

مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی بین سالمندان زن و مرد

دکتر کریم سواری
دانشگاه پیام‌نور تهران

✉ سحر صفرزاده
دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

دکتر زهرا دشتی بزرگی
دانشگاه آزاد اسلامی اهواز

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۱۶

دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۳۰

سالمندی دوره‌ای از رشد انسان است که با فراز و فرودهای مختلفی همراه می‌باشد و این در حالی است که واکنش متفاوت زنان و مردان سالمند در دوران کهولت نسبت به موقعیت‌های گوناگون می‌تواند منجر به حفظ یا کاهش سلامت روان آنان گردد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی بین سالمندان زن و مرد شهر اهواز انجام شد. نمونه‌ی این پژوهش ۳۸۰ نفر (۱۹۰ زن و ۱۹۰ مرد) بودند که به وسیله‌ی روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری عبارت از مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، سبک‌های مقابله با استرس فرم کوتاه کالزبیک، هنگوون و دیگر، پرسش‌نامه‌ی هوش معنوی امرام و درایر و شادمانی آکسفورد آرگایل و لو بودند. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود و تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک روش چندمتغیری مانوا نشان داد که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ مؤلفه‌های جذب پریشانی و ارزیابی پریشانی، سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی و همچنین هوش معنوی و شادکامی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین مشخص شد مؤلفه‌ی جذب پریشانی، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و هوش معنوی بیشتر در سالمندان زن و مؤلفه‌های ارزیابی پریشانی و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و شادکامی بیشتر در سالمندان مرد دیده می‌شود. بنابراین مشخص می‌شود زنان سالمند بر اساس سطح بالای استفاده از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و جذب پریشانی، نسبت به مردان سالمند آسیب‌پذیری بیشتری دارند و برای افزایش سلامت روان آنان باید بیشتر تلاش شود.

کلیدواژه: تحمل پریشانی، سبک مقابله با استرس، هوش معنوی، شادکامی، سالمندان

تکاملی هستند که به رشد و نضج ساختار و کارکرد زیستی و شناختی می‌انجامند و در بخش بعدی زندگی، برعکس، این تغییرات عمدتاً انحطاطی بوده و متضمن برگشت به مرحله‌ی اولیه زندگی می‌باشند، که از این دوران به عنوان عصر «سالخوردگی یا کهنسالی» یاد می‌شود (بختیاری، قادری کیا و یوسفی قند علی، ۱۳۸۳). در کل سلامتی مهمترین عامل رضایت زندگی در سالمندی است که از این دوره تأثیر می‌گیرد (گیجسبرترز، واندراستین، هرتوگ و دلینس، ۲۰۱۴). برخی تصور می‌کنند این دوره، یک فرد

همچنان که در علم تأیید شده است آدمی به‌طور مداوم در حال تغییر بوده و هرگز وضع و حالت ایستا ندارد (سالویا و سیلیدی، ۲۰۰۶). البته در طول بخش اول زندگی، تغییرات

سحر صفرزاده، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. کریم سواری، دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام‌نور تهران، ایران. زهرا دشت بزرگی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به سحر صفرزاده، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران باشد.
پست الکترونیکی: safarzadeh1152@yahoo.com

جذابیت و تحرک بخشد. استرس فرصت تلاش و رویارویی با خطر را در زندگی برای افراد فراهم می‌کند. در صورتی که این مؤلفه از حد مجاز فراتر رود، شرایط بحرانی به وجود می‌آید و به زندگی فردی و اجتماعی افراد آسیب می‌زند و آنها را دچار پریشانی می‌نماید (دهستانی، ۱۳۸۷). برخورد با موقعیت ایجاد کننده پریشانی و میزان تحمل آن مخصوصاً در دوران سالمندی در زنان و مردان یکسان نیست. در همین راستا طی تحقیقات مارتینز و کاستودی (۲۰۱۴) و گومز و فیشر (۲۰۰۳) مشخص شده است که تحمل سختی از طریق اعتقادات دینی، رابطه‌ی نزدیکی با حوزه‌های مختلف خانواده، تحصیل، شغل و جنسیت و غیره دارد و به عنوان سازمان دهنده شخصیت زنان و مردان گزارش شده است.

در پی این موضوع افراد وقتی در مقابل عوامل استرس‌زا در زمان طولانی قرار می‌گیرند تلاش می‌کنند برای کاهش پریشانی خود دست به مقابله بزنند. به این عوامل راهبردهای مقابله‌ای^۱ گفته می‌شود. در کل راهبردهای مقابله‌ای، مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌کنند تا به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود (نیک‌پور، ۱۳۸۴) و بر این اساس می‌تواند بر روند احساس استرس در مقطع زمانی تأثیرگذار باشد. پژوهشگران معتقدند بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک‌های مقابله‌ای فرد را تشکیل می‌دهند (حمید، لویی و لیونگ، ۲۰۰۳). هیگینز و اندلر (۱۹۹۵) بر اساس مدل لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) سبک‌های مقابله‌ای را به سه نوع مسأله‌مدار^۲ (شامل رفتارها و شناخت‌هایی است که باعث تغییر موقعیت تنش‌زا می‌شود)، هیجان‌مدار^۳ (شامل رفتارهایی است که در آن هدف تغییر پاسخ فرد به عامل تنش‌زا بوده و فرد سعی می‌کند پاسخ‌های هیجانی ناراحت کننده را تغییر دهد تا تنش کم شود) و اجتنابی^۴ (فرد با فاصله گرفتن از مسئله‌ی تنش‌زا از آن فرار می‌کند) تقسیم کرده‌اند (به نقل از گومز و مک‌لارن، ۲۰۰۶). همپل (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود نشان

