



مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۴/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۹
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۱۹
صص: ۳۱۰-۲۸۳

شابا چاپی: ۴۶۴۵-۴۹۵۵
الکترونیکی: ۴۶۴۵-۵۲۶۹



پیش‌بینی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی

فرحناز جوانمردی^۱ | عبدالله شفیغ‌آبادی^۲ | کامبیز پوشنه^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی بود. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود که در قالب تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر سالمندان شهر تهران در بازه سنی ۶۵ تا ۸۰ سال بودند که ۳۰۰ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمنت (۱۹۸۸)، پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸)، مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، مقیاس ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) و پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی گامز و همکاران (۲۰۱۱) بود. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر برای بررسی نقش میانجی، با استفاده از دو نرم‌افزار SPSS و AMOS تحلیل شدند. نتایج حاکی از این بود که مدل تدوین تحمل پریشانی در سالمندان در مجموع از برازش قابل قبولی برخوردار است. این موضوع نشان می‌دهد که متغیرهای حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی به صورت مستقیم ارتباط دارند. رابطه ذهن آگاهی با تحمل پریشانی به طور مستقیم معنادار بوده و همچنین اثر غیرمستقیم حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی با میانجی‌گری ذهن آگاهی معنادار است ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی نقش واسطه‌ای بین حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی سالمندان دارد.

کلیدواژه‌ها: حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی، هوش معنوی، ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، سالمندان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
Email: ashafiabadi@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

سنتاد: جوانمردی، فرحناز؛ شفیغ‌آبادی، عبدالله؛ پوشنه، کامبیز. پیش‌بینی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک شده،

اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی، ۶۶(۱)، ۲۸۳-۳۱۰. DOR: 20.1001.1.26454955.2024.19.1.6.9

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین(ع) © نویسنده‌گان:



این مقاله تحت لسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه

تقریباً در همه کشورها، به دلیل افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ زاد و ولد، گروه سنی افراد بالای ۶۰ سال سریع‌ترین نرخ رشد را نسبت به سایر گروه‌های سنی داشته و جمعیت باستانی بسیار بالا به سمت پیر شدن حرکت می‌کند (هیو و همکاران^۱، ۲۰۱۷). به صورتی که در کل جهان ۷ درصد جمعیت بسیاری از کشورها را سالمندان شامل می‌شوند و پیش‌بینی‌هایی صورت گرفته مبنی بر این که این جمعیت تا ۱۵ سال آینده به ۶۰ درصد افزایش خواهد یافت و در سال ۲۰۳۰ ما یک میلیارد سالمند را در جهان خواهیم داشت (هیو و همکاران^۲، ۲۰۱۷). البته در ایران نیز نسبت جمعیت سالمند در سال ۱۳۹۱ به ۸/۲۰ درصد جمعیت کل رسید و پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۰۵ به ۱۰/۵ درصد جمعیت و در سال ۱۴۳۰ به ۲۱/۷ درصد جمعیت برسد (ابو صالحی و همکاران، ۲۰۲۱). موضوع جهانی پیری جمعیت در نقاط مختلف جهان نگرانی زیادی را نسبت به اختلالات روانی یا مشکل روانی با شیوع بالا در سالمندان ایجاد کرده است (بایرن و پاچانا^۳، ۲۰۱۰). داشتن جامعه‌ای سالمند پدیده‌ای فراگیر و غیر قابل کنترل بوده که با ضعف در کارکردهای مختلف جامعه همراه خواهد بود (نگاشوان و سووش^۴، ۲۰۱۶). مشکلات و مسائل متعددی همراه با دوران سالمندی هستند که از جمله این مسائل می‌توان به بیماری جسمی و روانی اشاره نمود که به دنبال آن از کیفیت زندگی سالمندان کاسته و افزایش کیفیت زندگی این گروه یکی از اهداف هر کشور توسعه یافته‌ای می‌باشد (عندلیب کورایم، محمودی نیا، ۱۴۰۰). در این بین در سطح جهانی، ۱۵ درصد از جمعیت سالمند از اختلالات روانی رنج می‌برند و استرس یکی از مشکلات عمده سلامت روان است که بر بخش قابل توجهی (۱۰ تا ۵۵ درصد) از جمعیت سالمندان تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهانی^۵، ۲۰۱۶؛ استینگیرا^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات روانشناختی که اغلب در افراد سالمند دیده می‌شود عبارتند از: اضطراب، استرس و افسردگی (استنلی و بیر^۷، ۲۰۰۶). این سه مشکل به عنوان سازه‌های عاطفی منفی در نظر گرفته می‌شوند (وود و همکاران، ۲۰۱۰).

1. He W.
2. He W.
3. Byrne, G. J., & Pachana, N. A.
4. Nageshwaran, K., & Suresh, R.
5. World Health Organization
6. Seangpraw, K
7. Stanley, M., & Beare, P. G.

افسردگی، شایع‌ترین مشکل سلامت روانی که در سالمندان یافت می‌شود، باعث افزایش میزان عوارض و مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی (QOL) و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (کومار و همکاران^۱، ۲۰۱۴). اضطراب یک وضعیت عاطفی است که باعث ناراحتی می‌شود که با احساس نگرانی، دلهره و ترس مشخص می‌شود و اغلب در سالمندان در نتیجه تغییرات مختلف تجربه شده توسط فرآیند پیری رخ می‌دهد (ساری و مانونگالیت^۲، ۲۰۱۹). اضطراب در سالمندان دارای ناتوانی شایع‌تر است و پیش‌بینی کننده قابل توجهی از پیشرفت ناتوانی، اختلال شناختی و قرار گرفتن در خانه سالمندان است. اضطراب همراه با افسردگی، نگرانی و ترس اجتماعی می‌تواند منجر به اختلال اضطراب فراگیر، به ویژه در افراد مسن شود (دیفن باخ و همکاران^۳، ۲۰۰۹). همانگونه که مطرح شد سالمندان با پریشانی‌های روانشناختی از قبیل اضطراب، استرس و افسردگی رو برو هستند که همراهی این مسایل با مشکلاتی مانند احساس تنهایی، از دست دادن همسر و دوستان، بازنشستگی، کاهش توانمندی عملکردی، مبتلا شدن به بیماری مختلف، تغییرات ظاهری، مشکلات اقتصادی و مشکلات اجتماعی و ارتباطی زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۴۰۰). 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 (صفرزاده و همکاران، ۱۳۹۵). در نتیجه توجه به بهبود توانمندی‌های سالمندان در برابر این مسائل و تغییرات حائز اهمیت است.

یکی از سازه‌ی با اهمیت که برای رویارویی و تطابق با تجربه‌ی این چینی در فرایند زندگی می‌تواند نقش ایفا کند، سازه تحمل پریشانی است (مک دونالد و همکاران^۴، ۲۰۲۱). تحمل پریشانی توانایی فرد برای مدیریت پریشانی عاطفی واقعی یا درک شده است (ووجانویچ و زگال، ۲۰۲۰). همچنین مستلزم این است که فرد بتواند از یک حادثه عاطفی عبور کند بدون اینکه آن را بدتر کند. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند معمولاً تحت تأثیر موقعیت‌های استرس‌زا قرار می‌گیرند و گاهی اوقات ممکن است به روش‌های ناسالم یا حتی مخرب برای مقابله با این احساسات دشوار

1. Kumar, S
2. Sari, N. P. W. P., & Manungkalit,
3. Diefenbach, G. J.
4. McDonald, M. A

روی بیاورند (مک دونالد، یانگ و لانکاستر، ۲۰۲۱). همه افراد در طول زندگی استرس‌های مختلفی را تجربه می‌کنند. این استرس‌ها می‌توانند از ناراحتی‌های روزانه گرفته تا رویدادهای مهمی مانند از دست دادن شغل، طلاق یا مرگ یکی از عزیزان متغیر باشند (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۹). چه استرس بزرگ یا کوچک باشد، توانایی فرد برای تحمل پریشانی می‌تواند در نحوه مدیریت موقعیت فرد نقش داشته باشد. یادگیری مهارت‌های تحمل پریشانی می‌تواند تفاوت بسیار مثبتی در توانایی فرد برای مدیریت احساسات دشوار ایجاد کند (باردین، فرگاس و اورکات، ۲۰۱۳). پژوهش نشان می‌دهند که تحمل پریشانی با متغییری از قبیل کیفیت زندگی و استرس ادراک شده سالمندان (علیمحمدی، ستوده اصل و کرمانی، ۲۰۱۹)؛ سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادکامی (صفرزاده، سواری و دشت بزرگی، ۱۳۹۵)؛ اجتناب تجربی، نشخوار فکری و ذهن آگاهی (صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۴۰۰) و تنظیم هیجان و سازگاری (بنتو و همکاران، ۲۰۲۱) در ارتباط است. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که بین تحمل پریشانی و خودکارآمدی سالمندان رابطه معنادار معکوس وجود دارد و همه ابعاد تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تلاش) نیز رابطه معکوس با خودکارآمدی داشته، قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی سالمندان می‌باشند (یوسفی نژاد و همکاران، ۱۳۹۸).

