MEJDS. 2022; 12:261.
Published online 2023 Mar. **Original Article**

Investigating the Relationship of Distress Tolerance and Quality of Life with the Mediating Role of Psychological Wellbeing in the Elderly Living in Tehran City, Iran

Bagheri MJ[1], *Asghar Nezhad Farid AA[2], Nasrollahi B[3]

Author Address
1. PhD student in Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran , Iran;
2. Associate Professor, Department of Clinical and Applied Psychology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

Received: 2021 December 26; **Accepted:** 2022 April 9

Abstract

Background & Objectives: During old age, people face problems due to physical, cognitive, and social changes. Physical and mental health play an important role in the quality of life of older people, and this depends on the degree of adaptation and flexibility of older people to cope with the changes. A high level of wellbeing leads to a favorable evaluation of life events because the experience of positive emotions accompanies it. Therefore, it can affect the level of distress tolerance and the degree of response of the elderly to stress and help them be less anxious and damaged in critical situations. This feature has a great effect on the mental health of older people. According to what was stated, this study aims to determine the relationship between distress tolerance and the mediating role of psychological wellbeing in the quality of life of older people in Tehran City, Iran.

Methods: The research method was descriptive–correlational in the form of structural equation modeling. For the sample group, 200 people were selected from the elderly population (60 years and older) in Tehran by cluster sampling. In this way, a list of parks and cultural centers of Tehran was prepared, and Tehran was divided into four geographical regions. From each district, four places were randomly selected. The designated areas were referred to, and according to the inclusion and exclusion criteria, the subjects were randomly selected from among older people. The inclusion criterion was the age group of more than sixty years, and the exclusion criterion was answering all the questions in the questionnaires. The study data were gathered via the Psychological Wellbeing Scale (Ryff & Keyes, 1995), the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1998), and the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). This research used descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation. The Pearson correlation coefficient and structural equation modeling method were employed for data analysis using SPSS version 22 and AMOS version 22 software. The level of significance in this research was considered 0.05.

Results: Findings showed that the direct effect of distress tolerance on psychological wellbeing (p=0.001, β=0.814), the immediate impact of distress tolerance on quality of life (p=0.028, β=0.312), and the direct effect of psychological wellbeing on quality of life (p=0.001, β=0.544) was positive and significant. Also, the indirect impact of distress tolerance on quality of life with the mediation of psychological wellbeing was positive and significant (p=0.001, β=0.443). The presented model had a relatively good fit (χ^2/df=1.619, AGFI=0.891, CFI=0.969, GFI=0.923, RMSEA=0.056).

Conclusion: Based on research findings, distress tolerance indirectly affects the quality of life of older people through psychological wellbeing. In other words, distress tolerance by improving psychological well–being increases the quality of life in older people.

Keywords: Distress tolerance, Psychological wellbeing, Quality of life, The elderly.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۶۱.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهر تهران

محمدجواد باقری[۱]، *علی‌اصغر اصغرنژاد فرید[۲]، بیتا نصراللهی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری رشتهٔ روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران؛

۲. دانشیار گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی و کاربردی، دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی ایران، تهران، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** asgharnejadfarid.as@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ دی ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ فروردین ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی امری طبیعی و اجتناب‌ناپذیر به‌شمار می‌رود که در ایران رشد شتابانی گرفته است؛ بنابراین توجه به عوامل مؤثر بر سلامت سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهر تهران انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، مقطعی از نوع همبستگی در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری را تمامی سالمندان بیشتر از شصت سال شهر تهران تشکیل دادند که از این میان دویست نفر به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. این افراد به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف و کیز، ۱۹۹۵) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر مستقیم تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۸۱۴)، اثر مستقیم تحمل پریشانی بر کیفیت زندگی (p=۰/۰۲۸، β=۰/۳۱۲) و اثر مستقیم بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۵۴۴) مثبت و معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم تحمل پریشانی بر کیفیت زندگی با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار بود (p=۰/۰۰۱، β=۰/۴۴۳). مدل ارائه‌شده برازش نسبتاً خوبی داشت (χ^2/df=۱/۶۱۹، AGFI=۰/۸۹۱، CFI=۰/۹۶۹، GFI=۰/۹۲۳، RMSEA=۰/۰۵۶).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، تحمل پریشانی به‌واسطهٔ بهزیستی روان‌شناختی به‌طور غیرمستقیم بر سطح کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد. به‌عبارت‌دیگر، تحمل پریشانی با بهبود سطح بهزیستی روان‌شناختی متعاقباً باعث ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تحمل پریشانی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سالمندان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

پیشرفت چشمگیر علم پزشکی، بالارفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ‌ومیر و افزایش تولد، میانگین عمر بشر را در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از نود سال رسانده است (۱). سالمندی[1] فرایندی طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است که روان‌شناسان تحولی محدودهٔ ۶۰تا۶۵سالگی را آغازی برای این دوره دانستند (۲). این گروه بزرگترین گروه اجتماعی دنیا را تشکیل می‌دهد (۳)؛ به‌طوری‌که هرم جمعیت بیشتر کشورهای جهان که در اوایل قرن بیستم به‌صورت مثلثی بود، امروزه استوانه‌ای‌شکل شده است (۴). براساس سرشماری سال ۱۳۹۰، جمعیت سالمندان ایران به ۸/۲درصد جمعیت افزایش یافت (۵). مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز تعداد سالمندان جهان تا سال ۲۰۵۰ به ۲میلیارد نفر (از هر پنج نفر، یک نفر سالمند) خواهد رسید (۶).

مشکلات دورهٔ سالمندی از مشکلات اساسی‌تر ایران و جهان است؛ مشکلاتی چون کم‌حوصلگی، نگرانی، احساس تنهایی، کاهش توانایی‌های عملکردی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، کاهش درآمد (۷). این مشکلات باعث تغییرات جسمانی و شناختی و اجتماعی می‌شود (۸). سالمندان از نظر نیازهای روانی و اجتماعی به میان‌سالان شباهت دارند؛ حتی برخی بر آن هستند که فعالیت‌های گذشتهٔ خود را ادامه دهند. توجه به این مسئله موجب می‌شود تا سالمندان دورهٔ سالمندی مطلوب‌تری را تجربه کنند؛ البته برخی سالمندان نیز درقبال این دوره احساس رنج و خشم دارند که می‌تواند فرسودگی تدریجی روانی را به‌دنبال داشته باشد (۹)؛ چون سبب کاهش شادابی و احساس مفیدبودن و تعلق می‌شود (۱۰).

