



The Relationship Between Loneliness, Distress Tolerance, and Resilience with Spiritual Well-Being Among Older Adults Residing in Nursing Homes

Nazanin Motahari¹  and Hajar Torkan^{1*} 

¹ Dept. of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Article Info

Article History

Received: 21.01.2025

Revised: 25.06.2025

Accepted: 11.07.2025

ePublished: 11.07.2025

Keywords

loneliness, distress
tolerance, resilience,
spiritual health, older adults

How to cite this article

Motahari, N., & Torkan, H. (2025). The Relationship between loneliness, distress tolerance, and resilience with spiritual well-being among older adults residing in nursing homes. *Aging Psychology*, 11(2), 213-230.

*Corresponding Author

Hajar Torkan

Email

h.torkan@iau.ac.ir



© The Author(s)
Publisher: Razi University

Abstract

Background: Spiritual well-being, recognized as the fourth pillar of human health, is influenced by various factors. Accordingly, the present study aimed to investigate the relationship between loneliness, distress tolerance, and resilience with spiritual well-being among older adults residing in nursing homes.

Method: This descriptive-correlational study was conducted among older adults living in nursing homes in Isfahan, Iran, in 2024, among whom a sample of 150 individuals was selected through convenience sampling. The instruments included the Russell Loneliness Scale, Simons and Gaher's Distress Tolerance Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale (short form), and Paloutzian and Ellison's Spiritual Well-Being Scale. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficients and multiple regression analysis (enter method) using SPSS version 26.

Results: The results indicated a significant negative correlation between loneliness and spiritual well-being ($r=-.483$), a significant positive correlation between distress tolerance and spiritual well-being ($r=.509$), and a significant positive correlation between resilience and spiritual well-being ($r=.501$) ($p<.01$). Furthermore, the regression analysis revealed that the predictor variables collectively accounted for 86.3% of the variance in spiritual well-being, with distress tolerance contributing the most to the prediction.

Conclusion: These findings suggest that reducing loneliness and enhancing distress tolerance and resilience are associated with higher levels of spiritual well-being among older adults residing in nursing homes.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Aging refers to a stage of life that begins at the age of 65 and represents a natural process accompanied by profound changes in physiological, psychological, and sociological dimensions. Studies indicate that the number of older adults is rapidly increasing, and the prevalence of mental disorders among this population is higher compared to other age groups. In Iran, the majority of older adults believe that nursing homes are not suitable places to live. They often perceive these facilities as places to await death, preferring instead to remain in their own homes. However, the complexities of modern life have reduced families' ability to care for aging relatives, leading to a rise in the number of older adults residing in nursing homes. In such circumstances, the health of older adults undergoes significant changes, and one critical yet often overlooked dimension is spiritual well-being. Research has shown that spiritual well-being is associated with key psychological variables in aging, such as loneliness, distress tolerance, and resilience. To date, no study has specifically examined the relationship between these variables among older adults living in nursing homes. Therefore, addressing this gap in the literature, the present study aimed to investigate the relationship between loneliness, distress tolerance, and resilience with spiritual well-being in this population.

Method

This study employed a descriptive-correlational design. The statistical population included all older adults residing in nursing homes in Isfahan, Iran, in 2024. From this population, 150 individuals (48 men and 102 women) were selected through convenience sampling based on the sampling formula proposed by Fidell and Tabachnick (2007). Inclusion criteria were: (1) age 65 or older, (2) at least three months of residence in the nursing home, (3) basic literacy skills, and (4) full consent and willingness to participate. Exclusion criteria included: (1) acute psychiatric disorders and (2) physical limitations or illnesses preventing participation. Data collection took place at the Sadeghieh Nursing Home in Isfahan. Participants completed the Russell Loneliness Scale, Simons and Gaher's Distress Tolerance Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale (short form), and Paloutzian and Ellison's Spiritual Well-Being Scale. Researchers patiently addressed any questions or ambiguities during the process. Data were analyzed at both descriptive and inferential levels. Descriptive statistics included means and standard deviations for predictor and criterion variables. Inferential statistics involved Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis (enter method) using SPSS version 26.

Results

To assess the normality of the data, skewness and kurtosis indices were examined. Results showed that all values fell within the acceptable range

(-2 to +2), confirming the assumption of normal distribution. Tolerance values for all predictor variables exceeded 0.1, and variance inflation factors (*VIF*) were below 10, indicating no multicollinearity issues. The Durbin-Watson statistic was 1.753, within the acceptable range (1.5 to 2.5), confirming the independence of residuals. Pearson's correlation coefficient revealed a significant negative relationship between loneliness and spiritual well-being ($r = -.48$), significant positive relationships between distress tolerance and spiritual

well-being ($r = .50$), and between resilience and spiritual well-being ($r = .50$) ($p < .01$). In the regression model, all predictor variables, loneliness ($\beta = -.234$, $p < .01$), distress tolerance ($\beta = .433$, $p < .01$), and resilience ($\beta = .404$, $p < .01$), significantly contributed to predicting spiritual well-being. The simultaneous multiple regression model was statistically significant (Adjusted $R^2 = .863$, $F = 235.826$, $p < .001$), explaining 86.3% of the variance in spiritual well-being, with distress tolerance being the strongest predictor.

Table 1

Simultaneous Multiple Regression Analysis Predicting Spiritual Well-Being Based on Loneliness, Distress Tolerance, and Resilience

Predictor Variables	R^2	F	Sig.	SE	B	β	t	P
Constant	.867	235.826	$p < .001$					
Loneliness				.153	-0.441	-.234	-2.88	.005
Distress Tolerance				.202	1.006	.433	4.97	.001
Tolerance				.315	-0.282	-.032	-0.89	.372
Absorption				.715	5.282	.541	7.39	.001
Appraisal				.398	1.957	.294	4.91	.001
Regulation				.754	1.318	.128	1.74	.083
Resilience				.236	1.026	.404	4.36	.001

Conclusion

Chronic and persistent loneliness, when it interferes with the successful engagement in everyday activities, can lead to detrimental emotional, social, and even physical consequences. As such, this psychological variable significantly affects human health and may also influence spiritual well-being, which is considered the fourth dimension of overall health. Throughout

life, individuals encounter numerous distressing events that can trigger emotional turmoil. Those with low distress tolerance tend to underestimate their coping abilities and exert considerable effort to avoid negative emotions. In contrast, individuals with high distress tolerance demonstrate better performance under challenging conditions and are generally less vulnerable to physical and

psychological problems. Given the undeniable impact of distress tolerance on all aspects of health, it can also affect spiritual well-being by disrupting the balance between internal needs and external demands. Resilience is a quality that enables individuals and communities to navigate adversity. Therefore, resilience training is among the approaches that can effectively enhance the holistic health of older adults, including physical, psychological, and spiritual dimensions. Older adults with higher resilience are less likely to give up in difficult situations and persist in seeking appropriate strategies and solutions to overcome challenges.

Ethical Consideration

Ethical Code

To ensure compliance with ethical standards, this study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad

University, Isfahan (Khorasgan) Branch, under the code IR.IAU.KHUISF.REC.1403.102.

Financial Support

This study did not receive financial support.

Authors' Contributions

N.M: Methodology, software, formal analysis, data curation, writing - review & editing; H.T: Conceptualization, methodology, supervision.

Conflict of Interest

The authors had no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors express their sincere gratitude to the older adults who participated in the study, the Research Department of Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, the Welfare Organization of Isfahan Province, and the staff and administrators of Sadeghieh Nursing Home.



رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان

نازنین مطهری^۱ و هاجر ترکان^{۱*}

^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه: سلامت معنوی به عنوان رکن چهارم سلامت انسان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری آن شامل کلیه سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از آنها ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های احساس تنهایی راسل، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، فرم کوتاه تاب‌آوری کانر-دیویدسون، و سلامت معنوی پالوتزین و الیسون بود. داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تحلیل قرار گرفتند و از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی نشان داد بین احساس تنهایی و سلامت معنوی رابطه منفی و معنادار ($r = -0/483$)، بین تحمل پریشانی و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار ($r = 0/509$)، و بین تاب‌آوری و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار ($r = 0/501$) وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج رگرسیون چندگانه به روش همزمان نشان داد که متغیرهای پیش‌بین در مجموع توانستند ۸۶/۳ درصد از واریانس متغیر سلامت معنوی را پیش‌بینی کنند و تحمل پریشانی سهم بیشتری را در این پیش‌بینی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین کاهش احساس تنهایی و افزایش مهارت‌های تحمل پریشانی و تاب‌آوری از جمله عواملی هستند که احتمالاً سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۲

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۴/۰۴

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

کلیدواژه‌ها

احساس تنهایی، تحمل پریشانی، تاب‌آوری، سلامت معنوی، سالمندان

نحوه ارجاع به مقاله

مطهری، ن. و ترکان، م. (۱۴۰۴). رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۱(۲)، ۲۳۰-۲۱۳.