پژوهش حاکی از آن است که یکی از متغیرهای اساسی در پیش‌بینی تحمل پریشانی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. شرایط سالمندی ضرورت توجه به حمایت اجتماعی ادراک شده را به عنوان عاملی موثر در ارتقای سلامت جسمی و روانی سالمندان و پیش شرط موفقیت در سالمندی افزایش می‌دهد (کانگ و همکاران، ۲۰۱۸). حمایت اجتماعی ادراک شده، به دلیل تغییرات سالمندی، نقش حیاتی در زندگی سالمندان دارد و با افزایش سن افراد، اهمیت آن به شدت افزایش می‌یابد (یونسار و همکاران، ۲۰۱۶). حمایت اجتماعی شامل منابع واقعی یا ادراک شده ارائه شده توسط دیگران است که به فرد امکان می‌دهد احساس کند که مورد توجه، ارزش و بخشی از یک شبکه ارتباطی است (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۹). سالمندان بیشتر از افراد جوان با موقعیت‌های استرس‌زا مانند از دست دادن همسر، بستگان، دوستان مواجه می‌شوند که منجر به

1. McDonald, M. A.
2. Bardeen, J. R.
3. Unsar, S.
4. Stronge, S.

تنهایی، مشکلات سلامتی و گوشه گیری می شود (دسموخ و همکاران^۱، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی می تواند با ارائه تجربیات مثبت، نقش های فعال اجتماعی یا بهبود توانایی مقابله با رویدادهای استرس زا، سلامت را ارتقا دهد. حمایت اجتماعی برای سالمندانی که پس از دست دادن شریک زندگی با معلولیتی مرتبط با بیماری مزمن یا انزوای اجتماعی زندگی می کنند، حیاتی است. در نتیجه کمبود خانواده یا افراد مهم و کاهش شبکه های حمایت اجتماعی، سالمندان احساس تنهایی می کنند و مشکلات سلامت جسمی و روحی دارند (جیونگ و جانگ^۲، ۲۰۱۸).

سالمندان از طرفی دیگر به روش خاصی از فکر کردن عادت کرده اند و ممکن است احساس کنند که قادر به تغییر دادن روش های فکر کردن خود نباشند چرا که سالمندان جمعیت بسیار ناهمگنی هستند که گرایش به مغشوش کردن افکار و احساسات خود دارند (لیدلاو^۳ و همکاران، ۱۳۹۷، ترجمه: زرانی و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش نشان می دهد این نوع واکنش در سالمندان و عدم تحمل پریشانی با سازه ای به نام اجتناب تجربی در ارتباط است (عسگری و خالقی پور، ۱۳۹۹؛ صدیقی ارفعی و همکاران، ۱۴۰۰). اجتناب تجربی، یا عدم تمایل به ماندن با تجربیات آزاردهنده درونی همراه با تلاش برای کنترل یا اجتناب از تجارب آزاردهنده درونی، با طیفی از علائم آسیب شناسی روانی در طیفی از تظاهرات بالینی اضطراب و ترس همراه است. این تلاش برای کنترل تجربیات درونی می تواند پریشانی را تشدید کرده و رفتار را محدود کند (هیزسلکتون و اویستیس^۴، ۲۰۲۰). به این صورت که این اجتناب تجربی با هدف کاهش یا تغییر افکار، احساسات ناراحت کننده عمل می کند و با نشانه های افسردگی در افراد دیده می شود (لوین و همکاران^۵، ۲۰۱۸؛ کاشدن و همکاران، ۲۰۰۹). اجتناب تجربی، با کنترل و یا با به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزاردهنده در فرد تسکینی کوتاه مدت و شتابزده را برای فرد ایجاد می کند که این موضوع به شکل منفی رفتار فرد را تقویت می نماید. این اجتناب در شرایطی که با عملکردهای روزانه فرد و دستیابی به اهداف زندگی شخصی تداخل پیدا کند مشکل زا می شود و خود را بیشتر نشان می دهد (ایفتر و همکاران^۶، ۲۰۰۹). افراد با سطح پایین تحمل پریشانی، ظرفیت ادراک شده

1. Deshmukh, P. R.
2. Jiyun, K. I. M., & Jong-Eun, L
3. Laidlow
4. Hayes-Skelton, S. A
5. Levin, M. E.
6. Eifert, G. H.

کمتری برای مقابله با حوادث و احساسات ناگوار خواهند داشت و در نتیجه به استفاده از اجتناب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای روی آورند (اروین^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی دیگر از عوامل موثر در سنین سالمندی می‌تواند هوش معنوی باشد که آن را چهارچوبی برای شناسایی و سازماندهی مهارت‌ها و توانمندی‌ها مورد نیاز دانسته‌اند به صورتیکه با استفاده از معنویت میزان سازش‌پذیری فرد افزایش می‌یابد (دیانورکیا^۲، ۲۰۰۸). از طریق هوش معنوی فرد قادر بوده تا احساس پیوند با یک قدرت برتر یا یک وجود مقدس را تسهیل نمود و آن را افزایش داده است (فو و لو^۳، ۲۰۱۸). افراد از طریق هوش معنوی می‌خواهند پتانسیل و توان و نیز منابع معنوی برای تصمیم‌گیری مهم و اندیشه در موضوعات وجودی یا تلاش در مسیر حل مسئله روزانه استفاده کنند (سیسک و تورنس^۴، ۲۰۱۱). هوش معنوی از روابط سالم و سازنده با جنبه‌ی مختلف زندگی مانند امنیت روحی و جسمی و همچنین امنیت اجتماعی و برخورداری از زندگی بر کیفیت کامل زندگی در میان سالمندان پشتیبانی می‌کند (دیانورکیا^۵، ۲۰۰۸). دیدگاه معنوی به دلیل بیماری جسمی، ناتوانی، از دست دادن عزیزان، تنهایی، افسردگی، اضطراب و مرگ و میر در دوران سالمندی به جنبه بسیار مهمی در میان سالمندان تبدیل شده است. اهمیت معنویت و سالمندی به دلیل رفاه جسمی و عاطفی و همچنین رفاه اجتماعی افزایش یافته است (کوماری و سانگوان^۶، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش کاپری و کاسپالیا^۷ (۲۰۱۹) نشان داد که همه سالمندان به اهمیت معنویت در زندگی خود پی برده‌اند و ارتباط آن با سالمندی در توانایی تحمل محدودیت‌ها، زیان‌ها و دشواری‌های ذاتی فرآیند، رویارویی با رنج‌های موجود است. تأثیر این ظرفیت بر کیفیت زندگی عمدتاً در حوزه سلامت روانی درک می‌شود و به نفع رشد افکار و احساسات مثبت است که به آنها سطوح بالایی از رضایت از زندگی خود را می‌دهد.

یک سازه دیگر که به نظر می‌رسد با ظرفیت تحمل پریشانی مرتبط باشد، ذهن آگاهی است (کارپنتر^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد با سطح تحمل پریشانی پایین

1. Erwin, M.
2. Di Norcia V.
3. Foo, S. J., & Lo, K
4. Sisk, D. A., & Torrance, E. P.
5. Di Norcia V.
6. Kumari, A., & Sangwan, S
7. Kapri, A., & Kathpalia, J
8. Carpenter, J. K

