CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Mediating role of social comparison in the relationship between subjective well-being and life satisfaction in older adults

SeyedehNajmeh Hosseini(Msc)[1] , Abdolrahim Asadollahi(PhD)[2*] , Sekineh Gholamzadeh(PhD)[3]

1. Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R.Iran.

2.Department of Gerontology, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R.Iran.

3.Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R.Iran.

•**Corresponding Author: Abdolrahim Asadollahi (PhD)**

Address: Department of Gerontology, School of Health, Shiraz University of Medical Sciences, 3rd Floor, Razi Ave, Shiraz, Iran.

Tel: +98 9122498890. **E-mail: :** a_asadollahi@sums.ac.ir

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
Jun 9th 2024

Revised:
Aug 14th 2024

Accepted:
Aug 22th 2024

Published:
Sep 21th 2024

ABSTRACT

Background and Objective: Life satisfaction and subjective well-being are two important components affecting the mental health in the aging population. The aim of this study was to investigate the mediating role of social comparison in the association between subjective well-being and life satisfaction in older adults.

Methods: This cross-sectional study involved 250 randomly selected elderly individuals from the Jahandidegan Daily Caring Center in Jahrom City, located in southern Iran in 2022. A demographic questionnaire, Keyes' mental well-being questionnaire with three subscales (positive affect, negative affect, and overall life satisfaction), and Bonk and Gibbons' social comparison questionnaire were used for the study. All questionnaires were self-report and were completed by older participants themselves. The data were analyzed using SPSS 28.

Findings: The mean and standard deviation for social comparison, life satisfaction, subjective well-being, emotional well-being, social well-being, and psychological well-being were 36.41±7.24, 13.56±3.49, 182.12±13.16, 32.90±5.93, 65.95±12.07, and 83.26±13.34, respectively. The dimensions of subjective well-being, including emotional, social, and psychological aspects, were found to have a direct and positive impact on the level of life satisfaction among the elderly ($p<0.05$). Furthermore, these dimensions were positively associated with social comparison ($p<0.05$). However, social comparison, as a mediating variable, played a relatively minor role in the relationship with life satisfaction ($p>0.05$).

Conclusion: Focusing on the positive mediating role of social comparison in improving older people's health, particularly with regard to their life satisfaction and mental well-being, should be a priority for health policymakers.

Keywords: Social comparison, Subjective well-being, Older adults, Satisfaction

Cite this article: Hosseini S, sadollahi A. Gholamzadeh S. Mediating role of social comparison in the relationship between subjective well-being and life satisfaction in older adults. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2024; 9 (1): 75-88.
DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74

Copyright© 2024 The Authors, published by Babol University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/.) Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

بررسی نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی سالمندان

سیده نجمه حسینی(Msc)[۱]، عبدالرحیم اسداللهی[۲](PhD)*، سکینه غلام‌زاده[۳](PhD)

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بلوار زند، شیراز، ایران
۲.گروه سالمندشناسی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳.مرکز تحقیقات مراقبت‌های روان جامعه‌نگر، دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۳/۳/۲۰

اصلاح:
۱۴۰۳/۵/۲۴

پذیرش:
۱۴۰۳/۶/۱

انتشار:
۱۴۰۳/۶/۳۱

چکیده

سابقه و هدف: «رضایت از زندگی» و «بهزیستی ذهنی» دو مؤلفه مهم اثرگذار بر سلامت روان در سالمندان است. لذا هدف از انجام این پژوهش، تعیین نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی سالمندان است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۲۵۰ سالمند کانون جهان‌دیدگان شهر جهرم در جنوب ایران در سال ۱۴۰۱ که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند، انجام شد. ابزار پژوهش شامل، پرسش‌نامه دموگرافیک، پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی Keyes که دارای سه خرده مقیاس عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی می‌باشد، پرسش‌نامه رضایت از زندگی، پرسش‌نامه مقایسه اجتماعی Bonk and Gibbons است. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در پژوهش به‌صورت خودگزارش‌دهی می‌باشد و توسط خود سالمندان تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۸ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مقایسه اجتماعی ۳۶/۴۱±۷/۲۴، رضایت از زندگی ۱۳/۵۶±۳/۴۹، بهزیستی ذهنی ۱۸۲/۱۲±۱۳/۱۶، بهزیستی هیجانی ۳۲/۹۰±۵/۹۳، بهزیستی اجتماعی ۶۵/۹۵±۱۲/۰۷ و بهزیستی روان‌شناختی ۸۳/۲۶±۱۳/۳۴ برابر بود. ابعاد بهزیستی ذهنی شامل هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی، نیز تأثیر مستقیم و مثبتی را بر روی میزان رضایت از زندگی سالمندان داشت ($p<۰/۰۵$). عملکرد این بعد بر روی مقایسه اجتماعی، تأثیر مثبتی را نشان داد ($p<۰/۰۵$)؛ اما متغیر مقایسه اجتماعی به عنوان یک متغیر واسطه نقش کمرنگ‌تری در ارتباط با میزان رضایت از زندگی داشت. ($p<۰/۰۵$)

نتیجه‌گیری: توجه به نقش واسطه‌گری مثبت مقایسه اجتماعی در ارتقاء سلامت سالمندان مرتبط با رضایت از زندگی آن‌ها و بهزیستی ذهنی لازم است این موضوع محور توجه سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مقایسه اجتماعی، بهزیستی ذهنی، سالمندان، رضایت.

استناد: سیده نجمه حسین عبدالرحیم اسداللهی، سکینه غلام‌زاده. بررسی نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی سالمندان. مجله سلامت و سالمندی خزر، ۱۴۰۳؛ ۹ (۱): ۸۸-۷۵.