* نویسنده مسئول

هاجر ترکان

پست الکترونیکی

h.torkan@iau.ac.ir

سالمندی^۱، به مرحله‌ای از زندگی اشاره دارد که از سن ۶۵ سالگی آغاز می‌شود. در واقع سالمندی بخشی از روند طبیعی زندگی انسان محسوب می‌شود و فرایندی است که با دگرگونی‌های عمیق در سه بعد فیزیولوژی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی انسان همراه است. مطالعات نشان می‌دهند که شیوع اختلالات روانی در سالمندان نسبت به سایر گروه‌های سنی در سطح بالاتری است (صف آرا و همکاران، ۱۴۰۱). تعداد سالمندان به سرعت در حال افزایش است و تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۵۰ جمعیت افراد سالمند در جهان به ۲ میلیارد نفر برسد و حدود یک چهارم جمعیت ایران را سالمندان تشکیل دهند (دهنوی و همکاران، ۲۰۲۴). اکثریت سالمندان ایرانی بر این باورند که خانه سالمندان مکان مناسبی برای زندگی نیست. آن‌ها خانه سالمندان را مکانی برای انتظار مرگ می‌دانند به همین دلیل ترجیح می‌دهند در خانه خود زندگی کنند، اما گرفتاری‌های شغلی و پیچیدگی‌های زندگی مدرن موجب کاهش وقت و توان نگهداری از سالمندان توسط اعضای خانواده شده است، به همین دلیل روز به روز بر تعداد سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان افزوده می‌شود (عباسی و همکاران، ۲۰۲۴). در چنین وضعیتی سلامت سالمندان دستخوش تغییراتی می‌شود و یکی از ابعاد مهم سلامت که به طور معمول از آن غفلت می‌شود سلامت معنوی^۲ سالمندان است (سیدالشهدایی و همکاران، ۱۳۹۳).

سلامت معنوی اصطلاحی است که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان رکن چهارم سلامت معرفی کرده است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد. یکی از عوامل مهم در زندگی سالمندان، برخورداری از سلامت معنوی است. سلامت معنوی مفهومی پویا و چندبعدی است و به عنوان یکی از ابعاد سلامت انسان با دیگر ابعاد سلامتی مرتبط است و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۳). سلامت معنوی دارای دو بعد عمودی و افقی است. بعد عمودی آن شامل احساس سلامتی در ارتباط با خدا «سلامت مذهبی» و بعد افقی آن شامل احساس رضایت و هدفدار بودن در زندگی «سلامت وجودی» است (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲). مطالعات نشان داده‌اند که سلامت یا بهزیستی معنوی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون احساس تنهایی (کاووسی‌ان و همکاران، ۱۳۹۵)، افسردگی و کیفیت خواب

(باقری و همکاران، ۱۳۹۵) و اضطراب مرگ (امامی راد و امیری، ۱۳۹۷) رابطه منفی و معنادار و با سرسختی روان‌شناختی و انسجام روانی (صف آرا و همکاران، ۱۴۰۱)، سالمندی موفق (گلی و همکاران، ۱۳۹۵)، راهبردهای مقابله‌ای (بهرامی و همکاران، ۱۴۰۰)، کیفیت زندگی (یوسفی افراشته و مرادی، ۱۴۰۱) و رضایت از زندگی (شهبازی چهارطاق و همکاران، ۱۴۰۳) رابطه مثبت و معنادار دارد. همچنین پژوهش کاشانی‌موحد و همکاران (۱۳۹۹)، نشان داد که ارتقای سلامت معنوی در سالمندان ایرانی می‌تواند در سلامت روانی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی آنان موثر باشد. پژوهش‌های خارجی نیز نشان‌دهنده اهمیت معنویت و برخورداری از یک نیروی معنوی در سالمندان، به خصوص سالمندان مقیم سرای سالمندان است (چن و همکاران، ۲۰۱۷؛ تن و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو با توجه به شرایط خاص سالمندان مقیم سرای سالمندان که عاملی مؤثر در سلامت معنوی آن‌ها محسوب می‌شود، بررسی متغیرهای روان‌شناختی اعم از احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری در آن‌ها می‌تواند حائز اهمیت باشد.

احساس تنهایی^۳ در سالمندان یکی از متغیرهایی است که نیازمند توجه ویژه است (محمدی و محمدی یوسف‌نژاد، ۱۴۰۰) و عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد از موقعیتی که در آن قرار دارد، به گونه‌ای که اگر فرد تعداد روابط با دوستان و همکارانش را کمتر از حد مورد نظر خود ارزیابی کند و یا در روابط دوستانه و صمیمانه خود به آن میزان که می‌خواهد احساس صمیمیت نکند، دچار احساس تنهایی خواهد شد. به این ترتیب عدم هماهنگی میان سطحی از تماس اجتماعی که فرد خواهان آن است با سطحی از تماس اجتماعی که در واقعیت برقرار کرده است را احساس تنهایی گویند (وودهاوس و همکاران، ۲۰۱۲). احساس تنهایی در همه گروه‌های سنی ایجاد می‌شود اما شیوع آن در سالمندی بیش‌تر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال آن را برحسب جنس و سن تجربه می‌کنند (هروی کریملو و همکاران، ۱۳۸۷). بسیاری از سالمندان دوره پیری را به عنوان دوره تنهایی توصیف می‌کنند و از آن به عنوان یک تجربه ناخوشایند و ترسناک یاد می‌کنند. به همین دلیل هر کوششی که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان شود، سدی در برابر موج مشکلات پیچیده روانی سالمندان خواهد بود (همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین میزان احساس تنهایی در سالمندان مقیم سرای

¹ aging² spiritual health³ loneliness

سالمندان نسبت به سایرین به طور معناداری بالاتر است (بهره‌ور و همکاران، ۱۴۰۲). کاووسیان و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی که در جامعه سالمندان شهر کرج انجام دادند، نتیجه گرفتند که بین احساس تنهایی و سلامت معنوی در سالمندان ارتباط منفی معنادار وجود دارد. همچنین زارع حسن آبادی و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهش خود ارتباط آماری منفی معناداری را بین احساس تنهایی و سلامت معنوی در دانشجویان نشان دادند. براساس نتایج پژوهش دایی، و همکاران (۲۰۲۲)، بین میانگین نمرات سلامت معنوی و احساس تنهایی در سالمندان ساکن شهر و روستا تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از ارتباط معنادار بین میانگین نمرات سلامت معنوی و احساس تنهایی در تمامی افراد بود.

تحمل پریشانی^۱ از دیگر متغیرهای مؤثر در دوران سالمندی است (یوسفی نژاد و همکاران، ۱۳۹۸) و به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (سیمونز و همکاران، ۲۰۱۸). تحمل پریشانی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است و به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی و حالات هیجانی منفی اطلاق می‌شود. این متغیر روان‌شناختی یک سازه فراهیجانی را مورد توجه قرار می‌دهد که شامل ارزیابی و انتظارات یک فرد از تجربه حالات هیجانی منفی در مورد (۱) تحمل‌پذیری و انزجار، (۲) ارزیابی و قابلیت‌پذیری، (۳) گرایش به جذب توجه و از هم گسیختن عملکرد و (۴) تنظیم هیجانات به ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل در جهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش علمی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱)، رابطه مثبت معناداری بین تحمل پریشانی و سلامت معنوی در مدیران مدارس ابتدایی شهر سراوان گزارش شد. کلین (۲۰۲۳)، در پژوهشی به این نتیجه رسید که معنویت مستقیماً با تحمل پریشانی مرتبط نیست. تأثیر غیرمستقیم معنویت بر تحمل پریشانی از طریق تنظیم هیجان از نظر آماری معنادار اما کم بود و یافته‌های او نشان داد که تنظیم هیجان نقش مهمی در رابطه بین معنویت و تحمل پریشانی ایفا می‌کند. همچنین نتایج پژوهش ساپوترا و همکاران (۲۰۲۴)، نشان داد که تحمل پریشانی و بهزیستی معنوی بر پایداری به درمان در بیماران مبتلا به ایدز تأثیر می‌گذارد و رابطه مثبت معناداری را بین تحمل پریشانی و بهزیستی معنوی وجود دارد.

