**تعریف سالمندی**

انسان ها، طی فرآیند زیستی با مرحله­ای به نام سالمندی روبه رو می­شوند که در گذرگاه رشد طبیعی به دست می­آید. سالمندی را به طور قراردادی مترادف با آغاز سن 65 سالگی می­دانند (برک، 2001؛ ترجمه سید محمدی، 1387)، به عبارت دیگر، سالمندی دوره­ای از زندگی است که از 65 سالگی شروع می­شود.

سن پیری، به طور رسمی اغلب سن بازنشستگی گذاشته می­شود، که ممکن است از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد، برای بیشتر کشورها، سن بازنشستگی بین 60-65 سالگی است. بسیاری از مقالات آکادمیک به طور قراردادی، گروه سنی 60-65 سال را به عنوان نقطه برش، برای تعریف سالمندی استفاده می­کنند (موریچ و ایزه[[1]](#footnote-1)، 2009) .

فرآیند سالمندی عبارت است از، کاهش تدریجی عملکرد سیستم­های بدن. سالمندی، یک فرد بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت­های فیزیولوژیک و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری­ها و مرگ تبدیل می­کند. از نظر اريكسون[[2]](#footnote-2)، آخرين بحران رواني- اجتماعي كه در سنين سالمندي اتفاق مي­افتد، انسجام در مقابل نوميدي است، كه با شيوه­ي رويارويي فرد با پايان زندگي سر ­و­كار دارد. دوران پيري از نظر اريكسون، دوران بازنگري و تأمل است، دوراني كه شخص طي آن رويدادهاي سراسر زندگي خود را از نظر مي­گذراند. هر اندازه شخص به شيوه­ي موفقيت آميزي با مسائل مراحل پيشين زندگي، كنار آمده باشد، در اين مرحله بيشتر احساس كمال يافتگی و تماميت (وحدت) مي­كند؛ احساس اينكه زندگي را به خوبي سپري كرده است. اما، هرگاه فرد كهنسال با احساس حاكي از پشيماني به زندگي گذشته بنگرد و جز يك سلسله فرصت­هاي از دست رفته و شكست­ها چيزي در آن نبيند، واپسين سال­هاي زندگي او آكنده از نوميدي خواهد بود (اتكینسون[[3]](#footnote-3) و همكاران، 2003 ؛ ترجمه رفیعی و همکاران، 1392) .

**2-2- نظریه­های مطرح شده پیرامون سالمندی**

**الف) نظریه زیست شناختی:** نظریه­های زیست شناختی به سه دسته تقسیم می­شوند، ***نظریه ایمنی****[[4]](#footnote-4)،* این نظریه معتقد است که سیستم ایمنی که وظیفه محافظت از بدن را دارد، با بالا رفتن سن، توانایی خود را از دست می­دهد و به دنبال این کاهش در اعمال طبیعی، میزان عفونت و سرطان افزایش می­یابد؛ بنابراین، با افزایش سن از مصونیت فرد در مقابل بیماری­ها کاسته می­شود. در***نظریه پیر شدن سلولی***اعتقاد بر این است که تغییرات DNAو RNA از علل سالمندی هستند. به این صورت که تغییرات سلول­ها، موجب تغییراتی در عملکرد اعضاء می­گردد (شاملو، 1391) .

 ***نظریه رادیکال آزاد[[5]](#footnote-5)*** آسیب سلولی را توضیح می‌دهد. رادیکال آزاد، مولکول‌های ناپایداری هستند که در طی فرآیندهای طبیعی تنفس و سوخت و ساز، از قرار گرفتن در معرض تشعشع و آلودگی، در بدن تولید می‌شوند. حدس زده می‌شود که رادیکال‌های آزاد باعث آسیب سلول‌های DNA و سیستم ایمنی می­شوند. به نظر می‌رسد تجمع زیاد رادیکال‌های آزاد در بدن، در تغییرات فیزیولوژیک سالمندی و بیماری‌های مختلفی مانند آرتریت، بیماری‌های گردش خون، دیابت و آترو اسکلروز دخیل بوده و یا عامل ایجاد آن باشد (هافمن ولد، 1999؛ ترجمه عابدی و همکاران، 1389).

**ب) نظریه­های روان شناختی:** نظریات روان شناختی در جستجوی آنند، تا روند پیری را توصیف کنند و رفتارهایی که در این دوره مشخص می­شود را توجیه نمایند. بزرگترین نظریه پرداز مراحل زندگی، اریک اریکسون، عقیده دارد که نظم ظهور مراحل زندگی، اگر چه لحظه شروع و پایان آن، بر حسب افراد، متغیر است اما، برای همه یکسان است (رایدال و میشارا، 1984؛ ترجمه گنجی، 1389) .

اریکسون دریافته است دوره انتهایی زندگی، زمانی است که افراد در آن، موفقیتها و شکست های خود را ارزیابی و مفهومی برای زندگی خود بیابند و بپذیرند که دوران آنان گذشته است، می­توانند با احساس کمال به پشت سر و به زندگی خود نگاه کنند. آخرین مرحله، محدوده کهنسالی است، ولی نارسایی در کسب موفقیت در مراحل قبلی می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مراحل بعدی شود. کهنسالی زمانی است که افراد به طور طبیعی زندگی‌شان را مرور کرده و تعییین می‌کنندکه آیا در مجموع مثبت یا منفی بوده‌اند. مثبت‌ترین برآیند این مرور زندگی، خردمندی، درک و پذیرش؛ و منفی‌ترین برآیند آن شک، احساس گناه و نا‌امیدی است ( رایس فیلیپ[[6]](#footnote-6)، 2000؛ ترجمه فروغان، 1392) .

**ج) نظریه جامعه شناختی سالمندی:** به چهار دسته تقسیم می شود، ***نظریه عدم تعهد****[[7]](#footnote-7)؛* بر اساس این نظریه، فرد در سالهای میانی عمر، فناپذیری و مرگ خود را یاد می­کند و تدریجاً برخوردهای خود را با اجتماع و دیگران کاهش داده و همزمان جامعه نیز، متقابلاً فرد را از خود جدا می­سازد. ***نظریه فعالیت[[8]](#footnote-8)،*** مخالف نظریه عدم تعهد، می­باشد، این نظریه معتقد است؛ فعالیت، سلامتی را در پیری افزایش می­دهد. بنابراین بزرگسالانی که فعال می­مانند در فعالیت­های تشویق شده و جایگاه­ها، روابط، سرگرمی­ها و علایق جدیدی را بدست می­آوردند و با احساس رضایت و آرامش، پیر می­شوند. ***نظریه استمرار[[9]](#footnote-9)***، عقیده دارد که شخصیت افراد، با افزایش سن تغییر نمی­کند و رفتار آنان بیشتر قابل پیش بینی می­گردد. آنها در عادات، پای بندی­ها، ارزش­ها و بخصوص در راهی که با توجه به موقعیت اجتماعی خود برگزیده­اند، تداوم و استمرار را حفظ می­کنند. ***نظریه تعاملی***[[10]](#footnote-10)، این نظریه تغییرات سنی را منتج از واکنش میان خصوصیات هر فرد، شرایط اجتماعی وی و سابقه نحوه واکنش­های فرد در برار اجتماع، می­داند. تأکید این نظریه بر وظایف و نقش­هایی است که فرد در طول زندگی خود به عهده داشته است (رایدال و میشارا، 1984؛ ترجمه گنجی، 1389) .

سالمندي بخشي از فرآيندي زيستي است كه تمام موجودات زنده از جمله انسان را شامل شود. گذشت عمر را نمي­توان متوقف كرد، ولي مي­توان با به كارگيري روش­ها و مراقبت­هاي مناسب، تا حدود زيادي از اختلالات و معلوليت­هاي دوره سالمندي پيشگيري نمود و يا آن را به تعويق انداخت، تا بتوان از عمري طولاني همراه با سلامت و رفاه[[11]](#footnote-11) كه همواره هدف و آرزوي بشر بوده بهره­­مند شد (هسه و یاه[[12]](#footnote-12)، 2005) .

**3-2- اضطراب مرگ**

مرگ همیشه همراه انسان بوده و خواهد بود؛ از این رو که بخشی از زندگی اوست و پیوسته ذهن او را به خود مشغول کرده، و به دنبال پاسخی برای پرسش­هایی دربارۀ مرگ است. دین اسلام با تکیه بر زندگی جاودان اخروی، مرگ را با تعبیر های وجودی معرفی کرده و با تحلیل معقول پدیدۀ مرگ، نه تنها اثر منفی آن را زایل، بلکه می­کوشد در آن جذابیت نیز ایجاد کند؛ اما با وجود این، واکنش بیشتر افراد به آن مثبت نبوده است، بشر بدین دلیل که نمی­تواند بر مرگ چیره شود، به فکر می­افتد که به آن نیاندیشند تا شادکام شود، برخی نیز اندیشیدن دربارۀ مرگ را علت اصلی ترس از آن می­دانند؛ بنابراین، هرگونه اندیشه، مطالعه و صحبت دربارۀ مرگ را به حداقل می­رسانند؛ اما، در واقع انکار مرگ افزون بر اینکه نتوانسته است جلوی احساس­های منفی مرگ را بگیرد، آثار منفی نیز به جای گذاشته است؛ چرا که، عقب راندن مرگ از شمار مسائل زندگی، مداومت در تجاهل به جنبه­های واقعی آن است و این خود رنج و ترس همراه با واقعیات را تشدید می کند. هر چه انسان از مرگ بیشتر بترسد، کمتر آن را می شناسد و هر چه کمتر دربارۀ آن بپرسد، بیشتر می­ترسد، بی­اعتنایی به مرگ آرامشی برای زیستن ایجاد نمی­کند؛ بلکه فرد را در وضعیت ناراحتی، که بین بی تشویشی و اغتشاش نوسان دارد قرار می­دهد؛ پس باید گفت مسئله انسان، شکل­گیری فراموشی دربارۀ مرگ نیست، بلکه آن را هشیارانه در خدمت زندگی در آوردن است (منصور، 1388) .

اضطراب نیز یکی از عمده مسائل و مشکلاتی است که در بین افراد به وفور دیده می شود. اضطراب، واکنشی است در برابر خطری نامعلوم، مبهم و منشأ آن، ناخودآگاه و غیر قابل مهار است که عوامل متعددی آن را ایجاد می کنند. در این میان، انواع خاصی از اضطراب، بر اساس منشأ آن، شناخته و نامگذاری شده­اند که اضطراب مرگ یکی از مهمترین آنهاست. اضطراب مرگ مفهومي چند بعدي دارد و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و ديگران تعريف مي شود. اضطراب مرگ، شامل پيش بيني مرگ خود و ترس از فرآيند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگي است (گری[[13]](#footnote-13)، 2002). این اضطراب نوعی از اضطراب است که انسان­های زنده آن را تجربه می­کنند و می­تواند سلامتی وجودی فردی و مخصوصاً کارکرد سلامت روانی را تحت تأثیر قرار دهد.

اگر چه مرگ يك واقعيت بيولوژيكي و روان­شناختي می­باشد؛ اما، انديشيدن به مرگ ترسناك بوده و اغلب مردم ترجيح مي­دهند به آن فكر نكنند. از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند، ولی هرکس بنا بر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می­کند؛ بنابراین ، اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر­عادی و بزرگ از مرگ، همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می­دهند، تعریف می­شود (رایس، 2009).

 این نوع از اضطراب، احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی می­باشد و فردی که از این اضطراب رنج می­برد، زندگی برای او لذت بخش نبوده و احساس بی­معنی بودن می­کند (فروم[[14]](#footnote-14)، 1976 به نقل از علی اکبری دهکردی، 1390).

 شدت این اضطراب گاهی تا حدی فلج کننده می­شود که شخص هر لحظه­ که می­گذرد، از این موضوع که به مرگ نزدیک­تر می­شود، نگرانی اش بیشتر می­شود ؛ حتی دیدن یک فیلم قدیمی که بازیگران آن مرده­­اند، تا چند روز او را مضطرب می­کند (یالوم[[15]](#footnote-15)، 2008) .

 اضطراب مرگ صرفاً یک اضطراب دور دست نیست که در پایان راه به انتظار ما نشسته باشد، اضطراب نهفته­ای است که به نهانگاه­های احساس رخنه می­کند تا جایی که گویی طعم مرگ را در همه چیز می­چشیم. در اواخر بزرگسالی، سالخوردگان به مرگ اندیشند و درباره آن صحبت می­کنند، آن­ها از تغییرات جسمانی، میزان بالای بیماری و معلولیت و از دست دادن خویشاوندان و دوستان، شواهد بیشتری برای مرگ به دست می­آورند، با توجه به اینکه، تجربه کردن مقداری اضطراب درباره مرگ طبیعی است؛ اما، مانند سایر ترس­ها، چنان چه این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری کارآمد را تضعیف می­کند (برک، 2001؛ ترجه سید محمدی، 1387).

اضطراب مرگ می تواند نگرش منفی در مورد پیری را افزایش دهد و حتی منجر به اضطراب و ترس از پیری شود. نتایج تحقیقات نشان دادند که این اضطراب با نگرانی، ناراحتی، احساس عدم امنیت و تنش همراه است (عبدالخالق[[16]](#footnote-16)، 2005؛ لتو و استین 2009)، که می­تواند موجب اختلال در عملکرد فرد شود.

**4-2- تعاریف اضطراب مرگ**

* اضطراب مرگ اصطلاحی است که برای تصور کردن و برداشتی که از آگاهی از مرگ حاصل می­شود به کار می­رود (عبدالخالق، 2005 ) .
* اضطراب مرگ به طور معمول اضطرابی است که فرد در پیش بینی حالتی است که وجود ندارد تجربه می­کند (تامر، السیون و ونگ[[17]](#footnote-17)، 2008 ).
* اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ که همراه با احساساتی؛ همچون، وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مردن رخ می­دهد، تعریف می­شود (رایس، 2009) .
* ریچاردسون، برمن و پیوارسکی[[18]](#footnote-18)(1980)، اضطراب مرگ را به عنوان احساسی منفی که یک فرد درباره مرگ و مردن تجربه می کند، تعریف می­کنند (ون[[19]](#footnote-19)، 2010) .
* راهنمای طبقه بندی نتایج پرستاری، اضطراب مرگ را احساس مبهم و مضطربانه­ای از ترس و یا ناراحتی­های ایجاد شده، توسط ادراکات از یک تهدید واقعی و یا خیالی نسبت به هستی فرد، تعریف می­کند (مورهد و همکاران[[20]](#footnote-20)، 2008).
* یالوم (1980، به نقل از لتو و استین، 2009)، اضطراب و ترس در مورد مرگ را مترادف می­داند، و اضطراب مرگ را به این صورت تعریف می­کند: اضطراب مرگ، ترس از مرگ است که در ناخودآگاه جای دارد، ترسی است که در اوایل زندگی و قبل از رشد تصور دقیق، شکل گرفته، ترسی است وحشتناک و نیمه تمام، که در خارج از زمان و تصور وجود دارد.