افزایش تعداد سالمندان نیازمند توجه به مسائل اجتماعی، توان‌بخشی، بهداشتی و درمانی است (۱۱). افزایش سن به‌دلیل ایجاد اختلالاتی در سیستم‌های مختلف بدن، وابستگی فرد به دیگران را در انجام کارهای روزمره افزایش می‌دهد. این عامل بر کیفیت زندگی[2] سالمندان تأثیر می‌گذارد؛ کیفیتی که سلامت جسمی و روحی و روانی در آن نقش مهمی دارد (۱۲). کیفیت زندگی مطلوب موجب رشد قابلیت و ظرفیت، برآوردن نیازها و خودتحقق‌بخشی فرد می‌شود که برای سالمندان دارای اهمیت بسزایی است (۱۳). هستهٔ اصلی کیفیت زندگی سالمندان تحت‌تأثیر سازگاری[3] آن‌ها با شرایط موجود قرار دارد (۳). سازگاری با فقدان‌های جسمی، روانی‌اجتماعی، دستیابی به آرامش و رضایت از زندگی[4] نیازمند مهارت انعطاف‌پذیری و استقلال است (۱۴).

سطح رضایت فرد از کیفیت زندگی خود در بهزیستی ذهنی نهفته است (۱۵). واحدی کوجنق و همکاران بیان کردند که بهزیستی روان‌شناختی[5] و کیفیت زندگی در وضعیت سلامت سالمندان نقش دارد (۱۶). ازسویی اورنگ و همکاران دریافتند، بهزیستی روانی با مؤلفه‌هایش مشخصهٔ فرد سالم است که امکان درک چالش‌های وجودی زندگی را برایش فراهم می‌کند (۱۷). بهزیستی روان‌شناختی دربردارندهٔ دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی میان هدف‌های معین و طراحی‌شده با پیامدهای عملکردی است که در مسیر ارزیابی‌های مستمر کسب می‌شود و رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی را در پی دارد (۱۸). چنین افرادی دارای تجربهٔ خوشایند از زندگی بدون رنج هستند (۱۹). براین‌اساس، بهزیستی می‌تواند عاملی محافظتی دربرابر افسردگی باشد (۲۰). در دورهٔ سالمندی بهزیستی روانی سازوکاری کنترل‌کننده در مقابله با مشکلات جسمانی و شناختی است که باعث می‌شود فرد هنگام مواجهه با مشکلات با چاره‌اندیشی راه‌حل‌های مناسب اتخاذ کند (۲۱). بدین‌ترتیب بهزیستی باعث دستیابی به موفقیت‌های شخصی کارآمد می‌شود (۲۲).

بهزیستی، دو بُعد شناختی و عاطفی دارد. ارزیابی شناختی افراد از لحاظ رضایت از زندگی در بُعد شناختی و بیشینهٔ عاطفهٔ مثبت و کمینهٔ عاطفهٔ منفی در بُعد عاطفی بررسی می‌شود (۲۳). در این راستا مظاهری و بهرامیان نشان دادند، بین عاطفهٔ مثبت و بهزیستی روانی رابطهٔ مثبت و بین عاطفهٔ منفی و بهزیستی روانی رابطهٔ منفی وجود دارد (۲۴). هینتزلمن و داینر عنوان کردند، افزایش سطح بهزیستی فرد را به‌سمت سلامت جسمی و روانی هدایت می‌کند (۲۵). صف‌آرا و سلم‌آبادی نشان دادند، سطح پایین بهزیستی منجربه ارزیابی نامطلوب فرد از رویدادهای زندگی خود می‌شود (۲۶). علی‌محمدی و همکاران دریافتند، افرادی با سطح بهزیستی پایین هیجان را تحمل‌ناپذیر می‌دانند و وجودش را نمی‌پذیرند؛ ازاین‌رو، به‌شدت در پی جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری آن هستند (۲۷). نظام‌دوست سدهی و همکاران بهزیستی روان‌شناختی سالمندان را موجب ارتقای سطح تحمل پریشانی آن‌ها دانستند (۲۸). تحمل پریشانی[6] از مؤلفه‌هایی است که بر ارزیابی پیامدهای ناشی‌از تجربهٔ هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که افراد دارای تحمل پریشانیِ کمتر واکنش شدیدتری به استرس دارند (۲۹).

سالمندان در زندگی روزمره استرس‌ها[7] و پریشانی‌های مختلفی را تجربه می‌کنند (۷). حال چنانچه سطح استرس از حد مجاز فراتر رود، شرایط را بحرانی کرده و فرد را دچار پریشانی و مستعد بیماری می‌کند (۳۰). طبق پژوهش محمدزاده ابراهیمی و همکاران، درک پریشانی و تحمل تأثیر بسزایی بر سلامت روان سالمندان دارد (۳۱)؛ اما شواهد نشان می‌دهد، چون مرور جامعی از ادبیات تجربی روی این سازه صورت نگرفته است، تحمل پریشانی و علم مربوط به آن از نظر تجربی و نظری یکپارچه نیست (۳۲)؛ بنابراین، به‌منظور دستیابی به تأثیرات این رویکرد بر متغیرهای حوزهٔ روان‌شناسی سلامت می‌توان با انجام پژوهش‌هایی زمینهٔ پیشگیری از آسیب‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی و یافتن درمان مؤثرتر را فراهم کرد تا زمینه برای کاهش مشکلات، کنارآمدن و پذیرش شرایط حالا و اکنون ایجاد شود؛ بنابراین، توجه به عوامل مؤثر بر سلامت سالمندان در حیطه‌های مختلف حائز اهمیت است؛ بااین‌حال در کمتر پژوهشی به نقش متغیرهای دربرگیرندهٔ سلامت به‌عنوان متغیرهای واسطه‌ای در مسیر تأثیر مؤلفه‌های روان‌شناختی بر دستیابی سالمندان به سطح مطلوبی از کیفیت زندگی پرداخته شده است؛ دراین‌راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ

---

1. Elderly
2. Quality of life
3. Compatibility
4. Life satisfaction
5. Psychological well-being
6. Distress tolerance
7. Stresses

تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهر تهران بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نظر روش تحقیق، مقطعی (تحلیلی) از نوع همبستگی در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری را تمامی سالمندان (بیشتر از شصت سال) تهران تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌کار رفت. به این ترتیب که ابتدا فهرستی از پارک‌ها و فرهنگ‌سراهای تهران تهیه شد و تهران به چهار ناحیهٔ جغرافیای تقسیم گردید. از هر ناحیه، به‌شیوهٔ تصادفی چهار مکان از فهرست انتخاب شد. به مناطق تعیین‌شده مراجعه صورت گرفت و باتوجه به معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن، آزمودنی‌ها از بین سالمندان به‌شیوهٔ تصادفی انتخاب شدند. ملاک ورود سالمندان به پژوهش، ردهٔ سنی بیشتر از شصت سال و ملاک خروج آن‌ها پاسخ‌گونبودن به تمام سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود. براساس الگوی کلاین، حجم نمونه برای معادله‌های ساختاری با الگوهای کمی پیچیده بین ۱۰۰تا۲۰۰ نفر در نظر گرفته می‌شود (۳۳)؛ ازاین‌رو در این پژوهش، تعداد نمونه دویست نفر برآورد شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به همهٔ افراد اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش داده شد تا در صورت تمایل در آن مشارکت کنند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. برای رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[1] (ریف و کیز، ۱۹۹۵): ابزاری هیجده‌ماده‌ای با طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ است. این مقیاس دارای شش مؤلفهٔ خودمختاری (۹، ۱۲، ۱۸)، تسلط بر محیط (۱، ۴، ۶)، ارتباط مثبت با دیگران (۳، ۱۱، ۱۳)، پذیرش خود (۲، ۸، ۱۰)، هدفمندی در زندگی (۵، ۱۴، ۱۶) و رشد شخصی (۷، ۱۵، ۱۷) است. در این مقیاس نمرهٔ بیشتر، بهزیستی روان‌شناختی بهتر را نشان می‌دهد (۳۴). در پژوهش ریف و کیز، همبستگی‌های خرده‌مقیاس‌ها متوسط بود که از ۰/۱۳ (هدفمندی در زندگی) تا ۰/۴۶ (پذیرش خود) را در برگرفت؛ همچنین ضرایب (آلفای) سازگاری درونی مقیاس، کم تا متوسط از ۰/۳۳ (هدفمندی در زندگی) تا ۰/۵۶ (ارتباط مثبت با دیگران) بود (۳۴). در پژوهش خانجانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۱تا۰/۷۶ و برای نمرهٔ کل ۰/۷۱ بود. همچنین نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، الگوی شش‌عاملی با نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی برابر با ۱/۶۱ بود و مقادیر AGFI[2]، CFI[3]، GFI[4] بیشتر از ۰/۹ برازش مطلوب را مشخص کرد (۳۵).

ـ پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[5] (۱۹۹۸): این ابزار دارای ۲۶ ماده با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از اصلاً=۱ تا به‌طور کامل=۵ است که چهار حیطهٔ سلامت جسمانی (۳، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، سلامت روانی (۵، ۶، ۷، ۸، ۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱، ۲۲) و سلامت محیط (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵) را بررسی می‌کند. دو سؤال اول به هیچ حیطه‌ای تعلق ندارد. ده سؤال به‌طور مستقیم و هشت سؤال به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامه بیانگر کیفیت زندگی مطلوب‌تر است (به‌نقل از ۳۶). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد، پایایی ابزار در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷۰ بوده است. روایی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی[6] ۰/۸۸ ـ برآورد شد (۳۶). در پژوهش نجات و همکاران نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط بیشتر از ۰/۷ و در حیطهٔ روابط اجتماعی ۰/۵۵ به‌دست آمد. روایی پرسش‌نامه با قابلیت تمایز گروه سالم از بیمار با استفاده از رگرسیون خطی ارزیابی شد و برای سنجش عوامل ساختاری پرسش‌نامه، ماتریس همبستگس سؤالات به‌کار رفت که نتایج همبستگی درون‌خوشه‌ای را در تمام حیطه‌ها بیشتر از ۰/۷ نشان داد (۳۷).

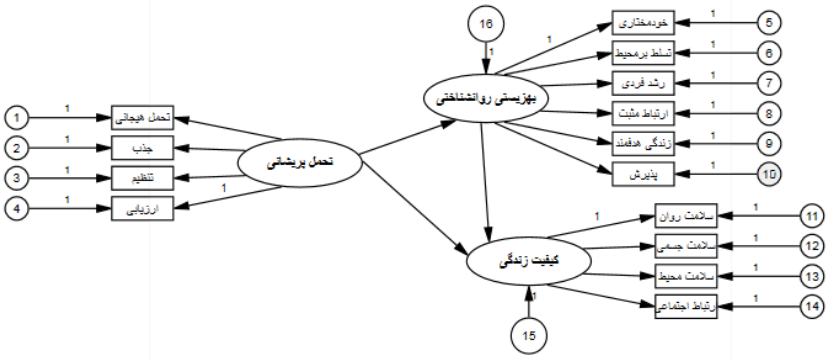
ـ مقیاس تحمل پریشانی[7] (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵): این مقیاس پانزده‌ماده‌ای با طیف لیکرت پنج‌تایی از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ است که چهار خرده‌مقیاس تحمل (۱، ۲، ۵)، جذب (۳، ۴، ۶)، تنظیم (۸، ۱۳، ۱۴) و ارزیابی (۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) را بررسی می‌کند. نمرات بیشتر بیانگر تحمل پریشانی زیادتر است (۳۸). سیمونز و گاهر در بررسی روایی سازه به‌روش تحلیل عاملی، چهار خرده‌مقیاس برای این مقیاس برآورد کردند. ضریب آلفای کرونباخ را نیز برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷تا۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آوردند (۳۸). علوی و همکاران که برای اولین‌بار از این مقیاس در ایران استفاده کردند، پس از تأیید روایی محتوایی آن توسط چند متخصص حیطهٔ روان‌شناسی، مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۴۲تا۰/۵۸ و برای نمرهٔ کل ۰/۷۱ به‌دست آوردند (۳۹).

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ مشاهده می‌شود. در این مدل اثر متغیر تحمل پریشانی (متغیر پیش‌بین) بر بهزیستی روان‌شناختی (متغیر میانجی) و کیفیت زندگی (متغیر ملاک) در نظر گرفته شده است. در این پژوهش آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کار رفت. نکویی برازش مدل پیشنهادی براساس شاخص نسبت مجذورخی به درجهٔ آزادی (χ^2/df)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[8] (RMSEA) بررسی شد. برای ارزیابی رابطهٔ میانجی روش بوت‌استرپ به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای

---

[1]. Psychological Well-Being Scale
[2]. Adjusted goodness of fit index
[3]. Comparative fit index
[4]. Goodness of fit index
[5]. World Health Organization Quality of Life Questionnaire
[6]. General Health Questionnaire
[7]. Distress Tolerance Scale
[8]. Root mean square error of approximation

SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.



