

پیش‌بینی سلامت روان سالمندان بر اساس سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی (مورد مطالعه: سالمندان شهر نیشابور)

سید سعید حسینی^۱، فهیمه دهباشیان^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گناباد، گناباد، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی ارشد روانسنجی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گناباد، گناباد، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۳۳-۱۸

چکیده

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی بوده و از لحاظ روش، توصیفی از نوع همبستگی است که با هدف پیش‌بینی سلامت روان سالمندان بر اساس سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی سالمندان شهر نیشابور انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان شهر نیشابور، در زمستان سال ۱۴۰۲ تشکیل داده است. در پژوهش حاضر برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج در جامعه یادشده، نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در پژوهش شرکت داده شد. پس از مشخص شدن افراد داوطلب و ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه مربوط به پژوهش توزیع گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های سرمایه روان‌شناختی مک‌گی و همکارانش (۲۰۰۸)، حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، سلامت معنوی پالوتیزان و الیسون (۱۹۸۲) و سلامت روان کیز (۲۰۰۲) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و روش‌های آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) با نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد. نتایج نشان داد که سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی در پیش‌بینی سلامت روان سالمندان، نقش دارد.

واژگان کلیدی: سلامت روان سالمندان، سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی.

مقدمه

سالمندی دوره‌ای است که در آن سلامتی و بهزیستی از اهمیت حیاتی و جدی برخوردار است. سالمندان با گذار از جوانی و میان‌سالی زندگی خود، با مسائل و مشکلات گوناگونی در حوزه ارتباطات اجتماعی، سلامتی و بهزیستی روبرو می‌شوند (داوی^۱، ۲۰۲۳). سالمندی آخرین مرحله‌ی زندگی است که فرد در آن به جمع‌بندی گذشته می‌پردازد. فعالیت‌های فرد سالمند انباشته از جبران‌ها و جانشین‌هاست و آموخته‌هایی که آن‌ها در اختیاردارند، بسیاری از صفات و خطوط زندگی‌شان را تبیین می‌کند. مجموعه تغییراتی که با افزایش سن به‌خصوص با نزدیک شدن به دوره سالمندی به وقوع می‌پیوندد از قبیل مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، ضعف توانایی‌های جسمی، و نزدیک شدن به روزهای پایان زندگی، فشارهای خاصی را بر افراد سالمند تحمیل می‌کند و سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مک کالوم^۲، ۲۰۲۳). سالمندی موفق به‌وسیله روو^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، تحت تأثیر سه جنبه نداشتن بیماری، سازگاری با زندگی و داشتن کفایت روحی و روانی توصیف‌شده است. نظر به این‌که سلامت روان به‌عنوان یکی از ارکان سلامتی و لازمه‌ی یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است، ارتقای سلامت روان افراد یک جامعه لازمه‌ی پویایی، بالندگی و اعتلای یک جامعه است (مرادی و همکاران، ۱۴۰۲). سلامت روان دارای سه مؤلفه مهم می‌باشد که شامل بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی است. بهزیستی روان‌شناختی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود (معمدی و همکاران، ۱۳۹۷). مفهوم کلی سلامت روان به معنای برخورداری از ظرفیت‌ها و توانایی‌ها به‌منظور تطابق افراد با تغییرات محیطی و قابلیت مقابله با مشکلات ناشی از این تغییرات می‌باشد. سلامت اجتماعی را به‌عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌شود و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و درواقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌شود (زاهدی اصل و همکاران، ۱۳۹۵).

از جمله عواملی دیگر که با سلامت روان افراد رابطه دارد، سرمایه‌ی روان‌شناختی^۴ می‌باشد. سرمایه‌ی روان‌شناختی رویکردی واقع‌گرا و انعطاف‌پذیر نسبت به زندگی است که دارای چهار مؤلفه با مشخصه‌های زیر است: خودکارآمدی (اعتقاد فرد به توانایی انجام فعالیت برای داشتن عملکردی مطلوب)، خوش‌بینی (نوعی انتظار تعمیم‌یافته از نتایج مثبت که باعث می‌شود فرد مشکلات را یک حالت بیرونی، چالش‌برانگیز و گذرا ببیند)، پروبست^۵ و همکاران، ۲۰۱۷)، امیدواری (حالتی انگیزشی برای ثبات در راه رسیدن به هدف و در صورت لزوم تغییر آن برای دستیابی به هدف)، تاب‌آوری (توانایی پایداری هنگام مواجهه با مشکلات و بحران‌های به وجود آمده در زندگی) (لوتانز^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). افراد امیدوار، خوش‌بین، تاب‌آور و کارآمد توانایی مناسبی برای

¹ Dewi² McCallum³ Rowe et al⁴ psychological capital⁵ Probst⁶ Luthans

مقابله با شرایط استرس‌زا را از خود نشان می‌دهند (پوتس و کسیدی^۱، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش (ظفیر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲) نشان داد که عوامل روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و عوامل اجتماعی (فشار خانواده، مسائل مالی) به طور معناداری باعث کاهش سلامت روانی در سالمندان می‌شود. نتایج پژوهش نبوی (۱۳۹۹)، نشان داد بین خودکارآمدی با اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی رابطه منفی معناداری وجود دارد و همچنین می‌تواند تغییرات افسردگی را به گونه‌ای معنادار تبیین و پیش‌بینی نماید.

مفهوم مرتبط دیگر که به نظر می‌رسد به گونه‌ای می‌تواند سلامت روان سالمندان را افزایش دهد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۳ است. اولین بار «کوب»^۴ حمایت اجتماعی را «آگاهی»^۵ تعریف کرد، که به‌وسیله‌ی آن فرد، خود را باور می‌کند، توسط دیگران دوست داشته می‌شود و با اجتماع ارتباط برقرار می‌کند (هاشمیان‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). فقط روابطی که در دسترس و مناسب برای رفع نیازهای افراد است، حمایت اجتماعی محسوب می‌شوند، نه تمامی روابطی که افراد با اطرافیان خود دارند، بنابراین ادراک فرد از حمایت است که اهمیت دارد. (دوگان^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). حمایت اجتماعی ادراک‌شده رضایتمندی و داشتن حمایت اجتماعی همراه با عواطف مثبت است که دارای سه مؤلفه با مشخصه‌های زیر است: حمایت خانوادگی حمایت دوستان و حمایت اجتماع. خانواده به‌عنوان نخستین نهاد اجتماعی، تأثیر بسزایی در زندگی سالمندان دارد. حضور و حمایت خانواده می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و انزوا، بهبود وضعیت روانی و افزایش اعتمادبه‌نفس سالمندان کمک کند. حفظ ارتباط با دوستان و اجتماع برای سلامت روانی سالمندان ضروری است. این تعامل به کاهش احساس افسردگی و تنهایی کمک می‌کند و درعین حال احساس تعلق را تقویت می‌کند (بهمنی و همکاران، ۱۴۰۰).