▣ این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با کداخلاق IR.SUMS.REC.1398.126 از دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر عبدالرّحیم اسداللّهی

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت، خیابان رازی، طبقه سوم، شیراز، ایران . تلفن: ۰۹۱۲۲۴۹۸۸۹۰-۹۸+ رایانامه: a_asadollahi@sums.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

سابقه و هدف

یکی از مهم‌ترین مشکلات قرن حاضر، افزایش طول عمر انسان‌ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان و سالخوردگی جمعیت می‌باشد که برخی جوامع بشری با آن روبه‌رو شده و یا خواهند شد (۱). برآورد می‌شود که در سطح جهان، تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر در سال ۲۰۵۰ میلادی به حدود ۲۲٪ برسد (۲). در حال حاضر رشد جمعیت سالمندان در کشورهای درحال توسعه ۳/۳ تا ۴/۳ برابر، سریع‌تر از کشورهای پیشرفته درحال وقوع است (۴ و ۳). بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالا ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰٪ برآورد می‌شود که به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۵۰ از مرز ۲۰٪ عبور کند (۵–۱). جوامعی را که بیش از ۷٪ جمعیت آن از سالمندان تشکیل شده، در زمره کشورها در حال حرکت به سوی سالمندی معرفی می‌شوند و لذا سالمندی جمعیت در ایران به عنوان یک پدیده مهم مطرح می‌باشد (۵). از آنجا که سالمندی با تغییرات در عملکرد بدن همراه است، می‌تواند سازگاری فرد با محیط را با مشکل مواجه کند؛ لذا سلامت جسمی و روانی در آنان نسبت به سایر دوره‌های زندگی با اهمیت بیشتری روبه‌رو است (۶).

سازمان جهانی بهداشت، سلامت را رفاه و آسودگی کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری‌های جسمی تعریف نموده است (۷). سلامت روان که شاخص مهمی در وضعیت سلامت افراد سالمند است و اهمیت زیادی در دستیابی به سالمندی موفقیت‌آمیز دارد؛ به عنوان حالتی است که در آن فرد از توانایی‌های خود، آگاه است و می‌تواند از عهده استرس‌های طبیعی زندگی‌اش برآید و با کارکردی مناسب با جامعه خود ارتباط برقرار کند (۸). مفهوم سالمندی از بُعد روحی و روانی، به معنای فرسودگی تدریجی روانی می‌باشد که باعث می‌شود طراوت و شادابی، اعتماد به نفس، جرات ریسک کردن، احساس مفید بودن و تعلق داشتن کاهش یابد (۹). این اختلالات روانی به عنوان علل اصلی ناتوانی در طول عمر شناخته می‌شوند که شیوع آن‌ها در سالمندان رو به افزایش است (۱۰ و ۹).

برای شروع سالمندی و اختلالات آن زمان معینی را نمی‌توان تعیین نمود؛ ولی می‌توان گفت که فرسودگی روانی، زمانی آغاز می‌شود که فرد خود را سر بار دیگران بداند. گذر زمان برای فرد سالمند به سرعت در حرکت می‌باشد. او خود را در پایان راه دانسته و مطرود از جامعه حس می‌کند؛ به این دلیل، مشکلات روانی به درجات مختلف و با فراوانی قابل ملاحظه‌ای در سالمندان مشاهده می‌شود (۱۱). اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه و زوال عقل، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی از جمله این مشکلات هستند و حدود ۱۵ تا ۲۵٪ از سالمندان را مبتلا می‌سازند. اماره Azmeraw T Amare در مطالعه خود که بر روی ۴۳۰۸۶۲ سالمندان استرالیایی انجام داد، نتایج نشان داد ۸٪/۵۷ حداقل یک اختلال سلامت روان داشتند (۱۲). اهمیت اختلالات روانی باعث شده تا سازمان جهانی بهداشت، بهبود سلامت روان را از جمله اولویت‌های کشورهای درحال توسعه معرفی کند (۱۳). یک فاکتور مهم و تاثیرگذار بر بهبود سلامت روان در سالمندان، رضایت از زندگی است. از این رو مفهوم رضایت از زندگی از موارد مهمی است که باید به آن پرداخته شود. بررسی رضایت از زندگی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی از این جنبه مهم است که براساس تحقیقات انجام شده، این مفهوم در تعامل کامل با سلامت است و ارتباط تنگاتنگی بین سلامت جسمی، سلامت روانی و رضایت از زندگی وجود دارد (۱۴).

ارزیابی رضایت از زندگی به عنوان اقدامی معتبر در ارزیابی بازتوانی افراد سالمند و تعیین اثربخشی ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به آن‌ها مورد تایید است (۱۵). در مطالعه سلیمی و همکاران (۲۰۱۴) فقط ۱۵/۲٪ سالمندان رضایت از زندگی بالا را گزارش کردند. سلامت روان با رضایت از زندگی دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار بود و همچنین سطح تحصیلات و میزان مستمری و فعالیت ورزشی دارای ارتباط معنی‌دار و مثبت با سطح سلامت روان بودند (۸). از طرفی وضعیت سلامتی همراه با عوامل مختلف از جمله عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شخصیتی، می‌تواند بر میزان رضایت فرد از زندگی اثرگذار باشد (۱۶).

بنابراین ارزیابی وضعیت سلامت گروه‌های هدف از جمله سالمندان در یک جامعه برای تعیین نوع مداخله و پیش‌بینی نیازهای اجتماعی و بهداشتی بسیار مهم است. شناخت نیازهای واقعی این قشر آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزان را در جهت انجام مداخلات مؤثر یاری خواهد نمود.

علاوه بر مسئلهء مهم «رضایت از زندگی»، «بهزیستی ذهنی» نیز در سالمندان مطرح است. بهزیستی ذهنی نیز همانند رضایت از زندگی، یک فاکتور مؤثر در بهبود سلامت روان سالمندان می‌باشد. احساس ذهنی بهزیستی، مفهومی کلی و ناشی از نحوهء ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. در واقع بهزیستی ذهنی دارای دو جزء شناختی و عاطفی می‌باشد. جزء شناختی بهزیستی عبارت است از: ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی. جزء عاطفی به معناء برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی است (۱۷ و ۱۶).

