



رابطه‌ی امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روان شناختی سالمندان: نقش میانجی حمایت اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳

خلاصه

مقدمه: شناسایی عوامل مرتبط با سلامت روانی سالمندان، یکی از موضوعات مورد علاقه حوزه روان شناسی سالمندی است. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه‌ی امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روان شناختی سالمندان با توجه به نقش میانجی حمایت اجتماعی بود.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بوده که برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان سطح شهر تهران بود که از میان آنها ۳۲۹ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سرسختی روانشناختی اهواز، امید به زندگی، نگرش مذهبی و حمایت اجتماعی پاسخ دادند.

نتایج: مدلیابی معادلات ساختاری نشان داد که مدل فرضی پژوهش دارای برازش مناسبی با داده‌ها است و همچنین مسیر مستقیم متغیرهای امید به زندگی، نگرش‌های مذهبی و حمایت اجتماعی به سرسختی روانشناسی معنی دار است ($P < 0/05$). همچنین نشان داده شد که متغیر حمایت اجتماعی دارای اثر واسطه‌ای معنی داری بین امید به زندگی و نگرش‌های مذهبی با سرسختی روانشناسی است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که به نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه‌ی بین امید به زندگی و نگرش‌های مذهبی با سرسختی روانشناسی توجه شود و درمانگران این مولفه را در کاربست درمانی خود بگنجانند.

کلمات کلیدی: امید به زندگی، نگرش مذهبی، سرسختی روان شناختی، سالمندان، حمایت اجتماعی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

زهرآ محبویی نیه^۱

حسن احدی^۲

حمیدرضا حاتمی^۳

محمدرضا صیرفی^۴

^۱ دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه عدالت، تهران،

ایران

^۲ استاد گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه

آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه جامع امام حسین،

تهران، ایران

^۴ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد

کرج، کرج، ایران

drhahadi5@gmail.com Email:

مقدمه

سالمندی یکی از مسائل مهم سلامت عمومی است که باورهای غالبی و پیش‌داوری‌های زیادی در مورد آن وجود دارد و مسائل روانشناختی در کنار مسائل جسمانی می‌توانند در این دوره نقش مهم ایفا کنند (۱) پژوهشگران نشان داده‌اند که استرس‌های تحلیل‌برنده، یکی از عوامل اصلی آسیب در دوران سالمندی می‌باشند (۲). در همین راستا پژوهشی نیز نشان داده که استرس و بیماری‌های ذهنی می‌توانند پیشینی‌کننده‌ی پیری زیستی باشند و وقوع آن را شتاب بخشد (۳). سالمندی علاوه بر این که به خودی خود دوره‌ی مهمی است، می‌تواند یکی از مهمترین عوامل خطرزا برای بیماری‌های مزمن (۴)، از دست دادن ظرفیت‌های کارکردی و مرگ و میر نیز باشد (۵).

پژوهشگران نشان داده‌اند که بیماری‌های سلامت روانی در سالمندان نسبت به گذشته افزایش یافته است به طوری که افسردگی و عقاید خودکشی در این گروه بسیار رایج است (۶). به طور کلی مشخص شده است که خلق افسرده و مشکلات شناختی می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تحت تاثیر قرار دهد (۷). اما با وجود تمام این دشواری‌ها و مشکلات برخی عوامل می‌توانند تاثیر دشواری‌های دوران سالمندی را کاهش دهند و فرد را در برابر مشکلات مقاوم نگه دارند که یکی از این عوامل سرسختی می‌باشد (۸).

سرسختی روانشناختی متشکل از تعدادی از ویژگی‌های شخصیتی است که در رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی، به عنوان منبع مقاومت و عامل محافظت‌کننده عمل می‌کند و سه مولفه‌ی تعهد، کنترل و چالش را در خود جای داده است (۹) که این عناصر نوعی اشتیاق و انگیزش وجودی فراهم می‌آورند که موجب می‌شود شرایط استرس‌زا به نوعی فرصت رشد تبدیل شوند (۱۰). برخی پژوهشگران معتقدند که شالوده‌ی سرسختی روانشناختی امید به آینده و خوشبینی می‌باشد و همین مولفه است که با سلامت روانی افراد سالمند ارتباط دارد (۱۱). مدی و همکاران (۱۰) نیز بر عنصر شناخت‌های مثبت و نقش آن در