افراد دارای حمایت اجتماعی در مقایسه با افرادی که حمایت اجتماعی دریافت نکرده‌اند میزان استرس کمتری را تجربه می‌کنند و از نظر سلامتی در وضعیت بهتری قرار دارند (میرین^۷، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان داده است که دریافت حمایت اجتماعی، باعث می‌شود فرد از سلامت جسمانی، روان‌شناختی و در نهایت بهزیستی روانی برخوردار شود (تاهیر^۸، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش (ایبیش و لیو^۹، ۲۰۲۱) نشان داد که روابط و شبکه‌های درون خانوادگی بر سلامت روان خصوصاً سالمندان تأثیر قابل‌توجهی دارد. مطالعه‌ی صفاری‌نیا، عیسی‌زاده و حمزئی (۱۴۰۰) نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان با امید به زندگی همبستگی دارند. هاشمیان‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هر چه فرد در وضعیت بهتری از نظر سلامت روان قرار دارد، نمره بالاتری از نظر حمایت ادراک‌شده، بلوغ اجتماعی و سخت‌رویی کسب کرده است.

¹ Poots & Cassidy

² Zafeer

³ perception of social support

⁴ Cobb

⁵ awareness

⁶ Dogan

⁷ Mairean

⁸ Tahir

⁹ Eibich & Liu

یکی از عوامل مهم اجتماعی و فرهنگی مرتبط با سلامت روان که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، سلامت معنوی^۱ است (فیشر^۲، ۲۰۱۶). مفهوم سلامت معنوی نخستین بار در سال (۱۹۷۱) توسط «مورگ^۳» تحت عنوان بهزیستی معنوی مطرح گردید. سلامت معنوی تجربه‌ی معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: چشم‌انداز سلامت مذهبی^۴ بر چگونگی دریافت فرد از سلامتی در زندگی معنوی زمانی که با قدرتی بالاتر در ارتباط می‌باشد، متمرکز است و چشم‌انداز سلامت وجودی^۵ بر آشفتگی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است و درباره چگونگی سازگاری افراد با خود، جامعه یا محیط، بحث می‌کند (یادگاری و همکاران، ۲۰۲۱). سلامت معنوی به‌عنوان بعد چهارم سلامت در جهان مطرح است و به دلیل تأثیر چشمگیری که بر دیگر ابعاد سلامت دارد مورد توجه قرار گرفته است (صاحب‌دل و همکاران، ۱۳۹۹). نتایج پژوهش جلیلی‌کیا و ثابت ایمانی (۱۴۰۱) نشان داد که بین دین‌داری، آخرت‌نگری و مسئولیت‌پذیری با سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. مطالعه‌ی (کافمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داد که معنویت به سلامت روان سالمندان در معرض مشکلات کمک زیادی می‌کند. فرهادیان و مرادی (۱۳۹۹)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی پیش‌بینی کننده‌ی مثبت بهزیستی روان‌شناختی در افراد است. نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داد که هر چه میزان سلامت معنوی بالاتر باشد، میزان آسیب‌های روانی در افراد کمتر خواهد بود.

در مجموع با توجه به اینکه سلامت روان سالمندان در جامعه حائز اهمیت است و نقش بسزایی در تصمیم‌گیری، نوع مقابله با چالش‌ها، عزت‌نفس و جلوگیری از گرایش سالمندان به سمت رفتارهای پرخطر دارد. لذا شناسایی عوامل پیش‌بینی کننده‌ی سلامت روان و اتخاذ راهکارهایی جهت افزایش آن در سالمندان ضروری به نظر می‌رسد و از آنجائی که تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده که به بررسی جامع همه‌ی این متغیرها در یک مطالعه در سالمندان بپردازد؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که بین سرمایه‌ی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی با سلامت روان سالمندان رابطه وجود دارد؟ و آیا این متغیرها توان پیش‌بینی سلامت روان سالمندان را دارند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی بوده و از لحاظ روش، توصیفی از نوع همبستگی است که با هدف پی بردن به تغییرات سلامت روان سالمندان به‌عنوان متغیر ملاک بر اساس سرمایه‌ی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی به-عنوان متغیرهای پیش‌بین انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی سالمندان شهر نیشابور در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۲۸۰۰ نفر برآورد شد. در پژوهش حاضر برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج در جامعه یادشده، نمونه‌ای به حجم ۳۳۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس جدول مورگان انتخاب و در پژوهش شرکت داده شد. پس از مشخص شدن افراد داوطلب

¹ Spiritual health

² Fisher

³ Moberg

⁴ religious health

⁵ existential health

⁶ Kaufman

و ارائه توضیحات لازم، پرسشنامه مربوط به پژوهش توزیع گردید. از بین ۳۳۸ پرسشنامه، ۳۸ پرسشنامه مخدوش بود و کنار گذاشته شد؛ در نهایت ۳۰۰ پرسشنامه به عنوان نمونه آماری بررسی شد. همچنین افراد نمونه از نظر جنسیت، سن، مدرک تحصیلی و اینکه سالمند یا چه کسی زندگی می کند بررسی شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سلامت روان: مقیاس استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سؤالات و ۳ مؤلفه می باشد. این مقیاس شامل سه مؤلفه بهزیستی هیجانی (سؤالات ۱ تا ۳)، سلامت روانی (۴ تا ۹) و سلامت اجتماعی (۱۰ تا ۱۴) می باشد. در این مقیاس ۳ آیتم (خوشحالی، علاقه مندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت (اصلاً (۰)، کم (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴)) به سنجش سلامت روانی می پردازد. امتیازات به دست آمده از ۱۴ سؤال با یکدیگر جمع شده که حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۵۶ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۱۴: میزان سلامت روانی در حد پایینی می باشد. نمره بین ۱۴ تا ۲۸: میزان سلامت روانی در حد متوسطی می باشد. نمره بالاتر از ۲۸: میزان سلامت روانی در حد بالایی می باشد.

اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش روایی مقیاس در پژوهش (بد خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) سنجیده شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) برای این مقیاس بالای ۰/۷ برآورد شد.