از جمله متغیرهای دیگری که در سنین بالا باید به آن توجه شود، میزان تاب‌آوری^۲ سالمندان است (طاهرخانی و همکاران، ۱۳۹۸). گارمزی و ماستن (۱۹۹۱)، تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (استین و همکاران، ۲۰۲۴؛ به نقل از اسماعیلی و همکاران، ۱۴۰۳). تاب‌آوری سیستمی به هم وابسته، چندسطحی و چندسیستمی از سطح زیست‌شناختی تا سطح اجتماعی است که به عنوان فرآیندی سیال و پویا از ظرفیت تحمل یا بهبودی پریشانی‌های مهمی نشأت می‌گیرد که عملکرد انطباقی را تهدید می‌کنند (دنکلا و همکاران، ۲۰۲۰؛ به نقل از تمنای‌فر و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین مشخص شده است که افراد تاب‌آور دارای ویژگی‌های انعطاف‌پذیری، اعتماد به نفس بالا، عزت نفس بالا، امید به زندگی، توانایی بخشش دیگران، همدردی، مشارکت اجتماعی، دیدگاه مثبت نسبت به زندگی و آینده هستند و این دیدگاه مانع اضطراب و افسردگی در سالمندان می‌شود (رزنیک، ۲۰۱۴). صادقان و عبدالوند (۱۴۰۱)، در پژوهشی به بررسی رابطه تاب‌آوری با سلامت معنوی کادر درمان بیمارستان‌های پذیرش‌کننده مبتلایان به ویروس کرونا در تهران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین تاب‌آوری و همه حیطه‌هایش با سلامت معنوی و حیطه‌هایش رابطه مثبت معناداری وجود دارد. در پژوهش حاتمی و شکارچی‌زاده (۲۰۲۲)، سلامت معنوی به طور مستقیم با شادی و تاب‌آوری ارتباط مثبت معنادار داشت و پیشنهاد شد برای افزایش تاب‌آوری و شادکامی دانش‌آموزانی که نمرات پایین‌تری دارند، به موضوع سلامت معنوی بیش‌تر پرداخته شود. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند که سلامت معنوی با تاب‌آوری بیماران تحت درمان همودیالیز رابطه معنادار و مثبتی دارد. همچنین نتایج پژوهش رجیبیان و همکاران (۱۳۹۸)، نشان داد که بین سلامت معنوی و هر دو مولفه آن یعنی سلامت وجودی و سلامت مذهبی و تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

پژوهش حاضر

با توجه به نکات مطرح شده و اهمیت سلامت معنوی در دوران سالمندی، ارتباط بین متغیرهای احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی و اهمیت بالای

² resilience

¹ distress tolerance

عامل، پژوهشگر باید روی دست کم ۱۰۰ مورد یا بیش‌تر از آن به طور مثال ۱۵۰ مورد برنامه‌ریزی کند. حجم نمونه مورد مطالعه از کفایت لازم برای اجرای تحلیل مسیر برخوردار است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) سن ۶۵ و بالاتر از آن، (۲) تجربه حداقل ۳ ماه سکونت در مرکز سالمندان، (۳) حداقل توانایی خواندن و نوشتن و (۴) رضایت کامل و تمایل به همکاری در پژوهش بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل (۱) ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی و (۲) محدودیت‌ها و بیماری‌های جسمی که مانع از شرکت در پژوهش می‌شود، بود. افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۸ نفر (۳۲ درصد) مرد و ۱۰۲ نفر (۶۸ درصد) زن انتخاب شدند و به لحاظ محدوده سنی، ۷۲ نفر (۴۸ درصد) کم‌تر از ۷۰ سال، ۳۹ نفر (۲۶ درصد) بین ۷۵ تا ۸۰ سال و ۳۹ نفر (۲۶ درصد) بیش‌تر از ۸۰ سال بودند. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد.

ابزار

پرسش‌نامه احساس تنهایی^۱. در سال ۱۹۹۶ توسط راسل مورد تجدید نظر قرار گرفت که شامل ۲۰ گویه، ۱۰ گویه منفی (آیا احساس می‌کنید رفیق و همدمی ندارید؟) و ۱۰ گویه مثبت (آیا احساس می‌کنید با افراد اطرافتان سازگار هستید؟) به صورت ۴ گزینه‌ای هرگز، به‌ندرت، گاهی و همیشه است. دامنه نمرات بین حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ است؛ بنابراین میانگین نمره پرسشنامه ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر احساس تنهایی است. روایی این مقیاس مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ آن توسط راسل، ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش مهراندیش و همکاران (۱۳۹۷)، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۸ محاسبه شد و به منظور بررسی اعتبار افتراقی، همگرا و سازه، به ترتیب، همبستگی نمره احساس تنهایی با نمرات حاصل از آزمون فرم کوتاه افسردگی بک، همبستگی نمرات با تک سوال گزارش فردی از احساس تنهایی و همچنین روش تحلیل عاملی اکتشافی محاسبه شد و نتایج نشان داد که پرسشنامه احساس تنهایی راسل از پایایی، روایی و همسانی درونی مطلوب (در دامنه ۰/۵۶ تا ۰/۷۸) در پژوهش ایرانی برخوردار است. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۳۱ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی^۲. جهت اندازه‌گیری تحمل پریشانی از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)

پژوهش در حوزه سالمندی در کشور ایران که در آینده در زمره کشورهای سالخورده به حساب خواهد آمد، همچنین خلاء پژوهش در حوزه سالمندان مقیم سرای سالمندان، اهمیت آگاهی یافتن از شرایط روحی-روانی آن‌ها و عدم وجود پژوهش مشابه در زمینه بررسی ارتباط بین این متغیرها در سالمندان مقیم سرای سالمندان به خصوص که نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند راهگشا و آگاهی‌بخش مشاغل مرتبط با این سالمندان از جمله پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان و کارکنان سرای سالمندان و خانواده سالمندان باشد و به نحوه تعاملات و عملکرد آن‌ها در خصوص سالمندان جهت دهد، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد. بر همین اساس فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از (۱) احساس تنهایی با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد، (۲) تحمل پریشانی با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد و (۳) تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن شامل کلیه سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ است. تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷)، فرمولی را برای برآورد حداقل حجم نمونه براساس تعداد متغیرهای پیش‌بین برای مطالعات همبستگی ارائه کردند. بنابراین در این پژوهش از فرمول

$$N \geq M + 50$$

استفاده شده است. در این فرمول N حداقل حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین به همراه زیر مقیاس‌های آن‌ها است. مجموع متغیرهای پیش‌بین به همراه زیر مقیاس‌های آن‌ها (متغیر احساس تنهایی، متغیر تحمل پریشانی به همراه ۴ زیر مقیاس آن و متغیر تاب‌آوری)، ۷ است و با توجه به فرمول، حداقل حجم نمونه ۱۰۷ می‌شود که برای اطمینان و به منظور تعمیم‌پذیری بیش‌تر، ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته شد. در خصوص حجم نمونه، باید ذکر کرد که استیونس (۱۹۹۶)، به نقل از مؤمنی و همکاران (۱۴۰۰) در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه را خوب اعلام کرده است. لوهین (۱۹۹۲)، به نقل از مؤمنی و همکاران (۱۴۰۰) بیان می‌کند برای مدل‌هایی با دو تا چهار

¹ loneliness scale

² distress tolerance scale

استفاده شد. این پرسشنامه که یک شاخص خودسنجی است، ۱۵ گویه دارد که ۴ زیرمقیاس تحمل پریشانی هیجانی (داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی برای من غیر قابل تحمل است)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (احساسات پریشانی من آنقدر شدید هستند که به طور کامل بر من غلبه می‌کنند) ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی (از احساسات پریشانی یا آشفتگی‌ام وحشت دارم) و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (وقتی پریشان یا آشفته می‌شوم باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم) را می‌سنجد. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای کاملاً موافقم، اندکی موافقم، نظری ندارم، اندکی مخالفم و کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره برای این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۷۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل پریشانی بیش‌تر است. سیمونز و گاهر ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آوردند، همچنین مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه کافی است. پژوهش صفرزاده و همکاران (۱۳۹۵)، که بر روی سالمندان شهر اهواز انجام شد، همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس و پایایی متوسطی را برای زیرمقیاس‌ها نشان داد. پایایی کل به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد. تفنگچی و همکاران (۱۴۰۰)، آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ محاسبه کردند و روایی همگرایی پرسشنامه را ۰/۵۹۰ محاسبه کردند که نشان‌دهنده روایی مطلوب پرسشنامه تحمل پریشانی است. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۱ (فرم کوتاه).

