

**Research Paper****Perceptions and Beliefs on Aging and Their Impact on Elderly General Health: An Appraisal of Self-Regulation Model**\*Ebrahim Masoudnia<sup>1</sup>

1. Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Guilan, Iran.

**Citation:** Masoudnia E. [Perceptions and beliefs on aging and their impact on elderly general health: An appraisal of self-regulation model (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2016; 11(2):310-321. <http://dx.crossref.org/10.21859/sija-1102310> <http://dx.crossref.org/10.21859/sija-1102310>

Received: 11 Apr 2016

Accepted: 5 Jun. 2016

**ABSTRACT****Objectives** The beliefs and perceptions regarding aging have an important effect on the well-being of the elderly population. A self-regulation model is one of the useful theoretical models to explain the role of perceptions and beliefs about aging in determining the health outcomes of elderly people. The aim of this study was to determine the relationship between aging-related perception and elderly general health in self-regulation framework.**Methods & Materials** This study was conducted in a descriptive survey design. The elderly participants were selected using the most convenient sampling method from the nursing homes and communities in Rasht city. Data was collected from 300 elderly people, of which 144 males and 156 females. The aging perception questionnaire (APQ) and general health questionnaire (GHQ) were used as the measuring tools.**Results** A significant positive correlation was noted between the most components of the perception to aging such as chronic and cyclical timeline, consequences positive and negative, emotional representations, control positive and negative and other components of elderly general health. Hierarchical multiple regression analysis showed that the components of aging perception i.e. control positive and negative, consequences negative and cyclical time-line, attributed to 31.2% of the variance in elderly general health.**Conclusion** The perception toward aging is one of the important determinants and key predictors of elderly general health. Also, the self-regulation model proves to be an appropriate framework to explain the role of beliefs, perceptions, and understanding of the experiences of aging on the physical and mental health status of the elderly.**Key words:**Aging perception,  
General health, Self-regulatory model,  
Elderly\* **Corresponding Author:****Ebrahim Masoudnia, PhD****Address:** Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Guilan, Iran.**Tel:** +98 (912) 8273090**E-mail:** masoudnia@guilan.ac.ir

# ادراک و باورها نسبت به سالخوردگی و تأثیر آن بر سلامت عمومی سالمندان: ارزیابی الگوی خودگردانی

\*ابراهیم مسعودنیا<sup>۱</sup>

۱- گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.

## چکیده

تاریخ دریافت: ۲۳ فروردین ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۱۶ خرداد ۱۳۹۵

**هدف:** باورها و ادراک نسبت به سالخوردگی، تأثیر بسزایی بر بهزیستی و سلامت جمعیت بزرگسال دارد. یکی از مدل‌های نظری سودمند برای توضیح نقش ادراکات و باورها نسبت به سالخوردگی در تعیین برآیندهای سلامتی سالمندان، مدل خودگردانی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه میان ادراک و باورها درباره سالمندی و سلامت عمومی سالمندان در قالب مدل خودگردانی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه در قالب یک طرح توصیفی و با روش پیمایشی انجام شد. داده‌های مطالعه از ۳۰۰ نفر از سالمندان شهر رشت (۱۴۴ مرد و ۱۵۶ زن) جمع‌آوری شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس و از دو مکان آسایشگاه‌های سالمندان و خانواده‌ها انتخاب شده بودند. ابزار اندازه‌گیری عبارت بود از: پرسش‌نامه ادراک سالخوردگی (APO) و پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۳۰۰ سالمند مورد بررسی قرار گرفتند. همبستگی مثبت معناداری میان اکثر مؤلفه‌های ادراک سالخوردگی، یعنی خط زمانی مزمن و دوره‌ای، برآیندهای مثبت و منفی سالمندی، تظاهرات هیجانی و کنترل مثبت و منفی سالمندی با مؤلفه‌های سلامت عمومی سالمندان وجود داشت. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی نشان داد که مؤلفه‌های ادراک سالمندی یعنی کنترل مثبت، کنترل منفی، برآیندهای منفی و خط زمانی دوره‌ای ۳۱/۲ درصد از واریانس سلامت عمومی سالمندان را تبیین کرده است.

**نتیجه‌گیری:** ادراک و باورها نسبت به سالخوردگی از تعیین‌کننده‌ها و پیش‌بین‌های اساسی سلامت عمومی در میان سالمندان است. مدل خودگردانی، چهارچوبی مناسب برای توضیح نقش باورها، ادراک و فهم تجربیات سالخوردگی در زمینه سلامت جسمانی و روانی سالمندان است. توجه به نقش بالقوه ادراک سالمندی و نیز انجام مداخله‌های شناختی و رفتاری برای تعدیل نگرش‌ها در برابر سالمندی با هدف ارتقای سلامت فیزیکی و روانی سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

## کلیدواژه‌ها:

ادراک سالخوردگی، سلامت عمومی، الگوی خودگردانی، سالمندان

## مقدمه

و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱ درصد کل جمعیت کشور برسد [۴، ۳]. این رشد روبه‌افزون جمعیت سالمندی در ایران، توجه به کیفیت زندگی و بهزیستی این گروه و بررسی عوامل اثرگذار بر سلامت آنها را بیش‌ازپیش ضروری می‌سازد.

باورها و ادراک نسبت به سالخوردگی، تأثیر بسزایی بر بهزیستی و سلامت جمعیت بزرگسال دارد. متأسفانه یکی از دیدگاه‌های معمول جامعه این است که افراد با پیرشدن، کنترل بسیاری از جنبه‌های زندگی خود، به‌ویژه سلامتی، را از دست می‌دهند. این دیدگاه‌ها در باورهای کلیشه‌ای و نگرش‌ها درباره سالخوردگی عجین شده است [۵، ۶]. این دیدگاه‌های کلیشه‌ای، شامل تصاویری از سالخوردگان است که براساس آن اضمحلال و ضعف مرتبط با سن، اجتناب‌ناپذیر و غیرقابل برگشت است [۷].

اینکه ما چه رفتاری با سالخوردگان داشته باشیم، به‌شدت تحت تأثیر

پیشرفت‌های پزشکی در نیمه دوم قرن بیستم، موجب افزایش جمعیت سالمندان شده است. پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان از ۶۵۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۶، به‌میزان ۲۵ درصد در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد [۲۹] و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر برسد [۱]. ایران کشوری در حال رشد است و با توجه به بهبود استانداردهای بهداشتی در این کشور و کاهش میزان زادوولد و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، نسبت جمعیت سالمندان در حال افزایش است.

در سی سال گذشته برآورد شده که جمعیت سالمندان ایران به دو برابر افزایش یافته است. در حال حاضر، حدود ۷/۸ درصد از جمعیت کشور را افراد ۶۰ سال به بالا تشکیل می‌دهند [۲] و پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان ایران در سال ۲۰۲۵ به ۱۱/۳ درصد

\* نویسنده مسئول:

دکتر ابراهیم مسعودنیا

نشانی: گیلان، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم اجتماعی.

تلفن: ۰۹۸ (۹۱۲) ۸۲۷۳۰۹۰

پست الکترونیکی: masoudnia@guilan.ac.ir

شرایط سلامتی به سالخوردگی، با استفاده کمتر از معیارهای سلامتی پیشگیرانه همراه است.