مقیاس سرمایه روان شناختی: برای سنجش سرمایه روان شناختی از مقیاس ۲۶ سؤالی که توسط مک گی و همکارانش (۲۰۰۸) به منظور سنجش سرمایه روان شناختی کارکنان با چهار خرده مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و جهت گیری به زندگی استفاده می شود. این مقیاس را گل پرور (۱۳۹۰) در ایران ترجمه و آماده کرده است. نمره گذاری سؤالات این مقیاس به صورت طیف لیکرت پنج درجه ای به شرح زیر می باشد: کاملاً مخالفم=۰، مخالفم=۱، تا حدودی مخالفم=۲، موافقم=۳ و کاملاً موافقم=۴. دامنه نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۴ در نوسان می باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده سرمایه روان شناختی بالاتر است. خرده مقیاس خودکارآمدی شامل سؤالات شماره ۱ تا ۷ می شود. خرده مقیاس امیدواری شامل سؤالات شماره ۸ تا ۱۴ می شود. خرده مقیاس تاب آوری شامل سؤالات شماره ۱۵ تا ۲۰ می شود. خرده مقیاس خوش بینی شامل سؤالات شماره ۲۱ تا ۲۶ می شود. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان شناختی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست می آید و سپس مجموع آنها

به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می شود. روایی و پایایی این مقیاس را همراه با فرم های دیگری از سرمایه روانشناختی به طور گسترده و وسیعی بررسی نموده و شواهد متقنی از روایی و پایایی این مقیاس ارائه نموده است. روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط تنی چند از متخصصین در پژوهش گلیپرور و همکاران (۱۳۹۲) بررسی و تأیید گردید. در ایران تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بر روی بیست و شش سؤال این مقیاس همان چهار عامل معرفی شده توسط مکگی (۲۰۱۱) را در نسخه فارسی ترجمه شده به دست داده و آلفای کرونباخ به ترتیب برای خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و جهت گیری به زندگی برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهش گلیپرور و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و جهت گیری به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس توسط زیمت^۱ و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است که یک ابزار ۱۲ گویه است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و اجتماع را ارزیابی می کند. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده فرد را در هریک از سه حیطه مذکور در طیف ۵ گزینه ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) را می سنجد. حداقل و حداکثر نمره ی فرد از کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۴۸ و در هر یک از زیرمقیاس های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۱۶ محاسبه می شود. نمره ی بالاتر نشان دهنده ی حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. نمره هر زیر مقیاس برحسب مجموع ارزش گزینه های هر ماده (کاملاً مخالفم - ۰، مخالفم - ۱، تقریباً مخالفم - ۲، موافقم - ۳، کاملاً موافقم - ۴) محاسبه می شود. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره همه گویه ها با هم جمع شده و بر تعداد آن ها (۱۲) تقسیم می شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه های آن زیر مقیاس (۴) به دست می آید. سؤالات ۱ تا ۴ مربوط به خانواده، سؤالات ۵ تا ۸ مربوط به دوستان، سؤالات ۹ تا ۱۲ مربوط به دیگران مهم می باشد (بشارت، ۱۳۹۸). در بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در نمونه هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایران (۷۴۲=n، ۳۱۱ دانشجوی ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ماده های سه زیر مقیاس حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تأیید کرد و روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است (بشارت، ۱۳۸۶). همچنین سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند. جهت سنجش ثبات درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج حاصله برای خرده آزمون های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ بود.

¹ Zimet

مقیاس سلامت معنوی: این مقیاس توسط پالوتیزان و الیسون^۱ (۱۹۸۲) طراحی شده است که هدف آن ارزیابی سلامت معنوی می باشد. این مقیاس حاوی ۲۰ سؤال است که پاسخ های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می باشد. این مقیاس دارای دو گروه سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که هرکدام ده عبارت را شامل شده و نمره ی ده را به خود اختصاص می دهد. عبارت های فرد سلامت مذهبی و عبارت های زوج سلامت وجودی را نشان می دهد. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره های این دو زیرگروه می باشد که بین ۸۰-۲۰ خواهد بود. در سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ کاملاً مخالفم نمره ۰ و سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ کاملاً مخالفم نمره ۴ گرفته است. این مقیاس در مطالعات گوناگون در داخل و خارج کشور استفاده شده و پایایی و روایی آن تأیید شده است؛ مثلاً پالوتیزان و الیسون آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب، ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳، گزارش کردند (اله بخشیان و همکاران، ۱۳۸۹) و همچنین در بررسی دهشیری و همکاران (۱۳۸۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و به ترتیب اجزای سلامت مذهبی و وجودی ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ گزارش شد. پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط رضائی در تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ مورد تأیید قرار گرفت (فراهانی نیا، ۱۳۸۴). همچنین در پژوهش فاطمی و همکاران (۱۳۹۰)، جهت سنجش ثبات درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج حاصله برای خرده آزمون های سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۱ بود.

یافته ها

در جداول زیر اطلاعات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی متناظر با میزان تحصیلات سالمندان

فراوانی	درصد فراوانی	
۷۰	۲۳/۳	کمتر از دیپلم
۶۵	۲۱/۷	دیپلم
۱۲۷	۴۹	کارشناسی
۱۸	۶	کارشناسی ارشد
۳۰۰	۱۰۰	مجموع

یافته های جدول فوق نشان داد که ۱۴۷ نفر معادل با ۴۹ درصد از سالمندان دارای مدرک کارشناسی بوده اند و بیشترین فراوانی را نسبت به سایر افراد با میزان تحصیلی متفاوت بوده است.

جدول ۲. فراوانی نمونه برحسب جنسیت آزمودنی ها

فراوانی	درصد فراوانی	
۱۹۳	۶۴/۳	زن
۱۰۷	۳۵/۷	مرد
۳۰۰	۱۰۰	مجموع

¹ Paloutzian & Ellison

در نمونه مورد مطالعه ۱۹۳ نفر معادل با ۶۴/۳ زن و ۱۰۷ نفر معادل با ۳۵/۷ درصد مرد بوده اند.

جدول ۳. جدول فراوانی متناظر با سن آزمودنی ها

فراوانی	درصد فراوانی	
۱۲۹	۴۲/۹	بین ۶۰ تا ۶۵ سال
۹۱	۳۰/۴	بین ۶۵ تا ۷۰ سال
۵۰	۱۶/۶	بین ۷۰ تا ۷۵ سال
۳۰	۱۰/۱	پیش از ۷۵ سال
۳۰۰	۱۰۰	مجموع

در جدول فوق بیشتر فراوانی به افراد دارای سن بین ۶۰ تا ۶۵ سال تعلق دارد و فقط ۳۰ نفر معادل با ۱۰/۱ درصد از سالمندان بیش از ۷۵ سال سن داشته اند.