درک مناسبی از واقعیت ندارند و بر روی فرایندهای ذهنی خویش، آگاهی لازم را ندارند که این مهم می‌تواند از فقدان ذهن آگاهی این افراد در لحظه انجام فعالیت باشد (رستمی و فریدونفر، ۱۴۰۰). پژوهشگران در پژوهش‌های خود بر نقش سازنده ذهن آگاهی در بهبود نسبی مشکلات روانشناختی سالمندان تأکید نموده‌اند (بستر و همکاران^۱، ۲۰۱۶؛ تاکاشی و همکاران^۲، ۲۰۲۱) ذهن آگاهی رویکردی نسبتاً جدید به روان‌درمانی است که به وسیله برخی از تکنیک‌های عملی به فرد کمک می‌کند در لحظه حال بماند و از توجه به آینده باز بماند و از این طریق به کاهش علائم بیماری کمک نموده است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی کیفیت زندگی سالمندان را بالا می‌برد و با افزایش ذهن آگاهی در آنها می‌توان به بهبود سلامت روان آنها کمک نمود (عندلیب کورایم و محمودی نیا، ۱۴۰۰). از آنجا که ذهن آگاهی احساس آگاهی نسبت به هیجانات و پدیده‌های پیرامون فرد است به افراد کمک می‌کند تا به این ادراک برسند که هیجانات منفی ممکن است به وقوع بپیوندند اما آنها بخش پایدار زندگی نیستند و به فرد این امکان را می‌دهد تا بجای پاسخ‌های غیرارادی به وقایع زندگی با تفکر و تأمل پاسخ دهد و نیز از این طریق به تسکین دردها و معنادار کردن زندگی در ارتباط بوده و به صورت مثبتی کیفیت زندگی فرد را پیش‌بینی کند (ووکر و کالوسیمو^۳، ۲۰۱۱). در رابطه با سالمندان و ذهن آگاهی تحقیقات از نقش ذهن آگاهی بر سالمندان تأکید نموده‌اند به این صورت که، قدمپور و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود با به اثربخش بودن ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی سالمندان و نیز به بهبود کیفیت زندگی آنان می‌انجامد، اشاره نموده است. عسگری و شفیعی (۱۳۹۶) ذهن آگاهی و هوش معنوی سالمندان به بهبود سلامت روان آنها منجر شده و پیش‌بینی کننده بالارفتن تحمل آنان می‌باشد. اینز و همکاران^۴ (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داد که ذهن آگاهی از عوامل اساسی در بهبود سلامت روان سالمندان بوده است.

در نهایت امروزه به دلیل افزایش امید به زندگی و رشد فزاینده و سریع جمعیت سالمند، کیفیت زندگی سالمندان به عنوان یک چالش اساسی در جوامع انسانی مطرح است و بهبود زندگی آنان از طریق توانمندسازی برای سازگاری با فقدان‌های جسمی، روانی و اجتماعی، دستیابی به آرامش و

1. Bester, E., Naidoo, P., & Botha, A
2. Takahashi, M., Baba, A., & Nakayama, R
3. Walker, L., & Colosimo, K.
4. Innes, K. E., Selfe, T.K., Khalsa, D.S., & Kandati, S.

رضایت از زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به نقش مهم تحمل پریشانی در نحوه ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجارب ناخوشایند و استرس زا و نظر به این که سالمندان حاضر در خانه سالمندان، پریشانی روانشناختی بیشتری را به دلیل دوری از محیط خانواده و از دست دادن حمایت آنها تجربه می‌کنند، هدف از پژوهش حاضر تدوین الگوی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی است و با توجه به پشتوانه‌ی نظری و پژوهشی موجود، این پژوهش در صدد پاسخگویی به جواب این مسئله است که سهم و نقش ذهن آگاهی به عنوان نقش واسطه‌ای بین حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی و ارتباط آن با تحمل پریشانی چقدر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و در زمره تحقیقات توصیفی و همبستگی (تحلیل مدلیابی معادلات ساختاری) بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر بود که به صورت خوشه‌ای از بین سالمندان سنین بین ۶۵ تا ۸۰ سال مراجعه کننده به سرای محلات شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ و در بازه‌ی زمانی دی ماه ۱۴۰۰ تا مرداد ماه ۱۴۰۱ انتخاب شد. با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای ابتدا از میان مناطق ۲۲ گانه تهران دو منطقه به صورت تصادفی انتخاب و سپس از هر منطقه ۲ سرا به صورت تصادفی انتخاب شد. که در این میان سرای محله صدر و سرای محله قلهک در منطقه ۳؛ سرای محله عباس آباد و سرای محله مجیدیه در منطقه ۷ انتخاب شد. در مورد حجم نمونه در روش الگویابی معادلات ساختاری دیدگاه‌های متفاوتی مطرح شده است. حیمز استیونس (۱۹۹۴) برای تحلیل رگرسیون چندگانه روش معمولی کمترین مجذور استاندارد، ۱۵ نفر برای هر متغیر اندازه‌گیری شده را پیشنهاد می‌کند (هومن، ۱۳۹۶). بر اساس نظر استیونس (۱۹۹۴) که معتقد است در الگوی معادلات ساختاری جهت سازگاری مدل تعداد نمونه حداقل ۱۵ الی ۲۰ برابر تعداد متغیرهای مشاهده شده در تحقیق می‌باشد (هومن، ۱۳۹۶). که در این پژوهش ۱۶ متغیر و زیر مقیاس مشاهده شده شناسایی شد که ۱۵

برابر آن مساوی با ۲۴۰ نفر می‌شود که با بیش برآورد و پیش بینی ریزش آزمودنی به ۳۰۰ نفر افزایش یافت. معیارهای ورود به پژوهش شامل زندگی در شهر تهران، توانایی خواندن و نوشتن، عدم وجود بیماری‌های روانی بر اساس خود اظهاری و سن بالای ۶۵ سال بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل برای ادامه مطالعه و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. پس از ارائه اطلاعات لازم در زمینه اهداف مطالعه و جهت رعایت اخلاق پژوهشی پیش از اجرای پژوهش به آنها جهت اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس تحمل پریشانی (DTS)

مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS^۲) این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۳ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه می‌باشد که ۴ خرده مقیاس آن شامل عناوین تحمل^۴، جذب^۵، ارزیابی^۶ و تنظیم^۷ است که تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین حالت پریشانی موردسنجش قرار می‌دهند. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱، ۳ و ۵ اندازه گیری می‌شود. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی): با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵ اندازه گیری می‌شود. ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه گیری می‌شود و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه گیری می‌شود. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شوند، نمره یک به معنای توافق کامل با گزینه موردنظر و نمره ۵ به معنای عدم توافق کامل با گزینه موردنظر می‌باشد. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون

1. Distress Tolerance Scale
2. Distress tolerance scale (DTS)
3. Simons & Gaher
4. Tolerance
5. Absorption
6. Appraisal
7. Regulation

طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۹) نیز، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS^۱)

این مقیاس که توسط زیمت^۲ در سال ۱۹۸۸ طراحی شد، متشکل از ۱۲ گویه برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم است که بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) پاسخ داده می‌شود. گویه‌های ۳، ۴، ۸ و ۱۱ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، گویه‌های ۷، ۶، ۹ و ۱۲ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان و گویه‌های ۱، ۲، ۵ و ۱۰ مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگران می‌باشد آلفای کرونباخ مقیاس کلی ۰/۸۹ گزارش شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش اسدی‌مجریه (۱۳۹۰)، ۰/۸۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش آوریده، اسدی‌مجریه، مقتدر، عابدینی و میریلوک‌بزرگی (۱۳۹۸) ۰/۸۹ و برای سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه کل در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه هوش معنوی (SISRI^۳)

پرسشنامه هوش معنوی توسط کینگ^۴ (۲۰۰۸) طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده و چهار خرده مقیاس شامل تفکر وجودی با ۷ ماده، تولید معنای شخصی با ۵ ماده، آگاهی متعالی با ۷ ماده، گسترش وضعیت هشیاری با ۵ ماده دارد که برای سنجش هوش معنوی ساخته شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه با روش لیکرت و در طیف بین نظری ندارم (۰)، درست نیست (۱)،

1. Multidimensional Social perceived of Scale
2. Zimet
3. Spiritual Intelligence Self-Report Inventory (SISRI)
4. King

تاحدی درست (۲)، خیلی درست (۳) و کاملاً درست (۴) می‌باشد که نمرات بالا نشان‌دهنده هوش معنوی بالا و یا وجود چنین ظرفیتی است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۹۶ است در پژوهش رقیب و همکاران (۱۳۸۹) پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی مقیاس توسط متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت. برای برآورد روایی همگرایی از پرسشنامه‌ی تجربه‌ی معنوی غباری بناب به‌طور هم‌زمان استفاده‌شده که ضرایب همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۶۶ به‌دست آمده است. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه ذهن آگاهی

مقیاس ذهن آگاهی (MAAS^۱) یک آزمون ۱۵ سؤالی است که براون و ریان^۲ (۲۰۰۳) آن را به‌منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سؤال‌های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (از نمره یک برای «تقریباً همیشه» تا نمره شش برای «تقریباً هرگز») می‌سنجد. از پاسخ‌دهندگان به این آزمون خواسته می‌شود تا فراوانی تجربه خود از جملات مقیاس را با استفاده از طیف لیکرت ۶ نقطه‌ای از ۱ به ازای همیشه تا ۶ به ازای هرگز گزارش دهند. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر آن ۹۰ است که نمره بالا نشان‌دهنده ذهن آگاهی بالاتر است. ماده‌های مقیاس ذهن آگاهی در مورد آگاهی از حالات عاطفی، تجارب، فعالیت‌ها، بی‌توجهی به مسائل پیرامونی، انجام فعالیت‌ها بدون تمرکز، انجام فعالیت‌ها بدون آگاهی نسبت به آن و ناآگاهی از زمان شروع و ختم فعالیت‌های روزانه می‌باشند. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ و روایی محتوای آن را ۰/۸۰ گزارش شد (قاسمی پور و قربانی، ۱۳۸۹). آلفای کرونباخ پرسشنامه کل در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