یکی از الگوهای نظری تبیین کننده باورها و ادراکات سالخوردهگان درباره سالخوردگی، الگوی خودگردانی لونتال<sup>۳</sup> [۱۷] است. الگوی خودگردانی لونتال، بر خودگردانی رفتار یا خودگردانی تجربه تمرکز دارد و از نظر ماهیت، عمومی [۱۸] یا به طور خاص درباره سلامت یا بیماری است [۱۷]. این الگو که در ابتدا توسط لونتال، میبرز و نرنز<sup>۴</sup> [۱۹] مطرح شده است، عواملی را شرح می‌دهد که در پردازش اطلاعات درباره بیماری از سوی بیمار دخیل بوده است. همچنین به این موضوع می‌پردازد که برای ایجاد دیدگاهی عامه درباره بیماری، اطلاعات چگونه انسجام می‌یابند و این دیدگاه عامه، چگونه رفتارها و برآیندهای مقابله را هدایت می‌کند [۲۰].

درحقیقت ایده اساسی این است که عوامل استرس‌زا می‌تواند براساس میزان یا تراکم تقاضاهایی توصیف شود که با توجه به منابع در اختیار افراد برای سازگاری، منابع مقابله‌ای یا احساس کارآمدی ایجاد می‌شود [۲۱]. از نظر بالتز (۱۹۹۰) [۲۲]، با وجود اینکه سالخوردگی مرحله‌ای بهنجار از زندگی است، با توجه به منابع افراد تقاضاهایی ایجاد می‌کند و مشکلاتی را به وجود می‌آورد که به مدیریت و سازگاری با آنها نیاز دارد. با توجه به اصول الگوی خودگردانی، این الگو دارای اجزای زیر است:

**الف) هویت:** باورهایی درباره سلامت سالخوردگی، به‌ویژه رابطه میان سالخوردگی و تغییرات مرتبط با سلامت را شامل می‌شود؛ برای مثال تغییرات اسکلتی و عضلانی، قلبی و عروقی، ریوی، عصب‌شناختی، روانپزشکی و حوزه‌های عملکرد عمومی مانند ازدست‌دادن توازن [۲۳]. بزرگسالان ممکن است سالخوردگی را با تغییرات مرتبط با سلامت و به‌ویژه ضعف جسمانی در ارتباط قرار دهند. محققان نشان دادند برقراری رابطه میان سالخوردگی و تغییرات سلامت ممکن است توجه سالخوردهگان را از بیماری واقعی و عوامل محیطی اثرگذار بر سلامت منحرف سازد [۲۴، ۲۵].

**ب) خط زمانی:** شامل موضوعات مربوط به آگاهی فرد از سالخوردگی و تجربه آنها از فرایندها طی زمان است. این مؤلفه دارای دو زیرمجموعه است: ۱- خط زمانی مزمن: عبارت از میزانی که است که از نظر ماهیت، آگاهی از سن فرد یا سالخوردگی مزمن تشخیص داده می‌شود؛ ۲- خط زمانی دوره‌ای: عبارت از میزانی است که فرد تغییرات را در آگاهی از سالخوردگی تجربه می‌کند.

**پ) برآیندها:** به باورها درباره اثرات سالخوردگی بر زندگی فرد در بسیاری از حوزه‌های زندگی اطلاق می‌شود. این مؤلفه نیز دو بُعد دارد: ۱- برآیندهای مثبت؛ ۲- برآیندهای منفی.

بسیاری از عوامل اجتماعی مانند مفروضه‌های شخصی، انتظارات و ترس‌ها درباره پیری قرار دارد [۸]. سالخوردگی از نظر بسیاری از مردم معادل ناتوانی جسمانی، سلامت ضعیف، نقص در فکر کردن و داشتن نگرش منفی نسبت به زندگی است. این مفروضه‌های نادرست درحقیقت نمونه‌هایی از مفهوم «پیری‌ستیزی» است؛ یعنی برچسب‌زدن و تبعیض نظام‌مند به افرادی که سالخورده هستند.

پیری‌ستیزی، بر باورهای قالبی یا در آنچه اسطوره‌ها درباره پیری نامیده می‌شود، مبتنی است که تصاویر منفی درباره سالخوردهگان را دربردارد. این اسطوره‌ها عبارت است از: سالخوردهگان یا خیلی غنی هستند یا خیلی فقیر؛ سالخوردهگان فرتوت هستند (آنها حافظه معیوب دارند یا دارای زوال عقل هستند)؛ سالخوردهگان نه توانایی روابط جنسی دارند و نه به آن علاقمند هستند؛ سالخوردهگان در غالب شرایط زندگی‌شان، مفلوک و غمگین هستند؛ سالخوردهگان بسیار مذهبی‌اند؛ سالخوردهگان قادر به سازگاری با تغییرات جدید نیستند؛ سالخوردهگان توانایی یادگیری چیزهای جدید را ندارند؛ سالخوردهگان به طور کلی دوست دارند تا در آسایشگاه سالمندان زندگی کنند؛ سالخوردهگان در لباسشان ادرار می‌کنند و سالخوردهگان تمایل دارند تا حد زیادی شبیه یکدیگر باشند [۹، ۱۰].

هرچند خطر بیماری و ناتوانی آشکارا با افزایش سن بیشتر می‌شود، اما سلامت ضعیف برآیند اجتناب‌ناپذیر سالخوردگی نیست. در مطالعه‌ای سارکیسیان<sup>۱</sup> و همکاران [۱۱] نشان دادند که ۵۰ درصد از پاسخ‌گویان انتظار داشتند که افسردگی، وابستگی، درد و ناراحتی، کاهش توانایی روابط جنسی و کاهش انرژی از جنبه‌های قابل‌پیش‌بینی سالخوردگی باشد. آنها در مطالعه‌های دیگر [۱۲] نشان دادند که زنان سالخورده ناتوانی جدیدی را به سالخوردگی نسبت می‌دهند و آن این است که سالخوردگی و ناتوانی، لازم و ملزوم یکدیگرند.

پژوهش‌ها تأیید کرده است که باورهای مردم درباره سالخوردگی با بسیاری از برآیندهای سلامتی به‌شدت رابطه دارد [۱۴، ۱۳]. برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که مشارکت سالخوردهگان در رفتارهای سلامتی مانند ورزش کردن، تا حد زیادی به باورهای آنها درباره سالخوردگی ارتباط دارد. برای مثال لوی و میرز<sup>۲</sup> [۱۵]، رفتارهای سلامتی پیشگیرانه را بررسی کردند که متأثر از ادراک فرد از سالخوردگی است. آنها این سؤال را پیش کشیدند: «آیا ادراک سالخوردهگان نسبت به سالخوردگی‌شان، رفتارهای سلامتی پیشگیرانه را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند؟». مشارکت‌کنندگان با سنین ۵۰ تا ۸۰ سال به نگرش‌ها درباره سالخوردگی و مجموعه‌ای از ۸ معیار سلامتی پیشگیرانه پاسخ دادند. نتایج نشان داد افرادی که ادراک‌ازخود سالخوردگی مثبت‌تری داشتند، نسبت به افراد با ادراک منفی رفتارهای سلامتی پیشگیرانه بیشتری را انجام می‌دادند. علاوه‌براین گودوین، بلک و ساتیش (۱۹۹۹) [۱۶] دریافتند که بیشتر نسبت‌دادن