کمبل سیلیس و استین (۲۰۰۷)، فرم کوتاه شده پرسشنامه تاب‌آوری را با انتخاب ۱۰ گویه (وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم با آن سازگار شوم. مواجهه با استرس موجب قوی‌تر شدن من می‌شود.) از مقیاس اصلی تاب‌آوری کانر-دیویدسون تهیه و آن را هنجاریابی کردند و روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش دادند. این پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱ هرگز تا ۵ همیشه) است و حداقل نمره آن ۱۰ و حداکثر ۵۰ است. کسب نمره ۱۰ تا ۱۷ تاب‌آوری پایین، ۱۷ تا ۳۴ تاب‌آوری متوسط و نمره بالاتر از ۳۴ تاب‌آوری بالا را در

شرکت کننده نشان می‌دهد. در پژوهش کیهانی و همکاران (۱۳۹۳)، روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری، براساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ده گویه بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است. آن‌ها آلفای کرونباخ را برابر ۰/۶۹۹ و برای دو نیمه سازی برابر با ۰/۶۶۵ گزارش کردند که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول برای مقیاس تاب‌آوری است. در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۲۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی^۲. این پرسشنامه توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی، آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شد و روایی آن به روش اعتبار محتوی تعیین گردید. این ابزار شامل ۲۰ گویه و ۲ زیرمقیاس است که ۱۰ گویه سلامت وجودی (احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت است) و ۱۰ گویه سلامت مذهبی (با خداوند ارتباط معنادار خاصی دارم) را می‌سنجد. گویه‌ها به صورت مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» دسته‌بندی شده است. عبارت‌های با شماره فرد، سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج، سلامت وجودی را می‌سنجد. نمره کل سلامت معنوی، جمع نمره‌های این دو زیرمقیاس است که بین ۲۰ تا ۱۲۰ محاسبه می‌شود. مجموع نمرات شرکت کننده نشان‌دهنده: ۲۰-۴۰ سلامت معنوی در حد پایین، ۴۱-۹۹ سلامت معنوی در حد متوسط و ۱۰۰-۱۲۰ سلامت معنوی در حد بالا است. روایی پرسشنامه، پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا به دست آمد و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۷۱ به دست آمد.

روش اجرا

پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1403.102، به اداره کل بهزیستی استان اصفهان مراجعه شد و با توجه به اهداف پژوهش و حجم نمونه مورد نظر از بین مراکز نگهداری سالمندان در شهر اصفهان، معرفی‌نامه برای انجام پژوهش در مرکز سالمندان صادقیه که پذیرای بیش‌ترین تعداد سالمند مقیم در سطح استان (بیش از ۴۰۰ نفر) است و شامل دو سرای سالمندان ارشد و عمومی است، صادر شد. پژوهشگر پس از توضیح

² spiritual well-being scale

¹ Connor-Davidson resilience scale 10 item

مرحله تجزیه و تحلیل، داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار برای ارائه وضعیت متغیرهای پیش‌بین و ملاک استفاده شد و در سطح استنباطی داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، نرمال بودن و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. به منظور بررسی وضعیت نرمالیتی در داده‌های پژوهش از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. براساس نتایج جدول ۱، مقدار کجی و کشیدگی در حد مجاز (بین ۲ تا ۲-) قرار گرفته و بنابراین پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش به درستی رعایت شده است.

ماهیت پژوهش برای مسئولان سرای سالمندان و کسب اجازه و جلب اعتماد آن‌ها در جمع سالمندان حضور یافت. در مرحله اجرا ابتدا پژوهشگر توضیحاتی درباره پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش و همچنین اصل رازداری که هیچ اسمی از پاسخ‌دهندگان جهت انجام پژوهش لازم نیست و نتایج به صورت گروهی جهت پژوهش علمی مورد بررسی قرار خواهد گرفت، برای سالمندان ارائه داد و ضمن اخذ رضایت آگاهانه، از میان سالمندان واجد شرایط براساس ملاک‌های ورود به پژوهش، از کسانی که تمایل به همکاری داشتند، خواسته شد به پرسشنامه‌ها با دقت پاسخ دهند و هر جا ابهامی برای آن‌ها به وجود می‌آمد با صبر و حوصله ابهامات رفع می‌شد. همچنین پرسشنامه‌ها برای سالمندانی که سواد آن‌ها در حد پاسخ‌دهی به پرسش‌ها نبود یا تمایل داشتند که خود پژوهشگر سوالات را برای آن‌ها بازگو کند، خوانده شد. در نهایت از ۱۵۳ پرسشنامه توزیع شده، به ۱۵۰ مورد به طور کامل پاسخ داده شد. در

جدول ۱

میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	
۱. سلامت معنوی	۶۲/۰۱	۲۶/۴۱	۰/۲۹	-۱/۳۹	۱							
۲. احساس تنهایی	۵۴/۹۱	۱۳/۹۹	۰/۴۶	۰/۷۲	۰/۴۸**	۱						
۳. تحمل پریشانی	۴۲/۶۰	۱۱/۳۶	۰/۴۵	-۰/۹۶	۰/۵۰**	-۰/۳۴**	۱					
۴. تحمل	۷/۳۹	۳/۰۴	۰/۴۰	-۱/۰۲	۰/۴۲**	-۰/۵۵**	۰/۳۹**	۱				
۵. جذب	۷/۶۶	۲/۷۱	۰/۴۷	-۰/۷۷	۰/۲۹**	-۰/۲۹**	۰/۳۴**	۰/۴۲**	۱			
۶. ارزیابی	۱۸/۸۲	۳/۹۷	۰/۰۶	-۰/۸۳	۰/۳۲**	-۰/۴۰**	۰/۲۰**	۰/۳۳**	۰/۴۳**	۱		
۷. تنظیم	۸/۷۲	۲/۵۵	۰/۴۱	-۰/۴۸	۰/۳۹**	-۰/۵۱**	۰/۴۵**	۰/۲۱**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۱	
۸. تاب‌آوری	۲۲/۶۴	۱۰/۴۱	۰/۷۵	-۰/۷۵	۰/۵۰**	-۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۴۲**	۰/۳۹**	۱

**p<۰/۰۱ *p<۰/۰۵

همچنین، مقدار آزمون دوربین واتسون ۱/۷۵۳ در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت که نشان می‌دهد فرض استقلال رعایت شده است. نتایج رگرسیون چندگانه به روش همزمان پس از ورود متغیرهای پیش‌بین در جدول ۲ آمده است. بر اساس نتایج جدول ۲، متغیرهای پیش‌بین شامل احساس تنهایی ($\beta = -0/234$, $P < 0/01$)، تحمل پریشانی ($\beta = 0/433$, $P < 0/01$) و تاب‌آوری ($\beta = 0/404$, $P < 0/01$) سهم معناداری در پیش‌بینی سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان داشتند. (مجذور R تعدیل شده برابر ۰/۸۶۳، $P < 0/001$ و $F = 235/826$) و مدل برازش شده در مطالعه حاضر توانست ۸۶/۳ درصد

بر اساس جدول ۱، نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین احساس تنهایی و سلامت معنوی رابطه منفی و معنادار ($r = -0/48$)، بین تحمل پریشانی و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار ($r = 0/50$) و بین تاب‌آوری و سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار ($r = 0/50$) وجود داشت. همچنین بین تمامی مؤلفه‌های تحمل پریشانی و سلامت معنوی نیز رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). قبل از اجرای رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. مقدار تحمل برای متغیرهای پیش‌بین بیشتر از ۱/۰ و عامل تورم واریانس نیز کمتر از ۱۰ بود، بنابراین مدل رگرسیونی فاقد مشکل همخطی است.