جدول ۴. فراوانی نمونه برحسب وضعیت زندگی سالمندان

فراوانی	درصد فراوانی	
۱۸۸	۶۲/۷	همسر
۲۳	۷/۷	فرزندان
۶۴	۲۱/۳	خانه سالمندان
۲۵	۸/۳	تنها
۳۰۰	۱۰۰	مجموع

نتایج جدول فوق در خصوص وضعیت زندگی سالمندان نشان داد که ۱۸۸ نفر از سالمندان شرکت کننده در پژوهش به همراه همسرانشان زندگی می کنند. با توجه به روش های نمره گذاری متغیرهای پژوهش، معیارهای توصیفی مربوط به هر یک از متغیرهای سرمایه روان شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت معنوی و سلامت روان و مؤلفه های متناظر با آن در جدول زیر ارائه شد.

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت روان

تعداد گویه	بازه	حد وسط	میان	میانگین	انحراف معیار
۳	۰-۱۲	۶	۷/۵۰	۷/۳۲	۳/۱۶۱
۶	۰-۲۴	۱۲	۱۳	۱۲/۷۲	۶/۱۳۹
۵	۰-۲۰	۱۰	۱۳	۱۱/۶۴	۶/۱۱۶
۱۴	۰-۵۶	۲۸	۳۴/۵	۳۱/۶۹	۱۴/۳۷۶

جدول ۵ نشان می دهد که میانگین متغیر سلامت روان در بازه ۱۴ تا ۷۰ و حد وسط ۴۲ معادل ۳۱/۶۹۳ به دست آمده است که نشان می دهد سالمندان دارای سلامت روان پایین تری نسبت به حد وسط پرسشنامه هستند و از طرفی نزدیک بودن میان به میانگین نشانگر فقدان چولگی و متقارن بودن توزیع است و انحراف معیار ۱۴/۳۷۶ نشان می دهد پاسخ سالمندان کمی متفاوت بوده است. با توجه به اینکه میانگین هر سه مؤلفه سلامت روان کمی پایین تر از حد وسط پرسشنامه می باشد این گونه استنباط می گردد که میزان سلامت روان در نمونه مورد مطالعه نسبتاً بالا بوده است.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت معنوی

تعداد گویه	بازه	حد وسط	میان	میانگین	انحراف معیار
۱۰	۱۰-۵۰	۳۰	۳۵	۳۵/۸۴	۵/۸۸۲
۱۰	۱۰-۵۰	۳۰	۳۹	۳۸/۶۱	۶/۵۹۹
۲۰	۲۰-۱۰۰	۶۰	۷۳	۷۴/۴۵	۱۱/۵۸۰

یافته‌های جدول ۶ نشان داد که با توجه به نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت معنوی، هر یک از خرده مقیاس‌های سلامت معنوی می‌تواند بین ۱۰ تا ۵۰ تغییر کند و بالاتر بودن میانگین سلامت معنوی نسبت به حد وسط نشان از وضعیت مطلوب سالمندان در سلامت معنوی است. دو معیار میانه و میانگین اساسی‌ترین معیارهای مرکزی مشاهدات می‌باشند که هر چه به یکدیگر نزدیک باشند؛ نشان از تقارن مشاهدات است. در ادامه معیارهای توصیفی متغیر حمایت اجتماعی ارائه شده است.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار متغیر حمایت اجتماعی

تعداد گویه	بازه	حد وسط	میانه	میانگین	انحراف معیار
۴	۲-۲۰	۱۲	۱۶	۱۳/۸۰	۲/۷۸۸
۴	۲-۲۰	۱۲	۱۵	۱۳/۶۷	۲/۲۳۶
۴	۲-۲۰	۱۲	۱۵	۱۳/۶۸	۲/۷۷۱
۱۲	۱۲-۶۰	۳۶	۴۶/۵۰	۴۱/۱۵	۱۳/۴۶۶

در جدول ۷ مشخص شد که حمایت اجتماعی سالمندان در خانواده بیشتر از سایر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی است و در هر سه مؤلفه میانگین پاسخ آزمودنی‌ها بیش از حد وسط است و حمایت اجتماعی آنان در حد مطلوب قرار دارد.

جدول ۸. میانگین و انحراف معیار متغیر سرمایه روانشناختی

تعداد گویه	بازه	حد وسط	میانه	میانگین	انحراف معیار
۷	۷-۳۵	۲۱	۲۸	۲۴/۹۳	۸/۰۹۹
۷	۷-۳۵	۲۱	۲۸	۲۴/۹۶	۷/۷۳۲
۶	۶-۳۰	۱۸	۲۳	۲۱/۱۲	۶/۶۲۵
۴	۴-۲۰	۱۲	۱۶	۱۳/۷۸	۴/۶۲۴
۲۴	۲۴-۱۲۰	۷۲	۹۴	۸۴/۸۰	۲۶/۱۵۷

معیارهای توصیفی متغیر سرمایه روانشناختی در جدول ۸ ارائه شد. با عنایت به اینکه هر یک از گویه‌های پرسشنامه مذکور مطابق با طیف لیکرت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است، نمره کل پرسشنامه بین ۲۴ تا ۱۲۰ تغییر خواهد نمود و حد وسط آن ۷۲ می‌باشد. میانگین معیار مذکور ۸۴/۸۰ و بیشتر از حد وسط پرسشنامه است و این موضوع به منزله پاسخ سالمندان به گزینه‌های دارای امتیاز ۴ (موافقم) و ۵ (کاملاً موافقم) می‌باشد.

دامنه تغییرات که از تفاضل کمترین مقدار و بیشترین مقدار به دست می‌آید نشان می‌دهد که پراکندگی شاخص سرمایه روانشناختی بیشتر از سایر متغیرهای تحقیق است. البته با توجه به اینکه دامنه تغییرات به شدت تحت تأثیر مشاهدات دورافتاده می‌باشد، انحراف معیار شاخص مناسب‌تری برای تعیین پراکندگی مشاهدات می‌باشد. به جهت امکان مقایسه میانگین پرسشنامه‌ها، با توجه به اختلاف نمره‌گذاری و تعداد گویه‌های هر یک از خرده مقیاس‌ها در ادامه نمودار میانگین موزن مربوط به پرسشنامه پژوهش ارائه شده است.

برای ارزیابی فرضیه‌ها از آزمون همبستگی و مدل‌های رگرسیونی در جهت پیش‌بینی سلامت روان سالمندان با کمک متغیرهای سرمایه‌روانشناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی استفاده شد لذا قبل از ارزیابی فرضیه‌ها، فرض نرمال بودن مشاهدات با کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنف، به دلیل تعیین نوع مناسب آزمون همبستگی موردسنجش قرار گرفت که نتایج در جدول زیر ارائه شد.