سازهی شخصیتی سرسختی تاکید می‌کنند. در برخی از بیماری‌های مزمن، امید به زندگی به عنوان شاخصی از مقاومت و سرسختی در نظر گرفته می‌شود و تا وقتی که فرد امید به زندگی دارد برای بهبود تلاش می‌کند، برای مثال روتنفورد، اندرسون، بورکهم و لمبرت امید به زندگی را شاخصی از سرسختی و مقاومت در بیماران سرطانی در نظر می‌گیرند (۱۲)، از این رو می‌توان انتظار داشت امید به زندگی یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر سرسختی روانشناختی باشد. علاوه بر امید به زندگی متغیرهای دیگری نیز در سرسختی روانشناختی سالمندان نقش ایفا کنند که یکی دیگر از این‌ها معنویت است (۱۳). پژوهشگران معنویت را نوعی سپر محافظتی در نظر می‌گیرند که می‌تواند از سالمندان در برابر مشکلات سلامت روان از جمله افسردگی مقاوم کند ساتریا، ایسارامالای و کوجاکرافان نیز نشان دادند که معنویت جامعه محور می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری سالمندان گردد (۱۴). با توجه به موارد گفته شده مشخص گردید که امید به زندگی و معنویت در سرسختی روانشناختی سالمندان نقش دارند اما مکانیسم اثر این دو متغیر بر سرسختی روانشناختی سالمندان چیست؟ برخی پژوهشگران بر عوامل گروهی و اجتماعی در این زمینه تاکید کرده‌اند (۱۵). چیاو و همکاران نشان دادند که امید به زندگی با مشارکت اجتماعی در سالمندان رابطه دارد و هر دوی این متغیرها با افسردگی رابطه‌ی معکوس دارند به عبارت دیگر شاید بتوان اینگونه بیان کرد که اثر امید به زندگی از طریق مشارکت اجتماعی بر سرسختی منتقل می‌شود (۱۶). ون‌رالته و سامن نیز رابطه‌ی بین عناصر اجتماعی با امید به زندگی را در پژوهش خود نشان دادند (۱۷). در مورد رابطه‌ی بین معنویت و پیوند اجتماعی نیز پژوهش‌هایی انجام شده که نشان‌دهنده‌ی ارتباط مثبت این دو متغیر است، برای مثال هستینگز نشان داد که افراد شرکت‌کننده در مراسمات معنوی مذهبی، پیوند اجتماعی بیشتری را نسبت به افراد غیرشرکت‌کننده دارا هستند (۱۸). سیلاوتی و همکاران نیز نشان دادند که جنبه‌های معنوی و اجتماعی

به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روان شناختی سالمندان با توجه به نقش میانجی حمایت اجتماعی بود.

آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های دختر ۰/۷۴ و برای آزمودنی‌های پسر برابر با ۰/۷۶ به دست آمد. روایی سازه این مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌های برازش حاکی از روایی سازه مناسب این آزمون بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمده است که حاکی از پایایی مناسب آزمون است.

مقیاس امید بزرگسالان اسنایدر: یک مقیاس خود گزارشی دارای ۱۲ سؤال و دو خرده مقیاس عامل و گذرگاه می‌باشد. سؤالات به صورت چهار گزینه‌ای و در یک پیوستار ۴ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ می‌باشد. ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس عامل، ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس گذرگاه است و ۴ سؤال انحرافی بوده و نمره گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات خرده مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کل امید را مشخص می‌کند. شواهد اولیه در مورد اعتبار و پایایی این آزمون توسط اسنایدر و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آمده است. تحلیل عامل اکتشافی و تأیید الگوی دو عاملی (عامل و گذرگاه) مقیاس را تأیید کرده‌اند. روایی و پایایی این مقیاس در ایران در پژوهش علاءالدینی (۲۵) تأیید شده است.