3. Leventhal self-regulation model

4. Leventhal and Meyers & Nerenz

1. Sarkisian

2. Levy and Myers

[۱۷] اقتباس شده است. این الگو چهارچوبی برای ارزیابی تأثیر بیماری بر فرد است که ۳۲ ماده دارد و چهار بُعد از باورها نسبت به سالخوردگی را می‌سنجد. این ابعاد یا مؤلفه‌ها عبارت است از:

- خط زمانی: به دو مؤلفه «خط زمانی مزمن» (برای مثال، من معمولاً خودم را به‌عنوان یک سالخورده طبقه‌بندی می‌کنم) و «خط زمانی دوره‌ای» (برای مثال، من با مشاهده چهره خود احساس پیری می‌کنم) می‌پردازد؛

- برآیندها: دو بُعد «برآیند مثبت» (آگاهی از منافع سالخوردگی: همچنان که پیرتر می‌شوم، خردمندتر می‌شوم) و «برآیند منفی» (آگاهی از جنبه‌های منفی سالخوردگی: سالخوردگی هر چیزی را برایم دشوار کرده است) را دربردارد؛

- کنترل: دارای دو بُعد «کنترل مثبت» (کنترل ادراک شده بر تجربیات مثبت سالخوردگی: برای مثال، کیفیت زندگی اجتماعی من در سال‌های آخر زندگی به خودم بستگی دارد) و «کنترل منفی» (برای مثال، اینکه چقدر تحرک داشته باشم، دست من نیست) است؛

- تظاهرات هیجانی (برای مثال، وقتی به سالخوردگی فکر می‌کنم، اندوهگین می‌شوم).

از پاسخ‌گویان خواسته می‌شد تا میزانی را علامت بزنند که با هر یک از سؤالات موافق یا مخالف (خیلی موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و خیلی مخالف) هستند. پاسخ‌ها از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شد و نمرات بالاتر، نشانگر تأیید بیشتر ادراک خاص بود. متوسط پایایی پرسش‌نامه ادراک سالخوردگی در مطالعه بارکر<sup>۶</sup> و همکاران [۳۴] با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین، در مطالعه بارکر و همکاران [۳۴]، ضریب پایایی مؤلفه‌های ادراک سالخوردگی، بدین صورت به‌دست آمد: خط زمانی مزمن ۰/۸۶، خط زمانی دوره‌ای ۰/۸۹، برآیند مثبت ۰/۶۴، برآیند منفی ۰/۸۰، تظاهرات هیجانی ۰/۷۴، کنترل مثبت ۰/۸۰ و کنترل منفی ۰/۷۳. علاوه‌براین در مطالعه بارکر [۳۴]، اعتبار همگرا و واگرا (تشخیصی) پرسش‌نامه ادراک سالخوردگی از طریق محاسبه همبستگی میان این پرسش‌نامه و مقیاس‌های تک‌بعدی تجربه سالخوردگی تأیید شد.

در ایران این مقیاس برای نخستین بار در مطالعه مسعودی [۳۵] درباره رفتار بیماری افراد با علائم آرتروز روماتوئید مورد استفاده قرار گرفت و اعتبار و پایایی آن تأیید شد. در مطالعه حاضر، مقدار پایایی مؤلفه‌های پرسش‌نامه ادراک سالخوردگی برای مؤلفه‌های خط زمانی مزمن، خط زمانی دوره‌ای، برآیند مثبت، برآیند منفی، تظاهرات هیجانی، کنترل مثبت و کنترل منفی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

ت) کنترل: به باورها درباره شیوه‌های مدیریت شخصی بر تجربه سالخوردگی اشاره دارد. این مؤلفه نیز دو بُعد دارد: ۱- کنترل مثبت بر تجربیات؛ ۲- کنترل منفی بر تجربیات سالخوردگی.

ث) تظاهرات هیجانی: شامل واکنش‌ها و پاسخ‌های هیجانی ایجادشده توسط سالخوردگی است. این هیجانات، به‌ویژه به هیجانات منفی مانند نگرانی، اضطراب، افسردگی، ترس، عصبانیت و غم اشاره دارد.

کارایی الگوی خودگردانی لونتال در مطالعه سلامت سالخوردگان، در مطالعات متعددی [۲۶-۳۲] تأیید شده است. با وجود پژوهش‌های متعددی که در زمینه سلامت سالمندان در ایران انجام شده است، اما پژوهش‌های اندکی درباره نقش باورها و ادراکات سالخوردگی در شکل‌دهی کیفیت زندگی و سلامت سالمندان انجام شده است. پژوهش حاضر، با هدف تعیین ارتباط میان باورها نسبت به سالمندی و برآیندهای سلامتی آن برای سالخوردگان، در قالب الگوی خودگردانی لونتال به‌عنوان یک چهارچوب نظری مناسب به‌منظور تبیین و توضیح نقش باورها درباره سالخوردگی در تعیین وضعیت سلامت عمومی سالمندان انجام شده است.

## روش مطالعه

مطالعه حاضر در قالب یک طرح توصیفی و با روش پیمایشی انجام شد. داده‌های مطالعه از تمامی شهروندان سالمند شهر رشت در فاصله زمانی خرداد و تیرماه ۱۳۹۳ جمع‌آوری شد که در دو مکان یعنی آسایشگاه سالمندان و در کنار خانواده زندگی می‌کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵۰ سالمند ساکن در آسایشگاه‌های سالمندان شهر رشت و ۱۵۰ سالمند که در کنار خانواده زندگی می‌کردند، انتخاب شدند. برای دستیابی به این دسته از سالمندان، محقق به پارک‌ها، مساجد و اماکن عمومی مراجعه کردند.

## ابزار اندازه‌گیری

برای ارزیابی متغیرهای تحقیق، از ابزار اندازه‌گیری زیر استفاده شد:

### پرسش‌نامه ویژگی‌های اجتماعی جمعیت‌شناختی و بالینی

این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، تعداد فرزندان و مکان زندگی بود که با استفاده از چک‌لیستی عمومی پرسیده شد.

### پرسش‌نامه ادراک سالخوردگی (APQ)<sup>۵</sup>

این پرسش‌نامه ابزاری است که از الگوی خودگردانی لونتال

6. Barker

5. Aging Perception Questionnaire (APQ)



قرار گرفت. با استفاده از روش همبستگی چندگانه، روابط میان مؤلفه‌های ادراک سالخوردگی و مؤلفه‌های سلامت عمومی بررسی شد. از روش تحلیل رگرسیون خطی چندگانه سلسله‌مراتبی، برای تعیین سهم هریک از متغیرهای اجتماعی جمعیت‌شناختی و نیز مؤلفه‌های باورهای سالخوردگی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان استفاده شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰۰ نفر از سالمندان شهر رشت مورد بررسی قرار گرفتند (جدول شماره ۱) که از این تعداد ۴۸ درصد مرد و ۵۲ درصد زن بودند. از نظر سنی، میانگین سنی سالمندان ۷۱/۱۲ سال با انحراف معیار ۵/۴۸ و دامنه سنی سالمندان، بین ۶۰ تا ۸۶ سال بوده است. از نظر وضعیت تأهل، ۵۸/۳ درصد از پاسخ‌گویان همسر فوت‌شده، ۳۳/۳ درصد متأهل و ۸/۳ درصد نیز مجرد بودند.