عاطفه مثبت نشان می‌دهد که یک شخص به چه میزان احساس فاعلیت و هوشیاری می‌کند و تا چه میزان شور و اشتیاق به زندگی دارد. عاطفه مثبت بالا به انرژی زیاد، تمرکز کامل و اشتغال لذت بخش دلالت دارد؛ درحالی که عاطفه مثبت پایین بر غمگینی و رخوت دلالت دارد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

همچنین این افراد، فاقد انرژی، اشتیاق و اعتماد هستند. عاطفه منفی یک بُعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند مانند خشم، نفرت، بیزاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می‌شود. افراد دارای عاطفه منفی بالا به سمت ناراحتی و ناخرسندی گرایش دارند، دید منفی نسبت به خود دارند و همچنین افرادی که در این بُعد نمره پایین به دست می‌آورند، نسبتاً آرام، ایمن و دارای رضایت خاطر از خویشتن هستند (۱۸).

به‌طورکلی افراد بااحساس بهزیستی ذهنی بالا، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادها و حوادث پیرامون خودارزیابی مثبت دارند و آن‌ها را توصیف می‌کنند (۱۹). این افراد احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان رضایت و موفقیت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۰)؛ همچنین نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بیشتری دارند (۲۱). اخیراً احساس بهزیستی ذهنی به یک چالش برای اندازه‌گیری پیشرفت و توسعه سیاست‌های عمومی کشورها تبدیل شده و توجه بسیاری از محققین را به خود جلب کرده است (۲۲). لذا بررسی دقیق بهزیستی ذهنی و عوامل مرتبط با آن ضرورتی غیر قابل انکار است. در این میان تعیین عواملی که نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند، بسیار مهم است (۲۳).

متغیرهای واسطه‌ای، چگونگی تبدیل حوادث فیزیکی خارجی را به عوامل درونی تبیین می‌کنند. یک متغیر که میان رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی، نقش واسطه‌ای دارد، مقایسه اجتماعی می‌باشد. منظور از مقایسه اجتماعی این است که چگونه افراد خود را با همسالان خود مقایسه می‌کنند (۲۵ و ۲۴).Festinger در تئوری خود سعی دارد توضیح دهد که انسان‌ها چگونه توانایی‌هایشان را ارزیابی می‌کنند. از نظر وی، در شرایط فقدان یک ویژگی عینی، این ارزیابی‌ها از مقایسه یک عقیده و توانایی با عقاید و توانایی‌های مشابه به‌وجود می‌آید (۲۶). در واقع مقایسه اجتماعی یک منبع ضروری از اطلاعات درباره خود است. فرآیندهای مقایسه اجتماعی، شکاف میان مباحث مربوط به خود و مفهوم هویت فردی و میان گروهی را پر می‌کنند (۲۷). افراد اغلب به این اطلاعات نیاز دارند تا توانایی‌ها و عقاید خود را ارزیابی کنند و عملکرد خود را بهبود بخشند و عزت‌نفس خود را به‌صورت بالقوه افزایش دهند (۲۸).

از نظر Festinger، مقایسه اجتماعی یک فرآیند ذهنی است؛ بنابراین می‌تواند موجب تغییر شکل واقعیت شود. به عقیده او اگر مقایسه اجتماعی به قضاوت فرد درباره خود منجر شود، حمایت از عزت‌نفس را به دنبال خواهد داشت. به این ترتیب که فرد با تمایل به مقایسه خود با اشخاص پایین‌تر از خود که اصطلاحاً مقایسه‌ی نزولی (مقایسه رو به پایین) نامیده می‌شود؛ ارزش خود را بالا می‌برد و این امر موجب افزایش عزت‌نفس در فرد می‌شود. تحقیق در مورد عواقب انطباقی مقایسه رو به پایین، مبتنی بر این فرض است که افراد وضعیت خود را با وضعیت مقایسه‌ای دیگران می‌سنجند؛ به عبارت دیگر، آن‌ها بر تفاوت بین خود و شخص بدتر تمرکز می‌کنند.

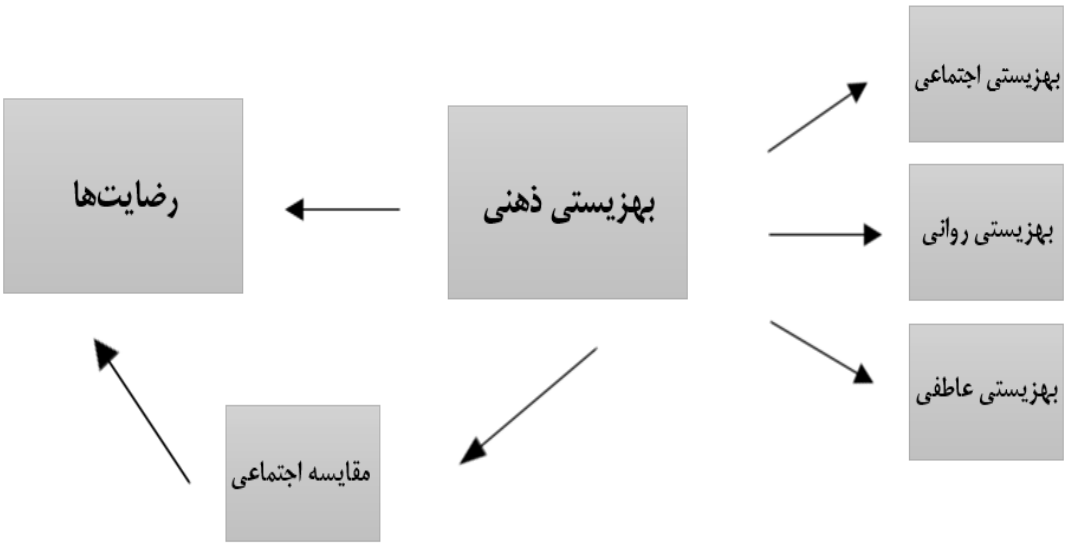
با توجه به مدل کنتراست شناسایی (۲۹)، مردم برای مقایسه خود با افراد بدتر از خود انگیزه دارند، زیرا این احساس برتری را ایجاد می‌کند و آن‌ها نسبت به شرایط خود احساس نسبتاً رضایت‌مندی دارند. با این حال، هنگامی که مقایسه رو پایینی به جای مقایسه شناسایی می‌شود، می‌تواند ترس پایان دادن به همان شیوه مقایسه را افزایش دهد (۳۰). این ترس احتمالاً باعث می‌شود افراد احساس آرامش بیشتری نسبت به زندگی خود داشته باشند، زیرا «برای من هم می‌تواند اتفاق بیفتد.» همان‌طور که مقیاس رو به پایین، عملکرد خودافزایی را با سطوح پایین شناسایی افزایش می‌دهد (۳۱)، ما انتظار داریم افرادی که مسن و ضعیف هستند، احساس رضایت‌مندی بیشتری از زندگی‌شان بعد از مقایسه رو به پایین نسبت به مقایسه رو به بالا داشته باشند؛ اما مقایسه صعودی (مقایسه رو به بالا) یعنی تمایل فرد به مقایسه خود با اشخاص بالاتر از خود که ارزش فرد را پایین می‌آورد (۳۲).