بر اساس دیدگاههای بالا اضطراب مرگ سازه­ای چند بعدی است که با ترس و اضطرابی که با پیش بینی و آگاهی از واقعیت مرگ و مردن است، در انسان روی می­دهد و شامل عنصر احساسی، شناختی و انگیزشی است که با توجه به مراحل رشد و رخداد­های فرهنگی اجتماعی زندگی، متفاوت است ( کریمی وکیل، 1391).

**5-2- عوامل ایجاد کننده اضطراب مرگ**

اضطراب مرگ پدیده­ای است، ذاتی و وجودی و از همین رو از زمانی که کودک از مرگ خودآگاه می شود، بدون توجه به عوامل خارجی با آن روبه رو است (یالوم، 2008). این عوامل که، این نوع اضطراب سرکوب شده را متجلی می­کنند اینگونه بیان شده­اند:

1- محیط پر استرس: هنوز تأثیر محیط پر استرس بر شدت اضطراب مرگ کاملاً مشخص نیست؛ ولی، مطالعات نشان داده­اند که محیط­های پر­ استرس، در طولانی مدت می­توانند باعث افزایش اضطراب مرگ شوند. البته این تأثیر­گذاری و میزان آن بررسی به نوع، زمینه و مدت عامل استرس­زا می­تواند متفاوت باشد (عبدالخالق، 2001) .

2- تشخیص یک بیماری تهدید کننده برای زندگی: تحقیقات نشان دادند که در میان افراد مبتلا به سرطان و ایدز، بخصوص آن­هایی که در مراحل اولیه سرطان هستند، میزان اضطرب مرگ به مراتب بیش از همسالان سالم آن­ها است (شرمن، نورمن و مک شری[[21]](#footnote-21)، 2010) .

3-تجربه­ی درگیری مرگ و مردن: به نظر می­رسد سروکار داشتن با مرگ می­تواند بر شدت این اضطراب بیافزاید؛­ به طوری که، پرستارانی که بیشتر با بیماران در حال مرگ سروکار دارند، اضطراب مرگ بیشتری را حس می­کنند (چن، دلبن و فورستون و همکاران[[22]](#footnote-22)، 2006)، یا در سالمندان به دلیل مرگ همسر و همسالان، این اضطراب بارز­تر می­شود.

6**-2- ابعاد هراس از مرگ**

**1-6-2- بعد احساسی اضطراب مرگ**
اضطراب مرگ با ترس اساسی؛ که با نابودی هستی یک فرد مرتبط است، رابطه نزدیکی دارد. سیستم­های مغزی که اضطراب مرگ را در بر می­گیرند شامل: بادامه و سازه­های مرتبط، در رشد مفاهیم ضمنی  (ناخودآگاه)، خاطرات ترسناک و هیپوکامپوس و نواحی مرتبط با کورتکس در رشد مفاهیم آشکار (خودآگاه)، خاطرات ترسناک می باشند. در انسان­ها، سازه­های حافظه احساسی، یعنی هم حافظه آشکار و هم حافظه ناآشکار، نقش مهمی را در علامت دهی و تنظیم تهدید ادراک شده دارند (اهمن[[23]](#footnote-23) ، 2000) .

این اضطراب به صورت خاطرات هیجانی در طول تاریخ نقش مهمی در بقای انسان داشته است، برای اینکه این اضطراب از حالت بالقوه به بالفعل تبدیل شود، عناصر وحشت آور خارجی و خاطرات هیجانی داخلی به طور همزمان باید وجود داشته باشند (لتو و استین، 2009) .

**2-6-2- بعد شناختی اضطراب مرگ**
عناصر مهم شناختی اضطراب مرگ شامل، نگرش­ها، توانایی تصور پیش بینی و انتظار از آینده، آگاهی از آشکار بودن مرگ است. شناخت­ها شامل باورها درباره مرگ، تصاویر و باورهای مربوط به تجربه مرگ، خود به عنوان مرده یا زیاد زنده نبودن است؛ همچنین، سازه­های شناختی، از نگرش­ها در باره مرگ ناشی می شود. ابعاد شناختی اضطراب مرگ ممکن است شامل باو­ها و یا عقاید درباره فرآیند مردن، تفکرات درباره وضعیت مردن یا در حال، از بین رفتن، تصاویر مرگ دیگران، تفکر درباره تفکرات ناشناخته و تفکر آگاهانه درباره مرگ،ایده ها درباره بدن بعد از مرگ، و تفکرات مرگ زود­رس در میان افراد مختلف باشد (دی پالا و همکاران[[24]](#footnote-24) ، 2003). چنانچه اضطراب مرگ به عنوان تجربه­ای نرمال درک شود، شبیه به اضطراب­هایی دیگر خواهد ش؛ زمانی اضطراب مرگ ناسازگار می­شود که در کارکرد معمول فرد اخلال ایجاد نماید.

 رویکرد شناختی به برخورد موثر با مرگ تاکید می­کند، یعنی مدیریت احساسات درباره مرگ و مردن؛ برای مثال، اجتناب از فعالیت های مرتبط با مرگ، مانند بیمارستانها، مراسم تدفین، همچنین اجتناب از برنامه ریزی برای آینده می­تواند به طور بالقوه، نیروی پیچیده و غریزی در زندگی یک فرد بشود، زمانی که اجتناب از موقعیت­ها، فرد را ناتوان کند و برای او مهم شود، اضطراب مرگ موضوع آسیب روانی می شود (فرر ، والکر و استین[[25]](#footnote-25)، 2007).

**3-6-2- بعد تجربی اضطراب مرگ**
به طور تجربی اضطراب مرگ اغلب انکار و سرکوب می­شود، و این رفتار انطباقی است؛ زیرا ، امکان ترس و ترور را که مانع زنده بودن است، کاهش می­دهد (یالوم، 1980 به نقل از لتو و استین، 2009 ).

 بنابراین، بطور تجربی اضطراب مرگ معمولاً بخشی از تجربه آگاهانه نیست. دسته­ای از مطالعاتی که درباره آگاهی از مرگ انجام گرفته اند، اضطراب مرگ بالایی را در بعضی موضوعات ایجاد نموده­اند، علاوه بر این اضطراب مرگ آگاهانه؛ مخصوصاً زمانی که با عوامل تهدید کننده ارتباط دارد، منجر به دفاع­های فعالانه­ای، مانند حواسپرتی می شود که باعث آگاهی کمتری از اضطراب مرگ می­شود. اضطراب مرگ ناآشکار به مدیریت ضعیفی نیاز دارد و از طریق رفتارهای دیگر مشخص می­شود (جاست و همکاران[[26]](#footnote-26)، 2007) .

**4-6-2- بعد رشدی اضطراب مرگ**
تجلی اضطراب مرگ با توجه به مراحل رشد و نمو متفاوت است. نظریه پردازان رشد بر مراحل زندگی به عنوان فرآیند سالم وحیاتی تأکید می­کنند که با بحران­های هویت متناسب با سن خاص همراه هستند، این بحران­ها زمانی که حل و فصل شوند منجر به قدرت نفس و بلوغ می­شوند (اریکسون ، 1959 به نقل از لتو و استین، 2009).

به نظر فایرستون و کتلت (2009)، نوزاد برای ایجاد امنیت خود بندهای نامرئی روانی بین خود و مادر ایجاد می­کند، با بزرگتر شدن او و آگاهی نسبت به مرگ، کودک به مرحله­ای که این بندها وجود دارد بازگشت می­کند؛ رشد سالم، رهایی از این بندها را به دنبال دارد .

اصلاح اضطراب مرگ بسته به مرحله رشدی که فرد در آن قرار دارد دارای معانی متفاوتی است، مطالعات نشان داده­اند که بحران هویت در افزایش اضطراب مرگ نقش دارد. همچنین، در مراحلی از رشد که انسان­ها با وقفه­ای برای تصمیم­گیری­های مهم مواجه می­شوند این اضطراب بیشتر می­شود. اضطراب مرگ در میانسالی و پیری دیگر کمتر به تجربیات بیرونی وابسته است و آنچه که میزان آن را مشخص می­کند برداشت شخص از تجربیات پیشین خود است (استرلینگ، 1989 به نقل از کریمی وکیل، 1391).

**5-6-2- بعد فرهنگی اجتماعی اضطراب مرگ**
بافت فرهنگی اجزای شناختی، تجربی و احتمالاً عاطفی اضطراب مرگ را شکل می­دهد. شاید بهترین وظیفه­ی فرهنگ این باشد که از شخص در مقابل آگاهی و ترس از مرگ حمایت کند، فرهنگ­ها در روش­های خود برای بیان و معنادهی به مرگ، با یکدیگر فرق دارند؛ برخی از فرهنگ­ها با ابعاد متأثر از آگاهی از مرگ برخورد موثرتری دارند.

جوامع غربی اغلب برای مخفی کردن بیماری و سالمندان از نظرها، سرزنش می­شوند در نتیجه اعضای خود را از آگاه شدن از مرگ محافظت می­کند. چنین شیوه­ای می­تواند اضطراب مرگ را افزایش ­دهد؛ زیرا،  مرگ پدیده­ای غیر­عادی می­شود که از نظم طبیعی امور شده، در غرب سعی می­شود به وسیله­ی به حداقل رساندن عوامل برانگیزاننده اضطراب مرگ، مانند عدم مشاهده پدیده های مربوط به ناتوانی، پیری، بیماری و خود مرگ سعی در کاهش این اضطراب صورت می­گیرد. در فرهنگ­های شرقی با وجود اینکه مانند غرب پدیده مرگ انکار نمی­شود، تفاوت اندکی بین سطح کلی اضطراب آنها با غربی­ها وجود دارد(عبدالخالق، 2009).

**7-2- نگرش دین اسلام به مرگ**

**1-7-2- نگرش قرآن**

* و سرانجام سکرات مرگ حقیقت را (پیش چشم او)، می­آورد و به انسان گفته می­شود این همان چیزی است که تو از آن می­گریختی (سورۀ ق، آیه 19) .
* سپس شما را پس از مرگتان، حیات بخشیدیم، شاید شکر نعمت او را به جا آورید (سورۀ بقره،آیه 56) .
* هر کسی مرگ را می­چشد؛ و شما پاداش خود را به طور کامل در روز قیامت خواهید گرفت آن­ها که از آتش (دوزخ) دور شده، به بهشت وارد شوند، نجات یافته و رستگار شده­اند و زندگی دنیا، چیزی جز سرمایه­ی فریب نیست (سورۀ آل عمران، آیه 185) .
* ما شما را آفریدیم، پس چرا تصدیق نمی­کنید؟ آیا از نطفه­ای که در رحم می­ریزید، آگاهید؟ آیا شما آن را آفرینش می­دهید یا آفریدگاریم؟ ما در میان شما مرگ را مقدر ساختیم و هرگز کسی بر ما پیشی نمی­گیرد. تا گروهی را به جای گروه دیگر بیاوریم و شما را در جهانی که نمی­دانید آفرینش تازه­ای بخشیم. شما عالم نخستین، دانستید، چگونه متذکر نمی­شوید! (سورۀ واقعه، آیه60-57).
* ما می­دانیم سینه است از آن چه می­گویند تنگ می­شود. پروردگارت را تسبیح و حمد گو و از سجده کنندگان باش و پروردگارت را عبادت کن تا یقین (مرگ) تو فرا رسد (سورۀ حجر، آیه 97-99) .

با توجه به آیات متعددی می­توان به اهمیت توجه به پدیده­ی مرگ و حل اضطراب و تشویش حاصل از آن پی برد.

**2-7-2- دیدگاه نهج البلاغه**

* انسان با هر نفسی که می­کشد قدمی به سوی مرگ می­رود (حکمت، 71) .
* دنیا بدن­ها را فرسوده، آرزوها را تازه می­نماید، مرگ را نزدیک و خواسته­ها را دور و دراز می­سازد، کسی که به آن دست یافت خسته می­شود، و آنکه به دنیا نرسید رنج برد (حکمت، 69).
* فخر فروشی را کنار بگذار، تکبر و خود بزرگ بینی را رها کن، به یاد مرگ باش (حکمت، 386).
* فرزندآدم را با فخر فروشی چه کار؟ او که در آغاز نطفه­ای گندیده، و در پایان مرداری بد بو است نه می­تواند روزی خویش را فراهم کند نه مرگ را از خود دور نماید (حکمت، 445) .
* از مرگ و نزدیک بودنش بترسید، شما همه آماده مرگ می­باشید، اگر توقف کنید شما را می­گیرد و اگر فرار کنید به شما می­رسد. مرگ از سایه­ی شما به شما نزدیک­تر است نشانه مرگ بر پیشانی شما زده شده، دنیا پشت سر شما در حال در هم پیچیده شدن است.

ارزش و اهمیت مرگ را از اینجا نیز می­توان دریافت که حضرت علی (ع) در نهج البلاغه بیش از 80 بار راجع به مرگ صحبت کرده است.

**3-7-2- مفهوم مرگ در ادعیه صحیفه سجادیه**
امام سجاد(ع) در ادعیه­ی فراوانی از مرگ و لحظه­ی مردن یاد نمود، شاید بتوان گفت دعایی نیست که آن حضرت یادی از مرگ و عوالم پس از آن نکرده باشد. تعابیر ایشان درباه مرگ به گونه­ای است که بر جان و روح شنونده اثر فراوانی می­گذارد. ایشان در دعاهای فراوانی لحظه­ای که مرگ را مشاهده می­کند، به خداوند پناه برده، از خداوند می­خواهد مرگ بهترین و مبارک­ترین مهمانی باشد که با آن روبه رو می­شود، وی از فتنه حیات و ممات را از پروردگار تقاضا می­کند و امید شفاعت هنگام مرگ را دارد ، ایشان از اینکه غافلانه جان دهد، هراسان است و از اینکه مرگ را همواره در برابر خود می­بیند، انتظار آرامش ندارد؛ زیرا، تنها مرگ برای اضطراب و تشویش آدمی کفایت می­کند؛ هرچند خود مرگ، مقدمه­ی مصائبی عظیم­تر است. حضرت در ادبیاتی این دلهره مرگ را که ویرانگر لذات است این گونه به تصویر کشیده اند:

ألا لا و لکنا نفّر نفوسنا

و تشغلنا اللذات عما نحادز

و کیف یلذ العیش من هو موقفٌ

سدیّ مالنا بعد اللمات مصادر

ایشان در این ابیات، به خوبی حیات مرگ آگاهانه و زندگی عاقلانه را به تصویر کشیده­اند. حضرت از خدواند می­خواهد کلمات نورانی که بر زبان ما جاری می­شود و عقاید حقیقی ما نوری باشد که در قبر و مرگ و حیات و بعثت دست­گیر ما گردد. این سختی و هراسی که برای مرگ تصویر شده امر عجیبی نیست و حقیقت مرگ و جدایی و فراق است. گاهی یکی از اموال و خویشان آدمی از دست می­رود وتا روزها و گاهی تا سال ها روح انسان را پریشان می­سازد. با واکاوی مفهوم مرگ در دو مجموعه دعایی امام سجاد (ع) به نظر می­رسد در صحیفه کامله سجادیه بیش از آنکه بر دهشت­زایی مرگ تأکید گردد، سعی بر تصویرسازی مرگ مطلوب بوده است؛ مرگی که در آن حیات دنیوی با سعادت و ابدیت مقرون با رحمت و عفو الهی مورد انتظار است. چنین مردنی برای حضرت امری مطلوب است .از این منظر، هیچ یک از مرگ و حیات مطلوبیت ذاتی ندارند؛ بلکه مطلوب، اطاعت و بندگی حق تعالی و در امان بودن از غضب اوست. نکته دیگر آنکه، زندگی و مرگ در فرهنگ صحیفه بسان قرآن کریم، اعم از زندگی و مرگ ظاهری است و حیات و ممات باطنی را نیز در بر می­گیرد (عصر مردم، 1392) .