جدول ۲

تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان برای پیش‌بینی سلامت معنوی براساس احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری

متغیرهای پیش‌بین	R2	F	Sig	SE	B	β	t(P)
مقدار ثابت	۰/۸۶۷	۲۳۵/۸۲۶	۰/۰۰۱				
احساس تنهایی				۰/۱۵۳	-۰/۴۴۱	-۰/۲۳۴	-۲/۸۸ (۰/۰۰۵)
تحمل پریشانی				۰/۲۰۲	۱/۰۰۶	۰/۴۳۳	۴/۹۷ (۰/۰۰۱)
تحمل				۰/۳۱۵	-۰/۲۸۲	-۰/۰۳۲	-۰/۸۹ (۰/۳۷۲)
جذب				۰/۷۱۵	۵/۲۸۲	۰/۵۴۱	۷/۳۹ (۰/۰۰۱)
ارزیابی				۰/۳۹۸	۱/۹۵۷	۰/۲۹۴	۴/۹۱ (۰/۰۰۱)
تنظیم				۰/۷۵۴	۱/۳۱۸	۰/۱۲۸	۱/۷۴ (۰/۰۸۳)
تاب‌آوری				۰/۲۳۶	۱/۰۲۶	۰/۴۰۴	۴/۳۶ (۰/۰۰۱)

از واریانس متغیر ملاک (سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان) را پیش‌بینی کند و تحمل پریشانی سهم بیشتری در این پیش‌بینی داشت. همچنین از بین مؤلفه‌های تحمل پریشانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی و ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی سهم معناداری در پیش‌بینی سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان داشتند که جذب شدن به وسیله هیجانات منفی سهم بیشتری در پیش‌بینی سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجا که سالمندان مقیم سرای سالمندان نسبت به سایرین از شرایط ویژه‌ای برخوردار هستند، میزان سلامت معنوی در آن‌ها از جمله عوامل کلیدی و تعیین‌کننده است که به بهبود وضعیت روانی و جسمانی آن‌ها کمک می‌کند. از این رو در سال‌های گذشته این متغیر روان‌شناختی و عوامل تأثیرگذار بر آن مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان انجام شد. با توجه به یافته‌ها، متغیرهای پیش‌بین شامل احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری سهم معناداری در پیش‌بینی سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان داشتند و بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد. از این رو لازم است پژوهشگران به این متغیرها در زمینه بهبود شرایط روان‌شناختی سالمندان مقیم سرای سالمندان توجه ویژه داشته باشند.

فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه احساس تنهایی با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد،

تأیید شد که این یافته با یافته‌های کاووسیان و همکاران (۱۳۹۵)، زارع حسن‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) و دابی و همکاران (۲۰۲۲) همسو است.

از یافته‌های حاضر چنین می‌توان استنباط کرد که احساس تنهایی هنگامی که به طور مزمن و پیوسته مانع موفقیت در تکالیف و فعالیت‌های طبیعی زندگی می‌شود، می‌تواند پیامدهای عاطفی، اجتماعی و حتی جسمانی زیان‌باری را به دنبال داشته باشد. در این صورت این مؤلفه، تهدیدی برای تمام ابعاد سلامت انسان و کارکرد روانی اجتماعی فرد به شمار می‌آید (هنریچ و گالون، ۲۰۰۶). بنابراین این متغیر روان‌شناختی بر سلامت انسان تأثیر بسزایی دارد و می‌تواند سلامت معنوی او را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت انسان تحت تأثیر قرار دهد. به طور کلی، سلامت معنوی بعدی مهم در زندگی سالم است که موجب ایجاد زندگی هدفدار و معنادار برای انسان می‌شود و زندگی مادی او را به زندگی معنوی تبدیل می‌کند (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۳). باید دانست که سلامت معنوی، عامل پر قدرتی است که همه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و غیره انسان را با هم هماهنگ می‌کند. در حقیقت به دلیل ارتباط به هم پیوسته ابعاد گوناگون سلامت، بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد اعم از زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، نمی‌توانند عملکرد درست داشته باشند یا به حداکثر ظرفیت خود برسند. در صورتیکه در دیگر ابعاد سلامت اختلالی ایجاد شود برای مثال درگیر شدن فرد با مشکلات روان‌شناختی اعم از افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی، سلامت معنوی فرد نیز به خطر می‌افتد. از طرفی سلامت معنوی نیز نقش حیاتی در سازگاری با استرس، اضطراب، احساس تنهایی و دیگر متغیرهای روان‌شناختی دارد،

زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت ذهنی مانند کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس دارند. به همین دلیل سالمندانی که از سلامت معنوی برخوردارند، این توانایی را دارند که به مشکلات و سختی‌های زندگی، فشارهای روانی، احساس تنهایی، ناتوانی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و از همه مهم‌تر فقدان‌های طبیعی نظیر مرگ همسر و نزدیکان، ازدواج فرزندان، مهاجرت فرزندان و دوری از آن‌ها که در چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنی دهند و از طریق مقابله با این مشکلات از بار فشار روانی بکاهند (دایی و همکاران، ۲۰۲۲).

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه تحمل پریشانی با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد، تأیید شد که این یافته با یافته‌های علمی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۲) و ساپوترا و همکاران (۲۰۲۴) همسو است و با یافته کلین (۲۰۲۳)، ناهمسو است. در تبیین این نتایج می‌توان ادعان نمود که در طول زندگی رویدادهای ناخوشایند زیادی وجود دارند که سبب بروز پریشانی در انسان می‌شوند. کسانی که تحمل پریشانی پایین دارند، هیجان را غیر قابل تحمل می‌دانند، نمی‌توانند به پریشانی ناشی از آن رسیدگی کنند، توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست کم می‌گیرند و تلاش فراوان آن‌ها در جهت جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). این افراد به دنبال راهبردهایی هستند تا در کمترین زمان این احساس تنش را از بین ببرند و به حالت لذت فوری برسند. از جمله راهبردهای ناکارآمد در این افراد می‌توان به استفاده از رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد مخدر و الکل اشاره کرد. اما در مقابل کسانی که تحمل پریشانی بالایی دارند، می‌توانند پریشانی را کنترل کنند، تسلیم آن نمی‌شوند، عملکرد بهتری در شرایط دشوار از خود نشان می‌دهند و به لحاظ دیگر شدن با مشکلات جسمانی و روانی، از شرایط مطلوب تری برخوردارند. بنابراین کمبود یا فقدان تحمل پریشانی می‌تواند خطر جدی برای سلامت انسان باشد. لازم به ذکر است که پژوهش‌ها، ارتباط تحمل پریشانی را با مشکلات مربوط به سلامت انسان و اختلالات گوناگون هیجانی-اضطرابی نشان داده‌اند (کیوک و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به تاثیر انکارناپذیر تحمل پریشانی بر تمام ابعاد سلامت انسان، این متغیر روان‌شناختی می‌تواند سلامت معنوی فرد را هم به عنوان چهارمین بعد سلامت انسان تحت تاثیر قرار دهد و منجر به از بین رفتن حالت تعادل و نظم فرد

با خود و دیگران و عدم تعادل بین نیازهای درونی با خواسته‌ها و تقاضاهای بیرونی شود (علمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان رابطه دارد، تأیید شد که این یافته با یافته‌های صادقیان و عبدالوند (۱۴۰۱)، ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹)، رجیبیان و همکاران (۱۳۹۸) و حاتمی و شکارچی‌زاده (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت که تاب‌آوری کیفیتی است که به افراد و جوامع کمک می‌کند در برابر مشکلات مقاومت کنند و از شرایط سخت عبور کنند. در هر فردی نیرویی وجود دارد که او را به سمت جستجوی نوع‌دوستی، خرد، خودشکوفایی و هماهنگی با منبع معنوی سوق می‌دهد، این نیرو تاب‌آوری است. به طور کلی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌توان به امیدواری و خوش‌بینی واقع‌گرایانه، بروز هیجانات مثبت مثل شادی و فقدان یا بروز به ندرت هیجانات منفی مانند خشم و غم، سازگاری مثبت، توانایی بهبود و بازگشت به تعادل اولیه پس از مشکلات، توکل و تکیه به منابع معنوی، پشتکار و استقامت، داشتن عزت نفس سالم، توانایی تعیین اهداف قابل دسترسی، توانایی مواجهه با مشکلات و یادگیری مهارت‌های حل تعارض جدید اشاره کرد (رزنیك، ۲۰۱۴). بنابراین از جمله رویکردهایی که می‌تواند در ارتقای همه جانبه سلامت سالمندان (ابعاد جسمانی، روانی و معنوی) موثر باشد، آموزش تاب‌آوری است. سالمندان تاب‌آور بر این باورند که می‌توانند به طور مستقیم بر حوادثی که در زندگیشان اتفاق می‌افتد، تاثیرگذار باشند. سالمندانی که تاب‌آوری بیشتری دارند در مقایسه با سایر سالمندان، در شرایط دشوار عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند، زود تسلیم نمی‌شوند و تا حد ممکن دست از تلاش برای یافتن روش و پاسخ مناسب برای عبور از آن شرایط برنمی‌دارند (قمری و میر، ۱۳۹۶).