شکل ۱. مدل مفهومی برای بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی

۳ یافته‌ها

براساس آمار توصیفی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه، از بین دویست آزمودنی، ۱۳۱ نفر (۶۵/۵درصد) مرد و بقیه معادل ۶۹ نفر (۳۴/۵درصد) زن بودند. همین‌طور از نظر دامنهٔ سنی ۸۱ نفر (۴۰/۵درصد) بین۶۶تا۷۰ سال، ۵۳ نفر (۲۶/۵درصد) بین ۷۱تا۷۵ سال، ۴۱ نفر (۲۰/۵درصد) بیش از ۷۵ سال و فقط ۲۵ نفر (۱۲/۵درصد) بین ۶۰تا۶۵ سال سن داشتند.

جدول ۱. مقادیر میانگین و انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
بهزیستی روان‌شناختی_خودمختاری	۷/۴۳	۱/۸۲	-۰/۲۲۳	-۰/۴۶۱
بهزیستی روان‌شناختی_تسلط بر محیط	۶/۹۷	۱/۹۴	۰/۱۶۶	-۰/۳۵۹
بهزیستی روان‌شناختی_رشد فردی	۷/۶	۱/۸۴	۰/۰۳۸	-۰/۶۴۹
بهزیستی روان‌شناختی_ارتباط مثبت	۷/۰۹	۲/۲۳	۰/۱۲۸	-۰/۷۱۸
بهزیستی روان‌شناختی_زندگی هدفمند	۷/۸۵	۱/۸۱	-۰/۲۱۶	-۰/۳۷۲
بهزیستی روان‌شناختی_پذیرش	۷/۴۲	۱/۷	-۰/۰۴۱	-۰/۵۱۷
تحمل پریشانی_تحمل	۸/۰۶	۱/۷۷	۰/۴۰۶	-۰/۲۷۹
تحمل پریشانی_جذب	۸/۱۴	۱/۹۷	۰/۱۸۲	-۰/۸۱۵
تحمل پریشانی_تنظیم	۸/۵۶	۲/۰۴	-۰/۰۶۵	-۰/۳۳۸
تحمل پریشانی_ارزیابی	۱۶/۲	۳/۴	-۰/۴	-۰/۱۰۶
کیفیت زندگی_محیط زندگی	۳۳/۱	۴/۹	-۰/۳۹۶	-۰/۷۷۳
کیفیت زندگی_سلامت روان‌شناختی	۲۶	۳/۲۸	-۰/۵۳۱	-۰/۶۴۹
کیفیت زندگی_سلامت جسمی	۳۰/۴۴	۳/۵۹	-۰/۵۳۹	-۰/۷۷۳
کیفیت زندگی_ارتباط	۱۱/۹۵	۲/۵۰۶	-۰/۶۵۶	-۰/۱۷۸

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱. بهزیستی روان‌شناختی_خودمختاری	۱													
۲. بهزیستی روان‌شناختی_تسلط بر محیط	۰/۴۹*	۱												
۳. بهزیستی روان‌شناختی_رشد فردی	۰/۴۵*	۰/۵۱*	۱											
۴. بهزیستی روان‌شناختی_ارتباط مثبت	۰/۴*	۰/۵*	۰/۳۶*	۱										
۵. بهزیستی روان‌شناختی_زندگی هدفمند	۰/۵*	۰/۵*	۰/۴۸*	۰/۵۴*	۱									
۶. بهزیستی روان‌شناختی_پذیرش	۰/۳۱*	۰/۲۸*	۰/۳۳*	۰/۳۸*	۰/۵۳*	۱								
۷. کیفیت زندگی_سلامت روان‌شناختی	۰/۴۲*	۰/۴۷*	۰/۴*	۰/۴۵*	۰/۵۳*	۰/۴۳*	۱							
۸. کیفیت زندگی_سلامت جسمی	۰/۴۳*	۰/۴۷*	۰/۴۱*	۰/۴۲*	۰/۴۵*	۰/۴۱*	۰/۶۶*	۱						
۹. کیفیت زندگی_محیط زندگی	۰/۵۲*	۰/۵۲*	۰/۵*	۰/۴۷*	۰/۶۱*	۰/۴۷*	۰/۷۶*	۰/۸۲*	۱					
۱۰. کیفیت زندگی_ارتباط	۰/۴*	۰/۴۳*	۰/۳۴*	۰/۳۸*	۰/۴۷*	۰/۴۱*	۰/۶۸*	۰/۶۲*	۰/۷۶*	۱				
۱۱. تحمل پریشانی_تحمل	۰/۳۶*	۰/۵۱*	۰/۳۶*	۰/۴۷*	۰/۴۴*	۰/۴۲*	۰/۴۹*	۰/۴۲*	۰/۵*	۰/۳۷*	۱			
۱۲. تحمل پریشانی_جذب	۰/۲۵*	۰/۳۶*	۰/۳۴*	۰/۳۵*	۰/۴۴*	۰/۴*	۰/۴۳*	۰/۴۴*	۰/۴۸*	۰/۳۴*	۰/۴۵*	۱		
۱۳. تحمل پریشانی_تنظیم	۰/۳۵*	۰/۳۷*	۰/۳۴*	۰/۴*	۰/۴۵*	۰/۴۵*	۰/۴۷*	۰/۴۸*	۰/۵۸*	۰/۳۹*	۰/۶۲*	۰/۵۷*	۱	
۱۴. تحمل پریشانی_ارزیابی	۰/۳۴*	۰/۳۸*	۰/۳۶*	۰/۴۲*	۰/۴۴*	۰/۴۱*	۰/۴۳*	۰/۴۹*	۰/۵۷*	۰/۴۵*	۰/۵۴*	۰/۳۴*	۰/۵۴*	۱

$p<۰/۰۵$*

در جدول ۱ مقادیر میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش آورده شده است. قبل از تحلیل داده‌ها، بررسی پیش‌فرض

نرمال‌بودن براساس آزمون کولموگروف‌اسمیرنف صورت گرفت و فرض نرمال‌بودن داده‌ها رد نشد (p>۰/۰۵)؛ ازاین‌رو روش‌های آمار استنباطی از نوع ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری به‌کار رفت.