**8-2- اضطراب مرگ از دیدگاه مکاتب روانشناسی**

از جمله مکاتبی که در مورد مرگ اظهار نظر کردند، ***اگزیستانسیال­ها*** بودند**.** دیدگاه اگزیستانسیال بر تعارض اساسی متفاوت تأکید دارد، نه تعارض با غرایز سرکوب شده ، نه تعارض با بالغین مهم درونی شده، بلکه با تعارضی حاصل رویارویی فرد با مسلمات هستی، منظور از مسلمات هستی دلواپسی­های غایی مسلم است؛ ویژگی های درونی قطعی و مسلمی که بخش گریزناپذیری از هستی انسان در جهان آفرینش­اند. مرگ واضح­ترین و قابل درک­ترین دلواپسی غایی است. تعارض اصلی اگزیستانسیال­ها تنشی است که میان آگاهی از اجتناب­ناپذیری مرگ و آرزوی ادامه زندگی وجود دارد (یالوم2002؛ترجمه حبیب، 1390) .

اضطراب مرگ به عنوان عاملی از عوامل مرتبط با سلامتی و اصلی مقدم بر زندگی انسان ذکر شده است. در این دیدگاه کسی که معنایی برای پویایی زندگی­اش پیدا نمی­کند، دچار تهدید نیستی است، که ترس از مرگ خوانده می­شود؛ همچنین، اضطراب مرگ زمانی که نیروی محرک برای افراد باشد، باعث خواهد شد تا آنها به طور کامل زندگی کنند و بخشی از وجود طبیعی افراد می­شود (هالتروف، 2010).

تظاهرات این نحله فکری را در آثار و اندیشه­های سورن کی یرکگارد[[27]](#footnote-27) فیلسوف دانمارکی، هایدگر[[28]](#footnote-28) و اروین یالوم و ... می­توان یافت. هایدگر منتقد­ترین فیلسوف وجودی نیز در زمینه روانشناسی هراس از مرگ به تفکر پرداخته است. او معتقد است انسان در اوقاتی که به مرگ می­اندیشد مملو از دلهره می­شود، در آن لحظه که گویی تمام وجود انسان به نیستی رانده می­شود، شخص می­کوشد زندگی کند، گویی مرگ واقعی نیست، او می­کوشد از واقعیت بگریزد. هایدگر معتقد است مرگ اصلی­ترین و بهترین لحظۀ شخصی است که فرد باید به تنهایی تحمل کند، انسان باید بتواند مرگ را به درون زندگی ببرد. یاسپرس[[29]](#footnote-29) از دیگر اندیشمندان این رویکرد، به رویگرد دوگانه­ی مشهور در برابر مرگ اشاره می­کند و می­نویسد مرگ را همزمان دوست و دشمن دیدن و اشتیاق و اکراه داشتن همزمان در برابر آن، نشان­دهنده وجود تعارض بشری نیست. ژان پل سارتر[[30]](#footnote-30) مرگ را پدیده­ای مشخص و متعلق به بشر نمی­داند، به نظر او مرگ نابودی تمام امکان نیست و هیچ شدن فرد از هرگونه ارج و قربی است. سارتر می­گوید ما قادر نیستیم در انتظار مرگ بشینیم بلکه باید خود را در برابر آن آماده کنیم (معتمدی، 1387).

 یالوم اضطراب مرگ و هراس از مرگ را هم معنی می­داند، آن را این­گونه تعریف می­کند؛ وحشت از مرگ که جایگاه آن در ناخودآگاه است و نخستین بار زمانی­که فرد شروع به تشکیل مفاهیم کرد به وجود می­آید، ترسی که هولناک است و خارج از زبان و تصور وجود دارد (یالوم، 1980؛ ترجمه حبیب، 1390) .

در ***مکتب روانکاوی*** اضطراب مرگ آگاهانه باشد یا ناآگاهانه به مشکلات روان شناختی مرتبط است و این تأیید می­کند اضطراب مرگ با سلامت روانی مرتبط است. دیدگاه فروید وجود اضطراب مرگ را تأیید می­کند و همچنین بیان می­کند که با سلامت روانی و نوسان میان دو سطح آگاهی مرتبط است (هالتروف، 2010).

 فروید اضطراب مرگ را مکانیسم دفاعی فرض کرد که با تعارض­های ناخودآگاه سروکار دارد، اضطراب  مرگ علت چیزی نیست؛ بلکه، صرفاً نشانه­ای از آسیب روانی است، ناخودآگاه انسان برای مرگ نگرانی  ندارد؛ زیرا، ناخودآگاه اضطراب مرگ را نمی­تواند به طور ذهنی تجربه کند، در حقیقت مرگ ما کاملاً غیر قابل تصور است (فروید، 1956 به نقل از قربانعلی پور، 1389).

بنابراین، ما زمانی که سعی می­کنیم آن را تصور کنیم، واقعاً مانند تماشاگر زندگی می­کنیم. در نهایت، هیچ کسی مرگ خود را متصور نیست و یا هر کسی آن را به شیوه متفاوت درک می­کند، در ناخودآگاه، هر فردی به ابدیت خود اعتقاد دارد. از نظر فروید ناخودآگاه انسان هرگز مرگ را نمی­پذیرد، به همین دلیل انسان حتی وقتی به مرگ خود می­اندیشد مرگ را نظاره­گر ا ست و هنوز آن را از آن خود نمی­داند (کریمی وکیل،1391)

**9-2- رضایت از زندگی**

اصطلاح رضایت از زندگی[[31]](#footnote-31) در کنار دیگر اصطلاحات نزدیک و مرتبط، مانند «رفاه ذهنی» به وضوح تعریف شده است. اصطلاح رضایت از زندگی تحت عنوان مرتبه­ای است، که در آن فرد همه­ی صلاحیت و شایستگی­هایش را به طور کلی مطلوب قلمداد می­کند، تعریف می شود؛ بنابراین، این اصطلاح به صورت مترادف با شادی و رفاه ذهنی قلمداد شده است. همچنین، می­تواند به عنوان جز شناختی رفاه ذهنی تعریف شود ( مارتیکانین[[32]](#footnote-32)، 2008) .

رضایت از زندگی به ارزیابی شناختی یک شخص از زندگی خودش اشاره دارد، این مفهوم شامل ارزیابی کلی از زندگی بوده و فرآیندی مبتنی بر قضاوت فردی است. در این روند مقایسه­ای بین ملاک­های فرضی شخص با زندگی واقعی­اش صورت گرفته هر چه واقعیت زندگی با این ملاک­های فرضی نزدیک به هم باشد شخص احساس رضایت بیشتری از زندگی می­کند؛ به بیان دیگر، هر چه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت فعلی وی بیشتر می­شود، رضایت­مندی او از زندگی کاهش می­یابد (حمید،کوچکی، حیات بخش ملایری، 1391)

رضایت از زندگی، بیانگر نگرش مثبت فرد، نسبت به جهانی است که درآن زندگی می­کند. رضایت با نیاز، داراي ارتباطی فراگیراست؛ نیاز و رضایت طی زمان دگرگونی می یابند و در یک جامعه، تابع عوامل بسیاري می باشند. عدم همخوانی بین اهداف، تمایلات و نیازها که اکثراً به دلیل وجود مسائل و مشکلات خاص پدید می­آیند در بروز نارضایتی موثراست (مسعودی و همکاران، 1389) .

اینگهارت[[33]](#footnote-33) (1998)، مفهوم رضایت از زندگی را اینگونه تعریف می­نماید: احساس رضایت از بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی فرد به وجود می­آید. همچنین، ازکمپ[[34]](#footnote-34) (1995)، در تعریف رضایت از زندگی می­گوید: رضایت بر تجربه شناختی و داورانه­ای دلالت دارد که به عنوان اختلاف ادراک شده بین آرزو و پیشرفت در زندگی (یعنی تحقق آرزو) تعریف می­شود، این تعریف طیفی را تشکیل می­دهد که از ادراک کامروایی تا حس محرومیت را در بر می­گیرد، این مفهوم با مفهوم خوشحالی که ناظر بر تجربه عاطفی ( هیجان ها و احساسات) می­شود، تفاوت دارد ( به نقل از هزار جریبی، 1388) .

رضایت از زندگی به عنوان نشانه کلیدی از بهزیستی ذهنی، نقطه عطفی در علم روانشناسی مثبت­گرا به شمار می­رود که به شناسایی توانمندی­ها و بنا نهادن آن به عنوان سپری در برابر مشکلات آسیب­شناسایی روان تمرکز دارد، می­توان گفت مهمترین مؤلفه و جز شناختی بهزیستی، بهزیستی ذهنی است که با وجود اهمیتی که دارد تحقیقات کمتری در مورد آن صورت گرفته است ( درویش دماوندی، 1392) .

احساس خرسندی و رضایت از جنبه­های زندگی، از مؤلفه­های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می­کنند، در مجموع رضایت از زندگی عبارت است از، احساس خوشبختی، اینکه فرد زندگی را معنادار بداند و روند زندگی­اش را از گذشته تا به حال راضی کننده بداند، امیدوار باشد در آینده زندگی مطلوبی دارد، احساس کند نقشی مهم در زندگی به عهده دارد، زندگی خسته کننده­ای ندارد و در زندگی جایگاه مهمی متعلق به اوست (طوبایی و مانی، 1389).

بر اساس رویکرد لذت­گرایی رضایت از زندگی به عوامل مختلفی بستگی دارد، بر اساس یافته­های پژوهشی دو دسته عوامل شخصیتی در رضایت از زندگی تأثیر دارند: عوامل ساختاری یا ایستا و عوامل فرآیندی و پویا. عوامل فرآیندی شامل تغییرات درون­فردی در طول زمان است، عوامل ساختاری تفاوت­های بین­فردی را نشان می­دهد، سن، وضعیت تأهل و سلامت از عوامل فرآیندی، برون گرایی و روان آزده خویی از صفات ساختاری هستند (مورورک، اسپایرو و آلمیرا[[35]](#footnote-35)، 2003) .

بی­شاپ و مارتین[[36]](#footnote-36) (2006)، بیان می­کنند که رضایت از زندگی در سالمندان می­تواند به وسیله­ی دسترسی­های فردی به منابع کلیدی و مهم زندگی آنها ایجاد شود و این منابع را همان منابع مادی، اجتماعی یا ویژگی­های شخصی که سالمندان به آن متعلق هستند، تعریف کرده که می­تواند به عنوان منابع اصلی در پیشبرد و حفظ بهزیستی افراد معرفی شود؛ زیرا، این منابع می­توانند به آنها در رسیدن به اهداف شخصی­شان و برآورده کردن نیاز­های اساسی جسمی و روان شناختی کمک کنند.

فدراسیون جهانی سلامت­روان در آخرین گزارش خود در آستانه روز جهانی «سلامت روان» با عنوان «سلامت روان و سالخوردگان» با ترویج طول عمر فعال و سالم‌تر منتشر کرد که، سلامت کامل جسمی، روحی و رفاه اجتماعی باید در سالمندان وجود داشته تا احساس رضایت­مندی کامل داشته باشند. همچنین، بر راهکارهایی برای اطمینان از بهبود سطح سلامت روان سالمندان از طریق انتخاب یک الگوی زندگی سالم، داشتن ارتباطات اجتماعی بهتر و زندگی پویا و فعال تاکید شده است.

**10-2- ابعاد رضایت از زندگی**

رضایت از زندگی سه اصل یا بعد اساسی دارد:

1. **اصل چند بعدی بودن:** سه بعد اساسی رضایت از زندگی مربوط به سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی می باشد.
* بعد جسمی: درک فرد از توانایی هایش در انجام فعالیت­ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد و شامل مواردی مانند تحریک، انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت است.
* بعد روانی: این بعد جنبه­های روحی مانند عصبانیت، شادی، افسردگی، ترس و آرامش و نیز مواردی نظیر تصویر از خود، احساس مثبت و منفی، باورهای مذهبی، حافظه و تمرکز حواس را شامل می شود.
* بعد اجتماعی: این بعد شامل توانایی فرد در برقراری ارتباط ما بین اعضای خانواده، دوستان، همسایگان و سایر افراد اجتماعی و نیز وضعیت شغلی فرد می­شود (شوکت آبادی، 1385).
1. **اصل ذهنی بودن:** رضایت از زندگی یک ارزش ذهنی است و خود افراد بهترین قضاوت کنندگان راجع به رضایت از زندگی شان هستند.

عامل اصلی تعیین کننده رضایت از زندگی در این دیدگاه عبارت است از تفاوت درک شده بین آن چه هست و آن چه باید باشد. شاخص ذهنی همان احساس رفاه و رضامندی و یا احساس خشنودی است که حاصل برداشت ذهنی و ارزشیابی فرد از زندگی­اش می­باشد، اگر چه در این احساس جنبه­های شناختی نیز مطرح است ولی جنبه­های عاطفی آن در سنجش رضایت از زندگی بیشتر مد نظر قرار می­گیرد .

اجزای عینی رفاه یا بهزیستی با آنچه به طور معمول به عنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می شود، ارتباط دارد. اجزای ذهنی رضایت از زندگی در برگیرنده اعتماد به نفس، استقلال و ویژگی­های درون­گرایانه­ی فرد است؛ به عبارتی، رضایت از زندگی را با سنجش احساس ذهنی از خشنودی در برابر مطالب گوناگون زندگی می توان ارزیابی کرد ( اسلامی، 1384).

1. **اصل پویا بودن:** رضایت از زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا، بدین معنا که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل می­باشد.

**11-2- الگوهای رضایت از زندگی**

دو الگو که برای رضایت از زندگی معرفی شده است عبارتند از : الگوی کارکرد انطباقی و الگوی رضایت از زندگی.

**1-11-2- الگوی کارکرد انطباقی**

رضایت از زندگی بر حسب کارکرد انطباقی و یا از طریق تسلطی که فرد بر محیط دارد، نیز تعریف می­شود؛ یعنی هر چه تسلط فرد بر زندگی­اش بیشتر باشد، احساس رضایت از زندگی در وی بیشتر خواهد بود. رضایت از زندگی با توانایی شخص جهت تسلط بر محیط همبستگی مثبت دارد و این الگو بر اساس فرضیه خودشکوفایی مطرح می شود، البته باید توجه داشت که محیط در این جا نقش حائز اهمیتی دارد(همان منبع).