پرسشنامه نگرش‌های مذهبی: پرسشنامه نگرش‌های مذهبی مسلمانان توسط سراج زاده (۲۲) و بر اساس مدل گلاک و ستارک، به نقل از شریفی (۲۶) با اسلام بویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت است که ۴ بعد دینداری را می‌سنجد: بعد اعتقادی، بعد تجربه‌ای یا عواطف، بعد پیامدی و بعد مناسکی کلیه عبارت پرسشنامه در طول یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق ارزش گذاری شده‌اند (۲۲). روایی صوری این پرسشنامه را از طریق نظر خواهی

سالمندان با هم رابطه دارند و می‌توانند از هم تاثیر بپذیرند (۱۹)؛ بر این اساس هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه‌ی امید

روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بوده که برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان سطح شهر تهران بود که از میان آن‌ها ۳۲۹ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از قاعده‌ی پیشنهادی میرز و همکاران (۲۰) یعنی ۳۰۰ شرکت کننده برای برازش مدل استفاده گردید که به منظور جلوگیری از ریزش احتمالی ۳۲۹ پرسشنامه تکمیل گردید. علاوه بر راهنمایی-های لازم که در دستورالعمل پرسشنامه‌ها ارائه شده، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات تنها در راستای اهداف مطالعه و بدون ذکر مشخصات هویتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. ملاک‌های ورود و خروج شامل - افراد نمونه سکونت در شهر تهران، فقدان معلولیت جسمی و ذهنی و فقدان اختلال روانپزشکی بود و ملاک-های خروج از پژوهش داشتن پرسشنامه مخدوش و عدم پاسخ به بیش از ۵ سوال پرسشنامه بود.

پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از افراد، جهت گردآوری داده‌های مورد نظر از پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، امید به زندگی (۲۱)، نگرش مذهبی (۲۲) و حمایت اجتماعی (۲۳) استفاده شد:

پرسشنامه‌ی سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه را کیامرثی، نجاریان و هنرمند در سال ۱۳۷۷ تهیه و اعتباریابی کرده‌اند (۲۴). پرسش نامه سرسختی اهواز یک مقیاس خود گزارشی مداد کاغذی ۲۷ ماده‌ای است. نمره گذاری این پرسش نامه به این صورت است که آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه (هرگز)، (به ندرت)، (گاهی اوقات) و (بیشتر اوقات) پاسخ می‌دهند و بر اساس مقادیر ۱، ۲، ۳، ۴ نمره گذاری انجام می‌شود. دامنه نمره در این پرسش نامه از ۰ تا ۱۰۸ است. کسب نمره بیشتر در این پرسش نامه، نشان دهنده سرسختی زیاد در فرد است. در پژوهش کیامرثی و همکاران (۲۴) ضرایب آلفای کرونباخ کل

از تعدادی دانشجویان دکتری که با اسلام، آشنایی کامل داشتند، به دست آورد. رابطه بین نمره های دینداری آنان در مقیاس گلاک و ستارک و نمره ارزیابی خود آنان از دینداریشان از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۱ گزارش شد. این میزان به عنوان روایی بیرونی در نظر گرفته شد. در پژوهش شریفی نیز پایایی کل این آزمون به روش تنضیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و اعتبار آن ۰/۴۵ (از طریق سنجش همبستگی ارتباط بین نمرات این پرسشنامه و خود گزارش دهی افراد از میزان دینداری خود) برآورد شد (۲۶).

مقیاس حمایت اجتماعی: این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط شر بورن و استوارت^۱ به منظور استفاده در زمینه یابی پیامدهای پزشکی ساخته شد و پس از آن در پژوهش های دیگر از آن استفاده شده است. این مقیاس که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده را به وسیله آزمودنی می سنجد، شامل ۱۹ ماده حمایت عملکردی است و پنج بعد از حمایت اجتماعی را اندازه می گیرد که عبارت اند از: حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس پنج گزینه ای مشخص می سازد. پایین ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر آن است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. شر بورن و استوارت (۲۳) ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۱، ۰/۹۷، ۰/۹۴ و ۰/۹۲ گزارش کرده اند.

¹ Sherbourne & Stewart

یافته‌های پژوهش

در ابتدا جدول یافته‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است. در ادامه جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را ارائه می‌کند.