1. Mindfulness Attention Awareness Scale

2. Brown & Ryan

پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی (MEAQ) - گامز و همکاران (۲۰۱۱):

پرسشنامه اجتناب تجربی چندبعدی (MEAQ^۱) توسط گامز^۲ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. دارای ۶۲ سوال در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای می‌باشد. همچنین ۶ خرده‌مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی‌گریزی، تعویق، حواس پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی دارد. پاسخ‌ها روی یک مقیاس لیکرت از به شدت مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) (درجه‌بندی میشود. نمرات هر بعد، از جمع کردن نمره‌های افراد در تعدادی از آیتم‌های پرسشنامه به دست می‌آید. نمرات بالاتر، نشان دهنده‌ی اجتناب بیشتر است. پرسشنامه‌ی مذکور در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی اعتبار و پایایی مطلوبی نشان داده است. گامز و همکاران، اعتبار و پایایی خارجی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند (گامز و همکاران، ۲۰۱۴). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش اسماعیلیان، دهقانی، اکبری، حسونند (۱۳۹۵) برای هریک از ابعاد ناآگاهی هیجانی، بی‌زاری از آشفتگی روانی، به تعویق انداختن فعالیت‌ها، اجتناب شناختی، تحمل فشار روانی و اجتناب روانی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ بود. ضریب همبستگی کل پرسشنامه را با مقیاس هیجان خواهی زاگرمین ۰/۴۱ به دست آوردند که نشان دهنده‌ی روایی ملاکی همزمان این پرسشنامه است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی اجتناب از تجربه نیز ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش، ابتدا معرفی نامه از سوی دانشگاه برای شهرداری دو منطقه مورد نظر اخذ شد. سپس هماهنگی‌ی لازم با شهرداری‌ی این دو منطقه شهر تهران (منطقه ۳ و ۷) انجام شد. نامه‌نگاری از طریق شهرداری انجام شده و پس از موافقت مراکز از مراجعه کنندگان واجد شرایط خواسته شد که با رضایت آگاهانه به سؤالات پاسخ دهند و برای کاهش خستگی شرکت کنندگان بافاصله‌ی زمانی حداکثر یک ساعت به سؤالات پاسخ داده شد. برای ترغیب بیشتر افراد برای شرکت در پژوهش به آنها هدایای کوچکی داده شد و در آخر نتایج به صورت فردی به آنها گزارش شد. پس از یک مصاحبه‌ی مقدماتی افرادی که ملاک‌ی ورود را دارا بودند (سن ۶۵ تا ۸۰

1. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)

2. Gamez

سال، از اهالی همان محله بودن) و مایل به حضور در پژوهش بودند، پرسشنامه را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که برخی شرکت کنندگان که فرصت بیشتری خواستند، پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت و در جلسه ی بعدی از آنها دریافت شد.

یافته

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده از مدل سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار Amos استفاده شد.

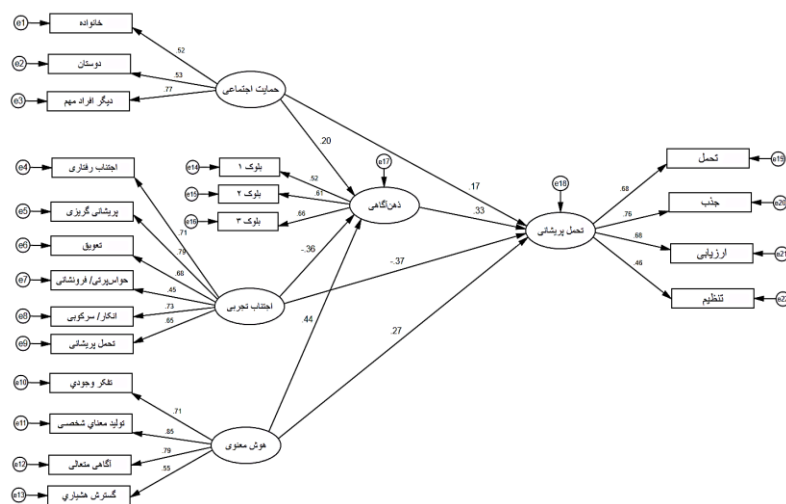
جدول ۱: توصیف آماری و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱- حمایت اجتماعی ادراک شده	۴۱/۹۴	۷/۹۷۶	۱				
۲- اجتناب تجربی	۱۵۴/۸۱	۲۵/۷۸۵	-۰/۵۶۳ **	۱			
۳- هوش معنوی	۶۴/۷۶	۱۳/۰۱۴	**۰/۵۸۱	**۰/۴۷۱	۱		
۴- ذهن آگاهی	۵۵/۶۳	۹/۳۵۷	**۰/۴۳۹	**۰/۴۵۷	**۰/۵۳۷	۱	
۵- تحمل پریشانی	۵۱/۷۵	۷/۱۳۵	**۰/۵۲۹	**۰/۵۴۱	**۰/۵۵۳	**۰/۵۰۴	۱

*معنی داری در سطح ۰/۰۵ **معنی داری در سطح ۰/۰۱

در جدول (۱) اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار به همراه ضرایب همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، اجتناب تجربی، هوش معنوی و ذهن آگاهی با تحمل پریشانی نشان داده شده است. تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار می باشند ($p < ۰/۰۱$). همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و ذهن آگاهی با تحمل پریشانی مثبت است. مثبت بودن ضرایب بدست آمده نشان دهنده وجود رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی ادراک شده، هوش معنوی و ذهن آگاهی با تحمل پریشانی است. همبستگی بین اجتناب تجربی با تحمل پریشانی منفی است. معنی داری ضرایب پیش شرط لازم برای تحلیل معادلات ساختاری را فراهم می آورد. پیش از انجام تحلیل داده های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه ای و داده های پرت چندمتغیری با استفاده از آماره ماهالانویس بررسی و از مجموعه داده ها کنار گذاشته شدند. کجی و کشیدگی توزیع نمرات متغیرها محاسبه و نتایج نشان داد هیچ

کدام از مقادیر کجی و کشیدگی بیشتر از دامنه ± 1 نمی‌باشد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات متغیرهای مدل نرمال است ($P > 0.05$). فرض استقلال خطاها با آماره دورین واتسون برای محاسبه‌ی معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده‌ی آن بزرگتر از حد مجاز است. مفروضه‌ی هم خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بین زوج متغیرها بررسی شد. با توجه به اینکه همبستگی دو متغیری 0.9 و بالاتر نشان دهنده‌ی همخطی است، این مشکل در داده‌های پژوهش حاضر مشاهده نشد. علاوه بر آن آماره تحمل و عامل تورم واریانس به منظور بررسی هم خطی چندگانه محاسبه شد. نتایج نشان داد هیچکدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز 0.1 و هیچکدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز 10 نمی‌باشند. بنابراین بر اساس دو شاخص ذکر شده وجود همخطی چندگانه در داده‌ها مشاهده نشد. پس از بررسی مفروضه‌ها و حصول اطمینان از برقراری آنها، به منظور ارزیابی مدل مورد بررسی از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج در شکل (۱) ارائه شده است. به منظور بررسی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی، از تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. مدل بررسی شده به همراه شاخص‌های مربوط به برازش مدل در ادامه ارائه شده است.



شکل ۱. ضرایب استاندارد مدل روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی با نقش میانجی ذهن آگاهی

در شکل (۱) ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی به منظور بررسی نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با تحمل پریشانی نشان داده شده است. شاخص‌های مربوط به برازش مدل در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل معادله ساختاری

SRMR	IFI	CFI	RMSEA	GFI	χ^2/df	شاخص برازش
< ۰/۰۸	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۰۸	> ۰/۹	≤ ۵	مقدار مطلوب
۰/۰۷۴	۰/۹۱۸	۰/۹۱۶	۰/۰۶۲	۰/۹۲۳	۴/۳۶۳	مقدار مشاهده شده

در جدول (۲) شاخص‌های برازش مدل ارائه شده است. شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/df) در دامنه بین ۱ تا ۵ قرار دارد. شاخص برازندگی ریشه واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر ۰/۰۶۲ و ریشه استاندارد واریانس باقی مانده (SRMR) برابر با ۰/۰۷۴ است که نشان دهنده برازش مطلوب مدل است. شاخص‌های IFI، CFI، GFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر هستند. ضرایب بدست آمده حاکی از برازش مطلوب مدل است.