مقایسه‌های رو به بالا و رو به پایین، هر دو در افراد به منظور خودارزشیابی، خودافزایی و بهبود خویشتن انجام می‌گیرد (۳۳). شواهد اساسی زیادی وجود دارد که اثرات مثبت خود تشویقی به انجام مقایسه اجتماعی را بر روی بهزیستی ذهنی سالمندان توصیف می‌کنند.

لذا با توجه به نقش به سزای مقایسه اجتماعی در دستیابی به اهداف و به دنبال آن افزایش یافتن عاطفه مثبت در فرد و همچنین با توجه به این امر که تاکنون پژوهشی با این عنوان در ایران انجام نشده و در سطح جهان نیز محدود انجام شده است؛ هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه بین رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی سالمندان می‌باشد (۲۵). در ارتباط معنادار بین متغیرهای بهزیستی ذهنی و رضایت اجتماعی مطالعات اخیر Hamdan Mansourو همکاران، Forsman و همکاران و همچنین Smithو همکاران نشان داد که در جمعیت سالمندان بین این دو متغیر رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد (۳۴-۳۶). در ارتباط بین مقایسه اجتماعی و رضایت از زندگی به نظر می‌رسد که انواع مشارکت اجتماعی برای رضایت از زندگی افراد مسن‌تر مهم است (۳۷). همچنین در مطالعه اریک و همکاران نتایج نشان داد که رضایت از زندگی یک هدف ارزشمند برای سیاست‌هایی است که با هدف افزایش چندین شاخص رفاه روانی اجتماعی، رفتارهای بهداشتی و پیامدهای سلامت جسمانی انجام می‌شود و از این نظر با مقایسه اجتماعی مرتبط است (۳۸). در نهایت در پژوهش دیگری ارتباط بین رضایت‌مندی و مقایسه اجتماعی در جمعیت سالمندان به اثبات رسید (۳۹).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]



نمودار ۱. چارچوب مفهومی مطالعه

مواد و روش‌ها

در پژوهش مقطعی_تحلیلی حاضر، جامعه پژوهش مراجعه‌کنندگان ۶۰ ساله و بیشتر، به کانون جهان‌دیدگان شهر جهرم در جنوب ایران در سال ۱۴۰۱ بودند. روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده بود و انتخاب تصادفی افراد براساس کد ثابت عضویت آن‌ها در کانون جهان‌دیدگان جهرم انجام شد. اعضاء ثابت انجمن ۵۶۰ نفر بود که با روش انتخاب تصادفی حجم نمونه ۲۵۰ نفر به دست آمد. حجم نمونه با کمک نرم‌افزار PASS نسخه ۱۵,۰,۱ با استفاده از میانگین و انحراف معیار در مطالعه تاجیک، اسمعیلی و حسن‌زاده (۲۰۱۴) انجام شد (۴۰).

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل: پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی Keyes وMagyar ، پرسش‌نامه رضایت از زندگی Diener,Emmons, Larsen &Griffin (SWLS)و همچنین پرسشنامه مقایسه اجتماعی Gibbonsو Bunck بودند. بهزیستی ذهنیKeyes به نمرات به دست آمده از مقیاس‌های عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی اشاره می‌کند. همچنین پرسشنامه رضایت کلی از زندگی به‌وسیله یک مقیاس تک سؤالی و مؤلفه‌های عاطفه مثبت و منفی به ترتیب به کمک شش عبارت مثبت و منفی ارزیابی شد. در این پرسش‌نامه، آزمودنی‌ها باید میزان رضایت‌مندی خود از زندگی را، درمجموع بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از صفر (بدترین شرایط ممکن) تا ۱۰(بهترین شرایط ممکن) مشخص نمایند. گستره‌ای از مطالعات بر وجود ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبول در مقیاس بهزیستی ذهنی تأکید می‌کنند (۴۱).

در مقیاس عاطفه مثبت، آزمودنی‌ها باید با استفاده از شش نشانگر از قبیل «بشاش، دارای روحیه خوب، فوق‌العاده شاد، آرام و آسوده، راضی و سرزنده»، وضعیت خود را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱(هیچ‌وقت) تا ۵(تمام اوقات) مشخص می‌نمودند. در مقیاس عاطفه منفی، آزمودنی‌ها وضعیت خود را در ۳۰ روز گذشته بر روی شش نشانگر «آن‌قدر غمگینم که هیچ چیز نمی‌تواند مرا سرحال بیاورد»، «عصبی»، «ناآرام یا بی‌قرار»، «ناامید»، «همه چیز برایم سخت و پرزحمت بود» و «بی‌ارزش بودن» بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱(هیچ‌وقت) تا ۵(تمام اوقات) مشخص می‌نمودند. گویه‌های مقیاس عاطفه منفی به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. بنابراین، نمرات مثبت بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده تجربه عاطفه منفی کمتر است و در گویه‌های مقیاس عاطفه مثبت، نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجربه عاطفه مثبت بیشتر بود. به منظور ایجاد هر مقیاس نمرات با یکدیگر جمع شدند (۴۲).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و در بخش هیجان منفی ۰/۷۸ بود. زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر بود. در مطالعه Keyes و Magyar-Mae (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این مقیاس از روایی عاملی استفاده شده است (۴۲). نتایج تحلیل عامل تاییدی ساختار سه عاملی این مقیاس را تایید کرده است (P<۰/۰۵). در مطالعه صفاری‌نیا (۱۳۹۳) ضریب پایایی و پایایی آزمایی ۰/۷۵ گزارش شده است. پایایی مقیاس بهزیستی ذهنی ۰/۷۵ و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی ۰/۷۶، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۶۴ و بهزیستی اجتماعی ۰/۷۶ می‌باشد. شاخص اعتبار درونی ابزارها به روش آلفاءکرونباخ برای بهزیستی هیجانی ۰/۷۱، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸ و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۱ بوده که مطلوب است (۴۲).