از نظر وضعیت درآمد، میانگین درآمد ماهیانه سالمندان ۳۹۸۲۰۰ تومان با انحراف معیار  $SD=4/58$  بود. بیشینه درآمد پاسخ‌گویان ۶/۵۰۰/۰۰۰ تومان و کمینه درآمد آنها صفر بوده است. از نظر شغل قبلی ۱۶/۳ درصد مشاغل آزاد، ۲/۷ درصد کارگر، ۵/۳ درصد کشاورز، ۴۳/۳ درصد کارمند و ۲۳/۳ درصد نیز خانه‌دار بودند. از نظر تعداد فرزند، میانگین تعداد فرزندان

### پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی [۳۶]

این پرسش‌نامه، مرکب از ۲۸ ماده است که چهار مؤلفه علایم جسمانی (۷ ماده)، اضطراب-بی‌خوابی (۷ ماده)، بدکاری اجتماعی (۷ ماده) و افسردگی (۷ ماده) را می‌سنجد. ماده‌های این پرسش‌نامه در قالب یک طیف چهار درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه، نه بیش‌از حد معمول، تقریباً بیش‌از حد معمول و بیش‌از حد معمول) درجه‌بندی شد و نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر سلامت عمومی بهتر بود.

ضریب بازآزمایی پرسش‌نامه سلامت عمومی در مطالعه یعقوبی [۳۷] ۰/۵۵ و ضریب بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به‌دست آمده بود. متوسط حساسیت پرسش‌نامه ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن ۰/۸۲ بود. همچنین ضریب آلفای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ محاسبه شد. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ و برای مؤلفه‌های علایم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، بدکاری اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۲ محاسبه شد. شایان ذکر است که براساس نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی [۳۶]، در این مطالعه نمره بالاتر در مقیاس سلامت عمومی نشان‌دهنده سلامت عمومی بهتر بود.

### روش‌های آماری

داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل

جدول ۱. توصیف ویژگی‌های اجتماعی جمعیت‌شناختی پاسخ‌گویان.

متغیر	فراوانی (%)	میانگین	انحراف معیار	دامنه
جنس	مرد			
	۱۴۴(۴۸)			
سن	زن			
	۱۵۶(۵۲)			
وضعیت تأهل	سن	۷۱/۱۲	۵/۴۸	۶۰-۸۶
	متأهل	۱۰۰(۳۳/۳)		
	همسر فوت‌شده	۱۷۵(۵۸/۳)		
درآمد ماهیانه (تومان)	مجرد	۲۵(۸/۳)		
	۳۹۸۲۰۰	۴/۵۸	۶/۵۰۰/۰۰۰	
شغل قبلی	آزاد			
	۴۹(۱۶/۳)			
	کارگر			
	۸(۲/۷)			
	کشاورز			
تعداد فرزند	کارمند			
	۱۶(۵/۳)			
	کارمند			
مکان زندگی	خانه‌دار			
	۹۷(۳۲/۳)			
	تعداد فرزند	۳/۳	۱/۷۶	۰-۹
کنار خانواده	کنار خانواده			
	۱۵۰(۵۰)			
آسایشگاه سالمندان	آسایشگاه سالمندان			
	۱۵۰(۵۰)			

جدول ۲. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های باورهای نسبت به سالخوردگی و سلامت عمومی.

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
برآیند مثبت												
خط زمانی مزمن	۰/۶۳۱**											
تظاهرات هیجانی	۰/۶۰۱	۰/۵۱۴**										
کنترل مثبت	۰/۳۳۱**	۰/۰۷۶	۰/۵۴۶**									
برآیند منفی	۰/۳۵۸**	۰/۴۷۷**	۰/۴۶۶**	۱								
کنترل منفی	۰/۲۸۲**	۰/۴۹۰**	۰/۵۳۰**	۰/۴۲۸**	۱							
خط زمانی دوره‌ای	۰/۲۸۷**	۰/۲۵۸**	۰/۶۱۶**	۰/۲۲۲**	۰/۴۵۷**	۱						
علایم جسمانی	۰/۰۹۹	۰/۱۶۰**	۰/۳۰۶**	۰/۳۵۴**	۰/۱۷۸**	۰/۳۵۶**	۱					
اضطراب بی‌خوابی	۰/۱۰۲	۰/۱۳۸*	۰/۴۱۹**	۰/۲۸۷**	۰/۱۶۷**	۰/۴۱۸**	۰/۴۸۶**	۱				
بدکاری اجتماعی	۰/۱۰۴	۰/۳۶۹**	۰/۱۱۸*	۰/۳۲۵**	۰/۳۰۷**	۰/۰۷۸	۰/۲۱۷**	۰/۱۲۳**	۱			
افسردگی	۰/۲۴۱**	۰/۲۱۰**	۰/۳۵۷**	۰/۳۹۶**	۰/۲۴۸**	۰/۴۱۲**	۰/۵۰۰**	۰/۴۳۶**	۰/۰۹۲	۱		
سلامت عمومی (کل)	۰/۱۹۷**	۰/۳۱۴**	۰/۴۲۵**	۰/۴۸۷**	۰/۳۲۲**	۰/۴۴۹*	۰/۴۹۰**	۰/۴۸۳**	۰/۴۳۸**	۰/۴۲۸**	۱	

P&lt;۰/۰۵\*

P&lt;۰/۰۱\*\*

سازند

مؤلفه کنترل مثبت و علایم جسمانی ( $r=۰/۳۴۵$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۴۵۰$  و  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۳۹۵$  و  $P<۰/۰۱$ ) وجود داشت.

همبستگی مثبت میان مؤلفه برآیند منفی و علایم جسمانی ( $r=۰/۳۵۴$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۳۲۵$  و  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۳۹۶$  و  $P<۰/۰۱$ ) و سلامت عمومی کل ( $r=۰/۴۸۷$  و  $P<۰/۰۱$ ) وجود داشت. همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه کنترل منفی و علایم جسمانی ( $r=۰/۱۷۸$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۱۶۷$  و  $P<۰/۰۱$ )، بدکاری اجتماعی ( $r=۰/۳۰۷$  و  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۲۴۸$  و  $P<۰/۰۱$ ) و سلامت عمومی کل ( $r=۰/۳۲۲$  و  $P<۰/۰۵$ ) مشاهده شد. در نهایت، همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه خط زمانی دوره‌ای و علایم جسمانی ( $r=۰/۳۵۶$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۴۱۸$  و  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۴۱۲$  و  $P<۰/۰۱$ ) و سلامت عمومی کل ( $r=۰/۴۴۹$  و  $P<۰/۰۱$ ) وجود داشت.

## تحلیل چندگانه

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی نشان داد

پاسخ‌گویان ۳/۳ فرزند با انحراف معیار  $SD=۱/۷۶$  بوده است. همچنین نیمی از سالمندان (۵۰ درصد) در آسایشگاه سالمندان و نیمی دیگر (۵۰ درصد) نیز در کنار خانواده زندگی می‌کردند.

## همبستگی چندگانه میان مؤلفه‌های باورها نسبت به سالخوردگی و سلامت عمومی

همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه برآیند مثبت سالمندی و سلامت عمومی کلی سالمندان ( $r=۰/۱۹۷$  و  $P<۰/۰۱$ ) و افسردگی ( $r=۰/۲۴۱$  و  $P<۰/۰۱$ ) وجود داشت. همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه خط زمانی مزمن با مؤلفه‌های علایم جسمانی ( $r=۰/۱۶۰$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۳۶۹$ ،  $P<۰/۰۱$ )، کاهش بدکاری اجتماعی ( $r=۰/۱۳۸$ ،  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۲۱۰$  و  $P<۰/۰۱$ ) و سلامت عمومی کل ( $r=۰/۳۱۴$  و  $P<۰/۰۱$ ) وجود داشت (جدول شماره ۲).