تولیحات مطالعه

با توجه به نتایج پژوهش و اهمیت قابل توجه متغیرهای احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری در پیش‌بینی سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان که چهارمین بعد سلامت انسان است و به طور مستقیم با سلامت روان در ارتباط است، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در بهبود برنامه‌های مشاوره و سلامت روان برای سالمندان به خصوص سالمندان مقیم سرای سالمندان مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه تحمل پریشانی و تاب‌آوری قابلیت سازگاری و

مقاومت در شرایط ناخوشایند و موقعیت‌های همراه با ناراحتی‌های روان‌شناختی است، توجه به این متغیرهای روان‌شناختی و فراهم کردن پروتکل‌ها و برنامه‌های آموزشی جهت آشنایی و افزایش مهارت‌های مرتبط با آن‌ها، نتایج مفیدی را برای سالمندانی که در سرای سالمندان در شرایطی متفاوت و به دور از خانواده و آشنایان خود زندگی می‌کنند و به تبع بیشتر از سایر سالمندان دچار احساس تنهایی می‌شوند، به همراه خواهد داشت. همچنین بنابر نتایج این پژوهش متغیر احساس تنهایی نقشی کلیدی در سلامت معنوی در سالمندان ایفا می‌کند، بنابراین توجه به این متغیر بیش از گذشته باید در دستور کار روان‌شناسان سرای سالمندان قرار گیرد و با اتخاذ راهکارهایی از جمله ایجاد گروه‌های کوچک تعامل و دوستی بین سالمندان و برگزاری جلسات مشاوره به صورت فردی و گروهی کمک شود تا میزان احساس تنهایی در سالمندان کاهش یابد و در نهایت گامی مؤثر در جهت بهبود سلامت روان این سالمندان برداشته شود.

بنابر نتایج پژوهش، بین احساس تنهایی و سلامت معنوی، رابطه منفی و معنادار و بین تحمل پریشانی و همه مؤلفه‌های آن (تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، ارزیابی یا برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) و تاب‌آوری با سلامت معنوی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنابراین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به عنوان مبنای کار سایر پژوهشگران حوزه سالمندی و روان‌شناسی، به آن‌ها در درک روابط بین متغیرهای این پژوهش در سایر جوامع سالمندی در مناطق مختلف کمک کند. همچنین متغیرهای پیش‌بین توانستند ۸۶/۳ درصد از واریانس متغیر سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان را پیش‌بینی کنند. بنابراین با الگو گرفتن از این یافته، این امکان برای پژوهشگران فراهم می‌شود تا به منظور بهبود سلامت معنوی سالمندان، به بررسی میزان احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری آن‌ها بپردازند. در کل یافته‌های این پژوهش با مشخص کردن وجود رابطه تناتنگ بین متغیرهای احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری با سلامت معنوی در سالمندان مقیم سرای سالمندان به ادبیات علمی موجود در حوزه سالمندی و روان‌شناسی کمک شایانی می‌کند.

با توجه به تأثیر قابل توجه احساس تنهایی، تحمل پریشانی و تاب‌آوری در ارتباط با متغیر سلامت معنوی در سالمندان، بررسی این متغیرها در سالمندان مقیم سراهای

سالمندان نیازمند اقدام جدی است. از همین رو مسئولین، مددکاران اجتماعی و کارکنان سرای سالمندان باید به بررسی روابط سالمندان با خانواده و نزدیکان آن‌ها بپردازند و در صورتیکه از ملاقات سالمندان با آن‌ها مدت زمان زیادی می‌گذرد، جویای علت آن باشند. به لحاظ اجتماعی این یافته برای عموم مردم نقش احساس تنهایی را در سلامت معنوی سالمندان گوشزد می‌کند و به خانواده‌ها در مورد اثرات جدی رها کردن سالمندان در سرای سالمندان هشدار می‌دهد. با این حال، سراهای سالمندان مکان‌هایی امن برای زندگی سالمندان هستند و در مورد وجود و ساخت آن‌ها در جامعه بحثی وارد نیست، اما مسئله قابل تأمل در مورد این فضاها جداسازی و قطع رابطه سالمندان از جامعه است که به خودی خود در کاهش تاب‌آوری و تحمل پریشانی و افزایش احساس تنهایی سالمندان تأثیر می‌گذارد. به همین دلیل شایسته است مسئولین و سیاست‌گذاران مربوطه با اتخاذ راهبردهایی از جمله تخصیص بودجه‌ها، مرتبط ساختن بیش از پیش سرای سالمندان با جامعه از طریق برگزاری برنامه‌های مداوم تفریحی، مذهبی و ورزشی، استفاده از ایده‌های نو و سازنده پژوهشگران حوزه سالمندی و جذب خیران و متخصصان رشته‌های مختلف در اداره بهتر این سراها نسبت به بهبود شرایط سالمندان اقدام کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های این پژوهش، روش انتخاب نمونه بود که به صورت تصادفی نبوده و با توجه به شرایط خاص سالمندان، به صورت در دسترس انتخاب شده است. نتایج پژوهش به سالمندان مقیم سرای سالمندان اصفهان محدود می‌شود و از آن جاییکه پژوهش از جمله پژوهش‌های همبستگی است لذا تعمیم نتایج آن به طور گسترده و استنباط علی از نتایج منطقی نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و به روش علی-مقایسه‌ای در بین سالمندان مقیم سرای سالمندان در سایر شهرها و استان‌ها اجرا شود و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. همچنین به منظور بهبود سلامت معنوی سالمندان، اجرای کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی با متغیر تحمل پریشانی و یادگیری مهارت‌های مرتبط با آن و آشنایی سالمندان با مقوله تاب‌آوری و اجرای پروتکل‌های آن در سراهای سالمندان جهت بهره‌مندی سالمندان پیشنهاد می‌شود. از سالمندان خواسته شود تا در مورد عواطف و احساسات به خصوص احساس تنهایی صحبت کنند، به همین منظور، امکان صحبت با روان‌شناس به صورت

تمنایی‌فر، م. ر.، منصوری‌نیک، الف. و ملک‌زاده کاشانی، ف. (۱۴۰۳). ارتباط بین سبک دلبستگی نایمن و کیفیت زندگی در مبتلایان به درد مزمن: نقش میانجی ناگویی هیجانی و تعدیل‌گری تاب‌آوری. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، ۱۳(۲)، ۴۵-۶۲.

رجبیان ده زیره، م.، درتاج، ف.، درتاج، ف. و الهی، ذ. (۱۳۹۸). نقش سلامت معنوی در تاب‌آوری دانشجویان دانشگاه کاشان. *رویش روان‌شناسی*، ۸(۱)، ۹۷-۱۰۸.

زارع حسن‌آبادی، ف.، زارع حسن‌آبادی، م. و ابدی، م. م. (۱۴۰۲). بررسی رابطه سلامت معنوی با احساس تنهایی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *شانزدهمین کنفرانس بین‌المللی بهداشت، درمان و ارتقای سلامت*، تهران، ایران.

سیدالشهدایی، م.، حشمت، ش.، سیدفاطمی، ن.، حقانی، ح. و مهرداد، ن. (۱۳۹۲). سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۶(۸۱)، ۲۰-۱۱.

شهبازی چهارطاق، الف.، یوسفی افراشته، م. و مروتی، ذ. الف. (۱۴۰۳). رابطه سلامت معنوی با رضایت از زندگی سالمندان ایرانی: تحلیل نقش میانجی گذشت. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۹(۱)، ۱۱۶-۱۲۹.

صادقیان، م. ح. و عبدالوند، م. (۱۴۰۱). بررسی رابطه تاب‌آوری با سلامت معنوی کادر درمان بیمارستان‌های پذیرش‌کننده مبتلایان به ویروس کرونا تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران. *بیمارستان*، ۳۱(۳)، ۱۹-۱۰.

صف‌آرا، م.، صفادوست، ط.، موسوی نژاد، س. م. و غلام نژاد، ح. (۱۴۰۱). رابطه سلامت معنوی با انسجام روانی در سالمندان: نقش میانجی سرسختی روان شناختی. *روان‌شناسی پیری*، ۸(۴)، ۳۷۵-۳۷۸.

صفرزاده، س.، سواری، ک. و دشتی بزرگی، ز. (۱۳۹۵). مقایسه تحمل‌پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی بین سالمندان زن و مرد. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۳۷-۲۴۷.

طاهرخانی، ز.، کاوه، م. ح.، مانی، آ. و قهرمانی، ل. (۱۳۹۸). بررسی رابطه مثبت‌اندیشی، میزان تاب‌آوری و رضایت از زندگی در سالمندان شهر شیراز. *مجله علوم حرکتی و رفتاری*، ۲(۳)، ۲۵۵-۳۶۱.

عاشوری، ج.، صفاریان، م. ر. و یوسفی، ن. (۱۳۹۲). رابطه جهت‌گیری مذهبی، خوش‌بینی و هوش معنوی با سلامت معنوی مربیان قرآن. *مجله روانشناسی و دین*، ۶(۲)، ۱۲۵-۳۶۱.