در پرسش‌نامه مقایسه اجتماعی GibbonsوBunck ، مقیاس مقایسه اجتماعی به منظور اندازه‌گیری تمایل شرکت‌کنندگان برای مقایسه خودشان با دیگران توسط GibbonsوBunck (۱۹۹۹) طراحی شده است. هر سؤال در یک مقیاس لیکرتی هفت درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم تا حدی مخالفم، نه مخالف و نه موافقم تا حدی موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) که به ترتیب نمرات ۱(کاملاً مخالفم) تا ۷(کاملاً موافقم) به آن‌ها تعلق می‌گیرد؛ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه که از نوع مداد–کاغذی و خودگزارش‌دهی است مشتمل بر ۱۱ گویه می‌باشد. گویه‌های ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱ خرده مقیاس «توانایی‌ها» و گویه‌های ۱۱ و ۱۰ و ۹ و ۸ و ۷ خرده مقیاس «عقاید» را اندازه می‌گیرند. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شوند؛ بنابراین، حداقل و حداکثر نمره به ترتیب برابر با ۱۱ و ۵۵ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۵ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۴۲).

تاجیک، اسمعیلی و حسن‌زاده (۲۰۱۴) برای بررسی روایی هم‌زمان مقیاس، آن را با پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ و مطلوبیت اجتماعی مازلو–کراون اجرا کردند که نتایج از وجود همبستگی بین این مقیاس و دو پرسش‌نامه حکایت داشت (۴۰). همچنین، Schneider و Schupp (۲۰۱۱) با اجرای این مقیاس در جمعیت آلمانی ۴۷۰ مرد و ۵۷۶ زن، دریافتند که از روایی بسیار خوبی برخوردار است. روایی این مقیاس به وسیلهٔ تحلیل عامل تاییدی آزموده شد و شاخص‌های به دست آمده نشان داد سوالات با سازه مقایسه اجتماعی همسویی مناسبی دارد. این مقیاس دارای روایی مطلوبی در جامعه پژوهش است (۴۳). در پژوهش Gibbons & Bunck ضرایب آلفاء کرونباخ برای گویه‌ها در آمریکا ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ و در هلند ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ به دست آمد (۴۳).

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل آماری از میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی به عنوان آمار توصیفی استفاده شد. پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از دو آزمون دی‌آگوستینو و شاپیرو–ویلکس و بالاتر بودن میزان آن از ۰/۰۵ و در نتیجه نرمال بودن توزیع نمرات، برای بررسی ارتباط بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی از ضریب همبستگی پیرسون و به منظور بررسی نقش میانجی‌گری مقایسه اجتماعی از الگویابی مدل ساختاری و برازش استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل توصیفی و استنباطی داده‌ها از نسخه ۲۸ نرم‌افزار SPSS و به منظور الگویابی معادلات ساختاری از نسخه ۲۱ نرم افزار AMOS استفاده شد. سطح معناداری P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بررسی و تائید شده است. همچنین فرم رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها قبل از ورود به مطالعه اخذ شده است.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان، به تفکیک جنسیت آزمودنی‌ها آمده است.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

جدول ۱. توزیع دموگرافیک متغیرهای جمعیت شناختی قبل از مداخله (n=۲۵۰)

متغیر	گروه	مرد (۷۷ نفر) تعداد (درصد)	زن (۱۶۱ نفر) تعداد (درصد)
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۳/۹)	۶ (۳/۷)
	متأهل	۷۰ (۹۰/۹)	۸۱ (۵۰/۳)
	طلاق گرفته	۱ (۱/۳)	۸ (۵)
	فوت همسر	۳ (۳/۹)	۶۵ (۴۰/۴)
	بی‌پاسخ	۰ (۰)	۱ (۰/۶)
تعداد فرزندان	۲-۰	۲۳ (۲۹/۹)	۳۱ (۱۹/۳)
	۵-۳	۳۹ (۵۰/۶)	۷۳ (۴۵/۳)
	۹-۶	۱۲ (۱۵/۶)	۴۰ (۲۴/۸)
	۱۲-۱۰	۰ (۰)	۳ (۱/۹)
	بی‌پاسخ	۳ (۳/۹)	۱۴ (۸/۷)
تحصیلات	بی‌سواد	۱۰ (۱۳)	۴۲ (۲۶/۱)
	ابتدایی	۱۸ (۲۳/۴)	۷۲ (۴۴/۷)
	زیر دیپلم	۱۹ (۲۴/۷)	۱۸ (۱۱/۲)
	دیپلم	۲۰ (۲۶)	۱۳ (۸/۱)
	دانشگاهی	۱۰ (۱۳)	۱۱ (۶/۸)
	بی‌پاسخ	۰ (۰)	۵ (۳/۱)
وضعیت اشتغال	استخدام	۱۶ (۲۰/۸)	۱۰ (۶/۲)
	خانه‌دار	۶ (۷/۸)	۱۳۰ (۸۰/۷)
	بازنشسته	۳۲ (۴۱/۶)	۱۰ (۶/۲)
	آزاد	۱۸ (۲۳/۴)	۷ (۴/۳)
	بیکار	۵ (۶/۵)	۴ (۲/۵)
نحوه زندگی	همسر و فرزندان	۵۰ (۶۴/۹)	۴۵ (۲۸)
	همسر	۱۸ (۲۳/۴)	۳۱ (۱۹/۳)
	دختر	۱ (۱/۳)	۱۳ (۸/۱)
	پسر	۱ (۱/۳)	۱۹ (۱۱/۸)
	والدین	۱ (۱/۳)	۳ (۱/۹)
	تنها	۴ (۵/۲)	۴۹ (۳۰/۴)
	بی‌پاسخ	۲ (۲/۶)	۱ (۰/۶)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مقایسه اجتماعی، رضایت از زندگی، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در جدول ۲ نشان داده شده‌اند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای اصلی مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
مقایسه اجتماعی	۲۳۱	۳۶/۴۱	۷/۲۴	-۰/۷۴۳	۱/۹۸۴
رضایت از زندگی	۲۳۱	۱۳/۵۶	۳/۴۹	۰/۰۳۵	۱/۹۹۸
بهزیستی ذهنی	۲۳۱	۱۸۲/۱۲	۱۳/۱۶	-۰/۶۷۲	۱/۹۹۲
بهزیستی هیجانی	۲۳۱	۳۲/۹۰	۵/۹۳	۰/۱۳۲	۱/۶۳۱
بهزیستی اجتماعی	۲۳۱	۶۵/۹۵	۱۲/۰۷	-۰/۲۸۴	۰/۹۸۴
بهزیستی روان‌شناختی	۲۳۱	۸۳/۲۶	۱۳/۳۴	-۰/۸۶۵	۱/۲۲۹