علاوه بر این همبستگی مثبت معناداری میان تظاهرات هیجانی با علایم جسمانی ( $r=۰/۳۰۶$  و  $P<۰/۰۱$ )، اضطراب بی‌خوابی ( $r=۰/۱۱۸$  و  $P<۰/۰۵$ )، بدکاری اجتماعی ( $r=۰/۴۱۹$  و  $P<۰/۰۱$ )، افسردگی ( $r=۰/۳۵۷$  و  $P<۰/۰۱$ ) و سلامت عمومی کل ( $r=۰/۴۲۵$  و  $P<۰/۰۱$ ) مشاهده شد. همبستگی مثبت معناداری نیز میان

جدول ۳. تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی چندگانه سلامت عمومی سالمندان.

مرحله	متغیر	$\beta$	T	سطح معناداری	$\beta$	تنظیم‌شده	F تغییر یافته	سطح معناداری
۱	سن	-۰/۰۵۹	۱/۵۲	۰/۱۲۹	۰/۳۴۲	۶۵/۹۴	۰/۰۰۰**	
	جنس	-۰/۰۸۹	۲/۲	۰/۰۲۹*				
	وضعیت تأهل	-۰/۰۴۰	-۰/۹۵	۰/۳۴۳				
	درآمد	۰/۰۹۰	۰/۲۰۷	۰/۸۳۶				
	تعداد فرزند	-۰/۰۲۵	-۰/۵۹۵	۰/۵۵۲				
	مکان زندگی	۰/۷۳۴	۱۶/۶	۰/۰۰۰**				
۲	برآیند مثبت	-۰/۰۲۲	۰/۴۲۹	۰/۶۶۸				
	خط زمانی مزمن	-۰/۰۱۷	۰/۳۰۹	۰/۷۵۸				
	تظاهرات هیجانی	-۰/۰۸۸	-۱/۴۶	۰/۱۴۴				
	کنترل مثبت	۰/۲۴۷	۵/۲۰	۰/۰۰۰**	۰/۳۲۵	۱۲/۱۷	۰/۰۰۰**	
	برآیند منفی	۰/۲۳۳	۴/۴۵	۰/۰۰۰**				
	کنترل منفی	-۰/۲۳۹	۴/۵۹	۰/۰۰۰**				
	خط زمانی دوره‌ای	-۰/۱۷۲	۳/۳	۰/۰۰۱**				

P&lt;۰/۰۵\*

P&lt;۰/۰۱\*\*

Total R<sup>2</sup>=۰/۶۶۹، Adj. R<sup>2</sup>=۰/۶۵۴، F<sub>(۶/۱۱۳)</sub>=۵/۴۴، P<۰/۰۱

سالمند

### بحث

این مطالعه با هدف تعیین رابطه میان باورها نسبت به سالخوردگی و سلامت عمومی سالخوردگان انجام شد. با استفاده از الگوی خودگردانی لونتال [۱۹]، چهار شکل از باورها نسبت به سالخوردگی و تأثیر آن بر سلامت عمومی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد همبستگی مثبت معناداری میان برآیند مثبت سالمندی و سلامت عمومی سالمندان وجود داشت. سالمندانی که به اثرات مثبت سالخوردگی بر حوزه‌های مختلف زندگی‌شان باور داشتند و برآیندهای مثبت بیشتری مانند رشد شخصیت، افزایش دانش و فهم را به سالخوردگی نسبت می‌دادند، از سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند. همچنین، همبستگی مثبتی میان مؤلفه برآیند مثبت و کاهش علائم افسردگی مشاهده شد.

میزان احساس ناامیدی، فقدان انگیزه برای فعالیت، یأس، فقدان احساس ارزش و فکر خودکشی در میان سالمندانی که باور داشتند سالخوردگی نتایج مثبتی برای آنها به دنبال داشته، کمتر بود. از سوی دیگر، میان مؤلفه برآیند منفی سالخوردگی و سلامت

متغیرهای کنترل (اجتماعی-جمعیت‌شناختی) که در مرحله اول وارد الگو شد، توانست ۳۴/۲ درصد از واریانس سلامت عمومی سالمندان را تبیین کند (adj. R<sup>2</sup>=۰/۳۴۲، P<۰/۰۱ و F<sub>(۶/۱۱۳)</sub>=۶۴/۹۴). متغیر مکان زندگی، پیش‌بینی‌کننده نیرومندی برای سلامت عمومی سالمندان بوده است (P<۰/۰۱ و  $\beta=۰/۷۳۴$ ) (جدول شماره ۳). همچنین متغیر جنس (P<۰/۰۵ و  $\beta=۰/۰۸۹$ ) نیز سهم معناداری در تبیین واریانس سلامت عمومی سالمندان داشت. در مرحله دوم، مؤلفه‌های باورها نسبت به سالمندی وارد الگو شد و توانست ۳۱/۲ درصد از واریانس سلامت عمومی سالمندان را تبیین کند (adj. R<sup>2</sup>=۰/۳۱۲، P<۰/۰۱ و F<sub>(۷/۱۱۳)</sub>=۱۲/۱۷). در مجموع، این الگو توانست ۶۵/۴ درصد از واریانس سلامت عمومی سالمندان را تبیین کند. به جز سه مؤلفه برآیند مثبت، خط زمانی مزمن و تظاهرات هیجانی، دیگر مؤلفه‌های باورها نسبت به سالمندی سهم نسبتاً خوبی در تبیین واریانس سلامت عمومی سالمندان داشت. این سهم عبارت است از: کنترل مثبت (P<۰/۰۱ و  $\beta=۰/۲۷۴$ )، برآیند منفی (P<۰/۰۱ و  $\beta=۰/۲۳۳$ )، کنترل منفی (P<۰/۰۱ و  $\beta=۰/۲۳۹$ ) و خط زمانی دوره‌ای (P<۰/۰۱ و  $\beta=۰/۱۷۲$ ).

خود احساس می‌کردند و به علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدکاری اجتماعی بیشتری مبتلا بودند.

این نتیجه با یافته‌های باراک و استرن<sup>۱۰</sup> [۲۶] و وسترهوف<sup>۱۱</sup> و همکاران [۳۹] همخوانی داشت. باراک و استرن نشان دادند سالمندانی که آگاهی مزمی از سالمندی خود دارند، از عدم‌فعالیت و سستی بیشتری رنج می‌برند. وسترهوف و همکاران دریافتند که آگاهی مزمی سالمندان از سن خود با سلامتی ضعیف در رابطه است. همچنین همبستگی مثبت معناداری میان خط زمانی دوره‌ای درباره سالخوردگی و علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و سلامت کلی سالمندان وجود داشت. سالمندانی که معتقد بودند آگاهی‌شان از سالخوردگی دائماً در حال تغییر است، علایم جسمانی بیشتر مانند احساس ضعف، خستگی، کسالت، سنگینی و درد، و فشار در سر؛ علایم اضطراب و بی‌خوابی بالاتر مانند عصبی‌بودن، مشکلات در به‌خواب‌رفتن، کم‌خوابی و بداخلاقی و علایم افسردگی بیشتر مانند احساس ناامیدی، فقدان انگیزه برای فعالیت، یأس، فقدان احساس ارزش و فکر خودکشی را گزارش کردند.