جدول ۳: ضرایب مدل‌های اندازه‌گیری در مدل معادله ساختاری پژوهش

p	.C.R	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		
		۰/۵۱۸	۱	خانواده	← حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۱	۵/۸۶۳	۰/۵۲۸	۱/۲۱۹	دوستان	← حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۱	۵/۳۷۸	۰/۷۷۴	۱/۷۹۹	دیگر افراد مهم	← حمایت اجتماعی ادراک شده
		۰/۷۱۴	۱	اجتناب رفتاری	← اجتناب تجربی
۰/۰۱	۱۲/۱۱۸	۰/۷۸۸	۱/۲۲۳	پریشانی‌گریزی	← اجتناب تجربی
۰/۰۱	۱۰/۶۹۲	۰/۶۸۴	۰/۹۰۲	تعویق	← اجتناب تجربی
۰/۰۱	۷/۱۶۶	۰/۴۵۱	۰/۶۵۱	حواس‌پرتی / فرونشانی	← اجتناب تجربی
۰/۰۱	۱۱/۴۱۹	۰/۷۳۵	۰/۸۷۳	انکار / سرکوبی	← اجتناب تجربی
۰/۰۱	۱۹/۱۴۳	۰/۶۴۶	۰/۸۸۰	تحمل پریشانی	← اجتناب تجربی

p	C.R	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		
		۰/۷۱۳	۱	تفکر وجودی	هوش معنوی ←
۰/۰۱	۱۲/۵۵۸	۰/۸۴۸	۰/۷۵۹	تولید معنای شخصی	هوش معنوی ←
۰/۰۱	۱۲/۰۸۹	۰/۷۸۹	۱/۱۴۶	آگاهی متعالی	هوش معنوی ←
۰/۰۱	۸/۷۲۷	۰/۵۵۳	۰/۵۷۵	گسترش وضعیت هشیاری	هوش معنوی ←
		۰/۵۲۲	۱	بلوک ۱	ذهن آگاهی ←
۰/۰۱	۶/۳۶۶	۰/۶۱۲	۱/۱۶۵	بلوک ۲	ذهن آگاهی ←
۰/۰۱	۶/۵۰۵	۰/۶۵۸	۱/۲۵۰	بلوک ۳	ذهن آگاهی ←
		۰/۶۸۲	۱	تحمل	تحمل پریشانی ←
۰/۰۱	۱۰/۳۰۰	۰/۷۶۳	۰/۹۸۶	جذب	تحمل پریشانی ←
۰/۰۱	۹/۶۳۱	۰/۶۸۴	۱/۳۳۸	ارزیابی	تحمل پریشانی ←
۰/۰۱	۶/۸۵۸	۰/۴۵۹	۰/۷۱۰	تنظیم	تحمل پریشانی ←

نتایج تحلیل مدل‌های اندازه‌گیری در جدول (۳) ارائه شده است. معنی‌دار بودن وزن‌های رگرسیون مربوط به مدل اندازه‌گیری متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، اجتناب تجربی، هوش معنوی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی نشانه معرف بودن همه شاخص‌ها برای متغیرهای مکنون مربوطه است. در این مدل برای متغیر ذهن آگاهی از روش بسته‌های سوال استفاده شد. با توجه به اینکه پرسشنامه ذهن آگاهی فاقد مولفه می‌باشد و زمانی که طول پرسشنامه، زیاد است غیرممکن است که مدل مورد نظر برازش رضایت بخشی با داده داشته باشد و مورد تأیید قرار گیرد. در واقع، در پرسشنامه‌های طولانی که برای اندازه‌گیری هر عامل از تعداد زیادی سؤال استفاده می‌شود، زمانی که سؤالات انفرادی مورد تحلیل عاملی تأییدی قرار می‌گیرند، انتظار اینکه مدل مورد نظر با داده برازش داشته باشد و راه حل‌های رضایت بخشی به دست دهد، غیرمنطقی است. در این گونه موارد، استفاده از بسته‌ی سؤال مناسب خواهد بود. استفاده از بسته‌های سؤال به جای سؤالات انفرادی باعث افزایش اعتبار نشانگرها، کاهش تعداد پارامترهای برآورد شده، ایجاد نشانگرهایی با توزیع تقریباً نرمال و بهبود برازش مدل با داده‌ها می‌شود. در مطالعه حاضر، بسته‌های سوال برای پرسشنامه

ذهن آگاهی از طریق تقسیم تصادفی سؤالهای پرسشنامه به ۳ گروه و جمع کردن نمره سؤالهای هر گروه، شکل گرفت. بر اساس ۱۵ سؤال، تعداد ۳ بسته سؤال برای پرسشنامه ذهن آگاهی به وجود آمد.

جدول ۴. اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل

واریانس تبیین شده	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	به متغیر	از متغیر
۰/۳۶۴	۰/۲۰۰*	-	۰/۲۰۰*	ذهن آگاهی	حمایت اجتماعی ادراک شده
	-۰/۳۶۱**	-	-۰/۳۶۱**		اجتناب تجربی
	۰/۴۴۱**	-	۰/۴۴۱**		هوش معنوی
۰/۲۳۲*	۰/۲۳۲*	۰/۰۶۶*	۰/۱۶۶*	تحمل پریشانی	حمایت اجتماعی ادراک شده
	-۰/۴۸۴**	-۰/۱۱۸*	-۰/۳۶۵**		اجتناب تجربی
	۰/۴۱۲**	۰/۱۴۵**	۰/۲۶۸**		هوش معنوی
۰/۳۲۸**	۰/۳۲۸**	-	۰/۳۲۸**		ذهن آگاهی

* معنی داری در سطح ۰/۰۵ ** معنی داری در سطح ۰/۰۱

با توجه به اطلاعات مندرج در مدل آزمون شده و جدول ۴، فرضیه‌های پژوهش تأیید گردید. بر اساس نتایج بدست آمده، حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta=0/200, P<0/05$) و هوش معنوی ($\beta=0/441, P<0/01$) به صورت مستقیم بر ذهن آگاهی تأثیر مثبت اجتناب تجربی به صورت مستقیم بر ذهن آگاهی ($\beta=-0/361, P<0/01$) تأثیر منفی دارد. حمایت اجتماعی ادراک شده هم به صورت مستقیم ($\beta=0/166, P<0/05$) و هم به صورت غیرمستقیم ($\beta=0/066, P<0/05$) و با میانجی گری ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی تأثیر دارد. اجتناب تجربی هم به صورت مستقیم ($\beta=-0/365, P<0/01$) و هم به صورت غیرمستقیم ($\beta=-0/118, P<0/05$) و با میانجی گری ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی تأثیر دارد. هوش معنوی هم به صورت مستقیم ($\beta=0/268, P<0/01$) و هم به صورت غیرمستقیم ($\beta=0/145, P<0/01$) و با میانجی گری ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی تأثیر دارد. ذهن آگاهی نیز به صورت مستقیم ($\beta=0/328, P<0/01$) بر تحمل پریشانی تأثیر مثبت دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی تحمل پریشانی در سالمندان بر اساس حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی با نقش میانجی ذهن آگاهی در سالمندان شهر تهران بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی هم‌یه صورت مستقیم و هم‌به‌صورت غیر مستقیم با نقش میانجی ذهن آگاهی قابلیت پیش‌بینی تحمل پریشانی را دارند. نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی سطح تحمل پریشانی در سالمندان را پیش‌بینی می‌کند و به صورت مستقیم بر سطح تحمل پریشانی اثر دارد. این یافته با یافته‌ی یوسفی نژاد و همکاران (۱۳۹۸)، علی محمدی و همکاران (۱۳۹۸)، مورفورد و همکاران (۲۰۲۱)، بای و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر ارتباط حمایت اجتماعی با تحمل پریشانی و تاب‌آوری سالمندان همسو بود. علی محمدی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود یکی از عوامل مهم بر سطح تحمل پریشانی و کیفیت زندگی سالمندان را وجود حمایت اجتماعی و ادراک آن قلمداد می‌کنند. در تبیین یافته‌ی این پژوهش اینگونه می‌توان گفت که دریافت حمایت اجتماعی موجب می‌گردد که سالمند احساس و باور کند مورد احترام سایرین و عنصری ارزشمند و دارای شأن و منزلت می‌باشد و به یک شبکه از ارتباطات و تعهدات متقابل تعلق دارد. حمایت اجتماعی سالمندان را از تأثیرات منفی استرس مورد محافظت قرار می‌دهد و بر پردازش مشکلات و نحوه رویارویی سالمندان با موقعیتی استرس‌زاتاثیر می‌گذارد که این مساله می‌تواند سطح تحمل پریشانی سالمند را افزایش دهد. از سویی دیگر شبکه اجتماعی که فرد سالمند به آنها تعلق دارد پیوندهایی از روابط یکپارچه را فراهم می‌سازد حمایت‌هایی مانند حمایت عاطفی نظیر عشق، همدلی، مصاحبت و مشورت، حمایت اطلاعاتی مانند حل مشکل، جمع‌آوری اطلاعات و حمایت ابزاری مانند خدمات و کنترل اجتماعی در کیفیت زندگی و سطح مواجهه سالمندان با چالش‌های زندگی و ناملازمات را افزایش خواهد داد (کانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج پژوهش نشان داد که اجتناب تجربی سالمندان بر تحمل پریشانی اثر مستقیم دارد. این یافته با مطالعات احدی، مهری نژاد و مرادی (۱۳۹۵)، صدیقی ارفعی، رشیدی و تابش (۱۴۰۰)، لارسون، موریس، جاکت، کو، برومن، کوستانزو (۲۰۱۹) همسو است. نتایج پژوهشی عسگری و خالقی‌پور (۱۳۹۹) و صدیقی ارفعی و همکاران (۱۴۰۰) نشان می‌دهد عدم تحمل پریشانی با سازه‌ای به نام اجتناب تجربی در ارتباط است. اجتناب تجربی با تلاش برای کنترل