بالغ سالم را به فردی ضعیف با کاهش در ظرفیت‌های مربوط به اعصاب و افزایش استعداد ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و مرگ تبدیل می‌کند (رکوعی، کیمیاگر و غفاری‌پور، ۱۳۷۶). اما باید متذکر شد سالمندی، یکی از مراحل تکامل زندگی انسان بوده که آخرین تحولات رشدی آدمی در آن صورت می‌پذیرد. آهنگ رشد در این مرحله نیز همچون دیگر مراحل زندگی دارای ویژگی‌ها، تغییر و تحولات زیستی و روان‌شناختی پیچیده است. این تغییرات بر افکار، احساسات، اعتقادات، ارزش‌ها و به طور کلی شخصیت و رفتار و شیوه‌ی عملکرد فرد در مقابل دیگران تأثیرگذار می‌باشد (مهدیزادگان و باقرپور، ۱۳۸۰) و مانند بقیه‌ی گروه‌های سنی در کل سالمندانی که رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند کیفیت زندگی بهتری دارند (پیچالسکی، ۲۰۱۵). کامینگ و هنری (۱۹۶۱) در نظریه خود به نام «دل‌کندن» بیان می‌دارند که، پیری عبارت است از عقب‌نشینی پیشرونده از نظر جسمی، روانی و اجتماعی. مادوکس (۱۹۶۳) نیز در نظریه «فعالیت» عنوان می‌کند که در سالمندی، به استثنای تغییراتی که از نظر جسمی و سلامتی به وجود می‌آید، سالمندان به میانسالان شباهت دارند و همان نیازهای روانی و اجتماعی را احساس می‌کنند (به نقل از پاشا، صفرزاده و مشاک، ۱۳۸۶). از جمله عواملی که می‌تواند بر پذیرش و در پی آن میزان خلق سالمندان مؤثر باشد، جنسیت است. زنان و مردان سالمند اگر چه مجموعه‌ی تغییرات این دوره را در سنین مشابه درک می‌کنند ولی بدلیل جنسیت متفاوت نسبت به این تغییرات بصورت متفاوتی تأثیر پذیرفته یا برخورد می‌نمایند.

طی مطالعات مختلف افرادی همچون کریمیزوگلی، دوگان، کیگی و تکیز (۲۰۰۹) و یوهانس، بالدوین و کونولی (۲۰۰۸) مشخص شده است که در افراد سالمند، شیوع استرس و اختلالات اضطرابی به ترتیب ۱۷٪ و ۲۵٪ گزارش شده است. از این رو درک پریشانی و تحمل این عامل یکی از مؤلفه‌هایی است که در دوران کهولت می‌تواند تأثیر بسزایی بر سلامت روان سالمندان زن و مرد داشته باشد. در زندگی روزانه هر یک از افراد، استرس و پریشانی‌های مختلفی تجربه می‌شود. آسفتگی و در پی آن استرس، واکنش بدن در برابر شرایط نابجای محیطی است ولی همیشه یک واکنش منفی نیست. مقدار کم استرس نه تنها زیانبار نیست بلکه می‌تواند مفید هم باشد و به زندگی

¹ coping strategies

² task-oriented coping style

³ emotion-oriented coping style

⁴ avoidance coping style

مؤلفه‌ها بیشتر بهره‌مند هستند زنان سالمند امید به زندگی بیشتری نسبت به مردان نشان می‌دهند. در پی این فرایند، به کارگیری الگوهای معنوی و دینی در زندگی روزمره بشر می‌تواند موجب افزایش سازگاری و بهزیستی انسان شود و طی تحقیقات آزادمرزآبادی، هوشمندجا و پورخلیل (۱۳۹۱) مشخص شد که بین هوش معنوی و استرس رابطه‌ی معنادار وجود دارد. این نکته در تحقیق اکسلین، یالی و لوبل (۲۰۱۳) نیز تأیید شده است. آنها نشان دادند بین هوش معنوی و راهبردهای مقابله با استرس و تحمل استرس رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. میلیمان، کزابلوسکی و فرگیوسون (۲۰۰۳) و خزایی (۲۰۱۱) نیز به این نتیجه رسیدند که بین گزینه‌های تحمل فشار روانی با هوش معنوی، رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد.

یکی دیگر از عوامل مهم در بررسی دوران سالمندی میزان شادکامی^۳ افراد است. روان‌شناسان علاقه‌مند به حیطه‌ی علوم مثبت‌نگر، توجه خود را بر منابع بالقوه احساسات مثبت نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند (سلیگمن و چیکنست میهالی، ۲۰۰۰، به نقل از کوهن و برسمن، ۲۰۰۵). امید و شادی از جمله سازه‌های شناختی-انگیزشی است که در این زمینه مورد تأکید قرار گرفته است (اسنایدر و لوپر، ۲۰۰۳). از این رو شادکامی یکی از مؤلفه‌های اساسی زندگی همه افراد بویژه سالمندان بشمار می‌رود (قیطانچی و ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۵).

پاسخ‌های هیجانی مثبت مانند شادی، بخش مهمی از تعاملات مربوط به اعصاب انسان است که توانایی افراد را برای بقا و حفظ سلامت در مقابل بیماری‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. این هیجان مثبت دامنه‌ی وسیعی از کنش‌های عاطفی از احساس آرامش گرفته تا احساس لذت و خلسه را شامل می‌شود (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۶). از آنجا که طی تحقیقات مختلف مشخص شده است زنان سالمند بیش از مردان دچار افسردگی، اضطراب و ناامیدی می‌شوند (پاشا، صفرزاده و مشاک، ۱۳۸۶) به نظر می‌رسد میزان شادکامی که عاملی مخالف افسردگی است در آنان کمتر می‌باشد. حسینی، رضایی و کیخسروی بیگزاده (۱۳۹۰) طی تحقیقی نشان دادند در مؤلفه‌ی حمایت دیگران و افسردگی میانگین نمرات زنان سالمند و مردان شادکامی و رضایت از زندگی میانگین نمرات مردان سالمند بیشتر بود. امانی (۱۳۹۴) نیز نشان داد که هرچه