**2-11-2- الگوی رضایت از زندگی**

در این الگو رضایت از زندگی، ارزیابی مفهوم رضایت از زندگی بر مبنای مقایسه شرایط عینی با برداشت ذهنی از این شرایط است. رضایت از زندگی یک جریان فعال و چند­ وجهی از دریافت­ها، نگرش­ها و تغییرات رفتاری است که در مجموع از تجربیات گوناگونی که در طول زندگی اتفاق می­افتد حاصل می شود. سازمان بهداشت جهانی رضایت از زندگی را دریافت هر فرد از وضعیت زندگی­اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می­کند و ارتباط این دریافت­ها با اهداف و انتظارات، استانداردها و اولویت­های مورد نظر فرد می­داند(کوهپایه زاده، 1380).

**12-2- نظریه­های پیرامون رضایت از زندگی**

**1-12-2- نظریه ونتگوت، مریک و اندرسون**

ونتگوت، مریک واندرسون(2003)، بیان می­کنند که عقیده افراد در خصوص زندگی خوب، می­تواند به صورت ذهنی تا عینی مشاهده شود که این طیف شماری از نظریه­های جذاب، رضایت از زندگی را به وجود می­آورد، به طیف مزبور، نظریه کلی رضایت از زندگی می گویند.

مطابق با این نظریه، نظریه کلی رضایت از زندگی نظریه جامعی است که شامل هشت نظریه حقیقی دیگر در طیف ذهنی ­\_ وجودی\_ عینی است. بهزیستی و عوامل عینی سطحی­ترین جنبه­ها هستند؛ زیرا با توانایی­های سطحی ما برای سازش با فرهنگ­مان ارتباط دارند. رضایت از زندگی و برآورد کردن نیاز­ها با یک جنبه عمیق­تر در ارتباط­اند. شادی و فهم پتانسیل زندگی عمیق­ترین جای وجود ما و طبیعت اشخاص را احاطه می­کنند. معناداری زندگی و نظم و هماهنگی در سیستم اطلاعات بیولوژیکی با درونی­ترین جنبه­های بشر ارتباط دارند. ما همچنین، نیاز به فرض یک هسته انتزاعی، میان معناداری زندگی و نظم و هماهنگی در سیستم اطلاعات بیولوژیکی هستیم؛ که غیر­ قابل سنجش می باشند، به طوری که در این هسته جنبه­های عینی و ذهنی با هم، یکی می­شوند (ونتگوت، مریک واندرسون، 2003).

**2-11-2 نظریه سلسله مراتب نیازهای مزلو**

مازلو، هرمی از نیاز­ها را بیان کرد که از سطوح نیازهای فیزیولوژیکی، امنیت، تعلق پذیری و عاطفه، احترام و خودشکوفایی، ترکیب یافته­اند. نظریه وی به فهم رضایت از زندگی به وسیله تشخیص ابعاد مرتبط با رضایت از زندگی و تعیین این که، این ابعاد ممکن است در افراد و زمان­های مختلف متفاوت باشند، کمک می­کند (ابراهیمی کوه بنانی، 1390).

**3-11-2- نظریه رضایت از زندگی ژان**

ژان، مدلی را برای رضایت از زندگی ارایه داده است. به اعتقاد وی، رضایت از زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل : عوامل فردی، عوامل بهداشتی یا وابسته به سلامت، عوامل اجتماعی، فرهنگی و محیطی است. مطابق مدل وی، رضایت از زندگی، تحت تأثیر زمینه­های شخصی، سلامت، عوامل اقتصادی – اجتماعی، فرهنگ، محیط و سن است. مفهوم درک شده از رضایت از زندگی، در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط او ایجاد می شود (آقا مولایی، 1384).

**4-11-2- نظریه ادراکی فرانس**

فرانس در نظریه ادراکی خود برای رضایت از زندگی چهار عامل اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و وضعیت جسمانی را مؤثر می­داند.

این چهار متغیر اصلی می توانند مستقلاً یا توأم با یکدیگر بر روی رضایت از زندگی تأثیر­گذار باشند. البته درک فرد از رضایت از زندگی نیز می­تواند بر هر یک از متغیر­های نامبرده تأثیر داشته باشد به طوری که اگر فرد از رضایت از زندگی­اش کاسته شود، می­تواند بر توانایی وی در محیط کاری و شغلی­اش تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی وی گردد. رضایت از زندگی ضعیف نیز می­تواند موجب به کارگیری مکانیسم­های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش، خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می­تواند شدت بیماری را در فرد افزایش دهد. لذا، مشاهده می­شود که رضایت از زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی می­باشد که بایستی از جنبه­های مختلفی مورد ارزیابی قرار گیرد (همان منبع).

**5-11-2- نظریه سیستمی**

هاگراتی مدل رضایت از زندگی را بر اساس رویکرد تئوری سیستم ها ارایه می­دهد که دروندادهای سیاست عمومی را با پیامدهای رضایت از زندگی ربط می­دهد. (هاگراتی، 2001؛ به نقل از همتیان، 1386). در این نظریه رضایت از زندگی حاصل درون­داد، واسطه و خروجی می­باشد، که درون­داد شامل سیاست­های عمومی و محیط، گزینش­های فردی در نقش واسطه­ها و برون­داد آن خوشبختی، تعاون و ابعاد مختلف بهزیستی می­باشد.

**12-2- پیش بینی کننده های رضایت از زندگی**

عوامل متفاوتی در رضایت از زندگی مشارکت دارند، برای مثال گیبسون[[37]](#footnote-37) (1986)، تعامل اجتماعی، آمونس و داینر[[38]](#footnote-38)(1985)، عوامل شخصیتی، جورج[[39]](#footnote-39)(1981)، سطح درآمد و طبقه ی اجتماعی، ویلیتس و کرایدر[[40]](#footnote-40) ( 1988)، مذهب را در میزان رضایت از زندگی مؤثر دانسته­اند. عامل مهم دیگر در رضایت از زندگی، سلامت روان است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت روان در بهترین منظر عبارت است از یک حالت پایا و کامل از نبود نشانه­های بیماری و حضور نشانه­های سلامت که دارای ابعاد فاعلی، روانی و اجتماعی است (کیز[[41]](#footnote-41)، 2002 به نقل از کشاورز و همکاران، 1388).

بعد زمانی رضایت از زندگی زندگی مهم است و رضایت از زندگی گذشته، رضایت از حال، رضایت از آینده سه بعد متمیز رضایت از زندگی است. سایر متغیر­های روان شناختی مرتبط با رضایت از زندگی مانند امید، خوشبینی نیز به سوی دیدگاه زمانی آینده­مدار حرکت کرده­اند (بخشی پور رودسری و همکاران، 1384) .

وین هوون[[42]](#footnote-42) (1997)، بهزیستی ذهنی را مجموعه­ای از ارزیابی­های شناختی و عاطفی مرتبط با زندگی فرد و اینکه چقدر احساس خوبی دارد تعریف کرده است. روی هم رفته بهزیستی ذهنی بالا متشکل از سه عامل ویژه است:

1. فراوانی و شدت حالات عاطفی
2. فقدان نسبی اضطراب و افسردگی
3. رضایت کلی از زندگی

**13-2- سبک زندگی**

آدلر[[43]](#footnote-43) مفهوم سبک زندگی را برای اولین بار در سال 1900بیان کرد، به اعتقاد وی سبک­های زندگی دائمی افراد، شکل گسترش یافته سبک زندگی اولیه­ی اوست و یا مشاهدۀ برخورد افراد با سه تکلیف مهم زندگی خود که عبارتند از کار، جامعه و روابط صمیمانه می­توان به سبک زندگی آنان پی­برد، زیرا سبک زندگی در انتخاب کار و نحوه ارتباط با دیگران و عشق منعکس می­شود (شارف[[44]](#footnote-44)، 2000؛ ترجمه فیروزبخت، 1388) .

پیروان آدلر به تفصیل دربارۀ سبک زندگی، شکل گیری آن در دوران کودکی، نگرش­های اصلی دخیل در سبک زندگی، وظایف اصلی زندگی و تعامل آنها با یکدیگر بحث کردند و آن را در قالب درخت سبک زندگی نشان دادند. آنها همچنین مفاهیم ارزشی، انسان شناختی و فلسفی را مطرح ساختند و تمام زندگی را به صورت یکپارچه به تصویر کشیدند. سبک زندگی مهمترین عاملی است که هر کس زندگی خود را بر اساس آن تنظیم می­کند، بر این اساس، سبک زندگی مجموعه­ی عقاید، طرح­ها و نمونه­های عادتی رفتار، هوی و هوس­ها و شیوه­های تبیین شرایط اجتماعی یا شخصی است که نوع خاص واکنش فرد را تعیین می­کند (فاچینو[[45]](#footnote-45) و همکاران، 2003) .

در سال­های اخیر اصول حاکم بر سبک زندگی، توجه محقق­های زیادی را به خود جلب نموده است، نتیجۀ تحقیقات انجام شده، شیوه­های مفید و مؤثری را برای بهتر زیستن در افراد جامعه، بالاخص سالمندان به ارمغان آورده است. شیوه زندگی یک فرد معمولی شامل مجموعه رفتارهایی است که مدام یا عوامل خطر­زایی سرکار دارد که عدم رعایت اصول بهداشتی مربوط به این عوامل موجب بیماری­ها و آسیب­های خطرناکی در فرد بوده و مسیر زندگی را با مشکلاتی مواجهه خواهد ساخت. بعضی از این عوامل خطر­زا زیستی هستند، مثل توارث ژن­های خاص، بعضی دیگر از آنها رفتاری هستند که صرف نظر از عوامل زیستی با نهادینه کردن اصول و شیوه­های زندگی تعریف شده توسط محققان و صاحب نظران، موجب گردیده کیفیت زندگی افراد، علل الخصوص سالمندان ارتقاء یابد (سارافینو[[46]](#footnote-46)، 2002) .

سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی را از طریق زندگی بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتاری می­داند که از تعامل بین ویژگی­های شخصیتی، بر هم کنش روابط اجتماعی و شرایط محیطی و موقعیت­های اقتصادی- اجتماعی حاصل می­شود. تعریف سازمان بهداشت جهانی می­گوید که الگوهای رفتاری مرتباً در واکنش به تغییرات محیطی و اجتماعی خود را سازگار می­کنند و همچنین برای ارتقاء سلامتی و توانمند کردن مردم جهت تغییر رفتار و سبک زندگی­شان، نه تنها باید بر افراد تمرکز نمود بلکه بایستی شرایط اجتماعی را هم در نظر بگیریم. سازمان بهداشت جهانی اعتقاد دارد که سبک زندگی ایدآل وجود نداشته و بسیاری از عوامل تأثیر­گذار بر سبک زندگی، برای هر فرد ویژه­ی خودش می باشد. روش زندگی سالم، تلاش جهت کسب تعادل منطقی بین افزایش سلامتی شخص و ارتقاء سلامت دیگران و بهداشت جهانی جامعه است، تعریف مجدد سبک زندگی بایستی، اجزایی را علاوه بر تغذیه و روش استفاده از الکل را شامل شود که روابط اجتماعی و موقعیت­های اجتماعی و سایر ابعاد سلامتی را در برگیرد (محمدی زیدی؛ 1383).

سبک زندگی به معنای شیوه­ای است که فرد برای برخورد با تکالیف و حوادث زندگی بر می­گزیند. سبک زندگی معروف نحوه کنار­آمدن شخص با مسائل زندگی و یافتن راه­حل­ها و رسیدن به اهداف زندگی است (شارف، 2000؛ ترجمه فیروزبخت، 1388) .

همچنین، سبک زندگی را می توان، شیوه زندگی فرد دانست که شامل عواملی همچون ویژگی­های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو می­باشد. با ارزیابی سبک زندگی افراد می­توان میزان موفقیت های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کوکرهام[[47]](#footnote-47)، 2005).

سازمان بهداشت جهانی (1998)، سبک زندگی سالم را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است. سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می­کنند؛ به عبارت دیگر، سبک زندگی سالم در بردارندۀ ابعاد جسمانی و روانی است، بعد جسمانی شامل تغذیه، ورزش و خواب است و بعد روانی شامل ارتباطات اجتماعی، مقابله با استرس و معنویت است (لعلی و همکاران، 1391) .

سبک زندگی دارای اثرات تعیین کننده­ای بر سلامت فرد بوده است و هر شخصی با داشتن الگوی زندگی روزانه مطلوب می­تواند از رفاه کامل جسمی و روانی برخوردار باشد (متعارفی، 1383) .

اخیراً علت عمده مرگ و میر به بیماری­هایی بر می­گردد؛ که ناشی از سبک زندگی است، این بیماری­ها در طول مدت زمان طولانی (چندین سال) ایجاد می­شوند، اختلالات ناشی از سبک زندگی قابل پیشگیری و یا قابل تصحیح هستند به شرطی که در عادات و رفتارهایی که به ایجاد این مشکلات کمک می­کنند، تغییر ایجاد شود (روک و هوارد[[48]](#footnote-48)، 2002) .

سبک زندگی، مجموعه­ای از قوانین و راهنمایی­هایی است که فرد شکل می­دهد تا آن ها را در مسیر زندگی و به سمت اهدافش سوق دهد. اعتقادات مربوط به سبک زندگی به چهار گروه تقسیم می­شوند:

1. مفهوم خود یا خویشتن پنداری یعنی اعتقاد فرد به این که من هستم.
2. خود آرمانی یعنی اعتقاد فرد به اینکه من چه باید باشم یا مجبورم چه باشم تا جایی که در میان دیگران داشته باشم.
3. تصویری از جهان یعنی اعتقادات فرد درباره اطرافیان و محیط پیرامونش.
4. اعتقادات اخلاقی یعنی مجموعه چیزهایی که فرد درست یا نادرست می­داند (شفیع آبادی و ناصری، 1392).

**14-2- سبک زندگی سالم**

سبک زندگی سالم عبارت است از، راه­هایی که از طریق آن افراد می­توانند زندگی­شان را سالم­تر و بهتر نمایند، اصطلاح سبک زندگی سالم ناشی از این باور است که الگوی روزانه و فعالیت­ها، می­توانند سالم یا ناسالم باشند. سبک زندگی سالم یک زندگی متعادل که در آن انتخاب­های عاقلانه­ای صورت می­گیرد (لیونز و لانگیل، 2000).

شیوه­ی زندگی سالم، مفهومی است که مکرراً در مباحث ارتقاء سلامت، سلامت عمومی و اجرای مداخلات مربوط به سلامت به کار می­رود. شیوه­ی زندگی سالم، عامل ارزشمندی در کاهش شیوع مشکلات بهداشتی و نیز منبع ارتقاء­ی سلامت، تطابق با عوامل استرس­زای زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی است ( نوری، 1385).