یا اجتناب از تجارب آزاردهنده درونی، با طیفی از علائم آسیب‌شناسی روانی در طیفی از تظاهرات بالینی اضطراب و ترس همراه است. این تلاش برای کنترل تجربیات درونی می‌تواند پریشانی را تشدید کرده و رفتار را محدود کند (هیزسلکتون و اویستیس^۱، ۲۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت اجتناب تجربی با بروز مشکلات مرتبط با سلامت روانی و جسمانی در ارتباط است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باعث می‌شود فرد از راهبردهای منفی مانند انکار، گسستگی رفتاری، تخریب خود و سرزنش خود بیشتر استفاده کند (کاشدان و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از خطرات بالقوه تهدید کننده سلامتی در سنین سالمندی، تنهایی و انزوا، مشکلات اقتصادی و کمبود روابط در زندگی و نبود تفریح و اوقات فراغت است. با توجه به اینکه اجتناب تجربی فضای زندگی سالمند را با استفاده از وقت و انرژی برای جلوگیری از موقعیتها و احساسات غیرقابل کنترل یا ناخوشایند محدود می‌کند، ممکن است در افراد سالمندان با گذشت زمان از افزایش اوقات فراغت و فعالیت‌های اجتماعی جلوگیری کند، در نهایت منجر به احساس تنهایی و کسالت شود (فونگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ رد و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین کیفیت زندگی فرد سالمند را در زمینه‌ی روابط اجتماعی، روابط خانوادگی، کار، اوقات فراغت، زندگی زن‌شویی، وضعیت مالی، وضعیت زندگی، ایمنی شخصی و سلامت جسمانی و روانشناختی کاهش می‌دهد (لوین و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین ممکن است استفاده همیشگی از اجتناب تجربی با هدف کنترل و به حداقل رساندن تجارب درونی منفی به عنوان یک راه حل، خود تبدیل به مشکل شود و تحمل پریشانی سالمندان را کاهش می‌دهد.

یافته‌ی این پژوهش همچنین نشان داد که هوش معنوی می‌تواند به صورت مستقیم سطح تحمل پریشانی را پیش‌بینی کند. این یافته‌ها با یافته‌ی عسگری و شفیع (۱۳۹۶)، صفرزاده، سواری و دشت بزرگی (۱۳۹۵)، منصور و طاروق (۲۰۱۸) و آجله، اولادجو، بابالولا (۲۰۲۱) مبنی بر ارتباط هوش معنوی با تحمل پریشانی همسو است. دشت بزرگی و همکاران (۱۳۹۵) معتقدند که هوش معنوی می‌تواند در بهبود وضعیت روان‌شناختی سالمندان مؤثر عمل کند و سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دارند علاوه بر اینکه سلامت روانی آنها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریعتر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش،

1. Hayes-Skelton, S. A

تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان بیان کرد که هوش معنوی به عنوان یک منبع مهم تاب‌آوری و عامل محافظتی قلمداد شود. همچنین می‌تواند تحمل پریشانی را از طریق تأثیر آن بر روابط، ارزشهای زندگی، معنای شخصی و مقابله بهتر با استرس افزایش دهد. در واقع می‌توان گفت هوش معنوی عاملی است که باعث می‌شود انسان در برابر پستی و بلندی‌های زندگی، صبر و ملایمت بیشتری از خود نشان دهد. بعلاوه میزان تحمل سالمندان را در برابر سختیهای زندگی افزایش دهد و نگرش مثبتی را نسبت به زندگی در آنها ایجاد نماید. به طور کلی هوش معنوی، سلامت معنوی و جهت‌گیری مذهبی می‌تواند منابع مهم در تحمل پریشانی هستند. هوش معنوی باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در سالمند می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی، مانند فقدان یا بیماری یاری می‌رساند. معنویت به زندگی فرد معنا می‌دهد. داشتن معنا و هدف در زندگی نشان‌دهنده سلامت روان است و باعث افزایش توانایی فرد در انجام کارها می‌گردد. سالمندان دارای هوش معنوی با حوادث تروماتیک زندگی، ناملايمات، سختی‌های زندگی که گاهی پذیرش آنها سخت است، راحت‌تر سازگار می‌شوند (کاپری و کاسپالیا، ۲۰۱۹). در این باره می‌توان گفت هوش معنوی باعث ایجاد امید شده و امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در سالمند می‌گردد که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می‌کند و تحمل پریشانی او را افزایش دهد.

یافته‌ی این پژوهش همچنین نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت غیر مستقیم و با نقش میانجی ذهن آگاهی سطح تحمل پریشانی را پیش‌بینی کند این یافته همسو با یافته‌ی صدیقی ارفعی، رشیدی و تابش (۱۴۰۰)، جوانمردی و همکاران (۱۳۹۹)، مورفورد و همکاران (۲۰۲۱)، تایجیراس و همکاران (۲۰۲۱)، بای و همکاران (۲۰۲۰) می‌باشد. پژوهش جوانمردی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد سالمندانی که از آموزش ذهن آگاهی استفاده می‌کنند توانایی ادراک حمایت اجتماعی بهتری دارند و در چالش و سختی‌های زندگی رفتارهای سازگارانه تری دارند. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان گفت که حمایت اجتماعی به منابعی اعم از عاطفی و عملی اشاره دارد که افراد از شبکه‌ی اجتماعی خود مانند خانواده، دوستان و اعضای جامعه دریافت می‌کنند. ذهن آگاهی می‌تواند با افزایش توانایی آنها در استفاده و بهره‌مندی از حمایت اجتماعی در رابطه بین حمایت اجتماعی و تحمل پریشانی سالمندان نقش داشته باشد. سالمندانی که تمرکز حواس را

تمرین می‌کنند ممکن است با تجربیات درونی خود از جمله حالات عاطفی خود سازگاری بیشتری داشته باشند و بهتر بتوانند نیازهای خود را شناسایی کنند و از شبکه‌ی اجتماعی خود حمایت مناسبی را جستجو کنند (کومار و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، ذهن آگاهی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا نگرش مثبت و بدون قضاوت نسبت به خود و دیگران ایجاد کنند، که می‌تواند تعاملات و روابط اجتماعی را تسهیل کند (جیونگ و جانگ اون، ۲۰۱۸). افراد مسن با حضور بیشتر و پذیرش در تعاملات خود با دیگران، ممکن است بهتر بتوانند نیازهای خود را بیان کنند، حمایت دریافت کنند و ارتباطات اجتماعی مثبت را حفظ کنند. علاوه بر این، ذهن آگاهی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا احساسات و رفتارهای خود را در تعاملات اجتماعی مدیریت کنند. با آگاهی بیشتر از واکنش‌ها و واکنش‌های عاطفی خود به دیگران، افراد سالمند می‌توانند از واکنش‌های تکانشی یا نامناسب خودداری کنند که می‌تواند منجر به درگیری و انزوای اجتماعی شود.