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و مدلیایی معادلات ساختاری) استفاده گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار Spss 21 و آمووس ۲۲ تحلیل شدند.

جدول ۱. فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب اطلاعات جمعیت‌شناخت

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۵۰
	زن	۱۷۹
تحصیلات	بیسواد	۳۱
	ابتدایی	۹۸
	سیکل	۹۲
	دیپلم	۵۱
	فوق دیپلم و لیسانس	۳۰
	فوق لیسانس	۲
	بدون پاسخ	۲۵
سن	۶۰ سال	۲۶
	بین ۶۱ تا ۶۵ سال	۱۰۰
	بین ۶۶ تا ۷۰ سال	۱۵۳
	بین ۷۱ تا ۷۵ سال	۳۴
	بین ۷۶ تا ۸۰ سال	۸
	۸۰ سال و بیشتر	۸

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	
حمايت اجتماعي	تفکر عاملی	۱۳/۳	۳/۲۶	-۰/۲۱۱	-۰/۵
	تفکر راهبردی	۱۲/۹۴	۳/۶۷	-۰/۳	-۰/۵۹
	کل	۲۶/۲۵	۶/۳	-۰/۰۹۹	-۰/۶۷۹
	حمایت هیجانی	۲۸/۲۴	۷/۳	-۰/۴۴	-۰/۷۳
	حمایت ملموس	۱۵/۲۹	۳/۵۹	-۰/۷	-۰/۴۶۷
حمايت اعتقادي	مهربانی	۱۰/۷۸	۳/۱۱	-۰/۶۲	-۰/۵۱۵
	تعامل اجتماعی	۱۱/۰۹	۳/۰۷	-۰/۸۲۱	-۰/۳۶۵
	کل	۶۵/۴	۱۵/۰۷	-۰/۵۳۷	-۰/۶۷۵
	بعد اعتقادی	۲۳/۱۹	۳/۳۷	-۰/۹۰۸	-۱/۱۳۸

بعد عاطفی	۱۹/۴۳	۳/۱۹۲	-۱/۰۳۸	-۰/۸۳۱
بعد پیامدی	۱۲/۲۴	۳/۹۸	-۰/۱۰۳	-۰/۱۱
بعد مناسکی	۱۴/۱۴	۵/۴۷	۰/۱۸۲	-۰/۳۲۲
کل	۶۸/۹۹	۱۰/۲۱	۰/۲۹۲	۰/۷۷
سرسختی روانشناختی	۴۴/۴	۱۰/۰۷	-۰/۲۲۵	-۰/۲۱۱

همچنین نرمال بودن متغیرهای پژوهش از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنف نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($P < 0/05$).

با توجه به آنچه در جدول ۲ نشان داده شده است در همه متغیرهای پژوهش مقادیر کجی و کشیدگی با قرار گرفتن بین (-۲) تا (+۲) موید نرمال بودن توزیع داده‌ها است،

جدول ۳. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
(۱) سرسختی روانشناختی	۱			
(۲) حمایت اجتماعی	**۰/۴۱	۱		
(۳) امید به زندگی	**۰/۶۸	**۰/۴۸	۱	
(۴) نگرش مذهبی	**۰/۵۵	**۰/۳۹	**۰/۵۷	۱

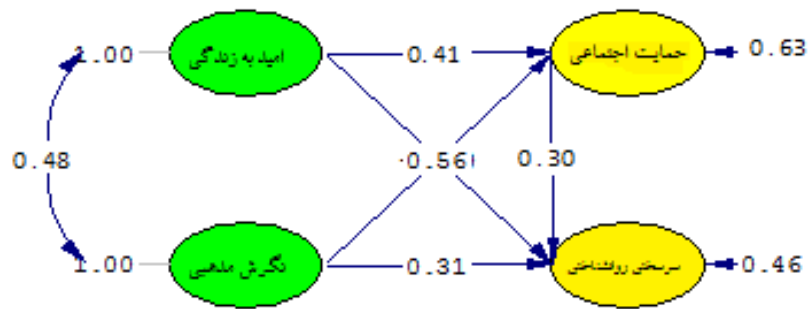
دارد. متغیر حمایت اجتماعی (میانجی) نیز با متغیرهای پیش بین امید به زندگی (۰/۴۸) و نگرش مذهبی (۰/۳۹) همبستگی متوسط مستقیم در سطح معناداری ۰/۰۱ دارد.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود متغیر سرسختی روان شناختی (ملاک) به ترتیب با متغیرهای امید به زندگی (۰/۶۸)، نگرش مذهبی (۰/۵۵) و حمایت اجتماعی (۰/۴۱) همبستگی متوسط تا قوی مستقیم در سطح معناداری ۰/۰۱