داد که زنان از روش‌های کنار آمدن هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند و راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه مثل مقابله‌ی عاطفی، نشخوارهای ذهنی و اجتناب و کناره‌گیری را نسبت به مردان بیشتر به کار می‌برند. گلیدین، بیلینگز و جابی (۲۰۰۶) نیز در تحقیق خود نشان دادند که مادران بیشتر از راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی و پدران بیشتر از راهبرد ارزیابی مثبت استفاده می‌کنند و نتایج حاکی از این بود که بین روان‌رنجورخوبی و پریشانی و راهبرد مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در سنین سالمندی می‌تواند هوش معنوی^۱ و گرایش‌های مذهبی باشد. معنویت^۲ به عنوان نوعی هوش، بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع درونی است که کاربرد آن موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه ارتقای سلامت روان افراد می‌شود (کینگ، ۲۰۰۸). جاین و پورهیت (۲۰۰۶) نیز هوش معنوی را توانایی تجربه شده‌ای می‌دانند که به افراد مخصوصاً در سنین بالا امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد. بر این اساس معنویت، نیاز به فرا رفتن از خود در زندگی روزمره و یکپارچه شدن با کسی غیر از خود فرد است (کرچتون، ۲۰۰۸). تاک (۲۰۱۲) نیز طی تحقیقی نشان داد مداخلات معنوی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش پاسخ به استرس، تنش و افسردگی می‌شود. لوین (۲۰۱۰) نیز معتقد است که معنویت و ایمان مهم‌ترین عامل در سلامتی است و پیشینه‌ی پژوهشی، نقش مثبت مذهب را در سلامت روانی (نیوتون و مک اینتوش، ۲۰۱۰) و سلامت جسمانی (هارت و همکاران، ۲۰۱۲، قهاری و همکاران، ۲۰۱۲) نشان داده است. در همین رابطه بخشی‌پور رودسری (۱۳۸۴)، طی پژوهشی گزارش داد که زنان از گرایشات مذهبی قوی‌تری برخوردارند. عبدالخالق و ناسور (۲۰۰۷) نمونه‌ای از دانش‌آموزان را که همگی مسلمان بودند انتخاب کردند و به این نتیجه دست یافتند که در زنان به نسبت مردان، گرایشات و اعتقادات مذهبی بیشتری وجود دارد. طی تحقیقات گرین (۲۰۱۰) و سیسک (۲۰۰۸) نیز مشخص شده است عواملی مانند معنویت و هوش معنوی بر کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد و از آنجا که زنان از این

¹ spiritual intelligence

² spirituality

³ happiness

فیدل (۲۰۰۷) ($N > 8m + 50$) محاسبه شد. که m تعداد متغیرها و N حجم نمونه می‌باشد. ($N > 8(10) + 50$) عدد ۱۳۰ بدست آمد که با توجه به اینکه هر چه تعداد نمونه بیشتر باشد میزان خطا کمتر است بر این اساس ۳۸۰ نفر به عنوان شرکت‌کننده انتخاب شد. از نظر ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه، افراد ۶۵-۶۰ سال ۱۳۲ نفر، ۷۰-۶۶ سال ۱۲۵ نفر، ۷۵-۷۱ سال ۴۸ نفر، ۸۰-۷۶ سال ۵۱ نفر، ۸۵-۸۱ سال ۲۴ نفر بودند. ملاک جهت انتخاب افراد بعنوان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر علاوه بر تمایل آنها، میزان سن بالای ۶۰ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود و ملاک خروج نیز علاوه بر نداشتن ملاک ورود، عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگر در نظر گرفته شد.

ابزار

مقیاس تحمل پریشانی^۱. این مقیاس توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و در ایران توسط علوی (۱۳۸۸) ترجمه و بررسی شده است. دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: ۱- تحمل^۲ (تحمل پریشانی هیجانی)، ۲- جذب^۳ (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ۳- ارزیابی^۴ (برآورد ذهنی پریشانی)، ۴- تنظیم^۵ (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی). عبارات این ابزار، بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند: (۱) کاملاً موافق تا (۵) کاملاً مخالف و عبارت شماره ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی زیاد است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی و همگرایی اولیه خوبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). طبق گزارش علوی (۱۳۸۸) برای اولین بار در ایران پرسش‌نامه حاضر در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) به کاربرده شد نتایج پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ و تنظیم ۰/۵۸ را نشان داد. در تحقیق حاضر نیز

مؤلفه‌های مثبتی مانند عزت نفس بالا باشد میزان شادکامی افزایش می‌یابد. نالن-هوکسیما (۲۰۰۱) در پژوهش خود نشان دادند که ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی و برون‌گرایی با توجه به نقش متغیر جنسیت با بهزیستی ذهنی رابطه دارد. همچنین نشان دادند که زنان در مقایسه با مردان در تجربه‌ی عواطف منفی نمره‌های بالاتری را گزارش می‌کنند. از سوی دیگر برخی پژوهش‌ها رابطه‌ی بین شادکامی و مذهب را مثبت و معنی‌دار گزارش کردند (احمد و عبدالخالق، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷) و وجود عقاید مذهبی قوی‌تر در زنان و شادکامی بیشتر در مردان را نشان دادند و برخی مطالعات دیگر رابطه‌ی بین دین و شادکامی را مثبت گزارش نکردند و یا در برخی از گروه‌ها این رابطه بدست نیامده است (کریستوفر، جون و سو، ۲۰۰۰). با توجه به افزایش چشمگیر شمار سالمندان در جمعیت کشورها و با توجه به فرهنگ جامعه ما و نقش سالمندان در خانواده‌ها و نیز اشاره به این نکته که فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی و اجتماعی نقشی عمده در بوجود آمدن افسردگی و کاهش شادکامی دارند و همچنین، با توجه به رابطه‌ی عوامل محیطی مانند موقعیت‌های شادی بخش و یا اعمال مذهبی با سلامت روان و نیز نقش مهم این عوامل در رضایت از زندگی طی دوران سالمندی، اهمیت این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. از این رو در پژوهش حاضر تلاش می‌شود به این سؤال پاسخ علمی داده شود که «آیا بین زنان و مردان سالمند از نظر مؤلفه‌های تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی تفاوت وجود دارد؟»

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی سالمندان زن و مرد شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. حجم نمونه ۳۸۰ نفر (۱۹۰ زن و ۱۹۰ مرد) بود و برای انتخاب سالمندان زن و مرد، ابتدا شهر اهواز را به چهار منطقه تقسیم و سپس ۲ منطقه به قید قرعه انتخاب کرده و از سالمندان حاضر در اماکن عمومی، پارک‌ها، مساجد، مغازه‌ها (واقع در بخش‌هایی از آن مناطق) که حاضر به تکمیل پرسش‌نامه شدند، شرکت‌کننده‌ها به صورت در دسترس انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تاباخنیک و

¹ Distress Tolerance Scale (DTS)

² tolerance

³ absorption

⁴ appraisal

⁵ regulation

جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه هوش معنوی، نمره‌ی آن با نمره‌ی پرسش‌نامه تفکر دینی همبسته شده و $0/56$ بدست آمد که مشخص گردید رابطه‌ی معنی‌داری بین دو پرسش‌نامه در سطح معنی‌داری $0/006$ وجود دارد. همچنین سعیدی (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی هوش معنوی و تاب‌آوری افراد عادی و معتاد، پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ $0/89$ بدست آورد. در تحقیق حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ $0/91$ به دست آمد.