جدول ۹. آزمون کولموگروف-اسمیرنف

نتیجه	سطح معناداری	آماره آزمون	
نرمال نیست	۰/۰۱۴	۱/۵۷۵	سرمایه روان شناختی
نرمال نیست	۰/۰۰۳	۱/۸۰۱	سلامت روان
نرمال نیست	۰/۰۰۱	۳/۰۶۵	سلامت معنوی
نرمال نیست	۰/۰۰۱	۳/۶۱۶	حمایت اجتماعی ادراک شده

فرض صفر در آزمون کولموگروف-اسمیرنف، نرمال بودن مشاهدات است. یافته‌های جدول ۹ نشان داد که سطح معناداری متناظر با آزمون مذکور برای هر چهار متغیر کمتر از ۰/۰۵ است لذا فرض صفر، یعنی نرمال بودن مشاهدات رد شده و جهت ارزیابی رابطه بین متغیرهای پژوهش می‌بایست از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده نمود.

با توجه به تأیید روابط بین هر سه متغیر سرمایه‌ی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی با سلامت روان سالمندان، در ادامه با برازش مدل رگرسیونی چند متغیره، فرضیه اصلی پژوهش را مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

$$(سلامت\ روان)_i = \beta_0 + \beta_1 (سرمایه\ روان\ شناختی)_i + \beta_2 (حمایت\ اجتماعی)_i + \beta_3 (سلامت\ معنوی)_i + \varepsilon_i$$

در اجرای مدل رگرسیونی زیر از برازش مدل رگرسیونی به روش گام‌به‌گام ۱ استفاده شد. خلاصه نتایج برازش مدل رگرسیونی در جدول زیر ارائه شد.

جدول ۱۰. شاخص کفایت مدل رابطه سلامت روان بر اساس متغیرهای مستقل پژوهش

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	انحراف معیار خطا	دوربین واتسون
۱	۰/۸۴۷	۰/۷۱۸	۰/۷۱۷	۷/۶۵۳	
۲	۰/۸۷۳	۰/۷۶۳	۰/۷۶۱	۷/۰۲۸	
۳	۰/۸۸۰	۰/۷۷۴	۰/۷۷۱	۶/۸۷۳	۱/۸۸۱

بر اساس اجرای مدل رگرسیونی به روش گام‌به‌گام، سه مدل به مشاهدات برازش داده‌شده و متغیرهای مؤثر به ترتیب در مدل نهایی قرار می‌گیرند. یافته‌های جدول فوق نشان داد که در مدل اولیه و صرفاً با حضور متغیر سرمایه شناختی، ۸۴ درصد تغییرات سلامت روان به‌واسطه وجود متغیر سرمایه روان‌شناختی قابل پیش‌بینی است و با افزودن متغیر حمایت اجتماعی میزان قابلیت پیش‌بینی متغیر سلامت روان به‌واسطه دو متغیر مذکور به ۷۶ درصد بهبودیافته و نهایتاً در مدل نهایی (مدل سوم) متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی ۷۷ درصد توان پیش‌بینی سلامت روان را دارند. به عبارت دقیق‌تر ضریب تعیین در مدل نهایی ۰/۷۷۴ به‌دست‌آمده که این مقدار نشان می‌دهد که ۷۷/۴ درصد تغییرات سلامت روان مربوط به سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و سلامت معنوی می‌باشد. نتایج جدول فوق نشان داد آماره دوربین واتسون ۱/۸۸۱ به‌دست‌آمده و مدل از کفایت لازم برخوردار است. متناسب با سه مدل مذکور، جداول مربوط به معناداری (یا کارایی) مدل‌های اول تا سوم به‌صورت زیر می‌باشند.

جدول ۱۱. معنی‌دار بودن رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری
۱	۴۴۳۳۳/۵۳	۱	۴۴۳۳۳/۵۳	۷۵۶/۹۹	۰/۰۰۱
۲	۱۷۴۵۶/۲۵	۲۹۸	۵۸/۵۷۸		
۳	۶۱۷۹۹/۷۸	۲۹۹			

1. Stepwise

۲	رگرسیون باقیمانده	۴۷۱۲۸/۸۷	۲	۲۳۵۶۴/۲۳	۲۷۷/۰۴۲	۰/۰۰۱
	کل	۱۴۶۷۰/۹۱	۲۹۷	۴۹/۳۹۷		
	رگرسیون باقیمانده	۶۱۷۹۹/۷۸	۲۹۹			
	کل	۴۷۸۱۳/۹۱	۳	۱۵۹۳۷/۹۷		
۳	رگرسیون باقیمانده	۱۳۹۸۵/۸۶	۲۹۶	۴۷/۲۵۰	۳۳۷/۳۱۵	۰/۰۰۱
	کل	۶۱۷۹۹/۷۸	۲۹۹			

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد سطح معناداری در مدل نهایی کمتر از ۰/۰۱ است ($P < ۰/۰۱$) لذا مدل رگرسیونی برازش داده شده معنادار بوده و حداقل یکی از متغیرهای مستقل تأثیر معناداری بر متغیر ملاک دارند. ضرایب برآورد شده در ادامه ارائه شده است.