براین اساس، هم خط زمانی مزمی و هم خط زمانی دوره‌ای با برآیندهای منفی سلامت سالمندان در رابطه بود. این نتیجه با یافته‌های پیشین همخوانی داشت. بارکر و همکاران (۲۰۰۷) [۳۴] در مطالعه‌ای نشان دادند که هم خط زمانی مزمی و هم خط زمانی دوره‌ای با واکنش‌های هیجانی منفی نسبت به سالخوردگی، یعنی سطوح پایین کنترل ادراک شده سالمندان بر تجربیات مربوط به سالخوردگی، برآیندهای منفی سالخوردگی و نمرات بالاتر در زمینه هویت سالخوردگی همراه بود.

آنها دریافتند خط زمانی دوره‌ای با برآیندهای مثبت کمتر سالخوردگی در رابطه بود. نتایج مطالعه حاضر نقش مستقلی را تأیید کرده است که خط زمانی مزمی و دوره‌ای می‌تواند در زمینه سلامت جسمانی و روانی سالمندان داشته باشد. برخی از پژوهش‌ها [۳۹، ۴۰] نشان داده بود چگونه آگاهی مزمی درباره پیری ممکن است نتایج ناسازگارانه‌ای برای سالمندان در پی داشته باشد.

همبستگی مثبت معناداری میان مؤلفه تظاهرات هیجانی سالخوردگی و علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، بدکاری اجتماعی و افسردگی در سالمندان وجود داشت. تظاهرات هیجانی، به واکنش‌های هیجانی نسبت به سالخوردگی مانند نگرانی، اضطراب، افسردگی، ترس، عصبانیت و غم اشاره دارد. سالمندانی که به اثرات و پیامدهای منفی سالخوردگی باور داشتند، از واکنش‌های هیجانی منفی نیرومندی نسبت به سالخوردگی برخوردار بودند. این سالمندان در مقایسه با سالمندانی که درباره سالخوردگی از ادراک مثبت‌تر برخوردار بودند، ادراک منفی

عمومی سالمندان، علایم جسمانی، اضطراب-بی‌خوابی، بدکاری اجتماعی و افسردگی، همبستگی مثبت مشاهده شد. سالمندانی که به اثرات و ره‌آوردهای منفی سالخوردگی در زندگی‌شان معتقد بودند؛ یعنی اعتقاد داشتند سالخوردگی، استقلال آنها را در زندگی کاهش داده و زندگی را برای‌شان دشوار و توانایی آنها را در انجام فعالیت‌ها محدود کرده است، علایم جسمانی بیشتری مانند احساس ضعف، خستگی، کسالت، سنگینی، درد و فشار در سر را گزارش کردند. همچنین این سالمندان به علایم اضطراب، عصبی‌بودن، مشکلات در به‌خواب‌رفتن، کم‌خوابی و بداخلاقی بیشتری اشاره کردند.

سالمندان با باور به نتایج منفی سالخوردگی، علایم بدکاری اجتماعی و افسردگی بیشتری نسبت به سالمندان با باور به نتایج مثبت سالخوردگی گزارش کردند. این یافته با نتایج برخی از پژوهش‌های پیشین هماهنگ بود. لیندائر<sup>۷</sup> و همکاران [۲۷] مطالعه‌ای روی گروهی از سالمندان هنرمند انجام و نشان دادند با وجود آنکه این سالمندان از مشکلات متعدد سلامتی مانند ضعف حسی و حرکتی، سلامت ضعیف و کاهش انرژی رنج می‌برند، اما به سطوح بالایی از موفقیت دست یافته، به توسعه مهارت‌ها و دانش خود ادامه داده و از سلامت کلی بهتری نسبت به هم‌متایان خود برخوردار بودند.

سای (۲۰۱۳) [۳۸] علت این امر را در سودمند تلقی کردن سالخوردگی و داشتن نگرش مثبت نسبت به سالخوردگی توسط سالمندان مورد مطالعه‌شان تبیین کرده است. استورینک<sup>۸</sup> و همکاران [۲۹] در مطالعه‌شان در زمینه رابطه میان تجربه شخصی سالخوردگی و معیارهای بهزیستی مانند رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی نشان دادند ادراک و تصورات نادرست نسبت به سالمندی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد.

آنها دریافتند که ادراک نادرست نسبت به سالخوردگی با سه بُعد از تجربه سالخوردگی (یعنی ضعف جسمانی، رشد مستمر و رشد شخصی) و زیان‌ها در حوزه اجتماعی، مانند کاهش احترام از طرف دیگران رابطه دارد. از سوی دیگر برآیندهای منفی و مثبت سالخوردگی، با بهزیستی ذهنی بالاتر همراه است. همچنین گاتوسو<sup>۹</sup> [۲۸] نشان داده ادراک و برآیندهای منفی نسبت به سالخوردگی، با افسردگی بالاتر در سالمندان ارتباط دارد.

علاوه بر این، همبستگی مثبت معناداری میان خط زمانی مزمی با مؤلفه‌های اضطراب-بی‌خوابی، علایم جسمانی، بدکاری اجتماعی، افسردگی و سلامت عمومی کل وجود داشت. سالمندانی که آگاهی خود از سالخوردگی را مزمی گزارش کردند؛ یعنی باور داشتند که یک سالخورده هستند و سالخوردگی را در تمامی فعالیت‌های

7. Lindauer

8. Steverink

9. Gattuso

10. Barak and Stern

11. Westerhof



سلامتی و بهزیستی را در سراسر زندگی تسهیل بخشد.

محققان نشان دادند که کنترل احساس شده بزرگسالان نسبت به سلامتی خود و باورها نسبت به توانایی شان برای انجام رفتارهای سلامتی بر این موضوع اثر می‌گذارد که چگونه آنها سلامت خود را ارتقا بخشند یا با بیماری‌های مزمن سازگار شوند [۴۱، ۴۲]. مطالعات انجام شده براساس نظریه یادگیری [۴۳، ۴۴] نشان دادند که کنترل احساس شده افراد بر سلامتی‌شان با برآیندهای مثبت سلامتی رابطه دارد و فقدان کنترل مثبت بر سلامتی، با برآیندهای منفی و ناراحتی‌های روانی در سالموردگان همراه است.

الگوی خودگردانی لونتال [۱۹، ۱۷]، یکی از الگوهای نظری سودمند در بررسی تأثیر باورها و ادراک نسبت به سالموردگی بر برآیندهای سلامت جسمانی و روانی سالموردگان محسوب می‌شود. از دیدگاه نظری، همان‌گونه که نتایج مطالعه حاضر نشان داده، باورها درباره سالموردگی ممکن است بر برآیندهای مرتبط با سلامتی سالمندان اثر بگذارد. مطالعات لوی و همکاران (۲۰۰۲) [۱۳] و لیندائر و همکاران (۱۹۹۷) [۲۷] نیز در قالب الگوی خودگردانی لونتال این موضوع را نشان داده بود که سالمندان باید چه ادراک و باوری درباره سالموردگی داشته باشند تا بر سلامت عملکردی و سلامت روانی آنها تأثیرگذار باشد.