پرسش‌نامه شادمانی آکسفورد^۳. این پرسش‌نامه اولین بار توسط آرگایل و لو (۱۹۹۰) ساخته شد و دارای ۲۹ ماده می‌باشد. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از اصلاً (صفر) تا زیاد (۳)، نمره‌گذاری می‌شوند. آرگایل و لو (۱۹۹۰) ضریب آلفای $0/90$ را با 347 آزمودنی گزارش کردند. علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که تمام مواد ۲۹ گانه‌ی آزمون با نمره‌ی کل، همبستگی بالایی دارند و آلفای کرونباخ $0/93$ و پایایی دونیمه کردن آزمون $0/92$ است. همچنین در تحقیق آنها پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه پس از سه هفته ($\eta=25$) بود. برای بررسی روایی صوری پرسش‌نامه، از ۱۰ کارشناس نظرخواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تأیید کرده‌اند. در تحقیق حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ $0/94$ به دست آمد.

روش اجرا

پس از حضور در اماکن عمومی شهر (پارک‌ها، مساجد، مغازه‌ها) واقع در دو منطقه‌ی شهر که به قید قرعه مشخص شده و انتخاب افراد از روش دردسترس، تلاش شد کلیه شرایط اجرا برای شرکت‌کنندگان یکسان باشد و سالمندان بالای شصت سال در صورت تمایل به همکاری و حضور در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها را تحویل گرفته و تکمیل می‌کردند. البته در صورتی که سؤالات برای شرکت‌کنندگان دارای ابهام بود پژوهشگر به توضیح گزینه‌ی مورد نظر می‌پرداخت. لازم به توضیح است با اینکه شرط ورود به پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن بود ولی گاهی اوقات بخاطر مشکلات بینایی در سالمندان، پژوهشگر سؤالات را می‌خواند و گزینه مورد نظر را که شرکت‌کننده اعلام می‌کرد ثبت می‌نمود. به طور کلی هر دسته از پرسش‌نامه‌ها حدود ۳۰ دقیقه زمان به خود

پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/89$ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب $0/68$ ، $0/75$ ، $0/70$ و $0/78$ به دست آمد.

پرسش‌نامه مقابله با شرایط پر استرس (فرم کوتاه)^۱. فرم کوتاه پرسش‌نامه مقابله با شرایط پر استرس توسط کالزیک، هنگوون و دیگر (۲۰۰۲) و بر اساس پرسش‌نامه اصلی مقابله با شرایط پر استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسش‌نامه اصلی در تعداد عبارات آن است. پرسش‌نامه‌ی مقابله با شرایط پر استرس دارای ۴۸ عبارت است در حالی که فرم کوتاه آن از ۲۱ عبارت تشکیل شده است. این مقیاس سه سبک مقابله‌ی اصلی، یعنی مقابله‌ی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، و اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از هرگز (۱) تا بسیار زیاد (۵) مشخص کننده این است که افراد تا چه حد از هر یک از راهبردهای ارائه شده استفاده می‌کنند. به بیان جانگ (۲۰۰۷) پایایی این پرسش‌نامه بوسیله آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و اجتنابی به ترتیب ضریب $0/90$ ، $0/88$ و $0/90$ را نشان داد و نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار ۵ عاملی فرم کوتاه پرسش‌نامه مقابله با شرایط پر استرس را تأیید کرد، که این امر حاکی از اعتبار سازه‌ی این آزمون است (به نقل از مجدیان، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتنابی به ترتیب $0/90$ و $0/92$ و $0/85$ به دست آمد.

پرسش‌نامه هوش معنوی^۲. پرسش‌نامه هوش معنوی توسط امرام و درایر (۲۰۰۷) طراحی شده است که دارای دو فرم کوتاه با ۴۴ عبارت و فرم بلند با ۸۳ عبارت است. این پرسش‌نامه در ایران توسط حسینی (۱۳۹۰) ترجمه و هنجاریابی شده است (به نقل از مطور و قطبی‌زاده، ۱۳۹۲) و در یک مقیاس ۵ لیکرتی از ۱ (نظری ندارم) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. که هرچه نمره‌ی کل فرد بیشتر باشد فرد از هوش معنوی بیشتری برخوردار است (مرعشی، ۱۳۹۰). مرعشی (۱۳۹۰) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ $0/85$ به دست آورد. همچنین

¹ shortened version of the coping inventory for stress full situations (CISS-21)

² Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS)

³ Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

اختصاص می‌داد. اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها با استفاده از روش آماری مانوا در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱

جدول ۱

اطلاعات توصیفی برای نمرات تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با شرایط پر استرس، هوش معنوی و شادکامی

متغیر	مرد				زن			
	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
تحمل پریشانی	۴۶/۷۱	۹/۵۰	۳۰	۶۵	۴۶/۸۴	۸/۲۸	۳۰	۶۱
تحمل	۱۳/۴۵	۲/۱۳۲	۸	۱۵	۱۳/۱۸	۲/۲۰	۹	۱۵
جذب	۱۰/۷۶	۲/۰۲	۷	۱۵	۱۱/۲۳	۲/۵۵	۷	۱۵
ارزیابی	۱۴/۶۰	۵/۵۸	۸	۳۰	۱۳/۲۸	۴/۵۵	۸	۲۴
تنظیم	۸/۶۳	۲/۳۱	۴	۱۲	۹/۱۳	۲/۷۲۳	۳	۱۵
سبک مقابله مسأله‌مدار	۲۲/۵۸	۴/۸۸	۱۵	۳۲	۱۹/۸۴	۶/۴۷	۱۰	۳۲
سبک مقابله هیجان‌مدار	۱۵/۶۴	۴/۳۳	۷	۲۴	۲۳/۶۶	۵/۵۵	۱۲	۳۲
سبک مقابله اجتنابی	۸/۶۵	۱/۳۰	۷	۱۰	۹/۸۴	۱/۸۷	۷	۱۳
هوش معنوی	۱۵۵/۱۵	۳۶/۴۹	۱۰۳	۲۱۸	۱۶۵/۰۵	۴۴/۲۶	۱۰۳	۲۳۱
شادکامی	۵۹/۴۵	۲۲/۰۵	۱۸	۸۶	۵۳/۷۶	۲۰/۲۱	۱۵	۸۶

n=۱۹۰

$F=۱/۷۵$ و $P=۰/۴۴>۰/۰۵$ ؛ و شادکامی؛ $F=۱/۵$ و $P=۰/۴۴>۰/۰۵$ ؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رد نشد. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) در پژوهش‌های مختلف از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده می‌شود. زمان بررسی نرمال بودن داده‌ها، فرض صفر در سطح خطای ۵٪ و مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است، آزمون می‌شود. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگتر مساوی ۰/۰۵ بدست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود (موسوی، ۱۳۹۴). طی پژوهش حاضر در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف سطح $p>۰/۰۵$ برای کلیه متغیرها بود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا)، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات تحمل پریشانی (و مؤلفه‌های آن)، سبک‌های مقابله با استرس (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، هوش معنوی و شادکامی از طریق آزمون لامبدای ویلکز مشخص شد سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، قابلیت استفاده از مانوا

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با شرایط پر استرس، هوش معنوی و شادکامی ارائه شده است.

