز استان های کشور. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷(۲۶)، ۸۴-۵۹.
- حسینی، میمنت، داخته هارونی، محبوبه، یغمایی، فریده و حمید، علوی مجد (۱۳۹۰). بررسی میزان همبستگی حمایت اجتماعی و سلامت سالمندان در مناطق منتخب شهر تهران. نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۱(۷۳)، ۳۰-۲۵.



- حکمت‌پور، داوود، جهانی، فرزانه و بهزادی، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی زنان سالمند شهر اراک در سال ۱۳۹۲. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۷(۲)، ۸-۱.
- خلیلی، فاطمه، سام، شیما، شریفی‌راد، غلامرضا، حسن‌زاده، اکبر و کاظمی، منیره (۱۳۹۰). بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده با سلامت اجتماعی سالمندان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۷(۶)، ۱۲۲۵-۱۲۱۶.
- حبیبی‌سولا، عقیل، نیک‌پور، صغرا، صحبت‌زاده، رزاق و حقانی، حمید (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران. پژوهش پرستاری، ۲(۷): ۲۹-۳۵.
- خزایی، کامیان (۱۳۹۲). روانشناسی سالمندان و نقش حمایت اجتماعی از آنان: بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. تهران: آریانا.
- خیرجو، اسماعیل و حکمتی، ملک (۱۳۹۸). چالش‌های روانی اجتماعی زنان سالمند. سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روان‌شناسی، ۱۹-۵.
- زاهدنژاد، شهلا، فاضلی، یاسین، رضایی، حسین و حقیقی‌زاده، محمدحسین (۱۳۹۴). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و مذهب‌گرایی با رضایت‌مندی زندگی سالمندان ساکن در سرای سالمندان اهواز. سالمند، ۱۰(۴): ۳۸-۳۰.
- دلپسند، کامل و دیگران (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و جرم: مطالعه تطبیقی جوانان مجرم و عادی شهر ایلام. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی، ۱(۲)، ۱۲۰-۸۹.
- ذاکری‌هامانه، عذرا (۱۳۹۰). بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: شهر یزد). پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی.
- راشدی، وحید، رضایی، محمد، غریب، مسعود و نبوی، سیدحمید (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی سالمندان مقایسه سرای سالمندی و خانواده. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵(۲)، ۳۵۱-۳۵۶.
- رستگار خالد، امیرمحمدی، میثم و پاک‌باز، سکینه (۱۳۹۲). بررسی رابطه سرمایه فرهنگی جوانان با کیفیت زندگی آنان در شهر تهران. فصلنامه توسعه اجتماعی، ۷(۵)، ۱۰۶-۷۷.
- دوار، سیمون (۱۳۹۸). کهن‌سالی، ترجمه محمدعلی طوسی، تهران: شب‌وینز.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: نشر رشد.
- دراهکی، احمد و نوبخت، رضا (۱۳۹۹). بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش‌بینی‌های آینده‌نگرانه جمعیتی. دو ماهنامه پایش، ۱۹(۶): ۱۲-۱.
- دراهکی، احمد و نوبخت، رضا (۱۳۹۹). بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش‌بینی‌های آینده‌نگرانه جمعیتی. دو ماهنامه پایش، ۱۹(۶): ۱۲-۱.
- ذکایی، محمدسعید (۱۳۹۰). مطالعات فرهنگی و مطالعات حافظه. مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۳(۳)، ۷۰-۹۶.
- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای پی (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ویرایش.
- ریاحی، محمداسماعیل، علیوردی‌نیا، اکبر و پورحسین، سیده‌زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. ۱۰(۳۹)، ۱۲۱-۸۵.



- سلیمانی، فاطمه و عادلین، حمیده (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مداخله مددکاری اجتماعی گروهی مبتنی بر توانمندسازی بر ارتقای کیفیت زندگی زنان سالمند. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۴(۱۳)، ۲۲۲-۱۸۷.
- شیانی، ملیحه و زارع، حنان (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان. فصلنامه پزشکی سالمند، ۸(۲)، ۲۹-۱۶.
- صابری‌نوغابی، الهام، نجفی، سمانه، ابراهیمی، نجمه، شبان، حسین، غفاری، علی و عباسی، محمد مهدی (۱۴۰۰). تأثیر امید درمانی بر روحیه سالمندان. مجله سالمندشناسی، ۶(۱): ۵۱-۴۲.
- عبدی‌زرین، سهراب، فرزادمنش، منصوره، مسدد، سیدعلی اصغر و میرجعفری، سیداحمد (۱۳۹۹). مقایسه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی بین زنان و مردان سالمند ساکن در خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. دو فصلنامه روانشناسی فرهنگی، ۴(۲): ۳۶-۱۹.
- ضیایی، مریم، امیری، شعله و جوکار، ساناز (۱۳۸۷). حافظه هیجانی کلامی و تصویری در زنان جوان و سالمند. مجله علوم رفتاری، ۲(۲)، ۱۶۴-۱۵۷.
- فتحی، الهام (۱۳۹۸). پدیده سالمندی جمعیت در ایران و آینده آن. تهران: مرکز آمار ایران.
- کار، آلن (۱۳۹۶). روان‌شناسی مثبت. ترجمه مهرداد کلانتری، اصفهان: دانشگاه اصفهان.
- کریمی، مریم؛ اسماعیلی، معصومه؛ آرین، سیده خدیجه (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند. مجله سالمندی ایران، ۵(۱۶)، ۴۶-۴۰.
- کوششی، مجید (۱۳۸۷). پویایی ساختار سنی و مسئله گشتاور رشد جمعیت ایران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۳(۵)، ۱۰۲-۸۱.
- نبوی، عبدالحسین و شهریاری، مرضیه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر محرک‌های تنش‌زا و حمایت اجتماعی در خانواده بر تعارض خانواده با کار. مجله جامعه‌شناسی ایران، ۲(۲)، ۲۱-۱.
- Abbs, E., Brown, R., Guzman, D., Kaplan, L., & Kushel, M. (2020). Risk factors for falls in older adults experiencing homelessness: results from the HOPE HOME cohort study. *Journal of general internal medicine*, 35(6), 1813-1820.
- Ackerman, P. (2005). Ability determinants of individual differences in skilled performance, In R. J. Sternberg & J. E. Pretz (Eds.), *Cognition and intelligence* (pp. 142 - 159), New York: Cambridge University Press.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Neuroscience*, 4, 829-839.
- Brunner, L. (1988). *Text book of medical surgical nursing*. Philadelphia: J.B. Lippin cott Co.
- Baddeley, A. (2004). Working memory. In D. A. Balota & E. J. Marsh (Eds), *Cognitive psychology* (pp. 355-361), New York: Psychology Press.
- Baddeley, A. D. (2002). Is Working Memory Still Working? *European Psychologist*, Vol.7, No.2, 85-97.
- Barrett, L. F. Tugade, M. Michele, M. & Engle, R. W. (2004). Individual Differences in Working Memory Capacity and Dual-Process Theories of the Mind. *Psychological Bulletin*, Vol.130, No.4, 553-573.