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل

شاخص یا نشانگر	مقدار شاخص	برازش
X^2	۱۰۶۷۵/۷۵	-
RMSER	۰/۰۸۱	متوسط
(X^2/df)	۳/۱۴	خوب
GFI	۰/۸۹	خوب
AGFI	۰/۹	عالی
NNFI	۰/۸۷	متوسط
CFI	۰/۸۹	خوب
IFI	۰/۹	عالی

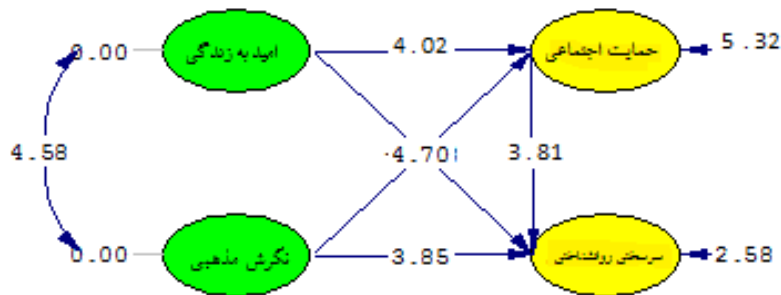
همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود برازش متوسط مدل نشان داده شده است.



شکل ۱. مدل تخمین استاندارد مبتنی بر ضرایب استاندارد

داده‌ها حاصل می‌شود و تخمین واقعی پارامترهای مدل را نشان می‌دهد، در صورتی که رابطه بالاتر از ۰/۳ باشد، می‌توان گفت سوالات مورد نظر از قدرت تبیین خوبی برخوردار است.

از مدل ضرایب استاندارد شده در قالب مدل پایه می‌توان این برداشت را نمود که بین متغیرهای مکنون مربوطه و شاخص‌های متناظر با آن‌ها همبستگی معناداری وجود دارد. این مدل که از تطابق دو ماتریس کوواریانس مدل



شکل ۲. مدل تخمین استاندارد مبتنی بر ارزش T در قالب مدل ساختاری

پارامترهای مدل از قدر مطلق ۱/۹۶ بزرگتر است. لذا فرضیات متغیر مربوط به آن تایید می‌شود.

مقادیر T، میزان معنادار بودن هر یک از پارامترها را نشان می‌دهد و چنانچه بزرگتر از قدر مطلق ۱/۹۶ باشد پارامتر مدل معنادار است. با توجه به اینکه برخی اعداد معناداری

جدول ۵. نتایج روابط بین متغیرهای مکنون مدل

حمایت اجتماعی		امید به زندگی		نگرش مذهبی	
ضریب استاندارد	ارزش T	نتیجه	ضریب استاندارد	ارزش T	نتیجه
۰/۳	۳/۸۱	تایید	۰/۵۶	۴/۷	تایید
۰/۴۱	۴/۰۲	تایید	-	-	-
۰/۳۱	۳/۸۵	تایید	۰/۴۸	۴/۵۸	تایید