جدول ۱۲. ضرایب رگرسیون متغیر پیش‌بینی کننده پژوهش

مدل	متغیر پیش‌بینی کننده	ضریب رگرسیونی (β_i)	خطای استاندارد	ضریب استاندارد ($Beta_i$)	آماره t	سطح معناداری
۱	ثابت معادله	-۷/۷۸۷	۱/۵۰۱		-۵/۱۸۷	۰/۰۰۱
	سرمایه روان‌شناختی	۰/۴۶۶	۰/۰۱۷	۰/۸۴۷	۲۷/۵۱	۰/۰۰۱
	ثابت معادله	-۹/۷۵۹	۱/۴۰۴		-۶/۹۵	۰/۰۰۱
۲	سرمایه روان‌شناختی	۰/۲۹۰	۰/۰۲۸	۰/۵۲۸	۱۰/۳۶	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۴۰۹	۰/۰۵۴	۰/۳۸۳	۷/۵۰۹	۰/۰۰۱
	ثابت معادله	-۱۸/۲۰۶	۲/۶۰۹		-۶/۹۷۸	۰/۰۰۰۱
۳	سرمایه روان‌شناختی	۰/۲۶۹	۰/۰۲۸	۰/۴۸۹	۹/۶۰۲	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی	۰/۳۶۱	۰/۰۵۵	۰/۳۳۸	۶/۶۰۱	۰/۰۰۱
	سلامت معنوی	۰/۱۶۵	۰/۰۴۳	۰/۱۳۳	۳/۸۰۸	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۱۲ نشان داد سه مدل برازش داده شده دارای ضرایب رگرسیونی معنادار در هر یک از مدل‌ها می‌باشد که البته بر اساس ضرایب استاندارد شده، سرمایه روان‌شناختی بالاترین اثرگذاری، سپس حمایت اجتماعی و در نهایت سلامتی معنوی نیز دارای تأثیر معنادار بر سلامت روان هستند. ضمناً در مدل نهایی ضریب رگرسیونی استاندارد شده متناظر با سرمایه روان‌شناختی ۰/۴۸۹ و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از ۰/۰۱ است لذا تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر سلامت روان مستقیم و معنادار است ($P < ۰/۰۱$). ضریب رگرسیونی استاندارد شده متناظر با حمایت اجتماعی ۰/۳۳۸ و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از ۰/۰۱ است لذا تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان مستقیم و معنادار است ($P < ۰/۰۱$) همچنین ضریب رگرسیونی استاندارد شده متناظر با سلامت معنوی ۰/۱۳۳ و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از ۰/۰۱ است لذا تأثیر سلامت معنوی بر سلامت روان مستقیم و معنادار است ($P < ۰/۰۱$). بر اساس یافته‌های فوق تأثیر سرمایه روان‌شناختی بیش از سایر متغیرهای مستقل می‌باشد. نتایج فوق حکایت از تائید فرضیه اصلی پژوهش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سرمایه روان‌شناختی تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت روان دارد و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت روان دارد. همچنین سلامت معنوی تأثیر مستقیم و معناداری بر سلامت روان دارد؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه "سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت معنوی توان پیش‌بینی سلامت روان سالمندان دارد" تائید می‌گردد.

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات خوشرو و دبارکی، بلند و قربان پورلحمجانی (۱۴۰۲)، مرعشیان، بهروز و علیزاده (۱۴۰۲)، عابدی و نامنی (۱۴۰۱)، کاکاوند، کشاورز، دشت دار و شیرمحمد (۱۳۹۹)، محمدپژوه و میلانی (۱۳۹۴)، آقاخانی و اسماعیلی (۱۳۹۳)، هوانگ و ژانگ (۲۰۲۲)، بهامینی، خان و مایر (۲۰۲۱)، جی ژو، جینگ جینگ یو، یوشن وو، لی پینگ خو (۲۰۲۰)،

هاورو و همکاران (۲۰۲۰)، جسوانی و اویشی (۲۰۱۹)، شونک و تومینا (۲۰۱۸)، سیرامکا-پاولک، هورنوواسکا، والکوپراک و زابرا (۲۰۱۸) و رایس و دیلوو (۲۰۱۵) همسو و همخوان می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که باور به توانایی های خود برای انجام وظایف و مواجهه با چالش ها، سالمندان را قادر می سازد تا با استرس ها و فشارهای روانی بهتر مقابله کنند. افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، معمولاً از سلامت روان بهتری برخوردارند. داشتن امید به آینده و اهداف، می تواند احساس خوشبختی و رضایت را افزایش دهد و به کاهش اضطراب و افسردگی کمک کند. توانایی بازگشت به وضعیت عادی پس از مواجهه با مشکلات و فشارهای روانی، می تواند میزان آسیب پذیری به مشکلات روانی را کاهش دهد. داشتن نگرش مثبت به زندگی می تواند موجب کاهش استرس و افزایش سلامت روان شود (عابدی و نامنی، ۱۴۰۱). دریافت حمایت عاطفی از خانواده، دوستان و جامعه، می تواند احساس تنهایی را کاهش دهد و احساس تعلق و ارزشمندی را افزایش دهد. کمک های عملی و مالی از سوی اطرافیان می تواند نگرانی ها و استرس های مرتبط با مشکلات مالی و روزمره را کاهش دهد. دریافت مشاوره و راهنمایی از افراد متخصص و نزدیکان، می تواند به تصمیم گیری های بهتر و کاهش اضطراب کمک کند. احساس تعلق به یک گروه یا جامعه می تواند به ایجاد حس همبستگی و امنیت روانی کمک کند. داشتن یک نظام اعتقادی قوی و احساس ارتباط با یک نیروی برتر، می تواند به افراد کمک کند تا با چالش ها و مشکلات زندگی بهتر کنار بیایند (فرهادیان و مرادی، ۱۳۹۹).

همچنین در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که احساس داشتن هدف و معنا در زندگی می تواند به کاهش احساس پوچی و افسردگی کمک کند. پایبندی به ارزش های اخلاقی می تواند به ایجاد احساس رضایت و آرامش درونی کمک کند. شرکت در فعالیت های مذهبی و معنوی می تواند به ایجاد روابط اجتماعی و کاهش احساس تنهایی کمک کند. این سه عامل می توانند با تقویت احساس ارزشمندی، کاهش استرس و افزایش رضایت از زندگی، نقش مهمی در بهبود و پیش بینی سلامت روان سالمندان داشته باشند (پیرا - سنچز و همکاران، ۲۰۲۰).

لوتانز (۲۰۰۴) که یکی از بنیان گذاران مفهوم سرمایه روان شناختی است، معتقد است که سرمایه ی روان شناختی شامل چهار مؤلفه خودکارآمدی، امید، تاب آوری و خوش بینی است. او می گوید که این چهار مؤلفه به افراد کمک می کنند تا بهتر با چالش ها و فشارهای روانی مواجه شوند و در نتیجه سلامت روانی بهتری داشته باشند. به طور خاص، این مؤلفه ها با افزایش احساس کنترل و خودکفایی، کاهش استرس و افزایش انگیزش و رضایت از زندگی مرتبط هستند. جان بولبی، بنیان گذار نظریه دلبستگی، نشان داده است که پیوندهای اجتماعی قوی می توانند به ایجاد احساس امنیت و حمایت روانی کمک کنند. این احساس امنیت و حمایت می تواند به کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی منجر شود (داوی، ۲۰۲۳). نظریه حمایت اجتماعی ارائه شده توسط کوهن و ویلز (۲۰۰۳)، بیان می کند که حمایت اجتماعی به دو روش می تواند به سلامت روان کمک کند: اثرات مستقیم و اثرات تعاملی. اثرات مستقیم به این معناست که حمایت اجتماعی مستقیماً به کاهش استرس و افزایش سلامت روان کمک می کند. اثرات تعاملی نیز به این معناست که حمایت اجتماعی می تواند تأثیرات منفی استرس را کاهش دهد. سلامت معنوی در نظریه معنا درمانی بر اهمیت یافتن معنا و هدف در زندگی تأکید دارد. او معتقد است که یافتن معنا در زندگی می تواند به افراد

کمک کند تا با رنج‌ها و چالش‌های زندگی بهتر کنار بیایند و احساس رضایت و آرامش درونی بیشتری داشته باشند (پیرا - سنچز و همکاران، ۲۰۲۰).