علمی نژاد، م.، دهقان، ش.، نصرترهی، م.، علوی، ع. و درازهی، ج. (۱۴۰۱). بررسی رابطه سلامت معنوی با تحمل‌پریشانی

هفتگی برای سالمندان در نظر گرفته شود یا به شیوه گروه درمانی جلسات هفتگی یا ماهانه برگزار شود تا سالمندان در مورد احساس تنهایی و ناراحتی‌های خود صحبت کنند.

سپاس‌گزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است. در پایان نویسنده‌گان بر خود لازم می‌دانند از تمامی سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اداره کل بهزیستی استان اصفهان و مسئولین و کارکنان سرای سالمندان صادقیه اصفهان جهت همکاری در صدور مجوز و اجرای پژوهش، قدردانی نمایند.

منابع

ابراهیمی، ع.، یدالله‌پور، م.، اکبرزاده پاشا، ع.، سیدی اندی، س. و خفری، س. (۱۳۹۹). رابطه سلامت معنوی و تاب‌آوری در بیماران همودیالیزی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۲۳(۱)، ۱۴۱-۱۳۵.

اسماعیلی، س.، نیکوگفتار، م.، یعقوبی، ص. و نظری، ر. (۱۴۰۳). نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در ارتباط بین رویدادهای تنش‌زای زندگی و عواطف مثبت و منفی در زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه علمی روان‌شناسی سلامت*، ۱۳(۳)، ۳۶-۲۱.

امامی راد، الف. م. و امیری، ح. (۱۳۹۷). رابطه سلامت معنوی و معنایابی در زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۴(۳)، ۲۶۱-۲۵۱.

باقری، ح.، صادقی، م.، اسماعیلی، ن. و نعیمی، ز. (۱۳۹۵). رابطه سلامت معنوی با افسردگی و کیفیت خواب در سالمندان شهرستان شاهرود. *نشریه سالمندشناسی*، ۱(۱)، ۵۵-۶۲.

بهرامی، ل.، محمدی شاه‌بلاغی، ف.، ره‌گویی، الف. و بیگلریان، الف. (۱۴۰۰). پیش‌بینی راهبردهای مقابله‌ای بر اساس سلامت معنوی و تاب‌آوری در سالمندان شهر تهران. *روان‌پرستاری*، ۹(۱)، ۶۵-۵۶.

بهره‌ور، و.، ابوالفتحی ممتاز، ی. و حسینی، س. (۱۴۰۲). احساس تنهایی در سالمندان در ایران: مرور سیستماتیک. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۴۵(۵)، ۴۰۱-۳۸۹.

تفنگچی، م.، رئیسی، ز.، قمرانی، الف. و رضایی، ح. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بعدی تحمل‌پریشانی (DTS) در بین زنان مبتلا به سردردهای تنشی. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۱۲(۴)، ۴۳-۳۵.

سالمند: یک مطالعه پدیدارشناختی. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۲(۴)، ۴۲۰-۴۱۰.

همتی علمدارلو، ق، دهشیری، غ، شجاعی، س، و حکیمی‌راد، الف. (۱۳۸۷). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانه و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۳(۲)، ۵۶۴-۵۵۷.

یوسفی افراشته، م، و مرادی، م. (۱۴۰۱). سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در سالمندان روستایی نقش میانجی تاب‌آوری و امید. روان‌شناسی پیری، ۸(۳)، ۲۶۶-۲۵۱.

یوسفی‌نژاد، ا، صف‌آراء، م، و سلم‌آبادی، م. (۱۳۹۸). نقش بخشش و تحمل پریشانی بر رضایت زندگی سالمندان شهر قزوین. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۲)، ۴۷-۴۱.

References

- Abbasi, M., Radfar, M., Jafarizadeh, H., & Khalkhali, H. (2024). Does life story work based on Erikson's theory enhance psychological well-being in elderly residents of nursing homes? A randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 61, 140-148.
- Ashori, J., Safariyan, M. R., & Yousefi, N. A. (2014). The relationship between religious orientation, optimism and spiritual intelligence with the spiritual health of Quran teachers. *Journal of Psychology and Religion*, 6(2), 125-136. [Persian]
- Bahrami, L., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Rahgoy, A., & Biglarian, A. (2021). Predicting coping strategies based on spiritual health and resilience in the elderly in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 9 (1), 56-65. [Persian]
- Bahrevar, V., Abolfathi Momtaz, Y., & Hosseini, S. (2023). Feeling lonely among the elderly in Iran: a systematic review. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 45(5), 389-401.
- Bagheri, H., Sadeghi, M., Esmaeili, N., & Naeimi, Z. (2016). Relationship between spiritual health and depression and quality of sleep in the older adults in Shahrud. *Journal of Geriatric Nursing and Gerontology*, 1(1), 55-62. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.1.71> [Persian]
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson resilience scale (CD-

هیجانی مدیران مدارس ابتدایی شهرستان سراوان. هفتمین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، تهران، ایران.

قمری، م، و میر، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر اضطراب مرگ و امید به زندگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۳(۴)، ۲۶۲-۲۵۳.

کاشانی موحد، ب، حسینیان سراج‌لو، ف، بهرامی، ع، ر، شکری خوبستانی، م، و عبدالجباری، م. (۱۳۹۹). سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: مرور نظام‌مند. پژوهش در دین و سلامت، ۶(۲)، ۱۴۷-۱۲۹.

کاووسی‌ان، ن، حسین زاده، ح، کاظمی‌جلسه، ح، و کاربرو، ا. (۱۳۹۵). ارتباط بین سلامت معنوی و احساس تنهایی سالمندان شهر کرج. مجله پژوهش در دین و سلامت، ۴(۲)، ۷-۱۵.

کلانتری، ف، محرابیان، ث، سوادکوهی، س، و مسلمان، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ابعاد نماز و سلامت معنوی در بیماران دیالیزی شهر ایلام، ایران. دین و سلامت، ۳(۱)، ۳۸-۳۳.

کیهانی، م، تقوایی، د، رجبی، الف، و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۴(۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷.

گلی، م، مداح، س، ب، دالوندی، ا، حسینی، م، ع، رهگذر، م. (۱۳۹۵). ارتباط بین سالمندی موفق و سلامت معنوی سالمندان شهر تهران. روان پرستاری، ۴(۵)، ۲۱-۱۶.

محمدی، آ، و محمدی یوسف‌نژاد، ی. (۱۴۰۰). بررسی رابطه ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۷(۳۰)، ۱۰۸-۹۴.

مرتضوی، ف، س، شتی، م، مرتضوی، س، ص، شیرزاد، ف، مقدم، م، و عجم‌زید، ح. (۱۴۰۳). بررسی وضعیت و ابعاد سلامت معنوی در سالمندان ایرانی: مطالعه تلفنی مبتنی بر جمعی. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۹(۱)، ۱۴۳-۱۳۰.

مهراندیش، ن، سلیمی باجستانی، ح، و نعیمی، الف. (۱۳۹۷). مؤلفه‌های تنهایی دختران نوجوان بر اساس تجارب زیسته آن‌ها. مجله تحقیقات مشاوره، ۱۸(۷۰)، ۳۴-۴.

مؤمنی، خ، امانی، ر، جانجانی، پ، مجذوبی، م، ر، و هادیان همدانی، ک. (۱۴۰۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و عواطف مثبت و منفی در سالمندان نقش میانجی سبک‌های خاطره‌پردازی. روان‌شناسی پیری، ۷(۴)، ۴۲۲-۴۰۷.