سبک زندگی سالم، به عنوان ساختاری واحد از دو دسته رفتار تشکیل می­شود: رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و رفتارهای حفاظت کننده سلامتی. شواهد موجود در کشورهای توسعه یافته دال بر این است که علت بسیاری از مرگ و میر­ها، نتیجه سبک زندگی ناسالم و رفتارهای خاص و نامطلوب است؛ الگوی غذایی ناسالم ورزش نکردن، استرس زیاد، مصرف مواد و حوادثی از این قبیل هستند (چو[[49]](#footnote-49)، 2010).

اصول ارتقاء و سلامتی اوتاوا\_ پارتر[[50]](#footnote-50)(1986) که به وسیله بهداشت جهانی توسعه داده شده به عنوان چارچوپ راهنما برای فعالیت های ارتقاء سلامت در سطح جهانی پذیرفته شده و طراحی سیاست­های بهداشت عمومی با ایجاد محیط حمایتی، تقویت عملکرد جامعه توسعه مهارت­های فردی و بازآموزی خدمات بهداشتی را شامل می شود .

طبق تعریف سازمان جهانی (1999)، شیوه­ی زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگو­های قابل تعریف رفتار از طریق تعامل بین خصوصیات فردی، تعاملات اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی فرد تعیین می­شود. این تعریف حاکی از آن است که الگوهای رفتاری بطور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می­شوند، طبق تعریف مذکور تلاش برای بهبود سلامت از طریق توانمند سازی مردم برای تغییر شیوه زندگی­شان باید هم در راستای متغیر فردی و هم در راستای متغیر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوه زندگی تنظیم گردد (رفیعی فر، 1384) .

پیامد­های سبک زندگی نا­سالم عبارتند­ از: پرفشاری خون، دیابت، چاقی، اختلالت تنفسی و قلبی؛ به همین خاطر هدف از ایجاد سبک زندگی سالم را تأکید بر شروع زود هنگام شیوه زندگی سالم در زندگی، جهت توسعه سلامتی و کاستن از بار این بیماری­ها در جامعه در نظر گرفته شده است (اسملترز، باره، هینکله و چیور[[51]](#footnote-51)، 2007)، انجمن قلب آمریکا حدود 70 درصد از تمام بیماریهای جسمی و روانی را مربوط به شیوه­ی زندگی می­داند.

سالمنداني كه شيوه زندگي سالمی دارند، از توانايي بيشتري براي بهره مندي از يك زندگي سالم برخوردار بوده و احتمالا به مدت طولاني تري از يك زندگي بدون بار بيماري و ناتواني بهره خواهند برد. به طور كلي، انتخاب شيوه زندگي سالم در زندگي فردي همه، خصوصا افراد سالمند، جنبه بسيار حياتي دارد (رانا و همکاران، 2009) .

با توجه به اینکه سبک زندگی مفهومی چند بعدی بوده و ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند، از این رو اقدامات انجام شده برای ارتقاء سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی جسمی و روانی و معنوی و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. برای پیش گیری از ناتوانی افراد سالمند آموزش آنان در زمینه موضوعات مختلف از جمله ورزش، تغذیه، فعالیت های اجتماعی و غیره می­تواند به بهبودی وضعیت سلامت جمعیت سالمند آینده کشور کمک نماید (خوشبین و همکاران، 1386).

 دیدگاه لیونز و لانگیل(2000) عناصر زیر را در تشکیل سبک زندگی سالم سهیم می داند:

1. قدرت سازگاری مؤثر: این عامل به عنوان تعیین کننده مهم سلامتی شناخته شده است، رفتارهای انطباقی یا قدرت سازگاری به افراد کمک می­کند تا با چالش ها و تغییرات زندگی کنار بیاید، بدون اینکه رفتارهای خطر آفرین را به همراه داشته باشد.
2. یادگیری در طول زندگی.
3. احتیاط­های مراقبتی و ایمنی: در محیط خانه، مدرسه و محیط کار بخش مهمی از سبک زندگی سالم را تشکیل می­دهد.
4. فعالیت اجتماعی: این عامل یکی از مؤلفه­های مهم سبک زندگی سالم است که نقش و تأثیر اجتماع را نشان می­دهد.
5. زندگی معنی­دار و هدفمند: داشتن زندگی معنی­دار و هدفمند و نیز توجه به مسائل اعتقادی و معنوی در زندگی و نیز امیدواری به آینده در سبک زندگی سالم نقش دارند.

رعایت سبک زندگی سالم در افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی و سلامتی جسم و روان نقش تعیین کننده­ای ایفا می­کند؛ همچنین، در پیشگیری از انواع بیماری­ها مؤثر است. اتخاذ سبک زندگی سالم و شرکت فعالانه در مراقبت از خود در تمامی مراحل زندگی مهم است، یکی از باورهای نادرست در مورد سالمندی این است که دیگر برای انتخاب چنین شیوه­هایی از زندگی در سال های پایانی عمر خیلی دیر است؛ بر­عکس، همانند اهمیت رعایت سبک زندگی سالم جهت پیشگیری از بیماری­های غیر واگیر در تمام دوران­های زندگی اعم از کودکی، نوجوانی، جوانی و میانسالی داشتن فعالیت ورزشی مناسب، تغذیه­ی سالم، عدم استفاده از دخانیات و مصرف عاقلانه­ی داروها در سنین بالا هم می­تواند از بیماری­های و تحلیل کارآیی فرد پیشگیری نماید و سبب افزایش طول عمر و ارتقای کیفیت زندگی گردد (توکلی قوچانی وآرمان، 1382) .

**15-2- ابعاد سبک زندگی سالم**

**1-15-2- سلامت جسمانی : که شامل الگوی تغذیه، خواب و ورزش می­شود.**

***الگوی تغذیه:*** تغذیه یکی از ابعاد سبک زندگی است و رفتارهای تغذیه­ای در انتخاب شیوه سالم و بهداشتی نقش بسیار حیاتی دارند. تغذیه مشتمل بر اعمالی است که موجود زنده بوسیله آن مواد غذایی را می­خورد، هضم می­کند، جذب می­کند، انتقال می­دهد، استفاده می کند و دفع می­کند. به علاوه تغذیه با عوامل اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی و روانی تهیه غذا و غذا خوردن سر و کار دارد (تیموری، 1386) .

 با استفاده از غذایی مناسب جنبش و حیات، کارایی و فعالیت، رضایت خاطر و نشاط، شوق به زندگی و قدرت مبارزه با مشکلات در انسان تأمین می­شود، به علاوه سلامت و بهداشت نسل­های بعدی نیز تأمین می­گردد (حلم سرشت و دل پیشه، 1389) .

در مطالعه کامپ، ولمن و راسل[[52]](#footnote-52)(2010) نتایج نشان داد آموزش مهارت­های تغذیه­ای موجب بهبود الگوی تغذیه­ای سالمندان می­شود، به طور کلی با بالا رفتن سن افزایش خطرات تغذیه­ای همراه است، اثرات سازنده تغذیه صحیح جهت ارتقاء سلامت، کاهش خطر و مدیریت بیماری­ها مورد تأکید قرار گرفته است.

 ارتقاء سطح آگاهی­های سالمندان در مورد چگونگی حفظ سلامتی توسط تغذیه مناسب از اهمیت خاصی برخوردار است. طبق گزارش مطالعه­ای در روزنامه انجمن غذایی آمریکا، در سال 2010 آمده است که آموزش تغذیه منجر به اثرات مثبت در یک زندگی افراد سالمند می­شود که می­تواند بر سلامت افراد مسن تأثیر­گذار باشد (واندرلیچ، بای و گولف[[53]](#footnote-53)، 2010) .

قاسمی و همکاران (1385) در مطالعه ای با عنوان بررسی تأثیر آموزش بهداشت تغذیه بر کارکنان آسایشگاه کهریزک شهر تهران برای ارتقاء سلامت تغذیه­ای سالمندان مقیم آسایشگاه با استفاده از ابزار MNA انجام دادند. بر اساس یافته های حاصل از این تحقیق 9/35% از سالمندان قبل از آموزش دچار سوء تغذیه بسیار شدید بوده­اند که این میزان پس از آموزش به 3/18% کاهش یافت.

پیر شدن و سالخوردگی با کاهش تدریجی فعالیت­های فیزیکی و افزایش بیماری­های مزمن همراه می­شود، ولی داشتن زندگی سالم و بهبود تغذیه تا حد زیادی قادر است از این مشکلات پیشگیری کند و یا آن ها را تخفیف دهد. با افزایش سن، نیاز سالمندان به انرژی کاهش یافته و تمایل به مصرف غذا کمتر می­شود؛ لذا، باید انتخاب غذا صحیح صورت بگیرد تا میزان دریافت مواد مغذی ضروری، پایین­تر از حد مطلوب و مورد نیاز نباشد(خدایی و همکاران، 1391).

***ورزش و تمرینات بدنی:***یکی دیگر از ابعاد زندگی ورزش و تحرک است. ساده­ترین و عملی­ترین تعریف آمادگی جسمانی عبارت است از توانایی پاسخ دادن به نیاز های جسمانی و روزمره، با ذخیره انرژی کافی برای مقابله با چالش­های ناگهانی. ورزش باعث افزایش آندورفین می­شود، مطالعات نشان می­دهد که سطح آندورفین در خون بعد از ورزش بالاتر از قبل آن است، افزایش آندورفین باعث کاهش استرس و حساسیت به درد می­شود (کورتیس[[54]](#footnote-54)،2000 ترجمه سهرابی، 1384).

 تحقیقات نشان می­دهد که ورزش و فعالیت منظم استرس و اضطراب را کاهش می­دهد و باعث بهبود نگرش و عملکرد و کاهش خطا می­شود، همچنین خودپنداره افراد را تقویت می­کند؛ چون، افرادی که ورزش می­کنند بهتر می­توانند وزنشان را کنترل کنند، ظاهر جذاب­تری دارند و در فعالیت­های فیزیکی شرکت می­کنند، این به آن­ها کمک می­کند تا احساس احترام بیشتر کرده و فواید اجتماعی زیادی کسب کنند (سارافینو، 2002) .

با افزایش سن، تغییرات متعددی در قسمت­های مختلف بدن ایجاد می­شود، قلب، ریه، سیستم­های عصبی عضلات و استخوان­ها دچار تغییرات ناشی از افزایش سن می­شود. تحریک و فعالیت بدنی منظم، به سالمندان کمک می­کند تا کارایی مفاصل افزایش یابد، از پوکی استخوان­ها جلوگیری شود، قدرت عضلانی حفظ شود، از بیماریهای قلبی و عروقی پیشگیری شود، فشار خون کاهش یابد، ظرفیت ریه برای جذب اکسیژن زیاد شود، وضعیت خواب بهتر شود، افسردگی و استرس کاهش یابد، اعتماد به نفس و عزت نفس افزایش یابد، از چاقی و اضافه وزن جلوگیری شود، از ابتلاء به دیابت، سرطان و سکته مغزی جلوگیری شود و خون­رسانی به اندام­های بدن بهبود یابد. عدم تحرک مهمترین عامل در ایجاد پیری زودرس است، یکی از مهمترین روش های کند نمودن پیری، ورزش و تمرینات بدنی منظم است که می­تواند باعث سازگاری و افزایش دوره تحرک و فعالیت و همچنین افزایش سال های مؤثر و مولد عمر گردد (خوشبین و همکاران، 1386) .

افرادی که دارای فعالیت بدنی منظم هستند؛ کارکرد جسمانی و روانی خود را حفظ کرده و زندگی روزانه خود را مستقل از دیگران پیش می برند. در بررسی انجام شده توسط پالوسکو و اسکونک[[55]](#footnote-55)(2000)، نتایج نشان داد که فعالیت­های بدنی، می­توانند در بهبود شرایط بهداشت روانی مؤثر باشد.

***الگوی خواب و استراحت:*** از ابعاد دیگرسبک زندگی الگوی خواب و استراحت است. سلامت جسمی و روانی به خواب و استراحت کافی بستگی دارد، بدون خواب و استراحت مناسب، توانایی تمرکز و تصمیم گیری و شرکت در فعالیت­های روزانه کاهش می­یابد. وقتی افراد در حال استراحت هستند؛ معمولاً احساس آرامش روحی جسمی و رهایی از اضطراب دارند.

 خواب یک حالت طبیعی کاهش هوشیاری است که طی آن بدن استراحت می­کند و فرد می­تواند با تحریک خارجی از خواب برخیزد، همچنین خواب از نیازهای اولیه انسان است؛ بطور کلی انسان یک سوم از عمر خود را در خواب به سر می­برد، ما به علل مختلف به خواب نیازمندیم که عبارتند از:

1. تطابق با استرس­ها
2. پیشگیری از خستگی
3. ذخیره انرژی
4. تجدید قوای مغزی و جسمانی
5. لذت بردن بیشتر از زندگی

بنابراین، می­توان گفت که خواب یکی از عوامل مهم وتعیین کننده کیفیت زندگی است. حفظ دوره­های منظم خواب جهت کسب تندرستی ضروری است. اشخاصی که اختلال خواب دارند نه تنها ازخستگی بلکه از اشکال در ترمیم سلولی، نقص در حافظه یادگیری، افزایش استرس، اضطراب وکاهش کیفیت زندگی روزمره رنج می­برند (تیموری، 1386).

خواب کافی، منظم و راحت یکی از پایه های اصلی سلامت هر انسان است. در طول خواب، بدن استراحت می­کند، انرژی از دست رفته به دست می­آید و بدن، بار دیگر برای فعالیت جسمی و فکری آماده می­شود. با ورود به دوره سالمندی، تغییراتی در وضعیت خواب ایجاد می­شود با افزایش سن خواب شبانه کاهش و سبک­تر و نامنظم­تر می­شود؛ بنابراین، نباید انتظار داشت که سالمندان مانند دوران جوانی بخوابند.

گاهی تصور می شود که 8 ساعت خواب برای حفظ سلامتی لازم است در صورتی که باید تأکید نمود، که 8 ساعت خواب در طول شبانه روز الزامی نیست؛ اگر بعد از بیدار شدن از خواب، احساس نشاط و سرحالی و انرژی کافی در طول روز وجود دارد، این علامت نشان دهنده مدت زمان کافی خواب است (خدایی و همکاران، 1391) .

**2-15-2- سلامت روانی:**

سلامت روان بر عدم وجود بعضی بیماری­ها و اختلالات روانی اطلاق می­شود، ولی امروزه سلامت روان تنها به معنای عدم وجود بیماری­های روانی نیست و به قابلیت­ها و توانمندی­ها در افراد وابسته است، به طور خلاصه به توانایی برای لذت بردن از زندگی، سازگاری با استرس، حفظ تعادل روانی، انعطاف­پذیری و خود­شکوفایی اشاره کرد، البته مصادیق دیگری هم برای توصیف سلامت روان وجود دارد، از جمله اینکه سلامت روان بزرگسالان و نوجوانان؛ همچنین، شامل عزت نفس و سلامت جنسی هم می­باشد. اینکه ما چگونه با فقدان و مرگ به عنوان یک عامل مهم در سلامت­روان کنار بیایم نیز، از نشانه­های بارز سلامت روان است (تایلر[[56]](#footnote-56)، 1997 به نقل از عزیزیان رستگار، 1389).