یافته‌ی این پژوهش همچنین نشان داد که اجتناب تجربی می‌تواند به صورت غیر مستقیم و با نقش میانجی ذهن آگاهی سطح تحمل پریشانی را پیش بینی کند این یافت همسو با یافته‌ی محمدزاده ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۸)، صدیقی ارفعی، رشیدی و تابش (۱۴۰۰)، لارسون و همکاران (۲۰۱۹)، جفریس و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان گفت که اجتناب تجربی به تمایل به اجتناب یا سرکوب افکار، احساسات و تجربیات منفی به جای رویارویی با آنها و برخورد مستقیم با آنها اشاره دارد. این می‌تواند منجر به کاهش تحمل پریشانی شود، زیرا افرادی که در اجتناب تجربی شرکت می‌کنند ممکن است مهارت و استراتژی‌ی مقابله‌ای لازم برای مدیریت احساسات و تجربیات دشوار را نداشته باشند. از سوی دیگر، ذهن آگاهی شامل حضور در لحظه و مشاهده بدون قضاوت افکار، عواطف و احساسات خود است. می‌تواند به افراد کمک کند تا به جای تلاش برای اجتناب یا سرکوب تجارب درونی خود، حس آگاهی و پذیرش بیشتری نسبت به تجربیات درونی خود ایجاد کنند. این می‌تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی شود، زیرا افرادی که هوشیارتر هستند ممکن است برای مدیریت احساسات و تجربیات منفی مجهزتر باشند. از سوی دیگر ذهن آگاهی می‌تواند به سالمندان کمک کند تا نگرش دلسوزانه و بدون قضاوت نسبت به خود و

تجربیاتشان ایجاد کنند، که می‌تواند تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی را تسهیل کند (اروین^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). سالمندان با یادگیری حضور و پذیرش تجربیات درونی خود، ممکن است بهتر بتوانند احساسات و تجربیات دشوار را مدیریت کنند و با چالشی ناشی از سالمندی به طور مؤثرتری کنار بیایند. بنابراین، ذهن آگاهی می‌تواند نقش ارزشمندی در ارتقای تحمل پریشانی در میان سالمندان، به ویژه آنهایی که با اجتناب تجربی دست و پنجه نرم می‌کنند، ایفا کند.

یافته‌ی این پژوهش همچنین نشان داد که هوش معنوی می‌تواند به صورت غیر مستقیم و با نقش میانجی ذهن آگاهی سطح تحمل پریشانی را پیش‌بینی کند این یافته‌ها همسو با یافته‌ی آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۲)؛ آجله، اولادجو، بابالولا (۲۰۲۱)، عسگری و شفیع (۱۳۹۶) می‌باشد. هوش معنوی از روابط سالم و سازنده با جنبه‌ی مختلف زندگی مانند امنیت روحی و جسمی و همچنین امنیت اجتماعی و برخورداری از زندگی بر کیفیت کامل زندگی در میان سالمندان پشتیبانی می‌کند (دیانور کیا^۲، ۲۰۰۸). در تبیین این یافته اینگونه می‌توان گفت که هوش معنوی همچنین به این دلیل ارزشمند است که به فرد کمک می‌کند تا با استرس یا فشارهای اجتناب‌ناپذیر در خانواده و همچنین در زندگی شخصی و شغلی خود مقابله کند. مشخص شد که هوش معنوی واقعاً در افزایش تاب‌آوری فرد مفید است (خسروی و نیک‌منش، ۱۳۹۳). یافته‌ی حاکی از آن است که افراد دارای هوش معنوی بالا نسبت به افراد دارای هوش معنوی پایین از ثبات عاطفی و وضعیت روانی سالم‌تری برخوردارند. این نتایج و نقش ذهن آگاهی را این‌طور می‌توان تفسیر کرد که ذهن آگاهی باعث می‌گردد افراد به درجه‌ای از صبر و پذیرش واقعیات دست پیدا کنند و آگاهی آنها افزایش پیدا کند در مورد مسایل وجود به تحلیل و بینش بیشتری برسند و در رویارویی با بهره‌گیری از هوش معنوی و ذهن آگاهی به صورت توانمند روند رویارویی با مشکلات را به صورت مطلوبی تغییر دهند و چالش و پریشانی را بهتر مرتفع و واکنشی مثبت‌تری را نشان دهند. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این افکار را مورد پذیرش قرار داده و بدون اهمیت دادن به آن روند زندگی خود را هدایت کرده و ادامه دهند. به عبارت دیگر تقویت مهارت پذیرش در سالمندان، این امکان را در اختیار آنها قرار داد تا بر جنبه‌های خوشایند زندگی متمرکز شوند و با حرکت در مسیر ارزش‌ها و آرمان‌های درون‌فردی، رضایت خود را از زندگی افزایش داده و میزان تجربه هیجانات خوشایند را

1. Erwin, M.
2. Di Norcia V.

در خود بالا بردند. هیجان‌های خوشایندی که هرچه شدت ادراک و تجربه آن بیش تر باشد احتمال غوطه‌ور شدن در دام افسردگی در سطح پایین تری قرار دارد.

به‌طور کلی می‌توان گفت نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که حمایت ادراک شده، اجتناب تجربی و هوش معنوی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم با نقش میانجی ذهن آگاهی قابلیت پیش بینی تحمل پریشانی را دارند. علی‌رغم این نتایج پژوهش حاضر دارای محدودیت‌بی بود از جمله مقطعی بودن و همچنین زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه که با بی‌ رغبتی و هدم همکاری در تکمیل پرسشنامه همراه بود و از طرف دیگر کاهش دامنه توجه و دقت در پاسخگویی به سوالات از دیگر عواملی است که می‌تواند اعتبار یافته‌های جمع‌آوری شده را با خلل مواجه می‌کند، لذا می‌توان به‌عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر مورد تاکید قرار گیرد. علی‌رغم محدودیت‌ی پژوهش می‌توان پیشنهاد می‌شود متخصصان این حوزه با توجه بر عوامل تأثیرگذار بر تحمل پریشانی سالمندان اقدام نمایند تا با تجارب زیسته سالمندان در این زمینه آشنا شوند و یافته‌های عمیق تری از تحمل پریشانی در سالمندان به دست آورند. همچنین پیشنهاد می‌شود با توجه نقش تعیین‌کننده ذهن آگاهی در سالمندان، این متغیر در قالب پکیج به سالمندان آموزش داده شود و اثربخشی آن سنجیده شود.

منابع

- احدی، بتول؛ مهری نژاد، سید ابوالقاسم؛ و مرادی، فاطمه. (۱۳۹۶). نارسایی‌های شناختی در سالمندان: نقش ذهن آگاهی و فرا هیجان. *روانشناسی پیری*، ۳(۲)، ۱۱۵-۱۲۵.
- اسدی‌مجره، سامره. (۱۳۹۰). مقایسه استرس ادراک‌شده، کانون کنترل سلامت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانشجویان با و بدون تیپ شخصیت D. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز.
- اسماعیلیان، نسرين؛ دهقانی، محسن، اکبری، فاطمه، حسنونند، مرجان. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه‌ی چندبعدی اجتناب از تجربه. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۳۹)، ۶۶-۵۷.
- جوانمردی، فرحناز؛ نعیمی، ابراهیم؛ و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۶(۱)، ۳۹-۵۲.
- رستمی، فروزان؛ و فریدونفر، نیه. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای مهارت‌های ذهن آگاهی در ارتباط بین تحمل پریشانی با تعلل ورزی در بانوان ورزشکار منطقه ۳ تهران. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. ۱۰ (۵): ۵۳-۴۱.
- رفیعی، محسن؛ صباحی، پرویز و مکوند حسینی، شاهرخ. (۲۰۲۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم سراهای نگهداری مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۲۲، ۸۷۰-۸۷۹.
- صدیقی ارفعی، فریبرز؛ رشیدی، علیرضا و تابش، ریحانه. (۱۴۰۰). تحمل پریشانی در سالمندان: نقش اجتناب تجربی، نشخوار فکری و ذهن آگاهی. *روانشناسی پیری*، ۷(۱)، ۱۲-۱.
- صفرزاده، سحر؛ سواری، کریم؛ و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادمانی بین سالمندان زن و مرد. *روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۳۷-۲۴۸.
- صفرزاده، سحر؛ سواری، کریم؛ و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه تحمل پریشانی، سبک‌های مقابله با استرس، هوش معنوی و شادمانی بین سالمندان زن و مرد. *روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۴۸-۲۳۷.
- عرفانی خانقاهی، معصومه و عبادی فرد آذر، فرید. (۱۳۹۶). مرور نظام‌مند و متاآنالیز کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی با استفاده از پرسشنامه‌ی لیپاد. *پیاورد سلامت*. ۱۱ (۵): ۵۹۷-۵۸۸.
- عسگری، شهناز و شفیعی، حسن. (۲۰۱۷). پیش‌بینی کیفیت زندگی سالمندان بر اساس انسجام درونی، ذهن آگاهی و هوش معنوی. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۳)، ۷۴-۶۱.
- عسگری، رضا و خالقی پور، شهناز. (۱۳۹۹). تأثیر اختصاصی سازی حافظه سرگذشتی بر اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مردان مبتلا به افسردگی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲)، ۱۷۲-۱۵۷.