باتوجه به نتایج جدول ۲، همبستگی مثبت و معناداری بین تمام خرده‌مقیاس‌های متغیرهای تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی وجود داشت (p<۰/۰۵).

جدول ۳. اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش

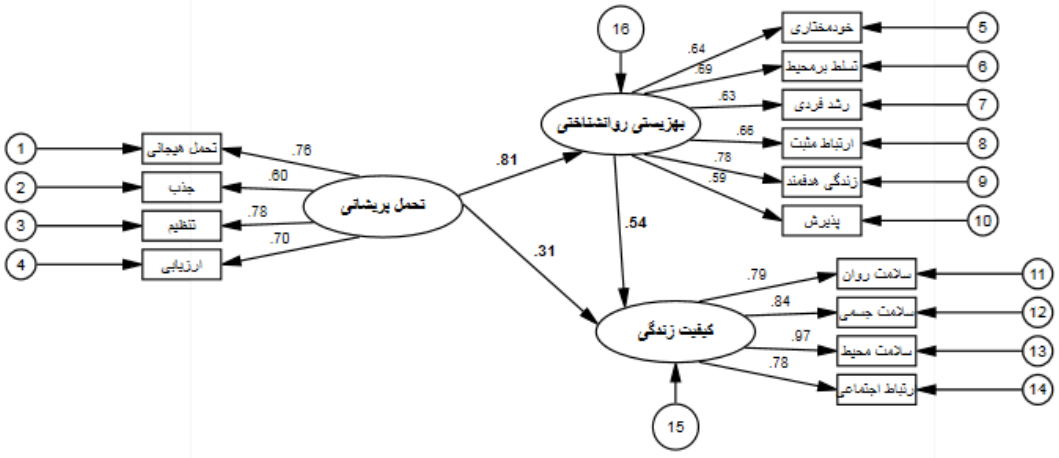
مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	خطای معیاربرآورد (اثر مستقیم)	مقدار احتمال (اثر مستقیم)	مقدار احتمال (اثر غیرمستقیم)	مقدار احتمال (اثر کل)
تحمل پریشانی به بهزیستی روان‌شناختی	۰/۸۱۴	–	۰/۸۱۴	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	–	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی به کیفیت زندگی	۰/۳۱۲	–	۰/۷۵۵	۰/۱۳۳	۰/۰۲۸	–	۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت زندگی	۰/۵۴۴	–	۰/۵۴۴	۰/۱۲۹	۰/۰۰۱	–	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی به کیفیت زندگی با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۱۲	۰/۴۴۳	۰/۷۵۵	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

براساس نتایج جدول ۳، اثر مستقیم تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۸۱۴)، اثر مستقیم تحمل پریشانی بر کیفیت زندگی (p=۰/۰۲۸، β=۰/۳۱۲) و اثر مستقیم بهزیستی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی (p=۰/۰۰۱، β=۰/۵۴۴) مثبت و معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم تحمل پریشانی بر کیفیت زندگی با میانجیگری بهزیستی روان‌شناختی مثبت و معنادار به‌دست آمد (p=۰/۰۰۱، β=۰/۴۴۳).

جدول ۴. شاخص‌های نکویی برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازش	χ^2	χ^2/df	RMSEA	df	CFI	AGFI	GFI
مدل پیشنهادی	۱۱۹/۷۸۹	۱/۶۱۹	۰/۰۵۶	۷۴	۰/۹۶۹	۰/۸۹۱	۰/۹۲۳

براساس نتایج جدول ۴، نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۲/۵ و مقادیر CFI و GFI بیشتر از ۰/۹ و AGFI بیشتر از ۰/۸۵ به‌دست آمد؛ درنتیجه مدل ارائه‌شده برازش نسبتاً خوبی داشت. در شکل ۲، مدل پژوهش در تبیین روابط بین تحمل پریشانی و کیفیت زندگی براساس بهزیستی روان‌شناختی ارائه شده است.



شکل ۲. مدل برازش‌شده برای بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی با ضرایب استاندارد

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهر تهران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، اثر تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی مستقیم و معنادار بود. همسو با این یافته، علی‌محمدی و همکاران دریافتند، افرادی که سطح تحمل پریشانی پایین‌تری دارند، بهزیستی روانی کمتری را تجربه می‌کنند؛ چون قادر به پذیرش و تحمل هیجان منفی نیستند؛ ازاین‌رو، با دست‌کم‌گرفتن توانایی‌های خود در تلاش برای تسکین فوری شرایط به‌وجودآمده هستند (۲۷). در پژوهش مظاهری و بهرامیان مشخص شد، بین عاطفهٔ مثبت و بهزیستی روانی رابطهٔ مثبت معنادار و بین عاطفهٔ منفی و بهزیستی روانی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد (۲۴).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، بهزیستی روان‌شناختی از فقدان عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی حاصل می‌شود؛ درواقع، توانایی تحمل و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی منفی در فرد در میزان احساس خوب‌بودن مؤثر است؛ به‌طوری‌که تحمل‌نکردن احساس ناراحتی (دیگران شرایط بهتری برای مقابله با هیجان‌های منفی دارند) موجب سرخوردگی و ضعف خواهد شد و باعث می‌شود فرد در زمان مواجهه با استرس واکنش شدیدتری از خود نشان دهد؛ درحالی‌که، افراد به‌واسطهٔ توان تحمل زیاد دربرابر اتفاقات و حوادث منجربه آشفتگی‌شان، برداشتی مثبت دارند، آن را خوشایند می‌پندارند، دارای احساس مهار و کنترل بیشتری هستند و میزان رضایتمندی و موفقیت بیشتری را تجربه می‌کنند؛ درنتیجه، بهتر می‌توانند دربرابر هیجانات منفی یا دیگر حالت‌های روان‌شناختی و جسمانی آزارنده مقاومت داشته باشند؛ چراکه آن‌ها در ارتباط با توانایی‌های خود واقع‌بین هستند؛ پس بهتر با استرس‌های طبیعی زندگی مقابله می‌کنند (۳۱)؛ ازاین‌رو، این افراد با برخورداری از توانایی مهاری زیاد (توان تحمل آشفتگی) باور دارند که می‌توانند بر رویدادها تسلط یابند و آن‌ها را مهار کنند؛ بنابراین، احساس رضایت از زندگی و برقراری روابط مثبت با دیگران افزایش می‌یابد و به‌طورکلی احساس بهزیستی فرد تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که افراد با توان تحمل آشفتگی (مهار) بیشتر، از احساس بهزیستی بیشتری برخوردار خواهند شد؛ به‌واقع، این افراد به رشد شخصی (احساس رشد مستمر) که مستلزم روبه‌روشدن با شرایط سخت و مشکل و شامل پرورش و به‌دست‌آوردن توانایی‌های جدید است، دست می‌یابند (۲۸).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد، تحمل پریشانی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معنادار داشت. این یافته همسو با نتایج محمدزاده ابراهیمی و همکاران است که در آن اشاره شد، پریشانی و تحمل آن در دوران کهولت می‌تواند تأثیر بسزایی بر مؤلفه‌های سلامت و توانمندسازی سالمندان داشته باشد؛ چون تحمل پریشانی، به افراد در مقابله و کنارآمدن با تجربه‌های ناخوشایند زندگی کمک می‌کند (۳۱). درواقع، تحمل پریشانی با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و درنتیجه رضایت از زندگی برای شخص می‌شود که بهبود کیفیت زندگی را به‌همراه خواهد داشت.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، توانایی تحمل پریشانی بر ارزیابی و عواقب ناشی‌از تجربهٔ هیجان‌های منفی و دیگر حالت‌های روان‌شناختی اثر می‌گذارد؛ درواقع فرد با آگاهی هوشیار از حالت‌های درونی مثل احساسات، هیجان و انگیزش فعال و توانایی پاسخ‌ندادن و بدون آگاهی به تنش آزاردهنده، با راهبرد اجتنابی یا به‌صورت عادی از علائم هشداردهندهٔ پریشانی چشم‌پوشی می‌کند؛ به این ترتیب فرد نگرش مثبتی به زندگی پیدا خواهد کرد؛ چون نگرشی واقع‌بینانه به توانایی‌های خود دارد؛ پس، بهتر می‌تواند با استرس‌های طبیعی زندگی مقابله کند. این افراد توانایی مداومت بر رفتار معطوف به هدف را در زمان تجربهٔ پریشانی‌عاطفی دارند و می‌توانند با مدیریت و تنظیم هیجان‌های خود بهتر تصمیم بگیرند و دربرابر پریشانی توانایی مقابله‌ای کمتری از خود بروز دهند (۲۹).