یکی از مزایای مهم این الگو این است که بر فهم تجربه سالموردگی از دیدگاه سالمند می‌پردازد. این رویکرد به چشم‌اندازهای سنتی و شناختی شبیه است که بر فرآیندهای رفتاری تمرکز دارد. درحقیقت این رویکردها، فرد را یک دانشمند عقل سلیم می‌پندارد که می‌کوشد تا جهان خود را بفهمد [۲۴] و برحسب اینکه فرد نسبت به سالموردگی چه بازنمایی و تصویری دارد، جنبه‌های شناختی و هیجانی خود را نسبت به آن شکل می‌دهد و بر برآیندهای سلامتی وی اثر می‌گذارد.

به گفته لونتال و همکاران [۱۷، ۱۹] در مرکز رویکرد شناختی خودگردانی این دیدگاه قرار دارد که افراد الگوها، بازنمودهای درونی یا اسکیم (طرح‌واره) خود را شکل می‌دهند که بازتابی از فهم آنها از تجربیات گذشته است و برای تفسیر تجربیات جدید و طرح‌ریزی رفتارشان مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین الگوی خودگردانی این دیدگاه را نشان می‌دهد که فهم مناسب از فرآیندهای سالموردگی تنها از طریق توصیف روش‌هایی به‌دست می‌آید که افراد معنای سالموردگی را تفسیر می‌کنند.

یافته‌های این مطالعه، اعتبار الگوی خودگردانی لونتال را در زمینه نقش ادراکات و باورها درباره تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری مرتبط با سالموردگی، بر پیامدهای مرتبط با سلامتی سالمندان تأیید کرد. همان‌گونه که این الگو فرض می‌کند، هر جزء از ادراک نسبت به سالموردگی می‌تواند بر رفتار سلامتی و بیماری سالمندان در واکنش به علایم سالموردگی اثر بگذارد. درحقیقت، واکنش و رفتاری که سالمندان نسبت به علایم سالموردگی

بیشتری در زمینه سالموردگی داشتند. به‌بیان‌دیگر سالمندانی که باور داشتند با مشاهده تأثیر سالموردگی بر فعالیت‌هایشان احساس افسردگی، ناراحتی، نگرانی و آشفتگی می‌کنند، علایم آسیب‌های جسمانی بیشتر، اضطراب و بی‌خوابی بالاتر، بدکاری اجتماعی بیشتر در فعالیت‌های روزمره و علایم افسردگی بیشتری را گزارش کردند.

بارکر و همکاران (۲۰۰۷) [۳۴] در مطالعه‌ای نشان دادند افرادی که واکنش‌های منفی قوی نسبت به سالموردگی داشتند به ادراکی منفی مانند خط زمانی مزمن مبتلا بودند. درمقابل افراد با واکنش‌های هیجانی منفی کمتر نسبت به سالموردگی، ادراکات مثبت مانند کنترل و برآیندهای مثبت سالموردگی داشتند. نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های اسمیت و فروند (۲۰۰۲) [۳۱] را که نشان داده بود واکنش‌های هیجانی منفی نسبت به سالموردگی با تغییرات منفی در زمینه سلامت جسمانی و عملکردی همراه است و نیز یافته‌های گومز و مادی (۲۰۰۱) [۳۲] که نشان داده بود پاسخ‌های هیجانی منفی نسبت به سالموردگی با مقابله‌های منفی و ناسازگارانه سالمندان همراه است، همخوانی دارد. به‌نظر می‌رسد واکنش‌های هیجانی منفی نسبت به تغییرات سالموردگی، بر راهبردهای مقابله‌ای سالمندان در شرایط استرس‌زا و آسیب‌شناختی تأثیر منفی می‌گذارد. راهبردهای مقابله‌ای منفی به‌نوبه خود برآیندهای ضعیف سلامتی جسمانی و روانی را برای سالمندان به‌همراه دارد.

همبستگی مثبت معناداری میان باور سالمندان به کنترل مثبت بر تجربیات پیری و سلامت عمومی وجود داشت. سالمندانی که باور داشتند کیفیت زندگی اجتماعی و فردی‌شان و نیز اینکه چگونه به زندگی‌شان ادامه دهند تا حد زیادی به خودشان بستگی دارد، از سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند. همچنین همبستگی مثبت معناداری میان باور سالمندان به کنترل مثبت بر تجربیات پیری و مؤلفه افسردگی وجود داشت.

ادراکات و باورهای سالموردگان به کنترل رویدادهای مرتبط با سالموردگی، با کاهش علایم افسردگی در آنان همراه بود. سالمندانی که به تلاش‌هایشان برای تسلط بر محیط خود به‌منظور تعقیب نیازهای خود باور داشتند، کمتر از دیگران احساس ناامیدی و بی‌ارزشی و کمتر از دیگران افکاری مانند پایان‌بخشیدن به زندگی خود را گزارش کردند. این نتیجه با یافته‌های برخی از مطالعات همخوانی داشت. برای مثال، لانگ و هکهازن<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۱) [۳۰] و اسمیت و فروند (۲۰۰۲) [۳۱] در قالب الگوی خودگردانی لونتال نشان دادند داشتن احساس کنترل قوی بر زندگی و محیط پیرامون سالموردگان می‌تواند

12. Smith and Freund

13. Gomez and Madey

14. Lang and Heckhausen

## References

- [1] World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course [Internet]. 2009 [cited 2009 Aug 27]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en>
- [2] Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Masjedi F, Sayed Noadi M, Parizadeh SMJ. [Comprehensive of public health. Health of older People (Persian)]. 2<sup>th</sup> ed. Tehran: Arjmand Publication; 2008.
- [3] United Nations. World population prospects: The 2006 revision. New York: United Nations; 2007. Available from: [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Wpp2006\\_Highlights\\_rev.Pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Wpp2006_Highlights_rev.Pdf)
- [4] Statistical Centre of Iran. Publications information base statistical centre of Iran [Internet]. 2009 [Cited 2009 Sep 02]. Available from: <http://eamar.sci.org.ir>
- [5] Hess TM. Attitudes toward aging and their effects on behavior. In: Birren JE, Schaie KW, editors. Handbook of the Psychology of Aging. Boston, M.A.: Academic Press; 2006, p. 379-406.
- [6] Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. Psychological Sciences. 2009; 20(3):296-98.
- [7] Lachman ME, Neupert SD, Agrigoroaei S. The relevance of control beliefs for health and aging. In: Schaie KW, Willis SL, editors. Handbook of the Psychology of Ageing. San Diego, C.A.: Academic Press; 2011, p. 175-190.
- [8] Butler RM. Ageism: another form of bigotry. Gerontologist. 1969; 9(4):243-46.
- [9] Butler RM. The longevity revolution: the benefits and challenges of living a long life. New York: Public Affairs Publication; 2008.
- [10] Palmore EB. Ageism: negative and positive. New York: Springer; 1990.
- [11] Sarkisian CA, Hays RD, Mangione CM. Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. Journal of American Geriatrics Society. 2002; 50(11):1837-843.
- [12] Sarkisian CA, Liu H, Ensrud KE, Stone KL, Mangione CM. Correlates of attributing new disability to old age. Journal of American Geriatrics Society. 2001; 49(2):134-41.
- [13] Levy BR, Slade MD, Kasl SV, Kunkel SR. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. Journal of Personal & Social Psychology. 2002; 83(2):261-70.
- [14] Rakowski W, Hickey T. Late life health behavior: Integrating health beliefs and temporal perspectives. Research on Ageing. 1980; 2(3):283-308.
- [15] Levy BR, Myers LM. Preventative health behaviors influenced by self-perceptions of aging. Preventive Medicine. 2004; 39(3):625-29.
- [16] Goodwin JS, Black SA, Satish S. Aging versus disease: The opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. Journal of American Geriatrics Society. 1999; 47(8):973-79.
- [17] Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor S, Singer J, editors. Handbook of Psychology and Health. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1984, p. 219-52.