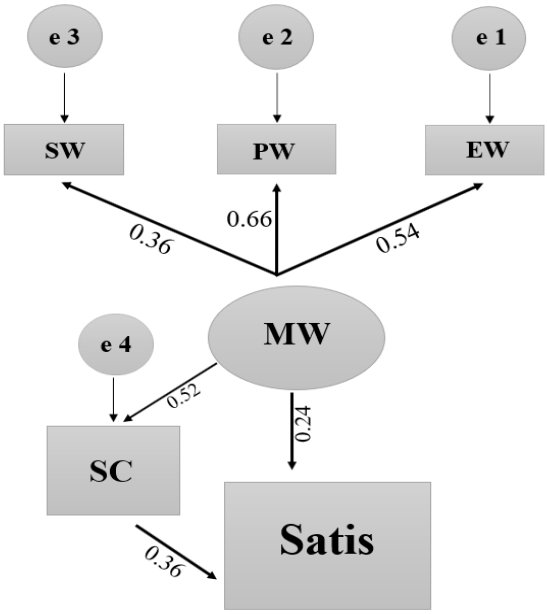
همچنین جدول ۳ مربوط به بررسی روابط میان ابعاد مختلف پرسش‌نامه مربوط به رضایت از زندگی سالمندان می‌باشد. متغیرهای ذکرشده پس از اثبات معناداری در مدل حفظ شده و با برازش مناسب در مدل تائید شدند ($P<۰/۰۵$).

جدول ۳. بررسی روابط میان ابعاد مختلف پرسش‌نامه رضایت از زندگی در سالمندان

		وزن‌های رگرسیونی مدل	وزن‌های استاندارد شده رگرسیونی	سطح معناداری
مقایسه اجتماعی	بهزیستی ذهنی	۱/۷۱(۰/۵۶)	۰/۵۲	۰/۰۰۱
بهزیستی هیجانی	بهزیستی ذهنی	۱/۰	۰/۳۶	–
بهزیستی اجتماعی	بهزیستی ذهنی	۳/۱۰(۱/۲۴)	۰/۵۴	۰/۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	بهزیستی ذهنی	۳/۸۹(۱/۲۵)	۰/۶۶	۰/۰۰۱
رضایت‌مندی‌ها	بهزیستی ذهنی	۰/۴۰(۰/۲۱)	۰/۲۴	۰/۰۵
رضایت‌مندی‌ها	مقایسه اجتماعی	-۰/۰۳(۰/۰۴)	-۰/۰۶	۰/۴۸

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]



نمودار ۲. معادله ساختاری متغیرهای اصلی مطالعه

comparison, Sati= SW= social wellbeing, PW= psychological wellbeing, EW= emotional wellbeing, MW=mental wellbeing, SC= social satisfaction.

مطابق با نمودار ۱، نتایج شاخص‌های نیکویی برازش مدل در مدل معادله ساختاری به‌دست آمده نشان‌دهنده برازش خوب و قدرت تعمیم‌دهی مدل است و می‌توان به نتایج به‌دست آمده استناد کرد.

(RMSEA=SRMR ، AGFI=۰/۰۴ ، CFI=۰/۰۴ ،CFI=۰/۰،۹۳/۹۱=IFI ،χ ۲(df=۴)=۵/۳۸ (p=۰/۲۵))

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، تعیین نقش واسطه‌ای مقایسه اجتماعی در رابطه بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی سالمندان بود تا به این سؤال اساسی پاسخ دهد که متغیر مقایسه اجتماعی میان رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی، نقش واسطه‌ای دارد. نتایج نشان داد که بین بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی ارتباط مثبت و مستقیمی وجود دارد و مقایسه اجتماعی به عنوان یک متغیر با نقش واسطه‌گری، اثر بهزیستی ذهنی بر رضایت از زندگی را کاهش داده و در واقع اثر منفی دارد و از این نظر با مطالعه ولی‌بیگی و همکارانش همسو می‌باشد (۴۴). یافته‌ها در مطالعات دیگر نشان می‌دهد که به طور کلی افراد با احساس بهزیستی ذهنی بالا، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادها و حوادث پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند و آن‌ها را توصیف می‌کنند (۲۵). این افراد احساس مهار و کنترل بالاتری دارند و میزان رضایت و موفقیت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند. به‌علاوه این‌که این افراد نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بیشتری دارند. ضمن این‌که سالمندان با انجام مقایسه اجتماعی در موقعیت‌های مشابه میان خود و همسالان‌شان، می‌توانند از زندگی خود ارزیابی تطابق یافته‌ای را انجام دهند که به آنان اجازه می‌دهد تا تفسیر دوباره‌ای از زندگی خود، با یک نگاه مثبت داشته باشند. شواهد اساسی زیادی وجود دارد که اثرات مثبت خود تشویقی به انجام مقایسه اجتماعی را بر روی بهزیستی ذهنی سالمندان توصیف می‌کنند (۴۵).