یافته‌های دیگر پژوهش مشخص کرد، بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معنادار داشت. این یافته تاحدودی همسو با نتایج راندون گارسیا و رامیرز ناوارو است که نشان دادند متغیرهای دربرگیرندهٔ سلامت بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد (۱۵).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، کیفیت و رضایت از زندگی از مصادیق بارز بُعد شناختی بهزیستی روان‌شناختی به‌شمار می‌رود؛ چون بهزیستی روان‌شناختی شامل دریافت فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر کسب می‌شود و رضایت درونی و نسبتاً پایدار در طول زندگی را در پی دارد (۱۷)؛ درواقع با تجهیز فرد به قابلیت‌های روانی کامل زمینهٔ ایجاد محیط سالم برای داشتن زندگی با کیفیت مطلوب و روابط مؤثر فراهم می‌شود (۱۶). احساس بهزیستی با خوش‌بینی و امید همراه است؛ بنابراین، می‌تواند به‌عنوان کاتالیزوری، نقش بهبوددهنده در ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد داشته باشد؛ زیرا هدفش همگام با سلامت روانی، دستیابی افراد به زندگی کامل‌تر، هماهنگ‌تر، شادتر همراه با شناخت بهتر است که در کنار مؤلفه‌های منبعث از بهزیستی (رشد شخصی، احساس مثبت و...) مشخصهٔ فردی سالم به‌شمار می‌رود (۱۷)؛ چون امکان درک چالش‌های زندگی و حرکت به‌سوی رشد و تعالی برای شخص ممکن می‌شود؛ درواقع، چنین شخصی در خوشبختی قرار دارد؛ زیرا توان رویارویی با مشکلات، نیازها و مصائب را در خود می‌بیند. باتوجه به آنچه بیان شد، به‌موجب این خصلت سالمندان عقاید مثبتی دربارهٔ این دورهٔ زندگی‌شان دارند و تجارب خوبی را همراه با احساس رضایتمندی و سلامت بیشتر کسب خواهند کرد؛ این درحالی است که عقاید و نگرش منفی دربارهٔ این دوره از زندگی پیامدی جز افسردگی، احساسات منفی و احساس محرومیت ندارد و منجربه ایجاد فضای سرد و بسته‌ای می‌شود که قادر به تأمین حداقل انرژی عاطفی لازم رشد و پیشرفت نخواهد بود؛ در این صورت کیفیت زندگی به‌شدت کاهش پیدا می‌کند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد، بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ غیرمستقیم بین تحمل پریشانی و کیفیت زندگی را میانجیگری می‌کند. در این زمینه پژوهش کاملاً همسو با این نتیجه یافت نشد؛ اما تاحدودی همسو با پژوهش‌های پایلر و تسانوا (۲۳) و نظام‌دوست سدهی و همکاران (۲۸) است؛ زیرا تعادل بین عواطف مثبت و منفی که مصداق بارز بهزیستی عاطفی است، می‌تواند به ادراک ویژگی‌ها و موفقیت‌های شخصی کارآمد، تعامل مناسب با دنیا، انسجام اجتماعی و پیشرفت مثبت در طی زمان منجر شود (بهزیستی روان‌شناختی مثبت) و رضایت از زندگی، انرژی و خُلق مثبت را به‌دنبال داشته باشد (۲۳)؛ درحالی‌که بهزیستی منفی که دربردارندهٔ پاسخ‌های عاطفی و شناختی منفی به نقایص ادراک‌شده در حوزه‌های گوناگون است، عناصری چون پریشانی، خُلق منفی و نشانگان برانگیختگی افراطی را در پی خواهد داشت. این در حالی است که افراد با برخورداری از توان مهاری زیاد (توان تحمل آشفتگی) می‌توانند با تسلط بر رویدادها آن‌ها را مهار کنند (۲۶)؛ بنابراین، احساس رضایت از زندگی و برقراری روابط مثبت با دیگران افزایش می‌یابد و به‌طورکلی احساس بهزیستی فرد تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد؛ به‌طوری‌که افراد با تحمل آشفتگی (مهار) بیشتر، از احساس بهزیستی بیشتری برخوردار خواهند شد (۲۸)؛ به‌واقع، این