یافته‌ها

در پژوهش‌ها برای بررسی همگنی واریانس دو گروه، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین^۱ استفاده می‌شود. همگنی واریانس انتظار می‌رود زمانی اتفاق بیفتد که اثر اجرای آزمون یا مداخله‌ای، بصورت یکنواخت بر امتیاز و نمره‌ی هر شرکت‌کننده اضافه کند (موسوی، ۱۳۹۴). آزمون لوین محاسبه شده در پژوهش حاضر برای هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [تحمل پریشانی؛ $P=۰/۳۵>۰/۰۵$ و $F=۰/۸۵۲$ ؛ تحمل؛ $P=۰/۰۴۳>۰/۰۵$ و $F=۳/۷۶۱$ ؛ جذب؛ $P=۰/۲۴>۰/۰۵$ و $F=۱/۶۴$ ؛ ارزیابی؛ $P=۰/۲۷>۰/۰۵$ و $F=۱/۲۰۳$ ؛ تنظیم؛ $P=۰/۱۳>۰/۰۵$ و $F=۲/۲۷۴$ ؛ سبک مقابله‌ی مسأله‌مدار؛ $P=۰/۲۲>۰/۰۵$ و $F=۱/۳۰$ ؛ سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار؛ $P=۰/۳۱>۰/۰۵$ و $F=۰/۸۶۶$ ؛ سبک مقابله‌ی اجتنابی؛ $P=۰/۴۲>۰/۰۵$ و $F=۱/۶۵$ ؛ هوش معنوی؛ $P=۰/۷۷>۰/۰۵$]

¹ Leven's Test of Equality Variance

شد میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ می‌باشد یعنی ۵۱٪ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات تحمل پریشانی (و مؤلفه‌های آن)، سبک‌های مقابله با استرس (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، هوش معنوی و شادکامی مربوط به عضویت گروهی می‌باشد.

را مجاز می‌شمارد. این امر بیانگر آن است که بین سالمندان زن و مرد حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/0001$)، $F=39/459$ ، برای پی بردن به تفاوت مذکور، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا در جدول ۳ نشان داده شده است. در عین حال بر اساس مجذور اتا مشخص

جدول ۲

اثرات بین شرکت‌کنندگان از لحاظ نمرات تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	مجذور Eta
تحمل پریشانی	۷۱/۶۴۵	۱	۷۱/۶۴۵	۰/۹۰۱	۰/۳۴۳	۰/۰۰۲
تحمل	۷/۱۱۶	۱	۷/۱۱۶	۱/۵۱۱	۰/۲۲۰	۰/۰۰۴
جذب	۲۰/۸۴۵	۱	۲۰/۸۴۵	۳/۹۲۸	۰/۰۴۸	۰/۰۱۰
ارزیابی	۱۶۴/۴۷۴	۱	۱۶۴/۴۷۴	۶/۳۴۰	۰/۰۱۲	۰/۰۱۶
تنظیم	۲۳/۲۵۳	۱	۲۳/۲۵۳	۳/۶۱۵	۰/۰۵۸	۰/۰۰۹
سبک مقابله مسأله‌مدار	۷۲۵/۳۲۹	۱	۷۲۵/۳۲۹	۲۲/۰۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵۵
سبک مقابله هیجان‌مدار	۶۱۰۴/۰۲۴	۱	۶۱۰۴/۰۲۴	۲۴۶/۱۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۴
سبک مقابله اجتنابی	۱۳۳/۲۲۴	۱	۱۳۳/۲۲۴	۵۱/۱۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۹
هوش معنوی	۹۳۲۰/۸۵۳	۱	۹۳۲۰/۸۵۳	۵/۶۶۴	۰/۰۱۸	۰/۰۱۵
شادکامی	۳۰۸۰/۸۵۳	۱	۳۰۸۰/۸۵۳	۶/۸۸۲	۰/۰۰۹	۰/۰۱۸

با توجه به یافته‌های جدول ۲، مشاهده می‌شود که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ میزان جذب پریشانی ($F=3/928$) و ارزیابی پریشانی ($p=0/048$)، اما بین سالمندان زن و مرد از لحاظ میزان نمره کلی پریشانی، تحمل و تنظیم پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به میانگین‌های این مؤلفه‌ها زنان (۱۱/۲۳) به نسبت مردان (۱۰/۷۴) از جذب پریشانی بیشتری برخوردار می‌باشند. مردان سالمند (۱۴/۶۰) نیز به نسبت زنان (۱۳/۲۸) از ارزیابی پریشانی مناسب‌تری را نشان دادند. در عین حال با توجه به یافته‌های فوق مشاهده می‌شود که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ استفاده از مؤلفه‌های هوش معنوی ($p=0/018$)، $F=5/664$ و شادکامی ($p=0/009$)، $F=6/882$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های کسب شده در هوش معنوی زنان (۱۶۵/۰۵) به نسبت به مردان (۱۵۵/۱۵) و در مؤلفه‌های شادکامی مردان (۵۹/۴۵) نسبت به زنان (۵۳/۷۶) نمره بالاتری را کسب کردند.