در این پژوهش محدودیت‌هایی پیش روی بود از جمله: با توجه به اینکه پژوهش حاضر بین افراد خاصی انجام شده، لذا برای تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به اینکه نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت در دسترس بوده است. شرایط یادشده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می کند. پیشنهادهای کاربردی برای این پژوهش ارائه مشاوره‌های روانشناختی برای تقویت سرمایه روانشناختی در سالمندان. تشکیل گروه‌های همپاری و حمایتی که در آن‌ها سالمندان می‌توانند تجربیات و راهکارهای خود برای مواجهه با چالش‌ها را به اشتراک بگذارند. تدارک برنامه‌هایی که سالمندان از آن‌ها لذت می‌برند، مانند فعالیت‌های هنری، موسیقی، و گردش‌های تفریحی در جهت افزایش سلامت روان. ارائه خدمات مشاوره به خانواده‌ها برای بهبود روابط خانوادگی و تقویت حمایت اجتماعی سالمندان. آموزش سالمندان به استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی مانند شبکه‌های اجتماعی و اپلیکیشن‌های پیام‌رسان برای حفظ ارتباط با دوستان و خانواده. تدارک جلسات معنوی و دینی مانند نماز جماعت، مدیتیشن، و دوره‌های آموزشی دینی برای تقویت سلامت معنوی. برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی درباره معنویت و معنای زندگی، با تمرکز بر تجربیات و ارزش‌های معنوی.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه‌داشته شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

خود نویسنده در طراحی اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر بوده است.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدی، مهرانز، و نجفعلی قندهاری، نرجس (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی در رابطه کمال‌گرایی و خودکارآمدی اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناختی در مدیریت*، ۹(۱)، ۲۰۱-۲۲۴.
- آریانپور، سروش؛ حسینی نیا، سیدرضا، و بحرالعلوم، حسن (۱۳۹۹). ارتباط حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی دوستان و خودکارآمدی با میزان مشارکت ورزشکاران جانباز و معلول در فعالیت‌های بدنی. *مدیریت ورزشی (حرکت)*، ۱۲(۴)، ۹۴۹-۹۶۵.

- بهمنی، جمشید؛ گنجعلی، پویا؛ خرازی نژاد، ابراهیم (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر آبادان. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸ (۳)، ۳۹-۴۸.
- پورداد، سبا؛ مومنی، خدامراد، و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۸). رابطه شکرگزاری و حمایت اجتماعی با اضطراب مرگ در سالمندان. *سالمند*، ۱۴ (۱)، ۲۶-۳۹.
- جلیلی کیا، علی اصغر و ثابت ایمانی، محبوبه (۱۴۰۱). بررسی رابطه بین دین‌داری، آخرت‌نگری و مسئولیت‌پذیری با سلامت روان دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم (شهر نیشابور)، *مجله اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۲۷ (۲)، ۱۴۰-۱۱۷.
- حیای، غزاله؛ مرادی، آسیه؛ مومنی، خدامراد، و ارشدی، نسترن (۱۴۰۱). اثر سرمایه روان‌شناختی، اعتماد به سازمان و سبک رهبری تحولی بر رشد روان‌شناختی در کار: نقش میانجی‌گری نیازهای روان‌شناختی اساسی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۳ (۱) (پیاپی ۸۷)، ۳۸-۵۰.
- خلیلی ورنکشی، امیر (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت روانی کیز (فرم کوتاه-۱۴ گویه ای) و رابطه آن با پرسشنامه شادکامی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- خوشرو و دبارکی طراوت، بلند حسن و قربان پور لقمجانی، امیر (۱۴۰۲). رابطه ی سرمایه‌ی روان‌شناختی با توانمندی خانواده: نقش میانجی معنای زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده. *فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸ (۳۶)، ۱۸۱-۲۱۲.
- رضایی، سپیده؛ آقاجانی مرسا، حسین، و حضرتی صومعه، زهرا (۱۴۰۰). تأثیر سرمایه اجتماعی، حمایت اجتماعی، میزان استفاده از اینترنت بر توانمندسازی زنان شاغل با نقش میانجی‌گری سلامت اجتماعی. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری (مطالعات شهری)*، ۱۱ (۳۹)، ۰-۰.
- زاهدی اصل، محمد؛ و درویشی فرد، علی اصغر (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوه‌دشت). *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۷ (۲۶)، ۱-۲۴.
- صاحب‌دل، فاطمه؛ غباری بناب، باقر، و حمیدیه، بهزاد (۱۳۹۹). گونه‌شناسی معنویت در رابطه با سلامت معنوی. *پژوهش پرستاری*، ۱۵ (۲)، ۱-۸.
- صفاری نیا، مجید؛ عیسی زاده، فاطمه؛ حمزئی، زهرا (۱۴۰۰). پیش‌بینی امید به زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان کوئید-۱۹. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱ (۲۸)، ۱-۹.
- عابدی، فریبا و نامنی، ابراهیم (۱۴۰۱). آزمون مدل ساختاری سرمایه‌های روان‌شناختی با امید به زندگی در زنان دارای کودک معلول ذهنی-حرکتی: نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرزندگی. *مجله روانشناسی افراد استثنایی*، ۴۸ (۱۲)، ۱۱۷-۱۴۵.
- عاطفی هنزنی، قربانعلی؛ شکریبگی، عالی، و احمدی، امیدعلی (۱۴۰۰). تدوین مدل سلامت اجتماعی بر اساس حمایت اجتماعی و اعتماد اجتماعی در زنان سرپرست خانواده. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۱) (پیاپی ۱۹)، ۰-۰.
- فرهادیان، فاطمه؛ مرادی، اعظم (۱۳۹۹). سهم سلامت معنوی، خوش‌بینی و بخشش در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۱ (۲)، ۹۳-۱۰۴.
- قشقایی، فهیمه؛ دلاور، علی؛ خلعتبری، جواد؛ و شفیع آبادی، عبدالله (۱۴۰۱). تدوین مدل ساختاری راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سرمایه‌های اجتماعی و روان‌شناختی با میانجی‌گری هوش معنوی در سالمندان سرپرست خانوار. *پژوهش‌نامه سالمندان*، ۱۳ (۳۹)، ۱۶۹-۲۰۰.
- کاشانی موحد، بهاره؛ حسینیان سراج‌لو، فرج؛ بهرامی، علیرضا؛ شکری خویستانی، معصومه؛ و عبدالجباری، مرتضی (۱۳۹۹). سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: مرور نظام‌مند. *پژوهش در دین و سلامت*، ۶ (۲)، ۱۲۹-۱۴۷.