هروی کریملو، م، انوشه، م، فروغان، م، شیخی، م، ر، حاجی زاده، الف، و سید باقر مداح، م، س. (۱۳۸۷). تنهایی از دیدگاه افراد

- RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Chen, Y. H., Lin, L. C., Chuang, L. L., & Chen, M. L. (2017). The Relationship of physiopsychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), 484-491. <https://doi.org/10.1111/wvn.12243>
- Daie, Sh., Mahmoodi-Shan, Gh. R., & Mehrbakhsh, R. (2022). The Correlation between spiritual health and loneliness in the elderly. *Research and Development in Nursing and Midwifery*, 19 (1), 9-12. <https://doi.org/10.61186/jgbfnm.19.1.9>
- Dehnavi, M., Valizadehzare, N., Mazlom, S. R., Mohajer, S., Sadeghi, T., Namazinia, M., & Baghie, D. (2024). Investigating the effect of using a home safety training application by caregivers on accident risk management in the elderly. *Experimental Gerontology*, 199, 112661. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2024.112661>
- Ebrahimi, A., Yadollahpour, M. H., Akbarzadeh Pasha, A., Seyed-Andi, S. J., & khafri, S. (2021). The Relationship between spiritual health and resilience in hemodialysis patients. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 23(1), 135-141. <https://doi.org/10.22088/jbums.23.1.135> [Persian]
- Elminejad, M., Dehghan, Sh., Nosratzahi, M., Alavi, A., & Derazehi J. (2023). Investigating the relationship between spiritual health and tolerance of emotional distress among principals of primary schools in Saravan city. The 7th national conference of modern researches in the field of educational sciences and psychology of Iran, Tehran, Iran. [Persian]
- Emamirad, A. M., & Amiri, H. (2019). The Relationship between spiritual health and meaning of life with death anxiety in elders. *Aging Psychology*, 4(3), 251-261. [Persian]
- Esmaili, S., Nikoogoftar, M., yaghoobi, S., & Nazari, R. (2024). The Mediating role of coping strategies and resilience in the relationship between stressful life events and positive and negative emotions in women with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 13(3), 21-36. doi.org/10.30473/hpj.2024.68222.5834 [Persian]
- Ghamari, M., & Mir, A. (2018). The Effectiveness of teaching tolerance on anxiety of death and life expectancy of aged women residing in nursing homes. *Aging psychology*, 3(4), 253-362. [Persian]
- Goli, M., Maddah, S. B., Dalvandi, A., Hosseini, M. A., & Rahgozar, M. (2017). The Relationship between successful aging and spiritual health of the elderly. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 4(5), 16-21 <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-04053>. [Persian]
- Hatami, S., & Shekarchizadeh, H. (2022). Relationship between spiritual health, resilience, and happiness among a group of dental students: A cross-sectional study with structural equation modeling method. *BMC Medical Education*, 22, 184. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03243-8>
- Hemmati Alamdarlou, G., Dehshiri, G., Shojaie, S., & Hakimi Rad, E. (2008). Health and loneliness status of the elderly living in nursing homes versus those living with their families. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 3(2), 557-564. [Persian]
- Heinrich, L.M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Heravi Karimloo, M., Anoosheh, M., Foroughan, M., Sheykhi, M. R., Hajizade, E., & Seyed Bagher Maddah, M. S. (2008). Loneliness from the perspectives of elderly People: A phenomenological study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 2(4), 410-420. [Persian]
- Kalantari, F., Mehrabian, T., Savadkuhi, S., & Mosalman, M. (2015). An Investigation of the relationship between the dimensions of prayer and spiritual health among patients under dialysis in Ilam, Iran. *Journal of Religion and Health*, 3(1), 32-38. URL: <http://jrh.mazums.ac.ir/article-1-211-fa.html> [Persian]
- Kashanimovahhed, B., Hosseini sarajehloo, F., Bahrami, A. R., Shokri Khoubestani, M.,

- & Abdoljabari, M. (2020). Spiritual health in the Iranian elderly: A systematic review. *Journal of Research on Religion & Health*, 6(2), 129-147. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i2.26870> [Persian]
- Kavoosian, N., Hosseinzadeh, K., Kazemi Jaliseh, H., & Karboro, A. (2018). The Relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj. *Journal of Research on Religion & Health*, 4(2), 7-15. [Persian]
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behaviour Therapy*, 41(4), 567-574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., & Amirpour, B. (2015). Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-davidson resilience scale (CD-RISC) among Nursing Female. *Iranian Journal of Medical Education*, 14 (10), 857-865. URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-fa.html> [Persian]
- Klein, J. (2023) Emotion regulation mediates the association between spirituality and distress tolerance in Students: A cross-sectional study. University of twente, student thesis.
- Mehrandish, N., salimibajestani, H., & Naeimi, E. (2019). The components of loneliness of teenage girls based on their lived experiences. *Quarterly Journal of Counseling Research*, 18(70), 4-34. <https://doi.org/10.29252/jcr.18.70.4> [Persian]
- Mohamadi, A., & Mohamadi Yousef nezhad, Y. (2022). The study of the relationship between perceived social support and loneliness with life satisfaction and life expectancy for elderly in Shiraz. *Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 7(30), 94-108. [Persian]
- Momeni, Kh., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., & Hadian Hamedani, K. (2021). The Relationship between attachment styles with positive and negative affect in the elderly: The Mediating role of reminiscence styles. *Aging Psychology*, 7(4), 407-422. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z>. [Persian]
- Mortazavi, F. S., Shati, M., Mortazavi, S. S., Shirzad, F., Moghadam, M., & Ajamzibad, H. (2024). The Spiritual health status of Iranian older adults: A population-based telephone survey. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19(1), 130-143. <https://doi.org/10.32598/sija.2023.18742> [Persian]
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 224-237. <https://doi.org/10.1177/009164719101900106>
- Rajabiyan dehzhireh, M., Dortaj, F., Dortaj, F., & Allahi, Z. (2019). Role of spiritual health in the resiliency of Kashan university students. *Rooyesh*, 8(1), 97-108. [Persian]
- Resnick B. (2014). Resilience in older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(3), 155-163. <https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000024>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sadeghian, M. H., & Abdolvand, M. (2022). Investigating the relationship between resilience and spiritual health of medical staff in hospitals admitting patients with Coronavirus. *Journal of Hospital*, 21(3), 10-19. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.20081928.1401.21.3.2.8> [Persian]
- Safara, M., Safadoust, T., Mosavinezhad, S. M., & Gholamnejad, H. (2022). The Relationship between spiritual intelligence and general health in the elderly: The Mediating role of mindfulness. *Aging Psychology*, 8(4), 375-387. <https://doi.org/10.22126/jap.2022.8160.1644>. [Persian]
- Safarzadeh, S., Savari, K., & Dashtbozorgi, Z. (2017). Comparison of distress tolerance, coping styles, spiritual intelligence and happiness among elderly men and women. *Aging psychology*, 2(4), 237-248. https://jap.razi.ac.ir/article_651.html. [Persian]
- Saputra, R., Waluyo, A., & Edison, C. (2024). The Relationship between distress tolerance and spiritual well-being towards ARV therapy adherence in people living with HIV/AIDS. *Healthcare (Basel)*, 12(8),

839. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080839>
- Saydshohadai, M., Heshmat, Sh., Seidfatemi, N., Haghani, H., Mehrdad, N. (2013). The Spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents. *Iran Journal of Nursing*, 26(81), 11-20. [Persian]
- Shahbazi Chahartaq, A., Yousefi Afrashteh, M., & Morovati, Z. (2024). Relationship between spiritual health and life satisfaction in Iranian elderly people: The Mediating role of forgiveness. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 19 (1), 116-129. <https://doi.org/10.32598/sija.2023.2076>. 5 [Persian]
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Simons, R. M., Sistas, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors*, 78, 1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5989717/>
- Taherkhani, Z., Hosien Kaveh, M., Mani, A., & Gharemani, L. (2019). A Survey on the positive relationship, resilience and life satisfaction in elderly people in Shiraz. *Journal of motor and behavioural sciences*, 2(3), 255-261. [Persian]
- Tamannaeifar, M. R., Mansourinik, A., & Malekzadeh Kashani, F. (2024). Relationship between insecure attachment style and quality of life in chronic pain patients: The Mediating role of alexithymia and moderating of resilience. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 13(2), 45-62. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.68731.5868> [Persian]
- Tan, M. M., Reidpath, D. D., Ting, R. S., Allotey, P., & Su, T. T. (2022). Religiousness and quality of life among older adults of different ethnic groups in Malaysia: A Five-year follow-up study. *Journal Relig Health*, 61(2), 1548-1563.
- Tofangchi, M., Raeisi, Z., Ghomrani, A., & Rezaee, H. (2021). Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 621-634. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1047-fa.html>. [Persian]
- Usefyneshad, A., Safara, M., & Salmabadi, M. (2019). The Role of forgiveness and tolerance of distress on life satisfaction in elderly people in Qazvin. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 6 (2), 41-47. <http://ijrn.ir/article-1-368-fa.html>. [Persian]
- Woodhouse, S. S., Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2012). Loneliness and peer relations in adolescence. *Social development*, 21(2), 273-293. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00611.x>
- Yousefi Afrashteh, M., & Moradi, M. (2022). The Spiritual health and social support with quality of life in rural elderly: The Mediating role of resilience and hope. *Aging Psychology*, 8(3), 251-266. [Persian]
- Zare hasan abadi, F., Zare hasan abadi, M., & Abadi, M. M. (2024). The relationship between spiritual health and loneliness in students. *The 16th International Conference on Health, Treatment and Health Promotion*, Tehran, Iran. [Persian]