همچنین طبق جدول فوق تفاوت‌های فردی به میزان ۵٪ در نمرات تحمل پریشانی، ۴٪ در نمرات تحمل، ۱۰٪ در نمرات جذب پریشانی، ۱۶٪ در نمرات ارزیابی پریشانی، ۹٪ در نمرات تنظیم پریشانی، ۵۵٪ در نمرات سبک

با توجه به یافته‌های جدول ۲، مشاهده می‌شود که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ میزان جذب پریشانی ($F=3/928$) و ارزیابی پریشانی ($p=0/048$)، اما بین سالمندان زن و مرد از لحاظ میزان نمره کلی پریشانی، تحمل و تنظیم پریشانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به میانگین‌های این مؤلفه‌ها زنان (۱۱/۲۳) به نسبت مردان (۱۰/۷۴) از جذب پریشانی بیشتری برخوردار می‌باشند. مردان سالمند (۱۴/۶۰) نیز به نسبت زنان (۱۳/۲۸) از ارزیابی پریشانی مناسب‌تری را نشان دادند. در عین حال با توجه به یافته‌های فوق مشاهده می‌شود که بین سالمندان زن و مرد از لحاظ استفاده از سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار ($p=0/0001$)، $F=22/054$ ، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار ($p=0/0001$)، $F=246/198$ و سبک مقابله‌ای اجتنابی ($p=0/0001$)، $F=51/176$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های مؤلفه‌های سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، زنان (۲۳/۶۶) به نسبت مردان

بیرونی یا درونی موقعیت‌ها و موفقیت‌ها می‌باشد. درکل زن‌ها بیشتر پیروزی‌های خود را به شانس و تصادف و عوامل بیرونی نسبت می‌دهند که این مسأله به نوبه‌ی خود باعث کاهش احساس کنترل و تأثیرگذاری در آنها و در انتها موجب جذب پریشانی و احتمال پریشان شدن در آنها می‌شود. البته در ایجاد اینگونه باورها، فرهنگ نقش بسزایی را ایفا می‌کند. این موضوع در تحقیقات اولیه‌ی اسناد مرتبط با جنس و نقش‌های جنسیتی همخوانی دارد.

در تحقیق حاضر همچنین مشخص شده است که زنان سالمند در موقعیت‌های استرس‌زا به نسبت مردان بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند و مردان سالمند بیشتر از زنان از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌نمایند. در کل مردم انتظار دارند که مردان از زنان قابلیت بیشتری داشته و موفق‌تر باشند و پیشرفت‌هایشان به توانایی‌ها و خصایص شخصی آنها نسبت داده شود. چنین قالب‌های فکری انتظاراتی مبتنی بر خوداثربخشی بالاتر در مردان نسبت به زنان را به وجود می‌آورد. در این مورد یافته‌های مختلفی تأثیر کلیشه‌های ذهنی را بر رفتار زنان و مردان تأیید کرده است. به عنوان مثال، کریمی (۱۳۷۷) بیان می‌کند زنان موفقیت خود را بیشتر به شانس و بخت و کمک از طریق دیگران اسناد می‌کنند تا مردان، در حالی که مردان غالباً افتخار موفقیت را به خود و توانایی‌های خود نسبت می‌دهند و متعاقب آن زنان بیشتر از مردان دلیل شکست در موقعیت‌های مختلف را به گردن می‌گیرند و به توانایی‌های خود اسناد می‌کنند. این شیوه‌ی اسنادها در زنان باعث کاهش احساس اثرگذاری در موقعیت‌ها و نزول احساس کنترل در موفقیت‌ها شده، ولی برای مردان حالت عکس این موضوع به وجود آمده است. بر این اساس زنان بیشتر تمایل دارند در موقعیت‌های استرس‌زا از پاسخ‌های هیجانی مانند گریه و یا رفتارهای اجتنابی مانند فرار استفاده کنند ولی مردان بیشتر تلاش می‌کنند در موقعیت مانده و مسأله را بررسی و حل نمایند زیرا تصور این است که آنها می‌توانند بیشتر بر محیط تأثیر بگذارند و محیط را کنترل کنند.

همچنین در تحقیق حاضر مشخص شده است که زنان سالمند از هوش معنوی بیشتری نسبت به مردان برخوردار هستند. افرادی که دارای معنویت درونی شده واز این حیث فعال می‌باشند و از حس اخلاقی و نوع دوستی قوی برخوردارند و انگیزه اصلی خود را در انسان بودن و حفظ

مقابله‌ای مسأله‌مدار، ۳۹٪ در نمرات هیجان‌مدار، ۱۱٪ در نمرات اجتنابی، ۱۵٪ در نمرات هوش معنوی و ۱۸٪ در نمرات شادکامی مربوط به عضویت گروهی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس سؤال مطرح شده، این پژوهش به دنبال آن بود تا مشخص نماید آیا بین زنان و مردان سالمند از نظر تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم)، سبک‌های مقابله با استرس (مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی)، هوش معنوی و شادکامی تفاوت وجود دارد تفاوت وجود دارد؟

طبق یافته‌های حاصل از این تحقیق مشخص شد بین گروه زن و مرد سالمند از لحاظ مؤلفه‌های جذب پریشانی، ارزیابی پریشانی، سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی، هوش معنوی و شادکامی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از این سؤال با یافته‌های پژوهش‌های پیشین خزایی (۲۰۱۱)، لوین (۲۰۱۰)، پاشا، صفرزاده و مشاک (۱۳۸۶)، همپل (۲۰۰۷)، گلیدین و همکاران (۲۰۰۶) و حسینی، رضایی و کیخسروی بیگزاده (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

در این پژوهش گزارش شد که زنان از لحاظ جذب پریشانی و مردان از نظر ارزیابی پریشانی نسبت به جنس مخالف نمره بیشتری کسب کرده‌اند. در تبیین یافته حاضر چنین می‌توان بیان کرد که در حدود نیم قرن است که درباره‌ی تفاوت‌های فردی زن و مرد از دیدگاه روان‌شناسی واقعیت‌هایی بدست آمده است، که زنان و مردان سالمند نیز از این حیطه مستثنی نیستند. به بیان محققین به سبب اینکه هنجارهای اجتماعی زنان را در نقش‌هایی می‌گذارد که مناسب تصور سنتی انفعالی بودن و فعالیت جسمانی نسبتاً کمتری از مردان است، این امر موجب می‌شود که در زنان احساس اثربخشی و عزت نفس کمتری نسبت به مردان ایجاد شده و احتمالاً این دلیل یکی از دلایل بالا بودن خوداثربخشی در مردان نسبت به زنان بوده و موجب می‌شود آنها ارزیابی بهتری از موقعیت استرس‌زا و پریشان کننده داشته باشند و این احتمال را در ذهن پروراندند که مسأله ایجاد شده قابل حل یا کنترل است. یکی دیگر از ویژگی‌هایی که باعث بارز شدن تفاوت بین زنان و مردان شده، وجود برخی ویژگی‌های ذاتی و اجتماعی است که در یافته‌های پژوهشگرانی چون دویر و فریس (۱۹۷۷)، نقل از صفرزاده، (۱۳۸۵) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. یکی از این ویژگی‌ها، داشتن تصورات قالبی در اسناد