سلامت­روان به افراد توانایی کنترل افکار و احساسات و رفتار را می­دهد. افرادی که از سلامت روان بر­خوردارند، نسبت به خودشان و روابط­شان، احساس بهتری دارند؛ البته این به معنی عدم وجود مسائل عاطفی و بیماری­های روانی نیست؛ اما، وجود سلامت روان به افراد کمک می­کند با استرس­ها و مشکلات با تحمل و سازگاری بیشتر عمل کند .

دو مقوله که در بحث سلامت روانی مورد توجه قرار می­گیرد؛ استرس و نحوه سازگاری با آن و راهبردهای مقابله با استرس می­باشد. استرس حالت فیزیولوژیکی روان­شناختی ناخوشایندی است که در پاسخ به محرک­های تنش­زا ایجاد می­شود. فشار روانی در نتیجه حوادث غیر­مترقبه یا چالش­انگیز در محیط ایجاد می­شود و حوادث تنش­زا فرد را وا­می­دارد تا خود را مجدداً با محیط سازگار کند، وقتی واقعه یا عامل استرس­زایی وجود دارد که، سلامت زیستی و روانی انسان را تحت تأثیر قرار می­دهد، حالت هیجانی و فیزیولوژیکی ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده؛ همچنین، فعالیت­های شناختی نیز آسیب­پذیر می­گردد، اختلال هیجانی به صورت اضطراب، زود ­رنجی، خشم و احساس گناه نمایان می­شود که از بین این موارد، اضطراب که ریشه­ی بسیاری از بیماری­های جسمی و روانی­ می­باشد؛ بیشتر خود را نمایان می­کند، از طرفی استرس علاوه بر اینکه، بر تهیج پذیری تأثیر دارد در فرآیندهای شناختی نیز اختلال ایجاد می­کند. تصمیم­گیری منطقی، جستجوی فعال اطلاعات و جذب و درک بیطرفانه داشتن ارزیابی دقیق را منجر می­شود ولی، در شرایط استرس­زا تصمیم­گیرنده اطلاعات مربوط را به طور ناقص سازمان­دهی می­کند و فرآیند پردازش اطلاعات به صورت کامل انجام نمی­شود (ریو[[57]](#footnote-57)، 2008؛ ترجمه سید محمدی، 1392) .

پروین[[58]](#footnote-58)(2001)، در رابطه با انواع راهبردهای مقابله می­گوید در هر موقعیت استرس­زا راه­های غلبه کردن یا تحمل موقعیتی که فراتر از نیروی فرد ارزیابی شده است، مورد بررسی قرار می­گیرد. کنار آمدن مسئله­محور یا حل مسئله تلاش برای حل مشکل و کنار گرفتن هیجان­محور مثل فاصله گرفتن عاطفی از مشکل، فرار و اجتناب و جستجوی حمایت عاطفی، از جمله سبک های مقابله با فشار روانی می­باشد (پروین، 2001 ؛ ترجمه جوادی و کدیور، 1382) .

سازگاری با استرس از دیگر مواردی است که در سبک زندگی سالم، مورد توجه قرار می گیرد، استرس بخشی از زندگی است. تجربه استرس و روش پاسخدهی به آن در هر فرد به شکل واحدی صورت می­گیرد. استرس و روش سازگاری با آن دو جزء مهم، در سلامت و بیماری هستند. بیشتر منابع مهم استرس در اجتماع ما از ارتباطات بین فردی و ترجیحات ما در زندگی ناشی می­شود، پاسخ به استرس بستگی به فرهنگ، خانواده، ژنتیک و تجربیات زندگی دارد (تایلور، لالیس، لی مونز و همکاران[[59]](#footnote-59)، 2008) .

با توجه به اینکه اکثر عوامل استرس­زای دوره سالمندی از نوع فقدان و برگشت ناپذیر است، وقتی تعداد این استرس­ها زیاد و فاصله آنها کم شود، خصوصاً مواقعی که به دلیل ابتلاء به بیماری­ها قوای بدنی نیز تحلیل رفته باشد، اثرات مخرب آن بیشتر است. مؤثرترین و بهترین کار برای مقابله با استرس تقویت قوای روحی و روانی و بکارگیری روش­های سازگاری با آن می باشد (فرهادی و همکاران، 1392) .

 سازمان بهداشت جهانی به مناسبت روز جهانی سالمندان در سال 2013، عوامل خطر‌زای «سلامت روانی» در میان سالمندان را به شرح زیر بیان می­کند:

مجموعه‌ای از عوامل روانی\_اجتماعی زندگی،‌ سطوح مختلف سلامت روانی را در زمان‌های مختلف در اشخاص تعیین می‌کنند، بسیاری از سالمندان به دلیل محدودیت‌های حرکتی، دردهای مزمن، سستی یا سایر مشکلات روحی و جسمی، توانایی زندگی مستقل را از دست داده و نیاز به برخی مراقبت‌های طولانی مدت دارند، علاوه بر این‌ها، سالمندان بیشتر در معرض اتفاقاتی نظیر محرومیت، تنزل موقعیت اجتماعی – اقتصادی ناشی از بازنشستگی و ناتوانی روبرو می‌شوند، تمام این عوامل می‌توانند بر انزوا، از دست دادن استقلال، تنهایی و رنج‌های روانی در سالمندان تأثیر بگذارند. سلامت روانی می‌تواند بر سلامت جسمانی نیز تأثیر داشته باشد؛ به عنوان مثال در افراد سالمندی که مشکلات جسمانی نظیر بیماری‌های قلبی دارند، میزان ابتلا به افسردگی بیشتر از افرادی است که از نظر جسمی سالم هستند. افراد سالمند همچنین در معرض غفلت و سوء‌رفتارهای جسمی هستند که این سوء‌رفتارها نه تنها سبب آسیب‌های جسمی می‌شود بلکه سبب بروز آسیب‌های جدی و اغلب عوارض بلندمدت روحی شامل افسردگی و استرس در آنها می‌شود ( بهداست جهانی، 2013).

3**-15-2- سلامت معنوی[[60]](#footnote-60)**

اگر چه موضوع سلامت معنوی در آموزه­های پیامبران الهی و فیلسوفان بزرگ آمده است؛ اما، سال 2000 سازمان بهداشت جهانی در مقدمه­ی پروژۀ این سال خود، آن را طی برنامۀ وسیع بهداشتی برای کشورهای در حال توسعه در نظر گرفت و سلامتی را از چهار بعد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار داد.

 معنویت یک نیاز درونی است، آگاهی انسان از منحصر به فرد بودن و هویت خویش معنویت است. معنویت بودن و زندگی کردن است که به صورت تفکر، خلاقیت و داوری خود را نشان می­دهد و انگیزه­ای است قوی، که با کمک آن انسان پویا در جستجوی یافتن مفهوم زندگی و ایجاد روابط معنی دار تلاش می­کند (شهیدی و حمیدیه، 1381).

سلامت معنوی جنبه مهم زندگی انسان است و در جوامع اسلامی بعد حیاتی و اصلی زندگی مسلمانان را تشکیل می­دهد. سلامت معنوی در برابر سلامت مادی است و شامل همه­ی ابعاد غیر­مادی انسان اعم از ابعاد عاطفی، عقلانی، روحی، روانی، اعتقادی و عبادی است. سلامت معنوی یعنی سلامت در باور­ها، عقاید، ارزش­های اخلاقی و اعمال و مناسکی که، لازمه این باورها و التزام به این ارزش­ها است (جعفری­زاده، 1390).

سلامت معنوی یا روحی به آن بخش از وجود انسان مربوط می­شود که در جستجوی معنا و مفهوم زندگی است؛ به عبارت دیگر، بهداشت روحی، شامل مفاهیمی چون کمال معنوی، اخلاقیات و اصول، داشتن هدف در زندگی و تعهد به چیزی برتر و والاتر است؛ همچنین، مفهوم سلامت معنوی داشتن رابطه هماهنگ میان فرد و محیط است. فطرت بشر با پذیرش هر دینی و یا حتی حتی بی­دینی، گرایش به کمک از یک قدرت بالاتر دارد. در موضوع سلامت معنوی چند نکته ضروری است:

 اول، اینکه اعتقاد به یک قدرت لایتناهی و توجه به قدرت یگانه­ای که منشأ هستی است، به طور فطری در همه­ی انسان­ها وجود دارد، از این رو در بسیاری از تلاطمات روحی و جسمی و آشوب­های درونی می­تواند آرام بخش و مؤثر باشد.

 دوم، نقش اعتقادات و معنویت است.

 سوم، ارتباط با دیگران و دیگر جوامع است (آباذری، 1389) .

علاوه بر این، عقیده­ی عموم این است که مذهب به تمام سوال­های مربوط به مرگ و علت وجودی انسان پاسخ می­دهد و در افراد یک حس پیش بینی­پذیری و احساس کنترل ایجاد می­کند که از اضطراب فراخوانده شده، که ناشی از نگرش خاص به مرگ و مواجهه با مرگ است، پیشگیری می­کند (اورکی و برقی ایرانی، 1389) .

**4-15-2 - سلامت اجتماعی**

بعد اجتماعی به ایجاد و ابقاء روابط سالم و تعاملات مثبت با خانواده و دیگران تأکید می­کند؛ احترام به خود و احترام به دیگران، احترام به ارزش­های دیگران، تعامل با افراد و محیط، ایجاد و ابقاء ارتباطات، توجه به مردم، گیاهان و طبیعت، صحبت در مورد علائق مشترک، همبستگی با دیگران و دوستی نزدیک، همدلی، مراقبت از دیگران ناشی از بعد اجتماعی است (فرشادان، 1389) .

گرایش انسان به تعامل برقرار کردن با دیگران دلایل زیادی دارد، انسان ها آفریده­های اجتماعی­اند و برای رفع نیاز های عاطفی، اجتماعی و بیولوژیکی به تعامل با دیگران محتاج هستند. ناتوانی در میان احساسات و روابط رضایت بخش با دیگران به بهای گرانی تمام می­شود و کمبود مهارت ارتباط اجتماعی ظرفیت افراد را برای مراقبت از خودشان و سازگاری با فشارهای روزانه محدود کرده و آسیب­پذیرشان می­کند (برگیس[[61]](#footnote-61)، 1992؛ به نقل از حسینی، 1383) .

با توجه به اینکه، افراد در بافت اجتماعی زندگی می­کنند و توسط محیط های اجتماعی بسیاری تحت تأثیر قرار می­گیرند، بسیاری از تحقیقات در رشته­های علمی گوناگون تلاش کرده اند که تأثیر محیط اجتماعی را بر بهزیستی و سلامت افراد بررسی کنند (آشیدا[[62]](#footnote-62)، 2005 ).

**16-2- پژوهش های انجام شده**

 با توجه به اینکه پژوهش­های کمی در خصوص اثر بخشی سبک زندگی سالم بر اضطراب مرگ انجام شده است، لذا در این پژوهش پژوهش­هایی را که در خصوص اثر بخشی ابعاد سبک زندگی سالم (سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت معنوی و سلامت اجتماعی ) و یا رابطه­ی آنها با متغیر اضطراب مرگ انجام شده است ، نیز ذکر میشود.

**1-16-2- سبک زندگی سالم و اضطراب مرگ در سالمندان**

* **پژوهش­های انجام شده در خارج از کشور**

\* در پژوهشی که خلیلا و لیتوین[[63]](#footnote-63) (2014)، در خصوص سالمندان اسرائیل انجام داده بودند نتایج نشان داد که بین تغییر سبک زندگی ( رفتارهای سالم) و کاهش علائم اضطراب و افسردگی رابطه وجود دارد.

\* در پژوهش دلمن و دبرا[[64]](#footnote-64) (2012)، بین اضطراب مرگ و برنامه­ریزی سبک سالم زندگی و مراقبت از خود ارتباط معناداری وجود دارد.

\* تحلیل و بررسی فرهنگی اضطراب مرگ میان شهروندان سالمند ژاپنی توسط کاوانو[[65]](#footnote-65) (2011)، نشان داد که اضطراب مرگ در اعضای که به مذهبی اعتقاد داشتند در مقایسه با سایر فرهنگ­ها کمتر است.

\* تحقیقات عزیز و رون ( 2010 )، بر روي 145 سالمند 60 سال و بالاتر با موضوع بررسی شیوع اضطراب مرگ در سالمندان مسلمان نشان داد که پشتیبانی اجتماع و خانواده در کاستن از اضطراب مرگ درسالمندان داراي اهمیت بالایی است.

\* بررسی کلارک (2009) نشان داد که بسیاری از سبک های گوناگون زندگی، از جمله افزایش فعالیت فیزیکی، تحریک روانی فکری، پرهیز از مصرف سیگار و جنبه های مختلفی از رژیم غذایی با پیری سالم همراه هستند.

\* در پژوهشی که فورد، اسپاک و بوسون[[66]](#footnote-66) (2008) انجام داند نتایج نشان داد که بهبود سبک زندگی و رفتارهای ارتقاء دهنده­ی سلامت موجب کاهش مرگ و اشتغال ذهنی به مرگ و بیماری در بین سالمندان زن می­شود.

\* در مطالعه ای که وود و همکاران[[67]](#footnote-67)(2007) در خصوص اضطراب مرگ در بین 304 زن و مرد در فاصله ی سنی 18 تا 87 سال انجام دادند، نتایج نشان داد هر چه افراد مسن تر می شوند اضطراب مرگ آنها بالاتر می رود، آن­ها عناصر سبک زندگی اثر گذار بر سلامت و اضطراب در این گروه سنی را، مصرف دخانیات، مصرف الکل، فعالیت جسمی، عادات غذایی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و روانی گزارش کردند.

\* رابرت فورتنر (1999) در یک پژوهش کیفی به بررسی 49 پژوهش را در ارتباط با اضطراب مرگ در سالمندان با میانگین سنی 68-72 سال مورد بررسی قرار داده یه این نتیجه رسید که سطح بالای اضطراب مرگ با سطح پایین تمامیت خود، مشکلات جسمانی بیشتر و مشکلات روانشناختی بیشتر و احتمالاً بستری شدن در بیمارستان ارتباط دارد ( رابرت فورتنر،1999 به نقل از زمان شعار، 1391).

* **پژوهش های انجام شده در داخل کشور**

**\*** در پژوهش توکلی و همکاران (1393)، به بررسی اثربخشي آموزش گروهي سبك زندگي سالم بر افسرده­خوي و اضطرب پرداختند، نتایج حاکی از اثر بخشی، این مداخلات بر میزان افسرده خویی و اضطراب در گروه آزمایش بوده است.

\*قربانعلی پور و همکاران (1389)، به پژوهشی در خصوص تأثیر اضطراب مرگ بر سن و رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که اضطراب مرگ با رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی رابطه داشت.