- Beer, J. Pisoni, D.B. Kronenberger, W.G. & Geers, A.E. (2010). New research findings: executive functions of adolescents who use cochlear implants. The ASHA Leader, Retrieved from <http://www.asha.org/Publications/leader/101221/2010/New-Research-Findings.htm>.
- Bhatia, T. K. (2006). Overview and Foundations, T. K. Bhatia and W. C. Ritchie (eds.), the Handbook of Bilingualism, Oxford: Blackwell.
- Buell, J. Dawson-Hughes, B. Scott, T. Weiner, D. Dallal, G. Qui, W. et al. (2010). 25-Hydroxyvitamin D, dementia, and cerebrovascular pathology in elders receiving home services. *Neurology*. 74(1): 18-26.
- Butler, G. Y. and K. Hakuta (2006). 'Textbooks Bilingualism and Second Language Acquisition'. T. K. Bhatia and W. C. Ritchie (eds.), The Handbook of Bilingualism, Oxford: Blackwell.
- Cherry, K. (2011). Memory Retrieval. *European Psychologist*, Vol.69, No.3, 36-57.
- Cherry, K. E. Elliott, E. M. & Reese, C. M. (2007). Age and individual differences in working memory capacity: The size judgment span task. *The Journal of General Psychology*, 134, 43-65.
- Clare, L. (2003). Cognitive training and cognitive rehabilitation with early-stage dementia. *Review in Clinical Gerontology*, 13, 77-83.
- Clare,L. (2001).Rehabilitation for people with dementia in B.A. Wilson(Eds), *Neuropsychological rehabilitation: theory and practice*(pp. 1-23). London: Swets& Zeilinger.
- Cohen, G. Conway, M.A. (2008). *Memory in the real world*. USA and Canada. Psychology press.
- Dalgleish, T. Williams, J.M.Perkins, N. Golden, A.J. Barnard, P.J. Yeung, C. (2007). Reduced Specificity of Autobiographical Memory and Depression: The role of executive processes. *J Experi Psychol: General*. (136): 23-42.
- Denh, M. (2008). *Working memory and academic learning: Assessment and intervention*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Desrosiers, G. Hodges, J.R. Berrios, G. (2011).Neuropsychological differentiation in mild or vey mild D.A.T with M.D.D.J.Am Geriatric soc.1256-63.Addebrooks Hospital, University of Cambridge.
- Edwards, J. (2006). 'Foundations of Bilingualism', T. K. Bhatia and W. C. Ritchie (eds.), The Handbook of Bilingualism, Oxford: Blackwell.
- Engle, R. W. & Kane, M. J. (2004) Executive attention, working memory capacity, and a two-factor theory of cognition control. In B. Ross(Ed.). *The psychology of learning and motivation*,. 44,. 145-199, New York: Elsevier.
- Foster, R.M. (2001). When Immigration is Trauma: Guidelines for the individual and family clinician. *Am J Orthopsych*. (71): 153-170.
- Gass, S.M. Selinker, L. (2008). *Second Language Acquisition: An introductory course*. Rout-



- ledge. Third Edition. New york and London. NY10016.
- Geffen, G. Bate, A. Geffen, L. (2013). A comparison of cognitive impairments in dementia of the Alzheimer type and depression in elderly. 4, 294-300.
  - Graf, P. & Ohta, N. (Eds). (2002). Lifespan memory development. MIT Press.
  - Grosjean, J, (2001) Primary or "specific" language impairment and children learning a second language. *Brain Lang* 109(2-3):101-11.
  - Hamers, J. F. and M. H. A. Blanc (2000). *Bilinguality and Bilingualism*, Cambridge: Cambridge University.
  - Long, K. N., Kim, E. S., Chen, Y., Wilson, M. F., Worthington Jr, E. L., & VanderWeele, T. J. (2020). The role of hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology*, 2, 100018.
  - Oliver, A., Tomás, J. M., & Montoro-Rodríguez, J. (2017). Dispositional hope and life satisfaction among older adults attending lifelong learning programs. *Archives of gerontology and geriatrics*, 72, 80-85.
  - Volkert, J. Schulz, H. Harter, M Włodarczyk, O. (2013). Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in western countries: a metaanalysis. *Aging Res Rev*, 12: 339-53.
  - Woltil, J. (2012). The impact of emotional social support on elders' food security. *Sociation Today*, 10(2), 1-22.