همانطور که از جداول و شکل های فوق قابل استنباط است تحلیل نهایی با توجه به ضرایب استاندارد و مقادیر معناداری مورد تایید قرار گرفته است و نشان می دهد که روابط موجود براساس نظریه های استخراج شده و داده های گردآوری شده تایید می شوند.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه‌ی امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روان شناختی سالمندان با توجه به نقش میانجی حمایت اجتماعی بود که نتایج نشان داد بین امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روانشناختی ارتباط معنی دار وجود دارد. همچنین نشان داده شد که حمایت اجتماعی می تواند بین امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روان شناختی سالمندان نقش میانجی ایفا کند. یافته‌های پژوهش حاضر از نظر نقش امید در سرسختی همسو با نتایج مدی و همکاران (۱۰) و روتفورد و همکاران (۱۵) است. در تبیین این یافته می توان بیان نمود که افراد دارای امید به زندگی نگرش مثبتی به توانایی‌های خود و شرایط پیرامونی دارند، از این رو در شرایط استرس‌زا و تهدید کننده، زود تسلیم نمی شوند و تمام منابع خود را برای مقابله با موقعیت و شرایط تهدید کننده بکار می گیرند و در واقع همین امر است که موجب سرسختی روان شناختی آن‌ها می شود. در دوران سالمندی صفات شخصیتی تثبیت و تحکیم شده‌اند از این رو افرادی که در دوره‌ی جوانی و میانسالی دارای امید به زندگی بالا بودند، در سالمندی نیز این ویژگی را دارا می باشند و این ویژگی در سالمندی قابلیت تغییری کمتری را داراست و بنابراین سالمندان در برابر موقعیت‌های استرس‌زا بیشتر می توانند امید خود را حفظ کنند و دیرتر دلسرد می شوند.

در این پژوهش همچنین نشان داده شد که نگرش‌های مذهبی با سرسختی روان شناختی رابطه دارد که این یافته همسو با سالمان ولی (۲۷) و ساتریا و همکاران (۱۴) بود. به طور کلی نگرش‌های مذهبی اغلب رخدادهای آسیب‌زا را به عنوان چالش‌هایی در نظر می گیرند که فرد در معرض امتحان از طریق آن‌ها قرار دارد. افراد دارای نگرش‌های مذهبی چون به این رخدادهای به چشم چالش می نگرند و باور دارند که این چالش‌ها باعث رشد آن‌ها می شود، بنابراین

مقاومت و سرسختی بیشتری در برابر آن‌ها می کنند و از این فرصت برای رشد بیشتر استفاده می کنند. علاوه بر این افراد دارای نگرش‌های مذهبی به نیرویی فراتر از خود اعتقاد دارند که براساس آن هیچ رخدادی بی علت در جهان هستی اتفاق نمی افتد و این نگاه موجب می شود آن‌ها کمتر از اسنادهای بیرونی استفاده کنند و از این رو بیشتر احساس کنترل داشتن بر موقعیت می کنند و دیرتر در برابر شرایط دشوار تسلیم می شوند. در این پژوهش در نهایت نشان داده شد که حمایت اجتماعی دارای نقش میانجی بین امید به زندگی و نگرش مذهبی با سرسختی روانشناختی است که این یافته همسو با نتایج ون‌رالت و سامن (۱۷) و سیلاوتی و همکاران (۱۹) می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که امید و معنویت دو متغیر در هم آمیخته هستند که هر کدام مقوم دیگری است و از این رو می توانند مکانیسم اثر یکسانی نیز در ارتباط با سرسختی داشته باشند که این متغیر میانجی همان حمایت اجتماعی است. افراد دارای نگرش‌های مذهبی و امید به زندگی بالا، پیوند خود را با جامعه و گروه‌های حمایتی اطراف قطع نمی کنند و حتی از طریق مناسک مذهبی و توصیه‌های مذهبی مبنی بر شرکت در اجتماع، پیوند خود را با محیط اجتماعی پیرامونی تحکیم می کنند و این امر باعث می شود که حمایت اجتماعی بیشتری نیز در دسترس داشته باشند و این حمایت اجتماعی به نوبه‌ی خود، سالمندان را در برابر رخدادهای آسیب‌زا سرسخت‌تر می گرداند و علاوه بر این افراد سالمند دارای امید به زندگی بالا و نگرش‌های مثبت مذهبی بیشتر به دیگران کمک می کنند و زاینده‌ی بیشتری را در نیز در جامعه دارند، از این رو جامعه نیز به آن‌ها پاسخ‌های مثبت بیشتری می دهد و منابع حمایتی بیشتری نیز دارند.