افراد به رشد شخصی (احساس رشد مستمر) دست می‌یابند که مستلزم روبه‌روشدن با شرایط سخت و شامل پرورش و به‌دست‌آوردن توانایی‌های جدید است، که با سطح کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد؛ زیرا، این توانایی بر ارزیابی و عواقب ناشی‌از تجربهٔ هیجان‌های منفی یا دیگر حالت‌های روان‌شناختی اثر می‌گذارد؛ ازاین‌رو، با به‌کارگیری راهبردهایی که هدف آن‌ها کاهش حالات هیجانی منفی است، از آن‌ها اجتناب می‌ورزد؛ به‌عبارت‌دیگر، تحمل پریشانی به‌شیوهٔ سالم می‌تواند بیانگر آگاهی هوشیار از حالت‌های درونی مثل احساسات، هیجان و انگیزش فعال و توانایی پاسخ‌ندادن و بدون آگاهی به تنش آزاردهنده با راهبرد اجتنابی یا به‌صورت عادی چشم‌پوشی از علائم هشداردهندهٔ پریشانی باشد؛ به این ترتیب است که فرد نگرش مثبتی به زندگی پیدا می‌کند؛ چون به توانایی‌هایش واقع‌بینانه می‌نگرد؛ پس، بهتر قادر است با استرس‌های طبیعی زندگی مقابله کند (۲۹). چنین افرادی توانایی مداومت بر رفتار معطوف به هدف را در زمان تجربهٔ پریشانی عاطفی دارند و با مدیریت و تنظیم هیجان‌های خود بهتر تصمیم می‌گیرند و دربرابر پریشانی توانایی مقابله‌ای کمتری از خود بروز می‌دهند.

موفقیت سالمندی در مفاهیمی چون سلامت روانی مثبت، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت ذهنی و حوزه‌های خاص عملکردی ظهور پیدا می‌کند. ازسویی کیفیت زندگی بر پنج بخش متمرکز است: ۱. داشتن زندگی طبیعی (زندگی بدون بیماری و سازگاری با موقعیت جدید و تجارب تازه در زندگی باوجود بیماری مزمن)؛ ۲. خوشحالی (احساسی با مدت‌زمان کوتاه) یا رضایت (تجربهٔ مثبت با مدت‌زمان طولانی)؛ ۳. موفقیت در دستیابی به اهداف شخصی (اختلاف بین اهداف واقعی و اهداف ایده‌ال) بیانگر میزان مطلوبیت کیفیت زندگی؛ ۴. سودمندبودن برای جامعه (توانایی زندگی‌کردن در جامعه و خشنودبودن)؛ ۵. ظرفیت طبیعی (صلاحیت فیزیکی و روانی). کیفیت زندگی می‌تواند در دورهٔ سالمندی به‌صورت ارتقایافته در ابعاد متعددی نظیر بهداشت روانی و جسمانی، ایجاد عواطف و هیجانات مثبت و خوشایند، ایجاد فرصت برای پیشرفت و روابط منسجم و کارآمد با دیگران ظهور پیدا کند؛ پس، دور از ذهن نیست که بهزیستی روان‌شناختی موجبات بهبود سطح کیفیت زندگی سالمندان را فراهم آورد. ازسویی در پژوهش مظاهری و بهرامیان مشخص شد، تسکین تنش‌های روانی در سالمندان باعث می‌شود آن‌ها از رویدادهای زندگی خودارزیابی بهتری داشته باشند (۲۴). همچنین این افراد در زمان تجربه و احساس عواطف گوناگون قادر به شناخت و بروز آن هستند؛ چون تفسیر درستی از نشانه‌های بدنی خود دارند و تجربه‌های مرتبط با برانگیختگی هیجانی را به‌شیوهٔ مطلوب تعبیر می‌کنند (۲۵). در این افراد که پاسخ سازگارانه به موقعیت‌های هیجانی می‌دهند، این چرخه می‌تواند به کاهش مشکلات فیزیکی و روانی و درنتیجه افزایش بهزیستی روان‌شناختی و به‌فراخور آن کیفیت زندگی منجر شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، ازآنجاکه پژوهش در فضای باز اجرا شد، امکان کنترل متغیرهای مزاحم نبود. باتوجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، مطالب مربوط به تحمل پریشانی که نقش بسزایی در ارتقای بهزیستی و کیفیت زندگی دارد، به‌شیوه‌های مختلف (پخش تیزرهای آموزشی، بروشورها، کتابچه‌ها) به سالمندان معرفی شود و زمینه‌های رشد و توسعهٔ آن‌ها مهیا گردد.

۵ نتیجه‌گیری

نتیجهٔ پژوهش حاضر حاکی‌از آن بود که تحمل پریشانی (نحوهٔ پاسخ‌دهی افراد به عاطفهٔ منفی) به‌واسطهٔ بهزیستی روان‌شناختی (خوش‌بینی به توانمندی‌های روانی انسان)، به‌طور غیرمستقیم بر سطح کیفیت زندگی (پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود) سالمندان (مجموعه‌ای از تغییرات نامطلوب ساختاری و عملکردی) تأثیر می‌گذارد. به‌عبارت‌دیگر، تحمل پریشانی با بهبود سطح بهزیستی روان‌شناختی متعاقباً باعث ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌شود. براساس آنچه بیان شد، در سطح عملی یافته‌های پژوهش می‌تواند دیدگاهی امیدبخش دربارهٔ ارتقای سطح کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام مسئولان محترم و سالمندان عزیز که پژوهشگر را درجهت انجام این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

به‌منظور رعایت‌کردن اخلاق پژوهشی، ابتدا هدف از اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان شرح داده شد و بر محرمانه‌بودن اطلاعات و حفظ رازداری تأکید صورت گرفت؛ همچنین به این مطلب اشاره شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و در حین کار حق انصراف از ادامه وجود دارد. از همهٔ شرکت‌کنندگان رضایت‌نامهٔ آگاهانه گرفته شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی بوده که بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحقیق و بررسی توسط همهٔ نویسندگان انجام شد.