- عندلیب کورایم، مرتضی و محمودی نیا، سعید. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی در سالمندان: نقش تاب‌آوری و ذهن آگاهی. روان‌شناسی پیری، ۲۷(۲)، ۱۷۹-۱۶۷.
- عینی، ساناز؛ حسینی، سید علی؛ عبادی، متینه؛ و محمدزاده، مهرداد. (۱۳۹۹). مدل یابی علی کیفیت زندگی بر اساس حساسیت اضطرابی با میانجی‌گری اجتناب تجربی در سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۲۶(۱)، ۷۷-۶۵.
- قاسمی‌پور، یداله؛ و قربانی، نیما. (۱۳۸۹). بهوشیاری و نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی - عروقی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۲): ۱۶۲-۱۵۴.
- قدم پور، عزت الله و مشرقی، شبنم. (۲۰۱۷). رابطه سلامت معنوی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی با اضطراب مرگ در سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۳(۲)، ۱۰۶-۹۷.
- لیدلاو، کن؛ دبلیو تامپسون، لری؛ سیسکین، لی دیک؛ گالاگر تامپسون، دولارز. (۲۰۰۳). کتاب درمان رفتاری - شناختی سالمندان. ترجمه زرانی، فریبا؛ فردوسی، طیبه؛ باقریان؛ سراودی، رضا؛ پورشریفی، حمید؛ اسلام شهر بابکی، حیدر؛ گودرزی، ناصر (۱۳۹۷). انتشارات جیحون. تهران.
- محمدزاده ابراهیمی، علی؛ رحیمی پردنجانی طیبه، تاد حدیثه. (۱۳۹۸). مدل ساختاری حمایت اجتماعی و تحمل پریشانی با میانجی‌گری سلامت ذهنی در سالمندان دارای بیماری قلبی - عروقی. مجله پژوهش سلامت، ۴(۴): ۱۹۶-۱۸۹.
- محمودپور، عبدالباسط؛ شریعتمدار، آسیه؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ وبرجلی، احمد. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سالمندان. فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی، ۱۲(۴۶)، ۵۱-۶۶.
- محمودپور، عبدالباسط؛ دهقانپور، ثنا؛ و وظیفه دان، فرشته. (۱۳۹۹). پیش بینی تحمل پریشانی بر اساس سبکی دل‌بستگی، تحمل ناکامی و نگرش مذهبی در زنان مطلقه. رویش روان‌شناسی، ۹(۴): ۱۰۲-۹۳.
- معمودی، عبدالله. (۱۳۹۷). روانشناسی سالمندی، تهران. سمت. چاپ اول.
- یوسفی نژاد، احمد؛ صف آراه، مریم؛ و سلم آبادی، مجتبی. (۱۳۹۸). نقش بخشش و تحمل پریشانی بر رضایت زندگی سالمندان شهر قزوین. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۲): ۴۷-۴۱.
- Abusalehi, A., Vahedian-Shahroodi, M., Esmaily, H., Jafari, A., & Tehrani, H. (2021). Mental health promotion of the elderly in nursing homes: a social-cognitive intervention. *International Journal of Gerontology*, 15(3), 221-227.
- Ajele, W. K., Oladejo, T. A., Akanni, A. A., & Babalola, O. B. (2021). Spiritual intelligence, mindfulness, emotional dysregulation, depression relationship with mental well-being among persons with diabetes during COVID-19 pandemic. *Journal of diabetes and metabolic disorders*, 20(2), 1705-1714.
- Alimohammadi, F., Setodeh-asl, N., & Karami, A. (2019). Designing a model of quality of life in elderly based on perceived stress and tolerance of distress. *Journal of Health and Care*, 21(1), 53-65.
- Bai, Y., Bian, F., Zhang, L., & Cao, Y. (2020). The impact of social support on the health of the rural elderly in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2004.

- Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2013). Testing a hierarchical model of distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 495-505.
- Bester, E., Naidoo, P., & Botha, A. (2016). The role of mindfulness in the relationship between life satisfaction and spiritual wellbeing amongst the elderly. *Social Work*, 52(2), 245-266.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.
- Brown, K. W. and Ryan, R. M. (2003) 'The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being', *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), pp. 822-848.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2010). Anxiety and depression in the elderly: do we know any more?. *Current opinion in psychiatry*, 23(6), 504-509.
- Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*, 50(3), 630- 645. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.003>
- Deshmukh, P. R., Dongre, A. R., Rajendran, K. P., & Kumar, S. (2015). Role of social, cultural and economic capitals in perceived quality of life among old age people in Kerala, India. *Indian journal of palliative care*, 21(1), 39.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S. A., & Gilliam, C. M. (2009). Assessment of anxiety in older home care recipients. *The Gerontologist*, 49(2), 141-153.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385
- Erwin, M. C., Mitchell, M. A., Contractor, A. A., Dranger, P., Charak, R., & Elhai, J. D. (2018). The relationship between distress tolerance regulation, counterfactual rumination, and PTSD symptom clusters. *Comprehensive psychiatry*, 82, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Foo, S. J., & Lo, K. W. (2018). Psychological well-being and spiritual intelligence as predictors of suicidal ideation among emerging adults in Malaysia (Doctoral dissertation, UTAR).
- Fong, T. G., Davis, D., Growdon, M. E., Albuquerque, A., & Inouye, S. K. (2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults. *The Lancet Neurology*, 14(8), 823-832.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23, 692-713.
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115-131). American Psychological Association.

- Hu, X., Kim, A., Siwek, N., & Wilder, D. (2017). The Facebook paradox: Effects of Facebooking on individuals' social relationships and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-8.
- Hurd, M. D., McFadden, D., Chand, H., Gan, L., Menill, A., & Roberts, M. (2008). Consumption and savings balances of the elderly: Experimental evidence on survey response bias. In *Frontiers in the Economics of Aging* (pp. 353-392). University of Chicago Press.
- Innes, K. E., Selfe, T.K., Khalsa, D.S., & Kandati, S. (2016). Effects of meditation versus music listening on perceived stress, mood, sleep, and quality of life in adults with early memory loss: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52 (4), 1277–1298.
- Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., & Fleming, J. B. (2016). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behavior modification*, 40(3), 439-451.
- Jiyun, K. I. M., & Jong-Eun, L. E. E. (2018). Social support and health-related quality of life among elderly individuals living alone in South Korea: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 316-323.
- Kang, H. W., Park, M., & Wallace, J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of sport and health science*, 7(2), 237-244.
- Kapri, A., & Kathpalia, J. (2019). Impact of spirituality on well-being of old aged people. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 10.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and
- King, D. B. (2008). Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, and measure. *ProQuest*.
- Kumar, S., Adiga, K. R., & George, A. (2014). Impact of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) on Depression among Elderly Residing in Residential Homes. *The Nursing Journal of India*, 105(6), 248-251.
- Kumari, A., & Sangwan, S. (2020). Spirituality and Well-Being of Ageing. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 8(4-6), 212-214.
- Larson, A. G., Morris, K. J., Juckett, M. B., Coe, C. L., Broman, A. T., & Costanzo, E. S. (2019). Mindfulness, Experiential Avoidance, and Recovery From Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(10), 886–895.
- Levin, M. E., Krafft, J., Pierce, B., & Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of*
- McDonald, M. A., Yang, Y., & Lancaster, C. L. (2021). The association of distress tolerance and mindful awareness with mental health in first responders. *Psychological Services*.

- Morford, A. E., Jordan, N., & Risser, H. J. (2021). Role of perceived social support in the relationship between parent temperament and distress tolerance. *Family Relations*.
- Sari, N. P. W. P., & Manungkalit, M. (2019). The best predictor of anxiety, stress, and depression among institutionalized elderly. *International Journal of Public Health Science*, 8(4), 419-426.
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Somrongthong, R., Tonchoy, P., & Panta, P. (2019). Stress and associated risk factors among the elderly: A cross-sectional study from rural Thailand. *F1000Research*, 8.
- Sisk, D. A., & Torrance, E. P. (2011). *Spiritual intelligence: Developing higher consciousness*. New York: Creative Education Foundation Press
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Textbook of Gerontology Nursing* (in Bahasa Indonesia). Jakarta: EGC.
- Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Stronge, S., Overall, N. C., & Sibley, C. G. (2019). Gender differences in the associations between relationship status, social support, and wellbeing. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 819.
- Tijeras, E., González-García, L., & Postigo, S. (2021). The relationship between social support, basic psychological needs satisfaction and well-being in elderly adults.
- Unsar, S., Erol, O., & Sut, N. (2016). Social support and quality of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 249-257.
- Vujanovic, A. A., & Zegel, M. (2020). Distress tolerance in PTSD. In *Emotion in posttraumatic stress disorder* (pp. 343-376). Academic Press.
- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2010). The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference?. *Pain medicine*, 11(12), 1780-1790.
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. World Health Organization.