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

باتوجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت، بُعد بهزیستی ذهنی که از ترکیب سه متغیر بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی حاصل شده تأثیر مستقیم و مثبتی را بر روی میزان رضایت از زندگی سالمندان دارد. به‌علاوه عملکرد این بُعد بر روی مقایسه اجتماعی نیز قابل‌توجه بوده و تأثیر مثبتی را نشان می‌دهد و از این نظر با مطالعه سیار که به منظور مقایسه اجتماعی بر روی سالمندان ساکن در منزل و سالمندان مقیم خانه سالمندان انجام شد، همسو می‌باشد (۴۶)؛ اما متغیر مقایسه اجتماعی به عنوان یک متغیر واسطه نقش کمرنگ‌تری در ارتباط با میزان رضایت از زندگی ایفا می‌کند و این نتیجه نشان می‌دهد که عملکرد بهزیستی ذهنی از طریق مقایسه اجتماعی اثر به مراتب کمتری را بر روی میزان رضایت از زندگی نشان می‌دهد و به همین جهت با مطالعه فرهادی غیر همسو است (۴۷).

با توجه به نتایج این پژوهش باید با ایجاد شرایطی جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان و حرکت به سمت سالمندی فعال، میزان بهزیستی ذهنی و مقایسه رو به پایین در سالمندان را افزایش و مقایسه رو به بالا را کاهش دهیم و از این طریق میزان رضایت از زندگی را در آنان افزایش دهیم. از جمله این امور می‌توان به کمک در جهت حفظ و افزایش استقلال سالمندان، حمایت‌های مالی از سمت سازمان‌های دولتی، حمایت‌های روانی از آنان در خانواده و جامعه و پذیرش آنان به عنوان منابع ارزشمندی از تجارب، اشاره کرد تا بتوانیم در بهبود رضایت و کیفیت زندگی سالمندان نقش بسزایی را ایفا کنیم.

ازجمله نقاط قوت این مطالعه می‌توان به در دسترس بودن جامعه مورد پژوهش و حضور سالمندان اشاره کرد. از طرفی به‌دلیل خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌ها و سالمند بودن جامعه پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه توسط برخی سالمندان به سختی انجام شد؛ در نتیجه مهم‌ترین محدودیت این مطالعه استفاده از چند پرسش‌نامه و عدم همکاری برخی سالمندان برای تکمیل آن‌ها بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از پرسش‌نامه‌ای استفاده شود که توسط پرسش‌گر تکمیل شود و یا تعداد پرسش‌نامه‌ها کاهش یابد.

در زمینه پیشنهادات کاربردی می‌توان گفت یافته‌های این پژوهش می‌تواند در راستای افزایش رضایت از زندگی سالمندان در حوزه بهزیستی ذهنی مورد استفاده قرار گیرد. این یافته‌ها همچنین می‌تواند برای روانشناسان، مشاوران، مسئولین بهداشت و بهزیستی الهام‌بخش باشد تا به احساسات و نیازهای سالمندان توجه نموده و در زمینه کمک به سلامت روانی و بهزیستی ذهنی گام بزرگی بردارند. همچنین با توجه به اینکه کیفیت زندگی سالمندان را می‌توان افزایش داد پیشنهاد می‌گردد متصدیان مسائل بهداشتی سالمندان برای برگزاری کارگاه‌هایی در این زمینه استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز به خاطر همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

References

1.Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat S. A Systematic Review of the Management of Preventive Health Care for the Elderly in the World. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022; 16 (4):592-607. [In Persian]
2.Leong D, Teo K, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum Jr A, Orlandini A. World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. New York (NY): United Nations;2019. The decade of healthy ageing. Geneva: World Health Organization. 2018;73(7):p. 362-2469.
3.Organization WH. Progress report on the United Nations decade of healthy ageing, World Health Organization; 2023.
4.Foraker RE, Bush C, Greiner MA, Sims M, Henderson K, Smith S, et al. Distribution of Cardiovascular Health by Individual- and Neighborhood-Level Socioeconomic Status: Findings From the Jackson Heart Study. Glob Heart. 2019;14(3):241-50. [In Persian]
5.Shakeri Nia I. Effect of Social Assists and Hopefulness in Elderly Health Status With Chronic Pain. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2012; 7 (1):7-15. [In Persian]
6.Tehrani H, Vahedian Shahroodi M, Fadayevatan R, Abusalehi A, Esmaeili H. Mental health status and its related factors in elderly people residing in nursing homes of Mashhad, Iran. J Health & Development. 2017;6(3):171-81. [In Persian]
7.Kushmatova DE, Khakimova HK. Current perspectives on the subject of public health and health care. World Bulletin of Public Health. 2022;6:51-3.
8.Salimi E, Dasht Bozorgi B, Mozafari M, Tabesh H. Investigating mental health status and life satisfaction of retired elderly referred to retirement's centers of the Jundishapur University of medical sciences and shahid Chamran University in Ahvaz. J Geriatric Nurs. 2014;1(1):20-31. [In Persian]
9.Hosseinizare S M, Tajvar M, Abdi K, Esfahani P, Geravand B, Pourreza A. Leisure Spending Patterns and their Relationship with Mental Health in the Elderly in Iran. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2020; 15 (3):366-79.
10.Moreira S, Nogueira J, Silva L, Tura L, Rodrigues T, Alves MdS, et al. Health problems of institutionalized elderly. Int Arch Med. 2016;9(59):1-7.
11.Andreas S, Schulz H, Volkert J, Dehoust M, Sehner S, Suling A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. Br J Psychiatry. 2017;210(2):125-31.
12.Amare AT, Caughey GE, Whitehead C, Lang CE, Bray SC, Corlis M, et al. The prevalence, trends and determinants of mental health disorders in older Australians living in permanent residential aged care: Implications for policy and quality of aged care services. Aust N Z J Psychiatry. 2020;54(12):1200-11.
13.Mortazavi SS, Ardebili HE, Mohamad K, Beni RD. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. Payesh. 2011;10(4):485-92. [In Persian]
14.Enkvist A, Ekström H, Elmståhl S. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(1):140-5.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