- کاکاوند، علیرضا؛ کشاورز، سمیه؛ دشت دار، هانیه و شیرمحمد، فرهاد (۱۳۹۹). رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خود بسندگی با بهزیستی روانشناختی در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی: نقش واسطه ای سرمایه روانشناختی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۳(۴)، ۲۵-۳۵.
- کهاوزی، عاطفه (۱۴۰۱). رابطه اضطراب کرونا با سرمایه روانشناختی و معنویت. *ایده های نوین روانشناسی*، ۱۲(۱۶)، ۰-۰.
- مرادی، یاسر؛ جمشیدی، حسین؛ علینژاد، وحید؛ همتی مسلک پاک، معصومه؛ قلی نژاد زیرمانلو، مهسا (۱۴۰۲). نقش سلامت معنوی و مشارکت اجتماعی بر سالمندی موفق در خانه های سالمندان. *سالمندشناسی*، ۸(۱)، ۳۱-۴۰.
- مرعشیان، فاطمه سادات؛ بهروز، مریم و علیزاده، مرجان (۱۴۰۲). مدل علی رابطه حمایت اجتماعی و سرمایه روانشناختی با توانمندسازی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار. *فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۸(۶۳)، ۱۱۳-۱۳۲.
- معتمدی، عبدالله؛ برجعلی، احمد؛ و صادق پور، مریم (۱۳۹۷). پیش بینی بهزیستی روانشناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. *سالمند*، ۱۳(۱)، ۹۸-۱۰۹.
- معصوم پرست، شیوا؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ خوئینی، فاطمه، و مرادی، حجت اله (۱۴۰۰). پیش بینی مدل علی بهزیستی روانشناختی بر اساس سرمایه روانشناختی با نقش واسطه ای ذهن آگاهی. *همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران*.
- میرزایی خالص، فرزانه، و نجیمی، آرش (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله آموزش روانشناختی بر سلامت روان و بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان. *تحقیقات نظام سلامت*، ۱۹(۲)، ۱۵۲-۱۵۹.
- نبوی، صادق (۱۳۹۹). پیش بینی سلامت روان دانشجویان - معلمان بر اساس متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی. *فصلنامه پژوهش در تربیت معلم*، ۳(۲)، ۱۳۵-۱۵۳.
- نجفی اندرور، محمدنبی؛ قلی پور، ماجده؛ پهلوان، منوچهر؛ و حیدرآبادی، ابوالقاسم (۱۴۰۰). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر. *رفاه اجتماعی*، ۲۱(۸۲)، ۱۸۹-۲۱۸.
- هاشمیان نژاد، فریده؛ مصطفی پور، سمانه؛ علومی، شبنم و مداحی نژاد، مطهره (۱۳۹۹). بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، بلوغ اجتماعی و سخت رویی روانشناختی با سلامت روان دانشجویان. *مجله افق توسعه آموزش علوم پزشکی*، ۱۱(۲)، ۵۴-۷۵.
- یوسفی، فایق؛ رفیعی، سحر و طیری، فریبا (۱۳۹۸). بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روانی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان، *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶(۴)، ۱۰۰-۱۰۹.
- Dewi, P. A. C. (2023). Education for Elderly Spiritual Strengthening During the Covid-19 Pandemic. *Jurnal Abdi Mahosada*, 1(1), 1-6.
- Dogan, B. G., Lacin, E., & Tural, N. (2015). Predicatives of the workers, burnout level: life satisfaction and social support. *Procedia_ social and behavioral. Sciences*, (191), 1801_ 1806.
- Eibich, P.; & Liu, C. (2021). For better or for worse mental health? The role of family networks in exogamous unions. *Population, space and place*, 24_ 37.
- Figley, C. R. (2014). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In *Trauma and its wake* (pp. 39-54). Routledge.
- Fisher, J. W. (2016). Assessing adolescent spiritual health and well-being (commentary related to Social Science & Medicine-Population Health, ref: SSM-PH-D-15-00089). *SSM-population health*, 2, 304.
- Greenberg, N. (2020). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology*, 16(8), 425-426.
- Hajihasani, M., & Naderi, N. (2021). Death anxiety in the elderly: The role of spiritual health and perceived social support. *Aging Psychology*, 6(4), 319-309.
- Huang, L., & Zhang, T. (2022). Perceived social support, psychological capital, and subjective well-being among college students in the context of online learning during the COVID-19 pandemic. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(5), 563-574.

- Jones, K. (2023). A history of the mental health services. *Taylor & Francis*.
- Kaufman, C. C.; Thurston, I. B.; Howell, K. H.; & Crossnine, C. B. (2020). Associations between spirituality and mental health in women to adversity. *Journal of psychology of Religion and spirituality* 12 (4), 400.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
- Mairean, C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: social support as a moderator, *the social science journal*, 53 (1), 14_ 21.
- McCallum, J. (2023). Australia's new aged: issues for young and old. *Routledge*.
- Pereira-Sanchez, V., Adiukwu, F., El Hayek, S., Bytyçi, D. G., Gonzalez-Diaz, J. M., Kundadak, G. K., ... & da Costa, M. P. (2020). COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), e29-e30.
- Poots, A., Cassid, T. (2020). Academic expectation self _compassion psychological capital, social support and student wellbeing. *International Journal of educational research*. 2 (199): 1_ 9.
- Probst, T. M., Gaily, N. J., Jiang, L., & Bohle, S. L. (2017). Psychological capital: Buffering the longitudinal curvilinear effects of job insecurity on performance. *Safety science*, 100 (part A), 74_ 82.
- Reinert, M., Fritze, D., & Nguyen, T. (2021). The state of mental health in America 2022.
- Tahir, W. B. E., Inam, A., & Raana, T. (2015). Relationship between social support and self-esteem of adolescent girls. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, 20(2), 42-46.
- Yadegari, R., Yousefi Afrashteh, M., Hayati, M., & Ebrahimi, L. (2021). The Relationship of religious orientation with psychological wellbeing in elderly people: the mediating role of spiritual health. *Islamic Life Style*, 5(3), 85-94.
- Zafeer, H. M. I., Maqbool, S., & Yanping, L. (2022). Psychological and Social Factors and Their Impact on Divorced and Married Women: A Case Study from Punjab Pakistan. *Journal of Divorce & Remarriage*, 1-22.