References

1. Bolognesi C, Migliore L, Lista F, Caroli S, Patriarca M, De Angelis R, et al. Biological monitoring of Italian soldiers deployed in Iraq. Results of the SIGNUM project. Int J Hyg Environ Health. 2016;219(1):24–32. https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2015.08.001

2. Seyedjavadi M, Pakfar Z. The relationship between active aging and mental health in the elderly patients. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:18. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-1525-en.pdf
3. Sulmasy DP. The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis. Med Health Care Philos. 2013;16(4):937–44. https://doi.org/10.1007/s11019-012-9400-1
4. Zhou W, He G, Gao J, Yuan Q, Feng H, Zhang CK. The effects of group reminiscence therapy on depression, self–esteem, and affect balance of Chinese community–dwelling elderly. Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(3):e440-447. https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.12.003
5. Zahedi H, Rajayan A, Mortezaeean M. The comparison of aerobic power and mental health factors among active, non active and mountaineer older peoples. Journal of Sport Bioscience Researches. 2014;4(13):5–16. [Persian]
6. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2022]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463
7. Marsa R, Bahmani B, Barekati S. Demoralization syndrome in elderly people living in nursing homes, community–dwelling elderly people and those receiving day care services from rehabilitation centers. Iranian Journal of Ageing. 2020;14(4):436–49. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/sija.13.10.490
8. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. J Clin Neurosci. 2018;47:1–5. https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022
9. Stålbrand IS, Svensson T, Elmståhl S, Horstmann V, Hagberg B, Dehlin O, et al. Subjective health and illness, coping and life satisfaction in an 80–year–old Swedish population–implications for mortality. Int J Behav Med. 2007;14(3):173–80. https://doi.org/10.1007/bf03000189
10. Barati M, Fathi Y, Soltanian AR, Moeini B. Mental health condition and health promoting behaviors among elders in Hamadan. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2012;20(3):12–22. [Persian] https://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1118-en.pdf
11. Mohammadinia N, Rezaei MA, Atashzadeh-Shoorideh F. Elderly peoples' experiences of nursing homes in Bam city: a qualitative study. Electron Physician. 2017;9(8):5015–23. https://doi.org/10.19082/5015
12. Shokouhi F, Tavassoli E, Amiripour A, Kaviani F. Quality of life of elderly living in nursing homes in Shahrekord. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020;5(4):84–93. [Persian] http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-297-en.pdf
13. Burke E, McCarron M, Carroll R, McGlinchey E, McCallion P. What it's like to grow older: the aging perceptions of people with an intellectual disability in Ireland. Intellect Dev Disabil. 2014;52(3):205–19. https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.3.205
14. Esmaeili R, Esmaeili M. Quality of life in the elderly: a meta–synthesis. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2018;4(2):105–16.
15. Rondón García LM, Ramírez Navarrro JM. The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. J Aging Res. 2018;2018:4086294. https://doi.org/10.1155/2018/4086294
16. Vahedi Kojnagh H, Afshari A, Rezaei Malajagh R, Eghbali A, Taheri M. the prediction of the elderly's life satisfaction based on health–promoting lifestyle. Aging Psychology. 2020;6(3):297–285. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_1574_7f078b19127ba4180d4817a53d0df658.pdf
17. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well–being of the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(3):326–45. http://dx.doi.org/10.21859/sija.12.3.326
18. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T. The relationship between hopefulness and resiliency with psychological well–being: a study in the university students. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2012;6(22):41–50. [Persian]
19. Dezutter J, Luyckx K, Wachholtz A. Meaning in life in chronic pain patients over time: associations with pain experience and psychological wellbeing. J Behav Med. 2015;38(2):384–96. https://doi.org/10.1007/s10865-014-9614-1
20. Friedman EM, Ruini C, Foy R, Jaros L, Sampson H, Ryff CD. Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological wellbeing in older adults. Aging Ment Health. 2017;21(2):199–205. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093605
21. Ryff CD, Singer B. From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well–being. In: Handbook of positive psychology. New York, NY, US: Oxford University Press; 2002. pp: 541–54.
22. Erkutlu H. Exploring the moderating effect of psychological capital on the relationship between narcissism and psychological well–being. Procedia–Social and Behavioral Sciences. 2014;150:1148–56. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.130
23. Pailler S, Tsaneva M. The effects of climate variability on psychological well–being in India. World Development. 2018;106:15–26. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.002

24. Mazaheri M, Bahramian SH. Prediction of psychological well–being based on the positive and negative affection and coping self–efficacy. Positive Psychology Research. 2016;1(4):1–14. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21047_45be13b36a2b2c8a093b8de04096bc69.pdf
25. Heintzelman SJ, Diener E. Subjective well–being, social interpretation, and relationship thriving. Journal of Research in Personality. 2019;78:93–105. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.11.007
26. Safara M, Salmabadi M. psychological well–being in the elderly: the role of self–compassion and alexithymia. Aging Psychology. 2021;7(1):92–83. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_1734_133e16feeb768147e839d33d4c0d2feb.pdf
27. Alimohammadi F, Setodeh–asl N, Karami A. Designing a model of quality of life in elderly based on perceived stress and tolerance of distress. Journal of Health and Care. 2019;21(1):53–65. [Persian] https://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1001-en.pdf
28. Nezamdoust Sedehi M, Borjali A, Poursharifi H, Kraskian Mujembari A, Seirafi M. The relationship between hope and sense of coherence with psychosocial well–being among older people: mediating role of attitude toward death. Aging Psychology. 2018;4(3):179–95. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/mobile/article_1013_5d203c3470e164eeecd291e8d153389a.pdf?lang=en
29. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: a systematic review and synthesis. Clin Psychol Rev. 2019;71:78–89. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003
30. Diener E, Lucas RE, Scollon CN. Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of wellbeing. Am Psychol. 2006;61(4):305–14. https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.305
31. Mohammadzadeh Ebrahimi A, Rahimi Pordanjani T, Tad H. Structural model of social support and distress tolerance by mental health mediation in elderlies with cardiovascular disease. Health Research Journal. 2019;4:189–96. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/hrjbaq.4.4.189
32. Ghotbinejhad Bahre Asmani U, Ahadi H, Hatami H, Sarami Foroushani G. Comparison of the effectiveness of group positive psychotherapy and group psychodrama on spiritual attitude, distress tolerance, and quality of life in women with chronic pain. Anesthesiology and Pain. 2019;9(4):51–65. [Persian] https://jap.iums.ac.ir/article-1-5396-en.pdf
33. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
34. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological wellbeing revisited. Journal of Personality and Social Psychology. 1995;69(4):719–27. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719
35. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's Scale of Psychological Well–Being, short form (18–item) among male and female students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_67_652c7a0fcd52b8b3f79a9ecdbc18c5d0.pdf
36. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF [Internet]. World Health Organization; 2004 [cited 2022]. Report No.: WHO/HIS/HSI Rev.2012.02. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/77773
37. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.pdf
38. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3
39. Alavi K, Modarres Gharavi MG, Amin Yazdi AS, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011;13(2):124–35. [Persian] https://doi.org/10.22038/jfmh.2011.881