از خود نشان می‌دهند به ارزیابی آنها از تغییرات سالمندانی، یعنی ادراک نشانه‌های سالمندانی و نیز تظاهرات شناختی و هیجانی سالمندانی و حالات و ویژگی‌های عاطفی آنها ارتباط دارد. براین اساس، برحسب اینکه ادراک فرد درباره برچسب‌های سالمندانی، اسناد با توجه به علت علائم، جدیت و شدت، باورها درباره نتایج احتمالی و انتظارات وی درباره قابل کنترل بودن علائم سالمندانی چگونه باشد، واکنش‌های وی نیز تغییر پیدا می‌کند و همه این‌ها بر پیامدهای سلامتی آنان اثر می‌گذارد [۴۵، ۴۶].

## نتیجه‌گیری نهایی

این مطالعه نشان داد که ابعاد مختلف باورها و ادراکات نسبت به سالمندانی مانند خط زمانی مزمن و دورهای، برآیندهای مثبت و منفی ناشی از سالمندانی، کنترل مثبت و منفی بر برآیندهای سالمندانی، تظاهرات و بازنمایی‌های هیجانی مرتبط با سالمندانی از عوامل تعیین‌کننده عمده سلامت عمومی سالمندان است. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که الگوی خودگردانی از اعتبار فراوانی در فهم تجربیات سالمندانی و تفسیر آنها و تبیین رابطه میان باورها نسبت به سالمندانی و چگونگی فهم سالمندانی و برآیندهای سلامتی آن برخوردار است.

## محدودیت‌ها

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت که لازم است در تعمیم نتایج آن احتیاط شود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که براساس یک طرح مقطعی انجام شد؛ این بدان معناست که استنتاج دقیق‌تر علی درباره رابطه میان ادراک و باور درباره سالمندانی و برآیندهای سلامتی و نیز نقش‌های میانجی آنها، نیازمند مطالعه معطوف به آینده است. محدودیت دیگر این بود که مطالعه حاضر تنها در میان یکی از حوزه‌های فرهنگی کشور انجام گرفت؛ بنابراین، لازم است برای تعیین دقیق‌تر رابطه میان ادراکات و باورهای سالمندی و پیامدهای آن بر سلامت سالمندان، به تأثیر ارزش‌های فرهنگی دیگر اقوام ایرانی بر چگونگی فهم و تفسیر تجربیات افراد از سالمندانی توجه شود.

## تشکر و قدردانی

مقاله فوق فاقد حامی مالی بوده و در نهایت، از همه کارکنان آسایشگاه‌های سالمندان شهر رشت و نیز سالمندانی که به محقق در انجام این مطالعه یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آید.

- [18] Carver CS, Scheier MF. On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press; 1998.
- [19] Leventhal H, Meyers D, Nerenz D. The common sense model of illness danger. In: Rachman S, editor. *Medical Sociology*. New York: Pergamon Press; 1980, p. 7-30.
- [20] Masoudnia E. [Medical sociology (Persian)]. Tehran: Tehran University Press; 2015.
- [21] Leventhal H, Halm E, Horowitz C, Leventhal EA, Ozakinci G. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In: Sutton S, Baum A, Johnston M, editors. *The Sage Handbook of Health Psychology*. London: Sage Publication; 2004, p. 197-240.
- [22] Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990, p. 1-34.
- [23] Beers MH, Berkow R. The merck manual of diagnosis and therapy. 17<sup>th</sup> ed. New Jersey: Merck & Co Inc; 1999.
- [24] Kart CS, Kinney JM. The realities of aging: An introduction to gerontology. 6<sup>th</sup> ed. Boston, M.A.: Pearson Allyn & Bacon; 2000.
- [25] Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987; 237(4811):143-49.
- [26] Barak B, Stern B. Subjective age correlates: A research note. *Gerontologist*. 1986; 26(5):571-78.
- [27] Lindauer MS, Orwoll L, Kelley M. Aging artists on the creativity of their old age. *Creative Research Journal*. 1997; 10(2-3):133-52.
- [28] Gattuso S. Healthy and wise: promoting mental health in Australian rural elders. *Journal of Mental Health Ageing*. 2001; 7(4):425-33.
- [29] Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Gerontology Series B: Psychological Science & Social Science*. 2001; 56B(6):364-373.
- [30] Lang F, Heckhausen J. Perceived control over development and subjective depression: differential benefits across adulthood. *Journal of Personal & Social Psychology*. 2001; 81(3):509-23.
- [31] Smith J, Freund AM. The dynamics of possible selves in old age. *Gerontology Series B: Psychological Science & Social Science*. 2002; 57(6):492-500.
- [32] Gomez RG, Madey SF. Coping-with-hearing-loss model for older adults. *Gerontology Series B: Psychological Science & Social Science*. 2001; 56(4):223-25.
- [33] Moshfegh M, Mirzaei M. [Transfer of age in Iran, age of the population and changes policy community-population (Persian)]. *Journal of Population*. 2010; 72(1):1-21.
- [34] Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*. 2007; 7:9. doi: 10.1186/1471-2318-7-9
- [35] Masoudnia E. Illness perception and coping strategies in patients with rheumatoid arthritis disease. *Journal of Psychology*. 2008; 12(2):136-53.
- [36] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. 1979; 9(1):139-45.
- [37] Yaghoobi N. [Epidemiology of mental disorders in Someehsara urban and rural regions (Persian)] [MA thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 1995.
- [38] Tsai KC. A review of the inquiry of creativity in older adults in journals. *British Journal of Education*. 2013; 1(2):20-28.
- [39] Westerhof GJ, Barrett AE, Steverink N. Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. *Research on Aging*. 2003; 25(4):366-83.
- [40] Hurd LC. "We're not old!" older women's negotiation of aging and oldness. *Journal of Ageing Studies*. 1999; 13(4):419-39.
- [41] Willis L, Goodwin J, Lee K, Mosqueda L, Garry P, Liu P, et al. Impact of psychosocial factors on health outcomes in the elderly: a prospective study. *Journal of Ageing Health*. 1997; 9(3):396-414.
- [42] Fowers BJ. Perceived control, illness status, stress, and adjustment to cardiac illness. *Journal of Psychology*. 1994; 128(5):567-73.
- [43] Sun L, Stewart SM. Psychological adjustment to cancer in a collective culture. *International Journal of Psychology*. 2000; 35(2):177-85.
- [44] Takaura M, Sakihara S. Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescents Health*. 2001; 28(3):82-89.
- [45] Lau RR. Cognitive representations of health and illness. In: Gochman DS, editor. *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum; 1997, p. 51-69.
- [46] Meyer D, Leventhal H, Gutman M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Journal of Health Psychology*. 1985; 4(2):115-35.