15.Aliasquarpoor M, Eybpoosh S. The quality of life of elderly nursing home residents and its relationship with different factors. Iran J Nurs. 2012;25(75):60-70. [In Persian]
16.Sansone RA, Sansone LA. "I'm Your Number One Fan"—A clinical look at celebrity worship. Innov Clin Neurosci. 2014;11(1-2):3943.
17.Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. Nat Hum Behav. 2018;2(4):253-60.
18.Arabpour Dahouei A, Abdi M, Mirzakhani Araghi N. The Relationship between Emotional Intelligence and Quality of Life among Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2021: A Short Report. JRUMS. 2023; 22 (8):897-906. [In Persian]
19.Joshanloo M, Bakhshi A. The Factor Structure and Measurement Invariance of Positive and Negative Affect. European Journal of Psychological Assessment. 2016;32(4):265-72.
20.Ghasemi N-a, Kajbaf M-B, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well–being (SWB) and mental health. Journal of clinical psychology. 2011;3(2):23-34. [In Persian]
21.Ryu GW, Yang YS, Choi M. Mediating role of coping style on the relationship between job stress and subjective well-being among Korean police officers. BMC public health. 2020;20:1-8.
22.Mao H-Y, Hsu H-C, Lee S-D. Gender differences in related influential factors of regular exercise behavior among people in Taiwan in 2007: A cross-sectional study. PLoS One. 2020;15(1):1-8.
23.Patel R, Marbaniang SP, Srivastava S, Kumar P, Chauhan S, Simon DJ. Gender differential in low psychological health and low subjective well-being among older adults in India: With special focus on childless older adults. PLoS One. 2021;16(3):1-6.
24.Wilson HE, Siegle D, McCoach DB, Little CA, Reis SM. A model of academic self-concept: Perceived difficulty and social comparison among academically accelerated secondary school students. Gifted Child Quarterly. 2014;58(2):111-26.
25.Akhavan Tafti M, Mofradnezhad N. The relationship of emotional intelligence and social skills with psychological well-being in the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2018;13(3):334-45.
26.Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. Human Relations. 1954;7(2):117-40.
27.Çoban Y, Kısa C. Analysis of the relation between social anxieties and parental attitudes of the adolescent high school students. Psychology Research on Education and Social Sciences. 2020;1(1):1-10.
28.Schneider SM, Schupp J. Individual differences in social comparison and its consequences for life satisfaction: introducing a short scale of the Iowa–Netherlands Comparison Orientation Measure. Soc Indic Res. 2014;115:767-89.
29.Buunk BP, Ybema JF. Social comparisons and occupational stress: The identification-contrast model. Health, coping, and well-being: Psychology Press; 2013.
30.Blanton H. Evaluating the self in the context of another: The three-selves model of social comparison assimilation and contrast. Cognitive social psychology: Psychology Press; 2013.
31.Wood JV, VanderZee K. Social comparisons among cancer patients: Under what conditions are comparisons upward and downward? Health, coping, and well-being: Psychology Press; 2013.
32.Suls J, Wheeler L. Handbook of social comparison: Theory and research: Springer Science & Business Media; 2013.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

33.Vauclair C-M, Lima ML, Abrams D, Swift HJ, Bratt C. What do older people think that others think of them, and does it matter? The role of meta-perceptions and social norms in the prediction of perceived age discrimination. Psychol Aging. 2016;31(7):699.
34.M Hamdan Mansour A, H Shehadeh J, Puskar K, El-Hneiti M, M Haourani E. Investigating physical, psychological and social well-being of older persons in Jordan. Curr Aging Sci. 2017;10(3):217-23.
35.Forsman A, Herberts C, Nyqvist F, Wahlbeck K, Schierenbeck I. Understanding the role of social capital for mental wellbeing among older adults. Ageing Society. 2013;33(5):804-25.
36.Henning-Smith C, Meltzer G, Kobayashi LC, Finlay JM. Rural/urban differences in mental health and social well-being among older US adults in the early months of the COVID-19 pandemic. Aging mental health. 2023;27(3):505-11.
37.Baeriswyl M, Oris M. Social participation and life satisfaction among older adults: Diversity of practices and social inequality in Switzerland. Ageing Society. 2023;43(6):1259-83.
38.Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele TJ. Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. Milbank Q. 2021;99(1):209-39.
39.Marttila E, Koivula A, Räsänen P. Does excessive social media use decrease subjective well-being? A longitudinal analysis of the relationship between problematic use, loneliness and life satisfaction. Telemat Inform. 2021;59:101-556.
40.Tajikesmaeilia, Hassanzadeh, P, The Study of Psychometric Elementary Characteristics of Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure in Women and Men of Tehran City. Soc Psychol Res. 2014; 4(15): 73-81 [In Persian]
41.Cheng S-T, Li K-K, Leung EM, Chan AC. Social exchanges and subjective well-being: Do sources of positive and negative exchanges matter? Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2011;66(6):708-18.
42.Li Y, Liu S, Li D, Yin H. How Trait Gratitude Influences Adolescent Subjective Well-Being? Parallel–Serial Mediating Effects of Meaning in Life and Self-Control. Behav Sci. 2023;13(11):902.
43.Schneider S, Schupp J. The social comparison scale: testing the validity, reliability, and applicability of the Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure (INCOM) on the German population. SSRN. 2011;360:20-36.
44.Valibeigi M, Moheb N, Abdi R. Explaining the structural model of the relationship between optimism and resilience with psychological well-being based on life satisfaction in students with symptoms of borderline personality disorder. Journal of Modern Psychological Researches. 2022;16(64). [In Persian]
45.dehghaniTafti AA, karami M, Rezaei pandar H, Jambarsang S, Rahmati Andani M. Effectiveness of Physical Activity Educational Program Based on Self-regulatory Theory on the Quality of Life among the Elderly. Tolooebehdasht. 2022;20(6):58-72. [In Persian]
46.Sayar S, Bababkhanian M. Comparing the Social Health Status among the Older People Living at Home and Those Living in Old People's Home. Isfahan J Med Sch. 2016;34(400):1128-33. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]

47.Farhadi a, Obeidavi z, Movahedi y, Rahimi m, Mobasher a. The comparison and relationship of social support and stress with life satisfaction among the elderly of Khorramabad city in 2013. yafte. 2015;17(2):14-22. [In Persian]

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-16]

[DOI: 10.22088/cjhaa.9.1.74]