در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که از جمله - ی آن استفاده از طرح مقطعی است. طراحی مقطعی مانع از فهم عمیق روابط علی میان متغیرها می شود و اینکه این روابط در طول زمان چه نقشی بر یکدیگر داشته اند تنها با انجام یک طرح طولی قابل بررسی است. همچنین، جهت گردآوری اطلاعات در این مطالعه تنها از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی استفاده شد. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده از منابع متعدد گردآوری داده (مانند

طولانی و طاقت فرساست بر نقش سرسختی و متغیرهای دخیل در آن یعنی امید به زندگی، نگرش‌های مذهبی و حمایت اجتماعی تاکید ویژه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که نقش باورهای مذهبی و معنویت از هم تفکیک شود و مشخص شود که آیا صرفاً افراد مذهبی حمایت اجتماعی بیشتری دارند و در نتیجه سرسخت‌تر هستند یا این افراد دارای معنویت بالا هم دارای همین شرایط هستند.

گزارش‌های مشاهده‌گر، ابزارهای سنجش رفتاری یا مصاحبه) برای ارزیابی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مشخص شد که امید به زندگی و نگرش‌های مذهبی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق حمایت اجتماعی بر سرسختی روانشناختی سالمندان تاثیر می‌گذارند از این رو پیشنهاد می‌شود که در سالمندان دارای بیماری‌های مزمن که روند و سیر بیماری

Reference

1. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, Perek-Białas J, Rapolienė G, Stypinska J, Willińska M, de la Fuente-Núñez V. A systematic review of existing ageism scales. *Ageing research reviews*. 2019 Jun 19:100919.
2. Luo J, Mills K, le Cessie S, Noordam R, van Heemst D. Ageing, Age-related Diseases and Oxidative Stress: What to Do Next? *Ageing Res Rev* [Internet]. 2020 [cited 2019 Dec 22]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163719301746>
3. Han LKM, Verhoeven JE, Tyrka AR, Penninx BWJH, Wolkowitz OM, Månsson KNT, et al. Accelerating research on biological aging and mental health: Current challenges and future directions [Internet]. Vol. 106, *Psychoneuroendocrinology*. 2019 [cited 2019 Dec 22]. p. 293–311. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453018309223>
4. Zulfitri R, Sabrian F, Herlina. Sociodemographic characteristics and psychosocial wellbeing of elderly with chronic illnesses who live with family at home. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 22];29:34–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862119300117>
5. Fernandes M, Wan C, Tacutu R, Barardo D, Rajput A, Wang J, et al. Systematic analysis of the gerontome reveals links between aging and age-related diseases. *Hum Mol Genet* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 22];25(21):4804–18. Available from: <https://academic.oup.com/hmg/article-abstract/25/21/4804/2525912>
6. Wang J, Shang J, Kearney JA. Mental health disorders in home care elders: An integrative review. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 22];37(1):44–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457215003687>
7. Voros V, Martin Gutierrez D, Alvarez F, Boda-Jorg A, Kovacs A, Tenyi T, et al. The impact of depressive mood and cognitive impairment on quality of life of the elderly. *Psychogeriatrics*. 2019;
8. Kowalski CM, Schermer JA. Hardiness, Perseverative Cognition, Anxiety, and Health-Related Outcomes: A Case for and Against Psychological Hardiness. *Ment Phys Heal Psychol Reports*. 2019;122(6):2096–118.
9. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1982 [cited 2019 Dec 22];42(1):168–77. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1982-23579-001>
10. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Fazel M, Resurreccion N. The personality construct of hardiness, IV: Expressed in positive cognitions and emotions concerning oneself and developmentally relevant activities. *J Humanist Psychol* [Internet]. 2009 [cited 2019 Dec 22];49(3):292–305. Available from: <http://jhp.sagepub.com/http://online.sagepub.com>
11. Smith N, Young A, Lee C. Optimism, health-related hardiness and well-being among older Australian women. *J Health Psychol* [Internet]. 2004 [cited 2019 Dec 22];9(6):741–52. Available from: www.sagepublications.com
12. Rutherford MJ, Andersson TML, Björkholm M, Lambert PC. Loss in life expectancy and gain in life years as measures of cancer impact [Internet]. Vol. 60, *Cancer Epidemiology*. 2019 [cited 2019 Dec 22]. p. 168–73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187778211930030X>
13. Lee YH, Salman A. The Mediating Effect of Spiritual Well-being on Depressive Symptoms and Health-related Quality of Life Among Elders. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22];32(3):418–24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941717302522>
14. Satria B, Isaramalai S arun, Komjakraphan P. The effect of a community-based spiritual life review program on Indonesian elders' resilience. *Enferm Clin* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22];28:55–60. Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinica

15. Steinhardt MA, Dolbier CL, Gottlieb NH, McCalister KT. The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction. *Am J Heal Promot*. 2003;17(6):382-9.
 16. Chiao CY, Lee SH, Liao WC, Yen CH, Lin YJ, Li CR, et al. Social participation and life expectancy - The case of older adults in Taiwan from 1996 to 2003. *Int J Gerontol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 22];7(2):97-101. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187395981200097X>
 17. van Raalte AA, Seaman R. The Social Determinants of Life Expectancy and Inequality in Lifespan. In: Reference Module in Biomedical Sciences. 2019.
 18. Hastings OP. Not a lonely crowd? Social connectedness, religious service attendance, and the spiritual but not religious. *Soc Sci Res* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 22];57:63-79. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049089X16000272>
 19. Silaswati S, Sahar J, Sari NK, Bardosono S, Umar J. Development and validation of an instrument measuring deterioration in social and spiritual aspects among elderly patients in Indonesia hospitals. *Enferm Clin* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2019 Dec 22];29:709-14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119302372>
 20. Meyers L., Gamst G, Guarino A. *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. SAGE; 2011.
 21. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon SX, et al. The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. Vol. 60, *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991.
 22. Serajzadeh S hasan. Attitudes of the New Religious Behaviors of Tehran's Youth and its Deals on the Theory of Secularization. *Namaye Pajouhesh*. 1999;9(10):105-18.
 23. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* [Internet]. 1991 [cited 2019 Dec 22];32(6):705-14.
 24. Kioumars A, Najarian B, Mehrbizade H mahnaz. Manufacturing and Scale Validation for Psychological Hardiness Assessment. *Psychology*. 1998;7(2):271-84.
 25. Alaeddini Z. Evaluate the psychometric characteristics of adult hope scale and hope in certain areas. University of Esfahan; 2009.
 26. Sharifi T. The Relationship between Religious Anxiety and General Health of Depression, Anxiety, Aggression and Patience in Students of Ahvaz Islamic Azad University. Ahvaz Islamic Azad University; 2002.
- Salman A, Lee YH. Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 22];48:6

*Original Article***The Relationship between Life Expectancy and Religious Attitude with Elderly Psychological Hardiness: The Mediating Role of Social Support**

Received: 20/01/2020 - Accepted: 23/04/2021

Zahra Mahbobi nieh¹
Hamidreza Hatami²
Hasan ahadi*³
Mohammad reza sirafi⁴

¹ PhD of Psychology, University of Edalat, Tehran, Iran

² Associate Professor in Department of Psychology, Imam Hussein University, Tehran, Iran

³ Professor in Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

⁴ Assistant Professor in Department of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Email: drhahadi5@gmail.com

Abstract

Introduction: Identifying factors related to the mental health of the elderly is one of the topics of interest in the field of geriatric psychology. The purpose of the present study was to determine the relationship between life expectancy and religious attitudes with psychological hardiness of elder peoples with regard to the mediating role of social support.

Materials& Methods: This study was a descriptive-correlational study and structural equation modeling method was used for data analysis. The statistical population consisted of all elder people in Tehran, 329 of whom were selected by convenience sampling method and They responded to Ahwaz psychological hardiness questionnaires, life expectancy, religious attitudes, and social support scales.

Results: Structural equation modeling showed that the hypothetical model of research has a good fit with the data and also the direct path of life expectancy variables, religious attitudes and social support to psychological hardiness was significant ($P < 0.05$). It has also been shown that social support variable has a significant mediating effect between life expectancy and religious attitudes with psychological stubbornness.

Conclusion: Based on the results of this study, it is suggested to consider the mediating role of social support in the relationship between life expectancy and religious attitudes with psychological hardiness and therapists to incorporate this component in their therapeutic practice.

Keywords: Life expectancy, Religious attitude, Psychological Hardiness, Elderly, Social support

conflict of interest: There is no conflict of interest.