\*در پژوهشی که جعفری (1388) در خصوص اثر بخشی سبک زندگی سالم بر میزان بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران انجام داد، نتایج نشان داد آموزش سبک زندگی سالم به شیوه بحث گروهی سبب کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی شده است.

\*در پژوهش بهدانی(1387)، در خصوص ارتباط بین سبک زندگی با افسردگی و اضطراب، نتایج نشان داد هر چه سبک زندگی مطلوب­تر باشد، میزان افسردگی و اضطراب کاهش می­یابد.

\*در پژوهش صمیمی و همکاران (1385)، در خصوص ارتباط بین سبک زندگی و سلامت روان ، نتایج نشان داد که سلامت عمومی با ابعاد سبک زندگی ارتباط معناداری دارد

\* پژوهش بهدانی(1379) نشان داد هر چه سبک زندگی سالم تر باشد میزان اضطراب و افسردگی کمتر است.

**2-16-2- سبک زندگی سالم (ابعاد چهارگانه­ی آن) و رضایت از زندگی**

* **پژوهش­های انجام شده در خارج از کشور**

\* در پژوهش کلارک و همکاران[[68]](#footnote-68)(2012)، در خصوص اثر بخشی مداخلات مبتنی بر بهبود سبک زندگی بر افزایش سلامت عمومی و رضایت از زندگی در سالمندان انجام دادند . نتایج نشان داد که گروه آزمایشی که در خصوص آنها مداخله صورت گرفته بود، نسبت به گروه کنترل تغییرات مطلوب­تری در شاخص های سلامت روان، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی نشان دادند .

\* در پژوهشی که توسط دی یانگ و همکاران[[69]](#footnote-69) ( 2012 ) در خصوص سالمندان ایتالیایی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد عواملی مثل سلامت جسمی، سلامت روانی و اجتماعی که از ابعاد سبک زندگی سالم هستند در رضایت از زندگی سالمندان بیشتر از سایر عوامل مؤثر شناخته شده اند.

\* در پژوهشی که در آلمان در سال (2010)، توسط ونک و آلفونس[[70]](#footnote-70) با موضوع سالمندی، بهداشت و درمان و رضایت از زندگی ، به منظور بررسی اثر پیری و سلامتی در دوران بر رضایت از زندگی انجام شد . نتایج نشان داد با کاهش میزان سلامتی میزان رضایت از زندگی نیز کاهش می­یابد. بنابراین، آموزش رفتارهای سالم و اصلاح الگوی زندگی، می­تواند راهی مفید جهت افزایش سلامت و رضایت از زندگی در دوران پیری باشد.

\* در پژوهشی که( راس موسن و بیرمز[[71]](#footnote-71)، 2010)، بر روی 194 آزمودنی در استانبول به منظور بررسی رابطه­ی بین اضطراب مرگ و سلامت روانی – اجتماعی انجام داد ، نتایج نشان داد که سلامت روانی و اجتماعی موجب کاهش سطح اضطراب مرگ می­شود.

\*بررسی کلارک [[72]](#footnote-72)(2009) نشان داد که بسیاری از سبک های گوناگون زندگی، از جمله افزایش فعالیت فیزیکی، تحریک روانی فکری، پرهیز از مصرف سیگار و جنبه های مختلف رژیم غذایی با سالمندی سالم و کیفیت زندگی بالا همراه هستند.

\* در پژوهش ساراپ اینال[[73]](#footnote-73) و همکاران (2007)، با عنوان رابطه ی بین سبک زندگی ارتقاء بخش سلامتی با رضایت از زندگی در سالمندان، با دامنه­ی سنی (90-60) سال انجام دادند، نتایج تحلیل داده­ها نشان داد که افرادی که سبک زندگی سالم داشتند (فعالیت بدنی منظم، مشارکت در فعالیت ها، . . ) نمرات قابل توجهی در مقیاس رضایت از زندگی کسب کردند.

\* ویت هد[[74]](#footnote-74)(2004)، در پژوهشی نشان داد که اجزای حفاظت کننده سلامت، احتمال مواجهه فرد را با بیماری یا آسیب کاهش می­دهند و اجزای ارتقاء دهنده سلامت الگویی در راستای حفظ یا افزایش سطح خودشکوفایی، رفاه و رضایت­مندی افراد عمل می­کنند.

\*در پژوهشی که در شهر هنگ گنگ در خصوص مؤلفه­های مهم سبک زندگی و اثر آن ها بر سلامت در دوران سالمندی بر روی سالمندان 70 ساله و بالاتر این شهر توسط وو، هو و یا[[75]](#footnote-75)(2002)، انجام شد، نتایج پژوهش نشان داد که در کل سلامت عمومی و رضایت مندی از ندگی حتی در دوران سالمندی به نحوه چشمگیری تحت تأثیر رفتارها و سبک زندگی سالم قرار دارد.

* **پژوهش­های انجام شده در داخل کشور**

\* در پژوهشی که حکمت پو، شمسی و زمانی(1392)، در خصوص آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان انجام دادند، نتایج نشان داد که قبل و بعد از آموزش بین نمره های کیفیت زندگی اختلاف معناداری وجود دارد.

\* در پژوهش یوسفی و همکاران (1391) در خصوص اتباط فعالیت جسمانی با کیفیت زندگی و رضایت از زندگی انجام داد نتایج نشان داد که فعالیت جسمی به طور غیر مستقیم از طریق سلامت جسمانی و روانی بر رضایت از زندگی اثر می گذارد.

\* در مطالعه ای که کاوه و همکاران (1391) در خصوص اثر بخشی آموزش سبک زندگی سالم بر رضایت از زندگی سالمندان شهر شیراز انجام دادند، یافته های این پژوهش نشان داد که نمرات در دو گروه آزمایش و گواه بعد و قبل از آموزش تفاوت معناداری داشتند.

\* نتایج پژوهش عصاررودی و همکاران(1391)، تحت عنوان ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی، نشان داد که سلامت معنوی و رضایت از زندگی با یکدیگر ارتباط دارند.

\* در پژوهش سیفی قرابقلو (1391) نتایج نشان داد که آموزش سبک زندگی سالم به سالمندان می­تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها شود.

\* قهرمانی و همکاران (1388)، در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزشی در خصوص آموزش فعالیت جسمانی و اتخاذ یک شیوه زندگی سالم توانسته همه­ی ابعاد کیفیت زندگی سالمندان گروه مداخله را نسبت به گروه شاهد نشان را تحت تأثیر قرار دهد.

\* بررسی حبیبی سولا ، نیکپور، سیدالشهدایی و همکاران (1385)، نشان داد که کیفیت زندگی در دوران سالمندی می­تواند به راحتی مورد تهدید قرار گیرد، لذا در نظر داشتن رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در سالمندان از اهمیت بالقوه­ای برخوردار است.

\* پژوهش­های متعمدی شلمزاری و همکاران(1381)، نشان دادند که حمایت اجتماعی تأثیر معناداری بر احساس تنهایی، سلامت عمومی، شادی و افسردگی و رضایت­مندی سالمندان از زندگی دارد.

# منابع فارسی

قرآن حکیم

نهج البلاغه

ابراهیمی کوه­بنانی، شهین. (1390). رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با رضایت از زندگی در دانش آموزان تیز هوش دختر دبیرستانی شهر بیرجند. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد قاینات، قاینات.

اتکینسون، ریتال و اسمیت، ادوراد. ای. (2003). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه حسن رفیعی و محسن ارجمند. (1391). ویرایش چهاردهم، چاپ ششم، تهران: انتشارات ارجمند.

استاجی، زهرا؛ اکبر­ زاده، رویا؛ فر، موسی­ الرضا؛ رهنما، فاطمه؛ زردشت، رقیه؛ نجار، لادن. (1385). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار*، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، شماره 13، مسلسل (41)، ص 139-134.

اسلامی، منصوره. (1384). ارتباط کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله با استرس در بیماران قلبی و عروقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا، تهران.

اورکی، محمد امین؛ برقی ایرانی، زیبا. (1389). رابطه جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ در دانشجویان. کنگره بین المللی دین، فرهنگ و روانشناسی.

آباذری، سیاوش. (1389). بررسی راهبردهای تحقیق سلامت معنوی در آموزش و پرورش. *چکیده مقالات همایش ملی سلامت معنوی و تعمیق موقعیت اسلامی*، تهران: انتشارات زهد.

آقا مولایی، تیمور. (1384). اصول و کلیات خدمات بهداشتی. چاپ اول، تهران: انتشارات اندیشه رفیع.

بخشی پور رودسری، عباس؛ حمید، پیروی؛ عابدیان، احمد. (1384). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره 27/28، ص 152-145.

برک، لورای. ای. (2001). روانشناسی رشد (جلددوم). ترجمه یحیی سیدمحمدی. (1387). تهران: انتشارات ارسباران.

 بهدانی، فاطمه. (1387). مطالعه ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار. *مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار*، سال هفتم، شماره 2، ص 38-37.

بهدانی، فاطمه؛ سرگلزایی، محمدرضا؛ قربانی، اسماعیل. (1379). مطالعه ارتباط سبک زندگی با افسردگی و اضطراب دانشجویان سبزوار. مجله *دانشکده علوم پزشکی سبزوار*، دوره 7، شماره20 ، ص 27-38.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی، عاشور؛ گودرزی، حسینیه. (1386). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، *فصل نامه روانشناسان ایرانی*، سال سوم، شماره(11)، ص 265-259.

پروین، سارنس و الیور، جان. (2001). روانشناسی شخصیت( نظریه و تحقیق). ترجمه محمد جوادی و پروین کدیور. (1382). تهران: انتشارات آییژ.

پیرزاده، آسیه و شریفی راد، غلامرضا. (1390). بررسی سبک زندگی سالم در معلمان شاغل در مدارس دولتی دخترانه ناحیه 4 آموزش و پرورش شهرستان اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، سال هفتم، شماره 6، ویژه نامه بهداشت، ص 1082-1075.

توﻛﻠﻲ ﻗﻮﭼﺎﻧﻲ، ﻣﺤﻤﺪ رﺿﺎ؛ آرﻣﺎن، ﺣﻤﻴـﺪ. (1382). ﺳـﺎﻟﻤﻨﺪي ﭘﻮﻳـﺎ. وﻳـﺮاﻳﺶ اول، مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

تیموری، فاطمه. (1386). بررسی و مقایسه سبک زندگی در افراد 65-25 ساله دارای فشار خون طبیعی و پرفشاری خون، ساکن در منطقه کوثر قزوین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.

جعفری­زاده، اسما. (1390). بررسی جایگاه سلامت معنوی در تعلیم و تربیت از منظر قرآن و روایات. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

جعفری، مرتضی. (1388). بررسی اثر بخشی سبک زندگی سالم بر استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران بیمارستان های دولتی شهر اسدآباد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

جغتایی، محمد­تقی. (1382). سالمندی و برنامه­ریزی ابتکار­آمیز. *روز­نامه ایران*، سال هشتم، شماره 2269، ص4.

 حاجی زاده میمندی، مسعود و برغمدی، مهدی. (1389). رابطه ی عمل به باورهای دینی و رضایت از زندگی در بین سالمندان. *مجله سالمندی ایران*، سال پنجم، شماره 15، ص 95-87.

حبیبی سولا، عقیل؛ نیکپور، اصغر؛ سیدالشهدایی، مهناز؛ حقانی، حمید. (1385). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و عوامل مرتبط در سالمندان. *فصلنامه پرستاری ایران*، دوره نوزدهم، شماره 47.

حسینی، سید حسین. (1383). بررسی اثر بخشی آموزش سبک زندگی سالم بر عملکرد تحصیلی دانشجویان مشروط و غیر مشروط. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

حکمت­پو، داود؛ شمسی، محسن؛ زمانی، مجید. (1392). بررسی تأثیر آموزش شیوه زندگی سالم برکیفیت زندگی سالمندان شهر اراک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال شانزدهم، شماره، 3، ص 1 1-1.

حلم سرشت، پریوش و دل پیشه، اسماعیل. (1389). اصول تغذیه و بهداشت مواد غذایی. تهران: نشر چهر.

 حمید، نجمه؛ کوچکی، رحیم؛ حیات بخش ملایری، لیدا. (1391). اثر بخشی روان درمانی شناختی رفتاری مذهب محور توأم با بازآموزی بخشودگی بر کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی در زوجین. *روانشناسی دین*، سال پنجم، شماره 2، ص 34-5.

حیدری، سعیده؛ محمد قلی زاده، لیلا؛ اسداللهی، فرزانه؛ عابدینی، زهرا. (1392) . بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر قم در سال 1390. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره هفتم، 4، ص 80-71.

خدایی، غلامحسین؛ توکلی راد، محمود و همکاران. (1391). سالمندی و سلامت. چاپ اول، مشهد: انتشارات همسایه آفتاب.

 خلعتبری، جواد و بهاری، صونا. (1389). ارتباط بین تابآوری و رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، دانشگاه آزاد واحد تنکابن، سال اول، شماره 2، ص 94- 83.

 خوشبین، سهیلا؛ غوثی، آوات؛ فراهانی، عالیه؛ مطلق، محمد اسماعیل. (1389). راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی(جلد 1 تا 4).تهران: نشر تندیس.

 درویش دماوندی، زهرا. (1392). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر افزایش تاب آوری و رضایت از زندگی نوجوانان دختر شهر ری. پایان نامه ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

دانش نیا، الهام. (1386). بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

رجبی، غلامرضا و بحرانی، محمود. (1380). تحلیل عاملی سوال­های مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، دوره چهارم، شماره 20، ص 344-331.

رفیعی اردستانی، مانی. (1391). اثر بخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران سرطانی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

روزنامه عصر مردم. (1393). مرگ اندیشی در صحیفه کامله سجادیه. سال نوزدهم، شماره 5147، ص 9.

 ریچارد اس، شارف. (2002). نظریه­های مشاوره و روان درمانی. ترجمه مهراد فیروز بخت. (1388).تهران: انتشارات رسا.

ریو، جان مارشال. (2008). انگیزش و هیجان. ترجمه سید محمدی. (1392). ویرایش اول، چاپ بیستم، تهران: نشر ویرایش.

 زمان شعار، الهام. (1391). بررسی رابطه ی بین سبک زندگی و اضطراب مرگ با کیفیت زندگی در سالمندان. پایان­نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

 سعیدی مهر، محمد و دیوانی، امیر. (1389). معارف اسلامی. ویراست دوم،جلد اول، تهران: دفتر نشر معارف.

سیفی قرابقلو،آرزو .(1390). اثربخشي آموزش سبک زندگي سالم بر کيفيت زندگي سالمندان شهرستان ري. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب، تهران.

 شاملو، سعید. (1391). بهداشت روانی. تهران: انتشارات رشد.

 شاهسوني، عليرضا؛ سالار، عليرضا؛ احمدى، فضل الله. (1383). پرستاری سالمندان. چاپ اول، تهران: نشر عابد.