روبرو بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن پژوهش و اینکه نتایج به دست آمده محدود به سالمندان زن و مرد شهر اهواز بوده اشاره کرد. بنابراین تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر و زمان دیگر باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا پژوهش در مناطق دیگر نیز انجام و نتایج قابل تعمیم گردد و همچنین با توجه به نقش پیچیده زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و تعامل این عوامل در ایجاد هر یک از عوامل شادکامی و راهبردهای مقابله با استرس که می‌تواند منجر به موفقیت در زندگی و سازگاری سالمند شده و راه کوتاهی را برای رسیدن به سلامت روان فرد سالمند رقم بزند، شناسایی زودرس عوامل زمینه‌ساز ایجاد، تداوم و رشد این دو متغیر مهم باید مورد بررسی در برنامه‌ریزی جامعه بالاخص بزرگسالان کشور قرار گیرد و در عین حال این روند و بررسی این عوامل از سنین کمتر به عنوان مثال در مقطع متوسطه و دبستان انجام گیرد.

سپاس‌گزاری

با سپاس و تشکر و آرزوی دوره سالمندی با شکوه برای کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که ما را در این مهم یاری نمودند.

منابع

- آزاد مرزآبادی، ا.، هوشمندجا، م.، و پورخلیل، م. (۱۳۹۱). رابطه معنویت سازمانی با توانمندسازی روان‌شناختی، خلاقیت، هوش معنوی، استرس شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۲)، ۱۸۷-۱۸۱.
- امانی، ر. (۱۳۹۴). شادکامی در دوران سالمندی: نقش عزت نفس. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۲(۱)، ۸۰-۷۳.
- بختیاری، س.، قادری کیا، م.، و یوسفی قند علی، آ. (۱۳۸۳). *مقایسه افسردگی در سالمندان مرد و زن ساکن سرای سالمندان شهر اهواز* (پایان نامه کارشناسی چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- بخشی‌پور رودسری، ع. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۲۸۱(۱)، ۱۴۵-۱۵۲.
- پاشا، غ. ر.، صفرزاده، س.، و مشاک، ر. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳(۹)، ۵۱۷-۵۰۳.

کرامت او به منظور تقرب به درگاه خداوند جستجو می‌کنند، با روی آوردن به معنویات، سلامت خود و دیگران را حفظ می‌نمایند (شریفی درآمدی، ۱۳۸۶). معنویت در خلال بزرگسالی به دلیل تجارب محیطی و اتفاقات روزمره افزایش می‌یابد به گونه‌ای که اضطراب حتی اضطراب مرگ در سالمندانی که ایمان راسخ به نیرو یا موجودی عالی دارند بسیار کم است. از این رو سالمندی دوره‌ای است که سالمندان احساس معنویت پخته‌تری را پرورش می‌دهند. اما از آنجا که تصورات قالبی در مورد زنان وجود دارد گرفتن کمک و دریافت حمایت از سوی محیط بیرونی و قدرت مافوق برای آنها پسندیده است و رفتار ابراز نیاز به کمک مانند دعا و استغاثه در رفتار آنها بیشتر دیده می‌شود و همین تصورات دلیلی است بر این واقعیت که اگر مردان در مواقعی نیاز به حمایت از قدرت مافوق داشته باشند این نیاز را کمتر در رفتار خود نشان دهند. این یافته با تحقیقات کتل (۱۹۹۸) همخوانی دارد، وی طی پژوهش‌هایش بیان می‌کند که زنان تمایل به ارتباط نزدیک و صمیمی با خدا، دوستان و خانواده دارند و در صدد کسب حمایت بر می‌آیند و بر این اساس به نظر می‌رسد هوش معنوی قوی‌تری در رفتار زنان نسبت به مردان نشان داده می‌شود.

در تحقیق حاضر مشخص شده است که مؤلفه‌ی رفتار شادکامی بیشتر در مردان سالمند به نسبت زنان سالمند دیده می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که با توجه به تغییرات هورمونی که در زنان مخصوصاً در سنین بالا رخ می‌دهد و موجب دوره یائسگی در آنان می‌شود میزانی از خلق روان‌شناختی آنان به نسبت مردان کاسته شده و می‌تواند پیش‌آگهی جهت ابتلا به افسردگی و یا بصورت خوشبینانه کاهش شادکامی آنان نسبت به مردان گردد. همچنین یکی از ویژگی‌های ذاتی زنان که باعث تفاوت در خلق آنان نسبت به مردان می‌شود، انعطاف‌پذیری و روحیه‌ی سلطه‌پذیر و دلسوز و فداکارشان است، که این امر باعث می‌شود در اکثر مواقع برای راحتی دیگران نظر و حق آنها را مقدم بر خود بدانند. احتمالاً این ویژگی باعث احساس تأثیرپذیر بودن و عدم کنترل محیط از جانب خود شده و بر این اساس تصور آنها از دنیای بیرون کمتر همراه با شادی و لذت می‌باشد ولی در مردان معمولاً حتی در دوران پیری تصور تسلط بر محیط باقی مانده و موجبات تقویت روحیه و احساس شادکامی در آنان می‌گردد. در پایان باید متذکر شد پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی

- مطور، ز، و قطبی‌زاده، ک. (۱۳۹۲). بررسی رابطه هوش معنوی با احساس بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز (پایان‌نامه کارشناسی چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- موسوی، ب. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر دلبستگی ناایمن و مهارت‌های اجتماعی کودکان بی‌سرپرست شهر اهواز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- مهدی‌زادگان، ا.، و باقرپور، ر. ا. (۱۳۸۰). سوء استفاده و غفلت از سالمندان. اصفهان: پردژ.
- نیک‌پرور، ر. (۱۳۸۴). مهارت‌هایی برای زندگی. تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
- Abdel-Khalek, A. M., & Naceur, F. (2007). Religiosity and association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion & Culture, 10*(1), 159-170.
- Ahmed, M., & Abdel-Khalek, M. (2006). Happiness, health, and religiosity: Significant relation. *Mental Health, Religion & Culture, 9*(1), 85-97.
- Ahmed, M., Abdel-Khalek, M. (2007). Religiosity, happiness, and psychopathology in probability sample of Muslim adolescents. *Mental health, Religion & Culture, 10*(6), 571-583.
- Amram, Y., & Dryer, C. (2007). *The Development and preliminary validation of the integrated spiritual intelligence scale (ISIS)*. Palo alto, Ca. Institute of transpersonal psychology working paper. Available in <http://www.Geocities.com/isisfindings>.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extroverts. *Personality and individual Differences, 11*(1), 1011-1017.
- Calsbeek, H., Hengowen, G., & Dekker, J. (2002). *5 factor structure of coping inventory for stressful situations (CISS-21) in adolescence and young adults with chronic digestive disorders*. Available At: <http://igiturarchive.library.uu.nl/dissertations/2003-2010-094857/c5.pdf>.
- Christopher, A., John, M., & Sue, B. (2000). Religion and happiness: Still no association. *Mental Health, Religion & Culture, 21*(9), 233-236.
- حسینی، س. م.، رضایی، آ.، و کیخسروی بیگزاده، ز. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و افسردگی و شادکامی در سالمندان زن و مرد. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۲(۴)، ۱۶۱-۱۴۳.
- خدایاری فرد، م.، و عابدینی، ی. (۱۳۸۶). مشکلات سلامتی نوجوانان و جوانان. تهران: دانشگاه تهران.
- دهستانی، م. (۱۳۸۷). مهارت‌های زندگی. تهران: جیحون.
- رکوعی، ل.، کیمیاگر، س. م.، ولایی، ن.، و غفاری‌پور، م. (۱۳۷۶). وضعیت تغذیه سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۷۶. نشریه پژوهنده، ۲(۱)، ۶۴-۵۷.
- سعیدی، ا. (۱۳۹۱). مقایسه هوش معنوی و تاب‌آوری معنادین و افراد عادی شهر اهواز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- شریفی در آمدی، پ. (۱۳۸۶). هوش هیجانی و معنویت. تهران: سپاهان.
- صفرزاده، س. (۱۳۸۵). مقایسه‌ی خوداثربخشی، سلطه‌گری و حمایت اجتماعی بین ورزشکاران و غیرورزشکاران زن و مرد شهرستان اهواز (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- علوی، خ. (۱۳۸۸). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان مشهد (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه فردوسی مشهد مقدس.
- علی‌پور، ا.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسش‌نامه شادکامی اکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. مجله اندیشه و رفتار، ۵(۲)، ۶۵-۵۵.
- قیطانچی، ص.، و ابراهیمی مقدم، ح. (۱۳۹۵). پیش‌بینی شادکامی بر اساس الگوی پنج عاملی شخصیت و باورهای فراشناخت در سالمندان. مجله روان‌شناسی پیری، ۲(۱)، ۲۲-۱۳.
- کریمی، ی. (۱۳۷۷). روان‌شناسی اجتماعی (نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردها). تهران: ارسباران.
- مجدیان، م. (۱۳۸۹). ترجمه و آماده‌سازی پرسش‌نامه شاخص مقابله با شرایط پر استرس فرم کوتاه (CISS-21). تهران: مؤسسه آزمون‌یار پویا.
- مرعشی، س. ع. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش هوش معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب وجودی و هوش معنوی در دانشجویان دانشکده‌ی نفت اهواز (پایان‌نامه دکتری چاپ نشده). دانشگاه شهید چمران اهواز.

- Cohen, S., & Pressman, D. S. (2005). Does positive affect influence health? Carnegie Mellon University. *Psychological Bulletin 2005 by the American Psychological*, 131(6), 925- 971.
- Crichton, J. C. A. (2008). *Qualitative study of spiritual intelligence in organizational leaders* (Doctoral dissertation). The Marshall Goldsmith School of Management.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic books.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 844-854.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Lobel, M. (2013). When God Disappoints Difficulty Forgiving God and its Role in Negative Emotion. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 365-79.
- Gain, M., & Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied psychology*, 32(3), 227- 233.
- Ghahari, S., Fallah, R., Bolhari, J., Moosavi, S. M., Razaghi, Z., & Akbari, M. E. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 13(4), 33-40.
- Gijsberts, M. H., van der Steen, J. T., Hertogh, C. M., & Deliens, L. (2014). Perceptions of spirituality and spiritual care giving at the end of life in elderly care physicians practicing in long-term care: a nationwide survey in the Netherlands. *European Geriatric Medicine*, 5(1) 231.
- Glidin, L. M., Billings, F. J., & jobe, M. (2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12(1), 942-962.
- Gomez, R., & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: applicability of resiliency models. *Personality and Individuals Differences*, 40(1), 1165-1176.
- Gomez, R., Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 1975-1991.
- Green, W. N., & Noble, K. D. (2010). Fostering spiritual intelligence: Undergraduates' growth in a course about consciousness. *Advanced Development*, 12(1), 26-48.
- Hamid, P. N., Yue, X. D., & Leung, C. M. (2003). Adolescent Coping in Different Chinese Family Environment. *Journal of Adolescence*, 38(149), 111-113.
- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence*, 30(5), 885-890.
- Hart, S. L., Hoyt, M. A., Diefenbach, M., Anderson, D. R., Kilbourn, K. M., Craft, L.L., & et al. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004.
- Kettl, P. (1998). Alaska Native Suicide: Lessons for elder suicide. *International Psychogeriatrics*, 10, 205-211.
- Khazayee, H. (2011). Spiritual Intelligence and mental health. *Journal of Science and Religion*, 1(1), 31-56.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model & measure*. Unpublished master's thesis: Trent University.
- Kirmizioğlu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-33.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levin, J. (2010). Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 102-15.
- Martinez, B. B., & Custodio, R. P. (2014). Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Medical Journal*, 132(1), 23-27.
- Milliman, J., Czaplewski, A. J., & Ferguson, J. (2003). Workplace spirituality and

- employee work attitudes: An exploratory empirical assessment. *Journal of Organ Change Manage*, 16(4), 426-47.
- Newton, A. T., McIntosh, D. N. (2010). Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 39-58.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- Puchalski, C. H. M. (2015). Spirituality in Geriatric Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 31(2), 252-245.
- Saliva, J., & Seldyee, S. (2006). *Assessment in Special and Remedial Education*. Houghton Mifflin.
- 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.
- Sisk, D. (2008). Engaging the spiritual intelligence of gifted students to build global awareness in the classroom. *Roepers review*, 30(1), 24-30.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. (2003). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics (5th ed.)*, Boston: Allyn & Bocon.
- Tuck, I. (2012). A critical review of a spirituality intervention. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 712-735.
- Yohannes, A. M., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1141-1147.