 شریعتمدار،آسیه. (1390). تدوین برنامه آموزش هشیاری افزایی وجودی و هشیار افزایی مبتنی بر اخلاق اسلامی و مقایسه اثر بخشی آن ها بر افزایش رضایت از زندگی. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

 شفیع آبادی، عبدالله و ناصری ، غلامرضا. (1392). نظریه های مشاوره و روان درمانی. چاپ نوزدهم، تهران: مرکز نشر دانشگاه.

 شهیدی، شهریار و حمیدیه، مصطفی. (1381). اصول مبانی بهداشت روانی.تهران: انتشارات سمت.

 شوکت آبادی، باغبان. (1385). مقایسه کیفیت زندگی والدین دانش آموزان کم توان ذهنی با دانش آموزان عادی مقطع ابتدایی شهرستان بیرجند، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، بیرجند.

صمیمی، رقیه؛ رودسری، مسرور؛حسینی، فاطمه؛ تمدن فر، مهر آسا. (1385). ارتباط سبک زندگی با سلامت عمومی دانشجویان. *نشریه پرستاری ایران*، دوره 19، شماره 48، ص 93 - 83.

 صابریان، معصومه؛ حاجی آقا خانی، سعید؛ قربانی، رسول.(1381). مطالعه ی وضعیت روانی سالمندان و ارتباط آن با فعالیت ها و اوقات فراغت. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، سال دهم، شماره4، ص 60-53.

 عزیزیان رستگار، لیلا. (1389). بررسی اثر بخشی آموزش کنترل استرس بر سلامت روانی معلولین جسمی- حرکتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

 عصاررودی، عبدالقادر؛ جلیلوند، محمدرضا؛ عودی، داوود؛ اکابری، آرش. (1391). ارتباط سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری بیمارستان شهید هاشمی نژاد مشهد. *مراقبت های نوین*، سال نهم، شماره(2(پیاپی 34)): 162-156.

علی پور، فردین؛ سجادی، حمیرا؛ فروزان، آمنه؛ بیگلریان، اکبر. (1387). ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان منطقه ی 2 تهران. *فصلنامه سالمندی سال نهم و دهم*، شماره 3، ص 83-65.

 علی اکبری دهکردی، مهناز؛ اورکی، محمد؛ برقی ایرانی، زیبا. (1390). بررسی جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ و از خودبیگانگی سالمندان استان تهران. پژوهشنامه ی روانشناسی اجتماعی، دوره 1، شماره 2، ص 140-159.

فرشادان، مریم .(1389). اثر بخشی آموزش سبک زندگی سالم بر مبنای مدل بهداشت جهانی بر افزایش شادکامی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

فرهادی، اکرم؛ فروغان، مهشید؛ محمدی، فرحناز؛ صحرانورد، محسن. (1392). تأثیر اجرای برنامه آموزش شیوه زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی. *مجله سالمند ایرانی*، سال هشتم، شماره 30، ص 35-43.

 فراهانی ،فرهاد(1391). پایگاه اطلاع رسانی هفته نامه سلامت .   [www.salamatiran.com](http://www.salamatiran.com)

 فلیپ رایس. (1998). روانشناسی از تولد تا مرگ. ترجمه مهشید فروغان.(1392). چاپ هشتم،تهران: انتشارات ارجمند.

قاسمی، سیما؛ شریفی، فرشاد؛ مقصودنیا، شهربانو؛تیموری، فریبا.(1385). بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت تغذیه بر کارکنان آسایشگاه کهریزک شهر تهران در ارتقاء سلامت تغذیه ای سالمندان مقیم آن آسایشگاه، *مجله سالمندی*، سال اول ، شماره 1، ص 34-45

 قربانعلی پور، مسعود و اسماعیلی، علی. (1391). بررسی اثر بخشی معنا درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان. *فصلنامه پژوهشی فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، سال سوم، شماره 9، ص 70-54.

 قربانعلی پور، مسعود. (1389). اثر بخشی و مقایسه طرحواره درمانی بر هراس از مرگ افراد مبتلا به خودبیمار پنداری. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

قهرمانی، لیلا؛ نظری، مهین؛ موسوی، میر طاهر. (1388). ارتقاء کیفیت زندگی مردان سالمند بر اساس مداخله آموزشی، *فصلنامه دانش و تندرستی*، دوره 4 ،شماره 2.

 کاوه، محمدحسین؛ خلیلی، علی؛ قدس بین، فریبا؛ جعفری، پیمان. (1391). تأثیر آموزش سبک زندگی سالم بر کیفیت زندگی سالمندان؛نتایج یک مطالعه مداخله ای شاهد دار. *چکیده مقالات همایش سلامت و سالمندی*، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

کریمی دینی، حمیدرضا.(1390). توانبخشی گروههای خاص با تأکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.

کریم وکیل، علیرضا. (1391). رابطه کیفیت زندگی و جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ . پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

کشاورز، امیر؛ مهرابی، حسینعلی؛ سلطانی زاده، محمد. (1388). پیش بینی کننده های روان شناختی رضایت از زندگی. *روانشناسی تحول-روانشناسان ایرانی*، سال ششم، شماره 22، ص 159-168.

کورتیس،آنتونی.جی.(2000) . روانشناسی سلامت. ترجمه فرامرز سهرابی. (1384). تهران: انتشارات طلوع دانش.

کوهیپایه زاده، جلیل.(1380). بررسی زندگی دانش آموزان نابینا همتای بینای آن ها. *مجله اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره 4.

# لعلی، محسن؛ عابدی، احمد؛ کجباف، محمدباقر. (1391). ساخت و اعتبار یابی پرسشنامه زندگی (LSQ). *پژوهشهای روانشناختی*، دوره 15، شماره 1.

مانی، شهین و طوبایی،آرش. (1389). رضایت مندی از زندگی و بهداشت روان در خانواده بیماران افسرده. *مجله علوم رفتاری*، دوره چهارم، شماره 3.

متعارفی،حسین(1383).اپیدمولوژی و کنترل بیماری های غیر قابل انتقال. تهران: نشر بشری.

محمدی زیدی، عیسی. (1383). بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی در چابهار و ارائه برنامه آموزشی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.

مرادیان فرد، سمیرا. (1392). بررسی اثر بخشی آموزش امید درمانی بر کاهش احساس تنهایی افزایش رضایت از زندگی دختران نابینا(16-20) شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

مسعودی، رضا؛ سلیمانی، محمد علی؛ هاشمی نیا، علی محمد؛ قربانی، مصطفی؛ پوردهکردی، علی حسن؛ بهرامی، نسیم. (1389). تأثیر توانمند سازی خانواده ­محور بر کیفیت زندگی سالمندان. *مجله علوم پزشکی قزوین*، سال چهاردهم، شماره 1، ص 65-57.

معتمدی شلمزای، عبدالله، اژه ای، جواد، آزاد فلاح، پرویز؛ کیان منش، علیرضا(1381).بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از 60 سال، نشریه روانشاسی رفتاری، شال ششم، شماره 22، ص 133-115.

معتمدی، غلامرضا. (1387). انسان و مرگ.تهران: انتشارات بعثت.

منصور، محمود.(1388). روانشناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری. چاپ دهم، تهران: انتشارات سمت.

منظری توکلی، مریم؛ اسماعيلي، مريم؛ توكلي، ماهگل؛ موسوي، زهره ؛ منظري توكلي؛ شيوا. (1393). بررسی اثربخشي آموزش گروهي سبك زندگي سالم بر افسرده­خوي و اضطرب دانشجویان دانشگاه اصفهان. خلاصه مقالات همایش بهداشت روانی دانشجویان.

میشارا،برایان ال و رایدال،روبرت جی.(1984). روانشناسی پیری،ترجمه حمزه گنجی،الما داوودیان و فرنگیس حبیبی. (1389) . تهران: انتشارات اطلاعات.

نادری، فرح و روشنی، خدیجه. (1389). رابطه هوش معنوی و هوش اجتماعی با اضطراب مرگ زنان سالمند. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، سال دوم، شماره ششم، ص 67-55.

نجیمی، آرش و معظمی گودرزی، علی .(1391). سبک زندگی سالم در سالمندان شهر اصفهان: مطالعه مقطعی. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، سال هشتم، شماره چهاردهم، ص 587-581.

نصیری، حبیب الله و جوکار، بهرام. (1387). معناداری زندگی، امید و رضایت از زندگی در زنان. *پژوهش زنان،* سال ششم، شماره (21)، ص157-176.

نوری،ع. (1385). شیوه زندگی سالم در رویکرد نوین. *نشریه انجمن ارتقاء سلامت و شیوه زندگی سالم*، سال دوم، شماره(5):8.

والد هافمن، گلوریا.(1999). پرستاری در سالمندان. ترجمه حیدر علی عابدی، محسن شهریاری، احمد یزدان نیک و همکاران، (1389). تهران: انتشارات کلام حق.

1. 1. Mudege, N & Ezeh, A. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2. Erikson, H. E. [↑](#footnote-ref-2)
3. 3. Atkinson, R. A. [↑](#footnote-ref-3)
4. 1. immunity theory [↑](#footnote-ref-4)
5. 2. Free radical theory. [↑](#footnote-ref-5)
6. 1. Rice, F. P. [↑](#footnote-ref-6)
7. 2. disengagement theory. [↑](#footnote-ref-7)
8. . activity theory. [↑](#footnote-ref-8)
9. 4. continuity theory. [↑](#footnote-ref-9)
10. 5. interaction theory. [↑](#footnote-ref-10)
11. . welfare . [↑](#footnote-ref-11)
12. . [Hsueh, M. N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hsueh%20MN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16602041) & [Yeh, M. L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yeh%20ML%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16602041). [↑](#footnote-ref-12)
13. 1. Gire, J. [↑](#footnote-ref-13)
14. 1. Fromm, E.S. [↑](#footnote-ref-14)
15. 2. Yalom, I.D. [↑](#footnote-ref-15)
16. 3. Abdel-Khalek, A. M. [↑](#footnote-ref-16)
17. 1. Tomer, A. Eliason, G & Wong, P. [↑](#footnote-ref-17)
18. 2. Richardson, V. Berman, S.J & Piwowarski, M. [↑](#footnote-ref-18)
19. 3. Wen, Y. [↑](#footnote-ref-19)
20. 4. Moorhead, S. Johnson, M. Mass, M .L & Swanson, E. [↑](#footnote-ref-20)
21. 1. Sherman, D.W. Norman, R & Mcsherry, CH. B. [↑](#footnote-ref-21)
22. 2. Chen, Y. Delben, K & Fortson, B. [↑](#footnote-ref-22)
23. 1. Ohman, A. [↑](#footnote-ref-23)
24. 2. DePaola, S. J. Griffin, M. Young, J. R & et.all. [↑](#footnote-ref-24)
25. 1. Furer, P. Walker, J.R & Stein, M. [↑](#footnote-ref-25)
26. 2. Jost, J.T. Napier, J.L. Thorisdottir, H & et.all. [↑](#footnote-ref-26)
27. 1. Kierkegaard, S. [↑](#footnote-ref-27)
28. 2. Heidegger, M. [↑](#footnote-ref-28)
29. 3. Jaspers, K. [↑](#footnote-ref-29)
30. 4. Sartre, J. P. [↑](#footnote-ref-30)
31. . life satisfaction [↑](#footnote-ref-31)
32. 2. Martikainen, L. [↑](#footnote-ref-32)
33. 1. Inglehar, R. [↑](#footnote-ref-33)
34. 2. Azkmp, S. [↑](#footnote-ref-34)
35. 3. Mroczek D.K. Spiro, A & Alemida, D.M. [↑](#footnote-ref-35)
36. 1. Bi shop, A & Martin, P. [↑](#footnote-ref-36)
37. 1. Gibson.T.C. [↑](#footnote-ref-37)
38. 2. Diener, E & Emmons, R. A. [↑](#footnote-ref-38)
39. 3. George, H. [↑](#footnote-ref-39)
40. 4. White, K.L & Klainer, L.M. [↑](#footnote-ref-40)
41. 5. Keyes, C. [↑](#footnote-ref-41)
42. 1. Veenhoven, R. [↑](#footnote-ref-42)
43. 2. Adler, A.

3. Sharf, R. A. [↑](#footnote-ref-43)
44. 4. Fuchino, Y. Mizoue, T. Tokui, N & et all. [↑](#footnote-ref-44)
45. [↑](#footnote-ref-45)
46. 1. Sarafino, E.P. [↑](#footnote-ref-46)
47. 1. Cockerham, W. C. [↑](#footnote-ref-47)
48. 2. Rock, J & Howard, W. [↑](#footnote-ref-48)
49. 1. Chou, C. [↑](#footnote-ref-49)
50. 2. Ottawa Charter [↑](#footnote-ref-50)
51. 1. Smeltzer, S. Bare, B. Hinkle, J & Cheever, K. [↑](#footnote-ref-51)
52. 1. Kamp, B. Wellman, N & Russell, C. [↑](#footnote-ref-52)
53. 2. Wunderlich, S. Bai, Y & Gallop, E. [↑](#footnote-ref-53)
54. 1. Curtis, A. J. [↑](#footnote-ref-54)
55. 2. Palusko, S. A & Schwenk, T. L. [↑](#footnote-ref-55)
56. 1. Tayler, J. [↑](#footnote-ref-56)
57. 1. Rio, J. M. [↑](#footnote-ref-57)
58. # 2. Pervin, L. A.

 [↑](#footnote-ref-58)
59. 3. Taylor, C. Lillis, C. Lemoe, P & et. all. [↑](#footnote-ref-59)
60. 1. biopsychosoeiospritual. [↑](#footnote-ref-60)
61. 1. Briggs, C. [↑](#footnote-ref-61)
62. 1. Ashida, S. [↑](#footnote-ref-62)
63. 2. Khalaila, R & Litwin, H. [↑](#footnote-ref-63)
64. 3. Daaleman, T. P & Debra, D. [↑](#footnote-ref-64)
65. 4. Kawano, S. [↑](#footnote-ref-65)
66. 1. Ford, J. Spallek.M & Dobson, A. [↑](#footnote-ref-66)
67. 2. Wood S. Russac R.j. Gatliff C. &et.all. [↑](#footnote-ref-67)
68. 1. Clark, F. Jackson, J & etal. [↑](#footnote-ref-68)
69. 2. De Jong, G. J. Dykstra , P.A & Schenk, N. [↑](#footnote-ref-69)
70. 3. Gwozdz, W& Alfonso, S.P. [↑](#footnote-ref-70)
71. 1. Rasmussen, C.A & Brems.C. [↑](#footnote-ref-71)
72. 2. Clarke, R. [↑](#footnote-ref-72)
73. 3. **Inal, S. Subasi,** F. **Hayran,** O & et. all**.** [↑](#footnote-ref-73)
74. 4. Whitehead, B. [↑](#footnote-ref-74)
75. 5. Woo, J.  Ho, S.C & Yu , A.L.M. [↑](#footnote-ref-75)